

# Oslo universitetssykehus HF

## Møteinnkalling

---

Møtenavn:	Styremøte
Fra:	Styrets leder
Dato dok.:	10. februar 2010
Dato møte:	17. februar 2010
Møtetid:	Klokken 8.00 – ca 15.00 Legemessen 2. etg. Tårnbygget, Ullevål, Oslo

---

### Saksliste:

- 1/2010 Godkjenning av innkalling og saksliste
- 2/2010 Godkjenning av protokoll
- 3/2010 Rapportering
- 4/2010 Rapportering byggesaker
- 5/2010 Årlig melding 2009 til Helse Sør-Øst RHF
- 6/2010 Oppdragsdokument 2010 fra Helse Sør-Øst RHF
- 7/2010 Kartlegging av bygningsmasse ved Oslo universitetssykehus HF
- 8/2010 Overføringsprosjektet til AHUS HF og Vestre Viken HF
- 9/2010 Lokalsykehusprosjektet
- 10/2010 Budsjett 2010
- 11/2010 Tema – presentasjon av Medisinsk klinikk
- 12/2010 Status for prosjekter og integrasjon i Oslo universitetssykehus HF
- 13/2010 Oppfølging kvalitetssikring IKT i Oslo universitetssykehus HF
- 14/2010 Møte med Brukerutvalget
- 15/2010 Samordning av Medinnova AS og Birkeland innovasjon AS
- 16/2010 Salg av Gaustadskogen barnehage
- 17/2010 Datterselskap eid av Oslo universitetssykehus HF
- 18/2010 Virksomhetsstyring 2010 i Oslo universitetssykehus HF
- 19/2010 Andre orienteringer

Steinar Marthinsen  
sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.:	5. februar 2010
Dato møte:	17. februar 2010
Saksbehandler:	Styresekretær
Vedlegg:	Utkast til protokoll fra møte 17. desember 2009

---

### **SAK 2/2010 – GODKJENNING AV PROTOKOLL**

Vedlagt er utkast til protokoll fra møte 17. desember 2009.

### **Forslag til vedtak**

*Styret godkjenner protokollen fra møtet 17. desember 2009.*

Oslo den 5. februar 2010

Siri Hatlen

# Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

## Protokoll

---

Møtenavn:	<b>Styremøte</b>
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	17. desember 2009
Dato møte:	17. desember 2009 kl. 800-1555 på Gaustad sykehus i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

---

Tilstede: Steinar Marthinsen, Marianne Borgen, Anders Utne, Gøran Stiernstedt, Odd Vangen, Svein Erik Urstrømmen, Bjørn Wølsted-Knudsen, Vibeke Braastad Kristiansen, Rita von der Fehr, Christina Schøndorf, Barbro Hætta Jacobsen, Arild Underdal, Liv Arum (fraværende under sakene 168, 169, 175, 175, 177 og første del av 178)

Tilstede fra administrasjonen: Siri Hatlen, Jan Eirik Thoresen, Tove Strand, Stein-Are Agledal, Morten Reymert, Christina Rolfheim Bye, Jan Erik Tveiten, Øystein Dolva, Einar Hysing, Hulda Gunlaugsdottir, Eva Bjørstad, Andreas Moan, Jørgen Jansen m.fl.

Tilstede: Konsernrevisjonsdirektør Karl-Helge Stjernen Storhaug, Nina Adolfsen (observatør), Stine Strømsø (observatør), publikum

Forfall: Ellen Christine Christiansen

### **Sak 157/2009 Godkjenning av innkalling og sakliste**

Administrerende direktør varslet to saker under eventuelt.

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

### **Sak 158/2009 Godkjenning av protokoll**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokollen fra møtet 12. november 2009.

### **Sak 159/2009 Rapportering**

Aktiviteten i november var noe under plan. Etter 11 måneder har foretaket et resultat på minus 35 millioner kroner. Det negative avviket fra periodisert budsjett er økt med 12 millioner kroner fra oktober og resultatet per november er 138 millioner kroner lavere enn budsjettet.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapporteringen til etterretning.
2. Styret tar til etterretning at det er en forståelse med Helse Sør-Øst RHF om hvordan det skal sikres en tilstrekkelig likviditet for foretaket til over årsskifte.

### **Sak 160/2009 Ledelsens gjennomgang tredje tertial**

Ledelsens gjennomgang er administrerende direktørs gjennomgang av virksomheten og legges frem for styret etter hvert tertial.

Administrerende direktør vil komme tilbake til styret med en temasak om virksomhetsstyringen i foretaket på styremøte i februar 2010.

Enstemmig vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang 3. tertial til etterretning.

### **Sak 161/2009 Oppfølging av brev fra revisor**

Revisor har sendt nummerert brev vedrørende årsoppgjørrevisjonen ved de tre tidligere helseforetakene.

Enstemmig vedtak:

Styret tar orienteringen til etterretning.

### **Sak 162/2009 Årlig melding til Helse Sør-Øst RHF**

I henhold til Oslo universitetssykehus sine vedtekter skal foretaket hvert år sende melding til regionale helseforetaket om foretakets virksomhet.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar saken til etterretning.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å sende rapporteringsdelen av årlig melding til Helse Sør-Øst den 22. januar med påfølgende fremleggelse for styret i neste styremøte.

### **Sak 163/2009 Rusakutt ved Oslo universitetssykehus HF**

Det har vært arbeidet med å etablere tilgjengelige og helhetlige akuttjenester til rusmiddelavhengige i Oslo.

Styret vil bli forelagt en oppdatert status for arbeidet med Rusakutt ved utgangen av første tertial 2010.

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til administrerende direktørs vurderinger og ber administrerende direktør etablere lokaler til Avdeling rusakuttmottak - sengepost som skissert i saken og så raskt som det er praktisk mulig.
2. Styret slutter seg til administrerende direktør forslag om å planlegge og etablere drift for avgiftningsenhet samlokalisert med Avdeling rusakuttmottak innen utgangen av 2010 ved sykehusområde Sinsen.

### **Sak 164/2009 Regjeringens tiltakspakke**

Oslo universitetssykehus har mottatt midler i forbindelse med Regjeringens tiltakspakke.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar orienteringen og tilleggsinformasjon gitt i møte til etterretning.
2. Styret ber om at det for fremtiden gis en månedlig status for Regjeringens tiltakspakke sammen med den ordinære månedsrapporteringen.
3. Styret ber administrerende direktør avklare med Helse Sør-Øst RHF forslag til omdisponeringer vedrørende bruk av midler i Regjeringens tiltakspakke i 2010.

### **Sak 165/2009 Lokalsykehusprosjektet**

Et av utgangspunktene for hovedstadsprosessen var å utvikle mer koordinert og framtidrettet sykehusstilbud til Oslos befolkning. For å konkretisere denne ambisjonen har Oslo universitetssykehus HF i høst gjennomført et prosjekt som har tatt for seg lokalsykehusfunksjonen i sykehuset.

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til at rapportene fra lokalsykehusprosjektet med underliggende dokumentasjon sendes på høring med frist 31. januar 2010.
2. På bakgrunn av høringen og den videre oppfølgingen legges saken frem for styret på nytt i februar 2010, der konsept for og lokalisering av det framtidige lokalsykehusstilbudet i Oslo universitetssykehus HF vedtas.

### **Sak 166/2009 Bestilling og oppdrag 2010 for Oslo universitetssykehus HF**

Helse Sør-Øst vil for 2010 lage et bestiller- og oppdragsdokument for hvert av helseforetakene i regionen. Bestiller- og oppdragsdokumentet forventes å bli vedtatt bindende for Oslo universitetssykehus HF på foretaksmøte tidlig i 2010.

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelsen for prosessen vedrørende bestilling og oppdrag 2010 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

## **Sak 167/2009 Budsjett 2010**

Oslo universitetssykehus møter etter en vanskelig driftssituasjon i 2009 en utfordrende økonomisk situasjon i 2010. Det ligger an til redusert rammefinansiering som følge av ny inntektsmodell, reduserte inntekter ved endringer i DRG-systemet og ekstra belastning gjennom omstillingskostnader knyttet til integrasjonsprosessen og fellestjenesteleverandør i Helse Sør-Øst RHF.

Budsjettet viser redusert likviditet gjennom 2010.

Klinikkene vil bli tildelt et oppdragsdokument for drift 2010 og vil bli meddelt forløpige rammer ved årets slutt. Ferdig detaljbudsjett vil bli lagt frem for styret i møte 17. februar 2010.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Bjørn Wølsted Knudsen, Rita von der Fehr, Vibeke B. Kristiansen, Svein Erik Urstrømmen og Christina Schøndorf:

”Foreløpig forslag til budsjett er basert på mange usikkerheter, det kreves samhandling mellom OUS og flere utenforstående parter, som gjør risikoen for mangel på gjennomføring høy.

Slik budsjettforslaget fremstår i dag er ansatterepresentantene bekymret for kvaliteten på fremtidig pasientbehandling. Vi ser at den økte belastningen på de ansatte kan medføre en stor belastning på arbeidsmiljøet og forringelse av kvalitet. Vi ser at størrelsen på innsparing av personalkostnadene ikke sammenfaller med den økte aktiviteten eier forventer.

OUS er helt avhengig av økte investeringsmidler for blant annet å kunne realisere den planlagte integreringsprosessen innen IKT, dette er avgjørende for å kunne få den samhandlingseffekten som kreves, uten dette vil vi ikke oppnå den forventede gevinstrealiseringen som ligger i forslaget. Uten omstillingsmidler vil mange av de foreslåtte tiltak ikke være mulig å realisere.

Vi ønsker å vise til protokollene fra de klinikkvise drøftingene av forslaget til budsjett 2010.”

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar foreløpig budsjett 2010 til etterretning. Styret understreker eiers styringskrav om et økonomisk resultat i 2010 i balanse. Styret konstaterer at dette krever flere og mer omfattende omstillingstiltak enn det som nå foreligger. Styret ber derfor administrerende direktør arbeide videre med å etablere nødvendige tiltak slik at tilstrekkelig trygghet for at budsjettmålene for 2010 kan nås.
2. Styret konstaterer at et endelig budsjettvedtak vil bli fattet på styremøte 17. februar 2010 Styret ber på denne bakgrunn administrerende direktør starte gjennomføringen av virksomheten i 2010 med utgangspunkt i det foreløpige

driftsbudsjettet og de tilhørende aktivitetsmålene om foreligger i tabellene 1-3.

3. Styret ber administrerende direktør utarbeide et likviditetsbudsjett og et investeringsbudsjett for beslutning sammen med driftsbudsjettet. Beslutningsgrunnlaget må omfatte det investeringsbehovet som gjennomføringen av virksomheten og omstillingene i 2010 vurderes å kreve. Styret ber administrerende direktør ta opp med Helse Sør-Øst RHF muligheten for å benytte likviditet fra eiendomssalg til investeringer. Styret ber videre administrerende direktør sikre at Oslo universitetssykehus HF søker om likviditet for å gjennomføre investeringsprosjekter i forbindelse med omstillingsprosessen.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere en ramme på 25 millioner kroner til løpende å kunne erstatte sammebrutt/kassert medisinsk-teknisk utstyr mv.
5. Styret gir administrerende direktør i samråd med styreleder fullmakt til å disponere de nødvendige investeringsmidler for å gjennomføre IKT-prosjekter som forberedelse til Dag 2 (avrop på regional rammeavtale for felles klinisk arbeidsflate mv) i henhold til redegjørelse i styresak 170/2009.

### **Sak 168/2008 Status for integrasjon av Oslo universitetssykehus HF**

Styret fikk orientering om status for arbeidet mot ny integrert organisasjonsstruktur i foretaket fra 1. januar 2010 og status for arbeidet frem mot et funksjonelt integrert foretak fra 1. juni 2010.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

### **Sak 169/2008 Status for innføring av felles IKT i Oslo universitetssykehus**

I arbeidet med å få på plass et funksjonelt integrert foretak er det helt sentralt å få etablert et felles klinisk informasjonsgrunnlag i Oslo universitetssykehus.

Ekstern kvalitetssikrer fra Gartner presenterte sin vurdering i styremøtet.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapporten fra ekstern kvalitetssikrer til etterretning og ber om at den blir lagt til protokollen.
2. Styret tar videre til etterretning at den samlede risiko er høy og ber om at administrerende direktør arbeider videre med risikoreduserende tiltak herunder det som ble påpekt i orienteringen gitt av ekstern kvalitetssikrer.
3. Styret understreker viktigheten av at integrasjonsprosessen gjennomføres som planlagt for å realisere forutsetningen om en funksjonelt integrert virksomhet den 1. juni 2010, og ber om at dette blir formidlet i Oslo universitetssykehus sin kontakt med alle involverte parter.

## **Sak 170/2009 Avrop på regional rammeavtale for anskaffelse av klinisk arbeidsflate**

Et nødvendig element i å få på plass et felles klinisk informasjonsgrunnlag er en felles klinisk arbeidsflate. Oslo universitetssykehus HF legger opp til å gjøre avrop på den regionale rammeavtalen for klinisk arbeidsflate.

Enstemmig vedtak:

1. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå tilknytningsavtale med Helse Sør-Øst RHF og gjennomføre avrop på regional rammeavtale for klinisk arbeidsflate.
2. Styret forutsetter at avtalene som inngås klargjør aktiva, ansvar, oppgaver, fullmakter og risiko mellom de tre aktørene Oslo universitetssykehus, HF, Sykehuspartner/Helse Sør-Øst RHF og leverandør av klinisk arbeidsflate.
3. Styret legger til grunn at Helse Sør-Øst RHF vil stille til disposisjon de midlene det er søkt om for anskaffelse av klinisk arbeidsflate.

## **Sak 171/2009 Styreinstruks for styret i Oslo universitetssykehus HF**

Hovedemnene i styrets instruks er ordning i forbindelse med styremøter, styrets oppgaver og kompetanse, offentlighet og informasjon, samt styremedlemmers habilitet og deltakelse i konkurrerende virksomhet.

Enstemmig vedtak:

Styret vedtar vedlagte utkast til styreinstruks med de endringer som følger av vedtak om investeringsfullmakter i styret i Helse Sør-Øst RHF den 10. desember 2009.

## **Sak 172/2009 Instruks for administrerende direktør i Oslo universitetssykehus HF**

Styret presiserer oppgaver og ansvar i en instruks for administrerende direktør.

Enstemmig vedtak:

Styret vedtar utkast til instruks for administrerende direktør.

## **Sak 173/2009 Fullmaktstruktur for Oslo universitetssykehus HF**

Formålet med en helhetlig fullmaktstruktur er å sikre effektiv ledelse, styring, myndighetsutøvelse og saksbehandling i organisasjonen og samtidig underbygge god intern kontroll og et lavt risikonivå.

Enstemmig vedtak:

En ny fullmaktstruktur for Oslo universitetssykehus HF trer i kraft fra 1. januar 2010. Styret tar redegjørelsen om ny fullmaktstruktur for Oslo universitetssykehus HF til orientering hva gjelder organisasjonen under administrerende



direktør, og viser for øvrig til fastsettelse av ny styreinstruks og instruks for administrerende direktør.

### **Sak 174/2009 Varslingsrutiner i Oslo universitetssykehus HF**

Det er utarbeidet en enhetlig rutine for varsling av kritikkverdige forhold eller uheldig praksis for Oslo universitetssykehus.

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelsen og ny rutine for varsling til etterretning.

### **Sak 175/2009 Ny driftsoperatør for barnehagene på Aker**

Etter vedtak i styret ble det lyst ut anbudskonkurranse på drift av barnehagene på Aker. Det er mottatt et tilbud i konkurransen.

Vedtak med 11 mot en stemme:

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtale med en ekstern driftsoperatør om drift av de tre barnehagene på Aker sykehus.

### **Sak 176/2009 Rutiner og retningslinjer i forhold til private givere, stiftelser, fond, legater etc.**

Helseforetaket mottar hvert år gavemidler fra private givere som stiftelser, privatpersoner, selskaper etc. For å sikre en god forvaltning er det laget rutiner og retningslinjer for helseforetakets samhandling med private givere.

Enstemmig vedtak:

1. Styret gir sin tilslutning til de foreslåtte utfyllende rutiner og retningslinjer for oppfølgingen av retningslinjer vedrørende helseforetakenes forhold til gaver stiftelser og legater som er vedtatt av foretaksmøte.
2. Styret ber administrerende direktør følge opp arbeidet med å få på plass avtaler for samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus og større stiftelser som har helseforetakets virksomhet i sitt formål, herunder Radiumhospitalets legater og Radiumhospitalets Forskningsstiftelse.

### **Sak 177/2009 Årsplan 2010 for styret**

Enstemmig vedtak:

1. Styret vedtar følgende tidspunkter for styremøter i andre halvår 2010.  
Torsdag 30. september klokken 8-14  
Torsdag 28. oktober klokken 8-14  
Onsdag 24. november klokken 8-14  
Fredag 17. desember klokken 8-14
2. Styret vil avholde et styreseminar onsdag 29. september 2010 klokken 17 til 22.

## **Sak 178/2009 Andre orienteringer**

Det ble orientert om:

1. Overføringsprosjektet mot Akershus universitetssykehus HF og Vestre viken HF.
2. Faglig gjennomgang i Nevrokirurgisk avdeling
3. Ledelse i Nevroklinikken og sammenslåing av Klinikk for hode, bevegelse og rekonstruktiv kirurgi og Nevroklinikken.
4. Status pensjonsordning ved Oslo universitetssykehus HF
5. Pågående og nylig avsluttede byggeprosjekter på Aker
6. Behandlingstilbud for prostatakreft
7. Status behandlingstilbud for kronisk utmattelsessyndrom
8. Formalinsaken på Ullevål
9. Logo og navn i Oslo universitetssykehus HF

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

## **Sak 179/2009 Kreftregisteret – kontroll fra Datatilsynet – oppnevning av nytt styre**

Datatilsynet har gjennomført en kontroll hos Kreftregisteret. Det vil i den forbindelse bli iverksatt en gjennomgang av Kreftregisterets databehandlingsrutiner med ekstern bistand. Både innhenting av samtykke og lagring av data skal være en del av gjennomgangen. Styret vil bli gitt en orientering om status i saken i neste møte.

Med ny organisasjonsstruktur i Oslo universitetssykehus HF er det behov for å oppnevne nytt styre for Kreftregisteret.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar orienteringen om oppfølging av Datatilsynets kontroll til etterretning.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til, sammen med styreleder i Oslo universitetssykehus HF, å oppnevne et nytt styre for Kreftregisteret. Styret i Oslo universitetssykehus HF orienteres om sammensetningen av det nye styret på neste styremøte.

## **Sak 180/2009 Donasjon av en PET-CT skanner til Oslo universitetssykehus, Ullevål**

Oslo universitetssykehus HF er blitt tilbudt en donasjon i form av en PET-CT skanner plassert på Ullevål sykehus.

Enstemmig vedtak:

1. Styret stiller seg positiv til at Oslo universitetssykehus, Ullevål mottar den tilbudte donasjonen.
2. Styret forutsetter at administrerende direktør avklarer mottak av en slik gave med Helse Sør-Øst RHF.

Steinar Marthinsen  
Styreleder

Göran Stiernstedt  
Nestleder

Marianne Borgen

Barbro Hætta-Jacobsen

Arild Underdal

Liv Helene Arum

Svein Erik Urstrømmen

Ellen Christine Christiansen  
(ikke tilstede)

Anders Utne

Vibeke B. Kristiansen

Odd Vangen

Bjørn Wølstad-Knudsen

Christina Schøndorf

Rita von der Fehr

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok: 10. februar 2010

Dato møte: 17. februar 2010

Saksbehandler: VAD Økonomi og finans

Vedlegg:

---

### **Sak 3/2010 – RAPPORTERING PER DESEMBER 2009/ FORELØPIG ÅRSRAPPORTERING 2009**

Forslag til vedtak:

*Styret tar foreløpig rapportering av årsresultat 2009 til etterretning.*

Oslo den 10. februar 2010

Siri Hatlen

## INNHOLDSFORTEGNELSE

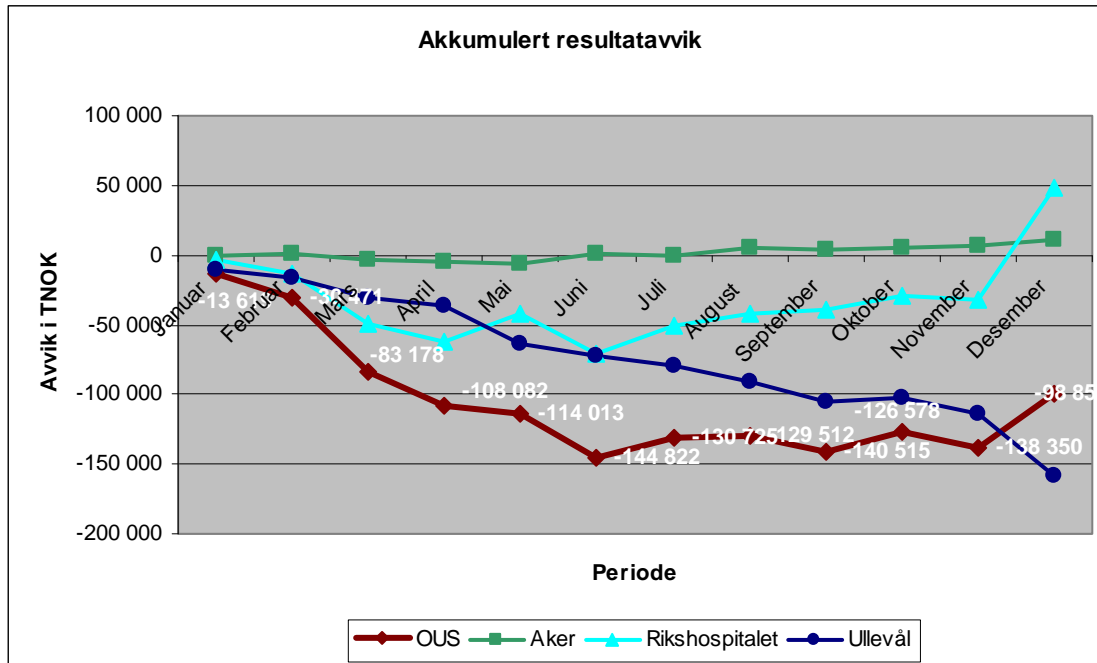
1. OPPSUMMERING AV RESULTAT PER DESEMBER 2009 .....	3
2. OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF.....	6
2.1. Målekort .....	6
2.2. Aktivitet.....	6
2.3. Styringsvariabler .....	9
2.4. Økonomi og personell .....	10
3. AKER .....	14
3.1. Målekort .....	14
3.2. Aktivitet.....	14
3.3. Styringsvariabler .....	16
3.4. Økonomi og personell .....	16
4. RIKSHOSPITALET.....	20
4.1. Målekort .....	20
4.2. Aktivitet.....	20
4.3. Styringsvariabler .....	21
4.4. Økonomi og personell .....	21
5. ULLEVÅL .....	26
5.1. Målekort .....	26
5.2. Aktivitet.....	26
5.3. Styringsvariabler .....	28
5.4. Økonomi og personell .....	30

Saksfremstillingen er bygd opp med en overordnet del som gir en oppsummering av resultatene for Oslo universitetssykehus. Resultatmessig har de administrerende direktørene ved Aker, Rikshospitalet og Ullevål drifts- og resultatansvar for de respektive sykehusene. Status for hvert av sykehusene beskrives derfor i sakens pkt. 3 – 5.

## 1. OPPSUMMERING AV RESULTAT PER DESEMBER 2009

Regnskapet viser at det i desember er et positivt avvik på 40 mill. kr. Akkumulert er det et negativt resultatavvik på 99 mill. kr. Resultatforbedringen fra november til desember skyldes inntekter fra salg av eiendom ved Rikshospitalet. Samlet gevinst av salg av eiendom beløper seg til ca. 85 mill. kr. Korrigert for salg av eiendom er det et negativt resultatavvik for 2009 på om lag 185 mill. kr.

Figuren under viser akkumulert resultatavvik per periode for OUS totalt, og for hvert av sykehusene.



Som det fremkommer av figuren ovenfor, var det i første halvår en økning i det negative avviket fra måned til måned. Juli var den første perioden med en positiv resultatutvikling.

Aker har i desember økt det positive resultatavviket i desember med 4 mill. kr, fra 7 mill. kr. akkumulert per november, til 11 mill. kr. per desember. Rikshospitalet har per desember et positivt akkumulert resultatavvik på 49 mill. kr., noe som er en forbedring på 80 mill. kr. fra forrige rapportering. Ullevål har i desember økt det negative resultatavviket med 45 mill. kr., til totalt 159 mill. kr.

Det må imidlertid presiseres at det er et foreløpig regnskap som rapporteres, og at det kan komme endringer frem til endelig årsregnskap foreligger. Det er fremdeles noen uavklarte forhold:

- Endelige pensjonsberegninger kommer i periode 13.
  - Pensjonskost SPK, KLP og Akershuspensjonskasse er i tråd med budsjett. OPF varslet i uke 4 2010 at lavere avkastning kan øke pensjonskostnaden på Aker med 5 mill. kr. og for Ullevåls vedkommende med nærmere 10 mill. kr. Pensjonskostnader samstemmer før eventuelle økte kostnader til OPF med tildelt budsjett fra Helse Sør-Øst. Dersom Oslo universitetssykehus skulle få en ekstrakostnad som følge av lavere avkastning i OPF, vil dette være en ekstrakostnad det ikke er gitt budsjettmessig dekning for.

- ISF-inntekt biologiske legemidler (se eget punkt under)
- Fortsatt gjenstår noen avstemming , enkelte mindre uavklarte forhold + revisjonsgjennomgang
- Noen endringer vil erfaringsmessig komme i periode 13
- Eventuell nedskrivning av lokaler som p.t. står ubenyttet på Dikemark er tatt opp med revisor. Regnskapet forutsetter at det ikke fortas regnskapsmessig nedskrivning av disse eiendommene. Dette vil i så fall innebære at regnskapet avsluttes under samme forutsetninger som i 2008.

#### *Finansiering av biologiske legemidler*

I budsjett 2009 ble finansieringen av enkelte biologiske legemidler som gis utenfor sykehus (H-reseptor), blant annet TNF-hemmere overført til den ordinære finansieringsordningen innen somatisk virksomhet, dvs med 60 % av finansieringen i basisramme og 40 % som aktivitetsavhengig finansiering. Finansieringsordningen for disse legemidlene innebærer at det er pasientenes bostedsforetak som må bære kostnadene, og ikke behandlende foretak. Bakgrunnen for endringen i finansieringsordningen var blant annet at kostnadene belastes pasientens bostedsforetak som ikke kan påvirke kostnadene. Innføring av ISF-refusjoner var ment å redusere bostedsforetakets risiko noe, i og med at en nå vil få 40 % finansiering av all aktivitet som overstiger det som er budsjettert. ISF-refusjon skal da inntektsføres kun ved de foretak/sykehus med opptaksområde.

Gjennom 2009 har det manglet informasjon om opptjente DRG-poeng for biologiske legemidler som grunnlag for løpende inntektsføring. Alle HF'ene har derfor inntektsført biologiske legemidler som budsjett gjennom 2009. For OUS utgjør dette 32,8 mill. kr. i 2009. Helse Sør-Øst har gjennom høsten jobbet for å kartlegge antall DRG-poeng ut fra opptaksområde, som grunnlag for å fordele reelle inntekter til HF'ene ut fra regelverket for 2009. Ut fra at kostnadene til biologiske legemidler minst er på samme nivå i 2009 som i 2008, har det vært vurdert at faktiske inntekter også minst vil være på samme nivå. Helse Sør-Øst RHF har imidlertid denne uken varslet en usikkerhet knyttet til endelig finansiering ut fra at antall rapporterte DRG-poeng er noe lavere enn forventet.

#### *Vurdering av årsregnskap 2009*

Ved inngangen av 2009 sto Oslo universitetssykehus ovenfor en svært krevende økonomisk utfordring. Regnskapet for de tre tidligere HFene ble i 2008 gjort opp med et samlet underskudd på ca. 350 mill. kr. Korrigert for gevinst ved salg av eiendom var regnskapet ytterligere ca. 70 mill. kr. dårligere. (350 + 70 = 420) Ved inngangen av 2009 ble den økonomiske inngangsfarten estimert til ca. - 350 mill. kr. I tillegg viste man at integrasjonsprosessen ville medføre betydelige kostnader.

Oslo universitetssykehus har i 2009 arbeidet meget systematisk med gjennomføring av vedtatte tiltaksplaner for å redusere det negative resultatavviket. Særlig resultatutviklingen i andre halvår 2009 viser at det har lyktes å gjennomføre en omfattende tiltaksportefølje parallelt med gjennomføringen av en krevende fusjonsprosess. Et sterkt fokus på kostnader sammen med en tett aktivitetsoppfølging er hovedårsaken til resultatforbedringen i 2009.

Høsten 2009 har foretaket hatt ekstra kostnader relatert til pandemien på om lag 27 mill. kr. Regnskapsførte kostnader relatert til etableringen av Oslo universitetssykehus beløper seg til om

lag 65 mill. kr. I tillegg kommer den tid som mange medarbeidere har nedlagt i fusjonsarbeid, noe som ikke eksplisitt fremkommer av regnskapet. I Oslo universitetssykehus budsjett for 2009 var det som kjent fra eiers side ikke fortatt noen øremerket styrking som følge av den vedtatte fusjonsprosessen.

Sammenlignet med resultatkravet viser Oslo universitetssykehus foreløpige regnskap et negativt avvik på ca 185 mill. kr. Korrigert for pandemikostnader og regnskapsførte fusjonskostnader er det regnskapsmessige resultatet i 2009 imidlertid bedret med i overkant av 300 mill. kr. sammenlignet med resultatet for 2008.



## 2. OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

### 2.1. Målekort

Nivå: Oslo universitetssykehus HF											
Styringsdialog – Rapportering desember 2009											
Pasientbehandling			August 2009			Resultat hittil i år			Jan - des 2008		
Gruppe	Indikator		Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Vurdering	Faktiske tall periode	Endring fra 2008 i %
Somatikk	DRG-poeng totalt	M	16 247	41	0,3 %	197 706	-5 719	-2,8 %		203 995	-3,1 %
	Liggedøgn	M	41 874	-5 066	-10,8 %	535 590	-38 930	-6,8 %		587 640	-8,9 %
	Dagopphold	M	8 913	447	5,3 %	109 750	-3 914	-3,4 %		108 978	0,7 %
	Polikliniske konsultasjoner	M	65 855	9 942	17,8 %	795 654	57 014	7,7 %		742 908	7,1 %
	Refusjonspoeng poliklinikk	M	74 950	8 680	13,1 %	893 295	37 226	4,3 %		867 187	3,0 %
Psykisk helsevern (VoP og PHBU)	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	M	265	-5	-1,9 %	3 334	30	0,9 %		3 399	-1,9 %
	Liggedøgn	M	10 294	-1 212	-10,5 %	131 591	-154	-0,1 %		136 264	-3,4 %
	Dagbehandling	M	813	-317	-28,1 %	11 072	-2 263	-17,0 %		14 656	-24,5 %
	Polikliniske konsultasjoner	M	13 492	-181	-1,3 %	174 785	520	0,3 %		170 046	2,8 %
TSB	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	M	209	-42	-16,7 %	2 827	-181	-6,0 %		2 599	8,8 %
	Liggedøgn	M	3 988	-453	-10,2 %	47 904	-5 383	-10,1 %		53 422	-10,3 %
	Polikliniske konsultasjoner	M	939	-11	-1,2 %	12 602	757	6,4 %		11 649	8,2 %
Kvalitetsindikatorer											
Gruppe	Indikator		Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Vurdering	Faktiske tall periode	Endring fra 2008 i %
	Andel fristbrudd pas. m/rett	M	16,6 %	16,6 %	16,6 %	12,7 %	13 %	13 %		7,0 %	5,7 %
	Andel ligged. utskr.klare	M	3,9 %	-	-	3,4 %	-	-			
	Andel korridorpasienter	T	0,8 %	0,8 %	0,8 %	1,2 %	1,2 %			1,8 %	-0,6 %
	Strykninger planlagte opr	T	8,0 %	3,0 %	3,0 %	8,3 %	3,3 %	3,3 %		8,5 %	-0,2 %
	Prevalens sykehusinfeksjoner	T	6,7 %			6,5 %				6,7 %	-0,2 %
	Andel epikriser sendt innen 7d	M	64,7 %	-15,3 %	-15,3 %	64,7 %	-15,3 %	-15,3 %		60,9 %	3,8 %
	Tvungen innskrivning i VoP	T	12,7 %			13,4 %				9,9 %	3,5 %
	Andel ikke planlagte reinnleggelser VoP	T	15,3 %			14,2 %				20,0 %	-5,8 %
Økonomi og personell											
Økonomi	Resultat (i 1000)	M	-63 235	39 480	2,4 %	-98 849	-98 849	-0,6 %		-	-
	Realiserte budsjett tiltak	M	55 315	-15 450	-22 %	377 941	-150 479	-28 %		-	-
Personell	Totalt utbetalte månedeverk	M	18 732	-261	-1 %	18 677	-298	-2 %		19 342	-3,4 %
	Herav variabel lønn	M	1 441	95	7 %	1 420	114	9 %		1 523	-6,8 %
	Sykefravær	M	9,2 %			8,5 %					

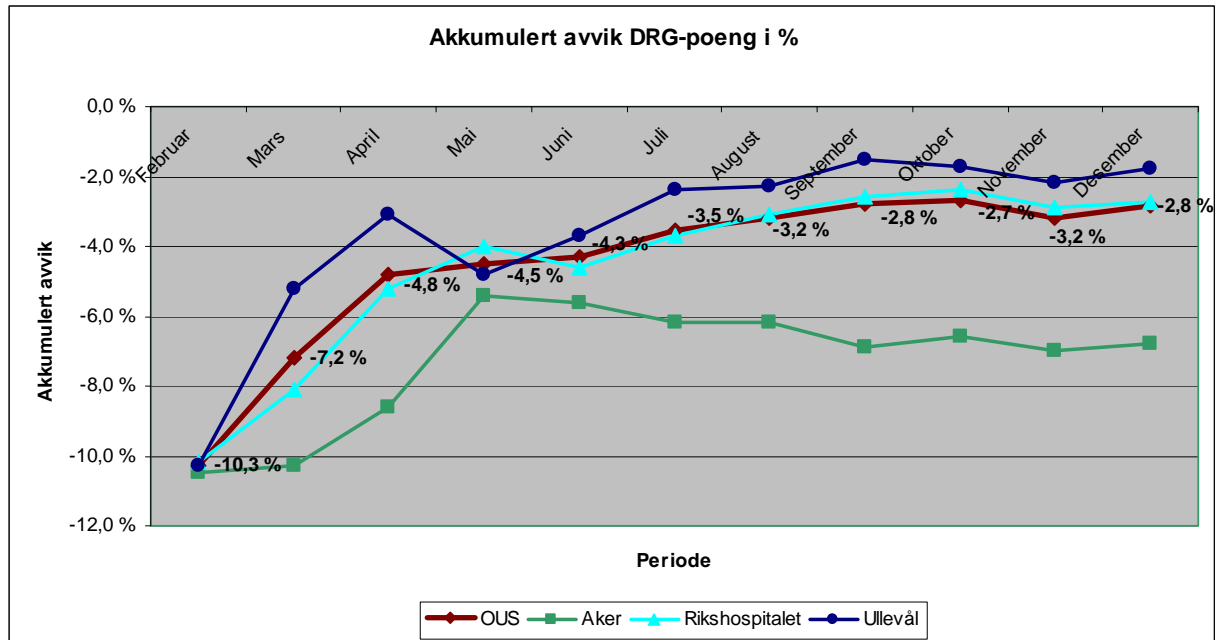
### 2.2. Aktivitet

#### Somatikk

Rapporteringen for desember viser en reduksjon i de negative avvikene innenfor dag- og døgnvirksomheten, mens poliklinisk virksomhet er høyere enn budsjettet både hva gjelder polikliniske konsultasjoner og antall refusjonspoeng. Akkumulert per desember er antall polikliniske konsultasjoner innenfor somatikken 7,7 % høyere enn budsjettet, og antall refusjonspoeng 3,8 % høyere enn budsjettet. Målt i antall DRG-poeng utgjør avviket fra plantallet per desember 2,8 % sammenlignet med 3,2 % ved rapporteringen per november. Isolert for desember er det rapportert 16.432 DRG-poeng, mot budsjettet 16.206. Dette gir et

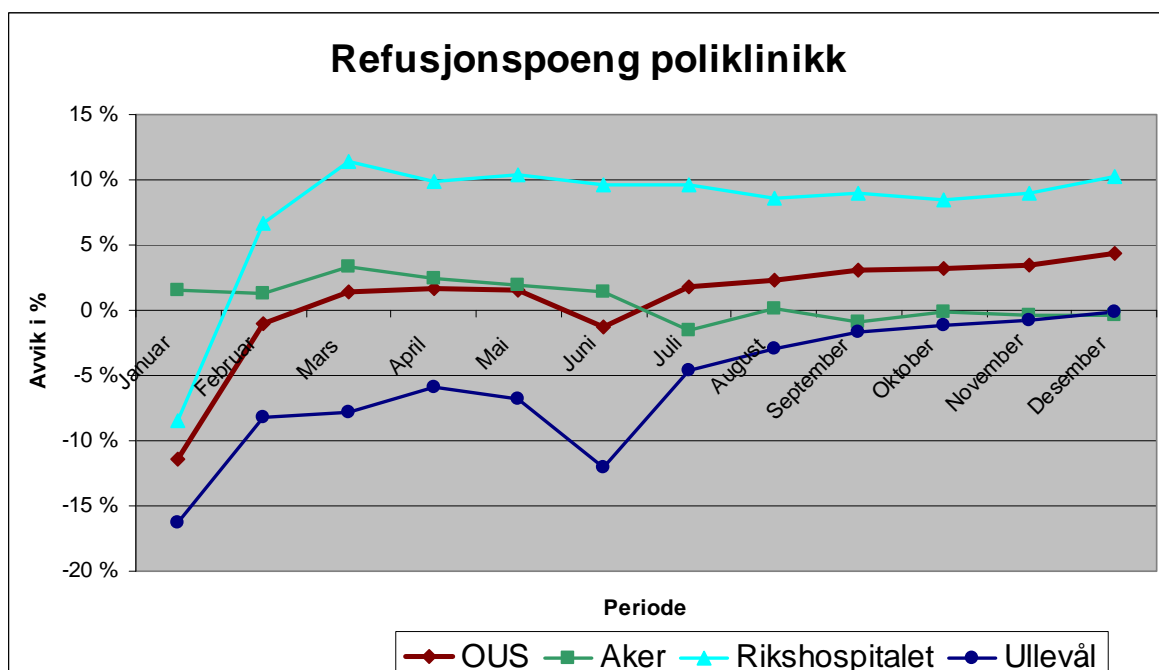
positivt avvik i perioden på 226 DRG-poeng, tilsvarende 1,4 %. Antall liggedøgn viser et negativt avvik på 6,8 %. Antall dagopphold er akkumulert for året 3.914 (3,4 %) lavere enn budsjettert.

Figuren under viser utviklingen i akkumulert avvik for antall DRG-poeng per måned.



Som det fremkommer av figuren, er avviket i antall DRG-poeng ulikt fordelt mellom sykehusene. Det er størst negativt avvik ved Aker, mens det er minst ved Ullevål.

Negative avvik i antall DRG-poeng kompenseres delvis av positive avvik for antall ISF-refusjonspoeng for poliklinisk aktivitet. Figuren under viser akkumulerte avvik i antall refusjonspoeng per måned.



Psykisk helsevern

<b>Voksenpsykiatri</b>	Res HiÅ	Bud HiÅ	Avvik	Avvik i %
Ant. utskrevne pasienter døgntilrettelagt	3 188	3 177	11	0,3 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	123 447	125 303	-1 856	-1,5 %
Ant. oppholdsdager dagbehandling	5 708	7 730	-2 022	-26,2 %
Ant. polikliniske konsultasjoner	106 230	102 904	3 326	3,2 %

Med unntak av et markant negativt avvik for antall dagopphold, viser rapporteringen at aktiviteten innenfor psykisk helsevern for voksne er omtrent som budsjettet. Samlet er det et positivt avvik for antall polikliniske konsultasjoner innenfor psykisk helsevern for voksne på 3.326 konsultasjoner, tilsvarende 3,2 %. Utskrevne pasienter og liggedøgn innfor VoP viser at døgntilrettelagningen er omtrent som budsjettet.

Som det fremkommer av tabellen under, er aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien ved Aker høyere enn budsjettet, både for innlagte pasienter og for poliklinisk aktivitet. Ved Ullevål er den polikliniske aktiviteten høyere enn budsjettet, mens det er negative avvik for døgntilrettelagningen.

<b>Antall utskrevne pasienter VOP</b>	<b>Aker</b>	<b>RH</b>	<b>UUS</b>	<b>SUM OUS</b>
Resultat HiÅ	1 409	0	1 779	3 188
Budsjett HiÅ	1 300	0	1 877	3 177
Avvik HiÅ	109	0	-98	11
Avvik HiÅ i %	8,4 %	0,0 %	-5,2 %	0,3 %
<b>Antall liggedøgn VOP</b>				
Resultat HiÅ	44 272	0	79 175	123 447
Budsjett HiÅ	44 441	0	80 862	125 303
Avvik HiÅ	-169	0	-1 687	-1 856
Avvik HiÅ i %	-0,4 %	0,0 %	-2,1 %	-1,5 %
<b>Antall polikliniske konsultasjoner VOP</b>				
Resultat HiÅ	55 769	5 064	45 397	106 230
Budsjett HiÅ	53 021	5 300	44 583	102 904
Avvik HiÅ	2 748	-236	814	3 326
Avvik HiÅ i %	5,2 %	-4,5 %	1,8 %	3,2 %

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er den polikliniske aktiviteten 3,9 % lavere enn budsjettet, mens det er et positivt akkumulert avvik for antall utskrevne pasienter på 15 % (tilsvarende 19 pasienter), og et positivt avvik for antall liggedøgn døgntilrettelagt på 128 (tilsvarende 2 %).

<b>Barne - og ungdomspsykiatri</b>	Res Hiå	Bud Hiå	Avvik	Avvik i %
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	146	127	19	15,0 %
Antall liggedøgn - døgnbehandling	6 570	6 442	128	2,0 %
Ant. oppholdsdager dagbehandling	5 364	5 605	-241	-4,3 %
Ant. polikliniske konsultasjoner	68 555	71 361	-2 806	-3,9 %

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er all døgnvirksomhet på Ullevål. Den polikliniske aktiviteten er imidlertid fordelt mellom sykehusene slik det fremkommer i tabellen under.

<b>Antall polikliniske konsultasjoner BuP</b>	<b>Aker</b>	<b>RH</b>	<b>UUS</b>	<b>SUM OUS</b>
<b>Resultat HiÅ</b>	28 512	2 417	37 626	68 555
<b>Budsjett HiÅ</b>	26 000	6 600	38 761	71 361
<b>Avvik HiÅ</b>	2 512	-4 183	-1 135	-2 806
<b>Avvik HiÅ i %</b>	9,7 %	-63,4 %	-2,9 %	-3,9 %

### Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

<b>Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere</b>	Res Hiå	Bud Hiå	Avvik	Avvik i %
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	2 812	2 962	-150	-5,1 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	42 819	48 212	-5 393	-11,2 %
Ant. polikliniske konsultasjoner	12 602	11 845	757	6,4 %
- Herav telefonkonsultasjoner	1 478	2 100	-622	-29,6 %

Med unntak av noe poliklinisk aktivitet ved Ullevål er aktivitet innenfor TSB relatert til Aker.

Per desember er antall utskrivninger fra egne institusjoner 5,1 % lavere enn budsjettert, noe som innebærer om lag 5.400 (tilsvarende 11,2 %) færre liggedøgn enn budsjettert. Aktivitetsutviklingen viser en økning i antall utskrevne pasienter, men en reduksjon i antall liggedøgn. Sett i forhold til 2008 er det en økning i antall utskrivninger fra egne institusjoner på 8,8 %. Antall liggedøgn er redusert i samme periode med 6 %. Dette skyldes endringer i normert liggetid og oppfølging av dette innfor avgiftningsapparatet. Endringene gir også redusert ventetid til avgiftning.

Den polikliniske aktiviteten er 6,4 % høyere enn budsjettert, og 8 % høyere enn i 2008. Ved Aker var det 1.900 (25 %) flere konsultasjoner enn budsjettert, mens det var 1.177 (23 %) færre konsultasjoner ved Ullevål.

### 2.3. Styringsvariabler

Det gis en kortfattet beskrivelse av status for rapporterte styringsvariabler på foretaksnivå. Ytterligere kommentarer fremkommer under hvert sykehus.

#### *Andel korridorpasienter somatikk*

Andel korridorpasienter innenfor somatikken har vært relativt stabil i 2009, per desember er andelen gjennomsnittlig på 1,2 %. Isolert for perioden er andelen 0,9 %.

#### *Andel korridorpasienter, akuttavd., psykisk helsevern voksne*

Andel korridorpasienter ved akuttavd. innen psykisk helsevern er lavere enn innenfor somatikken. Per desember er gjennomsnittlig andel på 0,4 %. Andelen var større i første halvår 2009 enn i andre halvår.

#### *Andel epikriser sendt innen 7 dager*

I henhold til nasjonale målsettinger skal 80 % av andel epikriser være sendt innen 7 dager. Innenfor alle hovedområdene er faktisk andel sendt innen 7 dager lavere enn måltallet. Andelen er høyest innenfor somatikken og psykisk helsevern, hvor gjennomsnittlig 65 % er sendt innen 7 dager. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er andelen 58 %.

Ved Ullevål mangler rapportering av epikrisetid så langt siste tertial. Manglende tilleggsleveranse etter oppgradering av EPJ fra IKT-leverandøren fører til manglende datagrunnlag for epikrisetid.

#### *Andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter – somatikk*

Andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter innenfor somatikken er på 3,5 %. Antall liggedøgn er 18.911, noe som tilsvarer vel 60 senger (beregnet basert på 85%-belegg). Utskrivningsklare pasienter utgjør en betydelig kostnadsfaktor for Oslo universitetssykehus.

#### *Andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter – psykisk helsevern*

Andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern er på 3 %.

Ved Ullevål har prosessen med å sikre enhetlig registreringspraksis innen psykisk helsevern VOP har gitt positiv effekt ved at det er mer systematisk registrering av UK-meldte pasienter innen rapporteringsfristen.

#### *Andel henvisninger BUP vurdert innen 10 dager*

Det er en målsetting at 100 % av alle henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrien skal være vurdert innen 10 dager. Per desember er gjennomsnittlig andel henvisninger vurdert innen 10 dager på 92,3 %. Det er noen variasjoner mellom sykehusene.

#### *Andel fristbrudd*

Det er stor forskjell i andel rapporterte fristbrudd på hovedområdene somatikk, psykisk helse og rusbehandling. Innenfor somatikken er gjennomsnittlig andel på 12,5 %, innenfor psykisk helsevern 21,4 % og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er andelen 5 %. De siste månedene har ikke Ullevål rapportert andel fristbrudd som følge av mangelfullt datagrunnlag (XML-melding brukt som grunnlag, ikke godkjent ennå). Dette påvirker andelen på foretaksnivå.

## **2.4. Økonomi og personell**

Rapporteringen viser at det per desember er et negativt akkumulert resultatavvik på 99 mill. kr. Periodens resultat viser et positivt resultatavvik på ca. 40 mill. kr. Tabellen under viser rapportert resultat for OUS fordelt på inntekter og kostnader.

### Beløp i mill. kr

Desember 2009 OUS konsolidert	Denne periode				Hittil i år				Budsjett 2009
	Regn	Bud	Avvik	I %	Regn	Bud	Avvik	I %	
Basisramme	-840,0	-840,5	-0,5	-0,1 %	-10 381,5	-10 378,0	3,4	0,0 %	-10 378,0
ISF-inntekter	-430,9	-396,9	34,0	8,6 %	-4 930,9	-4 948,7	-17,8	-0,4 %	-4 948,7
Andre inntekter	-304,7	-182,4	122,3	67,0 %	-2 294,5	-2 212,6	81,9	3,7 %	-2 212,6
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>-1 575,5</b>	<b>-1 419,7</b>	<b>155,8</b>	<b>11,0 %</b>	<b>-17 606,9</b>	<b>-17 539,3</b>	<b>67,5</b>	<b>0,4 %</b>	<b>-17 539,3</b>
Varekostnader	246,3	191,5	-54,8	-28,6 %	2 556,9	2 356,3	-200,6	-8,5 %	2 333,8
Lønnskostnader	1 050,2	1 046,4	-3,8	-0,4 %	11 904,6	11 947,6	42,9	0,4 %	11 970,1
Andre driftskostnader	345,3	276,8	-68,5	-24,7 %	3 170,2	3 133,4	-36,7	-1,2 %	3 133,4
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>1 641,8</b>	<b>1 514,7</b>	<b>-127,1</b>	<b>-8,4 %</b>	<b>17 631,7</b>	<b>17 437,3</b>	<b>-194,5</b>	<b>-1,1 %</b>	<b>17 437,3</b>
Driftsresultat	66,3	95,0	28,7	1,7 %	24,9	-102,1	-126,9	-0,7 %	-102,1
Netto finans	-3,0	7,7	10,8	139,4 %	74,0	102,1	28,1	27,5 %	102,1
<b>RESULTAT</b>	<b>63,2</b>	<b>102,7</b>	<b>39,5</b>	<b>2,4 %</b>	<b>98,9</b>	<b>0,0</b>	<b>-98,9</b>	<b>-0,6 %</b>	<b>0,0</b>

Det negative akkumulerte resultatavviket er relatert til både kostnads- og inntektsavvik. Finans fremkommer som følge av lav rente med et positivt avvik.

Slik det fremkommer i regnskapet er det mest markante avviket knyttet til høyere kostnader enn budsjettert, noe som for en stor del kan forklares med regnskapsteknisk håndtering av pensjonsmidler. Salg av eiendom gir avvik i forhold til budsjett på inntektssiden.

#### Kommentarer til driftsinntekter

Sum inntekter i perioden er 156 mnok høyere enn budsjettert. Akkumulert er det et positivt avvik på inntektssiden 68 mill. kr., tilsvarende 0,4 %.

- Avviket for driftsinntekter gjenspeiler lavere aktivitet enn budsjettert innenfor somatikken.
- ISF-refusjon for særskilte legemidler (konto 3208) er bokført ut fra budsjett. Dette er en ny finansiering for 2009 (gjelder Aker og Ullevål). Det forventes fortsatt endelig avregning av beløpet ut fra aktivitet.
- ISF-avregning 2008 har gitt en positiv resultateffekt for Rikshospitalet, og en negativ resultateffekt for Ullevål og Aker.
- Andre inntekter er korrigeret for utbetaling av pensjonsmidler i desember
- Inntekter eiendomssalg er 148,3 mill. kr. Gevinsten ved salg av eiendom er på 85,4 mill.kr.

#### Kommentarer til kostnader

- Sum driftskostnader i perioden viser et negativt avvik på 127 mill. kr., og akkumulert er det et negativt avvik på 195 mill. kr., tilsvarende – 1,1 %.
- Sum lønnskostnader viser et akkumulert mindreforbruk på 42 mill. kr. Kostnader til innleie av helsepersonell er 50 mill. kr. høyere enn budsjettert. Avvik for innleie må ses i sammenheng med avvik for lønn, og akkumulert er det tilnærmet balanse mellom budsjetterte og faktiske lønnskostnader når det tas hensyn til innleie av helsepersonell. Ut over dette kommer kostnader til innleie av annet personell.
- Varekostnader er 200 mill. kr høyere enn budsjettert, mens andre driftskostnader er 36 mill. kr. lavere enn budsjettert. Akkumulert negativt avvik er relatert til alle tre sykehusene. Kostnader til innleie av helsepersonell inngår i kostnadsgruppen varekostnader med 50 mill. kr., og merforbruket må derfor delvis ses i sammenheng med avvik innenfor lønnsområdet. Kostnader til kjøp av offentlige helsetjenester er 38 mill. kroner lavere enn budsjettert.
- Kostnader til pandemien (H1N1) synliggjøres på egne prosjektnumre i sykehusenes regnskaper, og de økonomiske konsekvenser fremkommer delvis i rapportert resultat.

Dette fremkommer i kommentarene til økonomisk resultat for hvert sykehus. I tillegg kommer investeringskostnader til utstyr som kjøpes inn lokalt. Oslo universitetssykehus HF har sendt brev til Helse Sør-Øst RHF for å få avklart finansiering av pandemikostnadene.

- Akkumulert per desember er det kostnadsført ”ekstraordinære” utgifter til pandemien på 34,8 mill. kr. og 64,4 mill. kr. relatert til etableringen av OUS.
- Det er for 2009 gitt kompensasjon for økte pensjonskostnader. Dette er inntektsført i desember, og påvirker ikke resultatavviket. (Det vises imidlertid til innledende kommentarer relatert til eventuelt økt kostnad som følge av lavere avkastning OPF).
- Fra 1. september ble IKT overført fra Oslo universitetssykehus HF til Sykehuspartner (virksomhetsoverdragelse). Sykehuspartner fakturerer fra samme tidspunkt OUS for avskrivninger på overdratte eiendeler og kostnader til drift av funksjonene. Det er ikke gjennomført justeringer av foretakets budsjett, slik at dette forholdet påvirker avvikene mellom de ulike linjene i rapporteringen. Kostnadene er i oktober håndtert likt på de tre sykehusene.

#### *Omstillingstiltak og øvrige tiltak*

Per desember er det realisert effekt av tiltak på til sammen 378 mill. kr., sett opp mot et budsjett på 528 mill. kr. Dette gir et negativt akkumulert avvik for omstillingstiltak per desember på 150 mill. kr., tilsvarende 28 %.

Tabellen under viser andel realiserte tiltak per desember 2009 ved hvert av sykehusene.

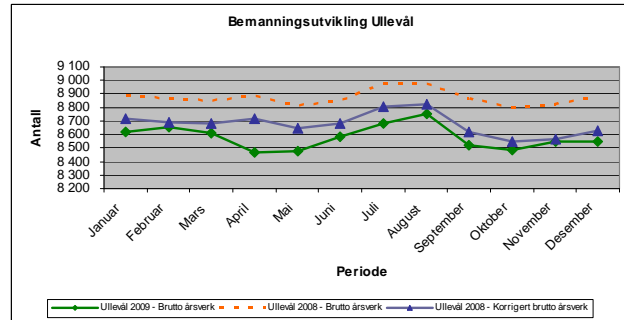
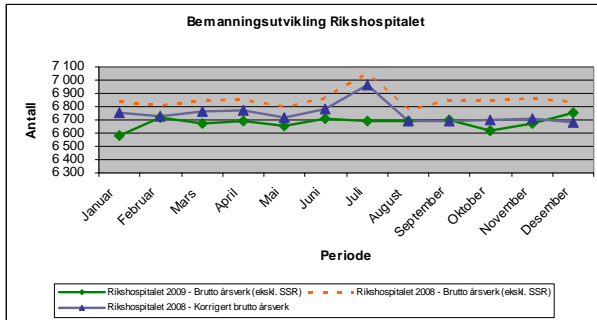
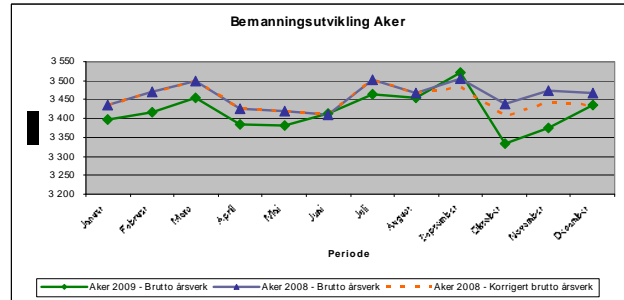
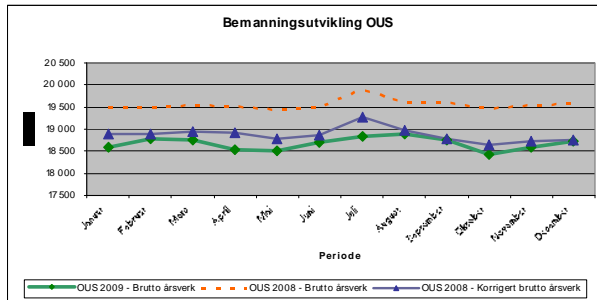
Omstillingstiltak	Akkumulert			Realisert i %
	Realisert	Budsjett	Avvik	
<b>Aker</b>	44 928	59 139	-14 211	<b>76 %</b>
<b>Rikshospitalet</b>	167 756	268 668	-100 912	<b>62 %</b>
<b>Ullevål</b>	165 257	200 613	-35 356	<b>82 %</b>
<b>= Sum tiltak</b>	<b>377 941</b>	<b>528 420</b>	<b>-150 479</b>	<b>72 %</b>

#### *Personell*

Sett i forhold til bemanningsbudsjettet er antall brutto månedsverk per desember 282 årsverk lavere enn budsjettet. Antall fastlønnede månedsverk i perioden var 405 lavere enn budsjettet, mens antall månedsverk variabelønnede var 123 høyere enn budsjettet. Det ble per 1. september gjennomført en virksomhetsoverdragelse av IKT til Sykehuspartner. Lønnsfunksjonen ved Ullevål ble overført til Sykehuspartner fra 1. april, og ved Aker fra 1. oktober. Fra 2008 til 2009 har det vært en nedgang i antall brutto årsverk lønnet i Oslo universitetssykehus. Deler av endringen skyldes endringer i foretakets ansvarsområder.

Figurene under viser bemanningsutviklingen korrigert for endringer i foretakets ansvarsområder. For å få sammenlignbare tall er det justert for følgende endringer:

- SSR
- Overføring av barnehagene til Kanvas
- Overføring av lønn og IKT til Sykehuspartner



Som det fremkommer av figurene ovenfor, har det i de fleste periodene i 2009 vært færre årsverk i 2009 enn i 2008. En gjennomsnittsberegning av antall årsverk per måned i 2009 sammenlignet med 2008 viser at det i gjennomsnitt er 193 færre årsverk lønnet i 2009. Ut over dette har det vært en økning i antall eksterne finansierte årsverk som det ikke er korrigert for i figurene på om lag 50.

Sykefraværet i OUS har variert fra 8,0 % til 9,2 % under året. Rapportert fravær i november er på 9,2 %, endret fra 8,8 % ved forrige rapportering.



### 3. AKER

#### 3.1. Målekort

Nivå: Oslo universitetssykehus HF, Aker											
Styringsdialog – Rapportering desember 2009											
Pasientbehandling			Desember 2009			Resultat hittil i år			Jan - des 2008		
Gruppe	Indikator		Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Vurdering	Faktiske tall periode	Endring fra 2008 i %
Somatikk	DRG-poeng totalt	M	2 331	22	1,0 %	27 295	-1 852	-6,4 %		28 249	-3,4 %
	Gj.sn. liggetid døgnoophold	M	5,6	-0,2	-40,0 %	5,6	-0,2	-2,9 %		5,8	-2,9 %
	Liggedøgn	M	8 424	67	0,8 %	101 989	-3 531	-3,3 %		109 316	-6,7 %
	Dagopphold	M	1 545	68	4,6 %	18 843	179	1,0 %		18 034	4,5 %
	Polikliniske konsultasjoner	M	8 106	-540	-6,2 %	104 728	-17 072	-14,0 %		116 098	-9,8 %
	Refusjonspoeng poliklinikk	M	5 844	-52	-0,9 %	77 220	-326	-0,4 %		77 092	0,2 %
Psykisk helsevern (VoP og PHBU)	Utskrevne (avsl. døgnoophold)	M	119	4	3,5 %	1 409	109	8,4 %		1 451	-2,9 %
	Liggedøgn	M	3 715	-373	-9,1 %	45 846	1 405	3,2 %		46 392	-1,2 %
	Dagbehandling	M	157	-36	-18,7 %	2 247	-203	-8,3 %		3 563	-36,9 %
	Pol. Kons.	M	6 511	-22	-0,3 %	84 281	5 260	6,7 %		77 771	8,4 %
TSB	Utskrevne (avsl. døgnoophold)	M	209	-42	-16,7 %	2 827	-181	-6,0 %		2 599	8,8 %
	Liggedøgn	M	3 988	-453	-10,2 %	47 904	-5 383	-10,1 %		53 422	-10,3 %
	Polikliniske konsultasjoner	M	513	36	7,5 %	7 655	1 934	33,8 %		5 819	31,6 %
Kvalitetsindikatorer											
Gruppe	Indikator		Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %		Faktiske tall periode	Endring fra 2008 i %
	Andel fristrudd pas. m/rett	M	21,5 %	21,5 %	21,5 %	20,2 %	20,2 %	20,2 %		22,2 %	-2,0 %
	Gj.sn. ventetid til start helsehjelp	M		-	-		-	-			-
	Andel ligged. utskr.klare	M	6,2 %			5,9 %				6 %	
	Andel korridorpasienter	T	1,8 %	1,8 %	1,8 %	2,9 %	2,9 %	2,9 %		2,6 %	0,4 %
	Strykninger planlagte opr	T	5,8 %	5,8 %	5,8 %	6,5 %	6,5 %	6,5 %		8,8 %	-2,3 %
	Prevalens sykehusinfeksjoner	T	9,0 %			7,0 %				6,5 %	0,5 %
	Tvungen innskrivning i VoP	T	21,5 %			19,4 %				18,6 %	0,8 %
	Andel ikke planlagte reinnleggelser VoP	T	20,3 %			20,7 %				20,0 %	0,7 %
	Andel epikriser sendt innen 7d	M	69,8 %	-10,2 %	-10,2 %	65,0 %	-15,0 %	-15,0 %		55,1 %	10,0 %
Økonomi og personell											
Gruppe	Indikator		Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Vurdering	Faktiske tall periode	Endring fra 2008 i %
Økonomi	Resultat (i 1000)	M	-11 483	4 431	1,7 %	11 445	11 445	0,4 %			
	Realiserte budsjett tiltak	M	6 336	1 726	37,4 %	44 928	-14 211	-24,0 %			
Personell	Totalt utbetalte månedsværk	M	3 436	3	0,1 %	3 420	-6	-0,2 %		3 459	-1,1 %
	Herav variabel lønn	M	328	-3	-0,9 %	327	1	0,3 %		327	0,0 %
	Innleie	M	75	14	23,0 %	66	6	10,0 %			
	Sykefravær	M	9,4 %	2,2 %	2,2 %	7,8 %	0,6 %	0,6 %			7,8 %

På Aker har det i 2009 vært månedlige gjennomganger av klinikkvise målekort.

Klinikkjefene har i forkant levert inn kommentarer til avvik, estimert forventet årsresultat og beskrevet tiltak for å lukke avvik.

#### 3.2. Aktivitet

##### Somatikk

Antall DRG-poeng i desember er 2.331, og akkumulert for hele 2009 27.295 (inkl. DRG 470). I forhold til budsjett viser antall DRG-poeng et positivt avvik for desember på 30 poeng, mens

det akkumulert er et negativt akkumulert avvik på 1.854 tilsvarende 7 %. Det har i 2009 vært en økning i antall DRG-poeng for utledninger som følge av endret fordeling av pasienter mellom sykehusene i Oslo. Aktivitet for utledninger omfattes ikke av antall rapporterte DRG-poeng.

Sammenlignet med 2008 er akkumulert antall DRG-poeng redusert fra 28.249 til 27.295, dvs. med 3,4 % (954 DRG-poeng). Deler av avviket skyldes forsinket effekt av planlagte tiltak for 2009 (innenfor rehabiliteringsområdet), men det er også en reduksjon i antall døgnopphold, samtidig som DRG-indeksen for døgnopphold har økt. Sammenlignet med 2008 er det en økning i antall totale opphold (døgn + dag) på 1 %. Antall dagopphold i 2009 er 4,5 % høyere enn i 2008, mens antall døgnopphold er redusert med 2,7 %.

Det jobbes fortløpende for å sikre korrekt medisinsk koding, både for å få riktig informasjon om pasientaktiviteten og et riktig inntektsnivå.

Poliklinisk aktivitet innenfor somatikken er som budsjettert målt i antall refusjonspoeng, mens det er et akkumulert negativt avvik for antall inntektsgivende konsultasjoner på 14 % (om lag 17.000 konsultasjoner).

#### *Psykisk helse (VoP og BuP)*

Aktivitetsnivået ved døgnavdelingene har vært høyt gjennom hele året, noe beleggspersent og resultatet for antall inn- og utskrivninger viser. Andelen utskrivningsklare pasienter er imidlertid redusert betraktelig i forhold til fjoråret, noe som viser at iverksatte tiltak har gitt resultater. Det har heller ikke vært registrert korridorpasienter av betydning ved mottakspostene ved Akuttpsykiatrisk avdeling. Antall utskrevne pasienter er 8,4 % høyere enn budsjettert, men 2,9 % lavere enn i samme periode 2008. Antall liggedøgn døgntilrettelagt i egne institusjoner er som budsjettert, og 4,5 % lavere enn i 2008.

Aktivitetsnivået ved de psykiatriske poliklinikkene er også høyt, og det er i 2009 et akkumulert positivt avvik på 6,7 %. Aktiviteten innen dette området er 8,4 % høyere enn i 2008. Samtidig som den polikliniske aktiviteten har økt, er det fortsatt utfordringer knyttet til fristbrudd. Andelen har ikke økt gjennom året som følge av tiltak og antallet i desember er på samme nivå som i januar. Målet for 2009 var imidlertid at antall fristbrudd skulle være halvert i forhold til resultatet pr 31. januar som var 70 fristbrudd. Det målet nådde ikke klinikken.

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

Per desember er antall utskrivninger omtrent 5 % lavere enn budsjettert, og det er om lag 5.400 (tilsvarende 10 %) færre liggedøgn enn budsjettert. Dette omfatter aktivitet i egne døgninstitusjoner og plasser kjøpt fra private. Aktivitetsutviklingen viser en økning i antall utskrevne pasienter, men en reduksjon i antall liggedøgn. Reduksjon i liggedøgn er en ønsket og styrt utvikling, pga. målet om dreining fra døgn- mot dag- og poliklinisk behandling, se også økning i aktiviteten for polikliniske konsultasjoner. Avvik for antall utskrevne pasienter skyldes blant annet en nedgang i antall pasienter som avbryter behandlingen. Dette er et ønsket resultat.

Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år er 1.934 (34 %) høyere enn budsjettert.

Per desember er det et merforbruk på 10 mill. kr. relatert til LAR-medikamenter (metadon og subutex). Merkostnadene skyldes nye retningslinjer for prissetting av metadon og en økning i

pasientinntaket. Samlede kostnader hittil i 2009 relatert til LAR-medikamenter utgjør nesten 97 mill. kr.

### 3.3. Styringsvariabler

#### *Andel fristbrudd*

Innenfor somatikken er gjennomsnittlig andel fristbrudd på 21,5 %, innenfor psykisk helsevern 26,8 % og innenfor rus 4,8 %. Innenfor somatikken inkluderer dette også de tilfeller hvor pasienten ikke møter opp eller selv utsetter timen. Prosentandel fristbrudd gir derfor ikke et helt riktig bilde av den faktiske situasjonen, da fristbruddene har ulike årsaker, både systemspesifikke og brukerfeil. Innenfor psykisk helsevern omfattes ikke fristbrudd som følge av at pasienten ikke møter opp eller utsetter timen.

#### *Andel utskrivningsklare pasienter*

Andel liggedager relatert til utskrivningsklare pasienter er på 6,4 % innenfor somatikken og på 4,7 % innenfor psykisk helse.

#### *Andel epikriser sendt innen 7 dager*

Gjennomsnittlig andel epikriser sendt innen 7 dager er per desember 64,1 % innenfor somatikken, 71,8 % innenfor psykisk helsevern og 58,2 % innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det har vært en positiv utvikling gjennom de siste månedene.

### 3.4. Økonomi og personell

#### *Økonomi*

*Beløp i mill. kr.*

Desember 2009 Aker uten eliminerings	Denne periode				Hittil i år				Bud 2009
	Regn	Bud	Avvik	I %	Regn	Bud	Avvik	I %	
Basisramme	-192,2	-192,1	0,1	0 %	-2 315,6	-2 311,6	4,0	0,2 %	-2 311,6
ISF-inntekter	-40,4	-37,3	3,1	8 %	-451,2	-473,1	-21,9	-4,6 %	-473,1
Andre inntekter	-23,9	-17,8	6,1	34 %	-263,9	-215,5	48,4	22,5 %	-215,5
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>-256,5</b>	<b>-247,2</b>	<b>9,3</b>	<b>4 %</b>	<b>-3 030,8</b>	<b>-3 000,2</b>	<b>30,5</b>	<b>1,0 %</b>	<b>-3 000,2</b>
Varekostnader	47,2	42,8	-4,4	-10 %	498,2	460,2	-38,0	-8,3 %	460,2
Lønnskostnader	171,6	189,5	18,0	9 %	2 109,0	2 168,2	59,2	2,7 %	2 168,2
Andre driftskostnader	47,3	31,7	-15,6	-49 %	418,7	383,9	-34,9	-9,1 %	383,9
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>266,1</b>	<b>264,1</b>	<b>-2,0</b>	<b>-1 %</b>	<b>3 025,9</b>	<b>3 012,2</b>	<b>-13,7</b>	<b>-0,5 %</b>	<b>3 012,2</b>
Driftsresultat	9,6	16,9	7,3	3 %	-4,8	12,0	16,8	0,6 %	12,0
Netto finans	1,9	-1,0	-2,9	289 %	-6,6	-12,0	-5,4	45,0 %	-12,0
<b>RESULTAT</b>	<b>11,5</b>	<b>15,9</b>	<b>4,4</b>	<b>1,7 %</b>	<b>-11,4</b>	<b>0,0</b>	<b>11,4</b>	<b>0,4 %</b>	<b>0,0</b>

#### *Kommentarer Aker*

- Periodens resultat viser et positivt avvik på 4,4 mill. kr., og et positivt akkumulert avvik på 11,4 mill. kr. Resultatet inkluderer Akers andel av etableringskostnadene til OUS med 12,9 mill. kr. og 1,9 mill. kr. i driftsrelaterte pandemikostnader. Korrigert for dette er det et positivt avvik i 2009 på om lag 26 mnok. Det knyttes noe usikkerhet til endelige pensjonskostnader til Oslo pensjonsforsikring. Det er også usikkerhet knyttet til finansiering av biologiske legemidler.

- Samlede inntekter ved Aker viser et positivt avvik på 31 mill. kr. Dette er nettoeffekt av flere forhold:
  - Lav aktivitet innenfor somatikken gir et negativt akkumulert avvik for aktivitetsbaserte inntekter på om lag 22 mill. kr.
    - ISF-refusjon for særskilte legemidler (konto 3208) er bokført ut fra budsjett. (skal avregnes ut fra faktisk aktivitet, se beskrivelse foran i saken).
  - Polikliniske inntekter er i HOD-rapporten som budsjettert.
  - Inntektsført basisramme viser et positivt avvik per desember på 4 mill. kr. Dette er relatert til kontobruk for inntektsføring av midler til forskningsformål og økt tilskudd til studenthelsetjenesten
  - Andre øremerkede tilskudd viser et akkumulert positivt avvik på 15 mill. kr. Dette skyldes utbetalte midler til øremerket aktivitet som ikke var budsjettert.
  - Inntekter fra "Raskere tilbake" utgjør 9,6 mill. kr. per desember. Dette er inntekter som ikke er budsjettert, og det er tilsvarende merkostnader innenfor lønn og varekostnader.
  - Inntekter til finansiering av biologiske legemidler (TNF-hemmere) er inntektsført som budsjett. HSØ har varslet at endelig avregning kan medføre redusert inntekt.
- Sum driftskostnader ved Aker viser et negativt avvik på 13,7 mill. kr. Dette knytter seg til følgende forhold:
  - Varekostnadene hittil i år er 38 mill. kr. høyere enn budsjettert. Dette skyldes i hovedsak at kostnader til LAR-medikamenter (- 10 mill. kr.), annet medisinsk forbruksmateriell (- 10 mill. kr.) og blod/plasma (- 5 mill. kr.) er høyere enn budsjettert. Når det gjelder kostnader til LAR-medikamenter øker dette som følge av nye nasjonale retningslinjer. Dette gir både prisøkning og en økning i antall pasienter.
  - Sum lønn (inkl. innleie) viser et akkumulert mindreforbruk på 38,5 mill. kr. Økt positivt avvik for lønnskostnader må ses i sammenheng med overføring av lønnsfunksjonen og IKT til sykehuspartner. Dette gir avvik mellom lønn og andre driftskostnader.
  - Pensjonskostnader er kostnadsført ut fra NRS-beregninger (budsjettberegninger for 2009). I tillegg til økt inntekt i basis på 136,3 mill. kr. er det budsjettert med en inntekt fra RHF'et på 21,6 mill. kr. (under andre inntekter) for å finansiere økte pensjonskostnader.
  - Det er påløpt i overkant av 1,9 mill. kr. i økte driftsutgifter relatert til pandemien. I tillegg kommer investeringskostnader.
  - Samlet har Aker per desember 12,9 mill. kr. i kostnader relatert til OUS
  - Måloppnåelse for tiltak på 76 % gir et negativt avvik for driftskostnader.
  - Aker er pålagt et økt resultatkrav for 2009 på 20 mill. kr. Kostnader til drift av rusakutt reduser kravet til overskudd med inntil 6 mill. kr., dvs. til 14 mnok.

*Økonomiske resultater per klinikk/divisjon*

	Årsbudsjett	Budsjettert hittil	Resultat avvik	■ Akk resultatavvik denne mnd. ■ Akk resultatavvik forrige mnd.
<b>Kliniske enheter</b>	1 941 903	1 941 903	-11 825	-11 825 -1 219
MEDISINSK KLINIKK	475 999	475 999	-22 405	-22 405 -16 148
KIRURGISK KLINIKK	568 135	568 135	3 905	3 905 7 886
OSLO UROLOGISKE UNIVERSITETSKLINIKK	91 107	91 107	-215	-215 -353
KLINIKK RUS OG AVHENGIGHET	342 189	342 189	-1 669	-1 669 -1 316
KLINIKK PSYKISK HELSE	464 473	464 473	8 559	8 559 8 712
<b>Ikke medisinske støttefunksjoner</b>	189 829	189 829	4 556	4 556 4 491
DIVISJON INTERNE TJENESTER	119 048	119 048	3 834	3 834 2 673
EIENDOMSDIVISJONEN	70 781	70 781	722	722 1 818
<b>Administrative enheter</b>	159 651	159 651	8 505	8 505 56
OUS HF	0	0	-12 876	-12 876 -9 833
Avskrivninger og sentrale poster	-2 291 383	-2 291 383	23 085	23 085 13 519
<b>RESULTAT</b>	0	0	11 445	11 445 7 014

-30 000 -20 000 -10 000 0 10 000 20 000 30 000

Som det fremkommer av figuren ovenfor, er det størst avvik innenfor Medisinsk klinikk og sentrale poster, inkludert avskrivninger.

#### Medisinsk klinikk

Avvikene skyldes i hovedsak lav effekt av tiltak, og særlig høye kostnader til innleie av helsepersonell. Det er også merkostnader til kjøp av blod, og til spesialundersøkelser gjennomført hos andre sykehus.

#### Sentrale poster

Positivt avvik skyldes vesentlig lavere kostnader enn budsjettert knyttet til avskrivninger, gjestepasientkostnader, tariffoppgjør m.m.

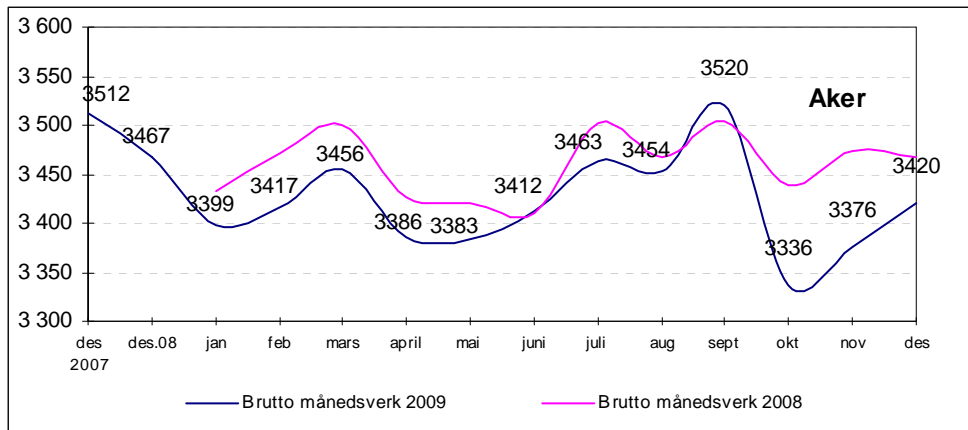
#### Gjennomføring av omstillingstiltak

Det er realisert noe lavere effekt av omstillingstiltak enn budsjettert. Per desember er måloppnåelsen for tiltak på 76 %, tilsvarende 14 mill. kr. lavere enn budsjettert. Det er i hovedsak tiltak videreført fra 2008 som ikke har gitt effekt som budsjettert hittil i år. Dette inkluderer tiltak innenfor rehabiliteringsområdet og innenfor lønnsområdet (EFO m.m.), og er i hovedsak relatert til Medisinsk klinikk.

#### Personell

Antall årsverk (sum av fast lønn, overtid og timelønnede) varierer noe fra måned til måned. Antall årsverk i desember 2009 er på 3.420 mens antall i november 2008 var på 3.4376, dvs. en økning på 44. Det er i løpet av høsten overført om lag 20 årsverk fra Aker til Sykehuspartner IKT, og om lag 12 årsverk innenfor lønnsområdet.

Figuren under viser utviklingen i brutto månedsværk i 2008 og 2009.



Sykefraværet ved Aker har variert noe i løpet av året, og det var i november et samlet fravær på 9,4 %.

## 4. RIKSHOSPITALET

### 4.1. Målekort

Nivå: Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet											
Styringsdialog – Rapportering desember 2009											
Pasientbehandling		Desember 2009			Resultat hittil i år				Jan - des 2008		
Gruppe	Indikator		Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Vurdering	Faktiske tall periode	Endring fra 2008 i %
Somatikk	DRG-poeng totalt	M	6 990	10	0,1 %	85 662	-2 351	-2,7 %		90 156	-5,0 %
	Gj.sn. liggetid døgnopphold	M	5,3 %	-0,3 %	-4,7 %	5,0 %	-0,6 %	-10,6 %		5,3 %	-5,4 %
	Liggedøgn	M	16 447	-3 646	-18,1 %	220 730	-33 270	-13,1 %		262 309	-15,9 %
	Dagopphold	M	3 184	-217	-6,4 %	39 924	-3 076	-7,2 %		42 924	-7,0 %
	Polikliniske konsultasjoner	M	26 699	7 177	36,8 %	300 597	39 247	15,0 %		248 711	20,9 %
	Refusjonspoeng poliklinikk	M	36 551	7 359	25,2 %	413 738	38 305	10,2 %		397 104	4,2 %
Psykisk	Pol. Kons.	M	545	-397	-42,1 %	7 481	-4 419	-37,1 %		10 925	-31,5 %
Kvalitetsindikatorer											
Gruppe	Indikator		Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Vurdering	Faktiske tall periode	Endring fra 2008 i %
	Andel fristrudd pas. m/rett	M	11,4 %	0	-	11,0 %					
	Gj.sn. ventetid til start helsehjelp m/ rett	M	180	-	-	-	-	-			
	Strykninger planlagte opr	T	11,2 %	6,2 %	6,2 %	9,7 %	4,7 %	4,7 %		8,7 %	-
	Prevalens sykehusinfeksjoner	T	8,2 %			8,4 %				7,6 %	0,8 %
	Andel epikriser sendt innen 7d	M	60,8 %	-19,2 %	-19,2 %	64,5 %	-15,5 %	-15,5 %		68,0 %	-3,5 %
Økonomi og personell											
Gruppe	Indikator		Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Vurdering	Faktiske tall periode	Endring fra 2008 i %
Økonomi	Resultat (i 1000)	M	38 991	80 159	12,0 %	48 676	48 676	0,7 %			
	Realiserte budsjett tiltak	M	14 474	-9 994	-40,8 %	167 756	-100 912	-37,6 %			
Personell	Totalt utbetalte månedsværk	M	6 752	-54	-0,8 %	6 679	-137	-2,0 %		7 221	-7,5 %
	Herav variabel lønn	M	307	74	31,8 %	283	79	38,6 %		341	-17,0 %
	Herav eksternt finansierte	M	745	-	-	727	-	-		697	4,3 %
	Sykefravær	M	8,7 %			8,3 %				8,4 %	

### 4.2. Aktivitet

Antall heldøgnsopphold er lavere enn budsjettet i perioden og akkumulert for året. Antall DRG-poeng er noe lavere enn budsjettet. Noe av dette skyldes lavere aktivitet enn planlagt. Det skyldes også etterslep i koding. For perioden er det imidlertid et positivt avvik på 10 DRG-poeng. Aktiviteten er lavere enn i 2008. Dette skyldes blant annet at SSR fra og med juli er trukket ut av aktivitetstallene. Fisjonen er håndtert slik at SSR ligger inne i aktivitetstallene fra januar til juni, men er korrigert ut i juli slik at akkumulerte tall pr juli stemmer med akkumulerte tall for Rikshospitalet eksklusive SSR.

DRG-aktiviteten varierer mellom klinikkene. De kirurgiske klinikkene har generelt høyere DRG-krav enn de medisinske. De har imidlertid også større avvik i forhold til måltall enn de medisinske, både i faktiske tall og prosenttall. Størst utfordringer har Hjerter- og lungeklinikken og ØPO-klinikken. Når det gjelder ØPO er aktivitetstallene i form av DRG-poeng lavere enn det som er reelt pga feil i gruppen mht Cochlea.

Aktiviteten knyttet til dagbehandling er lavere enn budsjettet, mens polikliniske konsultasjoner er høyere enn budsjettet, både i desember og akkumulert for året.

Aktivitet knyttet til pandemi gjelder i hovedsak Intensivavdelingen. Totalt i 2009 har det vært 20 pandemipasienter. Disse genererte 287 oppholdsdøgn, hvorav 281 respiratordøgn. I disse ligger 56 isolatdøgn og 85 ECMO-døgn. Antall tracheostomerte var 11.

#### 4.3. Styringsvariabler

De vanligste årsakene til strykning er knyttet til to hovedforhold:

- Den enkelte pasient eller pasientpopulasjon på avdelingen
  - fortrenget av øyeblikkelig hjelp
  - manglende kirurgisk indikasjon (grunn) til operasjon
  - strykning på grunn av alvorlig og/eller ikke utredet ledsagende sykdom

Ovennevnte årsaker utgjør normalt ca 50 -60 % av årsakene til strykning.

- Ressurssituasjonen (sykefravær, fasiliteter)
  - tilgang på anestesi/postoperative ressurser
  - tilgang til kirurg, operasjonssykepleiere

Dette årsaksforholdet vil variere over tid og med organisasjonsnivået på våre tjenester.

Andel epikriser sendt ut innen 7 dager er i desember på 60,9 % og for 2009 under ett på 64,5 %. Dette er under det nasjonale kravet på 80 %.

Andel fristbrudd er omtrent som i november. I november var andelen 11,5 %, og i desember 11,4 %. Akkumulert pr desember er andel fristbrudd 11 %.

#### 4.4. Økonomi og personell

##### Økonomi

*Beløp i mill. kr.*

Desember 2009 Rikshospitalet uten elimineringer	Denne periode				Hittil i år				Budsjett 2009
	Regn	Bud	Avvik	I %	Regn	Bud	Avvik	I %	
Basisramme	-227,3	-227,4	0,0	0 %	-2 738,9	-2 738,9	0,0	0,0 %	-2 738,9
ISF-inntekter	-259,5	-237,7	21,8	9 %	-2 958,1	-2 944,8	13,3	0,5 %	-2 944,8
Andre inntekter	-219,8	-94,3	125,6	133 %	-1 333,5	-1 281,8	51,7	4,0 %	-1 281,8
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>-706,6</b>	<b>-559,3</b>	<b>147,3</b>	<b>26 %</b>	<b>-7 030,5</b>	<b>-6 965,5</b>	<b>64,9</b>	<b>0,9 %</b>	<b>-6 965,5</b>
Varekostnader	116,8	88,0	-28,8	-33 %	1 200,7	1 105,3	-95,4	-8,6 %	1 082,8
Lønnskostnader	399,7	382,8	-16,9	-4 %	4 376,2	4 374,9	-1,3	0,0 %	4 397,4
Andre driftskostnader	150,0	125,8	-24,1	-19 %	1 378,4	1 446,9	68,5	4,7 %	1 446,9
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>666,5</b>	<b>596,7</b>	<b>-69,8</b>	<b>-12 %</b>	<b>6 955,4</b>	<b>6 927,2</b>	<b>-28,2</b>	<b>-0,4 %</b>	<b>6 927,2</b>
Driftsresultat	-40,2	37,3	77,5	12 %	-75,1	-38,3	36,8	0,5 %	-38,3
Netto finans	1,2	3,8	2,7	70 %	26,4	38,3	11,9	31,1 %	38,3
<b>RESULTAT</b>	<b>-39,0</b>	<b>41,2</b>	<b>80,2</b>	<b>12,0 %</b>	<b>-48,7</b>	<b>0,0</b>	<b>48,7</b>	<b>0,7 %</b>	<b>0,0</b>

- Rapportert resultat viser et positivt resultatavvik på 80 mill. kr. for perioden, og et positivt akkumulert avvik på 49 mill. kr.
- Endringen i resultatavvik fra november til desember kan forklares med følgende:



- Gevinst ved salg av eiendom
- ISF-avregning 2008
- Samlede inntekter viser et akkumulert positivt avvik på 65 mill. kr. Dette knytter seg til følgende forhold:
  - Fortsatt akkumulerte negative avvik i forhold til plan knyttet til DRG, selv om dette avviket har avtatt noe de siste månedene. For desember isolert sett er aktiviteten 10 DRG-poeng høyere enn planlagt.
  - Det lave aktivitetsnivået ved inngangen av året kan forklares med følgende faktorer:
    - Omlegging til dagbehandling
    - Noe tilfeldig variasjon i pasientsammensetningen
    - Lav transplantasjonsaktivitet i januar og februar
  - Det er oppdaget en feil i NPR sitt grupperingsprogram som medfører at det i 2009 har blitt rapportert et lavere antall DRG-poeng (262 akkumulert pr desember) enn reelt knyttet til innsetting av cochleaimplantater som dagkirurgi. Dette er korrigert i RHs inntekter, men ikke i aktivitetsrapporteringen. Det fører også til at det er et avvik mellom rapporterte DRG poeng og RHs inntektsføring.
  - ISF-avregning 2008 gir en positiv resultateffekt på 19 mill. kr. Rikshospitalet er også trukket 18 mill. kr for poliklinikk i avregningen for 2008. Dette er ført som en fordring på Helse Sør-Øst og vil foreløpig ikke ha resultateffekt.
  - Som følge av at RH ble tildelt høyere tilskudd til pensjon enn de reelle kostnadene er inntektene blitt korrigert ned. Samlet effekt er ca 110 mill. kr.
  - Inntekter eiendomssalg er 148,3 mill. kr. Gevinsten ved salg av eiendom er på 85,4 mill.kr.
- Driftskostnader viser et akkumulert negativt avvik på 28 mill. kr. Dette knyttes primært til følgende:
  - Høyere varekostnader og lønnskostnader enn budsjettert, men lavere kostnader knyttet til avskrivninger og andre driftskostnader
  - Som følge av at IT har blitt overført fra Rikshospitalet til Sykehuspartner, har det blitt en forskyvning av kostnader fra avskrivninger til varekostnader i september til desember. Dette er per desember akkumulert ca. 27 mill. kr.
  - Budsjettavvik på 68,5 mill. kr knyttet til andre driftskostnader (ØBAK) skyldes hovedsakelig to forhold:
    - Som følge av at RH ble tildelt høyere tilskudd til pensjon enn de reelle kostnadene er inntektene blitt korrigert ned med akkumulert 110 mill. kr.
    - Kostnader knyttet til salg av eiendom beløper seg til 62,9 mill. kr, hvorav 60,9 knytter seg til regnskapsmessig verdi av solgt eiendom og ca 2 mill. kr til salgsomkostninger.
  - Kostnader knyttet til pandemi er foreløpig kommet opp i ca 26,5 mill. kr. for Rikshospitalet, hvorav ca. 35 % gjelder varekostnader og 65 % lønn. Inntekter (ISF-inntekter) knyttet til pandemien utgjør akkumulert pr desember 6,2 mill. kr. Nettoutgiften ved Rikshospitalet summerer seg til ca. 20,3 mill. kr. Dette må sees i sammenheng med avviket på vare- og lønnskostnader.
  - Kostnader knyttet til etableringen av Oslo universitetssykehus beløper seg nå for Rikshospitalets del til 25,8 mill. kr.

- Samlet rapporteres det at tiltakene har hatt en økonomisk effekt på 14,5 mill. kr. i desember. Dette er over gjennomsnittet pr måned i 2009. Akkumulert er økonomisk effekt av tiltakene 167,8 mill. kr.
- Rikshospitalet fokuserer på at tiltakene skal gjennomføres som planlagt. Styringsmålet står fast. Det ble gjennom sommeren arbeidet fram virkemidler for å bistå klinikkene i å nå målet om økonomisk balanse. Det dreier seg blant annet om strammere styring på personalområdet i form av inndragning av reise- og utdanningsaktivitet, begrensninger i forbruk på områder der forbruk kan utsettes og tiltak for økt inntjening.
- Klinikksefene har ukentlige gjennomgang av tiltak for å øke aktiviteten, og som tidligere fokuseres det spesielt på:
  - økt utnyttelse av operasjonsaktivitet
  - opprettholdelse av aktivitetsnivået hele høsten og så nært juleferien som mulig

### Klinikkvise resultater

	Årsbudsjett	Budsjettet hittil	Akkumulert avvik fra budsjett			
			Inntekt	Kostnad	Resultat	
<b>Kliniske enheter</b>	<b>3 251 330</b>	<b>3 251 330</b>	<b>56 567</b>	<b>-159 956</b>	<b>-103 389</b>	
BARNEKLINIKKEN	350 823	350 823	11 124	-15 175	-4 051	
HJERTE- OG LUNGEKLINIKKEN	625 483	625 483	-8 627	-24 462	-33 090	
KIRURGISK KLINIKK	315 505	315 505	8 043	-32 366	-24 323	
ØPO-KLINIKKEN	328 565	328 565	-12 213	5 839	-6 374	
KREFTKLINIKKEN	433 512	433 512	15 057	-20 463	-5 406	
KVINNEKLINIKKEN	212 570	212 570	21 064	-18 140	2 924	
MEDISINSK KLINIKK	488 009	488 009	18 269	-33 843	-15 574	
NEVROKLINIKKEN	496 863	496 863	3 850	-21 346	-17 496	
<b>Medisinsk service enheter</b>	<b>1 425 633</b>	<b>1 425 633</b>	<b>61 872</b>	<b>-82 919</b>	<b>-21 047</b>	
ANESTESI- OG INTENSIVKLINIKKEN	427 831	427 831	7 903	-27 278	-19 376	
BILDE- OG INTERVENSJONSKLINIKKEN	299 757	299 757	8 436	-16 074	-7 638	
KLINIKK FOR KLINISK SERVICE	97 613	97 613	2 552	1 085	3 636	
LABORATORIEKLINIKKEN	408 398	408 398	38 953	-35 987	2 966	
OPERASJONSAVDELING 3	35 575	35 575	291	-228	63	
PATOLOGIKLINIKKEN	156 459	156 459	3 738	-4 436	-699	
<b>Forskningsenheter</b>	<b>426 370</b>	<b>426 370</b>	<b>5 191</b>	<b>508</b>	<b>5 699</b>	
INSTITUTT FOR KREFTFORSKNING	192 987	192 987	165	830	995	
INSTITUTT FOR KIRURGISK FORSKNING	9 144	9 144	1 386	-3 849	-2 463	
INTERVENSJONSENTERET	32 257	32 257	3 866	-3 739	127	
KREFTREGISTERET	115 307	115 307	-4 497	4 631	133	
INSTITUTT FOR MEDISINSK INFORMATIKK	31 813	31 813	2 086	-170	1 916	
SENTER FOR KOMPARATIV MEDISIN	11 118	11 118	3 351	-3 580	-229	
SENTER FOR PAS MEDV OG SPL FORSKN	18 704	18 704	-2 076	3 055	979	
FORSKNINGSSTØTTEAVDELINGEN	15 040	15 040	909	3 330	4 240	
<b>Administrative enheter</b>	<b>1 094 251</b>	<b>1 094 251</b>	<b>22 645</b>	<b>-36 559</b>	<b>-13 914</b>	
Avskrivinger og sentrale poster	554 184	554 184	-91 333	274 255	182 923	
Resultat aksjeselskaper	213 765	213 765	10 004	-11 599	-1 596	
<b>RESULTAT</b>	<b>6 965 533</b>	<b>6 965 533</b>	<b>64 945</b>	<b>-16 270</b>	<b>48 676</b>	

Stikkordmessige kommentarer til de største resultatavvikene:

#### Barneklippen

Til tross for høyere inntekter enn plan fikk BKL et negativ resultatavvik pga høyere personal- og varekostnader enn budsjettet.

#### Hjerter- og lungeklippen

Inntektssvikt i forhold til budsjett kr. 26 mill. kr. Økte kostnader ved behandling av aneurysmepasienter, økte kostnader til hjertepumper (lev.konkurs) og ny behandling TAVI (Percutane hjerteklaffer). Sum økte behandlingskostnader beregnet til 5 mill. kr.

Effekt av budsjetterte kostnadsbesparende tiltak uteble (blod 1,5 og personal 1,5) på 3 mill. kr.

#### Kirurgisk klinikk

- Inntektene er høyere i forhold til plan ca 8mill. kr., herav 4,6 lønnsoppgjør. Antall TX i 2009 (399) er høyere enn 2008(378)
- Utgifter: Fast lønn er i balanse, variabel lønn går med stort underskudd. Dette skyldes den høye aktiviteten KIR har hatt i forskjellige perioder. Varekostnader -13 mill, det meste av det er medikamenter, blod, div.forbruksvarer og Innleie (særlig på sengeposten på Radium og gastro på Gaustad). Andre driftskostnader er -3,6 mill. kr. og ca 1,5 av dette er transport knyttet til TX. KIR har klart DRG plantallene men merkostnaden for ekstra TX og høyere aktivitet har vært betydelig større enn inntektene.

#### ØPO-klinikken

Avvik for ØPO mot slutten av året skyldtes lavere DRG inntjening enn plantall, og at man, i motsetning til tidligere i året, ikke hadde tilsvarende lavt utgiftsnivå. Det kom på implantatutgifter og noe personalutgifter som gjorde at totalen ble negativ tross høy aktivitet.

#### Kreftklinikken

Driftsunderskuddet knytter seg til store kostnadsbelastninger innen løpende vedlikehold MTU (særlig mot slutten av året), planlagt reduksjon i ÅV som ikke lot seg realisere da den var sterkt knyttet til fremdriften i byggeprosjektene, samt manglende budsjettering av videreutdanning innen stråleterapi.

#### Kvinneklinikken

Det positive avviket skyldes merinntekter, samt god kostnadsstyring.

#### Medisinsk klinikk

Reelt avvik på inntekter er ca. 5 mill. kr. (justert for lønnsoppgjør på 6 mill. kr. og pandemi på ca 5 mill. kr.) Avviket på lønn er ca 8 mill. kr. Avviket på drift er ca 12 mill, av dette skyldes 3 mill søk og høsting av stamceller. 8 mill kr. er udefinert innsparingskrav lagt på art 70000.

#### Nevroklinikken

Det negative avviket skyldes hovedsakelig drg-svikt og høye implantatkostnader på nevrokirurgivirksomheten vår.

#### Anestesi- og intensivklinikken

Det negative avviket skyldes pandemien som vi hadde med full fart fra august 2009, medikamenter, variabel lønn og innleie. Innleie er det meste av på oppvåkningen.

#### Bilde- og intervensjonsklinikken

Innleie av mobil MR ca. 4 mill.kr, oppgradering av RIS ca. 0,5 mill.kr og inntektssvikt/overvurdert inntektsbudsjett på Nukleær-medisin på Gaustad ca. 3,1 mill.kr

#### Klinikk for klinisk service:

God kostnadsstyring (holdt ubesatte stillinger ledig)

#### Operasjonsavdeling 3

God kostnadsstyring

## Patologiklinikken

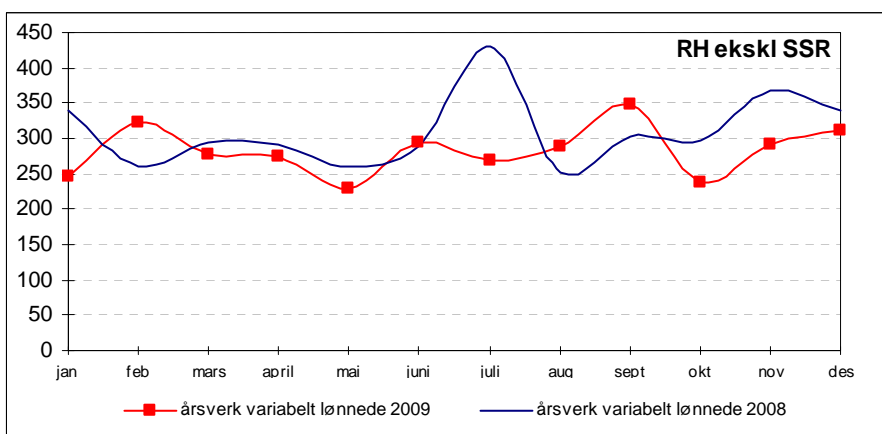
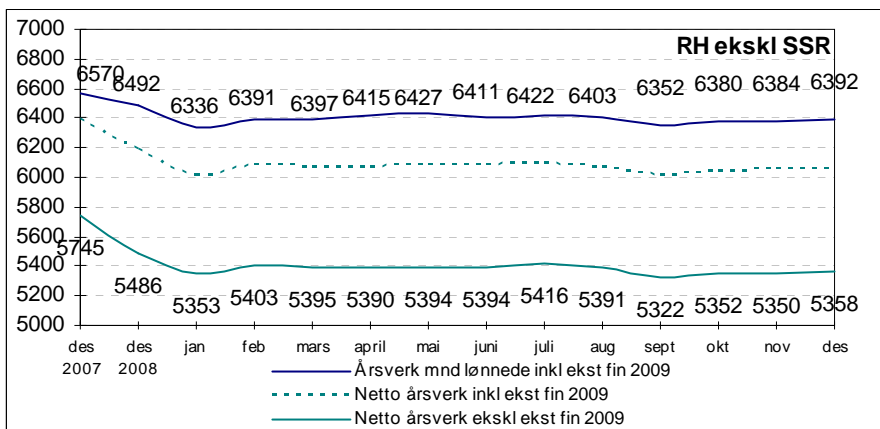
Høy spesialisert aktivitet gir høyere kostnader enn budsjettet. Overtagelse av ansatte fra Kreftforeningen uten kompensasjon

### Personell

Forrige kubegenerering i Profitbase var mangelfull. Dette har medført at bemanningstallene som RH henter fra Profitbase er lavere enn hva de faktisk er. Bemanningsgrafene og kommentarene under er som i novemberrapporteringen. Bemanningstall for faste årsverk registreres imidlertid forskuddsvis og vil være korrekte for desember. Variable årsverk registreres etterskuddsvis. RH har dermed ikke tilgang på variable årsverk for desember (som vil fremkomme som januar).

Utviklingen i faste årsverk ligger som tidligere måneder under plantallet og oppveies dels av at RH ligger over plantall knyttet til variabelt lønnede.

Dersom man ser bort fra SSR er det en reduksjon i netto årsverk eksklusive eksternt finansierte fra oktober til november, mens en oppgang fra november til desember. Utviklingen i årsverk og variabel lønn vises nedenfor.



Når det gjelder variabel lønn er tallet for juli 2008 kunstig høyt som følge av omlegging i utbetalingspraksis. Årsverk variabelt lønnede har økt i forhold til oktober. Antall årsverk variabelt lønnede er over plantall noe som til dels oppveies av at RH ligger under plantall for faste årsverk.

## 5. ULLEVÅL

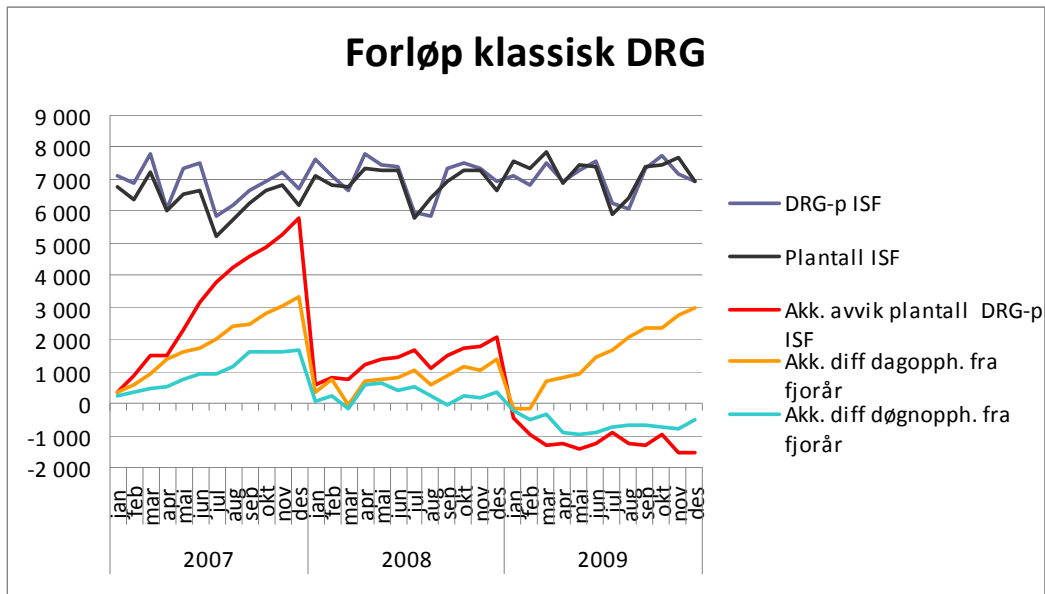
### 5.1. Målekort

Nivå: Oslo universitetssykehus HF, Ullevål											
Styringsdialog – Rapportering desember 2009											
Pasientbehandling			Desember 2009			Resultat hittil i år				Jan - des 2008	
Gruppe	Indikator	Per	Resultat	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Resultat	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Vurd.	Resultat	Endring fra 2008 %
Somatikk	DRG-poeng ISF totalt	M	6 926	9	0,1 %	84 749	-1 516	-1,8 %	🟡	85 590	-1,0 %
	Gj.sn. liggetid døgnopphold	M	4,6			4,6				4,6	0,0 %
	Liggedøgn	M	17 003	-1 487	-8,0 %	212 871	-2 129	-1,0 %	🟡	216 015	-1,5 %
	Dagopphold	M	4 184	596	16,6 %	50 983	-1 017	-2,0 %	🟡	48 020	6,2 %
	Polikliniske konsultasjoner	M	31 050	3 305	11,9 %	390 329	34 839	9,8 %	🟢	378 099	3,2 %
	Refusjonspoeng poliklinikk	M	32 555	1 373	4,4 %	402 337	-753	-0,2 %	🟡	392 991	2,4 %
Psykisk helsevern	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	M	146	-9	-5,8 %	1 925	-79	-3,9 %	🟡	1 948	-1,2 %
	Liggedøgn	M	6 579	-839	-11,3 %	85 745	-1 559	-1,8 %	🟡	89 872	-4,6 %
	Dagbehandling	M	656	-281	-30,0 %	8 825	-2 060	-18,9 %	🔴	11 093	-20,4 %
	Polikl. kons.	M	6 436	238	3,8 %	83 023	-321	-0,4 %	🟡	81 350	2,1 %
TSB	Polikliniske konsultasjoner	M	426	-47	-9,9 %	4 947	-1177	-19,2 %	🔴	5 830	-15,1 %
Kvalitetsindikatorer											
Venteliste	Andel fristbrudd pas. m/rett	M	0,0 %	0,0 %	0,0 %						
	Gj.sn. ventetid til start helsehjelp m/ rett	M	53	-8	-17,1 %	52				52,0	
Belegg	Antall utskrivningsklare	M	36	-	-	434	-	-	🔴	563	-22,9 %
	Andel ligged. utskr.klare	M	5,4 %	-	-	4,8 %	-	-	🔴	5,5 %	-0,7 %
	Andel korridorpasienter	T	1,2 %	-1,2 %	-1,2 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	🟡	2,0 %	-0,5 %
Org. og ledelse	Strykninger planlagte opr	T	8,1 %	3,1 %	3,1 %	7,9 %	2,9 %	2,9 %	🔴	8,2 %	-0,3 %
	Prevalens sykehusinfeksjoner	T	6,9 %	1,9 %	1,9 %	5,9 %	0,9 %	0,9 %	🟡	6,1 %	-0,2 %
Andel epikriser sendt innen 7 dgr.	Somatikk	M	0,0 %	-80,0 %	-80,0 %	0,0 %	-80,0 %	-80,0 %		0,0 %	0,0 %
	Andel epikriser sendt innen 7d VoP	M	0,0 %	-80,0 %	-80,0 %	0,0 %	-80,0 %	-80,0 %		0,0 %	0,0 %
	Rus (ikke ferdig impl.)	M									
VoP	Tvungen innskriving i VoP	T	23,0 %	-	-	14,1 %	-	-	🔴	12,5 %	1,5 %
	Andel ikke planlagte reinnleggelsler	T	12,7 %	-	-	12,3 %	-	-	🔴		0,0 %
Økonomi	Resultat (i 1000)	M	-90 553	-44 919	-6,1 %	-158 979	-158 979	-2,0 %	🔴		
	Realiserte budsjett tiltak	M	34 505	-7 182	-17,2 %	165 257	-35 356	-17,6 %	🔴		
Personell	Totalt utbetalte månedsværk	M	8 544	-210	-2,4 %	8 578	-155	-1,8 %	🟡	8 662	-1,0 %
	Herav variabel lønn	M	806	24	3,1 %	810	34	4,4 %	🟡	855	-5,3 %
	Herav eksternt finansierte	M	173	-7	-3,7 %	168	-12	-6,5 %	🟢	167	0,8 %
	Sykefravær	M	9,4 %	1,7 %	1,7 %	9,3 %	1,6 %	1,6 %	🔴	8,7 %	0,6 %

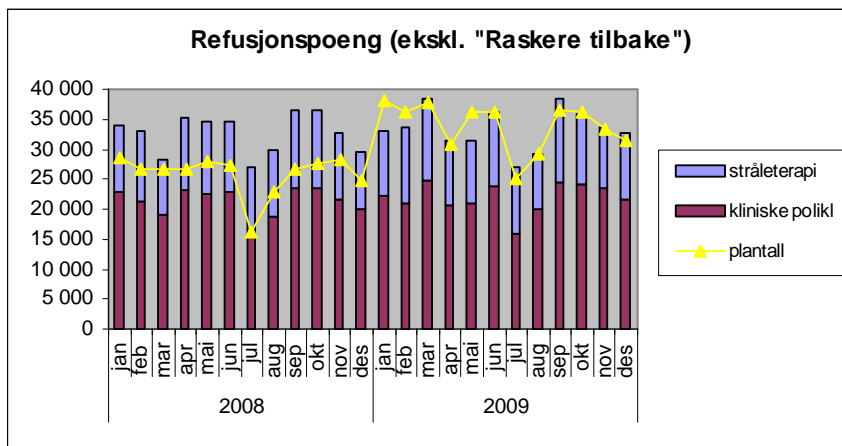
### 5.2. Aktivitet

#### Somatikk

Akkumulert resultat er 1.516 DRG-poeng (1,8 % %) under plantall, dvs. at avviket er redusert med 0,4 % fra forrige rapportering.



Akkumulert resultat refusjonspoeng inkl. stråleterapi ligger for 2009 753 poeng (-0,2 %) under plantall mot -0,8 % i november. Det er spesielt stråleterapi som ligger under plantall akkumulert, til sammen 11 064 poeng (7,5 %).



Antall polikliniske konsultasjoner ligger akkumulert 9,8 % over plantall. Det er i resultatene korrigeret for 555 refusjonspoeng for jordmorkonsultasjoner som ble meldt inn for sent i korrekt form til rapporteringen for 1. tertial, og som det nå er gitt avslag på å få korrigeret for ifht. ISF.

#### VoP

I voksenpsykiatrien opprettholdes aktivitetsmønsteret uendret med tilsiktet reduksjon av døgnbehandling og økning av poliklinikk og ambulante team. Manglende måloppnåelse i dagbehandling på -51,7 % tilskrives redusert behov og går således ikke ut over pasientene.

Antall liggedøgn i desember var 6.037, som er 12 % under plantall. For hele 2009 var det 79.175 liggedøgn, som er 2,1 % under plantall.

### *TSB (Rus)*

Antall polikliniske konsultasjoner innen Rus var 426 i desember, 4.947 akkumulert for 2009.

Dette er hhv. 9,9 % og 19,2 % under plantall. Årsaken er fortsatt ubesatte stillinger og sykefravær.

### *BuP dagbehandling, liggedøgn, utskrevne pas.døgn og poliklinikk*

Antall oppholdsdager dagbehandling var 428 i desember, og 5.364 akkumulert. Dette er hhv. 8,0 % og 4,3 % under plantall.

Antall liggedøgn var 542 i desember, og 6.570 akkumulert. Dette er hhv. 2,7 % under og 2,0 % over plantall.

Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner var 2 852 i desember, noe som er 3,6 % over plantall. Akkumulert var antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner 37.626, eller 2,9 % under plantall.

### *Raskere tilbake*

Den polikliniske aktiviteten i desember ble redusert for ikke å gå ut over avtalen.

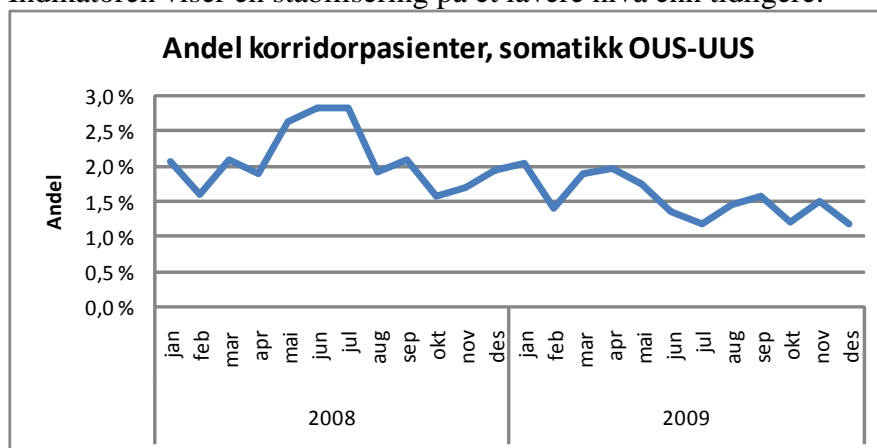
### *Primær rehabilitering, antall døgnopphold*

Antall døgnopphold kompleks rehabilitering synes noe for høyt. Kodingen vil bli gjennomgått og rettet innen fristen for rapportering til NPR 12.2.2010.

## 5.3. Styringsvariabler

### *Andel korridorpasienter (somatikk)*

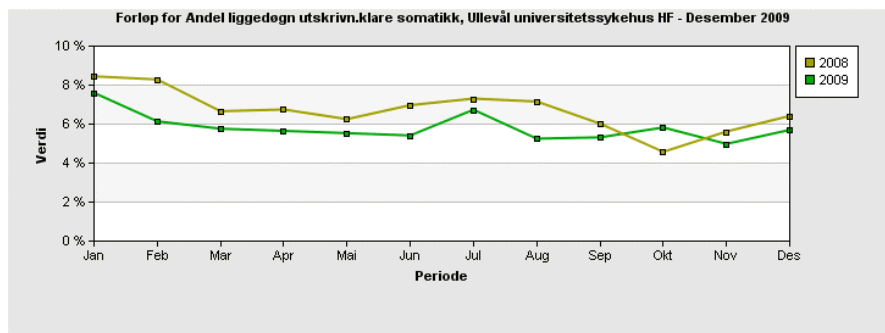
Indikatoren viser en stabilisering på et lavere nivå enn tidligere.



Resultatet var 1,2 % i desember og 1,6 % akkumulert. Målsettingen er fortsatt ingen korridorpasienter. Tiltakene har fokus på bedre utnyttelse av total sengekapasitet inkl. buffersenger. Andel og antall korridorpasienter er fortsatt størst i medisinsk divisjon, mens gastromedisinsk avdeling har størst andel (11,2 %) registrerte korridorpasienter på avdelingsnivå.

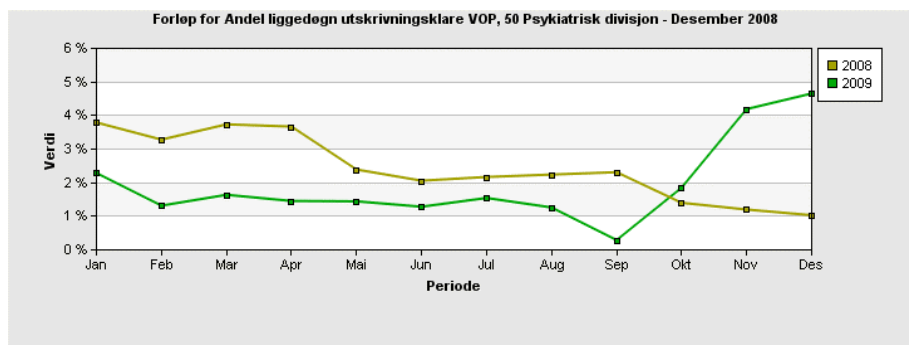
### *Andel liggedøgn utskrivningsklare (somatikk)*

Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare var 5,7 % i desember 2009. Dette er en reduksjon på 0,7 %-poeng sammenlignet med i fjor. Andelen hittil i år var 5,8 %, mot 6,7 % i tilsvarende periode i 2008.



Avdelinger med høye andeler i desember var Geriatrisk (27,9 %), Ortopedisk senter (23,6 %), Nyremedisinsk (16,3 %), Gastromedisinsk (13,4 %), Hematologisk (12,2 %) og Fysikalsk medisin (10,7 %).

#### Andel liggedøgn utskrivningsklare (psykisk helsevern VOP)



Enhetlig registreringspraksis innen psykisk helsevern VoP har gitt positiv effekt ved at det er mer systematisk registrering av UK-meldte pasienter innen rapporteringsfristen. Forløpsgrafene viser en reell økning i totalt antall liggedager for utskrivningsklare.

Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare var 4,6 % i desember 2009. Avdelinger med høye andeler i desember var Psykisk utviklingshemmede (23,0 %), Alderspsykiatrisk (17,0 %) og Akuttpsykiatrisk (7,4 %).

#### Epikrisetid

Epikrisetid kan fortsatt ikke rapporteres grunnet manglende tilleggsleveranse etter oppgradering av EPJ fra leverandøren.

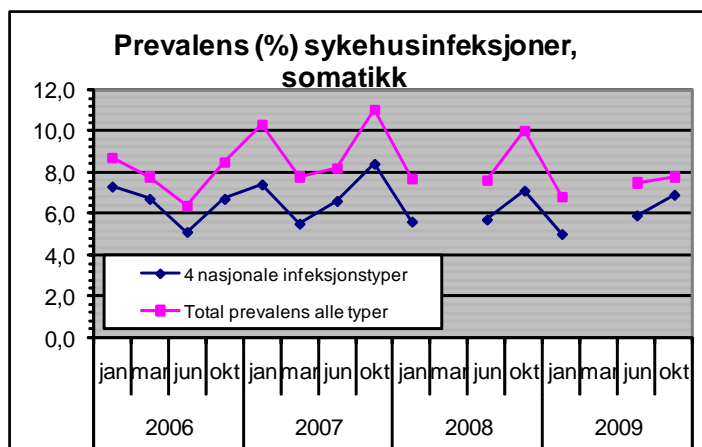
#### Fristbrudd start helsehjelp

Indikatoren kan ikke rapporteres pga. mangelfullt datagrunnlag.

#### Nasjonale kvalitetsindikatorer

Prevalens av sykehusinfeksjoner er normalt høyere ved målingen i oktober enn ellers i året (januar og juni: mars måles ikke lenger).





Det er problemer med stabile tall for tvangsinnleggelser. Dessverre er det ikke mulig å få annet enn akkumulerte tall for inneværende år, slik at reelt for 3. tertial fremstår som korreksjon ut fra det som er rapportert de tidligere tertialer slik malen krever. Rapporter basert på spesialistvedtak (ikke henvisningsformalitet som nasjonal indikator tilsier) viser ikke en slik økning som rapporteres nå i 3. tertial.

#### 5.4. Økonomi og personell

##### Økonomi

Beløp i mill. kr.

Desember 2009 Ullevål uten eliminerings	Denne periode				Hittil i år				Budsjet 2009
	Regn	Bud	Avvik	I %	Regn	Bud	Avvik	I %	
Basisramme	-420,4	-421,0	-0,6	-0,1 %	-5 327,0	-5 327,5	-0,6	0,0 %	-5 327,5
ISF-inntekter	-130,9	-121,8	9,1	7,5 %	-1 521,6	-1 530,8	-9,2	-0,6 %	-1 530,8
Andre inntekter	-84,2	-84,9	-0,7	-0,8 %	-905,0	-885,5	19,5	2,2 %	-885,5
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>-635,6</b>	<b>-627,7</b>	<b>7,9</b>	<b>1,3 %</b>	<b>-7 753,5</b>	<b>-7 743,8</b>	<b>9,7</b>	<b>0,1 %</b>	<b>-7 743,8</b>
Varekostnader	101,1	72,5	-28,6	-39,5 %	1 020,6	933,4	-87,2	-9,3 %	933,4
Lønnskostnader	478,6	474,0	-4,6	-1,0 %	5 420,1	5 404,5	-15,6	-0,3 %	5 404,5
Andre driftskostnader	152,5	121,9	-30,6	-25,1 %	1 417,6	1 330,2	-87,4	-6,6 %	1 330,2
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>732,2</b>	<b>668,5</b>	<b>-63,8</b>	<b>-9,5 %</b>	<b>7 858,3</b>	<b>7 668,0</b>	<b>-190,3</b>	<b>-2,5 %</b>	<b>7 668,0</b>
Driftsresultat	96,7	40,7	-55,9	-7,6 %	104,8	-75,7	-180,5	-2,3 %	-75,7
Netto finans	-6,1	4,9	11,0	224,6 %	54,2	75,7	21,5	28,5 %	75,7
<b>RESULTAT</b>	<b>90,6</b>	<b>45,6</b>	<b>-44,9</b>	<b>-6,1 %</b>	<b>159,0</b>	<b>0,0</b>	<b>-159,0</b>	<b>-2,0 %</b>	<b>0,0</b>

Periodens resultat for Ullevål viser et negativt avvik fra budsjett på 45 mill. kr. og et negativt akkumulert avvik på 159 mill. kr. Det store avviket i desember skyldes blant annet en rekke forhold knyttet til årsavslutningen. Av spesielle forhold kan fremheves at det er kostnadsført en faktura på 8 mill. kr. gjeldende Microsoft lisenser fra 2007 og 2008. I tillegg er årsavsetninger innenfor lønn økt med 9 mill. kr., hvorav overlegepermisjoner 7 mnok. fra 2008. Endelig ISF avregning for 2008 medførte en reduksjon i inntekter med 5 mill. kr. Ser en bort fra disse forholdene, viser driftsresultatet for desember et avvik i størrelsesorden 20 mill. kr. Det er likevel ikke slik at dette er representativt for inngangsfarten til 2010. Flere divisjoner melder blant annet om andre enkeltforhold med effekt i desember. Spesielt prehospitaltjenester har hatt et meget svakt desemberresultat som følge av høy beredskap og effekter fra høstens pandemiberedskap.

Akkumulert er det et negativt avvik for 2009 på 159 mill. kr. Dette er en regnskapsmessig forverring fra 2008 på ca. 20 mill. kr. Det er imidlertid en rekke forhold som bør belyses i forhold til å vise den reelle utviklingen i drift fra 2007 til 2009. Under følger en tabell som viser de mer vesentlige forhold som påvirker sammenligning av resultat mellom de tre årene. Resultatet er justert for disse effektene for å lage et sammenlignbart bilde. Endringer i finansiering fra HSØ er ikke med i dette bildet. Både for 2008 og for 2009 var det en betydelig netto innskjerping i finansiering fra HSØ RHF, inklusive de endelige resultater av lønnsoppgjørene.

			Differanse		Differanse	
	2007	2008	fra 2007 til	2009*	fra 2008 til	2009
<b>Regnskapsmessig resultatavvik fra dep. styringsmål</b>	<b>285</b>	<b>139</b>	<b>-146</b>	<b>159</b>		<b>20</b>
Engangseffekter						
Aktivering av behandlingshjelpemidler	38	15	-23	15		0
Netto gevinst ved salg av eiendom	11	72	61	5		-67
Nedskrivninger og periodiseringer		-17	-17	-18		-1
Oppstartkostnader OUS				-26		-26
Ekstraordinære pandemi- og lucentis kostnader 2009				-20		-20
Sum engangseffekter	49	70	21	-44		-94
Netto finanskostnader (renter)	-59	-95	-36	-54		41
<b>Justert budsjettavvik eksklusive netto finanskostnader</b>	<b>275</b>	<b>114</b>	<b>-161</b>	<b>61</b>		<b>-53</b>

\* Foreløpige og ikke revisorgodkjente tall per 5. februar

Som fremstillingen viser, har det i årene 2008 og 2009 vært en forbedring av driften ved sykehuset, ved at de negative resultatavvikene er redusert. Forbedringen fra 2007 til 2008 er beregnet til mer enn 150 mill. kroner. Fra 2008 til 2009 er det beregnet en driftsforbedring på cirka 50 mill. kr. Dette er betydelig lavere enn foregående år. Forbedringen er samtidig avhengig av hvordan man velger å vurdere særskilte oppstartkostnader knyttet til etableringen av OUS HF, og ekstraordinære pandemi- og lucentis-kostnader i 2009.

Det har vært et betydelig fokus i OUS, Ullevål på å bedre driftsresultatet også for 2009. Det har vært krevende å finne nye kortsiktige tiltak når det samtidig er lagt ned mye energi og ledelsesfokus i integrasjonsprosessen. Ledelsen har likevel lyktes i å få en bedre drift i 2009 enn 2008. Dette er oppnådd gjennom en betydelig arbeidsinnsats slik at også oppfølging av driften ved enhetene har blitt prioritert gjennom hele året 2009.

Følgende forklarer avvik for kostnader og for inntekter:

- Totale inntekter viser et positivt avvik på 7,9 mill. kr. i desember, akkumulert positivt inntektsavvik er 9,7 mill. kr.
  - Aktivitetsnivået i desember ligger like over plantall for DRG. Etterregistreringer medfører et vesentlig positivt avvik i ISF-inntektene. Psykiatrisk divisjon har gjennom store deler av året hatt positive avvik knyttet til aktivitet, og spesielt gjestepasientinntekter. I desember har divisjonen et positivt inntektsavvik på 2,7 mill. kr.. Kreft- og kirurgidivisjonen har også høy aktivitet i perioden og bidrar til det positive

inntektsavviket med 6,2 mill. kr. Tiltak knyttet til økt thoraxkirurgisk aktivitet på Medisinsk divisjon har budsjettert inntekt på 10,2 mill. kr. i desember, dette tiltaket har ikke hatt effekt.

- Prehospital divisjon har i desember fakturert HSØ 6,2 mill. kr. for dekning av kostnader til pasienttransport. I tillegg er Ahus fakturert for konsekvens av nedleggelse av Stensby sykehus, 6 mill. kr. Det har vært en dialog med Helse Sør-Øst RHF om disse forholdene. Valgt løsning gir en redusert inntekt for Ullevål på 7 mill. kr. Dette er innarbeidet i rapportert resultat i styresaken.
- Samlede kostnader viser et negativt akkumulert resultatavvik på 190 mill. kr. Dette knyttes primært til følgende:
  - Varekostnader er generelt høye i desember, også utover hva man kan forvente basert på historiske desemberavvik. Merforbruk i desember er på 28,6 mill. kr., 87,2 mill. kr. akkumulert. Avsetning for siste etterslepsfil er beregnet til 7,5 mill. kr., dette er et foreløpig estimat. Det er foretatt en avsetning for internhandel i RHF'et på ca 4,5 mill. kr. En gjennomgang av divisjonene viser at det ikke er bygget opp vesentlige lager i perioden. Felles er at alle somatiske divisjoner har merforbruk på medikamenter. Særlig Medisinsk Service Divisjon har høye varekostnader i desember, et negativt avvik på 6 mill. kr. Deler av dette skyldes vareforbruk i forbindelse med pandemien. I tillegg har det vært aktivitetsøkning på Karinvasivt senter, hvor behandlingen krever kostbare medisinske forbruksvarer. Kvinne- og barndivisjon viser merforbruk på kjøp av helsetjenester internt i regionen, og dette skyldes en tilleggsfaktura på 1,8 mill. kr.
  - Lønnskostnadene viser et merforbruk på 4,6 mill denne måneden. Akkumulert er avviket på 15,7 mill. kr. i merforbruk. Fortsatt har Ullevål et overforbruk på fastlønn og overtid. Refusjoner av sykelønn og fødselspermisjoner gir et positivt avvik på sykehusnivå. Avsetning for overlegepermisjoner er økt med 7 mill. kr. fra 2008. Prehospital divisjon har høye lønnskostnader i desember, 6,2 mill. kr. (akkumulert 21,3 mill. kr.) over budsjett. Dette skyldes høy aktivitet sammen med høyt sykefravær og press på uttak av ferie i desember. Økte kostnader sees i sammenheng med personellmessig disponeringer under pandemien tidligere på året.
  - Andre driftskostnader viser et akkumulert merforbruk på 85,7 mill. kr., månedsavviket er på 30,5 mill. kr.. Blant annet er det ført ca 8 mill. kr. i kostnader for Microsoft lisenser, et forhold som gjelder 2007/2008. 6,7 mill. kr. er andel oppstartskostnader for Oslo universitetssykehus HF (se nedenfor). Avregninger mot Sykehuspartner utgjør ca 10 mill. kr. Flere divisjoner melder om merforbruk på service og vedlikeholdskontoer.
  - Finansregnskapet i desember utgjør en mindrekostnad på 11,7 mill. kr. Dette skyldes en oppløsning av renteavsetning på et HSØ-lån i størrelse 10,4 mill. kr. Akkumulert opprettholdes

positivt avvik, per desember 22,2 mill. kr. Avviket beror på lavere rentenivå hittil i 2009 enn budsjettert, sammen med oppløsning av renteavsetning i desember.

- **Pandemikostnader**  
Foreløpig regnskapsførte pandemikostnader beløper seg til 6,4 mill. kr., hvorav 4,2 mill. kr. er varekostnader og 2,3 mill. kr. er lønn. Det vil bli utført ytterligere beregninger for å estimere pandemikostnadene til sykehuset.
- **Oslo universitetssykehus HF oppstartkostnader**  
Ullevål fører oppstartskostnader på eget kostnadssted. Per desember summerer oppstartskostnadene seg til 25,8 mill. kr.
- **Gjennomføring av tiltak**  
Tiltaksoppnåelsen denne måneden er på 35,5 mill. kr. mot budsjettert 41,7 mill. kr. Avviket relaterer seg hovedsakelig til ett tiltak (flere hjerteoperasjoner), som lå innmeldt med 10,2 mill. kr. som effekt i desember.

### Klinikkvise resultater

	Årsbudsjett	Budsjettert hittil	Akkumulert avvik fra budsjett			■ Akk avvik resultat denne mnd ■ Akk avvik resultat forrige mnd
			Inntekt	Kostnad	Resultat	
<b>Kliniske enheter</b>	<b>4 440 900</b>	<b>4 440 900</b>	<b>-154 105</b>	<b>203 747</b>	<b>49 642</b>	
KREFT- OG KIR	666 731	666 731	-23 833	41 841	18 008	
BEVEGELSESDIVISJON	503 650	503 650	-13 422	30 089	16 667	
AKUTTDIVISJON inkl DAG.KIR	547 568	547 568	10 941	-7 181	3 760	
KVINNE- OG BARNDIVISJON	780 589	780 589	-13 053	12 088	-965	
MEDISINSK DIVISJON	803 366	803 366	-58 205	93 450	35 245	
PSYK_SPHBU	1 138 996	1 138 996	-56 533	33 460	-23 073	
<b>Ikke medisinske støttefunksjoner</b>	<b>2 565 547</b>	<b>2 565 547</b>	<b>-20 081</b>	<b>32 456</b>	<b>12 375</b>	
PREHOSPITAL	550 664	550 664	-17 282	36 398	19 116	
MEDISINSK SERVICE DIVISJON (inkl BIO)	842 749	842 749	2 406	39 077	41 483	
ADMINISTRASJONEN	252 193	252 193	-24 397	1 567	-22 830	
ULLEVÅL SERVICESENTER	735 647	735 647	23 875	-39 007	-15 132	
UUS-EIENDOM	184 294	184 294	-4 683	-5 579	-10 262	
<b>Felles posteringer / Salderinger / Prosjekter</b>	<b>737 308</b>	<b>737 308</b>	<b>166 484</b>	<b>-95 254</b>	<b>71 230</b>	
OUS HF	0	0	-2 043	27 795	25 752	
<b>Avskrivninger og sentrale poster *</b>					<b>0</b>	
<b>RESULTAT</b>	<b>7 743 755</b>	<b>7 743 755</b>	<b>-9 745</b>	<b>168 744</b>	<b>158 999</b>	

\* UUS Har fordelt ut avskrivninger på divisjonene

### Stikkordmessige kommentarer til klinikkvise avvik

#### Kreft- og kirurgidivisjonen

Kreft- og kirurgidivisjonen har et underskudd ift budsjett i desember på 0,8 mnok. Akkumulert har divisjonen et underskudd på 18,2 mnok ift budsjett.

Divisjonen har store merinntekter på ISF-finansiert aktivitet i desember. I desember ligger KKD 270 DRG-poeng over plantall, og ser vi på hele året er merproduksjonen større enn 1000 DRG-poeng. På tross av vesentlig høyere produksjon en planlagt har divisjonen mindreforbruk på lønn både i desember og akkumulert. Mindreforbruket tilsvare i desember 1,8 mnok. Divisjonen har merforbruk på kontoklasse 4 og 6. Stor aktivitet har gitt høye varekostnader, og diverse engangsforhold påvirker regnskapet negativt.

### Bevegelsesdivisjonen

Divisjonen har i desember et underskudd på 6,3 mnok etter fratrekk for 1,5 mnok i akseptert underskudd. Akkumulert har divisjonen et underskudd på 16,9 mnok.

I desember har divisjonen har en mindreinntekt på 0,6 mnok, korrigert for refusjonen knyttet til lønnsoppgjøret med 0,9 mnok. Akkumulert mindreinntekt på 8,1 mnok. Det er store mindreinntekter knyttet til manglende DRG inntjening på Raskere Tilbake, 0,7 mnok i desember og 4,6 mnok akkumulert. I tillegg har divisjonen færre pasienter utenfor egen region enn budsjettert. Det har i desember vært lav aktivitet på poliklinikk. Aktivitetssvikten kan være noe knyttet til pandemien. Bortfall av inntekter knyttet til faktureringen til Helse Sør-Øst og Oslo Kommune utgjør per desember 9,0 mnok. Sett bort fra denne manglende utfaktureringen ville divisjonen hatt en merinntekt på 0,9 mnok per desember.

Til tross for lav aktivitet har divisjonen i desember hatt svært høye varekostnader, spesielt knyttet til implantater på Ortopedisk Senter og Nevrokirurgisk avdeling. Det ble foretatt varetelling ved årsslutt av de to avdelingenes implantatlagre som resulterte i en verdi på 2,4 mnok høyere enn budsjettert.

Divisjonen har i desember merkostnader knyttet til lønn, 2,1 mnok, korrigert med refusjonen knyttet til lønnsoppgjøret på 0,9 mnok. Årsavsetningen for overføringen av feriedager har en effekt på 0,8 mnok i desember. Det er i tillegg et årsverk som har blitt forventet refundert av FUS i 2009, som likevel ikke ble det, samt noe korrigeringer på prosjekt, som til sammen utgjør en resultateffekt på 0,6 mnok.

Det har i desember vært høye kostnader knyttet til service og vedlikehold, pasientskadeerstatninger og kostnader knyttet til TBI-prosjektet på Fysikalsk Medisinsk avdeling. Blodkostnadene er i desember svært høye, 0,9 mnok i merforbruk.

### Akuttdivisjon

I desember 2009 har Akuttdivisjonen et resultat som budsjett. Dette resultatet skyldes mindreinntekter på 1,3 mnok. Divisjonen har mindrekostnader på lønn- og personal tilsvarende 1,7 mnok, dette er inkludert lønnsoppgjøret som er beregnet sentralt og er på 0,8 mnok. Kjøp av helsetjenester er 0,5 mnok dårligere enn budsjett, og må ses i sammenheng med mindreforbruket av lønn.

Akkumulert pr desember har Akuttdivisjonen et driftsunderskudd på 3,7 mnok. Underskuddet skyldes svikt på ISF-inntekter på 17,8 mnok og fra utlendinger på 2,6 mnok. På kostnadssiden er akkumulert lønn og innleie til sammen 12,9 mnok bedre enn budsjett. I tillegg er det mindreforbruk av varekostnader (inkl medisiner) og andre kostnader tilsvarende 1,5 mnok.

I desember er akuttdivisjonen 140 DRG-poeng etter plantall.

Lønn- og personalkostnadene har et mindreforbruk i desember på 2,5 mnok, inklusiv lønnoppgjøret. Alt tyder på at fokus på variabel lønn har gitt lavere kostnader og bedre kontroll.

Varekostnader er 1,9 mnok dårligere enn budsjett. Dette gjelder merforbruk på innleie på 0,5 mnok, 0,4 mnok er avsetninger for påløpte, men ikke fakturerte innleiekostnader på Trykktanken. Medisinske forbruksvarer er høye i desember, og også medikamentkostnadene er høyere enn budsjettet denne måneden. Andre driftskostnader, kl. 6, 7 og 9, er bedre enn budsjett, vel 0,7 mnok denne måneden. Inkludert her er merforbruk av blod på 0,7 mnok og Akuttdivisjonen har fordelt overskuddet fra Oppdragsenheten. Til sammen har Oppdragsenheten et overskudd i 2009 på 2,8 mnok. Dette er fordelt mellom Kvinne og Barndivisjonen og Akuttdivisjonen, med en inntekt på 1,4 mnok på hver divisjon.

#### Kvinne og barndivisjonen

Kvinne og barn har per desember et driftsresultat som akkumulert er 0,966 mnok. lavere enn budsjett.

Akkumulert avvik på 0,47 mnok. skyldes mindre inntekter enn budsjettet på ISF- inntekter fra Helse-Øst pasienter. Den største andelen ligger hos Kvinneklinikken, men også en betydelig andel hos Barneklinikken. Dette til tross for planlagt aktivitet i KK og BK. Utslaget kommer av grupper-endringen i DRG- satsene for 2009. Polikliniske inntekter, DRG omfordelingen og lønnskompensasjonen bidrar til at inntektene ligger under budsjett med bare 0,47 mnok.

Divisjonen har her et merforbruk på varekost på 1,75 mnok. Her er det høyere forbruk av medikamenter og avsetning til private sykehus enn budsjettet som utgjør hovedandelen av merforbruket.

Divisjonen har denne måneden lavere utgifter til lønn enn budsjettet. Dette skyldes i hovedsak høyere refusjoner og mindre forbruk av fastlønn, arb.avg. og pensjoner enn budsjettet.

Divisjonen har et merforbruk på 1,3 mnok akkumulert, gjeldende andre driftskostnader. Den negative utviklingen vedlikehold av MTU som tilsvarer mindreforbruket i interne konti.

#### Medisinsk divisjon

Medisinsk divisjon har et negativt månedsresultat på 8,4 mill. Trekker man fra det budsjetterte underskuddet på Thoraxavdeling gir dette et negativt månedsavvik, i forhold til budsjett, på 6,7 mill. Det akkumulerte budsjettavviket er på 35,2 mill.

Aktiviteten er som forventet lavere enn forrige mnd og ligger 30 poeng bak plantall. Avdelingene med størst aktivitetsendring i negativ retning er Akuttmedisin og Thorax.

De dårligste resultatene i desember har Hematologisk avdeling, Akuttmedisin og Lungemedisin. Hovedårsaken til det dårlige resultatet ved Hematologisk avdeling er en spesiell dyr medikamentkur på sengeposten samt høye blodkostnader, som skyldes for lave estimater tidligere måneder. Lunge har en sprekk på lønnsiden. Dette som en følge av årskostnad leger ved CF som er blitt lønnet fra feil koststed gjennom hele 2009. I tillegg har det også i desember vært høyt antall ICD'er ved Hjertemedisinsk avdeling.

#### Psykiatrisk divisjon

Psykiatrisk divisjon har et negativt avvik for desember på 0,6 mnok. Underskudd for desember skyldes i hovedsak påløpte driftskostnader for 2009 som er fakturert evt. avsatt i desember. Akumulert har vi et positivt avvik fra budsjett på 21,2 mnok. Akumulert skyldes dette avviket høye gjestepasientinntekter, lavere gjestepasientkostnader og lavere lønnskostnader.

Varekostnader: underforbruk på 1,4 mnok. Skyldes i hovedsak tbf avsetning oppgjør med Sykehuset Innlandet.

Lønnskostnader: Underforbruk på 0,3 mnok. Høye refusjoner i desember (inkl siste rest av tbf sykerefusjon), tbf avsetning på konto 5510 - faktura kontert på konto for professorater 6791.

Andre kostnader: Overforbruk på ca 5,1 mnok. Avvik bla pga fakturering av professorater (se ovenfor), avsetning av felleskostnader på leide lokaler.

Sentralkjøkken, fakturering fra Eurest, Konica Minolta etc.

#### Prehospital divisjon

Ambulansetjenesten hadde et hopp i aktivitet fra november til desember på nær 900 oppdrag. Veksten for 2009 endte med en økning på 2,9% totalt, dog ujevnt fordelt mellom regionene.

Divisjonen har denne måneden et overskudd på 0,3 mnok. Hovedårsaken til dette ligger i ekstraordinær fakturering dm på 13 mnok. Det var meget høye overtidskostnader i november og desember som skyldes høy aktivitet samt pålagt uttak av ferie.

Pasientreiser har pr desember et overskudd mot ramme på 12,8 mnok inkl fakturering av HSØ på 6,2 mnok. November og desember ga høyere kostnader enn forventet, ca 6 mnok utover budsjett. Det er samkjørt for 54 mnok i 2009 mot for 30 mnok i 2008.

Ekstraordinær beredskap i november og desember som følge av svineinfluensa med bl.a en ekstra intensivbil, ekstraberedskap i helger pga julebord, innkalling av ekstra bemanning ifm personell som er utsatt for smitte, fokus på uttak av ferie, økt pasienttransport som følge av innkalling til vaksinerings mot svineinfluensa, er alle medvirkende årsaker til det høye merforbruket på lønn og andre driftskostnader i årets siste to måneder.

#### Medisinsk servicedivisjon

Mindre inntekt på 8,3 mnok som relaterer seg til:

- 9,3 mnok – DRG inntekt: Endring av grupper, mindre aktivitet enn budsjettet.

- 4,9 mnok – Polikliniske inntekter. Mindre aktivitet enn budsjettert
  - 0,6 mnok – Lab- og rad-inntekter.
  - -3 mnok – Andre driftsinntekter.
- Økning i Lab inntekter (MIKA) skyldes stort sett Pandemi.

Varekostnader har merforbruk på : 12,6 mnok som kan tilegnes:  
Økning i varekostnader på Mikrobiologi resultat av økning i antall analyser pga. INFLUENZA A H1N1 og MRSA.

- 5,1 mnok - Aktivitetsøkning på RAD. Høye varekostnader på Karinvasivt senter pga dyrere behandlinger, økt aktivitet, vises i økt DRG produksjon hjertekar.
- 1,1 mnok - HMAS flytting til RR
- 0,8 mnok - BHM lager justering (0,4 mnok fra 2008)

Merforbruk på 25 mnok til lønn:

- Lønn i faste stillinger: -17,4 mnok
- Lønn til ansatte i nedkomstpermisjon: 13,5
- Refusjoner: -20,4
- Mer forbruk variabel lønn 13,2 mnok
- Vikarer ved sykdom/permisjon: 24,2 mnok

#### Administrasjonen

##### **Adm Stab**

Har mindreforbruk på 2 mnok inkl. prosjekt. Det er ledighold av stillinger og mindreforbruk i driftsrelaterte og andre kostnader i staben.

##### Adm 670 –

Har merforbruk på 12,5 mnok. 16 mnok tiltak Prehospital og Thorax, 2 mnok tiltak innkjøpseffektivisering, 694' McKinsey fakturaer. 1,4 mnok RisPacs fakturaer. 8 personer er ompostert lønn til OUS og har merforbruk på 4,6mnok. 9,8 mnok avsetning sykehusapotekene og etterslep fakturaer. 5,6 mnok avsetning på Microsoft lisenser. Mindreforbruk 700' TNF, Mindreforbruk -4.4 mnok kontingenter.

##### UUS Eiendom Felles

UUS Eiendom Felles (inkl.prosjekt): UUS Eiendom Felles har akk. mindreforbruk på 8,3 mill per desember 2009. Avviket kan primært henføres til merinntekter på husleie, fakturering av felleskostnader og et mindreforbruk på forsikringer, samt en gunstig prisutvikling på energi som har gitt oss et mindreforbruk på disse postene.. Vi har noen merkostnader knyttet til medisinske gasser og porto. Det er avsatt for 5 termin på kommunale avgifter for Asker kommune, men endelig avregning der kommer ikke før 2010.

##### Ullevål Servicesenter

Ullevål service senter - USS (Inkl. prosjekt): Divisjonen har et akkumulert mindreforbruk på 15,1 mnok men dette er før siste oppdatering hvor det vil bokføres et etterslep på rundt 0,4 mill. Vi har fortsatt lavere ISF refusjon som følge av lavere DRG aktivitet ved sykehuset enn budsjettert, men vi ser at vi klarer å tilpasse driften til sykehusets produksjon. Divisjonen er bekymret for at det lave investeringsnivået påfører divisjonen store utgifter til vedlikehold og



reparasjoner samt økte lønnsutgifter i forbindelse med maskinstans (tekstilforsyning/kjøkken). Spareplan er effektivert ihht. periodisert budsjett, men det har vært noen uforutsette større utgiftsposter vedr. nødstrøm/elektro.

#### *Personell*

Utviklingen i utbetalte årsverk er stabil, med en nedgang på 6 månedsverk fra november til desember.

Det er en gjennomsnittlig nedgang på 290 utbetalte årsverk sammenliknet med 2008. Tas det høyde for funksjonsendringer som outsourcing av lønnsavdelingen, barnehagene og IKT, er den faktiske gjennomsnittlige nedgangen på 141 årsverk.

#### *Kommentarer til ”endring i spesielle forhold målt fra samme periode fra året før”*

##### *Omstillingspool:*

Det er opprettet et Ressurscenter som ivaretar overtallige sykepleiere - helsemedarbeidere for derigjennom å utnytte ressursene i hele sykehuset. I tillegg er det etablert en tverrsammensatt omstillingsgruppe som ivaretar øvrige medarbeidere. Etablering av ressurscenteret medfører en dreining fra innleie til fastlønnsårsverk. Til sammenlikning ble det brukt 20 flere årsverk til innleie i perioden januar-desember i 2008, enn i 2009.

##### *Virksomhetsoverdragelse:*

Lønnsavdelingen, barnehagene og IKT ved Ullevål har blitt overdratt til eksterne aktører. Disse forhold utgjorde til sammen 276 årsverk.

#### *Kommentarer til sykefravær*

Sykefraværet gjelder for november, og ligger på 9,4 %. Som forventet er dette en del høyere enn samme periode fjor, hvor sykefraværet var på 8,5 %. Dette relateres blant annet til at divisjonene rapporterer om høyere fravær som følge av pandemien.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok:	10. februar 2010
Dato møte:	17. februar 2010
Saksbehandler:	VAD Økonomi og finans
Vedlegg:	Statusrapport bygg Rikshospitalet, Rapportering Regjeringens tiltakspakke

---

### **SAK 4/2010 – RAPPORTERING BYGGEPROSJEKTER 4. KVARTAL 2009/ STATUSRAPPORT REGJERINGENS TILTAKSPAKKE**

Vedlagt følger rapportering av status for de tre store byggeprosjektene som for tiden pågår; Forskningsbygget (Montebello), Sykehotellet og Foreldreovernattingsbygget. Videre følger også vedlagt statusrapport for regjeringens tiltakspakke.

Oslo universitetssykehus har, i tillegg til byggeprosjektene ovenfor, også ansvar for et nybygg ved Folloklinikken. Bygget ble offisielt åpnet 6. oktober 2009. Det gjenstår fremdeles noen utendørsarbeider samt noen avklaringer i forbindelse med sluttoppgjøret for dette byggeprosjektet. Som det også har fremkommet av de foregående kvartalsrapporteringene, vil prosjektets kostnad trolig ikke overstige styringsmålet, P50. Per utgangen av desember 2009 er det utbetalt 169,3 mnok av et budsjett på 176,7 mnok. Det forventes at det vil gjenstå en ubenyttet margin på om lag 6 mnok. Fullstendig regnskap for prosjektet avlegges når alle arbeider er avsluttet. Inntil prosjektet er endelig avsluttet, vurderes det som nødvendig å opprettholde avsatt margin i henhold til styringsmål P85. Etersom det i dette prosjektet er lite nytt etter rapporteringen for 3. Kvartal, er det ikke lagt ved egen rapportering for dette byggeprosjektet.

Som det fremgår av vedlagt rapportering for de tre store byggeprosjektene, Forskningsbygget (Montebello), Sykehotellet og Foreldreovernattingsbygget er prosjektene innenfor tidsplan og budsjett.

Forskningsbygget er tatt i bruk høsten 2009. Byggherren har nå formelt overtatt 22 av 23 entrepriser. Gjeldene kostnadsramme for bygget er 1 278,2 mill. kr. (prisnivå januar 2009) Forventet sluttkostnad for bygget er 1 280,3 mill. kr. Gjenstående prisregulering og noen andre poster (primært brukerutstyr) vil kunne dekke differansen mellom forventet sluttkostnad og gjeldende kostnadsramme.

Sykehotellet ble overlevert som planlagt 12. november i fjor. Som det fremkommer av vedlegget er forventet sluttkostnad for dette prosjektet lavere enn gjeldende styringsmål.

For foreldreovernattingens vedkommende er forventet ferdiggjøring av bygget satt til medio juli 2010. Prosjektet ligger innenfor avsatt budsjett og i tråd med tidsplan.

I og med at det største byggeprosjektet, Forskningsbygget på Radiumhospitalet nærmer seg prosjektmessig slutføring legges det opp til at rapportering av byggeprosjekter fremover blir lagt inn som del av den utvidete tertialsrapporteringen.

Vedlagt følger også statusrapport for de prosjektene som inngår i regjeringens tiltakspakke. Som det fremkommer av denne rapporteringen forventes også disse byggeprosjektene gjennomført i tråd med oppsatt tids- og kostnadsplan.

