

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

| | |
|------------|--|
| Møtenavn: | Styremøte |
| Dato møte: | 27.10.2011 |
| Møtetid: | Kl. 08.00 – 16.00 |
| Møtested: | Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet, Forskningsbygget, seminarrom 1 og 2, 1.etg. |

SAKLISTE

- Sak 109/2011: Godkjenning av innkalling og sakliste
- Sak 110/2011: Godkjenning av protokoll styremøte 29.9.2011
- Sak 111/2011: Godkjenning av protokoll lukket behandling styremøte 29.9.2011
- Sak 112/2011: Beslutningssak: Foretaksprotokoll fra foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF 20.10.2011
- Sak 113/2011: Beslutningssak: Økonomi - og aktivitetsrapport per september
- Sak 114/2011: Temasak og beslutningssak: Budsjett 2012
- Sak 115/2011: Beslutningssak: Revisors nummererte brev til ledelsen etter årsoppgjørrevisjonen 2010
- Sak 116/2011: Beslutningssak: Områdeplan IKT
- Sak 117/2011: Orienteringssak: Behandlingstilbud innen rus og psykisk helse
- Sak 118/2011: Orienteringssak: Ventelistehåndtering
- Sak 119/2011: Beslutningssak: Avsluttet byggeprosjekt - Forskningsbygg
- Sak 120/2011: Orienteringssak: Administrerende direktørs orienteringer
- Sak 121/2011: Orienteringssak: Prosess ansettelse av administrerende direktør

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 27. oktober 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Sakliste

**SAK 109/2011: BESLUTNINGSSAK
 GODKJENNING AV INNKALLING OG
 SAKLISTE**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 20. oktober 2011

Jan Eirik Thoresen

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll – styremøte

| | |
|-----------|---|
| Møtenavn: | Styremøte |
| | 29. september 2011 kl. 08.00 – 14.00 Radiumhospitalet, Forskningsbygget |
| Referent: | Randi Borgen |

Til stede:

Göran Stiernstedt, leder
Odd Christopher Hansen, nestleder
Gro Balas
Ellen Christine Christiansen
Tor Ingebrigtsen
Anders Utne

Asmund Magnus Bredeli, ansattvalgt
Rita von der Fehr, ansattvalgt
Merete Norheim Morken, ansattvalgt
Svein Erik Urstrømmen, ansattvalgt
Bjørn Wølsted-Knudsen, ansattvalgt

Forfall: Marianne Borgen, Guro Fjellanger, Barbro Lill Hætta

Til stede fra Brukerutvalget: observatør Nina Adolfsen

Til stede fra konsernrevisjon i Helse Sør-Øst RHF: Helge Storhaug

Til stede fra administrasjon: Jan Eirik Thoresen, Morten Reymert, Tove Strand, Rolv Økland, Jørgen Jansen, Einar Hysing, Anne-Margrethe Svanes, Eva Bjørstad, Christina Rolfheim Bye, Erik Carlsen m.fl.

Sak 94/2011 Godkjenning av innkalling og saksliste

Utsendt sakliste ble supplert med to nye saker som ble lagt fram i møtet; sak 108 og sak 109.

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 95/2011 Godkjenning av protokoll ekstraordinært styremøte 19.08.2011

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokollen fra ekstraordinært styremøte 19. august 2011.

Sak 96/2011 Godkjenning av protokoll lukket behandling ekstraordinært styremøte 19.08.2011

Behandlet i lukket møte jfr. offentleglova § 23.

**Sak 97/2011 Beslutningssak
Ledelsens gjennomgang 2 tertial**

Ledelsens gjennomgang er virksomhetsstyring satt i system og praksis og foregår i dialogmøter mellom ledernivåene i foretaket. Risikostyring og internkontroll er et sentralt element i dette. Ledelsens gjennomgang gir kunnskap om en har målrettet og effektiv drift, rapporterer pålitelig styringsinformasjon og etterlever lover og regler. Saken omhandler gjennomgang av 2 tertial 2011 med bestemte områder som klinikkenes resultater med spesielt fokus på bemanningsreduksjon og tiltak, klinikkenes risikovurdering og budsjett 2012 med fokus på tiltak høsten 2011 – bemanningskrav.

Gjennomgangen viser at det har vært stor fokus på drift..

Det samlede risikobildet viser svær høy risiko knyttet til økonomisk resultat i 2011 samt samlede økonomisk bærekraft for foretaket. Gjennomføring av omstilling og utvikling i tråd med oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF vurderes som høy risiko i tillegg til arbeidsmiljø og omstilling og manglende IKT integrasjon på viktige områder. Det arbeidet målrettet i klinikkene med å sikre pasientene forsvarlig behandling.

Det ble gitt en kort presentasjon av direktør fag og pasientsikkerhet Eva Bjørstad. Det ble opplyst at en i saken skal se bort fra tabell i vedlegg 2 (s. 40) som ikke er verifisert.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar ledelsens gjennomgang for 2. tertial 2011 til etterretning.
2. Styret er svært fornøyd med at organisasjonen har stort fokus på pasientforløp og pasientsikkerhet i en krevende omstilling.
3. Styret berømmer sykehusets ansatte for stor innsats og god pasientbehandling i forbindelse med 22.07.
4. Styret forventer at de ansattes arbeidsmiljø blir ivaretatt på en fullt ut forsvarlig måte.
5. Styret ser alvorlig på brudd på arbeidstidsbestemmelsene i sykehuset og forventer at relevante tiltak blir iverksatt.

Stemmeforklaring fra styrerepresentantene Aasmund Magnus Bredeli, Rita von der Fehr, Merete Norheim Morken, Svein Erik Urstrømmen og Bjørn Wølstad-Knudsen:

Ansattrepresentantene mener det økonomiske fokus har medført at risikoanalysen for 2 tertial viser en så betydelig forverring at særskilte tiltak må iverksettes og deretter evalueres og justeres fortløpende.

Sak 98/2011 Beslutningssak Økonomi- og aktivitetsrapport per august

Saken beskriver rapportering av aktivitet i virksomheten for august med årsaksanalyse med utgangspunkt i mål og krav for virksomheten innen pasientbehandling og aktivitetsdata, økonomisk resultat og ressursbruk, bemanning og sykefravær samt investeringer og likviditet. Rapporteringen inkluderer situasjonen ut fra utvalgte styringsparametre som korridorpatienter, utskrivningsklare pasienter, ventelisteutvikling og fristbrudd.

Samlet ser aktivitetsutviklingen ut til å være som forutsatt i budsjettet innenfor de fleste områdene. Somatisk poliklinisk aktivitet er imidlertid høyere enn planlagt. Andel korridorpatienter og andel utskrivningsklare pasienter er redusert fra 2010, men er fortsatt for høyt. Andel fristbrudd har siden mai vært stabilt på om lag 11 pst, men økte i august til 13 pst totalt, økningen relateres til sommerferieavviklingen.

Det er fortsatt negativt økonomisk resultat som viser at foretaket så langt ikke har klart å ta ned bemanningen og kostnadene i takt med redusert budsjett og aktivitet. Som en konsekvens av beslutning fra eier i foretaksmøte er det satt i verk ekstraordinære tiltak for å redusere bemanning og kostnader i siste del av 2011 for på kort sikt å redusere det negative resultatavviket. Regnskapet viser et negativt avvik på 327 mill kroner eksklusiv tapsavsetning for klinisk arbeidsflate. Bemanningen ble redusert med drøyt 1000 årsverk i begynnelsen av året, men har vært stabil de siste månedene. Sykefraværet hittil i år er 7,7 pst og har vært stabil de siste månedene på rundt 7 pst.

Det ble gitt en presentasjon av viseadministrerende direktør økonomi og finans Morten Reymert.

Det ble votert over forslag til vedtak og følgende stemmer ble gitt:

Til vedtak punkt 1:

6 styrerepresentanter stemte for,
5 styrerepresentanter stemte mot.

Til vedtak punkt 2:

Samtlige stemte for.

Til vedtak punkt 3:

6 styrerepresentanter stemte for,
5 styrerepresentanter stemte mot.

Til vedtak punkt 4:

6 styrerepresentanter stemte for,
5 styrerepresentanter stemte mot.

Etter voteringen ble vedtaket følgende:

1. Styret tar rapporteringen per august til etterretning.
2. Styret er bekymret for at aktiviteten innen somatisk pasientbehandling er redusert mindre enn befolkningsgrunnlaget, og ber administrerende direktør iverksette tiltak for å sikre bedre prioriteringer og aktivitet i overensstemmelse med plantallene.
3. Styret forutsetter at administrerende direktør gjennomfører de foreslåtte tiltakene for å redusere bemanning og kostnader mot slutten av 2011. Styret viser i denne sammenhengen til at antall månedsverk for leger ikke er redusert i særlig grad, og ber administrerende direktør rette særlig oppmerksomhet mot rask reduksjon av antall månedsverk for leger.
4. Styret viser til orienteringen i sak 100/2011 i Budsjett 2012, der det er beskrevet planer for oppretting av Stabens arbeidsgruppe for budsjett 2012. Styret ber om at gruppen opprettes umiddelbart for å sikre tilstrekkelig støtte for linjelederne. I forbindelse med nedbemanningen forutsetter styret at alle nødvendige virkemidler, eventuelt også oppsigelser, tas i bruk.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Asmund Magnus Bredeli, Rita von der Fehr, Merete Norheim Morken, Svein Erik Urstrømmen og Bjørn Wølstad-Knudsen:

Ansattrepresentantene kan ikke stille seg bak punkt 1, 3 og 4. Forslagene til innsparingstiltak er ikke risikovurdert med hensyn til konsekvenser for pasienter og arbeidsmiljø, ei heller er de 12 prinsipper for medvirkning i omstilling ivaretatt.

Ansatterepresentantene vurderer at eiers resultat- og omstillingskrav for 2011 ikke er realistiske og gjennomførbare. Foretakets krevende drifts- og investeringssituasjon er en konsekvens av de omstillingsprosesser foretaket er blitt pålagt fra 2009.

Sak 99/2011 Orienteringssak
Behandlingstilbud innen rus og psykisk helse

Saken ble trukket fra behandling og utsatt til neste møte. Styremedlemmene ble oppfordret til å sende eventuelle kommentarer/innspill til utsendt styresak som administrasjonen kan innarbeide til kommende behandling. Innspill sendes styresekretær.

Sak 100/2011 Orienteringssak
Budsjett 2012

Saken omhandler den interne arbeidsprosessen for arbeidet med budsjett. Arbeidet med å tilpasse kostnadene til de økonomiske rammene for 2011 og 2012 har høy prioritet og lederfokus. Et budsjett for 2012 innen forutsetningene krever at sykehusets oppgaver forbedres og effektiviseres samt en omfattende nedbemanning i virksomheten.

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelsen om arbeidet med budsjett 2012 til orientering.

Sak 101/2011 Beslutnings sak
Utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål –
forslag til forprosjekt

Forprosjektrapporten beskriver hvordan en økning av kapasitet i akuttfunksjonene ved Ullevål sykehus kan etableres for å kunne overføre akutt- og somatisk døgnvirksomhet fra Aker sykehus. Forslaget vil realisere etablering av akuttmottak, operasjonsstuer, postoperativ og oppvåkning/intensiv. Byggearbeidene vil omfatte nybygg og ombygging i eksisterende bygg og utstyr. Saken er sentral i arbeidet med å etablere storbysykehuset.

Forslag til forprosjekt er en bearbeiding av tidligere forprosjekt som har vært behandlet i styret og er i samsvar med premisser fra Helse Sør-Øst RHF for utnyttning av kapasitet. Det nye akuttbygget vil inngå som en del av den framtidige løsningen i en samlet arealplan/utviklingsplan for Oslo universitetssykehus HF.

I saken bes det om fullmakt til å inngå kontrakt med totalentreprenør for byggearbeidene så snart godkjenning foreligger fra Helse Sør-Øst RHF.

Prosjektleder Gunnar Stumo fra Hospitalitet gav en presentasjon av saken.

Oslo universitetssykehus HF protokoll styremøte 29. september 2011

side 5 av

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar til etterretning at de forhold som er tatt opp av Helse Sør-Øst RHF med hensyn til utnyttelse av kapasitet for akuttfunksjoner ved Ullevål sykehus, bl.a. av operasjonsstuer, er hensyntatt i planleggingen av økt akuttvirksomhet ved Ullevål, jf forprosjektrapport av 21.09.2011.
2. Styret godkjenner forslaget til forprosjekt med en kostnadsramme (eksklusive verdi av tomt og byggelånsrenter) på henholdsvis 378 mill kroner (P50, dvs 50 pst sikkerhetsnivå) og 394 mill. Kroner (P85, dvs 85% sikkerhetsnivå) og ber administrerende direktør legge dette til grunn for videre planlegging, kontraktsinngåelse og gjennomføring av prosjektet.
3. Styret ber administrerende direktør framsende forprosjektet og forslag til kostnadsramme for endelig behandling i Helse Sør-Øst RHF.
4. Styret gir fullmakt til administrerende direktør til å inngå avtale om byggearbeidene med totalentreprenør for å gjennomføre prosjektet, når godkjenning av forprosjektet i Helse Sør-Øst RHF foreligger.
5. Styret forutsetter at prosjektet gjennomføres i samsvar med omtalen i styresak 100/2011 og forprosjektrapport av 21.09.2011 og ber om å bli orientert om status for prosjektet og kostnader under byggeperioden. Endelig sluttrapport for prosjektet legges fram for styret på et egnet tidspunkt etter at prosjektet er slutført.

**Sak 102/2011 Beslutnings sak
Revisjon av behandlingsreiser**

Behandlingsreiser til utlandet er et fast tilbud til utvalgte diagnosegrupper. Oslo universitetssykehus HF forvalter tilskuddsordningen som har egen finansiering over statsbudsjettet. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF har gjennomført en revisjon av de økonomiske og organisatoriske sidene ved forvaltningen av tilskuddordningen. Saken omhandler revisjonsrapporten og etterfølgende handlingsplan med tiltak. handlingsplan som er utarbeidet i etterkant

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapport 3/2011 om revisjon av tilskuddsordning for behandlingsreiser til utlandet til etterretning.
2. Styret legger til grunn at foretaket følger opp de fremlagte tiltakene som beskrevet i handlingsplanen og ber om status senest i rapport for tredje tertial 2011.

Sak 103/2011 Beslutningssak
Salg av eiendommer med mer

Saken omhandler salg av tre andelsleiligheter i Villaveien borettslag på Dikemark, anbefaling av salg av eiendommer (84 leiligheter og en barnehage) som Oslo universitetssykehus HF administrerer, men hvor eierforholdet ikke er avklart mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og Stiftelsen Det Norske Radiumhospital. I tillegg orienteres det om leiligheter og institusjonsbygg som foretaket administrerer og som skulle ha vært overført fra Oslo kommune til foretaket i forbindelse med helseforetaksreformen. Ytterligere orienteres det om manglende fradeling av sykehuseiendom på Gaustad i Oslo og registrering på Oslo universitetssykehus HF.

Det ble votert over forslag til vedtak og følgende stemmer ble gitt:

Til punkt 1:

1 styremedlem stemte mot,
10 styremedlemmer stemte for.

Til punkt 2:

5 styremedlemmer stemte mot,
6 styremedlemmer stemte for.

Til punkt 3:

1 styremedlem stemte mot,
10 styremedlemmer stemte for.

Til punkt 4:

1 styremedlem stemte mot,
10 styremedlemmer stemte for.

Etter voteringen ble vedtaket følgende:

1. Styret vedtar salg av følgende leiligheter i Villaveien borettslag gnr.89, bnr.30 i Asker kommune: Leilighet 201 i Villaveien 22, leilighet 301 i Villaveien 22 og leilighet 405 i Villaveien 26. Styret ber administrerende direktør om å iverksette gjennomføringen av salgene.
2. Styret anbefaler salg av følgende eiendommer i Oslo kommune som Oslo universitetssykehus HF administrerer: Montebellobakken 5, gnr. 29, bnr. 130, Abbedikollen 32, gnr. 30, bnr. 176, Ullernchausseen 72, gnr. 28 bnr. 100. Styret anbefaler videre salg av 76 andelsleiligheter helseforetaket administrerer i Husebybakken borettslag (Husebybakken 1 og Ullernchausseen 46), i Elvefaret borettslag (Møllefaret 44A-68) og i Lysejordet borettslag, (Vækerøveien 116-130).

Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingen til Helse- og omsorgsdepartementet, Helse Sør-Øst RHF og Stiftelsen Det Norske Radiumhospital og foreslå salg av eiendommene med plassering av salgssummen på konto som en mulig løsning frem til eierskapet til eiendommene er avklart. Administrerende direktør har fullmakt til å inngå avtale om en slik fremgangsmåte.

3. Styret tar redegjørelse for status til orientering og ber administrerende direktør følge opp med sikte på å få en avklaring av eiendomsretten mot Oslo kommune og Helse- og omsorgsdepartementet til de syv andelsleilighetene i Disenveien 27, Disenveien 8B, Lindebergåsen 58, Larviksgaten 4, Larviksgaten 10 samt til eiendommen Sinsenveien 54.

4. Styret tar redegjørelsen om manglende fradeling av sykehuseiendommen på Gaustad i Oslo og manglende registrering på Oslo Universitetssykehus HF til orientering og ber administrerende direktør følge opp saken.

Sak 104/2011 Beslutningssak
Protokoll fra foretaksmøte i Oslo
Universitetssykehus HF 24.06.2011

Enstemmig vedtak:

Styret tar protokoll fra foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF 24.06.2011 til etterretning.

Sak 105/2011 Orienteringssak
Oslo universitetssykehus HF sine eierandeler i
selskaper

I saken gis en oversikt over Oslo universitetssykehus HF sine eierandeler i selskaper og en kort beskrivelse av selskapene. Det dreier seg om fire heleide selskaper og to selskaper der foretaket er deleier. Selskapene er av ulik størrelse og driver innen ortopediske hjelpemidler, fremstilling av radiofarmaka, forskning, næringsutvikling, parkering og eiendom; formål knyttet opp mot helseforetakets virksomhet.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 106/2011 Orienteringssak
Administrerende direktørs orienteringer

Administrerende direktørs orienteringer inneholder presentasjon av forskjellige saker og tema som gjelder drift og utvikling av sykehusets virksomhet. Med referanse til orienteringssak om tragisk hendelse i psykiatrien ble det bedt om at styret fikk forelagt ved egnet tidspunkt en orientering om hvordan ansattes arbeidsmiljø og sikkerhet blir ivaretatt når pasienter skaper farlige situasjoner eller utfører farlige handlinger.

I tillegg ble det bedt om at styret på egnet tidspunkt fikk en orientering om følgende tema:

- lederprogram for flerkulturelle medarbeidere
- strategi for hvordan foretaket sikrer kompetanse til ulike faggrupper.

Styremedlemmene Aasmund Magnus Bredeli, Rita von der Fehr, Merete Norheim Morken, Svein Erik Urstrømmen og Bjørn Wølsted-Knudsen formidlet et særskilt ønske om redegjørelse fra administrerende direktør vedrørende ivaretagelse av traumebehandlingen i framtidens Oslo

universitetssykehus HF. Ønsket med konkrete problemområder ble gitt skriftlig.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 107/2011 Temasak
Omvisning i Akuttmottaket og befaring på byggetomten

Styret besiktiget byggetomten for nytt Akuttmottak på Ullevål sykehus og fikk en kort orientering av prosjektleder Gunnar Stumo og byggeleder Jarle Hareide. Avdelingsleder Terje Klüften presenterte dagens Akuttmottak for styret.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 108/2011 Beslutnings sak
Forelegg

Foretaket er ilagt forelegg i form av bot og inndragning til staten for overtredelse av forurensningsloven. Grunnlaget er at det i forbindelse med drift av sykehusvirksomheten er tømt spesialavfall ut i avløpet over flere år. Oslo universitetssykehus HF har tidligere erkjent det straffbare forholdet og bedt om å bli forelagt en bot.

Enstemmig vedtak:

Styret erkjenner at det er begått en ulovlig handling og beklager dette.

Styret vedtar forelegg i form av bot på 1,5 mill kroner og inndragning på 1,3 mill kroner til statskassen.

Styreleder gis fullmakt til å vedta forelegget.

Sak 109/2011 Beslutnings sak
Protokoll fra foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF 28. september 2011

Det har vært avholdt foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF 28. september 2011. Protokollen ble delt ut i møtet.

Enstemmig vedtak:

Protokoll fra foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF tas til etterretning.

Göran Stiernstedt
Styreleder

Odd Christopher Hansen
Nestleder

Marianne Borgen

Barbro Lill Hætta

Gro Balas

Guro Fjellanger

Tor Ingebrigtsen

Ellen Christine Christiansen

Anders Utne

Merete Norheim Morken

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølstad-Knudsen

Svein Erik Urstrømmen

Rita von der Fehr

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 27. oktober 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Utkast til protokoll fra styremøte
29.september 2011

**SAK 110/2011: BESLUTNINGSSAK
 GODKJENNING AV PROTOKOLL STYREMØTE
 29. SEPTEMBER 2011**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 29. september 2011.

Oslo, den 20. oktober 2011

Jan Eirik Thoresen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 27. oktober 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Utkast til protokoll lukket behandling fra styremøte
29.september 2011

**SAK 111/2011: BESLUTNINGSSAK
 GODKJENNING AV PROTOKOLL LUKKET
 BEHANDLING FRA STYREMØTE
 29. SEPTEMBER 2011**

FORSLAG TIL VEDTAK:

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

Oslo, den 20. oktober 2011

Jan Eirik Thoresen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 27. oktober 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Protokoll foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF
20. oktober 2011

**SAK 112/2011: BESLUTNINGSSAK
 PROTOKOLL FORETAKSMØTE I OSLO
 UNIVERSITETSSYKEHUS HF 20. OKTOBER 2011**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar protokoll fra foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF 20. oktober 2011 inneholdende endringer i styresammensetningen til etterretning.

Oslo, 20. oktober 2011

Jan Eirik Thoresen

Månedssrapport for Oslo universitetssykehus HF (OUS HF)

Innhold:

- Hovedtall
- Aktivitet
- Økonomi
- Bemanning

September 2011

Utvalgte nøkkeltall

Oslo universitetssykehus HF

| Oslo universitetssykehus HF | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------|----------|--------------------|------------------|----------------------|----------|--------------------|--------------------|---|---------------|----------------------|
| Rapportering september 2011 | | Denne periode | | | | Resultat hittil i år | | | | Resultat hittil i fjor | | |
| Gruppe | Indikator | Faktiske tall periode | Plantall | Avvik fra plantall | Avvik fra plan % | Faktiske tall | Plantall | Avvik fra plantall | Avvik fra plan i % | Faktiske tall | Endring 10-11 | Endring fra 2010 i % |
| Pasientbehandling | | | | | | | | | | | | |
| Somatikk | DRG-poeng totalt | 19 105 | 18 240 | 865 | 4,7 % | 162 609 | 159 791 | 2 817 | 1,8 % | 174 283 | -11 674 | -6,7 % |
| | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 9 002 | 8 961 | 41 | 0,5 % | 78 476 | 79 801 | -1 325 | -1,7 % | 85 684 | -7 208 | -8,4 % |
| | Dagopphold | 7 057 | 6 616 | 441 | 6,7 % | 55 695 | 56 536 | -841 | -1,5 % | 63 654 | -7 959 | -12,5 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 71 133 | 65 060 | 6 073 | 9,3 % | 587 682 | 548 984 | 38 698 | 7,0 % | 620 058 | -32 376 | -5,2 % |
| Voksen psykiatri | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 119 | 116 | 3 | 2,3 % | 1 096 | 1 028 | 68 | 6,6 % | 1 689 | -593 | -35,1 % |
| | Liggedøgn | 5 920 | 7 543 | -1 623 | -21,5 % | 62 670 | 66 632 | -3 962 | -5,9 % | 69 336 | -6 666 | -9,6 % |
| | Dagbehandling | 69 | 358 | -289 | -80,7 % | 527 | 2 928 | -2 401 | -82,0 % | 3 459 | -2 932 | -84,8 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 6 712 | 5 760 | 952 | 16,5 % | 49 537 | 48 995 | 542 | 1,1 % | 60 800 | -11 263 | -18,5 % |
| Barne- og ungdoms psykiatri | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 23 | 11 | 12 | 109,0 % | 108 | 97 | 11 | 11,1 % | 81 | 27 | 33,3 % |
| | Liggedøgn | 338 | 513 | -175 | -34,1 % | 3 935 | 4 528 | -593 | -13,1 % | 3 740 | 195 | 5,2 % |
| | Dagbehandling | 267 | 381 | -114 | -29,9 % | 2 999 | 3 313 | -314 | -9,5 % | 2 806 | 193 | 6,9 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 4 500 | 4 280 | 220 | 5,1 % | 34 679 | 36 404 | -1 725 | -4,7 % | 40 306 | -5 627 | -14,0 % |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 286 | 247 | 39 | 15,7 % | 2 466 | 2 184 | 282 | 12,9 % | 1 564 | 902 | 57,7 % |
| | Liggedøgn | 2 953 | 3 051 | -98 | -3,2 % | 28 758 | 26 873 | 1 885 | 7,0 % | 22 633 | 6 125 | 27,1 % |
| | Dagbehandling | 98 | 44 | 54 | 121,5 % | 525 | 398 | 127 | 31,8 % | 108 | 417 | 386,1 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 585 | 779 | -194 | -24,9 % | 6 522 | 6 968 | -446 | -6,4 % | 7 235 | -713 | -9,9 % |
| Organisasjon og ledelse | | | | | | | | | | | | |
| Andel korridor pas. | Somatikk | 0,9 % | 0 % | 0,9 % | | 1,1 % | 0 % | 1,1 % | | Dette ble ikke rapportert i 3. tertial 2010 pga manglende data etter innføring av PasDoc på RH. | | |
| | Psykisk helsevern | 0,0 % | 0 % | 0,0 % | | 0,0 % | 0 % | 0,0 % | | | | |
| Liggedgr UK-pasienter | Somatikk | 1,1 % | | | | 1,2 % | | | | | | |
| | Psykisk helsevern | 0,1 % | | | | 0,1 % | | | | | | |
| Andel fristbrudd | Somatikk | 12,4 % | 0 % | | | 12,8 % | 0 % | | | | | |
| | Psykisk helsevern | 4,4 % | 0 % | | | 12,0 % | 0 % | | | | | |
| | TSB | 20,2 % | 0 % | | | 17,7 % | 0 % | | | | | |
| Økonomi og personell | | | | | | | | | | | | |
| Økonomi | Resultat | 9 487 | -8 768 | 18 256 | 1,3 % | -684 126 | -250 874 | -433 252 | -3,2 % | - | - | - |
| Personell | Årsverk totalt (brutto oktober) | 17 298 | 16 323 | -975 | -6,0 % | 17 404 | 16 633 | -771 | -4,6 % | 18 431 | -1 026 | -5,6 % |
| Sykefravær | Sykefravær (august) | 6,2 % | 7,4 % | -1,2 % | -1,2 % | 7,4 % | 7,4 % | 0,0 % | 0,0 % | 7,4 % | 0,0 % | 0,0 % |

Kommentar: DRG-poeng for 2011 er med ISF-regelverk 2011, mens 2010 er 2010-regelverk

DRG aktivitet

| DRG-poeng Fagenhet | 2010 | | | | | 2011 | | | | | Endring fra hittil i fjor | Endring i % |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------------------|---------------|
| | jun | juli | aug | sep | Hittil i fjor | jun | juli | aug | sep | Hittil i år | | |
| Medisinsk klinikk * | 2 992 | 2 398 | 2 626 | 3 009 | 25 975 | 2 376 | 1 953 | 2 102 | 2 118 | 20 063 | -5 912 | -22,8 % |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | 4 879 | 3 060 | 3 731 | 4 497 | 38 818 | 4 181 | 2 760 | 3 588 | 4 500 | 37 395 | -1 423 | -3,7 % |
| Kvinne- og barneklubben | 3 091 | 2 615 | 2 796 | 3 151 | 26 617 | 2 907 | 2 311 | 2 715 | 2 631 | 25 062 | -1 555 | -5,8 % |
| Kreft- og kirurgiklinikken ** | 4 556 | 3 715 | 3 815 | 4 486 | 37 164 | 3 871 | 3 400 | 3 559 | 3 953 | 34 737 | -2 427 | -6,5 % |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken * | 2 293 | 1 833 | 2 019 | 2 546 | 21 261 | 2 549 | 1 934 | 2 239 | 2 525 | 22 368 | 1 107 | 5,2 % |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi *** | 1 695 | 971 | 1 287 | 1 571 | 13 340 | 1 651 | 1 089 | 1 267 | 1 486 | 12 639 | -701 | -5,3 % |
| Akuttambulansen | 903 | 613 | 643 | 870 | 6 993 | 677 | 624 | 683 | 557 | 5 891 | -1 102 | -15,8 % |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 132 | 59 | 103 | 153 | 1 002 | 105 | 51 | 81 | 130 | 975 | -27 | -2,7 % |
| Stab | | | | | | 1 | | | | 8 | 8 | |
| Ukjente fagenheter | | | | | | 17 | 4 | 14 | 21 | 366 | 366 | |
| Sum Oslo universitetssykehus | 20 541 | 15 264 | 17 020 | 20 283 | 171 170 | 18 335 | 14 126 | 16 248 | 17 921 | 159 504 | -11 666 | -6,8 % |

Kilde: LIS rapport "DRG" med arkfanene: 1) Årsfil 10 som 11 fag 2) Fagenhet

Faktiske tall 2010 er ikke direkte sammenliknbare med tall for 2011 pga, innføringen av nye pasientadministrative systemer, ny felles registreringspraksis med mer. DRG-poeng for biologiske legemidler og Legevakten er ikke med i denne sammenligningen

Status foreløpig revidert DRG-budsjett:

Fortsatt noen oppfølgingspunkter for noen klinikker. Innføring av felles registreringspraksis er ikke hensyntatt. DRG-poeng for biologiske legemidler og Legevakten er ikke med i denne sammenligningen.

DRG aktivitet, avvik per klinikk

| Klinikk | Budsjett hittil | Resultat hittil | Avvik i antall | i % |
|---|--------------------|--------------------|-------------------|----------|
| Medisinsk klinikk | 20 435 | 21 649 | 1 214 | 5,9 % |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | 39 798 | 39 033 | -765 | -1,9 % |
| Kvinne- og barneklubben | 25 694 | 25 009 | -685 | -2,7 % |
| Kreft- og kirurgiklinikken | 33 182 | 32 234 | -948 | -2,9 % |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | 21 520 | 22 372 | 852 | 4,0 % |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | 15 198 | 14 776 | -422 | -2,8 % |
| Akuttklinikken | 5 829 | 5 895 | 66 | 1,1 % |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 57 | 57 | 0 | 0,0 % |
| Biologiske lm | 1 580 | 1 391 | -189 | -12,0 % |
| Fellesposter | (3 501) | 456 | 3 957 | -113,0 % |
| SUM | 159 791 | 162 872 | 3 081 | 1,9 % |

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

For noen klinikker bidrar usikkerhet om intern DRG-fordeling til ulik forståelsen av det samlede resultatet. Det arbeides med å gjennomføre en enhetlig registreringspraksis i hele foretaket.