**Forslag til vedtak:**

- 1. Styret tar rapporteringen for byggeprosjektene, herunder også statusrapport tiltakspakker, til etterretning.*
- 2. Styret er kjent med at gjennomføringen av tiltakspakken fremstår som krevende både tids- og kostnadmessig. Styret ønsker derfor å orienteres om disse prosjektene som del av den månedlige driftsrapporteringen.*

Oslo universitetssykehus den 10. februar 2010

Siri Hatlen

# Forskningsbygget Sykehotellet Foreldreovernatting

## Statusrapport pr desember 2009

Sammendrag



## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>SAMMENDRAG – FORSKNINGSBYGGET .....</b>	<b>4</b>
1.1	FREMDRIFT	4
1.2	ØKONOMI	5
1.3	AVVIK	7
1.4	KVALITETSKONTROLL OG HMS	7
1.5	HØVEDAKTIVITETER	8
<b>2</b>	<b>SAMMENDRAG - SYKEHOTELL .....</b>	<b>9</b>
2.1	FRAMDRIFT	9
2.2	ØKONOMI	9
2.3	AVVIK	11
2.4	KVALITETSKONTROLL OG HMS	11
2.5	HØVEDAKTIVITETER	12
2.6	SAMARBEIDSFORHOLD MED EKSISTERENDE SYKEHUSDRIFT OG ANDRE AKTØRER	12
2.7	SPESIELLE FOKUSOMRÅDER	12
2.8	PREMISSENDRINGER	12
<b>3</b>	<b>SAMMENDRAG - FORELDREOVERNATTING .....</b>	<b>13</b>
3.1	FREMDRIFT	13
3.2	ØKONOMI	13
3.3	AVVIK	13
3.4	KVALITETSKONTROLL	13
3.5	HMS	14
3.6	SAMARBEIDSFORHOLD MED EKSISTERENDE SYKEHUSDRIFT OG ANDRE AKTØRER	14
3.7	SPESIELLE FOKUSOMRÅDER	14
3.8	PREMISSENDRINGER	14

# 1 Sammendrag – Forskningsbygget

## 1.1 Fremdrift

Byggherren har overtatt 22 av 23 entrepriser.

### Laboratorieområdene 2. - 6. etasje øst- og vestfløy

Innflyttingen i laboratorieflyene var fullført 20.08.2009.

### Avdeling for Celleterapi

PQ ("Production Qualification) er gjennomført. Første pasient ble behandlet 19.10.2009. Det pågår omfattende og grundig uttesting og verifisering av alle systemer i den prøvedriftsperiode 2 som pågår. Statens Legemiddelverk (SLV) var på inspeksjon i avdelingen 16-17.12. Endelig rapport foreligger ikke, men den umiddelbare tilbakemeldingen inneholdt ingen kommentarer til bygningsmessige forhold eller utstyr. Det var noen få kommentarer til prosessen omkring valideringen. Disse var kun av formell karakter og vil bli lukket i løpet av den første uken i 2010.

### Senter for Komparativ medisin - Radiumhospitalet (SKM - Rad)

Den første gruppen dyr ble tatt inn i avdelingen 16.10.2009. Innregulering av ventilasjon og befuktning har vært utfordrende og er fortsatt ikke ferdig. Dette er avgjørende punkter å få lukket før flere dyr kan tas inn i avdelingen. Også for SKM-RAD pågår det nå en omfattende og grundig uttesting og verifisering av alle systemer. Prøvedriftsperiode 2 pågår.

### Entreprise F750: Utomhusarbeider - parallellvei.

Entreprisen er overtatt og arbeidet med sluttoppjøret pågår. Se forøvrig kommentarer under kap. 1.2: Økonomi.

### Entreprise F751: Broforbindelse:

Entreprisen er tatt over. Plan- og bygningsetaten har gitt midlertidig brukstillatelse (03.12), og gangbroa er tatt i bruk.

### Entreprise F345: Totalentreprise teknikk VVS og Elektro.

Entreprenøren anmodet om overtakelsesforretning 10.12.2009. Byggherren nektet da overtakelse med begrunnelse. Viser for øvrig til prosjektets månedsrapport for detaljer, ref 2010 01 15 Månedsrapport for desember v.1.0.doc (Forskningsbygget).

Entreprenøren er ikke enig med byggherrens påstand og mener bl.a. at summen av mangler ikke er av en vesentlig art, slik at kontraktarbeidet kan overtas.

Det er pr. i dag usikkert når det blir overtakelse av entreprise F345: Totalentreprise teknikk VVS og Elektro. Utspillet ligger hos entreprenøren. Tidspunktet for overtakelse av entreprisen, eller umiddelbart deretter, vil være tidspunktet for avslutningen av prosjektet.

Entreprise F345: *Totalentreprise teknikk VVS og elektro* har i desember hatt en bemanning på ca. 10. I perioden har aktivitetene i hovedsak bestått av:

- Ferdigstilling av kontraktsarbeidene.
- Fullføring av SD-anlegget
- Befuktningssystem i Senter for komparativ medisin.
- ”Inntuning” av klimaanleggene for å oppnå stabilitet over tid.
- Lukking av punkter i OMS
- Utarbeidelse av FDVU dokumentasjon
- Dokumentere stabilitet i anleggene

### 1.1.1 Programmering

Intet å rapportere

### 1.1.2 Utstyr

Detaljert status er vedlagt månedsrapport for Forskningsbygget.

97 av 114 avtalenummer er overtatt. Gjenstående avtaler er for de fleste i status GODTATT, med få unntakelser av UNDER MONTERING eller IKKE LEVERT:

Det gjenstår å foreta supplerende innkjøp av brukerstyr. Det er planlagt at denne aktiviteten vil foregå utover i 2010.

### 1.1.3 Prosjektering

Ferdigstilling av SD anlegget pågår fortsatt, hovedsakelig innenfor elektro skjermbilder, trendkurver og resterende del av alarmer.

Fullføring og oppdatering av FDVU dokumentasjon pågår fortsatt, iht. resultat fra systemgjennomgangene og byggherrens kommentarer.

### 1.1.4 Kontrahering

Utstyr: Intet spesielt å rapportere, annet enn at det foretas diverse suppleringer.

## 1.2 Økonomi

Gjeldende kostnadsramme er 1 278,2 mill. kr. (prisnivå januar 2009). *Forventet sluttkostnad* pr. desember er 1 280,3 mill. kr., ca. 2 mill. kr. høyere enn kostnadsrammen pr. januar 2009. Innenfor P50 inngår en uspesifisert post på 0,5 mill. kr.

Det er i tillegg avsatt 0,5 mill. kr. som usikkerhetsavsetning, slik at anslått ramme P85 p.t. utgjør



1 280,8 mill. kr. Dette innebærer en samlet underdekning ift. nåværende kostnadsramme på 2,6 mill. kr. Gjenstående prisregulering og evt. andre poster (primært budsjett for brukerutstyr) vil kunne dekke opp for dette, se nedenfor.

Det er fakturert for 2,3 mill. kroner i desember, akkumulert utgjør dette nå ca. 1.250 mill. kr. (tallet lå høyere i forrige måned men det skyldes en feilfakturering som er kreditert).

Økonomisk status pr. utgangen av *desember* er som følger:

Forskningsbygget m/P-veien		Budsjett <sup>1)</sup>	Forventet <sup>2)</sup>	Avvik	Fakturert
A1.	Tett hus m/P-anlegg	131 563 975	132 921 887	-1 357 912	132 921 886
A2.	BYGG	187 850 000	202 575 773	-14 725 773	202 458 673
B.	UTOMHUS m/PARALLELLVEI	60 900 000	74 850 050	-13 950 050	81 403 105
C.	Teknikk og IKT	236 400 000	249 209 092	-12 809 092	239 823 799
D.	Spesialområder	62 810 000	65 125 013	-2 315 013	64 576 419
E.	Brukerutstyr	82 100 000	81 100 000	1 000 000	64 905 406
F.	Rådgivning	41 400 000	48 424 448	-7 024 448	46 932 733
G.	Ufordelt <sup>3)</sup>	180 577 194	173 296 403	7 280 791	171 543 148
H.	Merverdiavgift	241 784 735	252 380 417	-10 595 682	245 436 424
I.	Forventede tillegg	25 814 096	500 000	25 314 096	
<b>Styringsmål - P50</b>		<b>1 251 200 000</b>	<b>1 280 383 083</b>	<b>-29 183 083</b>	<b>1 250 001 593</b>
Usikkerhetsavsetning		27 000 000	500 000	26 500 000	
<b>Kostnadsramme / P85</b>		<b>1 278 200 000</b>	<b>1 280 883 083</b>	<b>-2 683 083</b>	

1) Prisdato januar 2009, 2) Forventet = sluttprognose, 3) Ufordelt = Hovedgruppe 8 Generelle kostnader minus "Rådgivning"

Merk: Fakturert på A2. Bygg er høyere enn Forventet. Det skyldes at et beløp på ca 1 mill. kr skal omposteres annen konto samt at et refusjonsbeløp på 400.000 ifm. bygningsmessig reservemektighet ikke er mottatt/bokført ennå.

Det gjenstår å foreta noe utstyrskjøp. Videre vil det ta noe tid å konkludere et par gjenstående sluttoppgjør og noen utestående saken. Ref. pkt. 1) til 7) nedenfor.

Det er en klar målsetting at prosjektet skal avsluttes innenfor rammen på 1 278,2 mill. kr (januar 2009 kr. verdi). Kostnadsrammen vil bli justert til drøyt 1 280 mill. kr. i forbindelse med den endelige prisreguleringen.

For å ha tilstrekkelig sikkerhet, vil det bli foreslått at et *udisponert* beløp på 5,1 mill. kr. innenfor *brukerutstyr* settes på "hold" inntil det foreligger tilstrekkelig avklaring mht. sluttoppgjørene og noen av de omtalte utestående sakene.

Andre forhold og gjenværende usikkerhet:

1. Det gjenstår å foreta en siste prisregulering av kostnadsrammen. Regulering av ubrukte midler pr. november 2009 gir en prisregulering på 2,63 mill. kroner. Dette forventes å øke ennå noe inntil prosjektregnskapet avsluttes. Dette vil skje i forbindelse med at prosjektet lukkes; følgelig er dette foreløpig ikke tatt til inntekt i kostnadsrapporteringen.
2. Forskningsbygget er tatt i bruk. Det kan imidlertid fortsatt avdekkes forhold som kan føre til nødvendige modifikasjoner og kostnadspådrag, men den største usikkerheten knytter seg til behandlingen av et par av sluttoppgjørene.

3. I forhold til oppdatert budsjett på 81,1 mill. kr. for *brukerutstyr* er det forpliktet 65,7 mill. kr. Gjenstående anskaffelser under planlegging er budsjettert med 10,3 mill. kr. *Udisponert* pr. desember 09 er flg. 5,1 mill. kr. (dvs. 81,1 - 65,7 - 10,3 mill. kr).
4. Det foreligger avklaring fra Skatteetaten om at prosjektet vil bli refundert mva. for Parallellveien. Et foreløpig estimat viser at vi vil få refundert ca 3 mill. kr. Det gjenstår en del saksbehandling før endelig beløp vil være avklart.
5. Føyen Advokatfirma har på sykehusets vegne oversendt krav til Prosjekteringsgruppen knyttet til sjaktsaken. Det fremmes to krav (dvs. to skadetilfeller) på til sammen 10,7 mill. kr (eks. mva.). Dersom det *ikke* foreligger grov uaktsomhet er taket *pr. skadetilfelle* 3,0 mill. kr. (inkl. mva). I kostnadsstatus pr. desember 09 har vi ikke tatt til inntekt at det kan komme til erstatningsutbetaling. Det kan ta lang tid før det vil foreligge en avklaring mht. størrelsen på en eventuell erstatning.
6. Sluttoppgjøret under entreprise F750: *Utomhusarbeider med parallellveien* er krevende. I utkast til sluttoppgjør fremmet entreprenøren nye og uforutsette krav. Partene nærmer seg hverandre, men det kan ennå ta lang tid før det vil foreligge et omforent sluttoppgjør, og en rettstvist er ikke usannsynlig.
7. Byggeprosjektet mottok 26.10.2009 et faktureringsgrunnlag fra Eiendomsavdelingen knyttet til energiforbruk (inkl. vannforbruk) for perioden 01.06.2008 til 01.07.2009. Beløpet er på 2,35 mill. kr. (inkl. mva). Denne posten er ikke budsjettert og må gjennomgås nærmere. Byggeprosjektet har hatt betydelige energikostnader; totalt 6,7 mill. kr. pr. utløpet av desember 2009. Det har i kostnadsoppfølgingen blitt lagt til grunn at det som løpende har blitt kostnadsført har dekket det totale energiforbruket.

### 1.3 Avvik

Intet at rapportere.

### 1.4 Kvalitetskontroll og HMS

Midlertidig brukstillatelse for nytt forskningsbygg ble utstedt av Plan- og bygningsetaten 20.05.09. Søknaden om ferdigattest er under utarbeidelse.

Oslo kommune v/Samferdselsetaten (SAM) har krevd ny erklæring for tinglysning på eiendommen før de vil bekrefte overtakelse av Parallellveien. Forholdet omfatter vilkår fra reguleringsplanen og har å gjøre med allmennhetens rett til gangtrafikk gjennom området. Byggeprosjektene har lagt til rette for tinglysningen, men denne er pr. utløpet av desember ennå ikke gjennomført.

YIT sitt engasjement som hovedbedrift videreføres inntil entreprise F345 (med YIT) overtas.

	Antall denne periode	Akkumulert
Antall skader med fravær utover 1 dag	0	6

Antall RUH (= Rapport om Uønsket Hending)	0	959
Skader på materiell og ytre miljø (A)	0	6
Antall verneverdier	0	21(B)

Kommentarer:

(A) I HENT sin rapportering lød dette punktet "Materielle skader/nestenulykker".

(B) Ikke rapportert før 01.10.08.

## 1.5 Hovedaktiviteter

Pågående arbeider er i hovedsak knyttet til:

- F262: Ferdigbehandle sluttoppgjøret
- F345: Gjennomføre arbeider/aktiviteter for å bli "ferdig - ferdig"
- F345: Fullføre SD-anlegget
- F345: Fullføre befuktninganlegget i Senter for komparativ medisin.
- F345: Utarbeidelse av FDVU dokumentasjon
- F345: Slutføre systemgjennomganger
- F345: Utkvittering av OMS punkter
- F345: Evt. overtakelse
- Vannkvalitet: Anskaffe vannrenseanlegg på vanninntaket
- Flytende nitrogen: Finne årsak til forurensninger / partikler i LN2 og unødig stort forbruk
- Sluser inn til fløyene: Finne om det er mulig å gjøre "forenklinger"
- F750: Videreføre arbeidet med sluttoppgjøret

## 2 Sammendrag - Sykehotell

### 2.1 Framdrift

Kontrakt S-100 ble overlevert til OUS på planlagt dato den 12. november. Alle avtalte arbeider er ferdigstilt.

Hovedaktivitetene for innredning av hotell og Vardesenteret er avsluttet. Det gjenstår noen mindre leveranser som vil bli utført i løpet av de første ukene i 2010. Dette gjelder i hovedsak bytte av møbler som ved leveransen var skadet eller levert feil.

Leiekontrakt med Norlandia Care og Kreftforeningen er iverksatt og disse har flyttet inn. Det ble arrangert en markering den 18. desember 2009 for oppstart av disse to enhetene. Offisiell åpning av Radiumhospitalet Hotell og Vardesenteret ble arrangert den 12. januar 2010.

Bygget driftes av OUS. Eventuelle reklamasjoner håndteres av OUS.

### 2.2 Økonomi

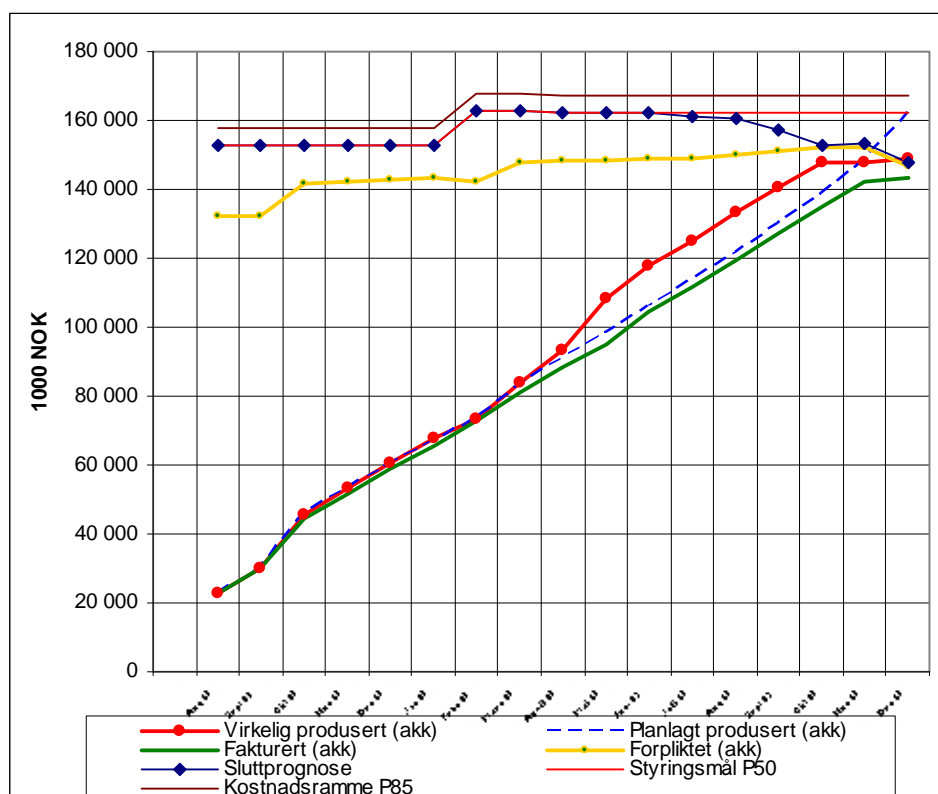
#### Detaljprosjektering og bygging

Det rapporteres i henhold til budsjettrevisjon 3.0, godkjent i styringsgruppemøte nr. 05-2009 jfr. sak 14-2009.

Styringsmål, budsjett P50, er 162,0 mill. kroner. Innenfor P50 inngår en budsjettert post på 4,2 mill.kroner for *forventede tillegg*. Det er per desember 2009 ikke benyttet noe av prosjektereserven. Posten er pr 1.1.2010 vurdert nedjustert til kr. 0,-.

Forslag til sluttoppgjør ble levert av Peab den 15. januar 2010. Sluttoppgjørets følgebrev er vedlagt denne månedsrapport. Det gjøres oppmerksom på at byggherren har 60 dager på å gå igjennom dette sluttoppgjøret, og at vedlegget således kun er iht. Peab sin rapport.

*Forventet sluttkostnad* per desember 2009 er 147,7 mill. kroner, ca. 14,3 mill. kroner lavere enn gjeldende styringsmål.



Note: Den gule forpliktet-kurven som tilsvare gjeldende målsom er avstemt med sluttprognose siste periode..

Hovedtall pr desember 2009 er som følger:  
(avrundet)

Sykehotell	Budsjett	Forventet	Avvik	Fakturert
Styringsmål P50	162 000 000	147 699 000	19 301 000	143 146 000
Usikkerhetsavsetning	5 000 000			
Kostnadsramme P85	167 000 000	147 699 000	19 301 000	

### Sykehotell - HALEPROSJEKT

Det er besluttet i styringsgruppen, møte 11-2009 evt sak 6, å opprette et haleprosjekt. Dette haleprosjektet skal håndtere kompletteringen av SD-anlegget, samt en eventuell endring av hovedstrømforsyningen til Sykehotellet.

Det er også besluttet å innhente pris på tilleggsarbeid for plass til hotellets avfallscontainere. Prisen for dette er også innlemmet i hale-prosjektes budsjettforslag. Budsjettet blir fremlagt i styringsgruppens møte nr 01-2010. Det forventes å overføre 5 087 500 NOK (inkl mva) fra Sykehotellets byggeprosjekt (369650) til haleprosjektet (369651), hvorav også inneholder reserver og administrasjon.

### Utstyr og Inventar

Viser til godkjent sak <21-2009 Revidert Innstilling Innkjøp utstyr og inventar v3.0>. Styringsgruppen godkjenner det reviderte budsjett v3.0, og anbefaler dette som grunnlag for igangsetting av kontrahering. Det er 5 leverandører som er valgt/kontrahert for leveransen(e).

Godkjent kostnadsramme for innkjøp av utstyr og inventar utgjør 7.602.907 kroner. Dette finansieres *utenfor* prosjektets kostnadsramme.

Økonomisk status pr. desember 2009 som følger:

#### **Summert for KF og RH:**

<b>Utstyr og Inventar</b>	<b>Budsjett rev 3.0</b>	<b>Forventet</b>	<b>Avvik</b>	<b>Fakturert</b>
Møbler inkl. adm. og mva.	6 904 025	6 872 190	31 835	
Risiko	698 882	730 717	31 835	
Kostnadsramme	7 602 907	7 602 907		5 734 113

## **2.3 Avvik**

### S-100:

Sluttprognosen for detaljprosjektering og bygging ligger per desember 2009 14 300 646 kroner lavere enn budsjett P50.

### Utstyr og Inventar:

Post for "Risiko" blir benyttet for balansering av tilleggsbestillinger og økte kostnader i forhold til budsjett.

Noen etter-leveranser er forventet i januar/februar

## **2.4 Kvalitetskontroll og HMS**

### **2.4.1 HMS**

Kontrakt S-100 er overlevert til sykehuset.

Totalentreprenøren og utstyrsleverandørene har avsluttet sine ansvar i forhold til HMS.

### **2.4.2 Kvalitet**

Intet at rapportere.

## 2.5 Hovedaktiviteter

Prosjektet har mottatt forslag for sluttoppgjør fra totalentreprenøren. Dette er til behandling i prosjektet. Forslaget ligger til grunn månedsrapporten.

Pågående arbeider er i hovedsak knyttet til:

- Avsluttende arbeider for møbelleverandører.
- Gjennomgang av sluttoppgjør for kontrakt S-100, samt for utstyrsleverandørene.
- Overføring av midler til haleprosjekt, for evt gjennomføring av kompletterende punkter for driftsovervåkingssystemet, avfallshåndtering og strømtilførsel.

## 2.6 Samarbeidsforhold med eksisterende sykehusdrift og andre aktører

Det er godt samarbeid mellom sykehuset, Norlandia Care og Kreftforeningen.

## 2.7 Spesielle fokusområder

Det vil i neste periode være fokus på sluttoppgjør for kontraktsarbeider S-100.

## 2.8 Premissendringer

Alle konseptendringer skal behandles i styringsgruppen. Det er i perioden ingen bestilte konseptendringer til prosjektet.

Det vil bli oversende en forespørsel om pris på tilleggspunkter for driftsovervåking (SD anlegget) til Johnson Controls. Pristilbudet vil bli orientert til styringsgruppen før evt. bestilling. Arbeid pågår.

Det er etterbestilt endring etter ønske fra Norlandia. Endringer gjelder etablering av plass til avfall, på østsiden av bygget. Det er innkommet pristilbud, som vil bli fremlagt for styringsgruppen. Endringen vil eventuelt bli håndtert som en del av hale-prosjektet.

### 3 Sammendrag - Foreldreovernatting

#### 3.1 Fremdrift

Entreprenør melder at byggearbeidene ligger på plan, og at det er god fremdrift på arbeidene. Det arbeides nå mot milepælen "tett bygg" som er 29. januar. Forøvrig god fremdrift på oppføring av innervegger, og etablering av tekniske systemer.

Anbudet for innkjøp av møbler og inventar er nærmest klar, og vil bli kunngjort med det første. Enkelte innkjøp vil bli utsatt noe, og tatt som egne anskaffelser.

Dato for overtagelse av kontraktsarbeidene fra totalentreprenør er 23.06.2010. Dato for åpning av bygget / overlevering til hoteldrift er 09.07.2010.

#### 3.2 Økonomi

Prosjektets sluttprognose ligger innenfor prosjektleders budsjett, og er i hovedsak uendret ift forrige rapportering.

Post	(1) Gjeldende budsjett	(2=4+5+6+7) Slutt- prognose	(3=1-2) Avvik	(4) Kontrakt	(5) Godkjent endring	(6) Anslått endring	(7) Reserve	(8=4+5) Forpliktet	(9) Godkjent fakturert
1 Totalentreprise K200	53 750 000	51 305 364	2 444 636	45 617 981	3 195 150	1 092 234	1 400 000	48 813 131	21 566 830
2 Overnattingsrigg	1 500 000	2 421 208	-921 208	1 022 200	799 008		600 000	1 821 208	1 811 108
3 Utstyr og inventar	7 000 000	7 000 000	0				7 000 000	0	
4 Generelle kostnader	6 062 500	3 972 782	2 089 718		972 782	2 500 000	500 000	972 782	972 782
5 Uforutsett	3 000 000	0	3 000 000					0	
<b>PL Styringsramme</b>	<b>71 312 500</b>	<b>64 699 354</b>	<b>6 613 146</b>	<b>46 640 181</b>	<b>4 966 940</b>	<b>3 592 234</b>	<b>9 500 000</b>	<b>51 607 121</b>	<b>24 350 721</b>
6 Reserve	10 203 021								-
<b>SG sin styringsramme</b>	<b>81 515 521</b>								-
7 Marginer	16 300 000								-
<b>Kostnadsramme</b>	<b>97 815 521</b>								-

Alle tall inkl mva

#### 3.3 Avvik

Det er ikke registrert avvik av vesentlig betydning i perioden

#### 3.4 Kvalitetskontroll

Kvalitetskontroll av byggearbeider utføres jevnlig med egne ressurser i byggherreorganisasjonen. Oppfølgingen skjer både ved fysisk kontroll på byggeplass og kontroll av entreprenørs KS-systemer. Kontrollen dokumenteres ved bilder, avviksskjema/sjekklistor, og "dagbok".



### 3.5 HMS

Det er ikke rapportert om skader eller uhell i perioden.

Status på skader og uhell i prosjektet følger av tabellen under.

SKADER		A			B			C		
		Antall	I per	Akk	Antall	I per	Akk	Antall	I per	Akk
1	Person	Førstehjelpsskade	0	0	Skade m/fravær til og med 3 dg.	0	0	Skade m/fravær 4 dg. eller mer	0	0
2	Miljø	Ubetydelig miljøskade	0	0	Middels miljøskade	0	0	Stor miljøskade	0	0
3	Materiell	Materiell skade til kr 10.000	0	1	Materiell skade kr. 10.000 - 100.000	0	1	Materiell skade over kr. 100.000	0	0

Akkumulert H1: 0 (H1 er antall skader med fravær pr 1.000.000 arbeidstimer)

Akkumulert H2: 0 (H2 er antall skader uten fravær pr 1.000.000 arbeidstimer)

### 3.6 Samarbeidsforhold med eksisterende sykehusdrift og andre aktører

Intet nytt å rapportere.

### 3.7 Spesielle fokusområder

Fokusområder i kommende periode vil være:

- Byggeplassoppfølging.
- Kunngjøring av innkjøp av inventar og utstyr.

### 3.8 Premissendringer

Intet nytt å rapportere.

**Statusrapport tiltakspakker  
Desember 2009  
Sammendrag for alle prosjekter**

- **Felles mottak føde/gyn**
- **Forskningslab. dyrestall**
- **Fasade/tak Kvinneklinikken**
- **Arytmi-lab.**
- **Nødstrømsaggregat.**
- **Operasjonsstuer**
- **Midlertidig Rusakutt. Aker**
- **Rusakutt Aker fase 1 og 2**
- **Rusakutt Legevakt**

Prosjekt. Tiltakspakker på Ullevål Universitetssykehus, Rikshospitalet og Aker sykehus

Utarbeidet av. Prosjektleder. Kjell Carlsen

Distribusjon		
X	Prosjektstyret	Egen fordelingsliste
X	Leder Eiendomsavdeling	Knut Neegaard
X	Økonomicontroller	Kristoffer Karlsson

## Status: Gjennomføring

Rapporten omfatter følgende prosjekter.

Prosjektnr	Prosjekt	Kostn.- estimat	Opprinnelig tildeling	Foreslått omfordelt	Tildeling etter omford.	Antatt slutt- prognose	Start/slutt
67913907	Felles mottak føde/gyn	42 500	23 500	19 000	42 500	42 500	06.09/08.10
67911406	Forskningslab. Dyrestall	32 000	18 000	14 000	32 000	32 000	08.09/07.10
67910209	Fasade/tak. Kvinneklubben	20 000	25 000	-5 000	20 000	20 000	02.10/12.10
82002	Arytmi-lab. Riksen	39 000	31 500	7 500	39 000	39 000	12.09/10.10
82001	Nødstrømsaggregat. Radium	20 000	17 000	3 000	20 000	20 000	12.09/07.10
14335	Operasjonsstuer. Aker	9 600	9 600	0	9 600	9 600	06.09/02.10
	Midlertidig rusakutt. Aker	6 000	6 000	0	6 000	6 000	08.09/12.09
	Rusakutt Aker.Fase 1	5 000	39 500	-34 500	5 000	5 000	01.10/07.10
	Rusakutt Aker.Fase 2	5 000	0	5 000	5 000	5 000	
	Rusakutt Legevakt	4 500	4 500	0	4 500	4 500	Ferdig
Nødvendig egenfinansiering OUS				9 000		0	
	<b>Sum</b>	<b>183 600</b>	<b>174 600</b>		<b>183 600</b>	<b>183 600</b>	

Kommentar til tabell.

Antatt sluttprognose ligger nå på kr 183,6.mill. Dette ligger ca 9 mill over bevilgning på kr 174.6 mill.. Dette skyldes hovedsakelig at Rusakutt Aker fase 2 kommet inn som ny med kr. 5.0 mill

## 1. GENERELT

### Prosjekt:

Tiltakspakken består av 10 prosjekter fra kr 4.5 mill til 42.5 mill. (Bevilgede summer inkl mva)

Prosjektene gjennomføres etter forskjellige entreprisemodeller.

Oppstart bygging var juni 09 for det første (Felles mottak Ullevål) og det siste forventes ferdig senhøsten 2010. (Arytmi-lab på Rikshospitalet og Fasade/Tak bygg 08.)

## 2. NØKKELTALL ØKONOMI

### Generelt

Rapporten omfatter 10 prosjekter der det er gitt tiltaksmidler til en samlet sum på kr. 174.600.000.- for gjennomføring. Dette er kr ca 9 mill mindre enn behovet. (se kommentar til tabell over)

Se vedlagte økonomirapport som også viser hvilken fremdrift som er planlagt.

Innen utgangen av 2009 forventes en produksjon på kr 57.058.000.-

Rusakutt fase 1 og fase 2 Aker. Dette utgjør en økning på kr 5.0.mill.

**Påløpt**

Planlagt produksjon var pr desember 2009-  
Ved utgangen av desember 2009 er det totalt produsert  
OUS - regnskapet er det regnskapsført pr desember 2009

kr. 57.058.000.-  
kr. 52.567.000.-  
kr. 42.079.000.-

**Spesielle forhold**

Når det gjelder rusakutt Legevakt er dette fulgt opp av Oslo Kommune og belastes HSØ direkte, OUS har derfor ikke regnskapsført dette . Budsjettet her er på kr 4.5 mill.

Vi har derfor fordelt budsjettet jevnt over de siste 6 mnd når det gjelder planlagt - og utført produksjon.

### 3. STATUS FRAMDRIFT

**Kommentar.**

Prosjektene går stort sett etter planen med små avvik.

**Felles mottak. Føde/Gyn**

Arbeidene er godt i gang og i henhold til plan.  
Pr dato er bunnplate og vegger og dekke over U2 støpt i tilbygget.  
Prefabmontasje er i gang.

**Forskningslab. Dyrestall**

Arbeidene er godt i gang, men er forsinket i henhold til plan, noe som forventes tatt inn.  
Årsaken til forsinkelsen er at rivearbeidene var mer krevende enn forutsatt.  
Pr dato er det meste av rivearbeidene utført og oppbygging er startet.  
Påstøp på gulv i 5-etasje er utført og det samme er gulvet i 6-etasje (Nytt teknisk rom.)  
Heissjakt utvendig er ført opp.

**Fasade/tak. Kvinneklinikken**

Dette er ferdig prosjektert, men ikke utlyst.  
Det er vedtatt at Tak/Fasade skal starte opp snarest og gjennomføres.  
Det er innhentet pris på ny fasade mot Østre gate ut i fra opsjonen, vurdering pågår.  
I løpet av jan 2010 vil vurderingen være utført og arbeidet bestilt innenfor de rammer som er satt.  
Ferdigstillelse styrer mot senhøstes 2010.

**Arytmi-Lab. Riksen**

Dette er ferdig prosjektert, utlyst og kontrahert.  
Arbeidene er startet.

**Nødstrømsaggregat. Radium.**

Ferdig prosjektert og kontrahert.  
Bygningsmessige arbeider pågår.  
Leverandør av aggregater har varslet forsinkelse på aggregatet, og det vil medføre senere ferdigstillelse av prosjektet enn planlagt tidligere.  
Ferdigdato er satt til 01.07.10

**Operasjonsstuer. Aker**

Arbeidene er godt i gang og forventes ferdig jan 2010

**Rusakutt Aker fase 1 og 2**

Bygging starter januar 2010 og er planlagt ferdig juli 2010  
Budsjett er satt til kr 5 mill for hver av de to fasene. Samlet budsjett er på kr 10 mill.

### **Midlertidig rusakutt. Aker**

Byggearbeidene er i hovedsak ferdigstilt. Overtakelse av bygningsmessige arbeider, maler, Rør og Elektro fant sted 15.12.09. Kun mindre etterarbeider gjenstår.

Sluttoppgjør pågår.

Som økonomioversikt viser er prosjektet gjennomført innenfor budsjett.

### **Rusakutt. Legevakt**

Dette prosjektet er ikke fulgt opp av OUS, men Oslo kommune som har hatt direkte dialog med HSØ. Vi har ikke fått regnskapstall fra dette prosjektet. Prosjektet er ferdig.

I vår økonomiopstilling er budsjettet på kr 4.5 mill fordelt jevnt på de siste 6 mnd både når det gjelder planlagt og utført produksjon.

I OUS - regnskapet er dette ikke tatt inn.

## **4. FORHOLD SOM KREVER BYGGHERREAVKLARING**

Ingen spesielle saker.

## **5. HMS**

Det er ikke registrert uhell i prosjektene pr utgangen av desember 09

### **5.1 Vernerunder**

Det gjennomføres vernerunder hver uke på alle de prosjekter som er igangsatt på Ullevål sykehus. Dette følges opp tett av prosjektledelsen.

## **6. MILJØ**

Det gjennomføres miljøkartlegging før oppstart på de prosjektene der dette er nødvendig.

Dette fordi det har vært registrert bl.a asbest flere steder i byggene. Om nødvendig fjernes farlige forhold før oppstart.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styret

---

Dato dok.:	10. februar 2010
Dato møte:	17. februar 2010
Saksbehandler:	Administrerende direktør
Vedlegg:	Utkast til årlig melding 2009 Oslo universitetssykehus HF

---

### **SAK 5/2010 - ÅRLIG MELDING 2009 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Oslo universitetssykehus HF skal innen 1. mars 2010 oversende Årlig melding 2009 til Helse Sør - Øst RHF. Det vises til orientering i styresak 162/2009 i desember om frister og rammer for arbeidet med Årlig melding 2009.

Årlige melding er et dokument med en rekke vedlegg:

1. Oversikt over spesialiteter og funksjoner
2. Organisasjonskart Oslo universitetssykehus HF
3. Oslo universitetssykehus HF styresak 2009-135-05 Revidert risiko 2. tertial 2009
4. Oppfølging av driftsavtale 2009 mellom Helse Sør-Øst RHF og Aker universitetssykehus HF
5. Oppfølging av driftsavtale 2009 mellom Helse Sør-Øst RHF og Rikshospitalet HF
6. Oppfølging av driftsavtale 2009 mellom Helse Sør-Øst RHF og Ullevål universitetssykehus HF
7. Oppfølging av oppdragsdokument 2009 og protokoll fra Helse Sør-Øst RHF foretaksmøte 26.1.2009
8. Oppfølging av foretaksmøteprotokollene 2009 mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF
9. Årsrapport 2009 Brukerutvalget Oslo universitetssykehus HF
10. Årsrapport 2009 Brukerutvalget Aker universitetssykehus
11. Årsrapport 2009 Brukerutvalget Rikshospitalet
12. Årsrapport 2009 Ullevål universitetssykehus

Til sammen utgjør dette nesten 400 sider. Av hensyn til mengden blir bare utkastet til selve årlig melding lagt ved utsendelsen av styresakene. Vedleggene vil bli lagt ut på Oslo universitetssykehus sin hjemmeside på internett under styresaker. Styremedlemmer vil også kunne få tilsendt vedleggene ved henvendelse.

Brukerutvalget og tillitsvalgte har vært orientert om arbeidet med Årlig melding og vedlagte utkast er oversendt for kommentarer. Utvalget har frist til 19. februar for å komme med innspill. Innspillene vil inngå i arbeidet frem til endelig ferdigstillelse.

I henhold til bestilling fra Helse Sør-Øst RHF ble rapporteringsdelen for 2009 (vedlegg 7) oversendt til det regionale helseforetaket per 22. januar.

Årlig melding inneholder en plandel for foretakets virksomhet fremover. Styrets innspill til denne og dokumentet ellers vil bli innarbeidet i utkastet før det oversendes til Helse Sør-Øst RHF før firsten 1. mars.

### **Forslag til vedtak**

- 1. Styret slutter seg til utkast til årlig melding for 2009 med de innspill som er gitt i møtet.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt, etter samråd med styreleder, til å justere årlig melding ut i fra de endelige driftsresultater for 2009, innspill fra Brukerutvalget, samt de innspill som ble gitt i møtet.*

Oslo universitetssykehus, 10. februar 2010

Siri Hatlen

# ***Oslo universitetssykehus HF***

## **Årlig melding 2009**

til Helse Sør-Øst RHF

Oslo, 10.02.2010



## Innhold

---

DEL I: INNLEDNING .....	3
1. Om <i>Oslo universitetssykehus HF</i> – oppgaver og organisering .....	3
2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag .....	5
3. Sammendrag .....	6
3.1. <i>Resultater og utfordringer</i> .....	6
3.2. <i>Overordnet risikovurdering</i> .....	12
DEL II: RAPPORT FOR 2009.....	15
4. Virksomheten i 2009.....	15
4.1. <i>Ledelsens gjennomgang av kvalitetsarbeid/internkontroll</i> .....	15
4.2. <i>Sentrale saker behandlet i styret</i> .....	16
4.3. <i>Oppfølging av driftsavtale og omstillingstiltak</i> .....	17
4.4. <i>Oppfølging av foretaksmøteprotokoller</i> .....	19
4.5. <i>Evaluering av egen virksomhet og organisering</i> .....	19
4.6. <i>Relasjon til omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst</i> .....	20
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT 2010 - 2013.....	24
5. Sammendrag .....	24
5.1. <i>Hovedutfordringer og prioriteringer i 2010 – 2013</i> .....	24
5.2. <i>Overordnet målbilde</i> .....	28
5.2.1. <i>Pasientbehandling</i> .....	28
5.2.2. <i>Forskning</i> .....	29
5.2.3. <i>Mobilisering av medarbeidere og ledere</i> .....	29
5.2.4. <i>Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring</i> .....	29
5.3. <i>Milepæler og rapportering til helseforetakets styre i 2010</i> .....	30
5.4. <i>Prosess og forankring</i> .....	30
6. <i>Utviklingstrender og rammebetingelser</i> .....	32
6.1. <i>Faglig og demografisk utvikling</i> .....	32
6.2. <i>Forventet økonomisk utvikling</i> .....	37
6.3. <i>Personell- og kompetansebehov</i> .....	40
6.4. <i>Bygningskapital – status og utfordringer</i> .....	44
7. <i>Oppfølging av plan for strategisk utvikling 2009-2020</i> .....	48
7.1. <i>Grunnleggende føringer og premisser</i> .....	48
7.2. <i>Pasientbehandling</i> .....	49
7.2.1. <i>Plan for oppfølging av mål for 2010</i> .....	57
7.3. <i>Forskning</i> .....	58
7.3.1. <i>Plan for oppfølging av mål for 2010</i> .....	60
7.4. <i>Kunnskapsutvikling og god praksis</i> .....	60
7.4.1. <i>Plan for oppfølging av mål for 2010</i> .....	61
7.5. <i>Organisering og utvikling av fellestjenester</i> .....	62
7.5.1. <i>Plan for oppfølging av mål for 2010</i> .....	67
7.6. <i>Mobilisering av medarbeidere og ledere</i> .....	68
7.6.1. <i>Plan for oppfølging av mål for 2010</i> .....	68
7.7. <i>Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring</i> .....	70
7.7.1. <i>Plan for oppfølging av mål for 2010</i> .....	71
DEL IV: VEDLEGG .....	73

## DEL I: INNLEDNING

### 1. Om Oslo universitetssykehus HF – oppgaver og organisering

Oslo universitetssykehus HF, som er helseforetak i medhold av lov om helseforetak av 15. juni 2001 nr. 93, ble stiftet 01. desember 2008.

I stiftelsesprotokollen gis det uttrykk for følgende i forhold til helseforetakets formål og virksomhet :

#### **Formål**

*Oslo universitetssykehus HF skal drives med sikte på å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette.*

*Gjennom utøvelse av oppgaver tildelt av Helse Sør-Øst RHF vil Oslo universitetssykehus HF bidra til at spesialhelsetjenestens målsetting blir oppfylt innenfor Helse Sør-Øst og at de lands- og flerregionale funksjoner Helse Sør-Øst RHF er tillagt, blir ivaretatt*

#### **Helseforetakets virksomhet**

*Oslo universitetssykehus HF skal videreføre de plikter og ansvarsområder virksomhetene Rikshospitalet HF, Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF som ble innlemmet i Oslo universitetssykehus HF hadde på etableringstidspunktet for Oslo universitetssykehus HF.*

*Ansvarsområde for Oslo universitetssykehus HF omfatter landsfunksjoner, flerregionale- og regionale funksjoner, område- og lokalsykehusfunksjoner, jfr Lov om spesialisthelsetjenester. Dette innebærer også at Oslo universitetssykehus HF skal drive avansert pasientbehandling, forskning, utprøvende behandling, undervisning og rådgivning på høyt internasjonalt nivå.*

*Kreftregisteret har ansvaret for registrering av alle krefttilfeller i Norge, forskning, rådgiving og informasjon om kreft. Kreftregisteret skal være en enhet innenfor Oslo universitetssykehus HF. Kreftregisteret skal ha eget styre som oppnevnes av og rapporterer til styret ved Oslo universitetssykehus HF.*

*Oslo universitetssykehus HF har et nasjonalt ansvar som kompetansemiljø og referanseinstitusjon for sentrale myndigheter og for andre sykehus, samt i grunn-, videre- og*

*etterutdanning av helsepersonell. Oslo universitetssykehus HF skal sikre at samarbeid om utdanning av medisinstudenter og helsefagstudenter reguleres i egne avtaler.*

*Virksomheten skal drives med sikte på å nå nasjonale helsepolitiske-, forskningspolitiske- og utdanningspolitiske mål og helseforetaksgruppens samlede målsetninger innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, instruksjer, avtaler, beslutninger truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.*

*Oslo universitetssykehus HF skal drive:*

- *helsefremmende og forebyggende arbeid*
- *helsemessig og sosial beredskap*
- *rehabilitering og habilitering*
- *somatisk helsetjeneste*
- *psykisk helsevern*
- *laboratorie- og radiologiske tjenester*
- *syketransport, ambulansetjeneste og nødmeldetjeneste*
- *andre virksomheter når det er egnet til å fremme foretakets formål*
- *tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere*
- *registrering av og informasjon om krefttilfeller i Norge og epidemiologisk forskning*

*Hovedoppgavene som Oslo universitetssykehus HF skal legge til rette for, er å planlegge, organisere og fremme:*

- *pasientbehandling*
- *utdanning av helsepersonell*
- *forskning*
- *opplæring av pasienter og pårørende*
- *utvikling av medisinsk metode, praksis, pleie og kompetanseutvikling*

*Oslo universitetssykehus HF skal bidra til samarbeid i regionen, slik at det totalt sett oppnås hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Oslo universitetssykehus HF skal også bidra til samarbeid med andre regionale helseforetak, helseforetak, universiteter og høyskoler.*

*Oslo universitetssykehus HF skal, innenfor sitt ansvarsområde, søke nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud. Det samme gjelder i forhold til samarbeidspartnere som blant annet det statlige barne- og familievern, samt i forhold til øvrige aktuelle statlige ansvarsområder.*

## **Oppgaver**

I vedlegg 1 gis det en oversikt over spesialiteter, funksjoner m.m. som er tillagt helseforetaket.

## Organisering

Oslo universitetssykehus HF er organisert i klinikker, slik det fremgår av organisasjonskartet i vedlegg 2. Akuttklinikken, Klinikk for diagnostikk og intervensjon og Oslo sykehusservice er funksjonsområder som skal levere tjenester inn mot flere av de kliniske enhetene. I tillegg er det etablert en sentral stab i tilknytning til administrerende direktør, som leverer sine tjenester for å understøtte linjen.

## 2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

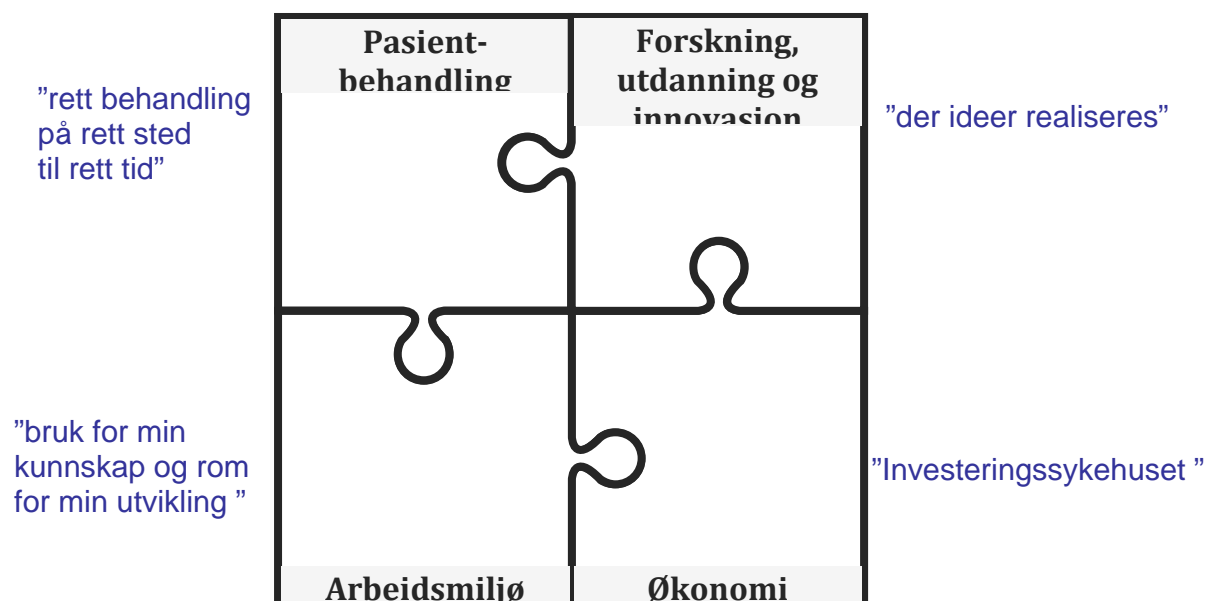
De nasjonale verdiene, samt Helse Sør-Øst RHF sin visjon om gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og alder ligger til grunn for foretakets arbeid.

Lovpålagte oppgaver og regional strategi 2009-2020, er førende for Oslo universitetssykehus HF's videre arbeid med mål og strategiutforming.

Foretakets strategiprosess er ikke ferdigstilt, men "puslespillet" nedenfor viser hvilke dimensjoner mål og strategier utformes innenfor. Regionens strategiske satsingsområder er alle dekket innen disse fire dimensjonene.

På vei mot morgendagens behandling

Mål 2015



Vi skal skape sykehuset

- der barna våre vil jobbe
- der de får den beste behandlingen hvis de blir syke
- som de har råd til å betale for

Vi vil at hele vår organisasjon skal være:

- Åpen
- Lærende
- Helhetstenkende

Mer om dette under kapittel 5.2

### 3. Sammendrag

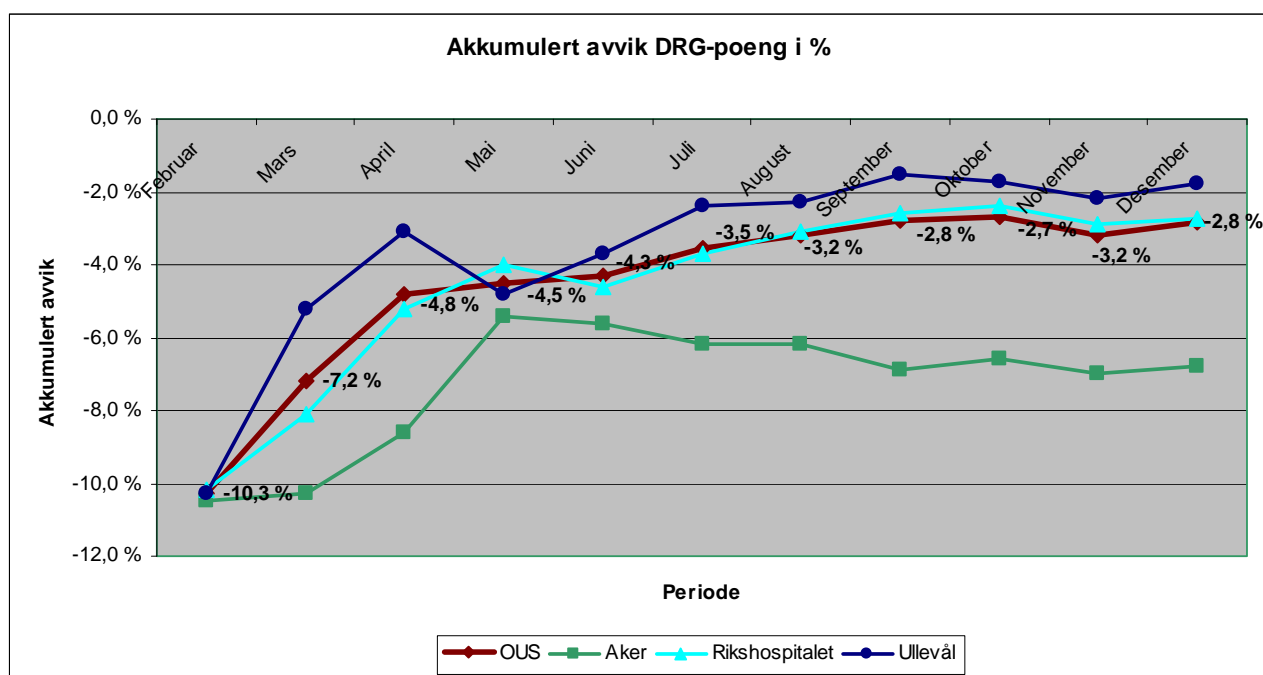
#### 3.1. Resultater og utfordringer

##### Aktivitet

##### Somatikk

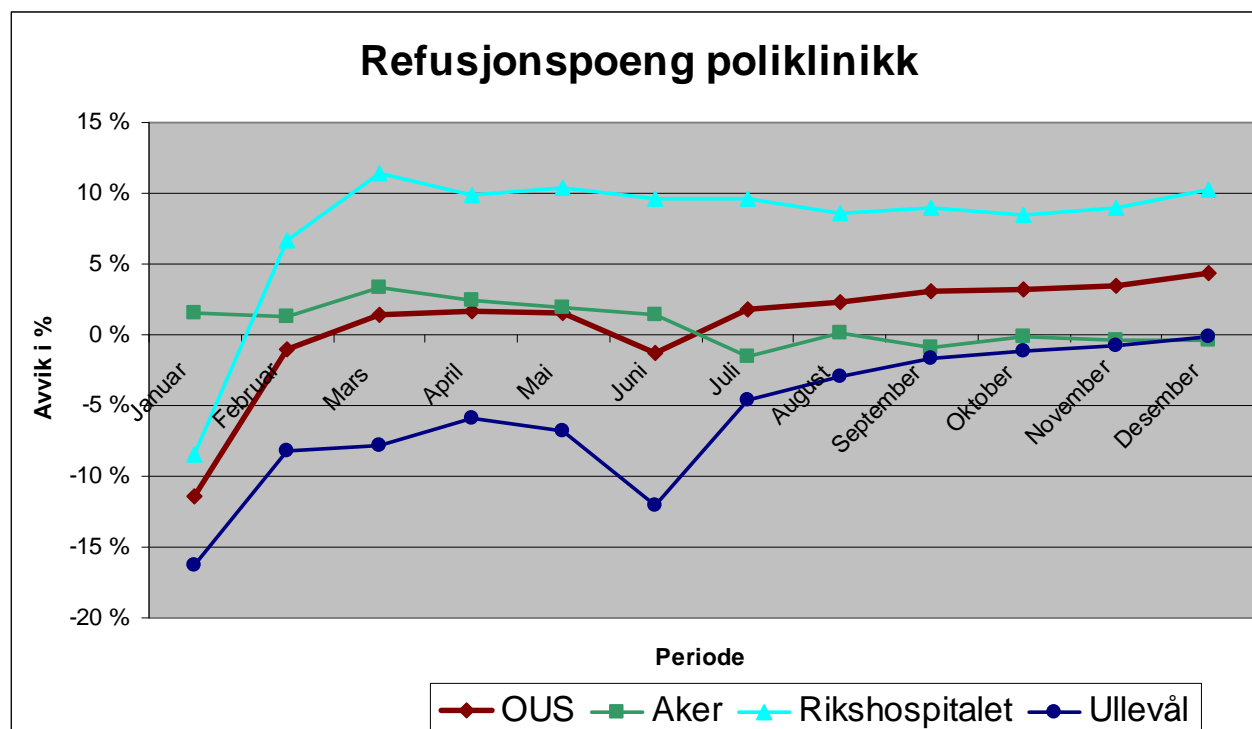
Akkumulert pr. desember er antall polikliniske konsultasjoner innenfor somatikken 7,7 % høyere enn budsjettet, og antall refusjonspoeng 3,8 % høyere enn budsjettet. Målt i antall DRG-poeng utgjør avviket fra plantallet ved utgangen av året 2,8 %.

Figuren under viser utviklingen i akkumulert avvik for antall DRG-poeng pr. måned.



Som det fremkommer av figuren er avviket i antall DRG-poeng ulikt fordelt mellom sykehusene. Det er størst negativt avvik ved Aker, mens det er minst ved Ullevål.

Negative avvik for antall DRG-poeng kompenseres delvis av positive avvik for antall ISF-refusjonspoeng for poliklinisk aktivitet. Figuren under viser akkumulert avvik pr. måned.



### Psykisk helsevern

Voksenpsykiatri	Res Hiå	Bud Hiå	Avvik	Avvik i %
Ant. utskrevne pasienter døgntilrettelagt	3 188	3 177	11	0,3 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	123 447	125 303	-1 856	-1,5 %
Ant. oppholdsdager dagtilrettelagt	5 708	7 730	-2 022	-26,2 %
Ant. polikliniske konsultasjoner	106 230	102 904	3 326	3,2 %

Med unntak av et markant negativt avvik for antall dagopphold, viser rapporteringen at aktiviteten innenfor psykisk helsevern for voksne er omlag som budsjettert. Samlet er det et positivt avvik for antall polikliniske konsultasjoner innenfor psykisk helsevern for voksne på 3.326 konsultasjoner, tilsvarende 3,2 %. Utskrevne pasienter og liggedøgn innfor VoP viser at døgntilrettelagningen er omtrent som budsjettert.

Som det fremkommer av tabellen under, er aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien ved Aker høyere enn budsjettert, både for innlagte pasienter og for poliklinisk aktivitet. Ved Ullevål er den polikliniske aktiviteten høyere enn budsjettert, mens det er negative avvik for

døgnvirksomheten. I voksenpsykiatrien ved Ullevål opprettholdes aktivitetsmønsteret uendret med tilsiktet reduksjon av døgnbehandling og økning av poliklinikk og ambulante team.

Antall utskrevne pasienter VOP	Aker	RH	UUS	SUM OUS
Resultat HiÅ	1 409	0	1 779	3 188
Budsjett HiÅ	1 300	0	1 877	3 177
Avvik HiÅ	109	0	-98	11
Avvik HiÅ i %	8,4 %	0,0 %	-5,2 %	0,3 %
Antall liggedøgn VOP	Aker	RH	UUS	SUM OUS
Resultat HiÅ	44 272	0	79 175	123 447
Budsjett HiÅ	44 441	0	80 862	125 303
Avvik HiÅ	-169	0	-1 687	-1 856
Avvik HiÅ i %	-0,4 %	0,0 %	-2,1 %	-1,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner VOP	Aker	RH	UUS	SUM OUS
Resultat HiÅ	55 769	5 064	45 397	106 230
Budsjett HiÅ	53 021	5 300	44 583	102 904
Avvik HiÅ	2 748	-236	814	3 326
Avvik HiÅ i %	5,2 %	-4,5 %	1,8 %	3,2 %

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er den polikliniske aktiviteten 3,9 % lavere enn budsjettet, mens det er et positivt akkumulert avvik for antall utskrevne pasienter på 15 % (tilsvarende 19 pasienter), og et positivt avvik for antall liggedøgn døgnbehandling på 128 (tilsvarende 2 %).

Barne - og ungdomspsykiatri	Res HiÅ	Bud HiÅ	Avvik	Avvik i %
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	146	127	19	15,0 %
Antall liggedøgn - døgnbehandling	6 570	6 442	128	2,0 %
Ant. oppholdsdager dagbehandling	5 364	5 605	-241	-4,3 %
Ant. polikliniske konsultasjoner	68 555	71 361	-2 806	-3,9 %

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er all døgnvirksomhet på Ullevål. Den polikliniske aktiviteten er imidlertid fordelt mellom sykehusene slik det fremkommer i tabellen under.

Antall polikliniske konsultasjoner BuP	Aker	RH	UUS	SUM OUS
Resultat HiÅ	28 512	2 417	37 626	68 555
Budsjett HiÅ	26 000	6 600	38 761	71 361
Avvik HiÅ	2 512	-4 183	-1 135	-2 806
Avvik HiÅ i %	9,7 %	-63,4 %	-2,9 %	-3,9 %

*Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*

<b>Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere</b>	<b>Res Hiå</b>	<b>Bud Hiå</b>	<b>Avvik</b>	<b>Avvik i %</b>
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	2 812	2 962	-150	-5,1 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	42 819	48 212	-5 393	-11,2 %
Ant. polikliniske konsultasjoner	12 602	11 845	757	6,4 %
- Herav telefonkonsultasjoner	1 478	2 100	-622	-29,6 %

Med unntak av noe poliklinisk aktivitet ved Ullevål er aktivitet innenfor TSB ved Oslo universitetssykehus relatert til Aker.

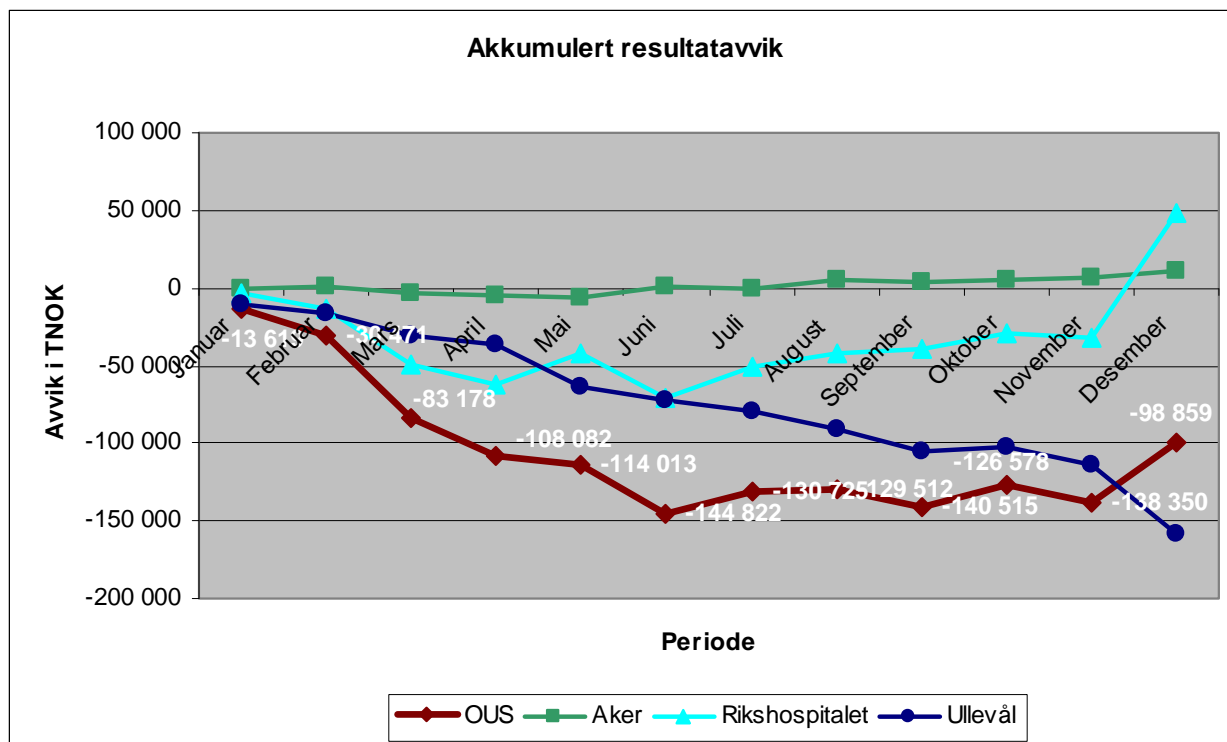
Pr. desember er antall utskrivninger fra egne institusjoner 5,1 % lavere enn budsjettert og det er om lag 5.400 (tilsvarende 11,2 %) færre liggedøgn enn budsjettert. Aktivitetsutviklingen viser en økning i antall utskrevne pasienter, men en reduksjon i antall liggedøgn. Sett i forhold til 2008 er det en økning i antall utskrivninger fra egne institusjoner på 8,8 %. Antall liggedøgn er redusert i samme periode med 6 %. Dette skyldes endringer i normert liggetid og oppfølging av dette innfor avgiftningsapparatet. Endringene gir også redusert ventetid til avgiftning.

Den polikliniske aktiviteten er 6,4 % høyere enn budsjettert, og 8 % høyere enn i 2008. Ved Aker er det imidlertid 1.900 (25 %) flere konsultasjoner enn budsjettert, mens det er 1.177 (23 %) færre konsultasjoner ved Ullevål.

### **Økonomi – drift**

Nedenfor følger en tabell som viser akkumulert resultatutvikling under året. Den positive endringen som kommer i desember er relatert til at Rikshospitalet solgte eiendom som gav en regnskapsmessig gevinst på ca. 85. mill. kr. (Gevinst ved salg av eiendom er inkludert i tallmaterialet nedenfor.)





Oslo universitetssykehus HF hadde ved årets inngang et betydelig behov for omstillingstiltak. Samlet underskudd i 2008 var akkumulert for de tre foretakene ca. 350 mill. kr. Korrigert for gevinst fra eiendomssalg var resultatet ca. 420 mill. kr. Endelig regnskap for 2009 ser pr. 04.02.2010 ut til å avsluttes, med et underskudd på mellom 100 til 120 mill. kr. Korrigert for gevinst ved eiendomssalg blir resultatet ca. 85 mill. kr. dårligere.

Foretaket ble ikke tilført omstillingsmidler i forbindelse med fusjonen. Inkludert i ovennevnte resultat er det regnskapsført ca. 65 mill. kr. i fusjonskostnader. Videre er det påløpt ca. 25 mill. kr. i særskilte kostnader (nettokostnader) i forbindelse med pandemien.

### Økonomi - investeringer

Oslo universitetssykehus HF har i 2009 hatt fire større byggeprosjekter. Samtlige fire prosjekter har overholdt tids- og kostnadsramme. Det største byggeprosjektet er Forskningsbygget på Montebello som har en kostnadsramme på ca. 1.280 mill. kr.

Oslo universitetssykehus HF har i 2009 hatt en svært krevende investerings situasjon innen medisinsk teknisk utstyr. Denne investerings situasjonen har vært gjenstand for styrebehandling en rekke ganger. Det vises her blant annet til styresak 131 og 137/2009.

### Bemanning

Oslo universitetssykehus HF har utviklet egen "Retningslinje i omorganisering og bemanningstilpasninger". Ved Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet har det i 2009

vært gjennomført nedbemanning. Pr. november 2009 var det om lag 424 færre netto årsverk eksklusive eksternt finansierte (årsverk som inngår i produksjonen) enn tilsvarende periode i 2008. Ca 300 av disse årsverkene utgjøres av SSR, som var ute av organisasjonen f.o.m. juli 2009. Det har vært en svak økning (ca 5) i eksternt finansierte årsverk. Flere ansatte har gjennomgått store endringer i form av endrede arbeidsoppgaver, mellom seksjoner, avdelinger og klinikker.

Ved Oslo universitetssykehus HF – Ullevål har det i 2009 vært gjennomført en meget restriktiv bemanningsoppfølging og man har holdt ledige stillinger ubesatt. Det har i perioden også vært en spesiell fokus på innleie for å redusere denne til et minimum. Et felles ressurscenter for hele Ullevål har koordinert både innleie og ekstravaktbruk. Dette har gitt en god kontroll på bruk av eksterne vikarbyrå.

Oslo universitetssykehus HF – Aker har ikke foretatt nedbemanning i 2009.

Årsverksreduksjonen kommer hovedsakelig av at tidligere nedbemanninger i 2007/2008 har gitt full effekt i budsjettet for 2009.

Det vises til tabeller bak i dokumentet om årsverksutviklingen ved AUS, RH og UUS.

### **Forskning og undervisning**

Foreløpige tall viser at Oslo universitetssykehus HF gjennom 2009 har opprettholdt den høye forskningsaktiviteten på om lag samme nivå som tidligere år, målt i antall publikasjoner og avlagte doktorgrader. Dette har skjedd samtidig som det er lagt ned et betydelig arbeid i å organisere klinikkstrukturen ved Oslo universitetssykehus HF, herunder forskningsenhetene, og det er etablert en ny stabsenhet for forskning og utvikling. Det er videre etablert nye forskningsavdelinger i enkelte klinikker for å tydeliggjøre og samle forskningsaktivitet, og en forskningsleder er i ferd med å innplasseres i hver klinikk, i stabsfunksjon til klinikkleder. Forskningslederne vil ha en sentral koordinerende rolle i hver klinikk, og har en delt stilling mellom helseforetak og universitet. Det er etablert et nytt forskningsutvalg i samarbeid med Universitetet i Oslo og Høgskolen i Oslo, og det er etablert samarbeidsfora på overordnet ledelsesnivå.

Det arbeides med å organisere den strategiske og koordinerende utdanningsvirksomheten ved Oslo universitetssykehus HF. Dette har vært fragmentert og ulikt organisert ved de tre tidligere sykehusene. Et betydelig kartleggingsarbeid av omfang og avtaleverk ble utført våren 2009, med bidrag fra en rekke yrkesgrupper og eksterne samarbeidspartnere, som Universitetet i Oslo og Høgskolen i Oslo. Arbeidet ble videreført høsten 2009 gjennom et eget helsefagprosjekt, som blant annet vurderte organisering av de helsefaglige utdanningene. Inntil organisering er avklart er utdanning organisert som en del av stab FoU. Det operative ansvaret tilligger klinikkene. Det er ikke meldt om problemer i forhold til ivaretagelse av utdanningsoppgavene. Et nyopprettet utdanningsutvalg ved Oslo universitetssykehus HF, hvor universitetet og flere høyskoler er representert, vil blant annet ha ekstra fokus på konsekvenser for grunn,- videre- og etterutdanning i omstillingsprosessene.

### **Etableringen av Oslo universitetssykehus HF**

Oslo universitetssykehus HF har i 2009 fungert i en overbyggende struktur ”holdingsselskap” over tre eksisterende driftsenheter i tråd med vedtak. Administrerende direktør Siri Beate Hatlen tiltrådte 1 juli 2010 og i løpet av august var klinikkstruktur og klinikkledere på plass. Det ble også opprettet sentrale staber med stabsledere innen økonomi og finans,

kommunikasjon, forskning og utvikling, samhandling, medisin og helsefag, HR / personal / organisasjon – og lederutvikling samt pasientsikkerhet, kvalitet og HMS.

Fra juli 2009 ble det etablert et programkontor med koordineringsansvar for integrasjonsarbeidet. Programkontoret ledes av viseadministrerende direktør Jan Eirik Thoresen. Det å etablere en egen integrasjonsstruktur med de største prosjektene ved siden av linjen i en egen organisasjon har vist seg vellykket så langt.

For de nye klinikklederne har høsten 2009 vært krevende. Ved siden av integrasjonsaktivitetene skulle det etableres ny klinikkstruktur, forslag til organisering, innplassering av avdelings- og stabsledere, budsjett 2010 osv. i tillegg til å være ledere i de tre driftsenhetene.

Nye klinikker på tvers av eksisterende strukturer har også gitt en del avklaringsutfordringer mht plassering og organisering. De fleste klinikkene har utsatt bemanning av nivå 4 og nivå 5 ledere til våren 2010. Det gjenstår i tillegg en del områder som krever avklaringer. Dette gjelder eksempelvis områder som operasjon, anestesi, intensiv, dagkirurgi etc. Disse vil avklares og plasseres i løpet av 2010. Det organisatoriske fokus avløses av fokus på bærekraft, budsjett 2010, tiltak for balanse, areal/aktivitet, lokalsykehus og overføringsprosjekter.

For nærmere beskrivelse av utfordringsbildet fremover og milepælsplan se punkt 5.1.

For 2009 er det er påløpt ca. 65 mill. kr. i prosjektkostnader. Disse er dekket av driftsbudsjettet og inngår i årsresultatet. Oslo universitetssykehus HF mottok i 2009 ikke særskilte midler relatert til gjennomføringen av fusjonsprosessen. Fusjonen mellom de tre tidligere HFene er forutsatt å gi en betydelig driftsinnsparing. Denne innsparingen vil imidlertid først kunne realiseres etter at man har samordnet eller fysisk samlokalisert overlappende fagområder. I 2009 er det i hovedsak kun påløpt ekstra kostnader.

### **3.2. Overordnet risikovurdering**

Helse Sør-Øst RHF er av Helsedepartementet pålagt å innføre systemer for risikovurdering og risikostyring i foretaksgruppen. Risikostyring er derfor etablert som et styringsverktøy i regionen. Det er utarbeidet en veileder for risikostyring og Helseforetakene er bedt om å legge prinsippene i veilederen til grunn i eget arbeid med risiko. Det vises til Driftsavtalene (Helse Sør-Øst RHF's bestilling av helsetjenester for 2009, avtale inngått mellom Helse Sør-Øst RHF og respektive Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF) som ble behandlet i foretaksmøtet til Oslo universitetssykehus HF 05. januar 2009.

I henhold til driftsavtalen og veilederen for risikostyring i Helse Sør-Øst RHF ble det 1. tertial, i mars 2009 gjennomført risikovurderinger ved de tre sykehusene. Vurderingen tok utgangspunkt i mål og krav gitt i lovverk og driftsavtalen med Helse Sør-Øst RHF. Resultatet fra risikovurderingene ble oversendt Helse Sør-Øst RHF og ble lagt fram for styret i Oslo universitetssykehus HF 26. mars 2009. Selv om det var noen ulikheter i system eller metode for risikostyringsarbeidet i de tre sykehusene, ble det lagt vekt på at de avdekte risikoområdene følges opp i organisasjonen. Styret ønsket en harmonisering av arbeidet og at det skulle utarbeides en felles metode i risikostyringsarbeidet for Oslo universitetssykehus HF.

I forbindelse med ledelsens gjennomgang av 2. tertial ble risikovurderingene fra 1. tertial gjennomgått og vurdert på nytt i de tre sykehusene ut fra en enhetlig mal. En samlet risikovurdering ble lagt fram for styret i Oslo universitetssykehus HF på møtet 8. oktober 2009.

Følgende områder med tilhørende målområder ble gjennomgått:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Kunnskapsutvikling og god praksis
- Organisering og utvikling av fellestjenester
- Mobilisering av medarbeidere og ledere
- Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Risikovurderingen for 2. tertial pekte på risiko ved integrasjonsarbeidet i Oslo universitetssykehus HF og særlig i forhold til IKT. Likeledes ble sykefravær og den manglende budsjettbalansen ansett som vesentlige risikoområder, jfr. vedlegg 3. Rapporten er ikke ment å være en uttømmende oversikt over hele risikobildet for helseforetaket, men en oversikt over områder som har vært vurdert i 2009.

Helse Sør-Øst RHF har ikke lagt noe krav om overordnet risikovurdering i 3. tertial. Likevel ble det gjennomført en noe forenklet gjennomgang av risikobildet i desember slik at overgangen til samlet organisasjon kunne sikres best mulig.

På styremøte 17.12.2009 i styresak 160/2009 *LEDELSENS GJENNOMGANG 3. TERTIAL 2009*, ble det gitt uttrykk for følgende risikobilde pr. 3. tertial 2009:

*”De tre driftsorganisasjonene følger sine tidligere rapporterte risikoanalyser med tiltaksplaner ut 2009.*

*Oslo universitetssykehus sitt samlede risikobilde per desember fremkommer gjennom den ukentlige risikorapporteringen fra integrasjonsprosessen, gjennom innrapportering fra arbeidsmiljøavdelingene og gjennom diskusjon i klinikkledergruppene.*

*Det rapporteres høy risiko innen følgende områder:*

*Økonomi og aktivitet*

*Til tross for en positiv utvikling i 3. tertial vil ikke Oslo universitetssykehus nå målet om balanse inneværende år.*

*Det er stor aktivitet i klinikker og stab for å få etablert et realistisk budsjett med forankring hos ledere og tillitsvalgte. Det skal etableres kontrakter med klinikkene og det er etablert rutiner for oppfølging og rapportering. Støtte og bistand til klinikkene i etablering og utvikling av god virksomhetsstyring vil bli prioritert.*

*IKT*

*Til tross for stor pågående aktivitet for samordning av de ulike systemene vurderes utfordringene innen IKT fortsatt som høyrisiko. Det er av betydning for effektiv*

*kommunikasjon og drift at de administrative systemene er på plass fra 1. januar 2010. Tiltaksplan er etablert med ukentlig rapportering. Det vises også til styresak 169/2009.*

#### *Ansattes arbeidsmiljø*

*Mange ledere og ansatte fra de tre sykehusene har gjennom 2008 og 2009 vært delaktige i planlegging av en rekke omstillinger og aktiviteter som skal gjennomføres i løpet av 2010. Virksomheten har vært preget av store krav, høye forventninger og mye arbeid. Mange ansatte har i 2009 hatt doble roller, både i gammel og ny struktur. Ny sykehusstruktur, overføringer av opptaksområder og nedskalering av bemanning og areal vil naturlig nok medføre usikkerhet i organisasjonen inn i 2010. Medarbeidere fra ulike deler av organisasjonene, med til dels ulike kulturelle og ledelsesmessige erfaringer skal samorganiseres.*

*Dette i kombinasjon med at ledere på nivå 4 og 5 ikke vil være på plass før i løpet av første kvartal 2010 gjør at det er mange faktorer som kan påvirke i negativ retning. Administrerende direktør har definert arbeidsmiljø som et av målområdene for bærekraftig utvikling og vil gi det videre arbeidet høy prioritet. I samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene og vernetjenesten skal det etableres handlingsplaner for å sikre de ansattes arbeidsmiljø. Dette gjelder sykehusomfattende, klinikk og avdelingsvis. Administrerende direktør vil følge opp temaet på månedsrapportering og hvert tertial med klinikkene og øvrige enheter.*

#### *Moderat risiko:*

##### *Pasientsikkerhet*

*Integrasjonen skal ikke innvirke direkte på pasienttilbudet før etter Dag 2. Dagens avdelinger, kliniske IKT – systemer og ulike fagprosedyrer vil fortsette som før inntil Dag 2.*

*Meldeplikt for pasienthendelser, nestenuhell og rutiner for tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende er etablert. Bortsett fra at de ansattes arbeidsmiljø er definert som høyrisiko er det ikke forhold som i dag tilsier at det skal være økt risiko for pasientene i Oslo universitetssykehus. Administrerende direktør vil sørge for at pasientsikkerheten overvåkes og følges nøye i ny organisasjon.”*

I forbindelse med samordningsprosessen er det lagt planer for det fremtidige arbeidet med overordnet risikovurderinger i Oslo universitetssykehus HF. Planene bygger på veileder og krav fra Helse Sør-Øst RHF og erfaringer fra de tre sykehusene. Gjennom styrende dokumenter er det beskrevet retningslinjer for både rutinemessige og situasjonsbetingede analyser av risikoforhold. Her er det lagt krav til arbeid med risikovurderinger på alle nivåer i organisasjonen.

## DEL II: RAPPORT FOR 2009

### 4. Virksomheten i 2009

#### 4.1. Ledelsens gjennomgang av kvalitetsarbeid/internkontroll

##### **Overordnet om ledelsens gjennomgang av kvalitetsarbeid / internkontroll**

I 2009 har det vært jobbet systematisk med videreutvikling av kvalitetssystem. Internkontrollkravene er integrert i kvalitetssystemet og følges opp gjennom ledelsens gjennomgang, avvikshåndtering, revisjonsarbeid og eksterne tilsyn. Det sykehusomfattende systemansvaret er definert gjennom egne retningslinjer hvor det klart fremgår hvem som har ansvar for etablering av standarder og oppfølging av de ulike myndighetskrav på sykehusnivå. Linjeleders ansvar for intern-kontrollaktiviteter er tydeliggjort gjennom ansvar- og myndighetsinstruks

Det er etablert struktur for koordinering og oppfølging av interne revisjoner, eksterne tilsyn og avviksoppfølging. Data herfra er styrerapportert hvert tertial, i tilknytning til ledelsens gjennomgang.

**Interne revisjoner** utføres av revisorer (ansatte i vanlige stillinger) fra hele sykehuset, som også blir "ambassadører" og kulturbærere i egen avdeling fordi de får økt kunnskap om risikovurdering og kvalitetsforbedringsarbeid.

Alle de tre tidligere HF-ene har hatt en tilfredsstillende intern revisjonsaktivitet på nivå 1, og flere divisjonene (nivå 2) har etablert egenrevisjoner som et ledd i divisjonens egenkontrollsystem.

Ingen alvorlige avvik er påvist. Revisjonene har stor sett avdekket god, effektiv og hensiktsmessig intern kontroll. De fleste tidligere åpne avvik er nå lukket.

Det har vært stor aktivitet vedrørende **eksterne tilsyn** i 2009 – bare på tidligere Ullevål universitetssykehus har det vært 12 tilsynsbesøk. Bortsett fra avvik fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus vedrørende ulovlig utslipp av formalin, sprit og kjemikalierester til avløpsnett, er det ikke avdekket områder med høy risiko.

Arbeidet med korrigerende og forebyggende tiltak etter tilsyn har vært effektfulle, og de fleste avvik er nå lukket.

Planer med korrigerende og forebyggende tiltak vedrørende formalinsaken er oversendt tilsynsmyndigheten innen frist.

##### **Uønskede hendelser / avvik som involverer pasienter og pårørende**

Ved årsavslutning var det registrert mer enn 3000 pasientrelaterte hendelser i Oslo universitetssykehus HF. Registrering, analyse og rapportering av hendelser med pasienter er utført i de tre sykehusenes eksisterende interne ordninger. Samtidig er det gjort et arbeid med å utvikle felles prosedyrer og et felles registreringsverktøy frem til Dag 1 (01.01.2010). Ved

Rikshospitalet har det vært 2 tilsyn med praktisering av meldeordningen ihht § 3-4, ingen avvik.

### **Varsling**

Varsling er et virkemiddel for å få kunnskap om, og gjøre noe med kritikkverdige, ulovlige, uetiske forhold i virksomheten. Varsling fremmer derved en åpen og effektiv organisasjon. Det er etablert system for varsling av kritikkverdige forhold i virksomheten for sykehusets ansatte og for eksterne (eks. leverandører, kontraktsparter, samarbeidsparter, pasienter m.v.) Eksterne kan varsle via sykehusets web-side på internett. Mottatte eksterne henvendelser har i hovedsak vært pasientklager, og disse har blitt kanalisert videre og behandlet som ordinære klagesaker. Sykehusets juridiske direktør er varslingsombud og rapporterer til administrerende direktør. Det har vært få varslede saker som er innmeldt til varslingsombudet. Varslingsombudet brukes også som en fortrolig samtalepart. Dette har hatt sin verdi ved at ansatte kan møte en objektiv og nøytral part som lytter med omsorg, og som kan bidra til å sortere hva situasjonen egentlig handler om og naturlig plassering av en bekymring/problem.

Erfaringene er at lederne tar sakene svært alvorlig og behandler sakene i samsvar med retningslinjen og får til gode løsninger.

### **Antikorrupsjonsarbeid**

Sykehuset har arbeidet jevnlig med bevisstgjøring av tema. Det er etablert et ressursteam, bestående av representanter fra Eiendom, Innkjøp, Juridisk og Medisinsk servicedivisjon. Korrupsjon og forsiktighetsregler overfor leverandører (og anskaffelsesreglenes korrupsjonsforebyggende formål) har vært tema på ledermøtene i divisjonene og på et stort fellesmøte for alle ansatte. Praktiske eksempler både i forhold til etikk og korrupsjonsbestemmelsene har skapt gode diskusjoner og derved bevissthet.

Eiendom har spesielt arbeidet med kunnskapsheving og refleksjon om regelverk (offentlighetslov og offentlige anskaffelser), og sin rolle som profesjonell forretningspart. Det har vært en prosess på operasjonalisering av de etiske retningslinjene gjennom case diskusjoner.

Det kommer jevnlig enkelthenvendelser til Juridisk avdeling om problemstillinger knyttet til etikk og korrupsjon. Diskusjonene omkring disse er med på å sette opp grenser for hvor standarden skal ligge.

Sykehuset vil fortsatt ha fokus på arbeidet og jobbe aktivt med det framover.

## **4.2. Sentrale saker behandlet i styret**

Styret har ivaretatt sine løpende oppgaver og fremlagt beretning og regnskap for 2008 og vedtatt plan og budsjett for 2009. Styret har fulgt opp eiers styringsbudskap og prestasjonskrav. Helseforetaket har rapportert til eier i henhold til rutiner.

Styret har fulgt opp virksomheten gjennom fast rapportering i hvert styremøte samt møte med og brev fra finansiell revisor samt orientering om gjennomgangene til intern revisor og eksterne tilsyn.

Styret har gjort vedtak i flere saker om innhold, utvikling og organisering av helseforetakets virksomhet samt samordning og samarbeid med andre. Styreåret har ellers vært preget av oppfølging av eiers oppdrag i forbindelse med Oslo-prosessen og integrasjonsprosessen i det sammenslåtte helseforetaket. Foretaket har lagt ned stor innsats for å håndtere de betydelige økonomiske utfordringer i gjennomføringen av virksomheten.

### **4.3. Oppfølging av driftsavtale og omstillingstiltak**

#### **Samlet styringsbudskap i 2009**

Driftsavtalene mellom de respektive tidligere helseforetakene, jfr foretaksmøte 5. januar 2009, og Helse Sør-Øst RHF, protokoller fra foretaksmøtene i Oslo universitetssykehus HF og oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet utgjør det samlede styringsbudskapet i 2009 for Oslo universitetssykehus HF.

#### **Oppfølging**

Styret har fulgt opp eiers styringsbudskap og prestasjonskrav gitt i oppdragsdokument, driftsavtale og foretaksmøtevedtak. Helseforetaket har rapportert til eier i henhold til fastlagte rutiner. Styret holder seg etter fast rutine orientert om eiers styrevedtak.

#### **• Driftsavtaler**

Det ble inngått separate driftsavtaler for 2009 mellom Helse Sør-Øst RHF og respektive Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF selv om Oslo universitetssykehus HF ble stiftet 01. desember 2008.

For oppfølgingen av de respektive driftsavtaler vises det til vedlegg 4 – 6.

#### **• Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet**

Oversiktene i vedlegg 7 kommenterer spesifikke oppfølgingspunkt knyttet til Oppdragsdokument 2009 og protokoll fra Helse Sør Øst RHF foretaksmøte 26.01.2009

#### **Omstillingstiltak**

Status for gjennomføring av omstillingstiltak, planlagt i 2009, er som følger :

##### *Aker*

For å sikre et resultat i balanse i 2009 ble det planlagt aktiviteter med en netto resultateffekt i 2009 på 59 mill. kr. Tiltakene var et virkemiddel for å oppnå et resultat i balanse i 2009, og ikke selve målet. Tiltakene er blitt fulgt opp som en del av den enkelte leders helhetsansvar, gjennom månedlig rapportering gjennom hele 2009.

Opprinnelig profil for å løse omstillingsutfordringen

- Helårseffekt av igangsatte tiltak i 2008
- Fullføring av vedtatte, men ikke gjennomførte tiltak fra 2008
- Andre effektiviseringstiltak for 2009

Omstillingsutfordringen for 2009 var i stor grad planlagt finansiert ved økt årseffekt av tiltak fra 2008 og som resultat av andre prosesser gjennomført over flere år.



Tabellen under viser budsjetterte tiltak pr. område.

Område		Beløp i TNOK
1	Korrekt koding	6 000
2	Logistikk og innkjøp	4 438
3	Bemanning, klinisk	6 535
4	Bemanning, stab / støtte	5 000
5	Mereffekt av tiltak fra 2008	33 645
6	Andre klinikkvise tiltak	3 522
<b>Sum</b>		<b>59 140</b>

Måloppnåelsen for opprinnelige budsjetttiltak i 2009 ble på 45 mill. kr., tilsvarende 76 %.

#### *Rikshospitalet*

Rikshospitalet hadde i 2008 et underskudd på ca. 210 mill. kr. Inngangsfart for 2009 ble ved begynnelsen av året estimert til å være på nivå med underskuddet for 2008. Rikshospitalet igangsatte som følge av dette en omfattende tiltaksportefølje. I 2009 har sykehuset praktisert en ukentlig oppfølging av aktivitet. Høy aktivitet er en svært viktig forutsetning for å oppnå budsjettmessig balanse i og med at sykehuset i 2009 hadde 80 % - DRG finansiering.

Rikshospitalet avslutter regnskapet for 2009 med et overskudd på ca. 50 mill. kr. Korrigert for gevinst ved salg av eiendom fremstår sykehuset med et underskudd på ca. 35 mill. kr.

Et systematisk omstillingsarbeid gjennom 2009 gjør at Rikshospitalet har lyktes i å realisere en betydelig resultatforbedring i 2009.

#### *Ullevål*

Tiltak for å tilpasse driften til eksterne rammer besto i hovedsak av en rekke mindre sparetiltak i alle divisjoner og stab. I hovedsak vedrørte tiltakene ytterligere ledigholdelse av stillinger, mindre driftsendringer og effektiviseringer av drift i en rekke avdelinger. To store tiltak bør spesielt nevnes, disse var bedre utnyttelse av Thoraxkirurgisk kapasitet som var forventet å gi en positiv effekt på 20 mill. kr. og fordeling av økte prehospital kostnader mellom UUS, AHUS og Vestre Viken med forventet effekt på 12 mill. kr. Effekt av thorax kirurgisk tiltak har vært under 4 mill. kr. Ullevål avventer fremdeles avklaring med Helse Sør-Øst RHF om fordeling av økte prehospital kostnader som vil få en effekt på 6 mill. kr. for 2009.

Tiltaksoppfølging for 2009 er gjennomført som fast avrapportering fra divisjonsdirektør til sentral stab og administrerende direktør i ØBT møter (Økonomi, bemanning og tiltaksmøter). Fra inngangen av året 2009 var tiltakspakken på 53 mill. kr. Denne ble utvidet til 141 mill. kr. i mars og ytterligere til 200 mill. kr. i mai. Det har løpende vært arbeidet med å finne korrektive tiltak der det har vært problemer med oppnåelse av fastsatte tiltak. Dette har ført til større innsparinger enn budsjettet det ble rapportert på i enkelte måneder. Den totale oppnåelsesprosenten på opprinnelig budsjett er ca 80%, mens justert for korrektive tiltak ligger oppnåelsen på om lag 62%.

#### *Oslo universitetssykehus HF*

For Oslo universitetssykehus HF og oppfølging av sak 108 vises det til punkt 4.6.

### **4.4. Oppfølging av foretaksmøteprotokoller**

Det har i 2009 vært avholdt foretaksmøter hhv. 5. januar, 12. februar, 27. april, 10. juni, 24. juni, 1. september og 25. november.

Oversiktene i vedlegg 8 kommenterer spesifikke oppfølgingspunkt knyttet til foretaksmøteprotokollene.

### **4.5. Evaluering av egen virksomhet og organisering**

Oslo universitetssykehus HF har i 2009 fungert i en overbyggende struktur ”holdingsselskap” over tre eksisterende driftsenheter i tråd med vedtak.

Erik Omland ble konstituert som administrerende direktør fra 1 januar til 1 juni. Jan Eirik Thoresen fungerte som administrerende direktør fra 1 juni til Siri Beate Hatlen tiltrådte 1 juli.

Våren 2009 har, i Oslo universitetssykehus HF sammenheng, vært preget av prosjekter (P1 til P13) som skulle forberede det videre arbeidet med organisering av helseforetaket ; pasientforløp, organisering av fellestjenester, styringssystemer, budsjett m.m. Dette er ivare tatt i tillegg til ordinær drift i hver av de tre driftsenhetene.

Prosjektene ble lagt til grunn for neste fase av integreringen som startet i juni 2009. Fra august var klinikkstruktur og klinikkledere på plass. Det ble også opprettet sentrale staber med stabsledere innen økonomi og finans, kommunikasjon, forskning og utvikling, samhandling, medisin og helsefag, HR / personal / organisasjon – og lederutvikling samt pasientsikkerhet, kvalitet og HMS.

Fra august 2009 ble det etablert et programkontor med koordineringsansvar for integrasjonsarbeidet. Programkontoret ledes av viseadministrerende direktør Jan Eirik Thoresen og består hovedsakelig av interne krefter. Det å etablere en egen integrasjonsstruktur med de største prosjektene ved siden av linjen i en egen organisasjon har vist seg vellykket så langt.

#### *Beskrivelse av prosjektene 2009*

De største og viktigste prosjektene som programkontoret har hatt ansvar for i 2009 er;

- Kartlegging av grensesnitt og funksjoner- organisering tom. N3
- Dag 1 /Dag 2 / IKT
- Lokalsykehus / Storbysykehus
- Areal- og kapasitetsprosjektet
- Helsefagsprosjektet
- Økonomisk bærekraft herunder forslag til organisering av kontortjenesten, og normering av ressursbruk for legetjenesten og sykepleietjenesten
- Overføringsprosjektet til Ahus og Vestre Viken

Av disse er kartlegging av grensesnitt, lokalsykehus, Dag 1 og Helsefag levert, mens øvrige prosjekter videreføres inn i 2010. Spesielt areal og kapasitetsprosjektet samt overføringsprosjektet behøver ekstern konsulentbistand til analyser og beregninger og benytter derfor avsatte omstillingsmidler til dette.

Tillitsvalgte og verneombud har hatt en krevende høst i forbindelse med omstillingsarbeidet. Det har tatt tid å få klinikkvisse tillitsvalgte på plass og det har derfor vært en ekstra stor belastning på de få sentrale som har vært involvert i flere ukentlige dialog – og drøftingsmøter.

Nye klinikker på tvers av eksisterende strukturer har også gitt en del avklaringsutfordringer mht plassering og organisering. De fleste ledere har avventet bemanning av nivå 4 og nivå 5 ledere til våren 2010. Det gjenstår i tillegg en del områder som krever avklaringer. Dette gjelder eksempelvis områder som operasjon, anestesi, intensiv, dagkirurgi m.m. Disse vil avklares og plasseres i løpet av 2010.

Dag 2 ( 01.06.2010 ) er det enkeltprosjektet som krever mest ressurser fra IKT og klinikkene våren 2010.

Fra Dag 2 skal sykehuset ha felles klinisk informasjonsgrunnlag på tvers av lokalisasjonene, samt felles pasientadministrativt system på 2 av 3 av de tidligere driftsenhetene ( DIPS på Aker, Pasdoc på Ullevål og Rikshospitalet / Radiumhospitalet ) Dette vil kreve betydelig innsats og opplæring. Ved siden av Dag 2, vil overføringsprosjektet til Ahus og Vestre Viken kreve betydelig lederfokus, innsats og endringsvilje i de klinikkene som blir berørt av overføringen.

Mer om prosjektene i 2010 og veien fremover se punkt 5.1.

#### **4.6. Relasjon til omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst**

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok 1. desember 2008 i sak 2008-133

”Omstillingsprogrammet – Innsatsområde 1, Hovedstadsprosessen – Plan for oppfølging og gjennomføring” et generelt oppdrag til alle helseforetakene i Helse Sør –Øst RHF og et eget oppdrag til Oslo universitetssykehus HF.

Oppdraget til Oslo universitetssykehus HF ble vedtatt i foretaksmøte 5. januar 2009 og 12. februar 2009.

I foretaksprotokollen sak 3 side 3 heter det: ”Styrets vedtak i RHF styresakene 108-2008 om hovedstadsprosessen og 133-2008 om gjennomføringsplan, gjøres bindende for helseforetakets oppfølging.” Se også pkt 6.1. Vedtakspunktene i 108-2008 og 133-2008 kan sorteres i oppgavene nedenfor. I tabellen nedenfor er det også tatt med forslag til måleindikatorer (i kursiv) fra vedlegget i sak 133-2009.

<b>Oppgaver til OUS HF</b>	<b>Måles ved</b>	<b>Status 1.1.2010</b>	<b>Ansvarlig</b>
<b>Land og regionsfunksjoner</b>			
Den framtidige organiseringen av Oslo universitetssykehus HF skal understøtte et organisatorisk skille mellom lokalbaserte spesialisthelsetjenester og lands-/regions-/områdefunksjoner.	<i>Etablering av ny organisasjonsstruktur</i>	Org struktur på plass sak 86/2009. Videre organisering etter hvert som lokaler og tekniske forutsetninger er på plass.	Medisin&h elsefag
Dagens dublerede lands- og regionsfunksjoner samles i utgangspunktet på Gaustad for å sikre samordning og framtidig samlokalisering av høyspesialiserte fagmiljøer, styrket forskning og tydeliggjøring av rollen som nasjonalt referansesykehus i fronten av den internasjonale medisinske utviklingen.	<i>Andel funksjoner som er organisatorisk samlet. Andel funksjoner som er fysisk samlet på Gaustad. Minst 70 % innen 2012.</i>	Hjerteoperasjoner i Akersbakken overføres RH /UUS.  Under arbeid	Medisin&h elsefag
Styret understreker Helse Sør-Øst sin forpliktelse til å ivareta landsfunksjonene slik dette er presisert av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøteprotokollen 24. januar 2008	<i>Landsfunksjoner følges opp.</i>	OK. Rapporteres særskilt til myndighetene	Medisin&h elsefag
Fagrådene skal i utgangspunktet ledes av regionsavdelingen, eventuelt av fagavdeling ved annet helseforetak i regionen.	<i>Drifte regionale fagråd som skal ledes fra regional avdeling</i>	OK	Medisin&h elsefag
<b>Lokalsykehusfunksjonen</b>			
Befolkningen i sykehusområde Oslo skal tilbys likeverdige lokalbaserte spesialisthelsetjenester som ivaretar god samhandling med kommunen.	<i>Etablere et forpliktende samarbeid med Oslo kommune som inneholder indikatorer for evaluering fra, jf. generelle krav alle HF/SO.</i>	Lokalsykehusprosjekt har kommet forslag til modell. Under arbeid	Samhandling
Innenfor Oslo universitetssykehus HF samles lokalsykehusfunksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), samt regionale funksjoner innen psykisk helsevern og TSB. Dette for å tydeliggjøre og styrke lokalsykehusfunksjonen og utvikle en faglig spydspiss innen psykisk helsevern og TSB.	<i>Etablering av ny organisasjonsstruktur.</i>	Org struktur på plass Styresak 86/2009. Videre organisering etter hvert som lokaler og tekniske forutsetninger er på plass.	Medisin&h elsefag
Kapasitet i spesialisthelsetjenestetilbudet i Oslo tilpasses tilbudet i storbylegevakten	<i>Beregnet kapasitetsendring gjennomføres</i>	Lokalsykehusprosjekt har kommet forslag til modell. Under arbeid	Medisin&h elsefag
Etablere en forpliktende avtalestruktur, herunder samarbeidsorgan(er), med	<i>Signerte avtaler og opprettede</i>	Arbeides med forslag om oppgavedeling i	Samhandling

private sykehus i sykehusområde Oslo.	<i>samarbeidsorganer</i>	Sentrum mellom OUS og de private aktørene Avventer kommunen.	
Med utgangspunkt i etablert avtalestruktur utarbeide forslag til strategi for funksjons- og oppgavefordeling for sykehusområdet for oppfølging.	<i>Ferdig vedtatt strategi</i>	Nedsatt eget utvalg/prosjekt som skal lage forslag til strategi	Medisin&h elsefag
Med utgangspunkt i avtalestrukturen utarbeide utkast til områdeplaner innen psykisk helsevern, rus og rehabilitering.	<i>Utkast til områdeplaner</i>	Avventer avtalestruktur	Medisin&h elsefag
Med utgangspunkt i avtalestrukturen og forslag til funksjonsfordelingsstrategi og områdeplaner gi innspill til HSØ om bestilling fra de to private sykehusene	<i>Innspill sendt HSØ</i>	Avventer avtalestruktur og strategi	Medisin&h elsefag
<b>Arealer</b>			
Arealer og kapasitet knyttet til lokalsykehusfunksjonene må reduseres i samsvar med den foreslåtte endringen i opptaksområde for Oslo sykehusområde og justeres i forhold til etablering av "Rusakutten" og Storbylegevakt.	<i>Areal og liggedøgn. Redusere areal og liggedøgn med 15-20 % i perioden 2009-2012.</i>	Areal og kapas.prosjekt gjennomgår all bygningsmasse og legger en plan for fremtidig flyttinger og bruk av bygg	Medisin&h elsefag
Nye bygg og bygningsmasse av god kvalitet forutsettes brukt. Behovet for framtidige bygningsmessige investeringer utredes videre i regi av Oslo universitetssykehus HF.	<i>Plan for arealutnyttelse og for fremtidige bygg og investeringer etableres.</i>	Areal og kapas.prosjekt gjennomgår all bygningsmasse og legger en plan for fremtidig flyttinger og bruk av bygg	Medisin&h elsefag
En forutsetning for å ta ut de langsiktige gevinstene av denne samordningen er betinget av at det skjer bygningsmessige justeringer og oppgraderinger i dagens bygningsmasse. Styret vil understreke at dette må ses i sammenheng med muligheten for å ta ut økonomiske gevinster gjennom en mer samordnet drift av det nye helseforetaket.	<i>Beregne langsiktige gevinster og nødvendige investeringer. Beregne kortsiktige gevinster dvs. innen 2012.</i>  <i>Etablere plan for realisering av kortsiktige gevinster innenfor administrasjon, ikke medisinske støttetjenester og medisinske og kliniske støttefunksjoner.</i>	Areal og kapasitetsprosjekt og prosjekt bærekraft Under arbeid.  Areal og kapasitetsprosjekt og prosjekt bærekraft Under arbeid.	Medisin&h elsefag/ Økonomi
<b>Overføring av virksomhet</b>			
Ansvaret for tjenester til befolkningen i bydel Alna i Oslo og Follo i Akershus	<i>Planlegge og gjennomføre</i>	Prosjektorganisert i samarbeid med	Medisin&h elsefag

overføres fra Oslo sykehusområde til Akershus sykehusområde innen 31.12.10. Det vurderes om slik overføring kan påbegynnes fra et tidligere tidspunkt.	<i>overføring i samarbeid med Ahus og HSØ.</i>	mottakende og HSØ	
Virksomhetsoverdra Ski sykehus, Furuset BUP og Follo BUP, Alna DPS og Follo DPS, inklusive avgiftningstilbud innen TSB fra det tidspunkt Akershus universitetssykehus HF overtar ansvar for befolkningen i bydel Alna og i Follo.	<i>Planlegge og gjennomføre virksomhetsoverføringene i samarbeid med Ahus.</i>	Ut fra dagens organisering av Ski sykehus og Alna DPS kan disse ikke lov-messig virksomhets-overdras. Det arbeides med forslag til modell. *	Medisin&h elsefag
Lokal og områdefunksjoner ved Sunnaas sykehus HF overføres 1. juli 2009 til Sykehusområde Oslo som en del av de samlede lokalsykehusfunksjoner i Oslo universitetssykehus HF.	<i>Planlegge og gjennomføre mottak av lokal- områdefunksjoner i rehabilitering i samarbeid med Sunnaas sykehus HF.</i>	Prosjekt for gjennomgang rehab. herunder mot Sunnås. Prosjektrapport 1.5.10	Medisin&h elsefag
Lokal - og områdefunksjoner ved en rekke enheter ved Rikshospitalet HF/SSR overføres fra 1. juli 2009 til andre HF.	<i>Overføring gjennomført</i>	OK Styreak 76/2009	Adm dir RH
<b>Gjennomføring av prosessene</b>			
Gjennomføre med bred involvering og i henhold til de 12 prinsippene for medvirkning i omstilling.	<i>Løpende gjennomføring</i>	OK Under arbeid	HR stab
Oslo universitetssykehus skal utarbeide en egen plan som viser hvordan helseforetaket vil følge hovedstadsprosessen.	<i>Laget gjennomføringsplan fra 2009 til 2015 (Dag 0 til 6)</i>	OK Styresak 100/2009 osv.	Medisin&h elsefag

\*I tillegg til befolkning fra Follo og bydel Alna betjener Ski sykehus og Alna DPS pasienter fra andre opptaksområder i OUS. Alternativ modell til virksomhetsoverdragelse må derfor utarbeides.

**Ikke eget vedtakspunkt i 108-2008 – HSØ oppfatter det som del av oppdraget**

Overføring av funksjoner som følger av etablering av sykehusområder uten endring i opptaksområder. Frist 31.12.2010.	<i>Planlegge og gjennomføre overføring i samarbeid med Vestre Vikens og HSØ.</i>	Prosjektorganisert i samarbeid med overtakende og HSØ	Medisin&h elsefag
--	--	---	----------------------

## DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT 2010 - 2013

### 5. Sammendrag

#### 5.1. Hovedutfordringer og prioriteringer i 2010 – 2013

##### Generelle hovedutfordringer

*Tilpasse pasientbehandling, forskning og utdanning slik at denne samsvarer med utviklingen i demografi og epidemiologi.*

En ser fortsatt en nedgang i døgnopphold, økning i dagbehandling, opprettholdt eller økt poliklinisk aktivitet, men totalt økte ventelister (unntatt for psykiatri). En generell utfordring er et stadig økt behov for intensiv kapasitet i både kirurgisk og medisinske intensivheter, mest som følge av den medisinske og epidemiologiske utvikling. Livsstilssykdommene, i første rekke diabetes II, ventes fortsatt å øke og dette er områder som også gjenspeiles innen translasjonsforskningen. Se mer om dette under kapittel 6 om utviklingstrender.

Utviklingen av storbysykehuset vil sikre behandling av somatiske lidelser inkludert storbyrelaterte lidelser som rus, misbruk og avhengighet.

For Oslo universitetssykehus HF er det også viktig å nevne at den økende andelen innbyggere med innvandrerbakgrunn i Oslo gjenspeiles også i pasienttilstrømmingen til sykehuset. Andelen pasienter og pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn er stigende. Språkproblemer, ulik sykdomsforståelse, kulturelle og religiøse forskjeller krever tiltak for å møte de ekstra utfordringene dette medfører for å sikre kvaliteten i tjenestene overfor pasienter og pårørende med innvandrerbakgrunn.

*Pasientsikkerhet* – det å forebygge unødige hendelser og lære av feil på en systematisk måte er så viktig for Oslo universitetssykehus HF at dette er lagt inn som et eget strategisk satsingsområde i enhet for kvalitet og pasientsikkerhet. Det er et langsiktig mål å utvikle en sikkerhetskultur og la foretaket bli et foregangssykehus innen dette området.

*Tilpasse bemanning til aktivitet og budsjett* – vil fortsatt være en hovedutfordring – spesielt i 2010 da foretaket må tilpasse aktivitet og kostnadsnivå til reduserte rammer knyttet til overføringen av opptaksområder til Vestre Viken og Ahus.

##### *Vedlikehold av teknisk utstyr og investeringer*

Samlet har Oslo universitetssykehus HF medisinsk teknisk utstyr med lang gjennomsnittlig levetid tilsvarende ca 3 milliarder kroner. Mye av utstyret har utgåtte serviceavtaler eller det er vanskelig å skaffe reservedeler. For 2008/2009 ble det ikke satt av midler til anskaffelse av

MTU for noen av HF'ene i Oslo universitetssykehus HF. Sammenbrudt utstyr er kun i beskjeden grad blitt erstattet.

I forbindelse med budsjettprosessen 2010 ble det nedsatt en gruppe som har sett innmeldte behov opp mot prioriteringer.

På kort sikt har foretaket et behov på ca. 300 mill. kr. i investeringer i MTU som også gjenspeiles i foretaket risikovurderinger. På lengre sikt er investeringsmidler en kritisk faktor for å sikre modernisering og utvikling av foretaket i tråd med medisinsk teknologisk utvikling og innovasjon. Muligheten for effektivisering ligger blant annet i anvendelse av ny teknologi og det å ikke kunne investere i hensiktsmessige løsninger fremstår fort som en suboptimal løsning.

#### *Samhandling med Oslo kommune*

Planlegging og utvikling av tjenestetilbudet i sykehusområdet er et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og de private aktørene i området. Det er etablert avtaler med Oslo kommune og det er igangsatt et arbeide for å evaluere struktur og innhold. Avtalene skal utvikles i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. Samarbeidsavtalene gjelder både somatikk og psykisk helsevern.

#### **Spesielle utfordringer knyttet til omstilling i Oslo universitetssykehus HF**

Overordnet er foretaket gitt fire hovedutfordringer i forbindelse med etableringen av Oslo universitetssykehus HF ;

1. *Forsterke* rollen til lokalsykehus
2. *Samle* dagens 28 regionsfunksjoner
3. *Tilpasse* ressurser til redusert opptaksområde
4. Langsiktig målbilde er å samlokalisere regionsfunksjonene på Gaustad

Hver av disse utfordringene ivaretas i egne prosesser som alle bidrar til å nå det overordnede målbildet.

#### *Om lokalsykehusprosjektet*

Lokalsykehusprosjektet har utarbeidet en egen rapport som anbefaler å etablere et Storbysykehus for Oslos innbyggere. Rapporten foreslår å utvikle lokalsykehusfunksjonen innen rammen av det en har kalt et Storbysykehus. Det vil si et sykehus som inneholder et komplett akutttilbud, samling av de fleste områdefunksjoner samt at det i tillegg i innhold og samhandling er tilpasset de særskilte utfordringer som helsemessig ligger i Oslo. Områdene ved Kirkeveien som har vært Ullevål sykehus er anbefalt som område for samling av virksomheten i Storbysykehuset. Prosjektet har videre gitt en anbefaling om modell og retningslinjer for intern og ekstern samhandling for å virkeliggjøre ambisjonene med storbysykehuset, og det har beskrevet et forslag til sykehusets inngang i videre samarbeid om storbylegevakt og for samarbeid og arbeidsdeling med de private, ideelle sykehusene i Oslo sykehusområde. Prosjektets rapport ferdigbehandles i foretakets styre i februar 2010.

#### *Om samling av regionssykehusfunksjoner*

Det legges vekt på å samle lands- og regionssykehusfunksjoner. Areal- og kapasitetsprosjektet kartlegger og beregner hva som finnes av tilgjengelige arealer innenfor foretakets



bygningssmasse og hvor det vil være mulig å plassere hvilke fagområder og i hvilken rekkefølge fra dag 2 til dag 5 (se beskrivelse av dagene under) Samtidig med samling av fagområder er det ønskelig å få til en arealeffektivisering på 15-20%. Muligheten for å samle lands- og regionssykehus funksjoner på Gaustad henger også sammen med målbildet for dag 5 i 2015, som er å samle traume og akuttfunksjoner på Gaustad i et nytt og tilpasset traumebygg.

#### *Om utfordringsbildet og fremdriftsplan*

Fremdriftsplanen i integrasjonsprosessen er valgt organisert inn i dager som milepæler. Hver av dem er kort beskrevet under.

Dag 1- (01.01.2010) *ett integrert universitetssykehus* – overgang fra 3 driftsenheter til en felles med 10 gjennomgående klinikker. Direkte ledelsesmessig myndighet og ansvar for både drift og virksomhetsutvikling på tvers av lokalisasjoner, samt tilrettelegging av felles administrative forhold og IKT systemer

Dag 2 – ( 01.06.2010) *Felles klinisk informasjonsgrunnlag gir grunnlag for samkjørt drift*- Fra dag 2 vil det være mulig å utveksle pasientinformasjon på tvers av lokalisasjonene – og dermed også å flytte pasienter og / eller personell på tvers av de tidligere sykehusene. Dette gir en mulighet for samlokalisering ved tilrettelegging av felles klinisk informasjon

Dag 3 – (01.01.2011) – *Mindre og mer samlokalisert* - opptaksområdet for Oslo universitetssykehus HF reduseres og overføres til Ahus og Vestre Viken. Fra dette tidspunktet er det også aktuelt å flytte lokalsykehusfunksjoner fra Sinsen til Storbysykehuset i Kirkeveien  
Flytting og samlokalisering av utvalgte område og regionsfunksjoner.  
Fremtidig arealbruk og aktivitet er foreløpig ikke fastslått, men det legges til rette for samling av funksjoner

Dag 4 – ( 01.01.2012) – optimal samlokalisering og organisering innen dagens bygg Storbysykehus i Kirkeveien – alle lokalsykehusfunksjoner i Oslo universitetssykehus HF er samlet. Optimal samlokalisering av område- regions- og landsfunksjoner gitt dagens bygningssmasse

Dag 5 - (2015)

På dette tidspunktet er det ønskelig å ha samlet traumatologi og akuttfunksjoner i nytt bygg på Gaustad.

#### *Om dag 1*

Dag 1 er passert. Det er etablert felles ledelse, gjennomgående klinikker, felles administrative løsninger og rutiner. Den administrative integreringen vil fortsette frem til dag 2 og er ikke avsluttet, men så langt anses gjennomføringen som vellykket

#### *Om dag 2*

Dag 2 er det enkeltprosjektet som krever mest ressurser fra IKT og klinikkene våren 2010. Ved Dag 2 skal sykehuset ha innført en felles klinisk arbeidsflate, hvilket sikrer et felles klinisk informasjonsgrunnlag/en felles journal på tvers av lokalisasjonene. Videre innføres det felles pasientadministrativt system på 2 av 3 av de tidligere driftsenhetene (DIPS på Aker, Pasdoc på Ullevål og Rikshospitalet/Radiumhospitalet) som gir felles ventelister på

størsteparten av sykehuset. I tillegg vil man også ha på plass en løsning som sikrer ressursstyring/arbeidsplanlegging på tvers av tidligere lokalisasjoner. Nye pasientbrev, prosedyrer og en samlet kommunikasjonsplan for endringer i henvisningsrutiner og pasienttilbud dekkes også av prosjektet. Innføringen av nye IKT-løsninger vil kreve betydelig innsats fra klinikkene med tanke på kartlegging, forberedelser og opplæring.

#### *Om overføringsprosjektet( Dag 3)*

Det vil være en kontinuerlig utfordring å tilpasse ressursbruken i forhold til rammer og opptaksområde. For 2010 blir utfordringen spesielt stor i forbindelse med at opptaksområdet innenfor lokal- og områdefunksjoner i Oslo universitetssykehus HF reduseres på grunn av overføring til Ahus. Tilsvarende prosess skjer mot Vestre Viken, men i langt mindre målestokk. Oslo universitetssykehus HF vil fra 2011 ha et opptaksområde innenfor lokal- og områdefunksjoner som er vesentlig mindre enn dagens opptaksområde (Dag 3) Virksomhetsoverdragelse anses mulig i svært beskjeden grad og det er derfor en betydelig utfordring å kartlegge hvordan Oslo universitetssykehus HF skal klare å tilpasse bemanning til redusert aktivitet.

#### *Om omstillingskostnader*

Det er en utfordring å skulle omstille virksomhet i den skala som Oslo universitetssykehus HF står overfor uten tilførsel av ekstraordinære midler. I årene frem mot 2015 vil det være behov for omstillingsmidler knyttet til bygg, både større nybygg og tilpasning av eksisterende bygningmasse, samt IKT både drift og utviklingskostnader knyttet til integrering av løsninger på tvers av de tidligere driftsenhetene. I tillegg til investeringer i bygg og IKT vil det påløpe omstillingskostnader knyttet til flytting, prosjekter samt kostnader knyttet til overføring av virksomhet til andre sykehusområder. Oslo universitetssykehus HF vil presentere og forsøke å få til en dialog med Helse Sør-Øst RHF med hensyn til deknningen av de forventede omstillingskostnadene.

#### **Om strategi prosessen**

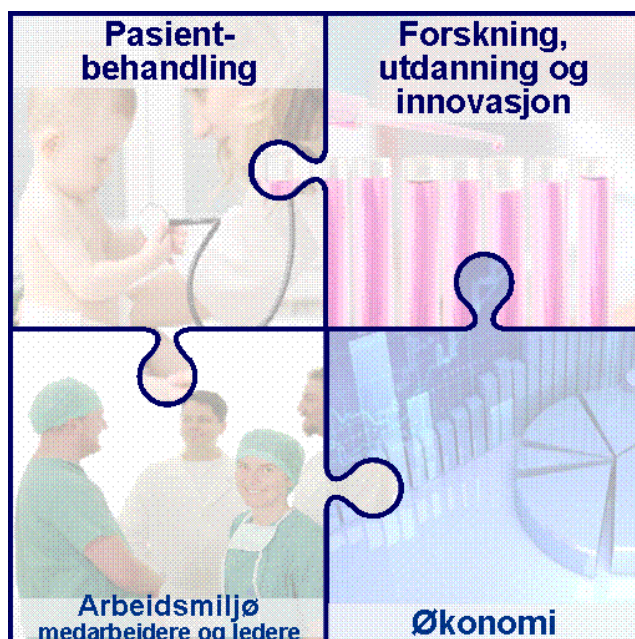
Helse Sør-Øst RHF sin plan for strategisk utvikling 2009-2020 ligger til grunn for foretakets strategiske satsing. I forbindelse med at det er etablert enhetlig, gjennomgående klinikkledelse fra 1 januar 2010, er det startet et arbeid mot utforming av et målbilde og strategiplaner for Oslo universitetssykehus HF. I første omgang dreier det seg om å konkretisere ledergruppens samlede ambisjoner og hovedmål som sykehusets medarbeidere skal arbeide mot i et femårs perspektiv. Langsiktige hovedmål og årlige mål vil deretter danne grunnlaget for etableringen av foretakets strategiplan med tilhørende handlingsplaner.

Strategiplanen skal fremstå som en syntese av de overordnede områder/tema som vil og skal få ledelsens oppmerksomhet i tiden fremover. En forutsetning for en velfungerende plan er god avstemming mot eiers, myndigheters og andre relevante aktørers forventninger og føringer. Strategiarbeidet Helse Sør-Øst RHF har startet mht budsjett 2011 og etableringen av en langsiktig strategi 2011-2014 innen mai 2010, vil være retningsgivende for videre arbeid i Oslo universitetssykehus HF.

## 5.2. Overordnet målbilde

Oslo universitetssykehus HF har valgt å presentere sitt foreløpige målbilde langs fire dimensjoner;

- Pasientbehandling,
- Forskning, utdanning og innovasjon,
- Arbeidsmiljø / Medarbeidere og ledere
- Økonomi og bærekraft



HSØ sine seks målområder inngår etter foretakets oppfatning til sammen i disse fire delene. Kunnskapsutvikling og god praksis inngår i alle dimensjoner, men spesielt innen pasientbehandling, som også innbefatter pasientsikkerhet og kvalitetsaspektet. Organisering og utvikling av fellestjenester vil være en naturlig del av økonomisk bærekraft slik foretaket ser det. De øvrige målområdene samsvarer med de som er beskrevet over.

Foretaket vil arbeide videre med å konkretisere målbildet og strategi, men også med å konkretisere indikatorer til bruk i rapportering og styring

Det foreløpige målbildet for Oslo universitetssykehus HF er lagt frem til 2015, da det er et mål å ha et nytt multitraumebygg på Gaustad innen den tid.

### 5.2.1. Pasientbehandling

*” Rett behandling på rett sted til rett tid”*

- Storbysykehuset for Oslos befolkning er etablert og oppleves som ”en dør inn”

- Lands- og regionssykehuset er etablert på Gaustad med multitraumatologi
- Oslo universitetssykehus HF er kjennetegnet ved høy pasientsikkerhet og kvalitet
- Oslo universitetssykehus HF er referansesykehus for norsk helsevesen
- Oslo universitetssykehus HF er utviklingslaboratoriet i norsk helsevesen
- ”Best på LEON” og dyktige på all pasientkommunikasjon (også flerkulturell)

### **5.2.2. Forskning**

*” Der ideer realiseres”*

- Oslo universitetssykehus HF er etablert som nav i regionen og kjent for å dele kunnskap
- Er i samarbeid med universitet og høyskoler det mest attraktive utdanningssted for helsearbeidere
- Er anerkjent utviklingslaboratorium for forskning, utdanning og innovasjon
- Skandinavias ledende forskningssykehus
  - Ledende i Europa innen tre definerte forskningsområder
  - Oslo universitetssykehus HF utvikler nye forskningsområder basert på samfunnsbehov
- Oslo universitetssykehus HF er kjent som et av Europas mest nytenkende sykehus - der ideer realiseres

### **5.2.3. Mobilisering av medarbeidere og ledere**

*”Ett sted der det er bruk for min kunnskap og jeg utvikler meg ”*

- Oslo universitetssykehus HF er utviklingslaboratorium for ledere og medarbeidere i helsevesenet
- Oslo universitetssykehus HF kjennetegnes av ansatte som tar medansvar for helheten i sykehuset
- Ledere som tar ansvar for resultater og tenker helhet og samarbeid
- Ledere med fokus på medarbeidere og deres utvikling
- Medarbeidere som bruker sin kunnskap til kvalitetsforbedring og utvikling av pasienttjenestene
- Har en åpen og lærende kultur, kjennetegnet av medvirkning og medbestemmelse

### **5.2.4. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring**

*”Investeringsykehuset”*

Oslo universitetssykehus HF har gjennom god økonomistyring skapt rom for å investere

- i medarbeidere
- i utstyr og infrastruktur

slik at pasientene har fått bedre tilbud og sykehuset overleveres til neste generasjon i bedre stand enn det ble overtatt.

Oppdraget for 2010 er vedtatt i foretaksmøte 3. februar 2010. Oppdraget fremstår som svært krevende. Oppdraget kan beskrives i tre samtidige hovedprosesser:

- Gjennomføre driften i ny organisasjon plassert på mange virksomhetssteder, slik at det oppnås økonomisk balanse og at kravet til aktivitet oppfylles.
- Et pasientgrunnlag tilsvarende ca 160.000 (Follo kommunene og Alna bydel) skal overføres til Akershus universitetssykehus HF senest 1.1.2011 for å sikre et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å utnytte det nybygde Akershus universitetssykehus. Flere områdefunksjoner skal innen samme frist overføres til Vestre Viken HF
- Få på plass nødvendige forutsetninger for å fortsette integrasjonsarbeidet mot en mer funksjonell og arealeffektiv samling av virksomheten for blant annet å styrke lokalsykehus tilbudet og samle land- og regionsfunksjoner. Virksomhetens størrelse vil også måtte tilpasses nye rammebetingelser fra 1. januar 2011 med betydelig redusert pasientgrunnlag og inntekter.

Oppdraget skal gjennomføres innenfor rammer som i utgangspunktet er for små og innenfor en svært stram likviditetstilgang. Av underlagene knyttet til Helse Sør-Østs styresak 108-2008 fremkommer det at en restrukturering og samlokalisering av funksjoner i Oslo universitetssykehus vil kreve betydelige investeringer og at de økonomiske og faglige gevinster i stor grad vil være avhengig av samlokalisering og flytting av funksjoner. Rekkefølgeproblematikken som dette skaper med hensyn til finansiering og likviditet er under utredning.

### **5.3. Milepæler og rapportering til helseforetakets styre i 2010**

Det blir rapportert fra virksomheten i hvert styremøte. Hvert møte rapporteres resultater med tilhørende merknader pr. siste måned. Rapporten omfatter aktivitet, økonomi, kvalitetsindikatorer m.m. Hvert kvartal rapporteres status for større byggeprosjekter. Hvert tertial er det utvidet rapportering med ledelsens gjennomgang som blant annet inneholder risikovurderinger i forhold til måloppnåelse m.m.

For at styret raskest mulig skal kunne behandle situasjonen etter at resultatene foreligger er styremøtene lagt helt mot slutten av måneden, i perioden fra den 25. til 31.

Tidspunkter for styret i første halvår 2010 er onsdag 17. februar klokken 8-14, onsdag 24. mars klokken 8-14, torsdag 29. april klokken 8-14, torsdag 27. mai klokken 8-14, onsdag 23. juni klokken 8-14.

### **5.4. Prosess og forankring**

#### **Tillitsvalgte - 12 prinsippene om medvirkning, medarbeiderundersøkelser mv.**

Oslo universitetssykehus HF har drøftet og vedtatt retningslinjer for omorganisering og bemanningstilpasning med henvisning til de 12 prinsippene for ansattes medvirkning under omstillingsprosesser utarbeidet i Helse Sør-Øst RHF. Praktisering av omstillingsprosessene er gjennomført innenfor rammen av omstillingsavtalen i Helse Sør-Øst RHF.

Det er etablert arenaer som sikrer god samhandling mellom ledere, tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere. Arbeidet skal sikre reell medbestemmelse, eierskap til

omstillingsprosessene, økt engasjement og involvering. Oslo universitetssykehus HF har pr. desember 2009 med seg avtaler knyttet til medvirkning og samarbeid fra hver av driftsenhetene. Arbeidet med å fremforhandle en felles avtale for medvirkning og samarbeid, samt frikjøp av tid til tillitsvalgsarbeid er i gang.

## **Brukermedvirkning ved Oslo universitetssykehus HF**

### *Visjon*

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

### *Brukermedvirkning på systemnivå*

I styresak 21/2009 ble retningslinjer og mandat for brukerutvalget i Oslo universitetssykehus HF vedtatt. Styret ba administrerende direktør starte arbeidet med å etablere brukerutvalget for Oslo universitetssykehus HF og fremme sak om dette. Det nye brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF ble oppnevnt i styresak 69/2009, 28. april 2009. Brukerutvalgets arbeid har vært preget av integrasjonsprosessen og mange brukerrepresentanter har deltatt i prosjektgrupper. De lokale brukerutvalgene/brukerråd på Aker, Rikshospitalet og Ullevål opphørte fra 01.01.2010. Eksisterende brukerråd/brukerutvalg innen psykiatrien vil bli videreført. Det vil bli opprettet brukerutvalg på klinikknivå.

### *Andre former for brukermedvirkning*

Brukerrepresentanter har vært aktive i LMS - tilbudene (lærings- og mestringstilbudene) ved sykehuset.

Mange brukerorganisasjoner har drevet et godt Likemannsarbeid ved ulike avdelinger.

Brukere skal kunne påvirke forhold som gjelder eget behandlingsopplegg og behov og dette er spesielt aktuelt i arbeidet med IP (individuell plan). Bruk av IP har kommet lengst innen psykiatrien.

For å sikre nødvendig og relevant pasientinformasjon for pasienter/pårørende har Oslo universitetssykehus HF startet arbeidet med nye og forbedrede nettsider.

Årsrapport fra Brukerutvalget Oslo universitetssykehus HF 2009 med vedlagte årsrapporter fra de lokale brukerutvalgene/brukerråd på Aker, Rikshospitalet og Ullevål vedlegges (Vedlegg 9, 10, 11 og 12) Årsrapporten fra det lokale brukerutvalget på Rikshospitalet foreligger ikke pr. 10.02.2010.

## **Kommuner**

Oslo universitetssykehus HF har et nært og konstruktivt samarbeid med Oslo kommune og med de bydelene som hører inn under sykehusets opptaksområde. I 2009 ble allerede etablerte samarbeidsfora videreført av hhv Oslo universitetssykehus HF - Aker og Oslo universitetssykehus HF - Ullevål. Ved Aker ble systemet med praksiskoordinator og fastleger som praksiskonsulent i 20 % stillinger videreført. Ordningen vil bli noe utvidet ved et samlet Oslo universitetssykehus HF fra 2010 for å bidra til god samhandling mellom 1. og annenlinje-tjenesten.

Det ble åpnet en ny intermediær enhet ved Abildsø sykehjem i 2009. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus HF - Ullevål og Oslo kommune. Erfaringene med enheten vil bli evaluert i 2010. Det er også en rekke andre samarbeidsprosjekter i gang mellom bydeler og Oslo universitetssykehus HF. Bla gjelder

dette innen barne - og ungdomspsykiatrien og prosjekter som tar sikte på å bidra til kompetanseheving i 1.linjetjenesten, spesielt i sykehjem og hjemmetjeneste. Oslo universitetssykehus HF – Ullevål har også opprettet et team for lindrende behandling som yter tjenester i hjem og i sykehjem.

Møteplasser og samarbeidsformer vil bli gjennomgått tidlig i 2010 med sikte på å etablere løsninger basert på de beste erfaringene fra de tidligere sykehusene og fra bydeler / Oslo kommune.

Det vil være egne møteplasser og samarbeidsfora med enkelte kommuner i Akershus til ansvaret for sikre og gode helsetjenester for befolkningen, overtas av A-hus.

Det er et godt samarbeid med Oslo kommune i beredskapssituasjoner, nå sist i forbindelse med håndteringen av H1N1 pandemien.

### **Andre samarbeidspartnere, UiO m.m.**

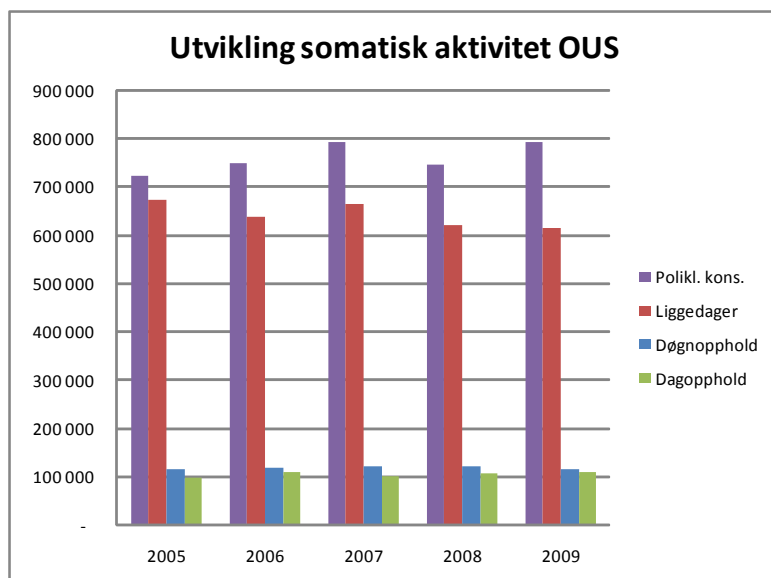
#### *Forskning, utdanning og innovasjon*

Det avholdes jevnlig kontaktmøter med samarbeidspartnere innen universitets- og høyskolesektoren i Oslo og Akershus, hvor representanter fra institusjonenes toppledelse deltar. Universitetet i Oslo deltar i omstillingsprosessene ved Oslo universitetssykehus HF gjennom ulike råd, utvalg, møtefora og arbeidsgrupper. Likeledes deltar helseforetaket i styringsgruppe for pågående omorganisering ved Det medisinske fakultet (bla etableres et nytt sammenslått Institutt for sykehusmedisin). Det vises for øvrig til felles utvalgsstrukturer ved Oslo universitetssykehus HF innen forskning og utdanning, omtalt tidligere. Det er et utstrakt nasjonalt samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og ulike innovasjonsaktører.

## **6. Utviklingstrender og rammebetingelser**

### **6.1. Faglig og demografisk utvikling**

I 2009 fortsatte de endringene i den pasientrettete aktiviteten som for alvor begynte å komme til syne i 2008: Nedgang i døgnopphold, økning i dagbehandling, opprettholdt eller økt poliklinisk aktivitet, men totalt økte ventelister (unntatt for psykiatri).



Bildet er sammensatt:

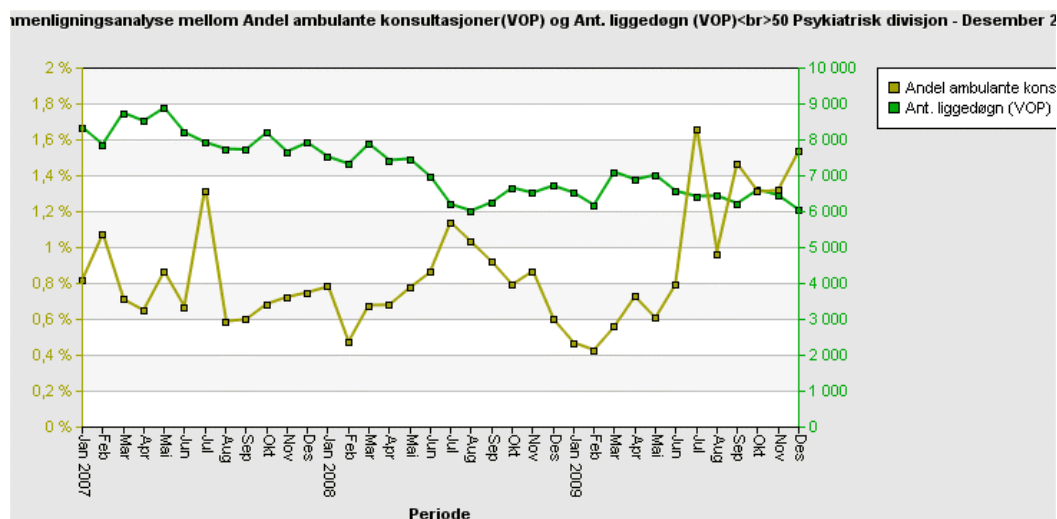
En del av oppholdsutviklingen er tilsiktet med overføring fra innleggelse til dagbehandling, som er tilfelle for bl.a. øyeavdelingen.

Noe kan forventes av den medisinske og epidemiologiske utvikling:

- hjerteinfarktbehandling med PCI som har redusert behovet for åpen hjertekirurgi
- økning i diabetes II har gitt mer komplikasjoner i øyne og nyrer med økt behov for kontroll og behandling, herunder dialyse.
- bedre behandlingsresultater innenfor kreft gir lenger overlevelse, men også flere som må følges opp og får tilbakefall. I tillegg har prevalensen økt.
- nye behandlingsmuligheter som er kommet de siste årene er kommet inn i rutinedriften med til dels store volumer for flere sykdommer, bl.a. AMD (aldersbetinget makuladegenerasjon) og en rekke utvidete anvendelser av såkalte biologiske legemidler (i første rekke TNF-hemmere).
- et kanskje mindre kjent utviklingstrekk er at bedre anestesimidler, større behandlingsvolumer og den medisinske tekniske utvikling generelt åpner for et bredere og mer effektivt behandlingstilbud for risikopasienter, slik at alder i langt mindre grad enn tidligere er en begrensning, men gir en ny prioriteringsutfordring ved ressursknapphet.

I voksenpsykiatrien har omlegging til økt satsning på ambulante team og poliklinikk redusert behovet for innleggelser og liggedøgn.



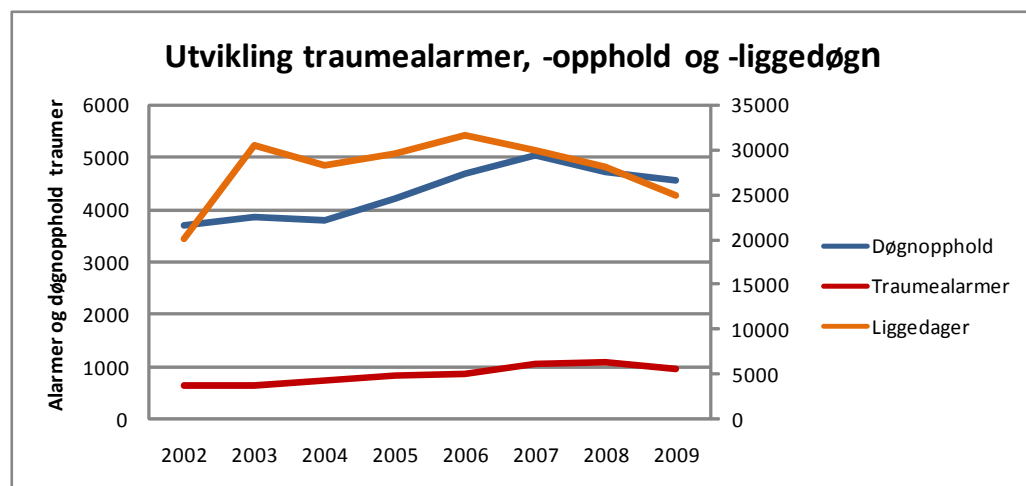


Innsparingstiltak for somatikk har i første rekke rammet pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp. Det nye for disse uprioriterte pasientene er at det er vanskeligere enn tidligere å få henvist disse til andre HF. Ventelistesituasjonen er imidlertid generelt endret ved at ventetiden nå også øker for de prioriterte pasientene (med rett til nødvendig helsehjelp) og at antall fristbrudd har økt i 2009.

Gjennomsnittlig liggetid har gått ytterligere ned i 2009, men samtidig overføring av innlagte til dagbehandling påvirker gjennomsnittlig liggetid når det gjelder pasientgrupper med kort liggetid som døgnopphold.

### Traumepasienter

Traumearmer på Oslo universitetssykehus HF - Ullevål utløses når det meldes pasienter med et skadeomfang som trenger flere medisinske spesialister i traumeteamet. Den vedvarende årlige økningen av traumearmer som var registrert frem til og med 2008, endte i 2009 med en nedgang på 10,6 % fra året før.



Noe av årsaken til denne utviklingen er at flere pasienter bringes til andre større sykehus nærmere skadestedet, kfr. områdesykehusmodellen i Helse Sør-Øst RHF, i tillegg til at alvorlige trafikkulykker er gått ned pga. bedre veistandard i sterkt trafikkerte områder samt dårligere vær sommeren 2009(!). Generelt er antall traumepasienter gått ned 3,4 % fra 2008, gjennomsnittlig liggetid ned 8,4 %.

### *Utfordringene innen kreftområdet*

Det forventes fortsatt en årlig økning i antall nye krefttilfeller (incidens) på ca.1,5%, mens prevalens øker tilsvarende, dvs. at det utføres mer behandling på hver pasient enn tidligere. Innen de fleste kreftformer vil den helbredende behandling med kombinert kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling bli samlet til færre funksjonsenheter, basert på tverrfaglige, multidisiplinære team.

Kreftkirurgien har et stort volum innen de store kreftgrupper, som brystkreft, mage-tarmkreft, lungekreft og svulster i sentralnervesystemet. Stråleterapikapasiteten er bygget opp ved at alle lineærakselleratorer er i full drift på dagtid.

### *Økt behov for intensivplasser*

En generell utfordring er et stadig økt behov for intensiv kapasitet i både kirurgisk og medisinske intensivenheter, mest som følge av den medisinske og epidemiologiske utvikling. Dette har økt risikoen for strykninger av planlagte operasjoner og reduserer effektiviteten.

### *Livsstilsykdommer*

Livsstilsykdommene, i første rekke diabetes II, ventes fortsatt å øke, da det foreløpig ikke ser ut til å være noe gjennombrudd verken på forebyggende side eller i kausal / optimert behandling. Mange med diabetes har følgetilstander som gjør at de har behov for dialyse og nyretransplantasjon. Den årlige økningen i antall dialyser på landsbasis har de siste årene vært på 8 %.

Overvekt synes også å være et problem for stadig flere barn. Oslo universitetssykehus HF har spesialiserte tilbud til både barn og voksne, også kirurgi, for barn også i samarbeid med andre HF og skolehelsetjenesten.

Oslo universitetssykehus HF er engasjert også i forebyggende tiltak og forskning på livsstilsykdommer.

### **Demografisk utvikling<sup>1</sup>**

Oslo har hatt en periode med uvanlig sterk befolkningsvekst de siste 2-3 årene. Både befolkningsvekst (14.991 personer) og fødselstall (9.948 fødte) hadde rekordnoteringer i 2008. Erfaringsmessig kan imidlertid befolkningsveksten i Oslo endres rask, noe som fremkommer i utvikling og prognoser i forhold til det såkalte "storbyfenomenet" for Nordiske større byer som har vist en vedvarende netto økning av unge i etableringsfasen: Denne utviklingen anser man nå i SSB's prognoser at er i ferd med å snu som følge av Finanskrisen.

Dette og ulikt vekst- og etableringsmønster ellers mellom bydelene i Oslo gjør at noen bydeler antas å ha hatt sin første eldrebølge, mens andre bydeler og fylker i HSØ begynner å få sin første eldrebølge i de kommende årene.

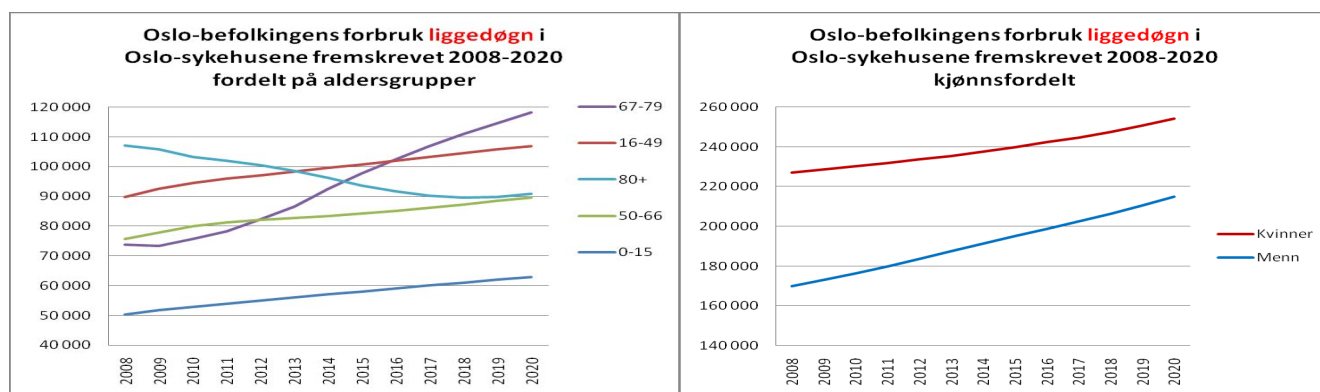
I et lengre perspektiv ventes veksten i totalbefolkningen å bli rundt 0.9 prosent i gjennomsnitt for perioden frem til år 2030. (sterkere vekst i begynnelsen av perioden). Dette fordeler seg imidlertid noe ulikt mellom aldersgrupper. For befolkningen i aldersgruppen 67-79, ventes en særlig sterk vekst; 2.3 prosent i gjennomsnitt pr. år frem til 2030. Det ventes svært høy vekst for denne gruppen frem til år 2013/2014, hvoretter veksten så avtar. For aldersgruppen 80+

---

<sup>1</sup> Basert på Oslo kommunes befolkningsfremskrivninger.

ventes det i gjennomsnitt en årlig vekst frem til år 2030 på 0.8 prosent. I årene frem til år 2018/2019 ventes imidlertid en nedgang, før en sterk vekst for aldersgruppen ventes.

De ulike bydelenes andel av veksten viser til dels sterk variasjon frem mot 2025. Bydelene som ligger an til *svært høy vekstandel* (> 8 prosent), er Gamle Oslo, Grünerløkka, St.Hanshaugen og Sagene. Det ventes *høy vekstandel* (6-8 prosent) i bydelene Bjerke, Søndre Nordstrand og Nordre Aker. Middels vekstandel (4-6 prosent) i Alna, Nordstrand, Frogner og Stovner (4), og lav vekstandel (< 4 prosent) i Vestre Aker, Ullern, Grorud og Østensjø. Dette betyr at innslaget av endringene vil variere betydelig mellom de ulike medisinske spesialitetene avhengig av det faktiske opptaksområde i forhold til lands-, regions-, flerområde-, område og lokalsykehusfunksjon.



Konsekvensen av befolkningsutviklingen mht. liggedøgnutviklingen under ellers like forhold fremgår av grafene ovenfor.

### Flerkulturelle utfordringer

Den økende andelen innbyggere med innvandrerbakgrunn i Oslo gjenspeiles også i pasienttilstrømningen til sykehuset. Andelen pasienter og pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn er stigende. Språkproblemer, ulik sykdomsforståelse, kulturelle og religiøse forskjeller krever tiltak for å møte de ekstra utfordringene dette medfører for kvaliteten i tjenestene overfor pasienter og pårørende med innvandrerbakgrunn.

Undersøkelser viser at det i Norge er en klar tendens til at innvandrere generelt er sykere enn etnisk norske pasienter når de først oppsøker lege og at de i tillegg benytter legevakten og AMK (113) mer enn etniske nordmenn.

Tiltakene er derfor å gå inn i prosjekter for å senke terskelen for informasjon og første helsesjekk, og bruke/tilføre tolker med helsefaglig bakgrunn.

## 6.2. Forventet økonomisk utvikling

### *Utfordringsbildet*

Resultatet ved utgangen av 2009, eksklusive gevinst av salg av eiendom utgjør i underkant av 200 mill. kr. og er beskrivende for den økonomiske inngangsfarten til 2010. Oslo universitetssykehus HF blir i tillegg påvirket av en rekke forhold knyttet til finansieringen for 2010. Til sammen utgjør disse forholdene en innstramning på over 160 mill. kr.:

- Reelle rammekutt knyttet til finansiering av pensjon og regionale prioriteringer
- Innfasing av ny inntektsmodell for somatikk
- DRG – vekting
- Effektiviseringskrav gjennom DRG-prising

De siste to årene har det skjedd en utfasing av tjenester som nå håndteres av Sykehuspartner som felles tjenesteleverandør. Ved omorganisering og etablering av disse tjenestene er det oppstått midlertidige kostnader som belastes foretakene. For 2010 er økning av disse kostnadene beregnet til ca. 50 mill. kr. for Oslo universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus HF er midt i en integrasjonsprosess. Det vil oppstå en rekke direkte og indirekte kostnader knyttet til gjennomføring av det oppdrag som er gitt sykehuset. Noen kostnader, som etablering av intern omstillingsorganisasjon inngår allerede i resultatet for 2009. For 2010 budsjettet er nye kjente kostnader i hovedsak knyttet til utvikling innen IKT. Denne økningen er estimert til å utgjøre over 70 mill. kr. for 2010.

Dette er de mer forutsigbare forhold som lar seg kvantifisere. Samlet gir dette en økonomisk utfordring for Oslo universitetssykehus HF på ca. 450-500 mill. kr. Dette utgjør over 4% av kostnader som kan påvirkes (ekskl. avskrivninger, pensjonskostnader og psykiatri med mer) i 2010.

Utover disse konkrete endringene vil det med stor sannsynlighet oppstå betydelige kostnader relatert til gjennomføring av integrasjonen og omstilling som følge av overføring av pasientgrunnlag til A-hus og Vestre Viken.

For å håndtere dette utfordringsbildet blir det iverksatt innstramminger i alle deler av virksomheten. Innenfor stab og servicetjenester organisert i Oslo sykehusservice (OSS) er det påkrevd en betydelig reduksjon i kostnadsnivå og bemanning for 2010. Alle klinikker er stilt overfor rammereduksjoner som medfører behov for omfattende endringer og omstillinger i virksomhetene.

Det økonomiske utfordringsbildet er meget krevende sett i lys av de virkemidler som er til rådighet for 2010 og 2011. Det vil i 2010 gjennomføres relativt få samlokaliseringer av virksomhet. De strukturelle forholdene i klinikker og serviceorganisasjonen vil derfor i stor grad være like de som eksisterte i de tre tidligere foretakene. Nytt for 2010 er ny lederstruktur som vil kunne se andre muligheter for driftsforbedringer og kostnadsreduksjoner.

Som understøttelse av klinikkens mulighet for å gjennomgå egen virksomhet er det etablert flere tverrgående arbeidsgrupper som vurderer organisering av sengeposter og bruk av sykepleie-, lege og kontortjenesten. Gjennom dette arbeidet er det en forventning om å tilnærme seg en likere og mer kostnadseffektiv praksis.

Det ble høsten 2009 gjennomført et innkjøpsprosjekt som gav direkte besparelser i form av to reforhandlede avtaler. Prosjektet har i tillegg hatt ansvaret for å utforme sykehusovergrepene retningslinjer innenfor kostnadsområder der praksis har vært ulik ved de tre tidligere foretakene. Det er en forventning om at dette vil gi besparelser i 2010.

Foretaket er i en stor og krevende omstilling. Vurdering av den driftsøkonomiske utvikling og utarbeidelse av langtidsbudsjetter vil derfor være et kontinuerlig arbeid i Oslo universitetssykehus HF som vil bli prioritert.

På styremøte 17.02.2010 i styresak 10/2010 *Budsjett 2010*, ble det blant annet gitt uttrykk for følgende med hensyn til utfordringsbildet for 2010:

”I styresak 167/2009 om budsjett 2010 som ble behandlet 17. desember 2009 het det:

*Administrerende direktør finner det nødvendig å gjøre styret klart oppmerksom på den ekstraordinært krevende situasjonen sykehuset er inne i. Dette innebærer også at det på dette tidspunkt er store risiki knyttet til gjennomføring av de økonomiske målene som er satt for 2010. Arbeidet med å etablere nødvendige planer og tiltak for å sikre budsjettoppnåelse vil fortsette inn i januar.*

I samsvar med omtalen ovenfor har det vært arbeidet videre med planer og tiltak for budsjett 2010. Denne styresaken gir styret en oppdatert oversikt over dette arbeidet samt at det presenteres oppdaterte plantall og budsjett.

Utgangspunktet for det detaljerte planverket for 2010 har vært videreføring av oppgavene til de tre tidligere sykehusene Aker universitetssykehus, Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus med de presiseringer og nye oppgaver som følger av Oppdrag og bestillerdokumentet 2010 fra Helse Sør-Øst for Oslo universitetssykehus HF. I dette ligger også en videreføring av arbeidet med integrasjonen av Oslo universitetssykehus HF og utvikling av oppgavefordeling og sykehusstrukturen i samsvar med styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF.

Som en del av arbeidet med budsjett og annet planverk for 2010 har sykehusledelsen og klinikkens ledergrupper opparbeidet økt kunnskap om Oslo universitetssykehus HF samlede virksomhet, herunder potensialet for bedre samordning og effektivisering på kort og lengre sikt og de utfordringene en står overfor i gjennomføringen av oppdraget for 2010 mht ordinær drift og ikke minst styrevedtak 108-2008 fra Helse Sør-Øst.

Det er administrerende direktørs vurdering at det ikke er kommet til ny informasjon som endrer den beskrivelsen som ble gitt i styresak 167/2009, jf sitatet ovenfor. Tvert i mot viser den kunnskapen som er opparbeidet siden den gang at utfordringene innenfor drift og investeringer de nærmeste årene om noe fremtrer som enda mer krevende enn tidligere. Dette gjelder blant annet konsekvensene av overføring av virksomhet til andre sykehusområder og investeringsbehovet både for å videreføre eksisterende virksomhet og til restrukturering i samsvar med vedtakene i styresak 108-2008. Behov for rask restrukturering og geografisk samling av gjenværende virksomhet følger direkte av den planlagte overføring av virksomhet per 1.1.2011.