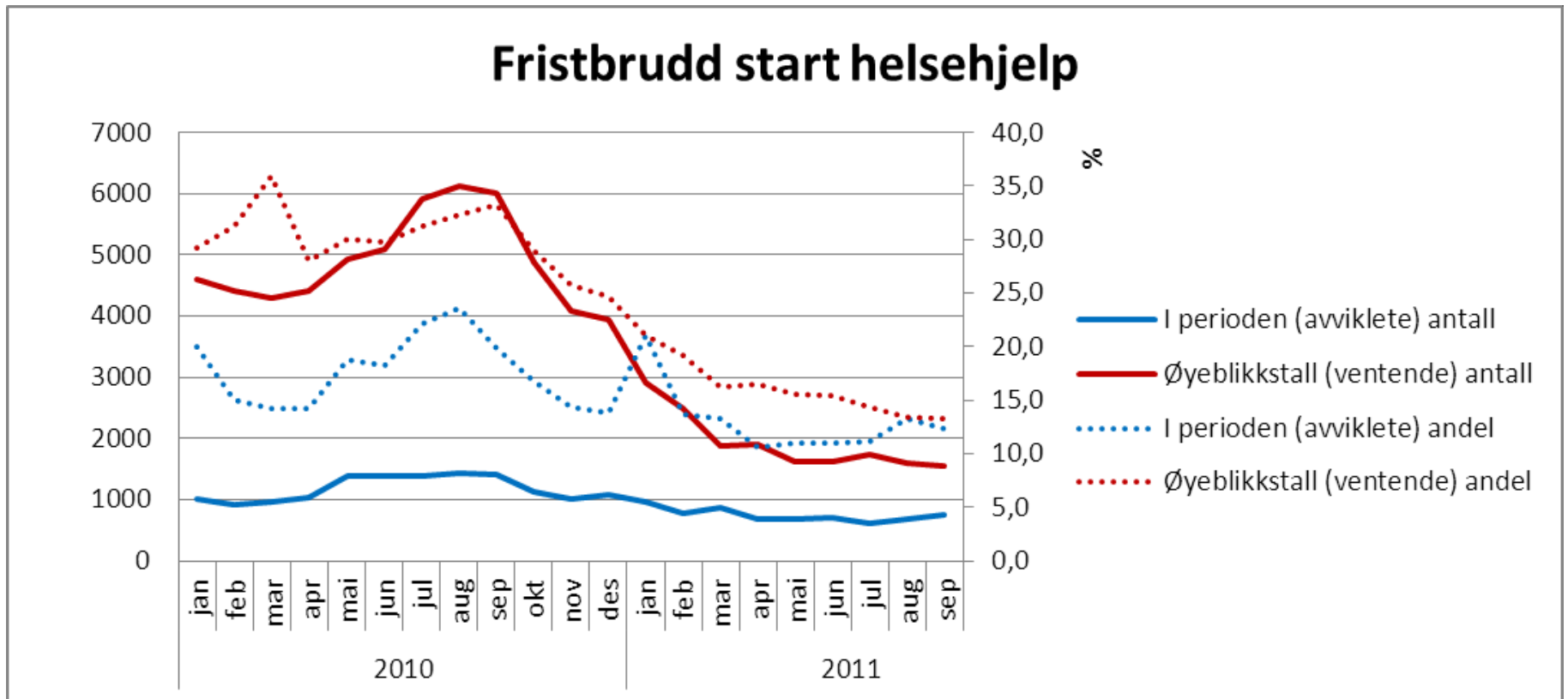
I denne fremstillingen er det foretatt en korreksjon i fremstillingen av budsjettavviket mellom SMK og MED klinikk. Det samme gjelder mellom HLK og KDI. Medisinsk klinikk er justert for posodialyse og KVB for DRG-poeng ved Geilomo. Dette er gjort for å få sammenlignbarhet mellom budsjett og resultat.

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

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



Andel fristbrudd



Kilde: LIS rapport "Ekstern venteliste"

Definisjon:

Fristbrudd: Fristbrudd/Antall perioder med frist start helsehjelp i rapporteringsperioden hvor helsehjelp ikke har startet innen frist.

Andel fristbrudd: Antall med frist i perioden / Antall perioder med frist start helsehjelp i rapporteringsperioden

Ekskludert populasjon: Øyeblikkelig hjelp, utsettelse grunnet pasient eller medisinske forhold.

Økonomisk resultat

| ØBAK-linje | Resultat hittil | Budsjett hittil | Avvik | Akk regnskap september 2010 | Endring 2010 2011 | Endring i % |
|---|-------------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------|-------------|
| Basisramme | 7 407 771 | 7 407 771 | 0 | 7 855 714 | -447 943 | -6 % |
| ISF egne pasienter | 1 757 765 | 1 799 810 | -42 045 | 1 843 816 | -86 051 | -5 % |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet | 470 972 | 373 973 | 96 999 | 437 323 | 33 650 | 8 % |
| ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus | 20 570 | 23 376 | -2 806 | 23 677 | -3 107 | -13 % |
| Gjestepasienter | 328 290 | 379 563 | -51 273 | 306 376 | 21 914 | 7 % |
| Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 1 587 633 | 1 490 506 | 97 127 | 1 267 266 | 320 367 | 25 % |
| Polikliniske inntekter | 277 308 | 279 162 | -1 853 | 270 498 | 6 810 | 3 % |
| Øremerket tilskudd "Raskere tilbake" | 18 150 | 13 273 | 4 877 | 0 | 18 150 | |
| Andre øremerkede tilskudd | 690 172 | 750 557 | -60 385 | 15 205 | 674 967 | 4439 % |
| Andre driftsinntekter | 514 156 | 466 316 | 47 839 | 648 523 | -134 368 | -21 % |
| Sum driftsinntekter | 13 072 787 | 12 984 307 | 88 481 | 13 200 246 | -127 459 | -1 % |
| Kjøp av offentlige helsetjenester | 81 274 | 43 450 | 37 823 | 36 510 | 44 764 | 123 % |
| Kjøp av private helsetjenester | 155 830 | 159 701 | -3 870 | 85 516 | 70 314 | 82 % |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 1 610 092 | 1 497 298 | 112 794 | 1 664 365 | -54 274 | -3 % |
| Innleid arbeidskraft | 110 970 | 65 787 | 45 183 | 100 183 | 10 787 | 11 % |
| Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 38 346 | 57 827 | -19 481 | 42 981 | -4 635 | -11 % |
| Lønn til fast ansatte | 6 128 081 | 6 129 646 | -1 565 | 6 248 773 | -120 692 | -2 % |
| Overtid og ekstrahjelp | 779 659 | 406 773 | 372 886 | 650 496 | 129 162 | 20 % |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift | 1 608 436 | 1 550 618 | 57 818 | 1 501 583 | 106 853 | 7 % |
| Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft | -399 303 | -325 713 | -73 590 | -417 536 | 18 233 | -4 % |
| Annen lønn | 1 044 517 | 1 022 318 | 22 200 | 1 059 054 | -14 537 | -1 % |
| Avskrivninger | 648 171 | 679 220 | -31 049 | 667 441 | -19 270 | -3 % |
| Nedskrivninger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -100 % |
| Andre driftskostnader | 1 864 102 | 1 870 106 | -6 004 | 1 701 732 | 162 370 | |
| Sum driftskostnader | 13 670 174 | 13 157 030 | 513 144 | 13 341 100 | 329 074 | 2 % |
| Driftsresultat | -597 387 | -172 724 | -424 663 | -140 854 | -456 533 | |
| Finansresultat | -86 739 | -78 150 | -8 589 | 71 581 | -158 320 | |
| Ordinært resultat | -684 125 | -250 874 | -433 252 | -205 144 | -478 982 | |

Kilde: Rapport "S rapport" publisert av regnskap under

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

Økonomisk resultat per klinikk

Pr. 30.09.2011 per 09 v08

| Klinikk | Årsbudsjett | Budsjettert hittil | Akkumulert avvik fra budsjett | | | Akk avvik forrige måned | Endring avvik september |
|---|-------------------|--------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|
| | | | Inntekt | Kostnad | Resultat | | |
| PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGH | 1 760 422 | 1 307 820 | 10 371 | -44 744 | -34 373 | -34 691 | 318 |
| MED MEDISINSK KLINIKK | 1 011 243 | 758 801 | 55 063 | -69 996 | -14 933 | -13 217 | -1 716 |
| KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG | 1 701 017 | 1 263 685 | 2 004 | -83 709 | -81 704 | -79 256 | -2 448 |
| KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN | 1 350 635 | 1 004 771 | -99 | -32 990 | -33 089 | -31 318 | -1 771 |
| KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN | 1 331 340 | 989 629 | -13 868 | -40 095 | -53 963 | -52 955 | -1 008 |
| HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN | 749 404 | 558 865 | 17 014 | -68 251 | -51 237 | -43 527 | -7 711 |
| SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG | 735 439 | 561 536 | -27 379 | -25 765 | -53 144 | -49 920 | -3 224 |
| AKU AKUTTKLINIKKEN | 1 926 545 | 1 425 729 | 6 174 | -84 149 | -77 975 | -70 602 | -7 373 |
| KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVEN | 1 916 481 | 1 416 460 | 19 692 | -30 817 | -11 125 | -9 932 | -1 193 |
| OSS OSLO SYKEHUSSERVICE | 1 839 714 | 1 349 781 | 3 421 | -35 250 | -31 830 | -29 510 | -2 319 |
| KRG KREFTREGISTERET | 126 141 | 92 637 | -3 826 | 3 826 | 0 | 0 | 0 |
| STA STAB | 1 110 791 | 822 544 | 10 110 | 54 598 | 64 708 | 20 189 | 44 519 |
| FPO FELLESPOSTER | 2 216 072 | 1 689 589 | 14 649 | -70 527 | -55 878 | -58 106 | 2 228 |
| AS KONSERN | -12 250 | -6 666 | 0 | 1 507 | 1 507 | 1 627 | -120 |
| RESULTAT | 17 762 994 | 13 235 180 | 93 325 | -526 362 | -433 037 | -451 219 | 18 182 |

Kilde: Rapport "S rapport" publisert av regnskap. http://mittskrivebord.ous-hf.no/ikbViewer/page/ous/mittskrivebord/organisasjon/klinikk?level=4&p_section_dim_id=200822

Bemannings indikatorer

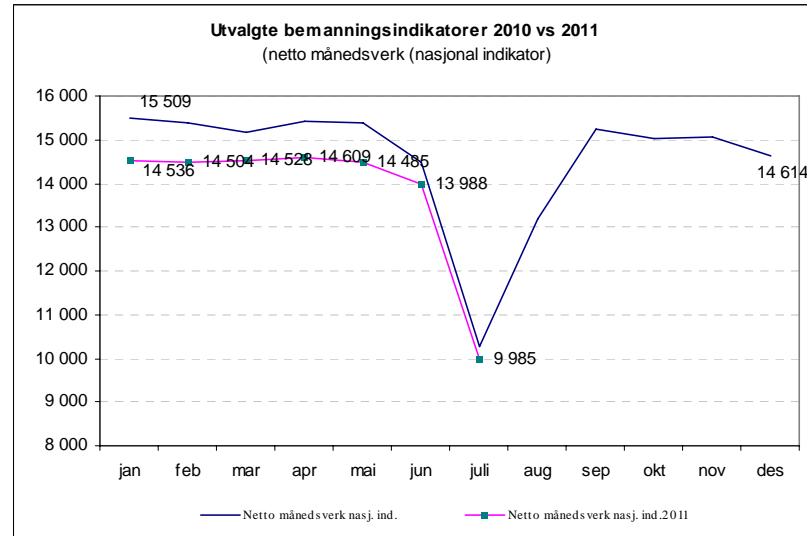
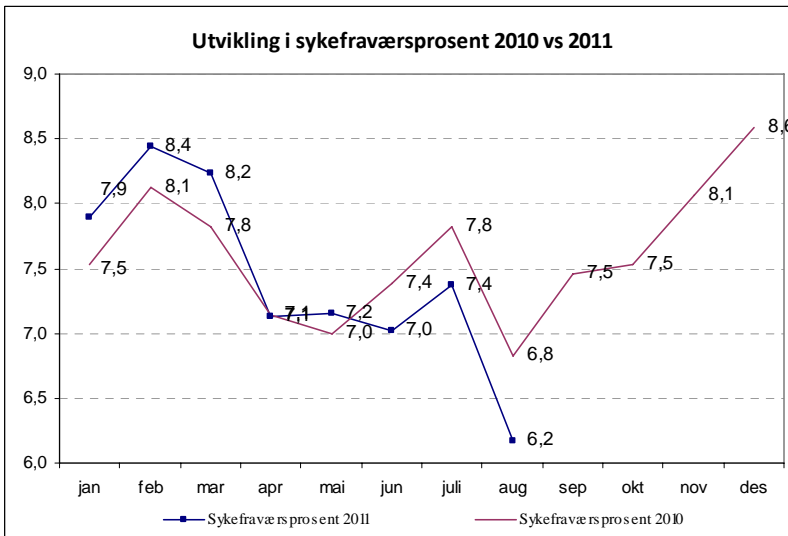
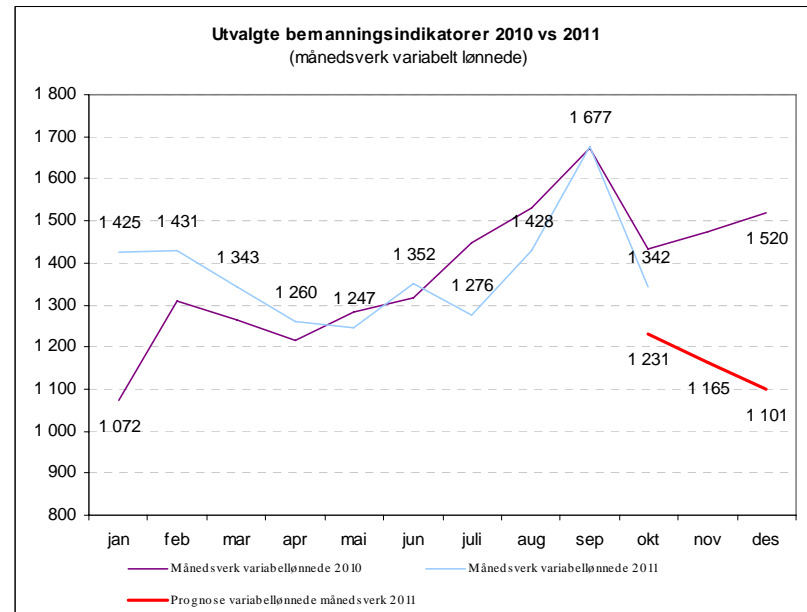
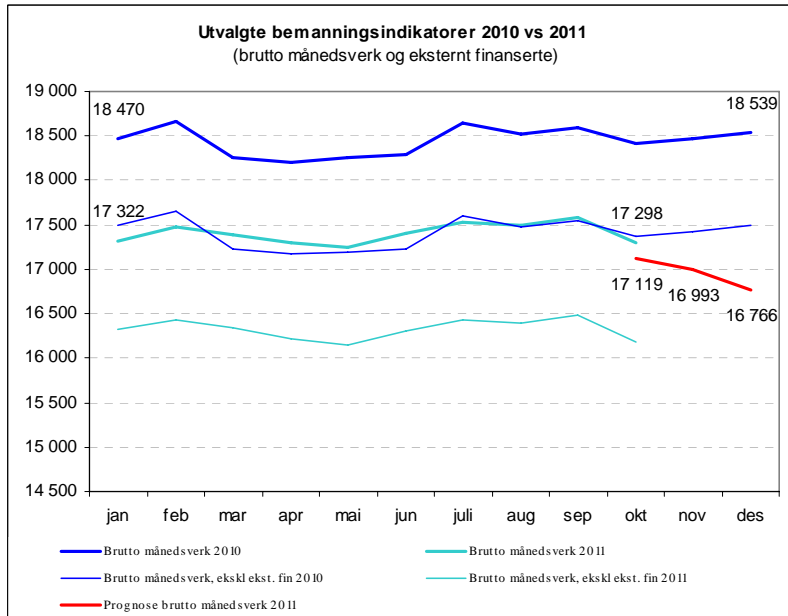
(til og med oktober)

| Indikator | Faktisk 2010 | | | | | | | Faktisk 2011 | | | | | Endring fra 4 kvartal i fjor | Endring fra hittil i fjor | Avvik fra prognose totalt |
|---|--------------|--------|--------|--------|---------------|-------------------|------------|--------------|--------|--------|--------|-------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | juli | aug | sep | okt | Hittil i fjor | 4. kvartal i fjor | Snitt 2010 | juli | aug | sept | okt | Hittil i år | | | |
| Brutto månedsverk | 18 650 | 18 519 | 18 585 | 18 416 | 18 431 | 18 475 | 18 443 | 17 532 | 17 488 | 17 575 | 17 298 | 17 404 | -1 070 | -1 027 | 180 |
| Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | 17 600 | 17 484 | 17 550 | 17 372 | 17 400 | 17 431 | 17 410 | 16 433 | 16 392 | 16 477 | 16 189 | 16 327 | -1 104 | -1 073 | 107 |
| Brutto månedsverk, eksternt finansiert | 1 051 | 1 035 | 1 035 | 1 044 | 1 031 | 1 044 | 1 033 | 1 099 | 1 096 | 1 098 | 1 110 | 1 077 | 34 | 46 | |
| Innleie fra vikarbyrå | 172 | 214 | 152 | 162 | 155 | 225 | 173 | 162 | 193 | 177 | - | 178 | -48 | 23 | |
| Månedsverk månedslønnede | 17 202 | 16 989 | 16 912 | 16 982 | 17 076 | 16 998 | 17 064 | 16 256 | 16 060 | 15 898 | 15 957 | 16 026 | -972 | -1 050 | 69 |
| Månedsverk variabellønnede | 1 448 | 1 531 | 1 673 | 1 434 | 1 355 | 1 477 | 1 379 | 1 276 | 1 428 | 1 677 | 1 342 | 1 378 | -99 | 23 | 111 |
| Netto månedsverk nasj. ind. | 10 260 | 13 214 | 15 261 | 15 036 | 14 374 | 14 904 | 14 580 | 9 985 | 12 631 | - | - | 13 658 | -1 245 | -716 | |
| Sykefraværprosent | 7,8 | 6,8 | 7,4 | 7,5 | 7,4 | 8,1 | 7,6 | 7,4 | 6,2 | - | - | 7,4 | -0,6 | 0,0 | |

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

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

Bemanningsutvikling



Bemanning

Brutto månedsverk per klinikk

| Brutto månedsverk | juli | aug | sep | okt | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | juli | aug | sept | okt | Hittil i år | Endring fra hittil i fjor |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|
| PHA | 3 014 | 2 998 | 3 001 | 2 937 | 2 942 | 2 951 | 2 389 | 2 403 | 2 408 | 2 331 | 2 381 | -561 |
| MED | 1 692 | 1 660 | 1 615 | 1 638 | 1 648 | 1 642 | 1 390 | 1 332 | 1 320 | 1 310 | 1 370 | -278 |
| KKN | 2 003 | 2 028 | 2 049 | 2 060 | 2 015 | 2 073 | 2 100 | 2 095 | 2 153 | 2 098 | 2 083 | 69 |
| KVB | 1 819 | 1 797 | 1 805 | 1 796 | 1 794 | 1 798 | 1 798 | 1 783 | 1 748 | 1 739 | 1 761 | -33 |
| KRK | 1 799 | 1 775 | 1 792 | 1 784 | 1 770 | 1 785 | 1 795 | 1 788 | 1 778 | 1 752 | 1 756 | -14 |
| HLK | 749 | 720 | 736 | 726 | 734 | 731 | 772 | 780 | 798 | 790 | 769 | 35 |
| SMK | 772 | 751 | 757 | 757 | 748 | 755 | 766 | 747 | 759 | 742 | 742 | -5 |
| AKU | 2 338 | 2 295 | 2 287 | 2 289 | 2 288 | 2 291 | 2 270 | 2 242 | 2 298 | 2 264 | 2 251 | -37 |
| KDI | 2 146 | 2 139 | 2 132 | 2 141 | 2 135 | 2 149 | 2 083 | 2 098 | 2 110 | 2 112 | 2 080 | -55 |
| KRG | 117 | 115 | 113 | 115 | 115 | 117 | 120 | 127 | 126 | 126 | 121 | 6 |
| OSS | 1 868 | 1 914 | 1 884 | 1 840 | 1 884 | 1 851 | 1 739 | 1 783 | 1 771 | 1 724 | 1 773 | -110 |
| STA | 329 | 322 | 321 | 325 | 340 | 326 | 307 | 304 | 304 | 305 | 311 | -29 |
| OUS | 18 650 | 18 519 | 18 585 | 18 416 | 18 431 | 18 475 | 17 532 | 17 488 | 17 575 | 17 298 | 17 404 | -1 027 |

| Brutto månedsverk, ekst. fin. | juli | aug | sep | okt | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | juli | aug | sept | okt | Hittil i år | Endring fra hittil i fjor |
|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|
| PHA | 2 944 | 2 930 | 2 930 | 2 865 | 2 872 | 2 880 | 2 326 | 2 343 | 2 345 | 2 268 | 2 320 | -551 |
| MED | 1 620 | 1 591 | 1 550 | 1 575 | 1 579 | 1 578 | 1 325 | 1 269 | 1 257 | 1 244 | 1 306 | -274 |
| KKN | 1 965 | 1 991 | 2 010 | 2 019 | 1 974 | 2 031 | 2 063 | 2 058 | 2 116 | 2 060 | 2 046 | 73 |
| KVB | 1 697 | 1 677 | 1 679 | 1 667 | 1 674 | 1 668 | 1 660 | 1 650 | 1 610 | 1 599 | 1 623 | -51 |
| KRK | 1 494 | 1 471 | 1 491 | 1 484 | 1 467 | 1 485 | 1 471 | 1 462 | 1 454 | 1 429 | 1 443 | -24 |
| HLK | 725 | 696 | 711 | 702 | 711 | 707 | 747 | 753 | 772 | 763 | 746 | 36 |
| SMK | 702 | 687 | 691 | 693 | 686 | 702 | 701 | 688 | 697 | 683 | 687 | 1 |
| AKU | 2 331 | 2 289 | 2 280 | 2 282 | 2 281 | 2 283 | 2 264 | 2 236 | 2 292 | 2 258 | 2 244 | -37 |
| KDI | 1 933 | 1 923 | 1 922 | 1 925 | 1 926 | 1 928 | 1 865 | 1 882 | 1 896 | 1 894 | 1 865 | -62 |
| KRG | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| OSS | 1 867 | 1 913 | 1 883 | 1 839 | 1 883 | 1 850 | 1 739 | 1 782 | 1 771 | 1 723 | 1 773 | -110 |
| STA | 321 | 314 | 313 | 317 | 333 | 317 | 269 | 267 | 266 | 265 | 271 | -62 |
| OUS | 17 600 | 17 484 | 17 550 | 17 372 | 17 400 | 17 431 | 16 433 | 16 392 | 16 477 | 16 189 | 16 327 | -1 073 |



Bemanning

Månedsværk månedslønnede og månedsværk variabelt lønnede per klinikk

| Månedsværk månedslønnede | juli | aug | sep | okt | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | juli | aug | sept | okt | Hittil i år | Endring fra hittil i fjor |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|
| PHA | 2 625 | 2 585 | 2 574 | 2 569 | 2 584 | 2 581 | 2 072 | 2 041 | 2 029 | 2 040 | 2 051 | -532 |
| MED | 1 530 | 1 503 | 1 468 | 1 490 | 1 501 | 1 494 | 1 262 | 1 232 | 1 187 | 1 188 | 1 241 | -260 |
| KKN | 1 869 | 1 867 | 1 881 | 1 905 | 1 880 | 1 911 | 1 944 | 1 931 | 1 941 | 1 938 | 1 924 | 44 |
| KVB | 1 705 | 1 684 | 1 680 | 1 689 | 1 695 | 1 688 | 1 695 | 1 665 | 1 620 | 1 629 | 1 654 | -42 |
| KRK | 1 722 | 1 694 | 1 702 | 1 709 | 1 700 | 1 703 | 1 711 | 1 684 | 1 668 | 1 668 | 1 673 | -26 |
| HLK | 696 | 672 | 675 | 677 | 688 | 677 | 730 | 729 | 725 | 734 | 717 | 29 |
| SMK | 739 | 720 | 717 | 726 | 716 | 718 | 738 | 708 | 712 | 709 | 707 | -9 |
| AKU | 2 105 | 2 093 | 2 073 | 2 072 | 2 080 | 2 070 | 2 052 | 2 039 | 2 008 | 2 017 | 2 019 | -61 |
| KDI | 2 085 | 2 071 | 2 070 | 2 076 | 2 078 | 2 081 | 2 015 | 2 009 | 2 014 | 2 032 | 2 007 | -71 |
| KRG | 114 | 112 | 111 | 113 | 112 | 113 | 119 | 123 | 124 | 124 | 119 | 6 |
| OSS | 1 682 | 1 661 | 1 637 | 1 631 | 1 697 | 1 634 | 1 609 | 1 590 | 1 566 | 1 568 | 1 600 | -97 |
| STA | 326 | 321 | 319 | 320 | 336 | 322 | 306 | 303 | 303 | 304 | 309 | -27 |
| OUS | 17 202 | 16 989 | 16 912 | 16 982 | 17 076 | 16 998 | 16 256 | 16 060 | 15 898 | 15 957 | 16 026 | -1 050 |

| Månedsværk variabelt lønnede | juli | aug | sep | okt | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | juli | aug | sept | okt | Hittil i år | Endring fra hittil i fjor |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------|
| PHA | 389 | 413 | 427 | 368 | 358 | 371 | 317 | 361 | 379 | 291 | 329 | -29 |
| MED | 162 | 157 | 147 | 149 | 147 | 148 | 128 | 100 | 133 | 121 | 129 | -18 |
| KKN | 134 | 161 | 168 | 156 | 135 | 162 | 156 | 164 | 213 | 160 | 159 | 25 |
| KVB | 113 | 113 | 125 | 107 | 99 | 111 | 102 | 118 | 128 | 110 | 108 | 9 |
| KRK | 77 | 80 | 89 | 75 | 70 | 82 | 84 | 105 | 110 | 84 | 83 | 13 |
| HLK | 53 | 48 | 62 | 49 | 47 | 53 | 41 | 51 | 73 | 56 | 52 | 5 |
| SMK | 34 | 31 | 40 | 31 | 31 | 37 | 29 | 39 | 47 | 33 | 35 | 4 |
| AKU | 233 | 202 | 214 | 217 | 208 | 221 | 218 | 203 | 290 | 247 | 232 | 24 |
| KDI | 61 | 68 | 62 | 65 | 57 | 69 | 68 | 89 | 96 | 81 | 73 | 16 |
| KRG | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 | 3 | 0 |
| OSS | 186 | 253 | 247 | 210 | 186 | 217 | 130 | 193 | 206 | 156 | 173 | -13 |
| STA | 3 | 1 | 2 | 5 | 4 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | -2 |
| OUS | 1 448 | 1 531 | 1 673 | 1 434 | 1 355 | 1 477 | 1 276 | 1 428 | 1 677 | 1 342 | 1 378 | 23 |



Bemanning

Innleie av helsepersonell per klinikk (kostnader omregnet til årsverk)

| Innleie fra vikarbyrå | juli | aug | sep | okt | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | juli | aug | sept | okt | Hittil i år | Endring fra hittil i fjor |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|------------------|--------------|------------|------------|----------|--------------|---------------------------|
| PHA | 1,8 | 7,5 | 7,8 | 6,3 | 3,7 | 9,9 | 7,9 | 17 | 2,8 | - | 9,0 | 5,2 |
| MED | 11,8 | 23,9 | 17,1 | 11,7 | 17,4 | 21,0 | 17,7 | 15 | 11,3 | - | 14,6 | -2,8 |
| KKN | 24,7 | 29,8 | 11,5 | 23,9 | 22,1 | 49,3 | 26,3 | 30 | 25,1 | - | 26,3 | 4,2 |
| KVB | 38,7 | 45,3 | 18,9 | 21,4 | 21,8 | 27,3 | 45,3 | 51 | 44,4 | - | 33,6 | 11,8 |
| KRK | 14,2 | 20,9 | 16,2 | 14,5 | 11,6 | 17,9 | 3,8 | 14 | 12,8 | - | 12,6 | 1,0 |
| HLK | 15,3 | 22,6 | 27,1 | 24,7 | 21,7 | 32,5 | 11,9 | 16 | 10,1 | - | 17,2 | -4,4 |
| SMK | 12,3 | 7,1 | 8,0 | 9,3 | 9,9 | 12,4 | 9,4 | 5 | 9,6 | - | 11,4 | 1,5 |
| AKU | 47,5 | 37,9 | 52,7 | 45,2 | 42,7 | 47,4 | 36,3 | 39 | 53,4 | - | 46,0 | 3,3 |
| KDI | 5,6 | 6,3 | 5,6 | 5,3 | 4,2 | 7,8 | 4,6 | 6 | 3,0 | - | 6,4 | 2,3 |
| KRG | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | - | - | - | 0,0 | 0,0 |
| OSS | 0,2 | 11,3 | -11,4 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 1,1 | - | 0,6 | - | 0,3 | 0,2 |
| SUM | 172,2 | 213,6 | 152,3 | 162,2 | 155,2 | 225,5 | 162,4 | 193 | 177 | - | 177,8 | 22,7 |

Kilde: Indikator for innleie av helsepersonell er beregnet basert på regnskapsarter se definisjoner.

Gjennomgang av revisor har vist at tallene for innleie kan være undervurdert. Tallene for hittil i fjor & hittil i år inkluderer perioden **jan-sep**.

Bemanning

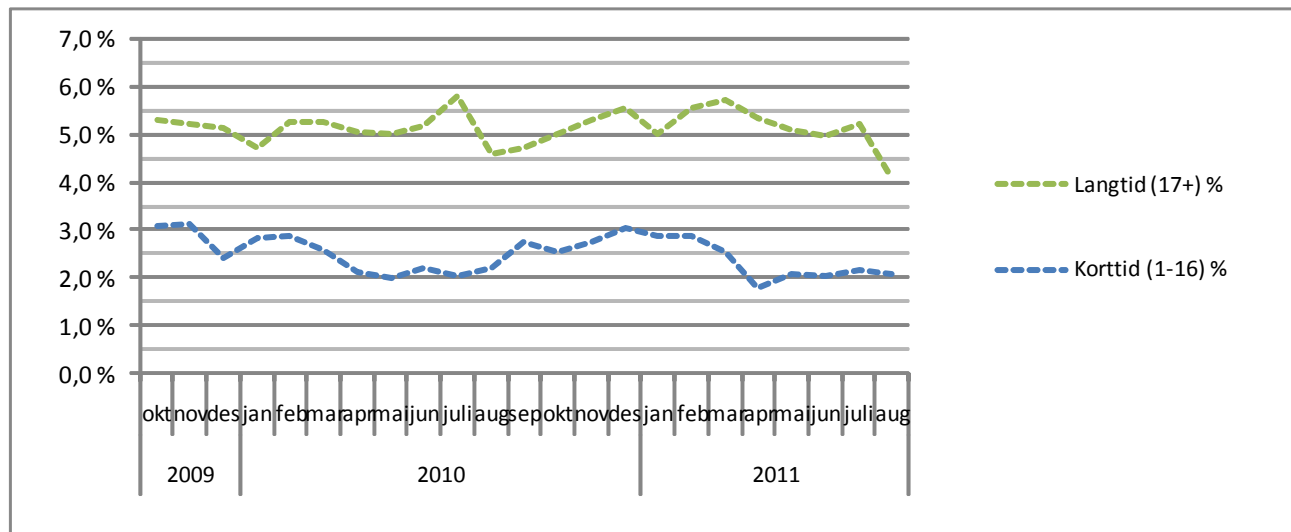
Sykefravær per klinikk

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

Kilde: HR-kuben ved programmet Arcplan og Proclarity.