Etter administrerende direktørs vurdering finnes det ingen enkle løsninger innenfor gjeldende rammebetingelser på de utfordringene Oslo universitetssykehus HF er stilt over for. Hovedtilnærmingen for å håndtere den kortsiktige driftssituasjonen vil være å stille alle enheter overfor svært krevende effektiviseringskrav slik det alt er gjort. Det forventes at alle deler av organisasjonen arbeider med tiltak som reduserer kostnadene. Hovedvirkemidlet vil være reduksjon i antall årsverk som finansieres over sykehusets ordinære driftsbudsjett. Overføringen av virksomhet til A-hus og andre sykehusområder kombinert med store kostnader knyttet til selve fusjonsgjennomføringen og andre pukkelkostnader stiller krav til bemanningsreduksjoner og neddimensjonering av virksomheten frem mot 2011 som er uten parallell i det meste av annen offentlig virksomhet. Det gjenstår mye arbeid med å konkretisere omfanget av dette og av det som vil fremkomme som direkte overtallighet fordi dette er så nær knyttet mot de behov Ahus vil ha for nytt personell.

Innenfor investeringsområdet vil det måtte balanseres mellom investeringer som er nødvendig for å videreføre eksisterende pasientbehandling og forskning (helt nødvendig vedlikehold og erstatning av utstyr) på den ene siden og investeringer som understøtter strukturelle endringer i Oslo universitetssykehus HF i samsvar med styrevedtak 108-2008. I tillegg kommer egenfinansiering av de omfattende IKT investeringer utover det som tilligger Sykehuspartner og som er helt nødvendig for å gjennomføre selve fusjonen

Gjennomføringen av oppdraget de kommende årene er av eier forutsatt å skje i samsvar med de økonomiske styringsmålene, først og fremst et resultat i balanse og innenfor de likviditetsmessige rammene som er satt. Det foreligger foreløpig ingen driftsmidler tildelt særskilt rettet mot omstillingsutfordringene og samtidig svært begrenset med investeringsmidler. Administrerende direktør finner det nødvendig å gjenta at det er svært høy risiko knyttet til den økonomiske situasjonen for Oslo universitetssykehus HF både kortsiktig (likviditetsmessig) og dermed til gjennomføring av de pålagte oppgavene, jf omtale i styresak 167/2009, men også mer langsiktig (2010 – 2011). Det er ingen informasjon som er tilkommet siden den gang som tilsier at denne risikoen er redusert. Tvert om er det blitt tydeligere at gjennomføringen av styrevedtak 108-2008 representerer en rekkefølgeutfordring som er helt nødvendig å få konsekvensberegnet fullt ut. Omstillings- og investeringskostnadene kommer flere år i forkant av de forventede og mulige økonomiske gevinster som følger av en bedre samordning av sykehusstilbudet i Oslo i tråd med målsettingene for fusjonen.

Administrerende direktør vil arbeide videre med tiltak som kan redusere den økonomiske risikoen for Oslo universitetssykehus HF. På kort sikt vil det omfatte tett styring og resultatoppfølging av sykehusets driftsenheter samt krav om kontinuerlig arbeid med kostnadsreducerende tiltak. (Det vises her bla til styresak 19 vedr virksomhetsstyring i Oslo universitetssykehus for 2010) Herunder arbeides det løpende med å identifisere samordningsgevinster som følger av felles organisering av miljøene og som ikke er avhengig av forutgående flytting og investeringer. Videre må nødvendige forberedelser til overføring av virksomhet til Ahus og Vestre Viken gis høy prioritet for å sikre en forsvarlig prosess og sikre driften i denne perioden.

For å øke det likviditetsmessige handlingsrommet og dermed muligheten for høyt tempo i nødvendige investeringer og omstilling er det nødvendig å lete etter ytterligere muligheter for avhending av eiendom utover det som så langt er tatt stilling til. Dette sammenfaller også med målet om reduksjon i arealbruk.”

### **6.3. Personell- og kompetansebehov**

Det vises til vedlegg 8 "OUS Årlig melding 2009 Oppfølging av foretaksmøteprotokollene 2009 HSØ og OUS", pkt. 5.1.1. HR-strategi, hvor de foreliggende planene innenfor HR også kommenteres.

#### **Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet**

##### **Ressursplanlegging**

Ressursplanlegging er viktig siden aktiviteten de siste årene har økt. Den økte aktiviteten har i stor grad blitt håndtert med det tilgjengelige personell og innenfor de etablerte arbeidstidsordningene. Denne økte aktiviteten de siste årene har ført til et behov for endrede arbeidstidsordninger. På legesiden er behovet økt dagarbeidstid og endring knyttet til vaktordninger. For vaktordningene er det behov for en økning av den aktive tiden på kveld/natt og helg, samt en generell økning i utrykningen i den passive tiden på natt og i helg. På sykepleiersiden ses en tendens til det samme økte behovet for arbeidskraft på kveld, natt og helg. Det samme gjelder for andre yrkesgrupper innen medisinske serviceavdelinger.

##### **Rekruttering**

Med bakgrunn i egne behov og oversikt over "markedet" på de respektive medisinske områdene, har klinikkene selv ansvaret for rekruttering med utgangspunkt i bemanningsplaner og etablert policy for foretaket. Personalavdelingen støtter klinikkene i rekrutteringsprosesser bl.a. gjennom HFets elektroniske rekrutteringsverktøy WebCruiter. Personalavdelingen har også controllerfunksjonen for å sikre god kvalitet i alle deler av prosessen.

Det er utarbeidet overordnede retningslinjer for klinikkene. Målsettingen er å sikre at det foretas en grundig realitetsvurdering av behovet for nyansettelser ved overganger/fratrede og at vurderingen foretas av budsjettsansvarlig leder. Prosedyrer for rekruttering og lønnsfastsettelse basert på det såkalte "bestefarsprinsippet" dvs at lønnsfastsettelse foregår i samråd med leder to nivåer høyere enn den det gjelder, ble innført i 2007.

##### **Lederutvikling**

Rikshospitalet har gjennomført en pilot med Lederutviklingsprogram for 1.linjeledere i Hjerte-lunge klinikken, Bilde- og intervensjonsklinikken, Kreftklinikken og ØPO klinikken i løpet av vår og høst 2009. Lederutviklingsprogrammet har vært gjennomført med interne ressurser - både kursledere og veiledere. 22 ledere har deltatt - avslutning 26.11.2009.

Tema- og ferdighetskurs for ledere, eksempelvis på områdene arbeidsgiverrollen, omstilling, bemanningstilpassninger, HMS, Personalportalen m.fl. har vært tilbud til alle ledere.

Høsten 2009 er det arrangert lederkurs innen bemanningstilpassninger for alle ledere i Oslo universitetssykehus - 10 kurs med til sammen 616 deltakere.

Ledertrenerprogrammet i Helse Sør Øst - 4 veiledere har gjennomført programmet i løpet av 2009.

Rikshospitalet deltar også med kandidater på Nasjonalt topplederprogram for helseforetakene, i regi av de regionale helseforetak. I tillegg har flere kandidater gjennomført masterprogrammer ved handelshøyskolen BI, herunder programmene "prosjektledelse" og programmet "Omstilling i helseforetak – ledelse av innovasjons- og forbedringsarbeid".

### **Medarbeiderundersøkelsen - MUSIK**

Medarbeiderundersøkelsen ble gjennomført (felles HSØ) ved Rikshospitalet desember 2008 og med oppfølging av undersøkelsen våren 2009. Som kjent var det store oppfølgingsproblemer i forhold til å få ut rapporter m.m. slik at det nå er en prosess på gang med anskaffelse av nytt elektronisk system. Rikshospitalet har gjennomføringsansvarlig, som deltar i utviklingen av neste undersøkelse, som gjennomføres høsten 2010.

### **E-læring og Læringsportalen i 2009**

Læringsportalen ble innfasert ved Rikshospitalet våren 2009, og lansert i sykehuset i mai/juni gjennom en rekke informasjonstiltak. Læringsportalen er gjort tilgjengelig for de ansatte via Mitt skrivebord, Start-menyen og internett. Fra kurskatalogen var det pr. november 2009 tilgang til 34 kurs, hvorav 4 er klasseromskurs og resten e-læring. Det er skrevet en evalueringsrapport fra innfasingsprosessen ved Rikshospitalet.

Seksjon for kompetanseutvikling (SKU) har forvaltningsansvaret for Læringsportalen ved Rikshospitalet, og koordinerer e-læringsvirksomheten her i forhold til hva som skjer på regionalt nivå. Seksjonen gjennomfører jevnlig interne "Mohive"-kurs (pedagogikk og kursproduksjon), og det har vært jobbet kontinuerlig med administrasjon, veiledning og oppfølging av de enkelte kursutviklerne ute i sykehuset. Som hovedregel har de fagansvarlige ansvar for kvaliteten på sine kurs, men seksjonen bistår med alt fra veiledning til prosjektledelse i kursutviklingsfasen ut fra de prioriteringer som legges til grunn i seksjonen.

SKU har deltatt i utviklingen av læringsmodulen "Bemanningstilpasninger", i samarbeid med Ullevål og Aker.

I tillegg har seksjonen hatt et særlig ansvar for utviklingen av e-læringskurset "Kontaktperson for brannvern - ansvar og oppgaver" og "Basal hjerte-lungeredning på voksne" og "Endringskommunikasjon for ledere". Kursene i endringskommunikasjon og bemanningstilpasninger er gjort tilgjengelige for samtlige ansatte i Oslo universitetssykehus HF.

Rikshospitalet ved SKU har deltatt i den regionale arbeidsgruppen for utvikling av en pedagogisk veileder for Helse Sør-Øst RHF. Veilederen ble publisert i desember 2009, og er beregnet på kursutviklere og undervisningsansvarlige i hele Helse Sør-Øst RHF. SKU deltar også på møter i Administratorforum for Læringsportalen, og i Helsenettnettverk for e-læring. Rikshospitalet ved SKU var vertskap for fagdagen for e-læring i regi av Helsenettnettet der temaet var "Hva sier forskning om effekten av e-læring?" Her ble det presentert forskning, fra UiO og Høgskolen i Agder, på hvilke faktorer som påvirker effekten av e-læring i store organisasjoner.

2009 har lagt et godt grunnlag for videre arbeid med e-læring i sykehuset. Helseforetaket har en portal for e-læring og i noen grad også klasseromskurs, verktøy for kursutvikling og opplæring og oppfølging av kursutviklere. Det er også etablert et nettverk av superbrukere som holdes informert om hva som skjer innen e-læring i foretaket og i Helse Sør-Øst RHF. Det er flere eksempler på godt samarbeid om e-læring mellom Ullevål, Aker og Rikshospitalet, noe som lover godt for realiseringen av Oslo universitetssykehus HF.



#### Utfordringer:

1. For å øke effekten på læring og praksis i sykehuset som følge av e-læring, må det fokuseres enda sterkere på å integrere e-læring med øvrige opplæringsaktiviteter i sykehuset. Den pedagogiske utfordringen ligger i å skape aktuelle kurs, god insentiver for ansatte og ledere, og knytte kursene til de ansattes praksisvirkelighet - slik at de motiveres for å ta kurs i Læringsportalen. Per i dag er tallene for kursgjennomføring på e-læring ikke gode nok.

2. Det må jobbes for en god nok løsning også for administrasjon av klasseromskurs i Læringsportalen.

3. I nærmeste fremtid blir det også en utfordring å etablere en felles "site" i Læringsportalen for alle ansatte i Oslo universitetssykehus HF, og å plassere systemeierskap, forvaltningsansvar og oppgaver knyttet til e-læring i den nye organisasjonen. Det foreligger også et behov for å etablere en strategi for prioritering av oppgaver og kursutvikling inne e-læring - slik at tilgjengelige sentrale ressursene kan utnyttes til best mulig effekt for Oslo universitetssykehus HF.

#### **Nasjonal nettundervisning for leger**

Rikshospitalet administrerer nasjonal nettundervisning for leger innen områdene Øre-Nese-Hals, Ortopedi, Immunologi og transfusjonsmedisin og Mikrobiologi. Ca. 130 undervisningssesjoner er gjennomført i 2009.

#### **Omstilling og bemanningstilpasninger**

Oslo universitetssykehus HF har utviklet egen Retningslinje i omorganisering og bemanningstilpasninger. I 2009 er det registrert 32 potensielt overtallige i Oslo universitetssykehus HF. Alle disse har hatt stilling i det tidligere Rikshospitalet. Av disse er det per 30.10.2009 funnet varig løsning for 22.

Det har vært et sterkt fokus på å finne ledige stillinger for potensielt overtallige annet sted i virksomheten. Dette har lyktes for 11 arbeidstakere. Det er i 2008 inngått 9 sluttavtaler som alternativ til oppsigelse.

Personalavdelingen i det gamle Rikshospitalet har i 2009 hatt egen gruppe for omstillingsbistand til klinikkene. HR/Omstilling har i siste kvartal 2009 begynt forberedelsene til en betydelig nedbemanning i 2010.

#### **Videreutdanning**

Rikshospitalet mottar ulike helsefagstudenter på bachelor, videreutdanning, master og doktorgradsnivå fra høyskoler og universitet, i tillegg til studenter fra profesjonsstudiene, leger under spesialisering og doktorgradsstipendiater innenfor foretakets medisinske spesialiteter. Foretaket samhandler med høyskolene om opptak til praksisplasser i egne utvalg og i koordinatorforum Helse Sør-Øst RHF.

I 2009 var i underkant av 2000 studenter tilknyttet Rikshospitalet for undervisning og praktisk opplæring i kortere eller lengre tidsperioder. 80 studenter er under videreutdanning i anestesisykepleie, barnesykepleie, intensivsykepleie, operasjonssykepleie, kreftsykepleie, nyfødtsykepleie eller jordmorutdannelse.

### **Antall sentrale kurs og kursdeltakere i 2009**

Rikshospitalet HF har så langt i 2009 gjennomført ca. 230 kurs og programmer med til sammen ca. 4000 deltakere. De sentrale kursene er blant annet innen lederutvikling, MUSIK, Klinisk stige (sykepleie), omstilling, bemanningstilpasninger, turnusplanlegging, IKT, HMS, Hjerne-lungeredning, brannvern m.m.

### **Sykefravær**

Rikshospitalet har stabilisert sykefraværet på ca 8,3% i 2009. Dette er om lag det samme resultatet som i 2008. Foretaket arbeider aktivt med å få ned sykefraværet. Det ble i 2008 utarbeidet en intern folder "Kjøreregler for godt nærvær og oppfølging av sykmeldte" til hjelp for ledere, medarbeidere og tillitsvalgte i arbeidet med å holde sykefraværet nede og å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid. Denne er sendt ut til lederne i begynnelsen av 2009. Prosjektet "glade gravide på jobb" er videreført med jordmor i 0,5 stilling for å gi råd til gravide. Denne ordningen bygges nå videre ut ved Anestesi- og intensivklinikken og Kvinneklinikken. Rikshospitalet har i forbindelse med prosjektet blitt tildelt eksterne prosjektmidler fra NAV. Ved enhet for interne tjenester, Renholdsseksjonen, gjennomføres et prosjekt for tilrettelegging av arbeidet for renholdere med henblikk på å redusere sykefraværet.

## **Oslo universitetssykehus HF - Ullevål**

### **Innføring av personalportalen – administrative støttesystemer**

I 2008 og 2009 konverterte Ullevål sitt lønns og personalsystem fra SLP til felles ny løsning i regi av Sykehuspartner. Ullevål var det første sykehuset som gikk over på ny løsning og var også i stor grad sterkt involvert i systemutviklingen. Implementeringen gikk helt i tråd med prosjektfremdrift. Man valgte å overføre stort sett hele lønnsavdelingen til Sykehuspartner og man opplevde implementeringen som et vellykket prosjekt både fra Ullevål og leverandørens side.

Gjennom dette er nå et helhetlig lønns, personal og ressursstyringssystem på plass i regi av Sykehuspartner.

### **Lederutvikling**

Det har ved Ullevål vært en stor satsing på lederutvikling på alle nivå også i 2009. Det har vært kjørt 5 parallelle kurs for førstelinjeledere og i 2009 ble også 3 kurs for divisjonenes ledergrupper sluttført. Ullevål har i et samarbeide med HiO startet utdanning av kulturveiledere. For øvrig har det vært satset på å utvikle et felles lederutviklingsmiljø i Oslo universitetssykehus HF.

### **Lederkonferanser**

I 2009 gjennomførte Ullevål den siste ledersamlingen for alle ledere på nivå 1 til 3 og i andre halvår så har det vært fokus på å utvikle Oslo universitetssykehus HF lederarenaene.

### **Partnerforum**

Ullevål har vært aktiv bidragsyter i partnerforum og spesielt på HR siden har det vært trukket veksler på partnerskapet med Universitetet i Oslo og BI. Dette arbeidet blir videreført i Oslo universitetssykehus HF og gir god tilgang på spisskompetanse blant annet innen organisasjonsutvikling og ledelse.

### **Oslo universitetssykehus HF - Aker**

Oslo universitetssykehus HF - Aker har hatt en reduksjon i sykefraværet fra 2008 til 2009. Aker har jobbet systematisk med å få ned sykefraværet. Det kan ikke påpekes særskilt hva som er årsaken til nedgang i sykefraværet fra 8,2% til 7,8%.

## **6.4. Bygningskapital – status og utfordringer**

### **Oslo universitetssykehus HF - Aker**

Ved Aker er følgende prosjekter ferdigstilt siste år :

- Ny infeksjonsavdeling
- Ny gastro sengepost
- Rus-akutt poliklinikk
- Nytt bygg endokrinologisk senter

### **Oslo universitetssykehus HF -Ullevål**

#### **Overordnet målsetting :**

*Hovedformålet for USS Eiendom er å sørge for at foretaket disponerer lokaler, slik at primærvirksomheten kan utføres på en effektiv og sikker måte og for foretaket til en riktig kostnad.*

En har dialog med myndighetene for å fastlegge en fornuftig plan for hvilke bygninger som bør vernes sett opp mot potensialet på tomten. Foretaket har en kombinasjon av gammel og ny bygningsmasse der den gamle er til dels nedslitt og har et stort vedlikeholdsetterslep innen for bygg og teknisk infrastruktur.

En arbeider etter en rehabiliteringsplan, som gjør at tildelte midler benyttes på best måte for å opprettholde verdiene der de kritiske pasientforløpene foregår på de bygningene hvor det fortsatt skal drives sykehusvirksomhet.

Det ble i løpet av 2009 avholdt en rekke kurs ol. samt noen tilsetninger for å bevare og heve kompetansen på medarbeiderne.

#### **Prosjekter**

##### *Gjennomføring av ny arealplan*

Ved utgangen av 2009 er det gjennomført en omfordeling av areal- og sengekapasitet til divisjonene. Dette er starten på en forbedret og mer effektiv pasientbehandling som vil forutsette en tettere samhandling i areal og geografisk nærhet. Gjennomføringen har kostet rundt 84 mill. kr. Nødvendige ombygginger for videreføring av planen vil avhenge av den videre prosess i hovedstaden. Prosjekter som er under gjennomføring er

Forskningsprosjekt/energibesparelse på lys, Kraftforsyning i bygg 14, Brannsikring i Midtblokk, Felles mottak Føde/gyn, Forskningslab. Dyrestall og auditorier i Lab.-bygget.

#### *Arealeffektivisering og kostnadseffektivisering*

Sykehuset har kartlagt bruk av bygningsmassen, slik at foretaket kan oppnå en bedre utnyttelse av arealene samtidig med noe restrukturering av kontordelen til det beste for ansatte og pasienter.

#### *Nye prosjekter*

Det er utarbeidet en utviklingsplan for Kirkeveien 166, som kan samle flere funksjoner enn dagens.

#### *Øvrige prosjekter*

På prosjektavdelingen er det for 2009 gjennomført og sluttført utvidelse av Nordstrandklinikken, utredning for DPS-er og flere prosjekter innen byggteknisk infrastruktur som strømforsyning, brannteknisk oppgradering samt sikre varme og ventilasjon/kjølesystemer

#### **Drift**

På drift er det fokus på reduksjon av energibruk og energiledelse, samt et stort fokus på forskriftsmessig internkontroll. 3 eksterne revisjoner har vært gjennomført,- fra Brann og redningsetaten, IF - forsikring og DSB. Dette resulterte i noen tyngre avvik på brannsikringssiden og mindre avvik på systemsiden.

### **Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet**

*Eiendomsavdelingen har oppgaver tilnyttet bygningsmassen på eide og innleide arealer for Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Epilepsisenteret i Sandvika (SSE).*

*Eiendomsavdelingen bestående av seksjonene; forvaltning, teknisk, prosjekt, sikkerhet og tele på Rikshospitalet, er ISO sertifisert..*

*Vår visjonen og virksomhetsidé er:*

- *Eiendomsavdelingen skal være et ressurscenter for bygg- og eiendomsforvaltning i helsesektoren*
- *Eiendomsavdelingen skal være en samarbeidspartner og ressurs som øker kjernevirksomhetens verdiskapning i form av tjenester relatert til bygg- og eiendomsforvaltning.*

#### **Forvaltning**

Alle arealer på Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet er registrert i en arealdatabase med informasjon om bruker knyttet mot areal og digitaliserte tegninger. Alle ansatte har adgang til denne informasjonen via egen PC. Databasen oppdateres løpende. Areal er en knapphetsressurs og er derfor regulert via prosedyrer i EK (Elektronisk Kvalitetskontroll).

Det ble i løpet av 2009 gjennomført flere utredninger forut for oppstart av prosjektet. Dette er bla mulighetsstudier, ROS-analyser, branntekniske og ventilasjonstekniske gjennomganger. Dette gjelder i hovedsak for bygg på SSE og Radiumhospitalet. Det har vært deltakelse i flere kartlegginger og utredninger bla i FoU prosjektet "Bygg og eiendom som strategisk

virkemiddel for effektive helsetjenester” siden oppstarten i 2006 sammen med flere HF i Norge. Prosjektet skal avsluttes i 2010.

Videre har avdelingen deltatt i og bidratt til Hovedstadsrapporten i regi av Helse Sør-Øst RHF. Som en av hovedaktørene har avdelingen også bidratt til sluttrapporten i Oslo universitetssykehus HF sin P6 Arealgruppe.

Det er også etablert premisser for og startet pilot prosjekt for vedlikeholdsplaner basert på teknisk tilstand. Dette arbeidet må videreføres i 2010 for å dekke større deler av bygningsmassen.

AdHock oppgaver som innflytting av Oslo universitetssykehus HF ledelse i Forskningsveien 2 med rokkeringer ble også gjennomført.

Det er i 2009 solgt 14 enkeltleiligheter og 3 bygårder.

Alle barnehager med ett unntak er i perioden overtatt av ny barnehagederifter. Oslo universitetssykehus HF sine eierforpliktelser opprettholdes.

Voksentoppen med 3.300 m<sup>2</sup> er tilbakelevert til eier, Norges Røde Kors.

SSR med ca 93.500 m<sup>2</sup> er overført andre HF i Helse Sør-Øst RHF.

### **Prosjekt**

Alle prosjekter er registrert i SAKsdatabase for enhetlig rapportering og oppfølging. Av disse nevnes;

- Nytt Forskningsbygg på Radiumhospitalet – tatt i bruk
- Nytt Sykehotell på Radiumhospitalet – tatt i bruk
- MR vannlekkasje F-bygget på Radiumhospitalet - ferdig
- Rehab post 1 og 2 SSE, gammel post stengt pga brannrisiko – tatt i bruk
- Innflytting av Voksentoppen sengepost på Rikshospitalet – ferdig
- Nytt bygg for Foreldreovernatting på Rikshospitalet - pågår
- Ombygging for nytt Arytmisenter på Rikshospitalet – pågår
- Nytt nødstrømsaggregat Radiumhospitalet - pågår

I tillegg kommer en rekke mindre nødvendige ombygginger/driftstilpassninger  
Flere prosjekter avventer finansiering.

### **Teknisk**

Hovedinnsatsen her er drifting og vedlikehold av bygningsmassen. Det har i 2009 vært en del tekniske havarier, herav nevnes;

På Rikshospitalet – dieselaggregat og varmforsyningssystemet. Følgekonsekvenser sterkt redusert strøm- og varmforsyning.

På Radiumhospitalet - kjølemaskineri og taklekkasjer med følge stans av MR.

På SSE – Manglende vedlikehold har medført stenging av post 1 og 2. Midletidig modulpost etablert.

Hoververktøyet for drifting av de høyteknologiske arealer er SD-anlegget (sentral driftskontroll). Her overvåkes all teknisk forsyning som elektrisitet, varme, luft, vann, damp, medisinske gasser med mer. Trykk og temperaturer, fuktighet, volumer og nivåkontroll har døgkontinuerlig overvåking med alarmvarsling av unormale situasjoner.

All infrastruktur og teknisk utstyr på Rikshospitalet er nå 10 år gammel. Det må nå forventes at vedlikehold og utskiftninger vil bli mer omfattende og vil kreve mer ressurser.

Radiumhospitalet og SSE har med unntak av nybyggene et stort vedlikeholdsetterslep som er ubehagelig merkbart.

En liten driftsgruppe har med stor innsats og engasjement bidratt i prøvedriftsperioden av forskningsbygget på Radiumhospitalet. Den store utfordringen nå er å etablere stabil teknisk drift for brukerne av nybygget. Teknisk har bidratt med driftsinformasjon og tekniske løsninger på utfordringer i prosjekter som Forskningsbygget, stråleterapibyget, sykehotellene, HMS-inneklimateprosjektet, kartlegging av spesialventilasjon m.m.

Innsparinger siste året har resultert i

- Redusert serviceavtaler og servicenivået
- Redusert gartnertjeneste
- Redusert utstyrsservice, bl.a. Lab.enheter (Avtrekksbenker, sikkerhetsbenker og LAF-benker).
- Utsatt filterskift i Luftbehandlingsanlegg/Ventilasjonsanlegg.
- Utsatt filterskift i Operasjonsavdelingene, stor risiko for havari.
- Redusert serviceintervaller generelt
- Redusert gruppeskift av lyskilder.
- Diverse mindre andre reduksjoner

### **Tele og sentralbord**

Telesentralen er driftet effektivt med god intern dialog med berørte parter. De er førstelinjekontakten inn mot sykehuset og har utmerket seg ved kort responstid og god service. De betjener hjertestans og haste sectio telefoner, som krever umiddelbar reaksjon/handling av akuttmedisinsk personell. Telesentralen er teknologisk sett utdatert og bør skiftes ut med et nytt felles system for alle sykehusene i Oslo universitetssykehus HF.

### **Sikkerhet**

Dette er en enhet som samarbeider tett med øvrige enheter i eiendom. De har profesjonalisert og optimalisert alle underenhetene. Spesielt kan det påpekes at insourcing av parkeringsenheten var meget vellykket. Den har fremtidsrettede teknisk robuste systemer med gode utvidelsesmuligheter og en profesjonell liten operatørgruppe.

## 7. Oppfølging av plan for strategisk utvikling 2009-2020

### 7.1. Grunnleggende føringer og premisser

Sentrale vedtak	Tiltak/aktivitet	Risiko	Frist
Styret viser til at en i utredningsprosessen er lagt stort arbeid i å ivareta nødvendig forankring og medvirkning hos brukere, tillitsvalgte, verneombud og kommuner. Det legges til grunn at dette videreføres og styrkes i oppfølgingen av de vedtak som fattes i denne saken. Det er avgjørende at de endringer som skal iverksettes gjennomføres på en måte som gir forutsigbarhet, trygghet og gode løsninger for de ansatte som berøres. (RHF108/08-03)	Eksisterende møter i regi av AUS, RH og UUS har blitt videreført fram til 31/12-2009. Det er fra 1/1-2010 planlagt tilsvarende møtearenaer i regi Oslo universitetssykehus. Tillitsvalgte, vernetjeneste og representanter har vært representert eller fått tilbud om dette i alle faser av omstillingsprosessen i Oslo universitetssykehus. Oslo kommune har blitt orientert om omstillingsarbeidet før sommerferien og har blitt nærmere inkludert i det arbeidet som mest berører samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjenesten fra august.	Grønn	
Planlegging og utvikling av tjenestetilbudet i det enkelte sykehusområde skal skje i en forpliktende og avtalebasert samhandling med kommunene i opptaksområdet. Kommuner og helseforetak er likeverdige avtaleparter. Eksisterende avtaler mellom helseforetak og kommuner/bydeler skal videreutvikles slik at de sikrer klar fordeling av ansvar, gjensidig kompetanse- og informasjonsutveksling, mulighet for deltakelse i hverandres planprosesser og plikt til å vurdere konsekvenser for hele behandlingsskjeden ved endringer i egne tjenester. Samarbeidsavtalene skal omfatte somatikk, psykisk helsevern, TSB og rehabilitering, lærings- og mestringstiltak og forebyggende arbeid. (RHF108/08-04)	Arbeidet med utvikling av ny avtalestruktur er i gang og OUS deltar aktivt i arbeidet for å sikre at føringene fra eier følges opp.		
Det legges til grunn at det må arbeides videre med å utvikle og skape felles kultur mellom fagmiljøene. (RHF108/08-14)	Det vises til omtale av integrasjonsprosessen for OUS.		
Brukerne og deres organisasjoner skal sikres medvirkning i gjennomføringen av de vedtatte endringer i samsvar med de prinsipper for brukermedvirkning som Helse Sør-Øst legger til grunn. (RHF108/08-14)	I styresak 21/2009 ble retningslinjer og mandat for brukerutvalget i Oslo universitetssykehus, HF vedtatt. Styret ba administrerende direktør starte arbeidet med å etablere brukerutvalget for Oslo universitetssykehus, HF, og fremme sak om dette. Det nye brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus ble oppnevnt i styresak 69/2009, 28. april 2009.	Grønn	

	Brukere deltar – eller har fått tilbud om dette – i alle deler av sykehusets omstillingsarbeider.		
--	---	--	--

## 7.2. Pasientbehandling

<b>Strategi: Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus – etablering av sykehusområder</b>			
Videre arbeid:	Tiltak/aktivitet	Risiko	Frist
Vedtak om strukturmessige, organisatoriske og ledelsesmessige endringer følges opp i samarbeid mellom ledelse, brukere og ansatte i helseforetakene. Omstillingsavtale og 12 prinsipper for medvirkning er sentrale virkemidler	Faste møter med tillitsvalgte hver uke på foretaksnivå. På lavere nivå i organisasjonen gjennomføres medvirkning og samarbeid i henhold til gjeldende prinsipper for dette.		
For å sikre et bredt og faglig godt lokalbasert tilbud i sykehusområdet og for å opprettholde og utvikle kompetanse hos ansatte, etableres ordninger for sykepleiefaglig kompetanseutveksling, ambulerende av spesialister, gjensidig hospitering mellom "søsteravdelinger", og det legges til rette for at spesialister kan inngå i regionale/områdevis vaktordninger.	Det er opprettet et eget helsefagprosjekt i integrasjonsprosjektet som blant annet omhandler kompetanseutveksling blant helsearbeidere		

<b>Strategi: Kvalitet og pasientsikkerhet er gjennomgående</b>			
Videre arbeid:	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Videre utvikling og utbredelse av metodikk fra sertifisering og akkreditering som virkemiddel for implementering av internkontroll	Oslo universitetssykehus har på overordnet nivå under innføring et kvalitetsystem som understøtter mulighet for sertifisering og akkreditering. Arbeidet med innføring av felles styrende dokumentasjon på virksomhetsnivå er påstartet. Ved siden av å følge opp avdelinger som allerede er sertifisert og akkreditert, gis veiledning og støtte til nye avdelinger som har satt seg slike mål. System for internrevisjon er etablert. System for oppfølging av uønskede hendelser er etablert.		
Implementere anbefalinger for god praksis for håndtering av uønskede hendelser og avviksbehandling, herunder videreutvikle de elektroniske avvikssystemene i HF-ene	Felles elektronisk avvikssystem er valgt og forberedt for bruk i hele foretaket fra 1. januar 2010. Systemet vil bli videreutviklet i løpet av 2010.		
Sikre samhandling og gode pasientforløp bl.a. gjennom epikrise til pasienter ved utskrivningssamtalen og ved overflytning mellom institusjoner	Aktiv registrering av samhandlingsavvik i samarbeid med kommunehelsetjenesten, andre helseforetak og internt. Oppnå bedre henvisningskvalitet	Liten	



	gjennom gode henvisningsspesifikasjoner til henvisere (leger i kommunehelsetjenestene og samarbeidende sykehus). Etablering av standardiserte pasientforløp pågår.		
Lederopplæring i internkontroll og risikostyring	Det er i OUS opprettet en egen enhet for risikostyring og internkontroll i staben – nivå 3. Opplæring i systematisk arbeid med intern kontroll, risikostyring og pasientsikkerhet vil bli et fast tilbud til de kliniske avdelingene i 2010. Alle ledere i OUS t.o.m. nivå 3 (avdeling) har fått introduksjon til temaet og administrerende direktørs forventning til god virksomhetsstyring er formidlet. Har blitt Lederopplæringsprogram, innføres/videreføres.		
Utpøving eller implementering av vellykkede pasientsikkerhetsprosjekter, herunder tiltak for sikker håndtering av legemidler	Vurdere bruk av sjekklister i kirurgi (Safe Surgery). Vurdere bruk av trigger-verktøy og journalrevisjoner Legge grunnlag for økt bruk av statistisk prosesskontroll. Diverse prosjekter, hygiene, legemidler, samhandling, pasientinfo, detaljer ikke lagt.	Liten Liten Modera t	010610 010910 010610
Bruk av regionale fagrevisjoner og utpøving av ordninger med pasientansvarlig team	Prosess for felles revisjonsplan for Oslo universitetssykehus i samarbeide med konsernrevisjonen HSØ er påstartet. Det planlegges så langt ikke fagrevisjoner første halvdel av 2010, men kan bli aktuelt andre halvdel.		
Faglig utvikling og samordning gjennom etablering av regionale fagråd	UUS har bidratt med innspill i prosessen og har en rekke representanter i regionale fagråd		

<b>Strategi: Tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov</b>			
Videre arbeid:	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Aktiv bruk av brukerevalueringer i virksomhetsstyringen	Legge til rette for monitorering av brukertilfredshet og innhenting av konkrete brukererfaringer. Utrede og innføre en foretaks-overgripende metodikk inkludert bruk av verktøy med utgangspunkt i etablerte systemer i AUS, RH og UUS.		
Stimulere brukerorganisasjonenes skoling av brukerrepresentanter og likemenn og	OUS gjennomfører modulbasert brukeropplæring (Modul 2) for		

bidra til kompetanseutviklingsprogram for brukerrepresentanter i RHF og HF	Brukerutvalget. Det videreføres i tillegg et tilbud til representantene om betalt deltagelse i ulike typer kurs og seminarer.		
Brukermedvirkning inngår i lederutdanningen	Representanter fra Brukerutvalget vil bli invitert inn som foredragsholdere.		
Brukerkompetanse som integrerte prosesselementer på linje med fag og økonomi	Brukerutvalget vil på systemnivå behandle saker som angår pasientbehandlingen. Forankringen med ledelsen er sikret gjennom ledelsens deltakelse på Brukerutvalgets møter. Brukerrepresentanter vil bli invitert inn i aktuelle prosjekter. To representanter fra Brukerutvalget er valgt som observatører til Styret med uttalerett i saker som angår pasienttilbudet etter nærmere avtale med leder.		
Lærings- og mestringssentrenes rolle som helsepedagogisk ressursmiljø i helseforetakene styrkes	Det etableres et felles LMS for Oslo universitetssykehus		

<b>Strategi: Forpliktende samhandling med kommunene styrkes og videreutvikles</b>			
Videre arbeid:	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Utvikle regional handlingsplan for samhandling	Samhandling deltar i regionens arbeid.		
Individuell plan og rask informasjonsoverføring for henvisning og epikrise (ved utskrivning), herunder utvikling av felles infrastruktur for informasjon	Det er etablert indikatorer for individuell plan og epikrisetid. Resultatene ved alle de tidligere driftsenhetene har ikke vært ihht mål og det vil derfor iverksettes et arbeid for å se på rutiner som kan bedre dette	Rød	Mnd.lig
Videreutvikle gode pasientforløp. Etablere behandlingslinjer som omfatter pasientansvarlig team, pasientopplæring, rehabilitering og primærhelsetjeneste	Videre utvikling av helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid mellom sykehus og bydeler/andre sykehus.. Lærings-og mestringssentret vil sammen med praksiskoordinator ha en sentral rolle i arbeidet		Kontin.
Systematisert forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten om utskrivning	Kontinuerlig dialog.		Kontin.
Videreutvikle samarbeid med andre aktører, for eksempel NAV	Ikke avklart p.t.		
Etablere nye organisasjonsformer i form av fellesløsninger med primærhelsetjenesten, for eksempel felles akuttmottak/legevakt	Piloter, legevakt avventer kommunal beslutning. Ansvar for øvrig, Akutt-klinikken		

Samarbeidet med Oslo kommune om etablering av en ny storbylegevakt videreføres.	Ivaretas av Akutt-klinikken og Samhandling.		
---	---	--	--

<b>Strategi: Spesialisthelsetjenestens rolle innen forebygging skal tydeliggjøres</b>			
Videre arbeid:	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
"Standarder og indikatorer for forebyggende og helsefremmende arbeid på sykehus" tas i bruk som hjelpemiddel i forebyggende virksomhet	Utarbeide HMS – indikatorer.		Juni 2010
Lærings- og mestringssentrene utvikles som en arena for samhandling forebygging	LMS vil få en tydeligere rolle i forhold til å være samarbeidsarena for forebygging. Arbeidet vil bygge på gode erfaringer på enkeltområder.		
Helseforetakene styrker sin rolle i forebyggende arbeid og HMS overfor egne ansatte	HMS-opplæring for ledere og verneombud i systematisk HMS-arbeid. Videreføre kartlegging og risikovurdering av arbeidsmiljøet med gjennomføring av risikoreducerende tiltak.	Gult	Desember 2010
Strategier for forebygging inngår i utviklingen av samhandlingstiltak	Forebygging legges inn i ulike aktiviteter, inklusive arbeidet for et mer likeverdig tjenestetilbud.		
Finansieringssystemer som incitament til forebyggende arbeid og pasient- og pårørendeopplæring	Ikke avklart p.t.		

Den helsefremmende strategien tar sikte på å utvikle tiltak som kan bedre livskvaliteten, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger en utsettes for i dagliglivet. Den forebyggende strategien tar sikte på å utvikle tiltak som kan føre til en reduksjon i sykdommer, skader, sosiale problemer, dødelighet og å redusere risikofaktorer.

<b>Strategi: Lokalbaserede tilbud til flertallet av pasientene</b>			
Videre arbeid:	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Vedtak om strukturmessige, organisatoriske og ledelsesmessige endringer følges opp i samarbeid mellom ledelse, brukere og ansatte i helseforetakene	Tiltak vurderes som en del av gjennomføringen av integrasjonsprosjektet.		Kont.
Innholdet i lokalsykehus og mer spesialiserte sykehus tydeliggjøres og kommuniseres	Lokalsykehusrapporten – styresak legges frem for styret 17.02 2010 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det har vært bred politisk interesse for saken i tillegg til dekning i Media</li> <li>- Det vil jobbes med å videreutvikle den mer spesialiserte delen</li> </ul>	Gul	2010

Ambulante tjenestetilbud utvikles	Generelt gjennomføres effektiviseringsprosesser med reduksjon av innleggelse mht. antall døgnopphold og liggetid, og tilsvarende økning i poliklinikk og ambulante tjenester – både innen somatikk og i psykiatrien. Foretaket vil bygge videre på allerede etablert praksis på området	Grønn	Kont.
Lærings- og mestringssentre i lokalsykehus gir tilbud til alle pasientgrupper som får tilbud ved sykehuset og utvikles som en arena for samhandling med kommunen	Samhandling har ansvar for sentrene.		Piloter i gang innen utgang en av 2010
Distriktsmedisinske sentra og andre lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbud utenfor sykehus etableres der det er hensiktsmessig	Behovet for slike sentra vil bli vurdert i samarbeid med bydelene i OUS opptaksområde. Det vil være et særlig fokus på mulige tiltak for å sikre en mer likeverdig tilgang på tjenester		
Handlingsplan for eldre utarbeides	OUS vil bidra i å etablere handlingsplan for eldre der dette ikke allerede er på plass		

<b>Strategi: Akuttfunksjoner og akuttmedisinske behandlingkjeder styrkes og videreutvikles på grunnlag av nasjonale standarder</b>			
Videre arbeid:	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Akuttfunksjoner for kirurgi og ortopedi skal som hovedregel samles under en ledelse og fortrinnsvis på ett sted i hvert sykehusområde	Ortopedi er allerede samlet under en ledelse og man vil bruke 2010 på å legge en plan for samling av akuttfunksjoner på kort og lang sikt		
Felles akuttmottak og mer samling av akuttfunksjoner videreutvikles	Det vil legges en helhetlig plan som ser på muligheten av å samle akuttmottak og funksjoner på færre steder enn i dag		
Alle helseforetak skal etablere et system for dokumentasjon og virksomhetsregistrering ved akuttmottak	OUS har allerede et system for dokumentasjon og virksomhetsregistrering ved akuttmottak		
Fremtidig organisering av de prehospitaltjenester i regionen utredes. Regional strategi legger rammene for områdevisse planer. Kvalitative, effektive og trygge prehospitaltjenester med tilstrekkelig kapasitet skal sikres. Det legges særlig vekt på samhandling, kompetanseheving, ny teknologi og differensierte transporttilbud	Oslo universitetssykehus er en sentral deltager i arbeidet med regional strategi innen prehospitaltjenester – det er allerede et differensiert transporttilbud og det arbeides med ytterligere utvikling av disse		

<b>Strategi: Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra nødvendig pasientvolum og faglige avhengigheter</b>			
Videre arbeid:	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Vedtak om strukturmessige, organisatoriske og ledelsesmessige endringer følges opp i samarbeid mellom ledelse, brukere og ansatte i helseforetakene	Ja, og er dekket i integrasjonsprosessen 2010		
Faglige råd og utredninger følges opp og konkretiseres i videre utvikling innenfor sykehusområdene	Ja		
Ambulerende spesialisttilbud videreutvikles i forhold til lokalsykehusfunksjoner og kommunehelsetjeneste	Det er allerede utviklet ambulerende tilbud innen en rekke områder både innen somatikk, psykiatri, voksen- og barnehabiliteringen		
Pasientnære spesialisttilbud og "hjemmesykehus" (hospital at home) videreutvikles for å unngå/forkorte innleggelser og etablere tett kontakt med medisinsk spesialkompetanse hjemme hos pasienten	Oslo universitetssykehus har allerede etablert "hjemmesykehus tjenester" spesielt for barn og eldre kronikere som trenger høyspesialisert behandling, men over så vidt lang tid at det er bedre for pasientene å være hjemme.		

<b>Strategi: Regionale funksjoner samles og rendyrkes</b>			
Videre arbeid:	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Plassering av regionale funksjoner og flerområdefunksjoner innen somatikk, rus, psykisk helsevern og rehabilitering fastsettes av helse Sør-Øst RHF	Følger oppdragsdokumentet, og ivaretas i integrasjonsprosessen 2010		
Det etableres tverrfaglige regionale fagråd	Dette gjøres fortløpende og følges opp av OUS		
Nasjonale oppgaver innenfor beredskap og traumeområdet ivaretas og sikres	Se eget punkt om beredskap. Traumeregisteret følges opp sentralt fra.		
Rikshospitalets rolle som høyspesialisert universitetssykehus med mange formelle landsfunksjoner ivaretas og videreutvikles	I tråd med oppdragsdokumentet og dekkes av integrasjonsprosessen 2010.		

<b>Strategi: Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet styrkes lokalt og regionalt</b>			
Videre arbeid:	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Det må settes inn tilstrekkelige ressurser på habiliterings- og rehabiliteringsområdet slik at det etableres riktig kapasitet for tjenestene	Dette er et viktig område som vil følges opp i 2010 i forbindelse med Sunnaas, men også innen habiliteringsområdet . Dette vil ivaretas av integrasjonsprosessen 2010.		
Brukermedvirkningen skal styrkes. Brukeren skal være sentral i egen rehabilitering	Erfaringene fra enkelte områder med tett brukermedvirkning vil bli brukt i arbeidet med å øke andelen brukere		

	som involveres i egen rehabilitering		
Forbedret bruk av individuell plan og koordinerende enheter for å styrke habiliterings- og rehabiliteringstjenestene.	Dette er et viktig område som vil følges opp og ivaretas av integrasjonsprosessen 2010.		
Private institusjoner er en viktig ressurs i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. Deres funksjon og rolle i behandlingsskjeden tydeliggjøres ytterligere	Det er allerede bred kontakt med private institusjoner innen både habilitering og rehabilitering. Dette arbeidet vil nå koordineres og forsterkes slik at man kan bygge på beste praksis. Dette følges opp i integrasjonsprosessen 2010		
Lærings- og mestringstilbud inngår i behandlingsskjeden	LMS har innen enkelte pasientforløp en helt sentral rolle både før, under og etter behandling. Det er et mål at dette skal være situasjonen for alle de helhetlige forløpene klinikkene prioriterer i 2010.		
Faglig kvalitet og status knyttet til habiliterings- og rehabiliteringstjenestene skal styrkes. Det skal satses systematisk på utviklingen av kvalitet	Se over		
Helse Sør-Øst RHF vil i løpet av 2009 (2010) utarbeide en regional plan for habilitering og rehabilitering	Oslo universitetssykehus ønsker å være en sentral bidragsyter i dette arbeidet		

<b>Strategi: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling styrkes og integreres i lokalsykehusstilbudet</b>			
Videre arbeid:	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Som del av lokalsykehusfunksjonen skal det utvikles helhetlige tilbud innenfor TSB, dvs. både ambulante og polikliniske tjenester, samt dag- og døgnbehandling, jmfør tidligere	Dette er i tråd med allerede vedtatte planer og legges til grunn for utvikling av tilbudet, jftr. etablering av Rusakutten (se nedenfor)		
Det etableres en rusakutt i Oslo	Rusakuttens polikliniske fagteam ble etablert i desember 2009 og utvikles/styrkes våren 2010. Inntil 12 senger etableres i løpet av 2010, jfr. styresak 163-2009.		

<b>Strategi: Tilbudet innen psykisk helsevern videreutvikles med utgangspunkt i robuste DPS</b>			
Videre arbeid:	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Opptaksområder for somatikk, psykisk helsevern og rus skal som hovedregel samordnes	OUS er i all hovedsak organisert slik, med unntak av bydel Sagene som har Lovisenberg som lokalsykehus for indremedisin, jfr. avtale UUS/LDS.		
Lokalsykehusstilbud utvikles ved DPS, fordeling 50/50 mellom sykehusbehandling og DPS	Målet har vært retningsgivende for videreutvikling av DPS-tilbudene i 2009. Nåværende ressursfordeling ca 60/40.		

Ambulerende tilbud utvikles	Anses ferdig etablert ved alle DPS		
Regionale tilbud samles	Alle regionale funksjoner i psykisk helse og rus/avhengighetsbehandling er organisatorisk samlet i OUS.		
Strategier for god rekruttering og riktig fordeling av kompetanse mellom ulike tilbud utvikles	Inngår i virksomhetsplaner i klinikk/sentra/avdelinger		

### **Beredskap (planstatus, rullering og øving)**

I 2009 har de tidligere beredskapsplanene på Aker, Rikshospitalet og Ullevål fortsatt vært gyldige og regulerte beredskap og beredskapsplanlegging. I henhold til styrevedtak i desember 2008 har direktøren på Ullevål hatt ansvar for den samlede kriseledelsen i Oslo universitetssykehus HF. Direktøren har også hatt det koordinerende ansvar for den samlede katastrofeinnsats i Helse Sør-Øst RHF i situasjoner hvor hele eller store deler av regionen må samarbeide om å håndtere store ulykker.

Beredskapsplanleggerne på de tre sykehusene har gjennom året samarbeidet om utvikling av nytt beredskapssystem i den nye integrerte helseforetaket. Status ble beskrevet våren 2009 og ny avgrenset og midlertidig beredskapsplan for nye kriseledelse fra januar 2010 ble utarbeidet på høsten og er godkjent til bruk. Denne midlertidige planen beskriver også ansvar for videre utvikling av beredskapsplanverket i Oslo universitetssykehus HF.

På Ullevål ble det gjennomført en fullskala øvelse 28.mai 2009 med 87 markører. Øvelsen dokumenterte at kapasiteten til å ta i mot mange skadde pasienter er høyere enn antatt. Øvelsen gav mange ansatte og de mest sentrale enheter i akuttsykehuset Ullevål viktig trening i to meget aktuelle scenarier. Øvelsen avslørte en rekke forhold som ikke fungerte og som danner grunnlag for tiltak og forbedringer. Beredskapsmedarbeidere på Aker og Rikshospitalet deltok i evalueringen.

Foretaket har hatt noen situasjoner med svikt i kritisk infrastruktur, vann og IKT. Disse ble håndtert tilfredsstillende, i henhold til planverk og takket være dyktige fagfolk i foretaket.

Arbeid med risiko- og sårbarhetsanalyse for beredskap er iverksatt og vil ligge til grunn for utvikling av nytt planverk i 2010.

Foretaket har fast medlem i Fylkesberedskapsrådet for Oslo og Akershus, Oslo kommunes beredskapsforum og i det regionale beredskapsrådet i Helse Sør-Øst RHF.

**7.2.1. Plan for oppfølging av mål for 2010**

Innsats-område	Mål for 2010	Tiltak/aktivitet i 2010	Risiko	Frist
Pasient-behandling	Gjennomføre styrets vedtak i omstillingsprogrammet (jfr. sak 108/2008):			
	. Organisere pasienttilbudet innen hvert sykehusområde slik at befolkningen får dekket 80 - 90% av behovet for spesialisthelsetjenester innen sitt sykehusområde.	Oslo universitetssykehus vil sammen med de private sykehusene i Oslo sørge for at Sentrum er dekket, jfr. Integrasjonsprosessen 2010		
	. Det utvikles helhetlige pasientforløp, herunder innen akuttjenester for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rehabilitering inngår som en integrert del av pasientforløpene.	Se tidligere punkt om rusakutt over i punkt 7.2 integrasjonsprosessen 2010		
	. Samhandlingen med kommunene videreutvikles i tråd med vedtakene i omstillingsprogrammet og overordnede rammeavtaler.	Oslo universitetssykehus har opprettet en egen stab som har ansvaret for å tilrettelegge for god samhandling med kommunene og for å sikre at vedtak i omstillingsprogrammet nås		
	Kvaliteten skal bedres:			
	. Mer enn 80% av epikrisene utsendes innen sju dager og andelen sammedagsepikriser skal økes.	Oslo universitetssykehus vil fokusere på epikrisetid og legge en plan for både en økning i epikrisetiden generelt og samme dags epikriser spesielt. Klinikkvise tiltak vil følges nøye		
	. Elektive operasjoner skal normalt gjennomføres innleggelsesdagen.	Oslo universitetssykehus vil følge denne indikatoren og gjennomføre tiltak ved systematiske avvik, jfr. integrasjonsprosessen 2010		
	. Det skal normalt ikke være korridorpatienter.	Dette er en indikator som følges daglig i Oslo universitetssykehus og der det settes inn tiltak ved avvik, jfr. integrasjonsprosessen 2010		



Innsats-område	Mål for 2010	Tiltak/aktivitet i 2010	Risiko	Frist
	. Det skal ikke være fristbrudd.	Fristbrudd telles enkeltvis hvis de forekommer - og dersom det er avdelinger som har tosifret antall fristbrudd tas dette opp med den aktuelle klinikk/ avdeling for umiddelbare tiltak		
	Pasientsikkerheten skal bedres:			
	. Det skal dokumenteres reduksjon i sykehusinfeksjoner, feilmedisinerer og andre alvorlige uønskede hendelser i alle helseforetak.	Det etableres nytt avvikssystem for registrering og oppfølging. På bakgrunn av erfaringer iverksettes opplæring og kursvirksomhet, definerte prosjekter, nye retningslinjer. Etablering av rapportering og oppfølging i linjen.		
	. Antallet NPE-saker reduseres ytterligere.	Det etableres nye rutiner for oppfølging og læring, skal inngå i avvikssystemet og legges inn som faste rapporter i styringssystemet.		

### 7.3. Forskning

<b>Strategi: Forskning i Helse Sør-Øst skal tilstrebe høyeste kvalitet, baseres på samarbeid og god ressursutnyttelse og komme pasientene til gode</b>			
Videre arbeid:	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Vedtatt forskningsstrategi implementeres	De regionale handlingsplanene, som deltakere fra Oslo universitetssykehus har bidratt til utarbeiding av, vil bli behandlet av Forskningsutvalget ved Oslo universitetssykehus så snart disse foreligger i endelig form. Det er gitt tilbakemeldinger på tidligere utkast. Oslo universitetssykehus vil spesielt følge opp etableringen av regionale forskningsstøttefunksjoner når oppdrag er beskrevet og midler tilført. For øvrig er en rekke av tiltakene i regional forskningsstrategi RHF-ets ansvar å gjennomføre.		
Forskningskvaliteten og produksjonen økes	Dette tilstrebes, men vil være svært krevende å gjennomføre under pågående omstilling og krav til kostnadsreduksjon. Det arbeides med forbedrede resultatindikatorer.		
Antall forskningsmiljøer i Helse Sør-Øst i den internasjonale forskningsfronten økes	Sammenfaller med foreløpig mål bilde for Oslo universitetssykehus, men videre tiltak i 2010 avhenger av		

	<p>kommende strategiarbeid og prioriteringer, samt at helseforetaket er avhengig av eget strategisk handlingsrom for å kunne prioritere de sterkeste miljøene med potensial for å hevde seg internasjonalt. For stor grad av nasjonale og regionale føringer på strategiske satsinger kan gjøre det vanskelig å nå målet. Tiltak: etablere tettere kommunikasjon med RHF og nasjonale samarbeidsfora om strategiske prioriteringer.</p>		
<p>Ressursbruken til forskningen i helseforetakene og økes fra nivået i 2008</p>	<p>Jf kommentar ovenfor vedr. krav til økt kvalitet og produksjon. Ressursbruk, mål i prosent av totale driftskostnader, vil for øvrig øke når øvrige kostnader reduseres (for eksempel knyttet til virksomhetsoverdragelser til andre sykehusområder og redusert arealbruk), uten at ressursbruk til forskning reelt er økt.</p>		
<p>Tilstrekkelig og målrettet kompetanseoppbygging og rekruttering av forskere innen alle relevante yrkesgrupper</p>	<p>Det vil være et fokusområde for nytt forskningsutvalg og forskningsutvalgene i klinikkene. Det er tema hvor universitetet og høyskolene særlig vil bli trukket inn i tettere samarbeid (forskerutdanning, forskningsledelse etc).</p>		
<p>Styrket og videre formalisert samarbeid med universitetene og høyskolene</p>	<p>Det arbeides med ny formalisert samarbeidsavtale med Universitetet i Oslo (samarbeidsavtale med ulike delavtaler). Overordnet samarbeidsavtale ferdigstilles etter planen ultimo 2009.</p> <p>Samarbeidsavtalene med de ulike høyskolene skal i 2010 vurderes særskilt og harmoniseres.</p>		
<p>Helse Sør-Øst fungerer som nasjonal pådriver for forskning og for strategisk samordning og koordinering</p>	<p>Rapporteres av Helse Sør-Øst. Det vises for øvrig til merknad om behov for balanse mellom regional strategisk samordning og helseforetakets behov for egne strategiske prioriteringer for å kunne hevde seg internasjonalt.</p>		
<p>Vedtatt forskningsstrategi implementeres</p>	<p>(Gjentak fra første rad, punkt 7.3)</p>		

### 7.3.1. Plan for oppfølging av mål for 2010

Innsats-område	Mål for 2010	Tiltak/aktivitet i 2010	Risiko	Frist
Forskning	Forskningsaktiviteten, målt i publikasjoner og antall doktorgrader (NIFU-poeng), er økt fra 2009-nivå, minst i samsvar med økt ressurstilførsel.	Dette tilstrebes i hver enkelt klinikk, men vil være svært krevende å gjennomføre under pågående omstilling og krav til kostnadsreduksjon. Økt ressurstilførsel til forskning krever ytterligere kutt i behandlingsvirksomhet. Økt ressurstilførsel vil resultatmessig først gi uttelling i nevnte NIFU-poeng i påfølgende år (tidslag).		
	Innovasjonsaktiviteten, målt i antall prosjekter (inkl. OFU-kontrakter og patenter) er økt fra 2009-nivå.	Tiltak: økt fokus på innovasjon og samarbeid med flere aktører nasjonalt og internasjonalt. Tydeligere organisert innen Oslo universitetssykehus.		
	Regional forskningsstøttefunksjon er etablert ved Oslo universitetssykehus HF for å understøtte forskning av høy kvalitet i hele regionen.	Funksjonen vil bli etablert så snart oppdrag og bevilgning foreligger fra Helse Sør-Øst.		
	Regionale teknologiske infrastrukturtiltak og nettverk for faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurranseevne etableres.	Tiltak iverksettes i stor grad gjennom regionale prosesser/tildelinger. Fokus på nettverk med basis i Oslo universitetssykehus er en av Forskningsutvalget ved Oslo universitetssykehus sine viktige saker i 2010 (årsplan).		
	Regionalt informasjonsnettsted for forskning (forskningsportal) er etablert, med synliggjøring av forskningsnyheter, -prosjekter og ressurser.	Tiltak og finansiering må konkretiseres ytterligere i samarbeid med RHF.		

### 7.4. Kunnskapsutvikling og god praksis

Strategi: God kunnskapsutvikling, helhetlige pasientforløp og kontinuerlig kompetanseutvikling er en forutsetning for god pasientbehandling av høy kvalitet			
Videre arbeid:	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Utvikling av gode og helhetlige strategier for kunnskapshåndtering, forbedringsarbeid, kompetanseutvikling, behandlingslinjer og god praksis vil være en kontinuerlig prosess. Fagmiljøene, tillitsvalgte og brukerutvalg involveres i prosessene sammen med nasjonale ressursmiljøer. Erfaringer fra andre	Etablering av stabstilhørighet og ansvars plassering for området. Utvikle mål og strategi.		

land innhentes og trekkes inn i utformingen. Strategien skal blant annet omfatte tiltak i forhold til:			
- Virkemidler for kompetanseutvikling	Ikke avklart p.t.		
- Faglige arenaer som faggrupper, kvalitetsnettverk og høyskolesamarbeide	Ikke avklart p.t.		
- Støtte til forbedringsarbeid	Ulike program gjennom utdanning og treningssenteret utvikles. Kvalitetsutvalg i alle klinikker Kvalitetsrådgivere i alle klinikker		
- Tiltak for utvikling av helhetlige pasientforløp	Strategi for pasientforløpsarbeidet i OUS er etablert. Veiledernettsverk, metodekunnskap, læringsnettverk og veiledere er under etablering.		
- Eksisterende kunnskapsverktøy som kliniske prosedyrer, behandlingslinjer og elektronisk pasientjournal	Så langt som det er mulig vil eksisterende kunnskapsverktøy innen disse områdene benyttes		
- Eksisterende kunnskapstjenester som bibliotekstjeneste, internundervisning, foretakens nettsider og internaviser	Eksisterende kunnskapstjenester som bibliotekstjeneste, internundervisning, foretakens nettsider og internaviser videreutvikles innenfor tilgjengelige resurser.		
- IKT, inkludert brukervennlighet og lett tilgjengelighet med tilgang til internett og nødvendige kunnskapskilder	IKT, inkludert brukervennlighet og lett tilgjengelighet med tilgang til internett og nødvendige kunnskapskilder videreutvikles innenfor tilgjengelige resurser.		

#### 7.4.1. Plan for oppfølging av mål for 2010

Innsats-område	Mål for 2010	Tiltak/aktivitet i 2010	Risiko	Frist
Kunnskapsutvikling og god praksis	Et strategisk program for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis videreutvikles.	Ikke avklart p.t.		

	Helseforetakene skal ta del i etablering og drift av de nasjonale kvalitetsregistrene.	Oslo universitetssykehus er en betydelig aktør innen drift og utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Helseforetaket vil i 2010 tydeliggjøre sin organisering av registerstøtte gjennom organisering i Stab FoU, Seksjon for biobank og registerstøtte, som vil samarbeide tett om utvikling og drift av registre med klinikkene, informatikkmiljøet og personvernombud		
	Helhetlige pasientforløp og bedre samhandling internt i virksomheten, innen sykehusområdet og med kommunehelsetjenesten utvikles.	Dette arbeidet vil ha høy prioritet og bli fulgt opp i tett dialog med bydeler og andre lokalsykehus i området..		
	Tiden i sykehus skal være helsebringende og liggetidene skal begrenses slik at det gis medisinsk behandling av høy kvalitet, unngår unødige opphold og samtidig sikrer effektivitet i pasientbehandlingen.	Liggetidsindikatoren følges nøye. Dette vises også i årstallene der døgnopphold går ned, mens dagopphold og poliklinikk øker Integrasjonsprosessen 2010 ivaretar dette ved at klinikkene går gjennom drift og optimalisering av denne		
	Reell brukermedvirkning videreutvikles.	Bruker-representanter deltar i alle større prosesser ved OUS. Denne medvirkningen vil bli fulgt opp og videreutviklet, bla gjennom egne brukerutvalg i hver klinikk		

## 7.5. Organisering og utvikling av fellestjenester

I henhold til krav fra Helse – og omsorgsdepartementet er det stilt klare forventninger til Helse Sør-Øst RHF om at det som en følge av sammenslåingen skulle oppnås både kvalitative og økonomiske gevinster gjennom en bedre utnyttelse av de samlende ressursene som går til administrative støttefunksjoner som personell, IKT, innkjøp og logistikk og eiendom.

Helse Sør-Øst RHF har nedsatt flere prosjekt for å løse denne oppgaven. Både Aker, Rikshospitalet og UUS har vært viktige bidragsytere i styrings- og arbeidsgrupper og har på denne måten bidratt til å få en best mulig løsning med fokus på hva som er best for pasienten.

Status for oppfølging av vedtatte strategier innen IKT, innkjøp/logistikk, HR og eiendom i Oslo universitetssykehus HF og i forhold til samarbeidspartnere er som følger ved inngangen til 2010 :

## IKT

IKT avdelingen er i dag organisert i forhold til de oppgaver som er skissert i tråd med styrevedtak i Helse Sør-Øst RHFet juni 2008, Helse Sør-Øst RHF's strategiske planverk og Oslo universitetssykehus HF sine oppgaver på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

I tillegg til linjeaktiviteter er også SIO Realiseringsprogrammet, som skal gjennomføre alle nødvendige IKT tiltak i fusjonsprosessen i Oslo universitetssykehus HF, i stor grad bemannet med interne ressurser fra IKT avdelingen.

<b>Strategi: Samordnet styring og konsernutvikling skal frigjøre ressurser ved at stordriftsfordeler oppnås og profesjonaliteten styrkes.</b>			
Videre arbeid: <b>IKT</b>	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Fokus på virksomhetsutvikling som sikrer gevinstrealisering i kjernevirksomheten ved innføring av ny teknologi	IKT funksjonen bidrar til virksomhetsutvikling ved å - kontinuerlig forbedre og være nytenkende i virksomhetsprosessene gjennom organisasjonsutvikling, prosessutvikling, arkitektur, utvikling av verktøy og presentasjonskanaler. - ha elektroniske løsninger som skaper merverdi til de dataene som allerede finnes elektronisk – intelligente agenter, datavarehus. - tilby de løsningene som både nå og i fremtiden sikrer stor grad av samhandling og informasjonsflyt, innad og utad.		Kontinuerlig arbeid
Økt samhandling og felles styring gjennom samlet modell for organisering og styring av IKT i regionen	Reorganisering av IKT i Helse Sør-Øst påvirker IKT i helseforetakene på strategisk, taktisk og operasjonelt nivå. Til grunn for omstillingen ligger en tredeling av IKT funksjonen i henhold til den vedtatte Y-modellen. Oslo universitetssykehus HF styringsmodell må speile den regionale styringsmodellen, og innebærer at den lokale modellen reflekterer de <b>styringsområdene, styringsrollene og styringsprosessene</b> som er identifisert på regionalt nivå.  Hovedprinsippet i styringsmodellen, er at beslutningsansvar og -rettigheter <b>følger linjen</b> med bruk av faglige råd og forum for å sikre informerte beslutninger.		Kontinuerlig arbeid
Felles tjenesteleverandør etableres	Nye Sykehuspartner IKT ble opprettet ved virksomhetsoverdragelse av blant annet ansatte i drifts- og forvaltningsroller fra Oslo universitetssykehus 1. september 2009.		1.9.09

Porteføljestyling etableres for sikre oversikt over alle parallelle prosjekter samt prioritering av nye	IKT avdelingen er organisert med porteføljeansvarlig som ivaretar behovet for oversikt og styring i forhold til prosjekter i helseforetaket.		1.9.09
Elektronisk støtte for samhandling mellom helseforetak og med primærhelsetjenestene skal videreutvikles	Oslo universitetssykehus bidrar til samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten ved blant annet å bidra aktivt til prosjektet Nasjonalt Meldingsløft og gjennomføre de milepælene som er satt for 2010.		1.6.10
Infrastruktur, applikasjoner og avtaleverk standardiseres	Helse Sør-Øst ivaretar behovet for standardisering gjennom Sykehuspartner IKT, i samarbeid med helseforetakene via de etablerte fora i regionen. I løpet av året vil Oslo universitetssykehus innføre felles systemer basert på rammeavtalene som er gjort i HSØ.		31.12.10
Profesjonalisering av tjenester og utvikling av felles strategier og handlingsplaner	Ja		
Arkitektur for å støtte endrede behov, samhandling og standardisering utvikles	Arkitekturgruppen i IKT avdelingen har ansvar for at sykehusets IKT løsninger inngår i en helhetlig arkitektur, der Oslo universitetssykehus' kjerneprosesser understøttes av en portefølje av samhandlende løsninger i en tjenestebasert arkitektur.		Kontinuerlig arbeid

### Innkjøp / logistikk

Det er etablert et godt samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og det nyetablerte felles forsyningscenteret i Oslo. Senteret drives i dag av Bring på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF og er felles forsyningsenhet for hele Helse Sør-Øst RHF. Varespekteret er under oppbygging og vil inneholde alle skaffevarer sykehuset har beskrevet i sin kravspesifikasjon.

<b>Strategi: Samordnet styring og konsernutvikling skal frigjøre ressurser ved at stordriftsfordeler oppnås og profesjonaliteten styrkes.</b>			
Videre arbeid: <b>Innkjøp / logistikk</b>	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Full tilslutning og bruk av felles forsyningsstruktur for hele foretaksgruppen	Legge til rette for innføring av avdelingspakke leveranser. Bestillinger skal skje elektronisk basert på en forhåndsdefinert varekatalog		
En felles elektronisk bestillingsstruktur for hele foretaksgruppen og tiltak for bedre styring av bestillerorganisasjonen på helseforetaksnivå	Ny fullmaktsstruktur innføres Elektronisk varekatalog innføres		
Aktiviteter for løpende utvikling og konsolidering av innkjøp med standardisering	Felles avtaler, standardisering og en varekatalog		

av produkter og forenkling av arbeidsprosessene som hovedfokus			
Sikre gjennomføring av tiltak og gevinstrealisering ved godt styrte prosjekter og tydelig overlevering til driftsorganisasjon, samt styrking av ressursinnsats både på regionalt og foretaksnivå	Etablere etiske retningslinjer Innføre tak på bestilling av enkelte varegrupper Oppfølging av måloppnåelse		
Utvikling av strategier og tiltak for en samfunnsansvarlig innkjøpshåndtering, særlig med hensyn til etikk og miljø	Sette mål for bruk av rammeavtaler Oppfølging av målene		
Utvikling av kommunikasjonsstrategi og kulturarbeid blant alle ansatte for å sikre lojalitet i forhold til vedtatte tiltak	Informasjonsmøter, kundemøter etableres		

Det vises til gjennomført overføring av funksjonene til Sykehuspartner. Gjelder alle tre driftsorganisasjoner i Oslo universitetssykehus HF,- Aker, RH og Ullevål.

<b>Strategi: Samordnet styring og konsernutvikling skal frigjøre ressurser ved at stordriftsfordeler oppnås og profesjonaliteten styrkes.</b>			
Videre arbeid: <b>Lønns- og personalfunksjoner</b>	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Etablere planer for overføring av tjenester, og for utvikling og implementering av nye tjenester i samarbeid med helseforetakene	Det vises til gjennomført overføring av funksjonene til Sykehuspartner. Gjelder alle tre driftsorganisasjoner i OUS, Aker, RH og Ullevål.		
Samle kompetanse i færre miljøer, styrke tjenestetilbudet og gi medarbeiderne innen dette området større mulighet til faglig vekst og utvikling	Det vises til gjennomført overføring av funksjonene til Sykehuspartner. Gjelder alle tre driftsorganisasjoner i OUS, Aker, RH og Ullevål.		

**Strategi: Samordnet styring og konsernutvikling skal frigjøre ressurser ved at stordriftsfordeler oppnås og profesjonaliteten styrkes.**

**Videre arbeid: Eiendom**

Planleggingen av fremtidig utnyttelse og utvikling av eiendomsmassen i Oslo universitetssykehus HF er startet i 2009. Som bakgrunn for arbeidet ligger føringer gitt i styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF. De viktigste av disse har vært:

- Dublerte lands- og regionsfunksjoner samles i utgangspunktet på Gaustad.
- Innenfor Oslo universitetssykehus HF samles lokalsykehusfunksjoner innen somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern, samt regionale funksjoner innen rusbehandling og psykisk helsevern.



- Arealer og kapasitet knyttet til lokalsykehusfunksjonene må reduseres i samsvar med den foreslåtte endringen i opptaksområde for Oslo sykehusområde og justeres i forhold til etablering av "Rusakutten" og Storbylegevakt.
- Nye bygg og bygningsmasse av god kvalitet forutsettes brukt.
- Akuttkirurgiske funksjoner skal i hovedsak samles.
- Lokalisering av akutt- og traumeberedskap må vurderes i forhold til nødvendige avhengigheter og ny storbylegevakt.

Den overordnede planleggingen av eiendomsmassen er i tillegg basert på forslaget om utvikling av ett offentlig "storbysykehus" for å ivareta lokalsykehusfunksjonene.

Arbeidet med eiendomsplanlegging har bestått i følgende hovedaktiviteter:

- Utarbeidelse av underlag for anbefalingen om å lokalisere storbysykehuset i Kirkeveien.
- Kartlegging av dagens aktivitet og kvalitet i eksisterende bygningsmasse, samt det enkelte byggs egnethet for alternativ bruk.
- Utarbeidelse av forslag om hvilke funksjoner som er hensiktsmessig å samlokalisere ved hvert av sykehusene innen Oslo universitetssykehus HF
- Prosess mot Ahus og Vestre Viken mht. frigjøring av arealer ved sykehusene innen Oslo universitetssykehus HF

På dette grunnlaget vil detaljert planlegging av virksomheters fremtidige lokalisering i bygningsmassen og tilpasninger/oppgraderinger starte primo 2010.

En rekke utredningsrapporter er utarbeidet som dokumenterer det arbeidet som er utført i 2009.

<b>Strategi: Samordnet styring og konsernutvikling skal frigjøre ressurser ved at stordriftsfordeler oppnås og profesjonaliteten styrkes.</b>			
Videre arbeid: <b>Eiendom</b>	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Overkapasitet må reelt tas ned. Kapasiteten i eksisterende og nye lokaliteter utnyttes optimalt	Samlokalisere fra 3 til 2 Motivere for avhending enten ved salg eller ved sanering  Aktivitet og arealprosjekt er etablert. Rapport forventet primo 2010.		
Det må utvikles strategier for arealeffektivisering. Ressurser må frigjøres og omprioriteres	Samlokalisere sengeposter, utnytte hver enkelt seng i større grad. Utnytte operasjonskapasitet på tvers av klinikker Same day admission Økt bruk av dagbehandling  Sanere bygg der det er mulig  Aktivitet og arealprosjekt er etablert. Rapport forventet primo 2010		
Eksisterende bygningsmasse innen psykisk helsevern, særlig innenfor de store	Utarbeide en eiendomsanalyse mht disponering av eksisterende		

driftsenhetene gjennomgås	eiendomsmasse og behov for nybygg  Aktivitet og arealprosjekt er etablert. Rapport forventet primo 2010		
Realisering av overfløydige arealer planlegges og gjennomføres	Etablere en egen strategi for salg og avhending  Aktivitet og arealprosjekt er etablert. Rapport forventet primo 2010		

### 7.5.1. Plan for oppfølging av mål for 2010

Innsats-område	Mål for 2010	Tiltak/aktivitet i 2010	Risiko	Frist
Organi- sering og utvikling av felles- tjenester	Bedre koordinering og styring av alle administrative fellestjenester i helseforetaksgruppen er etablert. Planer for ønsket gevinstrealisering er konkretisert.	Lønnsfunksjonen overført til Sykehuspartner.		
	Plan for virksomhetsutvikling og strategi for Sykehuspartner er etablert og gevinster realisert i henhold til plan.	Lønn kjøres i dag av SP på vegne av hele OUS. Gevinsten ved overføringen vil bli målt i løpet av 2010		
	Handlingsplan for innkjøp/logistikk sikrer samordnet organisering lokalt, regionalt og nasjonalt for best mulig gjennomføringsevne og styrket understøttelse av avtalelojalitet, kostnadsstyring og gevinstrealisering.	Plan for 2010 er under utvikling		
	Tilrettelagte gevinster i regionale/nasjonale rammeavtaler siden 2007 når 320 mill. kroner i 2010.	Måling av gevinstuttak gjennom økt bruk av FS vil analyseres.		
	Omforente metoder og organisering innen eiendomsområdet for å følge opp og dokumentere kostnader og arealbruk er etablert. Innsatsen i 2010 bidrar til en samlet arealreduksjon og kostnadsreduksjon på 10% for perioden 2009 til 2012.	Samlokalisering, sanering, salg og effektivisering av høykostarealer vil vies større oppmerksomhet		

	Utrulling av AdmHR følger oppsatt plan.	Følger oppsatt plan. Gat for Rikshospitalet følger eget løp – iht plan. Det innføres felles portalløsning for OUS fra senest 1. mars 2010.		
--	---	--	--	--

## 7.6. Mobilisering av medarbeidere og ledere

Strategi: Kompetente og motiverte medarbeidere – vår viktigste ressurs og innsatsfaktor			
Videre arbeid:	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Utdanning, kunnskap og kompetanse brukes til beste for pasientene. Riktig kompetanse skal rekrutteres, utvikles og anvendes riktig	Handlingsplan under utarbeidelse.		
Styringsevnen skal styrkes gjennom bemanningsplanlegging og målrettet styring av personellressursene	Det vises til integrasjonsprosessen for OUS.		
Sikre et arbeidsmiljø som er helsefremmende, sikkert og preget av trygghet, åpenhet, respekt og god etisk standard. Det skal utarbeides måleparametere og styringssystemer som sikrer at HMS følges opp på en systematisk måte	Følges opp gjennom medarbeiderundersøkelse og interne revisjoner. Inngår i ledelsens gjennomgang.		

### 7.6.1. Plan for oppfølging av mål for 2010

Hovedplan for integrasjon av de tre sykehusene i forhold til ledelse, organisasjon og administrative systemer (Dag 1 - 1. januar 2010) og pasientadministrative systemer (Dag 2 - 1. juni 2010), samt innplassering og bemanningstilpasning av personell foreligger. Se også øvrig omtale av integrasjonsprosessen i dette dokument. Planer for øvrige mål for 2010 er under utarbeidelse/vil bli utarbeidet.

Innsats-område	Mål for 2010	Tiltak/aktivitet i 2010	Risiko	Frist
Mobilisering av ansatte og ledere	Handlingsplanen til HR-strategien gjennomføres iht. plan, og aktivitetene er samordnet gjennom felles styring og årshjul.	Utarbeide HR-handlingsplan for 2010 på bakgrunn av styresak om HR-strategi i OUS. Handlingsplanen utarbeides i tråd med HR-strategi og HR-handlingsplan for HSØ.		
	Regional HMS-policy er iverksatt.	Forslag til regional HMS-policy fra Helse Sør Øst til høring er mottatt og besvart innen frist. Intern handlingsplan under utarbeidelse.		

	<p>Samordnet medarbeiderundersøkelse er etablert og fulgt opp i hele foretaksgruppen.</p>	<p>Det ble besluttet ikke å gjennomføre medarbeiderundersøkelse i 2009 men det er lagt opp til en gjennomgang og oppfølging av tiltak fra undersøkelsen i 2008. Alle tre tidl. Foretak har jobbet med oppfølging av 2008-undersøkelsen.</p>		
	<p>De 12 prinsippene for medvirkning er innarbeidet i foretakenes beslutningsprosesser.</p>	<p>OUS HF har drøftet og vedtatt retningslinjer for omorganisering og bemanningstilpasning med henvisning til 12 prinsippene for ansattes medvirkning under omstillingsprosesser utarbeidet i Helse Sør-Øst. Det skal videre etableres arenaer som sikrer god samhandling mellom ledere, tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere. Arbeidet skal sikre reell medbestemmelse, eierskap til omstillingsprosessene, økt engasjement og involvering. Det foregår en bred medvirkning ved endringer av organisasjonsstruktur og innplassering i ny organisasjon. Gjeldende avtaler for medvirkning og samarbeid ved de tre tidligere enhetene er sagt opp, og arbeidet med forhandling av ny felles avtale for medvirkning og samarbeid innen OUS HF er startet</p>		
	<p>Sykefraværet er redusert med ett prosentpoeng.</p>	<p>Foretaket arbeider aktivt med å få ned sykefraværet. Det er igangsatt prosjekter rettet mot gravide arbeidstakere. Gitt den omstillingssituasjonen foretaket er i kan det bli krevende å nå målet om reduksjon av sykefraværet på ett prosentpoeng.</p>		
	<p>Bemanningstilpasninger er gjennomført i tråd med lov og avtaleverk og tilrettelagt slik at kompetansen kommer helsetjenesten i hele regionen til gode. System og prinsipper for strategisk kompetansestyring er utviklet.</p>	<p>Oslo universitetssykehus vil delta aktivt i arbeidet i Helse Sør Øst for å etablere en plan for strategisk kompetanseutvikling.2. Ta i bruk læringsportalen og vil aktivt utvikle og ta i bruk relevante e-læringsprogram i tillegg til de e-</p>		

		læringsprogrammer som allerede er i bruk.		
--	--	---	--	--

### **7.7. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring**

Fra november 2009 ble Oslo universitetssykehus HF sin stabsvirksomhet omorganisert i ny lederstruktur. For stab knyttet til økonomi innebar dette en organisering med sentral økonomiavdeling bestående av følgende enheter:

- Finansiering og budsjett
- Gevinstrealisering og resultatoppfølging
- Rapportering og styringsdata

For sentralt stabsapparat innebærer dette en tydeliggjøring av tre viktige områder for økonomistyring og videre utvikling i det nye foretaket.

Det er etablert en desentral økonomistab i klinikkene bestående av økonomileder og controller(e). Klinikkestab er ansatt av klinikkleder og økonomileder inngår i klinikkens ledergruppe på nivå 3 i organisasjonen. Økonomileder i stab har i tillegg en faglig rapporteringslinje til sentral økonomistab og det er etablert et felles ukentlig økonomiledermøte (ØLM).

Denne organiseringen er ment å understøtte en klar ledelsesmessig forankring av økonomistyring i organisasjonen.

Økonomistyring vil inngå som et av hovedelementene i oppfølging av klinikkene i 2010. Det er derfor prioritert et foreløpig oppfølgingsregime som følger:

- Ukentlige aktivitet og driftskoordineringsmøter: Det avholdes ukentlig fellesmøte med alle klinikkene pluss medisinske støtteklinikker om driftskoordinering og aktiviteten i foregående uke.
- Månedlig resultatoppfølgingsmøter: I forbindelse med den månedlige resultatrapporteringen holdes det månedlige oppfølgingsmøter med klinikkene. Møtet behandler resultater, tiltak, og driftskoordineringer o.a.
- Tertiølvise oppfølgingsmøter: For hvert tertial utvides de månedlige oppfølgingsmøtene med klinikkene. Tertialmøte har bred rapportering og tar opp resultater, tiltak, risiko, kvalitet, driftskoordineringer og utfordringer fremover.

God økonomistyring fordrer systemer og rapportering som er entydig og korrekt:

- Rapporteringssystem: Det er utarbeidet et felles ledelsesinformasjonssystem som er på plass for rapportering fra januar 2010. Systemet er etablert som en minimumsløsning fra januar og vil utvides over tid. Eksisterende systemer fra de tre sykehusene videreføres for å opprettholde kontroll i en overgangsperiode.

- Regnskapssystem: Det vil bli innført et felles regnskapssystem for alle tre tidligere foretak fra 1. april 2010. Inntil et felles system foreligger blir de underliggende resultater konsolidert og tilgjengeliggjort for økonomi i desentral stab.

Retningslinjer og håndbøker som vedrører økonomistyring i foretaket legges løpende ut på intranettet ved ferdigstilling.

Økonomistyringen i foretaket er i stor grad avhengig av at de enkelte virksomhetsområder evner å utarbeide og gjennomføre de tiltak som er nødvendige for å redusere de totale driftskostnader. Det er utarbeidet systematisk tiltaksinnmelding som grunnlag for budsjettene. I den løpende oppfølging vil egne stabsressurser sentralt gjennomgå og understøtte ledelsens oppgave i oppfølging av lederlinjen.

Økonomistyring over tid er avhengig av langtidsbudsjettering og prognostisering. Det er igangsatt arbeid for å vurdere foretakets fremtidige utfordringsbilde inklusive finansiering, fusjonsrelaterte kostnader og omstillingskostnader. Utfordringsbildet sammenstilles med utviklingstrender innen sektoren og de utviklingsmuligheter som følger av integrasjonen. For Oslo universitetssykehus HF vil særskilt likviditetsbehovet og derav mulighetsrommet for investeringer være avgjørende for den langsiktige økonomiske bærekraft.

<b>Strategi: Bærekraftig utvikling over tid forutsetter bedre arbeidsdeling, ressurs- og kapasitetsutnyttelse og god økonomisk styring</b>			
Videre arbeid:	Tiltak/aktivitet 2010	Risiko	Frist
Resultat i balanse iht. styringskrav, prioriterte mål og fastsatt aktivitetsnivå	Det vises til kommentarene over.		
Styring på aktivitetsnivå og bemanning, på grunnlag av rammer og prioritering	Det vises til kommentarene over.		
God styringsinformasjon videreutvikles	Det vises til kommentarene over.		
Gevinstrealisering skal ha et faglig perspektiv og integreres i prioriterings- og budsjettprosesser	Det vises til kommentarene over.		
Regional finansieringsmodell utvikles og implementeres	Det vises til kommentarene over.		

### 7.7.1. Plan for oppfølging av mål for 2010

Innsats-område	Mål for 2010	Tiltak/aktivitet i 2010	Risiko	Frist
Bærekraftig utvikling gjennom god økonomi-styring	Skape økonomisk handlingsrom for å sikre gode og likeverdige helsetjenester og nødvendige investeringer.	Det vises til kommentarene over.		
	Helhetlig virksomhetsstyring understøttes av effektive metoder og verktøy.	Det vises til kommentarene over.		

	Kostnadseffektivitet gjennom standardiserte prosesser og pasientforløp.	Det vises til kommentarene over.		
--	---	----------------------------------	--	--

## DEL IV: VEDLEGG

- Vedlegg 01 Oversikt over spesialiteter og funksjoner
- Vedlegg 02 Organisasjonskart Oslo universitetssykehus HF
- Vedlegg 03 Oslo universitetssykehus HF styresak 2009-135-05 Revidert risiko 2. tertial 2009
- Vedlegg 04 Oppfølging av driftsavtale 2009 mellom Helse Sør-Øst RHF og Aker universitetssykehus HF
- Vedlegg 05 Oppfølging av driftsavtale 2009 mellom Helse Sør-Øst RHF og Rikshospitalet HF
- Vedlegg 06 Oppfølging av driftsavtale 2009 mellom Helse Sør-Øst RHF og Ullevål universitetssykehus HF
- Vedlegg 07 Oppfølging av oppdragsdokument 2009 og protokoll fra HSØ RHF foretaksm. 26.01.2009
- Vedlegg 08 Oppfølging av foretaksmøteprotokollene 2009 mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF
- Vedlegg 09 Årsrapport 2009 - Brukerutvalget Oslo universitetssykehus HF
- Vedlegg 10 Årsrapport 2009 - Brukerutvalget Aker universitetssykehus
- Vedlegg 11 Årsrapport 2009 - Brukerutvalget Rikshospitalet ( Foreligger ikke pr.10.02.2010 )
- Vedlegg 12 Årsrapport 2009 - Brukerutvalget Ullevål universitetssykehus



## AKTIVITET

*Det presiseres at tallmaterialet for 2008 inkluderer virksomheten ved SSR. Det har sin årsak i at det har vist seg krevende å trekke ut disse tallene på riktig måte. (Om ønskelig kan imidlertid dette gjøres før endelig utgave av årlig melding avleveres.)*

<b>Somatikk</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Somatikk – innlagte</b>		
Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	159 855	156.206
Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	13 276	11 408
Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner	171	268
Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale	0	0
<b>Sum DRG poeng innlagte</b>	<b>173 303</b>	<b>167 761</b>
<b>Somatikk – dagpasienter</b>		
Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	28 576	28 811
Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	1 101	1 133
Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner	0	0
Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale	0	0
<b>Sum DRG poeng dagpasienter</b>	<b>29 677</b>	<b>29 944</b>
<b>Sum DRG poeng som gir ISF- ref ( egne pasienter)</b>	<b>188 602</b>	<b>185165</b>
<b>Sum DRG totalt ( fra egen og andre regioner)</b>	<b>202 979</b>	<b>197 706</b>
<b>Polikliniske konsultasjoner</b>		
Ant. Inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	713 316	795 654
Ant. Refusjonspoeng (finansiering via ISF - nytt fra 2008)	865 404	893 295

<b>Voksenpsykiatri</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling	3 194	3 188
Antall liggedøgn døgnbehandling	128 458	123 447
Ant. oppholdsdager dagbehandling	15 665	5 708
Ant. polikliniske konsultasjoner	99 516	106 230
- Herav telefonkonsultasjoner	21 543	24 203
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private	32	16
Antall liggedøgn døgnbehandling private	14 992	12 460
Antall oppholdsdager dagbehandling private	0	0
Ant. polikliniske konsultasjoner private	0	0
- Herav telefonkonsultasjoner	0	0

<b>Barne - og ungdomspsykiatri</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Antall utskrevne pasienter – døgnbehandling	178	146
Antall liggedøgn – døgnbehandling	7 065	6 570
Ant. oppholdsdager dagbehandling	5 704	5 364
Ant. polikliniske konsultasjoner	69 497	68 555
- Herav telefonkonsultasjoner	27 360	26 775
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private	0	0
Antall liggedøgn døgnbehandling – private	0	0
Antall oppholdsdager dagbehandling private	0	0
Antall polikliniske konsultasjoner private	0	0
- Herav telefonkonsultasjoner	0	0

<b>Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Antall utskrevne pasienter – døgnbehandling	2 585	2 812
Antall liggedøgn døgnbehandling	45 520	42 819
Antall oppholdsdager – dagbehandling	21	47
Ant. polikliniske konsultasjoner	11 642	12 602
- Herav telefonkonsultasjoner	2 707	1 478
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private	14	15
Antall liggedøgn døgnbehandling private	7 902	5 085
Antall oppholdsdager dagbehandling private	0	0
Antall polikliniske konsultasjoner private	0	0
- Herav telefonkonsultasjoner	0	0

<b>Pasientopplæring</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Antall kurs ved LMS	76	225
Antall kursdeltagere ved LMS	1 184	2 741

<b>Rehabilitering, antall</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Enkel rehabilitering (kode Z50.89)	1 666	64
Kompleks rehabilitering (kode Z50.80)	1 947	108

#### NASJONALE KVALITETSINDIKATORER:

<b>Beskrivelse av mål</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
16 Prevalens av sykehusinfeksjoner	6,7 %	6,9%
14 Strykninger av planlagte operasjoner	8,5 %	8,2%
17a Individuell plan barnehabilitering	28,5 %	41,1%
17b Individuell plan for pasienter med diagnosen schizofreni – voksne	26,1 %	27,9%
17c Individuell plan for pasienter med diagnosen ADHD - barn og unge	23,5 %	6,6%
19 Andel ikke planlagte reinnleggelser i psykisk helsevern (voksne)	20,0 %	15,7%

#### STYRINGSINDIKATORER:

<b>Beskrivelse av mål</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
5a. Andel korridorpasienter – somatikk	1,9 %	1,2%
5b. Andel korridorpasienter - akuttavd psykisk helsevern	0,6 %	0,4%
4a. Andel epikriser sendt innen 7 dager – somatikk	61,7 %	64,9%
4b. Andel epikriser sendt innen 7 dager – psykisk helsevern	52,0 %	65,3%
4c. Andel epikriser sendt innen 7 dager – tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige	56,5 %	58,1%
7 a Andel liggedøgn utskrivningsklare – somatikk	5,9 %	3,5%
7 b Andel liggedøgn utskrivningsklare - psykisk helsevern voksne	Ny 2009	3,0%
10 Andel henvisninger BUP vurdert innen 10 dager	45,6 %	92,3%
9a Andel fristbrudd – somatikk	11,0 %	12,5%
9b Andel fristbrudd - psykisk helsevern	16,0 %	21,4%
9c Andel fristbrudd - tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	19,2 %	4,8%
11 c Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern voksne	Ny 2009	7,4%

**BEMANNING:**

**Aker**

Beskrivelse av mål	2008	2009
Brutto årsverk	3.467,1	3419,7
Månedslønnede årsverk	3.134,8	3092,2
Årsverk variabelønnede	332,3	327,6
- herav overtid (Spekterkode OE)	79	
- herav merarbeid (Spekterkode OU)	253,3	
Innleide årsverk	126	
Antall ansatte	4.050	4195,3
Antall sykefravæsdagsverk		3581,1
Antall mulige dagsverk		46035,0
Sykefravær i %	8,2	7,8 %
Endring snittlønn for månedslønnede (Spekterkode AA)		
Årsverk somatik	2041,4	2008,7
Årsverk psykiatri	963,7	962,0
Årsverk rus	461,9	448,6
Årsverk leger	432,5	432
Årsverk sykepleie	1204	1112,3
Årsverk annet fagpersonell	504	1096,6
Årsverk laboratoriepersonell	62	114,2
Årsverk forskning og fagutvikling	27	27,9
Årsverk ledere	336,5	251,9
	901	400,4
Årsverk adm og teknisk personell		

**Rikshospitalet (uttrekk november 2009)**

*Bemanningskuben (profittbase) er ikke oppdatert med tall pr. 31.12.2009 i den gamle versjonen, og den nye er ikke klar før 01.03.2010. Tallene pr 30.11.2010 er imidlertid representative.*

Beskrivelse av mål	2008	2009
Brutto årsverk	6 524,24	6 149,93
Månedslønnede årsverk	6 192,60	5 861,89
Årsverk variabelønnede	331,65	288,04
- herav overtid (Spekterkode OE)	144,00	116,00
- herav merarbeid (Spekterkode OU)	181,00	161,00
Innleide årsverk		
Antall ansatte	7 607,75	7 126,82
Antall sykefravæsdagsverk	114 120	78 548
Antall mulige dagsverk	1 369 678	945 858
Sykefravær i %	8,33 %	8,30 %
Endring snittlønn for månedslønnede (Spekterkode AA)	5,59 %	3,99 %
Årsverk somatik	6 476,56	6 100,21
Årsverk psykiatri	47,69	49,72
Årsverk rus	0,00	0,00
Årsverk leger	807,02	796,70
Årsverk sykepleie	2 537,57	2 418,13
Årsverk annet fagpersonell	670,44	633,83

Årsverk laboratoriepersonell	382,90	389,09
Årsverk forskning og fagutvikling	454,82	501,97
Årsverk ledere	442,12	427,19
Årsverk adm og teknisk personell	1 880,20	1 683,24

**Ullevål (gjennomsnitt pr. måned, januar – desember)**

Beskrivelse av mål	2008	2009
Brutto årsverk (eksl. innleie)	8 878,1	8 577,6
Månedslønnede årsverk, inkl. UTA	7 956,6	7 767,5
Årsverk variabellønnede	921,4	810,1
- herav overtid (Spekterkode OE)	259,5	236,6
- herav merarbeid (Spekterkode OU)	661,9	
Innleide årsverk	61	41
Antall ansatte	11 043,0	11 584,2
Antall sykefravær dagsverk	164 334,7	135 329,43
Antall mulige dagsverk	1 884 846,2	1 461 869,07
Sykefravær i % (pr. november i 2009)	8,7 %	9,3 %
Endring snittlønn for månedslønnede (Spekterkode AA)	7,9 %	4,5 % (3t)
Årsverk somatik	7 132,5	6 868,7
Årsverk psykiatri	1 722,0	1 691,5
Årsverk rus	18,7	17,4
Årsverk leger	1 038,3	1 138,6
Årsverk sykepleie	3 778,6	3 278,3
Årsverk annet fagpersonell	1 231,2	1 138,5
Årsverk laboratoriepersonell	429,5	427,0
Årsverk forskning og fagutvikling	122,9	138,6
Årsverk ledere	612,7	575,3
Årsverk adm og teknisk personell	1 660,0	1 891,3

Noter:

- 1) Det er ikke korrigeret for virksomhetsoverdragelsene til Sykehuspartner på 275,7 brutto månedsværk (i desember 2008), hvorav 252,2 fastlønnede.
  - a. Gjelder ansatte ved barnehagene, lønnsavdelingen og IKT-medarbeiderne som har gått over til Sykehuspartner
- 2) Fordelingen på stillingskategorier er ikke sammenlignbare 2008 vs. 2009 pga. endringer i definisjoner ved overgang til nytt lønnsystem (PAGA)

	JA/NEI
Er bemanningsutvikling i hht mål for 2009	RH: Ja Ullevål: Ja Aker: Ja
Er bemanningsutvikling i hht årsestimat	RH: Ja Ullevål: Nei Aker: Ja
Er lønnsvekst i hht. Mål	RH: Ja Ullevål: Nei Aker: Ja
Er lønnskostnadene i hht. Budsjett	RH: Ja Ullevål: Nei Aker: Ja

Er det planlagt omstilling i foretaket i 2009	RH: Ja Ullevål: Ja Aker: Ja
Hvis ja, er omstilling i hht. Plan	RH: Ja Ullevål: Ja Aker: Ja
Hvis ja, hvor mange årsverk skal omstilles i 2009	Hele foretaket
Er fullmakten til å ansette i foretaket på samme nivå som budsjettansvar	Nei. Sentralt stillingsutvalgt for hele foretaket
Godkjennes alle ansettelser av eget utvalg	RH: Ja Ullevål: Ja Aker: Ja
Er rutiner for å redusere innleie etablert	RH: Ja Ullevål: Ja Aker: Ja
Foreligger det planer for sikre en kostnadseffektiv ferie avvikling ( <i>Rapporteres frem til juli</i> )	RH: Ja Ullevål: Ja Aker: Ja
Er det etablert en omstillingspool ved foretaket?	Nei, men omstillingsenhet som koordinerer omstilling i klinikkene

	<b>ANTALL</b>
Hvis ja, hvor mange er i omstillingspoolen	RH: 32 potensielt overtallige registrert p.t. Ullevål: Aker: 0
Av de som er kartlagt hvor mange er omstilt (antall)	RH: 22 i 3009 Ullevål: Aker: 0

## RESULTAT

Beskrivelse av mål	2008	2009
= Sum inntekter	17 404 233	17 606 865
= Sum kostnader	17 799 022	17 631 715
= Driftsresultat	-394 789	-24 849
= Resultat	-487 589	-98 849
- Herav økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger	-286 389	0

## Andre forhold;

- Rapportering om iverksatte tiltak og reduksjon av uønsket deltid  
Alle de tre sykehusene har i løpet av året hatt en løpende rapportering til styre relatert til bruk av variabel lønn.
- Grad av gjennomføring og oppnådde resultater for planlagte omstillingstiltak

- Pr. desember er det realisert effekt av tiltak på til sammen 378 mill. kr., sett opp mot et budsjett på 528 mill. kr. Dette gir et negativt akkumulert for omstillingstiltak pr. desember på 150 mill. kr., tilsvarende 28 %.
- Tabellen under viser andel realiserte tiltak pr. desember 2009 ved hvert av sykehusene.

Omstillingstiltak	Akkumulert			Realisert i %
	Realisert	Budsjett	Avvik	
Aker	44 928	59 139	-14 211	76 %
Rikshospitalet	167 756	268 668	-100 912	62 %
Ullevål	165 257	200 613	-35 356	82 %
<b>= Sum tiltak</b>	<b>377 941</b>	<b>528 420</b>	<b>-150 479</b>	<b>72 %</b>

- Vurderinger av forutsetningen om at prosentvis vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling er sterkere enn innen somatikk i 2009
  - Innen somatikken er det en vis reduksjon i både antall innlagte pasienter og samlede antall DRG-poeng. Somatisk poliklinikk viser en viss vekst. Innen psykiatrien viser viktige aktivitetsparametre enten en økende eller en stabil aktivitet. Innen rusområdet er det en markant vekst både i antall utskrevne pasienter og antall polikliniske konsultasjoner. Basert på kommentarene ovenfor, fremstår Oslo universitetssykehus HF med en sterkere vekst innen psykisk helsevern og rus enn tilfellet er for somatikken.



## Vedlegg 1: Oversikt over spesialiteter og funksjoner

### Innledning

Oslo universitetssykehus HF har ansvaret for et bredt spekter av spesialisthelsetjenester. Oslo universitetssykehus HF ble etablert 01.01.2009 gjennom en sammenslåing av Aker universitetssykehus, Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus. Nedenfor er angitt spesialiteter og funksjoner for Oslo universitetssykehus, slik de var fordelt på de tre driftsenhetene pr. 31.12.2009.

### Oslo universitetssykehus HF - Aker

<b>Spesialiteter/funksjoner somatikk</b>	
Lokalsykehusfunksjoner	Omfatter bydelene Alna og Bjerke i Oslo, og Follo-kommunene Ski, Oppegård, Ås, Vestby, Frogn og Nesodden. I tillegg dekker sykehuset alle akuttkirurgiske funksjoner for Lovisenberg Diakonale sykehus (LDS), urologien for Oslo (unntatt bydelene Grorud og Stovner) og karkirurgi for hele Oslo.
Sentralsykehus- / områdefunksjoner	Sentralsykehus for LDS.
Regionsykehusfunksjoner	Tillagt innen endokrinologi (hormon og stoffskiftesykdommer) og endokrin kirurgi, vaskulær intervensjonsradiologi (ekskl. koronararteriene), urologi, karkirurgi, poliklinisk smertebehandling og behandling av sykkelig overvekt.
Landsfunksjoner	Omfatter spesialanalyser innenfor Hormonlaboratoriet med Dopingseksjonen.
Regionale kompetansesentra	Regionalt kompetansesenter for antibiotikabruk
Nasjonale kompetansesentra	Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom
Ansvar som universitetssykehus	Universitetssykehus med særskilt ansvar for forskning og utdanning av helsepersonell.
Særskilte oppgaver som helseforetaket ivaretar på vegne av HSØ	

<b>Spesialiteter/funksjoner psykisk helse og rus</b>	
Lokalsykehusfunksjoner	Psykisk helse for bydelene Bjerke og Alna i Oslo samt kommunene i Follo. Tilbudet omfatter barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, DPS, akuttpsykiatri, avd. for psykosebehandling og alderspsykiatri. Ansvaret for spesialisthelsetjenestene innenfor rus og avhengighet for hele Oslo og Follo.
Sentralsykehus-områdesykehusansvar	Sikkerhetspsykiatriske plasser til LDS/DS-sektor. Poliklinikk for spiseforstyrrelser og angst/tvangslidelser.



	Døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling
Regionsykehusfunksjoner	Poliklinikk for døve med psykiske lidelser (voksne, barn og ungdom). Legemiddelbasert rehabilitering (LAR) i tidligere Helse Øst og et regionalt koordineringsansvar for de private tjenesteleverandørene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).
Landsfunksjoner	Nasjonale kompetansesenter for hørsel og psykisk helse
Regionale kompetansesentra	Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging.
Flerregionale funksjoner	
Nasjonale kompetansesentra	Nasjonale kompetansesenter for hørsel og psykisk helse Nasjonale kompetansesenter for legemiddelassistert rehabilitering (LAR).
Ansvar som universitetssykehus	To professorater (psykisk helse), ansvar for studentundervisning og forelesninger
Særskilte oppgaver som helseforetaket ivaretar på vegne av HSØ	OUS-AUS forvalter regional avtale vedrørende studenthelsetjenesten (Studentsamskipnaden) (psykisk helse)

### Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet

Rikshospitalet er et landsdekkende universitetssykehus og har bestått av:

- Rikshospitalet
- Radiumhospitalet
- Epilepsisenteret - SSE
- Spesialsykehuset for rehabilitering (SSR) frem til 01.07.2009 da enhetene under SSR ble overført til hhv Sykehuset i Vestfold (SSR Stavern), Sørlandet sykehus (SSR Sørlandet Kongsgård sykehus) og Sykehuset Telemark (SSR Telemark Rehabiliteringssenter (Nordagutu)

I fortaksgruppen Rikshospitalet inngår også de heleide aksjeselskapene Sophies Minde Ortopedi AS, Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS, Medinnova AS, Barnehagebygg AS, Sykehotell AS og Radpark AS.

Rikshospitalet HF har ansvar for å videreutvikle høyspesialisert kompetanse, primært knyttet til seks faglige kjerneområder og til en rekke landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra.

De faglige kjerneområdene er transplantasjonsmedisin samt høyspesialisert virksomhet innen:

- barns sykdommer,
- kvinners sykdommer,
- hjertesykdommer,
- sykdommer i nervesystemet
- kreft

<b>Spesialiteter/funksjoner somatikk</b>	
Lokalsykehusfunksjoner	Regionsykehus for gamle Helseregion Sør, Akershus og Østfold. I tillegg fungerer Rikshospitalet som lokalsykehus innen enkelte fagområder (øre, nese og hals, fødsler, pediatri, nevrologi og nyremedisin) for Oslo og deler av Akershus.
Sentralsykehus- / områdefunksjoner	
Regionsykehusfunksjoner	
Landsfunksjoner	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandling med perfusjonskjemoterapi</li> <li>• Bekkeneksentrasjon ved gynekologisk kreft</li> <li>• Behandling av choriocarcinom</li> <li>• Behandling av store hemangiomer og vaskulære malformasjoner</li> <li>• Transseksualisme (Gender identity disorder)</li> <li>• Organtransplantasjoner (hjerte, lunge, nyre, lever, bukspyttkjertel)</li> <li>• Revmakirurgi hos barn</li> <li>• Nyfødtscreening for medfødt hypothyreose og Føllings sykdom samt oppfølging av barn og voksne med Føllings sykdom</li> <li>• Avansert replantasjonskirurgi</li> <li>• Kirurgisk arytmi behandling</li> <li>• Elektiv bløderkirurgi</li> <li>• Cochleaimplantat hos barn</li> <li>• Kraniofacial kirurgi (med Ullevål universitetssykehus HF)</li> <li>• Epilepsikirurgi</li> <li>• Behandling av medfødt hypoplastisk venstre hjertesyndrom</li> <li>• Embolisering av cerebrale arteriovenøse malformasjoner</li> <li>• Elektiv åpen hjertekirurgi hos barn</li> <li>• Utredning for epilepsikirurgi</li> <li>• Utredning av pasienter med epilepsi og store funksjonshemninger</li> <li>• Høyspesialisert rehabilitering/habilitering av pasienter med vanskelig kontrollerbar epilepsi</li> </ul>
Regionale kompetansesentra	
Nasjonale kompetansesentra	<p>Nasjonale medisinske kompetansesentre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarkomer</li> <li>• Gynekologisk onkologi</li> <li>• Nevroendokrine svulster</li> <li>• Medfødte muskelsykdommer (med Universitetssykehuset Nord-Norge HF)</li> <li>• Barnerevmatologi</li> <li>• Medfødte stoffskiftesykdommer</li> <li>• Solide svulster hos barn</li> <li>• Dysmeli (i samarbeid med Trenings- og rådgivningscenteret)</li> <li>• Barnehabilitering med vekt på ernæring</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barnehabilitering med vekt på bevegelse (cerebral parese)</li> <li>• Amming</li> <li>• Studier av langtidseffekter etter kreftbehandling</li> <li>• Kvinnehelse</li> <li>• Epilepsi og utviklingshemming</li> </ul> <p>I tillegg kommer nasjonale kompetansesenterfunksjoner for sjeldne sykdommer og funksjonshemminger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Senter for sjeldne diagnoser</li> <li>• Autismeenheden</li> <li>• Tuberøs sklerose</li> </ul>
Ansvar som universitetssykehus	Rikshospitalet har et nært og formalisert samarbeid med Universitet i Oslo. Dette samarbeidet er en viktig forutsetning for å tilrettelegge for forskning og undervisning.
Særskilte oppgaver som helseforetaket ivaretar på vegne av HSØ	

### Oslo universitetssykehus HF - Ullevål

Ullevål er regionsykehus i Helse Sør Øst HF med både nasjonale, flerregionale, regionale, sentrale- og lokale oppgaver. I tillegg har sykehuset en rekke nasjonale kompetansesentre.

Sykehuset er i hovedsak geografisk plassert i Kirkeveien 166. Innen psykiatri (voksen og barn) samt habilitering har sykehuset også andre enheter som Sogn, Josefinegaten, Dikemark, Holmlia, Ryen, Majorstuen, Nydalen Kapellveien, og Nordre Aasen.

Ved siden av å være regionssykehus for Helse Sør- Øst er Ullevål lokalsykehus for bydelene Sagene, Nordre Aker, Østensjø, Nordstrand, Søndre Nordstrand, samt for barn fra Grorud og Stovner. For en rekke fagområder har sykehuset et bydekkende ansvar som f.eks nevrologi, fysikalsk medisin, hjertemedisin og fødende -m.fler. Sykehuset har også ansvaret for ambulansetjenesten, Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (nødmeldetjenesten som betjener telefon 113), luftambulansetjeneste og syketransport for Oslo og Akershus. For fagområdet nefrologi dekker Ullevål Follo samt alle bydeler unntatt Grorud og Stovner.

UUS har et særlig lederansvar for sykehusberedskap i hovedstadsområdet. Ved større hendelser delegerer Helse Sør Øst ledelsen av de samlede ressurser innen akuttmedisin til administrerende direktør ved UUS.

Sykehusets viktige oppgaver er: pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Sykehuset er ledende i Norge innen traumatologi og akutt- og intensivmedisin. Sykehuset står sterkt også når det gjelder kvinne- og barnesykdommer, øyesykdommer, psykiatri og kreftbehandling. Sykehuset satser stadig sterkere på forskning og undervisning.

<b>Spesialiteter/funksjoner somatikk</b>	
Lokalsykehusfunksjoner	Opptaksområde for UUS er bydelene; 3, 8, 13, 14 og 15 (Bydel Sagene er midlertidig overdratt til Lovisenberg for medisinske pasienter)
Sentralsykehus- / områdefunksjoner	<p>Sentralsykehus- / områdefunksjoner ivaretas for opptaksområdet og/eller i henhold til den til en hver tid vedtatte funksjons- og oppgavefordeling:</p> <p>Nevrologisk avdeling, Infeksjonsmedisinsk avdeling, Nyremedisinsk avdeling, Avdeling for voksenhabilitering, Avdeling for nevropsykologi og rehabilitering, Avdeling for fysikalskmedisin og rehabilitering, Barnesenteret, BUP, Gynekologisk avdeling, Fødeavdelingen, Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin, Samtlige laboratorieavdelinger, Øyeavdelingen, Ambulanse/AMK tjenester, Hjertemedisinsk avdeling med implantasjon av pacemakere, Bryst- og endokrinkirurgisk avdeling, Anestesiavdelingen og Brystdiagnostisk senter. Flere av avdelingene med sentralsykehusfunksjon har krevende pasienter fra hele regionen.</p> <p>Gastromedisinsk avdeling har i økende grad behandling med palliativ stenting av cancer pasienter utenfor eget opptaksområde, samt regionalt Barnenevrologi og habilitering, Sosialpediatri for barn og ungdom. Lungemedisin</p>
Regionsykehusfunksjoner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UUS har følgende regionsfunksjoner :</li> <li>- Traumatologi</li> <li>- Onkologisk avdeling, hvor det nå er inngått avtale med sentralsykehuset i Østfold</li> <li>- Avdeling for medisinsk genetikk med genetisk rådgivning</li> <li>- Program intensiv trening – habilitering av sterkt funksjonshemmede barn og unge.</li> <li>- Hematologisk avdeling</li> <li>- Nevrokirurgisk avdeling</li> <li>- Kjevekirurgisk avdeling</li> <li>- Plastikkirurgisk avdeling</li> <li>- Thoraxkirurgisk avdeling</li> <li>- Barnekirurgisk avdeling</li> <li>- Gastrokirurgisk avdeling</li> <li>- Hjertemedisinsk avdeling med regionsfunksjon innen kardiologi( arytmi-behandling, PCI, endokarditter, utredning for hjertekirurgi m.fl. )</li> <li>- Hjerte-Kar radiologisk avdeling med regionsfunksjon innen invasiv kardiologi (kateterbasert undersøkelse og behandling av hjerte-sykdom)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infeksjonsmedisinsk avdeling innen HIV, spondylodiskitt, intracerebrale infeksjoner, tuberkulose , tropemedisin, multiresistent tuberkulose + Beredskapsfunksjon høyrisikosmitte</li> <li>- Demensutredningen på Hukommelsespul.</li> <li>- Hukommelsespoliklinikken: Avansert demensutredning, demens hos personer &lt;65 år, uvanlige demensformer, særlig krevende demensdiagnostikk.</li> <li>- Akutt slagbehandling innenfor rammen av det komplette slagsenteret (hjerneslag).</li> <li>- Lungemedisin</li> <li>- Avdeling for medisinsk genetikk</li> <li>- Regionsfunksjon for de dårligste indremed pas i HSØ og de dårligste forgiftningspas i HSØ</li> <li>- Elektronmikroskopidiagnostikk</li> <li>- Klinisk nevrofysiologi</li> <li>- Luftambulanseavdelingen</li> <li>- Barneradiologisk avdeling</li> <li>- Nevroradiologisk avdeling, inkludert flerregionale funksjoner for traumer ( cerebralt og spinalt)</li> <li>- Øyeavdelingen (Regionansvar for både Øst og Sør. Spesielt netthinnekirurgi som i praksis kun gjøres ved UUS) (Ketil Eriksen: Øye)</li> <li>- Ortopedi med regionsansvar i avansert traumatologi-, rygg-, onkologi, arthro- og revisjonskirurgi.</li> <li>- Klinisk farmakologisk senter</li> <li>- Mikrobiologisk avdeling</li> <li>- Klinisk kjemisk avdeling utfører også en rekke analyser for regionen eller nasjonalt plan</li> <li>- Regionalt fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi og Regionalt fagmiljø for autisme (disse slått sammen til et regionalt fagmiljø i 2009).</li> <li>- Molekylærpatologi (KRAS-mutasjonsanalyse gjøres for flere sykehus)</li> <li>- Transfusjonsmedisin (Blodbanken i Oslo)</li> <li>- Barneklubben fortsatt et regionansvar for gamle Helse Øst ( Oppland, Hedmark, Akershus og Østfold), ikke avgrenset for ekstremt premature.</li> </ul> <p><b>Kvinneklubben:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cancer</li> <li>- Premature</li> <li>- Avansert endometriose</li> <li>- Genitale misdannelser</li> <li>- Assistert befruktning</li> <li>- Høsting av ovarialbiopser til frys</li> </ul>
--	---

	Andre virksomheter enn de tradisjonelt kliniske; for eksempel kvalitetsutvikling, sykehushygiene og IT samarbeid / telemedisin
Landsfunksjoner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retinoblastom,</li> <li>- Medfødt Glaucom</li> <li>- Rekonstruksjon ved medfødte misdannelser i øyeregionen (oculoplastikk)</li> <li>- Landsfunksjon for biologisk- og kjemisk agens og radioaktiv stråling ( NBC- tidligere ABC)</li> <li>- Høyrisikosmitte enheten ved infeksjonsmed avdeling</li> </ul>
Regionale kompetansesentra	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kompetansesenter arvelig kreft</li> <li>- Kompetansesenter genterapi</li> <li>- Kompetansesenter lindrende behandling</li> <li>- Kompetansesenter for perinatal patologi</li> <li>- Ekstraksjon av defekte pacemaker- og ICD-elektroder (ikke formelt men reelt, akseptert av fagmiljøene)</li> </ul>
Nasjonale kompetansesentra	<p>Med støtte fra Sosial- og helsedepartementet har helseforetaket følgende nasjonale kompetansesentra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nasjonal kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og Narkolepsi</li> <li>- Norsk Senter for Cystisk fibrose</li> <li>- NBC senteret (tidligere ABC-skader)</li> <li>- Import- og tropesykdommer</li> <li>- Aldring- og helse</li> <li>- Prehospital akuttmedisin NAKOS</li> <li>- Nasjonalt kompetansesenter i blodtypeserologi</li> <li>- Nasjonalt kompetansesenter for døvblinde</li> <li>- Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)</li> <li>- kompetansesenter for barn med fedme</li> </ul>
Ansvar som universitetssykehus	UUS er universitetssykehus og har i samarbeid med Universitetet i Oslo og Høgskolene ansvar for utdanning av alle kategorier helsepersonell. Som universitetssykehus har UUS videre et spesielt ansvar for å drive forskning.
Særskilte oppgaver som helseforetaket ivaretar på vegne av HSØ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forebyggende kardiologi</li> <li>- Avdeling for arbeidsmedisin</li> <li>- Nedfrysning, oppbevaring og tining av erythrocytkonsentrater fra pasienter og blodgivere med sjeldne blodtyper</li> <li>- Diagnostikk av toxoplasmose</li> <li>- Referanselaboratorium for infeksjonsserologi</li> <li>- Medisinsk bioteknologiske laboratorium for sjeldne blodsykdommer</li> <li>- Transplantasjonsimmunologi i samarbeid med Rikshospitalet (Helse Sør RHF)</li> <li>- Knutepunktfunksjon for mennesker med autisme og psykiske lidelser</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barnepatologi</li> <li>- Barneonkologi</li> <li>- Tuberkulose</li> <li>- Hjemmerespiratorbehandling</li> <li>- Arytmisenteret: Diagnostikk og behandling av pasienter med alvorlige rytmeforstyrrelser i hjertet.</li> <li>- Muskel-skjelettskader og sykdommer på universitetsnivå.</li> <li>- Seksuelle overgrep hos barn og unge</li> <li>- Overvekt hos barn og unge</li> <li>- Kjønnsslemlestelse/barnemishandling hos barn og unge.</li> <li>- Nevrohabilitering barn/ungdom</li> <li>- Spinalenhet: I samarbeid med Sunnaas sykehus har UUS et flerregionalt ansvar innenfor HØ og Sør for pasienter med akutte ryggmargskader.</li> <li>- Spinal nevreradiologisk intervensjon( vertebroplastikk etc)</li> <li>- UUS har et flerregionalt ansvar for multitraumatiserte pasienter (pasienter med omfattende og alvorlige skader) innenfor Helse Sør Øst</li> <li>- Hyperbarmedisin</li> <li>- Tilsyn med blodbanker uten spesialist, kompliserte blodtypeserologiske utredninger for disse og utvelgelse av forlikelig blod UUS utfører dette på vegne av blodbanker under Helse Øst og Helse Sør som ikke selv har denne kompetansen. Avtaler og tilsynskontrakt inngås med det enkelte helseforetak.</li> <li>- Bekken- og acetabularkirurgi</li> <li>- Voksne pasienter med cystisk fibrose</li> <li>- Akutte forgiftninger og behandling av disse.</li> <li>- Behandling av pasienter med hematologiske lidelser (funksjonsfordeling)</li> <li>- UUS har et særlig ansvar som akutt- og traumesykehus for HSØ. UUS har ansvar for planleggingen og øvelser for interne og eksterne krisesituasjoner i henhold til vedtatte beredskapsplaner. Disse planene blir fortløpende vedlikeholdt og utviklet. UUS har en katastrofekomite og en katastrofeplan. Det holdes årlig katastrofeøvelser. UUS har også fått ansvaret for, på vegne av HØ, å koordinere regionens ressurser ved store katastrofer. Dette innebærer både planansvar og operativt ansvar</li> <li>- Nyfødt- ekstremt premature</li> <li>- Klinisk framakologi</li> </ul>
--	--

**Spesialiteter/funksjoner psykisk helse og rus**

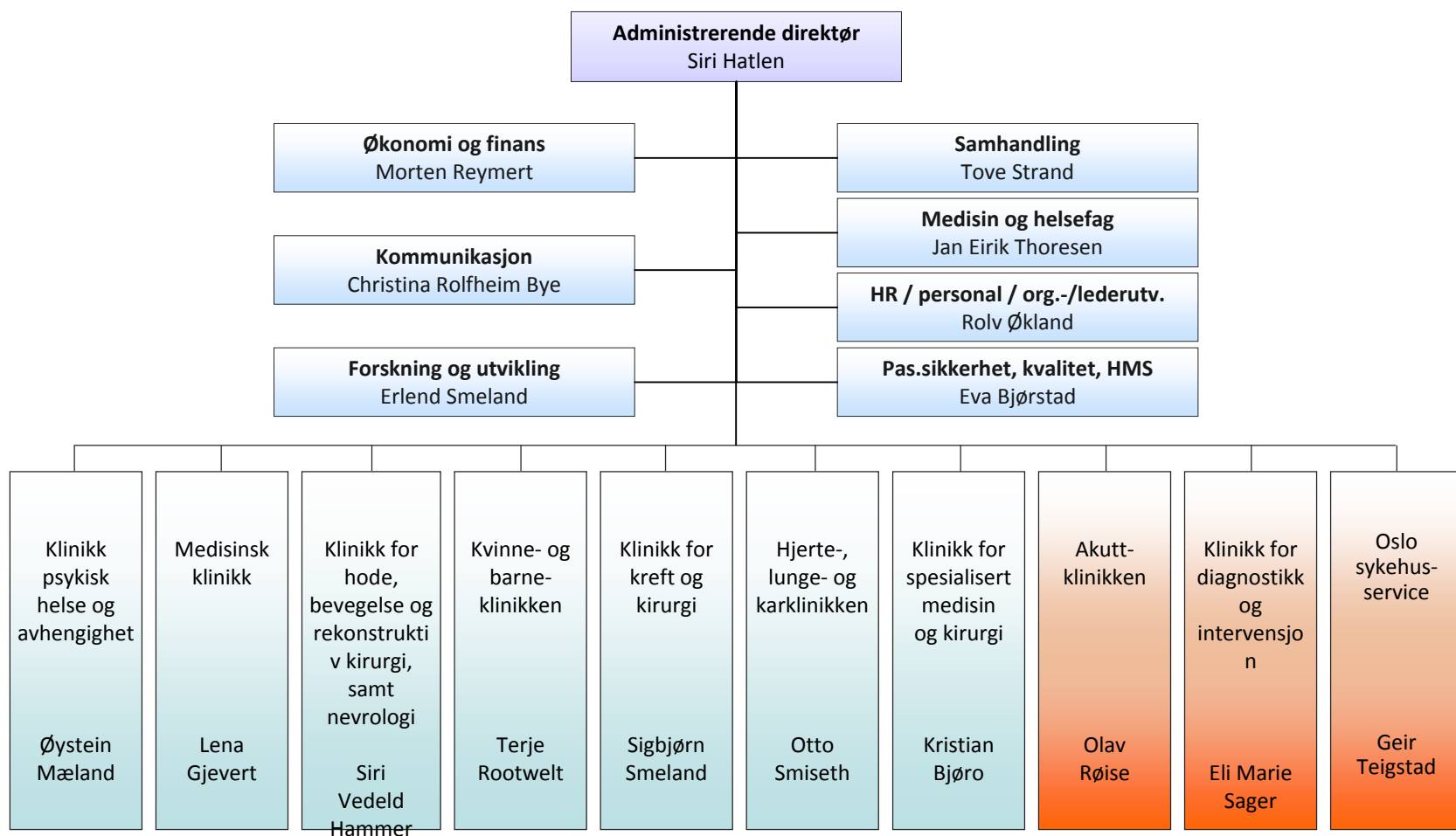
Lokalsykehusfunksjoner

 Opptaksområde for UUS er bydelene; 3, 8, 13, 14 og 15  
 Poliklinikk Syd ( Nordstrand, Søndre Nordstrand og Østensjø)

	Poliklinikk Nord, 2 Distriktpsikiatriske sentra (DPS)
Sentralsykehus- områdesykehusansvar	Sentralsykehusfunksjoner ivaretas for opptaksområdet og/eller i henhold til den til en hver tid vedtatte funksjons- og oppgavefordeling. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akuttpsykiatrisk avdeling</li> <li>- Allmennpsykiatrisk avdeling</li> <li>- Alderspsykiatrisk avdeling</li> <li>- Avdeling for førstegangpsykosser</li> <li>- Avdeling for personlighetspsykiatri</li> <li>- Nevropsykiatrisk enhet</li> <li>- Ullevål familieenhet</li> <li>- Ullevål dagenhet</li> <li>- Krise- og utredningsenheten</li> <li>- Lillesogn dagenhet</li> <li>- Sogn døgnet</li> <li>- Nydalen dagenhet</li> <li>- Ungdomspsykiatrisk akutenhet</li> <li>- Enhet for psykoser</li> <li>- Familieenheten på Sogn</li> <li>- Ambulant miljøterapi</li> </ul>
Regionsykehusfunksjoner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psykiatrisk avdeling for psykisk utviklingshemmede (PPU)</li> <li>- Regional avdeling spiseforstyrrelser(RASP)</li> <li>- Regional sikkerhetsavdeling(RSA)</li> </ul>
Landsfunksjoner	
Regionale kompetansesentra	Regionalt kompetansesenter for sikkerhets,- fengsels- og rettspsykiatri, Regionalt kompetansesenter for tidlig intervensjon ved psykose (TIPS Sør-Øst)
Flerregionale funksjoner	
Nasjonale kompetansesentra	
Ansvar som universitetssykehus	UUS er universitetssykehus og har i samarbeid med Universitetet i Oslo og Høgskolene ansvar for utdanning av alle kategorier helsepersonell. Som universitetssykehus har UUS videre et spesielt ansvar for å drive forskning.
Særskilte oppgaver som helseforetaket ivaretar på vegne av HSØ	Regionsansvar for funksjonell MR Koordineringsenheten for dømte til behandling Helse Sør Øst



# Organisering fra 1.1. 2010



## Revidert risikobilde Oslo universitetssykehus 2.tertial 2009

Område	Målområder	R	Tiltak	Frist	Ansvar
<i>Pasientbehandling</i>	Etablering av sykehusområdet	●	Integrasjonsarbeidet i OUS er i full gang. Det ligger utfordringer innen IKT området knyttet til samordning av tjenester som håndteres innen SIO realisering. Det er etablert eget prioriteringsutvalg for innkjøp av MTU (manglende investeringer). Etablert faste møtestrukturer, kommunikasjon- informasjon og oppfølging av ledere og medarbeidere. Tempo i planen fokuseres.	01.01.2010	Adm dir
	Kvalitet	●	Se tertial rapportering for epikrisetid, fristbrudd og korridorpasienter – her er det egne tiltak med oppfølging ved hvert av sykehusene.	Satt egne frister	Adm dir
	Pasientsikkerhet	●	Det er iverksatt tiltak for å redusere sykehusinfeksjoner. Pandemiplan og tiltak er i verksatt i tråd med nasjonale retningslinjer. Tiltak for reduksjon av feilmedisinering følges opp og dokumenteres ( som tidligere).	2 tertial	Adm dir
	Aktivitet	●	Aktiviteten per 2 tertial innen somatikk er lavere enn budsjettert målt i drg poeng, men positiv utvikling de siste månedene. Poliklinisk aktivitet målt i refusjonspoeng er over budsjett for 2 tertial . Psykisk helsevern høyere enn budsjett for inneliggende og polikliniske pasienter. Bup- poliklinikkaktiviteten er omtrent som budsjettert ( 1% lavere). Rus –økning i antall utskrevne pasienter, men reduksjon i antall liggedøgn – pol høyere enn budsjettert og at kjøp av plasser fra private fortsatt en utfordring.	Følges tertialvis	Fagdirektør
<i>Forskning</i>	Opprettholde nivå Øke antall dr grader i samsvar med ressurstilførsel	●	Det arbeides med å etablere månedlig rapportering. Iverksatt kartlegging knyttet til integrasjonsaktivitetene.	3 tertial	Forskningsdir
<i>Kunnskapsutvikling og god praksis</i>	Helhetlige pas forløp Samhandling med fokus på liggetid Regionale fagråd	●	Det arbeides med dette på tvers av dagens tre sykehus, samt å utarbeide og iversette en samlet strategi for kunnskapshåndtering og forbedringsarbeid og god praksis.	3 tertial	Adm dir
<i>Organisering og utvikling av fellestjenester</i>	Adm støtte Administrative fellestjenester	●	Det foregår et omfattende arbeid i integrasjonsprogrammet som ser på stabstøttetjenester i foretaket og som ser på hvordan dette skal organiseres for å sikre bedre koordinering og styring av alle felles tjenester, også de administrative .	Skal være ferdig i november	Adm dir

	Innkjøp og logistikk	●	Realisere gevinster – Legges inn i økonomisk bærekraft prosjektet som starter nå. Innkjøp og logistikk er av de fellestjenester som skal legges inn i enhet J- og samordnes allerede fra 15 oktober .	Egen plan	Økonomidir.
	Bygningsareal og eiendomsforvaltning	●	Bygningsareal og kostnader til eiendomsforvaltning reduseres- dette er en del av økonomisk bærekraft prosjektet som starter nå.	Egen plan	Økonomidir.

<i>Mobilisering av medarbeidere og ledere</i>	HR strategi med fokus på -Mobilisering av medarbeidere og ledere -Kompetanseutvikling -Ressursstyring -Arbeidsmiljø og HMS	●	HR arbeider aktivt med organisering og bemanningsprosessene i hele OUS. Nivå 2 ledere og nestledere er ansatt. Retningslinjer og prosess for ansettelse av nivå 3 ledere er iverksatt. HR kvalitetssikrer prosessen videre og vil bistå klinikkene i Nivå 4 og 5 ansettelser til våren 2010. Det er nedsatt arbeidsgrupper innen arbeidsmiljø og HMS som skal sikre en felles beste praksis i det nye foretaket.	Høst 09	HR-dir.
	Medvirkning	●	12 prinsippene for medvirkning er forankret . det er god dialog og fast etablert samarbeid med tillitsvalgte både med ledelse, programkontor og i hvert av prosjektene.	Hele integrasjonen	HR-dir.
	Sykefravær	●	Målet er fortsatt å redusere med 1 prosentpoeng - tiltak følges. Per 2 tertial er snittet 8,2 mot 8,6 ved inngangen av året, men det er for tidlig å slå fast noen trend stor variasjon.	Fokus fra 1. tertial	HR-dir.
	Ledelse	●	Det er valgt nye ledere og nestledere i alle klinikker. Disse har en betydelig utfordring i å skulle lede i to parallelle organisasjoner høsten 2009 og vil trenge lederstøtte. Dette er det tilrettelagt for, men vil fortsatt være en utfordring.	Egen plan	HR-dir.
<i>Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring</i>	Budsjettbalanse	●	Detaljerte tiltak på alle sykehus – det foreligger et merforbruk per 2. tertial på ca 130 millioner og det er risiko for avvik ift budsjettmål, selv om utviklingen er positiv.	Egen plan	Adm.dir.

Kap.	Mål / Krav / Oppdrag m.m. i driftsavtale 2009	Ansv. RHF el. HF	Oppfølging / status ved Aker universitetssykehus HF
<p><b>Forkortelser som benyttes :</b></p> <p>OUS                    Oslo universitetssykehus HF            OUS – AUS        Oslo universitetssykehus HF - Aker            OUS – RH         Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet            OUS –UUS        Oslo universitetssykehus HF - Ullevål            HSØ                Helse Sør-Øst RHF</p>			
<b>6</b>	<b>II Mål for 2009</b>		
<b>6.1</b>	<b>Pasientbehandling</b>		
6.1.1	Gjennomføre styrets vedtak i omstillingsprogrammet (jfr. sak 0xx/2008) Etablere sykehusområdene	RHF HF	Det vises til pågående integrasjonsaktiviteter i OUS, kommentert i Årlig melding 2009.
6.1.2	Gjennomføre styrets vedtak i omstillingsprogrammet (jfr. sak 0xx/2008) Sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan	RHF HF	Det vises til pågående integrasjonsaktiviteter i OUS, kommentert i Årlig melding 2009.
6.1.3	Kvaliteten skal bedres : Minst 80 % andel epikrise utsendt innen 7 dager	HF	OUS - AUS har gjennom hele året hatt fokus på å øke andelen epikriser utsendt innen 7 dager. For 2009 er andelen epikriser utsendt innen 7 dager innenfor somatikken 64,1% sammenlignet med et snitt på 56 % i 2008. Innenfor psykisk helsevern er tilsvarende tall for 2009 71,8 % sammenlignet med 2008 69 % ( voksenpsykiatrien ), mens det innenfor TSB for 2009 er 58,2 % sammenlignet med 63 % i 2008. Oppsummert har det vært en stor økning i andelen epikriser utsendt innen 7 dager fra 2008 til 2009 innenfor somatikk og en liten positiv endring innen psykisk helse mens gjennomsnittet for TSB viser en redusert andel. For TSB var april en spesiell lav måned med kun 33,1%. For årets fem siste måneder viser snittet 62 % slik at resultatet er omtrent som i 2008.

6.1.4	Kvaliteten skal bedres : Det skal normalt ikke være korridorpasient	HF	Innenfor psykisk helsevern er gjennomsnittlig andel korridorpasienter i 2009 på 0,9 % og innenfor somatikken 3,1 %. For 2008 var tallene hhv 1,9% og 2,6%. Den relativt høye andelen korridorpasienter innen psykisk helse skyldes en høy andel spesielt i mars, men andelen for siste halvår var på 0,3%. Også for somatikk var det høye tall 1. halvår, mens snittet for årets seks siste måneder er på 2,1%.
6.1.5	Kvaliteten skal bedres : Det skal ikke være fristbrudd	HF	Andel fristbrudd ved OUS - AUS er i snitt i 2009 innenfor somatikken på 21 %, noe som tilsvarer samme nivå som 2008. Innenfor psykisk helsevern er andel fristbrudd økt fra 24,7% i 2008 til 26,8 % i 2009. For TSB er det en markert reduksjon fra 19,8% i 2008 til 4,8 % i 2009.
6.1.6	Pasientsikkerheten skal bedres: Det utarbeides HF-vise planer for reduksjon og dokumentasjon av sykehusinfeksjoner Gjennomførte tiltak for reduksjon av feilmedisinering skal dokumenteres.	HF	Se 7.1.2.5 – Vedrørende sykehusinfeksjoner.  Det drives et fortløpende arbeid for reduksjon av feilmedisinering knyttet til klinikkens/avdelingens avviksbehandling. I 2009 er det gjennomført forbedringstiltak i forhold til ca. 170 legemiddelavvik. I forbindelse med et alvorlig avvik i en spesialavdeling har alle klinikker gjennomgått sine rutiner i spesialavdelinger og poliklinikker. Legemiddelkomiteén følger opp saken og sikrer utarbeidelse av nye prosedyrer. Med utgangspunkt i registrert avvik og risikovurderinger er det gjennomført en rekke interne revisjoner i forhold til legemiddelhåndtering.
<b>6.2</b>	<b>Forskning</b>		
6.2.1	Forsknings- og innovasjonsaktivitet opprettholdes på samme høye nivå og NIFU-poeng og dr.grader økes i samsvar med økt ressurstilførsel	HF	Det arbeides hele tiden for at både kvaliteten og kvantiteten målt ved publikasjonpoeng skal bli bedre. Dette krever også tilførsel av stimuli til miljøene, både i form av ressurser, utstyr og midler. I så måte ser vi med bekymring på at andelen frie midler som deles ut av HSØ har gått ned de to siste årene, da dette er vår viktigste kilde til finansiering av nye stipendiater. I tillegg har FAS (Forskningssenteret Aker Universitetssykehus) som sådan ikke fått øket sine bevilgninger for 2008/2009 men tvert imot hatt en nedgang i de såkalte FAS midler (fra 2MNOK til 1.5MNOK), disse midler har typisk blitt benyttet til å stimulere skriving av artikler, frikjøp av postdoc osv. Når det gjelder produksjonstall for 2009 foreligger offisiell statistikk i mars/april neste år. Foreløpige tall tyder på at antall publikasjoner vil ligge på omtrent samme nivå som i fjor (ca 120) mens antall doktorgrader hittil i år er 2, mot 8 i fjor.
6.2.2	Etablere regionale infrastrukturtiltak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid som skal bidra til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurranseevne	RHF HF	Vi har deltatt aktivt i det regionale strategiske samarbeidet i regi av HSØ, som har munnet ut i ny forskningsstrategi samt en konkret implementeringsplan, den siste vil måtte bli satt ut i livet i OUS. Videre deltar forskningsdirektør i det forskningsadministrative nettverket i HSØ, hvis oppgave er å legge forholdene til rette for gjennomføring av tiltak. Innen helsefag har vi et godt og etablert samarbeid med Høyskolene, da særlig HiOslo, og med instituttet (UiO). Dette samarbeidet gjelder særlig masteroppgaver, som ofte er knyttet opp mot flere sykehus i regionen som et

			forskningsnettverk.
6.2.3	Utvikle incentiver for stimulering av tverrfaglig forskning og translasjonsforskning	RHF	OUS-AUS har arbeidet med å stimulere til økt tverrfaglig forskning, men det har ikke vært rom for nye tiltak i 2009. Det vises også til punkt 6.2.1. Det er lite translasjonsforskning ved OUS-AUS, med unntak av prosjekt innen urologi og noe innen diabetes.
6.2.4	Tiltak for å understøtte etikk og internkontroll i forskningen implementeres	HF	Førstelinjekontrollen av eventuelle etiske problemstillinger i prosjekter skjer gjennom klinikkens forskningsutvalg (KFU) der alle prosjekter må innsendes og godkjennes. I tillegg spiller de eksterne aktørene, Personvernombudet og Regional etisk komite en viktig rolle ved at alle prosjekter må godkjennes av disse. Forskningsdirektør har deltatt på de fleste møter i de respektive klinikkers forskningsutvalg, der forskningsetiske spørsmål er på dagsorden på alle møter.
<b>6.3</b>	<b>Kunnskapshåndtering og god praksis</b>		
6.3.1	Utarbeide og iverksette en samlet strategi for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis	RHF	OUS-AUS har bidratt i arbeidet med en strategi for pasientforløp i OUS, høsten 2009. Ansvar for organisering og gjennomføring lagt til sentral stab, kvalitet. Strategien skal understøtte satsningsområdet til Helse Sør Øst og bistå de ulike klinikkene i deres pasientforløpsarbeid gjennom metoder og verktøy tilpasset deres behov.
6.3.2	Utvikle helhetlige pasientforløp og bedre samhandling som sikrer faglig riktig liggetid i sykehus	RHF HF	Akermodellen har gjennomført 7 prosjekt og startet 10 nye prosjekt som i større eller mindre grad sikrer helhetlige pasientforløp. Samhandling har vært sentralt for prosjektene internt og eksternt. I et av prosjektene har det vært prosjektdeltagelse fra samarbeidspartnere direkte i arbeidet. Selv om noen prosjekt har konsentrert seg om delprosesser i behandlingsforløpet, bidrar dette til rett behandling til riktig tid og til riktig ressurs.
6.3.3	Regionale fagråd etableres	RHF	OUS – AUS har bidratt med innspill i prosessen og har en rekke representanter i regionale fagråd
<b>6.4</b>	<b>Organisering og utvikling av fellestjenester</b>		
6.4.1	Administrative fellestjenester i foretaksgruppen standardiseres både når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess for å frigjøre ressurser til pasientbehandling og øke kvaliteten på de administrative funksjoner	RHF HF	For hele punkt 6.4 vises det til pågående prosesser/aktiviteter i OUS, og særlig til prosjekter gjennom Økonomisk bærekraft, kommentert i Årlig melding.
6.4.2	Implementere bedre koordinering og styring av alle administrative	RHF HF	Se 6.4.1.

	fellestjenester i helseforetaksgruppen		
6.4.3	Samlet realisert gevinst for innkjøp og logistikk skal være 250 MNOK i 2009	HF	Se 6.4.1.
6.4.4	Samlet bygningsareal og kostnader til eiendomsforvaltning reduseres med 3 % i 2009	RHF	Se 6.4.1. Salg av eiendom i regi av OUS – viser til integrasjonsprosessen
<b>6.5</b>	<b>Mobilisering av ansatte og ledere</b>		Det vises til vedlegg 8 OUS Årlig melding 2009 Oppfølging av foretaksmøteprotokollene 2009 HSØ og OUS , pkt. 5.1.1. HR-strategi
6.5.1	Operasjonalisere og implementere vedtatte HR-strategi med fokus på . Mobilisering av medarbeidere og ledere	RHF HF	OUS - AUS har mobilisert medarbeidere og ledere spesielt gjennom ulike integrasjonsprosjekter i hele 2009.
6.5.2	Operasjonalisere og implementere vedtatte HR-strategi med fokus på . Kompetanseutvikling	RHF HF	OUS – AUS vil delta aktivt i arbeidet i HSØ for å etablere en plan for strategisk kompetanseutvikling. OUS – AUS skal ta i bruk læringsportalen og vil aktivt utvikle og ta i bruk relevante e-læringsprogram. Alle medarbeidere er registrert i eLæringsplattformen og opplæring i systemet er planlagt. OUS vil aktivt følge prosjektet i HSØ. Gjennom dette settes det krav og forventninger som HR må innfri for å møte et fremtidig behov i OUS og i HSØ generelt.
6.5.3	Operasjonalisere og implementere vedtatte HR-strategi med fokus på . Ressursstyring	RHF HF	Som en del av Adm HR prosjektet i HSØ var det planlagt å ta i bruk personalportalen der OUS – AUS var på plass fra oktober 2009. OUS skal utvikle hensiktsmessige rapporteringsrutiner innenfor personalområdet som en del av integrasjonsprosessen. OUS skal definere og implementere like måle- og resultatindikatorer for HR.
6.5.4	Operasjonalisere og implementere vedtatte HR-strategi med fokus på . Arbeidsmiljø og HMS	RHF HF	OUS skal utvikle en systematisk HMS-arbeid gjennom gode og velfungerende HMS systemer, herunder forbedre rutiner for systematiske risikovurderinger og oppfølging av handlingsplaner og tiltak. HMS ansvaret er desentralisert og ligger i linjen. OUS skal utvikle et felles grunnlag for arbeidet med IA. Det vil bli gjennomført en vurdering av konsekvenser av IA - arbeidet. Det ble besluttet ikke å gjennomføre medarbeiderundersøkelse i 2009. Det skal videre utarbeides maler for rapportering av resultatene og for utarbeidelse av handlingsplaner for identifiserte tiltak, både sentralt og lokalt.
6.5.5	De 12 prinsippene for medvirkning forankres og operasjonaliseres	HF	OUS har drøftet og vedtatt retningslinjer for omorganisering og bemanningstilpasning med henvisning til de 12 prinsippene for ansattes medvirkning under omstillingsprosesser utarbeidet i HSØ. Disse retningslinjene har vært anvendt på OUS – AUS fra iverksettelsestidspunktet.