Tallene for hittil i fjor & hittil i år inkluderer perioden **jan-aug**, med 2 måneder etterslep ihht. nasjonal standard (NPSS).

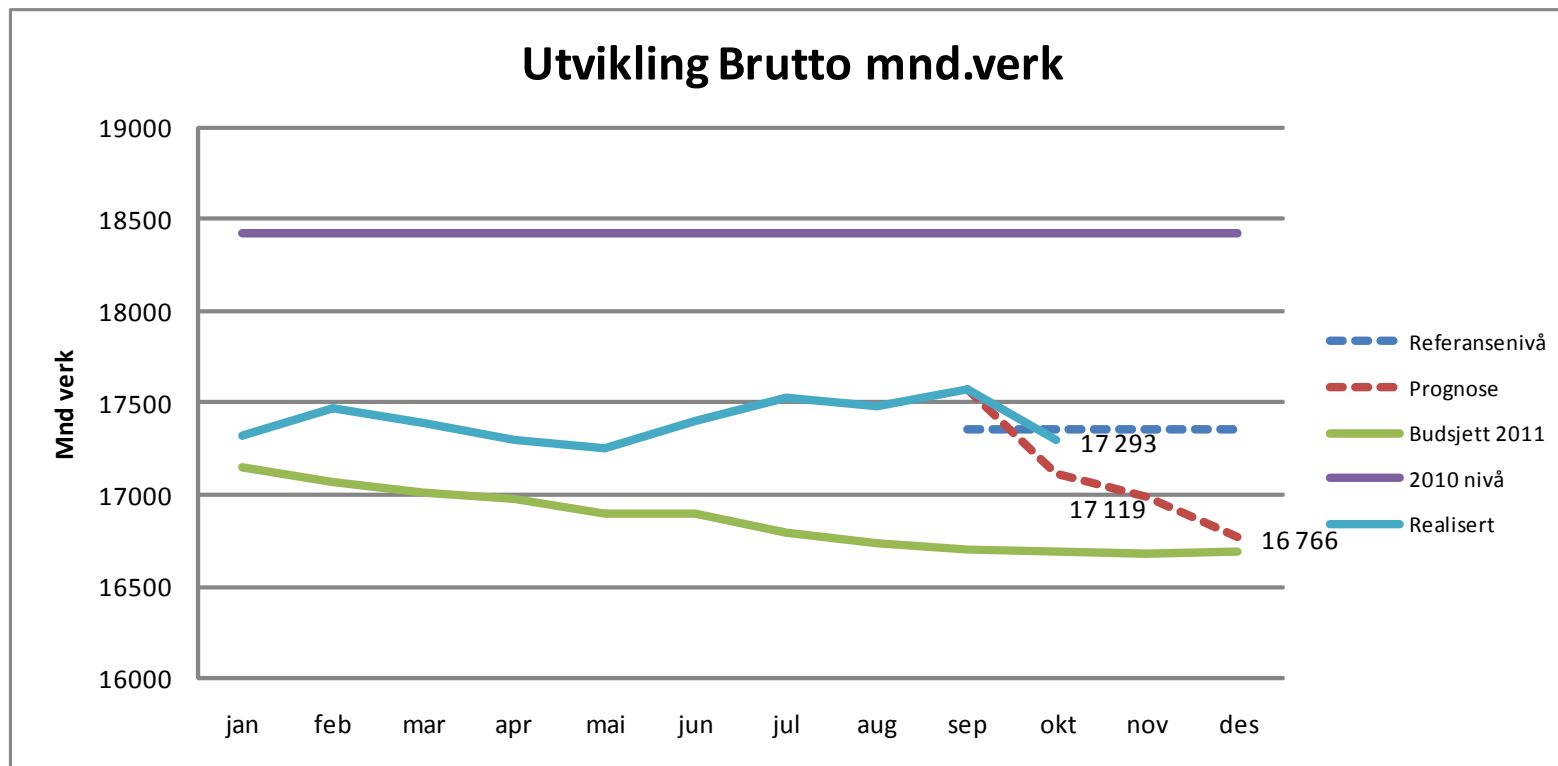
Sykefraværslengder, utvikling og per august



| Sykefraværs lengde gj.sn. Jan-aug | Korttid (1-16) | | | Langtid (17+) | | | Samlet sykefravær |
|-----------------------------------|----------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|-------------------|
| | 1-3 dager | 4-16 dager | Sum | 17-56 dager | > 56 dager | Sum | |
| PHA | 1,2 % | 1,2 % | 2,4 % | 1,4 % | 4,2 % | 5,5 % | 8,0 % |
| MED | 1,0 % | 1,1 % | 2,2 % | 1,5 % | 3,0 % | 4,5 % | 6,7 % |
| KKN | 1,0 % | 1,1 % | 2,1 % | 1,4 % | 4,3 % | 5,6 % | 7,7 % |
| KVB | 0,9 % | 1,2 % | 2,0 % | 1,4 % | 3,9 % | 5,3 % | 7,3 % |
| KRK | 1,0 % | 1,0 % | 2,0 % | 1,3 % | 3,0 % | 4,3 % | 6,3 % |
| HLK | 0,8 % | 0,9 % | 1,7 % | 1,1 % | 2,9 % | 4,0 % | 5,7 % |
| SMK | 1,0 % | 0,9 % | 1,8 % | 1,2 % | 3,9 % | 5,1 % | 7,0 % |
| AKU | 1,1 % | 1,3 % | 2,4 % | 1,4 % | 4,3 % | 5,7 % | 8,1 % |
| KDI | 1,1 % | 1,1 % | 2,2 % | 1,3 % | 2,8 % | 4,1 % | 6,3 % |
| KRG | 1,0 % | 0,9 % | 1,9 % | 0,6 % | 2,5 % | 3,1 % | 5,0 % |
| OSS | 1,5 % | 2,1 % | 3,6 % | 1,7 % | 4,7 % | 6,4 % | 9,9 % |
| STA | 0,5 % | 0,7 % | 1,2 % | 0,8 % | 1,7 % | 2,6 % | 3,8 % |
| OUS | 1,1 % | 1,2 % | 2,3 % | 1,4 % | 3,7 % | 5,1 % | 7,4 % |

Status gjennomføring av tiltak for reduksjon av bemanning og andre kostnader

OUS utvikling brutto månedsverk ifht prognose per okt



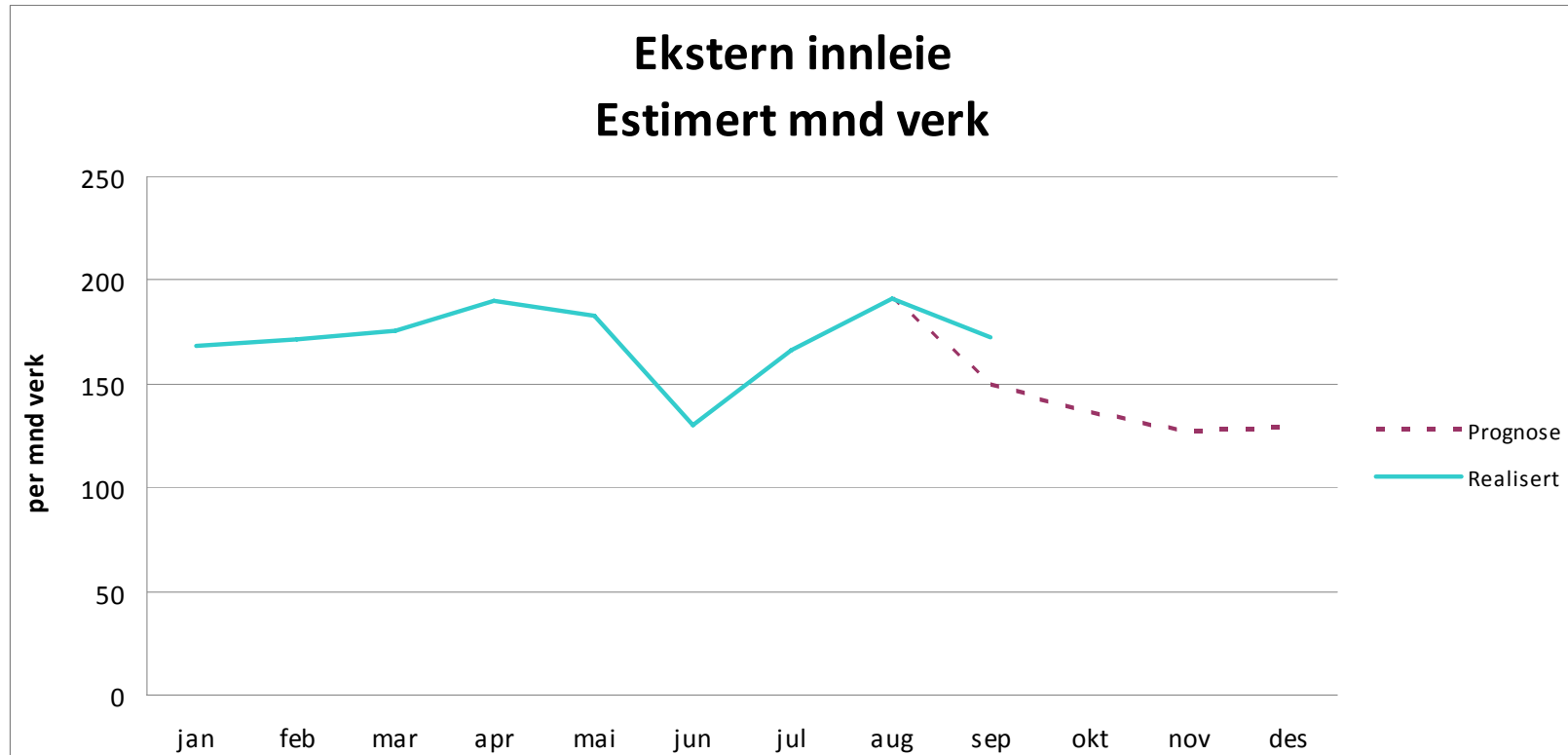
Prognostisert reduksjon oktober (fra september): 451 mnd.verk

Faktisk reduksjon: 277 mnd.verk

Differanse mot prognose: 174 mnd.verk

Faktisk reduksjon relateres i stor grad til ferie (sesongvariasjon) og 22/7, og delvis effekt av tiltak i enkelte klinikker.

Bruk av ekstern innleie



- Ekstern innleie er lavere i september enn i august – reduksjonen er ikke så stor som prognostisert
- Innleie september = snitt hittil i år
- Klinikkvise variasjoner

Oversikt og vurdering bemanning (per oktober)

Status måloppnåelse OUS mot - utvikling fra forrige periode, mot referansemål og desember 2011

| Klinikk | | R Sep | R okt | Endring mot forrige p | P Okt | Avvik pronose | P Des | Gap mot desember nivå | Ref. mål | Gap mot referanse mål | Risiko for manglende måloppnåelse i 2011 |
|---------|---|--------|--------|-----------------------------|--------|------------------|--------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|---|
| PHA | KLINIKK FOR PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET | 2 408 | 2 331 | -77 | 2 375 | -44 | 2 320 | 11 | 2 379 | -48 | Lav |
| MED | MEDISINSK KLINIKK | 1 320 | 1 310 | -11 | 1 310 | 0 | 1 288 | 22 | 1 391 | -81 | Lav |
| KKN | KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG | 2 153 | 2 098 | -55 | 2 060 | 38 | 2 008 | 90 | 2 065 | 33 | Høy |
| KVB | KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN | 1 748 | 1 739 | -8 | 1 708 | 32 | 1 679 | 61 | 1 758 | -19 | Høy |
| KRK | KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN | 1 778 | 1 752 | -26 | 1 735 | 17 | 1 728 | 24 | 1 741 | 11 | Lav |
| HLK | HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN | 798 | 790 | -8 | 758 | 32 | 725 | 65 | 760 | 31 | Høy |
| SMK | KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI | 759 | 742 | -18 | 725 | 17 | 725 | 17 | 735 | 7 | Høy |
| AKU | AKUTTKLINIKKEN | 2 298 | 2 264 | -34 | 2 234 | 29 | 2 183 | 81 | 2 240 | 24 | Høy |
| KDI | KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON | 2 110 | 2 112 | 2 | 2 056 | 57 | 2 018 | 95 | 2 067 | 45 | Høy |
| KRG | KREFTREGISTERET | 126 | 126 | 0 | 119 | 7 | 119 | 7 | 119 | 7 | Lav |
| OSS | OSLO SYKEHUSSERVICE | 1 771 | 1 724 | -48 | 1 740 | -16 | 1 683 | 41 | 1 786 | -62 | Lav |
| STA | STAB | 304 | 305 | 1 | 300 | 5 | 291 | 14 | 315 | -10 | Moderat |
| OUS | Oslo universitetssykehus HF | 17 570 | 17 293 | -277 | 17 119 | 174 | 16 766 | 527 | 17 355 | -62 | Moderat |

Minus er reduksjon

Pluss er over prog

Pluss er over nivå

Minus er under nivå

Vurdering andre kostnader

Prognostiserte reduksjoner

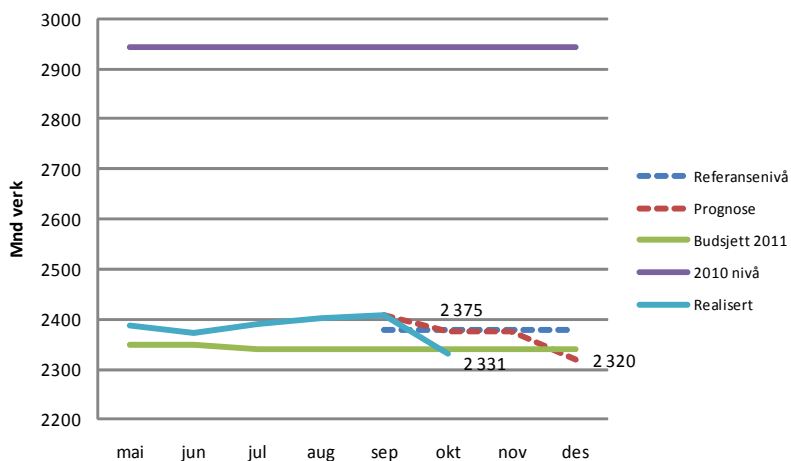
| Kontoklasse | September | Oktober | November | Desember | Total |
|---------------|-----------|---------|----------|----------|--------|
| Kontoklasse 4 | 0 | 240 | 240 | 240 | 720 |
| Kontoklasse 5 | 0 | 363 | 363 | 363 | 1 090 |
| Kontoklasse 6 | 0 | 8 682 | 8 682 | 8 682 | 26 046 |
| Kontoklasse 7 | 0 | 934 | 934 | 934 | 2 801 |
| Sum | - | 10 219 | 10 219 | 10 219 | 30 657 |

Overordnet vurdering per september:

En del av klinikkene melder at kostnadene er redusert som prognostisert, mens andre melder at kostnadsreduksjonene i liten grad kommer før i oktober. Staben har redusert konsulentkostnadene slik som prognostisert.

Mer detaljer i kommentarene til hver klinikk.

Utvikling Brutto mnd.verk



Hva er reduksjon sfa ferie, 22/7 og hva er effekt av tiltak

Ferie er i all hovedsak avvirket pr september og vi ser ingen vesentlig effekt knyttet opp mot 22.07 og utsatt ferie. Avsetningen for ekstra-kostnader for 22.07 er ved utgangen av september 650.000 i tillegg til en akkumulert utgiftsførsel på 350.000 pga ekstra arbeidede timer.

Hva gjøres av ekstraordinære tiltak for å dekke inn avviket mot innrapporterte prognoser

Variabel lønn skal dekke det definerte behovet og skal på et overordnet nivå ikke overstige 10 % av kostnad faste stillinger

Risikovurdering

Bemanningsstilpasningen i BUP og SRA tar lengre tid enn forutsatt pt.

Status innplasseringsprosess

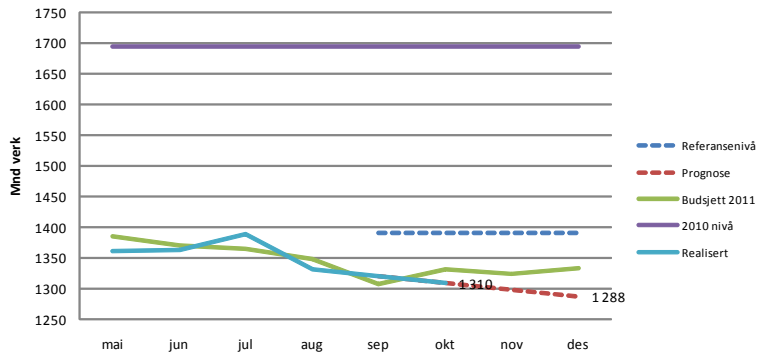
Nye bemanningsplaner for BUP vil foreløpig føre til et nedtrekk på 53 årsverk, og for LOR antas det foreløpig å bli et nedtrekk på 7 årsverk. Overtalligheten ved klinikken samlet vil sannsynligvis medføre at tallene oppjusteres. Dette vil konkretiseres når det foreligger utarbeidede bemanningsplaner for alle sentrene i klinikken.

Det er foreløpig ikke mulig å fordele nedtrekket etter stillingskategorier/yrkesgrupper. Klinikkk A arbeider med sikte på at innplasseringsprosessen skal være avsluttet innen 2011

| -Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | okt 2010 | okt 2011 | Avvik fra prognose levert HSØ |
|--|----------|----------|-------------------------------|
| Brutto månedsverk | 2937 | 2331 | -44 |
| Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | 2865 | 2268 | -47 |
| PHA FORSKNING OG UTVIKLING PSYKISK HELSE | 77 | 63 | -1 |
| PHA SENTER FOR PSYKISK HELSE BARN OG UNGDOM | 435 | 331 | -10 |
| PHA PSYKISK HELSE LANDS- OG REGIONSENTER | 477 | 491 | -18 |
| PHA SENTER PSYKISK HELSE LOKALFUNKSJONER | 1431 | 961 | -27 |
| PHA SENTER RUS- OG AVHENGIGHETSBEHANDLING | 413 | 407 | 9 |
| PHA STAB | 32 | 14 | 0 |

Andre kostnadsreducerende tiltak: Det er ikke beregnet noen kostnadseffekt for september, da tiltakenes starts tidspunkt ikke tilsier noen forventet effekt for måneden. Det forventes en kostnadsreduksjon på ca 850.000 for 4. kvartal fordelt jevnt over månedene. Effekten fordeler seg hovedsakelig på de utgiftsarter HSØ har satt opp, samt en generell kostnadsreduksjon knyttet opp mot endringer i fullmakter både mht til beløp og beslutningsnivå.

Utvikling Brutto mnd.verk



*2010 nivå ikke korrigert for overføring av Hormonlab til KDI

| MED MEDISINSK KLINIKK- Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | okt 2010 | okt 2011 | Avvik fra prognose levert HSØ okt |
|--|----------|----------|-----------------------------------|
| Brutto månedsverk | 1638 | 1310 | 0 |
| Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | 1575 | 1244 | 0 |
| MED AKUTT MEDISINSK AVDELING | 139 | 166 | 3 |
| MED AVDELING FOR FOREBYGGENDE MEDISIN | 25 | 31 | 0 |
| MED AVDELING FOR SYKELIG OVERVEKT | 11 | 10 | 1 |
| MED AVDELING SKI | 95 | 0 | 0 |
| MED ENDOKRINOLOGISK AVDELING | 64 | 32 | 0 |
| MED GASTROMEDISINSK AVDELING | 95 | 83 | 2 |
| MED GENERELL INDRE MEDISINSK AVDELING | 82 | 92 | -3 |
| MED GERIATRISK AVDELING | 265 | 192 | 6 |
| MED HJERTEMEDISINSK AVDELING | 272 | 220 | -5 |
| MED INFEKSJONSMEDISINSK AVDELING | 134 | 110 | -4 |
| MED LUNGEMEDISINSK AVDELING | 156 | 111 | -2 |
| MED AVDELING FOR KLINISK SERVICE | 101 | 80 | 5 |
| MED NYREMEDIKINSK AVDELING | 97 | 82 | 1 |
| MED STAB | 38 | 34 | -3 |
| MED UDEFINERT INNSPARINGSKRAV | 0 | 0 | 0 |

Andre kostnadsreducerende tiltak: Vi har allerede oppnådd ca 45 % av tre måneders effekt av innmeldt tiltak andre kostnader første mnd.

Kommentarer til endringer i oktober

Justering av prognose hormonlab overført annen klinikk: -46

Hva er reduksjon sfa ferie, 22/7 og hva er effekt av tiltak

Prognosen ble laget på grunnlag av sept status bruttoårsverk. Ferie, 22/7 har liten effekt på oppnåelse av prognose. Risiko her er at det kan bli en økning som følge av at de med inndratt ferie 22/7 nå tar ut sin ferie og øker vikarbruk.

Hva gjøres av ekstraordinære tiltak for å dekke inn avviket mot innrapporterte prognoser

Som klinikk leverer vi i henhold til plan.

Avdelingsvis er det små avvik som følge av avrundinger, upåvirkelige endringer som følge av bruttomåling.

Særlig fokus variabel lønn

Avdelingen blir fulgt opp på variabel lønn etter foretakets retningslinjer samt særskilt parameter i klinikkens målekort.

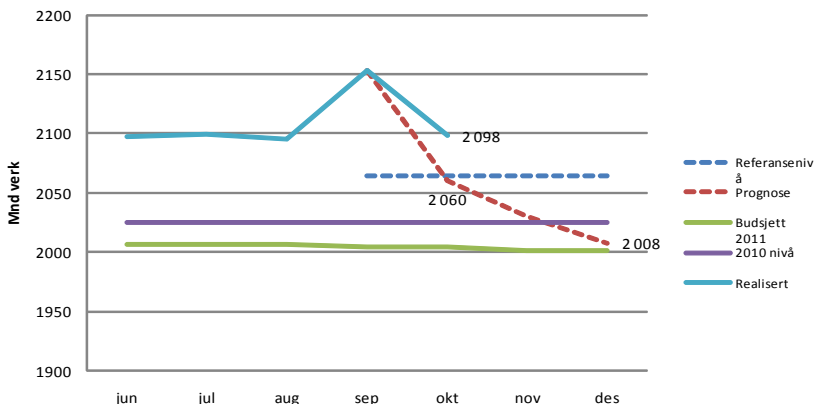
Risikovurdering

Klinikken vil med levere i henhold til prognose med feilmargin på +/- 5 brutto årsverk.

Status innplasseringsprosess

Klinikken var ferdig med å drøfte bemanningsplaner og stillingsbeskrivelser 20. mai, og foreløpig innplassering var ferdig pr 01.09.11. Klinikken jobber nå med endringsoppsigelser av noen få ansatte.

Utvikling Brutto mnd.verk



Hva er reduksjon sfa ferie, 22/7 og hva er effekt av tiltak

-3 årsverk knyttet til tiltak. Resterende er som følge av ferie og 22/7.

Hva gjøres av ekstraordinære tiltak for å dekke inn avviket mot innrapporterte prognoser

- Streng styring av variabel lønn. Brev sendt ang. innleie, overtid og ekstrahjelp med trykk på at retningslinjene skal følges.
- Nye turnuser for å redusere overtid etc effektueres i flere avdelinger.
- Ledighold av stillinger: Klinikkleder – vurderer strengt behovet for nyansettelser, og eksternt stillingsutvalg som portvakt.

Risikovurdering

Hvis vi skal nå målet på antall årsverk, må vi stoppe elektiv virksomhet innenfor enkelte fagområder for å nå mål 2011. Dette vil få konsekvenser for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, økende fristbruddproblematikk og risiko for økte HELFO-kostnader. En slik beslutning krever prioritering på OUS-nivå.

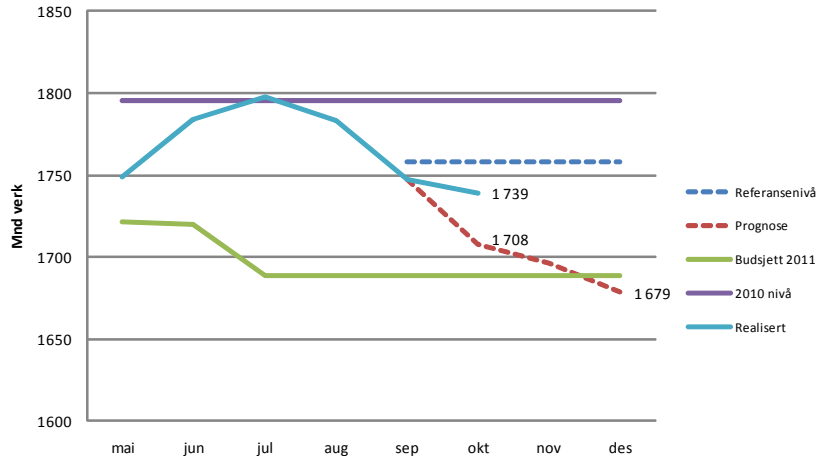
Status innplasseringsprosess:

- Nedtrekk i ny bemanningsplan; i 2011 gjenstår det avvikling etter innplassering 8 overlegeårsverk på Ortopedisk avdeling.
- Mulig overtallighet i klinikken: 8 overleigestillinger innen ortopedi (se ovenfor), og 4,5 årsverk innen sykepleierstillinger innen plastikkirurgisk avdeling. Sykepleierne vil kunne håndteres i forbindelse med turnover.

| KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG - Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | okt 2010 | okt 2011 | Avvik fra prognose levert HSØ |
|---|----------|----------|-------------------------------|
| Brutto månedsverk | 2060 | 2098 | 38 |
| Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | 2019 | 2060 | 48 |
| KKN AVD. FYSIKALSK MEDISIN OG REHABILITERING | 54 | 60 | - |
| KKN AVD. KJEVEKIRURGI OG SYKEHUSODONTOLOGI | 23 | 23 | - |
| KKN AVD. FOR PLASTIKK OG REKONSTR. KIRURGI | 76 | 86 | 5 |
| KKN ORTOPEDISK AVDELING | 566 | 571 | 25 |
| KKN KIRURGISK DAGAVD | 70 | 70 | - |
| KKN ØRE-, NESE- OG HALSAVD., RIKSHOSPITALET | 116 | 110 | - |
| KKN ØYEAVDELINGEN, ULLEVAL | 215 | 221 | 3 |
| KKN FOU, KKN | 6 | 7 | - |
| KKN AVDELING FOR KOMPLEKS EPILEPSI | 209 | 214 | - |
| KKN STAB | 16 | 16 | - |
| KKN UDEFINERT INNSPARINGSKRAV | 0 | 0 | - |
| KKN AVDELING FOR NEVROHABILITERING | 33 | 35 | - |
| KKN NEVROPSYKIATRI OG PSYKOSOMATISK MEDISIN | 26 | 21 | - |
| KKN KIRURGISK AVD. FOR BARN, RIKSHOSPITALET | 153 | 158 | 5 |
| KKN NEVROKIRURGISK AVDELING | 267 | 280 | 5 |
| KKN NEVROLOGISK AVDELING | 190 | 187 | 5 |

Andre kostnadsreducerende tiltak: Kursvirksomhet, PC-utstyr, administrativ støtte og konsulenter, inventarkostnader og muligens noe på stillingskostnader (marginale kostnader). Det er knyttet risiko ved å redusere kursvirksomheten. Obligatoriske LIS-kurs kan ikke reduseres.

Utvikling Brutto mnd.verk



Hva er reduksjon sfa ferie, 22/7 og hva er effekt av tiltak

- Estimert 22.7= 6 årsverk
- Estimert øvrig variabel lønnsendring knyttet til ferie=11

Hva gjøres av ekstraordinære tiltak for å dekke inn avviket mot innrapporterte prognoser

- Ytterligere kontroll av avdelingene ved ansettelser.
- Vurderer ledighold av stillinger
- Følger opp at allerede innmeldte tiltak effektueres (sørge for at ikke innplasserte kommer inn i stillinger som blir ledige, avslutte halestillinger, nøye kontroll før sending til stillingsutvalget)

Særlig fokus variabel lønn

- Tett oppfølging av avdelinger. Synliggjør forbruk, oppfølging bruk av retningslinjer. Tett oppfølging av innleieforbruk.

Risikovurdering

- Mål ut året til et nivå nær måltall for budsjett 2012 (brutto 1536). Betydelig risiko for å ikke nå målet (forventet avvik ca 20 stillinger). Strukturelle, varige tiltak vil kunne bidra til at mål nås tidlig i 2012. (samling barnekir + barnepost, barneint. + gynekraft flytting). Reduksjon av elektiv virksomhet vil ha begrenset effekt og gi negativ effekt på bunnlinjen. Kutt i turnusgående stillinger vil gi økt variabel lønn og økt negativ bunnlinje.

-Status innplasseringsprosess

- Klinikken er ferdig med foreløpig innplassering for samtlige avdelinger. Innplasseringsprosessen relatert til overføring til Ahus/Vestre Viken

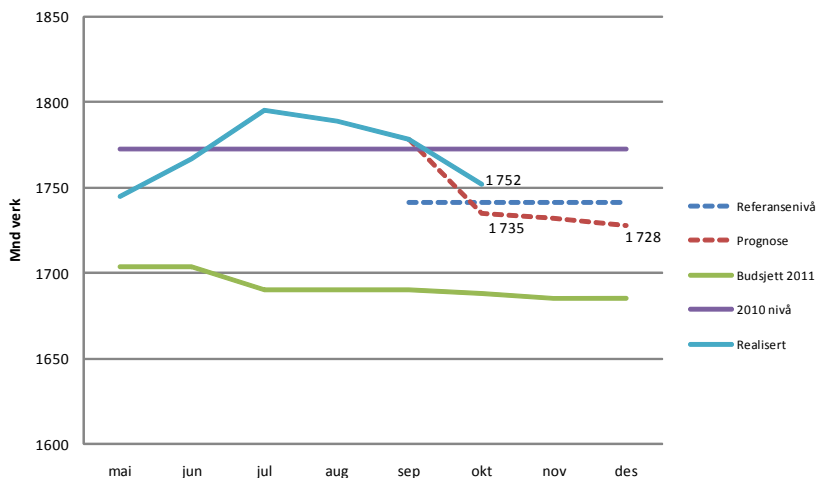
| KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN - Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | okt 2010 | okt 2011 | Avvik fra prognose levert HSØ |
|---|----------|----------|-------------------------------|
| Brutto månedsverk | 1796 | 1739 | 32 |
| Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | 1667 | 1599 | 29 |
| KVB AVDELING FOR GYNEKOLOGISK KREFT | 109 | 106 | 4 |
| KVB PEDIATRISK FORSKNINGSINSTITUTT | 1 | 2 | 0 |
| KVB BARNEAVDELING FOR NEVROFAG | 102 | 96 | 0 |
| KVB BARNEMEDISINSK AKUTTAVDELING | 104 | 99 | 5 |
| KVB BARNEMEDISINSK AVDELING | 417 | 390 | 6 |
| KVB FØDEAVDELINGEN | 382 | 383 | 0 |
| KVB GYNEKOLOGISK AVDELING | 251 | 245 | 5 |
| KVB NYFØDTINTENSIV AVDELING | 257 | 246 | 6 |
| KVB NASJONALE KOMPETANSETJENESTER F | 7 | 3 | 3 |
| KVB STAB | 36 | 29 | 0 |

Andre kostnadsreducerende tiltak:

Vi har iverksatt tiltak for å redusere kostnader innenfor utvalgte områder, men virkningen vil først ha vesentlig effekt fra okt.