6.5.6	Sykefraværet reduseres med 1 prosentpoeng	HF	OUS – AUS hadde et sykefravær på 8,2 % i 2008 og 7,2 % i 2009.
<b>6.6</b>	<b>Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring</b>		
6.6.1	God økonomistyring i henhold til eiers styringskrav	HF	For å legge til rette for et økonomisk resultat i samsvar med eiers styringsmål har OUS – AUS vektlagt ansvarliggjøring av ledere i hele organisasjonen. Grunnlaget for ansvarliggjøring er lagt gjennom bred deltakelse og involvering i planprosessene og gjennom en systematisk og forutsigbar prosess for styring og oppfølging gjennom året. Dette stiller store krav til involvering og dialog mellom de ulike ledelsesnivåene. Delegering av fullmakter innenfor fag, personal og økonomi, er brukt som virkemiddel for å sikre god styring og effektiv drift.
6.6.2	Ferdigstille og forankre ny inntektsmodell	RHF	OUS – AUS har bidratt i arbeidet med ny inntektsmodell.
<b>7</b>	<b>Forventninger og krav knyttet til helseforetakets håndtering av de fire lovpålagte hovedoppgavene i 2009</b>		
<b>7.1</b>	<b>Pasientbehandling</b>		
<b>7.1.1</b>	<b>Aktivitet og kapasitet</b>		
	I hht statsbudsjettet skal Helse Sør-Øst samlet ha en generell aktivitetsvekst på 1,5 prosent fra 2008, og dette gjelder all pasientbehandling (somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering). Økte midler som følge av opptrappingsplanen for rusbehandling kommer i tillegg.		
7.1.1.1	Aker universitetssykehus HF skal prioritere aktivitetsvekst innen nasjonalt prioriterte områder og på områder med identifiserte behov innenfor helseforetakets samlede økonomiske ramme. Det legges til grunn at Aker universitetssykehus HF styrer aktiviteten for å sikre likeverdig tilgang av helsetjenester på tvers av fagområder. I budsjettet til Helse Sør-Øst er det prioritert økt ressurstilgang til psykisk helsevern, rusbehandling, habilitering og rehabilitering samt til prehospitaltjenester. Helseforetakets aktivitet skal gjenspeile disse prioriteringene. Aker		<p>Aker har i 2009 hatt en økning i aktiviteten innenfor psykisk helsevern og rus. Her er det særlig økt poliklinisk tilbud som er prioritert. Sammenlignet med 2008 (pr. oktober) er det en økning i antall konsultasjoner innenfor voksenpsykiatrien på 12 % og innenfor barne- og ungdomspsykiatrien på 8 %. Døgnaktiviteten innenfor psykisk helsevern er i samme periode litt lavere, og dette skyldes lavere aktivitet i forbindelse med innflytting i ny Folloklinikk høsten 2009.</p> <p>Innenfor TSB har det vært en økning i antall pasienter utskrevet fra egne institusjoner på 9 %, og en økning i antall refusjonsberettigede konsultasjoner på 38 %.</p> <p>Den somatiske aktiviteten ved Aker er i 2009 noe lavere enn budsjettet og litt lavere enn i samme periode 2008.</p>



	universitetssykehus HF skal i oppfølgingsmøtene rapportere hvordan helseforetaket prioriterer og styrer aktiviteten.		
7.1.1.2	Innenfor somatisk sektor skal helseforetaket legge til grunn en samlet ramme for aktivitet på i alt xxxx <u>DRG-poeng</u> for pasienter bosatt i egen region, samt yyyy refusjonspoeng til poliklinisk aktivitet. Dersom tallene til Helse Sør-Øst endres i Oppdragsdokument 2009, justeres helseforetakets aktivitetsramme tilsvarende.		Innenfor somatikken har OUS – AUS en samlet ramme for aktivitet på i alt 28.697 DRG-poeng for pasienter bosatt i egen region, samt 77.122 refusjonspoeng til poliklinisk aktivitet
7.1.1.3	For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) legges følgende styringsmål til grunn for 2009: <ul style="list-style-type: none"> <li>. Den relative veksten i ressursbruk og aktivitet innen psykisk helsevern og rusbehandling skal være større enn innen somatisk sektor</li> <li>. Ressursøkningen forutsetter kvalitetsforbedring, omstilling og mer effektiv drift innen psykisk helsevern og rusbehandling.</li> <li>. Det skal ikke legges ned behandlingstilbud innen det psykiske helsevernet før alternativt tilbud foreligger og er tilgjengelig.</li> </ul>		<p>Vi har hatt en gjennomgang av 2 poster som har som målgruppe pasienter som trenger et forsterket behandlingstilbud pga vold, utagering og alvorlig psykose og stoffmisbruk. Denne gjennomgangen har bedret pasientflyten, hevet kvaliteten og brakt budsjettet i balanse på avdelingen.</p> <p>Vi har foretatt opplegging av inntaksprosedyrene både på BUP-poliklinikkene og på voksen-poliklinikkene og fått bedret kapasitet. Henvisningsmengden har økt og det kan i perioder være vanskelig å korte ventetid på behandling og helt unngå fristbrudd.</p> <p>Vi har åpnet 3 nye døgnposter ved Follo DPS og har nå 33 døgnplasser. Ressursene fra en post på Gaustad-området er overført til Follo DPS.</p> <p>Se også pkt. 7.1.1.1.</p> <p>Klinikk rus og avhengighet har gjennom hele året arbeidet aktivt med å øke kvaliteten på tjenestene også i år har akutt og avgiftningstjenestene bla. etablering av felles inntaks - og vurderingsteam. KRA har i hele år hatt fokus på kvalitetsforbedringstiltak bla. gjennom systematisk bruk av Akermodellen. Individuell plan har vært i særlig fokus i 2009. Avdeling behandling unge arbeider for å omstille virksomheten ved å styrke polikliniske/ambulante tjenester samt kortidsbehandling. Enheten Ås endres til i første omgang å være en intermediær enhet ved Follo DPS samt at noe ressurser overføres til å bli en kortidstilbud lokalisert på Gaustad, men 7</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Økte midler som følge av opptrappingsplanen for rusbehandling skal resultere i økt aktivitet.</li> <li>. Eksisterende døgnkapasitet innen TSB kan ikke omstilles uten tett samhandling med Helse Sør- Øst RHF, siden det må sees i sammenheng med helseregionens totale behandlingstilbud og det frie sykehusvalget</li> </ul>		døgnplasser ved ettervernsboligene omstilles til dagplasser. Enheten Frogn som er et unikt tilbud til kvinner med alkoholavhengighet har utvidet tilbudet med to plasser.
7.1.1.4	Helseforetaket skal følge opp intensjonene for ordningen Raskere tilbake, og bidra til at Helse Sør-Øst innfrir sine forpliktelser. Spesielt understrekes kravet om at aktiviteten skal være sporbar og komme i tillegg til ordinær aktivitet.		Aker har fulgt opp Raskere tilbake, særlig gjennom koordinator for området, og gjennom fast månedlig rapportering til RHF'et. Aktivitet innenfor Raskere tilbake inngår ikke i ordinær aktivitetsrapportering.
7.1.1.5	Dersom helseforetaket utfører behandling som er funksjons- og oppgavefordelt til andre HF, vil ikke helseforetaket motta ISF-finansiering for denne behandlingen.		Tatt til etterretning.
7.1.1.6	RHFet vil sikre at omleggingen til ISF-finansiering av høykostmedisiner (bl.a. TNF-alfa-hemmere) blir så kostnadsnøytral som mulig, samt nødvendig bistand til opplæring i ISF-koding.		Det er fortsatt uklart hvordan endringen i finansiering slår ut.
<b>7.1.2</b>	<b>Kvalitet i tjenesten</b> Helseforetaket skal sikre oppfølging av faglige nasjonale retningslinjer og rapportering til nasjonale og regionale kvalitetsregistre. Helseforetaket skal ta del i regionale råd og nettverk, og bidra i plan/utredningsarbeid initiert på nasjonalt eller regionalt nivå, for eksempel utvikling og implementering av e-læring.		
7.1.2.1	Helseforetaket skal bidra til en samlet		Helseforetaket har hatt fokus på kunnskapsbasert praksis ( KBP) for å møte dagens

	strategi for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis.		<p>kunnskapsutfordring og forbedre praksis.</p> <p>En arbeidsgruppe for KBP har inneværende år gjennomført 2 seminar, tilnærmet innholdet i videreutdanningene i KBP ved Høyskolen i Bergen og i Akershus med foredragsholdere bla fra Nasjonalt kunnskapssenter. 60 medarbeidere med helsefaglig bakgrunn inkludert 3 leger er skolert innen metoden KBP, enten gjennom seminar eller annen kursing.</p> <p>Prosjektgruppe for KBP opprettet i høst, forankret hos fagdirektøren, med mandat tilsvarende på UUS. Det ble ansatt en sykepleier i 100 % stilling som koordinerer dette arbeidet. Det har blitt arbeidet med felles strategi inn mot OUS, og det er iverksatt felles prosjekt på tvers av sykehusene. Langsiktig mål bilde er å sikre kunnskapsbaserte fagprosedyrer/ behandlingslinjer/ pasientinformasjon i samarbeid med det Nasjonale nettverket.</p>
7.1.2.2	Helseforetaket skal videreføre arbeidet med å etablere standardiserte pasientforløp og delta i kompetanseutvikling av metodikk for å beskrive og gjennomføre gode pasientforløp. Helseforetaket skal legge frem plan for arbeidet med minimum to nye behandlingslinjer.		<p>I regi av HSØ ble det etablert en behandlingslinje for cancer prostata. Sykehuset hadde påmeldt en behandlingslinje for hematuri i tilsvarende regi, denne planlegges startet i januar 2010 når HSØ starter opp med nye prosjekt.</p> <p>Fra august 2008 – mars 2009 pågikk det 7 kvalitetsutviklingsprosjekt i regi av Akermodellen - hensikt var å forbedre pasientforløp. I september 2009 startet 10 nye Akermodellprosjekt opp, disse avsluttes i mars 2010. Sykehuset har fokus på å drive kontinuerlig utvikling av denne type kvalitetsutviklingsprosesser.</p> <p>En medarbeider deltar i ressursgruppe for behandlingslinjer HSØ, han underviser deltakerne i behandlingslinjeprojektene i statistisk prosesskontroll (SPC) som er den målemetoden som benyttes for å dokumentere forbedringer.</p> <p>Det er etablert et SPC forum hvor man videreutvikler metoden, forumet er nettverksbasert og har deltakere fra hele helseregionen. I tillegg følger kollegaer i Sverige og Danmark prosessen pr mail. Aker er sammen med Ringerike sykehus HF ansvarlig for forumet.</p>
7.1.2.3	Helseforetaket skal fra 1. tertial 2009 starte arbeidet med å gi epikrise til pasienter ved utskrivningssamtalen. Rapportering av epikrisetid vil fortsette som før, med resultat i tråd med nasjonale mål.		<p>Flere avdelinger jobber godt med dette, og i praksis er det mange pasienter som får med seg epikrisen ved utskrivelse, både fra poliklinikker og sengeposter. Tekniske utfordringer gjør at vi ikke kan dokumentere dette i DIPS. Et problem er der epikrisen er ferdig, men det ventes på prøvesvar for å sette riktig diagnose. Løses nå med nytt notat: "Tillegg til epikrise", samme gjelder endelig diagnose.</p> <p>Det har vært en generell økning i andel epikriser sendt innen 7 dager. Det er økt fokus på betydningen av at epikrisen ferdigstilles raskt, og forståelse for at registrering/arbeid i DIPS påvirker rapporteringen.</p>
7.1.2.4	Det skal normalt ikke være		Det har vært en reduksjon i andel korridorpatienter gjennom hele 2009. For desember var andelen

	korridorpasienter. Tiltak som kan anvendes er beskrevet i rapporten om god praksis: ” Korridorpasienter. Anbefalinger etter erfaringskonferanse i Helse Sør-Øst 8.oktober 2007”.		på 1,9 %, mens snittet for hele 2009 var på 3,1 %.Det oppleves en økende aksept for at pasienter ikke skal ligge på korridor, da dette av mange årsaker er en uønsket driftsform, ikke minst er det mindre effektivt med overbelegg og korridorpasienter. Sommeren 2009 hadde Medisinsk klinikk nesten ikke overbelegg, og derfor også et veldig lavt antall korridorpasienter. Dette har virket som en positiv vekker. Registreringspraksis i DIPS er gjennomgått i store deler av sykehuset, og derfor ensartet og mer korrekt enn tidligere år.
7.1.2.5	For å styrke pasientsikkerheten skal helseforetaket til enhver tid ha oversikt over dødsfall pga uønskede hendelser, sykehusinfeksjoner og andre alvorlige komplikasjoner. Systematisk læring skal understøttes via avviksbehandling, forebyggende tiltak, ledelsens gjennomgåelse og risikostyring. Tiltak fra anbefalingene i Helse Sør-Øst sin rapport ”Håndtering av uønskede hendelser – som ledd i avviksbehandling og kvalitetsforbedring” vil være aktuelle tiltak. For 2009 skal helseforetaket vedta egen plan for reduksjon av sykehusinfeksjoner, og effekten av gjennomførte tiltak skal kunne dokumenteres.		Siden innføringen av helhetlig avvikssystem har det fram til 2007 vært en tydelig økning i antall registrerte avvik for hvert år. Nå ser det ut som om antall registreringer har stabilisert seg på et mer jevnt nivå. Prognosen viser at vi i 2009 kommer til å ha registrert like mange (eller kanskje litt flere) avvikshendelser som i 2008, da ble det totalt registrert 2587 hendelser.  Sykehuset samarbeider med kommunene og bydelene slik at avvikssystemet også brukes i forhold til samhandling med primærhelsetjenesten. Totalt var det pr. november 2009 89 ”samhandlingsavvik” mot 111 i 2008.  Kvalitetsutvalget har en særlig oppgave med å påse at meldepliktige pasientrelaterte avvikshendelser blir registeret, behandlet og meldt. I 2009 ble det meldt 18 (12) avvikshendelser som betydelig skade, mens det var 15 (11) hendelser som kunne ført til betydelig skade og 19 (14) unaturlige dødsfall (tallene for 2008 i parentes). Totalt utgjør dette 50 meldepliktige hendelser, - betydelig mer enn i 2008 da det var 37 meldte avvik.  Sykehusinfeksjoner overvåkes ved hjelp av tre årlige prevalensmålinger for alle sykehusinfeksjoner og kontinuerlig insidensregistrering av postoperative sårinfeksjoner. Tiltak settes inn etter behov jfr. eget møte med ortopedene for å diskutere tiltak for å redusere antall sårinfeksjoner.
7.1.2.6	Helseforetaket skal i samarbeid med kommunale tjenester forbedre rutineene for sikker legemiddelhåndtering. Gjennomførte tiltak og effekten av dem skal kunne dokumenteres.		Det er etablert et gjensidig avvikssystem mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten. Jfr. samarbeidsavtalene. Avvik følges opp i samarbeidsmøter.
7.1.2.7	Helseforetaket skal sikre at prioriteringsveilederne tas i aktiv bruk gjennom god forankring, opplæring og implementering. Som del av dette		Etter hvert som de ulike prioriteringsveilederne er utarbeidet har de blitt lagt inn i sykehusets dokumentstyringssystem slik at medarbeiderne skal ha disse lett tilgjengelig. Likeledes er skjemaer og andre aktuelle dokumenter blitt tilgjengelig på samme sted. Arbeidet med prioriteringsveilederne er tatt opp i en rekke møter i klinikkene slik at en har sikret seg innsikt i

	<p>arbeidet skal helseforetaket ha fokus på ventetider og fristbrudd, herunder gi pasienter god informasjon, bl.a. om Fritt sykehusvalgkontoret.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det skal gjøres et så korrekt anslag på ventetid som mulig der det ikke gis en konkret time.</li> <li>- Helseforetaket skal etablere rutiner for varsling når et fristbrudd nærmer seg og finne ledig behandlingstid, alternativt annet behandlingssted, hvis HFet selv ikke kan gi nødvendig helsehjelp.</li> <li>- Hvis helseforetaket selv ikke kan gi en rettighetspasient nødvendig helsehjelp innen fristen, skal helseforetaket arbeide aktivt for å finne ledig behandlingstid eller alternativt annet behandlingssted helt frem til fristbruddsdatoen.</li> </ul>	<p>bruken av dem. I tillegg er det gitt informasjon på sykehusets intranett.</p> <p>Det legges ut ventelister på sykehusets fellesområde hver mandag og torsdag. Dedikerte personer i klinikkene har tilgang til fellesområdet og henter selv ut sine lister.</p> <p>Lister som legges ut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- brudd på rett til nødvendig helsehjelp</li> <li>- brudd på 30 dagers vurderingsgaranti</li> <li>- forfallsliste</li> <li>- ventet mellom 300 og 365 dager</li> <li>- ventet over 365 dager</li> </ul> <p>Det legges også ut en oversikt over ventelisteutvikling hver måned.</p> <p>Hver klinikk får melding om fristbrudd og har ansvar for å igangsette tiltak.</p> <p>Pasienten får brev om når de kan mottas, eks. kreftsykdommer har klare retningslinjer. Pasienten utredes og starter behandling innen kort tid.</p> <p>TSB har en særlig utfordring fordi behandlingsskapiteten er begrenset og praktiseringen av pasientrettigheter gjøres forskjellig. Klinikk rus og avhengighet ved avdeling koordinering pasientstrøm har derfor gjort en rekke tiltak i løpet av 2009 for å bidra til en felles god praksis.</p> <p>Klinikk for psykisk helse tar kontakt med enkeltpasientene når fristbruddene nærmer seg og prøver å få til løsninger internt i klinikken for den enkelte pasient. Alternativt har klinikken kjøpt spesifikke utredningspakker av eksterne.</p>
<p><b>7.1.3</b></p>	<p><b>Samhandling</b>                  God kvalitet forutsetter at tiltakene i helsetjenesten er samordnet og preget av kontinuitet. Helseforetaket skal sikre at samhandlingen reguleres i egne samarbeidsutvalg med brukerrepresentasjon. Arbeidet med gode behandlingsskjeder og pasientforløp skal forsterkes og videreutvikles.</p>	
<p>7.1.3.1</p>	<p>Helseforetaket skal utvikle helhetlige pasientforløp og bedre samhandling som sikrer faglig riktig liggetid i sykehus.</p>	<p>I arbeidet med å utvikle pasientforløp deltar brukere og PKO/andre representanter fra kommunehelsetjenesten. Pasientforløp knyttet til KOLS og til Sykelig overvekt har lagt inn gruppeopplæring av pasienter og pårørende i forløpet, før, under og etter innleggelse i sykehuset, med den hensikt å effektivisere innleggelsesperioden.</p> <p>I disse dager ferdigstilles rapporten ”Modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenestens lokalsykehusfunksjoner og Oslo kommune.” (Utvikling av Oslo universitetssykehus) Det ligger et omfattende kartleggings- og prosjektarbeid bak rapporten. Rapporten beskriver dagens</p>

			situasjon/struktur og peker fremover. Rapporten kan oversendes på forespørsel.
7.1.3.2	Helseforetaket skal legge til rette for samarbeid med fastlegene i området, herunder videreutvikle praksiskonsulentordningen i helseforetaket og regionalt.		<p>PKO består av 1,1 årsverk (4 praksiskonsulenter i 20% stillinger og praksiskoordinator i 30% stilling. Ved hjelp av prosjektmidler fra legeforeningen (opptrappingsplanen for psykisk helse) utvides PKO med stillinger i Follo BUP (nov 2009) og Follo DPS (jan 2010).</p> <p>PKO har deltatt i prosjekter knyttet til utviklingen av OUS og bidratt til å synliggjøre fastlegenes rolle, ansvar og behov i en sammenhengende helsetjeneste.</p> <p>Det er laget et forslag til utvidelse og plassering av PKO i OUS.</p> <p>Praksiskoordinator leder arbeidsutvalget for et nyetablert nettverk av praksiskoordinatorer i Norge.</p> <p><b>Stikkord for PKO aktivitet på Aker i 2009:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- deltatt i aktuelle prosjekt i Akermodellen</li> <li>- deltatt på nasjonal PKO samling på Hamar, juni 2009. Bidratt med 2 foredrag.</li> <li>- prosjekt på Alna DPS og LAR knyttet til henvisningskvalitet</li> <li>- bidratt til at Alna DPS har utviklet rutine for rapport til fastlege etter utredning og i behandlingsforløp</li> <li>- deltatt i utforming og gjennomføring av pilotprosjekt i Raskere tilbake: "Mester jobben, mestre livet", et LMS tilbud til mennesker med alkohol- og rusmiddelmissbruk.</li> <li>- samarbeider med LMS og lungeavdelingen i prosjektet "Rask i vendinga" (tidlig diagnostikk og intervensjon for KOLS pasienter)</li> <li>- deltatt i arbeid med behandlingslinje for KOLS pasienter.</li> <li>- deltatt i LEAN prosjekt i akuttmottaket, Aker.</li> <li>- arrangert klinisk emnekurs i ortopedi for fastleger sammen med ortopedisk avdeling, 60 deltagere.</li> </ul> <p><b>Løpende aktivitet:</b></p> <p>Infobladet Akersaker, 5 utgivelser. Vedlikehold av nettside. Drift av hospiteringsordning for fastleger. Konsulentbistand til klinikkene i forhold til samarbeid med kommunehelsetjenesten/fastlegene. Løpende kontakt med samhandlingsnettverket.</p>
7.1.3.3	Helseforetaket skal legge til rette for best mulig samarbeid og samhandling med avtalespesialistene i sykehusområdet, jfr. rammeavtalen, strategisk plan/handlingsplan for avtalespesialister. Helseforetaket skal spesielt forplikte seg på gjennomføringen av de tiltak som besluttet for å bedre koordineringen		Vi har ingen regelmessig kontakt med avtalespesialistene og avventer videre håndtering fra HSØ.

	av henvisninger til psykisk helsevern, slik at pasienter får lettere tilgang til spesialisthjelp.		
7.1.3.4	Helseforetaket skal gjennom egne tiltak og deltakelse i regionalt ”meldingsløft” bidra til at målene om nasjonal elektronisk samhandling i helsetjenesten nås. <ul style="list-style-type: none"> <li>Iverksette samordningsløsninger som legger særlig vekt på henvisninger og epikriser, bilde- og meldingsutveksling, kjernejournal og EPJ med prosessstøtte.</li> </ul>		OUS – AUS sender ut elektronisk epikrise til legekantor som kan motta dette både etter sykehusopphold og polikliniske konsultasjoner. I tillegg sender Aker ut prøvesvar og rtg.rapporter elektronisk.
<b>7.1.4</b>	<b>Pasienter med kroniske sykdommer, og fagområdet habilitering og rehabilitering</b>		
	Helseforetak med lokalsykehusfunksjoner skal videreutvikle disse med særlig vekt på pasienter som trenger sammensatte tjenestetilbud. Også mer spesialiserte sykehus må sikre breddekompetanse og utvikle tverrfaglige team.		
7.1.4.1	Helseforetaket skal gjennom ambulante team, poliklinisk virksomhet og samarbeid med hjemkommunen bidra til bedre tilbud til pasienter med alvorlig kronisk sykdom og pasienter med store rehabiliteringsbehov.		Hele behandlingsforløpet inkludert Daghospitalet ivaretas av Avdeling for geriatri og rehabilitering. I en indremedisinsk avd. er ca. 75 % eldre som kommer med et geriatrisk sykdomspanorama. Behovet er ca. 30 senger i en geriatrisk avd.
7.1.4.2	Helseforetaket skal innen egne rammer styrke tilbudene til barn og unge, og sikre gode overganger fra barn- til voksentilbud innen habilitering og rehabilitering.		Ikke aktuelt for OUS – AUS.
7.1.4.3	Helseforetaket skal bidra til å utvikle et godt samarbeid med Regional koordinerende enhet for rehabilitering ved Sunnaas sykehus HF.		Det er et bra tverrfaglig samarbeid med regional koordinerende enhet for rehabilitering på Sunnaas.
7.1.4.4	Helseforetaket skal utarbeide rutiner for innhenting av		Avdeling for geriatri og rehab. har kompetanse for pas. med svelgparese etter slag.

	kompetanse/veiledning fra kompetansesenter for sjeldne og spesielle tilstander, for at disse pasienter og deres pårørende møter best mulig kunnskap og forståelse for sin tilstand.		
7.1.4.5	Helseforetaket skal bidra i arbeidet med å øke tilgjengelige organer for transplantasjon.		Ivaretas av koordinator ved Anestesiavdelingen i tråd med gjeldende retningslinjer på området..
7.1.4.6	Helseforetaket skal utarbeide egen plan for å mestre den stadig økende utfordringen med sykkelig overvekt i regionen. I planen skal forebygging og samhandling med kommunen inngå, samt harmoniserte rutiner for henvisning, poliklinisk virksomhet og behandling av pasientgruppen.		Det er etablert plan for henvisningsrutiner, diagnostikk, poliklinisk aktivitet og behandling, samt arbeidsrutiner for behandling av klager på avslag. Det er etablert kontinuerlig arbeid for å sikre optimalisering av vurderings - og behandlingsskapasitet, samstemt opp i mot eksterne samarbeidspartnere SiV og SAB.
<b>7.1.5</b>	<b>Psykisk helsevern</b> I tråd med intensjonene fra opptrappingsplanen skal helseforetaket i 2009:		
7.1.5.1	Videreutvikle tjenestene, jfr. målsetningen om differensierte og desentraliserte tilbud, med videreutvikling av DPS innenfor rammen av lokalsykehusfunksjonen		Åpningen av Follo DPS døgn med 33 plasser gir oss muligheten til å differensiere og desentralisere tilbudet lokalisert nærmere der folk bor. Vi har overført ressurser fra sykehusfunksjonene og dermed fått en kvalitativ styrking av behandlingstilbudet, blant annet gjennom overføring av flere lege- og psykolog-årsverk.
7.1.5.2	Sikre aktivitetsvekst og opprettholdelse av kapasitet		Se aktivitetsrapportene – vi har hatt økt aktivitetsvekst og opprettholdt kapasiteten.
7.1.5.3	Sørge for at gjenstående investeringsprosjekter knyttet til opptrappingsplanen blir videreført mot ferdigstilling		Vi har fullført bruk av investeringsmidler fra opptrappingsplanen til nytt bygg Follo DPS.
7.1.5.4	Styrke ambulant virksomhet og akutt-team		Vi har nå akutt-team ved begge våre DPS-er, og ambulante team ved våre tre BUP-er. Vi har fått prosjektmidler for å igangsette ACT-team i Follo, men mangler ID-nummer for lege for at vi kan starte opp. Det er også prosjekt ved Alna DPS for å igangsette ACT-team til bydelene Bjerke og Alna, men oppstart av dette vanskeligjøres av at disse bydelene fra 01012011 vil tilhøre to forskjellig HF



7.1.5.5	Sikre at akuttavdelingene har en forsvarlig beleggsprosent		Vi har etablert et prio-møte på klinikknivå og dette har bedret pasientflyten mellom avdelingene og i perioder fått redusert beleggsprosenten på akuttavdelingen.
7.1.5.6	Videreutvikle og sikre behandlingsskapitet innen spiseforstyrrelser til barn/unge og voksne		Klinikk psykisk helse har en spesialpoliklinikk som gir tilbud til voksne i eget foretak. Denne poliklinikken gir også tilbud til pasienter som ikke får noe tilbud i eget HF. Denne kapasiteten kunne vært økt. Det er økt fokus på pasientgruppen, særlig i Follo i et samarbeid mellom Follo DPS og Follo BUP.
7.1.5.7	Sikre kapasitet innen sikkerhetspsykiatrien på nivå 2		Klinikk for psykisk helse har i 2009 fortatt en omlegging av vår sikkerhetspsykiatriske avdeling som har økt kapasiteten på mottak og generelt bedret pasientflyten. Denne omleggingen har også ført til en kvalitetsforbedring av utredningen og behandlingstilbudet.
<b>7.1.6</b>	<b>Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige</b>		
7.1.6.1	Helseforetaket skal bidra til en økning av behandlingsskapiteten i regionen.		KRA har gjennom såvell fagråd som regionsoppdrag knyttet til koordinering av pasientstrøm og LAR påpekt behov for kapasitetsøkning og omstillinger i regionen
7.1.6.2	Helseforetaket skal medvirke aktivt i utarbeidingen av en regional strategisk plan for utvikling av behandlingstilbudene i 2009.		Klinikk rus og avhengighet har ledet og hatt sekretariatsfunksjonen for fagrådet
7.1.6.3	Helseforetaket skal bidra til å utvikle et godt samarbeid med Regional koordinerende enhet for rusbehandling ved Aker universitetssykehus HF		Klinikk rus og avhengighet har en avdeling som koordinerer pasientstrømmen opp mot de private avtalepartnerne HSØ har avtale med. Avdelingen har bidratt aktivt i HSØ anbudsprosesser samt oppfølging av de private tjenestetilbyderne . Avdelingen har i 2009 hatt et særskilt fokus på felles praksis av pasientrettighetene i hele regionen.
<b>7.1.7</b>	<b>Beredskap</b> Helseforetaket skal bidra til å følge opp den regionale beredskapsplanen og sikre at regionens samlede ressurser utnyttes mest mulig effektivt ved kriser og katastrofer		
7.1.7.1	Helseforetaket skal sikre at ansatte og samarbeidsparter er kjent med lokal beredskapsordning, bl.a. ved at ledelse, ansvar og roller er tydelig definerte		Beredskapsordning er etablert med tydelig ansvarsfordeling og bekjentgjort i de forskjellige avdelinger.
<b>7.1.8</b>	<b>Prehospitale tjenester</b> Prehospitale tjenester er et viktig grunnelement i den samlede beredskapsressurs, og RHF vil i 2009 utarbeide en egen strategiplan for disse tjenester.		
7.1.8.1	Helseforetaket har ansvar for å		Prehospitale tjenester er Ullevåls ansvar.

	tilpasse ambulanseberedskapen og – tjenesten til det reelle behovet.		
7.1.8.2	Helseforetaket skal følge opp og rapportere responstider og aktivitetstall		Prehospitale tjenester er Ullevåls ansvar.
<b>7.1.9</b>	<b>Brukermedvirkning</b> Brukerkompetansen er viktig for kvaliteten i behandlingen, og har egenverdi for pasienter og pårørende.		
7.1.9.1	Helseforetaket skal legge til rette for likemannsarbeid i samarbeid med brukerorganisasjonene, gjerne gjennom lærings- og mestringssentrene.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lærings- og mestringssenteret arrangerte i samarbeid med brukerutvalget modul to av brukerorganisasjonenes Kurs for brukermedvirkere. 25 deltakere, fra brukerorganisasjoner, Brukerutvalget, ansatte på sykehuset og fra LMS. Tema: Hva er en brukermedvirker, og hvordan være brukermedvirker på Aker?</li> <li>- Brukersamling i august på LMS med brukerorganisasjonene og samhandlende brukere. Tema: Hva forventer organisasjonene av LMS, og favner aktivitetsplaner og læringstilbud behovene blant pasienter og pårørende.</li> <li>- Gjennom LMS er det i løpet av et år, 30 samhandlende brukerorganisasjoner og rundt 40 brukere som deltar i forberedelse, gjennomføring og evaluering av læringstilbud, eller deltar med sine brukererfaringer inn i læringstilbud.</li> </ul>
7.1.9.2	Helseforetaket skal sikre at nødvendig og relevant pasientinformasjon er tilgjengelig for pasienter/pårørende, herunder også informasjon om tiltak i regi av primærhelsetjenesten, fylkeskommunene og brukerorganisasjonene.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurskatalog over LMS sine læringstilbud, samt oversikt over læringstilbud i avdelingene på sykehuset distribueres hvert halvår til fastlegekontorer i Akers opptaksområde, til brukerorganisasjoner, til alle LMS`er i Norge, til alle avdelingene på sykehuset og på Aker sine nettsider.</li> <li>- Informasjon om de enkelte læringstilbud legges tilgjengelig på sykehuset, og legges ut på Helse Sør-Øst sin nettportal for samhandling og blir annonsert i Akersaker, som når ut til fastleger i Akers opptaksområde.</li> <li>- Lærings- og mestringssenteret er et informasjonssenter med fagtidsskrifter, brosjyremateriell fra brukerorganisasjoner og informasjon om læringstilbud, åpent for pasienter hver hverdag 0800-1530.</li> </ul> <p>Viktigste grensesnitt for pasientinformasjon er det som ligger mellom pasient og innkallende/behandlende enhet ved sykehuset. Det arbeides kontinuerlig med sykehusets malsystem for innkalling og oppfølging av pasient slik at god og sikker pasientinformasjon skal nå den enkelte pasient før, under og etter behandlingsperioden. I dette ligger også juridiske innslag som rettigheter og klageinstanser.</p> <p>Revisjon av egen pasientbrosjyre er lagt på is i påvente av ny foretaksstruktur og grafisk profil.</p>

<b>7.2</b>	<b>Utdanning av helsepersonell</b> Helseforetaket skal være en reell og god læringsarena, både for ansatt helsepersonell, turnuskandidater, studenter og lærlinger. Helseforetaket skal sikre at:		
7.2.1	Utdanning av helsepersonell drives i henhold til gitte målsettinger innen somatikk, psykiatri og rus, jfr. helseforetakets vedtekter § 13, samt egen instruks om avtaler med høyskoler og universiteter.		Sykehuset har utdanningskoordinator som representant i Koordinatorforum. Dette året har vi tatt imot flere studenter enn hva nøkkeltallene påla oss. Alle avtaler med læringsstedene følges nøye både på bachelornivå og innenfor videreutdanningene.
7.2.2	Det etableres et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever, lærlinger og studenter		For å kunne motta det store antall sykepleierstudenter og samtidig ivareta krav til kvalitativt gode praksisplasser, har vi etablert student-tette poster. Disse vurderes som meget gode av høyskolene som benytter plassene
7.2.3	Undervisningen foregår som en integrert del av virksomheten.		Jfr. foregående punkt: Kontaktsykepleierne på post arbeider intenst med opplæring. Dette skjer samtidig med det daglige arbeidet på posten, og i nært samarbeid med høyskolelærere og utdanningskoordinator.
7.2.4	Praksisplasser for høyskolestudenter i helse- og sosialfag stilles til rådighet i tråd med statlige mål.		402 i Bachelorutdanninger i 2009: 225 sykepleierstud. i somatikken, 100 sykepleierstud. i psykiatri og rus, 17 fysioterapistud., 4 ergoterapistud. i somatikken, 2 sosionomstud. i somatikken, 10 sosionomstud. i psykiatrien, 5 radiografstud. i klinisk praksis, 17 radiografstud., 7 vernepleierstud., 7 bioingeniørstud., 6 bioingeniørstud. i spes.lab. Videreutdanning i sykepleie: anestesi: tre studenter, intensiv: ni, operasjon: tre, kreft: tre og psykisk helse: 21 studenter. Vi har dessuten tre praksisplasser for masterstudenter i klinisk sykepleievitenskap.
7.2.5	Turnuskandidater, leger under spesialisering og annet helsepersonell i videreutdanning får systematisk opplæring og oppfølging.		Aker mottok 12 turnuskandidater i februar og 12 turnuskandidater i august som skal være 1 år. Opplæring og oppfølging er ivarettatt på beste måte for alle disse gruppene.
7.2.6	Det legges til rette for utdanning av personell til rekrutteringssvake, prioriterte fagområder.		Det satses på videreutdanning for sykepleiere innen operasjon-, anestesi-, intensiv-, kreftsykepleie og tverrfaglig videreutdanning i psykisk helse samt leger under spesialisering.
7.2.7	Stillingsstrukturen for leger stemmer med NR sin database og melde avviksendringer.		Stillingsstrukturen for leger ved OUS, Aker i 2009 stemmer overens med NR sin database. Klinikken psykisk helse har meldt at de trenger flere NRID i forbindelse med opptrappingsplanens krav og forventninger.
7.2.8	Det medvirker i HSØs gjennomføring av særskilt arbeid med legefordelingen mellom		Deltar aktivt i prosjektgruppe innen OUS.

	helseforetakene		
7.2.9	Det utnevner én ansvarlig koordinator til det regionale arbeidet med fordeling av praksisplasser for høyskolestudenter.		Sykehuset har en undervisningskoordinator.
<b>7.3</b>	<b>Forskning</b> Helseforetaket skal bidra til å oppnå målene i den regionale forskningsstrategien for 2008-2011, og i 2009 skal helseforetaket:		
7.3.1	Sikre at bruk av interne ressurser til forskning, målt som andel av totale driftskostnader, utgjør minst 1 % av totale driftskostnader. For universitetssykehusene skal denne ressursbruksandelen øke fra nivået i 2008.		For 2008 var prosentatsen for OUS-Aker 2,06%, basert på følgende tall: -totalt egenfinansiert FOU rapportert til NIFU 2008 = kr. 61.065.000,- -totale driftskostnader Aker 2008 = kr. 2.957.760.000,- Tall for 2009 foreligger ikke før i april 2010.
7.3.2	Ha lokal forskningsstrategi for eget foretak med eget forskningsutvalg og tilstrekkelig administrativ støtte til at planlagt forskning kan realiseres		Sykehuset har hatt egen, lokal forskningsstrategi fram til og med 2008. Med bakgrunn i vedtatt fusjon (OUS) og omorganisering av forskningen ble et enstemmig Forskningsutvalg enige om at vi ikke skulle bruke interne ressurser på å utvikle en ny forskningsstrategi for 2009, men beholde den vi hadde samt avvente ny strategi i OUS.
7.3.3	Beskrive egen forskningsprofil		Aker har tradisjonelt vært sterke innen noen områder, som det har vært satset spesielt på i inneværende strategi periode. Kriterier for gruppe 1 har vært: sterke fagområder ved sykehuset  <b>1) Etablerte</b> - Hormonsykdommer og diabetes, - Urologi, klinisk og molekylærbiologi - Hjerte/karsykdommer, inkl karkirurgi og sirkfysiologi - Mage-tarm sykdommer  I løpet av denne perioden har det kommet til nye forskningsområder som har markert seg, blant annet ved større NFR tildelinger. Kriteriene her er : Sterke forskningsområder i vekst  <b>2) Nye områder:</b> -nevrofysiologi /anestesi (NFR) -radiologi-basalforskning (NFR)

		<p>-rusforskning (SERAF etablert)                  - klinisk ernæringsfysiologi                  -Forskning på etniske minoriteter                  - Fedme-forskning                  -Geriatrici</p> <p>Ved AUS drives forskning innen en rekke andre, mindre fagfelt for å kunne gi forskningsbasert undervisning i alle fag.</p> <p>Aker har fått ansvar for prosjektet "Jobbmestring"- et samarbeid med NAV, Helsedirektoratet og helseforetak i Helse Norge. Det er to stipendiater knyttet til prosjektet.</p>
7.3.4	Styrke arbeidet med kvalitetssikring og implementere systemer for internkontroll av forskning i egen institusjon	<p>Sykehuset har opprettet interne rutiner for registrering og godkjenning av alle forskningsprosjekter, der avdelingsleder og leder av klinikkens forskningsutvalg intern må godkjenne alle prosjekter i sin klinikk. Videre meldes prosjektet internt på eget skjema til FAS v/Forskningsdirektør, der det holdes fortløpende oversikt over alle meldte prosjekter. Disse videresendes av FAS til IKT-sikkerhetssjef for opprettelse av databaser og tilgang til forskningsserver. Vi benytter PVO ( personvernombudet ) på OUS-UUS som vurderer alle prosjekter, i tillegg påser vi at det foreligger godkjenninger fra andre eksterne instanser, som REK ( Regional etikk komite ) og eventuelt SLV (SLV = Statens Legemiddelverk ):</p> <p>Det har de to siste årene vært et ønske og behov for å ansette egne kliniske monitorer for å øke kvaliteten på de forsker initierte prosjektene, slik UUS og RR/RH har, men dette har ikke vært mulig ut fra budsjettmessige årsaker.</p>
7.3.5	Styrke arbeidet med forskningsetikk	<p>PVO-ordningen er primær her, de har holdt mange interne møter og kurs for forskergrupper. I tillegg har Forskningsdirektør deltatt på de fleste møter i de respektive klinikkens forskningsutvalg, der forskningsetiske spørsmål er på dagsorden på alle møter.</p>
7.3.6	Bidra aktivt til realisering av regionale fagspesifikke forskningsnettverk og ivareta oppgaver knyttet til regionalt finansiert infrastruktur innenfor egen institusjon	<p>Vi arbeider aktivt med de regionale kompetansesentra som er tillagt OUS-Aker, da særlig HEHØ (Kjernekompetansemiljø i helseøkonomisk evaluering, Helse Øst ) som arbeider regionalt med støtte til prosjekter der helseøkonomiske evalueringer er en del av eller hovedhensikten med prosjektet. Kompetansesentra for jus og statistikk hører også administrativt under Forskningsdirektør, og brukes aktivt av forskere.</p> <p>Videre oppfordrer vi aktive forskergrupper til å arbeide regionalt (og nasjonalt) og vi har flere eksempler på slike grupperinger innen sykehuset. Vi har også vært aktive med opprettelse av egen fysisk biobank og en full stilling som biobankkordinator, som i tillegg til daglig drift på OUS-Aker har rolle rundt biobank spørsmålene i OUS og i regionen, ved å delta i utredningsgrupper</p>

			med mer.
7.3.7	Delta i Helse Sør-Øst RHF sitt administrative forskningsledernetttverk		Forskningsdirektør deltar på AFN sine møter
7.3.8	Iverksette tiltak for å styrke innovasjonsaktiviteten i eget helseforetak i tråd med RHFets handlingsplan for innovasjon		Vi har til nå hatt en samarbeidsavtale med MEDINOVA rundt dette, som også har foretatt interne gjennomganger av prosjekter samt intervjuet forskere hos oss ved to anledninger de siste 2 årene. I tillegg har Forskningsdirektør sittet i det regionale utvalget ledet av HSØ. Fra 2010 vil innovasjon bli ivaretatt (administrativt) av en egen avdeling under Forskningsstaben i OUS.
7.3.9	Samarbeide om innhenting av datagrunnlag for registrering av forskningsproduksjon og ressursbruk til forskning (NIFU STEP)		Vi har deltatt og deltar i dette samarbeidet som munner ut i årlige oversikter fra NIFU-STEP, både mtp økonomiske ressurser og produksjon.
7.3.10	Arbeide for at forskningsproduksjonen målt i publikasjonspoeng (NIFU) øker fra gjennomsnittsnivået de tre foregående år		Vi arbeider hele tiden for at både kvaliteten og kvantiteten målt ved publikasjonspoeng skal bli bedre. Dette krever også tilførsel av stimuli til miljøene, både i form av ressurser, utstyr og midler. I så måte ser vi med bekymring på at andelen frie midler som deles ut av HSØ har gått ned de to siste årene, da dette er vår viktigste kilde til finansiering av nye stipendiater. I tillegg har FAS som sådan ikke fått øket sine bevilgninger for 2008/2009 men tvert imot hatt en nedgang i de såkalte FAS midler (fra 2MNOK til 1.5MNOK), disse midler har typisk blitt benyttet til å stimulere skriving av artikler, frikjøp av postdoc osv. Når det gjelder produksjonstall for 2009 foreligger offisiell statistikk i mars/april neste år. Foreløpige tall tyder på at antall publikasjoner vil ligge på omtrent samme nivå som i fjor (ca 120) mens antall doktorgrader hittil i år er 2, mot 8 i fjor.
<b>7.4</b>	<b>Opplæring av pasienter og pårørende</b> Helseforetaket skal videreutvikle Lærings- og mestringssentrene (LMS) som en arena for helseforetakenes samhandling med brukerorganisasjoner og primærhelsetjeneste om pasient- og pårørendeopplæring og sykdomsforebyggende arbeid. LMS – tilbud skal være en integrert del av behandlingstilbudet i pasientforløpet til mennesker med kroniske sykdommer.		
7.4.1	Helseforetaket skal i 2009 sikre at LMS-aktiviteten blir høyere enn i 2008.		- LMS har i 2009 851 pasienter og pårørende, fordelt på 53 læringstilbud. Dette er en økning på 55% i antall læringstilbud, og en økning på 40% i antall pasienter og pårørende fra 2008.
7.4.2	Helseforetaket skal i løpet av 2009 utvikle minst ett nytt LMS - tilbud i samarbeid mellom kommune og helseforetak.		- I 2009 startet KOLS-prosjektet: "Rask i vendinga" opp, som et nytt tilbud under utvikling sammen med Bjerke bydel. Dette prosjektet inngår som en del av pasientforløpet for denne pasientgruppen.
7.4.3	Helseforetaket skal prioritere økt		- Pilotprosjektet Læringstilbud for unge rusmisbrukere som venter på behandling ble gjennomført

	virksomhet innen rus, psykisk helsevern, habilitering, rehabilitering.		<p>første halvår i 2009.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 læringstilbud for pårørende til rusavhengige er avholdt i 2009</li> <li>- LAR-kurs for pasienter er omgjort til å bli et Lærings- og mestringskurs i 2009</li> <li>- Oppstart av et nytt prosjekt innenfor Raskere tilbake. Læringstilbudet Mestre jobben, mestre livet. Læringstilbudet er innen livs- og rusmestring for arbeidstakere som er, eller står i fare for å bli sykemeldte på grunn av sin rusbruk. To gjennomførte tilbud for denne gruppen.</li> </ul> <p>Samarbeid med Ullevål om et læringstilbud for pårørende innen psykisk helse. Det er igangsatt LMS prosjekter innen psykisk helsevern knyttet til de enkelte avdelingene. Det er igangsatt tiltak i Follo regionen rettet mot foreldre til barn med atferdsvansker og voksne med lettere angst/depressive lidelser.</p>
<b>8</b>	<b>Andre prioriteringer</b>		
<b>8.1</b>	<b>Medisinske støttefunksjoner</b> Helse Sør-Øst vil arbeide for en hensiktsmessig bruk av samlet kapasitet på lab/røntgen i foretaksgruppen, herunder sikre en faglig forsvarlig forbruksvekst.		
8.1.1	Helseforetaket skal bidra aktivt i dette arbeidet gjennom deltakelse i nettverk for medisinske støttefunksjoner		Aker har deltatt i styringsgruppen med klinikk-sjef Lena Gjevort og avdelingsleder Heidi Jørgensen har ledet nettverket innenfor radiologi.
<b>8.2</b>	<b>Opplæring og kompetanse medisinsk teknisk utstyr</b>		
8.2.1	Helseforetaket skal følge opp tiltak for opplæring innen medisinsk teknisk utstyr for 2009, med særlig vekt på komplisert utstyr som for eksempel defibrillator, diatermi, infusjons- og smertepumper og respirator.		Sykehuset har i lang tid hatt klare overordnede prosedyrer for hvordan opplæring innen medisinsk teknisk utstyr skal tilrettelegges og hvem som har ansvar for at opplæring blir gitt og dokumentert. Det har vært satt fokus på arbeidet med slik opplæring, og dette fungerer godt for sykepleierne, i særlig grad på spesialavdelingene. Sengeposter med mindre utstyr har fortsatt forbedringspotensiale og ved DSB-revisjoner avdekkes det at legegruppen generelt har lite dokumentert opplæring noe foretaket må sikre gjennom målrettede tiltak i 2010.
<b>8.3</b>	<b>Særskilte oppgaver for Aker universitetssykehus HF</b>		
8.3.1	Helseforetaket skal sikre at ansatte og ledelse samarbeider med Rikshospitalet og Ullevål om gode løsninger for Oslo universitetssykehus HF.		Viser til integrasjonsprosjektet OUS. Koordinering gjennom ledergruppene i OUS.
8.3.2	Helseforetaket skal i 2009 ta ansvar for videre planlegging av rusakutt i		Klinikk rus og avhengighet har utredet og beskrevet alternative muligheter for dimensjonering og lokalisering av et rusakuttmottak i Oslo universitetssykehus. 15. desember åpner et fagteam som skal bidra til vurdering, utredning og behandling av akutte henvendelser i samarbeid med Oslo

	Oslo.		kommunale legevakt og øvrige akuttmottak i sykehuset.
8.3.3	Helseforetaket skal ha et regionalt medansvar for fagutvikling og rådgivning innen rusområdet, og være en pådriver for forskning på feltet.		KRA har arrangert en større faglige konferanse ifht rettighetsvurderinger samt arrangert flere regionale/nasjonale samlinger innen LAR. Klinikken driver utstrakt skoling, råd og veiledningsfunksjoner både i forhold til øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunene. Klinikken samarbeider spesielt med SERAF ( Senter for rus og avhengighetsforskning )
8.3.4	Helseforetaket skal være pådriver til etablering av prosjekter for økt samhandling mellom rus, psykisk helse og somatikk.		Vi planlegger nå en intermediærpost beregnet for pasienter med rus-og avhengighetsproblem beliggende i Follo DPS.  Det er etablert et eget samhandlingsprosjekt ifht screening av pasienter innlagt i somatikk.
8.3.5	Helseforetaket skal bidra til en avklaring av ansvars- og arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester innenfor rusområdet.		KRA har faste samarbeidsmøter med rusmildeletaten i Oslo kommune hvor dette tematiseres. Klinikken har også hatt stor kvalitetsforbedring i arbeidet med Individuell plan hvor dette tematiseres og konkretiseres.
8.3.6	Videreføre samarbeidet med SiV og SAB om utvikling av regionale, helhetlige tilbud til pasienter med sykkelig overvekt. Aker skal herunder gjøre minst 200 fedmeoperasjoner i 2009. Eventuell behandling innunder Raskere tilbake kommer i tillegg.		Etablert samarbeide er videreført i hele 2009. Aker ble tildelt midler til å gjennomføre 160 fedmeoperasjoner. Disse er gjennomført. I tillegg er det utført 70 fedmeoperasjoner i regi av Raskere tilbake. Videre er det utført 20 fedmeoperasjoner som er kostnadsført foretaket.
			<b>Studenthelsetjenesten</b> Klinikk for psykisk helse har hatt et ansvar her og bemerker: Studenthelsetjenesten Universitetet i Oslo rapporter om virksomheten og det er årlige kontaktmøter. I 2009 har det også vært avholdt møte med studentsamskipnaden i Høyskolen Oslo og Akershus og utformet en avtale om psykologtilbud til studenter knyttet til denne samskipnaden. Det er også fremmet en søknad om ressurstilførsel til dette, men den er ikke innvilget fra Helse Sør-Øst.



Kap.	Mål / Krav / Oppdrag m.m. i driftsavtale 2009	Ansv. RHF el. HF	Oppfølging / status ved Rikshospitalet
<b>Forkortelser som benyttes :</b>			
OUS	Oslo universitetssykehus HF		
OUS – AUS	Oslo universitetssykehus HF - Aker		
OUS – RH	Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet		
OUS –UUS	Oslo universitetssykehus HF - Ullevål		
HSØ	Helse Sør-Øst RHF		
BKL	Barneklubben		
HKL	Hjerte- og lungeklubben		
KIR	Kirurgisk klinikk		
ØPO	Klinikk for Øre-, nese- og halas, plastikkirurgi og ortopedi		
KKL	Kvinneklubben		
MED	Medisinsk klinikk		
NEVRO	Nevroklubben		
ONK	Kreftklubben		
ANE	Anestesi og intensivklubben		
KLS	Klinikk for klinisk service		
BIK	Klinikk for bilde og intervensjon		
LAB	Laboratorieklinikk		
PAT	Patologklubben		
ISE	Interne tjenester		
<p>OUS – RH har i sin tilbakemeldingsform lagt til grunn at der punktene er fulgt opp / gjennomført så er ikke punktene, stort sett, kommentert mer i detalj, utover det som er lagt inn som merknader. Kommentarer er lagt inn der det foreligger avvik.</p>			

6	II Mål for 2009		
6.1	<b>Pasientbehandling</b>		
6.1.1	Gjennomføre styrets vedtak i omstillingsprogrammet (jfr. sak 0xx/2008) Etablere sykehusområdene	RHF HF	Det vises til pågående integrasjonsaktiviteter i OUS, kommentert i Årlig melding 2009.
6.1.2	Gjennomføre styrets vedtak i omstillingsprogrammet (jfr. sak 0xx/2008) Sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan	RHF HF	Det vises til pågående integrasjonsaktiviteter i OUS, kommentert i Årlig melding 2009.
6.1.3	Kvaliteten skal bedres: Minst 80 % andel epikrise utsendt innen 7 dager	HF	<p><b>Gjennomført: cirka 60 %</b></p> <p><b>Merknader:</b> HLK: Klinikken er best på RH på dette område. KKL: Pasienten får epikrise med seg fra barsel ved utskriving</p> <p><b>Avvik:</b> BKL: Ikke helt i mål når det gjelder epikriser pga problemer i kontortjenesten (for få ansatte) ØPO: Klarer ikke å sende ut alle epikrisene i tide pga behov for avklaringer bl a kreft diagnoser og lignende. NEVRO: Kirurgi tett opp til 80 %, det samme innenfor nevrologi dersom utsendelses tidspunktet er satt til 10 dager. Dette har sammenheng med at en må innhente en del prøvesvar. PAT: Vårt mål er at 80 % av svarene er ferdige innen 7 dager. Dette er ikke innfridd (vi ligger på ca 55 %)</p>
6.1.4	Kvaliteten skal bedres: Det skal normalt ikke være korridorpatient	HF	<b>Gjennomført.</b>
6.1.5	Kvaliteten skal bedres : Det skal ikke være fristbrudd	HF	<p><b>Gjennomført: ca 77 %</b></p> <p><b>Merknader:</b> ØPO: noe på ØHN som løses i hvert enkelt tilfelle ONK: Problemer i forbindelse med prostatakreft pga. for lang ventetid</p> <p><b>Avvik:</b></p>

			<p>HLK: Spesielt innenfor ablasjon hvor det er lange ventetider på landsbasis på grunn av stort pasient volum og liten behandlingsskapasitet. Klinikken jobber aktivt med å øke behandlingsskapasiteten på dette området. Kapasitet innenfor ablasjon skal etter planen økes høsten 2010.</p> <p>ØPO: noe på ØNH som løses i hvert enkelt tilfelle</p> <p>ONK: Problemer i forbindelse med prostatakreft pga. for lang ventetider</p> <p>BIK: Som tidligere påpekt flere ganger, er BIKs kapasitet for pasientundersøkelser for liten. At det har forekommet fristbrudd, kan ikke utelukkes.</p>
6.1.6	Pasientsikkerheten skal bedres: Det utarbeides HF-vise planer for reduksjon og dokumentasjon av sykehusinfeksjoner Gjennomførte tiltak for reduksjon av feilmedisinering skal dokumenteres.	HF	<b>Gjennomført.</b>
<b>6.2</b>	<b>Forskning</b>		
6.2.1	Forsknings- og innovasjonsaktivitet opprettholdes på samme høye nivå og NIFU-poeng og dr.grader økes i samsvar med økt ressurstilførsel	HF	<p>Fulgt opp.</p> <p><b>Merknader:</b></p> <p>MED: Økt antall publikasjoner</p> <p>NEVRO: Tydelig økning i antall publikasjoner og dr. grader.</p> <p>ANE: 5 doktorgrader</p> <p>BIK: Forskningsaktiviteten er opprettholdt, men det har ikke vært noen økt ressurstilgang og følgelig ingen økning.</p>
6.2.2	Etablere regionale infrastrukturtiltak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid som skal bidra til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne	RHF HF	<p><b>Gjennomført.</b></p> <p><b>Merknader:</b></p> <p>HLK: Dette gjelder spesielt innenfor molekylær kardiologi og funksjonell imaging hvor en har etablert et stort internasjonalt nettverk</p> <p>LAB: Etablert nasjonalt senter for stamcelleforskning sammen med UiO.</p> <p>BIK: Vi har gode tverrfaglige samarbeid, også på internasjonalt plan, men dette er et området som fortsatt kan forbedres</p>
6.2.3	Utvikle insentiver for stimulering av tverrfaglig forskning og translasjonsforskning	RHF	<p>Fulgt opp.</p> <p><b>Merknader:</b></p> <p>BIK: Vi har gode tverrfaglige samarbeid, også på internasjonalt plan, men dette er et området som</p>

			fortsatt kan forbedres.
6.2.4	Tiltak for å understøtte etikk og internkontroll i forskningen implementeres	HF	<b>Gjennomført.</b>
<b>6.3</b>	<b>Kunnskapshåndtering og god praksis</b>		
6.3.1	Utarbeide og iverksette en samlet strategi for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis	RHF	<b>Gjennomført.</b>
6.3.2	Utvikle helhetlige pasientforløp og bedre samhandling som sikrer faglig riktig liggetid i sykehus	RHF HF	<b>Gjennomført.</b>  <b>Merknader:</b> HLK: Etablert enhet for pasientkoordinering. Klinikken har et høyt fokus på pasientforløp. MED: Innen reumatologi, inf. og TX medisin NEVRO: Ny barnekirurgisk enhet, oppstart av dagkirurgi, etablering av spinalnevrokirurgi i det tidligere HiO og aksjon venteliste i nevrokirurgi og nevrologi (poliklinikk). ØPO: Utfordring ved samling av alle kir. barn i en enhet - det faglige blir imidlertid ivaretatt
6.3.3	Regionale fagråd etableres	RHF	<b>Gjennomført.</b>  <b>Merknader:</b> BKL: Etablert regionale fagråd for barn og nyfødte NEVRO: Regionale fagråd er etablert innenfor nevrologi PAT: Kst klinikksjef medlem av fagråd for medisinske støttefunksjoner ISE: IKT og MTA er etablert
<b>6.4</b>	<b>Organisering og utvikling av fellestjenester</b>		
6.4.1	Administrative fellestjenester i foretaksgruppen standardiseres både når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess for å frigjøre ressurser til pasientbehandling og øke kvaliteten på de administrative funksjoner	RHF HF	For hele punkt 6.4 vises det til pågående prosesser/aktiviteter i OUS, og særlig til prosjekter gjennom Økonomisk bærekraft, kommentert i Årlig melding.
6.4.2	Implementere bedre koordinering og styring av alle administrative fellestjenester i helseforetaksgruppen	RHF HF	Se 6.4.1.
6.4.3	Samlet realisert gevinst for innkjøp og logistikk skal være 250 MNOK i 2009	HF	Se 6.4.1.

6.4.4	Samlet bygningsareal og kostnader til eiendomsforvaltning reduseres med 3 % i 2009	RHF	<p>Se 6.4.1. Salg av eiendom i regi av OUS – viser til integrasjonsprosessen</p> <p><b>Merknader:</b> BKL: Har flyttet ut av Voksentoppen, kraftig reduksjon av areal NEVRO: Stengt et helt bygg i Sandvika. ONK: Nytt pasienthotell gjør at nettoareal øker</p> <p><b>Avvik</b> ISE: Areal øker pga forskningsbygget som ligger utenfor Klinikkenes ansvarsområde og nytt pasienthotell på Montebello. Imidlertid har RH stengt en hel avdeling i Sandvika, Voksentoppen er flyttet inn på RH og det er gjennomført en rekke prosjekter som reduserer arealene ved RH.</p>
<b>6.5</b>	<b>Mobilisering av ansatte og ledere</b>		Det vises til vedlegg 8 OUS Årlig melding 2009 Oppfølging av foretaksmøteprotokollene 2009 HSØ og OUS , pkt. 5.1.1. HR-strategi
6.5.1	Operasjonalisere og implementere vedtatte HR-strategi med fokus på . Mobilisering av medarbeidere og ledere	RHF HF	<b>Gjennomført.</b>
6.5.2	Operasjonalisere og implementere vedtatte HR-strategi med fokus på . Kompetanseutvikling	RHF HF	<p>Fulgt opp.</p> <p><b>Merknader:</b> NEVRO: kompetanse heving for sykepleiere og etablering av omfattende kurs for nytilsatte sykepleiere.</p> <p><b>Avvik:</b> ØPO: den økonomiske situasjonen har gitt begrensninger på dette området som gjør det vanskelig / umulig å drive med kompetanseutvikling</p>
6.5.3	Operasjonalisere og implementere vedtatte HR-strategi med fokus på . Ressursstyring	RHF HF	<b>Gjennomført.</b>
6.5.4	Operasjonalisere og implementere vedtatte HR-strategi med fokus på . Arbeidsmiljø og HMS	RHF HF	<b>Gjennomført.</b>
6.5.5	De 12 prinsippene for medvirkning forankres og operasjonaliseres	HF	<b>Gjennomført.</b>
6.5.6	Sykefraværet reduseres med 1	HF	<b>Gjennomført: cirka 36 %</b>

	prosentpoeng		<p><b>Merknader:</b>                      KKL: Ligger lavest av alle de kliniske avdelingene - NB godt arbeidsmiljø                      ANE: Redusert sykefravær de siste mnd.                      LAB: Har allerede lavt sykefravær                      ISE: Sykefraværet er redusert i henhold til måltallene.</p> <p><b>Avvik:</b>                      HLK: Ikke nådd målet på årsbasis. (Siste rapportering viser imidlertid bedring.)                      KIR: Sykefraværet på deler av vår virksomhet er økt, dette oppfattes som resultat av harde driftskrav og for stor nedbemanning                      ØPO: sengeposter og sekretærtjenester er hardt belastet og følgelig får en mye sykefravær innenfor disse områdene.                      MED: Vanskelig i omstillingsperioder fører til økt sykefra NEVRO: Sykefraværet er uendert / ingen bedring                      ONK: økt sykefravær pga omstillingsprosjekter                      KLS: Ikke helt i mål når det gjelder sykefraværet ved klinikken                      BIK: 1 % oppgang i stedet for nedgang kan forklares av et uvanlig høyt antall graviditeter blant de ansatte.                      PAT: Tiltak er under planlegging for medarbeidere med høyt korttidsfravær</p>
<b>6.6</b>	<b>Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring</b>		
6.6.1	God økonomistyring i henhold til eiers styringskrav	HF	<p><b>Gjennomført</b></p> <p><b>Merknader:</b>                      KKL: Ligger over budsjett                      NEVRO: Bedre økonomi styring enn tidligere                      ONK: i økonomisk balanse                      ANE: Påvirket av pandemien (intensivsenger med høy forbruk av personell)                      KLS: Overskudd</p>
6.6.2	Ferdigstille og forankre ny inntektsmodell	RHF	OUS – RH har bidratt i arbeidet med ny inntektsmodell.
<b>7</b>	<b>Forventninger og krav knyttet til helseforetakets håndtering av de fire lovpålagte hovedoppgavene i 2009</b>		
<b>7.1</b>	<b>Pasientbehandling</b>		

<p><b>7.1.1</b></p>	<p><b>Aktivitet og kapasitet</b> I hht statsbudsjettet skal Helse Sør-Øst samlet ha en generell aktivitetsvekst på 1,5 prosent fra 2008, og dette gjelder all pasientbehandling (somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering). Økte midler som følge av opptrappingsplanen for rusbehandling kommer i tillegg.</p>	
<p>7.1.1.1</p>	<p>Rikshospitalet HF skal prioritere aktivitetsvekst innen nasjonalt prioriterte områder og på områder med identifiserte behov innenfor helseforetakets samlede økonomiske ramme. Det legges til grunn at Rikshospitalet HF styrer aktiviteten for å sikre likeverdig tilgang av helsetjenester på tvers av fagområder. I budsjettet til Helse Sør-Øst er det prioritert økt ressurstilgang til psykisk helsevern, rusbehandling, habilitering og rehabilitering samt til prehospitale tjenester. Helseforetakets aktivitet skal gjenspeile disse prioriteringene. Rikshospitalet HF skal i oppfølgingsmøtene rapportere hvordan helseforetaket prioriterer og styrer aktiviteten.</p>	<p><b>Gjennomført.</b></p> <p><b>Merknader:</b> NEVRO: Økning innenfor alle parametre som klinikken måles på som operasjoner, heldøgnsopphold, poliklinikk og kurdøgn. BIK: prioriterer som alltid sykehusets egne pasienter - problemstillinger omkring rus og psykiatri er som regel lite aktuelle for bildediagnostikk - med unntak av forskning der vi bidrar med fMRI (funksjonelle hjernestudier med vha MR) i ulike forskningsprosjekter</p>
<p>7.1.1.2</p>	<p>Innenfor somatisk sektor skal helseforetaket legge til grunn en samlet ramme for aktivitet på i alt 80.120 DRG-poeng for pasienter bosatt i egen region, samt yyyy refusjonspoeng til poliklinisk aktivitet. Dersom tallene til Helse Sør-Øst endres i Oppdragsdokument 2009, justeres helseforetakets aktivitetsramme tilsvarende.</p>	<p><b>Gjennomført: cirka 78 %</b></p> <p><b>Merknader:</b> BKL: Ligger foran plantallene når det gjelder DRG KKL: Ligger over budsjett MED: Ligger langt over når det gjelder DRG (340 poeng ved utgangen av nov) NEVRO: Helt etter plan tross ambisiøs økning plantall for 2009. dvs. cirka 12000 DRG-poeng ONK: 150 DRG-poeng høyere enn budsjettert</p>

			<p><b>Avvik:</b>                  HLK: Aktivitetssvikt innenfor hjertekirurgi, PCI og TX.                  ØPO: lavere DRG inntjening til tross for høy aktivitet pga LEON-prinsippet. Utgiftsnivået er redusert tilsvarende slik at klinikken er i budsjettbalanse.</p>
7.1.1.3	Helseforetaket skal følge opp intensjonene for ordningen Raskere tilbake, og bidra til at Helse Sør-Øst innfrir sine forpliktelser. Spesielt understrekes kravet om at aktiviteten skal være sporbar og komme i tillegg til ordinær aktivitet.		<p><b>Gjennomført: cirka 92 %</b></p> <p><b>Merknader:</b>                  NEVRO: Søknad om prosjekt om raskere tilbake innenfor spinalnevrokirurgi.                  ONK: Eget program i samarbeid med Klinikk for klinisk service.</p> <p><b>Avvik</b>                  BIK: Tiltaket har vært seriøst vurdert, men vi har ikke funnet gode grunner for å innføre dette. Vårt pasientgrunnlag passer ikke med intensjonen "raskere tilbake", og vi har ingen ledig maskinkapasitet for økning av nåværende virksomhet.</p>
7.1.1.4	Dersom helseforetaket utfører behandling som er funksjons- og oppgavefordelt til andre HF, vil ikke helseforetaket motta ISF-finansiering for denne behandlingen.		Tatt til etterretning.
7.1.1.5	RHFet vil sikre at omleggingen til ISF-finansiering av høykostmedisiner (bl.a. TNF-alfa-hemmere) blir så kostnadsnøytral som mulig, samt nødvendig bistand til opplæring i ISF-koding.		Det er fortsatt uklart hvordan endringen i finansiering slår ut.
<b>7.1.2</b>	<b>Kvalitet i tjenesten</b> Helseforetaket skal sikre oppfølging av faglige nasjonale retningslinjer og rapportering til nasjonale og regionale kvalitetsregistre. Helseforetaket skal ta del i regionale råd og nettverk, og bidra i plan/utredningsarbeid initiert på nasjonalt eller regionalt nivå, for eksempel utvikling og implementering av e-læring.		
7.1.2.1	Helseforetaket skal bidra til en samlet strategi for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis.		<b>Gjennomført.</b>
7.1.2.2	Helseforetaket skal videreføre		<b>Gjennomført.</b>



	arbeidet med å etablere standardiserte pasientforløp og delta i kompetanseutvikling av metodikk for å beskrive og gjennomføre gode pasientforløp. Helseforetaket skal legge frem plan for arbeidet med minimum to nye behandlingslinjer.		<p><b>Merknader:</b>  ØPO: nye pasientforløp, spesielt i forbindelse med samling av kir. barn. i foretaket  KKL: Endometriepolypper og fostermedisin  NEVRO: Nye pasientforløp innenfor barnekirurgi og overføring til dagbehandling.  ONK: Etablert to nye behandlingslinjer i 2009.</p>
7.1.2.3	Helseforetaket skal fra 1. tertial 2009 starte arbeidet med å gi epikrise til pasienter ved utskrivningssamtalen. Rapportering av epikrisetid vil fortsette som før, med resultat i tråd med nasjonale mål.		<p><b>Gjennomført: cirka 44 %</b></p> <p><b>Merknader:</b>  BKL: Holdt på med å levere epikrise ved utskrivelse lenge, men lykkes med alle</p> <p><b>Avvik:</b>  KIR: Dette er ikke implementert, alle pasienter har en utskrivningssamtale, men foreløpig er dette ikke ledsaget av epikrise  ØPO: ikke i rute blant annet pga behov for sikker diagnose i forbindelse med kreft og lignende.  MED: Ikke alltid mulig pga at en ofte venter på prøvesvar  NEVRO: Epikrise sendes sammen med nevrokirurgiske barn og barn med epilepsi - ikke de øvrige pasientene  ONK: Har ikke nødvendig forutsetninger for å gjennomføre dette på det nåværende tidspunkt. Epikriser blir imidlertid sendt umiddelbart.</p>
7.1.2.4	Det skal normalt ikke være korridorpasienter. Tiltak som kan anvendes er beskrevet i rapporten om god praksis: ” Korridorpasienter. Anbefalinger etter erfaringskonferanse i Helse Sør-Øst 8.oktober 2007”.		<b>Gjennomført.</b>
7.1.2.5	For å styrke pasientsikkerheten skal helseforetaket til enhver tid ha oversikt over dødsfall pga uønskede hendelser, sykehusinfeksjoner og andre alvorlige komplikasjoner. Systematisk læring skal understøttes		<b>Gjennomført.</b>

	<p>via avviksbehandling, forebyggende tiltak, ledelsens gjennomgåelse og risikostyring. Tiltak fra anbefalingene i Helse Sør-Øst sin rapport "Håndtering av uønskede hendelser – som ledd i avviksbehandling og kvalitetsforbedring" vil være aktuelle tiltak. For 2009 skal helseforetaket vedta egen plan for reduksjon av sykehusinfeksjoner, og effekten av gjennomførte tiltak skal kunne dokumenteres.</p>		
7.1.2.6	<p>Helseforetaket skal forbedre rutinene for sikker legemiddelbehandling. Gjennomførte tiltak og effekten av dem skal kunne dokumenteres.</p>		<p><b>Gjennomført.</b></p> <p><b>Merknader:</b> MED: Bruker mye tid på dette</p>
7.1.2.7	<p>Helseforetaket skal sikre at prioriteringsveilederne tas i aktiv bruk gjennom god forankring, opplæring og implementering. Som del av dette arbeidet skal helseforetaket ha fokus på ventetider og fristbrudd, herunder gi pasienter god informasjon, bl.a. om Fritt sykehusvalgkontoret.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det skal gjøres et så korrekt anslag på ventetid som mulig der det ikke gis en konkret time.</li> <li>- Helseforetaket skal etablere rutiner for varsling når et fristbrudd nærmer seg og finne ledig behandlingstid, alternativt annet behandlingssted, hvis HFet selv ikke kan gi nødvendig</li> </ul>		<p><b>Gjennomført: cirka 92 %</b></p> <p><b>Avvik:</b> BIK har ikke sett det som sin oppgave å henvise pasienter videre til andre helseforetak eller private institutter nå vi selv ikke har kapasitet til å gi time innen ønsket tidsrom. Dette har vi overlatt til henvisende lege/avdeling</p>

	<p>helsehjelp.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvis helseforetaket selv ikke kan gi en rettighetspasient nødvendig helsehjelp innen fristen, skal helseforetaket arbeide aktivt for å finne ledig behandlingstid eller alternativt annet behandlingssted helt frem til fristbruddsdatoen.</li> </ul>		
<b>7.1.3</b>	<p><b>Samhandling</b>                  God kvalitet forutsetter at tiltakene i helsetjenesten er samordnet og preget av kontinuitet. Helseforetaket skal sikre at samhandlingen reguleres i egne samarbeidsutvalg med brukerrepresentasjon. Arbeidet med gode behandlingsskjeder og pasientforløp skal forsterkes og videreutvikles.</p>		
7.1.3.1	<p>Helseforetaket skal utvikle helhetlige pasientforløp og bedre samhandling som sikrer faglig riktig liggetid i sykehus.</p>		<p>Fulgt opp.</p> <p><b>Avvik:</b>                  BIK: Vi gjør vårt ytterste for å bidra til kortest mulig liggetid for pasientene, men vår kroniske underkapasitet må av og til medføre forlenget liggetid.</p>
7.1.3.2	<p>Helseforetaket skal legge til rette for samarbeid med fastlegene i området.</p>		<p><b>Gjennomført.</b></p> <p><b>Merknader:</b>                  ONK: Dette kan forbedres noe.</p>
7.1.3.3	<p>Helseforetaket skal legge til rette for best mulig samarbeid og samhandling med avtalespesialistene i sykehusområdet, jfr. rammeavtalen, strategisk plan/handlingsplan for avtalespesialister og vedtak i omstillingsprogrammet.</p>		<p><b>Gjennomført: cirka 92 %</b></p> <p><b>Merknader:</b>                  MED: Spesielt innenfor dermatologi</p> <p><b>Avvik:</b>                  BIK: Samhandling med avtalespesialister og fastleger er stort sett begrenset til at vi mottar pasienter bare til undersøkelser der alternativene (private institutter, evt. andre sykehus) ikke har den nødvendige kompetanse.</p>
	<p>Rikshospitalet HF skal i samarbeid med henvisende og mottakende helseforetak/sykehus tilstrebe</p>		<p><b>Gjennomført.</b></p>

	effektive samhandlingsmønstre.		
7.1.3.4	Helseforetaket skal gjennom egne tiltak og deltakelse i regionalt "meldingsløft" bidra til at målene om nasjonal elektronisk samhandling i helsetjenesten nås. <ul style="list-style-type: none"> <li>Iverksette samordningsløsninger som legger særlig vekt på henvisninger og epikriser, bilde- og meldingsutveksling, kjernejournal og EPJ med prosessstøtte.</li> </ul>		<p><b>Gjennomført: cirka 92 %</b></p> <p><b>Avvik:</b> BIK har vært en foregangsklinikk for elektronisk samhandling i form av utveksling av bilder og beskrivelser mellom sykehus. En stor mangel er fravær av elektronisk henvisning, som er blitt forsinket i mange år av "klinisk portal".</p>
<b>7.1.4</b>	<b>Pasienter med kroniske sykdommer, og fagområdet habilitering og rehabilitering</b>		
	Helseforetak med lokalsykehusfunksjoner skal videreutvikle disse med særlig vekt på pasienter som trenger sammensatte tjenestetilbud. Også mer spesialiserte sykehus må sikre breddekompetanse og utvikle tverrfaglige team.		
7.1.4.1	Helseforetaket skal gjennom ambulante team, poliklinisk virksomhet og samarbeid med hjemkommunen bidra til bedre tilbud til pasienter med alvorlig kronisk sykdom og pasienter med store rehabiliteringsbehov.		<p><b>Gjennomført.</b></p> <p><b>Merknader:</b> MED: Spesielt innenfor dermatologi NEVRO: Ambulerende team spesielt innenfor epilepsi som besøker hele landet</p>
7.1.4.2	Helseforetaket skal innen egne rammer styrke tilbudene til barn og unge, og sikre gode overganger fra barn- til voksentilbud innen habilitering og rehabilitering.		<p><b>Gjennomført.</b></p> <p><b>Merknader:</b> BKL: Dette er et område med spesiell fokus og prioritering</p>
7.1.4.3	Helseforetaket skal bidra til å utvikle et godt samarbeid med Regional koordinerende enhet for rehabilitering ved Sunnaas sykehus HF.		<p><b>Gjennomført.</b></p> <p><b>Merknader:</b> KSL: Sjeldent aktuelt</p>
7.1.4.4	Helseforetaket skal utarbeide rutiner for innhenting av kompetanse/veiledning fra kompetansesenter for sjeldne og		<p><b>Gjennomført.</b></p> <p><b>Merknader:</b></p>

	spesielle tilstander, for at disse pasienter og deres pårørende møter best mulig kunnskap og forståelse for sin tilstand.		BKL: Svært godt samarbeid med LMS-sentra
7.1.4.5	Helseforetaket skal bidra i arbeidet med å øke tilgjengelige organer for transplantasjon.		<b>Gjennomført.</b>  <b>Merknader:</b> MED: Klinikken arbeider svært aktiv med transplantasjonsvirksomheten, spesielt når det gjelder oppfølging av disse pasientene NEVRO: Tilgang på organer er et høyt prioritert område - nevrofagene ved RH er mottakeravdeling for pasienter som vurderes som potensielle organdoner. (Disse kan ikke ligge på en kirurgisk avdeling hvor en foretar transplantasjon.) ANE: Jobber aktivt med egne donorteam og er med på å utarbeide forskning og prosedrer for å øke tilgangen på organer. PAT: er sentral i forbindelse med utelukking av malignitet hos donor og oppfølging av TX-pasienter.
<b>7.1.5</b>	<b>Beredskap</b> Helseforetaket skal bidra til å følge opp den regionale beredskapsplanen og sikre at regionens samlede ressurser utnyttes mest mulig effektivt ved kriser og katastrofer		
7.1.5.1	Helseforetaket skal sikre at ansatte og samarbeidsparter er kjent med lokal beredskapsordning, bl.a. ved at ledelse, ansvar og roller er tydelig definerte		<b>Gjennomført.</b>
<b>7.1.6</b>	<b>Prehospitale tjenester</b> Prehospitale tjenester er et viktig grunnelement i den samlede beredskapsressurs, og RHF vil i 2009 utarbeide en egen strategiplan for disse tjenester.		
7.1.6.1	Helseforetaket skal følge opp og rapportere responstider og aktivitetstall		<b>Gjennomført.</b>
<b>7.1.7</b>	<b>Brukermedvirkning</b> Brukerkompetansen er viktig for kvaliteten i behandlingen, og har egenverdi for pasienter og pårørende.		
7.1.7.1	Helseforetaket skal legge til rette for likemannsarbeid i samarbeid med		<b>Gjennomført.</b>

	brakerorganisasjonene, gjerne gjennom lærings- og mestringssentrene.		
7.1.7.2	Helseforetaket skal sikre at nødvendig og relevant pasientinformasjon er tilgjengelig for pasienter/pårørende, herunder også informasjon om tiltak i regi av primærhelsetjenesten, fylkeskommunene og brukerorganisasjonene.		<b>Gjennomført.</b>  <b>Merknader:</b> ISE: Kåret til Norges beste hjemmeside!
<b>7.2</b>	<b>Utdanning av helsepersonell</b> Helseforetaket skal være en reell og god læringsarena, både for ansatt helsepersonell, turnuskandidater, studenter og lærlinger. Helseforetaket skal sikre at:		
7.2.1	Utdanning av helsepersonell drives i henhold til gitte målsettinger innen somatikk, psykiatri og rus, jfr. helseforetakets vedtekter § 13, samt egen instruks om avtaler med høyskoler og universiteter.		<b>Gjennomført.</b>
7.2.2	Det etableres et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever, lærlinger og studenter		<b>Gjennomført.</b>  <b>Merknader:</b> Anders Skogstad (sykepleie) og Marit Sandvik (andre helsefag) har vært koordinatorene for Rikshospitalet i Koordinatorforum Oslo/Akershus Helse Sør Øst. RH har tatt i bruk ”dataverktøyet” i fordelingsprosessen vedrørende praksisplasser bachelor.
7.2.3	Undervisningen foregår som en integrert del av virksomheten.		<b>Gjennomført.</b>
7.2.4	Praksisplasser for høyskolestudenter i helse- og sosialfag stilles til rådighet i tråd med statlige mål.		<b>Gjennomført.</b>  <b>Merknader:</b> Det er store utfordringer med hensyn til å dekke høyskolenes behov for praksisplasser innen de forskjellige fagområder – spesielt bachelor sykepleie.
7.2.5	Leger under spesialisering og annet		<b>Gjennomført.</b>

	helsepersonell i videreutdanning får systematisk opplæring og oppfølging.		
7.2.6	Det legges til rette for utdanning av personell til rekrutteringssvake, prioriterte fagområder.		<b>Gjennomført.</b>  <b>Merknader:</b> NEVRO: dette er et høyt prioritert område
7.2.7	Stillingsstrukturen for leger stemmer med NR sin database og melde avviksendringer.		<b>Gjennomført.</b>
7.2.8	Det medvirker i HSØs gjennomføring av særskilt arbeid med legefordelingen mellom helseforetakene		<b>Gjennomført.</b>  <b>Merknader:</b> BIK: Uklar problemstilling. BIK har for to år siden søkt om flere legehjemler fra HSØ, men fortsatt foreligger ingen svar på søknadene
7.2.9	Det utnevner én ansvarlig koordinator til det regionale arbeidet med fordeling av praksisplasser for høyskolestudenter.		<b>Gjennomført.</b>  <b>Merknader:</b> Det er utnevnt en ansvarlig koordinator for Oslo universitetssykehus.
<b>7.3</b>	<b>Forskning</b> Helseforetaket skal bidra til å oppnå målene i den regionale forskningsstrategien for 2008-2011, og i 2009 skal helseforetaket:		
7.3.1	Sikre at bruk av interne ressurser til forskning, målt som andel av totale driftskostnader, justeres i forhold til det endelige driftsbudsjettet som utgjør minimum et nivå tilsvarende 2008.		<b>Gjennomført.</b>  <b>Merknader:</b> Interne ressurser til forskning består av ressursbruk i egne FoU-enheter, av ikke-forhåndsavtalte stillingsandeler hos annet personale, av ressursbruk i Stabsenheten for FoU, samt av fellestjenester/infrastruktur. Direkte ressursbruk til forskning vil trolig bli noe redusert som følge av de innsparingstiltak som gjennomføres i 2009, men etter planen i noe mindre grad i forskningsavdelingene. Dessuten vil kostnadene relatert til fellestjenester/infrastruktur øke noe som følge av drift og avskrivninger for det nye forskningsbygget på Montebello. Det kan derfor forventes at andel bruk av interne ressurser kan bli opprettholdt på 2008-nivå.
7.3.2	Ha lokal forskningsstrategi for eget foretak med eget forskningsutvalg og tilstrekkelig administrativ støtte til at planlagt forskning kan realiseres		<b>Gjennomført.</b>  <b>Merknader:</b> Det er, i nært samarbeid med Universitetet i Oslo, utarbeidet både overordnet forskningsstrategi

		<p>for helseforetaket (tidligere Rikshospitalet HF) og tilhørende klinikkvise forskningsstrategier. Det vises til punkt 7.3.3.</p> <p>Rikshospitalet har i mange år hatt eget forskningsutvalg, i samarbeid med Universitetet i Oslo.</p> <p>Det er etablert en egen forskningsstøtteavdeling ved helseforetaket. Avdelingen er under reorganisering som ledd i etableringen av Oslo universitetssykehus. LAB: Har mange forskningsgrupper innenfor de forskjellige lab fagene og i tett samarbeid med UiO. 2 sentre for fremragende forskning (SFF). Forskningen er fra basalforskning til translasjonsforskning til mer klinisk forskning. Forskningsstrategien er lagt ned til den enkelte avdeling (i samarbeid med fakultetsdivisjonen).</p>
7.3.3	Beskrive egen forskningsprofil	<p><b>Gjennomført:</b></p> <p><b>Merknader:</b>  Forskningsprofil for Oslo universitetssykehus Rikshospitalet fremgår av forskningsstrategi, se <a href="http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/hygiene/forskning/menypunkt?p_dim_id=46105">http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/hygiene/forskning/menypunkt?p_dim_id=46105</a>  I tillegg har hver klinikk utarbeidet egne forskningsstrategier / handlingsplaner basert på denne. Hovedmål og tiltak i overordnet forskningsstrategi:</p> <p>Mål  Forskningen ved Rikshospitalet skal gjennom nasjonalt og internasjonalt samarbeid</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bidra til å styrke norsk helsetjeneste med kunnskap og kompetanse, til beste for behandling av og omsorg for pasientene,</li> <li>• holde høy internasjonal standard og bidra til etablering av nye metoder for forebygging, diagnostikk og behandling av sykdom og til bedre forståelse av sykdomsmekanismer.</li> </ul> <p>Tiltak:  Målene skal nås gjennom at forskningsvirksomhet ved Rikshospitalet skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• være forankret i sykehusets ledelse og i alle viktige beslutningsprosesser,</li> <li>• konsentreres mot færre innsatsområder og større samarbeidende prosjektgrupper</li> <li>• være aktive i forhold til å søke midler nasjonalt og internasjonalt, prioritere foretakets kjerneområder og forskningsfelt som støtter opp rundt disse, forutsatt at prosjekter holder kvalitativt mål i konkurranse med andre områder.</li> <li>• videreutvikle og styrke grunnforskning, klinisk forskning, helsefaglig forskning og</li> </ul>



		<p>epidemiologisk forskning,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fremme translasjonsforskning,</li> <li>• fremme metodeutvikling og innovasjon,</li> <li>• baseres på høye kvalitetskrav i henhold til internasjonale standarder,</li> <li>• baseres på aktivt, nasjonalt og internasjonalt samarbeid,</li> <li>• forankres i faglig og strategisk samarbeid med Universitetet i Oslo og andre relevante utdanningsinstitusjoner,</li> <li>• sikre forsknings- og forskningslederkompetanse på høyt internasjonalt nivå,</li> <li>• sikre forsvarlig og felles forvaltning av fysisk forskningsmateriale og tilhørende data til det beste for forskningen,</li> <li>• sørge for adekvat tilgang til "state of the art" metodikk, felles kjernefasiliteter og eksperimentelle dyremodeller,</li> <li>• søke institusjonell rådgivning fra ekspertfora sammensatt av internasjonalt anerkjente forskere (Scientific Advisory Board)</li> </ul> <p><b>Forskning profil ved de Kliniske klinikkene ved RH</b></p> <p><b>BKL:</b> Bred forskning innenfor nyfødt medisin, hjerte, lunge, immunologi, kreft og TX. Klinikken har en tverrfaglig profil. Forskning også innenfor habilitering.</p> <p><b>HLK:</b> Studier av sykdomsmekanismer, nye diagnostiske metoder og utprøvende behandling</p> <p><b>KIR:</b> Seksjon for transplantasjonskirurgi: Levertransplantasjon ved kreft, Immunsupprimerende effekt av cytostatika, Øycelletransplantasjon, eksperimentell transplantasjon, eksperimentell hepatocellulær cancer og leverregenerasjon.</p> <p>Seksjon for Barnekirurgi: medfødte misdannelser, mestring hos foreldre av barn med komplekse misdannelser, laparoskopisk kirurgi hos barn</p> <p>Seksjon for gastrokirurgi: pancreascancer, nevroendokrine svulster, laparoskopisk leverkirurgi, lapaskopisk pancreaskirurgi</p> <p><b>ØPO:</b></p>
--	--	---

			<p>Forskning innenfor ØNH, Plastisk kirurgi og ortopedi</p> <p><b>KKL:</b> Fødsel og fostermedisin</p> <p><b>MED:</b> Klinisk forskning med vekt på translasjons forskning - cirka 180 ordinal pub. i internasjonale refree baserte tidsskrifter</p> <p><b>NEVRO:</b> samlet i 12 strategiske områder som er ledet av en prof. 1 Bevegelsesforstyrrelser 2 Bipolare lidelser 3 Cerebrovaskulære lidelser 4 Epilepsi 5 Frontallappsforstyrrelser 6 Hjernesvulst hos barn - langtidsresultater 7 Nevrodynamikk 8 Nevropatisk smerte 9 PNES og psykososiale aspekter ved epilepsi 10 Psykoendokrinologi 11 Subklinisk aktivitet i EEG 12 Vaskulær nevrokirurgi</p> <p><b>ONK:</b> Klinisk kreftforskning og Translasjonsforskning.</p> <p><b>ANE:</b> Smerteforskning, farmakologisk forskning og regional oksygentilbud (biosensorer), sedasjon og intensivbehandling, sirkulasjonsfysiologi og patofysiologi sammen med KKL, HLK og interversjonssenteret, regional anestesi og sykepleierforskning. Klinisk intensivmedisinsk forskning.</p> <p><b>KLS:</b> Fysioterapi - kvalitetssystemer for måling av fagligutvikling i forhold TX (hjerte, lunge, lever og</p>
--	--	--	---

		<p>stamceller)</p> <p><b>BIK</b> skal videreutvikle seg som landets ledende forskningsmiljø innen medisinsk bildebasert teknologi, diagnostikk og behandling ha forskningsaktivitet på nasjonalt og internasjonalt nivå med utstrakt tverrfaglig samarbeid fokusere forskningen mot meritterende virksomhet innen sykehusets faglige kjerneområder</p> <p><b>LAB:</b> Har mange forskningsgrupper innenfor de forskjellige lab fagene og i tett samarbeid med UiO. 2 sentre for fremragende forskning (SFF). Forskningen er fra basalforskning til translasjonsforskning til mer klinikk forskning. Forskningsstrategien er lagt ned til den enkelte avdeling (i samarbeid med fakultetsdivisjonen).</p> <p><b>PAT:</b> I 2008 bidro Patologiklinikken til 126 av foretakets totalt 861 vitenskapelige publikasjoner innen et bredet område som dekker basalforskning innen cellebiologi og immunologi, translasjonsforskning og oppdragsforskning via Utprøvningsenheten.</p> <p><b>ISE:</b> Utvikling av nye teknikker for bruk av MTU</p>
7.3.4	Styrke arbeidet med kvalitetssikring og implementere systemer for internkontroll av forskning i egen institusjon	<p><b>Gjennomført.</b></p> <p><b>Merknader:</b> Rikshospitalet har utviklet omfattende rutiner for kvalitetssikring og internkontroll av forskning. Disse er samlet i foretakets EK-system og samlet på nett via en Forskningshåndbok. Rutinene var gjenstand for gjennomgang i konsernrevisjon utført av Helse Sør-Øst høsten 2008/våren 2009. Rutiner vil bli justert og harmonisert innad i Oslo universitetssykehus i tråd med funnene i revisjonen og som ledd i ny organisering.</p>
7.3.5	Styrke arbeidet med forskningsetikk	<p><b>Gjennomført:</b></p> <p><b>Merknader:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaket har arbeidet med forskningsetikk og satt dette spesielt på agenda gjennom arbeid i Felles forskningsutvalg for helseforetaket og universitetet. Det er god og økende bevissthet rundt forskningsetiske spørsmål i de fleste miljøer.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rikshospitalet har siste to år hatt en ordning med forskningsombud for helseforetaket, i samarbeid med Ullevål universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og Det medisinske fakultet. Ombudets erfaringer vil bli gjennomgått og videreutvikling av ordningen vurdert innen Oslo universitetssykehus.</li> <li>• Kvalitetssikring og forskningsetikk er også omfattet av årsplan for Oslo universitetssykehus 2010.</li> </ul>
7.3.6	Bidra aktivt til realisering av regionale fagspesifikke forskningsnettverk og ivareta oppgaver knyttet til regionalt finansiert infrastruktur innenfor egen institusjon	<p>Fulgt opp.</p> <p><b>Merknader:</b> Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, har deltatt aktivt i dette arbeidet. LAB: Nettverket er omgjort til fagråd for medisinske støttefunksjoner. Klinikksjef er leder for dette fagrådet.</p> <p>Avvik: BIK: Delvis innfridd ved at BIK aktivt har bidratt til etablering av "RadForsk", Radiologforeningens forskningsinstitutt, med pågående utvikling av eget forsker- og veiledernetverk.</p>
7.3.7	Delta i Helse Sør-Øst RHF sitt administrative forskningsledernetttverk	<p>Fulgt opp.</p> <p><b>Merknader:</b> Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, har deltatt aktivt i Administrativt forskningsledernetttverk, ved leder av sykehusets forskningsstøtteavdeling.</p>
7.3.8	Iverksette tiltak for å styrke innovasjonsaktiviteten i eget helseforetak i tråd med RHFets handlingsplan for innovasjon	<p>Fulgt opp.</p> <p><b>Merknader:</b> Innovasjonsaktiviteter er satt ytterligere på dagsorden i 2009 gjennom arbeidet med organisering av forskning, utdanning og innovasjon i Oslo universitetssykehus. Det arbeides med en rekke initiativer, internt og gjennom eksterne samarbeidsfora. ONK: Inngår nye avtaler f eks Oslo Cancer Cluster (OCC) og Oppstartbedrifter knyttet til OCC..</p> <p><b>Avvik:</b> ØPO: ikke mulig å prioritere innovasjonsaktiviteten pga krav til høy aktivitet (pasientbehandling) BIK: Innovasjon er ikke blant de høyest prioriterte oppgavene i BIK.</p>
7.3.9	Samarbeide om innhenting av	<b>Gjennomført:</b>

	datagrunnlag for registrering av forskningsproduksjon og ressursbruk til forskning (NIFU STEP)		<b>Merknader:</b> Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, er en aktiv deltager i arbeidet og en viktig premissleverandør for videreutvikling av systemet.
7.3.10	Arbeide for at forskningsproduksjonen målt i publikasjonspoeng (NIFU) øker fra gjennomsnittsnivået de tre foregående år		<b>Gjennomført:</b>  <b>Merknader:</b> Dette tilstrebes. Som kjent foreligger resultater for 2009 fra NIFU Step ikke før høsten 2010.
<b>7.4</b>	<b>Opplæring av pasienter og pårørende</b> Helseforetaket skal videreutvikle Lærings- og mestringssentrene (LMS) som en arena for helseforetakenes samhandling med brukerorganisasjoner og primærhelsetjeneste om pasient- og pårørendeopplæring og sykdomsforebyggende arbeid. LMS – tilbud skal være en integrert del av behandlingstilbudet i pasientforløpet til mennesker med kroniske sykdommer.		
7.4.1	Helseforetaket skal i 2009 sikre at LMS-aktiviteten blir høyere enn i 2008.		Fulgt opp.  <b>Merknader:</b> KKL: Forberedelse til fødsel  <b>Avvik:</b> BIK har ingen LMS-aktivitet
7.4.2	Helseforetaket skal i løpet av 2009 utvikle minst ett nytt LMS – tilbud.		<b>Gjennomført:</b>  <b>Merknader:</b> ANE: Smerte
<b>8</b>	<b>Andre prioriteringer</b>		
<b>8.1</b>	<b>Medisinske støttefunksjoner</b> Helse Sør-Øst vil arbeide for en hensiktsmessig bruk av samlet kapasitet på lab/røntgen i foretaksgruppen, herunder sikre en faglig forsvarlig forbruksvekst.		
8.1.1	Helseforetaket skal bidra aktivt i dette arbeidet gjennom deltakelse i nettverk for medisinske støttefunksjoner		<b>Gjennomført.</b>  <b>Merknader:</b> LAB: Nettverket er omgjort til fagråd for medisinske støttefunksjoner. Klinikksjef er leder for dette fagrådet
<b>8.2</b>	<b>Opplæring og kompetanse medisinsk teknisk utstyr</b>		
8.2.1	Helseforetaket skal følge opp tiltak for		<b>Gjennomført:</b>

	opplæring innen medisinsk teknisk utstyr for 2009, med særlig vekt på komplisert utstyr som for eksempel defibrillator, diatermi, infusjons- og smertepumper og respirator.		<b>Merkander:</b> ISE: Medisinsk kompetanse på RH er ledende i Norsk sammenheng
<b>8.3</b>	<b>Særskilte oppgaver for Rikshospitalet HF</b>		
8.3.1	Helseforetaket skal sikre at ansatte og ledelse samarbeider med Aker og Ullevål om gode løsninger for Oslo universitetssykehus HF.		<b>Gjennomført.</b>
8.3.2	Helseforetakene som er vedtatt å skulle inngå i ett felles sykehusområde forutsettes å samhandle med hverandre om tiltak som kan bidra til å realisere gevinster for området i 2009.		<b>Gjennomført.</b>
8.3.3	Helseforetaket skal følge opp vedtak om virksomhetsoverdragelser innen rehabiliteringsvirksomheten.		<b>Gjennomført.</b>  <b>Merknader:</b> ØPO: Arbeider med overføring av pasientgrupper.
8.3.4	Sikre tilstrekkelig kapasitet til ICD og PCI i regionen, i samarbeid med Ullevål og Sørlandet Sykehus.		<b>Gjennomført.</b>
8.3.5	Arbeide for å sikre tilstrekkelig kapasitet på ablasjonsbehandling i regionen, i samarbeid med Ullevål.		<b>Gjennomført.</b>
8.3.6	Helseforetaket skal delta aktivt i gjennomgangen av dagens landsfunksjoner for å etablere et nytt helhetlig system for styring av lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten. Inntil arbeidet er ferdigstilt skal foretaket prioritere		Fulgt opp.  <b>Merknader:</b> NEVRO: Meget aktive innenfor to store fagområder som er foreslått lagt til OUS

	tildelte landsfunksjoner og flerregionale funksjoner i henhold til rundskriv I-19/2003 fra Helse- og omsorgsdepartementet.		
8.3.7	Helseforetaket skal i samarbeid med Helse Sør-Øst gjennomgå vilkår og nødvendig tilrettelegging for at nasjonale mål nås om at flere mennesker som trenger det skal få tilbud om en livreddende transplantasjon.		<b>Gjennomført.</b> <b>Merknader:</b> PAT: Har sentrale oppgaver i forhold til både donor og mottaker i forbindelse med TX, spesielt i oppfølging av mottak over lengre tid.

Kap.	Mål / Krav / Oppdrag m.m. i driftsavtale 2009	Ansv. RHF el. HF	Oppfølging / status ved Ullevål universitetssykehus HF
<p><b>Forkortelser som benyttes :</b></p> <p>OUS                    Oslo universitetssykehus HF            OUS – AUS        Oslo universitetssykehus HF - Aker            OUS – RH         Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet            OUS –UUS        Oslo universitetssykehus HF - Ullevål            HSØ                Helse Sør-Øst RHF</p>			
<b>6</b>	<b>II Mål for 2009</b>		
<b>6.1</b>	<b>Pasientbehandling</b>		
6.1.1	Gjennomføre styrets vedtak i omstillingsprogrammet (jfr. sak 0xx/2008) Etablere sykehusområdene	RHF HF	Det vises til pågående integrasjonsaktiviteter i OUS, kommentert i Årlig melding 2009.
6.1.2	Gjennomføre styrets vedtak i omstillingsprogrammet (jfr. sak 0xx/2008) Sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan	RHF HF	Det vises til pågående integrasjonsaktiviteter i OUS, kommentert i Årlig melding 2009.
6.1.3	Kvaliteten skal bedres : Minst 80 % andel epikrise utsendt innen 7 dager	HF	OUS - UUS arbeider hele tiden med å forbedre andelen av utsendt epikrise innen 7 dager. Innføring av talegjenkjenning var tenkt å forbedre andelen utsendte epikriser, men pga manglende funksjonalitet i programmet har denne effekten ikke funnet sted. Pr. 2. tertial 2009 var 66,5 % av epikrisene utsendt innen 7 dager. Innen psykiatri var andelen 43,6 %.
6.1.4	Kvaliteten skal bedres : Det skal normalt ikke være korridorpatient	HF	OUS - UUS har i 2009 hatt et stort fokus på korridorpatienter og har hatt eksternt tilsyn fra OBRE ( Oslo brann – og redningsetat ). I den forbindelse ble det revidert et Nivå 1 dokument som beskriver hvordan man skal agere når belegget på sengepostene overskrider et visst belegg. Det er også etablert buffersenger godkjent av vår brannvernleder på de sengepostene hvor det har latt seg gjøre. Resultatet var 1,2 % i oktober og 1,6 % akkumulert. Målsettingen er fortsatt ingen korridorpatienter innen somatikk. Tiltakene har fokus på bedre utnyttelse av total sengekapasitet



			inkl. buffersenger, samt kortere ventetid for utskrivningsklare
6.1.5	Kvaliteten skal bedres : Det skal ikke være fristbrudd	HF	<p>OUS - UUS har gjennom hele 2009 hatt et stort fokus på å holde aktiviteten oppe. Dette har vært krevende spesielt med tanke på den omfattende organisasjonsprosessen som har vært kjørt i OUS og hva den har krevet av personalet i form av møtevirksomhet og deltagelse i prosjektgrupper. Sykehuset har hatt en sterk økning i antall dagopphold (6.1%), men en liten reduksjon i døgnopphold (-1%). Antall fristbrudd for pasienter med rett har økt med 36 ila 2009.</p> <p>Ullevål har ikke klart å få opp periodedata som ny indikator krever. Øyeblikkstill, som er gammel indikator, viser en betydelig økning, men lokalisert til et fåtall avdelinger. Ventetid også for rettighetspasienter øker. Årsaken er flere steder vakante stillinger.</p>
6.1.6	Pasientsikkerheten skal bedres: Det utarbeides HF-vise planer for reduksjon og dokumentasjon av sykehusinfeksjoner Gjennomførte tiltak for reduksjon av feilmedisinering skal dokumenteres.	HF	<p>a) Prevalensmålinger av sykehusinfeksjoner tre ganger i året: januar, juni og oktober med tilbakemelding til hver enkelt avdeling. Prevalens gjennomført i januar 2009 viser nedgang totalt og mht postoperative sårinfeksjoner spesielt.</p> <p>b) Insidensmålinger av postoperative sårinfeksjoner etter hjertekirurgi (ACB), hofteoperasjoner og keisersnitt i samarbeid med aktuelle avdelinger.</p> <p>c) Revisjon av håndhygiene, nedre luftveisinfeksjoner og postoperative sårinfeksjoner ved intensivavdelinger for voksne og nyfødteintensiv i 2009</p> <p>d) Håndhygienedager x 4/år med tillegg for leger x 4</p> <p>e) Befaringer på alle avdelinger – helst årlig</p> <p>f) Undervisning for personell; 6 interne kurs, 2 eksterne kurs og på lokale avd.</p> <p>g) Håndhygiene og smittevern for pasienter</p> <p>Kontroll og revisjon av sykehusets smittevernrutiner, bakteriebelastning i operasjonsavdelinger, trykkforhold og renhetsgrad, bygg og vedlikehold etc</p> <p>Det vises også til kommentarer under punkt 7.1.2.5.</p>
<b>6.2</b>	<b>Forskning</b>		
6.2.1	Forsknings- og innovasjonsaktivitet opprettholdes på samme høye nivå og NIFU-poeng og dr.grader økes i samsvar med økt ressurstilførsel	HF	<p>Det har ved OUS – UUS vært en betydelig økning i antall dr. grader i løpet av 2009. I år er foreløpig 47 dr. grader mot fjorårets 30. (7 stk i 2002!) Sannsynligvis passerer antall publiserte artikler i refereebaserte tidsskrift 500 stk i 2009. Dette skyldes økt forskningsstøtte i et godt fungerende regionalt kompetansesenter for klinisk forskning, Ullevål.</p>
6.2.2	Etablere regionale infrastrukturtiltak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid som skal bidra til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne	RHF HF	<p>Kompetansesenteret for klinisk forskning, Ullevål, dekker hele det gamle Helse Øst området med faste konsultasjonsdager ved Aker universitetssykehus, sykehuset Innlandet og sykehuset Østfold. Det gir også støtte til det gamle Helse Sør området, blant annet gis det statistisk støtte til Rikshospitalet.</p> <p>De fleste av våre forskningsgrupper har organisert samarbeid med forskere i regionen, nasjonalt og internasjonalt. Monitorering av forskningsprosjekter foregår i hele HSØ-regionen.</p>

6.2.3	Utvikle insentiver for stimulering av tverrfaglig forskning og translasjonsforskning	RHF	Videreutviklet våre stipend- og belønningsordninger innenfor forskning. Translasjonsforskningen er prioritert. En nedsatt gruppe laget høsten 2008 og delvis effektivert i 2009 en translasjonsbetenkning. (Translasjonsrapport)
6.2.4	Tiltak for å understøtte etikk og internkontroll i forskningen implementeres	HF	Vi har revidert vår forskningsinstruks i henhold til den nye helseforskningsloven og formalisert GCP ( Good clinical practice ) i sykehuset.
<b>6.3</b>	<b>Kunnskapshåndtering og god praksis</b>		
6.3.1	Utarbeide og iverksette en samlet strategi for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis	RHF	Det holdes årlige kurs i klinisk forskningsmetodikk i samarbeid med Forskerforbundet og Forsknings- og utdanningsavdelingen. Det holdes også kurs i GCP årlig. Ullevål har hvert år et nasjonalt symposium med ulike hovedtema. Det er dessuten utgitt en revidert utgave av Forskningshåndboken. (4. utgave)
6.3.2	Utvikle helhetlige pasientforløp og bedre samhandling som sikrer faglig riktig liggetid i sykehus	RHF HF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeide med å etablere helhetlige pasientforløp videreføres fra AUS, RH og UUS inn i OUS noe som understøttes av de vedtatte organisasjonsendringer.</li> <li>• Det er etablert et "Helsefagprosjekt" med mandat å foreslå tiltak som legger til rette for økt kvalitet, effektivitet, pasientsikkerhet, samarbeid og koordinering av helsefagene innen OUS. Tiltakene gjelder også mot eksterne samarbeidspartnere som høyskolene, universitetet og Oslo kommune.</li> <li>• Det er etablert et "Lokalsykehusprosjekt" med mandat å utarbeide forslag til organisering og lokalisering av lokalsykehusfunksjonen som et fullverdig tilbud til Oslos befolkning. Valgt løsning skal ha klare ansvarsmessige grensesnitt mellom OUS og øvrige sykehus med lokalsykehusfunksjoner som betjener denne befolkningen. Prosjektet skal videre utarbeide et forslag til oppgavefordeling mellom OUS og øvrige sykehus med lokalsykehusoppgaver for Oslos befolkning. I samarbeid med Oslo Kommune skal prosjektet utarbeide forslag til en samhandlingsmodell.</li> </ul>
6.3.3	Regionale fagråd etableres	RHF	UUS har bidratt med innspill i prosessen og har en rekke representanter i regionale fagråd
<b>6.4</b>	<b>Organisering og utvikling av fellestjenester</b>		
6.4.1	Administrative fellestjenester i foretaksgruppen standardiseres både når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess for å frigjøre ressurser til pasientbehandling og øke kvaliteten på de administrative funksjoner	RHF HF	For hele punkt 6.4 vises det til pågående prosesser/aktiviteter i OUS, og særlig til prosjekter gjennom Økonomisk bærekraft, kommentert i Årlig melding.
6.4.2	Implementere bedre koordinering og styring av alle administrative fellestjenester i helseforetaksgruppen	RHF HF	Se 6.4.1.

6.4.3	Samlet realisert gevinst for innkjøp og logistikk skal være 250 MNOK i 2009	HF	Se 6.4.1.
6.4.4	Samlet bygningsareal og kostnader til eiendomsforvaltning reduseres med 3 % i 2009	RHF	Se 6.4.1. Salg av eiendom i regi av OUS – viser til integrasjonsprosessen
<b>6.5</b>	<b>Mobilisering av ansatte og ledere</b>		Det vises til vedlegg 8 OUS Årlig melding 2009 Oppfølging av foretaksmøteprotokollene 2009 HSØ og OUS , pkt. 5.1.1. HR-strategi
6.5.1	Operasjonalisere og implementere vedtatte HR-strategi med fokus på . Mobilisering av medarbeidere og ledere	RHF HF	
6.5.2	Operasjonalisere og implementere vedtatte HR-strategi med fokus på . Kompetanseutvikling	RHF HF	
6.5.3	Operasjonalisere og implementere vedtatte HR-strategi med fokus på . Ressursstyring	RHF HF	
6.5.4	Operasjonalisere og implementere vedtatte HR-strategi med fokus på . Arbeidsmiljø og HMS	RHF HF	
6.5.5	De 12 prinsippene for medvirkning forankres og operasjonaliseres	HF	
6.5.6	Sykefraværet reduseres med 1 prosentpoeng	HF	a) Det er opprettet et strategisk IA-utvalg på sykehusnivå for å utarbeide overordnede målsettinger og ivareta ”3-parts-samarbeidet” mellom sykehusets ledelse, ansattes organisasjoner og NAV. Utvalget vil stimulere tiltak/prosjekter som er forebyggende/utviklende og ikke bare ”raparerende”. b) IA-utvalget vil utarbeide en overordnet handlingsplan i dialog med divisjonene for å oppnå målene. c) Fortsette arbeidet med ”gravidprosjektet”, informasjon og tilretteleggingstiltak for å redusere sykefravær. d) Utvikle seniorpolitiske retningslinjer med tiltak.  Sykefraværet var i 2008 på 8,7 % mens det i 2009 lå på 9,3 % (pr. november 2009 ).
<b>6.6</b>	<b>Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring</b>		

6.6.1	God økonomistyring i henhold til eiers styringskrav	HF	For å legge til rette for et økonomisk resultat i samsvar med eiers styringsmål har OUS – UUS vektlagt ansvarliggjøring av ledere i hele organisasjonen. Grunnlaget for ansvarliggjøring er lagt gjennom bred deltakelse og involvering i planprosessene og gjennom en systematisk og forutsigbar prosess for styring og oppfølging gjennom året. Dette stiller store krav til involvering og dialog mellom de ulike ledelsesnivåene. Delegering av fullmakter innenfor fag, personal og økonomi, er brukt som virkemiddel for å sikre god styring og effektiv drift.
6.6.2	Ferdigstille og forankre ny inntektsmodell	RHF	OUS – UUS har bidratt i arbeidet med ny inntektsmodell.
<b>7</b>	<b>Forventninger og krav knyttet til helseforetakets håndtering av de fire lovpålagte hovedoppgavene i 2009</b>		
<b>7.1</b>	<b>Pasientbehandling</b>		
<b>7.1.1</b>	<b>Aktivitet og kapasitet</b>		
	I hht statsbudsjettet skal Helse Sør-Øst samlet ha en generell aktivitetsvekst på 1,5 prosent fra 2008, og dette gjelder all pasientbehandling (somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering). Økte midler som følge av opptrappingsplanen for rusbehandling kommer i tillegg.		
7.1.1.1	Ullevål universitetssykehus HF skal prioritere aktivitetsvekst innen nasjonalt prioriterte områder og på områder med identifiserte behov innenfor helseforetakets samlede økonomiske ramme. Det legges til grunn at Ullevål universitetssykehus HF styrer aktiviteten for å sikre likeverdig tilgang av helsetjenester på tvers av fagområder. I budsjettet til Helse Sør-Øst er det prioritert økt ressurstilgang til psykisk helsevern, rusbehandling, habilitering og rehabilitering samt til prehospitale tjenester. Helseforetakets aktivitet skal gjenspeile disse prioriteringene. Ullevål universitetssykehus HF skal i oppfølgingsmøtene rapportere hvordan helseforetaket prioriterer og styrer aktiviteten.		<p>Psykiatrien har vært gjennom en opptrapping og betydelig driftsomlegging. Entydige mål på aktivitetsutvikling er derfor vanskelige å fremskaffe siden de ulike behandlingsformer i liten grad lar seg vekte i forhold til hverandre. Et måltall for endret behandlingsskapasitet ved slike driftsomlegginger kan derfor være utvikling i ventende og ventetid for behandling. Når vi ser på disse måltallene er det tydelig at psykiatrien har hatt en bedre utvikling enn somatikken fra 2008 til 2009.</p> <p>Avdeling for voksenhabilitering har som del av Bevegelsesdivisjonen blitt unntatt nedskjæringer og har fått lyse ut stillinger i de hjemler vi har hatt siden 90- tallet, men aldri fått anledning til å besette. Ved utgangen av 2009 har vi pt kun én ubesatt stilling (psykolog).</p>
7.1.1.2	Innenfor somatisk sektor skal helseforetaket legge til grunn en		Det er lagt til grunn en samlet ramme for aktivitet på i alt 86 265 DRG poeng og 403 090

	<p>samlet ramme for aktivitet på i alt xx xxx <u>DRG-poeng</u> for pasienter bosatt i egen region, samt yyyy refusjonspoeng til poliklinisk aktivitet. Dersom tallene til Helse Sør-Øst endres i Oppdragsdokument 2009, justeres helseforetakets aktivitetsramme tilsvarende.</p>	<p>polikliniske refusjonspoeng i budsjettet. Årsprognosen for DRG-poeng er satt til 84 170 som er 2,4 % under plantall. Hovedforklaringen på avviket er en kombinasjon av nedgang i antall døgnopphold samt redusert refusjon i 2009 for dagbehandling. Årsprognosen for polikliniske refusjonspoeng er pr. nå lik budsjettet.</p>
<p>7.1.1.3</p>	<p>For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) legges følgende styringsmål til grunn for 2009:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Den relative veksten i ressursbruk og aktivitet innen psykisk helsevern og rusbehandling skal være større enn innen somatisk sektor</li> <li>. Ressursøkningen forutsetter kvalitetsforbedring, omstilling og mer effektiv drift innen psykisk helsevern og rusbehandling.</li> <li>. Det skal ikke legges ned behandlingstilbud innen det psykiske helsevernet før alternativt tilbud foreligger og er tilgjengelig.</li> <li>. Økte midler som følge av opptrappingsplanen for rusbehandling skal resultere i økt aktivitet.</li> <li>. Eksisterende døgnkapasitet innen TSB kan ikke omstilles uten tett samhandling med</li> </ul>	<p>Kulepunkt 1 : Viser til punkt 7.1.1.1 over.</p> <p>Kulepunkt 2: Psykiatrisk divisjon har også dette året hatt sterkt fokus på kvalitetsutvikling. Divisjonen har et velfungerende kvalitetssystem og samtlige avdelinger har gjennomgått egenrevisjoner med gode resultater. Tilsyn på Akuttpsykiatrisk avdeling fra Helsetilsynet i Oslo og Akershus konkluderte med ingen avvik og ingen merknader. Én avdeling har påbegynt prosessen med ISO-sertifisering. Divisjonen har gjennomført en betydelig omstilling de senere år og har nå en god balanse i kapasiteten mellom ulike behandlingsnivåer. Divisjonen drifter effektivt og går med mindreforbruk.</p> <p>Kulepunkt 3: Har ikke vært noen aktuell problemstilling i 2009</p> <p>Kulepunkt 4: Ikke vært opptrapping på rusfeltet ved Ullevål i 2009</p> <p>Kulepunkt 5: All døgnbehandling innen TSB har vært koordinert fra Aker universitetssykehus.</p>

	Helse Sør- Øst RHF, siden det må sees i sammenheng med helseregionens totale behandlingstilbud og det frie sykehusvalget		
7.1.1.4	Helseforetaket skal følge opp intensjonene for ordningen Raskere tilbake, og bidra til at Helse Sør-Øst innfrir sine forpliktelser. Spesielt understrekes kravet om at aktiviteten skal være sporbar og komme i tillegg til ordinær aktivitet.		<p><b>RASKERE TILBAKE</b></p> <p>Ordningen Raskere tilbake er en oppfølging av Sykefraværsutvalgets rapport fra november 2006, og skal sikre at arbeidstakere som er sykmeldt eller som står i fare for å bli sykmeldt, får et tilbud om rask behandling.</p> <p>Ved OUS, Ullevål har vi i 2009 hatt tilbud til pasienter innen områdene fysikalsk medisin, ortopedi og nevrokirurgi. All aktivitet innen raskere tilbake er sporbar i det pasientadministrative systemet, da disse pasientene merkes særskilt med egen deibitorkode "sykepengeprosjekt".</p> <p>Raskere tilbake pasienter med ortopediske og nevrokirurgiske lidelser er blitt behandlet i ordinære aktivitetsbaserte prosjekt. Disse prosjektene er nå avviklet.</p> <p>Nevrokirurgisk avdeling har i løpet av 2009 behandlet 49 pasienter under ordningen som har fungert meget godt slik at avdelingen også søker om aktivitet neste år. Ortopedisk senter har hatt ca. 247 polikliniske kontakter, 103 innleggelser og 162 opphold i Raskere tilbake ordningen.</p> <p>Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering har hatt et tilbud til pasienter med nakke-rygg og skulderlidelser. Hensikten har vært å tilby pasienter som er sykmeldt eller står i fare for å falle ut av arbeid, en rask medisinsk utredning, tverrfaglig behandling og rådgivning med sikte på tilbakegang til arbeid.</p> <p>Hittil i 2009 (tom sept 2009) har avdelingen hatt rundt 450 pasienter med skulderlidelser (700 kontakter) og 1000 pasienter med nakke-ryggplidelser (1600 kontakter). I tilknytning til utrednings og behandlingstilbudet for nakke-ryggpasienter er det etablert en vitenskaplig evaluering mhp effekt av tiltakene. Evalueringen gjennomføres i samarbeid med Statens arbeidsmiljøinstitutt og St Olavs hospital og finansieres av Norges forskningsråd. Denne evalueringen kartlegger hvilke utfordringer i arbeidet pasienter med nakke og rygg smerter har som henvises til nakke-rygg poliklinikkene. Videre kartlegges individuelle og helserelaterte forhold og deres samvirke med de arbeidsmessige forhold med hensyn på sykefravær og tilbakegang til arbeid, samt vurderes om en intervensjon som retter seg spesielt mot tilbakegang i arbeid er mer effektiv enn en tradisjonell</p>

		<p>tverrfaglig rehabilitering.</p> <p>Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering har i tillegg hatt to toppfinansierte prosjekt, ”Den vanskelige nakken og ryggen” og Oppfølging av yrkesaktive pasienter med traumatisk eller annen akutt hjerneskade”.</p> <p><b><i>Den vanskelige nakken og ryggen.</i></b> Bakgrunnen for dette prosjektet er at Nakke Rygg poliklinikken (NRP) ved OUS Ullevål får henvist mange pasienter med invalidiserende smerter der tidligere behandlingsforsøk tildels på spesialisthelsetjenestenivå har vært mislykket. Denne pasientgruppen dominerer uførestatistikken, og er storforbrukere av helsetjenester. Forskningen viser at enkle og mer kortvarige behandlingstiltak ikke er effektive i den kroniske fasen, mens det er vist at flerspesialiserte mer intensive rehabiliteringstilbud kan bidra til bedring. Denne pasientgruppen har ofte sterke smerter, og med utbredelse utover selve nakken og ryggen. Den opprinnelig utløsende årsak kan være vanskelig å gjenfinne, og sensitivisering antas å være en viktig mekanisme til grunn for utvikling av det kroniske smertebildet. Våren 2009 ble det derfor igangsatt et prosjekt for å gjennomføre en mer omfattende utredning og tverrfaglig rehabilitering. Totalt 70 pasienter antas utredet og behandlet i 2009 og avdelingen har vektlagt en grundig utredning i forhold til psykologiske og nevrofysiologiske komponenter. Vi samarbeider her med nevrofysiologisk avdeling og med ”Mekanisme gruppen for smertefulle lidelser i arbeidslivet” ved Statens arbeidsmiljøinstitutt. Et kognitivt tilbud kombinert med fysisk trening er også etablert som ledd i prosjektet.</p> <p><b><i>Oppfølging av yrkesaktive pasienter med traumatisk eller annen akutt hjerneskade</i></b> Hensikten med dette prosjektet var å:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Etablere et poliklinisk oppfølgings-, utrednings- og rehabiliteringstilbud til yrkesaktive pasienter som nylig har gjennomgått traumatisk betinget hjerneskade eller annen sammenliknbar hjerneskade.</li><li>- Kartlegge arbeidets krav, og muligheter for tilpasning.</li><li>- Etablere rutiner for samhandling og kompetanseutveksling med primærhelsetjeneste og NAV mhp tilbakeføring til arbeidsliv.</li><li>- Etablere forskningsbasert evaluering av prosjektet slik at individuelle, yrkesmessige og</li></ul>
--	--	--

			<p>organisatoriske faktorer som bedrer deltakelse i arbeidslivet hos pasienter som har gjennomgått hjerneskade identifiseres.</p> <p>Prosjektet ble etablert i 2007 og har hatt toppfinansiering i 2008 og 2009.</p> <p>Vi har til nå i 2009 (ultimo sept) gitt tilbud til 160 pasienter. De blir tilbudt utredning og deretter et poliklinisk basert individuelt og gruppebasert oppfølgingstilbud Det består av totalt 5 ganger med gruppebasert interaktiv undervisning om hjerneskaden og dens konsekvenser i dagligliv og arbeid. Fokus settes også på hvordan man kan trene seg opp eller utvikle kompensering strategier etter skaden. Vi har hele tiden hatt en fortløpende vitenskapelig evaluering av prosjektet. Siden januar 2009 er evalueringen gjennomført i en randomisert studie der vi evaluerer vårt tilbud sammenliknet med å gi pasientene en grundig utredning men med oppfølging i kommunehelsetjenesten. Denne evalueringen gjennomføres i samarbeid med Haukeland Universitetssykehus og finansieres av Helse og rehabilitering.</p> <p>Oppfølging av lettere hjerneskader har vært svært mangelfullt og det er bred faglig og helepolitisk enighet om at denne type tilbud bør stå sentralt i områdenes rehabiliteringstilbud. Prosjektet ønskes videreført i 2010, men det er sterkt ønskelig at dette prosjektet får en noe mer langsiktig finansieringsplan.</p>
7.1.1.5	Dersom helseforetaket utfører behandling som er funksjons- og oppgavefordelt til andre HF, vil ikke helseforetaket motta ISF-finansiering for denne behandlingen.		Tatt til etterretning.
7.1.1.6	RHFet vil sikre at omleggingen til ISF-finansiering av høykostmedisiner (bl.a. TNF-alfa-hemmere) blir så kostnadsnøytral som mulig, samt nødvendig bistand til opplæring i ISF-koding.		Det er fortsatt uklart hvordan endringen i finansiering slår ut.
<b>7.1.2</b>	<b>Kvalitet i tjenesten</b> Helseforetaket skal sikre oppfølging av faglige nasjonale retningslinjer og rapportering til nasjonale og regionale kvalitetsregistre. Helseforetaket skal ta del i regionale råd og nettverk, og bidra i plan/utredningsarbeid initiert på nasjonalt eller regionalt nivå, for eksempel utvikling og implementering av e-læring.		
7.1.2.1	Helseforetaket skal bidra til en samlet strategi for kunnskapsutvikling,		OUS – UUS har i inneværende år arbeidet systematisk med strategi for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis. Det er etablert en styringsgruppe for kunnskapsbasert praksis.



	forbedringsarbeid og god praksis.		<p>Strategien for dette arbeidet er basert på Helse Sør-Øst RHF's "Kunnskapshåndtering og beste praksis".</p> <p>I en innledningsfase har vi arbeidet med å skolere styringsgruppen og ca 800 ansatte i helseforetaket i tematikken, og veiledet faggrupper som har arbeidet frem fagprosedyrer kunnskapsbasert. Vi har informert helsepersonell og deltatt i diskusjoner og samarbeidet med andre helseforetak, Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, Helsebiblioteket, Helsedirektoratet og senter for kunnskapsbasert praksis ved høyskolen i Bergen. I tillegg har vi informert på sykehusets fellesmøter, sendt ut informasjon og tilbudt kurs. Vi har også motivert fagområder til å starte samarbeid om fagprosedyrer innad i OUS. Videre har vi samarbeidet tett med Radiumhospitalet/Rikshospitalet og Aker om implementeringen av kunnskapsbasert praksis i OUS.</p> <p>Vårt arbeid med fagprosedyrer har gjort oss ledende i landet på metodikk. Dette har gjort at UUS sammen med Kunnskapscenteret har tatt initiativ til samarbeid om fagprosedyrer i Norge. Dette for å øke kvaliteten og effektivisere arbeidet med fagprosedyrer.</p>
7.1.2.2	Helseforetaket skal videreføre arbeidet med å etablere standardiserte pasientforløp og delta i kompetanseutvikling av metodikk for å beskrive og gjennomføre gode pasientforløp. Helseforetaket skal legge frem plan for arbeidet med minimum to nye behandlingslinjer.		<p>Arbeide med å etablere helhetlige pasientforløp videreføres fra AUS, RH og UUS inn i OUS, noe som understøttes av de vedtatte organisasjonsendringer.</p> <p>Det er dedikert egne ressurser i arbeidet.</p> <p>Behandlingslinjer 2009:  AUS: Cancer prostata, C61, Schizofreni  RH: Lymfom, C81-85, Ca. mamma, C50  UUS: Hofte eller kne, Pneumoni, Cataract</p> <p>Behandlingslinjer som skal igangsettes fra og med medio januar 2010 i OUS:  Hematuri, Bronchiolitt, J.21, Polypper N.84, Blødningsforstyrrelser N92, Cervix cancer, Ortopedisk diagnose, Førstegangssykose, Intensiv, Kreft</p>
7.1.2.3	Helseforetaket skal fra 1. tertial 2009 starte arbeidet med å gi epikrise til pasienter ved utskrivningssamtalen. Rapportering av epikrisetid vil fortsette som før, med resultat i tråd med nasjonale mål.		<p>Se også 6.1.3 over.</p> <p>OUS – UUS har som tidligere år, fortsatt å fokusere på å redusere epikrisetiden. Sykehuset hadde store forventninger til redusert epikrisetid ved innføring av talejenkjenning. Imidlertid har ikke dette programmet helt innfridd forventningene da epikrisene fortsatt må behandles i etterkant før de kan sendes ut. Det arbeides videre med logistikken rundt dette.</p> <p>Oppfølgingsmessig har det vært fokusert på epikrisetid i alle møter med divisjonene.</p>
7.1.2.4	Det skal normalt ikke være		Se også 6.1.4 over

	<p>korridorpasienter. Tiltak som kan anvendes er beskrevet i rapporten om god praksis: ” Korridorpasienter. Anbefalinger etter erfaringskonferanse i Helse Sør-Øst 8.oktober 2007”.</p>		<p>OUS – UUS har et kontinuerlig fokus på korridorpasienter. Som følge av besøk fra DSB, ble det utarbeidet en ny Nivå 1 prosedyre for håndtering av korridorpasienter og som i detalj beskriver hvordan fordeling av pasienter skal skje hvis sykehuset har mindre enn 10 ledige senger. Prosedyren beskriver hvordan all ledig sengekapasitet skal utnyttes og når evakuering av B-meldte til bydelene skal skje.</p> <p>Det har også vært gjort et arbeid med å definere ”buffersenger” på alle sengeposter. Disse skal tas i bruk når belegget på sengepostene overskrider vanlig sengekapasitet. Når buffersenger tas i bruk, skal bemanningen på sengeposten vurderes.</p>
7.1.2.5	<p>For å styrke pasientsikkerheten skal helseforetaket til enhver tid ha oversikt over dødsfall pga uønskede hendelser, sykehusinfeksjoner og andre alvorlige komplikasjoner. Systematisk læring skal understøttes via avviksbehandling, forebyggende tiltak, ledelsens gjennomgåelse og risikostyring. Tiltak fra anbefalingene i Helse Sør-Øst sin rapport ”Håndtering av uønskede hendelser – som ledd i avviksbehandling og kvalitetsforbedring” vil være aktuelle tiltak. For 2009 skal helseforetaket vedta egen plan for reduksjon av sykehusinfeksjoner, og effekten av gjennomførte tiltak skal kunne dokumenteres.</p>		<p>OUS har fra 1/1-2010 innført ett felles registrerings - og oppfølgingssystem for uønskede hendelser som erstatning for tilsvarende etablerte systemer ved AUS, RH og UUS. Opplæring i avviksbehandling tilbys gjennom hyppige åpne kurs samt er integrert i nyansattes innføringsprogram.</p> <p>Oppfølging av uønskede hendelser derunder sykehusinfeksjoner er integrert i tertialvis oppfølging/ledelsens gjennomgang.</p> <p>OUS vil i 2010 etablere en felles plan for reduksjon av sykehusinfeksjoner som erstatning for eksisterende planer for AUS, RH og UUS.</p> <p>Sykehusenes avdelinger for hygiene og smittevern monitorerer fortløpende forekomst av infeksjoner, derunder gjennomfører periodiske prevalensundersøkelser. Dette arbeidet blir nå samordnet i forbindelse med etablering av en felles avdeling for hygiene og smittevern i OUS. OUS har etablert en egen avdeling for pasientsikkerhet.</p>
7.1.2.6	<p>Helseforetaket skal i samarbeid med kommunale tjenester forbedre rutineene for sikker legemiddelbehandling. Gjennomførte tiltak og effekten av dem skal kunne dokumenteres.</p>		<p>Oppdaterte medikamentlister sendes fastlegen med epikrisen, og pasienten får den også med seg ved utskrivning.</p> <p>UUS jobber aktivt for å få dette til på en forsvarlig måte</p> <p>Hovedutfordringen er fortsatt at bydeler og sykehjem ikke kan motta informasjon elektronisk. Selve rutinen er på plass.</p>
7.1.2.7	<p>Helseforetaket skal sikre at prioriteringsveilederne tas i aktiv bruk</p>		<p>Prioriteringsveilederne ble gradvis innført ila 2008/2009 og ligger nå i E-håndboken for OUS - UUS. Det har vært fokusert på innføring og bruk av prioriteringsveilederne både på ledermøter og</p>

	<p>gjennom god forankring, opplæring og implementering. Som del av dette arbeidet skal helseforetaket ha fokus på ventetider og fristbrudd, herunder gi pasienter god informasjon, bl.a. om Fritt sykehusvalgkontoret.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det skal gjøres et så korrekt anslag på ventetid som mulig der det ikke gis en konkret time.</li> <li>- Helseforetaket skal etablere rutiner for varsling når et fristbrudd nærmer seg og finne ledig behandlingstid, alternativt annet behandlingssted, hvis HFet selv ikke kan gi nødvendig helsehjelp.</li> <li>- Hvis helseforetaket selv ikke kan gi en rettighetspasient nødvendig helsehjelp innen fristen, skal helseforetaket arbeide aktivt for å finne ledig behandlingstid eller alternativt annet behandlingssted helt frem til fristbruddsdatoen.</li> </ul>	<p>i oppfølgingsmøter med divisjonene. Prioriteringsveilederne er innført på alle de avdelinger hvor det foreligger slike veiledere.</p>
<p><b>7.1.3</b></p>	<p><b>Samhandling</b>                  God kvalitet forutsetter at tiltakene i helsetjenesten er samordnet og preget av kontinuitet. Helseforetaket skal sikre at samhandlingen reguleres i egne samarbeidsutvalg med brukerrepresentasjon. Arbeidet med gode behandlingsskjeder og pasientforløp skal forsterkes og videreutvikles.</p>	
<p>7.1.3.1</p>	<p>Helseforetaket skal utvikle helhetlige pasientforløp og bedre samhandling som sikrer faglig riktig liggetid i sykehus.</p>	<p>Det arbeides aktivt i klinikkene med å beskrive og lage gode pasientforløp for pasienter som trenger sammensatte tjenestetilbud. Samhandlingen tar sikte på både videreutvikling av dagens praksis og utprøving av nye organisatoriske løsninger. Det holdes kurs, er opprettet superbrukere og det gis veiledning i utarbeidelse av pasientforløp. I samarbeid med bydelene har det vært gjennomført en fagdag med fokus på helhetlige pasientforløp, hvor spesielt vi la vekt på hva som kan bedres før/etter innleggelsen. Det er etablert en intermediærenhet (spesialisert korttidsenhet) i samarbeid med fire bydeler. Enheten gir somatiske pasienter, 60 år og eldre, et faglig godt tilbud</p>

			om pleie og behandling i overgangen mellom første-og andrelinjetjenesten, der målet er at pasienten skrives ut til eget hjem. Enheten er etablert ved Abildsø bo-og rehabiliteringssenter. Målet er bl.a. færre reinnleggelse i sykehus, kortere liggetid i sykehus, mindre behov for praktisk bistand, pleie og omsorg i eget hjem og redusert press på tilgjengelige sykehjems plasser og sykehussenger.
7.1.3.2	Helseforetaket skal legge til rette for samarbeid med fastlegene i området, herunder videreutvikle praksiskonsulentordningen i helseforetaket og regionalt.		OUS - UUS søker til enhver tid å legge til rette for et tett samarbeid med fastlegene i opptaksområdet. Dette skjer både på systemnivå og i enkeltsaker. Bydelsoverlegene er representert i samarbeidsforum II og disse er viktige formidlere av relevant informasjon begge veier. Vi har de siste par årene ikke hatt praksiskonsulentordning på Ullevål. I forbindelse med planlagt sammenslåing med Aker sykehus har vi det siste halve året hatt samarbeid med Aker's praksiskoordinator. Vi vil i det kommende år videreføre- å utvikle denne ordningen til å gjelde for hele sykehuset
7.1.3.3	Helseforetaket skal legge til rette for best mulig samarbeid og samhandling med avtalespesialistene i sykehusområdet, jfr. rammeavtalen, strategisk plan/handlingsplan for avtalespesialister. Helseforetaket skal spesielt forplikte seg på gjennomføringen av de tiltak som besluttes for å bedre koordineringen av henvisninger til psykisk helsevern, slik at pasienter får lettere tilgang til spesialisthjelp.		HSØ har etablert en koordineringsordning av henvisninger til avtalespesialister i psykiatri og psykologi i regi av Fritt sykehusvalg. Psykiatrisk divisjon leder et prosjekt med deltakelse fra avtalespesialister, fastleger, DPS og brukere for å etablere en samarbeidsstruktur i Oslo sykehusområde i tråd med anbefalingene fra arbeidsgruppe i HSØ. Prosjektet rapporterer til sentral styringsgruppe i HSØ.
7.1.3.4	Helseforetaket skal gjennom egne tiltak og deltakelse i regionalt "meldingsløft" bidra til at målene om nasjonal elektronisk samhandling i helsetjenesten nås. <ul style="list-style-type: none"> <li>Iverksette samordningsløsninger som legger særlig vekt på henvisninger og epikriser, bilde- og meldingsutveksling, kjernejournal og EPJ med prosessstøtte.</li> </ul>		OUS - UUS deltar aktivt i det regionale "Meldingsløftet". Dette skal bidra til at målene om nasjonal elektronisk samhandling nås. Vi har også vært aktive deltagere i arbeidet med eResept. UUS sender elektronisk epikrise til alle fastleger som er oppkoblet Norsk helsenett. Det arbeides aktivt med å motta henvisninger. Etter hvert skal også øvrig primærhelsetjeneste involveres. Dette prøves ut i Elin-K-prosjekt, med bydel Bjerke.  Meldingsløftet kommer inn i kjølvannet av Dag 2 (1/6-10) og blir en del av de forskjellige leveransene i forløpet av Felles klinisk arbeidsflate.

<p><b>7.1.4</b></p>	<p><b>Pasienter med kroniske sykdommer, og fagområdet habilitering og rehabilitering</b> Helseforetak med lokalsykehusfunksjoner skal videreutvikle disse med særlig vekt på pasienter som trenger sammensatte tjenestetilbud. Også mer spesialiserte sykehus må sikre breddekompetanse og utvikle tverrfaglige team.</p>	
<p>7.1.4.1</p>	<p>Helseforetaket skal gjennom ambulante team, poliklinisk virksomhet og samarbeid med hjemkommunen bidra til bedre tilbud til pasienter med alvorlig kronisk sykdom og pasienter med store rehabiliteringsbehov.</p>	<p>ALS-teamet ved Nevrologisk avdeling er tverrfaglig sammensatt og tilser ALS-pasienter (samt noen få andre med tilsvarende behov) i poliklinikken, følger dem opp ifm innleggelse og reiser på hjemmebesøk / veileder eksterne.</p> <p>Bevegelsesdivisjonen Avd for voksenhabilitering har en meget stor ambulant virksomhet, vi samarbeider tilnærmet daglig med bydelsansvarlige og omsorgsytere i kommunen og vi har en betydelig poliklinisk virksomhet overfor personer med kroniske tilstander og store habiliteringsbehov. Alt dette dokumenteres i journal.</p> <p>Fylkesmannen mener at Pasientrettighetsloven gir alle pasienter med rett til helsehjelp, rett til fritt sykehusvalg også for ambulante tjenester fra spesialistavdeling innen habilitering. Pasienter som bor utenfor Oslo i private bo og omsorgstilbud, etterspør tjenester fra OUS. Ettersom slike tilbud (miljøbaserte tiltak og behandling, veiledning av omsorgspersonal m.m.) er ekstremt ressurskrevende har vi hittil avslått dette. Fylkesmannen mener det er ulovlig. Ettersom vi i praksis ikke har mulighet for å gi slike ambulante tjenester utenfor kommunen, har vi meldt dette til Sosial og helsedirektoratet og bedt om en vurdering mht. hvilken praksis som skal følges i forhold til å skulle gi ambulante tjenester utenfor området/ kommunen. Dette er for øvrig ikke kun et Oslo problem, det er for eksempel et stort problem i Bergen hvor personer som bor mange timers reise unna, krever ambulante tjenester.</p>
<p>7.1.4.2</p>	<p>Helseforetaket skal innen egne rammer styrke tilbudene til barn og unge, og sikre gode overganger fra barn- til voksentilbud innen habilitering og rehabilitering.</p>	<p>Avdeling for voksenhabilitering har etablert rutiner for dette. Når pasienter i barnehabiliteringen er ca 17 år, arrangerer vi felles informasjonsmøter for alle involverte (foreldre, verger, fastlege, kommunale tjenesteytere m.m.) hvor vi går detaljert gjennom hva som vil være behovet videre og hvordan det skal organiseres, hvem som har ansvar for hva og hvilken rolle Spesialisthelsetjenesten innen habilitering skal ha i den individuelle saken. Det skrives referat som sendes alle involverte, og det tjener som mal for det videre arbeidet.</p> <p>Seksjon for barnenevrologi og habilitering og Avdeling for voksenhabilitering har sammen utarbeidet retningslinjer for overgang fra Seksjon for barnenevrologi og habilitering til Avdeling for voksenhabilitering. (17 –18 årsalderen)</p> <p>Seksjon for barnenevrologi og habilitering gjennomgår pasienter i hver årskull og tar de opp på møte med Avdeling for voksenhabilitering for en vurdering om behov for tjeneste videre etter fylte 18 år. Til møtene er foreldre/foresatte, evt. boligpersonale, koordinator/ansvarlig for ansvargruppen i bydelen og primærlegen innkalt til møte for å gi foreldrene/foresatte informasjon om tjenestetilbudet, trygder og rettigheter etter fylte 18 år. Det foregår 2 – 3 møter hvert semester.</p>

			Retningslinjene er nedfelt og ligger i e-håndboken.
7.1.4.3	Helseforetaket skal bidra til å utvikle et godt samarbeid med Regional koordinerende enhet for rehabilitering ved Sunnaas sykehus HF.		Overføring av nevrologiske pasienter med sammensatt behov for rehabilitering til Sunnaas fungerer bra / godt samarbeid.
7.1.4.4	Helseforetaket skal utarbeide rutiner for innhenting av kompetanse/veiledning fra kompetansesenter for sjeldne og spesielle tilstander, for at disse pasienter og deres pårørende møter best mulig kunnskap og forståelse for sin tilstand.		<p>LMS-barn Vi har pasienter med sjeldne sykdommer i gruppene vi arrangerer, men pasientene gis ingen individuell oppfølging med hensyn til diagnose. Det er andre temaer som tas opp i disse gruppene. Tema for gruppene er familie, organisering - og mestring i hverdagen.</p> <p>LMS voksen: Ingen rutiner for dette er utarbeidet, men samarbeider med de relevante kompetansesentre når det gjelder spesielle tilbud til de pasientgruppene det gjelder. Har holdt Temakvelder for pasienter / pårørende i sjeldne tilstander, HPTH, Narkolepsi, TS, ME.</p> <p>Bevegelsesdivisjon: Både for MS og ALS pasienter har nevrologisk avd. kurs. Det har også vært arrangert kurs for Parkinsonpasienter i samarbeid med LMS.</p>
7.1.4.5	Helseforetaket skal bidra i arbeidet med å øke tilgjengelige organer for transplantasjon.		Akuttdivisjonen UUS har styrket arbeidet med organdonasjon med bedre oppfølging ved våre intensiv enheter. Det er alltid tilgjengelig lege for spørsmål, råd og evt bistand i donasjonsspørsmål og prosess. Man har arrangert fagdag med deltagere fra HSØ. Ansvarlig donasjonssykepleier har utviklet et tett samarbeid med sykepleier fra øyeavdelingen for å kunne bedre hornhinnetransplantasjoner.
7.1.4.6	Helseforetaket skal utarbeide egen plan for å mestre den stadig økende utfordringen med sykkelig overvekt i regionen. I planen skal forebygging og samhandling med kommunen inngå, samt harmoniserte rutiner for henvisning, poliklinisk virksomhet og behandling av pasientgruppen.		<p>Avdeling for forebygging av livsstilsykdommer (preventiv kardiologi) har et program for behandling av sykkelig overvekt som skjer i samhandling med tilsvarende avdeling ved Oslo universitetssykehus, Aker. Pasientene henvises fra primærhelsetjenesten. Avdelingen har til enhver tid pågående forskningsprosjekter innenfor dette temaet. I behandlingsprogrammet inngår kursvirksomhet, støtte av kliniske ernæringsfysiologer og eventuelt medikamentell støttebehandling. Det er utarbeidet retningslinjer for henvisning til støttebehandling ved spesialiserte kuranstalter (NIMI Ringerike).</p> <p><b>Tildeling til målrettede samhandlings- og forebyggingstiltak i 2009, jfr bevilgning under kap 732, post 70</b></p> <p><b>Praktiske oppfølgingstiltak på fysisk aktivitet og kosthold i bydelene for overvektige barn og</b></p>

			<p><b>unge, som får behandling i Stor &amp; Sterk ved Oslo universitetssykehus, Ullevål</b></p> <p>Prosjektet kalt "Stor &amp; Sterk – i Alna &amp; Søndre Nordstrand" er et samarbeid mellom "Stor &amp; Sterk", OUS Ullevål, frivillige organisasjoner, skoler og helsestasjoner i bydelene Alna og Søndre Nordstrand. Målet med prosjektet er at barn og unge med fedme som har oppfølging i "Stor &amp; Sterk" ved Ullevål skal få tilrettelagt trening i sitt nærmiljø, samt å tilby matlagingskurs til barn og familier. Vi har også prøvd ut Nasjonalforeningen for folkehelsen sitt materiale Petter Puls for primærforebygging i 4. til 6. skoletrinn. Samarbeidet mellom de ulike aktørene fungerer godt. Alle har erfaring med konkrete tiltak for ulike grupper og alderstrinn, og man samarbeider om utforming av et tilbud skreddersydd for vår målgruppe. Evaluering av matlagingskursene har vist at deltakerne får inspirasjon og nye ideer til å lage mat. Prosjektet har bidratt til å styrke treningstilbudet til en gruppe barn og ungdom som ofte faller utenfor organisert idrett</p> <p>Prosjektet fikk for 2009 tildelt kr 800 000 fra Helse- og Omsorgsdepartementet sine prosjektmidler til målrettede samhandlings- og forebyggingstiltak – bevilgning under kap. 732, post 70. Midlene blir brukt til å lønne prosjektkoordinator, utgifter i forbindelse med treningstilbud og til primærforebyggende tiltak (Petter Puls).</p> <p>I tillegg mottok prosjektet i 2009 kr 350 000 fra Norske Kvinners Sanitetsforening. Disse midlene var øremerket lønn prosjektleder (40 % stilling) og utgifter i forbindelse med matlagingskurs.</p>
<b>7.1.5</b>	<b>Psykisk helsevern</b>		
	I tråd med intensjonene fra opptrappingsplanen skal helseforetaket i 2009:		
7.1.5.1	Videreutvikle tjenestene, jfr. målsetningen om differensierte og desentraliserte tilbud, med videreutvikling av DPS innenfor rammen av lokalsykehusfunksjonen		Av Ullevåls to DPS fikk det ene 10 av 10 poeng i Helsedirektoratets nasjonale kartlegging, det andre fikk 8 av 10, hvilket innebærer at bestillingen er fulgt opp.
7.1.5.2	Sikre aktivitetsvekst og opprettholdelse av kapasitet		Kapasitet er opprettholdt. Fortsatt aktivitetsvridning fra døgn til dag og poliklinikk.
7.1.5.3	Sørge for at gjenstående investeringsprosjekter knyttet til opptrappingsplanen blir videreført mot ferdigstilling		Det er ingen gjenstående investeringsprosjekter.
7.1.5.4	Styrke ambulant virksomhet og akuttteam		Dette er etablert og er i god funksjon ved begge foretakets DPS
7.1.5.5	Sikre at akuttavdelingene har en		Akuttpsykiatrisk avdeling på Ullevål har hatt en forsvarlig beleggprosent gjennom hele året.

	forsvarlig beleggsprosent		
7.1.5.6	Videreutvikle og sikre behandlingsskapitet innen spiseforstyrrelser til barn/unge og voksne		Ivaretatt av Regional avdeling for spiseforstyrrelser
7.1.5.7	Sikre kapasitet innen sikkerhetspsykiatrien på nivå 2		Fulgt opp ved etablering av egen sikkerhetsenhet med 12 plasser ved Allmennpsykiatrisk avdeling
<b>7.1.6</b>	<b>Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige</b>		
7.1.6.1	Helseforetaket skal bidra til en økning av behandlingsskapiteten i regionen.		Helseforetaket har etablert god behandlingsskapitet på ruspoliklinikkene.
7.1.6.2	Helseforetaket skal medvirke aktivt i utarbeidingen av en regional strategisk plan for utvikling av behandlingstilbudene i 2009.		Fulgt opp i samarbeid med Klinikk for rus og avhengighet ved Aker universitetssykehus.
7.1.6.3	Helseforetaket skal bidra til å utvikle et godt samarbeid med Regional koordinerende enhet for rusbehandling ved Ullevål universitetssykehus HF		All koordinerende funksjon innenfor rusbehandling har i 2009 ligget på Aker universitetssykehus ved Klinikk for rus og avhengighet.
<b>7.1.7</b>	<b>Beredskap</b> Helseforetaket skal bidra til å følge opp den regionale beredskapsplanen og sikre at regionens samlede ressurser utnyttes mest mulig effektivt ved kriser og katastrofer		
7.1.7.1	Helseforetaket skal sikre at ansatte og samarbeidsparter er kjent med lokal beredskapsordning, bl.a. ved at ledelse, ansvar og roller er tydelig definerte		Sykehusene i OUS har også i 2009 basert seg på eksisterende beredskapsplaner. Disse vil, med noen justeringer, være i bruk til sommeren 2010. Direktøren på Ullevål har ihht. styrevedtak ivaretatt helseforetakts kriseledelse. Beredskapsplanleggere fra Aker, Rikshospitalet og Ullevål har samarbeidet om utarbeiding av ny avgrenset og midlertidig beredskapsplan for kriseledelse og planarbeid i OUS som trer i kraft 1.jan 2010. Et helt nytt beredskapsplanverk vil bli utarbeidet i 2010. Risiko- og sårbarhetsanalyse er startet opp og vil være en del av dette planarbeidet. Ullevål gjennomførte en fullskalaøvelse med 87 markører inne i sykehuset 28.mai 2009 bl.a. med bistand fra beredskapsmedarbeider på Aker og Rikshospitalet. Foretaket har medlemmer i det regionale beredskapsutvalget i HSØ og har deltatt i utvikling av den regionale beredskapsplanen og i oppdatering av risiko- og sårbarhetsanalyse for RHFet.
<b>7.1.8</b>	<b>Prehospitale tjenester</b> Prehospitale tjenester er et viktig grunnelement i den samlede beredskapsressurs, og RHF vil i 2009 utarbeide en egen strategiplan for disse tjenester.		



7.1.8.1	Helseforetaket har ansvar for å tilpasse ambulanseberedskapen og – tjenesten til det reelle behovet.		Pr november var det en økning i antall ambulanseoppdrag med 3,5 % ( prognose: 121.200 oppdrag) og vi opplever at responstiden øker i noen grad uten at vi har hatt finansiering til å kunne øke ambulanseberedskap. Dette bekymrer oss innenfor en ordning med rammefinansiering . Har en prosess sammen med Akershus universitetssykehus og Vestre Viken i forhold til finansieringsmodell for å dekke opp økt aktivitet / kostnad i prehospitale tjenester jfr driftsavtale 2009. Har så langt ikke kommet i mål på dette.
7.1.8.2	Helseforetaket skal følge opp og rapportere responstider og aktivitetstall		Prehospital divisjon rapporterer aktivitetstall hver mnd og vi har kontinuerlig et spesielt fokus på måltall og tiltak i forhold til responstider.
<b>7.1.9</b>	<b>Brukermedvirkning</b> Brukerkompetansen er viktig for kvaliteten i behandlingen, og har egenverdi for pasienter og pårørende.		
7.1.9.1	Helseforetaket skal legge til rette for likemannsarbeid i samarbeid med brukerorganisasjonene, gjerne gjennom lærings- og mestringssentrene.		Mange brukerorganisasjoner har drevet et godt Likemannsarbeid ved ulike avdelinger.
7.1.9.2	Helseforetaket skal sikre at nødvendig og relevant pasientinformasjon er tilgjengelig for pasienter/pårørende, herunder også informasjon om tiltak i regi av primærhelsetjenesten, fylkeskommunene og brukerorganisasjonene.		Helseforetakets nettside inneholder omfattende informasjon til pasientene. På avdelingene og ved lærings- og mestringssentrene finnes skriftlig informasjon på flere språk. Lærings- og mestringssentrene er også hjelpelige med å finne frem til aktuell informasjon for pasienter/pårørende. OUS har startet arbeidet med nye og forbedrede nettsider for pasientinformasjon.
<b>7.2</b>	<b>Utdanning av helsepersonell</b> Helseforetaket skal være en reell og god læringsarena, både for ansatt helsepersonell, turnuskandidater, studenter og lærlinger. Helseforetaket skal sikre at:		
7.2.1	Utdanning av helsepersonell drives i henhold til gitte målsettinger innen somatikk, psykiatri og rus, jfr. helseforetakets vedtekter § 13, samt egen instruks om avtaler med høyskoler og universiteter.		Utdanning av helsepersonell vil bli beskrevet i rapport om utdanning, undervisning i Prosjekt Helsefag, hvor det tas initiativ til å reforhandle de eksisterende Nivå 1 og nivå 2 avtaler.
7.2.2	Det etableres et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever, lærlinger og studenter		”Prosjekt Praksisplasser” HØ RHF ble avsluttet sommeren 2008. Anbefalinger videreføres inn i HSØ HF og database for praksisplassfordeling med utgangspunkt i SAMDATA/KOSTRA er etablert. Regionale koordinatorforum viderefører samarbeidsfora med utdanningsinstitusjoner hvor

			praksisplasser fordeles på foretaksnivå.
7.2.3	Undervisningen foregår som en integrert del av virksomheten.		Utdanning i sin helhet vil bli belyst i Helsefagprosjektet.
7.2.4	Praksisplasser for høyskolestudenter i helse- og sosialfag stilles til rådighet i tråd med statlige mål.		Det er utnevnt koordinator for OUS med hovedoppgave fordeling av praksisplasser for helsefag innad i foretaket.
7.2.5	Turnuskandidater, leger under spesialisering og annet helsepersonell i videreutdanning får systematisk opplæring og oppfølging.		Sykepleiere under videreutdanning innen Anestesi-, Barn, Intensiv-, operasjonssykepleie ivaretas av praksisveiledere ved OUS , Kirkeveien (Ullevål). Disse har det faglig og administrative ansvaret for studentene gjennom hele studiet i samarbeid med Høyskole. Hva angår videreutdanningen inne Kreftsykepleie ivaretas dette i sin helhet fra Kreftsenteret OUS.
7.2.6	Det legges til rette for utdanning av personell til rekrutteringssvake, prioriterte fagområder.		Ja
7.2.7	Stillingsstrukturen for leger stemmer med NR sin database og melde avviksendringer.		Er gjennomgått i oktober og rapportert til HSØ.
7.2.8	Det medvirker i HSØs gjennomføring av særskilt arbeid med legefordelingen mellom helseforetakene		Ja
7.2.9	Det utnevner én ansvarlig koordinator til det regionale arbeidet med fordeling av praksisplasser for høyskolestudenter.		Det var oppnevnt en representant for hvert helseforetak (AUS, RH og UUS) og en av disse fungerer nå som koordinator for Oslo universitetssykehus.
<b>7.3</b>	<b>Forskning</b> Helseforetaket skal bidra til å oppnå målene i den regionale forskningsstrategien for 2008-2011, og i 2009 skal helseforetaket:		
7.3.1	Sikre at bruk av interne ressurser til forskning, målt som andel av totale driftskostnader, utgjør minst 1 % av totale driftskostnader. For universitetssykehusene skal denne ressursbruksandelen øke fra nivået i 2008.		Ullevål bruker til forskning noe som svarer til 4-5 % av brutto driftsbudsjett. Dette er en økning fra 2008 nivået.
7.3.2	Ha lokal forskningsstrategi for eget foretak med eget forskningsutvalg og		Ullevål har hatt egen forskningsstrategi fra 2002. Den aktuelle forskningsstrategien gjelder for perioden 2007-2010. Ullevål har eget forskningsutvalg, et sentralt vitenskapsråd og

	tilstrekkelig administrativ støtte til at planlagt forskning kan realiseres		forskningsutvalg i hver divisjon.
7.3.3	Beskrive egen forskningsprofil		Hovedvekt på klinisk forskning.
7.3.4	Styrke arbeidet med kvalitetssikring og implementere systemer for internkontroll av forskning i egen institusjon		Vi har revidert vår forskningsinstruks i henhold til den nye helseforskningsloven og formalisert GCP i sykehuset.
7.3.5	Styrke arbeidet med forskningsetikk		Vi har revidert vår forskningsinstruks i henhold til den nye helseforskningsloven og formalisert GCP i sykehuset.
7.3.6	Bidra aktivt til realisering av regionale fagspesifikke forskningsnettverk og ivareta oppgaver knyttet til regionalt finansiert infrastruktur innenfor egen institusjon		Kompetansesenteret dekker hele det gamle Helse Øst området med faste konsultasjonsdager ved Aker universitetssykehus, sykehuset Innlandet og sykehuset Østfold. Vi gir også støtte til det gamle Helse Sør området, blant annet gir vi statistisk støtte til Rikshospitalet. De fleste av våre forskningsgrupper har organisert samarbeid med forskere i regionen.
7.3.7	Delta i Helse Sør-Øst RHF sitt administrative forskningsledernetttverk		Ullevål deltar med en representant i 2009.
7.3.8	Iverksette tiltak for å styrke innovasjonsaktiviteten i eget helseforetak i tråd med RHFets handlingsplan for innovasjon		<p><b>HSØ definisjon av Innovasjon: "En innovasjon i helsesektoren er en ny eller forbedret vare, tjeneste, produksjonsprosess eller organisasjonsform som er tatt i bruk i helsesektoren".</b></p> <p>Ullevål har brukt mange ressurser for å knytte nye kontakter internt og eksternt når det gjelder å øke forståelsen og gjøre begrepet Innovasjon kjent.</p> <p><b>Etablere rutiner for rettighetsavklaring og patentering/Etablere rutiner for å fange opp innovative ideer:</b></p> <p>Ullevål har fortsatt sitt arbeid med Idepoliklinikken som er et tilbud til alle som jobber i helsesektoren hvor de kan levere fra seg en ide eller forslag til endring. På denne måten blir det et lavterskeltilbud som skal fange opp alle gode ideer som kan forbedre et produkt, en tjeneste eller prosess i helsesektoren.</p> <p>Det er i 2009 iverksatt et samarbeidsprosjekt med Sahlgrenska sjukehus og Aalborg sykehus i et EU prosjekt (KASK), og det har ansatt en person til å lede dette samarbeidet fra Ullevål. Her vil konseptet Idepoliklinikken videreføres til begge landene. Det er laget en felles kommunikasjonsplattform for registrering, vurdering og viderebearbeiding av nye innmeldte ideer som vi ønsker skal ende opp i et ferdig produkt/prosess. (Innovasjon) Fra januar 2010 vil dette bli satt opp som en pilot mot en av klinikkene og testet ut her.</p> <p><b>Etablering av lokale og regionale nettverk for å dele kunnskap og stimulere til innovasjon/Tilgang til profesjonell kommersialiseringsaktør/kompetente samarbeidspartnere på leverandørsiden/tilgjengelige finansieringsmuligheter for</b></p>

			<p><b>innovasjonsprosjekter:</b> Oslo universitetssykehus, Ullevåls forskningsavdeling ble med i Oslomedtech i oktober. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom 45 aktører blant næringsliv, forskere og sykehusene i Osloregionen. Dette er et prosjekt i nettverksprogrammet Arena, et samarbeid mellom Innovasjon Norge, Norges forskningsråd og SIVA. Statusen betyr at nettverket er sikret finansiering til daglig drift og høyt aktivitetsnivå i de neste tre årene. Fra november 2009 ble Forsknings- og utviklingsavdelingen i OUS organisert med egen seksjon for Innovasjon, som vil fortsette å styrke innovasjonsaktiviteten inn i 2010, i tråd med RHFets handlingsplan for innovasjon.</p>
7.3.9	Samarbeide om innhenting av datagrunnlag for registrering av forskningsproduksjon og ressursbruk til forskning (NIFU STEP)		Dette er gjennomført av Forskningsavdelingen ved Ullevål i 2009.
7.3.10	Arbeide for at forskningsproduksjonen målt i publikasjonspoeng (NIFU) øker fra gjennomsnittsnivået de tre foregående år		Ullevåls publikasjonsproduksjon er økt. Her er NIFU tall 3 siste årene: 2006: 227,31 publ.poeng 2007: 275,18 publ.poeng 2008: 297,25 publ.poeng For 2009 regner vi med at det i hvert fall blir det samme som 2008, om ikke en økning som de tidligere årene.
<b>7.4</b>	<b>Opplæring av pasienter og pårørende</b> Helseforetaket skal videreutvikle Lærings- og mestringssentrene (LMS) som en arena for helseforetakenes samhandling med brukerorganisasjoner og primærhelsetjeneste om pasient- og pårørendeopplæring og sykdomsforebyggende arbeid. LMS – tilbud skal være en integrert del av behandlingstilbudet i pasientforløpet til mennesker med kroniske sykdommer.		
7.4.1	Helseforetaket skal i 2009 sikre at LMS-aktiviteten blir høyere enn i 2008.		<p>LMS-barn Det ser ut til at aktiviteten blir som i 2008. Dette fordi en av våre ansatte har vært sykemeldt store deler av høsthalvåret.</p> <p>LMS-voksen Planlagte kurs ble gjennomført med et økt antall i 2009, til tross for redusert personale og krav om nedskjæring ved Læresenteret (LMS).</p>
7.4.2	Helseforetaket skal i løpet av 2009 utvikle minst ett nytt LMS - tilbud i samarbeid mellom kommune og helseforetak.		<p>LMS-barn Vi har startet flere grupper for barn og ungdom CFS/ ME . Her er bydel sterkt inn i bildet. Vi har også startet gruppe for ungdom med Tourettes syndrom, samt et tilbud til inneliggende ungdom på tvers av diagnoser.</p>

			<p>LMS- barn har stor aktivitet i bydeler med tilbud til minoritetsspråklige familier.</p> <p>LMS-voksen Vi informerer om våre tilbud ved kontakt med bydeler og fastleger, men føler at det blir enveis kommunikasjon. Har ikke noe klart samarbeid med 1. linjetjenesten, for etablering av nye tilbud og savner en praksis for dette. Opplever ingen reell samhandling på vårt område. Dette vil forhåpentligvis bedre seg i 2010.</p>
7.4.3	Helseforetaket skal prioritere økt virksomhet innen rus, psykisk helsevern, habilitering, rehabilitering.		<p>LMS-barn Foreldre som har barn med funksjonsnedsettelse får tilbud om foreldregrupper. Tre ulike grupper møtes på kveldstid en gang per måned.</p> <p>LMS-voksen Psykiatrisk divisjon gjør mye på rusfeltet, og driver nærmest sitt eget LMS-senter i tett samarbeid med ansatt bruker. Jobber etter LMS-konseptet, i samarbeid med brukerorganisasjoner og DPS'er.</p>
<b>8</b>	<b>Andre prioriteringer</b>		
<b>8.1</b>	<b>Medisinske støttefunksjoner</b>		
	Helse Sør-Øst vil arbeide for en hensiktsmessig bruk av samlet kapasitet på lab/røntgen i foretaksgruppen, herunder sikre en faglig forsvarlig forbruksvekst.		
8.1.1	Helseforetaket skal bidra aktivt i dette arbeidet gjennom deltakelse i nettverk for medisinske støttefunksjoner		Medisinsk servicedivisjon er aktivt med som deltakere i flere nettverksfora i Helse Sør-Øst. Både på fagnivå og divisjonsdirektørnivå.
<b>8.2</b>	<b>Opplæring og kompetanse medisinsk teknisk utstyr</b>		
8.2.1	Helseforetaket skal følge opp tiltak for opplæring innen medisinsk teknisk utstyr for 2009, med særlig vekt på komplisert utstyr som for eksempel defibrillator, diatermi, infusjons- og smertepumper og respirator.		<p>Ansvar for opplæring i bruk av komplisert medisinsk teknisk utstyr er ved Oslo universitetssykehus delt mellom Medisinsk Teknisk avdeling, Utdanningscenteret og de enkelte avdelinger.</p> <p>Det gjennomføres kurs, demonstrasjoner og er utarbeidet e-kurs.</p> <p>Det blir praktisert lokale sertifiseringsordninger for bruk av respiratorer og infusjons/smertepumper.</p> <p>Opplæring i bruk av defibrillator er knyttet til opplæring og sertifisering i AHLR. ( hjerte – lunge redning )</p>
<b>8.3</b>	<b>Særskilte oppgaver for Ullevål universitetssykehus HF</b>		
8.3.1	Helseforetaket skal sikre at ansatte og ledelse samarbeider med Aker og Rikshospitalet om gode løsninger for Oslo universitetssykehus HF.		Viser til integrasjonsprosjektet OUS. Koordinering gjennom ledergruppene i OUS.