KKT; KKR

Utvikling Brutto mnd.verk



Hva er reduksjon sfa ferie, 22/7 og hva er effekt av tiltak

Tiltak følges opp fortløpende i de respektive avdelinger. Tiltak tilknyttet bemanningsreduksjon er ressurskrevende og forutsetter i stor grad at prosess for oppnå gevinstrealisering. Forventet at flere av disse prosessene avsluttes frem mot 31.12. Klinikken har en økning på 20 eksternt finansierte årsverk fra 2011. Disse belaster ikke klinikkens resultat, men bidrar her til avvik fra prognose. Fra okt. 2011 er fem årsverk (sykepleie) knyttet til økning av fedmekirurgi.

Kutt variable lønnsverk. Kutt fastestillinger som har med omplasseringen primært, og ikke innplasseringen.

- Fokus variabel lønn: Følges opp i henhold til HR retningslinje og administrative tiltak. Løpende tema på Ledermøter i KKT og i driftsmøter med de respektive avdelinger/seksjoner.

Risikovurdering

- I forhold til løsning av budsjett utfordringene er gjennomført. Nærmere vurdering av risikoområdene gjøres i klinikkens videre prosess mht konkretisering av bemanningsreduksjon og vurdering av andre kostnadsreducerende tiltak.

Status innplasseringsprosess

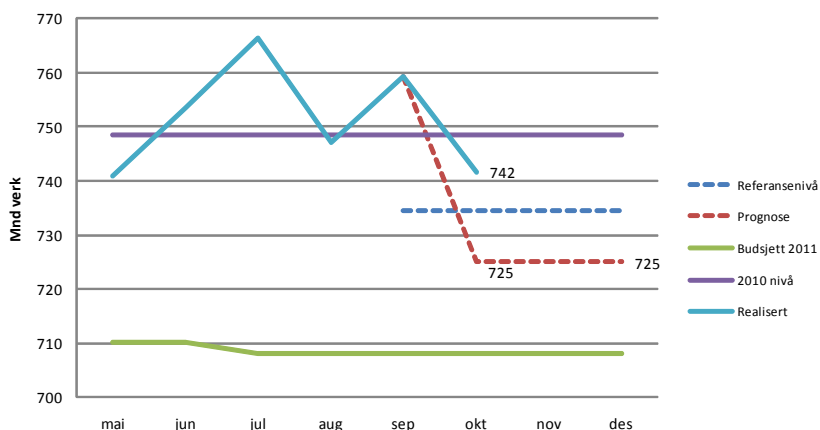
- Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi og Krefte- og kirurgiklinikken er slått sammen med virkning fra 1.7.2011. Innplasseringsprosess i ny fusjonert kunne derfor ikke iverksettes før fusjon var gjennomført. Innplasseringsprosessen koordineres med budsjett 2012. Tidsplan for hele klinikken er drøftet og besluttet. Prosess igangsatt i hele klinikken i samsvar med tidsplan.

| KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN - Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert | okt 2010 | okt 2011 | Avvik fra prognose levert HSØ |
|---|----------|----------|-------------------------------|
| Brutto månedsværk | 1784 | 1752 | 17 |
| Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert | 1484 | 1429 | -3 |
| KRK AVDELING FOR BRYST- OG ENDOKRINKIRURGI | 19 | 20 | 0 |
| KRK AVDELING FOR GASTROENTEROLOGISK KIRURGI | 329 | 303 | -1 |
| KRK AVDELING FOR KREFTBEHANDLING | 747 | 741 | -1 |
| KRK AVDELING FOR MEDISINSK FYSIKK | 41 | 39 | 0 |
| KRK AVDELING FOR UROLOGI | 158 | 145 | -1 |
| KRK INSTITUTT FOR KREFTFORSKNING | 70 | 69 | 0 |
| KRK INSTITUTT FOR MEDISINSK INFORMATIKK | 53 | 54 | 0 |
| KRK AVDELING FOR KLINISK SERVICE | 47 | 43 | 0 |
| KRK STAB | 18 | 15 | 0 |
| KRK UDEFINERT INNSPARINGSKRAV | 0 | 0 | - |
| KRK FJERNES | 2 | 0 | - |

Andre kostnadsreducerende tiltak: Kommenterer reduksjon fra referansenivå (jan-juni): Innleie redusert med 212 000, Andre eksterne tjenester økt med 22 000, adm.støtte/konsulenter redusert med 22 000, reisekostnader redusert med 14 000.

KKT; SMK

Utvikling Brutto mnd.verk



Hva er reduksjon sfa ferie, 22/7 og hva er effekt av tiltak

Tiltak følges opp fortløpende i de respektive avdelinger. Tiltak tilknyttet bemanningsreduksjon er ressurskrevende og forutsetter i stor grad at prosess for oppnå gevinstrealisering. Forventet at flere av disse prosessene avsluttes frem mot 31.12.

Variabel lønn

Følges opp i henhold til HR retningslinje og administrative tiltak. Løpende tema på Ledermøter i KKT og i driftsmøter med de respektive avdelinger/seksjoner.

Risikovurdering (denne gjennomgås nærmere)

I forhold til løsning av budsjett utfordringene er gjennomført. Nærmere vurdering av risikoområdene gjøres i klinikkens videre prosess mht konkretisering av bemanningsreduksjon og vurdering av andre kostnadsreducerende tiltak.

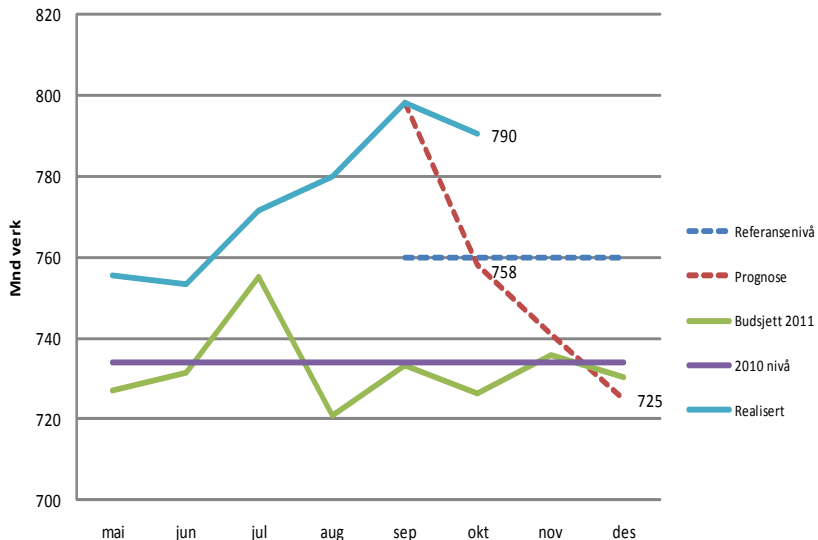
Status innplasseringsprosess

Bemanningsplaner koordineres i forhold budsjetttrammer i begynnelsen av november. Klinikken HR-stab støtter avdelinger i forhold til innplasseringsprosessen, herunder bemanningsplaner tilpasset budsjetttrammer 2012, mens klinikken økonomistab bistår med løpende beregninger og analyser av foreslåtte tiltak. Prosess mht vurdering av bemanningsnormer pågår og følges opp i pågående innplasseringsprosess

| SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI - Brutto månedeverk, ekskl. eksternt finansiert | okt 2010 | okt 2011 | Awik fra prognose levert HSØ |
|---|----------|----------|------------------------------|
| Brutto månedeverk | 757 | 741,7 | 17 |
| Brutto månedeverk, ekskl. eksternt finansiert | 693 | 683 | 14 |
| SMK AVDELING FOR BLODSYKDOMMER | 129 | 124 | 0 |
| SMK AVDELING FOR KLINISK SERVICE | 34 | 34 | 0 |
| SMK AVDELING FOR KONTOR | 50 | 63 | 6 |
| SMK AVD. FOR LEVER, GASTRO- OG BARNEKIRURGI | 75 | 82 | 3 |
| SMK AVDELING FOR TRANSPLANTASJONS MEDISIN | 249 | 222 | 0 |
| SMK AVD. FOR REVMATOLOGI, HUD OG INFEKSJON | 126 | 133 | 5 |
| SMK SMK STAB | 29 | 27 | - |
| SMK UDEFINERT INNSPARINGSKRAV | 0 | 0 | - |

Andre kostnadsreducerende tiltak: Kommenterer reduksjon fra referansenivå (jan-juni): Innleie redusert med 190 000, Andre eksterne tjenester redusert med 32 000, adm.støtte/konsulenter redusert med 45 000, reisekostnader redusert med 9 000.

Utvikling Brutto mnd.verk



Hva er reduksjon av ferie, 22/7 og hva er effekt av tiltak

22/7 genererte mye ekstra arbeid, videre er det også alltid høyere bemanning i juli/august som konsekvens av ferieavvikling, klinikkens nettotal er stabile.

Hva gjøres av ekstraordinære tiltak for å dekke inn avviket mot innrapporterte prognoser

Klinikken avventer lederbeslutning for å komme i gang med 2 prosjekter som innebærer bemanningsreduksjoner.

Særlig fokus variabel lønn

Det er streng ansettelsespraksis og tett oppfølging av innleie og overtid med mer. Klinikken pasientgrunnlag er økt, se under.

Risikovurdering

Klinikk meldt nedgang på 35 brutto månedsverk fra nivå sept 2011. Klinikken jobber intensivt med å redusere årsverk i løpet av året 2011, men vil først få til årsverksendringer når foreslått omorganisering av drift ved TKA er iverksatt. Muligheten for alternative tiltak er vurdert.

Status innplasseringsprosess

Klinikken har ikke hatt overføringer til AHUS eller Vestre Viken. Klinikken har fått overført aktivitet og personale fra andre klinikker.

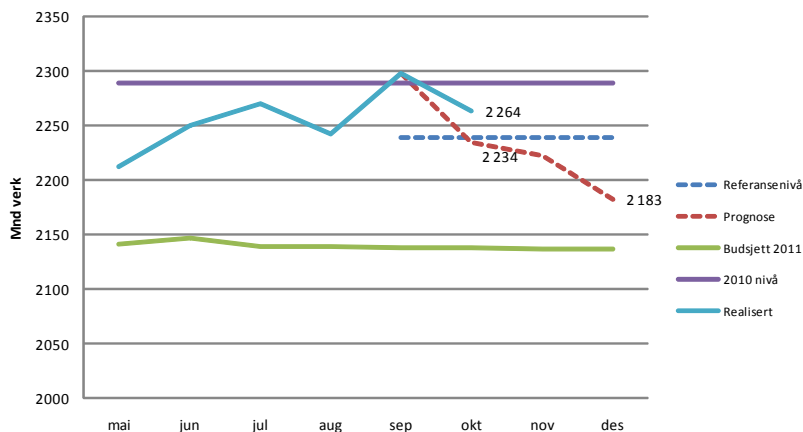
** Endringen på Kardiologisk avdeling fra 2010-2011 skyldes samling og pålagt økt aktivitet av ablasjonsvirksomhet iht til bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg er det overført 5 årsverk fra Invent2 (Medinnova) uten ekstra kostnad.

* Majoriteten av nedtrekk skjer på Thoraxkirurgisk avd.

| HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN - Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | okt 2010 | okt 2011 | Avvik fra prognose levert HSØ |
|---|----------|----------|-------------------------------|
| Brutto månedsverk | 726 | 790,4 | 32 |
| Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | 702 | 763 | 32 |
| HLK INSTITUTT FOR EKSP MED FORSKNING | 17 | 15 | - |
| HLK INSTITUTT FOR KIRURGISK FORSKNING | 7 | 8 | - |
| HLK KAR AVD | 60 | 61 | - |
| HLK KARDIOLOGISK AVDELING ** | 158 | 192 | - |
| HLK LUNGE AVD | 67 | 71 | - |
| HLK THORAXKIRURGISK AVD | 384 | 396 | * |
| HLK KOORDINERING OG POLIKLINIKK | 0 | 10 | - |
| HLK ADMINISTRASJON | 9 | 9 | - |

Andre kostnadsreducerende tiltak: Hjerter-Lunge og Karklinikken har hittil i år spart 1.016.000,- på innleie, kurs, IKT og reisekostnader Vurdert opp mot budsjett. Mål total reduksjon 1.520.000.

Utvikling Brutto mnd.verk



Hva er reduksjon sfa ferie, 22/7 og hva er effekt av tiltak

- AKU -prognose basert på måned ikke lønnskjøring
- Flytting av kar 7 stillinger meldt, 4 realisert, ikke mulig å ta ned mer pga fortsatt ø-hjelp/beredskap. Resten skyldes 227 og ferie avsluttet samt økt ø-hjelpsaktivitet.

Hva gjøres av ekstraordinære tiltak for å dekke inn avviket mot innrapporterte prognoser.

- Klinikken presser på for å få avvikle ø-hjelp ved Aker så raskt som mulig.
- Klinikken fokuserer på overtid/innleie som er vår hovedutfordring på lønn. Egne rutiner og innmeldinger på dette ukentlig og månedlig. Merforbruket er hovedsakelig på PhS og Intensiv.
- Økt aktivitet på PhS og Intensiv. Samtidig skal beredskap- og kvalitet på ø-hjelp opprettholdes mens variabel lønn skal ned.

Risikovurdering

- Redusert kapasitet og ressurser ved aktivitetstopper vil øke risikoen for ø-hjelps behandlingen (PhS, Intensiv og Akuttmottak). Hvis vi skal klare bemanningsprognosen fremover kan det bety utvikling mot rødt for pasientbehandlingen.

Status innplasseringsprosess

- Alle avdelingsledere har frist til 14.10.11 med å levere inn utkast til nye bemanningsplaner og stillingsbeskrivelser til HR i klinikk. Det er planlagt at nye bemanningsplaner skal drøftes og vedtas i løpet av uke 43/44.

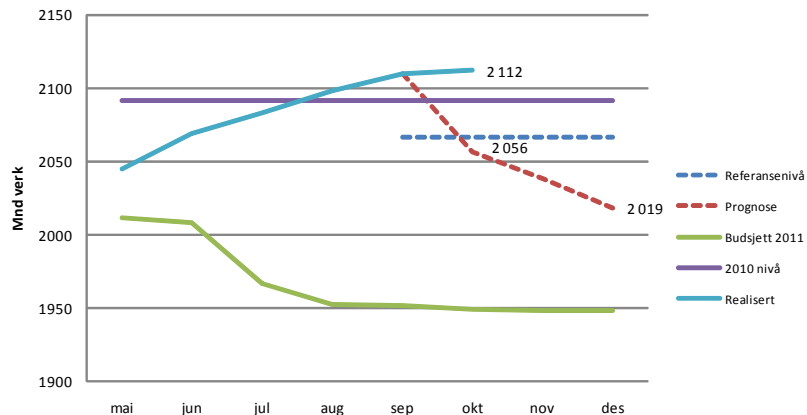
Klinikken har som mål å vedta ferdig innplassering i løpet av uke 46. Om det skulle bli noen forsinkelser, er overordnet mål utansett å være ferdig innen 31.12.11

| AKU AKUTTKLINIKKEN - Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | okt 2010 | okt 2011 | Avvik fra prognose levert HSØ |
|--|----------|----------|-------------------------------|
| Brutto månedsverk | 2308 | 2264 | 29 |
| Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | 2301 | 2258 | 30 |
| AKU AKUTTMOTTAK | 165 | 143 | -10 |
| AKU AVDELING FOR ANESTESIOLOGI | 209 | 209 | 6 |
| AKU AVDELING FOR ANESTESISYKEPLEIE | 318 | 310 | 14 |
| AKU AVDELING FOR FORSKNING OG UTVIKLING | 14 | 12 | 2 |
| AKU AVDELING FOR SMERTEBEHANDLING | 29 | 31 | 1 |
| AKU AVDELING FOR TRAUMATOLOGI | 4 | 7 | 2 |
| AKU INTENSIVAVDELINGEN | 410 | 397 | 4 |
| AKU OPERASJONSAVDELINGEN | 193 | 171 | 0 |
| AKU POSTOPERATIV AVDELING | 194 | 183 | -16 |
| AKU PREHOSPITALT SENTER | 616 | 638 | 20 |
| AKU STERILAVDELINGEN | 103 | 111 | 4 |
| AKU AKUTTKLINIKKEN STAB | 45 | 45 | 2 |

Andre kostnadsreducerende tiltak:

Kurs; kun det som er besluttet før sommerferien, MTU i rute, Pasienttransport forventet innsparing siste 3 mnd i 2011, Inventar i rute.