8.3.2	Helseforetakene som er vedtatt å skulle inngå i ett felles sykehusområde forutsettes å samhandle med hverandre om tiltak som kan bidra til å realisere gevinster for området i 2009.		Fulgt opp.
8.3.3	Videreføre eksisterende landsfunksjoner, nasjonale og regionale kompetansesentra		I løpet av 2009 har det vært gjennomført en omfattende registrering av landsfunksjoner, nasjonale - og regionale kompetansesentra med rapportering av aktivitet.
8.3.4	Ivareta og videreutvikle funksjonen som multitraumesenter, herunder sikre beredskap ved multitraumer og større katastrofer i tråd med godkjent strategi.		Akuttdivisjonen har i 2009 levert forslag til traumeorganisering UUS –OUS, som beskriver videre oppbygging. Ledergruppen UUS, behandlet denne 18/8-2009 og gav sin tilslutning. Traumeseksjonen har bedskrevet hvordan legedekningen kan organiseres praktisk, likeså anestesivdelingen med tanke på anestesileger. Dette følges opp i budsjettprosess for 2010. Forskning innen feltet er under oppbygging, med flere stipendiater og seniorforskere i aktivitet.
8.3.5	Styrke og videreutvikle behandlingstilbudet til TBI-pasienter i regionen.		Sykehuset har videreført det gode tilbudet det har for pasienter med mistanke om tuberkuløs sykdom på Diagnosestasjonen på Lungemedisinsk avdeling.
8.3.6	Ivareta ansvar for behandlingshjelpemidler innen definert område.		Behandlingshjelpemiddelsentralen jobber med flere tiltak for å forbedre servicen for pasientene innenfor definert område, f. eks. bestilling via Internett.
8.3.7	Ivareta finansieringsansvaret for pasienttransport innen definert område, i dialog med Helse Sør-Øst RHF.		OUS ivaretar finansieringsansvaret for pasientreiser ihht. foretaksprotokollen fra Helse Sør Øst. Dette ved at vi driver kjørekontor, anbudsoppfølging, drift av helseekspres, informasjonsopplegg til aktuelle samarbeidsparter og brukere, aktiv deltagelse i regionale og nasjonale prosjektgrupper, drift av enhet for direkte oppgjør samt at vi har iverksatt tiltak for å forberede prosess med full datafangst i løpet av 2010.
8.3.8	Videreutvikle det regionale behandlingstilbudet til mennesker med alvorlige spiseforstyrrelser.		Helseforetaket har etablert god behandlingsskapasitet på ruspoliklinikkene.
8.3.9	Ivareta ansvar for behandling av saker knyttet til utenlandsbehandling i samarbeid med kontoret på Rikshospitalet.		Fulgt opp.
8.3.10	Medansvar for regional perinatalkomité og kardiologi-utvalg.		Fulgt opp.

8.3.11	Ivareta et særlig koordineringsansvar innen helsemessig og sosial beredskap i regionen, slik det er utdypet i Regional plan for helsemessig og sosial beredskap og brev fra Helse Sør-Øst RHF.		Oppdraget er inkludert i beredskapsplanen for Oslo universitetssykehus Ullevål i henhold til regional plan. Det inngår som en del av oppgavene til direktørens krisegruppe ved beredskap og kriser, eventuelt utvidet med direktørene for regionens øvrige helseforetak. Ullevål har ivaretatt deler av dette oppdraget i forbindelse med influensa A pandemien i 2009 gjennom sin samordning av alle foretakenes ukentlige statusrapporter til RHFet og norske helsemyndigheter. Oppdraget er nå inkludert i planverk for Oslo universitetssykehus. Ullevåls katastrofeleder og beredskapssjef er medlemmer i Helse Sør-Østs beredskapsutvalg hvor de har deltatt med revisjon av den regionale beredskapsplanen og oppdateringen av den regionale risiko- og sårbarhetsanalysen.
8.3.12	Videreføre oppbygging av regional infrastruktur for forskning.		Gjennomført i henholdt til avtale med forskningssjef i Helse Sør – Øst RHF.
8.3.13	Ullevål skal sikre forsvarlig kapasitet innen sikkerhetspsykiatrien i tråd med regionale planer, herunder bl.a. sikre at andre helseforetak får nødvendig avlastning med de mest krevende pasientene i tråd med opprinnelige intensjoner.		Fulgt opp i tråd med bestilling. Det har gjennom 2009 vært kort ventetid og korte ventelister på Regional sikkerhetsavdeling.
8.3.14	Videreutvikle regionalt fagmiljø for autisme, samt videreføre spisskompetansefunksjonen innen autisme og psykiske lidelser.		Regionalt fagmiljø for autisme driftes i henhold til virksomhetsplan for 2007 – 2010, med arbeid innenfor områdene; Samhandling og konfliktmekling, Utarbeiding og implementering av retningslinjer for diagnostisering av autismespekterforstyrrelser, Tidlig og intensiv opplæring av førskolebarn med autisme, Anbefalinger og implementering av tiltak for oppfølging av barn og unge med Asperger syndrom, Oppfølging og behandling av voksne med Asperger syndrom og psykiske lidelser, Diagnostisering, behandling og oppfølging av personer med autisme, utviklingshemming og psykiske lidelser (spisskompetansefunksjon). Pr 010709 ble fagmiljøet fusjonert med Regionalt fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom og Narkolepsi. fagmiljøet vil arrangere en konferanse i 2010 for å formidle resultater fra områdene. Fagmiljøet vil med utgangspunkt i regionale og nasjonale evalueringer utarbeide en ny virksomhetsplan i løpet av 2010.
8.3.15	Sikre tilstrekkelig kapasitet til ICD og PCI i regionen, i samarbeid med Rikshospitalet og Sørlandet Sykehus		PCI-behovet er godt dekket i hele regionen. ICD er dekket noenlunde tilstrekkelig for sekundærprofylakse, som for praktiske formål er øyeblikkelig hjelp-funksjon. Det er fortsatt et sprik mellom guidelines og praksis for primærprofylakse. Det trengs minst en spesialutdannet lege til, tross funksjonsfordeling mellom Gaustad og Kirkeveien. Det er fortsatt usikkerhet med tanke på framtidig samdrift med Sinsen (dvs. planlagt samlokalisering av implantasjoner i Kirkeveien). Dette forventes avklart i det pågående integrasjonsarbeidet.
8.3.16	Sikre tilstrekkelig kapasitet på		All ablasjonsbehandling skal samles på Gaustad fra sommeren 2010, når tre nye operasjonsstuer

	ablasjonsbehandling i regionen, i samarbeid med Rikshospitalet		står ferdige der, i hensikt å utnytte den kritiske faktoren, som er kvalifisert personell. Selv etter det vil forventet ablasjonskapasitet være for liten til det store behovet innen atrieflimmer. Inntil da gjøres så mange prosedyrer i Kirkeveien som det er økonomi til. Ventetiden er inntil tre år. Dette medfører fristbrudd, kjent i linjen. Vi har en fullbefaren lege, og en som kan gjøre de fleste typer prosedyrer selvstendig, etter mange års opplæring.
8.3.17	Sørge for videreføring av det arbeids- og yrkesmedisinske området, i tråd med tidligere prosesser og avtaler, og i samarbeid med Yrkesmedisinsk avdeling ved Sykehuset Telemark.		Avdeling for miljø- og yrkesmedisin har mottatt særskilt ekstrabevilgning fra Arbeids og inkluderingsdepartementet med formål å øke utdanningskapasiteten for spesialister i arbeidsmedisin. Det er opprettet 6 nye legestillinger som er i ferd med å besettes. Avdelingen har et nært samarbeide med Statens arbeidsmiljøinstitutt. Økningen av antall leger vil bety en vesentlig økning av kapasiteten og medføre betydelig reduksjon av ventetiden for henviste pasienter.
8.3.18	Sikre tilbud om utredning og behandling/rehabilitering av voksne pasienter med kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME) i regionen, med polikliniske og ambulante tjenester.		ME/CFS senteret har en poliklinikk for ME pasienter med et tverrfaglig team for utredning, rådgiving/behandling/oppfølging av pasienter, i tillegg drives det forskning og formidling/kompetansespredning. Enheten har og et ambulant team (lege, ergoterapeut, fysioterapeut, ernæringsfysiolog og sosionom) som drar hjem til pasienter/til pasienter på sykehjem som ikke kan komme på poliklinikken. Tilbudet er å utrede pasienter som ikke har en sikker diagnose og å veilede pasient, pårørende og/eller pleiepersonalet/fastlegen. Tilbudet gjelder hele regionen. Det arbeides med å få noen dedikerte senger på Oslo universitetssykehus til utredning av pasienter som bør utredes på sykehus, men ikke kan nytte seg poliklinisk tilbud og som ikke forverres ved innleggelse.  Stab: Prosjektleder 80% stilling jan-sept, 100% okt-des., Overlege (infeksjon) som leies inn som konsulent 2 dager i uken i 8/12 mnd. Dvs 30-40% stilling. 1,8 kontorpersonell. 1 ergoterapeut 100%, 1 fysioterapeut 50%, 1 sosionom 20% 9,5 mnd, deretter 40%, 1 klinisk ernæringsfysiolog 30%.  Aktivitet hittil i år. 256 pasienter, til sammen 707 kontakter som fordeler seg per pasient på 1-2 konsultasjoner hos lege og inntil to kontakter per yrkesgruppe i det tverrfaglige teamet. 186 fikk hoveddiagnosen G93.3 postviralt utmattelsessyndrom bekreftet. Disse sto for totalt 596/707 kontakter. De resterende fordeler seg på R53 Uvelhet/Tretthet (51), M790 Uspesifisert revmatisme (5), andre diagnoser som Borreliose, Myalgi, uspesifikk encefalopati, hypertensiv encefalopati, irritabel colon etc var representert med 1 pasient på hver. Det anslås at ca 20 kontakter er i forbindelse med ambulant team, resten er polikliniske konsultasjoner.



			<p>Vi har holdt 4 mestringskurs på 8x2 timer på UUS. Forelest på mestringskurs på LMS Sykehuset Asker og Bærum. Vi har forelest på ME-fagdag i Bærum kommune, hatt tverrfaglige møter med eksterne som jobber med ME og hatt hospitanter, både på poliklinikken og Mestringskurset. I tillegg kommer det en god del veiledning av helsepersonell på telefon eller i forbindelse med oppstart av ansvarsgruppe eller i forbindelse med ambulant team besøk. Vi jobber for tiden med planleggingen av et 2 dagers kurs om ME-utredning og tverrfaglig oppfølging. Vi er i gang med forskningsprosjekter rundt de aller sykeste, effekten av mestringskurset og jobber med oppstart av prosjekter knyttet til bl.a. virologisk forskning knyttet til ME.</p>
8.3.19	Videreføre samarbeidet med Oslo kommunale legevakt og bidra i planene for videreutvikling av en storbylegevakt.		<p>Bevegelsesdivisjonen har godt samarbeid med allmennseksjon, Oslo kommunale legevakt i tråd med intensjonen om å etablere fremtidig Storbylegevakt. Siden UUS nå er en del av OUS er imidlertid UUS rolle redusert og funksjoner relatert til videreutvikling av selve konseptet.</p>
8.3.20	Ivareta det regionale behovet for og tilbudet om behandling i trykktank.		<p>Akuttdivisjonen Trykktanktilbudet er som tidligere år. Imidlertid er tanken gammel, det er ikke muligheter for reservedeler, slik at man har sett på og utredet innkjøp av ny, bedre tank. Dette er innmeldt i budsjett 2010. Byggningsmessige konsekvenser utredes pt.</p>
8.3.21	Sikre en god gjennomføring av Lucasstudien (Avastin/Lucentis) som et nasjonalt viktig forskningsprosjekt.		<p>Lucasstudien gjennomføres etter planen, dog går inklusjonen langsommere enn beregnet. Pasienter som ikke inngår i studien får nå i utgangspunktet Avastin (billigste medikament). Et hovedproblem i studien er at man foreløpig ikke har fått finansiering av studien, slik forutsetningen var da studien ble initiert etter medvirkning fra Helse Sør-Øst, verken fra HOD, Helse Sør-Øst, eller ulike forskningsinstitusjoner som er søkt. Manglende økonomisk støtte kan bli et hindre for å fullføre den viktige studien.</p>
			<p><b>Tildeling av prosjektmidler til pilotsykehusprosjekter, jf bevilgning under Kap 732, post 70 for 2009.</b> <b>Pilotsykehusprosjekt "Likeverdige helsetjenester for en flerkulturell befolkning".</b></p> <p>OUS er en av partene i pilotsykehusprosjektet - et samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, regionale HF, KS/kommuner, representanter for brukerorganisasjoner og arbeidsorganisasjonene i helseforetakene. Det ble bevilget 760.000 kr fra Helse- og omsorgsdepartementet til prosjekt "Likeverdige helsetjenester for en flerkulturell befolkning" i 2009. Målet med prosjektet er å styrke satsningen for å oppnå gjensidig forståelse mellom profesjonsutøvere i sykehuset og flerkulturelle pasienter som har behov for våre tjenester; vi ønsker med andre ord å utvikle metoder for å økende grad å kunne sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet. I tråd med samhandlingstankegangen etableres det mekanismer for fruktbart partssamarbeid og nettverksbygging med relevante aktører (kommunen, bydelene, organisasjoner, tillitsvalgte, verneombud, brukerrepresentanter, fagpersoner mfl.). Vi vil</p>

		<p>jobbe for at erfaringene fra pilotprosjektet skal ha overføringsverdi til andre prosjekter internt i nettverket samt til andre helseforetak.</p> <p>Vi har delt prosjektet opp i fire underprosjekter/arbeidsgrupper:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Videreutdanning i "Veiledning i flerkulturelt helsearbeid": Samarbeid med Høgskolen i Oslo. Fokus på profesjonsutøvelse i kontakt med mennesker med flerkulturell bakgrunn.</li><li>• Helsebringende oppvekst (Lærings- og mestringssenteret-barn): Forebyggende tiltak med tanke på barns helse og sikkerhet, særlig tilbud til familier med ikke-vestlig opprinnelse.</li><li>• Mammografiscreeningen i Oslo (Brystdiagnostisk senter): Fokus på å øke oppmøteprosenten til mammografiscreening blant ikke-vestlige innvandrerkvinner.</li><li>• Barn i flerkulturelle familier (Seksjon for sosialpediatri): Utarbeidelse av materiale til bruk i konsultasjon relatert til seksuelle overgrep, mishandling og kjønnslemlestelse.</li></ul> <p>2009 har primært gått med til forankringsarbeid internt i vårt nettverk. De tildelte midlene har blitt fordelt etter følgende budsjettmal:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Videreutdanning i Veiledning i flerkulturelt helsearbeid: (360.000 kr)</li><li>• Helsebringende oppvekst: (250.000 kr)</li><li>• Mammografiscreeningen i Oslo: (50.000 kr)</li><li>• Barn i flerkulturelle familier: (50.000 kr)</li><li>• Oppfølging av pilotnettverksarbeidet (ca.50.000 kr)</li></ul>
--	--	--



# Innmelding til årlig melding 2009 for Helse Sør-Øst RHF

fra

*Oslo universitetssykehus HF*

**22. januar 2010**

Omfatter styringsbudskap fra:

- Oppdragsdokument 2009
- Protokoll fra HSØ RHF foretaksmøte 26. januar 2009

**Rapportering på styringsbudskap fra Helse- og omsorgsdepartementet.** Helse- og omsorgsdepartementets styringsbudskap er oversendt helseforetak / sykehus i brev av 09. mars 2009 *Sammenstilling av styringsbudskap - oversendelse av oppsummert oppdragsdokument 2009 til helseforetakene iht driftsavtaler.* I malen er bare de styringsbudskapene som krever rapportering av helseforetak/sykehus tatt med.

**Forkortelser som benyttes :**

Oslo universitetssykehus HF :	OUS
Oslo universitetssykehus HF - Aker :	OUS - AUS
Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet :	OUS - RH
Oslo universitetssykehus HF - Ullevål :	OUS -UUS
Helse Sør-Øst RHF :	HSØ

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-1-03	Det overordnede målet er et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av egen økonomi, sosial status, alder, kjønn og etnisk bakgrunn.	Fulgt opp – det er medisinske vurderinger som avgjør hva slags behandling pasientene får, uavhengig av egen økonomi, sosial status, alder, kjønn og etnisk bakgrunn.
OD09-1-04	Midlene tildelt i oppdragsdokumentet setter de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle "sørge for" – ansvaret. Det er lagt inn en betydelig budsjettmessig vekst i 2009 og det legges til grunn at denne veksten, økt effektivitet og bedre samhandling skal føre til en reduksjon i ventetidene for noen grupper.	OUS har via inngåtte avtaler med HSØ bidratt til at HSØ har oppfylt sitt sørge-for ansvar.
OD09-1-06	Det regionale helseforetaket har ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Kjønnsperspektivet skal ivaretas i forebygging, behandling, forskning og tjenesteutvikling. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester skal etterspørres og synliggjøres i planlegging, utredninger og når beslutninger tas	Fulgt opp. OUS driver med omfattende forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende på mange ulike nivåer. Pasienter får behandling ut fra medisinske kriterier uavhengig av bosted, kjønn eller rang.
OD09-1-08	Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for helsetjenesten. De regionale helseforetalene skal påse at det er etablert systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen. Systemene skal være dokumenterte.	OUS har et omfattende system for å sikre at planlegging, organisering og utførelse av aktivitet skjer i henhold til fastsatte krav i lov og forskrift. Aktivitet blir rapportert og dokumentert forløpende.
OD09-1-11	Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at Helse Sør-Øst RHF setter seg inn i St.prp. nr. 1 (2008-2009) og tilhørende budsjettvedtak i Stortinget.	Gjennomført

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-2-03	<i>Kap. 726 post 70 Rehabilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige.</i> Det skal avsettes 1,0 mill kroner til tiltak for barn som pårørende. Det avsettes 4,2 mill. kroner over denne posten til finansiering av nasjonalt kompetansenettverk ved Sørlandet sykehus HF for barn som pårørende. Endret mandat for kompetansenettverket gis i eget brev.	Dette gjelder ikke OUS.
OD09-2-04	<i>Kap. 726 post 70 Rehabilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige.</i> Det skal avsettes 2.518 mill. kroner til etablering av nye rusmestringsenheter ved følgende fengsler: Ullersmo, Bastøy, Indre Østfold (Trøgstad) og Evjemoen.	Dette gjelder ikke OUS.
OD09-2-05	<i>Kap. 729, post 60 Helsetjeneste til innsatte i fengsel.</i> Midlene skal gå til drift av observasjonsenheten ved regional sikkerhetsavdeling ved Dikemark.	Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst har i 2009 tatt i mot 9 pasienter direkte fra fengsel og forvaringsanstalter, i tillegg til innleggelse fra psykiatriske avdelinger. Avdelingen har gjennom 2009 hatt korte ventelister og forsvarlig ventetid.  Regional sikkerhetsavdeling driver også Fengselspsykiatrisk poliklinikk som tilbyr psykiatrisk spesialisthelsetjeneste til innsatte i Oslo fengsel, Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt samt til Sentralarresten, Oslo
OD09-2-08	<i>Kap. 732, post 72 Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF.</i> Ny inntektsfordeling fra 2009 innebærer at tilskudd til Modum Bad er lagt til basisbevilgningen, og at behandlingstilbudet skal sees i sammenheng med det regionale helseforetaks "sørge for"-ansvar. Institusjonen representerer et meget viktig tilbud for pasienter med psykiske lidelser. Det legges til grunn at regionale helseforetak inngår avtale om gjestepasientoppgjøret for disse pasientene.	Punktet angår ikke direkte OUS, men det er etablert rutiner som skal sikre at det gis garanti for oppholdet når Modum Bad vurderes som adekvat og riktig behandlingstilbud/nivå.
OD09-2-09	<i>Kap. 732, post 72 Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF.</i> Obligatorisk tjeneste i pediatri for legespesialistløpet for barne- og ungdomspsykiatere og kompetansetiltaket kropp og selvfølelse skal fra 2009 dekkes av basisbevilgningen.	Punktet angår ikke OUS direkte, men OUS har ansvaret for gjennomføring av kompetansetiltaket "Kropp og selvfølelse"

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.1-01	<p>Den ressursrammen som samlet blir stilt til rådighet i dette dokumentet legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med 1,5 pst. fra 2008 til 2009, jf. omtale i St. prp. nr 1 (2008-2009). Veksten kan imidlertid fordele seg ulikt innenfor forskjellige behandlingsområder. Det understrekes at vekst i aktivitet som omfattes av innsatsstyrt finansiering og NAV -refusjoner for poliklinisk behandling på vanlig måte måles i forhold til prognoser per 1. tertial 2008 og 1. halvår 2008. Dersom veksten i 2008 blir høyere enn dette, vil veksten i 2009 bli tilsvarende lavere. Veksten gjelder behandling som er omfattet av de aktivitetsbaserte tilskuddsordningene (innsatsstyrt finansiering og NAV-refusjoner for poliklinisk behandling), så vel som behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabiliteringsopphold utenfor sykehus, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige). Økte tilskudd gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet kommer i tillegg til dette.</p>	<p>Plantallene for aktivitet var lagt i samråd med HSØ. Realiserte aktivitetstall for innlagte pasienter ligger under plantall både for somatikk og psykiatri. For tverrfaglig rusbehandling var det lagt opp til en kraftig vekst både for innlagte og polikliniske pasienter. Pr. oktober er det her realisert en vekst sammenlignet med 2008 på 9,5% i antall innlagte pasienter og 8% i antall polikliniske undersøkelser.</p>
OD09-3.1-02	<p>Gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene gjøres deler av budsjettet avhengig av antall pasientbehandlinger og kompleksiteten i behandlingen. Prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal behandles og hva slags behandling den enkelte pasient skal gis, skal være uavhengige av de aktivitetsbaserte tilskuddene. Det er ikke ment at finansieringen gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene dekker hele kostnaden ved undersøkelse eller behandling. Derimot skal de aktivitetsbaserte tilskuddene sammen med basisbevilgningen legge grunnlag for gjennomføring av kravet til aktivitet. Det er avgjørende at regionale helseforetaket er seg dette bevisst for å kunne oppnå tilfredsstillende kostnadskontroll.</p>	<p>Gjennomført – det er medisinske vurderinger som avgjør hva slags behandling pasientene mottar, uavhengig av finansieringssystemene. OUS har mange pasientgrupper hvor DRG-uttellingen ikke dekker behandlingsutgiftene og en er derfor avhengig av basisbevilgningen for å komme i balanse / redusere budsjettunderskuddet.</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.1-03	Det legges til grunn at midlene til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) benyttes i samsvar med de spesielle krav som stilles til gjennomføringen av Opptrappingsplanen for rusfeltet.	Fulgt opp av OUS.
OD09-3.2.1-01	God behandlingskvalitet krever at forebygging, behandling, og rehabilitering er basert på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap om effektive tiltak for å oppnå helsegevinst.	Gjennom forskning på høyt internasjonalt nivå bidrar OUS til å utforme grunnlaget for retningslinjer innen evidensbasert medisin på flere viktige områder
OD09-3.2.1-02	Spesialisering, arbeidsdeling og samordning kan bidra til optimal pasientbehandling. De regionale helseforetakene skal sørge for en arbeidsdeling mellom sykehusenes som ivaretar behandlingskvaliteten.	Fulgt opp gjennom etableringen av OUS og den påfølgende integrasjonsprosessen.
OD09-3.2.1-04	Kliniske etikkomiteer skal bidra til å høyne kompetansen i klinisk etikk og bidra til grundig og systematisk håndtering av etiske problemstillinger innenfor somatikk, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og psykisk helsevern. Det forutsettes at komiteene sikres nødvendige rammer og ressurser og er godt ledelsesforankret.	Gjennomført.  (Se også OD09-3.2.1-13 t, nedenfor)
OD09-3.2.1-05 t	For å sikre kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen skal Helse Sør-Øst RHF gjennomgå hvilke enheter som utfører kirurgisk kreftbehandling, spesielt innen kreft i spiserør, bukspyttkjertel, lever, prostata, endetarm, tykktarm, lunger og bryst. Det skal i gjennomgangen legges vekt på faktorer som har betydning for behandlingskvaliteten slik som pasientvolum, organisering og kompetanse, blant annet grad av spesialisering, tverrfaglige team, samt kompetanse til å håndtere uforutsette situasjoner og komplikasjoner. Ved samling av komplisert kreftkirurgi som krever støttefunksjoner bør følgende organisatoriske endringer vurderes: 1) desentralisering av mindre behandlingssøkende kirurgi, 2) desentralisering av palliativ behandling som kan skje i samarbeid med kommunal sektor.	Ved OUS – RH er det fulgt opp for kreftbehandling, spesielt innen kreft i spiserør, bukspyttkjertel, lever, endetarm, tykktarm, lunger og bryst. En del av disse pasientene behandles med spesialkompetanse som inngår som del av transplantasjonskirurgi, eks levertransplantasjon ved leverkreft, autotransplantasjon dvs. at leveren tas ut slik at en kan gjøre kirurgi som ellers ikke er tilgjengelig på annen måte. Kreftbehandling av pasienter med prostatakreft er ikke helt tilfredsstillende – problemer med for lange ventetider.  Ventetid ved AUS for robotassistert laparoskopisk radikal prostatektomi har vært ca 6 uker, ved Radiumhospitalet (DNR) ca 6 måneder. Totalt sett for lang ventetid ved OUS. Tiltak er gjennomført for å øke kapasiteten ved begge sykehus. Samordning av ventelister planlegges i Avdeling for urologi i Klinikk for kreft og kirurgi.



ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.2.1-06 t	Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å implementere nasjonale faglige retningslinjer og veiledere i helseforetakene.	Gjennomført
OD09-3.2.1-07 t	Helse Sør-Øst RHF skal, i tråd med nye nasjonale retningslinjer (våren 2009), iverksette prosesser for å styrke forebygging, behandling og rehabilitering av slag i en helhetlig behandlingsskjede.	<p>Fulgt opp ved at en slik behandlingsskjede er bygget opp ved deler av OUS.</p> <p>Det er en prioritert oppgave å samordne slagbehandlingen etter sammenslåingen 1/1 - 2010.</p> <p>Ved bl.a. OUS-AUS er det etablert en god behandlingssløyfe for pasienter med slag med nær kontakt mellom akuttbehandling og rehabilitering, samt oppstart av rehabilitering i løpet av 1 døgn. Videre er det etablert en TIA- poliklinikk hvor pasienter med slike episoder kan bli tilsett av lege ila 20t.</p>
OD09-3.2.1-08 t	Helse Sør-Øst RHF skal sikre adekvat spesialisthelsetjenestetilbud til alle pasienter som er rammet av CFS/ME. Helse Sør-Øst RHF skal fullføre arbeidet med å etablere et tilbud på inntil ti sengeplasser til de sykeste pasientene som er rammet av CFS/ME. Det legges til grunn at de øvrige regionale helseforetak benytter det nasjonale behandlingstilbudet for de aller sykeste gjennom kjøp av behandlingsopphold.	<p>Det har vært arbeidet med å etablere et tilbud til denne gruppen gjennom året, men etablering av senger vil ikke være gjennomført før 2010.</p> <p>Ved blant annet OUS-RH er Barneklubben tungt involvert i diagnostikk og behandling av barn og ungdom med CFS/ME. Dette skjer i all hovedsak som dagpasientbehandling og noe poliklinikk. Utvalgte pasienter trenger innleggelse over 2 uker for en bred gjennomgang og oppfølging. Rikshospitalet har laget et sengeposttilbud for disse på post 1 (revma-nevro-Voksentoppen).</p> <p>ME/CFS senteret ved UUS har en poliklinikk for ME pasienter med et tverrfaglig team for utredning, rådgiving/behandling/oppfølging av pasienter, i tillegg drives det forskning og formidling/kompetansespredning. Enheten har og et ambulant team (lege, ergoterapeut, fysioterapeut, ernæringsfysiolog og sosionom) som drar hjem til pasienter/til pasienter på sykehjem som ikke kan komme på poliklinikken.</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.2.1-08 t Forts.		Tilbudet er å utrede pasienter som ikke har en sikker diagnose og å veilede pasient, pårørende og/eller pleiepersonalet/fastlegen. Tilbudet gjelder hele regionen. Det arbeides med å få noen dedikerte senger på Oslo universitetssykehus til utredning av pasienter som bør utredes på sykehus, men ikke kan nyttegjøre seg poliklinisk tilbud og som ikke forverres ved innleggelse.
OD09-3.2.1-13 t	Helse Sør-Øst RHF skal påse at kliniske etikkomiteer er etablert i hvert enkelt helseforetak, og at komiteene skal kunne behandle etiske problemstillinger innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Det bes om en rapportering på dette kravet i forbindelse med 1. tertial.	Gjennomført.
OD09-3.2.2-01	Antall feil og uønskede hendelser i helsetjenesten skal reduseres. Det er avgjørende med velfungerende meldesystemer for å redusere antall feil og uønskede hendelser. Dette innebærer systematisk analyse av årsakene til hendelsene i systemet og læring slik at tilsvarende hendelser ikke skjer igjen. Det er et ledelsesansvar å sikre gode systemer for pasientsikkerhet på alle nivå og å skape en god pasientsikkerhetskultur preget av åpenhet om og trygghet til å melde fra om feil og uønskede hendelser.	Det er i 2009 utviklet et felles system for registrering, analyse og rapportering av uønskede hendelser innenfor <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientaktivitet</li> <li>• HMS</li> <li>• Øvrig drift, datasikkerhet, mv.</li> </ul> Systemet er planlagt klart til bruk i hele OUS fra 1. januar 2010. OUS har gode erfaringer fra elektronisk avviksrapportering og har god meldeaktivitet.
OD09-3.2.2-02 t	Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at Nasjonal enhet for pasientsikkerhet får informasjon om uønskede hendelser i regionen som grunnlag for enheten til å avdekke risikoområder og årsakene til disse. De lovpålagte meldeordningene skal følges opp på ordinær måte.	Lovpålagte meldeordninger er fulgt opp i 2009. En utfordring har vært lengre saksbehandlingstid enn forutsatt fra Helsetilsynet.
OD09-3.2.2-03 t	Helse Sør-Øst RHF skal i arbeidet med å fremme pasientsikkerhet samarbeide med og anvende læringsinformasjon utarbeidet av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet.	OUS har regelmessig kontakt med Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. OUS var medarrangør av den nasjonale pasientsikkerhetskonferansen i 2009.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.2.2-04 t	Prevalens av sykehusinfeksjoner skal rapporteres i årlig melding.	<p>Ved OUS - RH er det gjennomført fire målinger. Gjennomsnitt for de tre første i 2009 var 7,3%.</p> <p>Ved OUS - AUS gjennomføres tre målinger. Prevalens for sykehusinfeksjoner totalt var 7,1% på årsbasis, for infeksjonene som oppsto ved AUS alene var den 5,7%.</p> <p>Ved OUS – UUS gjennomføres prevalensmålinger av sykehusinfeksjoner tre ganger i året: januar, juni og oktober med tilbakemelding til hver enkelt avdeling. Prevalens i 2009: totalt 5,9% for alle typer infeksjoner (inkludert psykiatri). Somatikk i 2009: 7,3% for alle typer infeksjoner.</p>
OD09-3.2.3-01	Pasientene skal sikres et likeverdig tilbud på tvers av diagnosegrupper, geografi og sosial status. Den enkelte pasient skal vurderes i henhold til prioriteringsforskriften. Praktisering av prioriteringsforskriften må bli mer enhetlig, og det skal være minimal variasjon mellom de regionale helseforetakene med hensyn til vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.	Fulgt opp. Det er en viktig premisse for integrasjonsarbeidet i OUS å sikre et likeverdig tilbud.
OD09-3.2.3-02	Ved innføring av nye, kostbare metoder og medisiner skal det gjøres en faglig og overordnet kost – nytte vurdering, samt at investeringer skal sees i sammenheng med lokale, regionale og nasjonale behov. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å nedsette en bredt sammensatt arbeidsgruppe som skal gjennomgå beslutningsprosesser for innføring av kostbare metoder i helsetjenesten.	Fulgt opp.
OD09-3.2.3-03 t	Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for at veilederne utarbeidet i prosjektet "Riktigere prioritering" tas i bruk i helseforetakene i regionen.	Benyttes der de finnes.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.2.3-04 t	Den prosentvise veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i 2009 være sterkere enn innen somatikk.	Aktivitetstallene for 2009 er p.t. (21.01.2010) ikke endelig summert. Både innen somatikk og psykiatri har det vært en nedgang i aktiviteten (oktobertall) relatert til innlagte pasienter både innen somatikk og psykiatri. Reduksjonen innen somatikken er imidlertid større en tilfellet er for psykiatriens vedkomende. Den polikliniske virksomheten har derimot økt innen både somatikk og psykiatri. Veksten er imidlertid sterkere innen psykiatien enn for somatikkens vedkommende. Relativt sett blir det med dette en relativ sterkere styrking av tilbudet innen psykiatri enn for somatikken. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling var veksten i antall utskrevne pasienter 8% og veksten på poliklinikken var vel 9%.
OD09-3.2.4-01	Helsetjenesten skal tilby helsehjelp på riktig nivå til riktig tid, uavhengig av pasientens økonomi, sosial status, bosted, alder, kjønn og etnisk bakgrunn. Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Det innebærer både fysisk tilgjengelighet og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse.	Fulgt opp, blant annet gjennom omfattende bruk av tolketjeneste. For å øke tilgjengeligheten tilbys også informasjonsmateriell på ulike språk.  Eksempelvis har OUS-AUS gjennomført læringstilbud for urdu-talende kvinner med Diabets, det er utarbeidet informasjonsbrosjyre til de med sykkelig overvekt på urdu og engelsk. Informasjonsfolder om Lærings- og mestrings-senteret og tilbudene der er oversatt til urdu, tamilsk, engelsk og somali.
OD09-3.2.4-02 t	Helse Sør-Øst RHF skal etablere tolketjenester til pasienter som har behov for dette.	Gjennomført – OUS har tolketjenester for en rekke pasientgrupper.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.2.4-03 t	Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å styrke de ansattes språk- og kulturkompetanse knyttet til samisk befolkning og andre grupper med særskilte behov.	<p><b>Tildeling av prosjektmidler til pilotsykehusprosjekter, jf bevilgning under Kap 732, post 70 for 2009.</b>  <b>Pilotsykehusprosjekt "Likeverdige helsetjenester for en flerkulturell befolkning".</b></p> <p>OUS er en av partene i pilotsykehusprosjektet - et samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, regionale HF, KS/kommuner, representanter for brukerorganisasjoner og arbeidsorganisasjonene i helseforetakene. Det ble bevilget 760.000 kr fra Helse- og omsorgsdepartementet til prosjekt "<i>Likeverdige helsetjenester for en flerkulturell befolkning</i>" i 2009. Målet med prosjektet er å styrke satsningen for å oppnå gjensidig forståelse mellom profesjonsutøvere i sykehuset og flerkulturelle pasienter som har behov for våre tjenester; vi ønsker med andre ord å utvikle metoder for i økende grad å kunne sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet. I tråd med samhandlingstankegangen etableres det mekanismer for fruktbart partssamarbeid og nettverksbygging med relevante aktører (kommunen, bydelene, organisasjoner, tillitsvalgte, verneombud, brukerrepresentanter, fagpersoner mfl.). Vi vil jobbe for at erfaringene fra pilotprosjektet skal ha overføringsverdi til andre prosjekter internt i nettverket samt til andre helseforetak.</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.2.4-03 t Forts.		<p>Vi har delt prosjektet opp i fire underprosjekter/arbeidsgrupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Videreutdanning i "Veiledning i flerkulturelt helsearbeid": Samarbeid med Høgskolen i Oslo. Fokus på profesjonsutøvelse i kontakt med mennesker med flerkulturell bakgrunn.</li> <li>• Helsebringende oppvekst (Lærings- og mestringssenteret-barn): Forebyggende tiltak med tanke på barns helse og sikkerhet, særlig tilbud til familier med ikke-vestlig opprinnelse.</li> <li>• Mammografiscreeningen i Oslo (Brystdiagnostisk senter): Fokus på å øke oppmøteprosenten til mammografiscreening blant ikke-vestlige innvandrerkvinner.</li> <li>• Barn i flerkulturelle familier (Seksjon for sosialpediatri): Utarbeidelse av materiale til bruk i konsultasjon relatert til seksuelle overgrep, mishandling og kjønnslemlestelse.</li> </ul> <p>2009 har primært gått med til forankringsarbeid internt i vårt nettverk. De tildelte midlene har blitt fordelt etter følgende budsjettmal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Videreutdanning i Veiledning i flerkulturelt helsearbeid: (360.000 kr)</li> <li>• Helsebringende oppvekst: (250.000 kr)</li> <li>• Mammografiscreeningen i Oslo: (50.000 kr)</li> <li>• Barn i flerkulturelle familier: (50.000 kr)</li> <li>• Oppfølging av pilotnettverksarbeidet (ca.50.000 kr)</li> </ul>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09- 3.2.4- 03 t Forts.		<p data-bbox="1160 236 2101 306"><b>Tildeling til målrettede samhandlings- og forebyggingstiltak i 2009, jfr bevilgning under kap 732, post 70</b></p> <p data-bbox="1160 338 2101 440"><b>Praktiske oppfølgingstiltak på fysisk aktivitet og kosthold i bydelene for overvektige barn og unge, som får behandling i <i>Stor &amp; Sterk</i> ved Oslo universitetssykehus, Ullevål</b></p> <p data-bbox="1160 472 2101 951">Prosjektet kalt "Stor &amp; Sterk – i Alna &amp; Søndre Nordstrand" er et samarbeid mellom "Stor &amp; Sterk", OUS Ullevål, frivillige organisasjoner, skoler og helsestasjoner i bydelene Alna og Søndre Nordstrand. Målet med prosjektet er at barn og unge med fedme som har oppfølging i "Stor &amp; Sterk" ved Ullevål skal få tilrettelagt trening i sitt nærmiljø, samt å tilby matlagingskurs til barn og familier. Vi har også prøvd ut Nasjonalforeningen for folkehelsen sitt materiale Petter Puls for primærforebygging i 4. til 6. skoletrinn. Samarbeidet mellom de ulike aktørene fungerer godt. Alle har erfaring med konkrete tiltak for ulike grupper og alderstrinn, og man samarbeider om utforming av et tilbud skreddersydd for vår målgruppe. Evaluering av matlagingskursene har vist at deltakerne får inspirasjon og nye ideer til å lage mat. Prosjektet har bidratt til å styrke treningstilbudet til en gruppe barn og ungdom som ofte faller utenfor organisert idrett</p> <p data-bbox="1160 983 2101 1187">Prosjektet fikk for 2009 tildelt kr 800 000 fra Helse- og Omsorgsdepartementet sine prosjektmidler til målrettede samhandlings- og forebyggingstiltak – bevilgning under kap. 732, post 70. Midlene blir brukt til å lønne prosjektkoordinator, utgifter i forbindelse med treningstilbud og til primærforebyggende tiltak (Petter Puls).</p> <p data-bbox="1160 1219 2101 1327">I tillegg mottok prosjektet i 2009 kr 350 000 fra Norske Kvinners Sanitetsforening. Disse midlene var øremerket lønn prosjektleder (40 % stilling) og utgifter i forbindelse med matlagingskurs.</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.2.4-04 t	Det vises til oppdragsdokument for 2008 vedrørende lysbehandling av psoriasispatienter. I tillegg til avsatte midler i 2008 skal Helse Sør-Øst RHF sette av 1,5 mill. til arbeid med å etablere flere tilbud om lysbehandling av psoriasispatienter i samarbeid med kommunehelsetjenesten. I dette arbeidet skal innsparinger ved lavere transportkostnader tas med som en del av beslutningsgrunnlaget.	Hudavdelingen ved OUS-RH har ikke vært involvert i opprettelse av flere tilbud. Punktet ansees ikke å være aktuelt for OUS.
OD09-3.2.5-01	Brukermedvirkning i utvikling av helsetjenestene skal bidra til å gjøre tjenestene mer treffsikre og skal skje både på systemnivå og på individnivå.	<p><b>Brukermedvirkning på systemnivå</b></p> <p>I styresak OUS 21/2009 ble retningslinjer og mandat for brukerutvalget i OUS vedtatt. Styret ba administrerende direktør starte arbeidet med å etablere brukerutvalg for OUS og fremme sak om dette. Det nye brukerutvalget ved OUS ble oppnevnt i styresak 69/2009, 28. april 2009. Brukerutvalgets arbeid har vært preget av integrasjonsprosessen og mange brukerrepresentanter har deltatt i prosjektgrupper. De lokale brukerutvalgene/brukerråd på Aker, Rikshospitalet og Ullevål opphørte pr. 01.01.2010. Eksisterende brukerråd/brukerutvalg innen psykiatrien vil bli videreført. Brukerutvalg på klinikknivå innen somatikken vil bli etablert i 2010.</p> <p><b>Andre former for brukermedvirkning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukerrepresentanter har vært aktive i LMS - tilbudene (lærings- og mestringsstilbudene) ved sykehuset.</li> <li>• Mange brukerorganisasjoner har drevet et godt Likemannsarbeid ved ulike avdelinger.</li> <li>• Brukere skal kunne påvirke forhold som gjelder eget behandlingsopplegg og behov og dette er spesielt aktuelt i arbeidet med IP (individuell plan). Bruk av IP har kommet lengst innen psykiatrien.</li> <li>• Sikring av nødvendig og relevant pasientinformasjon for pasienter/pårørende. OUS har startet arbeidet med nye og forbedrede nettsider for pasientinformasjon.</li> </ul>



ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.2.5-02 t	Helse Sør-Øst RHF skal sikre at brukermedvirkning på systemnivå gjenspeiler befolkningssammensetningen i opptaksområdet. Om nødvendig må det legges spesielt til rette for dette sett i lys av ulikheter i språk og kultur.	Ivaretatt i oppnevningen av Brukerutvalg for OUS ved at det ble oppnevnt et medlem med fremmedkulturell bakgrunn. Det er imidlertid utfordrende å få med brukerrepresentanter med fremmedkulturell bakgrunn, og det vil bli arbeidet videre med dette sammen med brukerorganisasjonene.
OD09-3.2.5-03 t	Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for at alle pasienter, uavhengig av språk og kulturell bakgrunn, gis mulighet til deltagelse i mottakelse av helsehjelp.	Fulgt opp. Det er etablert avtaler og rutiner for tolking. Det er utarbeidet skriftlige veiledninger oversatt til en rekke språk tilgjengelig på behandlingssteder og på de enkelte sykehus sine eksisterende nettsider.
OD09-3.3.1-01	Det er et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet. Særlig viktig er dette for pasienter med langvarige og sammensatte behov, som for eksempel syke eldre, syke barn og unge, pasienter med kroniske lidelser, pasienter med psykisk lidelser, rusmiddelavhengige og terminale pasienter. Det vises til det pågående arbeidet med ny samhandlingsreform.	Fulgt opp. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeide med å etablere helhetlige pasientforløp videreføres fra AUS, RH og UUS inn i OUS, noe som understøttes av de vedtatte organisasjonsendringer.</li> <li>• Det er etablert et "Helsefagprosjekt" med mandat å foreslå tiltak som legger til rette for økt kvalitet, effektivitet, pasientsikkerhet, samarbeid og koordinering av helsefagene innen OUS. Tiltakene gjelder også mot eksterne samarbeidspartnere som høyskolene, universitetet og Oslo kommune.</li> <li>• Det er etablert et "Lokalsykehusprosjekt" med mandat å utarbeide forslag til organisering og lokalisering av lokalsykehusfunksjonen som et fullverdig tilbud til Oslos befolkning. Valgt løsning skal ha klare ansvarsmessige grensesnitt mellom OUS og øvrige sykehus med lokalsykehusfunksjoner som betjener denne befolkningen. Prosjektet skal videre utarbeide et forslag til oppgavefordeling mellom OUS og øvrige sykehus med lokalsykehusoppgaver for Oslos befolkning. I samarbeid med Oslo Kommune skal prosjektet utarbeide forslag til en samhandlingsmodell.</li> </ul>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.1-01 Forts.		<p>Eksempler fra UUS i 2009 :</p> <p>Samarbeidet med Sunnås om hodeskadepasienter ble videreført og fulgt opp med omfattende forskningsarbeid. Det ble etablert en intermedier enhet på Abildsø i samarbeid med Sykehjemsetaten i Oslo kommune og bydelene i Ullevåls opptaksområde. Det har også vært et eget prosjekt innen for barne-og ungdomspsykiatrien og tre bydeler der helsesøstertjenesten og fagpersoner fra BUP har vært tilstede på videregående skoler. Erfaringene ved dette lavterskel-tilbudet er meget gode.</p>
OD09-3.3.1-02	<p>Det er gjort viktige og positive erfaringer med ulike modeller for desentralisert spesialisthelsetjeneste. Et distriktsmedisinsk senter eller sykestue, kan i nært samarbeid med et større sykehus samlet sett gi et bredt og godt tilbud til befolkningen i sitt nærområde. Intermediærenheter drives i ofte i et samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og gir gode tilbud til utskrivningsklare pasienter som trenger videre oppfølging og opptrening. Disse kan også ha observasjonstilbud, der pasientene får avklart behov for sykehusinnleggelse og får enklere behandling. Ambulante team er en modell der spesialisthelsetjenesten bistår i behandlingsopplegget til pasienter i eget hjem eller ved institusjon i samarbeid med primærhelsetjenesten.</p>	<p>Fulgt opp.</p> <p>OUS-RH spesielt innenfor epilepsi hvor ambulante team reiser rundt i hele landet. Rikshospitalet forholder seg i hovedsak til regionssykehusene siden sykehuset for det meste håndterer høyspesialisert medisin.</p> <p>OUS-UUS har utstrakt samarbeid med andre sykehus. For eksempel har sykehuset leger som bidrar i pasientbehandlingen på Lovisenberg. Bla innen nevrologi og lindrende behandling. Sykehuset har ambulante team bla innen Voksenhabilitering, Psykisk helse både barn og voksne. Sykehuset har også et hjemmesykehus for barn der fagpersoner fra Barnesenteret har ansvaret for pasientens medisinske oppfølging i hjemmet. Hjemmesykehuset hadde sitt første hele driftsår i 2009 og erfaringene er meget positive sett både fra medisinsk faglig perspektiv og fra berørte familier.</p> <p>OUS-AUS: <u>Hospital at home:</u> Lungepoliklinikken gjorde ca 70 hjemmebesøk til oksygenbrukere i fjor. Dette er et tilbud som har fungert fra 1992 hvor pasienter med oksygen hjemme har fått opplæring og oppfølging med blodgass-måling hjemme etter behov.</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09- 3.3.1- 02 Forts.		<p data-bbox="1160 272 2101 408"> <u>Palliativ enhet Ski</u>            Ambulant team fra palliativ enhet Ski sykehus. Oppsøkende virksomhet for tidligere innlagte pasienter, fem dager i uka på dagtid.         </p> <p data-bbox="1160 443 2101 644"> <u>Rask i vendinga:</u>            Gjennom samarbeid med lærings- og mestringssenteret og praksiskonsulentordningen, utvikles et tilbud om tilbud om tidlig intervensjon med livsstilendring for persoer som nylig har fått diagnosen KOLS.         </p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.1-03	<p>Korridorpasienter er et uttrykk utfordringer knyttet til organisering av tjenesten og at samhandling mellom sykehus og øvrig helsetjeneste ikke er tilfredsstillende. Det er en målsetting at det ikke skal være korridorpasienter. Innen akuttpsykiatri er det ikke forenlig med forsvarlig virksomhet å ha korridorpasienter.</p>	<p>Korridorpasienter er en utfordring spesielt ved driftsenhetene UUS og AUS. Det har vært arbeidet kontinuerlig med dette også gjennom 2009, og utviklingen ved begge enheter er positiv.</p> <p>For AUS pr. oktober var gjennomsnittlig andel korridorpasienter 1% innen psykisk helsevern og 3,3% innen somatikk.</p> <p>UUS har i 2009 hatt et stort fokus på korridorpasienter og har hatt eksternt tilsyn fra OBRE. I den forbindelse ble det revidert et Nivå 1 dokument som beskriver hvordan man skal agere når belegget på sengepostene overskrider et visst belegg. Det er også etablert buffersenger godkjent av vår brannvernleder på de sengepostene hvor det har latt seg gjøre.</p> <p>Resultatet var 1,2 % i oktober og 1,6 % akkumulert. Målsettingen er fortsatt ingen korridorpasienter innen somatikk. Tiltakene har fokus på bedre utnyttelse av total sengekapasitet inkl. buffersenger, samt kortere ventetid for utskrivningsklare</p>
OD09-3.3.1-04 t	<p>Helse Sør-Øst RHF skal vurdere etablering av ulike modeller for desentralisert spesialisthelsetjeneste, i samarbeid med aktuelle kommuner.</p>	<p>Fulgt opp – se punkt OD09-3.3.1-02 over</p>
OD09-3.3.1-05 t	<p>Helse Sør-Øst RHF skal gi faglig oppfølging, støtte og veiledning til den kommunale omsorgstjenesten slik at denne kan ivareta sine nye og krevende oppgaver. Dette gjelder særlig i forhold til utredning, diagnostikk og behandling av akutte tilstander og kroniske lidelser, samt løpende oppfølging av medisinsk behandlingsopplegg og veiledning av lokalt behandlingsapparat.</p>	<p>Fulgt opp – se punkt OD09-3.3.1-02 over. Vil også være et viktig element i integrasjonsarbeidet i OUS.</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.1-06 t	Helse Sør-Øst RHF skal rapportere hvilke tiltak som er gjennomført for å sikre helhetlige pasientforløp for å ivareta pasienter med stort samhandlingsbehov.	<p>Gjennomført</p> <p>For RH gjelder dette spesielt innenfor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• epilepsi (primær diagnostikk og behandling)</li> <li>• transplantasjonsmedisin (oppfølging i forkant og etterhandling)</li> <li>• barnesykdommer</li> <li>• syndrombarn av ulike former</li> <li>• livsløpaspasienter av ulikeformer (blødere, Parkinson pasienter med STN, Cochleapasienter, Blærekstrofi, Øsofagusatresi osv.)</li> <li>• noen former for kreft</li> </ul> <p>AUS har gjennom gode samarbeidsavtaler med kommune / bydel forsøkt å sikre helhetlig pasientforløp. Dette har hatt stor betydning innenfor psykisk helse. Det har også blitt gjennomført samarbeidsprosjekt mellom AUS (akuttgeriatrisk avdeling), Bjerkebydel og sykehjemsetaten i Oslo kommune. Akermodeallprosjektene har hatt med praksiskonsulentene i utarbeidelse av tiltak i disse prosjektene.</p> <p>Eksempler fra UUS i 2009 : Samarbeidet med Sunnås om hodeskadepasienter ble videreført og fulgt opp med omfattende forskningsarbeid. Det ble etablert en intermediær enhet på Abildsø i samarbeid med Sykehjemsetaten i Oslo kommune og bydelene i Ullevåls opptaksområde. Det har også vært et eget prosjekt innen for barne- og ungdomspsykiatrien og tre bydeler der helsesøstertjenesten og fagpersoner fra BUP har vært tilstede på videregående skoler. Erfaringene ved dette lavterskel-tilbudet er meget gode.</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.2-01	Statens helsetilsyn avdekket i et landsomfattende tilsyn i 2007 at mangelfull styring og ledelse preget hverdagen i akuttmottakene og at dette til tider ga uforsvarlig pasientbehandling i de fleste akuttmottak. Saken ble behandlet i foretaksmøte med Helse Sør-Øst RHF 14.3.2008, hvor det ble lagt til grunn at det regionale helseforetaket må sikre at ledelsen ved helseforetakene setter i verk systematiske tiltak for å få bedre styring og ledelse av kuttmottakene.	<p>Fulgt opp.</p> <p>For å imøtekomme en del av de mangler som er påvist gjennom tilsyn av akuttmottakene har man ved OUS-AUS gjennomført flere tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt system for mottak av pasient i akuttmottaket gitt bedre pasientbehandling</li> <li>• Økt kompetanse i mottak ved fast tilstedeværelse av overlege</li> </ul> <p>Bedre kontinuitet for assistentlege i mottak siden overlege tar konfereringer.</p> <p>Legene i mottak ved OUS- UUS er organisert i de kliniske enhetene. Under det lansomfattende tilsynet kom OUS- UUS svært godt ut, med kun noen få forbedringspunkter.</p> <p>Tatt inn etter oversendelse til HSØ :  OUS- Ullevål har i 2009 opprettet "Samarbeidsforum for akuttmottaket" som et avdelingsovergripende organ som jobber med koordinert styring av aktiviteten i akuttmottaket og utarbeidelse av en systembeskrivelse for dette.</p>
OD09-3.3.2-02 t	Helse Sør-Øst RHF skal sikre at arbeidet med å etablere systematiske tiltak for bedre styring, ledelse og drift av akuttmottakene gis nødvendig prioritet.	Gjennomført – se punkt OD09-3.3.2-01
OD09-3.3.3-01	Det skal opprettholdes et desentralisert sykehusstilbud, som blant annet sikrer nærhet til akuttfunksjoner. Ingen lokalsykehus skal legges ned.	Fulgt opp. OUS er inne i en prosess for å vurdere organisering av lokalsykehusfunksjonene fremover.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.3-02	Regjeringen legger opp til at det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehusene må sees i sammenheng med, og tilpasses lokale forhold gjennom likeverdige prosesser som bidrar til trygghet og kvalitet. Lokalt tilpassede behandlingsskjeder, tilrettelagt kompetanse og forpliktende nettverk mellom sykehusene, vil bidra til å sikre kvaliteten i det akuttmedisinske tilbudet.	OUS er inne i en prosess for å vurdere organisering av lokalsykehusfunksjonene fremover.
OD09-3.3.3-03 t	Helse Sør-Øst RHF skal sørge for et helhetlig, sammenhengende og lokalt tilpasset akutttilbud.	Er etablert der det er relevant.
OD09-3.3.3-04 t	<p>De regionale helseforetakene bes om å vurdere tilpasning av lokalsykehusenes akuttfunksjoner i tråd med følgende veiledende standard:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Felles akuttmottak: modell der kommunal legevakt, skadestue, sykehusets akuttmottak og gjerne ambulansestasjon er samlokalisert</li> <li>• Tilpassede akuttfunksjoner med hovedvekt på indremedisinske tilbud, elektiv kirurgi og enklere kirurgisk beredskap.</li> <li>• Lokalsykehus med akuttfunksjoner (Akuttsykehus)</li> </ul>	Organiseringen av tilbudet inngår i det pågående integrasjonsarbeidet i OUS.
OD09-3.3.5-01	Helse Sør-Øst RHF skal sørge for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i samarbeid med primærhelsetjenesten. En stortingsmelding om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg planlegges lagt fram for Stortinget tidlig i 2009. Departementet vil komme tilbake til eventuelle oppdrag til Helse Sør-Øst RHF etter at Stortinget har behandlet meldingen.	Gjennomført – OUS RH har i tillegg etablert et nasjonalt kompetanse senter for kvinnehelse som også omfatter svangerskap, fødsel og barselsomsorg som driver hovedsakelig med forskning og informasjon.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.5-02 t	Det er et mål å sikre drift av fødeinstitusjoner hele året. Sommer- og feriestengninger av fødeinstitusjoner skal ikke skje pga økonomiske årsaker alene. Dersom det ikke lar seg gjøre å avvikle lovpålagt ferie forsvarlig, kan det stenges, men stengningsperioden skal gjøres kortest mulig og det skal iverksettes nødvendige tiltak for å sikre forsvarlighet i samarbeid med kommunen.	Gjennomført
OD09-3.3.6-01	Det er et mål å legge til rette for at studentene sikres et tilbud om psykisk helsetjeneste/psykososiale tjenester og knytte studenthelsetjenesten sterkere til den ordinære helsetjenesten. For å oppnå dette skal det regionale helseforetaket bidra til at det inngås avtaler mellom studentsamskipnadene, lærested, vertskommune og regionale helseforetak om hvordan tilbudet om psykiske helsetjenester for studenter skal innrettes dersom studentsamskipnaden ønsker en slik avtale. I Helse- og omsorgsdepartementets rapport om psykiske helsetjenester for studenter (2008) er det forslag til hvilke elementer en slik avtale bør inneholde. Det forutsettes at avtalene evalueres etter 2 års drift. Etablerte tilskudd til psykiske helsetjenester for studenter skal opprettholdes minimum på dagens nivå.	<p>Studentsamskipnaden i Oslo har en egen psykologisk/psykiatrisk helsetjeneste som samarbeider nært med både fastleger, avtalespesialister og helseforetakene, spesielt DPS.</p> <p>Det er inngått avtale mellom studentsamskipnaden og HSØ om blant annet nivå på økonomisk støtte. AUS følger opp avtalen på vegne av HSØ.</p> <p>Avtalen med studensamskipnaden Universitetet i Oslo er videreført og rapport er oversendt HSØ. Søknad om økning i bevilgningen oversendt HSØ oktober 2009</p> <p>Søknad fra samskipnaden Høgskolen Oslo og Akershus oversendt HSØ, ingen bevilgninger gitt.</p> <p>Inngått en intensjonsavtale desember 2009, oversendt HSØ</p>
OD09-3.3.6-02	Dagens trygderefusjoner fra NAV til psykologer og psykiatere ansatt ved studentsamskipnadene overføres fra 2009 til basisbevilgningen til Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF. Tilskuddet til det psykiske helsetilbudet til studenter blir dermed mer samlet.	Ikke relevant for OUS.
OD09-3.3.6-03 t	Helse Sør-Øst RHF skal bidra til at det inngås avtaler mellom studentsamskipnadene, lærested, berørte kommuner og det regionale helseforetaket om psykiske helsetjenester til studenter dersom studentsamskipnadene ønsker dette.	Se kommentar under punkt OD09-3.3.6-01.

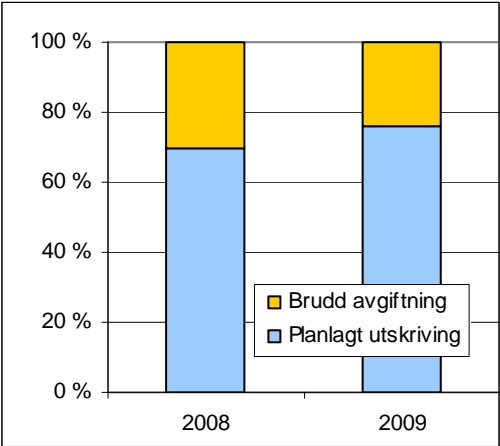


ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.6-04 t	Helse Sør-Øst RHF skal opprettholde tilskuddet til psykiske helseformål for studenter minimum på dagens nivå.	Se kommentar under punkt OD09-3.3.6-01.
OD09-3.3.7-01	De overordnede målene og verdigrunnlaget fra Opptrappingsplanen skal legges til grunn i det videre arbeidet.	Fulgt opp.
OD09-3.3.7-02	Det overordnede målet i alt psykisk helsearbeid er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Det er fremdeles behov for omstilling av psykisk helsevern fra hovedtyngde på institusjonsbehandling og til mer utadrettet og ambulant tjeneste og oppfølging.	Fulgt opp. Ved AUS er nytt Follo DPS åpnet i 2009, og det er i den forbindelse overført ressurser fra sengepost til DPS.
OD09-3.3.7-03	DPSene må oppgraderes faglig og bemanningsmessig, slik at de settes i stand til å ivareta det generelle behandlingsbehovet i spesialisthelsetjenesten/psykisk helsevern.	Fulgt opp av helseforetaket. DPSene i OUS er nær fullverdige DPS ihht. kartleggingen gjennomført av Hdir i 2008. Follo DPS åpnet høsten 2009.
OD09-3.3.7-04	Sykehusavdelingenes rolle må klargjøres slik at de kan ivareta spissfunksjoner.	Sykehusavdelingens rolle og oppgaver defineres gjennom målgruppebeskrivelser som sikrer ivaretagelse av spissfunksjoner
OD09-3.3.7-05	Ressursfordelingen mellom DPS og sykehusavdelingene må dimensjoneres i tråd med føringene og tilpasses lokale forhold i befolkningens behov.	Følges opp av helseforetaket.
OD09-3.3.7-06	Samhandling mellom DPS/BUP og det kommunale tilbudet, herunder barnevernet skal styrkes. Det er et ledelsesmessig ansvar å sørge for redusert bruk av tvang i psykisk helsevern.	Samhandling er videreført gjennom etablerte samhandlingsstrukturer med førstelinjen. Gjennomført eget prosjekt på kvalitetssikring og redusert bruk av tvang.
OD09-3.3.7-07	Det er for 2009 avsatt 50 millioner kroner til forpliktende samhandlingstiltak mellom DPS/BUP og det kommunale tilbudet i 2009. Målgruppe for dette tiltaket vil i første rekke være personer med langvarige og sammensatte lidelser. Midlene vil bli kanalisert på et senere tidspunkt.	Ett DPS i OUS har søkt og fått tildelt prosjektmidler, prosjektet er etablert og ledelsesforankret i klinikkledelse/bydelsdirektører.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.7-08 t	Helse Sør-Øst RHF skal gjennomføre omstillingen av tjenestene, slik at sykehusfunksjonene blir spisset og DPSene blir satt i stand til å utføre de oppgaver som forventes, jf. Helsedirektoratets veileder for DPS.	I prosess og er langt på vei gjennomført.
OD09-3.3.7-09 t	Helse Sør-Øst RHF skal i nært samarbeid Helsedirektoratet sørge for å videreutvikle og oppdatere profilen for de distriktpspsykiatriske sentrene.	I prosess og er langt på vei gjennomført.
OD09-3.3.7-10 t	<p>Helse Sør-Øst RHF skal i årlig melding rapportere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10.000 innbygger</li> <li>• Pst.vis fordeling av årsverk totalt mellom sykehus og DPS.</li> <li>• Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i henholdsvis sykehus og i DPS per 10.000 innbygger fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste.</li> <li>• Antall barn og unge per 10 000 innbyggere under 18 år som har mottatt behandling fra ambulant tjeneste.</li> <li>• Andel ikke planlagte reinnleggelser i akuttavdelinger innen 30 dager per 10 000 innbygger.</li> </ul>	<p>OUS oppfatter "bestillingen" som uklar, og gjør oppmerksom på at tallmateriale som mottas fra de respektive Hfene ikke vil være sammenlignbare.</p> <p>Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesialister i psykiatri (overleger): 33,9 Pr 10 000 innbyggere: 1,15</li> <li>• Psykologspesialister: 42,7 Pr 10 000 innbyggere: 1,45</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosentvis fordeling ca 60/40</li> <li>• Det vises til tabell bak i dokumentet.</li> <li>• Foreligger ikke komplette tall for andel ambulant virksomhet. Men DPS'enes andel ambulant virksomhet estimeres til ca 10%.</li> <li>• Antall barn og ungdom som har motatt ambulant behandling i 2009 ved OUS :</li> </ul> <p>Innenfor tidligere Ullevål og Aker sektor har spesialteam ved våre 7 BUP poliklinikker gitt ambulant behandling til ca 454 pasienter. Det utgjør ca 50 pr. 10 000 barn og unge under 18 år. Vårt lavterskel-tilbud i skolehelsetjenesten er ikke regnet med.</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.7-10 t Forts.		<p>Det som i dag utgjør Senter for psykisk helse barn og ungdom, har i tillegg behandlet ca 95 barn og unge under 18 år ved spesialenheter eller team som har "byomfattende " opptaksområde.</p> <p>I tillegg har et ukjent antall pasienter i "vanlig" poliklinisk behandling hatt noe ambulant behandling i form av hjemmebesøk eller skolebesøk. Også ved døgninstitusjonene har et antall pasienter mottatt ambulante tiltak som del av et fleksibelt og tilpasset behandlingstilbud, men dette utgjør lite tallmessig.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 prosent ikke planlagte reinnleggelser innen 30 dager</li> </ul>
OD09-3.3.7-11 t	Rusmiddelproblemer hos pasienter som henvises til psykisk helsevern skal registreres, og det skal iverksettes tiltak for å sikre at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud.	Dette er rutine ved våre avdelinger.
OD09-3.3.7-12 t	Helse Sør-Øst RHF skal følge opp Stortingets vedtak, der regjeringen er bedt om å legge til rette for at unge med tilbud innenfor psykisk helsevern for barn og unge kan beholde sin behandler også etter fylte 18 år og inntil fylte 23 år.	Er fulgt opp av helseforetaket.
OD09-3.3.7-13 t	Helse Sør-Øst RHF skal implementere Helsedirektoratets veileder for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge (IS – 1570).	Er fulgt opp av helseforetaket.
OD09-3.3.7-14 t	Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern, jf. bl.a. handlingsplan om redusert og kvalitetssikret bruk av tvang.	Er fulgt opp av helseforetaket.
OD09-3.3.7-15 t	Helse Sør-Øst RHF skal implementere Helsedirektoratets Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS 1511).	Er fulgt opp av helseforetaket.
OD09-3.3.7-16 t	Helse Sør-Øst RHF skal sikre at Helsedirektoratets veileder om samarbeid med og oppfølging av pårørende innen psykiske helsetjenester (IS-1512) følges opp.	Dette er et eget prosjekt i 2009 som avsluttes i januar 2010.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.7-17 t	Helse Sør-Øst RHF skal finansiere og videreutvikle kompetanseprogrammet "kropp og selvfølelse" som et ledd i å styrke tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser.	Kompetanseprogrammet gjennomføres i regi av Regional avdeling for spiseforstyrrelser (OUS-UUS).
OD09-3.3.7-18 t	Helse Sør-Øst RHF skal sørge for gode og verdige transportordninger for psykisk syke, som bidrar til at bruken av tvang og av politi reduseres til et minimum.	OUS deltar i et eget samarbeidsnettverk med politi og akuttpsykiatri om dette. I siste møte viste politiet at de har langt færre transporter, mens ambulansen og akutteamene transporterer flere pasienter enn før. Dette ansees derfor å være tilfredsstillende løst i Oslo.
OD09-3.3.7-19 t	Helse Sør-Øst RHF skal prøve ut en ordning med brukerstyrte plasser, dvs døgnplasser som i henhold til individuelle rettighetskontrakter innebærer at den enkelte bruker for en avgrenset innleggelsesperiode kan legge seg inn selv når vedkommende føler behov for det. Det vises til erfaringer fra Jæren DPS.	DPS har brukerstyrte plasser for kjente pasienter.
OD09-3.3.7-20 t	Helse Sør-Øst RHF skal etablere rutiner/systemer i den offentlige spesialisthelsetjenesten som innebærer at henvisninger til spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern bli koordinert, slik at pasienter slipper å henvende seg til flere tjenesteytere for å få hjelp. Dette gjelder særlig henvisninger til avtalespesialister. Konkrete driftsløsninger skal være iverksatt innen utgangen av april 2009.	HSØ har etablert en koordineringsordning av henvisninger til avtalespesialister i psykiatri og psykologi i regi av Fritt sykehusvalg. Psykiatrisk divisjon, OUS-UUS leder et prosjekt med deltakelse fra avtalespesialister, fastleger, DPS og brukere for å etablere en samarbeidsstruktur i Oslo sykehusområde i tråd med anbefalingene fra arbeidsgruppe i HSØ. Prosjektet rapporterer til sentral styringsgruppe i HSØ.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009									
OD09-3.3.7-21 t	Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak som bidrar til flere pasienter fullfører behandling.	<p>Fullføring av behandlingsforløp følges opp som en sentral målsetting i all pasientkontakt innenfor psykisk helse og rusbehandling.</p> <p>OUS-AUS, Klinikk rus og avhengighet har gjennom 2009 hatt et fokus på å øke gjennomføringen gjennom ulike akermødelprosjekter, noe som har gitt positive resultater.</p>  <table border="1" data-bbox="1173 451 1671 898"> <caption>Data for the stacked bar chart</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>Planlagt utskriving (%)</th> <th>Brudd avgiftning (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2008</td> <td>70</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>75</td> <td>25</td> </tr> </tbody> </table>	Year	Planlagt utskriving (%)	Brudd avgiftning (%)	2008	70	30	2009	75	25
Year	Planlagt utskriving (%)	Brudd avgiftning (%)									
2008	70	30									
2009	75	25									
OD09-3.3.8-01	Regjeringen la i St.prp.nr.1 (2007-2008) fram en opptrappingsplan på rusfeltet for perioden 2007-2010. To sentrale mål i planen er i perioden å styrke kvaliteten og kapasiteten på tjenestene innen TSB, inkludert legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Videre er det et mål at forpliktende samhandling i tjenestene til rusmiddelavhengige styrkes, både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.	Eget implementeringsprosjekt på dette, avsluttes mars 2010.									
OD09-3.3.8-02	Mange rusmiddelavhengige har også til dels omfattende psykiske lidelser. Det er derfor et mål å styrke samhandlingen mellom psykisk helsevern og TSB.	Den nye organiseringen i OUS der rusfeltet og psykisk helse ligger i felles klinikk vil legge til rette for styrket samhandling.									

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.8-03	I Opptappingsplanen legges det også vekt på at det skal etableres flere ambulante team og virksomheter.	OUS vurderer det slik at de ambulante tilbudene man trenger nå er etablert. Det er god tilgjengelighet til alle tjenester.
OD09-3.3.8-04	Innsatsen for å oppnå bedre rutiner for samhandling for å unngå behandlingsavbrudd skal styrkes.	Vurderes å være ivaretatt gjennom gode samhandlingsrutiner med førstelinjen.
OD09-3.3.8-05	Økt brukermedvirkning står sentralt.	Dette er ivaretatt blant annet gjennom brukerråd på divisjonsnivå og på alle avdelingene.
OD09-3.3.8-06	Forskning og kompetanse på rusfeltet skal også styrkes.	Klinikk rus og avhengighet har forsterket samarbeidet med Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF) og etablert et eget forskningsutvalg. Klinikk rus og avhengighet har iverksatt en rekke kompetansehevingstiltak bl.a i forhold til rettighetsvurderinger, LAR behandling. Arbeidet med ny forskningsstrategi for OUS er startet opp, og styrking av forskningen innen rusfeltet vil inngå.
OD09-3.3.8-07 t	Helse Sør-Øst RHF skal øke kapasiteten innen TSB med særlig vekt på akuttbehandling, avrusning og ambulante team, samt styrke kapasiteten på legemiddelassistert rehabilitering (LAR).	Se kommentar inntatt under punkt OD09-3.2.3-04 t over. OUS ved Klinikk rus og avhengighet (AUS) har også hatt fokus på å øke kvaliteten på avgiftningstilbudet bl.a gjennom en rekke kvalitetsforbedringstiltak, felles inntaks- og vurderingsteam. Rusakuttens fagteam ble operativt 15 desember 2009.
OD09-3.3.8-08 t	Helse Sør-Øst RHF skal styrke den helsefaglige kompetansen innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i tverrfaglig spesialisert behandling og antall årsverk og andel av totale forskningsressurser til tverrfaglig spesialisert behandling skal rapporteres i årlig melding.	I Klinikk rus og avhengighet (OUS – AUS), er det 31,67 legeårsverk hvorav 15,11 er legespesialister. Det er 26,5 psykologer/psykologspesialister. Det brukes samlet ressurser tilsvarende 5 årsverk til forskning innen rusfeltet.  I tillegg kommer lege/psykologressurser ved ruspoliklinikkene.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.8-09 t	Helse Sør-Øst RHF skal videreutvikle samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og annen tverrfaglig spesialisert behandling og etablere rutiner for registrering av slike tiltak. Antall barn som fødes av kvinner i LAR (jf. melding til medisinsk fødselsregister) og hva slags tilbud disse pasientene mottar skal rapporteres i årlig melding.	LAR er meldepliktig til medisinsk fødselsregister fra 1.1.2010. I dag vet vi ikke sikkert, men vi antar at HSØ har ca 20 barn som fødes av kvinner i LAR i året. Klinikk rus og avhengighet (OUS – AUS) er kjent med at kvinner får tilbud om nedtrapping, selv om det ikke er ønskelig faglig sett.
OD09-3.3.8-10 t	Helse Sør-Øst RHF skal sikre at alle pasienter som blir henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige også skal vurderes for sine behov for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten.	Følges opp av helseforetaket
OD09-3.3.8-11 t	Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak som bidrar til flere pasienter fullfører behandling.	Se kommentarer inntatt under punkt OD09-3.3.7-21 t over.
OD09-3.3.8-12 t	Helse Sør-Øst RHF skal sikre gode rutiner ved utskrivning etter endt behandling eller ved behandlingsavbrudd slik at forholdene legges til rette for god oppfølging for kommunale tjenesteytere.	Klinikk rus- og avhengighet (OUS-AUS) har kvalitetssikret prosedyrer ved utskrivning av pasienter (både planlagt og ved behandlingsbrudd) ved å lage EK 2 dokument felles for klinikken.
OD09-3.3.8-13 t	Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med Kriminalomsorgen legge forholdene til rette for at innsatte som gis anledning til dette, kan sone etter §12 i straffegjennomføringsloven i institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.	Fulgt opp. Ved alle behandlingsplasser legges det til rette for at pasienter kan sone etter § 12 i straffegjennomføringsloven
OD09-3.3.8-14 t	Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at ambulansetjenesten som rykker ut overfor rusmiddelavhengige ved overdoser, i samarbeid med kommunale tjenester sikrer videre oppfølging etter nødvendig behandling på stedet. Helse Sør-Øst RHF bes om å ta initiativ til å etablere samarbeidsavtaler med berørte kommuner for å sikre en slik oppfølging.	Klinikk rus- og avhengighet (OUS-AUS) opprettet fagteamet i Rusakuttmottaket 15.12.09 og har etablert et nært samarbeid med Oslo kommunale legevakt om pasientflyt i akutsituasjoner, også i forhold til rusmiddelavhengige etter overdoser.  Klinikk rus og avhengighet har etablert dialog med prehospitaltjenester.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.9-01	Regjeringen vil våren 2009 legge fram lovforslag for å styrke rettstillingen for barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Departementet vil komme tilbake til Helse Sør-Øst RHF etter at lovforslaget er behandlet i Stortinget.	Er ikke kjent med at helseforetaket er involvert i dette ennå.
OD09-3.3.9-02 t	Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for at barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade identifiseres. Pasientene eller omsorgspersonen bør informeres om barns generelle behov for støtte og oppfølging når foreldrene er syke, samt om andre hjelpetilbud. I samråd med pasienten eller omsorgsperson bør barnet tilbys relevant oppfølging, så som informasjon og vurdering av behov for helsehjelp.	Følges opp av helseforetaket. Eget implementeringsprosjekt for Veilederen om pårørende, og dette berøres der. I tillegg er det jobbet med konkrete prosjekter rettet mot barn på flere av de voksenpsykiatriske avdelingene.
OD09-3.3.10-01	Oppfølgingen av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering skal gjøre at rehabilitering og habilitering får den posisjon i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Dette krever tiltak og innsats på mange områder og langsiktig utviklingsarbeid. Retningsgivende for arbeidet er helhetlige behandlings- og rehabiliteringsforløp, samhandling og brukermedvirkning, tilgjengelighet og likeverdighet i tilbudet. Lokalsykehusenes rolle i behandlingsskjeden og regionens egen plan for habilitering og rehabilitering er viktige elementer.	<p>Fulgt opp. Videre organisering av området inngår i det pågående integrasjonsarbeidet.</p> <p>Barneklubben (OUS-RH) har et høyt fokus på habilitering / rehabilitering av barn og driver forskning på dette området. OUS-RH har mange ulike typer av livsløpsspasienter hvor rehabilitering og habilitering er en sentral del av behandlingen. Dette skjer ofte i et nettverksamarbeid med regionssykehus og pasientens hjemstedskommune / helsetjeneste.</p> <p>Ved OUS-AUS har det vært fokus på god kvalitet av rehabiliteringstjenester, særlig pasienter som:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Slagpasienter: Tidlig rehabilitering samt god kontinuitet av pasientens behandler ved av akuttslag og slagrehabilitering er organisert i samme avdeling</li> <li>• Amputasjonspasienter: Tidlig rehabilitering og godt samarbeid med kirurgiskfaglig og medisinskfaglig personell.</li> <li>• Eldre med traume</li> </ul>



ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.10-06 t	Helse Sør-Øst RHF skal rapportere samarbeidsprosjekter som gjennomføres der både kommune(r) og helseforetak har inngått forpliktende samarbeid.	<p>OUS - RH</p> <p>Rikshospitalet er i utgangspunkt et høyspesialisert sykehus hvor regionssykehusene oftest er de nærmeste samarbeidspartnerne. Sykehuset har derfor ingen faste samarbeidsrelasjoner med kommunene. Rikshospitalet driver imidlertid med omfattende rådgivningstjenester i forhold til primærhelsetjenesten. Dette gjelder spesielt i forhold til kompetansesentra som finnes på Rikshospitalet. Ved Senter for sjeldne diagnoser reiser fagfolk ut og gir blant annet råd i forhold:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alagille</li> <li>• Alport</li> <li>• Anlatresi</li> <li>• Aniridi</li> <li>• Blæreekstrofi/epispati</li> <li>• Blødersykdommer</li> <li>• Ektodermale tilstander</li> <li>• Fabry sykdom</li> <li>• Galaktosemi</li> <li>• Gallegangsatresi</li> <li>• Genitale anomalier (AGS)</li> <li>• Huntingtons sykdom</li> <li>• Kraniofaciale misdannelser</li> <li>• LCAT-mangel</li> <li>• Laurence-Moon-Bardet-Biedl syndrom (LMBB)</li> <li>• <i>Maple Syrup Urine Disease (MSUD)</i></li> </ul>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09- 3.3.10- 06 t Forts.		<p>OUS – UUS</p> <p>Ullevål har et tett og forpliktende samarbeid med bydelene i sitt opptaksområde. Samarbeidet er avtalesfestet med samarbeidsforum på nivå 1 der bydelsdirektørene, leder for sykehjemsetaten i Oslo og adm dir. UUS har deltatt</p> <p>I tillegg er det avtaler på nivå 2 der fagmiljøer fra bydel og sykehus møtes for å løse mer konkrete utfordringer. Det er et forum for somatikk og et for psykisk helse.</p> <p>I 2009 startet intermedier enhet opp på Abildsø sykehjem. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom bydelene i Ullevål sektor, sykehjemsetaten i Oslo kommune og sykehuset. Sykehuset bidrar med mer spesialiserte tjenester.</p> <p>Sykehuset har i tillegg tre ansatte sykepleiere som arbeider med rådgiving og kompetansebygging i sykehjem. Det arrangeres også kurs for ansatte i hjemmesykepleien i bydelene og ansatte på sykehjem. Kursene er meget godt beøkt.</p> <p>Sykehuset driver også utstrakt faglig rådgiving til fastleger og sykehjem pr tlf.</p> <p>Det er også en rekke andre samarbeidsprosjekter med en eller flere bydeler, for eksempel ved jordmødre fra UUS som er deltidsansatt på Helsestasjoner, leger som bidrar faglig i enheter for lindrende behandling på sykehjem, ansatte i BUP som sammen med helsesøstre gir et lavterskel-tilbud for elever i videregående skole.</p> <p>Sykehuset har også avtaler om å yte faglig støtte, faglige tjenester ved andre sykehus som Lovisenberg og Aker.</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.10-07 t	Det er et mål at rehabilitering er en integrert del av behandlingen i alle kliniske avdelinger. Helse Sør-Øst RHF skal rapportere for hvilke pasientgrupper det er etablert pasientforløp hvor dette er ivaretatt.	Under etablering. Pasientforløp står sentralt i arbeidet med utformingen av fremtidige OUS.  Ved OUS-RH er det etablert nye pasientforløp innen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• reumatologi, inf. og TX medisin</li> <li>• ny barnekirurgisk enhet, oppstart av dagkirurgi, etablering av spinalnevrokirurgi i det tidligere HiO</li> </ul>
OD09-3.3.10-08 t	Helse Sør-Øst RHF skal styrke fokuset på habilitering av barn og unge. Viktigheten av tidlig intervensjon understrekes.	Se kommentarer inntatt på punkt OD09-3.3.10-01
OD09-3.3.10-12 t	For å få en mer helhetlig høreapparatformidling skal det inngås avtaler om oppfølging og rehabilitering knyttet til høreapparatformidling mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste og NAV slik det er foreslått i rapporten "Å høre og bli hørt". Helse Sør-Øst RHF har ansvar for at dette skjer og skal rapportere antall helseforetak som har inngått slike samarbeidsavtaler.	Det regionale helseforetak har inngått avtalene med privatpraktiserende ØNH-leger. Dette gir en god oversikt over hvilke spesialister det er naturlige å samarbeide med i forbindelse med helhetlig høreapparatformidling opp mot primærhelsetjenesten. Tidligere var det i Oslo lokale avtaler mellom Hørselssentralen UUS og privatpraktiserende ØNH-leger.
OD09-3.3.10-14 t	Helse Sør-Øst RHF skal legge til rette for at lærings- og mestringssentrene kan bli arena også for helhetlig høreapparatformidling i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene, NAV og brukerne.	Hørselssentralen / ØNH og LMS ved OUS-RH har dialog rundt kurs og oppfølging av hørselshemmede i forbindelse med høreapparatformidlingen.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.11-01	I 2006 ble det utgitt nasjonale strategier for tre diagnosegrupper; kreft, diabetes og KOLS. De regionale helseforetakene har ansvar for implementeringen av strategiene og for at målene i strategiene på spesialisthelsetjenestens område nås.	<p>Fulgt opp.</p> <p>OUS-RH driver med omfattende forskning innenfor disse tre diagnosegruppene som et ledd i sin behandling av disse sykdommene. Spesielle former for diabetes blir behandlet med øycelle-transplantasjoner. Terminale former for KOLS kan være gjenstand for lungetransplantasjoner. Cirka 50 % av alle pasienter som henvises for lungetransplantasjoner har KOLS. Ny kunnskap viderefremmes til andre regionale helseforetak som et ledd i implementering i nasjonale strategier.</p> <p>OUS-AUS har omfattende pasientbehandling, forskning og undervisning innen diabetes. I 2009 ble det avholdt 3 dagers kurs for leger i spesialist- og primærhelsetjenesten i Diabetes og i tillegg bidratt til diabetesopplæring i en rekke sammenhenger eksternt. To sykepleiere har kvalifisert seg gjennom spesialutdanning for diabetes-sykepleiere i Bergen.</p> <p>OUS-AUS har utviklet nye pasientforløp ved akutt forverrelse av KOLS. Stor innsats brukes for å oppnå røykestopp. Lungeavdelingen og Hjerteravdelingen samarbeider om et forskningsprosjekt av KOLS pasienter for å se på betydningen av redusert lungefunksjon i relasjon til høyresidig hjertesykdom.</p>
OD09-3.3.11-03	Det er utarbeidet nye faglige retningslinjer på diabetesområdet, og det er viktig at helseforetakene sikrer at disse blir implementert i tjenesten.	<p>Fulgt opp. Flere av OUS sine fagfolk har vært sentrale i utarbeidelsen av ny Nasjonale kliniske retningslinjer for forebygging, diagnostikk og behandling av diabetes.</p> <p>Ved OUS-UUS er det bygget opp en Diabetespoliklinikk i samarbeide med Endokrinologisk avdeling ved OUS-AUS og utøver diabetesomsorg på høyt faglig nivå</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.11-05	Strategiplan for kvinners helse ble presentert i St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Strategiplanen løper fram til 2013 og skal følges opp i helseforetakene.	Gjennomført. Ved OUS-RH er det etablert et nasjonalt kompetanse senter for kvinnehelse som driver med omfattende forskning på kvinner helse.
OD09-3.3.11-06	Helseforetakene skal sikre at fokus på ernæring inngår i det samlede tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten.	Fulgt opp.
OD09-3.3.11-07 t	Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med de andre regionale helseforetakene ta i bruk elektronisk diabetesjournal i alle HF og videreføre arbeidet med veiledning rettet mot personer med eller som er i risikozonen for å utvikle type 2 - diabetes. Videre skal drift av det nyopprettede diabetesverkstedet sikres.	<p>Delvis gjennomført. OUS-RH har gjennomført dette, mens man ved OUS-AUS ikke har lyktes med å implementere elektronisk diabetesjournal.</p> <p>Etter langvarige sonderinger med IKT-avdelingen, er prosjektet foreløpig stilt i bero i påvente av Dag 2 i Osloprosessen. OUS-AUS har reetablert Diabetesverkstedet med vekt på opplæring i livsstilsendringer ved type 2 diabetes, som også har avholdt fulltegnet nasjonalt kurs innen dette tema.</p>
OD09-3.3.11-08 t	Helse Sør-Øst RHF skal utvikle og prøve ut nye modeller for lungerehabilitering, herunder utvikle dagtilbud for rehabilitering av personer med KOLS.	<p>Fulgt opp. Lungeavdelingen ved Rikshospitalet har nesten utelukkende rene regions/landsfunksjoner. Det innebærer at Rikshospitalet ikke driver med rehabilitering. Når sykehuset mener pasientene har behov for dette henvises de svært ofte til Glittreklubben eller Granheim eventuelt til rehabilitering i regi av lokalsykehuset sitt. Det samme gjelder for astma og allergi pasienter, selv om Rikshospitalet nesten ikke har slike pasienter. UUS derimot har mange slike pasienter og har også tradisjonelt vært engasjert i allergispørsmål.</p> <p>OUS-AUS gjennomfører regelmessige rehabiliteringskurs for pasienter med obstruktiv lungesykdom (astma og KOLS) og i samarbeid med Lærings og Mestringscenteret (LMS) gjennomføres vedlikeholdskurs og kurs for pårørende til slike pasienter.</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.11-09 t	Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å sikre at de seks fokusområdene i den nasjonale strategien for spesialisthelsetjenesten for eldre ivaretas.	Fulgt opp
OD09-3.3.11-10 t	Helse Sør-Øst RHF skal arbeide for at Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer blir nådd.	Fulgt opp. – Se punkt OD09-3.3.11-08 t
OD09-3.3.11-11 t	Helse Sør-Øst RHF skal følge opp handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011 for å bidra til målet om at ingen jenter/kvinner skal bli kjønnslemlestet i Norge.	Fulgt opp
OD09-3.3.11-12 t	Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak som bidrar til økt kunnskap om og reduserte kjønnsforskjeller i helse, sykdommer og helsetjenester.	Fulgt opp. Ved f.eks OUS-RH er det spesielt fokus på kvinners helse knyttet til spesielle lidelser på en rekke områder og det forskes på området – se punkt OD09-3.3.5-01. Et spesielt område hvor Rikshospitalet har spesiell oppmerksomhet er svangerskap hos kvinner med alvorlige lidelser, f. eks. medfødte hjertefeil (GUCH) og lignende.
OD09-3.3.11-13 t	Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å styrke tilbudet til mennesker med kroniske smerter, blant annet ved smerteklinikkene.	Fulgt opp, men det er stor etterspørsel etter tjenestene. Det blir derfor en egen Nivå 3 enhet i Akutt klinikken for smertebehandling i OUS. Dette betyr integrering av ressurser til smertebehandling i hele OUS. som vil gi bedre ressursutnyttelse og gi en faglig og forskningsmessig styrkning av behandling av smertepasienter

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.11-14 t	Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for forebygging og behandling av barn og unge med sykkelig overvekt.	<p>Gjennomført - Baneklinikken (OUS-RH) har stor fokus på dette området.</p> <p>Se punkt OD09-3.2.4-03 t over.</p> <p><b>OUS - UUS</b>            Avdeling for forebygging av livsstilssykdommer (preventiv kardiologi) har et program for behandling av sykkelig overvekt som skjer i samhandling med tilsvarende avdeling ved Oslo universitetssykehus, Aker. Pasientene henvises fra primærhelsetjenesten. Avdelingen har til enhver tid pågående forskningsprosjekter innenfor dette temaet. I behandlingsprogrammet inngår kursvirksomhet, støtte av kliniske ernæringsfysiologer og eventuelt medikamentell støttebehandling. Det er utarbeidet retningslinjer for henvisning til støttebehandling ved spesialiserte kuranstalter (NIMI Ringerike).</p>
OD09-3.3.13-02	Det er et nasjonalt mål å øke antall organdonasjoner fra dagens 19,9 donasjoner per million innbyggere til 30 donasjoner.	<p>Gjennomført (nådd 1. kvartal 2008). OUS-RH er en aktiv pådriver i denne sammenheng blant annet ved å holde kurs om organdonasjon ved landets donorsykehus, delta i utredninger i regi av HSØ for å øke tilgangen på organer. Videre arbeider sykehuset med nye teknikker (rekondisjonering av lunger, deling av lever osv.) for å øke antall transplantasjoner.</p> <p>OUS-RH har som overordnet strategi at tilbud om organdonasjoner aldri skal avvises selv om transplantasjonskapasiteten til tider kan være sprengt.</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.13-03	Helse Sør-Øst RHF skal sikre tilstrekkelig dimensjonering av landsfunksjonen for organtransplantasjoner, for at flest mulig tilgjengelige organer kan transplanteres nasjonalt. I arbeidet med å nå målet må Helse Sør-Øst RHF sørge for at det avsettes tilstrekkelig med ressurser til funksjonen som donoransvarlig lege ved de sykehus som er godkjent for organdonasjon og at organdonasjon ivaretas på en god måte.	<p>Fulgt opp. Alle driftsenhetene har donoransvarlig lege, og ved OUS-RH er det i tillegg flere transplantasjonskoordinatorer. Økningen (jfr OD09-3.3.13-02 over) har gitt mangel på legestillinger til dette formålet.</p> <p>Det vises for øvrig til rapport fra RH til HSØ og Helse- og Sosialdepartementet i 2008 hvor det uttrykkes bekymring mht. tilgjengelig kapasitet sett opp mot allerede realisert måltall.</p>
OD09-3.3.13-04	Det må legges til rette for at potensielle donorer identifiseres, og at helsepersonell tar opp spørsmålet om organdonasjon i tråd med retningslinjene beskrevet i rundskriv I-9/2003.	<p>Fulgt opp – se merknader under OD09-3.3.13-02. Rikshospitalet har egen donor lege som identifiserer potensielle donorer i eget miljø. Dette er viktig for å oppfylle kravet om at transplantasjonsleger og leger som behandler en potensiell donor skal være adskilt. En potensiell donor skal først og fremst ha maksimal behandling for å redde livet hans før vedkommende blir vurdert / erklært som donor. Opp mot dette må en ta hensyn til at organer taper seg fort etter at pasientens hjerne dør. Dette forutsetter et omfattende apparat av flere spesialister som både tar seg av donor (perseverer donor) og vedkommendes familie. På den andre siden må transplantasjonsteamene forebrede mulige transplantasjoner med forberedelse og innkalling av pasienter som skal motta organer.</p> <p>Akuttdivisjonen UUS har styrket arbeidet med organdonasjon med bedre oppfølging ved våre intensiv enheter. Det er alltid tilgjengelig lege for spørsmål, råd og evt bistand i donasjonsspørsmål og prosess. Man har arrangert fagdag med deltagere fra HSØ. Ansvarlig donasjonssykepleier har utviklet et tett samarbeid med sykepleier fra øyeavdelingen for å kunne bedre hornhinnetransplantasjoner</p>



ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.13-05	I 2008 ble de regionale helseforetakene bedt om å sikre at donoransvarlige leger ved landets universitetssykehus fikk frigjort arbeidstid for å kunne ivareta oppgavene med organdonasjon, samt å styrke faglig opplæring av helsepersonell i spørsmål om organdonasjon, spesielt i arbeidet med kommunikasjon med pårørende. Det er viktig at dette arbeidet videreføres. Departementet avga våren 2008 anbefalinger til videre tiltak for å nå nasjonale mål på området.	Fulgt opp. I samarbeid med transplantasjonskoordinatorene ved RH har det vært avviklet diverse kurs og ført en betydelig kontakt med Ullevål og HD. Det har vært betydelig opplæring og motivering internt på anesthesiavdelingen og intensivavdelingen i kommunikasjon med pårørende og omsorg/samtale under og etter avviklet organdonasjon.
OD09-3.3.13-06	Ved donasjon av hornhinner skal det innhentes samtykke i tråd med rundskriv I-6/2008.	Fulgt opp.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009																								
OD09-3.3.13-09 t	Helse Sør-Øst RHF skal sikre en videreføring av volumet på cochleaimplantat operasjoner i tråd med nasjonale føringer. Helseforetakene skal samarbeide om operasjoner for å sikre god utnyttelse av samlet kapasitet slik at det samlede nasjonale målet om minimum 200 cochleaimplantat operasjoner nås. Antall cochleaimplantat operasjoner skal rapporteres i årlig melding.	<p>Per medio desember 2009 er det gjennomført 72 implantater på ett øre og 37 på begge ører. Til sammen har 109 personer har fått cochleaimplantater. Det er ikke bare ved Rikshospitalet at slike operasjoner blir utført. Det er derfor ikke mulig å svare på om det nasjonale mål på 200 cochleaimplantat operasjoner blir nådd.</p> <p>CI-tall for 2009 pr 31.12.09</p> <table border="1" data-bbox="1160 515 1888 778"> <thead> <tr> <th>CI</th> <th>Operert på øre 1</th> <th>Operert på øre 2</th> <th>Skifte av implantat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Voksne</td> <td>48</td> <td>10</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Voksne begge ører samtidig</td> <td>2</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Barn</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Barn begge ører samtidig</td> <td>16</td> <td>16</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Implantater tilsammen</b></td> <td><b>74</b></td> <td><b>37</b></td> <td><b>4</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Antall implantater i desember: 11</i></p> <p><i>Totalt 2009: 115 implantater</i></p>	CI	Operert på øre 1	Operert på øre 2	Skifte av implantat	Voksne	48	10	0	Voksne begge ører samtidig	2	2		Barn	8	9	4	Barn begge ører samtidig	16	16		<b>Implantater tilsammen</b>	<b>74</b>	<b>37</b>	<b>4</b>
CI	Operert på øre 1	Operert på øre 2	Skifte av implantat																							
Voksne	48	10	0																							
Voksne begge ører samtidig	2	2																								
Barn	8	9	4																							
Barn begge ører samtidig	16	16																								
<b>Implantater tilsammen</b>	<b>74</b>	<b>37</b>	<b>4</b>																							

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.13-10 t	Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å øke antall tilgjengelige organer og samarbeide med Nasjonal koordinator for organdonasjon i Helsedirektoratet.	Fulgt opp. Rikshospitalet har et nært samarbeid med Nasjonal koordinator for blant annet å øke deteksjon av potensielle organ donorer.
OD09-3.3.13-11 t	Helse Sør-Øst RHF skal legge til rette for at donoransvarlig lege kan utføre sine oppgaver i tråd med funksjonsbeskrivelsen. Det skal rapporteres i årlig melding hvordan donoransvarlige leger utfører sin funksjon, herunder hva helseforetakene vurderer er potensialet for organdonasjon.	Fulgt opp. Ved OUS-RH har donoransvarlige lege fått avsatt ca 20 % av sin arbeidstid til arbeidet med organdonasjon. Denne tiden har vært brukt til undervisning og utredning av grunnleggende problemer omkring dødsdiagnostikk og organiseringen av organdonasjon ved sykehuset. Det foreligger ingen databaser med det for øyet å estimere potensiell donorer. Henvendelse til med. direktør om å få lister over døde med diagnose fra sykehuset er ikke besvart. Potensialet for organdonasjon blir derfor kvalifisert gjetning. Potensialet vil trolig være omkring 26 mot nå 13 donores pr. år, altså en potensiell dobling. Estimert potensiale innebærer en betydelig reduksjon av avslagsprosenten fra pårørende.
OD09-3.3.13-12 t	Andelen levende giver av nyre (familiemedlem) skal opprettholdes på 40 pst. av det totale antall nyretransplantasjoner. Antall utførte nyretransplantasjoner og andel levende giver av nyre av totalt antall nyretransplantasjoner skal rapporteres i årlig melding.	Norge har siden 1969 gjort nyretransplantasjon fra levende giver, og har internasjonalt sett hatt en høy andel av denne type transplantasjoner i forhold til totalantallet nyretransplantasjoner. Avdeling for organtransplantasjon, fordøyelses og nyresykdommer, ved RR, vil opprettholde en høyest mulig andel av nyretransplantasjoner fra levende giver, med målsetting om at denne skal ligge på 40 %. Dette gjennomføres med nettverksamarbeid med landets 19 nyremedisinska avdelinger, og en proaktiv holdning til donasjon fra familie. Antallet rapporteres internt i alle aktivitetsrapporter og årlig i rapporten for landsfunksjonen Organtransplantasjon.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.13-13 t	Virksomhet knyttet til donasjon av hornhinner skal organiseres adskilt fra annen organdonasjon.	Gjennomført. Det er bestemt at organer til organtransplantasjoner og hornhinne transplantasjoner ikke skal blandes, dvs. at leger fra OUS-RH som tar ut organer ikke samtidig skal ta ut hornhinner. (Hornhinnetransplantasjoner forutsetter som regel at hele øye tas ut. En er ikke i samme grad så avhengig av tidsfaktoren som ved organtransplantasjoner hvor tidsfaktoren en av stor betydning for et vellykket resultat. Hornhinner tas ut derfor ved vanlige obduksjoner eller ved rettsmedisinske obduksjoner.)
OD09-3.3.14-01	Når lovendringene trer i kraft 1. januar 2009 har de regionale helseforetakene en plikt til å "sørge for" at så vel heterofile som lesbiske par tilbys assistert befruktning dersom bioteknologilovens vilkår er oppfylt, jf. spesialisthelsetjenestelovens § 2-1. Alle har rett til likeverdig behandling fra helsetjenesten og alle par som søker assistert befruktning skal vurderes og prioriteres etter de samme kriterier, uavhengig av kjønn, etnisitet, alder, bosted, sosial status etc. Imidlertid skal de regionale helseforetakene, så langt det er mulig innenfor disse rammer, ta hensyn til det enkelte helsepersonells overbevisning.	Gjennomført. OUS-RH har lange ventetider når det gjelder kunstig befruktning (IVF). Kriterier for vurdering av IVF skjer på grunnlag av medisinske vurderinger.
OD09-3.3.14-02 t	Helse Sør-Øst RHF skal legge til rette for at helsepersonell i enkelttilfeller skal kunne fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning av samvittighetsgrunner. Helse Sør-Øst RHF må sørge for at en slik tilrettelegging ikke på noen måte hindrer at par som oppfyller vilkårene, tilbys assistert befruktning. Dersom helsepersonell i enkelttilfeller skal fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning, må Helse Sør-Øst RHF sørge for at annet helsepersonell utfører eller assisterer ved behandlingen slik at pasienten får den helsehjelp vedkommende skal ha.	Gjennomført. Det er eget personell som driver med kunstig befruktning som gjør at dette ikke er en relevant problemstilling.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.15-01	Helse Sør-Øst RHF skal medvirke til helhet og samhandling i sektorens smittevern og beredskapsarbeid i samarbeid med kommunesektoren, andre regionale helseforetak, HelseDirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens strålevern, fylkesmenn og andre samarbeidspartnere.	<p>Samling og standardisering av prosedyrer og retningslinjer foregår løpende, og dokumentene er tilgjengelige på et felles nettsted: <a href="http://www.infeksjonskontroll.no">www.infeksjonskontroll.no</a></p> <p>Smittevernenheten ved OUS-AUS har en smittevernhåndbok som er oppdatert og nettbasert. Det vil bli arbeidet aktivt med å etablere et best mulig kompetansesenter for smittevern HSØ ved OUS iht. Regional smittevernplan.</p>
OD09-3.3.15-02 t	Helse Sør-Øst RHF skal videreutvikle/etablere samarbeidsformer med kommunene, og øvrige samarbeidsparter i egen og andre helseregioner, bl.a. om forebyggingstiltak på smittevernområdet, landsfunksjonen for behandling for behandling av pasienter utsatt for atom-, biologiske og kjemiske hendelser, om operativ samhandling og ressursdisponering ved kriser.	Se ovenfor (punkt OD09-3.3.15-01)
OD09-3.3.15-03 t	Helse Sør-Øst RHF skal forebygge antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner og iverksette tiltak i tråd med den nye nasjonale strategien som ble lansert våren 2008.	Fulgt opp. Sammen med Folkehelseinstituttet utvikler OUS (OUS-AUS) prevalenssystem for antibiotikaovervåkning, og leverer også forbruksdata fra Norge til et europeisk overvåkningssystem (ESAC). Ved OUS-RH har det primært vært arbeidet med kartlegging og standardisering av kirurgisk antibiotikaprofylakse
OD09-3.3.15-04 t	Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide konkrete mål for sitt smittearbeid og klarlegge personellbehovet.	<p>OUS har deltatt aktivt i utarbeidelse av felles regional smittevernplan, som ble behandlet i HSØs styre 10.12. 2009.</p> <p>Ved OUS-RH har det i 2009 vært lagt hovedvekt på forebygging av postoperative sårinfeksjoner og sepsis, og det har vært gjennomført en større håndhygienekampanje med fokus på at helsepersonell ikke skal bruke ringer og klokker.</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-3.3.15-05 t	Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at helseforetaksgruppen oppdaterer, videreutvikler og øver sine beredskapsplaner, herunder planer for atomhendelser, biologiske hendelser (smittsomme sykdommer/pandemisk influensa) og kjemiske hendelser. Beredskapsplanene skal være i overensstemmelse med overordnede planverk.	<p>Sykehusene i OUS har beredskapsplaner basert på regional plan for helsemessig og sosial beredskap i Helse Sør-Øst. I forbindelse med opprettelsen av det nye integrerte helseforetaket pågår et arbeid med nye beredskapsplaner. Delplaner for epidemi/pandemi og planer for situasjoner med høyt fravær av ansatte har inngått i planarbeidet.</p> <p>OUS - UUS gjennomførte en fullskalaøvelse med 87 markører inne i sykehuset i mai 2009 bl.a. med bistand fra beredskapsmedarbeider på Aker og Rikshospitalet. Øvelsen inneholdt både scenarier med kirurgiske skader og en massetilstrømning etter mulig radioaktiv stråling.</p>
OD09-3.3.15-06 t	Helse Sør-Øst RHF skal ha innarbeidet beredskapshensyn i tjenestens logistikksystemer og leveranseavtaler slik at de regionale helseforetakene og helseforetakene sammen kan ivareta et samlet nasjonalt ansvar for forsyning av legemidler, materiell og andre kritiske innsatsfaktorer til spesialisthelsetjenesten i landet. Dette arbeidet skal utføres i nært samarbeid med Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt.	Helseforetaket beredskapsplanleggere deltok i 2008 og i år i RHFets oppdatering av egne risiko- og sårbarhetsanalyser for legemiddelberedskap. Dette arbeidet ble videreført på HF nivå i deler av Oslo universitetssykehus. Foretaket deltar fortsatt i oppfølgingen av dette arbeidet som til dels skjer i regi av det regionale beredskapsforumet.
OD09-3.3.15-07 t	Helse Sør-Øst RHF skal med basis i risiko og sårbarhetsanalyser, gjennomført ved det enkelte helseforetak knyttet til kritisk infrastruktur, ferdigstille tiltak som sikrer at helseforetakene har sikre systemer for kritiske innsatsfaktorer – som IKT, vann- og strømforsyning.	Risiko- og sårbarhetsanalyser for Oslo universitetssykehus sammenfattes for Aker, Rikshospitalet og Ullevål primo 2010.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-4-01	<p>Utdanning av helsepersonell skal bidra til å sikre et kompetent og tilstrekkelig antall helsepersonell i hele helsetjenesten. Dette er en sentral forutsetning for faglighet og kvalitet i tjenesten. Utdanningsoppgaver omfatter tiltak knyttet til grunnutdanning (elever/lærlinger/studenter), turnustjeneste, videreutdanning, etterutdanning og spesialistutdanning for å møte nåværende og framtidige krav til tjenesten.</p>	<p>Pågående aktivitet fra de tre sykehusene videreføres. Det er etablert eget prosjekt „Helsefagprosjektet“ som skal gi anbefalinger for videre organisering og utvikling. Dette prosjektet avleverer i februar 2010. Det er i tillegg etablert en egen Fou enhet.</p>
OD09-4-02	<p>De regionale helseforetakene har ansvar for å bidra til at det gjennom effektive utdanningsløp utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister samt god nasjonal, regional og lokal fordeling av leger og mellom spesialiteter. Turnustjenesten for leger skal også omfatte psykisk helsevern.</p>	<p>Fulgt opp –Samlet har OUS en omfattende portefølje når det gjelder utdanningsløp og praksis plasser for legespesialister.</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-4-04	<p>Ledelsesforankring og god organisering og veiledning av praksis- og turnusordningene bidrar til at helseforetakene framstår som attraktive læringsarenaer. Hensiktsmessig samarbeid med utdanningsinstitusjonene i helseregionen sikres gjennom god dialog i samarbeidsorganene for universiteter og høyskoler og utarbeidelse av samarbeidsavtaler som legger rammer for utdanningsoppgavene og de tjenester som skal ytes. Særlig oppmerksomhet bør rettes mot behov for å få inn nye temaer i grunnutdanningene som oppfølging av departementets strategier og satsningsområder.</p>	<p>Fulgt opp.</p> <p>Ved OUS - RH organiseres samarbeidet med høyskolene når det gjelder praksisordninger for bachelorstudenter gjennom Samarbeidsavtaler nivå 1 med Høgskolen i Oslo og Lovisenberg diakonale høyskole. Samarbeidet for sykepleierutdanningen er organisert gjennom fagrådsmøter ved hver høyskole. Ved Høgskolen i Oslo er det i tillegg et tverrfaglig samarbeidsorgan hvor alle helsefagene (ikke medisin) er representert.</p> <p>OUS-RH har også gjennom Råd for utdanning, fagområde sykepleie ivaretatt den faglige tilknytningen innen sykepleie på alle utdanningsnivå. Rådet rapporterer til helsefaglig direktør ved Rikshospitalet. Leder for Råd for utdanning, fagområdet sykepleie er koordinator for Rikshospitalet i Koordinatorforum for Oslo/Akershus i Helse Sør-Øst hvor det samarbeides om praksisplasser for bachelorutdanningene.</p> <p>Seksjon for kompetanseutvikling utfører administrative oppgaver i forhold til grunn- og videreutdanning i sykepleie. Leder for seksjonen sitter dessuten som representant i Samarbeidsorganet i HSØ mellom foretakene og høyskolene.</p>



ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-4-06 t	<p>Helse Sør-Øst RHF skal etablere riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever/lærlinger/studenter i grunnutdanning og turnuskandidater i turnustjeneste. Det skal rapporteres på antall etablerte praksisplasser for elever, lærlinger og studenter i grunnutdanning og turnuskandidater i turnustjeneste, herunder gjennomført tjeneste i psykisk helsevern.</p>	<p>OUS-RH har på bachelornivå helsefag hatt ca 650 studenter i 2009 derav ca 500 sykepleiestudenter i praksisstudier.</p> <p>OUS-AUS har hatt 402 i Bachelorutdanninger i 2009: 225 sykepleierstud. i somatikken, 100 sykepleierstud. i psykiatri og rus, 17 fysioterapistud., 4 ergoterapistud. i somatikken, 2 sosionomstud. i somatikken, 10 sosionomstud. i psykiatrien, 5 radiografstud. i klinisk praksis, 17 radiografstud., 7 verne-pleierstud., 7 bioingeniørstud., 6 bioingeniørstud. i spes.lab.</p> <p>OUS – UUS  Medisinske turnuskandidater  Inntil nylig fått 7 medisinske turnuskandidater hvert halvår 15.1. og 15.8.  Pr. 15.1.2010 fikk vi 8 stk.  De har to-delt tjeneste, kirurgi (6 mnd) og indremedisin (6 mnd). Når det gjelder den kirurgiske delen har de den på skadelegevakten og Gastrokirurgen.</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009																																													
OD09-4-06 t Forts.		<p>OUS – UUS forts.</p> <table border="0"> <tr> <td>Sykepleie</td> <td>Kirurgi</td> <td>155</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Medisin</td> <td>222</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Psykiatri</td> <td>207</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Psykiatri Barn</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Barnevern</td> <td></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Bioingeniør</td> <td></td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>Ergoterapi</td> <td>Somatikk</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Psykiatri</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Fysioterapi</td> <td>Somatikk</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Psykiatri</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Radiografi</td> <td>Radiologi</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Klinisk praksis</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>Vernepleie</td> <td></td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Sosionom</td> <td>Somatikk</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Psykiatri</td> <td>8</td> </tr> </table>	Sykepleie	Kirurgi	155		Medisin	222		Psykiatri	207		Psykiatri Barn	10	Barnevern		8	Bioingeniør		30	Ergoterapi	Somatikk	9		Psykiatri	16	Fysioterapi	Somatikk	34		Psykiatri	2	Radiografi	Radiologi	45		Klinisk praksis	25	Vernepleie		14	Sosionom	Somatikk	5		Psykiatri	8
Sykepleie	Kirurgi	155																																													
	Medisin	222																																													
	Psykiatri	207																																													
	Psykiatri Barn	10																																													
Barnevern		8																																													
Bioingeniør		30																																													
Ergoterapi	Somatikk	9																																													
	Psykiatri	16																																													
Fysioterapi	Somatikk	34																																													
	Psykiatri	2																																													
Radiografi	Radiologi	45																																													
	Klinisk praksis	25																																													
Vernepleie		14																																													
Sosionom	Somatikk	5																																													
	Psykiatri	8																																													
OD09-4-07 t	Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å bidra til økt utdanning i rekrutteringsutsatte legespesialiteter, dvs. der det er diskrepans mellom forventet behov og tilgang på spesialister.	<p>Fulgt opp.</p> <p>OUS-UUS har fulgt opp initiativ fra Arbeids og Inkluderingsdepartementet om styrking av utdanningskapasiteten i spesialiteten arbeidsmedisin</p>																																													
OD09-4-09 t	Helse Sør-Øst RHF skal sikre at legenes stillingsstruktur til enhver tid er i tråd med opplysningene i Nasjonalt Råds database ved systematisk og fortløpende å melde inn avvik.	OUS har kartlagt og rapportert ihht. bestillinger fra HSØ.																																													

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-4-10 t	Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med fylkeskommunene, sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagutdanningen. Det skal rapporteres på antall læreplasser i ambulansesarbeiderutdanningen og helsefagarbeiderutdanningen i årlig melding.	Antall læreplasser ambulansesarbeiderutdanningen, PHD : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 års lærlinger ( oppstart i august 08 ) lærlinger i full tjeneste produksjon antall: 20 stk</li> <li>• 1 års lærlinger ( oppstart i august 09) lærlinger som er inne i sitt opplærings år. 23 stk</li> <li>• Fagarbeider 2, etatsintern videreutdanning for ambulansesarbeidere, 15 stk.</li> <li>• Nasjonal paramedic utdanning 17 stk.</li> </ul> Ingen læreplasser i helsefagarbeiderutdanningen i 2009.
OD09-4-11 t	Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet med å etablere et nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning i helseforetakene.	Arbeidet har ikke startet, men OUS vil bidra aktivt i arbeidet, som skjer i regi av HOD/RHF.
OD09-5.1-01	Det er et mål å styrke pasientrettet klinisk forskning av høy kvalitet og relevans i helseforetakene, i tråd med de føringene som er gitt i Nasjonal helseplan (2007-2010).	Målet er i tråd med strategisk arbeid ved OUS.
OD09-5.1-02	Kjønnsperspektivet i klinisk forskning skal ivaretas ved at det gjennomføres analyser av forskningsresultater etter kjønn der dette er relevant.	Gjøres der det er relevant, men det er ikke etablert ordninger for å registrere eller måle dette.
OD09-5.2-03 t	Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet med å implementere nasjonal satsning på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2011). De regionale helseforetakene skal bidra til å øke antall forsknings- og utviklingskontrakter mellom norske leverandørbedrifter og helseforetak (OFU-kontrakter) innenfor helse gjennom å stille nødvendige ressurser i form av kompetanse.	Komersialiseringskompetanse tilbys gjennom Medinnova. Gjennom KASK-prosjektet har OUS fått ansvaret for å utvikle verktøy for å optimalisere innovasjonsprosessene, herunder kontakten med næringslivet. OUS har også en sentral rolle i det nyetablerte Oslo MedTech som skal skape resultater gjennom å utvikle samarbeid mellom aktørene i klyngen slik at det genererer økt verdiskaping og innovasjon. OUS har utarbeidet og sendt 7 skisser på mulige SFI'er. Alle disse forutsetter et sterkt engasjement fra industrien, og en er spesielt rettet mot forskning som skal dokumentere effekten av nye produkter, prosesser og tjenester.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
OD09-5.2-04 t	<p>Det skal rapporteres på følgende i årlig melding:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall OFU (evt IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge</li> <li>• Antall FORNY (kommersialisering av FoU- resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter</li> <li>• Antall registrerte oppfinnelser (DOFI)</li> <li>• Antall registrerte patenter</li> <li>• Antall lisensavtaler</li> <li>• Antall bedriftsetableringer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall OFU (evt IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge – svar: kr 1,2 mill (tildelt beløp)</li> <li>• Antall FORNY (kommersialisering av FoU- resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter svar: 11. stk. kr 4,5 mill i forbruk 2009, men for 3 av prosjektene er det ikke registrert forbruk.</li> <li>• Antall registrerte oppfinnelser (DOFI) – svar: 44</li> <li>• Antall registrerte patenter – svar: 7</li> <li>• Antall lisensavtaler – svar: 4</li> <li>• Antall bedriftsetableringer – svar: 2</li> </ul>
OD09-6-01	<p>Pasienter og pårørende som har behov for tilrettelagt opplæring, skal få et kvalitativt godt tilbud om dette. Det er et hovedmål å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Slik opplæring kan ivaretas i lærings- og mestringssentre eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten.</p>	<p>Opplæring av pasienter og pårørende blir sikret gjennom fokus fra de enkelte avdelinger samt gjennom overordnet koordinering og oppfølging fra LMS (Læresenteret).</p>
OD09-6-02	<p>Det er en målsetting at brukerne trekkes inn i arbeidet med opplæring av pasienter og pårørende.</p>	<p>Det er etablert tett kontakt mellom brukertvalgene og lærings- og mestringssentrene.</p>
OD09-6-03 t	<p>Helse Sør-Øst RHF skal tilby opplæring i lærings- og mestringssentre eller andre deler av spesialisthelsetjenesten til de pasienter som har behov for det, herunder kronikere og pasienter med funksjonsnedsettelse.</p>	<p>Fulgt opp.</p>
OD09-8-08	<p>Det regionale helseforetaket har ansvar for at avvik fra styringskrav i oppdragsdokumentet meldes til departementet når slike avvik blir kjent.</p>	<p>Ikke aktuelt for OUS.</p>
F2601-4.2-01	<p>Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst innretter sin samlede virksomhet, herunder aktivitetsfinansiert pasientbehandling og investeringer, slik at resultatkravet nås.</p>	<p>Det har vært tett oppfølging av aktivitet, drift og investeringer gjennom 2009, men foreløpig resultat viser et merforbruk. Det vises til økonomi- og aktivitetsrapporteringen.</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
F2601-4.2-02	Foretaksmøtet la til grunn at nødvendige omstillingstiltak må vurderes i henhold til gjeldende rammer for helseforetak og føringer gitt i Oppdragsdokumentet for 2009.	OUS hadde ved årets inngang et betydelig behov for omstillingstiltak. Samlet underskudd i 2008 var for de tre foretakene ca. 350 mill. kr. Korrigert for salgsinntekt fra eiendomssalg var resultatet 420 mill. kr. Endelig regnskap for 2009 ser p.t ( 21.01.2010 ) ut til å avsluttes, med et underskudd på mellom 100 til 120 mill. kr. Korrigert for einendomssalg blir resultatet 85 mill. kr. dårligere. Inkludert i dette resultatet er det regnskapsført ca. 65 mill. kr. i fusjonskostnader.
F2601-4.2-03	Foretaksmøtet ba styret iverksette nødvendige grep for å heve kvaliteten i budsjetteringen.	Det er i 2009 iverksatt en serie konkrete tiltak for å bedre budsjetteringen. Bedre budsjettarbeid og tett oppfølging av budsjettet er noe av årsaken til den betydlige bedringen av resultatet
F2601-4.2-04	Foretaksmøtet uttrykte tilfredshet med en vesentlig forbedret kvalitet på de tall som rapporteres til Helse- og omsorgsdepartementet. Foretaksmøtet påpekte at det ved alle periodeavslutninger skal utarbeides gode og realistiske prognoser for forventet årsresultat.	I 2009 ble det allerede avgitt en vurdering av risiko for underskudd (prognose) etter avsluttet 1. tertial. Dette er tidligere enn praksis var i 2008. Prognosen er fulgt opp i de månedlige rapporteringene til styre.
F2601-4.2-05	Foretaksmøtet ba om at styret sikrer fortsatt betryggende styring og oppfølging av helseforetakenes økonomi i 2009.	Styret har i sitt arbeid hatt et sterkt fokus på oppfølging av helseforetakets økonomi. Styret avholdt blant annet ekstraordinære møter sommeren 2009 i den hensikt å sikre en forsterking av tiltaksporteføljen etter et svakt resultat våren 2009.
F2601-4.2.2-01	Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF i 2009 har en mer bevisst holdning til og en mer aktiv oppfølging av helseforetakenes omstillingstiltak enn i 2008.	HSØ har i 2009 gjennomført en praksis med månedlige oppfølgingsmøter der oppfølging av økonomi og omstilling har hatt en sentral plass.
F2601-4.2.2-02	Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF iverksetter tiltak for å bidra til at styrene i underliggende helseforetak har direkte kontroll med at omstillingstiltakene er realistiske og konkretiserte.	OUS har fremlagt konkretiserte planer for omstillingstiltak for styret. Tiltakene er fulgt opp via den månedlige rapporteringen.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
F2601-4.2.2-03	<p>I den sammenheng skal Helse Sør-Øst RHF i 2009 legge vekt på å sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- at det enkelte helseforetak til enhver tid har en omstillingsplan med realistiske og konkrete tiltak som er nødvendige for å nå økonomisk balanse og sikre god intern organisering</li> <li>- at omstillingstiltak som kan bidra til kostnadseffektiv og formåls effektiv drift på lang sikt prioriteres framfor kortsiktige engangseffekter</li> <li>- at omstillingstiltakenes begrunnelse og konsekvenser, og en realistisk fremdriftsplan, skal være beskrevet i omstillingsplanen</li> <li>- at det etableres oppfølgingsrutiner slik at alternative tiltak kan iverksettes ved manglende gjennomføring eller realisering av planlagte omstillingstiltak</li> <li>- at salgsgvinster fra avhending av eiendom ikke inngår som et omstillingstiltak</li> </ul>	<p>Det ble ved inngangen av året laget en omfattende tiltaksliste for å håndtere den økonomiske utfordringen, og det har vært stort fokus på oppfølging av tiltak gjennom året. Samlet viser foreløpig resultat for OUS et underskudd for 2009, og har således ikke hatt tilstrekkelig med virksomme tiltak kombinert med at effekten av en del tiltak har vært mindre enn forutsatt.</p> <p>Det vises imidlertid til kommentarene under punktene F2601 4.2. 2 02. Som det fremkommer av disse punktene, har et sterk fokus på tiltak medført en betydelig resultatforbedring i 2009. Resultatforbedringen er gjennomført parallelt med at det er gjennomført en svært krevende fusjonsprosess.</p>
F2601-4.2.2-04	<p>Foretaksmøtet forutsatte at nye tilbud eller vesentlige utvidelser av eksisterende tilbud som planlegges igangsatt, først skal behandles i det aktuelle helseforetakets styre. I saksgrunnlaget for styrebehandlingen skal det foreligge en konsekvensvurdering der omfang, økonomi og framdrift beskrives. I tillegg skal det beskrives hvilke følger tiltaket vil ha for det samlede tjenestetilbudet og for brukerne.</p>	<p>Det er ikke gjennomført større endringer i pasienttilbudet i 2009 i påvente av integrasjonsprosessen i OUS og den forestående overføringen av ansvaret for opptaktsområder og funksjoner til, i hovedsak, Akershus universitetssykehus og Vestre Viken.</p>
F2601-4.2.2-05	<p>Foretaksmøtet forutsatte videre at styret sørger for at administrasjonene på ulike nivå har nødvendige ressurser, herunder tilstrekkelig kompetanse og gjennomføringsevne, til å møte omstillingsutfordringer som helseforetaksgruppen står overfor. Omstillingsarbeidet skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner og det skal legges til rette for medarbeiderinitierte omstillingstiltak.</p>	<p>Fulgt opp. Det er gjennomført en omfattende integrasjonsprosess med bred deltagelse som har stilt store krav til organisasjonen. OUS er fra 1. januar 2010 etablert under en felles ledelse på tvers av de tidligere driftsenhetene.</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
F2601-4.2.3-01	Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF bidra aktivt i et nettverk for økonomisk styring/"controlling" på tvers av regionale helseforetak og helseforetak. Dette for å legge til rette for større grad av erfaringsutveksling og utvikling av bedre metodikk og rutiner. Helse Midt-Norge RHF er bedt om å etablere og lede kompetansenettverket.	OUS har deltatt aktivt i de fora som er etablert.
F2601-4.2.4-01	Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF bidra aktivt i et kompetansenettverk for bedre likviditetsstyring på tvers av regionale helseforetak og helseforetak. Formålet er å utvikle god metodikk, systemer og rutiner for likviditetsoppfølging og prognostisering. Helse Nord RHF er bedt om å etablere og lede kompetansenettverket.	En svært krevende likviditetssituasjon både for HFet og RHFet har gjort det nødvendig å utvikle ny metodikk for å forsterke likviditetsoppfølgingen. HFet har hatt et sterkt samarbeid med RHFet i denne utviklingen. Vi er imidlertid ikke kjent med at det er etablert et nettverk i regi av Helse Nord RHF.
F2601-4.3.1-01	Foretaksmøtet forutsatte at midlene for særskilt investeringstilskudd som bidrag til gjennomføring av nye Ahus og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet brukes til finansiering av prosjektene samt reduksjon av de kostnadsmessige implikasjoner når byggene tas i bruk. Det skal gis tilbakemelding om prosjektenes framdrift og kostnadsutvikling hvert tertial i 2009. Prosjektene skal også omtales i årlig melding.	Forskningsbygget på Motebello (Radiumhospitalet) er realisert i tråd med både tids- og kostnadsplan. Bygget ble åpnet høsten 2009. Det har funnet sted en kvartalsvis rapportering av fremdrift for de store byggeprosjektene.
F2601-4.3.2-01	Foretaksmøtet forutsatte at tildelt låneramme til investeringsformål i 2009 kun benyttes til finansiering av sykehotell ved Rikshospitalet (Montebello).	Gjennomført
F2601-4.4-01	Foretaksmøtet viste til Oppdragsdokumentet for 2009 vedrørende ny inntektsfordeling av basisbevilgningen, der Helse- og omsorgsdepartementet har tatt hensyn til hvilke utslag en økning i gjestepasientoppjøret inkl. kapitalkostnader vil gi. Foretaksmøtet presiserte at Helse Sør-Øst RHF ikke skal bygge opp egne tilbud i konkurranse med eksisterende funksjoner og at justeringen for gjestepasienter derfor vil bli holdt på samme nivå i inntektsfordelingen i de kommende årene.	Gjennomført – se punkt F2601-4.2.2-04  Ny inntektsmodell for somatikk innføres i 2010. Dette er en modell som, når den er endelig innført, medfører et inntektstap på ca. 230 mill. kr. for OUS.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
F2601-5.2.1-01	Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF legger vekt på å sikre et godt arbeidsmiljø i helseforetakene, både med henblikk på målsettingene i "God vakt" og Inkluderende Arbeidsliv. Foretaksrådet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF følger opp tilsynsrapportene og sikrer at avvik lukkes. Det vises for øvrig til pkt 4.2.2 som stiller krav til at omstillingsarbeid skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.	Fulgt opp. Det vises til foretakets svar til Arbeidstilsynet. Avviket er lukket og svart ut ihht. Arbeidstilsynets påpekninger. Dette gjelder i særlig grad plan for å imøtekomme utfordringene knyttet til oppgaver og ressurser.
F2601-5.2.2-01	Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF bidra til at bl. a. rekrutteringspolitikken i foretaksgruppen utformes for å understøtte målet om et mangfoldig arbeidsliv.	Fulgt opp. OUS har både ledere, klinikere og tillitsvalgte med innvandrerbakgrunn, og i særlig grad innenfor forskningsvirksomheten ved sykehuset
F2601-5.2.3-01	Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF sørger for at hvert av helseforetakene fortsatt har oppmerksomhet på uønskede deltidsstillinger, og iverksetter tiltak som legger til rette for økte stillingsandeler. Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF rapporterer hvilke tiltak som er iverksatt for å legge til rette for økte stillingsandeler, og om effektene av tiltakene, i årlig melding.	<p>OUS - RH Kartlegging har vist at OUS RH har lite uønsket deltid. Nærmeste leder arbeider med å legge til rett for økning til ønsket stillingsandel. I enheter med behov for særskilt kompetanse må dette balanseres mot hensynet til å opprettholde nødvendig faglig standard og kvalitet.</p> <p>Det vil imidlertid i en periode med overtallighet kunne være enkelte som ikke tilbys tilstrekkelig med arbeid til full stilling.</p> <p>OUS – UUS har gjennomført en omfattende kartlegging av oversikt over uønsket deltid. Det viser seg å være lite omfang av uønsket deltid. Det ble i 2008 etablert et ressurscenter der de som i klinikkene hadde uønsket deltidsstilling fikk tilbud om å arbeide resterende del i regi av ressurscenteret. Det var ikke et stort behov og ønske om dette - gjelder kun enkelttilfeller.</p> <p>OUS- AUS har gjennomført kartlegging på individnivå i forhold til uønsket deltid. Tiltak har blitt vurdert av nærmeste leder, og resultatet har blitt at en del arbeidstakere har fått tilbud om økning i stilling.</p>



ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
F2601-5.3.1-01	Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF oppdaterer tidligere foretatte kartlegginger av helseforetakenes engasjement i stiftelser og legater, samt klarlegger forholdet mellom oppretter og eventuell mottaker (jf. stiftelsesloven § 19). Dette for å vurdere og eventuelt rette opp forholdet til aktuelle stiftelser og legater slik at det samsvarer med gjeldende regelverk og retningslinjer. Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF rapporterer om plan for arbeidet innen 1. oktober 2009.	Oppdatering og rapportering ble gjennomført. Samtlige stiftelser bortsett fra én er registrert i Stiftelsesregisteret, men arbeid med denne registreringen er påbegynt. Samtlige stiftelser forvaltes i overensstemmelse med regelverket i Stiftelsesloven. Samtlige stiftelser er meddelt RHF'et.
F2601-5.3.1-02	Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF sikrer at helseforetakenes kontakt med stiftelser rutinemessig revideres opp mot gjeldende regelverk og retningslinjer, f eks ved hjelp av helseforetakets revisor.	Kravet til revisjon av stiftelsene er oppfylt for stiftelsene, bortsett fra én, men arbeid med å få på plass revisor for denne stiftelsen er påbegynt.
F2601-5.4-01	Foretaksmøtet merket seg at regjeringen har besluttet å utrede om det med utgangspunkt i Norsk Helsenett, skal etableres en statlig enhet som skal ha et helhetlig ansvar for utvikling og drift av IKT-infrastruktur i helsetjenesten.	<p>Norsk helsenett AS er overtatt av det statlige foretaket Norsk Helsenett SF, hvor eierskapet forvaltes av Helse- og omsorgsdepartementet. Endringen tatt til etterretning.</p> <p>Norsk Helsenett SF skriver selv om sin rolle at "Hovedformålet med etableringen av Norsk Helsenett SF og dagens virksomhetsoverdragelse er å videreutvikle en sikker IKT-infrastruktur for forvaltning og kommunikasjon av informasjon, samt telemedisinske løsninger i helse- og omsorgssektoren. Virksomheten skal utvikles innenfor rammen av nasjonal IKT-politikk og i samsvar med de overordnede helsepolitiske mål." "Norsk Helsenett skal utføre samfunnsoppgaver på vegne av staten i tråd med statens styringskrav. Norsk Helsenett skal bidra til at en standardisert IKT-infrastruktur med felles tjenester blir gjort tilgjengelig på et nasjonalt plan, og gjennom dette medvirke til å oppnå helsepolitiske mål om kvalitet, lik tilgjengelighet til helsetjenester, effektivisering og informasjonssikkerhet."</p>

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
F2601-5.4-02	Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF påser at sikkerhetsarbeidet knyttet til IKT er forankret i ledelsen i hvert av helseforetakene. Sikkerhetsarbeidet må ha en hensiktsmessig organisering med klare retningslinjer for hvordan sikkerhet skal ivaretas og ha rutiner for autorisasjon for tilgang til pasientsystemer. Sikkerhetsarbeidet skal også omfatte regelmessig opplæring i regelverket, intern kontroll, oppfølging av avvik og risiko- og sårbarhetsanalyser.	Sikkerhetsarbeidet er forankret i ledelsen. Både via implementering av det nasjonale styringssystem for informasjonssikkerhet, som klart tydeliggjør dette, samt ved etablert ordning med personvernombud. Sikkerhetsarbeidet har klare retningslinjer for hvordan sikkerhet skal ivaretas og ha rutiner for autorisasjon for tilgang til pasientsystemer. Sikkerhetsarbeidet dekker dermed også de påpekte aspekter, og det jobbes kontinuerlig med forbedring av dette.
F2601-5.4.1-01	Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF sørger for at helseforetakene følger opp målene og handlingsprogrammet som er etablert i forbindelse med "meldingsløftet" (jf. programdirektiv "Nasjonalt meldingsløft 2008-2010"). Foretaksrådet ba også om at Helse Sør-Øst RHF i 2009 aktivt tilrettelegger for tilknytning til Norsk Helsenetts adresseregister.	Fremdriften for Meldingsløftet ved OUS følger planen rapportert inn i Handlingsplan for Nasjonalt Meldingsløft. Dette innebærer at helseforetaket innen 1. juni 2010 vil nå målsetningene for utsendelse av epikriser, svarutsendelser for Medisinsk biokjemi, Immunologi, Mikrobiologi og Radiologi. Dette er forutsatt at mottakerne (aktuelle legekantor) er i stand til å motta utsendelsene. Arbeidet med å knytte OUS til den regionale adressedatabasen går etter planen.
F2601-5.4.2-01	Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF bidrar til å utvikle standardiserte løsninger (kommunikasjonsformat og kodeverk) mot eResept og overfor intern rekvisisjon i sykehus som bygger på FEST. Gjennom 2009 skal prosessene for å forberede mottak av eResept videreføres gjennom aktiv deltakelse inn mot eReseptprogrammet og avrop på rammeavtaler med leverandører med sikte på utbredelse i 2010.	Oslo universitetssykehus har bidratt med flere ressurser inn i det nasjonale forprosjektet for eResept. Forprosjektet har levert en rapport som konkluderte med at det bør sees i en sammenheng, og at det etableres et prosjekt i 2010 som jobber med en langsiktig arkitektur som støtter utbredelse av intern forordning og e-resept i en forbedret versjon.
F2601-5.4.2-02	Foretaksrådet ba videre om at Helse Sør-Øst RHF sørger for at nye blåresepter blir påført refusjonskode i tråd med den nye blåreseptforskriften.	Arbeidet er ferdigstilt og refusjonskodeverket i OUS er nå i tråd med den nye forskriften.
F2601-5.4.3-01	Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med Statens helsetilsyn, bidrar til innføring av elektronisk meldeordning.	Meldingsløftet er kommentert under punkt F2601-5.4.1-01 over.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
F2601-5.4.4-01	Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF sørger for at alle egenandeler fra poliklinisk behandling og pasientreiser blir rapportert elektronisk til frikortløsningen i tråd med de føringer som blir gitt for etableringen av denne.	Dette blir ivaretatt via PasDoc med en planlagt oppgradering høsten 2010.
F2601-6.3-01	Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF følge opp forslaget om å opprette et partssammensatt parkeringsutvalg ved hvert helseforetak. Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene evaluerer organiseringen av parkeringstilbudet i 2010.	Et partssammensatt parkeringsutvalg for OUS vil bli opprettet primo 2010 når ansvaret for parkeringsvirksomheten er samlet. Vi vil evaluere ordningen i løpet av 2010.
F2601-6.4-01	Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF deltar i kommunikasjonsnettverket for å sikre samordnet kommunikasjon og hensiktsmessige samarbeidsrelasjoner mellom regionene og internt i foretaksgruppen på området.	<p>OUS er ett av fem pilotforetak i det regionale arbeidet med etablering av nye nettsider basert på det nasjonale rammeverket, og deltar i utviklingsarbeidet på flere arenaer: Gjennom deltakelse i referansegruppe, i testmiljø, i styringsgruppe og i arbeid med redaksjonsråd. OUS har bedt om å få delta med flere enn de opprinnelig oppsatte ressursene ettersom etableringen av nytt nett sammenfaller med integrasjonsarbeidet, og vi er svært forventningsfulle mht endelig å få en koordinert og nytenkende internettside. Rammeverket er allerede gitt uttrykk i opprettelse av det midlertidige nettstedet <a href="http://www.oslo-universitetssykehus.no">www.oslo-universitetssykehus.no</a>. I tillegg har vi jobbet aktivt med å identifisere og produsere innhold som skal kunne publiseres på alle nettsteder i spesialisthelsetjenesten i Norge.</p> <p>Samordnet kommunikasjon har vært et satsningsområde – både innenfor foretaksgruppen generelt og innenfor de tidlige helseforetakene i OUS spesielt. Kommunikasjonsressursene har blant annet blitt brukt til å finne felles løsninger på interne og eksterne kommunikasjonsutfordringer når det gjelder integrering og omstilling.</p>
F2601-6.6-01	Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å gjennomføre kartleggingen av poliklinisk radiologi. Arbeidet forutsettes ferdigstilt innen 1. juli 2009 og Helse- og omsorgsdepartementet skal samtidig orienteres skriftlig om resultatet, herunder hvordan Helse Sør-Øst RHF vil følge opp arbeidet fremover.	Poliklinisk radiologi ved OUS-RH tar i mot henvisninger fra RH's leger (97 %). Det samme gjelder for Radiumhospitalet, men der kommer det også pasienter fra brystskreeningen.

ID	Overordnede mål og styringskrav	Status fra helseforetaket for 2009
F2601-6.6-02	Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF i framtidige avtaler med private røntgeninstitutt stiller krav til at relevant informasjon om alternative behandlingstilbud mv. framgår av de private røntgeninstituttens henvisningsblanketter. Videre skal Helse Sør-Øst RHF sikre at forventet ventetid for lavest prioriterte pasienter rapporteres til "Fritt sykehusvalg" for publisering.	Ikke aktuelt for OUS.
F2601-6.6-03	Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF kritisk gjennomgår eget informasjonsopplegg (herunder nettsider) til pasientene med tanke på at relevant informasjon gjøres tilgjengelig på en bedre måte enn i dag.	For å fremstå mer enhetlig og tydelig overfor pasientene har man på Ullevål gått kritisk gjennom formuleringer i brev som sendes til pasienter. Språket i pasientbrevene har blitt gjort mer imøtekommende, forståelig og dermed lettere tilgjengelig. Brukerutvalget har vært involvert i kvalitetssikringen av prosjektet og det videreføres i OUS. Dette arbeidet videreføres nå for hele OUS.
F2601-6.7-01	Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å vurdere tilbud om mobil digital røntgentjeneste for sykehjemspasienter.	OUS har i løpet av 2009 hatt et prøveprosjekt for mobile røntgentjenester ved lokalisasjonen Ullevål.
F2601-6.11-01	Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF følger opp arbeidet med samlokalisering av nødmeldesentralene som Sykehuset Buskerud HF deltar i, og bidrar til at målsettingene for prosjektet nås.	Ikke aktuelt for OUS.

Pkt. OD09-3.3.7-10 t:

Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i henholdsvis sykehus og i DPS per 10.000 innbygger fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste.

Aktivitet	Polikliniske konsultasjoner* innbyggere		Liggedøgn		Dagbehandling innbyggere		Utskrivelser	
	Pr 10 000	Pr 10 000	Pr 10 000	Pr 10 000	Pr 10 000	Pr 10 000	Pr 10 000	Pr 10 000
<b>Øvrig sykehusavdelinger</b>	<b>34 601</b>	<b>1 173</b>	<b>94 957</b>	<b>3 219</b>	<b>5 708</b>	<b>193</b>	<b>2 291</b>	<b>78</b>
Søndre Oslo DPS	29 066	985	6 469	219		0	172	6
Josefinesgate DPS	14 928	506	13 998	475		0	270	9
Follo DPS	20 395	691	5 877	199		0	222	8
Alna DPS	23 183	786	2 109	71		0	222	8
<b>Sum DPS</b>	<b>87 572</b>	<b>2 969</b>	<b>28 453</b>	<b>965</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>886</b>	<b>30</b>

\* inkl. ikke-inntektsgivende konsultasjoner

**Forkortelser som benyttes :**

Oslo universitetssykehus HF : OUS  
 Oslo universitetssykehus HF - Aker : OUS - AUS  
 Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet : OUS - RH  
 Oslo universitetssykehus HF - Ullevål : OUS -UUS  
 Helse Sør-Øst RHF : HSØ

Sak	Oppdrag / pålegg i Foretaksmøteprotokollene 2009	Ansv.	Oppfølging / status ved Oslo universitetssykehus HF
<b>Foretaksmøte 2009-01-05</b>			
<b>4</b>	<b>Om oppdrag, krav og rammebetingelser for Oslo universitetssykehus HF</b>		
	Helse Sør-Øst RHF styremøte 18. desember 2008, styresak 133-2008 <i>Omstillingsprogrammet - Innsatsområde 1, hovedstadsprosessen - Plan for oppfølging og gjennomføring.</i>		For spesifisering av oppfølging av mål og eierkrav i forhold til å gjennomføre vedtakene i hovedstadsprosessen samt øvrige eierkrav for 2009 vises det til Foretaksmøte 2009-02-12
<b>Foretaksmøte 2009-02-12</b>			
<b>3</b>	<b>Overordnede styringsbudskap og prestasjonskrav for 2009</b>		
	Helse Sør-Øst RHF gikk gjennom eiers overordnede styringsbudskap for 2009.		
	Foretaksmøtet viste til overordnede styringsbudskap fra eier som fremgår av protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 26. januar 2009, hvor god samhandling internt og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (samhandlingsreformen) ble vektlagt.		
	Foretaksmøtet forutsatte at Oslo universitetssykehus HF's fremtidig planlegging og endringer i tjenestetilbud og organisering, herunder IKT (jf. pkt 5.3) og strategier for investeringer mv., underbygger og skjer i tråd med nasjonal helsepolitikk og den kommende samhandlingsreformen.		Både drift og strategisk planlegging i Oslo universitetssykehus er i tråd med nasjonal helsepolitikk og intensjonene i samhandlingsreformen.

	<p>Foretaksmøtet la til grunn at Oslo universitetssykehus HF deltar og medvirker til at strategi og tiltak i den kommende samhandlingsreformen følges opp.</p>		<p>Det er opprettet en egen enhet for samhandling i Oslo universitetssykehus som har som hovedmål å sikre god og effektiv samhandling.</p>
	<p>Driftsavtalene for de tre tidligere helseforetakene, jfr foretaksmøte 5. januar 2009, og Helse Sør-Øst RHF, protokoll fra foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF og oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet er det samlede styringsbudskapet i 2009 for Oslo universitetssykehus HF.</p> <p>Foretaksmøtet viste til Plan for strategisk utvikling, strategisk fokus og mål 2009 for Helse Sør-Øst, jf. RHF-styresak 130-2008. Oppfølgingen av denne planen gjøres bindende for Oslo universitetssykehus HF. Dette innebærer krav til oppfølging av de seks innsatsområdene pasientbehandling, forskning, kunnskapsutvikling og god praksis, organisering og utvikling av fellestjenester, mobilisering av medarbeidere og ledere, samt bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring. Styrets vedtak i RHF-styresakene 108-2008 om hovedstadsprosessen og 133-2008 om gjennomføringsplan, gjøres bindende for helseforetakets oppfølging.</p>		
	<p>Helseforetaket skal utarbeide en egen plan som viser hvordan helseforetaket vil følge opp strategiplan og hovedstadsprosess. Planen skal inneholde en strategi for å gjennomføre styrets vedtak i RHF-styresak 108-2008, herunder plan for gevinstrealisering og investeringer. Planen må sikre kontinuerlig vurdering av risiko i forhold til pasienter, økonomi og ansatte. Organisering og dimensjonering av pasienttilbudet skal skje med utgangspunkt i pasientforløp. Helse Sør-Øst RHF vil i 2009 be om at Oslo universitetssykehus HF dokumenterer sine planer, gjennomføring, måloppnåelse og gevinstrealisering i de ordinære oppfølgingsmøtene med Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake med krav til slik rapportering. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil bli holdt løpende orientert om dette. Oslo universitetssykehus HF skal i tillegg redegjøre for planen og status i forhold til å følge opp og gjennomføre aktuelle tiltak i årlig melding for 2009.</p>		<p>Se årlig melding punkt 4.3 - 4.6.</p>
	<p>Foretaksmøtet viste til sak 4 om økonomiske krav og rammebetingelser for 2009 og understreket viktigheten av</p>		<p>Oslo universitetssykehus hadde ved årets inngang et betydelig behov for omstillingstiltak. Samlet underskudd i 2008 var akkumulert for de tre foretakene</p>

	<p>at Oslo universitetssykehus HF innretter sin drift på en slik måte at kravet om et regnskapsmessig resultat for 2009 i balanse oppnås. Kostnader som vil påløpe i 2009 for å gjennomføre plan for strategisk utvikling og vedtakene i hovedstadsprosessen må finansieres gjennom tilsvarende besparelser i helseforetakets drift i 2009.</p>		<p>ca. 350 mill. kr. Korrigert for gevinst fra eiendomssalg var resultatet 420 mill. kr. Endelig regnskap for 2009 ser pr. 04.02.2010 ut til å avsluttes, med et underskudd på mellom 100 til 120 mill. kr. Korrigert for gevinst ved eiendomssalg blir resultatet ca. 85 mill. kr. dårligere.</p> <p>Foretaket ble ikke tilført omstillingsmidler i forbindelse med fusjonen. Inkludert i ovennevnte resultat er det regnskapsført ca. 65 mill. kr. i fusjonskostnader. Videre er det påløpt ca. 25 mill. kr. i særskilte kostnader (nettokostnader) i forbindelse med pandemien.</p>
	<p>Det ble minnet om at tidligere stilte eierkrav fortsatt har gyldighet i forhold til Oslo universitetssykehus HF's virksomhet, uten at det gis særskilt omtale og stilles særskilte rapporteringskrav for disse områdene i 2009.</p>		
<p><b>4</b></p>	<p><b>Økonomiske krav og rammebetingelser for 2009</b> Helse Sør-Øst RHF gjennomgikk styringsbudskap og krav på det økonomiske området. For 2009 ble følgende styringsbudskap og konkrete styringskrav formidlet:</p>		
<p><b>4.1</b></p>	<p><b>Resultatkrav 2009</b> I tråd med Stortingets krav skal foretaksgruppen Helse Sør-Øst gå i økonomisk balanse i 2009. Resultatkrav for 2009 settes på områdene likviditet/driftskreditt og regnskapsmessig resultat.</p>		
	<p><b>Likviditet/driftskreditt</b> Stortinget har godkjent en samlet ramme for driftskreditter i 2009 på 7,3 mrd. kroner. Det er departementet som godkjenner driftskredittrammen for det enkelte regionale helseforetak. Driftskreditter kan kun tas opp gjennom Norges Bank, innenfor de rammene departementet setter.</p> <p>Som følge av den nye langsiktige løsningen for pensjonspremier og -kostnader, samt Stortingets forutsetninger om premie- og kostnadsnivå i 2009, skal samlet driftskredittramme være redusert med 1,3 mrd. kroner ved utgangen av 2009. Helse Sør-Øst har nå en godkjent driftskredittramme på inntil 2 700 mill. kroner. Helse Sør-Østs andel av samlet nedbetaling utgjør 705 mill. kroner. Driftskredittrammen vil følgelig bli nedjustert med 58,75 mill. kroner ved utgangen av hver måned. Helse Sør-Øst RHF vil komme nærmere tilbake konsekvensene av dette for Oslo universitetssykehus HF.</p> <p>Helse Sør-Østs driftskredittramme ved utgangen av 2009 er satt til 1 995 mill. kroner. Foretaksmøtet viste videre til at Helse Sør-Øst RHF har hatt stram likviditet i 2008 og at dette også vil være tilfelle i 2009.</p>		
	<p>Foretaksmøtet forutsatte at Oslo universitetssykehus HF må budsjettere drift (regnskapsmessig resultat) og</p>		<p>En svært krevende likviditetssituasjon både for HFet og RHFet har gjort det nødvendig å utvikle ny metodikk for å forsterke likviditetsoppfølgingen. HFet har</p>



	investeringer innen tilgjengelig likviditet, og på en måte som gir rom for en tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året.		hatt et tett samarbeid med RHFet i denne utviklingen. Oslo universitetssykehus har en disponibel driftskredittramme på 1.825 mill. kr. I tillegg til denne rammen har det under året vært disponert ytterligere inntil 550 mill. kr. i forskudd på basisbevilgningen.
	<p><b>Regnskapsmessig resultat</b>                  Det økonomiske opplegget for 2009 presentert i St.prp. nr. 1 (2008-2009) la til grunn at de samlede pensjonskostnadene ville bli på samme nivå som i 2008, dvs. 9,2 mrd. kroner. Dette kostnadsnivået ble også lagt til grunn ved fastsettelsen av de regionale helseforetakenes basisramme for 2009. Nye beregninger med oppdatert sett av økonomiske parametere bekrefter at pensjonskostnadene for 2009 vil være i tråd med forutsetningene i St.prp. nr. 1 (2008-2009).</p>		
	For Oslo universitetssykehus HF stilles det krav til et regnskapsmessig resultat i balanse i 2009.		Det vises til tidligere kommentarer under punkt 3.
<b>4.2</b>	<b>Styring og oppfølging 2009</b>		
	Oslo universitetssykehus HF har et helhetlig ansvar for drift og investeringer. Foretaksmøtet presiserte at budsjettert aktivitet ikke må overstige kravene satt i driftsavtalen.		Plantall for aktivitet er lagt etter føringer fra RHFet. Innen somatikken er antall realiserte DRG-poeng noe lavere enn plantall (-2,8%), mens antall refusjonspoeng poliklinikk ligger over plantall (4,3%). Innen psykisk helsevern for voksne er både antall utskrevne pasienter og poliklinisk aktivitet marginalt over plantall. Psykisk helsevern for barn har en noe høyere aktivitet en plan for antall innlagte pasienter mens poliklinisk aktivitet ligger noe over plan.  De første månedene av 2009 lå alle det tre tidligere HFene betydelig etter planlagt aktivitet. Et sterkt fokus på aktivitetsoppfølging har bidratt til at det ved årets slutt kan oppsummeres med at samlet aktivitet ligger nær oppsatte plantall.
	Foretaksmøtet la til grunn at Oslo universitetssykehus HF innretter sin samlede virksomhet, herunder aktivitetsfinansiert pasientbehandling og investeringer, slik at resultatkravet nås.		Det vises her til kommentarene ovenfor.
	Foretaksmøtet la til grunn at nødvendige omstillingstiltak må vurderes i henhold til gjeldende rammer for helseforetak og føringer gitt i Oppdragsdokumentet for 2009.		Det ble ved inngangen av året laget en omfattende tiltaksliste for å håndtere den økonomiske utfordringen, og det har vært stort fokus på oppfølging av tiltak gjennom året. Samlet viser foreløpig resultat for OUS et underskudd for 2009, og har således ikke hatt tilstrekkelig med virksomme tiltak kombinert med at effekten

			av en del tiltak har vært mindre enn forutsatt. Det vises også til kommentarene under punkt 3 ovenfor. Som det fremkommer ovenfor, har et sterkt fokus på tiltak medført en betydelig resultatforbedring i 2009. Resultatforbedringen er gjennomført parallelt med at det har pågått en svært krevende fusjonsprosess.
	Det er avgjørende for Helse Sør-Østs langsiktige økonomiske stilling og framtidige handlingsrom at resultatkravet for Oslo universitetssykehus HF nås og at nødvendig omstilling og effektivisering finner sted. Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 26. januar 2009 så alvorlig på at foreløpige estimater for årsresultat viser at Helse Sør-Øst også i 2008, er langt unna å kunne innfri eiers resultatkrav selv etter tilleggsbevilgningen som ble gitt i høst, jf. St.prp. nr. 13 (2008-2009).		Det vises her til tidligere kommentarer relatert til punkt 3.
	Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF har merket seg at Helse Sør-Øst RHF har iverksatt tiltak for å sikre nødvendig likviditet, bl.a. ved å redusere investeringsnivået. Foretaksmøtet minnet om at økonomisk balanse er en forutsetning for framtidig handlingsrom for å gjennomføre investeringer.		
	Foretaksmøtet presiserte at Oslo universitetssykehus HF må sikre realistisk budsjettering både for de enkelte inntekts- og kostnadsposter og i periodiseringen av årsbudsjettene. God kvalitet i budsjetteringen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomheten i foretaksgruppen.		
	Foretaksmøtet ba styret iverksette nødvendige tiltak for å heve kvaliteten i budsjetteringen.		Det er i 2009 iverksatt en rekke konkrete tiltak for å bedre budsjetteringen. Bedre budsjettarbeid og tett oppfølging av budsjettet er en viktig årsak til den betydelige bedringen av resultatet i 2009
	Foretaksmøtet uttrykte tilfredshet med en vesentlig forbedret kvalitet på de tall som rapporteres til Helse Sør-Øst RHF. Foretaksmøtet påpekte at det ved alle periodeavslutninger skal gjøres en risikovurdering av evt budsjettavvik med en tilhørende tiltaksplan.		I 2009 ble det avgitt en vurdering av risiko for underskudd (prognose) etter avsluttet 1. tertial. Dette er tidligere enn praksis var i 2008. Prognosen er fulgt opp i de månedlige rapporteringene til styre.
	Foretaksmøtet minnet om at styret må sikre fortsatt betryggende styring og oppfølging av Oslo universitetssykehus HF's økonomi i 2009.		Styret har i sitt arbeid hatt et sterkt fokus på oppfølging av helseforetakets økonomi. Styret avholdt blant annet ekstraordinære møter sommeren 2009 i den hensikt å sikre en forsterking av tiltaksporteføljen etter et svakt resultat våren

			2009. Det vises her spesielt til styresak 112/2009 der det ble vedtatt en vesentlig utvidelse av tiltaksporteføljen.
<b>4.2.1 Intern kontroll og risikostyring</b>	<p>Foretaksmøtet viste til tidligere føringer angående styrets ansvar for at Oslo universitetssykehus HF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik.</p> <p>Foretaksmøtet viste til utsendt veileder for risikostyring i Helse Sør-Øst.</p>		
	<p>Styret i Oslo universitetssykehus HF skal minimum en gang pr. år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaket med hensyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik. Rapport fra styrets gjennomgang skal forelegges Helse Sør-Øst RHF ved rapportering for 2. tertial 2009. I tillegg skal det redegjøres for styrets arbeid i årlig melding</p>		<p>Ledelsens gjennomgang gjennomføres og følges opp hvert tertial der risikovurdering, interne revisjoner og oppfølging av uønskede hendelser inngår som faste rapporteringspunkter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomføre intern revisjoner i henhold til revisjonsplan og følge opp arbeidet med forbedringer og erfaringsoverføring av disse. Vårens revisjoner går etter planen og det er nær dialog med intern revisjonene i Helse Sør-Øst</li> <li>• Få oversikt over klinikkens egenrevisjoner og forbedringsarbeid og bidra til erfaringsoverføring.</li> <li>• Gjennomføre risikovurderinger som resulterer i planer for risikoreducerende tiltak</li> <li>• Følge opp og bidra til læring og forbedring etter eksterne tilsyn</li> <li>• Videreutvikle Kvalitetsutvalgene og bidra til intern vurdering av uønskede hendelser og klager samt bruke informasjon og erfaringer fra disse til å forebygge svikt og bedre kvaliteten på tjenestene</li> </ul> <p>Styret orienteres jevnlig om status.</p>
	<p>Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst er en uavhengig bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for internrevisjon i den samlede foretaksgruppen.</p>		
	<p>Konsernrevisjonen i Helse Sør-Østs rolle og oppgaver som internrevisor for Oslo universitetssykehus HF, formaliseres med virkning fra 1. januar 2009. Konsernrevisjonen skal bistå styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering av risikohåndtering og intern kontroll. Konsernrevisjonen skal også bidra til</p>		<p>Det er opprettet regelmessig samarbeid med Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Det vil være en felles planprosess for utvikling av revisjonsplan for OUS og oppfølging av disse.</p>

	<p>kontinuerlig kvalitetsforbedring av foretakets interne styrings- og kontrollsystemer. Konsernrevisjonens ansvar, oppgaver, samhandling og kommunikasjon i forhold til helseforetaket, skal ivaretas som nedfelt i gjeldende instruks for Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, fastsatt av Revisjonskomiteen for Helse Sør-Øst RHF.</p>		
<p><b>4.2.2</b></p>	<p><b>Realistiske og konkrete omstillingstiltak</b>  Til tross for krav om realistiske og konkretiserte omstillingstiltak som ble gitt i foretaksmøtene i februar 2008, viser de foreløpige resultatene for 2008 at omstillingstiltakene i for liten grad gjennomføres og realiseres i foretaksgruppen.</p>		
	<p>Foretaksmøtet forutsatte at Oslo universitetssykehus HF i 2009 har stort fokus på gjennomføring av omstillingsomstillingstiltak for å sikre at planlagte tiltak blir gjennomført. Foretaksmøtet ba om at styret iverksetter tiltak for å bidra til at Oslo universitetssykehus HF har direkte kontroll med at omstillingstiltakene er realistiske og konkretiserte.</p>		<p>Oslo universitetssykehus har i 2009 lagt stor vekt på å planlegge, implementere og følge opp en omfattende tiltaksportefølje. Systematisk arbeid med omstillingstiltak har medført at Oslo universitetssykehus, på tross av et krevende integrasjonsprosess, har oppnådd en markant resultatforbedring i 2009.</p> <p>Styret har gjennom sitt arbeid lagt klare føringer for dette arbeidet.</p>
	<p>I den sammenheng skal styret i 2009 legge vekt på å sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- at Oslo universitetssykehus HF til enhver tid har en omstillingsplan med realistiske og konkrete tiltak som er nødvendige for å nå økonomisk balanse og sikre god intern organisering</li> <li>- at omstillingstiltak som kan bidra til kostnadseffektiv og formåls effektiv drift på lang sikt prioriteres framfor kortsiktige engangseffekter</li> <li>- at omstillingstiltakenes begrunnelse og konsekvenser for pasienter og ansatte, og en realistisk fremdriftsplan, skal være beskrevet i omstillingsplanen</li> <li>- at det etableres oppfølgingsrutiner slik at alternative tiltak kan iverksettes ved manglende gjennomføring eller realisering av planlagte omstillingstiltak</li> </ul>		<p>Ved årets inngang var det utarbeidet en tiltaksportefølje som summerte seg til i overkant av 300 mill. kr. Manglende realisering at tiltak medførte at man gjennom sommeren forsterket tiltaksporteføljen i ekstraordinært styremøte 20. august. (Styresak 112/2009) Konsekvensvurdering av disse tiltakene ble fremlagt på styrets ordinære septembermøte.</p> <p>Oslo universitetssykehus har gjennom sitt omstillingsarbeid lagt vekt på å overholde HSØs 12 prinsipper for omstilling.</p> <p>Salgsgevinster ved avhending av eiendom har ikke inngått som omstillingstiltak og er holdt utenfor Hfets ”styringsmål”.</p>

	- at salgsgevinster fra avhending av eiendom ikke inngår som et omstillingstiltak		
	Foretaksmøtet forutsatte at nye tilbud eller vesentlige utvidelser av eksisterende tilbud som planlegges igangsatt, først skal behandles i helseforetakets styre. I saksgrunnlaget for styrebehandlingen skal det foreligge en konsekvensvurdering der omfang, økonomi og framdrift beskrives. I tillegg skal det beskrives hvilke følger tiltaket vil ha for det samlede tjenestetilbudet og for brukerne.		Oslo universitetssykehus har i 2009 ikke gjennomført markante endringer av tjenestetilbudet.
	Foretaksmøtet forutsatte videre at styret sørger for at administrasjonen har nødvendige ressurser, herunder tilstrekkelig kompetanse og gjennomføringsevne, til å møte omstillingsutfordringer som helseforetaket står overfor. Omstillingsarbeidet skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner og det skal legges til rette for medarbeiderinitierte omstillingstiltak, jfr også punkt 5.2.7 om de 12 prinsipper for medvirkning i omstillingsarbeid.		Det er opprettet et eget programkontor med ansvar for å koordinere integrasjonen i tråd med omstillingsprogrammet. Dette kontoret er hovedsakelig bemannet med interne krefter for foretaket, flere med betydelig prosjektleder/ konsulent erfaring og med representasjon fra alle de tre tidligere driftsenhetene. Det har også vært konsulenthjelp både til organisering og til bistand i enkeltprosjekter der OUS selv ikke hadde kapasitet eller kompetanse i 2009. Tillitsvalgte og verneombud har vært trukket inn i arbeidet gjennom hele prosessen og de 12 prinsippene for omstillingsarbeid er etterlevd. se for øvrig egen beskrivelse av omstillingsprosessen i årlig melding kapittel 4.5
<b>4.2.3</b>	<b>Etablering av kompetansenettverk for bedre økonomisk styring og kontroll</b> Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF har bedt om at Helse Sør-Øst RHF aktivt bidrar i et nettverk for økonomisk styring/”controlling” på tvers av regionale helseforetak og helseforetak. Dette for å legge til rette for større grad av erfaringsutveksling og utvikling av bedre metodikk og rutiner.		
	Sentrale tema for nettverket bør være hvordan økonomisk planlegging, oppfølging og analyser, både mellom regionale helseforetak og helseforetak, og internt i det enkelte helseforetak, kan understøtte ledelsesbeslutninger og bidra til å avdekke avvik og identifisere korrigerende tiltak. Helse Midt-Norge RHF er bedt om å etablere og lede kompetansenettverket og Helse Sør-Øst RHF vil komme nærmere tilbake til hvordan Oslo universitetssykehus HF skal bidra i dette arbeidet.		Oslo universitetssykehus har deltatt aktivt i de fora som er etablert. Slik vi har oppfattet det, er disse fora hovedsakelig opprettet i regi av Helse Sør-Øst.

<b>4.2.4</b>	<b>Etablering av kompetansenettverk for bedre likviditetsstyring</b> Det har skjedd en betydelig innstramming i de regionale helseforetakenes adgang til økte driftskreditter og likviditetssituasjonen er stram. Styring og kontroll med den til enhver tid tilgjengelige likviditeten, både hos regionale helseforetak og helseforetak, er blitt stadig viktigere.	
	Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF har bedt om at Helse Sør-Øst RHF aktivt bidrar i et kompetansenettverk for bedre likviditetsstyring på tvers av regionale helseforetak og helseforetak. Formålet er å utvikle god metodikk, systemer og rutiner for likviditetsoppfølging og prognostisering. Helse Nord RHF er bedt om å etablere og lede kompetansenettverket og Helse Sør-Øst RHF vil komme nærmere tilbake til hvordan Oslo universitetssykehus HF skal bidra i dette arbeidet.	En svært krevende likviditetssituasjon både for HFet og RHFet har gjort det nødvendig å utvikle ny metodikk for å forsterke likviditetsoppfølgingen. HFet har hatt et sterkt samarbeid med RHFet i denne utviklingen. Vi er imidlertid ikke kjent med at det er etablert et nettverk i regi av Helse Nord RHF.
<b>4.2.5</b>	<b>Rapporteringskrav - økonomi</b> Foretaksmøtet understreket at økonomirapporter skal behandles av styret så raskt det lar seg gjøre slik at eventuelle korrigerende tiltak kan iverksettes uten unødig opphold. Foretaksmøtet viste for øvrig til at det i eget brev fra Helse Sør-Øst RHF vil bli gitt nærmere føringer for rapporteringen til Helse Sør-Øst RHF.	
	Helse Sør-Øst RHF vil følge opp den økonomiske utviklingen i Oslo universitetssykehus HF gjennom egne oppfølgingsmøter. Opplegg for disse møtene og møtetidspunkter vil bli formidlet til helseforetaket i eget brev.	Helse Sør-Øst RHF har praktisert jevnlige (oftest månedlige) oppfølgingsmøter med Oslo universitetssykehus.
<b>4.3</b>	<b>Investeringer og kapitalforvaltning</b> Det ble vist til det pågående arbeidet med samhandlingsreformen.  Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF har lagt til grunn at regionen baserer sine investeringsplaner på helhetlige utredninger av framtidige behov for kapasitet og tilbud på regionnivå og at Helse Sør-Øst RHF tilpasser sin investeringsstrategi slik at den underbygger og gjennomføres i tråd med nasjonal helsepolitikk og den kommende samhandlingsreformen.	
	Foretaksmøtet viste i denne sammenheng til Oslo universitetssykehus HF's ansvar for å følge opp plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst, jf. sak 3, samt til	Oslo universitetssykehus sitt investeringsbehov bygger både på generelle behov og spesielle behov knyttet til realisering av HSØ styresak 108/ 2008 og rapport fra område Sentrum

	oppfølging av RHF-styresak 131-2008 for styret i Helse Sør-Øst RHF om prioritering av investeringer over 50 MNOK.		Investeringer over 50 millioner kroner fremmes styret i HSØ etter avtale. Oslo universitetssykehus vil fremme en helhetlig investeringsplan i løpet av våren 2010
<b>4.3.1</b>	<p><b>Investeringstilskudd</b> Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2003-2004) vedtok Stortinget et særskilt investeringstilskudd som bidrag til gjennomføring av nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet. Bidraget utgjør 640 mill. kr.</p> <p>I henhold til det system som er lagt til grunn for beslutning om og gjennomføring av investeringsprosjekter, er Oslo universitetssykehus HF ansvarlig for styring og oppfølging av prosjektet innenfor premissene som følger av Stortingets vedtak. Som det framgår av St.prp. nr. 1 (2003-2004) og finansieringsløsningen som er lagt til grunn for prosjektet, vil eventuelle merkostnader være et anliggende for Oslo universitetssykehus HF.</p> <p>For 2009 tildeles 110,05 mill. kroner til nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet. Med dette er hele det statlige bidraget til prosjektet på 640 mill kroner (2004-kroner) utbetalt</p>		
	Foretaksmøtet forutsatte at midlene brukes til finansiering av prosjektet samt reduksjon av de kostnadmessige implikasjoner når bygget tas i bruk. Det skal gis tilbakemelding om prosjektets framdrift og kostnadsutvikling hvert tertial i 2009. Prosjektet skal også omtales i årlig melding.		Oslo universitetssykehus har i 2009 praktisert en kvartalsvis rapportering til styre for de store byggeprosjektene. Forskningsbygget ved Radiumhospitalet ble åpnet høsten 2009. De siste sluttavregningene på bygget er p.t. ikke foretatt. Bygget er realisert i henhold til tidsplan. Prosjektet ligger også an til å overholde kostnadsrammen på ca. 1.280 mill. kr.
<b>4.3.2</b>	<p><b>Låneopptak</b> Oslo universitetssykehus HF tildeles 60 mill. kroner i låneramme for 2009. Foretaksmøtet forutsatte at tildelt låneramme kun benyttes til finansiering av sykehotell ved Rikshospitalet (Montebello).</p>		
			Lånerammen på 60 mill. kr. (+ 50 mill. kr. i 2008) er benyttet til realisering av sykehotell på Rikshospitalet (Montebello). Bygget er realisert i trå med tids- og kostnadsplan. Bygget ble offisielt åpnet i januar 2010.
<b>4.4</b>	<p><b>Ny inntektsfordeling, herunder gjestepasientoppgjør.</b> Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF viste til Oppdragsdokumentet for 2009 vedrørende ny inntektsfordeling av basisbevilgningen til Helse Sør-Øst RHF, der Helse- og omsorgsdepartementet har tatt hensyn til hvilke utslag en økning i gjestepasientoppgjøret inkl. kapitalkostnader vil gi. Foretaksmøtet presiserte at</p>		
			Oslo universitetssykehus har forholdt seg til gjeldene føringer innen dette området. Foretaket har ikke bygget opp egne tilbud som kommer i konkurranse med allerede eksisterende funksjoner.

	foretakene ikke skal bygge opp egne tilbud i konkurranse med eksisterende funksjoner og at justeringen for gjestepasienter derfor vil bli holdt på samme nivå i inntektsfordelingen i de kommende årene.		
<b>4.5</b>	<b>Prioritering av investeringer over 50 MNOK</b> Foretaksmøtet viste til RHF-styresak 131-2008 for styret i Helse Sør-Øst RHF der det er vedtatt en prioritering av de aktuelle investeringene og fastsatt prinsipper for prioriteringen.		
	Foretaksmøtet påpekte at det stramme finansielle handlingsrommet gjør det viktig at sykehusområdene og helseforetakene optimaliserer bruken av eksisterende bygningsmasse, og at denne vedlikeholdes og oppgraderes etter samlede planer for hvert sykehusområde. Nye bygg og bygg av god kvalitet skal utnyttes før eventuelle planer om nye investeringer kommer i betraktning. Investeringer i nybygg skal prioriteres bare der de understøtter strukturelle grep som vil gi varige faglige, herunder for pasient og arbeidsmiljø, og/eller økonomiske gevinster og som understøtter de strategiske beslutninger i helseforetaksgruppen.		Som en del av integrasjonsarbeidet er det nedsatt et eget "arealutvalg". Arealutvalget har som en del av sitt mandat å optimalisere bruken av eksisterende bygningsmasse. Utvalget fremlegger sin rapport primo 2010.  Oslo universitetssykehus står ovenfor en betydelig bygningsmessig utfordring når de skal samlokalisere likeartede funksjoner. En god utnyttelse av eksisterende bygningsmasse, salg av bygninger som ikke lenger er i bruk samt realisering av nye byggeprosjekter kreves for å få en hensiktsmessig bygningsmessig utforming av Oslo universitetssykehus.
	Foretaksmøtet forutsatte at Oslo universitetssykehus HF setter seg inn i prioriteringene og kravene til oppfølging slik de fremgår av RHFstyresak 131-2008.		Oslo universitetssykehus er kjent med de føringer og prioriteringer som ligger i RHFets styresak 131-2008 omhandlende investeringer over 50 mill. kr.
<b>5</b>	<b>Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2009</b> Helse Sør-Øst RHF gjennomgikk styringsbudskap og krav på det organisatoriske området. For 2009 ble følgende styringsbudskap og konkrete styringskrav formidlet:		
<b>5.1</b>	<b>Utvikling av HR-området</b>		
<b>5.1.1</b>	<b>HR-strategi</b> Human resources (HR) er behandlet i RHF-styresak 067-2008 nr 2 om HR-strategi for Helse Sør-Øst 2008-2011.		



<p>Oppfølgingen av den vedtatte HR-strategien gjøres med dette bindende for Oslo universitetssykehus HF.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med helseforetakene utarbeidet handlingsplan for implementering av HR-strategien. Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak på hvert av de fire fokusområder som beskrives i denne planen. Det skal rapporteres om gjennomføringen av dette i årlig melding.</li></ul>	<p><b>Fokusområde 1: ”Mobilisering av ledere og medarbeidere” realiseres gjennom fem tiltak</b></p> <p>Oslo universitetssykehus har som en del av integrasjonsprosessen iverksatt et prosjekt som skal fokusere på kulturdimensjonen i forbindelse med</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Kartlegging av nåværende kultur i de tidligere helseforetak i OUS</li><li>2.Anbefale en prosess for å komme frem til felles ønsket kultur I OUS</li><li>3.Utvikle et felles visjon og verdigrunnlag i tråd med HSØ verdigrunnlag i OUS og forankre dette</li></ol> <p>Lederutvikling: OUS vil utarbeide et konsept for lederutvikling .Prioritet til program for nivå 2og 3.- førstelinjeledertrening samt avdelingsutvikling for sammenslåtte avdelinger som en del av integrasjonsprosessen.</p> <p>Omstilling: I omstillingsprosessen vil de 12 prinsippene for medvirkning og omstilling bli lagt til grunn for de konkrete tiltak</p> <p><b>Fokusområde 2: ”Kompetanseutvikling” realiseres gjennom to tiltak</b></p> <p>Oslo universitetssykehus vil delta aktivt i arbeidet i Helse Sør Øst for å etablere en plan for strategisk kompetanseutvikling.2. Ta i bruk læringsportalen og vil aktivt utvikle og ta i bruk relevante e-læringsprogram i tillegg til de e-læringsprogrammer som allerede er i bruk.</p> <p><b>Fokusområde 3: ”Ressursstyring” realiseres gjennom to tiltak</b></p> <p>Ressursplanleggingssystemet GAT vil bli implementert i hele OUS med en målsetning om ha dette på plass 1.6.2010 samt utvikle hensiktsmessige rapporteringsrutiner innenfor personalområdet som en del av integrasjonsprosessen.</p> <p><b>Fokusområde 4: ”Arbeidsmiljø og HMS”</b></p> <p>Oslo universitetssykehus skal utvikle en systematisk HMS-arbeid gjennom gode og velfungerende HMS systemer, herunder forbedre rutiner for systematiske risikovurderinger og oppfølging av handlingsplaner og tiltak. Medarbeiderundersøkelsen gjennomføres i hele OUS i 2010, og deretter årlig. Undersøkelsen blir ikke gjennomført i 2009, jfr. pkt. 5.1.7.</p>
--	---

<p><b>5.1.2 Helsepersonell – et godt arbeidsmiljø</b></p>	<p>Arbeidstilsynets ”God vakt” kampanje hadde to hovedformål: Helseforetakene skal ha fungerende HMS-systemer og helsepersonellet skal ikke utsettes for helseskadelig psykisk eller fysisk belastning som følge av ergonomiske forhold, arbeidskultur, arbeidsorganisering eller som følge av omstillinger. I arbeidet med Inkluderende Arbeidsliv (IA) er den enkelte arbeidsplass en viktig arena i for å redusere sykefravær, hindre utstøting og å få flere med redusert funksjonsevne i arbeid. Arbeidstilsynet følger opp kampanjen og IA-arbeidet gjennom nye tilsyn for å undersøke om arbeidsmiljøet ved helseforetakene er forbedret.</p>		
	<p>Foretaksmøtet forutsatte at Oslo universitetssykehus HF legger vekt på å sikre et godt arbeidsmiljø i helseforetaket, både med henblikk på målsettingene i ”God vakt” og Inkluderende Arbeidsliv. Foretaksmøtet la til grunn at Oslo universitetssykehus HF følger opp tilsynsrapportene og sikrer at avvik lukkes. Det vises for øvrig til pkt 4.2.2 som stiller krav til at omstillingsarbeid skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner</p>		<p>Det vises til foretakets svar til Arbeidstilsynet. Avviket er lukket og svart ut ihht. Arbeidstilsynets påpekninger. Dette gjelder i særlig grad plan for å imøtekomme utfordringene knyttet til oppgaver og ressurser.</p>
<p><b>5.1.3 Helsepersonell - et mangfoldig arbeidsliv</b></p>	<p>Regjeringen erklærte 2008 som norsk markeringsår for mangfold. Offentlige arbeidsplasser, herunder helseforetakene, skal være foregangsmodeller og i størst mulig grad gjenspeile befolkningen i sin arbeidsstyrke - og oppfylle den politiske visjonen om et samfunn for alle. Foretaksmøtet viste i den forbindelse til diskriminerings- og tilgjengelighetsloven (som trådte i kraft 1.januar 2009) som stiller krav til individuell og generell tilrettelegging (universell utforming) og gir et rettslig vern mot diskriminering. Loven gjelder på alle samfunnsområder, også i arbeidslivet.</p>		
	<p>Foretaksmøtet ba Oslo universitetssykehus HF bidra til at bl.a. rekrutteringspolitikken i foretaket utformes for å understøtte målet om et mangfoldig arbeidsliv.</p>		<p>Oslo Universitetssykehus har både ledere, klinikere og tillitsvalgte med innvandrerbakgrunn, og i særlig grad innenfor forskningsvirksomheten ved sykehuset.</p>
<p><b>5.1.4 Reduksjon i uønskede deltidsstillinger</b></p>	<p>Årsakene til bruken av deltidsstillinger er sammensatte og henger sammen med den enkelte arbeidstakers preferanser (tilbudssiden) og med forhold hos arbeidsgiver, f.eks. arbeidsgivers måte å organisere arbeidstiden på (etterspørselssiden). Foretaksmøtet stilte i 2007 og 2008 krav om at helseforetakene skulle kartlegge omfang av, samt identifisere og iverksette tiltak mot uønskede deltidsstillinger i helseforetakene.</p>		
	<p>Foretaksmøtet ba om at Oslo universitetssykehus HF fortsatt har oppmerksomhet på uønskede deltidsstillinger, og iverksetter tiltak som legger til rette for økte</p>		<p>OUS - RH : Kartlegging har vist at OUS - RH har lite uønsket deltid. Nærmeste leder arbeider med å legge til rett for økning til ønsket stillingsandel. I enheter med behov for særskilt kompetanse må dette balanseres mot hensynet til å</p>

	<p>stillingsandeler. Foretaksmøtet ba om at Oslo universitetssykehus HF rapporterer hvilke tiltak som er iverksatt for å legge til rette for økte stillingsandeler, og om effektene av tiltakene, i årlig melding.</p>	<p>oppretholde nødvendig faglig standard og kvalitet. Det vil imidlertid i en periode med overtallighet kunne være enkelte som ikke tilbys tilstrekkelig med arbeid til full stilling.</p> <p>OUS – UUS har gjennomført en omfattende kartlegging over uønsket deltid. Det viser seg å være lite omfang av uønsket deltid. Det ble i 2008 etablert et ressurscenter der de som i klinikkene hadde uønsket deltidsstilling fikk tilbud om å arbeide resterende del i regi av ressurscenteret. Det var ikke et stort behov og ønske om dette - gjelder kun enkelttilfeller.</p> <p>OUS- AUS har gjennomført kartlegging på individnivå i forhold til uønsket deltid. Tiltak har blitt vurdert av nærmeste leder, og resultatet har blitt at en del arbeidstakere har fått tilbud om økning i stilling.</p>
<p><b>5.1.5</b></p>	<p><b>Oppfølging av sykefravær og tiltak for inkluderende arbeidsliv</b> Foretaksmøtet bad om at Oslo universitetssykehus HF setter mål og utvikler tiltak for:</p>	
	<p>Redusert sykefravær. Sykefraværet skal reduseres med minst 1 prosentpoeng i 2009</p>	<p>OUS - RH: Foretaket har stabilisert sykefraværet på ca 8,3% i 2009. Dette er om lag det samme resultatet som i 2008.</p> <p>OUS - UUS : Sykefraværet lå på 8,7 % i 2008 og på 9,3 % pr. november 2009.</p> <p>OUS – AUS hadde et sykefravær på 8,2 % i 2008 og 7,8 % i 2009.</p>
	<p>Økt reell pensjonsalder. Tiltak skal innarbeides i seniorpolitiske retningslinjer</p>	<p>OUS - RH: Dette er en del av seniorpolitikken ved Rikshospitalet.</p> <p>OUS – UUS : Det har vært et prosjekt ved Ullevål for å utarbeide livsfaseorientert personalpolitikk. Det har i 2009 ikke blitt gjort konkrete tiltak for å øke reell pensjonsalder.</p> <p>OUS – AUS har ikke gjennomført særskilte seniorpolitiske tiltak i 2009.</p>
	<p>Seniorpolitiske tiltak</p>	<p>OUS – RH</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Arbeidsgiverpolitikk og lederholdninger             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeide med holdninger og synliggjøre i organisasjonen at seniorer</li> </ul> </li> </ol>

		<p>verdsettes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utarbeide en veileder for ledere.</li> <li>• Gi mulighet for at ansatte kan tre ut av krevende fag- og lederstillinger og fortsatt bidra med sin kompetanse og erfaring i andre posisjoner til sykehusets beste</li> <li>• Målrettet kartlegging av arbeidsmiljø og trivsel blant seniorer – ved siden av MUSIK</li> </ul> <p>2. Rådgivning og utviklingstiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha tilgjengelige personer i Personalavdelingen som har seniorpolitikk som særlig ansvar.</li> <li>• Eget kapittel i Personelhåndboken</li> <li>• Orientering om seniorpolitikk for medarbeidere over 55 år med oppfølging i medarbeidersamtale, som alle skal få tilbud om</li> <li>• Seniorpolitisk kurs – forberedelse til pensjonist eller fortsatt arbeidstaker</li> <li>• Opplæringstiltak/utdanningspermisjon for å utvikle og utnytte seniorers kompetanse</li> <li>• Etablere et seniorutvalg og gi støtte til pensjonistforening</li> </ul> <p>3. Generelle tiltak for alle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekstra fridager (utgangspunkt er 100 % stilling). Uttak av fridager etter avtale med arbeidsgiver. Fridagene må avvikles i det kalenderåret fridagene er gitt og kan verken utbetales eller overføres. Retningslinjer blir utarbeidet innen 1. juni 2008.</li> <li>• 2 fridager fra kalenderåret ved fylte 62 år</li> <li>• 1 fridag i tillegg pr kalenderår fra 63 til 65 år</li> <li>• Utvidet adgang til å ta ut permisjon uten lønn</li> </ul> <p>4. Individuelle tiltak etter avtale med leder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redusert arbeidstid med bibehold av lønn som alternativ til AFP</li> <li>• Mulighet for fleksibel arbeidstid og fjernarbeid for nøkkelpersonell der det er praktisk mulig</li> <li>• Individuell tilrettelegging for å beholde arbeidstakere med særaldersgrense eller særlig verdifull kompetanse.</li> </ul>
--	--	---

			<p>OUS – UUS : Det har vært et prosjekt ved Ullevål for å utarbeide livsfaseorientert personalpolitikk</p> <p>OUS- AUS har ikke implementert livsfaseorientert personalpolitikk etter AMU behandlingen.</p>
<b>5.1.6</b>	<b>Bierverv</b> Det vises til foreliggende ”Retningslinjer for praktisering av regelverket for bierverv” behandlet av helseforetakenes styrer i 2005.		
	Oslo universitetssykehus HF bes påse at retningslinjer og aktuell lovgivning er tilstrekkelig kjent for de ansatte og kvalitetssikre rutinene for å sikre at regelverket etterleves av alt personell i helseforetaket, slik at det ikke kan reises spørsmål ved de ansattes integritet, habilitet og uavhengighet, samt hensynet til forsvarlig tjenesteutøvelse.		De tre tidligere helseforetak som utgjør OUS HF, har allerede gode rutiner for oppfølging av bierverv med vekt på informasjon til ansatte og etterlevelse av reglene. Nye felles prosedyrer for regulering av bierverv er satt på dagsorden, men vil avvente konsernovergripende regelverk som utformes i Helse Sør-Øst i 2010.
<b>5.1.7</b>	<b>Medarbeiderundersøkelse</b> Det ble i 2008 utarbeidet og gjennomført en felles medarbeiderundersøkelse for alle foretak i Helse Sør-Øst. Denne vil bli evaluert og gjentatt i 3. kvartal 2009.		
	Oslo universitetssykehus HF må sørge for å sette av tilstrekkelige ressurser til planlegging og gjennomføring av medarbeiderundersøkelsen i 3. kvartal 2009.		Det ble besluttet ikke å gjennomføre medarbeiderundersøkelse i 2009 men det er lagt opp til en gjennomgang og oppfølging av tiltak fra undersøkelsen i 2008. Alle tre tidl. foretak har jobbet med oppfølging av 2008-undersøkelsen.
<b>5.1.8</b>	<b>Ansattes medvirkning i omstilling</b> Foretaksmøtet viste til RHF-styresak 067-2008 nr 6 der styret sluttet seg til de 12 prinsippene for medvirkning i omstilling og de intensjoner og det verdigrunnlag som ligger til grunn for utforming av prinsippene.		
	Prinsippene legges til grunn i det videre arbeidet med å omstille helsetjenestene, og gjøres også forpliktende for Oslo universitetssykehus HF.		OUS har drøftet og vedtatt retningslinjer for omorganisering og bemanningstilpasning med henvisning til 12 prinsippene for ansattes medvirkning under omstillingsprosesser utarbeidet i HSØ. Det skal videre etableres arenaer som sikrer god samhandling mellom ledere, tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere. Arbeidet skal sikre reell medbestemmelse, eierskap til omstillingsprosessene, økt engasjement og

			involvering. Det foregår en bred medvirkning ved endringer av organisasjonsstruktur og innplassering i ny organisasjon.
<b>5.2</b>	<b>Oppfølging av juridisk rammeverk</b>		
<b>5.2.1</b>	<b>Stiftelser og legater</b>		
	Foretaksmøtet viste til retningslinjer for helseforetakenes forhold til gaver, stiftelser og legater, jf. RHF-styresak 080-2008. Retningslinjene er utarbeidet av de regionale helseforetakene i fellesskap etter oppdrag gitt i foretaksmøtene i de regionale helseforetakene i februar 2007. Foretaksmøtet forutsatte at disse retningslinjene legges til grunn for de disposisjoner som Oslo universitetssykehus HF gjør på området, samt at gjeldende regelverk overholdes. Foretaksmøtet understreket betydningen av stiftelsers uavhengighet. Foretaksmøtet understreket videre at Oslo universitetssykehus HF skal ha en særlig oppmerksomhet knyttet til hvilke innvirkninger en eventuell aksept av mottak av gaver eller utbetalinger fra stiftelser kan ha for helseforetakets prioriteringer. Foretaksmøtet påpekte at Oslo universitetssykehus HF skal ha en restriktiv praksis med hensyn til å etablere nye stiftelser knyttet til spesialisthelsetjenesten.		
	Foretaksmøtet ba om at Oslo universitetssykehus HF innen 1. juni 2009 oppdaterer tidligere foretatte kartlegginger av helseforetakets engasjement i stiftelser og legater, samt klarlegger forholdet mellom oppretter og eventuell mottaker (jf. stiftelsesloven § 19).		Oppdatering og rapportering ble gjennomført.
	Foretaksmøtet ba om at Oslo universitetssykehus HF bringer forholdet til aktuelle stiftelser og legater i orden, slik at det samsvarer med gjeldende regelverk og retningslinjer. Foretaksmøtet ba om at helseforetaket, foruten å avgi en situasjonsbeskrivelse, rapporterer om plan for dette arbeidet innen 1. august 2009.		Samtlige stiftelser bortsett fra "Helga og Hjalmar Wergelands forskningsfond" er registrert i Stiftelsesregisteret, men arbeid med denne registreringen er påbegynt.  Samtlige stiftelser forvaltes i overensstemmelse med regelverket i Stiftelsesloven. Samtlige stiftelser er meddelt RHF'et.
	Foretaksmøtet ba om at Oslo universitetssykehus HF kontakt med stiftelser rutinemessig revideres opp mot gjeldende regelverk og retningslinjer, f.eks. ved hjelp av helseforetakets revisor.		Kravet til revisjon av stiftelsene er oppfylt for stiftelsene, bortsett fra "Gunhild Mikkelsens Minde", men arbeid med å få på plass revisor for denne stiftelsen er påbegynt.

<p><b>5.3</b></p>	<p><b>Utvikling av IKT-området</b>                  Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helsetjenesten. Tiltak på IKT-området vil derfor være en viktig del av samhandlingsreformen. Visjonen er å utvikle helhetlige systemer for sikker og oppdatert informasjonsforvaltning og dokumentasjon, og i større grad ta i bruk pasientverktøy for kliniske og forebyggende aktiviteter. Det er i den forbindelse særlig viktig at det utvikles IKT-infrastruktur som legger til rette for bedre samhandling mellom ulike aktører i helsetjenesten.</p>	
	<p>Foretaksmøtet merket seg at regjeringen har besluttet å utrede om det med utgangspunkt i Norsk Helsenett, skal etableres en statlig enhet som skal ha et helhetlig ansvar for utvikling og drift av IKT-infrastruktur i helsetjenesten.</p>	<p>Norsk helsenett AS er overtatt av det statlige foretaket Norsk Helsenett SF, hvor eierskapet forvaltes av Helse- og omsorgsdepartementet. Norsk Helsenett SF skriver selv om sin rolle at                  ”Hovedformålet med etableringen av Norsk Helsenett SF og dagens virksomhetsoverdragelse er å videreutvikle en sikker IKT-infrastruktur for forvaltning og kommunikasjon av informasjon, samt telemedisinske løsninger i helse- og omsorgssektoren. Virksomheten skal utvikles innenfor rammen av nasjonal IKT-politikk og i samsvar med de overordnede helsepolitiske mål.”                  ”Norsk Helsenett skal utføre samfunnsoppgaver på vegne av staten i tråd med statens styringskrav. Norsk Helsenett skal bidra til at en standardisert IKT-infrastruktur med felles tjenester blir gjort tilgjengelig på et nasjonalt plan, og gjennom dette medvirke til å oppnå helsepolitiske mål om kvalitet, lik tilgjengelighet til helsetjenester, effektivisering og informasjonssikkerhet.”</p>
	<p>Foretaksmøtet ba om at Oslo universitetssykehus HF påser at sikkerhetsarbeidet knyttet til IKT er forankret i ledelsen i helseforetaket. Sikkerhetsarbeidet må ha en hensiktsmessig organisering med klare retningslinjer for hvordan sikkerhet skal ivaretas og ha rutiner for autorisasjon for tilgang til pasientsystemer. Sikkerhetsarbeidet skal også omfatte regelmessig opplæring i regelverket, intern kontroll, oppfølging av avvik og risiko- og sårbarhetsanalyser.</p>	<p>Det kan bekreftes at sikkerhetsarbeidet er forankret i ledelsen. Både via implementering av det nasjonale styringssystem for informasjonssikkerhet, som klart tydeliggjør dette, samt ved etablert ordning med personvernombud. Det kan videre bekreftes at sikkerhetsarbeidet har klare retningslinjer for hvordan sikkerhet skal ivaretas og ha rutiner for autorisasjon for tilgang til pasientsystemer. Sikkerhetsarbeidet dekker dermed også de påpekte aspekter, og det jobbes kontinuerlig med forbedring av dette.</p>
<p><b>5.3.1</b></p>	<p><b>Krav til meldingsformater</b>                  Det er dokumentert store variasjoner knyttet til hvilke meldingsformater og -versjoner de ulike aktørene i helsetjenesten har tatt i bruk. Dette er til hinder for god kommunikasjon mellom partene. Gjennom ”meldingsløftet” som er initiert av helsemyndighetene, er det lagt vekt på at det i de kommende årene skal være samtidighet og forutsigbarhet ved innføring av meldingsutveksling. Dette krever klare krav til hva som skal implementeres og tidsfrister for når ulike meldingsstandarder skal tas i bruk.</p>	

	<p>Foretaksmøtet ba om at Oslo universitetssykehus HF sørger for at helseforetaket følger opp målene og handlingsprogrammet som er etablert i forbindelse med ”meldingsløftet” (jf. programdirektiv ”Nasjonalt meldingsløft 2008-2010”). Foretaksmøtet ba også om at Oslo universitetssykehus HF i 2009 aktivt tilrettelegger for tilknytning til Norsk Helsenetts adresseregister.</p>		<p>Fremdriften for Meldingsløftet ved Oslo universitetssykehus følger planen rapportert inn i Handlingsplan for Nasjonalt Meldingsløft. Dette innebærer at helseforetaket innen 1. juni 2010 vil nå målsetningene for utsendelse av epikriser, svarutsendelser for Medisinsk biokjemi, Immunologi, Mikrobiologi og Radiologi. Dette er forutsatt at mottakerne (aktuelle legekantor) er i stand til å motta utsendelsene. Arbeidet med å knytte Oslo universitetssykehus til den regionale adressedatabasen går etter planen.</p>
<p><b>5.3.2</b></p>	<p><b>Elektroniske resepter</b>                  Spesialisthelsetjenesten er knyttet til arbeidet med elektroniske resepter via rekvirentprosjektet i eReseptprogrammet. Gjennom eResept blir Statens legemiddelverk den sentrale leverandør og forvalter av grunnlagsdata overfor rekvirenters forskrivning av legemidler og medisinsk utstyr (forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (FEST)).</p>		
	<p>Foretaksmøtet ba om at Oslo universitetssykehus HF bidrar til å utvikle standardiserte løsninger (kommunikasjonsformat og kodeverk) mot eResept og overfor intern rekvirering i sykehus som bygger på FEST. Gjennom 2009 skal prosessene for å forberede mottak av eResept videreføres gjennom aktiv deltakelse inn mot eReseptprogrammet og avrop på rammeavtaler med leverandører med sikte på utbredelse i 2010.</p>		<p>Oslo universitetssykehus har bidratt med flere ressurser inn i det nasjonale forprosjektet for eResept. Forprosjektet har levert en rapport som konkluderte med at det bør sees i en sammenheng, og at det etableres et prosjekt i 2010 som jobber med en langsiktig arkitektur som støtter utbredelse av intern forordning og e-resept i en forbedret versjon.</p>
	<p>Foretaksmøtet ba videre om at Oslo universitetssykehus HF sørger for at nye blåresepter blir påført refusjonskode i tråd med den nye blåreseptforskriften.</p>		<p>Arbeidet er ferdigstilt og refusjonskodeverket i Oslo universitetssykehus er nå i tråd med den nye forskriften.</p>
<p><b>5.3.3</b></p>	<p><b>Elektronisk meldeordning – redusere feil og uønskede hendelser</b>                  God meldekultur og velfungerende meldesystemer er sentrale forutsetninger for å redusere feil og uønskede hendelser. Statens helsetilsyn skal i 2009 igangsette et arbeid med sikte på å innføre en elektronisk meldeordning for innsending og behandling av meldinger om betydelig personskade, hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade, eller når en pasient skader en annen, jf spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.</p>		
	<p>Foretaksmøtet forutsatte at Oslo universitetssykehus HF i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og Statens helsetilsyn, bidrar til innføring av elektronisk meldeordning.</p>		<p>Fremdriften for Meldingsløftet ved OUS følger planen rapportert inn i Handlingsplan for Nasjonalt Meldingsløft. Dette innebærer at helseforetaket innen 1. juni 2010 vil nå målsetningene for utsendelse av epikriser, svarutsendelser for Medisinsk biokjemi, Immunologi, Mikrobiologi og Radiologi. Dette er forutsatt at</p>



			mottakerne (aktuelle legekantor) er i stand til å motta utsendelsene. Arbeidet med å knytte OUS til den regionale adressedatabasen går etter planen.
<b>5.3.4</b>	<b>Automatisk oversendelse av frikort – overtakelse av pasientreiser</b>		
	I løpet av mars 2009 skal løsningen for automatisk oversendelse av frikort til brukerne per post være ferdig utviklet med sikte på full drift fra 2010. Automatisk frikort baserer seg på opplysninger om egenandeler hentet fra oppgjør fra behandlere og tjenesteytere. Helsedirektoratet har ansvar for utvikling og innføring av løsningen. Det tas sikte på at løsningen piloteres i Helse Nord (Tromsø) fra mars/april 2009.		
	Foretaksmøtet ba om at Oslo universitetssykehus HF sørger for at alle egenandeler fra poliklinisk behandling og pasientreiser blir rapportert elektronisk til frikortløsningen i tråd med de føringer som blir gitt for etableringen av denne.		Dette blir ivaretatt via PasDoc med en planlagt oppgradering høsten 2010.
	Foretaksmøtet viste videre til at de regionale helseforetakene skal overta ansvaret for reiseplanlegging, informasjon og enkeltoppgjør for pasientreiser gradvis i perioden fra 1. september 2009 til 1. januar 2010. Det er stor avhengighet mellom forvaltningen av frikortløsningen og pasientreiser. Foretaksmøtet ba om at Oslo universitetssykehus HF bidrar til et godt samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og Helsedirektoratet i den forbindelse.		OUS viser til ovenstående svar, og stiller seg positive til å bidra videre i prosessen

<p><b>5.4</b></p>	<p><b>Organisering og utvikling av fellestjenester</b>                  Organisering og utvikling av fellestjenester er et hovedinnsatsområde i omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst, og det er besluttet å standardisere støttefunksjoner i foretaksgruppen både når det gjelder teknologi, organisasjon og prosesser for å frigjøre ressurser til pasientbehandling og øke kvaliteten på de administrative funksjoner.</p> <p>Foretaksmøtet viste til RHF-styresak 058-2007 om styringsmodell for fremtidig utvikling av felles funksjoner innen stab/støtte samt RHF-styresak 068-2007 <i>Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst</i>, og videre særlig til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RHF-styresak 067-2008 om omstillingsprogrammet og videre strategi, særlig fremlagt HR-strategi i Helse Sør-Øst 2008-2011 samt Innsatsområde 3.1. IKT – om porteføljestyring og modell for organisering og styring av IKT</li> <li>• RHF-styresak 109-2008 etablering av felles tjenesteleverandør IKT</li> <li>• RHF-styresak 128-2008 Strategiplan innkjøp og logistikk 2009-2012</li> <li>• RHF-styresak 067-2008 nr 5 ang eiendom</li> </ul> <p>RHF-styrets vedtak i disse sakene skal legges til grunn for organisering av stab/støtte i helseforetakene som utgjør de nye sykehusområdene. Det forutsettes derfor tett dialog med Helse Sør-Øst RHF om organisering av arbeidet innenfor fellestjenester.</p>	
<p><b>5.4.1</b></p>	<p><b>Sykehuspartner som felles tjenesteleverandør for IKT</b>                  Foretaksmøtet viste til RHF-styresak 109-08 hvor det er lagt til grunn at organiseringen av IKT skal sikre god kvalitet på tjenestene, god driftmessig sikkerhet og god ressursutnyttelse gjennom samordnet regional styring, riktig prioritering og uttak av organisasjonsmessige gevinster i helseforetakene. I arbeidet med dette etableres ny felles tjenesteleverandør for IKT som en del av Sykehuspartner. Dette gjennomføres ved en samlet virksomhetsoverdragelse for den resterende del av foretakene i Helse Sør-Øst i tråd med lov og avtaleverk. IKT- tjenester som overføres til ny felles tjenesteleverandør skal som hovedprinsipp i 2009 baseres på samme servicenivå, kostnadsnivå og risiko som ved overtakelsen.</p> <p>Sykehusområder som består av flere helseforetak skal gjennomføre samordning av systemløsninger og etablering av felles informasjonsgrunnlag for å sikre standardisering</p>	<p>Nye Sykehuspartner IKT ble opprettet ved virksomhetsoverdragelse av drifts- og forvaltningsressurser fra blant annet Oslo universitetssykehus 1. september 2009. I samme periode ble de tre tidligere IT-avdelingene slått sammen til en, og er nå organisert med roller og ansvarsområder som ivaretar foretakets rolle i samarbeidet med Sykehuspartner IKT og sykehusets behov for IKT støtte, utvikling og gevinstrealisering.</p> <p>Opprettelsen av Oslo universitetssykehus krever samordning av IKT løsningene på alle lokalisasjoner, og etablering av et felles klinisk informasjonsgrunnlag i hele det nye helseforetaket. Dette blir ivare tatt i integrasjonsprosessen, via programmet SIO Realisering.</p>

	og effektiv drift. Regionale fellesløsninger skal benyttes når ikke særlige hensyn krever andre løsninger.		
<b>5.4.2</b>	<p><b>Strategiplan for innkjøp og logistikk</b> Foretaksmøtet viste til RHF-styresak 128-2008 strategiplan for innkjøp og logistikk.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaksmøtet forutsatte at strategiplanen styrebehandles innen utgangen av mai 2009 i Oslo universitetssykehus HF og at det etableres handlingsplaner for innkjøp/logistikk for å ivareta en samlet oppfølging av strategiplanen, de årlige regionale handlingsplanene samt øvrige tiltak pålagt i foretaksmøter. Det legges særlig vekt på at helseforetaket følger opp følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tar i bruk sitt elektroniske innkjøpssystem til alle anskaffelser</li> <li>- Bruker NORKAT (felles elektronisk produktkatalog) for å sikre kjøp av riktige produkter til avtalepriser</li> <li>- Tar i bruk felles forsyningscenter og optimaliserer internlogistikken</li> </ul> </li> </ul> <p>En forutsetning for å nå de effektiviseringskrav som settes til innkjøp og logistikk er en tettere oppfølging fra helseforetakene. Det blir etablert løpende rapportering for oppfølging av nøkkelindikatorer som angitt i strategiplan, 1. kvartal 2009.</p>		<p>Oslo universitetssykehus behandlet i styremøte 7. mai, sak 69 Handlingsplan for innkjøp og logistikk 2009 Oslo universitetssykehus HF.</p> <p>Oslo universitetssykehus har som en del av integrasjonsarbeidet organisert et større innkjøpsprosjekt der hensikten er både å redusere prisene på løpende innkjøp samt å bidra til god innkjøpslogistikk. Det kan også påpekes at HFet i 2009 har vektlagt en tettere dialog med RHF innkjøpsorganisasjon i den hensikt å på best mulig måte bidra til å realisere de målsetninger som er satt innen innkjøps- og logistikkområdet.</p>
<b>5.5</b>	<p><b>Strategisk utvikling og måloppnåelse for eiendomsområdet.</b> I RHF-styresak 026 nr 2-2008 ble det lagt til grunn et mål om 10 % kostnadsreduksjon og 10 % arealreduksjon i Helse Sør-Øst. Styret vedtok i RHF-styresak 067-2008 nr 5 å starte gevinstrealiseringen og foreslå en organisasjonsform som sikret gevinstene.</p>		
	Foretaksmøtet forutsatte at Oslo universitetssykehus HF bidrar i denne måloppnåelsen, både innenfor eget		Det vises til kommentarer i Årlig melding, pkt. 6.4 Bygningskapital – status og utfordringer

	<p>virksomhetsområde og i de felles prosjekter som etableres innen gevinstrealisering og optimalisering av eiendomsorganisasjonen.</p>		
<p><b>5.6</b></p>	<p><b>Legemiddelforsyning</b>                  Sykehusapotekene HF er en felles tjenesteleverandør i Helse Sør-Øst og skal gjennomføre løsninger som tilrettelegger for effektiv og sikker legemiddelforsyning og -bruk i alle regionens helseforetak. Det er en forutsetning at alle helseforetak sikres lik tilgang til Sykehusapotekene HF's farmasøytiske og apotekfaglige kompetanse og tjenester. Løsninger og tiltak skal bidra til å:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sikre sykehusene en legemiddelforsyning av høy kvalitet og til lavest mulig pris</li> <li>- sikre/bevare farmasøytisk kompetanse og produksjons- og forsyningsberedskap</li> <li>- sikre tilgang til farmasøytisk kompetanse ift sykehusenes behov</li> <li>- sikre sykehusenes legemiddelberedskap</li> <li>- sikre helhetlige behandlingsskjeder for pasientene</li> </ul>		<p>OUS - UUS                  Innkjøpt noe ekstern kontroll fra Sykehusapotekene.                  Fire planlagte interne revisjoner vedrørende medikamenthåndtering gjennomført                  Det er i 2009 gjennomført flere samarbeidsmøter i regi av de enkelte sykehus med sykehusapotekene.</p> <p>OUS - RH                  Legemiddelkomiteen (LMK) ved RR har i 2009 ferdigstilt koordineringen av legemiddelhåndteringsprosedyrene mellom RH og DNR harmonisert med ny forskrift for legemiddelhåndtering. Kompetansekrav og tiltak på legemiddelhåndteringsområdet er gjennomgått av LMK på oppdrag fra sykehusets ledelse og presentert i egen rapport. Denne rapport har deretter inngått i underlaget for HSØs arbeid med koordinering av legemiddelhåndteringsfeltet i hele regionen.                  Interne revisjoner på legemiddelområdet er utført ved 19 enheter på RR og 3 enheter ved UUS med særlig fokus på kritiske trinn for pasientsikkerhet i legemiddelhåndteringsprosessen.                  Oppfølging av fellesrevisjon fra HSØ på biologiske legemidler er effektivt med etablering av lokal behandlingsprosedyre med utdypning bl.a. av seponeringsrutiner.                  Sikkerhet for effektiv legemiddelforsyning til lavest mulig kostnad er ivarettatt ved et kontinuerlig samarbeid mellom sykehus, legemiddelkomite og Sykehusapotek.                  Dekningsgraden for innkjøp av legemidler over LIS-avtaler er på over 70% og innebærer en betydelig kostnadsreduksjon. Oppfølging av avtaler i klinikken sikres ved bl.a. etablert legemiddelliste distribuert til sykehusets leger og sykepleiere.                  Et eget Prosjekt Vareflyt er etablert mellom Oslo universitetssykehus, Ullevål, og Sykehusapotekene HF, med sikte på optimalisering av legemiddelforsyningen til sykehuset.                  LMK-leder har deltatt i HSØs prosjektgruppe for etablering av nye felles avtalemaler mellom RHF/helseforetak og Sykehusapotek for å sikre funksjoner</p>

		<p>nevnt under pkt. 5.6.                  LMK-leder har deltatt i Helse- og Omsorgsdepartementets forløpsgruppe „Riktig legemiddelbruk“ i forbindelse med Samhandlingsreformen med fokus på sikring av legemiddelbehandling i behandlingslinjene.</p> <p>OUS - AUS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aker lønner 2,8 farmasøyter fra Sykehusapoteket Aker, som dekker behovet vårt mht legemiddelkomitearbeid, revisjoner, tilsyn, rådgivning og legemiddelberedskap. Av de 2,8 stillingene har 0,4 stilling vært brukt til sekretærfunksjonen i Legemiddelkomiteen (LMK), og 1,2 stilling har vært brukt til klinisk farmasi ved flere poster, hovedsaklig i Medisinsk klinikk.</li> <li>- Vedlikehold av Legemiddelhåndboken (nivå 1) til Aker bl.a. oppdatert retningslinjer for <i>TNF-alfa-hemmere</i> og <i>Oppbevaring av legemidler</i>. Utarbeidet nye retningslinjer for: <i>Ordinering og utdeling av legemidler ved polikliniske konsultasjoner, Kassasjon av legemidler og retur av legemidler til Sykehusapoteket Aker, Nøkler, kort og koder til legemiddellager og Temperaturmåling legemiddellager.</i></li> <li>- Sykehusapoteket Aker har gjennomført 10 revisjoner med tema: Kontroll og oppfølging av A- og B-preparater. Dette inngår i en revisjonsrunde med felles tema i Helse Sør-Øst. En kartlegging av dokumentasjon av ordinering og utdeling av legemidler i poliklinikker er avsluttet. Det er utarbeidet samlerapport med oppsummering av funnene.</li> <li>- Det er gjennomført to kartlegginger i Klinikk rus og avhengighet (KRA), og det er skrevet rapporter fra disse.</li> <li>- I KRA har Sykehusapoteket i samarbeid med farmasøyt i Klinikk for psykiatri vært pådriver i arbeidet med å utarbeide/revidere mange prosedyrer for legemiddelhåndtering (nivå 2).</li> <li>- Sykehusapoteket Aker har deltatt i registreringer i forbindelse med sykehusets prevalensundersøkelser i forhold til antibiotikabruk.</li> <li>- Aker har fått tilbud om undervisning fra Sykehusapoteket, og det er gjennomført nesten 50 undervisninger, hovedsaklig for sykepleiere. I KRA er det undervist på legemiddelhåndteringskurs for ansatte som ikke er sykepleiere.                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Legemiddelkomiteen (LMK) har i samarbeid med sykehusets LIS-kontakt (ansatt på Sykehusapoteket Aker) deltatt i forbindelse med felles LIS-ansbud for Oslo universitetssykehus HF for 2010. (LIS = Legemiddelinnkjøpssamarbeid). Sykehusapoteket har sørget for</li> </ul> </li> </ul>
--	--	--

			etterlevelse av LIS-avtalene, og dermed at den økonomiske gevinsten ved avtalene har blitt hentet ut.
	Oslo universitetssykehus HF skal etablere standardiserte avtaler med sykehusapotekforetaket som bidrar til samhandling, koordinert ressursutnyttelse og felles standarder på tvers av helseregionen ift effektiv og sikker legemiddeldistribusjon og -bruk.		Det er utarbeidet rammeavtaler og felles avtaleverk mellom HSØ og Sykehusapotekene HF. Aker har ikke deltatt direkte i denne prosessen. Aker mener imidlertid at dette er gode avtaler som representerer et fremskritt ved enhetlig innhold og samordning av tjenesteyting. Det pågår p.t. forhandlinger mellom Oslo universitetssykehus HF og Sykehusapotekene HF om konkret avtale mellom disse med utgangspunkt i rammeavtalen.
	Oslo universitetssykehus HF skal etablere entydige mål og ansvarsbeskrivelser knyttet til rutiner og kompetansekrav relatert til legemiddelanskaffelse, legemiddelberedskap, legemiddelforsyning og legemiddelbruk.		Det er til en viss grad etablert prosedyrer ved de tre enkelte sykehus. Prosess for felles dokumentasjon for OUS er under etablering.  Arbeidet med felles legemiddelkomite for OUS er en prosess som har pågått gjennom hele 2009 med flere møter og en felles, fyldig tilstandsbeskrivelse.
	Oslo universitetssykehus HF skal etablere beredskapsløsninger på legemiddelområdet i samarbeide med Sykehusapotekene HF og i tråd med anbefalinger i gjennomført regionalt prosjekt "Legemiddelberedskap" slik det fremgår av brev datert 17. september 2008 fra Helse Sør-Øst RHF <i>Legemiddelberedskap – prosjektrapport og oppfølging av anbefalinger.</i>		De enkelte sykehus har innlemmet legemiddelberedskap i sine beredskapsplaner. Arbeidet med å etablere en felles beredskapsplan for OUS er påbegynt.  OUS - AUS Aker har i 2008 utarbeidet egne beredskapslister over kritiske legemidler og disse ble oppdatert i 2009 i forbindelse med influensapandemien. Arbeidet med dette har dels bygget på HSØ sin Prosjektrapport og anbefalingene i den. Sykehusapoteket Aker har bidratt i forbindelse med svineinfluensapandemien med deltakelse i vaksineråd-gruppe og opparbeiding av lokalt legemiddelberedskapslager. Sykehusapoteket har hatt den praktiske håndtering og distribusjon av svineinfluensavaksinen. Basislister for legemidler for poster med ASL (apotekstyrt legemiddellager) er som ledd i beredskapen, lagt ut på sykehusets intranett i Legemiddelhåndboken.  OUS - RH Legemiddelberedskapsplan for RR er utarbeidet og vedlagt sykehusets overordnede katastrofeberedskap på nivå 1. Planen er koordinert med Ullevåls beredskap på legemidler.

	<p>Oslo universitetssykehus HF skal i størst mulig grad bidra til standard løsninger for elektronisk forskrivning, forsyning og lagring av legemidler for innlagte pasienter.</p>	<p>OUS - UUS                      Prosjekt: Elektronisk bestilling og lagerhold av medikamenter (DELTA).                      Etablering av felles styrende dokumentasjon..                      Innføring av elektronisk kurve.</p> <p>OUS - AUS                      Det er ikke kommet til konkrete tiltak på dette viktige området for Aker sin del. Forsøk med ”elektronisk kurve” foregår bl.a. på Ahus. Det er sterkt ønske om at OUS samlet kan utvikle en elektronisk forskrivningsmodul til sin EPJ. Apotekstyrt legemiddellager (ASL) er innført ved 8 sengeposter i medisinsk klinikk i 2009 i tillegg til de 2 postene som har hatt dette i mange år. På ASL-postene er det planlagt innføring av elektronisk bestilling i løpet av våren 2010.</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>Øvrige eierkrav</b>                      Helse Sør-Øst RHF gjennomgikk øvrige eier krav. For 2009 ble følgende styringsbudskap og konkrete styringskrav formidlet:</p>	
<p><b>6.1</b></p>	<p><b>Oppfølging av hovedstadsprosessen</b>                      Foretaksmøte viste til RHF-styresakene 108-2008 og 133-2008. Foretaksmøtet har gjort oppfølgingen av disse sakene bindende for helseforetakene, jf. sak 3. I RHF-styresak 133-2008 ble det i vedlegg 1-3 presentert utkast til mål og eierkrav. Disse har vært forelagt for styret i Oslo universitetssykehus og interimsstyret i sykehusområde Vestre Viken. Tilbakemeldingene viser at foretakene vil etablere gjennomføringsplaner og iverksette en planmessig omstilling og endring allerede i 2009. Foretaksmøtet påpeker at gjennomføringstakten for endringsarbeidet må skje innenfor foretakets tildelte ramme for drift og investeringer i 2009, jf. også sak 3.</p>	<p>-Se årlig melding punkt 4.3 – 4.6.</p>

<p><b>6.2</b></p>	<p><b>Forskning</b> Foretaksmøtet viste til at Helse Sør-Øst RHF vil utvikle forskning og innovasjon i tråd med regionens vedtatte strategi (RHF-styresak 050-2008). Det etableres ett sammenhengende system for forskning og utdanning av helsepersonell i hele Helse Sør-Øst, på høyt internasjonalt nivå og i tett samhandling med universiteter og høyskoler i helseregionen. Oslo universitetssykehus HF skal utgjøre kjernen (navet) i universitetssykehussystemet, ha en regional understøttende funksjon innen klinikk og forskning og selv ha tung forsknings- og undervisningsaktivitet. Oslo universitetssykehus HF skal også ha sentrale oppgaver knyttet til grunnutdanning av helseprofesjoner, forskerutdanning og en forpliktelse til å ivareta regionale funksjoner knyttet til drift av regionale forskningsnettverk, tung regional infrastruktur og innovasjon.</p>	
	<p>Foretaksmøtet viste til RHF-styresak 050-2008 Forskningsstrategi for Helse Sør-Øst. Oppfølgingen av forskningsstrategien gjøres bindende for Oslo universitetssykehus HF.</p>	<p>OUS deltar aktivt i oppfølging i strategien, blant annet gjennom bidrag til utarbeidelse av handlingsplaner, gjennom egen organisering og prioritering av forskning, utvikling og innovasjon og gjennom et styrket samarbeid med Universitetet i Oslo og høyskolene. OUS forbereder opprettelse av den regionale forskningsstøttefunksjonen og har høsten 2009 gitt HSØ bidrag til videre konkretisering av oppdraget. Etablering forutsetter tildeling av midler som skissert av HSØ. Forskningsstøttefunksjonene ved OUS er reorganisert og videre oppgave-/funksjonsområder vil i stor grad baseres på HSØ sin forskningsstrategi.</p> <p>OUS har høsten 2009 etablert et nytt forskningsutvalg, som vil være en viktig premissleverandør for utarbeidelse av ny forskningsstrategi for Oslo universitetssykehus. Forskningsutvalget har medlemmer fra Universitetet i Oslo og Høgskolen i Oslo. Utvalgets skal blant annet basere sitt arbeid på nasjonale og regionale strategier og føringer, samtidig som OUS som største helseforskningsaktør blant helseforetakene må sikres eget strategisk handlingsrom for å nå målene i regional forskningsstrategi .</p> <p>OUS har også opprettet et nytt Utdanningsutvalg, sammen med høyskolene i Oslo og Akershus og Universitetet i Oslo. Utdanningsutvalget vil følge opp en flere saker som berører regional forskningsstrategi, i samarbeid med Forskningsutvalget .</p>
<p><b>6.3</b></p>	<p><b>Oppfølging av miljøpolitikken</b> Foretaksmøtet viste til rapport til Helse- og omsorgsdepartementet datert 1. oktober 2008 fra de regionale helseforetakenes arbeid med å kartlegge etablerte miljøtiltak med overføringsverdi og utrede nye miljøtiltak, med bakgrunn i krav i protokoll fra foretaksmøte i de regionale helseforetakene i januar 2008.</p>	



	<p>Foretaksmøtet ba Oslo universitetssykehus HF om å bidra til å sikre en helhetlig tilnærming for å oppfylle de nasjonale miljø- og klimamålene med utgangspunkt i rapportens anbefalinger. Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF har bedt Helse Sør-Øst RHF om å delta i videreføringen av dette arbeidet. Arbeidet skal organiseres som et samarbeidsprosjekt mellom de regionale helseforetakene, og skal ledes av Helse Vest RHF. Det er viktig at arbeidet er forankret i helseforetakene og at det arbeides systematisk med dette.</p>		<p>OUS - UUS</p> <p>a) Det er opprettet et koordinerende Miljøforum med mandat fra adm.direktør for å samordne arbeidet i linjen og sikre fremdrift i oppfyllelse av HOD's forventning om innføring av miljøledelse som en integrert del av styringssystemet.</p> <p>b) Miljøforum har startet arbeidet med å utarbeide konkrete miljømål og tiltak innen områdene energi, avfall, transport, og innkjøp.</p> <p>c) Retningslinjer og nødvendige prosedyrer er utarbeidet, men innføringen ble forsinket p.g.a. store omstillingsprosesser i sykehuset. De siste er nå i ferd med å bli godkjent og implementert.</p> <p>Miljøforum vil også arbeide for en samordning og styrking av det samlede miljøarbeidet i OUS.</p>
	<p>Foretaksmøtet ba Oslo universitetssykehus HF om å følge opp anbefalingene fra rapporten med hensyn til utvikling av miljøkrav i forbindelse med innkjøp.</p>		<p>Det vises til kommentarene ovenfor relatert til opprettelsen av Miljøforum. Innkjøpsmiljøet har deltatt aktivt i dette arbeidet.</p>
	<p>Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF har videre bedt om at Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, etablerer et miljø- og klimaforum innen 1. juni 2009. Forumet skal være rådgivende og ledes av Helse Vest RHF. Alle de regionale helseforetakene og hvert av helseforetakene skal delta i dette forumet. Forumet rapporterer til nevnte samarbeidsprosjekt.</p>		<p>Miljø- og klimaforumet er etablert, og OUS deltar med en representant. Styringsgruppen har fastsatt mandat for forumet, og det er avholdt to møter i 2009.</p>
<p><b>6.4</b></p>	<p><b>Bygningsmessig vedlikehold</b></p>		
	<p>Oslo universitetssykehus HF skal utarbeide vedlikeholdsplaner og sørge for å gjennomføre disse. Det forutsettes at tildelte investeringsmidler prioriteres på en slik måte at bygningsmassen ikke forfaller. Vedlikeholdsplanene skal være realistiske og gjennomførbare, og det skal rapporteres på planene tertialvis til Helse Sør-Øst RHF.</p>		<p>Eiendomsavdelingen ved OUS melder inn investeringsbudsjett i forhold til lovpålagt- og løpende vedlikeholdsbehov. I perioden fram til 01.01.10 vil eiendom være etablert og i løpet av første kvartal 2010 vil vedlikeholdsplanene være enhetlige for OUS.</p>

<p><b>6.5</b></p>	<p><b>Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eiendommer</b> Foretaksmøtet viste til at de regionale helseforetakene og helseforetakene skal sørge for at sektorens landsverneplan er alminnelig kjent av de som har ansvar for forvaltning, drift og vedlikehold av spesialisthelsetjenestens eiendommer, samt at det forventede forskriftsvern som Riksantikvaren vil etablere for aktuelle verneobjekter i sektoren i 2009, overholdes. De verneinteresser som er satt i verneklasse 2 skal respekteres og innarbeides i særskilte forvaltningsplaner på linje med de eiendommer som blir underlagt et forskriftsvern (verneklasse 1). Ved avhending av eiendom som er omfattet av landsverneplanen, skal det sikres formelt vern gjennom forskrift eller lokal reguleringsplan før eiendommen går ut av spesialisthelsetjenestens eie. All avhending av eiendom som er omfattet av landsverneplanen, skal rapporteres til felles database.</p> <p>Forvaltningsplanene skal behandles av styret for det regionale helseforetaket og når det gjelder verneklasse1, forelegges Riksantikvaren for godkjenning. Helseforetaket må ha system for å påse og følge opp at forvaltning og drift av eiendommer som omfattes av landsverneplanen skjer i henhold til og innenfor de rammer som er nedfelt i landsverneplanen. Eventuelle avvik må behandles ihht. ordinære rutiner i foretakets internkontrollsystem og meldes det regionale helseforetaket og Riksantikvaren (verneklasse1).</p>	
	<p>Helseforetaket må sørge for at forvaltningsplanene blir løpende oppdatert i samsvar med pålegg eller tilrådinger fra myndighets- og rådgivingsorgan. Bygningsmessige tiltak på verneverdige bygg skal meldes inn til og behandles av det regionale helseforetaket</p>	<p>Forvaltningsplanen vil bli utarbeidet i samsvar med de pålegg som vil fremkomme av endelig godkjenning</p>
<p><b>6.6</b></p>	<p><b>Organisering av parkeringstilbudet ved sykehusene</b> Parkeringssituasjonen ved sykehusene er kartlagt og vurdert i rapport datert 24. november 2008 utarbeidet av de regionale helseforetakene. Foretaksmøtet la til grunn at Oslo universitetssykehus HF følger opp at helseforetaket organiserer parkeringstilbudet i tråd med anbefalingene i rapporten.</p>	<p>Foretaket er organisert og har samlet ansvaret for parkeringsvirksomhet i en enhet i OUS. Parkeringstilbudene er godt skiltet og informasjon om endringer gis fortløpende til brukere av tilbudet. Det er etablert en parkeringsordning som ikke belaster pasienter og besøkende unødvendig. Det er videre etablert gode rutiner når det gjelder klageadgang og foretaket har selv makuleringsrett på sletting av bøter.</p>
	<p>Foretaksmøtet la i denne forbindelse vekt på følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det er viktig at pasienter og pårørende får god informasjon om rettigheter, transportmuligheter, og om parkeringsforhold ved det enkelte sykehus. Dette gjelder også syketransportforskriftens regler om bruk av egen bil, bruk av offentlige transportmidler og dekning av utgifter til reise i forbindelse med undersøkelse og behandling.</li> </ul>	<p>Det blir i skriv fra avdelingene informert om parkeringsmuligheter, samt refusjon på drosjeregninger etter gjeldende regler. Videre blir det gitt info om pasienttransport for pasienter som er innvilget dette.</p> <p>Som virkemiddel for regulering av parkeringen, er det innført avgift for betaling, også for ansatte ved Aker og Ullevål. Dette er også videreført ved Rikshospitalet. Tiltaket har redusert parkering på sykehusets område i noen grad. Eksternt har imidlertid naboområder blitt noe mer belastet med parkering.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilrettelegging for bruk av offentlige transportmidler kan være et godt bidrag for å støtte opp om de miljømål det regionale helseforetaket arbeider mot. Samarbeid med kommunale og fylkeskommunale myndigheter for å tilrettelegge for bruk av offentlig transport bør prioriteres.</li> <li>- Det må etableres et parkeringstilbud som innebærer at pasienten ikke får ekstra gebyr dersom behandler ikke holder fastlagt tid for konsultasjon. Dette er også viktig for pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp.</li> <li>- Det bør innarbeides gode rutiner når det gjelder informasjon om klageadgang og behandling av klager.</li> </ul>		<p>Det har vært samtaler med Oslo sporveier for eventuell inngåelse av rabattavtaler med sykehuset. Dette er under arbeide, og har følgelig foreløpig ikke noe konkret resultat. Det har også vært kontakt med kommunen, for å se på eventuelt utvidet tilgjengelighet for bysykkel-prosjektets sykler.</p> <p>I sammenheng med sammenslåingen til OUS, arbeides det i disse dager aktivt med ordninger som i størst mulig grad gir en forutsigbar og felles parkeringspolitikk. Dette gjelder så vel for ansatte som for besøkende publikum. I dette arbeidet vurderes også løpende avtaler med private aktører på området.</p>
	<p>Foretaksmøtet ba Oslo universitetssykehus HF følge opp forslaget om å opprette et partssammensatt parkeringsutvalg ved helseforetaket. Foretaksmøtet viste til at de regionale helseforetakene vil evaluere organiseringen av parkeringstilbudet i 2010.</p>		<p>Det vil bli opprettet et partssammensatt parkeringsutvalg for OUS primo 2010; da er ansvaret for parkeringsvirksomhet samlet.</p>
<p><b>6.7</b></p>	<p><b>Samordnet kommunikasjon</b></p> <p>God og samordnet kommunikasjon er viktig for å nå de overordnede målene for spesialisthelsetjenesten. Derfor er bedre samordning av kommunikasjonsarbeidet i foretaksgruppen et satsingsområde i 2009. Det forutsettes at helseforetakene ivaretar en aktiv involvering, god kommunikasjon og forankring av beslutninger og endringsprosesser, både innad i helseforetaket og mot omgivelsene. Kommunikasjonsressursene skal brukes effektivt, og foretakene skal i størst mulig grad finne felles løsninger på felles kommunikasjonsutfordringer. I 2009 vil Helse- og omsorgsdepartementet opprette et felles nasjonalt redaksjonsråd der hensikten er å legge til rette for samordnet kommunikasjon og felles utnyttelse av informasjonsmateriale.</p>		
	<p>Foretaksmøtet la til grunn at Oslo universitetssykehus HF bidrar aktivt til god gjennomføring og utvikling innen følgende områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det nasjonale rammeverket for nettbasert kommunikasjon gjelder for alle helseforetak og regioner og gir retning for hvordan nettstedene skal</li> </ul>		<p>OUS er ett av fem pilotforetak i det regionale arbeidet med etablering av nye nettsider basert på det nasjonale rammeverket, og deltar i utviklingsarbeidet på flere arenaer: Gjennom deltakelse i referansegruppe, i testmiljø, i styringsgruppe og i arbeid med redaksjonsråd. OUS har bedt om å få delta med flere enn de opprinnelig oppsatte ressursene ettersom etableringen av nytt nett sammenfaller med integrasjonsarbeidet, og vi er svært forventningsfulle mht endelig å få en</p>

	<p>systematiseres og utvikles slik at brukerne lettest mulig finner den informasjonen de er på jakt etter. Arbeidet med å implementere det nasjonale rammeverket ivaretas gjennom prosjektet som er etablert i regionen for å innføre nye nettsider i hele foretaksgruppen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skriftlig kommunikasjon med pasientene er en viktig del av behandlingstilbudet. All skriftlig kommunikasjon skal ha et forståelig og imøtekommende språk og bidra til å forberede, trygge og informere pasienter og pårørende.</li> <li>- Relevant informasjon til pasientene skal gjøres tilgjengelig på en bedre måte enn i dag, og det forventes at informasjonsopplegg (herunder nettsider) til pasientene går kritisk gjennom.</li> </ul>		<p>koordinert og nytenkende internettside. Rammeverket er allerede gitt uttrykk i opprettelse av det midlertidige nettstedet <a href="http://www.oslo-universitetssykehus.no">www.oslo-universitetssykehus.no</a>. I tillegg har vi jobbet aktivt med å identifisere og produsere innhold som skal kunne publiseres på alle nettsteder i spesialisthelsetjenesten i Norge.</p> <p>Samordnet kommunikasjon har vært et satsningsområde – både innenfor foretaksgruppen generelt og innenfor de tidligere helseforetakene i OUS spesielt. Kommunikasjonsressursene har blant annet blitt brukt til å finne felles løsninger på interne og eksterne kommunikasjonsutfordringer når det gjelder integrering og omstilling.</p> <p>For å fremstå mer enhetlig og tydelig overfor pasientene har man på Ullevål gått kritisk gjennom formuleringer i brev som sendes til pasienter. Språket i pasientbrevene har blitt gjort mer imøtekommende, forståelig og dermed lettere tilgjengelig. Brukerutvalget har vært involvert i kvalitetssikringen av prosjektet og det videreføres i OUS. Dette arbeidet videreføres nå for hele OUS.</p>
<p><b>6.8</b></p>	<p><b>Nasjonalt kvalitetssikringsprogram i stråleterapi (KVIST)</b>  Foretaksmøtet viste til at Statens strålevern siden år 2000, som en del av nasjonal kreftstrategi, har hatt oppgaven med å utvikle et nasjonalt kvalitetssikringsprogram i stråleterapi (KVIST). Målsetningen er å stimulere til samarbeid mellom stråleterapisentrene ved å sette fokus på kliniske, tekniske og administrative problemstillinger. Arbeidet koordineres av en flerfaglig gruppe ved Statens strålevern.</p> <p>En bredt sammensatt referansegruppe fungerer som et rådgivende organ og skal være et bindeledd mellom Statens strålevern og den enkelte stråleterapiavdeling. I referansegruppen defineres og prioriteres ulike prosjekter som gjennomføres i arbeidsgrupper. Arbeidsgruppene arbeider for å etablere konsensus omkring ulike problemstillinger innenfor stråleterapi. Dette danner grunnlag for diskusjon og utarbeidelse av nasjonale anbefalinger i samarbeid med Helsedirektoratet. De regionale helseforetakene må ta høyde for at det hentes inn fagpersonell fra stråleterapiavdelingene til KVIST arbeidsgrupper.</p>		
	<p>Foretaksmøtet ba om at Oslo universitetssykehus HF bidrar til å identifisere områder der det er behov for at Statens strålevern koordinerer arbeidet med kvalitetssikring i stråleterapi.</p>		<p>Det er etablert et tett samarbeide med KVIST. 2 av medlemmene i referansegruppen og 2 av varamedlemmene kommer fra Ullevål. I tillegg har vi representanter i arbeidsgrupper.</p> <p>Det er stort fokus på å implementere anbefalinger fra KVIST i daglig rutine, noe som skal fortsette. Identifisering av nye områder der det er behov for koordinering</p>

			av kvalitetsarbeidet bør samordnes med Radiumhospitalet. Vi ser imidlertid at en tilpasning mellom avviksrappotereringen til KVIST og sykehusene sine øvrige avvikssystemer ville være et aktuelt område slik at dobbeltrapportering kan unngås.
	Foretaksmøtet ba videre om at Oslo universitetssykehus HF bidrar i det nasjonale arbeidet med å sette fokus på kliniske, tekniske og administrative problemstillinger i stråleterapi, samt følger opp og implementerer anbefalinger som utarbeides.		OUS har bidratt i det nasjonale arbeidet gjennom deltagelse i ulike arbeidsgrupper i et betydelig omfang, spesielt innen onkologi og medisinsk fysikk. Det vises også til punktet om KVIST (over).
<b>6.9</b>	<b>Rapportering av nøkkeltall</b> Det er en overordnet målsetting at en har gode systemer for levering av data om helsetjenestene.		
	Foretaksmøtet ba om at Oslo universitetssykehus HF leverer data som er komplette og av god kvalitet til Norsk Pasientregister (NPR) og andre aktuelle dataleverandører. Det er særlig behov for å forbedre datakvaliteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og innen psykisk helsevern for voksne.		Oslo universitetssykehus har i 2009 lagt stor vekt på at både konsoliderte nøkkeltall og underliggende tall fra de tre tidligere HFene skal være så korrekte som mulig. Oslo universitetssykehus har under året rapportert til gjeldende tidsfrister både til NPR og i andre rapporteringskanaler.  Erfaringsmessig er imidlertid datakvaliteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern mer krevende å få god kvalitet på enn tilfellet er for somatiske data. Oslo universitetssykehus vil i løpet av 2010 gjennomføre flere større utskiftninger av IKT-systemer. I denne sammenhengen vil tiltak for å øke datakvaliteten også stå i fokus.
	Foretaksmøtet bad om at Oslo universitetssykehus HF sørger for at registrering og rapportering av et felles minimum datasett for skade (FMDS) iverksettes så snart forskriften for NPR er trådt i kraft, og at disse opplysningene rapporteres til NPR.		Oslo universitetssykehus har innført registrering av et felles minimum datasett for skade (FMDS). Datasettet skal rapporteres til NPR
<b>Foretaksmøte 2009-04-27</b>			
	Ingen oppdrag		
<b>Foretaksmøte 2009-06-10</b>			

<b>7</b>	<b>Konsernbestemmelser innenfor økonomiområdet</b>	
	<i>Helse Sør-Østs konsernbestemmelser innenfor økonomiområdet gjøres gjeldende for Oslo universitetssykehus HF.</i>	Oslo universitetssykehus har forholdt seg Helse Sør-Østs konsernbestemmelser innen økonomiområdet.
<b>Foretaksmøte 2009-06-24</b>		
<b>3</b>	<b>Presisering av resultatkrav 2009 Oslo universitetssykehus HF</b>	
	Foretaksmøtet viste til sak 4 Økonomiske krav og rammebetingelser i foretaksmøte 12. februar 2009 hvor det heter: <i>"For Oslo universitetssykehus HF stilles det krav til et regnskapsmessig resultat i balanse i 2009."</i> Foretaksmøtet bekrefter at styringskravet for Oslo universitetssykehus HF fortsatt gjelder.	Oslo universitetssykehus hadde våren 2009 en alarmerende resultatutvikling. Akkumulert pr. juni var akkumulert underskudd på ca. 145 mill. kr. Nye tiltak og et forsterket fokus på tiltaksoppfølgingen medførte en positiv resultatutvikling i annet halvår.
	Foretaksmøtet presiserte at den adgangen til å gå med 15 mill NOK i underskudd for 2009 som fremkommer av driftsavtalen for Rikshospitalet ikke lenger foreligger, da dette var knyttet til virksomheten i Spesialsykehuset for rehabilitering (SSR) som i henhold til pkt 4 nedenfor per 01.07.09 ikke lenger vil være del av Oslo universitetssykehus HF.	Oslo universitetssykehus er kjent med dette vedtaket og har etter at Spesialsykehuset for rehabilitering ( SSR) ikke lenger var en del av Oslo universitetssykehus operert med et resultatkrav i balanse.
	Foretaksmøtet ba om at styret i Oslo universitetssykehus HF forsikrer seg om at det blir iverksatt en forsterket styring av den økonomiske utviklingen i foretaket gjennom sommeren og i den resterende del av 2009 og at de allerede vedtatte omstillingstiltakene blir gjennomført fullt ut. Styret må også sørge for at det snarest blir vedtatt og iverksatt nye kostnadsreduserende tiltak som vil ha effekt i 2009.	I løpet av sommeren 2009 ble det utarbeidet en forsterket tiltakspakke. I ekstraordinært styremøte 20. august 2009 (sak 112) ble det besluttet å gjennomføre en omfattende forsterking av tiltaksporteføljen i den hensikt å oppnå budsjettmessig balanse.
	Foretaksmøtet ba styret i Oslo universitetssykehus HF i et nytt foretaksmøte 1. september 2009 om å gi en ny og	Det vises til protokoll fra foretaksmøte for OUS 25. nov. 2009: <i>"Foretaksmøtet viste til at det fortsatt er et negativt avvik fra budsjettet ved Oslo</i>

	oppdatert status og orientere nærmere om de tiltakene som vil bli gjennomført for å sikre at styringskravet innfris.		<i>universitetssykehus HF, men at den økonomiske utviklingen er bedret siden foretaksmøtet 24. juni. Videre oppfølging av den økonomiske utviklingen ivaretas løpende i de faste oppfølgingsmøtene mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF.”</i>
<b>Foretaksmøte 2009-09-01</b>			
<b>3</b>	<b>Overføring av virksomhet IKT drift og forvaltning fra Oslo universitetssykehus HF til Sykehuspartner</b>		
	<p><i>Foretaksmøtet stadfester avtale for overføring av virksomhet IKT drift og forvaltning til Helse Sør-Øst RHF ved Sykehuspartner, vedtatt i styret for Oslo universitetssykehus HF 25. juni 2009.</i></p> <p><i>Overføring av IKT drift og forvaltning håndteres regnskapsmessig som tinguttak i form av kapitalnedsettelse (tilbakebetaling av innskutt kapital). Tinguttaket skal skje til kontinuitet, det vil si til regnskapsmessige bokførte verdier. Tinguttak skal skje med virkning fra 1. september 2009.</i></p> <p><i>Oppgjør skjer i form av at kapitalen i Oslo universitetssykehus HF settes ned tilsvarende de verdier som overføres slik disse er definert i avtale for overføring av virksomhet IKT drift og forvaltning, jf helseforetakslovens § 15.</i></p>		Overføring av IKT drift og forvaltning ble i tråd med vedtak i foretaksmøte 01.09 2009 overført til Sykehuspartner med virkning fra 1. September 2009.
<b>Foretaksmøte 2009-11-25</b>			
<b>3</b>	<b>Nasjonal overvåkning av HPV-vaksinasjonsprogrammet</b>		
	Kravene til nasjonalt overvåkningsprogram av HPV-vaksinasjonsprogrammet tas til etterretning. Det forutsettes at de involverte i Helse Sør-Øst samarbeider på en slik måte at overvåkningsprogrammet kan fungere etter sin hensikt		Det er etablert en styringsgruppe for overvåking av HPV-programmet som ledes av Folkehelseinstituttet ved direktør Geir Stene Larsen. Kreftregisteret er representert i denne styringsgruppen ved direktør Frøydis Langmark. Styringsgruppen har hatt to møter, henholdsvis 12.11.2009 og 14.01.2010. Kreftregisteret vil delta aktivt i overvåkingsarbeidet i samsvar med det som er/blir besluttet i nevnte styringsgruppe samt bestemt av Helse- og

			omsorgsdepartementet i brev av 28.08.2009.
<b>4</b>	<b>Presisering av resultatkrav 2009 Oslo universitetssykehus HF – oppfølging av sak 3 i foretaksmøte 24.06.2009.</b>		
	Foretaksmøte tok redegjørelsen til orientering og bekreftet at styringskravet om regnskapsmessig resultat i balanse for 2009 fra foretaksmøtet 12. februar 2009 gjelder.		Det vises til tidligere kommentarer under punkt 3 (Foretaksmøte 24.06.2009). Tiltakene fremlagt i ekstraordinært styremøte 20. august 2009 har vært medvirkende til den positive resultatutviklingen høsten 2009.
<b>5</b>	<b>Salg av eiendom i henhold til helseforetaksloven §31</b>		
	<p>Foretaksmøtet godkjenner, ut fra sak 75/2009 med tilhørende vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF og behandling i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 19. november 2009, salg av følgende eiendommer: (..)</p> <p>Salgene og disponering av salgssummene skal skje etter de forutsetningene som følger av vedtak i sak 22/2007 for styret i Helse Sør-Øst RHF, noe som innebærer at :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eiendom skal selges til høystbydende</li> <li>- Frigitte likvider skal primært brukes til nedbetaling av gjeld.</li> <li>- Eventuelle investeringer i varige verdier, og da enten til 1 oppgradering av gjenværende bygningsmasse, eller til 2 investeringer i kjernevirksomheten, skal avklares med Helse Sør-Øst RHF før investeringene igangsettes.</li> </ul> <p>Foretaksmøtet tar til etterretning at en ved vurdering av resultatoppnåelse i Oslo universitetssykehus HF vil se bort fra engangseffekter som gevinst eller tap fra salg av eiendom.</p>		<p>De tre bygårdene er solgt. To ble levert i romjulen, overtagelse 29 desember 2009. Effekt i regnskapet for 2009 er beregnet og bokført. Den siste bygården blir levert 30 mars 2010. De andre eiendommene er enkeltleiligheter som selges en og en og leveres etter hvert som kjøper signerer. Det er til sammen i underkant av 200 leiligheter.</p>



## **Årsmelding 2009**

### **for brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus, HF**

#### **Innledning**

I styresak 21/2009 ble retningslinjer og mandat for brukerutvalget i Oslo universitetssykehus, HF vedtatt. Styret ba administrerende direktør starte arbeidet med å etablere brukerutvalget for Oslo universitetssykehus, HF, og fremme sak om dette. Det nye brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus ble oppnevnt i styresak 69/2009, 28. april 2009.

Følgende medlemmer ble oppnevnt:

1. Stine Jakobsson Strømsø, Norsk Epilepsiforbund/FFO
2. Nina Adolfsen, Kreftforeningen
3. Eva Buschmann, Cerebral Pareseforeningen/FFO
4. Ragnhild Braastad, Foreningen for hjertesyke barn /FFO
5. Arne Ellingsberg, Eldrerådene i Follo
6. Arild Engen, Landforeningen for Nyrepasienter og transplanterte /FFO
7. Per Egil Haga, Det sentrale eldreråd (Oslo)
8. Arne Lein, Norges Handikapforbund (NHF)/ Safo
9. Richard Madsen, Landforeningen for pårørende innen psykiatri /FFO
10. Grete Müller, Norsk Forbund for utviklingshemmede NFU/ Safo
11. Veslemøy Ruud, Norges Astma- og allergiforbund /FFO
12. Jon Storaas, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
13. Vegard Strøm, Norsk forening for cystisk fibrose /FFO
14. Shoaib Sultan, Islamsk Råd Norge

#### **Representasjon fra ledelsen ved Oslo universitetssykehus**

Gunnar Juriks har vært fast møtende representant fra ledelsen i 2009 og brukerutvalgets sekretær inntil tidligere koordinator for brukerrådet ved Ullevål overtok i 50 % stilling fra september 2009. Tove Strand viseadministrerende direktør for Samhandling, møter i Brukerutvalget som fast representant fra ledelsen fra 10. nov.

Brukerutvalgets viktigste oppgave er å bidra til kvalitetsforbedring, primært på systemnivå slik at pasienter og pårørende opplever et velfungerende sykehus med god kvalitet på helsetjenestene.

Brukerutvalget har avholdt 6 møter à 2-5 timers varighet i 2009.

#### **Viktigste saker i 2009**

##### **INTEGRASJONSPROSESSEN OG OMORGANISERINGEN VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Brukerutvalgets arbeid har i 2009 vært preget av og integrasjonsprosessen ved sykehuset mellom Aker, Rikshospitalet og Ullevål. Brukerrepresentanter har deltatt i styringsgruppen,

prosjektgruppene og arbeidsgruppene i integrasjonsprosessen. De som deltok nedla et omfattende arbeid i de ulike gruppene. Representantene ble rekruttert fra brukerutvalg/brukerråd ved de tre sykehusene og oversikt over representasjonen finnes i årsrapportene. Rekrutteringsprosessen ble utført under stort tidspress, korte innkallingsfrister og manglende informasjon om møteplaner og omfang. Det var derfor vanskelig for mange å kunne påta seg oppdrag som brukerrepresentanter.

Brukerutvalget mener at det kan ha en viktig rolle i å sikre pasientfokus, og gjennom det arbeide for felles holdninger på tvers av dagens kulturer. Kvaliteten i pasientbehandlingen må opprettholdes i integrasjonsprosessen.

Brukerutvalget har vært bekymret for helseforetakets økonomi og manglende bevilgninger til den store omstillingsprosessen.

## **DELTAKELSE I PROSJEKTER HØSTEN 2009**

I følgende prosjekter har brukerrepresentanter fra brukerutvalget deltatt:

1. Prosjekt: Utarbeiding av retningslinje for brukermedvirkning og informasjon på individ- og systemnivå. Nina Adolfsen.
2. Lokalsykehusprosjektet. Stine Strømsø, Nina Adolfsen.
3. Lokalsykehusprosjektet Fokusgruppe for Psykiatrien. Richard Madsen, Jon Storaas.
4. Styringsgruppe for endret opptaksområde. Arne Ellingsberg med Arild Engen som vararepresentant.

## **REPRESENTANTENES DELTAKELSE PÅ KONFERANSER O. L.**

### **Konferanser/seminarer hvor brukerutvalgets representanter har vært foredragsholdere**

- Erfaringskonferansen LMS-Forum 4. november 2009. Stine Strømsø

### **Konferanser/seminarer/arrangementer hvor brukerutvalgets representanter har vært deltakere gjennom Oslo universitetssykehus HF**

1. Erfaringskonferansen LMS-Forum 4. november 2009. Stine Strømsø, Ragnhild Braastad, Arne Ellingsberg, Per Egil Haga, Veslemøy Ruud.
2. Torgdagen 21. november på Rikshospitalet. Ragnhild Braastad, Arild Engen og Veslemøy Ruud tok ansvar for stand for brukerutvalget.

15.12.2009.

Vedlegg:

1. Saker behandlet i brukerutvalget i 2009
2. Årsmelding Brukerutvalget Oslo universitetssykehus, Aker
3. Årsmelding Brukerutvalget Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
4. Årsmelding Brukerutvalget Oslo universitetssykehus, Ullevål

## Vedlegg til brukerutvalgets årsmelding 2009

### SAKER BEHANDLET I BRUKERUTVALGET 2009

- Rekruttering av brukerrepresentanter i integrasjonsprosessen.
- Utvelgelse av brukermedvirkere - hvem skal ha ansvaret?
- Integrasjonsprosessen og brukerutvalget - hva er viktig for brukerutvalget ?
- Prosjekt: Utarbeiding av retningslinje for brukermedvirkning og informasjon på individ- og systemnivå.
- Nytt senter for kreftrammede og pårørende og navneforslaget Vardesenteret.
- Handlingsplan 2009 for brukerutvalget.
- Arbeidet ved de lokale brukerutvalgene ved Aker, Rikshospitalet og Ullevål i 2009.
- Møteplan for brukerutvalget høst 2009 og vår 2010.
- Saker til styremøtene Oslo universitetssykehus HF.
- Lokalsykehusprosjektet.
- Temasaker, planlegging av møter med Klinikksjefer.
- Observatører i styret Oslo universitetssykehus. Oppnevning av vararepresentanter for Stine Strømsø og Nina Adolfsen.
- Brukeropplæring (Modul 2) for brukerutvalget Oslo Universitetssykehus.
- Kommunikasjon i omstillingsprosessen og ny grafisk profil.
- Brukermedvirkning på klinikknivå ved Oslo universitetssykehus, HF. Organisering av lokale brukerutvalg-/råd etter 2010 01 01.
- Røyking ved Oslo universitetssykehus, HF v/Nina Adolfsen.
- Årsmelding 2009 brukerutvalget.

### TEMASAKER

1. Møte med klinikksjef Sigbjørn Smeland, Klinikk for kreft og kirurgi (Enhet E).
2. Møte med klinikksjef Øystein Mæland, Klinikk psykisk helse og avhengighet (Enhet A).

### ORIENTERINGER FOR BRUKERUTVALGET

Orientering om integrasjonsprosessen og aktuelle saker er på hvert møte gitt ved Siri Hatlen, Jan Eirik Thoresen eller Gunnar Juriks.



**ÅRSMELDING FRA BRUKERUTVALGET  
VED AKER UNIVERSITETSSYKEHUS HF  
2009**

**Brukerutvalgets sammensetning i 2009:**

Ellingsberg, Arne – leder	Eldrerådene i Follo
Brodin, Unni	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
Falang, Helge	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
Johanssen, Eric	Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO)
Kjendlie, Søren – nestleder	Samarbeidsforumet for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)
Sandberg, Svein	Aker Sykehus Venner (ASV)
Haugen, Elisabeth Gjerm	Konsulent Administrasjonen AUS
Fretland, Solveig	Seniorrådgiver Administrasjonen AUS

**Generelt**

I følge retningslinjene for brukerutvalget skal det bestå av 10 medlemmer, hvorav to fra administrasjonen. Som det går fram av oversikten foran, har det i året 2009 bare vært 8 medlemmer. Grunnen er at representantene for Landsforeningen for overvektige og Helseforum for kvinner sluttet etter forrige år.

Hovedstadsprosessen og den etterfølgende Integrasjonsprosess, hvor Aker, Rikshospitalet og Ullevål ble slått sammen til Oslo universitetssykehus HF, førte til uklarhet med hensyn til nåværende brukerutvalgs fortsettelse. Derfor ble det ikke oppnevnt nye representanter.

I tillegg til å ha blitt et redusert brukerutvalg i antall, har utvalget i året lidd av en del sykdom og andre årsaker til fravær blant de resterende.

De viktigste oppgaver for brukerutvalget var i følge mandatet blant annet å være et rådgivende organ for styret, å bidra i plan- og budsjettprosesser, avgi høringsuttalelser til planer og utredninger, samt å uttale seg i styresaker som utvalget fant relevante.

Tidligere har brukerutvalgets leder og nestleder deltatt i styrets møter med talerett. Styret ved AUS opphørte imidlertid ved årsskiftet. I den ”turbulente” omorganiseringsprosessen har brukerutvalget følt seg som i et ”vakuum” – en vent og se situasjon.

Brukerutvalget har på sine møter hatt jevnlig besøk av administrerende direktør og andre fra sykehuset med god informasjon om Integrasjonsprosessen. Seinere i meldingen vil det bli gjort rede for hvordan brukerutvalgets medlemmer er blitt involvert i Integrasjonsprosessen.

Brukerutvalget har i 2009 hatt 6 møter. De har som tidligere vært holdt på Lærings- og mestringssenteret (LMS), som har lagt alt vel til rette for våre møter både teknisk og når det gjelder servering og trivsel. Eva Bjørnsborg og hennes medarbeidere fortjener takk for det.

**Noen av saker hvor brukerutvalget har uttalt seg eller bidratt**

På de fleste møtene har det vært orienteringer i forbindelse med opprettelsen av Oslo universitetssykehus HF og Integrasjonsprosessen. Det har vært ved administrerende direktør eller andre fra administrasjonen eller ved fagimpliserte.

13.02.09:

\* Øystein Dolva: Orientering i forbindelse med opprettelsen av Oslo universitetssykehus HF (OUS)

## Aker universitetssykehus HF

\* Gunnar Juriks: Aker universitetssykehus HFs brukerutvalg og forholdet til brukerutvalget ved OUS og brukerutvalg/brukerforum på systemnivå.

13.03.09:

\* Helle Bærland: Problemstilling vedrørende liggetid/ventetid når det gjelder rusbehandling på KRA. Brukerutvalgsmedlem Eric Johanssen følger opp saken på møter i Brukerforum KRA.

\* Solveig Fretland: Samhandling med kommune-/bydelstjenesten. Brukerutvalget diskuterte dokumentet Kommunestrategi for samhandling og handlingsplan og sluttet seg til at samhandling med kommunehelsetjenesten er et viktig satsningsområde for å sikre kontinuitet i pasientbehandlingen.

\* Solveig Fretland: Brukerutvalgets plass i Aker universitetssykehus HF og dets klinikker m.v. sett ut fra administrasjonens side. Det ble gitt uttalelse til styremøte i OUS 7. mai om betydningen av brukerutvalg og brukervedvirkning i den videre integrasjonsprosess i OUS. Videre legger leder fram brukerutvalgets syn når brukerutvalget ved OUS møtes og behandler temaet.

\* Innspill til Handlingsplan Spesialisthelsetjeneste for eldre i Helse Sør-Øst RHF 2009-2020. Uttalelse til Helse Sør-Øst RHF fra brukerutvalget ble vedtatt. Brukerutvalget gir honnør for tiltaket og ser fram til at den varslede Samhandlingsreformen gir rom for en bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten også når det gjelder geriatrien. Det ble uttalt håp om at en ny finansieringsordning også muliggjør en skikkelig oppfølging.

22.04.09:

\* Informasjon om Spørreundersøkelsen – pasientundersøkelse og serviceundersøkelse ble presentert ved Torill Endresen og Horia Hammich.

\* Gunar Juriks: OUS – Integrasjonsprosessen. Det er oppnevnt styringsgruppe og prosjektgrupper med representanter også av brukere. (Nærmere om dette under representasjon.) Det forberedes oppnevning av brukerutvalg ved OUS til styremøtet er den 7. mai.

\* Brukerutvalget var medarrangør av Modul II Kurs i brukervedvirkning. Kurset ble holdt på LMS, og flere av brukerutvalgets medlemmer deltok som innledere. Det ble foretatt oppsummering av erfaringer. Positive tilbakemeldinger både fra innledere og deltakere ellers. Presentasjonene lagt ut på LMS sine hjemmesider og sendes til deltakerne.

19.06.09:

\* Stein-Are Agledal: Overordnet organisering av Oslo universitetssykehus HF.

Helse Sør-Øst har hittil et underskudd på 120 millioner kroner, som må dekkes opp i år. En utfordring også for Aker til tross at sykehuset går i balanse. De tre administrerende direktører ved Aker, Rikshospitalet og Ullevål fortsetter og er driftsansvarlige året ut og er samtidig viseadministrerende direktører ved Oslo universitetssykehus HF. Uklart med hensyn til vårt brukerutvalgs framtid, men han ønsker at det fortsetter i nåværende form ut 2009.

\* Solveig Fretland orienterte om hva som hittil var kjent når det gjaldt endringer i ledende stillinger på Aker.

\* LMS Forum. Det ble orientert om forumet ved Eva Bjørnsborg. Brukerutvalget oppnevnte Unni Brodin og Eric Johanssen som brukerrepresentanter i LMS Forum.

25.09.09:

\* Stein-Are Agledal: Integrasjonsprosessen, de nye klinikkene, lokalsykehusprosjektet, modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenestens lokalsykehusfunksjon og Oslo kommune.

## Aker universitetssykehus HF

- \* Jon Birger Haug orienterte om svineinfluensaepidemien, nasjonal beredskap og lokal plan for Aker. Det er arrangert kurs for sykepleiere og planlagt oppfriskningskurs for leger.
- \* Terje Andersen orienterte om pasienttransporttjenesten. Brukerutvalgets konklusjon: Brukerutvalget støtter at det er potensial for samkjøring og at en kan spare betydelige beløp med en bedre samordning – spesielt redusere ventetid ved god planlegging av utskrivning og polikliniske besøk.
- \* Solveig Fretland orienterte blant annet om ulike undersøkelser som er utført eller skal skje: PasOpp-undersøkelsen, som er en landsomfattende undersøkelse blant kreftpasienters sykehuserfaringer, Pasienttilfredshetsundersøkelsen, Medarbeiderundersøkelsen og Serviceundersøkelsen.
- \* Leder orienterte om diskusjoner om Ski sykehus i valgkampen, på ordførermøter og om markering av samlokalisering av Follo legevakt og Ski sykehus, samt åpning av den nye Folloklinikken.

06.11.09:

Dette ble det siste møte i brukerutvalget ved sykehuset på Sinsen, som nå inntil 01.01.2010 heter Oslo universitetssykehus – Aker, men som deretter har en uviss skjebne både når det gjelder navn og virksomhet.

\* På møtet orienterte Stein-Are Agledal, for tiden administrerende direktør på Aker og samtidig viseadministrerende direktør ved Oslo universitetssykehus HF, og Øystein Dolva, tidligere fagdirektør på Aker og nå prosjektdirektør for lokalsykehusprosjektet ved Oslo universitetssykehus HF.

Akers framtidige plass i helsevesenet i Oslo og omegn ble et sentralt punkt i diskusjonen.

Brukerutvalget vedtok enstemmig en uttalelse om Lokalsykehusprosjektet – Forslag til organisering og lokalisering av lokalsykehusfunksjonen. Uttalelsen sendes adm. direktør og Oslo universitetssykehus HF, samt aktuelle medier.

- \* Videre var det orientering fra LMS v/ Eva Bjørnsborg og NK-LMS v/ Anne Margrete Fletre om framtidutsikter for disse viktige helseområdene. Roar P. Christensen orienterte om Kvalitet – Oslo universitetssykehus og Anders Bayer om Kommunikasjon – opptatt av hva nå?
- \* Eric Johanssen er valgt inn i brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF, og Arne Ellingsberg er valgt inn i brukerutvalget i Oslo universitetssykehus HF.

\* Leder la fram forslag til årsmelding for 2009. Forslaget var utsendt på forhånd. Etter ajourføring etter dette møtet, ble årsmeldingen enstemmig vedtatt.

Da dette var det siste møtet i brukerutvalgets historie fra 2004-2009, ble det utvekslet takketaler for langt, viktig og hyggelig samarbeid, supplert med blomster.

### **Brukerutvalgets deltakelse i utvalg, på møter og konferanser**

Som tidligere har Svein Sandberg representert utvalget i Kvalitetsutvalget, Unni Brodin er aktiv med i Likemannsarbeid for LHL, Eric Johanssen er aktiv i Brukerforum KRA og leder har vært med i Styringsgruppen for Utvikling Sinsen.

- \* Flere av brukerutvalgets medlemmer deltok i planlegging og gjennomføring av Kurs for brukermedvirkere Modul II på LMS.
- \* Unni Brodin og Eric er representanter i LMS-Forum.
- \* Søren Kjendlie og Arne Ellingsberg har deltatt som observatører på styremøter/styreseminarer i Oslo universitetssykehus HF.

## Aker universitetssykehus HF

\* Arne Ellingsberg har deltatt på Beredskap- og samarbeidsmøte om svineinfluensaen i Akerregi, på kurs om Akermodellen (Forbedringsseminar om pasientforløp) i Akerregi, på Erfaringskonferanse og Rehabiliteringskonferanse i regi av Helse Sør-Øst RHF.

\* I Integrasjonsprosessen i Oslo universitetssykehus HF var det i alt engasjert 700 personer fra de tre sykehusene og samarbeidspartnere. Flere fra brukerutvalget deltok:

Arne Ellingsberg: I Styringsgruppen og i Prosjektgruppene P5 – Samlokalisering av kliniske fagområder på kort sikt, P9 – Gevinstrealisering og P 12 – Kommunikasjonsstrategi.

Svein Sandberg: I P3 – Organisering av storby-/lokalsykefunksjonen

og P4 – Organisering av lands- og regionsykehusfunksjonen.

Eric Johanssen: I arbeidsgruppe under P3.

Søren Kjendlie: Var oppnevnt i P2 – Organisering av forskning og utdanning. Deltok ikke på møter, men ble orientert pr. E-post.

Unni Brodin: Var oppnevnt i P3, men på grunn av uklar innkalling m.v. kunne hun ikke møte. Hun ble orientert pr. E-post.

På et møte mellom Programkontoret for Integrasjonsprosessen og brukerdeltakere i prosessen etter avslutningen av første halvår av prosessen, ble tilbakemeldinger fra brukerrepresentantene oppsummert. I annet halvår har det ikke vært brukermedvirkning i Integrasjonsprosessen utenom fra brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF, som ble oppnevnt den 7. mai 2009 og hvor Arne Ellingsberg er med.

På vurderingsmøtet ble det fra brukerrepresentantene sett på som positivt å ha fått anledning til så bred involvering i prosjektgrupper og arbeidsgrupper. Flere hadde hatt følelsen av å bli hørt og likeså fått gjennomslag for sine synspunkter, men det motsatte hadde også forekommet.

Det ble reist kritikk av for dårlig informasjon og forberedelse til oppgavene, for korte tidsfrister ved innkalling og dårlig/manglende saksframstilling til møtene. Mye føltes preget av hastverk. Flere spørsmål felles for flere prosjektgrupper, spesielt angående pasientinteresser, var ønsket tatt opp til en generell diskusjon. Det ble også etterlyst eksternt kommunikasjon om Integrasjonsprosessen.

### **Brukerutvalget takker**

for seg og ønsker å takke hverandre for flere års samarbeid for en viktig sak; å ivareta pasientenes interesser i Aker universitetssykehus HF. Vi takker også for stor tillit og godt samarbeid med administrasjonen til felles beste.

Arne Ellingsberg (leder)

Søren Kjendlie (nestleder)

Unni Brodin

Helge Falang

Eric Johanssen

Svein Sandberg

Elisabeth Gjerm Haugen

Solveig Fretland

## Årsmelding 2009 for brukerrådet ved Oslo universitetssykehus, Ullevål

### Innledning

Brukerrådet ved Oslo universitetssykehus, Ullevål HF har hatt en funksjonstid på vel 6 år. Det nye brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus ble opprettet vår 2009. Brukerrådet ved Oslo universitetssykehus, Ullevål består frem til 01.01.2010 jfr. styresak 69/2009 Oslo universitetssykehus, HF og brukerutvalget sak 009/2009 møtedato: 17.06.2009.

Brukerrådet hadde 10 medlemmer ved inngangen av 2009, hvorav 6 medlemmer fra brukerorganisasjoner, administrerende direktør Tove Strand, direktør for pasientsikkerhet, HMS og kvalitet Eva Bjørstad, spesialrådgiver/HR-leder Anita Walsøe og sekretær/koordinator. To medlemmer fra brukerorganisasjonene avsluttet sine verv ved årsskiftet 2008/2009 og ble ikke erstattet av nye. Representanten fra Mental Helse gikk ut av brukerrådet etter sommerferien og ble ikke erstattet. Brukerrådet har derfor hatt kun 5 brukerrepresentanter fra 01 09 2009.

Representantene har følgende bakgrunn: Ungdomsgruppen Kreftforeningen, Mental Helse Oslo (sluttet 01 09 2009), leder FFO (Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon) Oslo, Islamsk Råd Norge, Landsforening for Trafikkskadde og SAFO/NHF (Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner/Norges Handikapforbund).

Brukerrådets viktigste oppgave er å bidra til kvalitetsforbedring, primært på systemnivå slik at pasienter og pårørende opplever et velfungerende sykehus med god kvalitet på helsetjenestene. Sammensetningen skal reflektere de strategiske og faglige satsningsområder for sykehuset, slik at sammenheng mellom strategi og tiltak sikres.

Administrerende direktør vurderer brukerrådet som en viktig strategisk samhandlingspartner og ønsket ved inngangen til 2009 at brukerrådet skulle fortsette å arbeide til 01 01 2010.

Brukerrådet har avholdt 7 møter à 3 timers varighet i 2009. Det er behandlet totalt 24 saker i tillegg til orienteringssaker og eventuetsaker.

### Viktigste saker i 2009

#### **ETABLERING AV OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Brukerrådets arbeid har i 2009 vært preget av vedtaket om opprettelsen av Oslo universitetssykehus HF og integrasjonsprosessen mellom Aker, Rikshospitalet og Ullevål. Både orienteringssakene og behandlede saker har i stor grad handlet om integrasjonsprosessen.

#### **DIALOGKONFERANSE**

På grunn av store endringsprosesser har det ikke vært aktuelt å gjennomføre en Dialogkonferanse ved Ullevål universitetssykehus i 2009.



## **PASIENTUNDERSØKELSEN**

Brukerrådet har vært opptatt av pasientundersøkelsen og hvordan helseforetaket kan utnytte brukerkompetansen i arbeidet med handlingsplaner i forbedringsarbeidet. En brukerrepresentant har deltatt i forbedringsarbeidet ved Kvinne- og barneavdelingen.

## **NØKKELPARAMETERE FOR KVALITET**

Kvaliteten i pasientbehandlingen må opprettholdes i integrasjonsprosessen. Brukerrådet har derfor hatt fokus på nøkkelparametere for kvalitet.

## **PROSJEKTER**

Det har i løpet av 2009 vært behov for brukerrepresentanter i ulike prosjekter ved Ullevål universitetssykehus, HF.

I følgende prosjekter er brukerrepresentanter rekruttert fra brukerrådet.

1. Prosjekt reviderte pasientundersøkelser.  
Brukerundersøkelser er viktige i arbeidet med kvalitetsforbedringer. Prosjektgruppen har arbeidet mye med både spørsmålstillingen og gode gjennomføringsrutiner i avdelingene.
2. Samarbeidsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus HF, Ullevål og Oslo kommune om rehabilitering.
3. Biobankutvalget ved Oslo universitetssykehus HF, Ullevål.
4. Deltakelse i prosjektgruppene P1 og P5 i integrasjonsprosessen.
5. Styringsgruppe for likeverdige helsetjenester.
6. Fagrådet i Helse Sør-Øst RHF for "Nyfødtmedisin, fødsels- og svangerskapsomsorg".

## **BRUKERRÅDSMEDLEMMENES DELTAKELSE PÅ KONFERANSER O. L.**

### **Konferanser/seminarer hvor brukerrådets representanter har vært foredragsholdere**

- Temadag Orthopedisk senter.
- Ledersamling Holmen Hotell.
- Innlegg for tillitsvalgte med tema: Brukermedvirkning i integrasjonsprosessen.

### **Konferanser/seminarer hvor brukerrådets representanter har vært deltakere med påmelding gjennom Ullevål universitetssykehus HF**

- Konferansen "Brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten". Arrangør Helse Sør-Øst RHF
- Konferansen "Levevilkår for funksjonshemmede". Arrangør Helsedirektoratet.
- Ledersamling Holmen Hotell for Oslo universitetssykehus, HF .
- Pasientsikkerhetskongressen 2009. Arrangør Kunnskapssenteret.
- Regional rehabiliteringskonferanse 2009. Arrangør Sunnaas sykehus HF og Helse Sør-Øst RHF

02.12.2009.

Vedlegg: Saker behandlet i brukerrådet og orienteringer for brukerrådet i 2009

## Vedlegg til brukerrådets årsrapport 2009

### SAKER BEHANDLET I BRUKERRÅDET 2009

- Pasientundersøkelsen 2008.
- Klagesaker og uønskede hendelser 2008.
- Universell utforming og tilgjengelighet – regional veileder. Høring.
- Høring og arbeid og omsorg – Forslag til lovendringer med sikte på bedre muligheter til å kombinere arbeid med pleie- og omsorgsoppgaver.
- Utkast til Pasientbrev.
- Prosjektet Prosjektet ”X-it Barneklubben”. Oppfølging etter Dialogkonferansen 2007 ”Ungdom og unge voksne på sykehus” og utfordringer i det videre arbeidet.
- Oppnevning av nytt brukerutvalg ved Oslo universitetssykehus og Brukerrådet ved Ullevål.
- Integrasjonsprosessen og brukermedvirkning i prosjektgrupper.
- Administrativ støtte for brukerrepresentanter i integrasjonsprosessen.
- Godtgjøring for brukerrepresentanter i integrasjonsprosessen.
- Forlengelse av funksjonstid for leder og medlemmer i Brukerrådet til 01.01.2010.
- Forslag til revidert retningslinje for Pasientundersøkelsen.
- Overføring av pasienter som trenger rehabilitering fra Oslo universitetssykehus, Ullevål til kommunene.
- Hvilke parametere mener Brukerrådet at ledelsen bør ha spesielt fokus på i integrasjonsprosessen ?
- Utviklingen av nøkkelparametere fra 2008 til 2009. Ventelister, individuell plan, infeksjoner, feilbehandling, korridorpasienter og evt. flere.
- Årsrapport Brukerrådet 2009.
- Oppsummering av pågående prosjekter som medlemmene er engasjert i og veien videre.

### ORIENTERINGER FOR BRUKERRÅDET

**Følgende orienteringer er gitt til brukerrådet. De har vært gode og interessante.**

- Fødetilbudet i Oslo v/klinikkisjef Kristi Hjelle og seksjonsjef Anne Flem Jacobsen
- Prosjektet ”X-it Barneklubben”. Oppfølging etter Dialogkonferansen 2007 ”Ungdom og unge voksne på sykehus” og utfordringer i det videre arbeidet. V/Liv-Grethe Kristoffersen , leder for Lærings- og mestringssenteret for familier som har funksjonshemming eller kronisk sykdom (LMS-barn).

# Oslo universitetssykehus HF

## Styret

---

Dato dok.:	10. februar 2010
Dato møte:	17. februar 2010
Saksbehandler:	Administrerende direktør
Vedlegg:	Protokoll med tilhørende oppdragsdokument fra foretaksmøte 3. februar 2010

---

### **SAK 6/2010 – OPPDRAG 2010 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Den 3. februar ble det avholdt foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF. Protokollen presiserer styringskrav og rammebetingelser stilt av Helse Sør-Øst RHF for Oslo universitetssykehus sin virksomhet i 2010. Oppdraget er fordelt ut på ansvarlige enheter og lagt inn i foretakets oppfølgings- og rapporteringsrutiner.

For Oslo universitetssykehus fremstår oppdraget for 2010 som svært krevende og kan beskrives i tre samtidige hovedprosesser:

1. Driften skal gjennomføres i henhold til aktivitetskrav og i økonomisk balanse. Dette skal gjøres innenfor en i utgangspunktet lav økonomisk budsjetttramme og svært stram likviditetstilgang, med en ny organisasjon og med virksomhet utført spredt på flere steder.
2. Et pasientgrunnlag tilsvarende ca 160 000 skal overføres til Akershus universitetssykehus HF. Flere områdefunksjoner skal overføres til Vestre Viken HF. Virksomhetens størrelse vil måtte tilpasses nye rammebetingelser fra 1. januar 2011 med betydelig redusert pasientgrunnlag og inntekter.
3. For uten opphold å komme frem til en virksomhet i balanse med oppgaver og rammebetingelsene, må integrasjonsarbeidet fortsette i 2010 og fremover. I 2010 innebærer det blant annet å få på plass IKT-forutsetninger og strukturering av virksomheten.

Restrukturering og samlokalisering av funksjoner i Oslo universitetssykehus vil kreve betydelige investeringer og økonomiske og faglige gevinster vil i stor grad være avhengig av samlokalisering og flytting av funksjoner. Rekkefølgeproblematikken som dette skaper med hensyn til finansiering og likviditet er under utredning og vil bli redegjort for overfor styret.

Administrerende direktør vil presentere og gjennomgå oppdraget fra hovedstadsprosessen og oppdraget for 2010 mer detaljert i styreseminaret 16. februar. Forslag til vedtak vil bli lagt frem i styremøtet.

Oslo universitetssykehus, 10. februar 2010

Siri Hatlen

**PROTOKOLL  
FRA  
FORETAKSMØTE I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Onsdag den 3. februar 2010 klokken 08:00 ble det avholdt foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF i Møtesenteret Grev Wedels plass 5 (6. etg), Oslo.

**Saksliste:**

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Overordnede styringsbudskap for 2010
4. Oppdrag og bestilling 2010
5. Oslo universitetssykehus HF orienterer om driftssituasjonen og utfordringene i 2010

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved Styreleder Hanne Harlem.

I tillegg møtte fra Helse Sør-Øst RHF:

Administrerende direktør Bente Mikkelsen  
Økonomidirektør Hanne Gaaserød  
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen, som også førte protokollen  
Direktør bestilling og rapportering Folke Sundelin

Fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst møtte Karl Helge Storhaug

Fra Oslo universitetssykehus HF møtte:

Styreleder Steinar Marthinsen  
styremedlemmene Marianne Borgen, Rita von der Fehr, Arnhild Hage, Bjørn Wølsted Knudsen

I tillegg møtte fra Oslo universitetssykehus HF:

Administrerende direktør Siri Hatlen, viseadministrerende direktør Morten Reymert,  
viseadministrerende direktør Jan Eirik Thoresen, styresekretær Jørgen Jansen

Revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Sign:  SM  BM

### **Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres**

Styreleder Hanne Harlem ønsket, som øverste eiermyndighet, velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen.

Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Steinar Marthinsen og administrerende direktør Bente Mikkelsen ble valgt til å underskrive protokollen.

Styreleder Hanne Harlem overlot møteledelsen til styreleder Steinar Marthinsen.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

*Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.*

### **Sak 2: Dagsorden**

Møteleder spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden.

Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:


*Dagsorden godkjennes.*

### **Sak 3: Overordnede styringsbudskap for 2010**

Styreleder Hanne Harlem redegjorde for de overordnede styringsbudskapene for 2010. Hun la vekt på at det inngår i helsetjenestens verdigrunnlag at den har ansvar for å ivareta velferdsstatens grunnleggende etikk og moral i tillegg til å forvalte samfunnets ressurser. Helse Sør-Øst vil drive sin virksomhet verdibasert. Omstillingsprogrammet (Plan for strategisk utvikling) for Helse Sør-Øst setter de overordnede målene i den nasjonale kvalitetsstrategien som sine overordnede mål for å sikre at omstillingsprogrammet også er regionens kvalitetsstrategi.

Omstillingsprogrammet er Helse Sør-Østs strategiske fundament for utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i tråd med "sørge for"-ansvaret frem mot 2020. Fremtidig utvikling og omstilling i Helse Sør-Øst handler først og fremst om å styrke tjenestenes kvalitet og sikre riktig prioriteringer.

Hun refererte fra foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 26. januar, der statsråden fremhevet at dagens sykehusstruktur, både fysisk plassering av de enkelte sykehus og oppgave- og funksjonsfordelingen mellom sykehus, ikke er optimal i forhold til de krav og utfordringer vi står overfor. Arbeidet knyttet til videreutvikling av spesialisthelsetjenesten må videreføres med bedre arbeidsdeling mellom sykehus, bl.a. sett i sammenheng med samhandlingsreformen. De muligheter dette åpner for må utnyttes. Det er helt sentralt at dette skjer gjennom gode prosesser og aktiv forankring i de lokalmiljøene som blir berørt.

Sign:  SM  BM

Økonomi, bygninger, personellressurser, forskning, kompetanse, samhandling og IKT er rammebetingelser for å få til det som er viktig, nemlig å sikre at pasientene får rett behandling til rett tid. Helseforetakene må ha velfungerende systemer som sikrer gode behandlingsresultater, god pasientsikkerhet og fornøyde pasienter. Pasientprioriteringene skal baseres på individuelle vurderinger av den enkelte pasient og ikke lønnsomhetsbetraktninger i forhold til finansieringssystemet. Det er viktig å ha oppmerksomhet rundt hvordan finansieringsordningen brukes internt i helseforetaket.

Med utgangspunkt i den aktuelle saken omkring enkeltpasienter i journalsystemet ved Sykehuset Asker og Bærum (januar 2010) understreket statsråden at håndteringen av saken er avgjørende for befolkningens tillit til helsevesenet. Hun ba også om at det ble gjennomført en gjennomgang ved alle sykehus av systemer og rutiner slik at tilsvarende svikt i systemene ikke i ettertid dukker opp flere steder.

Spesialisthelsetjenesten har vært gjennom et ti-år med relativt sterk økonomisk vekst. Veksten de neste årene vil ikke ha den samme høye takten. Samhandlingsreformen vil også by på betydelige utfordringer for spesialisthelsetjenesten ved at en større del av veksten de kommende årene skal skje i helse- og omsorgssektoren i kommunene. Samhandlingsreformen skal etter planen behandles i Stortinget i slutten av april i år og de store endringene vil ikke skje før i 2012 og framover. Det er likevel viktig at helseforetakene intensiverer arbeidet med å styrke helhetstenkning og samhandling allerede nå. Meldingens mål er en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester og de store samfunnsutfordringene som vil komme.

Helseforetakene er store organisasjoner som det er krevende å styre. Ikke minst gjelder dette på økonomifeltet hvor det ikke alle steder har vært kultur for at de styringssignaler som blir gitt på økonomiområdet følges opp og etterleves nedover i organisasjonen. Riksrevisjonen gjennomførte i fjor en stor undersøkelse om økonomistyringen i helseforetakene. Flere av de punktene som Riksrevisjonen peker på er det allerede tatt grep for å rette opp, men fortsatt kan mye gjøres bedre. Helseforetaket må derfor ha en gjennomgang av Riksrevisjonens rapport i styret og sikre de relevante punktene fra Riksrevisjonens gjennomgang blir fulgt opp.

Vedtatte mål for 2010 skal inngå i risikovurderingene på alle nivå. For kritiske områder forutsettes iverksatt spesielle tiltak, handlingsplaner og lignende som følges opp av foretakenes styrever. Tiltak på regionalt nivå utarbeides i et samarbeid mellom det regionale helseforetaket, de enkelte helseforetakene, brukere og de tillitsvalgte. Oppfølging av strategier og mål vil også reflekteres gjennom kartlegging av pasienttilfredshet og i medarbeiderundersøkelser.

Eierkrav stilt i tidligere foretaksmøter og gjennom driftsavtaler for tidligere år har fortsatt gyldighet uten at disse kravene gis særskilt omtale i dokumentet oppdrag og bestilling 2010.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

*Foretaksmøtet tar redegjørelsen om overordnede styringsbudskap for 2010 til etterretning.*

#### **Sak 4: Oppdrag og bestilling 2010**

Helse Sør-Øst RHF orienterte om innholdet i dokumentet.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

  
Sign: SM BM

*Oppdrag og bestilling 2010 gjøres gjeldende for Oslo universitetssykehus HF.*

Protokolltilførsel fra de ansattevalgte styremedlemmene Arnhild Hage, Rita von der Fehr og Bjørn Wølsted Knudsen:

De ansattes representanter i Oslo universitetssykehus HF vil uttrykke bekymring for omfang og størrelse på aktivitet som ligger i oppdragsdokumentet. Sykehuset vil i 2010 være preget av svært krevende omstillinger med mange involverte, og det vil være knyttet stor risiko til gjennomføring av aktivitetskravene.

**Sak 5: Oslo universitetssykehus HF orienterer om driftssituasjonen og utfordringene i 2010**

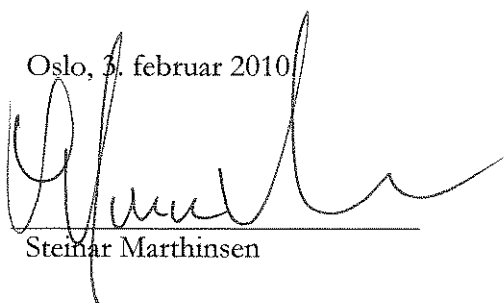
Oslo universitetssykehus HF orienterte om driftssituasjonen og utfordringene i 2010.


Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

*Oslo universitetssykehus HF's redegjørelse tas til orientering.*

Møtet ble hevet klokken 09:00.

Oslo, 3. februar 2010

  
Steinar Marthinsen

  
Bente Mikkelsen

Sign: SM BM



**OPPDRAK OG BESTILLING 2010**  
**FOR**  
**OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS**  
**HF**

**Foretaksmøte 3. februar 2010**



## INNHold:

<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>3</b>
<b>2. INNSYN OG KONSERNREVISJON .....</b>	<b>3</b>
<b>3. OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP FOR 2010 .....</b>	<b>3</b>
3.1 MÅLOMRÅDE 1 - PASIENTBEHANDLING .....	6
3.1.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010 .....	6
3.1.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende .....	7
3.1.2.1 Krav fra oppdragsdokument 2010 .....	7
3.1.2.2 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF .....	11
3.1.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010 .....	12
3.2 MÅLOMRÅDE 2 - FORSKNING .....	16
3.2.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010 .....	16
3.2.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende .....	16
3.2.2.1 Krav fra oppdragsdokument 2010 .....	16
3.2.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010 .....	16
3.3 MÅLOMRÅDE 3 - KUNNSKAPSUTVIKLING OG GOD PRAKSIS .....	17
3.3.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010 .....	17
3.3.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende .....	17
3.3.2.1 Krav fra oppdragsdokument 2010 .....	17
3.3.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010 .....	18
3.4 MÅLOMRÅDE 4 - ORGANISERING OG UTVIKLING AV FELLESTJENESTER .....	18
3.4.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010 .....	18
3.4.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende .....	19
3.4.2.1 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF .....	19
3.4.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010 .....	21
3.5 MÅLOMRÅDE 5 - MOBILISERING AV MEDARBEIDERE OG LEDERE .....	22
3.5.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010 .....	22
3.5.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende .....	23
3.5.2.1 Krav fra oppdragsdokument 2010 .....	23
3.5.2.2 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF .....	23
3.5.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010 .....	24
3.6 MÅLOMRÅDE 6 - BÆREKRAFTIG UTVIKLING GJENNOM GOD ØKONOMISTYRING .....	24
3.6.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010 .....	24
3.6.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende .....	24
3.6.2.1 Krav fra oppdragsdokument 2010 .....	24
3.6.2.2 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF .....	25
3.6.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010 .....	26
<b>4. DRIFTSAVTALE 2010 .....</b>	<b>27</b>
4.1 AVTALT AKTIVITETSnivÅ 2010 .....	27
4.2 ØKONOMISK VEDERLAG OG ØVRIGE ØKONOMISKE BETINGELSER .....	28
4.2.1 Økonomisk vederlag .....	28
4.2.2 Resultatkrav 2010 .....	29
4.2.3 Basisramme til drift og investering .....	29
4.2.4 Likviditet mv .....	30
4.2.5 ISF-refusjoner .....	30
4.2.6 Finansiering av fellesprosjekter .....	30
4.2.7 Risikodeling prehospitale tjenester .....	30

## VEDLEGG 1: OVERSIKT OVER KRAV TIL RAPPORTERING

## VEDLEGG 2: STRATEGISK FOKUS 2010 -2013

## **1. INNLEDNING**

Virksomheten til Helse Sør-Øst er basert på lover og forskrifter, med særlig vekt på helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rammene for virksomheten er nærmere definert i vedtekter og avtaler. Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til det regionale helseforetaket konkretiseres og utdypes i Nasjonal helseplan 2007-2010, oppdragsdokument og foretaksmøter.

Dette dokumentet sammenstiller Helse Sør-Øst RHF's bestilling og oppdrag til Oslo universitetssykehus HF for 2010 med utgangspunkt i overordnede rammer samt økonomiske og faglige prioriteringer slik de fremkommer i RHF-styresak nr 082-2009 Budsjett og mål 2010.

Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF samarbeider nært med Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus om gjennomføring av oppgaver som må løses innenfor sykehusområdet.

## **2. INNSYN OG KONSERNREVISJON**

Helse Sør-Øst RHF kan ved behov, og i samarbeid med styreleder og direktør ved Oslo universitetssykehus HF, foreta en gjennomgang av alt grunnlagsmateriale som er levert i forbindelse med rapportering i forhold til helseforetakets virksomhet.

Oslo universitetssykehus HF vil i tillegg bistå med å fremskaffe tilleggsinformasjon og analyser som er nødvendig i forhold til saker som skal fremmes for styret i Helse Sør-Øst RHF eller i forbindelse med internrevisjon i foretaksgruppen.

Konsernrevisjonen skal bistå styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering av risikohåndtering og intern kontroll. Konsernrevisjonen skal også bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring av foretakenes interne styrings- og kontrollsystemer.

Konsernrevisjonens ansvar, oppgaver, samhandling og kommunikasjon i forhold til helseforetakene, skal ivaretas som nedfelt i gjeldende instruks for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, fastsatt av revisjonskomiteen for Helse Sør-Øst RHF.

## **3. OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP FOR 2010**

Styret vedtok i 2008 et omstillingsprogram for Helse Sør-Øst. Omstillingsprogrammet består av 6 målområder og strategiske hovedvalg som er beskrevet i Plan for strategisk utvikling 2009-2020. Helse Sør-Øst har satt de overordnede målene i den nasjonale kvalitetsstrategien som overordnede mål for sitt omstillingsprogram for å sikre at omstillingsprogrammet også er regionens kvalitetsstrategi.

Plan for strategisk utvikling, strategisk fokus 2009-2012 og mål 2009 for Helse Sør-Øst ble vedtatt i desember 2008 (sak 130). Strategidokumentet skal være Helse Sør-Østs strategiske fundament for utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i tråd med "sørge for"-ansvaret frem mot 2020.

Strategiene angir den langsiktige utviklingen av helseforetaksgruppen i Helse Sør-Øst iht. helseforetakslovens bestemmelser, lov om spesialisthelsetjenester, nasjonal helseplan mv. Perspektivet skal fange opp ønsket utvikling innenfor pasientbehandling, eiendomsutvikling,

investering mv. slik at dette utgjør et målbilde for 2015-2020 og har også tatt hensyn til formål beskrevet i Samhandlingsreformen.

Helse Sør-Østs visjon er å skape:

***Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi***

Fremtidig utvikling og omstilling i Helse Sør-Øst handler først og fremst om å styrke tjenestenes kvalitet og sikre riktig prioritering.

Målbildet på kvalitet er knyttet opp mot Nasjonal kvalitetsstrategi. Fordi god kvalitet etter denne modellen forutsetter riktig balansering av de seks dimensjonene, er riktige prioriteringer en side ved god kvalitet.

Kvalitet skal være et overbyggende prinsipp for hele strategiutviklingen i Helse Sør-Øst. Dette overordnede målet går på tvers av de seks innsatsområdene.

Helsetjenesten har ansvar for å ivareta velferdsstatens grunnleggende etikk og moral i tillegg til å forvalte samfunnets ressurser. Helse Sør-Øst vil drive sin virksomhet verdibasert. De tre nasjonale verdiene "kvalitet", "trygghet" og "respekt" er i Helse Sør-Øst omsatt til følgende normer for virksomheten:

- Åpenhet og involvering - i måten vi arbeider på og i våre prosesser
- Respekt og forutsigbarhet - i måten vi møter hverandre på
- Kvalitet og kunnskap - er vår virksomhet basert på og skal våre beslutninger være bygget på

Skal pasientenes behov dekkes både nå og inn mot 2020 må det skje en kontinuerlig kvalitetsforbedring både for å gi et kunnskapsbasert godt og et likeverdig faglig tilbud. Dette er nødvendig for å kunne utvikle helsetjenesten videre og sikre at de økonomiske rammene utnyttes til beste for pasientene.

Hensikten med Strategisk fokus 2010-2013 (vedlagt) er å sikre at foretaksgruppen som helhet tar de riktige valg og fokuserer arbeidet i tråd med Helse Sør-Østs visjon og verdigrunnlag og plan for strategisk utvikling. Overordnet mål er at daglig virksomhet i det enkelte helseforetak i sum oppnår den ønskede bærekraftige utvikling av Helse Sør-Øst og realiserer de mål som følger av omstillingsprogrammet.

Målene for 2010 uttrykker en særlig prioritering innenfor de seks innsatsområdene. Disse målene kommer verken i stedet for eller i tillegg til overordnede vedtak og krav fra eier og styret for Helse Sør-Øst RHF, men er en hjelp til å fokusere og gjennom enkelte presise mål oppnå kvalitetsutvikling og måloppnåelse innen alle vedtatte strategier. Det har vært en betydelig positiv utvikling på flere målområder som for eksempel korridorpatienter og epikrisetid. På disse områdene har en likevel valgt å videreføre tidligere målformuleringer.

Det forutsettes at ledere på alle nivåer aktivt slutter seg til og anvender mål og fokusområder, og at alle øvrige ansatte skal kjenne målene for 2010 og føle at det har betydning for deres daglige virksomhet.

Plan for strategisk utvikling 2009-2020 - Omstillingsprogrammet - beskriver de strategiske valg regionen har besluttet innen 6 målområdene:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Kunnskapsutvikling og god praksis
- Organisering og utvikling av fellestjenester
- Mobilisering av medarbeidere og ledere
- Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Gjennom Strategisk fokus 2010-2013 settes mål for 2010 innen de samme 6 målområdene. De mål som prioriteres vil bli innarbeidet i budsjettprosessen og den samlede økonomiske prioritering for 2010. Videre oppfølging og forankring av alle vedtatte strategier, mål og eierkrav implementeres og beskrives nærmere i dette dokumentet. Formell forankring for helseforetakene skjer i foretaksmøte i februar 2010, og for de private ideelle sykehusene ved at dokumentet signeres. Det kreves at vedtatte strategier og mål følges opp og gjenspeiles i helseforetakenes oppfølgingsplaner og rapporteres i måned, tertialrapporter, særskilt og til slutt samlet i foretakenes årlige melding.

Vedtatte mål for 2010 skal inngå i risikovurderingene på alle nivå. For kritiske områder forutsettes iverksatt spesielle tiltak, handlingsplaner og lignende som følges opp av foretakenes styrer. Eventuelle tiltak på regionalt nivå utarbeides i et samarbeid mellom det regionale helseforetaket, Oslo universitetssykehus HF, brukere og tillitsvalgte. Oppfølging av strategier og mål vil også reflekteres gjennom kartlegging av pasienttilfredshet og i medarbeiderundersøkelser.

Oslo universitetssykehus HF skal legge felles kommunikasjonsmål 2010 for Helse Sør-Øst til grunn for sitt kommunikasjonsarbeid. Helseforetaket skal bidra med ressurser, kunnskap og erfaring på en slik måte at målene oppnås, herunder bidra i kartleggingen av tilgjengelig pasientrettet informasjonsmateriell for fremmedspråklige.

Oslo universitetssykehus HF skal bidra til publisering av felles informasjon for spesialisthelsetjenesten, i tråd med rammeverket for nettbasert kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten, gjennom å tilrettelegge for etablering av felles ny nettløsning innen utgangen av 2010.

Det arbeides med å ferdigstille oppdatering av det nasjonale profilprogrammet. Det justerte profilprogrammet skal tas i bruk så snart det foreligger.

I foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 26. januar 2010 er følgende overordnede styringsbudskap og krav ytterligere konkretisert:

#### Overordnede føringer

I foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 26. januar 2010 er følgende overordnede styringsbudskap og krav ytterligere konkretisert:

- Samfunnsansvar  
Spesialisthelsetjenesten forvalter betydelige verdier på vegne av samfunnet. Det er viktig at samfunnsansvaret ivaretas for å sikre bærekraftig utvikling og omdømme.
- Økonomi  
Kontroll på økonomien er viktig for å frigjøre ressurser til investeringer, forskning, og mer og kvalitativt bedre pasientbehandling. Det kan ikke forventes den samme veksten i spesialisthelsetjenesten i årene som kommer og det vil fortsatt være viktig med sterk økonomisk styring.

- Sykehusstruktur

Dagens sykehusstruktur er ikke optimal i forhold til de krav og utfordringer spesialisthelsetjenesten står overfor. Arbeidet med strategiske prosesser for å utvikle tjenesten må videreføres.

- Samhandlingsreformen

Forslagene som er lagt fram i samhandlingsmeldingen vil få stor innvirkning for helseforetakene. Styret i Oslo universitetssykehus HF må allerede nå starte arbeidet med å forberede helseforetaket på de forslagene som ligger i St.meld. nr. 47 (2008-2009).

- Utvikling på IKT-området

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi er et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Tiltakene som er iverksatt for å redusere saksbehandlingstiden av enkeltoppgjør for pasientreiser må følges opp og eventuelt korrigeres slik at saksbehandlingstiden blir kortere.

- Sykefravær

Sykefraværet i helseforetakene er høyt og høyere enn i samfunnet for øvrig. Det er en prioritert oppgave å redusere sykefraværet og hindre helserelatert utstøting fra arbeidslivet.

- Videreutvikling av helseforetaksmodellen

Det er åtte år siden helseforetaksmodellen ble gjennomført og det vil i 2010 bli arbeidet med mulige forbedringer i modellen og vurdert endringer i lovverket.

- Rett behandling til rett tid

Økonomi, bygninger, personalressurser, forskning, kompetanse, samhandling og IKT er rammebetingelser for å sikre at pasientene får rett behandling til rett tid.

Håndteringen av saken omkring enkeltpasienter i journalsystemet ved Sykehuset Asker og Bærum (januar 2010) er avgjørende for befolkningens tillit til helsevesenet. Med bakgrunn i dette skal Oslo universitetssykehus HF gjennomgå sine systemer og rutiner for å forhindre svikt i disse.

- Oppfølging av juridisk rammeverk - Intern kontroll og risikostyring

Styret i Oslo universitetssykehus HF har ansvar for at helseforetaket har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Ved omstilling av virksomheten må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. Styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring skal inngå i tertialrapporteringen i 2010.

Det skal redegjøres for arbeidet med intern kontroll og risikostyring i årlig melding.

Det er fortsatt behov for større systematikk i oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn. Oslo universitetssykehus HF skal delta aktivt i dette arbeidet.

## **3.1 MÅLOMRÅDE 1 - PASIENTBEHANDLING**

### **3.1.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010**

✓ Gjennomføre styrets vedtak i omstillingsprogrammet (jfr. sak 108/2008):

- Organisere pasienttilbudet innen hvert sykehusområde slik at befolkningen får dekket 80-90 % av behovet for spesialisthelsetjenester innen sitt sykehusområde.
  - Det utvikles helhetlige pasientforløp, herunder innen akuttjenester for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rehabilitering inngår som en integrert del av pasientforløpene.
  - Samhandlingen med kommunene videreutvikles i tråd med vedtakene i omstillingsprogrammet og overordnede rammeavtaler.
- ✓ Kvaliteten skal bedres:
- Mer enn 80 % av epikrisene utsendes innen 7 dager og andelen sammedagsepikriser skal økes.
  - Elektive operasjoner skal normalt gjennomføres innleggelsesdagen.
  - Det skal normalt ikke være korridorpasienter.
  - Det skal ikke være fristbrudd.
- ✓ Pasientsikkerheten skal bedres:
- Det skal dokumenteres reduksjon i sykehusinfeksjoner, feilmedisinering og andre alvorlige uønskede hendelser i alle helseforetak.
  - Antallet NPE-saker reduseres ytterligere.

### **3.1.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende**

#### **3.1.2.1 Krav fra oppdragsdokument 2010**

##### Innledning

- Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for helsetjenesten. For å sikre at avvik fra tilsyn og andre uønskede hendelser blir fanget opp i hele organisasjonen, må Oslo universitetssykehus HF være en organisasjon som lærer kollektivt av feil og systemsvikt.
- Gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene gjøres deler av budsjettet avhengig av antall pasientbehandlinger og kompleksiteten i behandlingen. Prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal behandles og hva slags behandling den enkelte pasient skal gis, skal være uavhengige av de aktivitetsbaserte tilskuddene. Det er ikke ment at finansieringen gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene dekker hele kostnaden ved undersøkelse eller behandling. Derimot skal de aktivitetsbaserte tilskuddene sammen med basisbevilgningen legge grunnlag for gjennomføring av kravet til aktivitet.
- Helseforetaket må innenfor sine økonomiske rammer sørge for at virksomheten innrettes slik at ventetidene til utredning/diagnostikk og behandling reduseres. Dette forutsetter at det rettes særskilt oppmerksomhet på den polikliniske virksomheten.
- Det vises til St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, som er planlagt behandlet i Stortinget 24.4.2010. Det er viktig at samhandlings- og koordineringsfunksjonen får en like tydelig ledelsemessig og organisatorisk forankring som de spesialiserte funksjonene har i dag.

##### Kvalitetsforbedring

- Pasienter med behov for oppfølging må sikres at informasjon fra sykehusoppholdet (epikrise) sendes tidsnok til å sikre kontinuitet i behandlingen.
- Barn som pårørende skal sikres god oppfølging når foreldrene er innlagt i sykehus.
- Innen akuttpsykiatri er det ikke faglig forsvarlig å ha korridorpasienter.
- Arbeidet til kliniske etikkomiteer skal videreføres.

##### Prioritering

- Pasienter skal sikres et likeverdig tilbud av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi, diagnose og etnisk bakgrunn. Prioriteringsveilederne skal legges til grunn for å sikre enhetlig vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.

#### Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester

- Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF er kjent med og følger opp Helsetilsynets rapport "Sikker som banken... - sikrer helseforetakene trygge blodoverføringer? Oppsummering av 14 tilsyn i 2008 i henhold til blodforskriften" (6/2009).
- Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF følger opp resultatene etter tilsyn utført av Statens strålevern.

#### Tilgjengelighet og brukervedvirkning

- Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Det innebærer både fysisk tilgjengelighet, og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse.
- Brukere skal sikres medvirkning i egen helsehjelp, og medvirke i utviklingen av helsetjenester på systemnivå.
- Oslo universitetssykehus HF skal informere pasienter og pårørende om klageadgang.
- Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak for å bedre informasjonen til publikum om sykehusenes mest vanlige behandlingstilbud.
- Oslo universitetssykehus HF skal utrede/gjennomgå/vurdere ventetiden for pasientgrupper med lang ventetid. Det skal iverksettes tiltak for å:
  - a) Redusere ventetiden for kirurgisk behandling av sykkelig overvekt
  - b) Redusere ventetiden for pasienter med hjerteflimmer

#### Pasientbehandling

- Det er viktig at det finnes gode tilbud når det gjelder palliativ pleie og hospice. Tilbudene skal inngå som en integrert og naturlig del av spesialisthelsetjenesten og kommunens samlede helse- og omsorgstilbud.
- Fagområdet ernæring inngår som en del av både forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering av en rekke sykdommer. Oslo universitetssykehus HF skal sikre at fokus på ernæring inngår i det samlede tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten.
- Arbeidet med oppfølging av strategier skal fortsette i 2010. For 2010 gjelder blant annet følgende strategier for spesialisthelsetjenesten:
  - Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012)
  - Nasjonal strategi for kreftområdet (2006-2011)
  - Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006-2011)
  - Nasjonal strategi for KOLS-området (2006-2011)
  - Strategiplan for kvinners helse (2003-2013)
  - Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011)
  - Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer (2008-2012)
  - Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)
  - Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009 - 2014.

#### Helhetlige pasientforløp og samhandling

- Oslo universitetssykehus HF skal i utgangspunktet sørge for at fødeinstitusjoner holdes åpne hele året. Sommer- og feriestengninger skal ikke skje pga. økonomiske årsaker alene. Det kan stenges dersom det ikke lar seg gjøre å avvikle lovpålagt ferie forsvarlig, men stengningsperioden skal gjøres kortest mulig, og det skal iverksettes nødvendige tiltak for å sikre forsvarlighet i samarbeid med kommunene
- Helse Sør-Øst RHF vil videreføre arbeidet med å utarbeide/revidere regionale planer for store pasientgrupper som pasienter med de hyppigste kreftformer, pasienter med hjerneslag og pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Oslo universitetssykehus HF skal delta i dette arbeidet og i sitt videre arbeid se til at planene utvikles i et forløpsperspektiv og omfatter kommunehelsetjenesten og ulike nivåer av sykehusbehandling der dette er relevant. Planene skal identifisere betydningsfulle

flaskehals f.eks. kapasitet innen radiologi og laboratorietjenester, rehabiliteringskapasitet, tilgang på spesialister og evt. annet helsepersonell, og kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Relevante faglige retningslinjer (hjerneslag), handlingsprogrammer (ulike krefttyper) og rapporter fra forløpsgruppene som ble etablert i forbindelse med samhandlingsprosjektet legges til grunn for arbeidet. Bruk av individuell plan er et viktig element.

- Oslo universitetssykehus HF gis fullt ansvar for følgetjeneste for gravide til fødeinstitusjon i sitt sykehusområde fra 1.1.2010.
- Oslo universitetssykehus HF skal gi samhandlings- og koordineringsfunksjonen en tydelig ledelsesmessig og organisatorisk forankring.
- Oslo universitetssykehus HF skal arbeide for å øke andelen polikliniske konsultasjoner for nyhenviste pasienter og redusere andelen kontroller. Det skal samarbeides med primærhelsetjenesten om dette.
- Oslo universitetssykehus HF skal ha rutiner og kompetanse som sikrer at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet og at veiledningsoppgaven ovenfor kommunene ivaretas på ernæringsområdet.

#### Psykisk helsevern

- Det overordnede målet i psykisk helsearbeid er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Det er fremdeles behov for omstilling av psykisk helsevern fra hovedtyngde på døgn/institusjonsbehandling til mer utadrettet og ambulant tjeneste og oppfølging, og de regionale helseforetak skal derfor videreføre arbeidet med omstilling slik at sykehusfunksjonene blir spisset og de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) blir i stand til å utføre de oppgaver som forventes. Tilbudet til barn og unge skal prioriteres. Brukermedvirkning skal være det bærende prinsippet i organisering av det psykiske helsevernet, noe som innebærer at individuell plan må bli mer utbredt.
- Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF er kjent med og følger opp Helsetilsynets rapport om DPS: "Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet?" (4/2009).
- Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med kommunehelsetjenesten redusere bruk av tvang og sørge for at praksis samsvarer med gjeldene helselovgivning.
- Helse Sør-Øst RHF skal som ledd i etableringen av ny Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenester iverksette en regional, forpliktende handlingsplan for å begrense og kvalitetssikre bruk av tvang i psykisk helsevern. Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF deltar i dette arbeidet.
- Rusmiddelproblemer hos pasienter som henvises til psykisk helsevern skal undersøkes, og det skal iverksettes tiltak for å sikre at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud for sin rusmiddelavhengighet.
- Oslo universitetssykehus HF skal se til at gode erfaringer fra brukerbaserte tiltak kommer til anvendelse ved alle DPS, jf. relevante erfaringer fra prosjektene "Brukerorienterte alternativer til tvang" (SINTEF 2008) og "Brukerstyrte plasser" (Jæren DPS) mv.

#### Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)

- I tråd med Opptrappingsplan for rusfeltet (2007-2010) skal kvaliteten og kapasiteten innen TSB, inkludert legemiddelassistert rehabilitering (LAR) styrkes for å redusere ventetider og sørge for et sammenhengende behandlingsforløp, slik at det ikke oppstår ventetid mellom ulike deler av TSB (f. eks. avrusning og videre behandling). Regionale helseforetak skal sørge for at LAR inngår som en integrert del av øvrig TSB.
- Den helsefaglige kompetansen i TSB skal styrkes.
- Mange rusmiddelavhengige har også til dels omfattende psykiske lidelser. Arbeidet med å styrke samhandlingen mellom psykisk helsevern og TSB skal fortsette. Forskning og kompetanse på rusfeltet skal styrkes.
- Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med kommunene legge til rette for behandlingsforberedende tiltak overfor rusmiddelavhengige som er gitt rett til nødvendig helsehjelp innen tverrfaglig spesialisert behandling i påvente av oppstart av behandling.



## Habilitering og rehabilitering

- Oppfølging av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) skal bidra til at dette feltet får den posisjon som de overordnede helse- og velferdspolitiske mål tilsier. Det betyr at habilitering og rehabilitering må bli riktig og bedre prioritert innad i de ulike tjenesteområdene. Retningsgivende for arbeidet er helhetlige behandlings- og rehabiliteringsløp, samhandling og brukermedvirkning, tilgjengelighet og likeverdighet i tilbudet.
- Helsedirektoratet har utgitt en veileder for Habiliteringstjenesten for voksne og en handlingsplan for habilitering av barn og unge. Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF er kjent med disse.

## Områder med særskilt fokus:

- Tilbudet til pasienter med kronisk smerte skal styrkes kapasitets- og kompetansemessig.
- Oslo universitetssykehus HF skal sikre adekvat tilbud om diagnostikk, behandling og rehabilitering, herunder tilbud om lærings- og mestringskurs, til pasienter med kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME). Tilbudet skal utvikles i samarbeid med kommunene og Nasjonalt kompetansenettverk for CFS/ME.
- Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak for øke antall tilgjengelige organer og samarbeide med nasjonal koordinator for organdonasjon i Helsedirektoratet.
- Oslo universitetssykehus HF skal sikre tilstrekkelig kapasitet for cochleaimplantasjoner jf. nasjonale mål.
- Oslo universitetssykehus HF skal sikre at CI-opererte får habilitering og rehabilitering etter operasjon.
- Oslo universitetssykehus HF skal sikre befolkningen i sin region nærhet til prehospitale tjenester med god kompetanse og kvalitet.
- Oslo universitetssykehus HF skal innen 1.4.2010 oppfylle kompetansekravene i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.
- Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012) legger føringene for arbeidet med smittevern. Forskning på og overvåking av sykehusinfeksjoner og antibiotikabruk er et spesielt innsatsområde i oppfølgingen av strategien i 2010. Oslo universitetssykehus HF må ha god oversikt over hva som rapporteres til regionale/nasjonale registre, prevalensundersøkelser, antall inngrep som overvåkes prospektivt (insidens), og om data leveres databehandler innen fristen og hvordan data tilbakeføres til å kvalitetssikre tjenesten i helseforetaket. I denne sammenhengen har Oslo universitetssykehus HF ansvaret for å levere kvalitetssikret materiale og kvalitetssikring i egen virksomhet.
- Oslo universitetssykehus HF skal håndtere og følge opp erfaringer fra ny influensa A (H1N1).
- Oslo universitetssykehus HFs beredskapsplaner skal til en hver tid være oppdaterte, øvede og koordinerte med rutiner for å oppdage og varsle hendelse og for effektiv ressursdisponering og samhandling ved kriser.

## Pasientopplæring

- For personer med kronisk sykdom er god opplæring og mestring av sykdommen like viktig som medisinsk behandling. Oslo universitetssykehus HF skal påse at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får et kvalitativt godt tilbud om dette. Slik opplæring kan ivaretas i et lærings- og mestringssenter eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Pasientopplæringen skal bidra til å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Lærings- og mestringstiltak forutsettes å være et likeverdig samarbeid mellom brukere og fagfolk i kunnskapsformidling og kunnskapsdialog.

- Oslo universitetssykehus HF skal påse at tilbud om lærings- og mestringsaktiviteter er tilpasset pasienter med annen språklig og kulturell bakgrunn og pasienter med ulike funksjonshemninger, f. eks. pasienter med syns- og hørselshemning.

#### Oppfølging og rapportering

- Oslo universitetssykehus HF har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes til Helse Sør-Øst RHF når slikt avvik blir kjent.

### **3.1.2.2 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF**

#### Styring og oppfølging

- Ny inntektsfordeling av basisbevilgningen, beskrevet i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet, har tatt hensyn til hvilke utslag en økning i gjestepasientoppkjøret inkl. kapitalkostnader vil gi. Det skal derfor ikke bygges opp egne tilbud i konkurranse med eksisterende funksjoner. Justeringen Helse Sør-Øst RHF får for gjestepasienter vil bli holdt på samme nivå i inntektsfordelingen fra Helse- og omsorgsdepartementet i de kommende årene.

#### Investeringer og kapitalforvaltning - Landingsplasser for helikoptre

- I rapport utarbeidet i juni 2008 av Luftambulansetjenesten ANS vises det til at det ikke er tilfredsstillende landingsmuligheter for ambulanshelikoptre ved flere av landets akuttisyrkehus. Det må også ses hen til at det skal anskaffes nye redningshelikoptre. De regionale helseforetakene skal iverksette et felles prosjekt for å ivareta krav om forsvarlige landingsmuligheter for ambulans- og redningshelikoptre ved akuttisyrkehusene. Oslo universitetssykehus HF skal ta del i dette arbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.

#### Organisatoriske krav og rammebetingelser

##### Datakvalitet og rapportering - Nasjonalt helseregisterprosjekt

- Et sentralt mål i Nasjonalt helseregisterprosjekt er å styrke datakvaliteten i Norsk pasientregister (NPR). Dataene skal være komplette, av god kvalitet og i henhold til retningslinjer gitt av NPR. Dette for å sikre et godt grunnlag for styring, administrasjon og forbedring av spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har i 2009 vedtatt ny nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade; "Ulykker i Norge" (2009-2014), der en sentral utfordring er at mangel på gode data har vært til hinder for effektiv skadeforebygging. Oslo universitetssykehus HF skal oppnevne kontaktperson som skal ha særskilt ansvar for å sikre god kvalitet på dataene til NPR, spesielt innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og skader og ulykker.
- Oslo universitetssykehus HF skal ha nødvendig ledelsesmessig oppmerksomhet knyttet til god kvalitet på den medisinske kodingen, og påse at nasjonale retningslinjer for medisinsk koding følges opp.

##### Datakvalitet og rapportering - Prosedyrekoder knyttet til psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk

- De regionale helseforetakene skal sørge for at alle enheter innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk registrerer og rapporterer prosedyrekoder fra 1. september 2010. Helsedirektoratet vil sammen med Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS (KITH) bidra til at det kan gis opplæring for de som skal kode. Selve opplæringen vil skje i samarbeid med de regionale helseforetakene og helseforetakene. Alle enheter innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk skal registrere og rapportere prosedyrekoder fra 1. september 2010.

#### Øvrige styringskrav - Røykfrie inngangspartier ved helseinstitusjoner

- Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom flere år arbeidet med å begrense skadene ved tobakksrøyking, jf. Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010. Ved revisjon av tobakkskadeloven vil det bli lagt til grunn at inngangspartier til helseinstitusjoner blir røykfrie områder. Innen utgangen av 2010 skal inngangspartiene ved helseinstitusjoner være røykfrie.

Øvrige styringskrav - Legemiddelassistert rehabilitering på rusområdet

- Det er regionale forskjeller i fremstilling og kjøp av legemidler (metadon) til legemiddelassistert rehabilitering på rusområdet. Det benyttes både industrielt fremstilte legemidler med markedsføringstillatelse og apotekfremstilte legemidler uten markedsføringstillatelse. Legemidler med markedsføringstillatelse skal benyttes i legemiddelassistert rehabilitering, dersom det ikke foreligger individuelle medisinske grunner til å benytte apotekfremstilte legemidler.

### **3.1.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010**

Kvalitetsforbedring

- Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med Sykehusapotekene HF legge til rette for at farmasøytisk kompetanse er tilgjengelig for de kliniske avdelingene.
- Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med Sykehusapotekene HF etablere felles mål og tiltak for å redusere feilmedisinering under sykehusopphold og ved utskrivning
- Det skal inngås avtale mellom Oslo universitetssykehus HF og Sykehusapotekene HF i henhold til utarbeidet standardisert avtalesett for Helse Sør-Øst.
- Oslo universitetssykehus HF skal ta i bruk eller tilpasse egne maler til de nye brevmalene som er utarbeidet av Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene gjennom prosjektet "Riktigere prioritering". Brevmalene og informasjonsvedlegget til pasienter skal benyttes som svar på vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten. Jf. brev fra Helse Sør-Øst RHF av 10.juli 2009 og 29.januar 2010.

Prioritering

- Det skal sikres god forankring av, opplæring i og rask implementering av prioriteringsveilederne. Alle avdelinger skal ha tatt i bruk prioriteringsveilederne innen 01.03.10.

Tilgjengelighet og brukermedvirkning

- Oslo universitetssykehus HF skal videreutvikle brukermedvirkningen gjennom implementering av 13 prinsipper for brukermedvirkning, og skal legge til rette for at brukerutvalget gjennomfører modulbasert opplæringsprogram for brukerutvalg utviklet av FFO og SAFO i region sør-øst.
- Det skal fremgå av oversendelsen av årlig melding at brukerutvalget har vært med i utformingen og har behandlet den.

Helhetlige pasientforløp og samhandling

- Tilbudet til pasienter med alvorlig traumatisk hodeskade skal trappes opp i samarbeid med Sunnaas HF.
- Samhandlingsavtalene med Oslo kommune skal videreutvikles i lys av styresak 108-2008, stortingsmelding 47 (2008-2009), regional rammeavtale med KS, regional smittevernplan mv. (og i forpliktende samarbeid mellom foretakene/sykehusene i sykehusområdet).
- Oslo universitetssykehus HF skal videreutvikle samarbeidet og samhandling med avtalespesialistene i sykehusområdet, jfr. rammeavtalen, strategisk plan/handlingsplan for avtalespesialister og samhandlingsmodell for økt tilgjengelighet til avtalespesialister innen psykisk helsevern.

### Psykisk helsevern

- Det forutsettes kvalitetsforbedring, omstilling og mer effektiv drift innen psykisk helsevern i alle foretak, herunder tiltak for styrket ledelse innenfor disse tjenesteområdene.
- Det skal rapporteres på kapasitet og ventetid innen sikkerhetspsykiatri i den løpende rapporteringen.
- Regionalt samarbeid mellom alle foretak/sykehus og RSA skal skje etter gjeldende regionale retningslinjer.
- Ressursrammene innen psykisk helsevern skal videreføres minst på samme nivå som i 2009.

### Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)

- Oppdraget til Oslo universitetssykehus om å koordinere bruken av døgnplasser hos private avtaleparter innen TSB med unntak av A-klinikkene, Borgestad og Samtun forlenges ut 2010. Videre skal helseforetaket ha et regionalt medansvar for fagutvikling, rådgivning og analyse innen TSB.
- Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus, i samarbeid med Akershus universitetssykehus HF, skal som ledd i sitt felles arbeid med områdeplan innen TSB for Oslo sykehusområde utarbeide en felles tilrådning til Helse Sør-Øst RHF om betalingsansvaret ved eventuelle fristbrudd innen TSB i sykehusområdet innen 1.3.2010.
- Det forutsettes kvalitetsforbedring, omstilling og mer effektiv drift innen TSB i alle foretak, herunder tiltak for styrket ledelse innenfor disse tjenesteområdene.
- Innen TSB skal det i 2010 være et særskilt fokus på:
  - forebygging av overdosedødsfall i tett tverretattlig og tverrfaglig samhandling
  - forebygging av "ikke planlagt brudd i behandling", gjennom utarbeidelse av prosedyrer og tiltak på alle nivå i tjenesten
  - å sikre akutt- og avgiftingskapasitet i henhold til innskjerpet lovkrav
- Oslo universitetssykehus HF skal åpne den planlagte Rusakutten i samarbeid med Oslo kommune, herunder åpne det permanente rusakuttmottaket i 2010 i tråd med tidligere oppdrag som bekreftet sist i brev fra Helse Sør-Øst RHF 28.10.2009. Et komplett fagteam skal være på plass innen 1.3.2010.  
Oslo universitetssykehus HF skal innen utgangen av januar 2010 oversende en forpliktende fremdriftsplan for byggeprosjektene til Helse Sør-Øst RHF. Også i perioden frem til den permanente Rusakutten står ferdig skal Oslo universitetssykehus HF sikre at pasientene ikke opplever brudd i behandlingsskjeden.
- Ressursrammene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk skal videreføres minst på samme nivå som i 2009.

### Habilitering og rehabilitering

- Habiliteringstilbudet skal styrkes i samsvar med styrets vedtak i sak 82-2009. Særlig vekt skal legges på å styrke intensiv habilitering av barn med medfødt eller ervervet hjerneskade og livsfaseovergangene fra ungdom til voksen med habiliteringsbehov.
- Sykehusområdet skal etablere/videreutvikle koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i samsvar med forskriftskrav, eventuelt som del av en samhandlingsenhet.
- Oslo universitetssykehus HF skal prioritere driften av FORMI innenfor tildelt basisramme 2010
- Oslo universitetssykehus HF skal opprette en regional koordinerende enhet for habilitering etter nærmere oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF.

### Områder med særskilt fokus:

#### Kronisk smerte

- Det skal etableres tverrfaglige smerteklinikker innen alle sykehusområder i 2010.

### CFS/ME

- Oslo universitetssykehus HF skal videreutvikle tilbudet til CSF/ME-pasienter, herunder skal døgntilbudet for de aller sykeste CSF/ME-pasientene videreutvikles i 2010 som et nasjonalt behandlingstilbud på inntil 10 sengeplasser avhengig av behovet i tråd med oppdraget i brev av 6.10.2009.
- Det polikliniske tilbudet til ME-pasienter videreføres.

### Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

- Oslo universitetssykehus HF skal følge opp og rapportere kvalitetsparametre og aktivitetstall for prehospitaltjenester etter nærmere oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF.

### Beredskaps- og smittevernarbeid

- Oslo universitetssykehus HF skal ivareta definerte oppgaver knyttet til nasjonal utrykningsenhet (URE).
- Oslo universitetssykehus HF skal ivareta oppdraget om å stille sakkyndig lege for veidirektoratet.
- Oslo universitetssykehus HF skal drifte regionalt kompetansesenter for smittevern og sykehushygiene slik det er beskrevet i den regionale smittevernplanen. Senteret skal være i drift som kompetansesenter for hele regionen innen 1. mars 2010.

### Beredskapsplaner

- Regional smittevernplan og regional beredskapsplan er gjeldende for Oslo universitetssykehus HF. Tiltak og oppgaver i planene følges opp. Helseforetaket skal bidra til å følge opp den regionale beredskapsplanen og sikre at regionens samlede ressurser utnyttes mest mulig effektivt ved kriser og katastrofer.

### Robotkirurgi

- Oslo universitetssykehus HF skal ha tilstrekkelig kapasitet for robotkirurgi ved cancer prostata. Ved kapasitetsproblemer skal foretaket på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF inngå avtale med Sykehuset Telemark HF om å benytte eventuell kapasitet der, eventuelt som en satellittvirksomhet ledet fra Oslo universitetssykehus HF. Eventuelle økonomiske elementer i en slik avtale må håndteres mellom foretakene. Avtalen skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF før inngåelse. Helse Sør-Øst RHF vil vurdere om det er nødvendig med felles venteliste for slik kirurgi.

### Fettforklekirurgi

- Det skal utvikles en sammenhengende behandlingkjede mot Sykehuset Telemark HF i forhold til post-bariatriske inngrep ("fettforkle-kirurgi") på pasientene med mest alvorlige problemer og størst fare for komplikasjoner.

### Sykelig overvekt

- Oslo universitetssykehus HF skal videreføre samarbeidet med Vestre Viken HF og Sykehuset i Vestfold HF om utvikling av regionale, helhetlige tilbud til pasienter med sykelig overvekt. Oslo universitetssykehus HF skal herunder gjøre minst 200 fedmeoperasjoner i 2010. Eventuell behandling i forbindelse med Raskere tilbake kommer i tillegg.
- Oslo universitetssykehus HF skal i sin områdeplan beskrive hvordan man skal møte den stadig økende utfordringen med sykelig overvekt, også i samhandling med primærhelsetjenesten.

Annet:

### Ablasjonsbehandling

- Oslo universitetssykehus HF skal i løpet av 2010 ha bygget opp tilstrekkelig kapasitet for ablasjonsbehandling for hjertearytmier til å dekke behovet til befolkningen i Helse Sør-Øst.

#### ICD og PCI

- Oslo universitetssykehus HF skal sikre tilstrekkelig kapasitet til ICD og PCI i regionen, i samarbeid med Sørlandet Sykehus HF.

#### Etikk-komiteer

- Oslo universitetssykehus HF skal sikre drift av de kliniske etikkomiteene.

#### Spesialisthelsetjeneste til eldre

- Oslo universitetssykehus HF skal i sin områdeplan omtale og ivareta de særskilte utfordringene knyttet til spesialisthelsetjeneste for eldre slik de er beskrevet i vedlegg til styresak 060-2009 Orienteringssak: Spesialisthelsetjeneste for eldre – Handlingsplan 2010-2020

#### Høreapparat og høretekniske hjelpemidler

- Oslo universitetssykehus HF skal følge opp "Avtale om samarbeid mellom de regionale helseforetakene og Arbeids- og velferdsdirektoratet om formidling av høreapparat og høretekniske hjelpemidler".

#### Omstillingsprogrammet

- Oslo universitetssykehus HF skal følge opp oppdraget gitt i brev av 25.5.09 om "Utvidelse av opptaksområdet for Akershus universitetssykehus HF - etablering av overføringsprosjekt i samarbeid med Oslo universitetssykehus HF".
- Oslo universitetssykehus HF skal følge opp oppdraget gitt i brev av 1.10.09 om "Endring av pasientstrømmer i mellom Vestre Viken HF, Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF som følge av etablering av sykehusområder i Helse Sør-Øst".
- Oslo universitetssykehus HF skal følge opp oppdraget gitt i brev av 19.09.09 om Oppgave- og funksjonsfordeling i Oslo sykehusområde.
- Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre et svært omfattende integrasjons- og omstillingsprogram parallelt med ordinær drift i 2010, jf. RHF styresakene 108-2008 og 130-2008. Kostnader som påløper til gjennomføringen av omstillingsprogrammet må finansieres innenfor den tildelte inntektsrammen for 2010.

#### Likeverd

- Oslo universitetssykehus HF skal sikre at tjenestetilbudet er tilrettelagt for fremmedspråklige og for pasienter og pårørende, herunder etablere tolketjenester til pasienter som har behov for dette.
- Oslo universitetssykehus HF skal rapportere på antall tolkesamtaler og ressursbruk til tolketjenester.

#### Plan for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg

- Helse Sør-Øst RHF har gjennom styrevedtak i sak 108/2008 vedtatt at sykehusområdene skal utarbeide områdeplaner for behandlingstilbudet i eget område sammen med kommunene. I utdyping/presisering av oppdragsdokument for 2009 til Helse Sør-Øst RHF i brev av 7.7.2009 ba Helse- og omsorgsdepartementet om at det ble utarbeidet en flerårig, helhetlig og lokalt tilpasset plan for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg i samarbeid med kommunene. På bakgrunn av dette skal helseforetaket i samarbeid med Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF og kommunene, herunder Oslo kommune, levere en slik plan for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg i hele hovedstadsområdet. Oppdraget, herunder frist, vil bli presisert i eget brev.

### Regionale fagråd

- Oslo universitetssykehus HF skal stå for drift av de regionale fagråd som ledes fra foretaket, herunder sikre nødvendig sekretariatsbistand. Fagrådets medlemmer får dekket utgifter i forbindelse med deltagelse i fagrådsarbeid fra eget foretak/organisasjon. Brukere og avtalespesialister får dekket utgifter etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.

## **3.2 MÅLOMRÅDE 2 - FORSKNING**

### **3.2.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010**

- ✓ Forskningsaktiviteten, målt i publikasjoner og antall dr.grader (NIFU-poeng), er økt fra 2009-nivå, i samsvar med økt ressurstilførsel.
- ✓ Innovasjonsaktiviteten, målt i antall prosjekter (inkl. OFU-kontrakter og patenter) er økt fra 2009-nivå.
- ✓ Regional forskningsstøttefunksjon er etablert ved Oslo universitetssykehus HF for å understøtte forskning av høy kvalitet i hele regionen.
- ✓ Regionale teknologiske infrastrukturtiltak og nettverk for faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurranseevne etableres.
- ✓ Regionalt informasjonsnettsted for forskning (forskningsportal) er etablert, med synliggjøring av forskningsnyheter, -prosjekter og -ressurser.

### **3.2.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende**

#### **3.2.2.1 Krav fra oppdragsdokument 2010**

Forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater og innovative løsninger i tjenesten er viktig for å sikre ny kunnskap som kan føre til at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst.

#### Forskning

- Det er et mål å styrke pasientrettet klinisk forskning, herunder forskerinitierte kliniske intervensjonsstudier av høy kvalitet og relevans i helseforetakene. Det er et mål å sikre oppbygning av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder, samtidig som det er viktig å stimulere forskningsmiljøer av høy kvalitet slik at disse miljøene kommer i posisjon til å få eksterne midler nasjonalt og internasjonalt, f. eks gjennom EUs 7. rammeprogram. Det er nødvendig å sikre god infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier og for forskningsbasert utvikling og utprøving av ny teknologi i Norge, herunder å etablere en nasjonal oversikt over pågående og slutførte kliniske studier i helseforetakene.

#### Innovasjon

- Utvikling og implementering av nye produkter, diagnostikk- og behandlingsmetoder, tjenester og organisatoriske løsninger i helsetjenesten (innovasjon) er viktig for å øke offentlig verdiskapning gjennom økt kvalitet og kostnadseffektivitet i tjenestene.

### **3.2.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010**

- Oslo universitetssykehus HF skal bidra til å oppnå målene i regional forskningsstrategi for 2008-2011.
- I 2010 skal Oslo universitetssykehus HF styrke arbeidet med kvalitetssikring og implementere systemer for internkontroll og veiledning av forskning i egen institusjon, i tråd med Helseforskningslovens krav.

- I 2010 skal Oslo universitetssykehus HF iverksette tiltak for å styrke innovasjonsaktiviteten i eget helseforetak i tråd med handlingsplan for innovasjon for Helse Sør-Øst.
- I 2010 skal Oslo universitetssykehus HF innenfor egne rammer legge til rette for samhandlingsforskning i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer.
- Oslo universitetssykehus HF skal etter nærmere avtale med Helse Sør-Øst RHF videreføre regionale forskningsstøttefunksjoner.
- Oslo universitetssykehus HF skal utføre sine regionale strategiske forskningstiltak finansiert av tildelte forskningsmidler i tråd med helseforetakets rolle som nav i det regionale forskningssystemet og bidra til å gjennomføre samlet strategisk plan for Samarbeidsorganet. Dette gjelder særskilt regionale forskningsnettverk, kjernefunksjoner og regionale teknologiske kjernefasiliteter.

### **3.3 MÅLOMRÅDE 3 - KUNNSKAPSUTVIKLING OG GOD PRAKSIS**

#### **3.3.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010**

- ✓ Et strategisk program for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis videreutvikles.
- ✓ Helseforetakene skal ta del i etablering og drift av de nasjonale kvalitetsregistrene.
- ✓ Helhetlige pasientforløp og bedre samhandling internt i virksomheten, innen sykehusområdet og med kommunehelsetjenesten utvikles.
- ✓ Tiden i sykehus skal være helsebringende og liggetidene skal begrenses slik at det gis medisinsk behandling av høy kvalitet, unngår unødige opphold og samtidig sikrer effektivitet i pasientbehandlingen.
- ✓ Reell brukermedvirkning videreutvikles.

#### **3.3.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende**

##### **3.3.2.1 Krav fra oppdragsdokument 2010**

###### **Innledning**

- Oslo universitetssykehus HF skal påse at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt. Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

###### **Kvalitetsforbedring**

- Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må forankres organisatorisk hos ledelsen på alle nivå i tjenesten. Forebygging, behandling og rehabilitering skal være basert på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring om effektive tiltak for å oppnå helsegevinst.

###### **Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester**

- Oslo universitetssykehus HF skal gjennomgå alvorlige hendelser som har skjedd i forbindelse med pasientbehandlingen, og bruke gjennomgangen til læring for å unngå liknende hendelser.

###### **Helhetlige pasientforløp og samhandling**



- Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak på systemnivå for at veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten ivaretas. Dette innebærer f. eks å etablere systemer som sikrer god tilgjengelighet til kompetent faglig rådgiving for fastleger og leger i vakt, og systemer som sikrer at kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten er en integrert del av all ambulant virksomhet.

### **3.3.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010**

- Oslo universitetssykehus HF skal ta del i regionale fagråd og andre regionale nettverk og stille nødvendig kompetanse til disposisjon for regionale prosjekter og tiltak innenfor alle de seks målområdene som omfattes av dette dokumentet.
- Antall implementerte behandlinglinjer rapporteres i årlig melding.

#### **Legestillinger – oppfølging av legereguleringen**

- Regelverket for regulering av legestillinger skal følges. Det skal ikke etableres legestillinger utenom de tildelte kvoter. Søknader om omgjøring av stillinger skal forelegges det regionale helseforetaket.

#### **Praksisplasser for høgskolestudenter**

- Oslo universitetssykehus HF skal sikre at det etableres et tilstrekkelig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever, lærlinger og studenter. Oslo universitetssykehus HF skal, i samarbeid med høgskolene, vurdere organisering av praksisplasser på nye måter for å utnytte hele behandlingsforløpet og helseforetakets samlede kapasitet; og evt. søke Kunnskapsdepartementet om nødvendig dispensasjon for gjeldende rammeavtaler for å kunne prøve ut nye organiseringsmodeller. Arbeidet må hensynta konsekvenser av at behandlingstilbud for deler av befolkningen planlegges overført til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF.

#### **Koordinering av praksisplasser**

- Det skal være en hovedansvarlig koordinator for praksisplasser som er bemyndiget av administrerende direktør til å forestå koordinering av praksisplasser i samarbeid med høgskolene. Koordinatorene medvirker i et felles koordinatorforum innenfor det nærmere definerte geografiske området for praksiskoordinering. Det felles databaserte koordineringsverktøyet skal tas i bruk fra det tidspunkt løsningen er klar.

## **3.4 MÅLOMRÅDE 4 - ORGANISERING OG UTVIKLING AV FELLESTJENESTER**

### **3.4.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010**

- ✓ Bedre koordinering og styring av alle administrative fellestjenester i helseforetaksgruppen er etablert. Planer for ønsket gevinstrealisering er konkretisert.
- ✓ Plan for virksomhetsutvikling og strategi for Sykehuspartner er etablert og gevinster realisert i henhold til plan.
- ✓ Handlingsplan for innkjøp/logistikk sikrer samordnet organisering lokalt, regionalt og nasjonalt for best mulig gjennomføringsevne og styrket understøttelse av avtalelojalitet, kostnadsstyring og gevinstrealisering.
- ✓ Tilrettelagte gevinster i regionale/nasjonale rammeavtaler siden 2007 når 320 mill. kroner i 2010.

- ✓ Omforente metoder og organisering innen eiendomsområdet for å følge opp og dokumentere kostnader og arealbruk er etablert. Innsatsen i 2010 bidrar til en samlet arealreduksjon og kostnadsreduksjon på 10 % for perioden 2009 til 2012.
- ✓ Utrulling av AdmHR følger oppsatt plan.

### **3.4.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende**

#### **3.4.2.1 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF**

##### **IKT**

Organisatoriske krav og rammebetingelser

Utvikling på IKT-området

- Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten.

Utvikling på IKT-området - Videreutvikling av Norsk Helsenett SF

- Utvikling på IKT-området er en viktig del av samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Statsforetaket Norsk Helsenett er etablert som en ny nasjonal enhet for utvikling og drift av IKT innen sektoren. Oslo universitetssykehus HF skal støtte opp under den videre utviklingen av Norsk Helsenett SF og bidra til at de helsepolitiske målsettingene for etableringen realiseres.

Utvikling på IKT-området - Elektronisk meldingsutveksling – Meldingsløftet

- Nasjonalt meldingsløft har som mål at informasjonsutveksling mellom nivåene i helsetjenesten skal baseres på sikker elektronisk meldingsutveksling og at parallelle forsendelser av papir skal avvikles. De regionale prosjektplanene og de nasjonale målene som er satt i meldingsløftet, skal følges opp. Spesielt skal det legges vekt på å få økt volum i meldingsutvekslingen og å avvikle bruk av papirløsninger i tråd med de prioriterte målsettingene, samt tiltak for å sikre samhandling vedrørende elektronisk meldingsutveksling, jf. handlingsplan for Nasjonalt meldingsløft.

Utvikling på IKT-området - Elektroniske resepter

- Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF bidrar til utbredelse av elektronisk resept med sikte på at elektroniske resepter kan sendes og mottas i 2011. Tidsplaner og ambisjonsnivå avklares innen 1. mai 2010 gjennom egen dialog med Helse- og omsorgsdepartementet.

Utvikling på IKT-området - Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger

- Ordningen med automatisk frikort innføres på landsbasis fra 1. juni 2010. En forutsetning for automatisk frikort er at alle som kan innkreve egenandeler som inngår i egenandelstak 1 og Helseforetakenes senter for pasienttransport ANS, sender inn komplette opplysninger om betalte egenandeler til HELFO. I 2010 er komplett innsending av egenandeler for syke transport med rekvisisjon basert på at pasienten selv sender inn kvitteringer for betalte egenandeler. Frem til 1. juni 2010 skal kvitteringene sendes til NAV. Fra 1. juni 2010 skal pasienten sende kvitteringene til Helseforetakenes senter for pasienttransport ANS, som skal videreformidle disse opplysningene til HELFO.
- Oslo universitetssykehus HF skal rapportere egenandeler for poliklinisk behandling og syke transport elektronisk til HELFO.
- Oppgjørssystemet POLK skal fases ut innen 1. januar 2011 etter nærmere angivelse fra Helsedirektoratet.
- Oslo universitetssykehus HF skal iverksette nødvendige tiltak i 2010, slik at innrapportering fra pasienten selv ikke lenger er nødvendig for å sikre komplett innrapportering av egenandeler for direkteoppgjør fra og med 1. januar 2011.

#### Utvikling på IKT-området - Nytt nødnett

- Oslo universitetssykehus HF skal bidra til at målsettingene med innføringen av nytt digitalt nødnett i Norge blir nådd.
- I forbindelse med etablering av nytt digitalt nødnett i Norge skal det settes av nødvendige ressurser til å kunne ta imot og delta i installeringen av utstyret, sikre driften av det og evaluere bruken av utstyret.
- Det skal legges til rette for en formålstjenlig bruk av nytt digitalt nødnett i de berørte kommunene, herunder sørge for å utnytte de muligheter det nye nettet vil gi for mer og bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

#### Innkjøp og logistikk

##### Organisatoriske krav og rammebetingelser

##### Oppfølging av juridisk rammeverk - Tiltak for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosessene

- Regelverket for offentlige anskaffelser er ikke alene tilstrekkelig for å sikre at offentlige innkjøp blir faglig gode og har høy kvalitet. Tiltak knyttet til organisering, ledelse og kompetanse er avgjørende for å få til korrekte og gode innkjøp, jf. St.meld. nr. 36 (2008-2009) Det gode innkjøp. Tidligere krav om god internkontroll og etterlevelse av regelverket for offentlige anskaffelser må fortsatt ha oppmerksomhet i helseforetakenes styrer og ledelse. De regionale helseforetakene oversendte januar 2010 rapporten "Å sikre bedre kvalitet i anskaffelsesprosessene i helsesektoren", hvor det ble gitt anbefalinger om ytterligere tiltak for å sikre bedre kvalitet ved gjennomføring av offentlige anskaffelser. Rapporten presiserte at arbeidet med kvalitetsforbedring også må inkludere prosessene før kunngjøring og etter at avtaleinngåelse har funnet sted. Videre er det identifisert behov for å følge opp med tiltak på ulike nivå i virksomhetene. Det legges til grunn at det settes i gang tiltak for å møte de utfordringer som rapporten beskriver.

##### Oppfølging av juridisk rammeverk - Etisk handel

- De regionale helseforetakene ble i foretaksmøtene i januar 2008 pålagt å følge opp Handlingsplan 2007-2010 Miljø- og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser. Et sentralt element i planen er å fremme sosiale og etiske krav ved gjennomføring av offentlige anskaffelser. Det ble i januar 2009 lansert en veileder som ledd i oppfølging av denne planen. Veilederen Etiske krav i offentlige anskaffelser oppfordrer offentlige virksomheter til blant annet å lage handlingsplaner for etisk handel. I flere europeiske land har det vært oppmerksomhet på etisk og rettferdig handel i tilknytning til kjøp av medisinsk utstyr. Den europeiske legeföreningen (CPME) vedtok i juni 2009 å oppfordre alle medlemsforeningene til å arbeide for etisk handel med medisinsk utstyr. Dette er et initiativ Den norske legeförening har fulgt opp gjennom en oppfordring til Helse- og omsorgsdepartementet i august 2009. Helse Sør-Øst RHF skal, sammen med de øvrige regionale helseforetakene, vurdere hensiktsmessig oppfølging av veilederen Etiske krav i offentlige anskaffelser, herunder eventuell utarbeidelse av egne handlingsplaner. Oppfølging av etisk handel med medisinsk utstyr skal gis en særlig vurdering. Arbeidet kan sees i sammenheng med etableringen av ny kompetanseenhet. Oslo universitetssykehus HF skal ta del i dette arbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.

#### Bygg og eiendom

##### Investeringer og kapitalforvaltning

- Med bakgrunn i målsettingene i Nasjonal helseplan jf. St.prp. nr. 1 (2006-2007) har kompetansenettverket for sykehusbygg utviklet et klassifikasjonssystem og nomenklatur for funksjoner og arealer i sykehusbygg. Sykehusbygg i Helse Sør-Øst skal registreres i tråd med klassifikasjonssystemet.

Øvrige styringskrav - Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eiendommer

- Det er tidligere stilt krav til Helse Sør-Øst RHF om utarbeidelse av forvaltningsplan for hver enkelt av sektorens kulturhistoriske eiendommer. Det skal utarbeides forvaltningsplaner for alle bygninger i både verneklasse 1 og verneklasse 2. Det vises i denne sammenheng til veilederen "Mal forvaltningsplan" utarbeidet av Statens Kulturhistoriske eiendommer i januar 2009. Arbeidet med forvaltningsplaner skal iverksettes av Helse Sør-Øst RHF slik at en i 2010 utarbeider en plan for gjennomføring av arbeidet med sikte på å slutføre arbeidet med forvaltningsplanene innen utgangen av 2011. Oslo universitetssykehus HF skal utarbeide forvaltningsplaner for vernede bygg i samsvar med nasjonale retningslinjer.

Øvrige styringskrav - Evaluering av parkeringstilbudet ved sykehusene

- Foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF i januar 2009 omtalte oppfølging av rapport utarbeidet av de regionale helseforetakene og datert 24. november 2008 om organisering av parkeringstilbud. De regionale helseforetakene ble bedt om å evaluere organiseringen av parkeringstilbudet i 2010. Helse Sør-Øst RHF skal oversende rapport innen 1. oktober 2010 om resultatene fra evalueringen av organiseringen av parkeringstilbudet til Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo universitetssykehus HF skal tilrettelegge for pasientvennlig parkering og følge opp anbefalinger gitt i utarbeidet rapport fra 2008 samt delta i evalueringsarbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.

### 3.4.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010

#### IKT

- Oslo universitetssykehus HF skal organisere og tilpasse virksomheten innen fellestjenester på alle delområder iht. de retningslinjer for organisering og rolle/ansvarfordeling som gis helseforetaket i forbindelse med etablering av felles tjenesteleverandør i Sykehuspartner IKT, HR, innkjøp, og gjennom dette bidra til maksimal gevinstrealisering for foretaksgruppen som helhet.
- Oslo universitetssykehus HF skal ta i bruk IKT-fellestjenester iht. til de utviklings- og utrullingsplaner som vedtas.
- Regionalt etablerte rammeverk for informasjonssikkerhet, inkludert styringsdokument med underliggende dokumenter, skal følges. ROS-analyser for lokale systemer skal gjennomføres.
- Oslo universitetssykehus HF skal ta i bruk Norsk helsenetts løsninger for folkeregistertilgang og generering av unike nødnummer (hjelpenummer) så snart løsningene er klare til bruk.
- Oslo universitetssykehus HF skal videreføre arbeidet med å legge til rette for bruken av prioriteringsveilederne utarbeidet i prosjektet "*Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten*". Nye maler for svar på henvisning til spesialisthelsetjenesten (rettighetstildelingen) skal tas i bruk. Dette forutsetter at IKT-systemene som behandler prioriteringsdata/ henvisningsopplysninger og genererer brevene, tilrettelegges for disse.
- Oslo universitetssykehus HF skal aktivt bidra til at IKT-systemene videreutvikles til å støtte gode behandlingsskjeder og helhetlige pasientforløp.

#### Innkjøp og logistikk

- Oslo universitetssykehus HF skal medvirke til realisering av mål og tiltak i regional Handlingsplan Innkjøp og Logistikk 2010.
- Oslo universitetssykehus HF skal etablere gevinstrealiseringsprogram i tråd med regionale retningslinjer
- Etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt vedtatt i styret for Helse Sør-Øst RHF i sak 095-2009, gjøres gjeldende for helseforetaket fra 1.1.2010. Retningslinjene er oversendt helseforetaket for styrebehandling og videre oppfølging og implementering.

Det skal iverksettes nødvendig opplæring og informasjon til alle ansatte om de vedtatte retningslinjer.

- For å sikre gjennomføring av Strategiplan innkjøp og logistikk 2009-2012 (styresak 128-2008) er det for 2010 innført konkrete styringsmål for helseforetakene (styresak 096-2009). Oslo universitetssykehus HF skal etablere og styrebehandle handlingsplan for realisering av styringsmålene. Rapporteringen på styringsmålene inngår i den generelle tertialsvis rapporteringen i foretaksgruppen. Den regionale oppfølgingen vil være knyttet til etablerte nøkkelindikatorer (KPI) og definisjonskatalog for disse med følgende styringskrav:

	<u>KPI-krav settes til</u>
• Avtaledekning	60 %
• Avtalelojalitet	80 %
• Utnyttelse av elektronisk bestillingssystem	60 %
• Bruk av forsyningscenteret	15 % av helseforetakets innkjøpsvolum, et nivå som skal være nådd ved slutten av året

- For følgende nøkkelindikatorer (KPIer) skal styringskrav konkretiseres ved styret i Oslo universitetssykehus HF:
  - Utnyttelse av forsyningskonseptet aktiv forsyning
  - Bruk av elektronisk produktkatalog

#### **AdmHR**

- Det skal utvikles mindre ressurskrevende arbeidsprosesser og bemanningskostnadene i driften skal reduseres gjennom bedre ressursstyring Oslo universitetssykehus HF skal realisere gevinster knyttet til implementering av AdmHR og måles på den måten Helse Sør-Øst RHF anviser i sitt arbeid.

#### **Bygg og eiendom**

- Oslo universitetssykehus HF skal medvirke til langsiktig mål om bedre arealutnyttelse og kostnadseffektivisering av eiendomsområdet.
- Oslo universitetssykehus HF skal delta i Forum for utvikling av bygg og eiendom og de fellesprosjekter som der vedtas og etableres.
- Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre ROS-analyser innen eiendomsområdet og føre oversikt over disse med tilhørende tiltaksplan og aktiviteter.

## **3.5 MÅLOMRÅDE 5 - MOBILISERING AV MEDARBEIDERE OG LEDERE**

### **3.5.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010**

- ✓ Handlingsplanen til HR-strategien gjennomføres iht. plan, og aktivitetene er samordnet gjennom felles styring og årshjul.
- ✓ Regional HMS-policy er iverksatt.
- ✓ Samordnet medarbeiderundersøkelse er etablert og fulgt opp i hele foretaksgruppen.
- ✓ De 12 prinsippene for medvirkning er innarbeidet i foretakenes beslutningsprosesser.
- ✓ Sykefraværet er redusert med 1 prosentpoeng.
- ✓ Bemanningstilpasninger er gjennomført i tråd med lov og avtaleverk og tilrettelagt slik at kompetansen kommer helsetjenesten i hele regionen til gode.
- ✓ System og prinsipper for strategisk kompetansestyring er utviklet.

## **3.5.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende**

### **3.5.2.1 Krav fra oppdragsdokument 2010**

Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester

- Antall feil og uønskede hendelser i helsetjenesten skal reduseres. Det er et ledelsesansvar på alle nivå å sikre velfungerende systemer for melding av uønskede hendelser. Ansatte skal oppleve det trygt å melde, og meldingene skal følges opp ut fra et system- og læringsperspektiv.

Pasientbehandling

- Ved omstilling av spesialisthelsetjenestetilbudet må det legges til rette for gode prosesser. Lokale løsninger må utformes i samarbeid med brukere, ansatte i foretaket, politisk ledelse i berørte kommuner og kommunehelsetjenesten.

Utdanning av helsepersonell

- Utdanning av helsepersonell er et sentralt virkemiddel for å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelig antall helsepersonell i helsetjenesten, både på kort og lengre sikt. Utdanningsoppgaver omfatter tiltak knyttet til grunnutdanning, turnustjeneste, videreutdanning, etterutdanning og spesialistutdanning. Ledelsesforankring og god organisering og veiledning av praksis- og turnusordningene bidrar til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer. Etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner og samarbeidsavtaler legger rammer for utdanningsoppgavene og tjenester som skal ytes. Særlig oppmerksomhet bør rettes mot behov for nye temaer i grunnutdanningene som oppfølging av nasjonale strategier og satsningsområder.
- Oslo universitetssykehus HF skal medvirke til at det, i samarbeid med fylkeskommunene, etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagutdanningen og ambulansesarbeiderutdanningene. Antallet rapporteres i årlig melding.

### **3.5.2.2 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF**

Organisatoriske krav og rammebetingelser

Tiltak på personalområdet - Inkluderende Arbeidsliv (IA), sykefravær og uønsket deltid m.m.

- I arbeidet med Inkluderende Arbeidsliv er det enkelte arbeidssted fremholdt som en viktig arena for å redusere sykefravær, hindre helserelatert utstøting fra arbeidslivet og få flere med redusert funksjonsevne i arbeid. Gjeldende IA-avtale er forlenget til 1. mars 2010 i påvente av at partene i avtalen vurderer nye tiltak, f.eks. mer sektordifferensierte tiltak. Oslo universitetssykehus HF skal legge til rette for et godt arbeidsmiljø, med henblikk på god bruk av de tilgjengelige helsepersonellressursene og målsettingene i Inkluderende Arbeidsliv.
- Regjeringen har satt ned et utvalg som skal gjennomgå årsakene til det relativt høye sykefraværet og tidlig avgang fra arbeid i helsesektoren. Utvalget skal videre foreslå tiltak som kan redusere sykefravær og helserelatert utstøting i helseforetaksgruppen. Utvalget skal levere sin utredning (NOU) innen utgangen av 2010. Helse Sør-Øst RHF skal kartlegge omfang av og årsak til sykefraværet og helserelatert utstøting i helseforetaksgruppen, samt utarbeide handlingsplaner med adekvate tiltak. Oslo universitetssykehus HF skal ta del i dette arbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF. Det skal rapporteres om arbeidet i årlig melding.
- Omfang av og iverksatte tiltak mot uønskede deltidsstillinger i helseforetakene skal kartlegges. Det forutsettes at det fortsatt arbeides aktivt for å redusere uønskede deltidsstillinger og legge til rette for økte stillingsandeler. Det skal rapporteres i årlig melding på hvilke tiltak som er iverksatt og om effekten av tiltakene.

Tiltak på personalområdet - Lønns- og pensjonsvilkår for ledere i statlig eide foretak

- Det er avgjørende at den offentlige spesialisthelsetjenesten har tillit og legitimitet i samfunnet. Det er derfor viktig at lederne i helseforetakene har lønns- og pensjonsvilkår som ikke oppfattes som urimelige, sett i forhold til de krav stillingen innebærer. Helseforetakene er omfattet av Nærings- og handelsdepartementets veiledende retningslinjer for lønns- og pensjonsvilkår for ledere i statlig eide foretak (sist fastsatt 8. desember 2006).

Tiltak på personalområdet - Bruk av konsulenter

- Eksterne konsulenter bør fortrinnsvis brukes på områder der det er behov for kompetanse eller kapasitet utover det som er tilgjengelig i egen organisasjon og for en tidsbegrenset periode. Engasjement av eksterne konsulenter bør i hvert enkelt tilfelle vurderes opp mot å rekruttere aktuell kompetanse til organisasjonen. Oslo universitetssykehus HF skal ha et bevisst forhold til bruk av konsulenter.

### **3.5.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010**

- Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre nødvendige tiltak og lukke avvik etter tilsynskampanjen "God vakt".

## **3.6 MÅLOMRÅDE 6 - BÆREKRAFTIG UTVIKLING GJENNOM GOD ØKONOMISTYRING**

### **3.6.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010**

- ✓ Skape økonomisk handlingsrom for å sikre gode og likeverdige helsetjenester og nødvendige investeringer.
- ✓ Helhetlig virksomhetsstyring understøttes av effektive metoder og verktøy.
- ✓ Kostnadseffektivitet gjennom standardiserte prosesser og pasientforløp.

### **3.6.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende**

#### **3.6.2.1 Krav fra oppdragsdokument 2010**

- Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. De regionale helseforetakene er gitt et samlet ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Det forutsettes at midlene tildelt i oppdragsdokumentet setter de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle "sørge for"-ansvaret. De regionale helseforetakene må innenfor sine økonomiske rammer sørge for at virksomheten i helseforetakene innrettes slik at ventetidene til utredning/diagnostikk og behandling reduseres. Dette forutsetter at det rettes særskilt oppmerksomhet på den polikliniske virksomheten. Det er en forutsetning at det regionale helseforetaket går i balanse i 2010. Dersom målsettingene om resultatmessig balanse og gjennomføring av aktivitetsvekst kommer i konflikt med hverandre, skal resultatmessig balanse prioriteres foran andre oppgaver.
- Den ressursrammen som samlet blir stilt til rådighet i dette dokumentet legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med om lag 1,3 pst. fra 2009 til 2010, jf. omtale i Prop. 1 S (2009-2010). Veksten kan imidlertid fordele seg ulikt innenfor forskjellige behandlingsområder. Det understrekes at vekst i aktivitet som omfattes av innsatsstyrt finansiering på 1,2 pst. (post 76) og refusjoner for poliklinisk behandling på 2,5 pst. (post 77) på vanlig måte måles henholdsvis i forhold til prognoser per 1. tertial 2009 og 1. halvår 2009. Dersom veksten i 2009 blir høyere enn dette, vil veksten i 2010 bli

tilsvarende lavere. Veksten gjelder behandling som er omfattet av de aktivitetsbaserte tilskuddsordningene (innsattsstyrt finansiering og refusjoner for poliklinisk behandling), så vel som behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabiliteringsopphold utenfor sykehus, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige). Økte tilskudd gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet kommer i tillegg til dette.

- Det øremerkede tilskuddet innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte innen prosjektet "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.

### **3.6.2.2 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF**

Økonomiske krav og rammebetingelser

Resultatkrav - Regnskapsmessig resultat

- Foretaksgruppen i Helse Sør-Øst skal gå i økonomisk balanse i 2010. Oslo universitetssykehus HF skal iverksette nødvendige tiltak for å innfri balansekravet og at gjennomføringen av disse tiltakene skjer i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.
- Helse Sør-Øst RHF har et samlet ansvar for drift og investeringer. Oslo universitetssykehus HF skal utarbeide budsjett for 2010 hvor det er samsvar mellom avsatte midler til investeringer og planlagte investeringsprosjekter.
- Det økonomiske opplegget for 2010 presentert i Prop. 1 S (2009-2010) la til grunn at de samlede pensjonskostnadene ville bli på om lag samme nivå som i 2009. Beregning av regnskapsmessig pensjonskostnad for 2010 er under utarbeidelse og det samlede kostnadsnivået for de regionale helseforetakene foreligger derfor ikke. De regionale helseforetakene er i utgangspunktet pålagt å håndtere pensjonskostnader på linje med andre kostnader innenfor sine økonomiske rammer, jf. føringer gitt i St. prp. nr. 1 (2008-2009) og Prop. 1 S (2009-2010). Dersom det viser seg at det blir større endringer i kostnadsnivået i forhold til det som ble lagt til grunn i Prop. 1 S (2009-2010) vil Helse- og omsorgsdepartementet ta stilling til om det er grunnlag for forslag om endringer i bevilgningen til de regionale helseforetakene.

Resultatkrav - Likviditet og driftskreditter

- Oslo universitetssykehus HF må budsjettere drift, økonomisk resultat og investeringer innen tilgjengelig likviditet, og på en måte som gir rom for en tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året.

Styring og oppfølging

- Helse- og omsorgsdepartementet vektlegger betydningen av at økonomistyring og -oppfølging fortsatt skal være en hovedprioritet i Helse Sør-Øst RHF slik at den positive utviklingen i 2. halvår 2009 kan videreføres og forsterkes i 2010.
- Oslo universitetssykehus HF må sikre realistisk budsjettering både for de enkelte inntekts- og kostnadsposter og i periodiseringen av årsbudsjettene. God kvalitet i budsjetteringen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomheten.
- Oslo universitetssykehus HF skal gjøre seg kjent med Riksrevisjonens rapport om økonomistyring i helseforetakene (Dokument 3:3 (2009-2010)) og sette i gang arbeid for å følge opp de relevante områdene som Riksrevisjonen har påpekt i rapporten. Helse Sør-Øst RHF er bedt om å rapportere på oppfølging av Riksrevisjonens rapport til 1. tertialmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo universitetssykehus HF skal ta del i dette arbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.
- Prioritering av pasienter skal baseres på individuelle vurderinger av den enkelte pasient og ikke lønnsomhetsbetraktninger i forhold til finansieringssystemet. Helse Sør-Øst RHF



skal foreta en gjennomgang av hvordan finansieringsordningene praktiseres internt i sykehusene. Oslo universitetssykehus HF skal ta del i dette arbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.

Oppfølging av juridisk rammeverk - Oppfølging av forholdet til stiftelser

- Oslo universitetssykehus skal, i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF, videreføre arbeidet for å bringe helseforetakets forhold til stiftelser i samsvar med stiftelsesloven og retningslinjer på området.
- Helse Sør-Øst RHF skal sende status på helseforetakenes forhold til stiftelser til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. juni 2010. Oslo universitetssykehus HF skal ta del i dette arbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.

Datakvalitet og rapportering - KPP-regnskap

- Pilotprosjektet for Nasjonal spesifisering for kostnad per pasient-regnskap (KPP-regnskap) skal videreføres i 2010. Det skal avsettes ressurser til arbeidet med pilot i samsvar med kartlagt ressursbehov, deltakende helseforetak skal involvere medisinsk kompetanse i de lokale prosjektgruppene for KPP-arbeidet.

### **3.6.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010**

- Det forutsettes at helseforetaket fremviser et regnskapsmessig resultat i balanse i 2010.
- Oslo universitetssykehus HF skal styre bemanningsforbruk og –utvikling i henhold til økonomiske rammer med kontinuerlig oppfølging av fast- og variabel lønn så vel som innleie.
- Den økonomiske utfordringen i 2010 sammen med den usikkerheten som knytter seg til kostnader ved gjennomføring av større omstillinger, herunder når gevinstene kan hentes ut, tilsier at det også i 2010 er viktig at det settes et særlig fokus på ledelse og arbeidsmiljøtiltak. De 12 prinsippene for medvirkning i omstillinger skal legges til grunn. Oslo universitetssykehus HF skal videreføre eksisterende tiltak og vurdere ytterligere tiltak som sikrer et godt arbeidsmiljø og mulighet for faglig utvikling.
- Det skal etableres et oppfølgingsregime i Oslo universitetssykehus HF. Det skal månedlig utarbeides risikovurdert prognose og tiltak i forhold til resultatmessige avvik. Det skal gjennomføres bemanningstilpasning i forhold til aktivitet.
- Det legges til grunn at alle pensjonskostnader håndteres innenfor Oslo universitetssykehus HF's samlede inntektsrammer på lik linje med øvrige kostnader.
- I det videre arbeidet med inntektsmodell vil en se på hvordan regionale funksjoner som lokaliseres utenfor Oslo universitetssykehus HF skal finansieres.

## 4. DRIFTSAVTALE 2010

### 4.1 Avtalt aktivitetsnivå 2010

Somatikk	2008	Budsjett 2009	Estimat 2009	Budsjett 2010	Prosent utvikling
<b>Døgnbehandling</b>					
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	127 925	117 590	115 525	117 237	1,5
Antall liggedøgn - døgnbehandling	623 944	574 520	539 172	539 211	0,0
<b>Fordeling av antall DRG poeng - tradisjonelle DRG-poeng</b>					
- Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	160 685	161 197	155 895	158 078	1,4
- Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	13 292	12 585	11 770	12 123	3,0
- Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner	171	268	118	271	129,8
- Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale			0	0	
<b>Sum DRG poeng innlagte</b>	<b>174 148</b>	<b>174 050</b>	<b>167 784</b>	<b>170 472</b>	<b>1,6</b>
<b>Dagbehandling</b>					
Antall dagbehandlinger	103 894	113 664	109 011	109 176	0,2
<b>Fordeling av antall DRG poeng - tradisjonelle DRG-poeng</b>					
- Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	28 629	28 267	28 543	31 087	8,9
- Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	1 103	1 109	1 121	1 124	0,3
- Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner			0	0	
- Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale			0	0	
<b>Sum DRG poeng dagpasienter</b>	<b>29 732</b>	<b>29 376</b>	<b>29 664</b>	<b>32 211</b>	<b>8,6</b>
<b>Poliklinisk virksomhet</b>					
- Ant. inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	714 371	738 640	791 659	809 401	2,2
<b>Fordeling av antall DRG poeng - poliklinisk virksomhet</b>					
- Pas bosatt i egen region beh. i eget HF		25 904	26 406	26 639	0,9
- Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF		405	571	570	-0,2
- Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner			0	0	
- Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale			0	0	
<b>Sum DRG poeng poliklinikk</b>		<b>26 308</b>	<b>26 977</b>	<b>27 209</b>	<b>0,9</b>
<b>Sum DRG poeng døgn, dag og poliklinikk egne pasienter</b>	<b>189 485</b>	<b>215 635</b>	<b>210 962</b>	<b>216 075</b>	<b>2,4</b>
<b>Sum DRG poeng døgn, dag og poliklinikk fra egne og andre regioner</b>	<b>203 879</b>	<b>229 734</b>	<b>224 425</b>	<b>229 892</b>	<b>2,4</b>
<b>Dyre biologiske legemidler utenfor sykehus</b>					
<b>Fordeling av DRG-poeng knyttet til dyre biologiske legemidler utenfor sykehus</b>					
- Ant. DRG-poeng for pas. bosatt i egen region - resept utstedt av eget HF			0	2 887	
- Ant. DRG poeng for pas. bosatt utenom egen region - resept utstedt av eget HF			0	0	
- Ant. DRG poeng for pas. bosatt i egen region - resept utstedt av andre enn eget HF			0	0	
<b>Sum DRG poeng biologiske legemidler</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 887</b>	
<b>Sum DRG-poeng biologiske legemidler iht. sørge for ansvaret (fra egen region)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 887</b>	
<b>Sum DRG totalt for biologiske legemidler (fra egen og andre regioner)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 887</b>	
<b>Totalt ant DRG poeng (døgn, dag, poliklinikk og biologiske legem.) iht "Sørge for ansvaret" (fra egen region)</b>	<b>189 485</b>	<b>215 635</b>	<b>210 962</b>	<b>218 962</b>	<b>3,8</b>
<b>Totalt ant DRG poeng (døgn, dag, biologiske legem.) (fra egen og andre regioner)</b>	<b>203 879</b>	<b>229 734</b>	<b>224 425</b>	<b>232 779</b>	<b>3,7</b>

<b>Voksenpsykiatri</b>	<b>2008</b>	<b>Budsjett 2009</b>	<b>Estimat 2009</b>	<b>Budsjett 2010</b>	<b>Prosent utvikling</b>
Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling		3 177	3 187	3 177	-0,3
Antall liggedøgn døgnbehandling		125 303	124 596	122 281	-1,9
Ant. oppholdsdager dagbehandling		7 730	5 832	5 422	-7,0
Ant. polikliniske konsultasjoner		102 904	106 169	109 819	3,4
- Herav telefonkonsultasjoner		22 796	24 257	23 078	-4,9
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling - private			0	20	
Antall liggedøgn døgnbehandling private		11 600	12 418	11 600	-6,6
Antall oppholdsdager dagbehandling private			0	0	
Ant. polikliniske konsultasjoner private			0	0	
- Herav telefonkonsultasjoner			0	0	
<b>Barne - og ungdomspsykiatri</b>	<b>2008</b>	<b>Budsjett 2009</b>	<b>Estimat 2009</b>	<b>Budsjett 2010</b>	<b>Prosent utvikling</b>
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling		127	148	127	-14,2
Antall liggedøgn - døgnbehandling		6 442	6 599	6 442	-2,4
Ant. oppholdsdager dagbehandling		5 605	5 383	5 745	6,7
Ant. polikliniske konsultasjoner		71 361	68 162	70 903	4,0
- Herav telefonkonsultasjoner		28 166	25 971	26 753	3,0
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling - private			0	0	
Antall liggedøgn døgnbehandling - private			0	0	
Antall oppholdsdager dagbehandling private			0	0	
Antall polikliniske konsultasjoner private			0	0	
- Herav telefonkonsultasjoner			0	0	
<b>Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere</b>	<b>2008</b>	<b>Budsjett 2009</b>	<b>Estimat 2009</b>	<b>Budsjett 2010</b>	<b>Prosent utvikling</b>
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling		2 962	2 839	3 247	14,4
Antall liggedøgn døgnbehandling		48 212	42 530	44 982	5,8
Antall oppholdsdager - dagbehandling			0	216	
Ant. polikliniske konsultasjoner		11 845	12 621	13 952	10,5
- Herav telefonkonsultasjoner		2 100	1 427	3 200	124,2
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling - private		46	17	0	-100,0
Antall liggedøgn døgnbehandling private		5 075	5 378	5 075	-5,6
Antall oppholdsdager dagbehandling private			0	0	
Antall polikliniske konsultasjoner private			0	0	
-Herav telefonkonsultasjoner			0	0	
<b>Pasientopplæring</b>	<b>2008</b>	<b>Budsjett 2009</b>	<b>Estimat 2009</b>	<b>Budsjett 2010</b>	<b>Prosent utvikling</b>
Antall kurs ved LMS		112	132	134	1,2
Antall kursdeltagere ved LMS		2 595	2 038	2 062	1,2
<b>Rehabilitering</b>	<b>2008</b>	<b>Budsjett 2009</b>	<b>Estimat 2009</b>	<b>Budsjett 2010</b>	<b>Prosent utvikling</b>
<b>Primær rehabilitering, antall</b>					
Enkel rehabilitering (hoveddiagnose Z50.89)		1 148	555	562	1,2
Kompleks rehabilitering (hoveddiagnose Z50.80)		269	218	221	1,2

Kapasiteten og kvaliteten på tjenestene skal styrkes innen alle tjenesteområder. Driftsavtalene gir helseforetaket spesifisert antall DRG - for egen aktivitet innen somatikk, med prioritet til aktivitetsvekst for dagbehandling og poliklinikk. Det vises til RHFstyresak 082-2009 Budsjett og mål 2010 for nærmere omtale av prioriteringene i 2010.

Helseforetaket skal følge utviklingen i ventetider og fristbrudd nøye, og spesielt vurdere egne prioriteringer ut fra hvor pasienter venter i behandlingsskjeden.

Den budsjetterte aktivitetsveksten innen alle tjenesteområder skal være et virkemiddel for å stabilisere ventetidsutviklingen og møte den økende antallet nyhenviste pasienter. Helseforetaket er i driftsavtalen forpliktet til å prioritere aktivitetsøkning der det vil ha mest effekt på egen ventetidsutvikling.

## 4.2 Økonomisk vederlag og øvrige økonomiske betingelser

### 4.2.1 Økonomisk vederlag

Helse Sør-Øst RHF stiller følgende økonomiske midler til disposisjon for helseforetaket i 2010, tall i 1000 kroner:

Oslo universitetssykehus HF			
Kap	post		1000 kroner
732	72	Basisramme til drift og investering	9 562 767
732	78	Forskning, fra post 78	202 912
732	72	Forskning, strategiske midler, fra post 72	124 733
732	78	Nasjonale medisinske kompetansesentre	147 912
732	70	Tilskudd til turnustjeneste	1 425
732	70	Kreftregistret	90 296
733	70	Behandlingsreiser til utlandet	103 400
732	70	Fengselshelsetjenesten Dikemark, tilskudd	9 200
734	72	Dommerassistert narkotikaprogram	1 800
743	73	RTVS, med forbehold	12 311
732	76	ISF- refusjoner døgn/dagbehandling og poliklinikk, 216 075 DRG- poeng, inkl Oslo legevakt	3 108 369
732	76	ISF- refusjoner biologiske legemidler, 2 887 DRG- poeng	41 531
732	76	Tilleggsrefusjoner	11 743
		Til utbetaling i alt	13 418 399
732	72	Til inntektsføring av avskrivningskostnader	880 393
		Til inntektsføring i alt	14 298 792

I tillegg til disse inntekter kommer inntekter for behandling av pasienter som er bosatt i andre helseregioner (gjestepasienter), polikliniske refusjonsinntekter for laboratorie- og radiologivirksomhet, psykisk helsevern og rus, samt øvrige foretaksspesifikke inntekter, herunder egenandeler og tilskudd fra statlige myndigheter som bevilges gjennom året.

Det er ikke lenger et krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om at den prosentvise ressursveksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være sterkere enn innenfor somatikk. Helse Sør-Øst RHF legger imidlertid til grunn at ressursbruken innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling reelt sett ikke reduseres i forhold til 2009.

#### 4.2.2 Resultatkrav 2010

Det forutsettes at helseforetaket fremviser et regnskapsmessig resultat i balanse i 2010.

#### 4.2.3 Basisramme til drift og investering

For 2010 tildeles foretaket en samlet likviditet til drift og investeringer.

Det forutsettes at helseforetaket legger til rette for at investeringer kan gis den nødvendige prioritering innenfor basisrammen.

Departementets krav om nedbetaling av driftskredittrammer som følge av at forventet pensjonspremie er lavere enn pensjonskostnad, vil bli reflektert i disponibel likviditet for foretaket. Det legges til grunn at foretaket basert på den faktiske utviklingen i driften, styrer slik at det ikke disponeres likviditet utover tildeling.

Det legges videre til grunn at helseforetaket legger opp til en helhetlig økonomisk styring med hensyn på sammenheng mellom resultat, balanseutvikling/ investeringer og likviditetsutvikling/ kontantstrøm.

#### **4.2.4 Likviditet mv**

Det økonomiske vederlaget fra Helse Sør-Øst RHF for 2010, slik det fremkommer i tabellen over, utbetales til sykehuset innen den 7. dag i hver måned. Månedlig overføring utgjør som hovedprinsipp 1/12 av årets vederlag. Enkelte tilskudd mv vil kunne utbetales i sin helhet når disse utbetales til Helse Sør-Øst RHF.

Det legges videre til grunn at helseforetaket legger opp til nødvendig kvalitet på likviditetsrapporteringen og – styringen.

Helse Sør-Øst RHF vil kunne gi kortsiktig, rentebærende driftskreditt i henhold til fastsatt rutine og lånerammer dersom likviditetssituasjonen på det regionale helseforetaket tilsier dette. Sykehuset skal informere det regionale helseforetaket i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over avtalt ramme.

Helse Sør-Øst RHF vil ved behov kunne gi forskudd på månedlig overføring av likviditet. Helse Sør-Øst RHF vil i 2010 vurdere å innføre renteberegning av slike forskudd. Renten vil i så fall tilsvare den driftskredittrenten Helse Sør-Øst RHF betaler til Norges Bank.

Eventuelle forskudd vil bli trukket tilbake i neste måneds likviditetsoverføring

Det regionale helseforetaket fastsetter rentevilkårene for lån fra Helse- og omsorgsdepartementet til det regionale helseforetaket med utgangspunkt i de alternativer Helse- og omsorgsdepartementet tilbyr på sine lån. Disse vilkårene vil bli speilet i de langsiktige lånene helseforetakene har. Vilårene vil bli fastlagt i samråd med det aktuelle helseforetak. I løpet av 2010 vil det bli utarbeidet en finansstrategi for Helse Sør-Øst.

#### **4.2.5 ISF-refusjoner**

For spesialisthelsetjenester som gir rett til ISF-refusjon vil behandling utover avtalt aktivitetsnivå kompenseres med ISF-refusjon eller etter egen inngått avtale. Dersom sykehuset ikke klarer å innfri aktivitetsforutsetningene, vil kompensasjonsbortfallet være likt tapet av ISF-refusjonene. Endelig ISF-oppgjør for 2010 vil bli foretatt når Helse Sør-Øst RHF har fått endelig ISF-avregning fra Helse- og omsorgsdepartementet.

#### **4.2.6 Finansiering av fellesprosjekter**

Gjennomføring av felles regionale vedtak og strategier vil kunne kreve deltakelse og finansiering fra det enkelte helseforetak.

#### **4.2.7 Risikodeling prehospitaltjenester**

Dersom helseforetaket utfører transporttjenester for pasienter tilhørende et annet helseforetak sitt opptaksområde, skal det avtales en kostnadsdeling på 50/50 på kostnader knyttet til denne aktiviteten ut over avtalt nivå.

Dersom helseforetakene ikke blir enige om dette, bringes saken inn for det regionale helseforetaket.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.: 10. februar 2010

Dato møte: 17. februar 2010

Saksbehandler: Prosjektdirektør

Vedlegg: Ingen

---

### **SAK 7/2010 – KARTLEGGING AV BYGNINGSMASSEN VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS**

#### **Bakgrunn**

Som et første trinn i planleggingen for å effektivisere driften ved sammenslåing av funksjoner ved Oslo universitetssykehus, er det gjennomført en kartlegging av den totale bygningsmassen. Kartleggingen har hatt som formål å belyse bygningenes beliggenhet, størrelse og kvalitet, samt egnethet for fremtidig anvendelse. Regulerings- og trafikkforhold ved de største lokasjonene er også belyst. I tillegg er forslaget til verneplan sett i sammenheng med bygningenes tekniske tilstand.

Resultatet av kartleggingen er presentert i en rapport. Beskrivelsen av bygningsmassen er i stor grad hentet fra tidligere gjennomførte kartlegginger/utredninger. Sentralt i informasjonsunderlaget er den overordnede gjennomgangen som ble utført i 2007 for Helse Sør-Øst RHF, hvor alle helseforetak og alle bygninger ble vurdert med hensyn til alder, arealstørrelse, teknisk tilstand og strukturelle egenskaper ("tilpasningsdyktighet"). Arbeidet er oppsummert i en rapport fra Multiconsult; "Overordnet bygningstekniske vurderinger til bruk i strategisk planlegging", datert 21. februar 2008. Beskrivelsen av bygningsmassen ifm. hovedstadsprosessen i rapporten "Sykehusområde Sentrum, delprosjekt 1, lokalisering", oktober 2008 ble basert på den samme gjennomgangen. Der det er utført bygningsmessige oppgraderinger eller nybygging siden 2007, er det foretatt oppdateringer av beskrivelsene i den nå foreliggende rapporten.

#### **Resultat av kartleggingen**

Rapporten gir en sammenfatning av kartleggingen, og belyser de utfordringene

som Oslo universitetssykehus står overfor mht. å kunne utvikle en kostnadseffektiv og behandlingsmessig god bygningsstruktur.

Når man ser bort fra bygninger til ikke kliniske støttefunksjoner (boliger, barnehager, parkeringsanlegg etc.), eier Oslo universitetssykehus i underkant av 900 000 m<sup>2</sup> brutto bygningsareal. I tillegg kommer i overkant av 60 000 m<sup>2</sup> leide arealer. Virksomheten er fordelt på 39 geografisk adskilte lokasjoner.

Gjennomgangen av bygningenes tekniske tilstand har som utgangspunkt Norsk Standard (NS) 3424 "Tilstandsanalyse av byggverk". For hver av i alt 18 bygnings-komponenter er tilstanden vurdert etter en skala med fire verdier fra 0 til 3:

- 0 meget god
- 1 tilfredsstillende
- 2 utilfredsstillende
- 3 dårlig

Siden kartleggingen av bygningsmassens tilstand ble gjennomført i 2007, er den faktiske tilstanden i dag dårligere enn hva som fremkommer i rapporten. Et aspekt som påpekes i den sammenheng er at dersom vedlikeholdet ikke ivaretas i tilstrekkelig grad, vil bygningsmassen i løpet av få år kunne fremstå med en betydelig dårligere tilstandsgrad enn hva som er presentert.

Tilstandsgraden har i stor grad sammenheng med alderen på tekniske installasjoner. En del tekniske installasjoner har begrenset levetid, og disse må da erstattes for å kunne videreføre driften.

Det presiseres at den vektete tekniske tilstandsgraden som benyttes for å angi bygningsmassens beskaffenhet kun gir en indikasjon på situasjonen for det enkelte bygg, og for bygningsmassen totalt sett. I og med at tilstandsgraden er et beregnet gjennomsnitt, vil tilstanden til enkeltkomponenter i byggene ikke fremkomme. Et bygg med en tilfredsstillende vektet teknisk tilstandsgrad kan således også ha behov for oppgradering av enkeltkomponenter.

Det er stor forskjell mellom sykehusene i Oslo universitetssykehus med hensyn til andelen med vektet teknisk tilstandsgrad mellom 2 og 3, dvs. bygg som samlet karakteriseres som utilfredsstillende eller dårlige. Ved Ullevål er andelen 58 %, mens den ved Rikshospitalet (inkl. Radiumhospitalet) og Aker er hhv. 3 % og 17 %.

I den videre planleggingen av bygningsmassens fremtidige utvikling, er det viktig at investeringsmidler ikke blir benyttet for å oppgradere de dårligste byggene, men at disse i stedet erstattes med nybygg. Oppgradering av den dårligste bygningsmassen vil være svært kostnadskrevende, og vil i mange tilfeller heller ikke gi fullverdige arealer ut fra driftsmessige hensyn.

Også ivaretagelse av tilsynskrav vil kreve betydelige midler i årene som kommer. Særlig vil ivaretagelse av tilsynskrav kunne bli omfattende når man

foretar en ombygging eller tilpasning av bygninger til ny virksomhet, da dette ofte utløser behov for å imøtekomme dagens lover og forskrifter.

En annen utfordring ved store deler av bygningsmassen er at det må påregnes at bygg som er oppført før 1980 inneholder asbest. Dette vil ha økonomiske og tidsmessige konsekvenser ved ombygging.

### **Konsekvenser av bygningsmassens kapasitet og tekniske tilstand**

#### Ullevål

Det foreligger et stort oppgraderingsbehov av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus. Særlig er situasjonen utfordrende ved Ullevål sykehus, som foreslås som lokalisering for storbysykehuset. En overføring av lokalsykehus- og områdefunksjoner fra Aker sykehus til Ullevål sykehus vil kreve omfattende tilpasning og oppgradering av arealer. Det foreligger ikke nok ledige arealer med tilstrekkelig kvalitet ved Ullevål i dag, slik at virksomheten fra Aker kan innplasseres direkte. Å etablere hensiktsmessige arealer vil kreve betydelige investeringsmidler. På kort sikt vil dette være midler til tilpasninger og oppgraderinger for å kunne gjennomføre samlokaliseringer. På noe lengre sikt vil etablering av ny bygningsmasse være nødvendig for å oppnå en kostnadseffektiv drift.

I planene for storbysykehuset inngår en samling av psykiatrisk virksomhet ved Ullevål. Tidligere planer for en samling av psykiatrien må bearbeides videre, og ses i sammenheng med den totale utviklingen av bygningsmassen ved Ullevål sykehus. Dette omfatter også hvor barnepsykiatrien bør ivaretas i fremtiden.

For å kunne fraflytte bygningsmassen på Dikemark, må det etableres en ny bygning for regional sikkerhetsavdeling. Det foreligger et forslag om at dette realiseres ved Gaustad sykehus. En slik løsning vil kreve investeringsmidler både til planlegging og gjennomføring.

#### Radiumhospitalet

Bygningsmassen ved Radiumhospitalet har en del tekniske og strukturelle mangler, men det forventes at sykehuset vil kunne videreføre sin virksomhet på kort sikt uten store oppgraderingstiltak. Investeringsmidler vil imidlertid måtte stilles til disposisjon for å kunne gjennomføre nødvendige tilpasninger ved ønsket samlokalisering av funksjoner. Kapasiteten ved sykehuset vurderes å kunne gi rom for ivaretagelse av flere kreftrelaterte lands- og regionsfunksjoner, inntil en samling av slike funksjoner eventuelt kan realiseres på Gaustad.

I første halvår 2009 ble det gjennomført en konseptfaseutredning for gjenbruk av fristilt areal ved Radiumhospitalet som følge av nytt forskningsbygg. Planen omfatter riving av noe av den dårligste bygningsmassen for å redusere uegnede arealer og redusere driftskostnader. Det ble samtidig gjort en vurdering av behovet for oppgradering og vedlikehold av flere av byggene på Montebello. Alle disse tiltakene vil kreve investeringsmidler.



### Rikshospitalet

Overføring til Rikshospitalet av regionsfunksjoner fra Aker og Ullevål vil på kort sikt legge beslag på ledig kapasitet i dagens bygningsmasse. For å gjennomføre dette kreves imidlertid investeringsmidler for tilpasning og ombygging av arealer.

En samling av alle lands- og regionsfunksjoner på Gaustad vil kreve et nybygg i tilknytning til Rikshospitalet. Sentralt i dimensjoneringen av dette er overføringen av multitraumefunksjonen fra Ullevål. I tillegg vil et nybygg måtte romme andre regionsfunksjoner fra Ullevål, og eventuelt overført virksomhet fra Radiumhospitalet. Dersom et nybygg skal kunne stå ferdig i 2016, må planleggingsmidler fremskaffes umiddelbart.

### **Administrerende direktørs vurdering**

Som det fremkommer av beskrivelsen ovenfor, vil gjennomføringen av Helse Sør-Øst sitt vedtak om utviklingen av Oslo universitetssykehus i styresak 108/2008 kreve betydelige investeringsmidler. Både for å komme i gang med flyttinger på kort sikt, for å gjennomføre nødvendige oppgraderingstiltak og for å starte planleggingen av den fremtidige sykehusstrukturen er det behov for ny kapital.

Den tekniske tilstanden til bygningsmassen er på en del områder så dårlig at store påkostninger uansett vil måtte gjennomføres de neste årene, både for oppgraderinger og for å kompensere for manglede vedlikehold over lengre tid. Særlig gjelder dette flere av bygningene ved Ullevål sykehus. Ved innflytting av ny/utvidet virksomhet for etablering av storbysykehuset vil behovet for å gjennomføre tiltak fremskyndes.

For å kunne effektivisere driften ved Oslo universitetssykehus er det både behov for en sentralisering av virksomheten og en erstatning av den minst hensiktsmessige bygningsmassen. Til en viss grad vil dette kunne ivaretas gjennom tilpasning av eksisterende ledige arealer. Omfanget av ledige godt egnede lokaler er imidlertid lite, og kostnadene for oppgraderinger betydelig. En del av de ledige bygningsarealene er dessuten av en beskaffenhet som tilsier at de ikke bør oppgraderes men erstattes.

Virksomheten ved Oslo universitetssykehus drives til dels i leide arealer, som ligger spredt. Som et ledd i å forbedre driftseffektiviteten vil det være nødvendig å få til en betydelig samlokalisering. Dette vil også kreve investeringer.

Til tross for at bygningsmassen ved Ullevål sykehus til dels faller i kategorien "utilfredsstillende" eller "dårlig", viser en sammenligning med Aker sykehus at Ullevål besitter et langt større bygningsareal av "god" og "tilfredsstillende" kvalitet. Dessuten finnes det en del nyere bygningsmasse som ikke vil kunne fraflyttes. Dette bekrefter tidligere anbefaling om at den best egnede lokaliseringen for storbysykehuset vil være Ullevål, der også tomten representerer gode muligheter for en langsiktig utvikling av sykehuset. Med de lempninger som nå foreligger i Landsverneplanen mht. bygningsmassen på

Ullevål ligger det godt til rette for å kunne etablere en hensiktsmessig sykehusstruktur på området over tid.

### **Forslag til vedtak**

- 1. Styret tar administrerende direktørs redegjørelse til etterretning.*
- 2. Styret tar videre til etterretning at den samlede bygningsmassen vil kreve betydelige investeringsmidler de nærmeste årene for å danne grunnlag for en kostnadseffektiv og behandlingsmessig god driftssituasjon.*
- 3. Styret ser det som nødvendig å skaffe likviditet til utvikling av bygningsmassen og komme ut av en uhensiktsmessig driftssituasjon. Styret ber om å få seg forelagt en oversikt over eiendommer det er mulig å avhende på kort sikt, med estimert salgsverdi og eventuelle begrensninger knyttet til realisering.*
- 4. Styret forventer at det snarest mulig settes i gang en prosess med å planlegge en langsiktig utvikling av den samlede bygningsstrukturen ved Oslo universitetssykehus. I den sammenheng ber styret om å få seg forelagt en vurdering av driftseffektivitet knyttet til nåværende bygningsmasses geografiske plassering og sammensetning, og en vurdering av kostnader knyttet til ombygging av den dårligste bygningsmassen vs. nybygg.*

Oslo den 9. februar 2010

Siri Hatlen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.: 10. februar 2010

Dato møte: 17. februar 2010

Saksbehandler: Administrerende direktør

---

### **SAK 8/2010 - OVERFØRINGSPROSJEKTET TIL AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF OG VESTRE VIKEN HF**

Det vil bli gitt en orientering om saken i styremøte.

#### **Forslag til vedtak**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, 10. februar 2010

Siri Hatlen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.:	10. februar 2010
Dato møte:	17. februar 2010
Saksbehandler:	Administrerende direktør
Vedlegg:	Sammenhenger mellom vedtak i HSØ og Lokalsykehusprosjektets forslag Høringsinnspill

---

### **SAK 9/2010 - SUKSESS GJENNOM SAMHANDLING - UTVIKLING AV LOKALSYKEHUSFUNKSJONEN I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS**

I styresak 165/2009 (17.12.2009) er det redegjort for historikken bak, premissene for og hovedtrekkene i Lokalsykehusprosjektets rapport. I tråd med styrets vedtak er en rekke instanser bedt om innspill til rapporten. På bakgrunn av dette samt tidligere vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF, bekreftet i årets Oppdragsdokument fra Helse Sør-Øst RHF, inviterer administrerende direktør i denne saken styret til å gjøre vedtak knyttet til utvikling av lokalsykehusfunksjonen i Oslo universitetssykehus. Saken må leses i sammenheng med fremlagt forslag til budsjett (sak 10/2010) og administrerende direktørs vurdering av oppdragsdokument for 2010 (ref sak 6/2010).

For å sikre at saken ble drøftet i god tid før styremøtet ble den sendt ut for drøfting i utkast form og skal drøftes 10. februar. Saken er videre bearbeidet etter dette, men det er etter administrerende direktørs vurdering ikke gjort substansielle endringer selv om enkelte forhold er ytterligere tydeliggjort. Drøftingsprotokoller vil bli gjort tilgjengelig for styrets medlemmer i forkant av styremøtet.

#### **1. Sammenheng mellom vedtatte premisser og lokalsykehusets rapport**

Lokalsykehusprosjektets rapport er en oppfølging og konkretisering av en lang rekke av vedtakspunktene i Helse Sør-Øst sine vedtak om Hovedstadsprosessen, sak 108/2008. I vedlegg til saken gjennomgås dette samt hvordan man utvikler handlingsrommet i Helse Sør-Øst sitt vedtak og gir anbefalinger innenfor dette handlingsrommet. Under gjengis de mest relevante overordnede premisser.

Utvikling av lokalsykehusfunksjonen i Oslo universitetssykehus tar utgangspunkt i Helse Sør-Øst sin styresak 108/2008, og har som sentrale mål å:

- Utvikle og tydeliggjøre tilbudet innen lokalbasert spesialisthelsetjeneste i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten
- Videreutvikle sammenhengende pasientforløp innen sykehusområdet og god funksjons- og oppgavefordeling
- Samling av områdefunksjoner generelt og akuttkirurgiske tilbudet innen lokal- og områdefunksjoner spesielt
- Koordinert og helhetlig utvikling av tilbudene innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt habilitering og rehabilitering.
- Legge til rette for samling av de regionale oppgavene, fortrinnsvis på Gaustad
- Tilpasse areal til faktiske kapasitetsbehov for på den måten å frigjøre verdier til framtidsretta satsing.

Anbefalingene i denne saken skal bidra til å oppfylle disse målsettingene.

Et utgangspunkt for Hovedstadsprosessen var en inndeling av Helse Sør-Øst i opptaksområder, kalt sykehusområder. I prinsippet skal det være et offentlig helseforetak i hvert område. Begrunnelsen for denne inndelingen var dels å skape noenlunde like store områder med en størrelse som gir grunnlag for å kunne behandle 80-90 % av pasienter i eget område med god faglig kvalitet. Dels var inndelingen preget av ønske om å tilpasse størrelse og grensedragning til tilgjengelig sykehuskapasitet - ikke minst kapasitet av bra bygningsmessig standard. Dette til sammen var utgangspunktet for at en valgte en inndeling der de sykehusene som gikk sammen i Oslo sykehusområde skulle avgi deler av sitt opptaksområde til AHUS.

For å forstå rammene for videre utvikling av Oslo universitetssykehus i tråd med lokalsykehusprosjektets anbefalinger må man ta utgangspunkt i en implisitt premiss fra Hovedstadsprosessen med hensyn til samling av virksomheten på færre steder etter overføring til AHUS og derved mulighet for ikke bare å frigjøre real, men også skaffe investeringsmidler. Å virkeliggjøre en samling av regionfunksjoner og utvikling av lokalsykehus tilbudet, vil kreve betydelige tiltak når det gjelder omstilling, reorganisering, flyttinger og bygningsmessige tilpasninger, utstyr samt nybygg. Dette krever betydelig kapital utover normal driftsramme. Det har så langt vært forutsatt fra eier at Oslo universitetssykehus skal realisere en videre utvikling av Oslo universitetssykehus innenfor tildelte rammer samt andre tiltak som bidrar til å fristille midler.

Det betyr at Oslo universitetssykehus snarest må sikre at man kan legge til rette for større driftseffektivitet, og at man ikke unødige binder opp driftsutgifter til overflødige og uegnede bygningsarealer, samt frigjør investeringskapital ved å selge areal og tilhørende tomter der det er mulig.

## **2. Prosessen i tilknytning til saken**

Arbeidet i Lokalsykehusprosjektet var preget av bred involvering både av interne og eksterne interessenter. Styret og administrerende direktør mente likevel at saken hadde en slik karakter at den var tjent med å bli supplert med

formelle synspunkter fra berørte eksterne instanser. En vedtok derfor på møtet 17. desember å be om innspill fra disse. Den saken som legges fram nå, legger også høringsuttalelsene til grunn.

### **3. Oversikt over innspillene gitt i høringsrunden**

Oslo universitetssykehus har mottatt 16 innspill fra høringsinstanser. Høringsinstansene ble spesielt bedt om å kommentere rapportens forslag til "Modell for samhandling mellom sykehuset og primærhelsetjenesten" og prosjektets synspunkter på alternativer for framtidig legevaktfunksjon og samspillet denne vil ha med sykehus. Her refereres hørings svar på disse to problemstillingene samt enkelte andre som er lagt vekt på i innspillene. Samtlige høringsinnspill ligger som utrykt vedlegg til saken.

#### Synspunkter på Modell for samhandling

Alle hørings svar som omtaler "Modell for samhandling" har gitt en positiv vurdering av denne. Ikke minst gir Den norske legeforening, Norsk sykepleierforbund og Norsk Ergoterapeutforbund positiv omtale av rapportens arbeid på dette punktet. Legeforeningen poengterer at klarere ansvars- og arbeidsdeling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste er ønskelig, de ønsker ordningen med praksiskonsulenter ivaretatt og videreutviklet og gir tilslutning til ideen som er lansert om utvikling av et Senter for pasientnær forskning innenfor samhandlingsfeltet. Sykepleierforbundet minner om at pleie- og omsorgsfeltet er viktig for å lykkes med god samhandling og mener at samhandling mot denne delen av primærhelsetjenesten kunne vært viet noe større oppmerksomhet i modellen. Men de påpeker samtidig utfordringen for god samhandling ved at pleie- og omsorgsfeltet i kommunen overtas av en rekke private operatører. Tverrfaglighet må prege pasientforløpene mellom spesialist- og primærhelsetjeneste, understreker sykepleierforbundet. Den norske jordmorforening peker på behov for å styrke samhandling konkret i forhold til svangerskapsomsorgen. Flere av hørings svarene fra arbeidstaker- og pasientorganisasjoner støtter at disse må ha en plass i samhandlingsfora mellom kommune og virksomheter.

Oslo Kommune mener at det neste skrittet nå bør være at en utarbeider en felles utviklingsplan for å realisere innholdet i en felles modell for samhandling. De legger også vekt på at denne bør omfatte innovasjon og forskning. Ahus tar opp at det er to områdesykehus som til sammen dekker Oslo kommune og at videre arbeid med utvikling av samhandling må skje koordinert mellom disse og at en i denne forbindelse bør opprette felles møteplasser med kommunen. Et hovedbudskap fra Brukerutvalget i Oslo universitetssykehus er at Oslo universitetssykehus sin suksess er helt avhengig av at en lykkes med god samhandling.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) reiser problemstillingen om hvordan de bydelene som har de private, ideelle sykehusene som sitt lokalsykehus skal få ivaretatt sin organiserte samhandlingsreleasjon mot Oslo universitetssykehus. Som områdesykehus vil dette sykehuset ha store

pasientgrupper også fra bydelene som Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus har asnvaret for.

a) Synspunkter på legevaktfunksjon

Oslo kommune sier i sin kommentar til dette punktet i rapporten at Oslo universitetssykehus er en viktig samarbeidspart for kommunen i utvikling av legevaktfunksjonen. En minner samtidig om tidligere utredning om Storbylegevakt og at det er Oslo kommune som vil ta endelig beslutning om framtidig stedsvalg for legevakt. I den forbindelse nevnes sykehusområdet på Aker som et mulig alternativ.

Sykepleierforbundet mener at rapporten gir en god presentasjon av utfordringene som ligger i ulike alternativer for lokalisering av legevakt, men tilføyer at det også må legges vekt på trafikale forhold før endelig beslutning tas. Forbundet peker dessuten på at ikke alle pasienter kommer til legevakten for tilstander som i realiteten er akutte, og at en må ta hensyn til det i videre behandling av legevaktspørsmålet.

Ahus og de private, ideelle sykehusene i Oslo poengterer i sine uttalelser at sykehusrelasjonen mot kommunal legevakt må utvikles i et samarbeid mellom alle sykehus som dekker Oslo kommune med lokalsykehusfunksjoner. Innspillet fra de to private sykehusene er positiv til rapporten har diskutert flere aktuelle stedsvalg i forhold til legevakt, og de advarer mot at en legevakt utvikler seg til et minisykehus. NITO mener det er en fordel at legevakten lokaliseres utenfor lokalsykehuset og mener en bør opprettholde et klart skille mellom sykehusets og kommunens pasienter i legevakten. Norsk barnelegeforening understreker at det bør være en barnemedisinsk tilknytning til legevakt, og sykehusapotekene tar opp behovet for å knytte et døgnåpent apotekutsalg til en framtidig storbylegevakt.

b) Valg av lokalsykehusmodell

Alle som har kommentert spørsmålet om valg av modell for lokalsykehusfunksjon, støtter valget av det som er kalt storbysykehus. Legeforeningen påpeker at et slikt sykehus må være i stand til å tilpasse tilbud til ulike behov i ulike deler av byen. Legeforeningen støtter også at virksomheten i storbysykehuset samles ett sted så sant det sikres god tilgjengelighet til dette sykehuset fra hele opptaksområdet. Sykepleierforbundet mener at en samling av virksomhet i storbysykehuset kan gjøre samhandlingsprosessene enklere, men Legeforeningen minner om at et stort sykehus også må tilstrebe den type oversiktighet i samhandling som kan være lettere å oppnå i forhold til mindre sykehus. Sykepleierforbundet legger vekt på at storbysykehuset vil være en god ramme for fagmiljø, utdanning og forskning. Og for Kreftforeningen er det viktig at Storbysykehuset vil ha den nødvendige faglige bredden som er viktig ved mye kreftbehandling.

De private, ideelle sykehusene mener rapporten gir godt grunnlag for tydeliggjøring av lokalsykehusfunksjonen innen Oslo universitetssykehus, men tilføyer at det likevel er viktige problemstillinger i forbindelse med synliggjøring og bevisstgjøring av lokalsykehusfunksjonen som ikke er

berørt. Spesielt etterlyses en utdyping av feltet indremedisin innen lokalsykehusfunksjonen. Kreftforeningen poengterer at mindre komplisert og rutinemessig kreftbehandling sammen med smertelindring i framtida vil være en viktig del av lokalsykehusfunksjonen. Dette er behandling som liksom mye annen lokalsykehusvirksomhet preges av flerfaglighet og tverrfaglighet. Legeforeningen påpeker behovet for å lykkes med godt koordinert pasientlogistikk innad i lokalsykehuset. Jordmorforeningen understreker at lavrisikofødsler må være en viktig del av lokalsykehustilbudet. Oslo kommune ser positivt på at en har lagt vekt på en lokalsykehusfunksjon der også rus og psykiatri inngår, men er ikke i stand til å vurdere om lokalsykehusfunksjonen vil bli tilfredsstillende ivaretatt på tvers av klinikkgrensene i sykehuset.

Legeforeningen tar opp forholdet mellom sykehus og avtalespesialister som eget tema. De mener avtalespesialistene utgjør en viktig del av spesialisthelsetjenesten innen sykehusområdet, og at utviklingen av arbeidsdelingen mellom disse og sykehusene derfor burde vært diskutert.

Legeforeningen etterlyser også en omtale av økonomiske konsekvenser av forslagene i rapporten. Det gjelder blant annet omtale av behov for investeringsmidler i tilknytning til anbefalt sykehusmodell.

c) Bruken av sykehusområdet på Sinsen

Dette er spesielt omtalt i uttalelsen fra Oslo kommune. Her heter det at området til Aker sykehus på Sinsen bør bli en viktig samhandlingsarena og innholde tilbud innen livsstilssykdommer, tilbud til eldre, til ruspasienter og innen psykiatri. Det pekes i den forbindelse på Samhandlingsreformen, og det foreslås en blanding av helsetjenester på sykehusområdet på Sinsen der noe drives av sykehuset og noe av kommunen. Aker sykehus venner nevner dessuten at en i kjølvannet av Samhandlingsmeldingen bør se for seg et felles distriktsmedisinsk senter for de fire bydelene i Groruddalen. Her bør også intermedieæravdeling og rehabiliteringsvirksomhet finne en plass, sies det.

d) Premisset om inndeling i sykehusområder

Det var klart uttrykt utgangspunkt for Lokalsykehusprosjektets arbeid at vedtakene i Helse Sør-Øst skulle legges til grunn. I innspillet fra Oslo kommune har en imidlertid brukt anledningen til å komme med synspunkter på denne forutsetningen. En konstaterer at Oslo kommune er den eneste kommunen i hele landet som er delt mellom to sykehusområder. Erfaringene fra de overføringene som er gjort av Oslo bydeler til Ahus, tilsier, mener kommunen, at en nå gjør en evaluering av disse erfaringene før en overførerytterligere virksomhet til Ahus. Kommunen mener resultatet av en slik evaluering eventuelt bør sette på dagsorden en ny vurdering av tidligere fattede vedtak i Helse Sør-Øst. Kommunens synspunkter om mulig bruk av sykehusområdene til Aker på Sinsen til fordel for Groruddalens befolkning, henger sammen med en eventuell revurdering av grenser for sykehusområdet. De poengterer i den forbindelse at det ikke må gjennomføres irreversible tiltak i forhold til bruk av området på Sinsen før resultatet av en evaluering foreligger. Et par andre høringssvar har også tatt opp denne problematikken: Oslo avdelingen av LHL mener det er feil at et sykehus utenfor Oslo skal ha



primæransvaret for en stor gruppe av byens innbyggere. Aker sykehus venner mener at det er viktig at Helse-Oslo er samlet innenfor ett sykehusområde.

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

Med utgangspunkt i samlet rapport fra lokalsykehusprosjektet, styrets drøfting i møtet 17. desember og innspill fra høringsinstanser er administrerende direktørs vurdering:

Administrerende direktør anbefaler at lokalsykehusfunksjonene og størstedelen av områdefunksjonene innen Oslo universitetssykehus samles i et storbysykehus. Det legges vekt på at denne modellen gir større trygghet for å kunne gi likeverdige helsetilbud for befolkningen i Oslo sykehusområde, og sikrer grunnlaget for å gi faglig kvalitet i behandlingstilbudene. Samtidig bidrar modellen til en ryddig deling mot lands- og regionfunksjoner. Det er viktig i forhold til andre sykehusområder og regioner. Modellen gir også et godt grunnlag for et nært og godt samarbeid med de øvrige lokalsykehusene som gir tilbud til Oslos befolkning, inklusive AHUS.

Opprettelsen av Oslo universitetssykehus skal ha som utgangspunkt en styrking av det samlede helsetilbudet i Oslo. Med utgangspunkt i Storbysykehuset er det derfor viktig å invitere til et offensivt samarbeid videre. Lokalsykehusprosjektets ”Modell for samhandling” er, sammen med den planlagte Samhandlingsreformen, et godt utgangspunkt for dette. Høringsinnspillene støtter i all hovedsak opp under den tilnærmingen til samhandling som prosjektet anbefaler. Administrerende direktør anbefaler at man sammen med Oslo kommune og øvrige aktører i Oslo søker å gjøre Oslo til en pilotkommune i samhandlingssammenheng.

Organiseringen av Oslo universitetssykehus i ni integrerte klinikker vil gi et mer robust og styrket fagmiljø, men krever en koordinert samhandling rundt lokalsykehusfunksjon og mot primærhelsetjenesten på tvers av klinikk og avdelingsstruktur. En ønsker derfor å legge de foreslåtte retningslinjene fra Lokalsykehusprosjektet til grunn for å realisere nødvendig intern koordinering av lokalsykehusfunksjon og utad mot andre institusjoner i heletjenesten. Den interne organisering vil bli løpende evaluert og eventuelt justert.

Administrerende direktør vil understreke Oslo universitetssykehus sin strategiske rolle innen utvikling av forskning, innovasjon og utdanning. Dette må inkludere sentrale pasientgrupper og lidelser innen lokal/områdefunksjoner og samhandling. Administrerende direktør slutter seg til den vekt Lokalsykehusprosjektet har lagt på forskning, innovasjon og utdanning som integrert del av lokalsykehusfunksjonen.

Administrerende direktør anbefaler at lokalsykehusvirksomheten innen Oslo universitetssykehus i hovedsak samles geografisk for å styrke det samlede fagtilbudet til pasientene. Det vil være driftsmessig krevende og lite kostnadseffektivt å spre den lokalsykehusvirksomheten som er igjen i

sykehusområdet på flere lokasjoner etter at opptaksområde og pasientgrunnlag er overført til Ahus – etter planen fra årsskiftet 2010/11.

Organisatorisk og geografisk samling av storbysykehuset, i tillegg til samling av lands- og regionfunksjoner på Gaustad, gir sammen med overføring av opptaksområde til AHUS de viktigste føringene for geografisk reorganisering av sykehusvirksomheten i Oslo. Administrerende direktør mener disse føringene på en tilfredsstillende måte er innarbeidet i forslagene fra Lokalsykehusprosjektet og anbefaler at dette tas med som grunnlag for videre planarbeid når det gjelder bygningsmessige tiltak. Dette vil på kort sikt måtte få konsekvenser for en nødvendig tilrettelegging for mottak av noe økt pasientvolum og noen nye funksjoner både ved de somatiske lands- og regionfunksjoner på Gaustad og ved det framtidige storbysykehuset ved Kirkeveien. Dette må planlegges og utredes nærmere i det videre arbeid.

Administrerende direktør konstaterer at det på kort sikt ikke er mulig å samle alle de aktuelle somatiske funksjoner i Storbysykehuset ved Kirkeveien. Administrerende direktør anbefaler derfor at en i et 2-3 års perspektiv, i påvente av nødvendige tilbygg/nybygg, kan legge enkelte oppgaver til sykehusområdet på Sinsen. Dette dreier seg primært om oppgaver som ikke er like avhengig av nærhet til akutfunksjoner. Hvorvidt det også utover denne perioden skal være sykehusdrift/helsetilbud på sykehusområdet på Sinsen, må eventuelt være gjenstand for en egen prosess mellom Oslo universitetssykehus, Oslo Kommune og Helse Sør-Øst, ref høringsuttalelse fra Oslo Kommune.

Det har i løpet av prosessen vært dialog mellom Oslo universitetssykehus og representanter for hhv Oslo Kommunes administrasjon og Oslo Bystyre i forbindelse med ønsker om at Oslo universitetssykehus skal kunne ivareta gitte områdefunksjoner for hele Oslos befolkning (som rus, psykiatri, diabetes, tilbud til eldre, andre livsstilssykdommer med mer). Dette vil evt være en beslutning som ligger hos Helse Sør-Øst da det vil forutsette at OUS blir gitt et slikt oppdrag med tilhørende finansiering (dette vil avvike fra den normale områdeinndelingen med helhetlig ansvar for befolkningen). Denne saken kommenterer derfor ikke ytterligere på dette.

Administrerende direktør ser positivt på ambisjonene om et tettere samarbeid mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus om en storbylegevakt (ref. tidligere utredning) og ser fram til at det blir avklart hvor Oslo Kommune ønsker å lokalisere den nye legevakten. Lokalsykehusprosjektet har bidratt til å synliggjøre de reelle utfordringer og muligheter et konsept basert på tett samordning vil stå overfor innenfor overskuelig tid og eksisterende rammebetingelser. Administrerende direktør vil fastholde at lokaliseringen av legevakten vil ha stor påvirkning for de muligheter Oslo universitetssykehus har for å medvirke til å bygge opp spesialistdelen av en akuttlegevakt. En framtidig lokalisering nær storbysykehusets akuttmottak er det eneste som kan legge til rette for et nærmere samarbeid mellom dette akuttmottaket og legevakten. Dersom Oslo kommune velger annen framtidig lokalisering av den kommunale legevakt (på Aker eller i sentrum) vil modellen for samarbeid med Oslo universitetssykehus måtte tilpasses dette. Oslo universitetssykehus vil også bidra til at de andre sykehusene som

betjener Oslo kommune trekkes med i et videre samarbeid med kommunen om legevaktfunksjonen.

Administrerende direktør konstaterer at i forlengelse av forslagene fra Lokalsykehusprosjektet vil det under gitte forutsetninger være rom til å frigjøre betydelige bygningsarealer og tomtearealer slik vedtak 108-08 i Helse Sør-Øst legger opp til. Området på Sinsen og Dikemark er trolig de mest aktuelle i første omgang. Administrerende direktør vil legge til rette for at det utarbeides en helhetlig plan både for hvordan en skal utvikle virksomheten videre der det skal være sykehusvirksomhet i framtida og for flytting av virksomhet og nødvendig avvikling og salg av bygninger og eiendom.

Administrerende direktør er av den oppfatning at for å kunne frigjøre areal og nødvendige midler til videre utvikling av Oslo universitetssykehus i tråd med forutsetningene, må det realiseres store eiendomssalg raskt eller på annen måte tilføres betydelige investeringsmidler. Strukturelle grep er en hovedforutsetning for å gjennomføre vedtak 108/2008 fra Helse Sør-Øst RHF. Det henvises også til styresak 7/2010 vedr kartlegging av dagens bygningsmasse ved OUS.

Dersom det skal være sykehusdrift eller annen helserettet virksomhet på Sinsen på noe lenger sikt, kan det legges til rette for dette på deler av eiendommen. Det forutsettes da at hele eiendommen eller den delen en ikke bruker selges i tråd med det som er skissert over. Dersom hele området selges, må det sikres en ordning i form av leieavtale eller tilsvarende for det tomteareal en har behov for å kunne disponere. Administrerende direktør vil understreke at realisering av eiendomsverdier må være en prioritert del av videre prosess med mindre det på annen måte stilles betydelig kapital til rådighet for Oslo universitetssykehus.

### **Forslag til vedtak**

1. Styret slutter seg til at lokalsykehusfunksjonen i Oslo universitetssykehus ivaretas og utvikles innenfor rammen av det som i rapporten er definert som et Storbysykehus, lokalisert ved Ullevål (Kirkeveien). Det vil si et lokalsykehus for Oslo sykehusområde sine bydeler og med ansvar for områdefunksjoner for Oslo sykehusområde.
2. Styret slutter seg til at funksjonene innen storbysykehuset i størst mulig grad samles geografisk for å legge til rette for god pasientbehandling, økt faglig kvalitet, god ressursutnyttelse og drift. Akuttfunksjoner innen kirurgi, medisin og psykisk helse samles raskest mulig til Kirkeveien etter overføring av opptaksområde til Ahus i tråd med styrevedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF.
3. Styret tar til etterretning at etablering av storbysykehuset ved Kirkeveien innebærer en avgrensning mot regionale funksjoner som i tråd med forutsetningene i hovedsak planlegges samlet på Gaustad.

4. Styret legger til grunn at Oslo universitetssykehus vil arbeide videre med å realisere en helhetlig og forbedret modell for samhandling. Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus bidrar aktivt og tar nødvendige initiativ sammen med Helse Sør-Øst, øvrige sykehus og avtalespesialistene med ansvar for Oslos befolkning for sammen å skape en god og koordinert samhandling opp mot Oslo kommunes helsetjeneste.
5. Styret understreker betydningen av å etablere gode interne retningslinjer som kan understøtte lokalsykehusfunksjonen og etablere gode pasientforløp og samhandling innen og på tvers av klinikkene i Oslo universitetssykehus.
6. Storbysykehuset vil ha store pasientvolum, behandle alminnelige lidelser og diagnosegrupper og vil ha stor nærhet til primærhelsetjenesten. Styret legger til grunn at storbysykehuset skal gi et godt grunnlag for utvikling av forskning og utdanning på dette område.
7. Styret understreker viktigheten av at Oslo universitetssykehus raskt bidrar til å avklare og tilrettelegge for et videre samarbeid med Oslo kommune om videre utvikling av legevaktfunksjon og flytting av legevakt for Oslo. Den virksomheten ved legevakten som Oslo universitetssykehus har ansvaret for vil, ut fra faglige vurderinger, være tjent med å være lokalisert nær annen akuttvirksomhet i Storbysykehuset. Dersom Oslo kommune velger annen fremtidig lokalisering av den kommunale legevakt (på Aker eller i sentrum) vil samhandlingsmodellen med Oslo universitetssykehus måtte tilpasses dette.
8. Styret tar til etterretning administrerende direktørs vurdering om behov for frigjøring av kapital og at dette innebærer at en bør søke å realisere verdier gjennom salg av eiendom på Akers område på Sinsen. Styret tar til etterretning administrerende direktørs vurdering om at dersom en i samarbeid med Oslo kommune (og Helse Sør-Øst) kommer frem til at det skal være sykehusdrift eller annen helserettet virksomhet på Akerområdet på Sinsen etter overgangsperioden på 2-3 år, kan dette legges til rette for på deler av eiendommen. Dersom en velger en slik løsning på lenger sikt kan det legges til rette for dette ved at deler av eiendommen holdes tilbake, eller at det inngås nærmere avtale om disponeringsrett for areal og bygninger.
9. Styret forutsetter at de rammer som nå er gitt for etablering av Storbysykehuset ved Kirkeveien sammen med konsekvenser av redusert opptaksområde, legges til grunn for planlegging av nødvendige flyttinger og arealtilpasninger på kort, mellomlang og lengre sikt innen Oslo universitetssykehus. Styret tar til etterretning at det i den nærmeste tid vil bli nødvendig med bygningsmessige tilpasninger i den sentrale bygningsmasse ved Kirkeveien for å samle prioriterte deler av virksomheten i storbysykehuset her. Dette må sees i sammenheng med sak 10/2010 Budsjett.

10. Styret legger til grunn at den geografiske samling av virksomheten bidrar til å redusere det samlede bygningsareal for sykehusvirksomhet innen Oslo universitetssykehus i tråd med premissene fra sak 108/2008 Helse Sør-Øst RHF. Avvikling av arealer utenom de sentrale sykehusområdene må i den forbindelse ha prioritet.

Oslo den 10. februar 2010

Siri Hatlen

## Vedlegg 1 styresak 9/2010:

### Nærmere gjennomgang av sammenhenger mellom vedtak i Helse Sør-Øst og Lokalsykehusprosjektets forslag

Helse Sør-Øst sitt vedtak i hovedstadsprosessen innholdt en del generelle punkter og en del som spesielt handlet om etableringen av Oslo sykehusområde og Oslo universitetssykehus. På begge områder gis det viktige føringer med hensyn til utforming av lokalsykehusfunksjonen i Oslo universitetssykehus. Det gjelder innholdet i og organiseringen av lokalsykehusvirksomheten, premisser for organisering av områdefunksjoner og akutfunksjoner. Psykisk helsevern, tverrfaglig, spesialisert rusbehandling, habilitering og rehabilitering plasseres som en sentral del av lokalsykehusfunksjonen og omtales særskilt. Areal- og bygningsmessige forhold ved utvikling av sykehusvirksomheten omtales og vil naturligvis også gjelde lokalsykehusfunksjonen. Samhandling med primærhelsetjeneste og kommune er tema i flere punkt samt at forholdet til legevaktfunksjonen omtales særskilt. De private leverandørene av spesialisthelsetjenester er omtalt generelt og Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus sin rolle er behandlet spesielt. I tillegg til disse delområdene er det viktig at inndeling i sykehusområder gir en ramme for ansvarsområder når det gjelder leveranse av lokalbaserte spesialisthelsetjenester. Til sammen har dermed regionsforetaket gitt en samlet plattform og noen føringer som Lokalsykehusprosjektet har bygd på og utviklet videre.

#### Forståelse av opptaksområder

Helse Sør-Øst sitt vedtak pkt 4 a slår fast prinsippet om inndeling av Helse Sør-Øst i sykehusområder og beskriver prinsippene for dette. Sykehus i området skal dekke lokalsykehus og områdeoppgaver i sitt sykehusområde. Fra starten av Hovedstadsprosessen i desember 2007 var det et sentralt tema hvor grensene for opptaksområder i Oslo-området skulle gå. Ulike alternativer ble diskutert. I pkt 10 i vedtaket fra november 2008 redegjøres for selve valgte inndelingen i områder. Oslo sykehusområde skal bestå Oslo kommune minus de trebydelene Stovner, Grorud og Alna, og det betyr at sykehusene i Oslo sykehusområde mister en bydel (Alna) samt Follo-kommunene og pasienter innen en del behandlingsgrupper fra sykehusområde Vestre Viken. Samtidig sies det i vedtakets pkt 4 a at prinsippet om fritt sykehusvalg skal legges til grunn og understøttes.

Lokalsykehusprosjektet har tatt utgangspunkt i disse premisene som en forutsetning for beregning av totalkapasitet for lokalsykehusstilbudet. Dette har fått konsekvenser for tilråding av hovedlokalisering for lokalsykehusvirksomheten og akutfunksjonene, men har ikke vært avgjørende for valg av modell for lokalsykehusvirksomheten.

#### Lokalsykehusfunksjonen

Helse Sør-Øst sitt vedtak sier i pkt 4 at helseforetaket har ansvar for å gi et helhetlig tilbud av lokalbaserte spesialisthelsetjenester for sitt område. Utformingen av pasientforløp skal legges til grunn for dimensjonering og organisering. Hvilke tilbud som skal inngå i lokalbaserte tjenester er dessuten spesifisert. I pkt 13 a heter det videre at lokalbaserte spesialisthelsetjenester skal være tydelig organisatorisk skilt fra regionfunksjonene, og samlingen lokalsykehusfunksjoner skal binde sammen områdene somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling. Til sammen skal dette bidra til å tydeliggjøre og styrke lokalsykehusfunksjonen.

Lokalsykehusprosjektet møter dette ved for det første å bygge på en tydelig forståelse av hva som er helseutfordringene i vårt sykehusområde. Dernest legger en opp til en fysisk samling av lokalsykehusvirksomhet, og en foreslår retningslinjer som skal sikre en koordinering av denne virksomheten på tvers av klinikkgrenser, innrettet mot gode pasientforløp og samhandling. Tiltak for å styrke forskning og innovasjon spesielt rettet mot lokalsykehusets pasientgrupper og samhandling kan også nevnes i denne sammenheng.

### Områdefunksjonen

Helse Sør-Øst sitt vedtak slår i pkt 4e fast at områdefunksjoner som hovedregel skal samles ett sted innenfor sykehusområdet. Når dette skal konkretiseres heter det at en må ta hensyn til faglig kvalitet, faglige avhengigheter og ressursvurdering. Vedtaket åpner for at det ut fra noen nevnte kriterier er unntak i forhold til kravet om samling.

Lokalsykehusprosjektet møter dette ved å reise en diskusjon om alternative modeller for samling av områdefunksjoner innen somatikken i Oslo sykehusområde. I det ene alternativet skjer samlingen av områdefunksjoner primært i tilknytning til regionfunksjonene. I dette tilfellet sitter en igjen med et rent lokalsykehus med et minimum av funksjoner som inngår i vedtakets definisjon av lokalbaserte tjenester (pkt 4 c), i rapporten kalt nærsykehus. I det andre alternativet samles områdefunksjonene i hovedsak sammen med lokalsykehusfunksjonene. Dette er premissene for det rapporten har kalt alternativ Storbysykehus. Det siste alternativet anbefales blant annet fordi det sikrer det beste lokalsykehus tilbudet for vårt sykehusområde og den mest effektive ressursutnyttelse.

### Akutfunksjonen

Helse Sør-Øst sitt vedtak sier i pkt 4 d at akutfunksjoner for kirurgi som hovedregel skal samles under en ledelse og fortrinnsvis på ett sted. Det understrekes videre at akuttmottaket og behandlingslinjene deretter må organiseres slik at de sikrer kvalitet i sortering, diagnostikk og behandling.

Lokalsykehusprosjektet har lagt til grunn at Oslo universitetssykehus på flere områder også har regionale akuttkirurgiske funksjoner. Dette sammen med et stort akuttvolum, gjør at en forutsetter akuttkirurgisk virksomhet både på det stedet der regionfunksjoner samles og i Storbysykehuset. Sammenholdt med dagens situasjon innebærer forslaget om Storbysykehusmodellen en reduksjon fra fire steder til i framtida to steder. Storbysykehuset får dessuten ett samlet mottak for alle typer somatiske akutttilstander som også vil ha samarbeid mot rusakutt og akuttpsykiatrisk mottak.

### Psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering

Helse Sør-Øst sitt vedtak sier i pkt 5, 6 og 7 at disse områdene skal videreutvikles i tråd med prioriteringer som er gjort. Det legges vekt på at det skal skje en enhetlig ledelse av disse områdene innen hvert sykehusområdet og det skal utarbeides områdevis planer på hvert av feltene. I pkt 13 a poengteres at innen psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling skal regionale funksjoner som ligger i Oslo universitetssykehus legges til lokalsykehusvirksomheten i foretaket. Lokalsykehusprosjektet har spesielt lagt vekt på at den svært spredte virksomheten innen psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling samles i langt større grad enn i dag og knyttes hensiktsmessig til Storbysykehuset. Dette vil bidra til en styrking både av ekstern samhandling og samhandlingen mellom disse fagområdene og mot somatikken. I den foreslåtte modell for samhandling er det dessuten lagt vekt på at koordineringen av samhandling mot kommunehelsetjenesten skal skje samlet.

### Areal- og bygningsmessige forhold

Helse Sør-Øst sitt vedtak gir flere føringer på dette området: For det første forutsetter pkt 13 a at areal og kapasitet knyttet til lokalsykehusfunksjonen må reduseres i tråd med endring i opptaksområde. I pkt 6 om psykisk helsevern heter det dessuten spesielt at overfløydige arealer innen dette behandlingsfeltet realiseres eller benyttes til andre formål i spesialisthelsetjenesten. For det andre slås det i pkt 13 c fast at bygg og bygningsmasse av god kvalitet forutsettes brukt. For det tredje erkjennes i samme punkt at det kreves bygningsmessige investeringer, justeringer og oppgraderinger for å kunne ta ut langsiktige gevinster, og dette må utredes videre av Oslo universitetssykehus selv. For som det heter i pkt 4 a, det er sykehusområdet som skal utgjøre grunnlaget for vurdering av framtidige behov investeringer i bygninger og utstyr.

Lokalsykehusprosjektet legger dette punktet til grunn når tar til orde for samling av virksomheten innen storbysykehuset. En anbefaler at dette skjer ved Ullevåls nåværende arealer ved Kirkeveien

evt supplert med arealene til Gaustad sykehus. En slik samling gir ut fra nærmere bestemte kriterier den beste effekten. En slik prosess bør kunne åpne for å frigjøre overflødige arealer innen psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling, ikke minst på Dikemark, og innenfor somatikken på Sinsen. Nærmere planlegging av hvilke bygningsmessige investeringer og justeringer, etableringen av et hensiktsmessig storbysykehus krever, er startet opp i det som er kalt Areal- og kapasitetsprosjektet.

#### Samhandling

Helse Sør-Øst sitt vedtak sier i pkt 4 b at planlegging og utvikling av tjenestetilbudet innen opptaksområdet skal skje i et forpliktende samarbeid med kommunene i opptaksområdet. Videreutvikling av samarbeidsavtaler og samarbeidsorgan omtales også. I pkt 13 a understrekes på samme måten samhandlingen mellom Oslo universitetssykehus og Oslo kommune.

Lokalsykehusprosjektet la mye arbeid i å følge opp dette på en helhetlig måte ved å gå gjennom alle faktorer som skal til for å oppnå en god samhandling mellom helsenivåene i Oslo. En reiser på hvert område en rekke krav og forslag til god samhandling, og dette utgjør til sammen et forslag til modell for samhandling. Sykehuset og Oslo kommune har nå nedsatt en egen gruppe som skal utarbeide en avtalestruktur og konkrete samarbeidsavtaler på ulike nivåer og områder.

#### Legevaktfunksjon

Helse Sør-Øst sitt vedtak sier i pkt 4 a at lokalbaserte spesialiserte akutfunksjoner må sees i sammenheng med det kommunale legevakttilbudet, og etablering av felles akuttmottak skal vurderes. I pkt 13 b heter det at samarbeidet med Oslo kommune om etablering av en storbylegevakt skal videreføres. Men organisatorisk tilknytning og lokalisering i forhold til Oslo universitetssykehus må avklares i den videre prosessen.

Lokalsykehusprosjektet har hatt legevaktfunksjonen som et eget deltema. En har her særlig gått inn på hvordan ulike løsninger vil gi ulike konsekvenser for samspill, kvalitet og ressursutnyttning i grensesnittet sykehus – legevakt. En har også vurdert hvordan legevaktløsninger legger forutsetninger for god samhandling mellom sykehus og primærhelsetjeneste. Prosjektet vil ikke anbefale å gå inn for etablering av et felles akuttmottak nå, men støtter en løsning som lokaliserer en framtidig legevakt i tilknytning til et sykehusområde. Ut fra dette diskuteres to alternativer for lokalisering. For å utvikle et godt akutttilbud i en samhandling mellom den kommunale legevakt og spesialist legevakten, herunder triagering, er nærhet til akutt sykehuset (Storby sykehuset) vesentlig. En plassering av legevakten i vesentlig avstand fra akutt sykehuset gir mindre muligheter for en slik samhandling, men en slik legevakt kan trolig utvikles mot mer kommunalt rettede tjenester. Det endelige valg av sted for legevakt vil være Oslo kommunes beslutning.

#### Forholdet til private sykehus

Helse Sør-Øst sitt vedtak konstaterer i pkt 4 g at private aktører inngår i oppgave- og funksjonsdelingen innen sine respektive sykehusområder. Det presiseres samtidig at private leverandører underlegges samme krav til omstilling, organisering og driftseffektivitet som helseforetakene. I pkt 13 a omtales Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus spesifikt, og det slås fast at disse inngår i det lokalbaserte tjenestetilbudet i Oslo sykehusområde basert på definert opptaksområde og funksjonsfordeling.

Lokalsykehusprosjektet omtaler dette temaet kort, og konstaterer at en konsekvens av vedtaket i Helse Sør-Øst blir at Diakonhjemmet sykehus sin funksjon innen akuttkirurgi overføres til Oslo universitetssykehus. Samtidig slår prosjektet fast at oppgave- og funksjonsdelingen mellom Oslo universitetssykehus og disse to sykehusene må gås gjennom på en rekke andre områder. I løpet av prosjektperioden mottok Oslo universitetssykehus et brev fra Helse Sør-Øst RHF der en ble bedt om å starte et eget prosjekt som tar for seg denne oppgave- og funksjonsdelingen. Dette prosjektet har nå startet opp.



## **Vedlegg 2 styresak 9/2010:**

### **Høringsinnspill er kommet inn fra disse instansene:**

- Oslo kommune, Bystyret (og foreløpig uttalelse fra Byrådet)
- Den norske legeforening
- Norsk Sykepleierforbund, avd. Oslo
- NITO
- Norsk Ergoterapeutforbund
- Den norske jordmorforening
- Barnelegeforeningen
- HSH
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, avd. Oslo
- Kreftforeningen
- Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus
- Akershus universitetssykehus
- Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus
- Aker sykehus venner
- Sykehusapotekene
- Datatilsynet
- Høgskolen i Akershus

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.:	10. februar 2010
Dato møte:	17. februar 2010
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg:	Vedlegg 1 – Tabeller for aktivitet, økonomi og ressursbruk 2010 <i>1 - Aktivitet</i> <i>2 - Økonomiske hovedtall for Oslo universitetssykehus – nivå-2 enheter</i> <i>3 – Driftsbudsjett for Oslo universitetssykehus HF (ØBAK-format)</i> <i>4 - Bemanning</i> <i>5 – Inntektsramme for Oslo universitetssykehus</i> <i>6 – Utfordringsbilde for nivå-2 enheter</i> <i>7 - Tiltaksstatus</i> <i>8 – Foreløpig investeringsbudsjett 2010-2015 knyttet til vedtak 108-2008</i> <i>9 - Foreløpig investeringsbudsjett 2010</i> Vedlegg 2 – Uavklarte finansieringsproblemer og særlige utfordringer Vedlegg 3 – Klinikkenes beskrivelse og vurdering av driftssituasjonen for 2010.

---

### SAK 10/2010 – BUDSJETT 2010

#### 1. Innledning

I styremøtet 17. desember ble styret forelagt en statusrapport vedr budsjett 2010.

I denne saken forelegges styret et oppdatert budsjett for 2010. Vedlagte tabellpakke inneholder budsjettet for Oslo universitetssykehus HF, klinikkens rammer og styringskrav, en foreløpig oversikt over investeringsbehov og en beskrivelse fra hver av klinikkene om virksomheten, den økonomiske utfordringen og tiltakene som planlegges gjennomført.

Budsjettet for 2010 er drøftet på klinikknivå og vil bli drøftet på HF-nivå før styremøtet avholdes (jf avsnitt 11).

Det vises videre til styresak 160/2009 om Ledelsens gjennomgang. Det ble der rapportert om høy risiko knyttet til følgende forhold:

#### Økonomi og aktivitet

Gjennomføring av aktivitets- og økonomimål  
Muligheter for å etablere realistiske budsjetter

#### IKT

Sikre at felles systemer kommer på plass

#### Ansattes arbeidsmiljø:

Store krav og stor belastning på ledere og ansatte  
Krav til nedbemanning  
Samorganisering på tvers av tidligere organisatoriske skiller

Det ble rapportert om moderat risiko på følgende område:

#### Pasientsikkerhet

Risikobildet har siden den gang blitt forsterket ved manglende oversikt over omfang av og inndekning av kostnader til nedbemanning/fare for inntektsbortfall og samlet gjennomføringsrisiko. Alle disse forholdene vil kunne medføre økte kostnader pga behov for kompenserende tiltak.

## 2. Administrerende direktørs vurderinger

I styresak 167/2009 om budsjett 2010 som ble behandlet 17. desember 2009 het det:

*Administrerende direktør finner det nødvendig å gjøre styret klart oppmerksom på den ekstraordinært krevende situasjonen sykehuset er inne i. Dette innebærer også at det på dette tidspunkt er store risiki knyttet til gjennomføring av de økonomiske målene som er satt for 2010. Arbeidet med å etablere nødvendige planer og tiltak for å sikre budsjettoppnåelse vil fortsette inn i januar.*

I samsvar med omtalen ovenfor har det vært arbeidet videre med planer og tiltak for budsjett 2010. Denne styresaken gir styret en oppdatert oversikt over dette arbeidet samt at det presenteres oppdaterte plantall og budsjett.

Utgangspunktet for det detaljerte planverket for 2010 har vært videreføring av oppgavene til de tre tidligere sykehusene Aker universitetssykehus, Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus med de presiseringer og nye oppgaver som følger av Oppdrag og bestillerdokumentet 2010 fra Helse Sør-Øst for Oslo universitetssykehus HF. I dette ligger også en videreføring av arbeidet med integrasjonen av Oslo universitetssykehus HF og utvikling av oppgavefordeling og sykehusstrukturen i samsvar med styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF.

Som en del av arbeidet med budsjett og annet planverk for 2010 har sykehusledelsen og klinikkens ledergrupper opparbeidet økt kunnskap om Oslo universitetssykehus HF samlede virksomhet, herunder potensialet for bedre samordning og effektivisering på kort og lengre sikt og de utfordringene en står

overfor i gjennomføringen av oppdraget for 2010 mht ordinær drift og ikke minst styrevedtak 108-2008 fra Helse Sør-Øst.

Det er administrerende direktørs vurdering at det ikke er kommet til ny informasjon som endrer den beskrivelsen som ble gitt i styresak 167/2009, jf sitatet ovenfor. Tvert i mot viser den kunnskapen som er opparbeidet siden den gang at utfordringene innenfor drift og investeringer de nærmeste årene om noe fremtrer som enda mer krevende enn tidligere. Dette gjelder blant annet konsekvensene av overføring av virksomhet til andre sykehusområder og investeringsbehovet både for å videreføre eksisterende virksomhet og til restrukturering i samsvar med vedtakene i styresak 108-2008. Behov for rask restrukturering og geografisk samling av gjenværende virksomhet følger direkte av den planlagte overføring av virksomhet per 1.1.2011.

Etter administrerende direktørs vurdering finnes det ingen enkle løsninger innenfor gjeldende rammebetingelser på de utfordringene Oslo universitetssykehus HF er stilt over for. Hovedtilnærmingen for å håndtere den kortsiktige driftssituasjonen vil være å stille alle enheter overfor svært krevende effektiviseringskrav slik det alt er gjort. Det forventes at alle deler av organisasjonen arbeider med tiltak som reduserer kostnadene. Hovedvirkemidlet vil være reduksjon i antall årsverk som finansieres over sykehusets ordinære driftsbudsjett. Overføringen av virksomhet til A-hus og andre sykehusområder kombinert med store kostnader knyttet til selve fusjonsgjennomføringen og andre pukkelkostnader stiller krav til bemanningsreduksjoner og neddimensjonering av virksomheten frem mot 2011 som er uten parallell i det meste av annen offentlig virksomhet. Det gjenstår mye arbeid med å konkretisere omfanget av dette og av det som vil fremkomme som direkte overtallighet fordi dette er så nær knyttet mot de behov Ahus vil ha for nytt personell.

Innenfor investeringsområdet vil det måtte balanseres mellom investeringer som er nødvendig for å videreføre eksisterende pasientbehandling og forskning (helt nødvendig vedlikehold og erstatning av utstyr) på den ene siden og investeringer som understøtter strukturelle endringer i Oslo universitetssykehus HF i samsvar med styrevedtak 108-2008. I tillegg kommer egenfinansiering av de omfattende IKT investeringer utover det som tilligger Sykehuspartner og som er helt nødvendig for å gjennomføre selve fusjonen

Gjennomføringen av oppdraget de kommende årene er av eier forutsatt å skje i samsvar med de økonomiske styringsmålene, først og fremst et resultat i balanse og innenfor de likviditetsmessige rammene som er satt. Det foreligger foreløpig ingen driftsmidler tildelt særskilt rettet mot omstillingsutfordringene og samtidig svært begrenset med investeringsmidler. Administrerende direktør finner det nødvendig å gjenta at det er svært høy risiko knyttet til den økonomiske situasjonen for Oslo universitetssykehus HF både kortsiktig (likviditetsmessig) og dermed til gjennomføring av de pålagte oppgavene, jf omtale i styresak 167/2009, men også mer langsiktig (2010 – 2011). Det er ingen informasjon som er tilkommet siden den gang som tilsier at denne risikoen er redusert. Tvert om er det blitt tydeligere at gjennomføringen av styrevedtak 108-2008 representerer en rekkefølge-utfordring som er helt nødvendig å få konsekvensberegnet fullt ut.

Omstillings- og investeringskostnadene kommer flere år i forkant av de forventede og mulige økonomiske gevinster som følger av en bedre samordning av sykehusstilbudet i Oslo i tråd med målsettingene for fusjonen.

Administrerende direktør vil arbeide videre med tiltak som kan redusere den økonomiske risikoen for Oslo universitetssykehus HF. På kort sikt vil det omfatte tett styring og resultatoppfølging av sykehusets driftsenheter samt krav om kontinuerlig arbeid med kostnadsreducerende tiltak. (Det vises her bla til styresak 19/2010 vedr virksomhetsstyring i Oslo universitetssykehus for 2010.) Herunder arbeides det løpende med å identifisere samordningsgevinster som følger av felles organisering av miljøene og som ikke er avhengig av forutgående flytting og investeringer. Videre må nødvendige forberedelser til overføring av virksomhet til Ahus og Vestre Viken gis høy prioritet for å sikre en forsvarlig prosess og sikre driften i denne perioden.

For å øke det likviditetsmessige handlingsrommet og dermed muligheten for høyt tempo i nødvendige investeringer og omstilling er det nødvendig å lete etter ytterligere muligheter for avhending av eiendom utover det som så langt er tatt stilling til. Dette sammenfaller også med målet om reduksjon i arealbruk.

### **3. Økonomiske utfordringer for Oslo universitetssykehus HF 2010-2011 og budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2010**

Oslo universitetssykehus HF står overfor usedvanlig store økonomiske og styringsmessige utfordringer de nærmeste 2-3 årene. En rekke forhold spiller inn som hver for seg alene har store økonomiske implikasjoner:

- Det økonomiske resultatet for 2009 viser et kostnadsnivå som er i underkant av 200 millioner kroner for høyt i forhold til tilgjengelig finansiering trass i tett styring og resultatoppfølging gjennom 2009 i alle de tre tidligere sykehusene Aker, Rikshospitalet og Ullevål.
- Oppdrags- og bestillerdokumentet for 2010 fra Helse Sør-Øst RHF stiller krav til økt klinisk aktivitet, både samlet og innenfor spesifiserte områder.
- For 2010 og de to neste årene reduseres inntektene ytterligere som følge av innfasing av ny inntektsfordelingsmodell i Helse Sør-Øst (som omfordeler betydelige beløp fra Oslo til andre sykehusområder) samt enkelte andre forhold som slår sterkt inn i 2010.
- En betydelig andel av foretakets virksomhet skal overføres til A-hus og Vestre Viken. Overføring til A-hus er planlagt til 1.1.2011. En betydelig andel av inntektsrammen overføres per 1.1.2011 (tentativt 1.5 – 2 mrd) og forutsetter store kostnadsnedtak.
- Det foregår nå en omfattende organisatorisk endring i Oslo universitetssykehus HF med løpende opprettelse av nye ledergrupper på nivå 3 og 4. De organisatoriske endringene skal understøtte arbeidet med å gjennomføre styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF.

- Det er iverksatt og må videre gjøres omfattende investeringer i felles IKT-systemer for at Oslo universitetssykehus HF kan fremtre som et integrert foretak.
- For å gjennomføre styrevedtak 108-2008 er det nødvendig med større strukturelle endringer og investeringer blant annet:
  - i. Styrke lokalsykehusfunksjonen: Etablere storbysykehus på Ullevål.
  - ii. Samorganisere og samlokalisere lands- og regionsfunksjoner: Bygge akuttbygg med multitraume i tilknytning til Rikshospitalets sykehusanlegg på Gaustad og flytte sikkerhetspsykiatrien.
  - iii. Tilpasse kapasiteten til redusert opptaksområde: Redusere arealbruk og redusere behandlingsskapitet vesentlig mer enn måltall for andre HF

Overføring til Ahus medfører en nedskalering som er meget krevende å omsette i bedret driftseffektivitet. Samtidig vil en nedbemanningsprosess med stor sannsynlighet medføre store overgangskostnader og risiko for aktivitetstap mens prosessene pågår. Integrasjonsprosessen krever samtidig store investeringer med påfølgende flyttinger for å kunne ta ut synergier.

Beregning av disse tallstørrelsene krever avklaring av omfang og rekkefølge i omstillingsarbeidet. Gjennomføring av disse endringene krever planlegging, tid og investeringsmidler innenfor en flerårig horisont. Det er igangsatt et arbeid med å etablere en samlet gjennomføringsplan med konsekvenser.

Alle forholdene ovenfor spiller hver for seg inn mot både drifts- og investeringsbudsjettet for 2010. Konsekvensene og omfanget av noen av utfordringene er imidlertid fortsatt ikke detaljert i tilstrekkelig grad. Dette gjelder først og fremst overføringen av virksomhet til andre sykehusområder, men også viktige investeringsbeslutninger. Av praktiske og styringsmessige årsaker har det derfor vært nødvendig å utforme et budsjett for 2010 uten å innarbeide konsekvenser av overflyttingen til Ahus og Vestre Viken. Videre vil også investeringsbudsjettet på dette tidspunktet være foreløpig. Disse forholdene sammen med det forholdet at det på dette tidspunkt ikke er identifisert tilstrekkelig med tiltak for å kunne styre mot økonomisk balanse i 2010 gjør det nødvendig å komme tilbake med revisjoner av både drifts- og investeringsbudsjettet senere.

Basert på de endringer som fremkommer gjennom vesentlig redusert finansieringsramme tilgjengelig for drift (inkl direkte fusjonsrelatert kostnader og andre pukkelkostnader) har foretaket en utfordring som utgjør i overkant av 4 pst av de kostnader som kan påvirkes (dvs ekskl pensjon, avskrivninger, budsjett for rus og psykiatri mv). Inndekning av forhold knyttet til omstilling og overføring til andre sykehusområder som antas å medføre betydelige kostnader er ikke håndtert i budsjett for 2010 foreløpig da man ikke har tilstrekkelig oversikt over disse forholdene foreløpig. Situasjonen vil under alle

omstendigheter kreve omfattende reduksjon i samlet bemanning. De krav som stilles til foretaket gjennom endret finansiering og vedtak 108-2008 (inklusive overføring av virksomhet til Vestre Viken og A-hus) er foreløpig estimert å innebære en samlet reduksjon i årsverk på 2-3000 per 1.1.2011. Deler av dette vil løses ved naturlig avgang og det vil legges til rette for overføring av et stort antall ansatte til Ahus, men det må antas at det vil gjenstå en ikke ubetydelig overtallighet.

#### 4. Ytre rammer for budsjett 2010

Styret ble i styresak 167/2009 gitt en oversikt over de endringer som er gjort i rammefinansieringen av Oslo universitetssykehus. Det gis i denne saken en oppdatering mht finansiering og endrede kostnader for Oslo universitetssykehus.

##### *Endret rammefinansiering 2010*

I basisrammetildelingen for 2010 har Helse Sør-Øst RHF gjort noen endringer som reduserer finansieringen av Oslo universitetssykehus ift 2009. Samlet beløper dette seg til om lag 105 mill kroner.

*Tall i hele 1000*

<b>Rammefinansiering fra Helse Sør-Øst ekskl avskrivninger</b>	
Økt pensjon kompensert i 2009 men ikke videreført i 2010	(57 000)
Uttrekk til regionale prioriteringer, 0,25%	(9 744)
Uttrekk på i alt 35 mill til finansiering av felles forsyningssenter	(14 561)
Implementering av inntektsmodell somatikk	(23 610)
<b>Sum redusert rammefinansiering</b>	<b>(104 915)</b>

##### *Endring DRG-finansiering/grupper effekt/begrensninger fra HSØ*

ISF-finansieringen reduseres reelt fra 2009 til 2010 for gitt aktivitet fordi DRG-pris underreguleres ift normal prisvekst, og fordi overgang fra 2009-grupperingslogikk til 2010-logikk etter foreløpige tall gir lavere uttelling for Oslo universitetssykehus HF samlet. Totalt gir disse to forholdene en reduksjon i finansieringen på 75 mill kroner ved videreføring av aktivitetsnivå fra 2009. Det gjenstår imidlertid å gjennomgå konsekvensene av nytt grupperingsprogram som forelå ultimo januar.

*Foreløpige tall (hele 1000)*

<b>ISF-finansiering</b>	
Omlegging grupper (inkl heldøgn/dag og poliklinikk)	(40 000)
Underregulering DRG-pris	(35 000)
<b>Sum reduksjon ISF-finansiering</b>	<b>(75 000)</b>

##### *Uavklarte finansieringsspørsmål*

På dette tidspunkt er en del forhold knyttet til finansiering av Oslo Universitetssykehus HF ikke avklart eller det er kartlagt særlige forhold som trenger en gjennomgang med Helse Sør-Øst RHF. Nedenfor gis en kortfattet oversikt. De enkelte forholdene er utdypet nærmere i eget vedlegg (vedlegg 2).

<b>Problemområde</b>	<b>Finansieringsbehov</b>
Legemiddelassistert rehabilitering for rusmiddelavhengige (LAR)	10 mill kroner (økende)
Biologiske legemidler (tysabri)	15 mill kroner (økende)
Lucas-studien	9,5 mill kroner
Bløderkirurgi	4 mill kroner (økende)
Laboratorie - finansiering	(Systemsvakhet)
Høsting av stamceller	8 mill kroner (økende)

Styret vil bli oppdatert på status i disse sakene når avklaring fra Helse Sør-Øst foreligger.

Oversikten ovenfor omfatter kun driftsbudsjettet. Oslo universitetssykehus HF er videre pålagt oppgaver som øker investeringsutfordringene, blant annet økt kapasitet innenfor arytmi behandling.

Oslo universitetssykehus HF er tildelt i alt 104 mill kroner for ny og økt aktivitet. Disponering av dette er omtalt i avsnitt 6. Midlene vil gå til enkelte aktiviteter som er prioritert i Oppdragsdokumentet 2010. Resterende midler er fordelt på somatiske klinikker for å finansiere kravet om aktivitetsvekst (1,2 pst).

## **5. Endret kostnadsbilde 2010 (eksternt/internt)**

Kostnadsbildet endrer seg fra år til år som følge av blant annet endring i pasientbehandling, pasientvolum og finansiering. Gjennom budsjettprosessen avdekkes slike endringer og risikoområder som følge av disse endringene. I dette avsnittet beskrives noen av disse risikoområdene. På grunn av endret organisering og nye ledere som følge av omorganisering er usikkerheten knyttet til framtidig kostnadsutvikling større enn hva som har vært vanlig for de tre tidligere sykehusene. Nedenfor beskrives også områder hvor integrasjonsprogrammet medfører økte kostnader for Oslo universitetssykehus.

### *Særskilte risikoområder innenfor klinisk drift*

Det er gjort endringer i oppgjørsmetoden for pasienter som er inne til behandling ved sykehuset. Pasientene måtte tidligere gå til sitt lokale trygdekontor for å få dekket egen kostnad til transport fra NAV. Fra 2010 er ordningen lagt om slik at pasienter nå fyller ut et skjema på sykehuset. Skjemaet sendes til Oppgjørskontoret for pasientreiser som i sin tur fakturerer sykehuset. Ordningen gjør at refusjonsordningen blir bedre tilgjengelighet for pasienten. Det medfører dermed risiko for økte kostnader. Oslo universitetssykehus HF vil følge særskilt med på denne utviklingen.

Etablering av rusakutt vil kunne medføre økt ressursbruk til pasientbehandling i noen av de somatiske klinikkene. Hvor stort dette omfanget vil bli, er usikkert.

Nye retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering for rusmiddelavhengige (LAR) gjør at flere vil få rett til slik behandling og at behandlingsforløpene i mindre grad er begrenset i tid. Ordningen er i utgangspunktet underfinansiert (jf vedlegg 2).



Biologiske legemidler (også omtalt i vedlegg 2) er et område i rask utvikling. Det er risiko for at omfanget og dermed finansieringsproblemet øker.

#### *IKT og fellestjenester*

Aktiviteten innfor IKT er preget av samordning innenfor Oslo universitetssykehus og overgang til bruk av Sykehuspartner som driftsorganisasjon. I 2010 vil det bli implementert et nytt pasientadministrativt system for Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Videre arbeides det med å etablere felles klinisk arbeidsflate.

Samlet IKT-budsjett vil være på 600 mill kroner. Dette inkluderer avskrivninger på IKT-utstyr tilsvarende 180 mill. Samlet gir dette en kostnadsvekst på 95 mill kroner ift 2009. Av dette er 70 mill kroner helt eller delvis relatert til opprettelsen av Oslo universitetssykehus. Resten av kostnadsveksten relaterer seg til Sykehuspartner som følge av økt tjenestevolum og lønnskompensasjon (21 mill kroner) og bortfall av inntekter fra Helse Sør-Øst (4 mill kroner).

Sykehuspartner HR inngår ikke i tallene over. Økt tjenestevolum og helårsvirkning av innføring av Personalportalen ved Ullevål og Aker er anslått å innebære en kostnadsvekst på 33 mill kroner i forhold til 2009. Det forventes at de økte kostnadene over noe tid kan redusere ressursbehovet internt i Oslo universitetssykehus HF.

#### *Integrasjon og videre utviklingsarbeid i Oslo universitetssykehus*

Oslo universitetssykehus hadde for 2009 ikke budsjettert med integrasjonskostnader ettersom budsjettene ble etablert for de tre sykehusene separat. Regnskapsførte integrasjonskostnader for 2009 beløp seg til ca 65 mill kroner. For 2010 er det foreløpig budsjettert med integrasjonskostnader tilsvarende 40 mill kroner. Summen av tunge og komplekse parallelle prosesser indikerer at det vil være behov for ekstern støtte innen ulike områder med vesentlig større omfang enn det som her er lagt til rette for.

## **6. Tildeling av aktivitetsmål og budsjetttrammer til nivå 2**

Klinikkenes rammer for 2010 er basert på en budsjett-til-budsjett tilnærming fra 2009. Det innebærer at de detaljerte budsjettene fra organisasjonsstrukturen i 2009 er fordelt til ny organisasjonsstruktur for 2010. For å kunne styre mot budsjettbalanse for 2010 har det vært påkrevet å fordele et betydelig innsparingskrav til alle deler av virksomheten i form av reduserte utgiftsrammer.

Etter nevnte tekniske reorganisering av budsjettene fra tidligere til ny organisasjon er rammene til klinikkene korrigert ut fra følgende forhold:

- Omdisponering av midler
- Krav knyttet til innkjøp og innføring av retningslinjer for administrative kostnader
- Prosentvis reduksjon/målkrav
- Reduksjon knyttet til forventninger om samlokalisering

- Fordeling av aktivitetsmidler til den enkelte klinikk.

Omdisponering av midler mellom klinikkene er utført skjønnsmessig med bakgrunn i rammetildelingene i de tre tidligere foretakene.

Det gjennomføres et innkjøpsprosjekt med reforhandling av avtaler og etablering av felles retningslinjer for administrative kostnader i Oslo universitetssykehus HF. Kostnadsreduksjoner fra reforhandling av avtaler og potensialet som følge av nye og felles retningslinjer (jf omtale nedenfor) i Oslo universitetssykehus er trukket i utgiftsrammene.

For å tilpasse kostnadsnivået ved sykehuset til eksterne rammer og nye kostnader for 2010 er det definert et målkrav om besparelse i lønnskostnader for alle deler av virksomheten. Målkravet er satt lavere for Klinikk psykisk helse og avhengighet enn for de somatiske klinikkene. Oslo sykehusservice og staben har fått et betydelig høyere målkrav enn den kliniske virksomheten. Det er også definert målkrav knyttet til muligheter for samlokalisering.

Midlene som er tildelt Oslo universitetssykehus til aktivitetsøkning og særskilte forhold er dels fordelt til gitte formål med utgangspunkt i Oppdragdokument 2010 fra Helse Sør-Øst RHF.

*(Tall i hele 1000)*

<b>Økning av ramme til aktivitetsvekst fra Helse Sør-Øst</b>	<b>89 093</b>
Generelt til aktivitetsvekst rus	2 000
Regional koordinerende enhet for habilitering	1 000
Kronisk smerte (etablering av tverrfaglige smerteklinikker)	1 000
CSF/ME	5 000
Beredskap - Sakkyndig lege til Vegdirektoratet	500
Robotkirurgi - prostata	1 291
Sykelig overvekt (200 operasjoner før ev Raskere tilbake)	3 000
Ablasjonsbehandling for hjertearytmier	5 000
Habilitering - barn	3 300
Multitraume - struktur	4 000
<b>Sum fordelt</b>	<b>26 091</b>
<b>Økning ramme ifm driftsavtale</b>	<b>13 750</b>
Rusakutt	10 000
URE (beredskap UD)	1 800
Drift av Follo DPS (Ski sykehus, MKL)	1 500
<b>Sum fordelt</b>	<b>13 300</b>

Fordelingen ovenfor er foreløpig og vil bli kvalitetssikret og om nødvendig korrigert. Midler som ikke er fordelt til særskilte forhold er fordelt til de somatiske klinikkene.

Klinikk for psykisk helse og avhengighet er blitt skjermet for mye av rammekuttene. Dette må sees på bakgrunn av at det er forutsatt i Oppdragdokument 2010 fra Helse Sør-Øst at ressurstilgangen til rus og

psykiatri skal være uendret. Området har imidlertid høyere krav til aktivitetsøkning enn de somatiske klinikkene. Klinikken har dermed et implisitt krav om effektivisering for å oppnå nye aktivitetskrav.

I vedlagt tabell 6 er den tallmessige effekt av de samlede budsjettendringene for den enkelte klinikk gjengitt.

## **7. Tiltak for gjennomføring av budsjettene for 2010**

Klinikkene har rapportert inn tiltak for å oppnå økonomisk balanse i 2010. Tiltakene skal dekke det utfordringsbildet som klinikken har i form av utgangsfart fra 2009 og rammejusteringer for 2010.

Klinikkene har spilt inn konkrete tiltak, med effekt i 2010, på til sammen 300 mnok. (for særskilt omtale av tiltak innen den enkelte klinikk henvises til vedlegg 3). Dette beløpet dekker fra 30 til 70 pst av estimert behov for tiltak i den enkelte klinikk for 2010 (ekskl klinikk for psykiatri og rus). Tabell 7 gir oversikt over klinikkvis utfordring og innmeldte tiltak.

For å vurdere klinikkenes tiltak/planer for å håndtere driftssituasjonen for 2010 er det gjennomført en teknisk beregning av utfordringsbildet til enhetene basert på et sammenstilt resultat fra 2009 og de reduksjoner som er foretatt i enhetenes rammer for 2010. Basert på denne vurderingen er det beregnet et estimert behov for tiltak på over 500 mnok. Det er en målsetting å arbeide fram tiltak i denne størrelsesorden. Gjennom budsjettprosessen har det vært flere runder med innmelding av tiltak fra enhetene. Ved budsjettinnmelding i november var innmeldte tiltak i liten grad forankret på ledernivåer under klinikkleder. I rapporteringen inn mot styresaken er omfanget av tiltak øket, kvaliteten er bedret og det er en tydeligere forankring på lavere ledernivåer. Klinikkene jobber videre med å utarbeide flere tiltak, samt kvalitetssikre og følge opp allerede innmeldte tiltak. Ledergrupper på nivå 3 og 4 kommer samtidig på plass. Dette vil bidra til å styrke arbeidet med å utarbeide og gjennomføre nye tiltak, men disse vil naturlig nok ikke kunne få helårseffekt.

Som grunnlag for tiltaksinnmelding forutsettes klinikkene å ivareta god pasient- og personalbehandling. Tiltakene som utarbeides vil påvirke pasientbehandling og arbeidsmiljø. Tiltakene anses imidlertid ikke som uforsvarlige og forutsettes å kunne gjennomføres uten at omfang og kvalitet i pasientbehandlingen svekkes og innenfor et forsvarlig arbeidsmiljø.

I regi av økonomisk bærekraft er det satt i gang fire tverrgående arbeidsgrupper/prosjekter som fokuserer på nøkkelområder i Oslo universitetssykehus HF.

- Arbeidsgruppe for legebemannning
- Prosjekt oppholdskapasitet/sykepleie
- Prosjekt sekretærtjenesten
- Arbeidsgruppe for effektivitet i operasjonsstuene

Disse fire temaene er omfattende områder med vesentlig betydning for økonomien i Oslo universitetssykehus HF. Ved å fokusere på tydelige retningslinjer med driftsfokus innen disse fire områdene, bør det være potensial for å hente ut en bedre organisering og driftsøkonomi både på kort og lang sikt. Arbeidet innenfor disse områdene er delvis i en kartleggings- og en beslutningsfase. Områdene vil bli fulgt opp videre med sikte på å realisere gevinster.

Det er videre innført eller arbeides med nye og svært nøkterne retningslinjer på en rekke innkjøpsområder (pc, møbler, reiser, møter, vikarer mv).

## **8. Budsjettet for Oslo universitetssykehus HF 2010**

Tabellene 1-5 gir en oversikt over aktivitet, økonomi og HR for Oslo universitetssykehus HF. Administrerende direktør foreslår at disse på dette tidspunkt legges til grunn for gjennomføringen av virksomheten i 2010. Aktivitets- og budsjett-tallene er en aggregering av tall fra klinikkene, Oslo sykehusservice og Direktørens stab innenfor tildelte aktivitetsmål og økonomiske rammer. Det er foretatt noen overordnede korrigeringer og budsjettet sentralt på områder som ligger utenfor klinikkrammene (avskrivninger, finans, lønnsoppgjør mv). Tallene er i avstemt mot budsjettleveransen til Helse Sør-Øst RHF.

### *Aktivitet*

Aktivitetsnivået innen somatikk er totalt sett i samsvar kravet til aktivitetsvekst fra Helse Sør-Øst, dvs 1,2 pst aktivitetsvekst fra 2009 til 2010. Nivået ble etablert på basis av faktisk aktivitet til og med oktober 2009 og estimert aktivitet etter oktober. Det er gjort en tentativ fordeling mellom heldøgnsbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling basert på historikk og forventning om økt poliklinisering. Se vedlagt tabell 1.

Aktivitetsnivået innen rus og psykiatri er også tilpasset kravet fra Helse Sør-Øst om aktivitetsøkning på 2,5 pst for psykiatri og 5 pst for rus. Utgangsnivået for økningen er også her estimert aktivitet etter oktober. Innenfor de ulike aktivitetsparameterne vil det være noe variasjon. Grunnen til dette er forventning om økt poliklinisk aktivitet. Når det gjelder rusfeltet inkluderer aktivitetsøkningen forventet aktivitet ved nyetablert rusakutt. Se vedlagt tabell 1.

## Økonomi

Alle beløp i TNOK

Økonomisk resultat	Årsbudsjett 2009	Regnskap 2009	Årsbudsjett 2010
Basisramme	10 378 024	10 381 469	10 567 893
ISF-inntekter	4 900 754	4 874 847	5 350 784
Polikliniske inntekter	340 733	377 676	367 336
Øremerkede tilskudd psykisk helsevern	0	0	
Øremerkede tilskudd "Raskere tilbake"	0	36 158	7 257
Andre øremerkede tilskudd	637 890	676 865	637 370
Andre inntekter	1 281 933	1 259 850	899 591
<b>DRIFTSINNTEKTER</b>	<b>17 539 334</b>	<b>17 606 865</b>	<b>17 830 231</b>
Varekostnader	2 284 568	2 434 284	2 307 058
Innleid arbeidskraft - del av kto 458	67 775	117 919	75 818
Konserninterne gjestepasientkostnader	3 917	4 680	81 576
Lønn til fast ansatte	8 027 273	8 130 788	8 400 292
Overtid og ekstrahjelp	940 607	1 038 495	724 422
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	1 920 049	1 899 806	1 963 271
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-393 014	-589 461	-550 063
Annen lønn	1 452 641	1 425 018	1 457 581
Avskrivninger	1 113 601	1 039 582	920 392
Nedskrivninger	0	0	0
Andre driftskostnader	2 019 839	2 130 605	2 371 104
<b>DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>17 437 256</b>	<b>17 631 716</b>	<b>17 751 451</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>102 078</b>	<b>-24 851</b>	<b>78 780</b>
<b>FINANSNETTO</b>	<b>-102 068</b>	<b>-74 613</b>	<b>-78 780</b>
<b>SKATT</b>	<b>0</b>	<b>613</b>	<b>0</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>10</b>	<b>-98 851</b>	<b>0</b>

Ovenstående tabell viser budsjettet til Oslo universitetssykehus fordelt på ulike inntekts- og kostnadstyper. Vedlagte tabell 3 er noe mer spesifisert.

Basisrammen er i henhold til vederlagstabell fra Helse Sør-Øst (tabell 5). Den viser en økning (2 pst) som er lavere enn ordinær prisvekst. Grunnen til dette er redusert rammefinansiering, men også omlegging av gjestepasientoppgjøret i Helse Sør-Øst som innebærer en overføring av midler fra basisrammen til ISF-finansiering.

ISF inntektene (inklusive poliklinikk) viser en økning ut over 1,2 pst økning i aktivitetsvekst. Grunnen til dette er omleggingen av gjestepasientoppgjøret i Helse Sør-Øst, at DRG-kravet for legevakten er overført fra Helse Sør-Øst RHF til Oslo universitetssykehus HF og at finansiering av biologiske legemidler er kommet inn som ISF-finansiering.

Raskere tilbake dekker prosjekter for å få syke raskere tilbake til arbeidslivet. 2010 er første år dette budsjetteres. Finansieringen er betydelig lavere enn det som er regnskapsført i 2009. Grunnen til dette er redusert finansiering til ortopedi og fedmekirurgi. Det er kun prosjekter som allerede er avklart med Helse Sør-Øst RHF som er budsjettet.

Øremerkede tilskudd er budsjettet som forventet nivå basert på den informasjon som foreligger fra Helse Sør-Øst, Norges forskningsråd, EU, Kreftforeningen og

andre større givere. Nivået i budsjettet har normalt vært noe lavere enn det som har blitt realisert gjennom året. Dette skyldes primært overføring av midler mellom år (som ikke er budsjettert) og tildelinger gjennom året.

Andre inntekter er markert lavere enn for 2009. Det er flere endringer som spiller inn her bl a:

- At aksjeselskapene fra og med 2010 nettoføres i HF-regnskapet. Det innebærer at de trekkes ut av Andre driftsinntekter og de ulike kostnadslinjene, og framkommer kun med nettoresultat under finanspostene.
- Oslo universitetssykehus HF hadde salgsinntekter fra salg av eiendom i 2009. Salgsinntekter i 2010 er ikke budsjettert.

Varekjøp er budsjettert med en reell nedgang ift 2009. Dette må sees på bakgrunn av ambisjonene om å ta inn kostnader på bedre innkjøp, men gjenspeiler samtidig den pressede driftssituasjonen sykehuset er inne i.

Innleie. Tallene viser en ambisjon om å ta ned kostnader.

Lønn til fast ansatte viser en økning på 3 pst i forhold til regnskapet for 2009. Dette er lavere enn forventet lønnsvekst. Budsjettet må også sees på bakgrunn av budsjettet for overtid og ekstrahjelp.

Overtid og ekstrahjelp er også et område der klinikkene har ambisjoner om kostnadsreduksjon. Det er noe usikkerhet knyttet til nivå på variabel lønn sett i forhold til nivået på lønn til fast ansatte.

Pensjon er basert på oppdatert pensjonsberegninger fra KLP, SPK, Oslo kommunale pensjonskasse og Vital. Siste oppdatering som forelå i slutten av januar, viser en kostnadsøkning for Oslo universitetssykehus samlet på om lag 30 mill kroner utover det som har ligget til grunn tidligere.

Sykerefusjoner er budsjettert på nivå med 2009 men med en forventning om ca 5 pst reduksjon som følge av ambisjonen om redusert sykefravær.

Annen lønn inneholder hovedsakelig poster som arbeidsgiveravgift på lønn, kollektive forsikringsordninger og velferdskostnader.

Avskrivninger er redusert i forhold til 2009 budsjettet. Grunnen til dette er overføring av IKT-drift til Sykehuspartner.

Andre driftskostnader er tilsvarende økt som følge av overføring av IKT til Sykehuspartner.

Finansposter er sammensatt av rentekostnad som følge av langsiktige lån og driftskreditt, renteinntekter og nettoresultat fra Akjeselskapene som forventes å bidra positivt med 11,5 mill på årsbasis (se vedlagt tabell 2.2).

### *Bemanning og HR*

Oslo universitetssykehus har rapportert bemanningsbudsjett til Helse Sør-Øst RHF i henhold til de definisjoner de legger til grunn. Tallene inneholder brutto bemanning, dvs inklusive årsverk variabelt lønnede og eksternt finansierte. Oslo universitetssykehus vil rapportere på samme definisjoner som Helse Sør-Øst, men vil også ha behov for å følge bemanningen i henhold til noen egne definisjoner.

På dette tidspunktet er det noe usikkerhet knyttet til nivå for bemanning totalt sett. Grunnen til dette er at bemanningstallene foreløpig ikke foreligger på felles grunnlag og i ny organisasjonsstruktur. Det er videre usikkerhet knyttet til metoden for å beregne årsverk ut fra variabel lønn. Bemanningstall vil bli kvalitetssikret så snart tall foreligger på ny struktur.

Tabell 4 viser at klinikkene legger til grunn en samlet reduksjon i årsverk på vel 500 gjennom 2010. Det er imidlertid betydelig usikkerhet knyttet til dette tallet. Tallet må også sees på bakgrunn av at klinikkene mangler tilstrekkelig tiltak for å kunne styre mot økonomisk balanse. De økonomiske utfordringene sykehuset er stilt overfor tilsier behov for en betydelig kraftigere nedbemanning. Videre har neppe noen av klinikkene foreløpig kunnet estimere nødvendig tilpasning til redusert pasientvolum etter overføring til A-hus ved kommende årsskifte. Dette må det jobbes videre med når en har tilgjengelig informasjon.

### **9. Forskning – tildeling og internt regime (forskningsmidler og kompetansesentere)**

Etter modell fra tidligere Rikshospitalet HF, og i samsvar med prinsipper ved Universitetet i Oslo, vil Oslo universitetssykehus implementere belastning av dekningsbidrag ("overhead") for prosjekter hvor dette er inkludert i satsene fra bidragsyter. Dette gjelder tildelinger fra Norges forskningsråd, Helse Sør-Øst og EU. Ordningen gis ikke tilbakevirkende kraft, men innføres for prosjekter med oppstart i 2010 eller senere og med en innfasing for midler for 2010 fra Helse Sør-Øst. Der hvor eldre prosjekter allerede er inkludert i ordningen etter vedtak ved Rikshospitalet, videreføres dette. Det arbeides videre med håndtering av dekningsbidrag for tilskudd der dette ikke er innbakt i satsene (bidrag fra private organisasjoner, stiftelser mv.).

Det vil bli gjort en vurdering av dekningsbidrag knyttet til Helse- og omsorgsdepartementets øremerkede tilskudd til drift av nasjonale kompetansesentre, hvor det ikke er inkludert midler til overhead.

Dekningsbidraget tilfaller dels den klinikk som administrerer og fasiliterer prosjektet (10 pst av lønnsmidler), og dels sykehuset sentralt (8 pst av lønnsmidler) som kompensasjon for andre støttefunksjoner og infrastruktur. Beløpet vil øke etter hvert som flere prosjekter omfattes av ordningen. Ved eksternt finansierte aktivitet som krever investeringer i eller innleie av lokaler, kan administrerende direktør beslutte at kostnadene ved dette helt eller delvis skal dekkes av prosjektet.

## 10. Investeringer 2010

### *Overordnet styringsprinsipp for likviditet og investeringer*

Oslo universitetssykehus HF har i Oppdragsdokument 2010 som utgangspunkt fått en tildelt inntektsramme som skal finansiere både drift og investeringer. Finansiering av investeringer i Oslo universitetssykehus kompliseres ved at flere finansieringskilder er rettet direkte mot særlige investeringskategorier og objekter.

### *Likviditetssituasjonen ved årets inngang – Likviditetstilførsel fra Helse Sør-Øst RHF i 2010*

Oslo universitetssykehus HF hadde ved årets inngang en driftskreditt i på 1825 mill kroner. Rammen var benyttet fullt ut. Samtidig hadde Oslo universitetssykehus HF mottatt et forskudd på 520 mill kroner fra Helse Sør-Øst RHF som i realiteten er et tillegg til nevnte driftskreditt.

I inntektstildelingen for 2010 (jf Oppdragsdokument 2010 i styresak 06/10) er det skilt mellom inntekt tildelt som likviditet og annen inntekt som er tildelt helseforetaket fra Helse Sør-Øst RHF (som ved årets slutt vil bli balanseført som en fordring). Det er spesifisert særskilt 305 mill kroner for likviditetstilførsel som forstås rettet mot investeringer. Oslo universitetssykehus HF legger på dette tidspunkt til grunn at likviditetstilførsel til helseforetaket tilpasses slik at med et regnskap i balanse (null-resultat) vil nevnte 305 mill kroner fra Helse Sør-Øst RHF's tildelingen være til disposisjon for utbetaling til investeringsobjekter i 2010. Det understrekes imidlertid at det på dette tidspunkt er en viss usikkerhet knyttet til denne forutsetningen.

### *Tidligere års investeringsbeslutninger og likviditet*

Investeringer er ofte en flerårig prosess med lang tid mellom investeringsbeslutning og faktisk utbetaling (belastning på sykehusets likviditet). Med det endrede styringsregimet for likviditet vil dermed også tidligere års beslutninger kunne få betydning for handlingsrommet for 2010.

Følgende investeringer er besluttet tidligere og vil påvirke likviditetssituasjonen for 2010:

- Tre større byggeprosjekter på Rikshospitalet og Radiumhospitalet (Forskningsbygget, Radiumhospitalet hotell og tilbygg for pårørende overnatning på Rikshospitalet)
- Regjeringens tiltakspakke
- Beslutninger fattet av driftsorganisasjonen ved de tre tidligere sykehusene, jf vedtak i styresak 50/09.
- Beslutninger om anskaffelser av MTU ved behandling av styresak 137/09.
- Beslutninger om IKT-prosjekter ved behandling av styresak 138/09.

Status for gjennomføring av de tre store byggeprosjektene og prosjektene under regjeringens tiltakspakke er omtalt i styresak 5/2010.



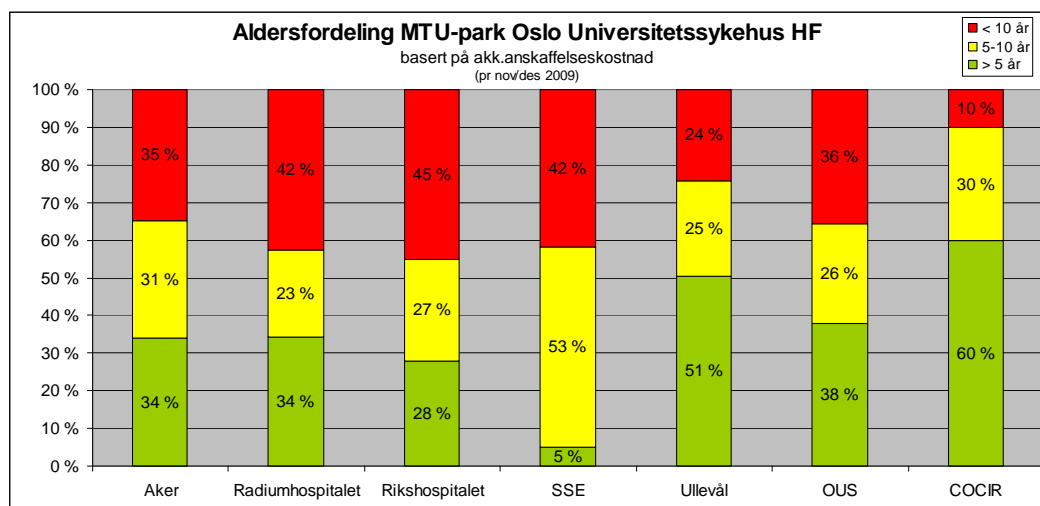
På dette tidspunkt vurderes likviditetsbelastningen i 2010 av beslutningene som er omtalt ovenfor å være:

- Regjeringens tiltakspakke er finansiert med øremerket finansiering opp mot totale kostnader. Et mindre restbeløp må finansieres på annen måte.
- Vedtatte IKT-prosjekter vil belaste Oslo universitetssykehus likviditet med 32 mill kroner. Øvrig likviditet vil bli håndtert av Helse Sør-Øst RHF utenfor helseforetaket. (Kostnadene vil komme periodisert over driftsregnskapet med tilhørende kontantutbetalinger.)
- Tilbygget for pårørendeovernatting på Rikshospitalet vil likviditetsmessig balansere mellom utbetalinger og øremerket tilførsel av likviditet fra Helse Sør-Øst RHF.
- Øvre beslutninger (driftsrelaterte investeringer fra de tre tidligere driftsenhetene samt restutbetalinger for Forskningsbygget og Radiumhospitalet Hotell) er anslått å medføre utbetalinger på 213 mill kroner i 2010.

### *Investeringsbehov 2010 og 2011-2015*

#### Medisinsk teknisk utstyr

Oslo universitetssykehus har om lag 30 pst av alt medisinsk teknisk utstyr i Norge, dvs ca halvparten av alt medisinsk teknisk utstyr i Helse Sør-Øst. Gjennomsnittlig levealder for medisinsk teknisk utstyr er 9,7 år i Oslo universitetssykehus totalt. Den gjennomsnittlige levealderen varierer fra 8,1 år på Ullevål til 13,9 år på Radiumhospitalet. Fordeling mellom utstyr innenfor ulike aldersgrupper viser i grafen nedenfor.



COCIR - European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry (brukes som referanse)

Oslo universitetssykehus HF har således et stort utskiftingsbehov for medisinsk-teknisk utstyr.

#### Bygningsmessige forhold

Oslo universitetssykehus møter ulike myndighetskrav først og fremst innen følgende områder:

- Brann
- Statens forurensningstilsyn
- Elektroforskriften -
- Krav fra Direktoratet for sikkerhet og beredskap
- Arbeidsmiljøloven

Lover og forskrifter knyttet til ovenstående områder stiller krav som genererer behov for investeringer i 2010 og de nærmeste årene. Årsaken er en konsekvens av et stort etterslep innen vedlikehold, samt reviderte myndighetskrav. Flytting av virksomheten vil aktualisere dette.

#### Integrasjon og utvikling av Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus HF ble 14. januar bedt om å sende inn til Helse Sør-Øst RHF en oversikt over foreløpig investeringsbehov knyttet til gjennomføring av vedtak 108-2008. I tabell 8 er det gjengitt administrasjonens oversendelse. Investeringene i nybygg tar utgangspunkt i følgende prosjekter:

- Akuttbygg på Gaustad (Rikshospitalet) for samling av regionsfunksjoner og multi-traume.
- Nybygg/omfattende rehabilitering på Ullevål knyttet til realisering av storbysykehuset.
- Nybygg for sikkerhetsspsykiatrien med sikte på muliggjøring av avhending av Dikemark sykehus.

Investeringsbehovene er knyttet opp mot de pågående prosjektene om lokalsykehus og arealplanlegging i Oslo universitetssykehus. Det ble understreket at vurderingene var foreløpige.

For 2010 vil det kun være aktuelt med kostnader knyttet til prosjektering og planlegging av store bygg og for gjennomføring av et begrenset omfang flyttinger.

#### Andre investeringer

Investeringsgruppen "Andre investeringer" omfatter de investeringer som ikke faller inn under gruppene Bygg, Medisinskteknisk utstyr eller IKT. Foruten behandlingshjelpemidler og ambulanser omfatter utstysgruppen "Andre investeringer" utskifting av senger, avfallskomprimatorer, pappkomprimator, matproduksjonsutstyr, matserveringsutstyr, maskiner knyttet til renhold, transportmidler, radiosamband etc.

*Likviditetsforutsetninger og investeringsbudsjett sendt Helse Sør-Øst RHF 8.02.2010*

Oslo universitetssykehus HF leverte et foreløpig investeringsbudsjett til Helse Sør-Øst RHF 8.februar. Investeringsbudsjettet var basert på følgende forutsetninger (regjeringens tiltakspakke er holdt utenom):

- Realisert likviditet fra eiendomssalg ved Rikshospitalet kan benyttes til investeringer (i alt 142 mill kroner).
- Utbetalinger med basis i investeringsbeslutninger i de tre tidligere driftsorganisasjonene og med finansiering fra tidligere års investeringsrammer på i alt 213 mill kroner sikres særskilt likviditet (egentlig finansiert ved likviditet i inngående balanse).

Tabell 9 viser investeringsbudsjettet og finansieringsforutsetningene. Det understrekes imidlertid at det på dette tidspunkt er betydelig usikkerhet knyttet til finansieringsforutsetningen. Helse Sør-Øst RHF har tidligere teknisk meddelt at investeringsbehovet synes å ligge i underkant av 200 mill kroner for høyt. Det fremgår av tabell 9 at i alt 330 mill kroner i investeringer i 2010 oppfattes å være juridisk bindende i den forstand at det foreligger kontrakter mv med basis i tidligere beslutninger, jf omtale ovenfor. Investeringsbudsjettet i tabell 9 er basert på de finansieringsforutsetningene som er omtalt ovenfor og en ellers tentativ fordeling av de midlene som ikke er bundet.

#### *Andre finansieringskilder for investeringer i 2010*

Utover de investeringskildene som er omtalt ovenfor har Oslo universitetssykehus HF følgende finansieringsmuligheter for investeringer:

- Nye framtidige eiendomssalg. I budsjettet som er omtalt ovenfor er kun tatt inn allerede gjennomførte salg. Det anslås at det vil bli gjennomført ytterligere salg for opp mot 100 mill kroner i 2010 med basis i tidligere beslutninger.
- Likviditet avsatt i Helse Sør-Øst RHF for omstillinger i Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF (i alt 150 mill kroner).

Styret i Oslo universitetssykehus HF har tidligere vedtatt å søke Helse Sør-Øst RHF om å kunne benytte midler fra disse finansieringskildene. Administrerende direktør vil følge opp dette i det videre arbeidet med investeringsbudsjettet for 2010.

#### *Investeringsbudsjett for 2010 - Forslag til vedtak*

Styret vedtok ved behandling av styresak 167/2009:

*Styret ber administrerende direktør utarbeide et likviditetsbudsjett og et investeringsbudsjett for beslutning sammen med driftsbudsjettet. Beslutningsgrunnlaget må omfatte det investeringsbehovet som gjennomføringen av virksomheten og omstillingene i 2010 vurderes å kreve. Styret ber administrerende direktør ta opp med Helse Sør-Øst RHF muligheten for å benytte likviditet fra eiendomssalg til investeringer. Styret ber videre administrerende direktør sikre at Oslo universitetssykehus HF søker om likviditet for å gjennomføre investeringsprosjekter i forbindelse med omstillingsprosessen.*

*Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere en ramme på 25 millioner kroner til løpende å kunne erstatte sammebrutt/kassert medisinsk-teknisk utstyr mv.*

*Styret gir administrerende direktør i samråd med styreleder fullmakt til å disponere de nødvendige investeringsmidler for å gjennomføre IKT-prosjekter som forberedelse til Dag 2*

*(avrop på regional rammeavtale for felles klinisk arbeidsflate mv) i henhold til redegjørelse i styresak 170/2009.*

På dette tidspunkt er det ikke mulig å sette opp et endelig detaljert investeringsbudsjett for 2010. Dette må sees på bakgrunn av at finansieringsregimet ikke er fullt ut avklart samt at behovs-kartleggingen ikke er komplett. På den annen side er det behov for å kunne komme i gang med en rekke mindre investeringsprosjekter som ikke omfattes av vedtatte fullmakt, både for å sikre effektivisering og fortsatt drift og for å fortsette integrasjonsarbeidet i Oslo universitetssykehus HF. På denne bakgrunn foreslår administrerende direktør at styret vedtar en endret fullmakt til administrerende direktør basert på gitte forutsetninger om fordeling på kategorier og finansieringsforutsetninger slik de er gjengitt i tabell 9.2. Det vises til forslag til vedtak. Administrerende direktør vil løpende orientere styret om gjennomføringen samt holde styret oppdatert på likviditetssituasjonen og endrede rammeforutsetninger.

Oslo universitetssykehus HF har ikke fullmakt til å vedta endelig enkeltinvesteringer over 10 mill kroner. Slike investeringer vil bli forelagt styret som enkeltbeslutninger og deretter sendt Helse Sør-Øst RHF for endelig godkjenning. Rammen for bygningsmessige investeringer ble vedtatt endret til 50 mill kroner ved vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF 10. desember 2010 (sak 93-2009). Dette ble gjort gjeldende for Oslo universitetssykehus i foretaksmøte 3. februar 2010.

#### *Gjennomføringsrisiko for investeringer i Oslo universitetssykehus HF i 2010*

Gjennomføringsmulighetene for det foreløpige investeringsbudsjettet for Oslo universitetssykehus HF som er gjengitt i tabell 9.1/9.2 er beheftet med betydelig usikkerhet. På den ene siden er det usikkerhet knyttet til hvilken finansiering som er disponibel. Videre er det allerede store forpliktelser knyttet til pågående prosjekter. Det er i tillegg store utskiftingsbehov og vedlikeholdsbehov knyttet til det medisinsk-tekniske utstyret og til den bygningsmassen som benyttes og realiseringsbehovet på disse områdene kan være undervurdert

Utfordringsbildet kompletteres med en stor risiko knyttet til gjennomføring av driftsbudsjettet og med en tilhørende risiko for et likviditetsunderskudd fra drift.

Administrerende direktør vil legge opp de enkelte investeringsbeslutningene og gjennomføringstempoet med utgangspunkt i disse risikomomentene og holde styret løpende oppdatert.

### **11. Tillitsvalgtes medvirkning**

Det er gjennomført drøftinger i samtlige klinikker av budsjettet slik det nå foreligger. Det vil videre gjennomføres drøfting med sentrale tillitsvalgte før styremøtet.

**Forslag til vedtak**

1. *Styret vedtar aktivitetsmål og driftsbudsjett for Oslo universitetssykehus i samsvar med tabell 1-5.*
2. *Styret tar til etterretning at det behov for ytterligere tiltak for å kunne styre mot økonomisk balanse i 2010 også for ordinær drift. Styret ber om en oppdatert status på dette til styremøtet 24. mars og ber om at arbeidet med å sikre en drift i resultatmessig balanse for de enkelte klinikker fortsetter.*
3. *Styret konstaterer at det på dette tidspunktet i integrasjonsarbeidet ikke har vært mulig å kartlegge og innarbeide de budsjettmessige konsekvenser av gjennomføringen vedrørende overføring av virksomhet til A-hus og Vestre Viken samt øvrige konsekvenser knyttet til de omfattende parallelle prosesser som er forutsatt gjennomført i 2010 inkl forutsatt nødvendig nedbemanning. Styret tar til etterretning at det arbeides med å kvantifisere de bemanningsmessige og økonomiske konsekvenser av dette. Styret ber om at det legges frem status i dette arbeidet til møtet 24. mars.*
4. *Styret vedtar et foreløpig investeringsbudsjett i samsvar med tabell 9.1. Styret konstaterer at det fortsatt er stor usikkerhet knyttet til handlingsrommet for investeringer i 2010. Styret ber administrerende direktør arbeide for å utvide handlingsrommet for investeringer i samsvar med tidligere styrevedtak knyttet til eiendomssalg for å legge til rette for finansiering av pukkelkostnader og nødvendige omstillingskostnader ved gjennomføringen av omstillingsprogrammet for Oslo universitetssykehus i tråd med vedtak 108/2008 fra Helse Sør-øst RHF.*
5. *Styret understreker den krevende likviditetssituasjon Oslo universitetssykehus HF befinner seg i. Styret legger til grunn at gjennomføringen av investeringsprosjektene tilpasses og periodiseres i samsvar det endelige handlingsrommet for finansiering og likviditetstilførsel i helseforetaket. Styret ber om å bli løpende oppdatert på status for investerings-gjennomføringen i 2010.*
6. *Styret tar til etterretning at det kan bli nødvendig å legge frem et revidert drifts- og investeringsbudsjett etter 1. tertial når man har mer kunnskap om de samlede omstillingskonsekvenser inkl helt nødvendige investeringer i 2010. Sammen med resultatene fra drift i 1. tertial samt kunnskap om mulighet for annen finansiering vil dette danne grunnlag for å etablere et revidert styringsbudsjett for 2010. Behov for tiltak og kostnadskutt utover det som så langt er tatt høyde for vil bli tilpasset oppdatert kunnskap.*

Oslo den 10. februar 2009

Siri Hatlen

## Styresak 10/2010 Budsjett 2010 Vedlegg 1 - tabeller

### Innhold

Arkfane	Tabell nr	Tabell navn
1 - Aktivitet	1.1	Aktivitet somatikk 2010
	1.2	Aktivitet voksenpsykiatri 2010
	1.3	Aktivitet barne- og ungdomspsykiatri 2010
	1.4	Aktivitet tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB) 2010
2 - Økonomiske hovedtall	2.1	Økonomiske hovedtall 2010
	2.2	Økonomiske hovedtall 2010 Aksjeselskaper
3 - ØBAK	3	Driftsbudsjett for Oslo universitetssykehus (ØBAK format)
4 - Bemanning	4	Bemanningsbudsjett fordelt på tjenesteområde og type årsverk
5 - Inntektsramme	5	Inntektsramme 2010 fra Helse Sør-Øst RHF
6 - Utfordringsbilde	6	Rammeendring og utfordringsbilde 2010
7 - Tiltaksstatus	7	Tiltaksstatus 2010
8 - Investeringsbudsjett	8	Investeringer 2010-2015... knyttet til gjennomføring av styrevedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF
9 - Foreløpig inv.bud. 2010	9.1	Finansiering 2010
	9.2	Investeringer 2010

**Tabell 1.1**  
**Aktivitet somatikk 2010**

	Estimat 2009	Budsjett 2010	Endring
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	115 525	117 237	1,5 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	539 172	539 211	0,0 %
Antall dagbehandlinger	109 011	109 176	0,2 %
Antall polikliniske konsultasjoner	791 659	809 401	2,2 %
Antall DRG-poeng innlagte	167 784	170 472	1,6 %
Antall DRG-poeng dagpasienter	29 664	32 211	8,6 %
Antall DRG-poeng polikliniske pasienter	26 977	27 209	0,9 %

**Tabell 1.2**  
**Aktivitet voksenpsykiatri 2010**

	Estimat 2009	Budsjett 2010	Endring
Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling	3 187	3 200	0,4 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	124 596	123 302	-1,0 %
Ant. oppholdsdager dagbehandling	5 832	5 195	-10,9 %
Ant. polikliniske konsultasjoner	106 169	109 819	3,4 %
- Herav telefonkonsultasjoner	24 257	23 078	-4,9 %
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling - private	0	20	0,0 %
Antall liggedøgn døgnbehandling private	12 418	11 600	-6,6 %
Antall oppholdsdager dagbehandling private	0	0	0,0 %
Ant. polikliniske konsultasjoner private	0	0	0,0 %
- Herav telefonkonsultasjoner	0	0	0,0 %

**Tabell 1.3**  
**Aktivitet barne- og ungdomspsykiatri 2010**

	Estimat 2009	Budsjett 2010	Endring
Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling	148	129	-12,8 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	6 599	6 347	-3,8 %
Ant. oppholdsdager dagbehandling	5 383	5 932	10,2 %
Ant. polikliniske konsultasjoner	68 162	70 903	4,0 %
- Herav telefonkonsultasjoner	25 971	26 753	3,0 %
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling - private	0	0	0,0 %
Antall liggedøgn døgnbehandling private	0	0	0,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling private	0	0	0,0 %
Ant. polikliniske konsultasjoner private	0	0	0,0 %
- Herav telefonkonsultasjoner	0	0	0,0 %

**Tabell 1.4**  
**Aktivitet tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB) 2010**

	Estimat 2009	Budsjett 2010	Endring
Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling	2 839	2 965	4,4 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	42 530	48 081	13,1 %
Ant. oppholdsdager dagbehandling	0	1 194	0,0 %
Ant. polikliniske konsultasjoner	12 621	13 952	10,5 %
- Herav telefonkonsultasjoner	1 427	3 488	144,4 %
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling - private	17	0	-100,0 %
Antall liggedøgn døgnbehandling private	5 378	125	-97,7 %
Antall oppholdsdager dagbehandling private	0	0	0,0 %
Ant. polikliniske konsultasjoner private	0	0	0,0 %
- Herav telefonkonsultasjoner	0	0	0,0 %

**Tabell 2.1**  
**Økonomiske hovedtall 2010**

Alle beløp i TNOK

Klinikk		Eksterne Inntekter	Utgifts- ramme	DRG-poeng Heldøgn/dag	DRG-poeng poliklinikk
A	Klinikk psykisk helse og avhengighet	161 563	2 029 172	0	0
B	Medisinsk klinikk	88 849	1 044 445	22 971	3 338
C	Klinikk for hode, bev. rekonstr. og nevro	279 499	1 583 409	54 544	4 516
D	Kvinne- og barneklubben	86 103	1 263 867	35 542	3 592
E	Klinikk for kreft og kirurgi	214 414	1 285 282	28 782	12 370
F	Hjerte-, lunge- og karklubben	22 309	852 208	32 577	816
G	Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi	170 169	781 442	16 829	1 199
H	Akuttklubben	49 481	1 870 504	11 913	218
I	Klinikk for diagnostikk og intervensjon	660 255	1 766 553	3 021	286
J	Oslo sykehusservice	176 254	1 754 103	0	0
	Direktørens stab <sup>1)</sup>	26 174	1 088 227	0	0
	Krefregisteret	116 288	116 038	0	0
<b>Sum Klinikker</b>		<b>2 051 358</b>	<b>15 435 250</b>	<b>206 179</b>	<b>26 335</b>
	Fellesposter <sup>2)</sup>	15 778 873	2 316 201	-3 496	874
<b>Totalt OUS Helseforetak</b>		<b>17 830 231</b>	<b>17 751 451</b>	<b>202 683</b>	<b>27 209</b>
	Finansposter	15 028	105 361	0	0
	Aksjeselskaper	246 593	235 040	0	0
<b>Totalt OUS Foretaksgruppe</b>		<b>18 091 852</b>	<b>18 091 852</b>	<b>202 683</b>	<b>27 209</b>

<sup>1)</sup> Inkludert IKT

<sup>2)</sup> Endring i antall DRG-poeng vil omfordes på klinikkene, som følge av:

- Grupperendring
- Avtalt aktivitetsendring med Helse Sør-Øst RHF

Ovenstående tabell viser tall for inntekter, utgifter og DRG-krav pr klinikk. Disse tallene vil justeres gjennom året bl a som følge av at klinikkene tilføres midler til dekning av lønnpoppjør, at klinikkene kompenseres / trekkes for effekter knyttet til overgang til ny beregningsmetode for intern DRG-inntekt og ny DRG-grupper for 2010.

**Tabell 2.2**  
**Økonomiske hovedtall 2010 Aksjeselskaper**

Alle beløp i TNOK

	2009	Budsjett 2010 - Aksjeselskapene						2010
	SUM A/S	Sophies Minde Ortopedi A/S	Medinnova A/S	Sykehotell A/S	Barnehage- bygg A/S	Radpark A/S	NMS A/S	SUM A/S
Andre inntekter	223 429	93 217	85 445	9 072	5 003	15 300	28 636	236 673
<b>+ SUM</b>	<b>223 429</b>	<b>93 217</b>	<b>85 445</b>	<b>9 072</b>	<b>5 003</b>	<b>15 300</b>	<b>28 636</b>	<b>236 673</b>
Personal-, vare- og driftskostnad	186 488	85 020	94 195	4 830	567	1 386	11 400	197 398
Ordinære avskrivninger	21 108	3 600	1 465	1 616	1 723	3 700	11 473	23 577
<b>- SUM</b>	<b>207 596</b>	<b>88 620</b>	<b>95 660</b>	<b>6 446</b>	<b>2 290</b>	<b>5 086</b>	<b>22 873</b>	<b>220 975</b>
<b>= SUM</b>	<b>15 833</b>	<b>4 597</b>	<b>-10 215</b>	<b>2 626</b>	<b>2 713</b>	<b>10 214</b>	<b>5 763</b>	<b>15 698</b>
Finansinntekter	10 186	800	9 000	0	0	0	120	9 920
Finanskostnader (pos. fortegn)	16 355	0	0	2 146	1 128	9 171	1 620	14 065
<b>- SUM</b>	<b>-6 169</b>	<b>800</b>	<b>9 000</b>	<b>-2 146</b>	<b>-1 128</b>	<b>-9 171</b>	<b>-1 500</b>	<b>-4 145</b>
<b>= SUM</b>	<b>9 664</b>	<b>5 397</b>	<b>-1 215</b>	<b>480</b>	<b>1 585</b>	<b>1 043</b>	<b>4 263</b>	<b>11 553</b>



**Tabell 3**

**Driftsbudsjett for Oslo universitetssykehus (ØBAK format)**

Alle beløp i TNOK

<b>Økonomisk resultat</b>	<b>Årsbudsjett 2009</b>	<b>Regnskap 2009</b>	<b>Årsbudsjett 2010</b>
Basisramme	10 378 024	10 381 469	10 567 893
ISF egne pasienter	2 680 384	2 620 992	2 736 972
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	359 266	365 511	383 231
ISF innt kostn krevende legemidl utenfor sykehus	32 825	32 825	41 532
Gjestepasienter	481 559	472 387	467 545
Konserninterne gjestepasientinntekter	1 346 720	1 383 132	1 721 504
Polikliniske inntekter	340 733	377 676	367 336
Øremerkede tilskudd psykisk helsevern	0	0	
Øremerkede tilskudd "Raskere tilbake"	0	36 158	7 257
Andre øremerkede tilskudd	637 890	676 865	637 370
Andre inntekter	1 281 933	1 259 850	899 591
<b>DRIFTSINNTEKTER</b>	<b>17 539 334</b>	<b>17 606 865</b>	<b>17 830 231</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	106 279	65 070	42 708
Kjøp av private helsetjenester	189 144	181 650	104 442
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	1 989 145	2 187 564	2 159 908
Innleid arbeidskraft - del av kto 458	67 775	117 919	75 818
Konserninterne gjestepasientkostnader	3 917	4 680	81 576
Lønn til fast ansatte	8 027 273	8 130 788	8 400 292
Overtid og ekstrahjelp	940 607	1 038 495	724 422
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	1 920 049	1 899 806	1 963 271
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-393 014	-589 461	-550 063
Annen lønn	1 452 641	1 425 018	1 457 581
Avskrivninger	1 113 601	1 039 582	920 392
Nedskrivninger	0	0	0
Andre driftskostnader	2 019 839	2 130 605	2 371 104
<b>DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>17 437 256</b>	<b>17 631 716</b>	<b>17 751 451</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>102 078</b>	<b>-24 851</b>	<b>78 780</b>
<b>FINANSNETTO</b>	<b>-102 068</b>	<b>-74 613</b>	<b>-78 780</b>
<b>SKATT</b>	<b>0</b>	<b>613</b>	<b>0</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>10</b>	<b>-98 851</b>	<b>0</b>

**Tabell 4****Bemanning 2010 - Oslo universitetssykehus****Bemanningsbudsjett fordelt på tjenesteområde og type årsverk**

	Estimat 2009 (Desember)	jan.10	des.10	Budsjett 2010	Endring est 2009 - bud 2010
Årsverk somatikk	15 497	15 435	14 945	15 181	-2,0 %
Årsverk psykiatri	2 723	2 728	2 731	2 728	0,2 %
- Herav Voksenpsykiatri	2 224	2 214	2 214	2 214	-0,4 %
- Herav Barne- og ungdomspsykiatri	499	514	517	514	3,0 %
Årsverk rus	474	501	516	507	7,1 %
<b>Årsverk totalt</b>	<b>18 693</b>	<b>18 663</b>	<b>18 192</b>	<b>18 416</b>	<b>-1,5 %</b>

\* Årsverk inkludert faste og variable årsverk inklusive eksternt finansierte

	Estimat 2009 (Desember)	jan.10	des.10	Budsjett 2010	Endring est 2009 - bud 2010
Innleie i årsverk	124	115	121	117	-6,2 %

Overstående tabell viser bemanningstall basert på de system og den informasjon vi har pt. Det tas forbehold fordi det er behov for å gjennomgå tallene som følge av at vi får bemanningstall på felles IT-plattform og ny organisasjonsstruktur, og som følge av at vi ønsker å videreutvikle rapporteringen for årsverk variabelt lønnete.

**Tabell 5**  
**Inntektsramme 2010 fra Helse Sør-Øst RHF**

<b>Beregning av inntektsrammer 2010</b>	<b>Oslo universitetssykehus HF</b>
<b>Basisramme 01. juli 2009</b>	<b>9 158 391</b>
<b>Endringer i 2010</b>	
Uttrekk engangsbevilgninger i DA 09	-27 000
Uttrekk til regionale prioriteringer, 0,25%	-9 744
Uttrekk på i alt 35 mill til finansiering av felles forsyningssenter,	-14 561
Finansiering av avtale med Oslo kommune ang. Oslo legevakt, overføring til helse Sør-Øst RHF	-23 000
Implementering av inntektsmodell somatikk	-23 610
Omlagging av gjestepasientoppgjør somatikk	-226 008
Kropp og selvfølelse, videreføring av tilskudd til kompetanseutviklingsprogram	1 500
<b>Basisramme 2010 før statsbudsjettet</b>	<b>8 835 968</b>
Lønns- og prisvekst 2010, 3,1%	273 915
Økre egenandeler pasienttransport	-6 233
Pasienttransport, fritak til 16 år	4 444
Økte egenandeler somatisk poliklinikk	-3 969
Delvis reversering av TNF fra ISF til basis	5 233
Kompensasjon for avviking av refusjonsordning for fysioterapeuter	5 635
LAR	1 012
Økt ramme ril prehospitale tjenester	19 938
Økning av ramme til aktivitetsvekst	89 093
Rus, ny bevilgning 2010	9 200
Pasientreiser, årsverk reiseplanlegging	500
Pasientreiser, årsverk kommuneinterne turer	2 541
Drift av regionalt kompetansesenter for smittevern og sykehushygiene	1 000
Tilleggsbevilgning 2010 knyttet til prehospitale tjenester	5 000
Engangs tildeling av midler til oppgaver ihht Bestiller- og oppdragsdokument for 2010, herunder oppstart av rusakutt, URE etc.	13 750
Likviditet hf	305 740
<b>Basisramme til drift og investering 2010</b>	<b>9 562 767</b>
<b>Forskning</b>	
Fra post 78, øremerket fra HOD	202 912
Strategiske midler, fra post 72	124 733
<b>Sum forskning</b>	<b>327 645</b>
Nasjonale kompetansesentre for sjeldne diagnoser	63 239
Øvrige nasjonale kompetansesentre	84 673
<b>Sum kompetansesentre</b>	<b>147 912</b>
Tilskudd til turnustjeneste	1 425
Tilskudd arbeidsgiveravgift	0
Kreftregistret	90 296
Behandlingsreiser til utlandet	103 400
Tilskudd fengselstjensten, Dikemark	9 200
RTVS, med forbehold	12 311
Dommerassistert narkotikaprogram	1 800
<b>Sum særskilte tilskudd</b>	<b>218 432</b>
<b>Sum faste rammer 2010 til drift og investering</b>	<b>10 256 756</b>
<b>ISF- refusjoner</b>	
Døgn-/dagbehandling og poliklinikk 216 075 DRG- poeng, inkl Oslo legevakt	3 108 369
Biologiske legemidler, 2887DRG- poeng	41 531
Tilleggsrefusjoner	11 743
<b>Sum ISF- refusjoner</b>	<b>3 161 643</b>
<b>Til utbetaling 2010</b>	<b>13 418 399</b>
Avskrivningstilskudd til inntekt	880 393
<b>Til inntektsføring 2010</b>	<b>14 298 792</b>

**Tabell 6**  
**Rammeendring og utfordringsbilde 2010**

Tall i MNOK

Klinikk		Lønnskostn. ekskl. ekst. fin 2009	Resultat 2009 eks. avskr. & finans <sup>1)</sup>	Rammeendring ekskl. akt. økn	Teknisk beregnet utfordring inkl. innkjøp <sup>3)</sup>	Utfordring eks. innkjøp i % av lønnskost
A	Klinikk psykisk helse og avhengighet	1 639	28	-19	9	0,5 %
B	Medisinsk klinikk	795	-41	-16	-57	-6,8 %
C	Klinikk for hode, bev. rekonstr. og nevro	1 159	-47	-44	-91	-7,4 %
D	Kvinne- og barneklubben	1 015	-1	-48	-49	-4,6 %
E	Klinikk for kreft og kirurgi	800	-39	-18	-57	-6,9 %
F	Hjerte-, lunge- og karklubben	559	-50	-17	-67	-8,9 %
G	Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi	486	-24	-13	-36	-7,1 %
H	Akuttklubben	1 376	-51	-33	-83	-5,8 %
I	Klinikk for diagnostikk og intervensjon	1 092	-33	-39	-72	-6,3 %
J	Oslo sykehusservice	791	1	-112	-111	-12,9 %
<b>Totalt</b>		<b>9 712</b>	<b>-256</b>	<b>-359</b>	<b>-616</b>	
	Sentrale poster <sup>2)</sup>		157		80	
<b>Totalt</b>			<b>-99</b>		<b>-536</b>	

<sup>1)</sup> Korrigeret medisinsk klinikk pga manglende inntektsavvik fra Aker, 13 mnok i resultatforverring.

<sup>2)</sup> 2009 tallet omfatter eiendomssalg, innsparing stab, netto finans, avskrivninger med mer. 2010 tallet omfatter foreløpig udisponerte i

<sup>3)</sup> Vurdering av utfordring er basert på resultat 2009 og rammeendringer som ikke adresserer aktivitetsøkning. Klinikkenes vurdering av utfordringsbildet vil kunne variere fra dette bildet ettersom kjennskap til egen virksomhet er større.

**Tabell 7**  
**Tiltaksstatus 2010**

Tall i MNOK

<b>Klinikk</b>		Utfordring	Tiltak med effekt i 2010 <sup>3)</sup>
A	Klinikk psykisk helse og avhengighet	9	0
B	Medisinsk klinikk	-57	33
C	Klinikk for hode, bev. rekonstr. og nevro	-91	36
D	Kvinne- og barneklubben	-49	20
E	Klinikk for kreft og kirurgi	-57	16
F	Hjerte-, lunge- og karklubben	-67	48
G	Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi	-36	15
H	Akuttklubben	-83	43
I	Klinikk for diagnostikk og intervensjon	-72	27
J	Oslo sykehusservice	-111	66
<b>Totalt</b>		<b>-616</b>	<b>303</b>
	Sentrale poster <sup>2)</sup>	80	
<b>Totalt</b>		<b>-536</b>	<b>303</b>

<sup>1)</sup> Korrigert medisinsk klinikk pga manglende inntektsavvik fra Aker, 13 mnok i resultafor

<sup>2)</sup> Foreløpig vurdering av sentral reserve i budsjettet

**Tabell 8**

**Investeringer 2010-2015... knyttet til gjennomføring av styrevedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF**  
**Oversendelse til Helse Sør-Øst RHF 14.1.2010**

<b>Kostnads-/investerings-områder (tall i mnok)</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015...</b>	<b>Sum</b>
<b>Større nybygg<sup>1)</sup></b>	<b>180</b>	<b>480</b>	<b>1 200</b>	<b>1 225</b>	<b>1 315</b>	<b>1 700</b>	<b>6 100</b>
Prosjektering	180	480	450	100	0	0	1 210
Byggekostnader	0	0	750	1 125	1 315	1 700	4 890
<b>Tilpasning til eksisterende bygningssmasse</b>	<b>120</b>	<b>480</b>	<b>400</b>	<b>350</b>	<b>350</b>	<b>350</b>	<b>2 050</b>
<b>Ekstra investeringer i MTU som følge av flyttinger<sup>2)</sup></b>		<b>48</b>	<b>120</b>	<b>123</b>	<b>132</b>	<b>170</b>	<b>593</b>
<b>IKT-investeringer finansiert av OUS HF</b>	<b>60</b>	<b>180</b>	<b>170</b>	<b>170</b>	<b>170</b>	<b>300</b>	<b>1 050</b>
<b>IKT-investeringer finansiert av HSØ</b>	<b>97</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>97</b>
<b>Total sum</b>	<b>457</b>	<b>1 188</b>	<b>1 890</b>	<b>1 868</b>	<b>1 967</b>	<b>2 520</b>	<b>9 890</b>

<sup>1)</sup> Omfatter nybygg for samling av regionfunksjoner på Gaustad, nybygg Ullevål, flytting av Sikkerhetspsykiatri (RSA)

<sup>2)</sup> 10% av nybygg ombygginger

**Tabell 9.1**  
**Foreløpig investeringsbudsjett 2010**  
**Finansiering 2010**

Alle beløp i TNOK

<b>Oslo universitetssykehus HF</b>	Finansiering
Investeringsramme 2010	305 740
Trekk for SIO-prosjekter (IKT)	-32 325
Salg av eiendommer i 2009	142 000
Tidligere års finansierte investeringer	213 403
<b>Total ramme</b>	<b>628 818</b>
<b>Ramme til omdisponering</b>	<b>298 222</b>

**Tabell 9.2**  
**Foreløpig investeringsbudsjett 2010**  
**Investeringer 2010**

Alle beløp i TNOK

<b>Oslo universitetssykehus HF</b>	Investeringer		
	Ikke juridisk bindende	Juridisk bindende	Totalt
Bygningsmessige investeringer (videre drift)	137 622	168 230	305 852
Medisinsk teknisk utstyr	93 100	97 080	190 180
IKT- prosjekter og -utstyr	8 500	39 555	48 055
Annet	59 000	25 731	84 731
<b>Totalt</b>	<b>298 222</b>	<b>330 596</b>	<b>628 818</b>

## Uavklarte finansieringsspørsmål og særlige utfordringer

I dette vedlegget gis en mer utførlig beskrivelse av områder som ved endret finansiering eller ved kostnadsdeling med sykehusområder/regioner, kunne bidra til å redusere utfordringen for Oslo universitetssykehus.

### Legemiddelassistert rehabilitering for rusmiddelavhengige (LAR)

Klinikk for psykisk helse og avhengighet har godkjenningsansvaret for LAR - dvs. ansvaret for iverksettelsen av behandling - for tidl Helse Øst. Det er faglige grunner for at dette er sentralisert. Det innebærer imidlertid også at Oslo universitetssykehus bærer kostnaden ved behandlingen.

Det er to problemstillinger knyttet til dette:

- i) Virksomheten er i utgangspunktet underfinansiert fra Helse Sør-Øst, ca 10 mill kroner i manglende finansiering for 2009.
- ii) Kostnadsnivået er usikkert så lenge apotekene står fritt til å sette egne gebyrer på utdeling av medikamenter. Apotekenes gebyr er et gebyr for den helsetjeneste det er å overvåke inntak av legemiddelet hos pasientene. Gebyrsettingen er ulik og ikke alltid knyttet til overvåkning og kan virke noe vilkårlig. Det er fritt valg av apotek for pasientene.

I henhold til nye retningslinjer for LAR er pasientpopulasjonen utvidet i tillegg til at hver pasient kan motta behandling over en lengre periode enn tidligere. Dette forsterker finansieringsproblemet.

### Biologiske legemidler

Antall pasienter som har behov for - og stor nytte av - infusjoner av biologiske legemidler, øker raskt. Det er etablert en egen finansieringsordning for biologiske legemidler. Denne dekker ikke alle preparater fullt ut og noen preparater er foreløpig ikke inkludert i ordningen. Oslo universitetssykehus vil spesielt peke på to preparater:

Den største pasientgruppen er MS-pasienter som får månedlige infusjoner med Tysabri. Rene medikamentutgifter utgjør ca. kr. 218.000,- pr. pasient pr. år. Med en pasientpopulasjon hovedsakelig fra eget opptaksområde, vil 100 pasienter gi en årlig underfinansiering av rene medikamentkostnader på ca 15 mill kroner.

Oslo universitetssykehus har videre et stort antall pasienter med behov for infusjon av normalt humant immunglobulin (Kiovig eller Octagam). Dette gjelder pasienter med alvorlige inflammatoriske/immunologiske lidelser, for eksempel innenfor diagnosene Guillain-Barré syndrom, myastenia gravis, polynevropati etc. En typisk kur med Kiovig til en voksen mann gitt som én daglig infusjon i fem dager, vil koste kr. 80.000-110.000,-. Behandlingen (særlig med Kiovig) kan lett foretas poliklinisk, men disse preparatene er foreløpig ikke tatt med i listen over preparater som refunderes som biologiske legemidler, og det er derfor ingen refusjon av legemiddelutgiftene gjennom poliklinikkstakstene.

### Lucas-studien

Lucas-studien har en kostnadsramme for 2010 på 9,5 millioner kroner. Det er en nasjonal multisenterstudie. Konsekvensen av å ikke gjennomføre studien vil kunne øke medikamentkostnader årlig med 50 millioner kroner for Oslo universitetssykehus alene. Studien var i utgangspunktet forutsatt finansiert fra de regionale helseforetakene ettersom den bidrar til reduserte medikamentkostnader for samtlige regioner. Denne finansieringen er foreløpig ikke på plass.

### Bløderkirurgi

Rikshospitalet har landsfunksjon for elektiv kirurgisk behandling og invasiv diagnostikk hos pasienter med alvorlig blødersykdom, dvs. blødere som trenger substitusjonsbehandling med koagulasjonsfaktorkonsentrater i forbindelse med prosedyren for å forhindre blødningskomplikasjoner. Den største



## Styresak 10/2010 – Budsjett 2010 - Vedlegg 2

kostnaden i forbindelse med kirurgisk behandling av pasienter med alvorlig blødersykdom er knyttet utgiftene til koagulasjonsfaktorkonsentrater. ISF-finansieringen dekker ikke denne kostnaden i og med at Oslo universitetssykehus får betalt for den kirurgiske prosedyren, men mottar ikke dekning for substitusjonsbehandlingen. Kostnadene dekkes derfor nå i sin helhet av Oslo universitetssykehus uavhengig av hvor pasienten kommer fra. Pasientgruppen er økende når man vurderer dette over et 5- eller 10 års perspektiv. Dette skyldes at flere og flere blødere lever lenger og derfor får behov for ikke-elektiv ortopedisk kirurgi - for eksempel kreftbehandling.

I brev av 18.5.2008 presiserer Helsedirektoratet at Rikshospitalet HF står fritt til å inngå avtaler med regionale helseforetak om refusjonsordninger for elektiv bløderkirurgi som også tar hensyn til medikamentkostnadene, samt at Statens ISF-refusjon ikke er førende for denne typen avtaler. Oslo universitetssykehus har bistått Helse Sør-Øst med et grunnlag for denne type avtaler, men de er foreløpig ikke på plass. For 2009 var nivået for andre regioner på ca 4 mill kroner. Nivået forventes å øke.

### Laboratorie - finansiering

Laboratorie- og radiologianalyser utført i Oslo universitetssykehus finansieres som følger:

- Basisrammefinansiering dersom pasienten er inneliggende ved Oslo universitetssykehus
- Finansiering fra NAV dersom pasienten er til poliklinisk undersøkelse.

I tillegg mottar laboratoriene på Rikshospitalet og Radiumhospitalet et tillegg fra pasientens sykehusområde for pasienter fra tidligere Helse Øst og de andre regionene. Tillegget er på 280 pst av NAV-finansieringen og gjelder prøver/bilder som er tatt poliklinisk og prøver/bilder som er tatt på pasienter som er inneliggende ved andre sykehus.

Klinikk for diagnostikk og intervensjon er således underlagt to forskjellige regimer for marginalfinansiering avhengig av hvor i Oslo universitetssykehus analysene utføres. Dette er uheldig og synliggjør behovet for en gjennomgang av finansieringen av sykehuslaboratorier generelt.

### Høsting av stamceller

En ny sak Oslo universitetssykehus ønsker å ta opp med Helse Sør-Øst er kostnadsdekning for søk etter donormarg til allogene stamcelletransplantasjoner. Oslo universitetssykehus gjennomfører omkring 60 allogene stamcelletransplantasjoner per år, volumet er doblet i løpet av få år og må forventes å øke vesentlig. Økningen skyldes helt og holdent at flere får tilbud om slik behandling med marg fra ubeslektet giver. Kostnadene til søk i registre, høsting av marg og preparering/sending av marg (stor andel fra USA) må dekkes av Oslo universitetssykehus - gjennomsnittlig kostnad for dette er omkring 250.000.-. ISF dekningen av selve prosedyren allogen stamcelletransplantasjon dekker ikke denne kostnaden. Vi vil se en ytterligere økning i disse kostnadene, som i 2009 var omkring 8 MNOK pga følgende forhold:

- i) enda flere allogene stamcelle transplantasjoner med ubeslektet giver,
- ii) flere og bedre benmargsregistre - større sjanse for "treff" - men dermed også økte kostnader,
- iii) flere "treff" i registre i USA (som har en stor andel av både registre og antall mennesker i slike registre) - kostnadene til søk og høsting i USA er klart høyere enn for eksempel i skandinaviske land eller UK.

**Klinikkens navn: Klinikk psykisk helse og avhengighet**

a) *Kort omtale av klinikken (maks 4-5 linjer)*

Klinikken psykisk helse og avhengighet omfatter voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rus- og avhengighetsbehandling. Klinikken har både regionsområde og lokalfunksjoner, har i underkant av 2700 årsverk og virksomhet på ca 30 lokalisasjoner.

b) *Klinikkens økonomiske utfordring*

*I. Resultat 2009*

Klinikk psykisk helse og avhengighet leverte for regnskapsåret 2009 et overskudd på ca 29,6 MNOK. Av disse er ca 17 MNOK knyttet til ekstraordinære gjestepasientinntekter. Ca 8 MNOK er knyttet til et overskuddskrav Klinikkk psykisk helse, Aker, ble pålagt i 2009.

*II. Nye forhold i 2010/forhold som bortfaller i 2010*

Senter for rus og avhengighet etablerer i 2010 rusakuttmottaket. Fagteam er allerede opprettet, mens etablering av sengeposten vil skje i løpet av august/september. Budsjettmidler er tildelt.

Klinikken forventer ikke gjestepasientinntekter på samme nivå som 2009, men er pålagt et inntektskrav på ca 9 MNOK høyere enn budsjett 2009.

Ser man bort fra etablering av ny aktivitet, har klinikken en strammere utgiftsramme enn i 2009. Klinikken vurderer imidlertid dette til å være en driftsutfordring som kan håndteres gjennom generell effektivisering av bemanning. Inkl. ny aktivitet viser budsjett 2010 for Klinikkk psykisk helse og avhengighet en utgiftsramme på omtrent samme nivå som budsjett 2009. Senter for rus og avhengighet har likevel en udekket utfordring knyttet til LAR-medikamenter, ca 10 MNOK. Endring av lovverk gir pasienter rett til livslang behandling. Sak på dette er framsendt til økonomi sentralt som grunnlag for styresak og videre oppfølging mot HSØ. Disse kostnadene bidrar til å redusere annen aktivitet.

c) *Tiltak for å møte utfordringen*

*I. Økt aktivitet med gitt ressursbruk*

Klinikken skal møte et økt aktivitetskrav knyttet til poliklinisk virksomhet på 2,5 % for VOP og BUP, og 5 % for RUS. Det forventes at poliklinikkene øker i produktivitet, men noen midler er også internt omdisponert for å møte kravet.

*II. Redusert lønn*

Klinikken har ikke levert spesifikke tiltak knyttet til budsjett 2010 da utfordringen vurderes til å være en generell driftsutfordring. Klinikken vil likevel fokusere på tiltak knyttet til generell effektivisering av bemanning som bruk av ekstravakter, sykefravær, turnusplanlegging, vaktordninger og ledighold av stillinger.

## **Styresak 10/2010 – Budsjett 2010 – Vedlegg 3 fra klinikkene**

### *III. Reduserte driftskostnader*

Klinikken vil følge opp nye retningslinjer for å kunne redusere noe på driftskostnader og innkjøp.

### *IV. Videre arbeid med rest utfordring*

Klinikken forventer at saken om LAR-utgifter følges opp mot styret og HSØ.

**Klinikkens navn: Medisinsk klinikk (B)**

a) *Kort omtale av klinikken (maks 4-5 linjer)*

Klinikken består av 14 avdelinger med ca 1400 årsverk inkludert stab. Klinikken er lokalisert sykehusområdene Rikshospitalet, Ullevål, Aker Sinsen og Aker Ski. Klinikken har i 2010 planlagt å behandle 51 000 pasienter og gjennomføre 87 000 inntektsgivende polikliniske konsultasjoner, disse behandlinger utgjør ca. 26.000 DRG poeng. 85 % av behandlingen består av ø-hjelp.

b) *Klinikkens økonomiske utfordring*

*I. Resultat 2009*

Sted	Avvik ('000)
UUS	(26 178)
Aker	(29 040)
RH	(522)
<b>Sum</b>	<b>(55 740)</b>

*Resultat korrigert for engangseffekter i 2009*

Sted	Avvik ('000)
UUS	(32 233)
Aker	(29 040)
RH	(522)
<b>Sum</b>	<b>(61 795)</b>

Engangseffekter tilhørende inntekter fra tidligere år (tidligere balanseføringer av ikke-øremerkede basisfinansierte komp. sentre)

*II. Nye forhold i 2010 forhold som bortfaller i 2010*

På Aker er Gastro og infeksjonsavdeling splittet opp. Gastromedisin inngår sammen med Gastrokirurgi i et nytt Gastroenter. Infeksjon har fått en nyopprettet poliklinikk og sengepost og inngår i Infeksjonsavdelingen, men de er samlokalisert med deler av Gastokirurgen.

På Ullevål er Hjerteravdeling fordelt mellom klinikk B og klinikk F. Klinikk B skal ha hjertepasienter som inngår i lokalsykehusfunksjonen, og klinikk F pasienter som inngår i regionsfunksjonen.

c) *Tiltak for å møte utfordringen*

*I. Økt aktivitet med gitt ressursbruk*

Det er planlagt å øke inntekten i 2010 innefor dagens ressursnivå med 5,93 mill kr.

*II. Redusert lønn*

Det er planlagt å redusere personalkostnadene i 2010 med 21,17 mill kr.

## Styresak 10/2010 – Budsjett 2010 – Vedlegg 3 fra klinikkene

### *III. Reduserte driftskostnader*

Det er planlagt å redusere andre driftskostnader i 2010 med 5,63 mill kr.

### *IV. Videre arbeid med rest utfordring*

Klinikken har tiltak under utredning i Nyre- og Hjerteravdelingen og et prosjekt i Akuttmed.avd som omfatter kostnadsutt for 11,73 mill kr.

I tillegg har klinikken tiltak som er avhengig av sentrale føringer for 8,5 mill kr. Dette er reduksjon av antall ledere på nivå 3-5 og standardisering av pleiefaktor på sengepostene.

Ut over dette har klinikken et ytterligere salderingsbehov for ca 23 mill kr i 2010. Bl.a. interne analyser vha Deloitte, legeprosjektet og sykepleierprosjektet er allerede igangsatte prosjekter som skal være med på å redusere denne utfordringen.

**Klinikkens navn: C**

- a) Klinikk C består av gamle Nevro- og ØPO-klinikken fra Rikshospitalet, Bevegelsesdivisjonen ved Ullevål Universitetssykehus, Øyeavdelingen, Plastikk- og Kjevekirurgisk avdeling fra Ullevål universitetssykehus samt Ortopedisk avdeling fra Aker. I tillegg også den ortopediske og plastikkirurgiske virksomheten ved Montebello. Klinikk har ca 1700 årsverk og et brutto budsjett på i underkant av 1,6 milliarder kroner. Forventet DRG-produksjon er 52.240 DRG-poeng.

b) *Klinikkens økonomiske utfordring*

Klinikken hadde i 2009 et underskudd på 46 millioner kroner. Klinikken har deretter fått ytterligere budsjettkutt samt at man har fått tilleggsutfordringer knyttet til finansiering av LUCAS-studien og økte kostnader til Tysabri for MS-pasienter. Men det er også en forventning om lavere kostnader til Lucentisbruk på Øyeavdelingen samt lavere kostnader til Cochleaimplantater ved Øre-nese-Hals avdelingen. Oppsummeringen av disse forholdene var at klinikkens utfordring før tiltak var 68 millioner kroner. Klinikken har per dags dato konkretisert tiltak tilsvarende 32 millioner kroner slik at restutfordringen er 36 millioner kroner. Av dette utgjør utfordringen knyttet til Tysabri for pasienter utenfor eget opptaksområde 14 millioner kroner. Utfordringen knyttet til finansiering av LUCAS-studien utgjør 9,5 millioner kroner. Utover disse to forholdene er den resterende utfordringen da 13 millioner kroner.

c) *Tiltak for å møte utfordringen*

Som tidligere beskrevet så har det allerede vært meldt inn tiltak fra klinikk C på 32 millioner kroner for 2010. Dette er tiltak som både går på økt aktivitet og reduserte lønnskostnader. Noen tiltak går også direkte på reduserte varekostnader. Dette er da knyttet til konkrete avtaler som vi vet vil gi besparelser. I tillegg har klinikken skissert ytterligere tiltaksområder restutfordringen skal tas på. Det vil nå nedsettes prosjektgrupper innen hvert av disse områdene, hvor det skal arbeides videre med konkretisering av tiltak. Hvert enkelt tiltak vil ha en egen prosjektgruppe og en definert leder som har ansvaret for å definere og følge opp tiltaket.

**Klinikkens navn: Kvinne- og Barneklubben**

a) *Kort omtale av klinikken (maks 4-5 linjer)*

Område-, region- og landsfunksjoner innen alle kvinnesykdommer og barnesykdommer:  
- 9500 fødsler, fostermedisin, reproduksjon (inkl. IVF), gynekologisk kreft og all øvrig gynekologi med stor laparoskopisk virksomhet.  
- Nyfødt intensiv, medfødte hjertefeil, barnekreft, organ- og benmargstransplantasjon, barnenevrologi/habilitering, akutt pediatri og alle øvrige funksjoner.

b) *Klinikkens økonomiske utfordring*

*I. Resultat 2009*

Kvinne- og barneklubben ("KVB") oppnådde i 2009 et positivt resultat på ca kr 0,5 mill takket være høy aktivitet og stram kostnadsstyring gjennom hele klubben..

*II. Nye forhold i 2010/forhold som bortfaller i 2010*

I 2009 fikk KVB en ekstraordinær inntekt på kr 2,4 mill (gjaldt balanseføring av implantatlager) som ikke gjentar seg i 2010.

c) *Tiltak for å møte utfordringen*

*I. Økt aktivitet med gitt ressursbruk*

Forventer å håndtere 50 flere fødsler i 2010 enn i 2009 uten økt bemanning. Nyfødt på Ullevål forventes å oppnå høyere aktivitet i 2010 pga flere fødsler samt at 2009 hadde et unormalt lavt aktivitetsnivå. Forventet samlet **positiv resultateffekt på ca kr 2,0 mill.**

*II. Redusert lønnskostnader*

Ved utgangen av 2010 tilsier våre tiltak at vi vil ha ca 30 færre årsverk enn ved utgangen av 2009. Dette skjer dels gjennom at færre hender utfører den samme aktiviteten som i 2009, og dels gjennom samlokalisering (i løpet av 2010 spesielt gynkreft og generell gynekologi) og samordning av deler av virksomheten vår som er lokalisert på 2 steder i dag. Videre forventer vi å ta ned antall ledere og stabspersonale pga av strukturen i den nye klubben. Forventet samlet **positiv resultateffekt på ca kr 11,0 mill.**

*III. Reduserte driftskostnader*

Virksomheten vår på Voksentoppen er flyttet inn på Gaustad, og i 2010 bortfaller husleie og andre kostnader relatert til bl.a. vedlikehold av eiendommen på Voksentoppen. Videre tilpasser vi virksomheten vår slik at like seksjoner på tvers av lokalisasjonene samarbeider om å fordele pasienter slik at vi får mindre innleie fra vikarbyrå. Vi forventer også reduksjon i medikamentkostnader. Forventet samlet **positiv resultateffekt på ca kr 4,0 mill.**

*IV. Annet*

## Styresak 10/2010 – Budsjett 2010 – Vedlegg 3 fra klinikkene

Reduksjon i kjøp av helsetjenester (barnehabilitering) fra de private institusjonene Nordre Aasen og Kapellveien. Forventet samlet **positiv resultateffekt på kr 2,9 mill.**

### V. *Videre arbeid med rest utfordring*

Vi har ingen større samordningstiltak som kan gjennomføres i 2010. Vi vil følge opp felles OUS prosjekter tett, spesielt:

- i. Innkjøp, ved nær dialog med innkjøp sentralt.
- ii. Vedtatte rutiner i forhold til reiser, skrivere, mobil etc.
- iii. Lege og sengeprosjekter

Vi vil koordinere driften på tvers av geografi mest mulig for å unngå topper og bunner i belegg samt samordne mot ferier etc.



**Klinikkens navn: Klinikk for kreft og kirurgi**

*a) Kort omtale av klinikken (maks 4-5 linjer)*

Klinikk for kreft og kirurgi har virksomhet innenfor bryst- og endokrinkirurgi, gastroenterologisk kirurgi, urologi og ikke-kirurgisk kreftbehandling og en omfattende forskningsvirksomhet. Klinikken har et betydelig omfang av øyeblikkelig hjelp mens den elektive virksomheten er dominert av kreftbehandling. Kreftforskning utgjør hoveddelen av forskningsvirksomheten i klinikken.

*b) Klinikkenes økonomiske utfordring*

*I. Resultat 2009*

Klinikken fikk et økonomisk resultat i 2009 som viser et underskudd på 26 millioner kroner. Hovedforklaringene på det økonomiske resultatet er en kombinasjon av lavere aktivitet enn planlagt i noen av klinikkens avdelinger mens andre har hatt et høyere kostnadsnivå enn planlagt, spesielt innenfor faste og variable lønnskostnader.

*II. Nye forhold i 2010/forhold som bortfaller i 2010*

Klinikk for kreft og kirurgi får fra 2010 en organisatorisk samling av en rekke fag. Det gir muligheter for å fordele funksjoner på en mer hensiktsmessig måte fra 2. halvår. Klinikken ser allerede nå muligheter for mer fleksibel ressursbruk på tvers av de tidligere sykehusene og har iverksatt enkelte slike tiltak. Samtidig er det i 2010 liten grad rom for reelle samlokaliseringer av spesialiteter på ett sted som er det tiltaket klinikken forventer vil gi de største faglige og økonomiske gevinstene.

Klinikken vil i 2010 etablere økt kapasitet for robotassistert laparoskopisk kirurgi for prostatakreft som forventes å redusere uakseptable ventetider for denne pasientgruppen.

*c) Tiltak for å møte utfordringen*

*I. Økt aktivitet med gitt ressursbruk*

Klinikken har en betydelig del av sin virksomhet på Radiumhospitalet som har fått et nytt sykehotell. Det nye hotellet støtter opp under en pågående omlegging fra innleggelser til poliklinisk behandling og dagbehandling.

Den økte hotellkapasiteten legger også til rette for redusert liggetid for pasienter som skal opereres ved at man i økt utstrekning kan ha sammedagskirurgi der pasienten ikke legges inn før samme dag som operasjon.

*II. Redusert lønn*

Økt hotellkapasitet vil ha som konsekvens at antall senger i drift på Radiumhospitalet reduseres med tilhørende reduserte lønnskostnader. Klinikken har allerede stengt 16 senger og planlegger en ytterligere reduksjon på 15 til 20 senger i løpet av året.

*III. Reduserte driftskostnader*

## **Styresak 10/2010 – Budsjett 2010 – Vedlegg 3 fra klinikkene**

Klinikken vil følge opp sentrale føringer for reduserte innkjøpskostnader og planlegger også å redusere innkjøpskostnader innenfor varegrupper som medisinske forbruksvarer og medikamenter. Samlingen av de tre sykehusene til ett legger til rette for å kartlegge beste praksis og innføre den på tvers av steder.

### *d) Videre arbeid med rest utfordring*

Klinikken har så langt identifisert tiltak som vil møte om lag en tredjedel av klinikkens resultatforbedringskrav i 2010. Klinikken setter ned prosjekter i samarbeid med tillitsvalgte og verneombud som skal oppnå bedre ressursbruk innenfor bruk og bemanning av senger i klinikken, samarbeid og samordning i forbindelse med ferieavvikling, bruk av legeressurser og felles retningslinjer for variable lønnskostnader som overtid og innleie.

**Klinikkens navn: Hjerte - , lunge – og karklinikken**

*a) Kort omtale av klinikken (maks 4-5 linjer)*

Hjerte-, lunge- og karklinikken utreder og behandler hjerte-, lunge – og karsykdommer. Klinikken har landsfunksjon innen hjerte – og lungetransplantasjon og innen kirurgisk behandling av medfødte hjertelidelser på barn. Klinikken består videre av to forskningsinstitutter i nært samarbeid med Universitetet i Oslo og har flere internasjonale samarbeidspartnere.

*b) Klinikken økonomiske utfordring:*

Klinikkens samlede økonomiske resultat i 2009 er – 68 mill. kroner. Resultatet preges av lavere inntekter fra hjertekirurgi enn planlagt. Dette skyldes i hovedsak færre pasienter enn det man la til grunn i budsjettet. I noen grad skyldes inntektstapet sammenbrudd av røntgenmaskiner. Sviktende inntekter utgjør 36 millioner kroner. Kostnadssiden preges av økte kostnader innen landsfunksjoner, ved bruk av avanserte hjertepumper som en mellomfase i påvente av transplantasjon. Videre behandler klinikken flere pasienter med kompliserte karlidelser, og en økende andel av pasientene krever kostbare karproteser som ikke finansieres gjennom ISF. Klinikken har i tillegg valgt å øke ressursbruken innen behandling av hjerterytmeforstyrrelser med ablasjonsbehandling. Klinikken samler ablasjonsbehandlingen på Gaustad, og vil etter de foreløpige planer øke behandlingen fra 600 til 1000 i løpet av to til tre år.

*Nye forhold i 2010:*

- Hjertekirurgi samles på to steder.
- Det er planlagt ny ablasjonslab på Gaustad og det er behov for pacemakerlab i Kirkeveien.
- Ny organisering av PCI-virksomheten i Kirkeveien.

*c) Tiltak for å møte utfordringen*

- I. Samling av hjertekirurgien på to steder effektiviserer driften. Samling av ressursene innen ablasjonsbehandling på Gaustad vil øke behandlingsskapasiteten og gi mer effektiv utnyttelse av personell og utstyr.
- II. Klinikken vil arbeide for å redusere antall ansatte.
- III. Klinikken og sykehuset har fremforhandlet lavere innkjøpspriser på kostbart medisinsk engangsutstyr
- IV. Klinikken jobber kontinuerlig med å tilpasse pasientforløpet til laveste nødvendige omsorgsnivå ved å bruke dagbehandling og pasienthotellet.
- V. Klinikken vil arbeide for å samordne det karkirurgiske miljøet på Gaustad og Sinsen, med fortsatt fokus på avansert behandling innen kirurgi og intervensjon.

**Klinikkens navn: Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi (KSMK)**

*a) Kort omtale av klinikken (maks 4-5 linjer)*

KSMK utreder og behandler pasienter innen gastrokirurgi, barnekirurgi, fordøyelses-, nyre-, blod-, hud- og infeksjonssykdommer samt revmatologi og venerologi. Alle pasienter som får utført transplantasjon av lever, nyre og bukspyttkjertel utredes, behandles og følges i KSMK. Lands- og regionsfunksjoner utgjør hoveddelen av klinikkens virksomhet. KSMK omfatter midlertidig også fysioterapi, ergoterapi og sosionomtjenester.

*b) Klinikkens økonomiske utfordring*

*I. Resultat 2009*

Samlet resultat for de aktuelle enheter var omkring minus 23 MNOK, inklusive i dette var pandemiinntekter på omkring 5-6 MNOK, reelt resultat derfor omkring minus 28-29 MNOK

*II. Nye forhold i 2010/ forhold som bortfaller i 2010*

Forventet økende kostnader til transplantasjonsvirksomheten pga økende volum, deriblant økende antall stamcelletransplantasjoner med marg fra ubeslektet giver – som gir klart høyere kostnader. Økt bruk av enkelte kostbare medikamenter (spesielt Velacade – myelomatosebehandling)

*c) Tiltak for å møte utfordringen*

*I. Økt aktivitet med gitt ressursbruk*

KSMK vil forsøke å håndtere ytterligere økning i transplantasjonsvirksomheten med eksisterende personalressurser, aktiviteten ved poliklinikker vil også bli forsøkt økt.

*II. Redusert lønn*

Reduksjon i antall lederstillinger og i antall stab/støtte stillinger, reduksjon i bruk av innleie/overtid, reduksjon i vaktlønn for leger som følge av endrede arbeidsplaner innen hud og revmatologi. KSMK vil arbeide for samordning av vaktlag inne hematologi og barnekirurgi – gjennomføring avhenger av samlokalisering eller endring av avtaleverk.

*III. Reduserte driftskostnader*

KSMK vil arbeide for reduserte medikamentkostnader ved reforhandling av avtaler og redusere kostnader til bruk av kostbare immunglobuliner.

*IV. Annet*

KSMK vil arbeide for en riktigere finansiering av meget kostbar – og underfinansiert aktivitet som organtransplantasjon, stamcelletransplantasjon og bløderkirurgi.

## **Styresak 10/2010 – Budsjett 2010 – Vedlegg 3 fra klinikkene**

### *V. Videre arbeid med rest utfordring*

KSMK vil arbeide videre med å finne frem til realistiske tiltak som kan gjennomføres og som er i tråd med klinikkens og OUS' langsiktige strategi.

**Klinikkens navn: Akuttklinikken**

a) *Kort omtale av klinikken (maks 4-5 linjer)*

Akuttklinikken er en serviceklinikk og skal bistå andre klinikker og fagområder i pasientbehandlingen. Dette krever tett samarbeid internt mellom enhetene og samhandling med de øvrige klinikkene. Akuttklinikken har ansvaret for prehospitaltjenester, akuttmottak, traume, anestesi-, smerte- og intensivområde, operasjonsstuer, PO/oppvåkning og steriltforsyning.

b) *Klinikkens økonomiske utfordring*

*I. Resultat 2009*

Klinikken har et underskudd i 2009 på 56 mill kr. De største underskuddene finnes på Prehospitalt senter (PHS) med 26 mill og på intensivenehetene med 24 mill. På PHS er det merkostnader på pasientreiser samt økt aktivitet på ambulansesiden. Underskuddet for Intensiv skyldes økt kirurgisk aktivitet samt ekstrakostnader knyttet til pandemien, samt tap av ISF-inntekter.

*II. Nye forhold i 2010/forhold som bortfaller i 2010*

Akuttklinikken har en økonomisk utfordring fra 2009 til 2010 på rundt 100 mill kr i forhold til tildelte budsjetttrammer. Vi antar at omtrent 10 mill av dette skyldes pandemikostnader på Intensiv som bortfaller i 2010. Budsjettmidler til Trykktanken er redusert fra HSØ. Budsjettet for 2010 er styrket på Traume, Smerte og FOU. PHS har fått en styrking, men har fortsatt store utfordringer innen ambulanse og pasientreiser med dagens finansiering. Restutfordringen for klinikken er definert til 27 mill samt risiko knyttet til tiltak og økt aktivitet.

c) *Tiltak for å møte utfordringen*

*I. Økt aktivitet med gitt ressursbruk*

Akuttklinikken er ikke tildelt budsjetttrammer som gir mulighet for å serve høyere aktivitet i 2010. I 2009 har det heller ikke vært gitt tilstrekkelig budsjettmidler til å møte den økte aktiviteten. Dette vil bli fulgt opp i samarbeid med sykehusledelsen.

*II. Redusert lønn*

Avdelingenes tiltak skal møte lavere budsjett på lønn ved at stillinger avvikles ved avgang, og ved samarbeid på tvers av lokalisasjoner. Dette er spesielt viktig for sommeravviklingen og ved høytider. Det er startet arbeid med vurdering av ensartede bemanningsnormer for enheter. Variabel lønn og innleie vil også være et spesielt fokusområde, samt strukturert plan for oppfølging av sykefravær.

*III. Reduserte driftskostnader*

Klinikken vil følge opp sentrale avtaler og føringer på innkjøpsområdet.

*IV. Annet*

## Styresak 10/2010 – Budsjett 2010 – Vedlegg 3 fra klinikkene

I tillegg til restutfordringen på 27 mill, gjennomføringen av innmeldte tiltak og økt aktivitet, opplever Akuttklinikken at foreliggende budsjett er meget stramt. Det er også risiko knyttet til å nå budsjettbalanse for den løpende driften i 2010.

### V. *Videre arbeid med rest utfordring*

Videre tiltak i klinikken vil være avhengig av andre klinikker og restrukturering av driften på færre lokaliteter. Først da vil det være mulig å hente ut ytterligere gevinster gjennom bemanningseffektivisering.

**Klinikkens navn: Klinikk for diagnostikk og intervensjon (KDI)**

*a) Kort omtale av klinikken (maks 4-5 linjer)*

Avdelingene i KDI har til oppgave å levere diagnostikk og behandling innenfor laboratoriefag og radiologi/nukleærmedisin til de andre klinikkene i OUS og til våre eksterne rekvirenter og samarbeidspartnere. Avdelingene har viktige tilsyns- og veiledningsfunksjoner innen flere fag. Klinikken dekker fagområdene farmakologi, immunologi og transfusjonsmedisin (inkl. Blodbanken i Oslo), medisinsk biokjemi, medisinsk genetikk, mikrobiologi, patologi og radiologi og nukleærmedisin. Intervensjonssenteret er organisert på avdelingsnivå.

*b) Klinikkens økonomiske utfordring*

*I. Resultat 2009*

Merforbruk på ca 45 mill.

*II. Nye forhold i 2010/ forhold som bortfaller i 2010*

DRG-problematikk i 2009 bortfaller, det minsker utfordringen med ca 10 mill. Blodbanken er foreløpig rammefinansiert, som øker utfordringen med ca 17 mill. Fortsatt to finansieringsordninger for fylkesandeler på lab-/radundersøkelser skaper store organisatoriske utfordringer og er en hindring for optimal samlokalisering av KDI. KDI's budsjettkutt er i tillegg ca 39 mill. som gir en total utfordring i 2010 på ca 90 mill.

*c) Tiltak for å møte utfordringen*

*I. Økt aktivitet med gitt ressursbruk*

KDI's budsjett 2010 er, i tråd med sentrale retningslinjer, basert på budsjettert aktivitetsnivå 2009 + 1,2 % som er vedtatt aktivitetsøkning på OUS.

*II. Redusert lønn*

KDI's måltall for bemanning i desember 2010 ligger 36,9 årsverk lavere enn i januar 2010. Det arbeides med tiltak for å overføre bruken av ekstraordinær avlønning til fast lønn til vesentlig lavere kostnad.

*III. Reduserte driftskostnader*

Alle driftskostnadene gjennomgås og det ligger an til besparelser på området. Nye avtaler og riktig bruk av eksisterende avtaler gir muligheter til lavere varekostnader.

*IV. Annet*

Noe økt ekstern poliklinisk aktivitet innenfor noen områder er å forvente, da den underliggende etterspørselen har økt i løpet av 2009.

*V. Videre arbeid med rest utfordring*

KDI bruker Deloitte som støtte i videre prosess. Deloitte skal bidra med å kvalitetssikre de tiltakene som er meldt inn, de skal støtte avdelingslederne i deres videre arbeid med nye tiltak, og de skal ta frem verktøy for



## **Styresak 10/2010 – Budsjett 2010 – Vedlegg 3 fra klinikkene**

gjennomføring og oppfølging. De innmeldte tiltakene har en vesentlig større effekt i 2011, og er i stor grad preget av langsiktighet.

**Oslo sykehuservice**

*a) Kort omtale av klinikken (maks 4-5 linjer)*

Oslo sykehuservice leverer tjenester som er viktig støtte til kjernevirksomheten til Oslo universitetssykehus. Enheten har sju underliggende virksomhetsområder (avdelinger): Innkjøp og logistikk, Eiendom, Intern service (renhold, kjøkken m.m.), Administrative fellesfunksjoner (økonomi, regnskap, kompetanseutvikling m.m.), Medisinsk-teknisk avdeling, Rikshospitalet og Medisinsk-teknisk avdeling, Ullevål og Aker og Komparativ medisin (forskning, utprøvende behandling og forsøk på dyr).

*b) Klinikkenes økonomiske utfordring*

Oslo sykehuservice (OSS) sin økonomiske utfordring for 2010 utgjøres av utgangsfart 2009, endrede forhold for 2010, samt nedjusterte rammer.

For 2009 gikk de deler av Oslo universitetssykehus (OUS) som er lagt til OSS i budsjettbalanse.

For 2010 vil det være en økning i kostnader knyttet til ibruktageelse av nye bygg. I hovedsak er disse budsjettkompensert, med unntak av Kreft- og isolatsenteret på Ullevål. Videre vil det for 2010 være et netto inntektsbortfall som følge av salg av utleieboliger. Som følge av at departementet har avklart at kostnader knyttet tracheostomipasienter skal dekkes av helseforetakene, ikke apotekene, så forventes en økt kostnad ved Behandlingshjelpemiddelsentralen. Ved personalforvaltning er ressurser trukket ut og fordelt til andre steder i organisasjonen uten at oppgaver er trukket ut. Det er dialog mellom OSS og ledelsen om budsjettkompensering for disse elementene, men det er per i dag ikke avklart. Dette er elementer som vil øke utfordringen til OSS med ca 23 millioner kroner for 2010 dersom de ikke blir kompensert for i budsjettet.

For 2010 er OSS sine rammer redusert ned med 112 millioner kroner. Det er et krav om at det i løpet av 2010 skal implementeres tiltak som reduserer netto kostnadsnivå med 186 millioner kroner fra 2009 til 2011. Dette betyr at OSS i løpet av 2010 må implementere tiltak som totalt har en helårseffekt på 186 millioner kroner, og at det forventes at 112 millioner skal komme til effekt i 2010.

*c) Tiltak for å møte utfordringen*

*I. Personalkostnader.*

Som følge av det krav som er pålagt OSS anses det som nødvendig å redusere antall årsverk med ca 200. Det innebærer at Oslo sykehuservice skal ha 200 årsverk færre ved utgangen av 2010 enn det var ved utgangen av 2009.

*II. Driftskostnader.*

En stor andel av driftsbudsjettet OSS forvalter på vegne av OUS knytter seg direkte til arealer. Gitt dagens arealer anses disse som relativt faste. Dette gjelder energi, forsikring av bygg, kommunale avgifter og husleie. Øvrige driftskostnader er matvarer (kjøkken), vedlikehold og reparasjon av medisinskteknisk utstyr, og bygningsmessig vedlikehold. Det er tiltak for å

## Styresak 10/2010 – Budsjett 2010 – Vedlegg 3 fra klinikkene

redusere kostnader knyttet til matvarer. Når det gjelder reparasjon og vedlikehold av medisinskteknisk utstyr er det ikke forventet at kostnadene knyttet til dette kan reduseres ettersom utstyrsparken blir eldre. Mye av kostnadsreduksjonen vil dermed måtte tas på bygningsmessig vedlikehold noe som vil øke vedlikeholdsetterslepet.

### *III. Videre arbeid med rest utfordring.*

OSS er ikke i mål med å identifisere tiltak som reduserer kostnader i 2010 med 112mill kroner. OSS har tiltak med effekt i 2010 på tilsvarende ca 80 millioner. OSS vil jobbe målrettet med å identifisere ytterligere tiltak, herunder nye produkter og inntektsøkende virksomhet.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.: 9. februar 2010

Dato møte: 17. februar 2010

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg:

---

### **SAK 11/2010 – TEMASAK**

Det vil i styremøte bli gitt en presentasjon av Medisinsk klinikk.

### **Forslag til vedtak**

*Styret tar presentasjonen til orientering.*

Oslo den 9. februar 2010

Siri Hatlen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.: 10. februar 2010

Dato møte: 17. februar 2010

Saksbehandler: VAD Medisin og helsefag

---

### **SAK 12/2010 – STATUS PROSJEKTER OG INTEGRASJON**

#### **1. Orientering om status etter Dag 1**

Dag 1 var den første milepælen i integrasjonsarbeidet og ble passert 1. januar 2010. Datoen representerte overgangen fra tre tidligere driftsenheter til en gjennomgående organisasjon med ny ledelse, ny struktur og nye rutiner. Overordnet ble milepælen passert uten spesielle problemer og arbeidet gjennomført i henhold til plan. Noen utfordringer blant annet i forbindelse med sammenslåing av systemer ble identifisert, og det gjennomføres fortsatt administrative og IKT-messige tilpasninger. Den viktigste læringen fra Dag 1 er betydning av tett involvering av IKT og dette er inkorporert i arbeidet mot Dag 2.

Arbeidet med Dag 1 har fokusert på å møte de absolutte krav som måtte på plass for at gjennomgående ledelse skulle være mulig. Blant disse var felles virksomhetsstyring og internkontroll med nye felles styrende dokumenter, felles beredskapsplaner, fullmaktsstrukturer med mer. I tillegg har det vært viktig å legge til rette for felles administrative IKT-løsninger, så langt infrastruktur, sikkerhet og ressurser har tillatt dette. Blant nye administrative løsninger nevnes en felles virksomhetsportal for alle ansatte, der man finner felles nyheter og inngang til felles systemer som personalportalen, avvikssystem, ledelsesinformasjonssystem med mer.

Det er lagt til rette for praktisk administrative forhold som tilgang til kalendere på tvers av tidligere enheter, felles adresselister, felles telefonkatalog osv. I løpet av februar vil alle ansatte ha felles e post adresse @oslo-universitetssykehus.no og det vil gradvis utvikles felles funksjonalitet i felles løsninger.

#### **1.1 Utfordringer**

Opprinnelig ble det planlagt å basere felles sakarkivsystem på Akers installasjon av Public 360, i tråd med Helse Sør-Østs valg for fremtidig felles løsning i regionen. Det viste seg imidlertid i midten av desember å være umulig å bygge videre på Akerløsningen, og det ville være nødvendig med en helt ny installasjon som ikke kunne være på plass innenfor tidsfristen til Dag 1. En slik nyinstallasjon ville også

måtte bli erstattet når regional tjeneste blir etablert i løpet av 2010. Dermed ble det besluttet å videreføre Ephorte-løsningen fra Rikshospitalet frem til fellesregional tjeneste er etablert og Oslo universitetssykehus kan tilslutte seg denne. Det er imidlertid svært begrenset hvor mange saksbehandlere som kan ha tilgang til dette systemet i forhold til det sykehusene tidligere har vært vant til. Dette har medført behov for forventningsstyring og tilpasning av rutiner.

Felles personalsystem var planlagt fra 1. januar, men Sykehuspartner mente at det var for høy risiko å gjennomføre dette fullt ut til Dag 1 og vil ikke kunne levere dette til Oslo universitetssykehus før 1 mars d.å. Det er imidlertid etablert en tilfredsstillende mellomløsning og alle ansatte med ansettelsesforhold i Oslo universitetssykehus har etter vår kunnskap fått lønn som forutsatt i januar.

1 april får foretaket felles økonomisystem noe som vil gjøre regnskapsrutiner mer enhetlige. Felles budsjettssystem ble innført høsten 2009.

Det er ikke levert gjennomgående felles IKT-infrastruktur til Dag 1 og det vil ta tid og ressurser å få dette på plass. Mangel på felles systemer og felles infrastruktur har gitt og gir behov for god informasjon og forventningsstyring. Det er utarbeidet mye informasjon både på nett, i egne brosjyrer, nyhetsbrev og muntlig på allmøter og i tilpasset lederopplæring. Kommunikasjon og forventningsstyring blir fortsatt viktig fremover også knyttet til administrative systemer og infrastrukturspørsmål. Det er begrensede ressurser tilgjengelig for å utbedre dette våren 2010.

De viktigste lærdommene fra Dag 1 så langt oppsummeres i punktene under:

- Viktigheten av å fokusere på absolutte krav og sørge for at disse blir møtt
- Systematisk rapportering av status og fremdrift både inn til prosjektet og fra prosjektet til ledelsen
- Arbeidet er så langt det har vært mulig utført i linjen både av staber og klinikker
- Forventningsstyring av IKT begrensninger og – muligheter knyttet til arbeid på tvers av lokalisasjoner frem til foretaket har felles infrastruktur er svært viktig
- Etablering av systemeiere og tydeliggjøring av ansvarsforhold i organisasjonen blir viktig i det videre arbeidet fremover også for de administrative løsningene
- Viktigheten av å ha godt og tett samarbeid med IKT

## **2 Status Dag 2/IKT**

Tilgangen på ressurser internt og hos Sykehuspartner, knyttet til prosjektgjennomføringen til Dag 2 tilsier at den samlede risikoen er svært høy.

Detaljert status gis innenfor åtte hovedområder, oppdatert status blir gitt i møtet:

### **2.1 Fag**

**Prosedyrer:** Sørger for koordinering av arbeidet med prosedyrer mellom IKT-prosjektene, Avd. for kvalitet, HMS og kontinuerlig forbedring og Medisin og helsefag. Det vil bli utarbeidet nye og enhetlige prosedyrer for hele sykehuset innenfor henvisningshåndtering og ventelister. Det vil også bli etablert egen prosedyre for nød- og hjelpenummer.

**Pasientbrev:** Arbeidet med nye maler for pasientbrev pågår og bygger på maler fra Helseledelsen. De viktigste brevmalene er utarbeidet i første versjon. Det legges opp til en betydelig reduksjon i antall maler og enhetlige maler for hele sykehuset. Behov for klinikkspesifikk tilleggsinformasjon i pasientbrevene kartlegges.

**Felles klinisk arbeidsflate:** I styremøtet 17. desember 2009 (sak 170/2009) fikk administrerende direktør fullmakt til å foreta avrop på regional rammeavtale for klinisk arbeidsflate. Det ble gjort 18. desember.

Avtaler med DIPS og Simens er signert for visning av journalnotater i klinisk arbeidsflate. Integrasjoner av laboratoriesvar og røntgenrapporter går som planlagt.

Fremdriftsplan er revidert grunnet sene leveranser fra leverandører, og medfører begrenset tid til testing og eventuell feilretting. Det er også utfordringer knyttet til løsning for akseptabel bildevisning i klinisk arbeidsflate. Samlet sett utgjør dette en høy risiko.

Sykehuspartner har også varslet at det samlet sett er svært høy risiko for ikke å nå Dag 2.

### **2.3 Pasientlogistikk**

**Innføring av Pasdoc:** Innføring av felles pasientadministrativt system (PAS) for Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål pågår. Arbeidet med konvertering av data og integrasjoner til produksjonssetting den 8. mars på Radiumhospitalet er forsinket. Dette medfører at fullført akseptansetest også vil ligge etter planen, og dermed vesentlig forhøyet risiko.

Det er etablert en egen plan for å ta hånd om arbeidet med alle historiske nødnummer som er generert av ulike systemer. Dette er meget tidkrevende og omfanget er stort. Prioritet 1 vil være å rydde opp i de tilfeller der to pasienter har samme nødnummer.

IKT-prosjektet har noen utfordringer knyttet til å få på plass nok instruktører for PAS på Gaustad.

### **2.4 Organisering**

Frist for innmelding av organisasjonsstruktur til Dag 2 var 1/2-10. Det pågår nå kvalitetssikring av leveransen.

### **2.5 Personal**

**Arbeidssystem:** Flere klinikker har meldt behov for felles arbeidssystem for legegruppen. Det er vedtatt etablering av forprosjekt som vil se på mulige løsninger, herunder:

- Utvikling av GAT til å dekke alle overenskomster.
- Bruk av begge eksisterende systemer (GAT/IRS) med forskjellig system for ulike yrkesgrupper i en overgangsperiode.

Innhenting av opplysninger om behov hos klinikkene er startet blant annet for å avdekke behov for dimensjonering av midlertidig løsning.

Forprosjekt er på plan ihht leveranse 1.3.2010.

**HR-løsning:** Etablering av felles HR-løsning er på plan ihht 1.3.2010.

## **2.6 Økonomi og styringssystemer**

Første versjon av LIS operativ 4.2.2010. Felles økonomiløsning på plan til 1.4.2010

## **2.7 Infrastruktur**

Samtlige leveranser er på plan for Dag 2.

## **2.8 Kommunikasjon**

Arbeidet med kommunikasjonsplan /-strategi (tiltaksplan) ifb med kommunikasjonsaktiviteter samlet for Dag 2 og SiO-R pågår i tråd med plan. Gjenstående arbeid knytter seg hovedsaklig til detaljplanlegging av aktiviteter for klinikkene.

Kommunikasjonsplanen vil sikre en felles og enhetlig formidling av endringer i organisering, pasienttilbud og henvisningshåndtering der hvor dette planlegges.

## **Forslag til vedtak**

- 1. Styret tar administrerende direktørs redegjørelse til etterretning. Styret tar videre til etterretning at den samlede risiko for å nå Dag 2 fortsatt er meget høy og ber om at det arbeides videre med risikoreduserende tiltak.*
- 2. Styret understreker viktigheten av at integrasjonsprosessen gjennomføres som planlagt for å realisere forutsetningen om en funksjonelt integrert virksomhet den 1. juni 2010.*

Oslo den 10. februar 2010

Siri Hatlen



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.:	10. februar 2010
Dato møte:	17. februar 2010
Saksbehandler:	Prosjektdirektør IKT

---

### **SAK 13/2010 – OPPFØLGNING EKSTERN KVALITETSVURDERING IKT**

Samordnet IKT i Oslo universitetssykehus er behandlet av styret ved flere anledninger. Denne saken beskriver hvordan foreslåtte tiltak fra ekstern kvalitetssikrer i forrige styremøte har blitt fulgt opp og gir også en kort oppdatering på økonomi.

#### **Oppfølging av risikoreduserende tiltak**

I styremøte 17. desember 2009 foreslo ekstern kvalitetssikrer fra Gartner følgende risikoreduserende tiltak:

- Styringen av IKT prosjektene knyttet til Dag2 må overføres til styringslinjen i sykehuset
- Ny fokus i prosjektet for å sikre hovedleveranser for Dag 2
- Alle forstyrrende elementer ”parkeres”
- Sørge for en prioriteringsrekkefølge som håndterer manglende leveranse på enkelte områder.
- Tettere oppfølging fra Gartner (QA) i tråd med anmodning fra adm. dir.

#### *Tiltak 1: Styring av IKT prosjektene overføres til styringslinjen i sykehuset*

Styringen av IKT prosjektene knyttet til realisering av fusjonen er i forståelse med Helse Sør-Øst nå fullt overført fra en lokal/regional styringsgruppe inn i styringslinjen i sykehuset. IKT-direktør i Oslo universitetssykehus er ansvarlig for å lede arbeidet, og rapporterer status til Programkontoret for integrasjon hver fjortende dag på samme måte som de andre store prosjektene (Dag 2, Areal- og Overføringsprosjektene). Dette sikrer integrert styring og medfører mindre arbeid for prosjektet. Rapporteringen skjer sammen med prosjektleder for Dag 2, som er den viktigste premissleverandør til IKT i denne fasen. Det rapporteres også månedlig status til administrerende direktør.

Styringsgruppen for SIO-Realisering er avviklet ved at tillitsvalgte fra Oslo universitetssykehus er inkludert i den operative prosjektgruppen og ved at representantene for Helse Sør-Øst (IKT direktør og Klinisk IKT direktør) inviteres til rapporteringsmøtene med administrerende direktør. Sykehuspartner er også del

av operativ prosjektgruppe representert ved sin IKT direktør, men har ikke noen naturlig plass i styringslinjen ettersom de er leverandører.

Tiltak 2: Ny fokus i prosjektet for å sikre hovedleveranser for Dag 2

Ettersom hoveddelen av arbeidet med kontrakter og anskaffelser nå er ferdig, er interne ressurser nå i større grad fokusert på Dag 2 leveransene. Det er gjennomført analyse av hvor man har utfordringer på kapasitet, og truffet tiltak for å kompensere for dette. Per i dag arbeider ca. 70 personer heltid innenfor Oslo universitetssykehus for å realisere Dag 2, og behov utover dette dekkes av eksterne aktører.

”Forstyrrende elementer” er redusert ved at IKT-prosjekter nå ligger under Programkontoret for integrasjon, på samme måte som Dag 2-prosjektet. Behov for IKT-endringer som ikke umiddelbart understøtter Dag 2, men for eksempel er knyttet til flyttinger eller pågående prosjekter vurderes nå i Programkontoret. Gartner har også gjennomført et mer omfattende kvalitetssikringsarbeid blant annet i form av intervjuer med sentrale aktører i Oslo universitetssykehus. Dette blir presentert i styremøtet.

Tiltak 3: Økonomi

I desember 2009, styresak 169/2009, ble investeringsbehov for Dag 1 og Dag 2 estimert til 237 millioner kroner for 2009 og 2010. Dette estimatet har ikke endret seg men nye behov knyttet til integrasjonen kartlegges fortløpende. Investeringsbehovet for å etablere nødvendige IKT-løsninger knyttet til Dag1 og Dag2 er høyt og dette er krevende gitt sykehusets begrensede investeringsramme. Administrerende direktør vurderer likevel at dette er den eneste mulige løsning for å sikre at man oppfyller nødvendige lovkrav som fusjonert foretak, samt legger til rette for å kunne drifte Oslo universitetssykehus som ett funksjonelt integrert sykehus fra Dag 2.

Finansieringsmodellen er kompleks med delvis regional finansiering, egenfinansiering og aktivering av avskrivninger hos Sykehuspartner. Det påløper pukkelkostnader både hos Sykehuspartner og i Oslo universitetssykehus grunnet de store prosjektene. Det arbeides videre for å sikre at Helse Sør-Øst, Sykehuspartner og Oslo universitetssykehus fullt ut forstår de økonomiske konsekvensene av den finansieringsmodellen som er etablert

**Forslag til vedtak**

1. *Styret tar saken til orientering.*
2. *Styret understreker viktigheten av at integrasjonsprosessen gjennomføres som planlagt for å ha på plass forutsetningen for en funksjonelt integrert virksomhet til den 1. juni 2010.*

Oslo den 10. februar 2010

Siri Hatlen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.: 10. februar 2010

Dato møte: 17. februar 2010

Saksbehandler: Styresekretær

---

### **SAK 14/2010 MØTE MED BRUKERUTVALGET**

Styret har årlig møte med brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus. Møtet vil bli avviklet i forbindelse med styremøtet 17. februar 2010.

### **Forslag til vedtak**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo den 10. februar 2010

Siri Hatlen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.:	17. februar 2010
Dato møte:	10. februar 2010
Saksbehandler:	Direktør forskning og utvikling
Vedlegg:	(Rapporter tilgjengelig for styret ved henvendelse)

---

### **SAK 15/2010 SAMORDNING MELLOM BIRKELAND INNOVASJON AS OG MEDINNOVA AS - ANBEFALING OM SAMMENSLÅING**

Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus har i dag hver sin kommersialiseringsenhet for innovasjoner, Birkeland Innovasjon AS og Medinnova AS. En bredt sammensatt gruppe har utredet tettere samarbeid mellom de to kommersialiseringsenhetene. Gruppen hadde medlemmer fra Helse Sør-Øst, Universitetet i Oslo, Oslo universitetssykehus, Medinnova (observatør), Birkeland (observatør), Sørlandet sykehus og Helse Midt-Norge. Gruppen har levert sin rapport som er tilgjengelig for styret ved henvendelse.

Arbeidsgruppen har bygget på dokumenter fra en felles arbeidsgruppe fra de to selskapene, beslutningsgrunnlaget for de to styrene, juridiske vurderinger fra advokatselskapene Hjort og Wikborg & Rein og en verdivurdering av selskapene fra DHT Corporate Services. Gruppen anbefaler en sammenslåing av Medinnova og Birkeland gjennom etablering av et holdingselskap eid 50/50 av henholdsvis Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus. Arbeidsgruppen anbefaler at det nye selskapet får førsterett på kommersialisering av innovasjoner for både Universitetet i Oslo og for alle foretak i Helse Sør-Øst, og at dette arbeidet prioriteres etter vanlige, forretningsmessige prinsipper. Videre anbefales at selskapet får førsterett for forvaltning av forskningsfond og samarbeidsavtaler med industri for alle foretak i Helse Sør-Øst.

I tillegg har samme arbeidsgruppe, eksklusive representanter fra Universitetet i Oslo og Birkeland AS, vurdert eierskap og styring av Medinnova. Det anbefales at Oslo universitetssykehus som største bruker, er eier av Medinnova. Oslo universitetssykehus vil således være eier av 50 % av fusjonert Medinnova-Birkeland dersom fusjonen realiseres. Rapporten er tilgjengelig for styret ved henvendelse.

### **Arbeidsgruppens vurderinger og anbefaling**

#### Effekter av sammenslåing.

Arbeidsgruppen legger til grunn at en sammenslåing vil gi betydelige gevinster i

arbeidet med innovasjon i Helse Sør-Øst og Universitetet i Oslo. Det vil kunne tas ut økonomiske effektiviseringsgevinster, som er estimert til ca 3 mill. kroner i første driftsår, stigende til i underkant av 8 mill. kroner i 2015. Gjennom en slik effektivisering styrkes virksomhetens hovedmål. Videre har arbeidsgruppen identifisert en gevinst ved sammenslåing på over 150 innmeldte meldinger om oppfinnelser, samt en økning på minst 30 innovasjonsprosjekter i perioden 2010-2015. Gruppen mener selskapet bør ha som mål å bli den ledende kommersialiseringsaktør for regionen, gi grunnlag for tettere oppfølging av kunde og forskermiljøene, åpne for bredere og tettere næringslivsrelasjoner, samt ha gode forutsetninger for å hevde seg internasjonalt. Virksomheten bør ta mål av seg til å bli landets fremste aktør for kommersialisering av innovasjoner fra medisinsk og bioteknologisk forskning.

#### Etablering av et holdingselskap og utarbeidelse av aksjonæravtale

De ulike modeller for sammenslåing er vurdert av Advokatfirmaet Hjort, som i sin betenkning anbefaler en modell for sammenslåing med en initial opprettelse av et holdingselskap som eies 50/50 av henholdsvis Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus. Holdingselskapet skal være eier av Medinnova og Birkeland. Advokatfirmaet Hjort anbefaler dette som den enkleste modell for sammenslåing, med den største fleksibilitet for en senere overgang til en full fusjon mellom selskapene.

Eierne anbefales å inngå en aksjonæravtale som regulerer de vesentlige prinsipper for driften av selskapet, og for samarbeidet mellom eierne. Det anbefales at denne kommer raskt på plass og at det nedsettes en ny arbeidsgruppe som etablerer forslag til avtale. Gruppen har lagt fram føringer for innhold i aksjonæravtalen

Selskapet vil få en asymmetrisk oppdragsportefølje fra sine to eiere. Tilleggsaktiviteten fra sykehusene genererer et overskudd som anvendes til økt aktivitet på innovasjonssiden, mens Universitetet i Oslo for tiden kjøper tjenester for et sammenlignbart beløp. Arbeidsgruppen anbefaler at aksjonæravtalen fastslår at den ene eier ikke på urimelig måte skal subsidiere aktivitetene relatert til den andre eier, samtidig som eierne er solidarisk ansvarlige for så vel underskudd som overskudd av driften i selskapet basert på vanlige, forretningsmessige prinsipper. Universitetet i Oslo må forplikte seg til fortsatt kjøp av tjenester fra selskapet for et minimum av ni mill. kroner pr. år, som er den estimerte forskjellen på verdivurderingen av driften av de to selskapene, etter som Medinnovas utvidede rolle med forvaltning av fond og industrisamarbeidsavtaler bidrar til løpende finansiering av Medinnovas aktiviteter.

#### Styret

Ved verdifastsettelse på selskapene, utført av DHT Corporate Services, er det konkludert med et verdiforhold 54/46 for Medinnova/Birkeland. Likevel mener arbeidsgruppen at et 50/50 eierskap er å anbefale for å oppnå likeverdig styring mellom de to partene, og i lys av de premisser som er oppstilt i forhold til finansiering og drift av selskapet.

Gruppen har en grundig drøfting av spørsmålet om egenregi, det regionale ansvar som Helse Sør-Øst har, og de lange samarbeidsrelasjoner som er bygget opp mellom Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus. Eierstyringen av selskapet må skje på en slik måte at anskaffelsesreglenes krav til kontroll blir ivaretatt. Det innebærer

blant annet at eierne må sette rammer for virksomheten, herunder må selskapets vedtekter være av en slik karakter at det sikres tilstrekkelig kontroll over selskapet. Eierskapet, og den alminnelige styringsrett som aksjeloven gir, er i utgangspunktet ikke tilstrekkelig i seg selv. For Helse Sør-Øst RHF som indirekte eier, vil all eierstyring måtte skje via Oslo universitetssykehus HF.

Arbeidsgruppen mener det nye selskapet er avhengig av et næringslivsorientert, profesjonelt styre, som evner å se kommersielle hensyn og muligheter, som ser behovet for styrket innovasjon i offentlig sektor, som prioriterer etter muligheter for kommersiell suksess, og som videreutvikler et funksjonelt nettverk til investormiljøene. Arbeidsgruppen har gitt ytterligere anbefalinger knyttet til styresammensetning og ber om at dette omfattes av aksjonæravtalen.

Arbeidsgruppen som har vurdert eierskap og styring av Medinnova, anbefaler at aksjonæravtalen regulerer forutsetning om selskapets regionale ansvar for Helse Sør-Øst. Styringsmodellen forutsetter at alle saker av vesentlig betydning for eiernes forhold bringes opp til generalforsamlingen. Det forutsettes videre at Helse Sør-Øst RHF, i styringen over Oslo universitetssykehus, klargjør forutsetninger om at saker av vesentlig betydning tas opp med Helse Sør-Øst RHF.

#### Finansiering

Både Medinnova og Birkeland har ansvar for kommersialisering av innovasjoner i sine respektive organisasjoner. Dette innebærer at både Medinnova og Birkeland ivaretar den første og mest risikofylte del av prosessen fra idé til produkt (såkornfasen). Slik begge selskaper drives i dag, har de meget begrenset kapital, og i realiteten ikke mer enn til selskapsdannelse i de tilfeller det etableres et firma. Dette betyr at ved videre finansiering av oppstartselskaper, vil Medinnova og Birkeland nokså raskt bli utvannet til et nivå der styrende posisjoner, og senere andel i den vesentligste delen av verdiøkningen, svekkes. Konsekvensen er at den samlede innovasjonsaktiviteten har begrensede forutsetninger for å generere store overskudd. Erfaringen er at innovasjonsvirksomhet på dette nivået jevnt over er et underskuddsfortagende og at verdiskapningen mest kommer andre aktører i samfunnet til gode. Arbeidsgruppen peker på at med det samlede prosjektilfang den nye institusjonen vil få, er det større sannsynlighet for kommersiell suksess. Både Medinnova og Birkeland har lovende investeringer, selv om det er vanskelig å bedømme resultatet på kort og mellomlang sikt. Det påpekes også at risikoen ved alle virksomhetene i porteføljen er stor. Det foreslås derfor å sette porteføljene i de to selskapene til lik verdi. Universitetet i Oslo vil imidlertid fortsette et minimum årlig kjøp av tjenester for 9 mill. kroner fra selskapet. Under disse forutsetninger mener arbeidsgruppen at man må legge til grunn at eierne må være solidarisk ansvarlige overfor hverandre hva gjelder både tap og gevinster selskapet måtte få.

#### Industrisamarbeidsavtaler og fondsforvaltning

Birkeland og Medinnova har en forskjellig utgangssituasjon på dette området. Arbeidsgruppen vil anbefale at selskapet får fortrinnsrett til å forestå industrisamarbeidsavtaler og administrasjon av forskningsfond på vegne av Oslo universitetssykehus og de øvrige foretak i Helse Sør-Øst.

#### **Behandling av arbeidsgruppens rapport**

Styret i Medinnova og styret i Birkeland har behandlet og støtter arbeidsgruppens

anbefalte løsning. Saken vil bli behandlet i Samarbeidsorganet mellom Helse Sør Øst RHF og Universitetet i Oslo den 10. februar og i styrene for Universitetet i Oslo den 2. mars og i styret i Helse Sør-Øst RHF den 4.mars 2010.

### **Administrerende direktørs vurderinger**

Administrerende direktør støtter arbeidsgruppens anbefalinger. Sammenslåingen anbefales gjennomført ved å etablere et holdingselskap, med sikte på en senere full fusjon av selskapene. Holdingselskapet organiseres som aksjeselskap.

### **Forslag til vedtak**

- 1. Styret slutter seg til anbefalingen om at det arbeides videre med etablering av et felles holdingselskap for Medinnova AS og Birkeland innovasjon AS, eid av Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo i tråd med det som er redegjort for i denne saken.*
- 2. Styret ber om å bli forelagt forslag til aksjonæravtale og oversikt over transaksjonskostnader for Oslo universitetssykehus, før administrerende direktør gis fullmakt å stemme for etablering av holdingselskap på generalforsamling i Medinnova AS.*

Oslo den 10. februar 2010

Siri Hatlen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.:	9. februar 2010
Dato møte:	17. februar 2010
Saksbehandler:	VAD Økonomi og finans
Vedlegg:	Situasjonsplan

---

### **SAK 16/2010 – SALG AV GAUSTADSKOGEN BARNEHAGE**

Gaustadskogen barnehage ble bygget i 2006. Barnehagen ligger på Oslo universitetssykehus sin tomt gnr. 42 bnr. 140 i Gaustadveien 6G. Bygningen ble reist av Oslo universitetssykehus sitt datterselskap Barnehagebygg AS.

Fra 1. januar 2009 ble barnehagevirksomhet i foretakets regi avvirket i Gaustadskogen barnehage, og barnehagen er fremleid til Kanvas AS som står for driften av barnehagen.

#### **Salg av tomten med bygningen**

Tomten er regulert til barnehageformål og det er lite sannsynlig at den kan få strategisk verdi for Oslo universitetssykehus, selv i et langt perspektiv. Se vedlagte situasjonsplan.

Det arbeider ingen ansatte ved Oslo universitetssykehus i barnehagen og et salg vil ikke berøre sykehusets løpende avtaler med Kanvas AS eller ansattes rett til barnehageplass.

Å eie barnehager er ikke kjernevirksomhet for Oslo universitetssykehus. I arbeidet med å redusere ekstraoppgaver for foretaket vil det være riktig å gi fra seg administrasjonsoppgavene knyttet til eiendommen Gaustadskogen barnehage og selskapet som eier barnehagebygningen. I tillegg til reduksjonen i oppgaver er det forventet at et salg av tomten med bygningen vil realisere en gevinst i størrelsesorden 5 millioner kroner for Oslo universitetssykehus.

Gevinsten er estimert under forutsetning av salg av tomt med bygning. Et slikt salg gjennomføres enklest ved et samlet salg av tomten og Barnehagebygg AS som eier bygningen. Barnehagebygningen er selskapets eneste aktiva av betydning og selskapet har ingen andre oppgaver enn å forvalte bygningen.



Eiendommen er regulert som barnehage. Vurderingen er at det ikke er mulig å få omregulert for eventuelt å øke verdien på eiendommen før salg. Megler anslår, blant annet ut fra nøkkeltall fra Husbanken, at et salg av Gaustadskogen barnehage vil gi en salgssum på rundt 35 millioner kroner.

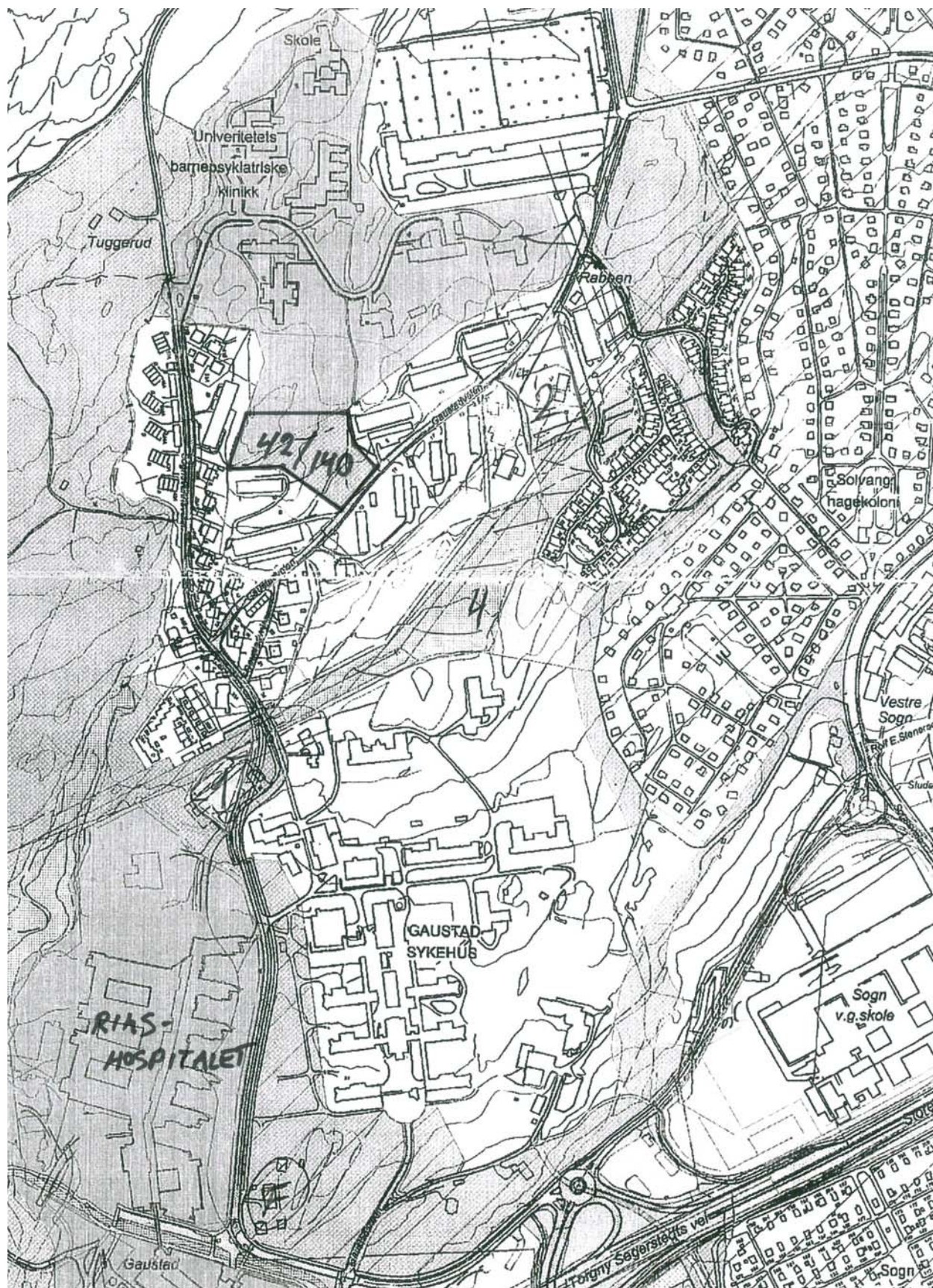
**Forslag til vedtak:**

1. *Styret samtykker i salg av Barnehagebygg AS samt eiendommen gnr. 42 bnr. 140 i Oslo kommune.*
2. *Styret ber administrerende direktør oversende anbefalingen om salg av eiendommen til Helse Sør-Øst RHF for fremleggelse for foretaksmøte i det regionale heleforetaket før vedtak treffes i foretaksmøtet i Oslo universitetssykehus HF.*
3. *Styret ber administrerende direktør om å iverksette salgsgjennomføringen straks nødvendig vedtak foreligger.*

Oslo, 9. februar 2010

Siri Hatlen

**Vedlegg 1** Gaustadskogen barnehage, Gaustadveien 6G  
Gnr. 42 brnr 140





# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.: 9. februar 2010

Dato møte: 17. februar 2010

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Ingen

---

### **SAK 17/2010 – OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS SINE EIERANDELER I SELSKAPER**

Nedenfor gis en oversikt over Oslo universitetssykehus sine eierandeler i selskaper og en kort beskrivelse av selskapene.

Økonomisk resultat i datterselskapene inngår i den månedlige rapporteringen i helseforetaket og videre til Helse Sør-Øst og departement. Orienteringen nedenfor baserer seg på økonomiske størrelser fra 2008. Styret vil bli orientert om resultater for 2009 etter hvert som det avholdes generalforsamlinger i selskapene utover våren.

#### **Organisering av virksomhet i datterselskaper**

Helseforetak kan eie virksomhet organisert i selskaper. Det er en forutsetning for eierskap at selskapene er egnet til å fremme foretakets formål. Selskap som ikke yter spesialisthelsetjenester skal være organisert som aksjeselskap.

Organisering av virksomhet i datterselskaper kan tjene flere formål.

Organiseringen av virksomhet i datterselskaper reduserer styringsspenntet i foretaket og frigjør tid til fokus på kjernevirksomheten.

Det er en erfaring at når virksomhet som har rammebetingelser til det, organiseres som et selskap med selvstendig ansvar og eierskap til egen økonomi, så er det både disiplinerende og forløsende i forhold til virksomhetens resultater.

Organisering av virksomhet i egne datterselskaper har også vært et alternativ som gjør at virksomhet kan opprettholdes som egen i stedet for å sette virksomheten bort til eksterne tilbydere.

#### **Sophies Minde Ortopedi AS**

Sophies Minde ortopeditekniske verksted har sitt utspring i en privat yrkesskole fra 1892 og ble senere overtatt av en stiftelse for så å bli en integrert del av den statlige sykehusvirksomheten ved Statens Senter for Ortopedi. Virksomheten ved dette

sykehuset ble slått sammen med Rikshospitalet i 1995. Selskapet ble stiftet 29. september 2003. Oslo universitetssykehus eier alle aksjene i selskapet.

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

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

Selskapet har i 2008 hatt flere studenter utplassert i praksis fra Salford University UK og Høgskolen i Oslo, i tillegg til medarbeidere fra Queen Elisabeth Hospital i Malawi (i samarbeid med Fredskorpset) samt egne lærlinger. Selskapet har inngått en partnerskapsavtale med Høgskolen i Oslo der det forplikter seg til å ta i mot ortopediingeniørstudenter til praksis under utdannelsen.

Styret har seks medlemmer. Styreleder Torunn Aass Taralrud, nestleder Hans Erik Lie, Trine Sand Kaastad, Vera Halvorsen, Runar Vestli, og Heidi Lyrstad. Trine Sand Kaastad er ansatt i helseforetaket.

Selskapet har en solid og likvid økonomi og hadde i 2008 en omsetning på 82 millioner kroner og et overskudd på 5,6 kroner. Selskapet sysselsatte 74 årsverk.

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

### **Barnehagebygg AS**

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

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

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

Styret har tre medlemmer. Styreleder Nina Lidhal (ekstern), Geir Teigstad og Øystein Solheim Lien. Selskapet hadde i 2008 en omsetning på 4,7 millioner kroner og et underskudd på 136 000 kroner. Selskapet har en ansatt på deltid.

I sak 17/2009 foreslås det at Oslo universitetssykehus selger selskapet med bygget og eiendommen.

**Sykehotell AS**

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

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

Selskapet har oppført et tilbygg til sykehotellet på Rikshospitalet. Tilbygget inneholder 35 rom, hovedsakelig dobbeltrom og ble tatt i bruk 1. juli 2008. Totalt antall rom i hotellet på Rikshospitalet er etter det 125. Selskapet har en utleieavtale med driftsoperatør Omsorg Øst AS til utgangen av 2010.

Styret er det samme som i Barnehagebygg AS. Selskapet hadde i 2008 en omsetning på 7,5 millioner kroner og et underskudd på 321 000 kroner. Selskapet har en ansatt på deltid.

**Radiumhospitalets Parkeringsselskap AS**

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

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

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

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

Styret har tre medlemmer. Styreleder Esther Nygaard Norseth, Sine Kari Braanaas og Hans Erik Lie. Styreleder er ansatt i helseforetaket, de to andre er eksterne. To kvinner og en mann. Selskapet hadde i 2008 en omsetning på 14,8 millioner kroner og et overskudd på 166 000 kroner. Selskapet har ingen ansatte.

**Norsk medisinsk syklotronsenter AS**

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

Formålet er produksjon og utvikling knyttet til radiofarmaka for medisinsk og forskningsmessig bruk, samt annen virksomhet i naturlig tilknytning til dette. Selskapet er lokalisert i et bygg integrert som en del av hovedbygningen på

Rikshospitalet. Selskapet har også virksomhet på Radiumhospitalet i forbindelse med en PET-skanner.

Virksomheten baserer seg på at selskapet eier og driver en syklotron. Isotopene fra syklotronen selges videre til bruk i medisin og forskning. GE-Healthcare AS viderefører isotopene til bruk i pasientundersøkelser. Sykehus over hele landet kjøper i siste instans de radioaktive midlene til bruk ved pasientundersøkelser, såkalte PET-scanninger. Selskapet arbeider også med å tilrettelegge for forskning og utbyggingen av forskningsfasiliteter.

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

Året 2008 var selskapets andre fulle driftsår som ga et overskudd på kr 6,7 millioner kroner. Styret har seks medlemmer. Styreleder Stein Holst Annexstad, nestleder Paulina Due-Tønnesen, Leif Gjerstad, Jan Bjålie, Elisabeth Li Pedersen og Heidi Lyse Eimot. Tre eksterne og tre ansatte ved helseforetaket. Tre kvinner og tre menn. Det er fem personer ansatt i selskapet, 3 kvinner og 2 menn.

### **Medinnova AS**

Selskapet var opprinnelig stiftet i 1986 som et statsforetak i tilknytning til Rikshospitalet men ble den 1. november 2003 omgjort til et aksjeselskap. Oslo universitetssykehus eier alle aksjene i selskapet.

Selskapets formål er å bidra til en effektiv utnyttelse av forskningsressursene innen Bio-medisin og helse med Oslo universitetssykehus og tilsvarende allmennyttige forskningsmiljøer. Selskapet tilbyr blant annet administrasjon av forskningssamarbeid og hjelp til produktutvikling og kommersialisering av forskning. Selskapet skal også bidra til å skaffe økte forskningsmidler til allmennyttig forskning innen bio-medisin og helse.

Selskapet hadde i 2008 en omsetning på 82 millioner kroner og et underskudd på 6,7 millioner kroner. Selskapet har vært inne i en vekstfase der antall brukere er utvidet. Selskapet har økt antall ansatte slik at Medinnovas personalkostnader har økt i forhold til tidligere år. Resultatet i 2008 fra finansielle poster var betydelig redusert i forhold til tidligere, blant annet gjennom nedskrivning av finansielle anleggsmidler. Selskapet skal ikke gi utbytte til eierne og har skattefritak. Selskapet driver uten tilskudd fra Oslo universitetssykehus HF.

Medinnova har inngått avtale med Helse Sør-Øst om å være kommersialiseringsenhet for alle helseforetak i regionen. Som følge av dette er, etter oppfordring fra Helse Sør-Øst, forskningsdirektør i Helse Sør-Øst Annetine Staff valgt inni styret på generalforsamling 25. januar 2010. Styret har etter det seks medlemmer. Styreleder Peter Pay, nestleder Wenche Marie Olsen, Erik Fosse, Siri Fürst, Knut Kaasen og Annetine Staff. En ansatt i helseforetaket, en ansatt i Helse Sør-Øst og fire uten ansettelse i foretaksgruppen. Blant medlemmene er det tre kvinner og tre menn.

Når det gjelder prosesser vedrørende selskapet vises det for øvrig til sak 16/2010 om samordning mellom Medinnova og Birkeland Innovasjon AS.

**Vurdering**

Som det fremgår i gjennomgangen ovenfor er formålet til alle datterselskapene knyttet opp mot Oslo universitetssykehus sin virksomhet. Skulle eierskap i et selskap i fremtiden ikke lenger ha en slik sammenheng med formålet og virksomheten i helseforetaket, vil saken bli tatt opp i styret for behandling av om Oslo universitetssykehus skal avslutte sitt eierskap.

**Forslag til vedtak**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo den 9. februar 2010

Siri Hatlen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.: 9. februar 2010

Dato møte: 17. februar 2010

Saksbehandler: Styresekretær

---

### **SAK 18/2010 VIRKSOMHETSSTYRING I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS**

Som del av integrasjonsarbeidet ble det i 2009 arbeidet med å få på plass en felles, enhetlig modell og systematikk for virksomhetsstyring i Oslo universitetssykehus.

Fra årsskifte har foretaket en organisasjonsstruktur etter felles prinsipper. Det er utarbeidet lederkrav og ledelsesprinsipper med entydige roller og ansvar i ledelsen. Sentrale ledelsesprosesser med formaliserte vedtaksrutiner foreligger. Foretaket har en gjennomgående fullmaktstruktur, behandlet av styret i desember. Nødvendige råd, utvalg og fora er på plass. Det er utarbeidet et felles sett av retningslinjer og styrende dokumenter, og en felles metodikk og systemer for rapportering, måling og oppfølging av nøkkelparametre og risiko etc. Det er også lagt vekt på god sammenheng mellom virksomhetsstyringen i Oslo universitetssykehus og eiers og omgivelsenes forventning til rapportering og informasjon etc.

Det vil bli arbeidet videre med modellen i 2010, blant annet i forhold til en endelig avklaring av interne råd og fora og videre sammenstilling mot eier og fellesregionale tjenesteleverandører og strategiske fora foretaksgruppen.

#### **Oppfølging av resultater**

Nedenfor gis en kort orientering om oppfølging av klinikkenes resultater.

Gjennom den løpende resultatrapporteringen i foretaket får klinikkleder informasjon om klinikkens aktivitet og økonomi og hvordan den er i forhold til periodisert plan og budsjett. Det gir grunnlag for å følge opp med styringstiltak. Klinikkleder har, innenfor overordnede føringer og målsetninger for foretaket, stor frihet til interne omdisponeringer og tilpasning av løpende virksomhet for å oppnå resultater.

Administrerende direktør og stabsdirektørene har en oppfølgingsrolle i forhold til årsplan og budsjett for foretaket og har oppfølgingsmøter med klinikkene. I disse møtene tas det også opp styrings- og koordineringssaker som utvikling i klinikkens virksomhet og samhandling med andre klinikker og foretakets virksomhet som hele.



Tidspunkt og frekvens på oppfølgingsmøtene er satt i sammenheng med rapporteringsrutinene ellers i foretaket. I tillegg til enkle ukentlige aktivitetsrapporter for hver klinikk er den løpende rapporteringen i foretaket inndelt i månedsrapporing og utvidete tertialrapporteringer:

#### Ukentlige aktivitet og driftsoppfølgingsmøter

Det avholdes ukentlig fellesmøte med alle de kliniske klinikkene pluss medisinske støtteklinikker om aktiviteten i foregående uke. Møtene har en varighet på inntil to timer.

#### Månedlig resultatoppfølgingsmøter

Det holdes møter med de enkelte klinikkene i forbindelse med månedsrapporingen. Møtet behandler resultater, tiltak, driftskoordineringer og annet. Det settes opp to timer til hvert møte. Resultatrapportene foreligger senest den 15. i hver måned og møte avholdes i uke 3 hver måned utenom i juli.

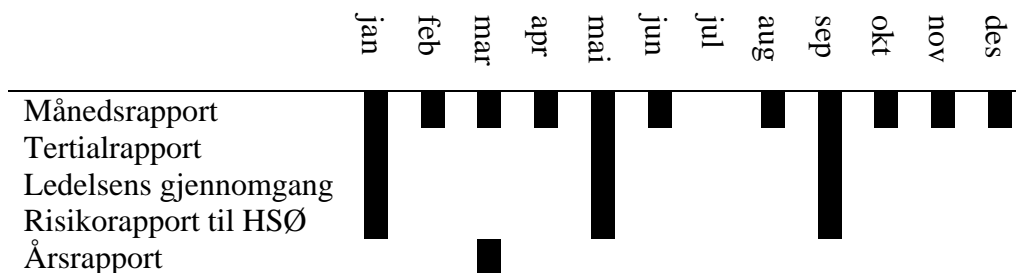
#### Tertialvise oppfølgingsmøter

For hvert tertial utvides de månedlige oppfølgingsmøtene med klinikkene. Tertialmøte har bred rapportering og tar opp resultater, tiltak, risiko, kvalitet, driftskoordineringer og utfordringer fremover. Det settes opp tre timer til hvert møte. Tertialmøtene avholdes i uke 3 i januar, mai og september.

#### Andre oppfølgingsmøter

Det er en målsetning å presentere oppdaterte resultater på styremøtene som derfor fortrinnsvis avholdes i perioden 25. til 31. i måneden. I desember avholdes styremøte i tide før julehelgen.

Det er en målsetning å få innpasset oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst RHF slik at de holdes rett etter styremøtene i slutten av måneden eller helt i begynnelsen av neste måned.



#### **Forslag til vedtak**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo den 9. februar 2010

Siri Hatlen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.: 10. februar 2010

Dato møte: 17. februar 2010

Saksbehandler: Styresekretær

---

### **SAK 19/2010 ANDRE ORIENTERINGER**

Følgende legges frem til orientering:

- Nytt styre i Krefregisteret (vedlegg)
- Etablering av rusakuttmottak (vedlegg)
- Status gave PET/CT (i møte)
- Faglig gjennomgang av Nevrokirurgisk avdeling (i møte)
- Gjennomgang av systemer og rutiner vedrørende journaler (vedlegg)
- Organisering av hjertekirurgi (i møte)
- Prosess for etablering av internrevisjonsplan 2010 konsernrevisjon (i møte)

### **Forslag til vedtak**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, 10. februar 2010

Siri Hatlen

# Oslo universitetssykehus HF

## NYTT STYRE I KREFTREGISTERET

I møte den 17. desember 2009, sak 179/2009, ga styret administrerende direktør fullmakt til, sammen med styreleder i Oslo universitetssykehus HF, å oppnevne et nytt styre for Kreftregisteret.

Nytt styre er nå valgt og vil vil i perioden 16. januar 2010 til 31. desember 2011 bestå av følgende medlemmer:

Tove Strand (leder)	Viseadministrerende direktør Oslo universitetssykehus
Trine Magnus	Helse Nord
Stig Slørdahl	Helse Midt-Norge
Olav Dahl	Helse Vest
Stein Kvaløy	Helse Sør-Øst
Harald Arnkvern	Ekstern
Gro Seim	Ekstern
Unn Elisabeth Hestvik	Ansatt Kreftregisteret
Tom K Grimsrud	Ansatt Kreftregisteret

I sammensettingen av styret er det lagt vekt på at styret skal underbygge Kreftregisterets nasjonale oppgave og faglighet og de foreslåtte medlemmene er fremkommet etter å ha innhentet forslag til styremedlemmer fra de regionale helseforetakene.

Styret vil ha sitt første møte 17. februar 2010.

# Oslo universitetssykehus HF

## **RUSAKUTT - STATUS**

Rusakuttens fagteam ble etablert medio desember og har vært i drift på vanlig dagtid fra 1. januar. Det har vært jobbet med etablering av faglige rutiner og opplæring av teamet. Per 31. januar er det registrert 64 polikliniske konsultasjoner, samt 16 telefonkonsultasjoner.

Det jobbes med informasjon og etablering av samarbeidsrutiner overfor sykehusets øvrige avdelinger – både somatikk og psykiatri - og andre samarbeidspartnere, herunder Oslo legevakt. Det er laget en informasjonsbrosjyre som nå distribueres. Registrering i pasientjournalssystemet er kommet i orden, slik at aktivitetsrapporteringen heretter skjer elektronisk. Det er også etablert muligheter for elektronisk henvisning.

Rusakutten omfatter også et inntaksteam som vurderer henvisninger til avgiftningstilbudene for henholdsvis alkohol og narkotika. Det er i januar mottatt 300 henvisninger, de fleste fra fastleger og sosialkontor. Alle henvisninger er vurdert med hensyn til hastegrad innen 24 timer mandag til fredag. De fleste henvisninger er da ferdig vurdert med frist, mens i et fåtall henvisninger må det innhentes ytterligere opplysninger før vurdering kan foretas. Disse avklares som regel innen 3 dager.

Det jobbes aktivt med å kvalitetssikre alle rutiner. Dette gjelder postgang/scanning, pasientjournalssystem, tekniske rutiner, kommunikasjon og koordinering i forhold til pasientflyt til alle enheter. Dette gjelder også involvering av fagteam og samkjøring av vurderinger, både elektivt og akutt.

Arbeidet med etablering av Rusakuttens sengepost (12 senger) i allokerte lokaler går etter planen. Planleggingen omfatter også faglig innhold og rutiner. Rusakuttmottaket åpner august 2010.

Helse Sør-Øst RHF

Deres ref.: 10/00127-8/431

Vår ref./saksbeh./dir.tlf.:

/Einar S. Hysing/41525412

Dato: 01.02.10

## **Ivaretagelse av pasientrettigheter – Oslo universitetssykehus svar på spørsmål om sykehusenes rutiner og praksis.**

Etter mottatt henvendelse fra Helse Sør-Øst har det vært hentet inn opplysninger gjennom systemeier klinisk IKT og IKT-direktør som har samarbeidet med Sykehuspartner, juridisk enhet, analyseenheten, ledere for internkontroll, intern revisjon og pasientsikkerhet.

### **Konklusjon:**

Oslo universitetssykehus har hittil ikke funnet noen indikasjoner på systemfeil som hindrer ivaretagelse av pasientrettighetene. Det er bare i to av de fire pasientadministrative systemene som brukes ved Oslo universitetssykehus at det er mulig å forlenge fristene. Det er bare i ett av disse at det er mulig å kjøre spørreprogram for å finne endrede frister. Det er DIPS som brukes ved Aker universitetssykehus. Denne spørreundersøkelsen kjøres kommende natt og rapportene vil derfor bli ettersendt i morgen. I forbindelse med Dag 2 (01.06.10) i Oslo universitetssykehus sitt integrasjonsprogram vil alle rutiner gjennomgås. I dette arbeidet vil Oslo universitetssykehus medta all lærdom som kommer ut av denne gjennomgangen i alle helseforetak.

- 1. Har foretakene etablert rutiner og praksis for mottak og registrering som sikrer at henvisningene vurderes rettidig og av rett faginstans (pasientrettighetsloven § 2-2 jfr § 2-1).*

Oslo universitetssykehus ble dannet 01.01.09. I 2009 drev de tre fusjonerte foretakene Aker universitetssykehus, Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus drift som tidligere. Fra og med 01.01.10 driftes Oslo universitetssykehus som en organisasjon med ny organisering. På grunn av manglende tverrgående kliniske IKT-løsninger er det bestemt at pasientbehandlingen skal foregå på samme sted som tidligere inntil Dag 2 i integrasjonsprogrammet – 01.06.10.

Alle de tre fusjonerte foretakene har prosedyrer for mottak og behandling av henvisninger. Det er satt i gang et større arbeid for å fusjonere og oppdatere alle prosedyrer. Dette samkjøres med omleggingen av pasientadministrative systemer (se nedenfor). Denne henvendelse og eventuelle forbedrende tiltak som kommer frem fra andre foretak vil bli tatt inn i dette arbeidet.

Oslo universitetssykehus har fokus på at overgangen til ny organisering ikke skal skape forsinkelser i mottak/behandling av henvisninger. Dette er tatt opp på ledermøter og vil bli fulgt opp.

2. Har det forekommet endringer i frist for rett til nødvendig helsehjelp etter at denne er satt (jfr. Pkt 1), og i så tilfelle i hvilket omfang? Hvis ja, er eventuelle endringer sporbare og medisinsk begrunnede?

Oslo universitetssykehus benytter i dag 4 hoved-PAS (pasientadministrative systemer) for registrering og oppfølging av henvisninger. Disse er:

- IMX ved Radiumhospitalet (planlegges 8.03.10 erstattet av PasDoc)
- PasDoc ved Ullevål universitetssykehus
- DIPS ved Aker universitetssykehus (planlegges på sikt erstattet av PasDoc)
- PiMS ved Rikshospitalet (planlegges 01.06.10 erstattet av PasDoc)

I tillegg finnes det ett mindre fagsystem, BUP-data, som også fungerer som pasientadministrativt system.

Hvert enkelt pasientadministrativt system har forskjellige brukergrensesnitt og systemer for å registrere (og potensielt endre) informasjon. Nedenfor er tabellarisk oppført hva undersøkelsene og forespørselen til Sykehuspartner har funnet om de forskjellige pasientadministrative systemene. Med script menes en spørring for å få en rapport.

System	Fristdato kan endres	Logges	Script mottatt	Brev
DIPS	Ja	Ja	Mottatt 29.01	Ved innkalling sendes orientering om rettigheter.
PiMS	Ja	Nei	Ikke mulig	Ved innkalling sendes orientering om rettigheter.
PasDoc	Nei, kun i skjerpende retning	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Ved innkalling sendes orientering om rettigheter.
IMX	Nei, kun systemadministratorer	Nei	Ikke mulig	Ikke vedlegg om rettigheter i innkallingsbrev. Rettigheter opplyses i brev ved brudd

Det er altså bare i to av de fire systemene det er mulig å forlenge tidsfristene, PiMS og DIPS. Det er bare i DIPS det er mulig å kjøre en spørring. IKT-avdelingen har i samarbeid med Sykehuspartner IKT og leverandør DIPS ASA mottatt aktuelle script og blitt enig om hvordan dette kan kjøres med lav risiko. I løpet av kommende natt vil det kjøres en indeksering av DIPS databasen og i løpet av morgendagen vil så det aktuelle scriptet kjøres. De aktuelle rapportene vil derfor først foreligge i morgen. Bård Lilleeng Helse Sør-Øst er kontaktet om dette. Han ønsket vårt foreløpige svar i dag og ettersendelse av aktuelle svar fra rapportene i morgen.

Aker universitetssykehus har tidligere påvist en svakhet i DIPS som det redegjøres for her da den er av interesse for saken og da det er spurt om den av Hans Nielsen Hauge, Helse Sør-Øst. Aker universitetssykehus oppgraderte til DIPS-versjon 4.2 i 2008 som bl.a. inneholdt en mulighet for valg av henvisningstype "utredning av rett til helsehjelp". Denne var ment benyttet i de tilfellene der man vil kalle inn pasienten for vurdering om han/hun har rett til helsehjelp (primært beregnet på psykisk helse og rusbehandling). "Utredning av rett til helsehjelp" må her skilles fra henvisningstype "Utredning", hvilket benyttes i de fleste tilfeller der man gir pasienten en rett til utredning og således en rett til helsehjelp. Valgene "Uredning" og "Utredning av rett til helsehjelp" kunne forveksles når henvisninger skulle vurderes. Dersom bruker av systemet ved en feiltagelse først velger henvisningstype "Utredning av rett til helsehjelp" blir "Frist for utredning av helsehjelp" automatisk satt til 6 uker eller 30 virkedager etter mottatt-dato på henvisningen. Hvis man retter opp henvisningstype til "Utredning" blir ikke dato (som automatisk er satt) borte. Denne blir først overstyrt når man velger "Prioritet" for utredningen. Feilen er altså at fristdato blir hengende igjen selv om man har rettet opp henvisningstype. Dette betyr at pasienter som har en prioritet som tilsier frist for helsehjelp satt til 2, 3 eller 4 uker vil få en lengre frist enn de ellers skulle hatt, andre pasienter vil få en kortere frist enn de ellers skulle hatt. Når man ved gjennomgang av ventelister oppdager denne feilen og går inn i henvisningsbildet og setter prioritet

vil fristdato endre seg. Denne saken ble meldt til DIPS 04.11.08 (saksnummer 42135) og Aker universitetssykehus fikk tilbakemelding om at feilen var rettet 18.03.09 i versjon 4.3, men denne versjonen har ikke Aker universitetssykehus. Aker universitetssykehus oppgraderer til versjon 5.1 i februar 2010. I tillegg til dette fikk Aker universitetssykehus den 04.11.08 endret navn på standardtekst på henvisningstypen fra "Utredning av rett til helsehjelp" til "Rettighetsvurdering (utredning av rett til helsehjelp)", for å unngå å registrere feil/forveksle denne med henvisningstypen "Utredning".

3. *Får pasienter som er gitt rett til nødvendig helsehjelp alltid brev med informasjon om sine rettigheter etter pasientloven (både individuell og generell informasjon)? Jfr også anbefalte maler fra Helsedirektoratet, revidert juni 2009.*

Alle prosedyrer ved de tre tidligere foretakene ivaretar dette. Oslo universitetssykehus har i dag flere forskjellige maler for pasientbrev beregnet på forskjellige pasientgrupper og pasientadministrative systemer. Det er og forskjell på i hvilken grad det må legges ved vedlegg til brevene om rettighetene. Som en del av integrasjonsprosessen er det nedsatt en arbeidsgruppe som skal lage nye maler tilpasset endringen i pasientadministrative systemer Dag 2 (01.06.10) og der Helsedirektoratets reviderte maler innarbeides.

4. *Fremkommer det informasjon i avvikssystemet eller pasientklager som kan tyde på at pasienter har kommet senere til behandling og oppfølging enn det som vurderes som medisinsk forsvarlig?*

Oslo universitetssykehus har etablert et nytt elektronisk avvikssystem som innehar mulighet for registrering og håndtering av pasientadministrative avvik. Dette var og tilfelle for de ulike avvikssystemene ved de tre tidligere foretakene. Det fremgår av systemene at pasientadministrative avvik registreres. Sykehuset har berettiget grunn til å anta at forsinkelser i mottak av pasienter med medisinske konsekvenser for pasienten vil bli registrert i systemet. I henhold til nivå 1 prosedyre er slike avvik registreringspliktige:

"Registreringsplikten gjelder uønskede hendelser og forhold som har skadet, kunne ha skadet eller kan skade pasienter. Plikten gjelder ikke bare den pasientnære diagnostikk, behandling og pleie, men også håndtering av medisinsk informasjon og annen pasientadministrasjon."

Oslo universitetssykehus har rutiner for håndtering av klager fra pasienter. Når det gjelder klager fra pasienter på frister eller forsinkelser m.v. så representerer dette en heterogen gruppe saker som i varierende grad kommer innenfor det som etterspørres fra Helse Sør-Øst. Ved en gjennomgang av avvik og klager fra pasienter er det funnet noen få avvik der pasienten er kommet for sent til behandling, hvorav enkelte med medisinske konsekvenser. Dette representerer unntak og Oslo universitetssykehus har ikke funnet noen indre sammenheng mellom disse avvikene. Det er også registrert avvik i det interne pasientforløpet som enkelte ganger har fått konsekvenser for pasienter.

Et eget saksområde er klager på for lang ventetid på kirurgisk behandling av prostatakrefte. Det dreier seg her om et nytt behandlingstilbud som ikke har hatt kapasitet til å møte en uventet stor tilsøkning. Oslo universitetssykehus har vært i dialog med Helse Sør-Øst om dette og arbeider med å utvide kapasiteten.

Vennlig hilsen

Einar S. Hysing (s)  
Prosjektdirektør medisin og helsefag, dr. med.  
Oslo universitetssykehus