Utvikling Brutto mnd.verk



*2010 nivå ikke korrigert for overføring av Hormonlaboratoriet fra Med.

| Brutto måned sverk | KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON - Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert | okt 2010 | okt 2011 | Awik fra prognose levert HSØ |
|--------------------|---|----------|----------|------------------------------|
| KDI K | Brutto månedsværk | 2141 | 2112 | 56 |
| | Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert | 1925 | 1894 | 27 |
| | KDI AVDELING FOR FARMAKOLOGI | 14 | 21 | 2 |
| | KDI AVDELING FOR IMMUNOLOGI OG TRANSFUSJONSMEDISIN | 213 | 219 | 5 |
| | KDI AVDELING FOR MEDISINSK BIOKJEMI | 424 | 415 | 2 |
| | KDI AVDELING FOR MEDISINSK GENETIKK | 124 | 127 | 2 |
| | KDI AVDELING FOR MIKROBIOLOGI | 168 | 168 | 2 |
| | KDI AVDELING FOR PATOLOGI | 254 | 248 | -4 |
| | KDI AVDELING FOR RADIOLOGI OG NUKLEÆRMEDISIN | 672 | 639 | 18 |
| | KDI INTERVENSJONSSENTERET | 40 | 40 | 0 |
| | KDI ADMINISTRASJON | 16 | 16 | 1 |
| | KDI UDEFINERT INNSPARINGSKRAV | 0 | 0 | 0 |

Klinikken følger opp reduksjonen på andre kostnadssteder. Innkjøpsstopp innført i slutten av september. Avdelingene følges opp på dette i månedlige møter. Klinikken forventer å nå målet, med en reduksjon på ca 4mnok mot prognose pr august.

Hva er reduksjon av ferie, 22/7 og hva er effekt av tiltak

- Klinikken har gått ned 16 årsverk. Mesteparten av dette er relatert til reduksjon ferie. Klinikken har gått opp 13 mnd.lønn. års.verk fra september. Nye tiltak har til nå hatt liten effekt. (start i slutten av sept)

Hva gjøres av ekstraordinære tiltak for å dekke inn avviket mot innrapporterte prognoser

- Ekstraordinær stillingsstopp, med nyopprettet stillingsutvalg på klinikknivå. Avvikling av midlertidige stillinger. Tettere oppfølging av var.lønn

Særlig fokus variabel lønn

- Har satt fokus på var.lønn og fordelt innsparing til avdelingene. Oppfølging ved månedlige møter med avdelingene og i avdelingsledermøtet. Liten effekt foreløpig pga overtid generert av flyttinger IMM og AMG, samt ny stormaskin MBK.

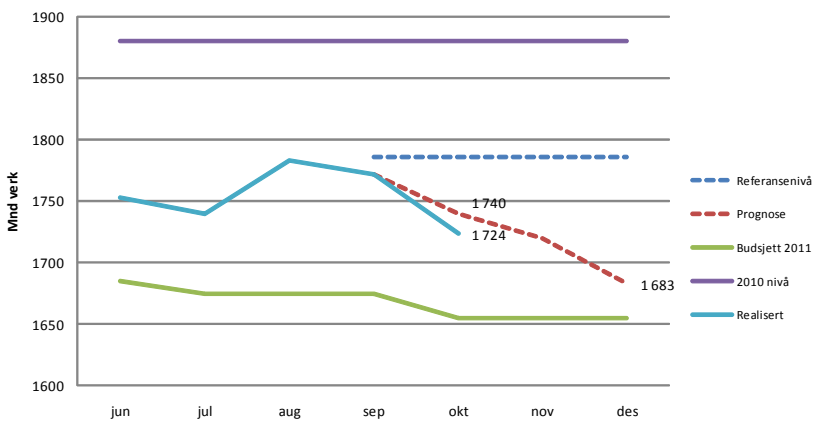
Risikovurdering

- Klinikkenes mål; å ta ned 55 årsverk utover feriereduksjon og 22/7. Primært gjennom å ikke reansette, ca 26 årsverk. Dog har klinikken lavere turnover enn tidligere. Høy risiko for å ikke nå måltall. Avvikling av 12 midlertidige stillinger går som planlagt. Overtiden forventes å gå ned, når flytting i lab.bygg er ferdig. Prognose i sep. bygger snitt fra jan-jun, klinikken hadde en økning av årsverk på våren/sommeren, slik at med referanse med snitt jan-sep utgjør 10 års.verk i avvik mot meldt prognose.

Status innplasseringsprosess

- Med unntak eksternt finansierte vedtok klinikken innplassering av sine ansatte ved alle avdelinger pr. uke 38. Det vil i tillegg kjøres en prosess på innplassering av alle ansatte finansiert ekst. Målet for slutføring er 31.12.11. Avdelingene må tilpasse bemanning etter budsjett 2012 med løpende vedlikehold av bemanningsplaner der overtallighet håndteres ved naturlig avgang.

Utvikling Brutto mnd.verk



Kommentarer til endringer i oktober:

Oslo sykehuservice har redusert ressursbruk med over 100 årsverk siden oktober 2010. Det er lagt opp til en betydelig reduksjon i årsverk de siste månedene i 2011.

For oktober ble faktisk reduksjon større enn reduksjon i prognose.

Dette knytter seg i hovedsak til betydelig reduksjon i variabelt lønnede årsverk.

Status innplasseringsprosess:

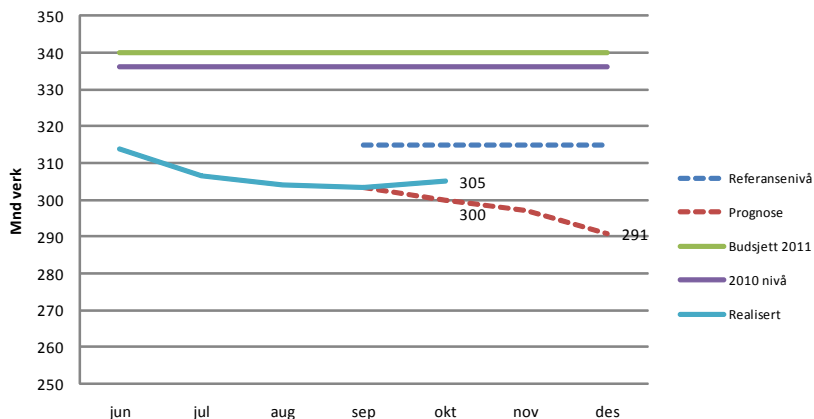
Innplasseringsprosess går i henhold til plan.

Stillingsbeskrivelser utarbeidelse og bemanningsplaner er under utarbeidelse.

| OSS OSLO SYKEHUSSERVICE - Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | okt 2010 | okt 2011 | Avvik fra prognose levert HSØ |
|---|----------|----------|-------------------------------|
| Brutto månedsverk | 1840 | 1724 | -16 |
| Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | 1839 | 1723 | -17 |
| OSS VO EIENDOM | 194 | 187 | - |
| OSS VO INNKJØP OG LOGISTIKK | 302 | 274 | - |
| OSS VO INTERN SERVICE | 972 | 913 | - |
| OSS VO KOMPARATIV MEDISIN | 16 | 20 | - |
| OSS VO MEDISINSK TEKNOLOGISK | 83 | 77 | - |
| OSS VO SMITTEVERN OG SYKEHUSHYGIENE | 21 | 19 | - |
| OSS VO ARBEIDSMILJØ / HMS | 26 | 23 | - |
| OSS VO ADM. FELLESFUNKSJONER | 212 | 196 | - |
| OSS VIDEREUTDANNING I SYKEPLEIE | 0 | 0 | - |
| OSS STAB OSS | 12 | 13 | - |

STAB

Utvikling Brutto mnd.verk



- Bemanningsreduksjonen som tidligere er bestemt skal gjennomføres.

- Det skal som hovedregel ikke foretas reansettelser der ansatte slutter/har sluttet.

| STA STAB - Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert | okt 2010 | okt 2011 | Åwik fra prognose levert HSØ |
|--|----------|----------|------------------------------|
| Brutto månedsværk | 325 | 305 | 5 |
| Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert | 317 | 265 | 20 |
| STA DIREKTØRENS KONTOR | 6 | 9 | -2 |
| STA FORSKNING, INNOVASJON OG UTDANNING | 52 | 25 | 1 |
| STA HR-STAB | 62 | 68 | 9 |
| STA KOMMUNIKASJONSSTAB | 22 | 18 | -2 |
| STA FAG OG PASIENTSIKKERHET | 40 | 31 | 2 |
| STA SAMHANDLING OG INTERNASJONALT SAMARBEID | 28 | 24 | -2 |
| STA ØKONOMI, JURIDISK OG IKT | 106 | 90 | -1 |

Andre kostnadsreducerende tiltak: Andre kostnader reduseres til et minimum. Innenfor ordinær drift er det lagt til grunn at andre kostnader skal reduseres med 20 pst siste kvartal. Dette utgjør om lag 1,7 mill kroner. Videre bruk av konsulenter reduseres til et minimum.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Saksframstilling

Dato møte: 27. oktober 2011

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

1. Tabellvedlegg
 2. Status gjennomføring av tiltak for reduksjon av bemanning og andre kostnader
-

SAK 113/2011

**ORIENTERINGSSAK:
ØKONOMI- OG AKTIVITETSRAPPORT PER
SEPTEMBER**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar rapporteringen per september til orientering.

Oslo den 20. oktober 2011

Jan Eirik Thoresen

1. Sammendrag

Resultattallene etter september viser:

- Den somatiske aktiviteten er noe høyere enn periodisert budsjett.
- Psykisk helsevern og rusbehandling:
 - o Innenfor voksenpsykiatrien er den polikliniske aktiviteten (inkludert dagbehandling) lavere enn budsjettet. Antall utskrevne pasienter er høyere enn planlagt.
 - o Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er aktiviteten lavere enn budsjettet både for døgnvirksomheten og poliklinikk.
 - o Innenfor rusområdet er døgnvirksomheten høyere enn budsjettet mens den polikliniske aktiviteten er noe lavere.
- Det negative økonomiske resultatavviket per september er på 433 mill kroner eller 308 mill kroner når ekstraordinære tapsavsetninger holdes utenfor. Isolert er det et positivt avvik i forhold til budsjett på 18 mill kroner i september. Dette skyldes spesielle forhold knyttet til IKT og gevinst fra salg av eiendom. Justert for dette vurderes periodens avvik knyttet til underliggende drift å være i størrelsesorden 30 mill kroner.
- Bemanningen ble redusert med drøyt 1.000 årsverk i begynnelsen av 2011, men siden da har tallet på årsverk holdt seg forholdsvis stabilt. Reduksjonen fra september til oktober skyldes først og fremst spesielle forhold (22/7) og sesongmessige forhold.
- Totalt antall fristbrudd i september er 12 pst, redusert fra 13 pst i august. Nivået har vært relativt stabilt siden våren 2011.
- Etter rapporteringen for juli ble det meldt en risiko for et resultatavvik i 2011 på -600 mill kroner. Basert på resultat etter september rapporteres nå en årsprognose med et resultatavvik på -520 mill kroner.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Aktivitetsutviklingen ser ut til å være som forutsatt i budsjettet innenfor de fleste områdene. Innenfor psykisk helsevern er det størst utfordring knyttet til aktivitetsnivået innenfor barne- og ungdomspsykiatrien generelt og poliklinisk aktivitet innenfor voksenpsykiatrien. Dette følges tett opp for å sikre en aktivitetsvekst i tråd med forutsetningene i budsjettet.

Arbeidet med å tilpasse bemanningen til et lavere aktivitetsnivå er krevende, og tar lengre tid enn forutsatt i budsjett 2011. Så langt i 2011 har foretaket ikke har klart å ta ned bemanning og kostnader i klinikkene i takt med redusert budsjett og aktivitet. Tallene for oktober var svakere enn forutsatt i de prognosene som ble lagt fram for styret på siste møte.

Styrets vedtakspunkter i sak 98/2011 i forrige møte er fulgt opp. Arbeidet med rask reduksjon av antall månedsverk for leger er prioritert sammen med øvrig gjennomføring av bemanningsreduksjoner som ble lagt frem i saken.

Foretaksmøtet har lagt til grunn at styret i Oslo universitetssykehus HF sørger for at det er etablert tiltaksplaner som er tilstrekkelige til å styre virksomheten innen tillatt negativt resultat (inntil 400 mill kroner) på årsbasis. Som oppfølging av dette er alle klinikkene pålagt å gjennomføre ekstraordinære tiltak for å redusere bemanning og kostnader i siste del av 2011. Målet med dette er på kort sikt å redusere det negative resultatavviket i 2011 i størst mulig grad. Reduksjon av bemanningen i 2011 er imidlertid også viktig for å redusere utfordringen i 2012.

For å sikre tilstrekkelig ledelsesmessig fokus på tilpasning av driften til redusert aktivitet og redusert budsjett, har sykehusledelsen høsten 2011 etablert ukentlig oppfølging av driften i ledermøtene. Hver uke gjennomgås blant annet bemanningsutvikling. Det er særlig fokus på redusert bruk av variabel lønn og reduksjon i antall nyansettelser. Videre gjennomfører Helse Sør-Øst RHF ekstraordinære oppfølgingsmøter med Oslo universitetssykehus HF hver andre uke.

3. Pasientbehandling og aktivitetsdata

Somatikk

Antall DRG-poeng hittil er 1,8 pst (2.817 poeng) høyere enn budsjettet. Dette er en økning i positivt avvik fra august (fra 1,4 pst). Økt positivt avvik skyldes først og fremst etterregistrering av aktivitet for 2. tertial.

Sett i forhold til samme periode i 2010 er det en reduksjon i antall DRG-poeng på 6,8 pst. Dette er noe mindre enn budsjettet reduksjon knyttet til planlagt overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF når overføringen er gjennomført. Haleaktiviteten er aktivt avvirket etter sommeren og oppfølgingsmøter etter sommeren har fokusert på aktiviteten for å snu elektive pasientstrømmer i henhold til overføring og den aktive avviklingen av haleaktivitet. Akkumulert andel overført til Akershus universitetssykehus HF er nå 6,2 pst av samlet somatisk aktivitet, mens andelen for september isolert er på 8,0 pst. Det var på forhånd beregnet at aktivitetsnedgangen skulle utgjøre knapt 10 pst av aktiviteten i 2010. Økt overføringsandel bekreftes av at antall nyhenvisninger og avviklinger ser ut til å avta som ønsket.

Hensyntatt effekt av grupper 2011 (anslått effekt er en økning i DRG-poengene med om lag 1,4 pst fra 2010 til 2011 for gitt reell aktivitet) vurderes den somatiske aktiviteten å være minst like høy som budsjettet, sannsynligvis noe høyere. Det er særlig innenfor transplantasjonsområdet og øyefaget hvor det har vært økning i aktivitet. Gjennomgang av traumealarmer på Ullevål sykehus viser også en økning av antall alarmer i 2011, og antall alarmer i september var det høyeste som noen gang er registrert.

Psykisk helsevern

For voksenpsykiatrien er antall utskrevne pasienter høyere enn budsjettet, mens antall liggedøgn er lavere enn budsjettet. Poliklinisk aktivitet er per september noe høyere enn budsjettet, mens det er et stort negativt avvik for antall oppholdsdager dagbehandling. Negativt avvik for oppholdsdager dagbehandling skyldes at det er budsjettet med dagaktivitet ved alderspsykiatrisk poliklinikk. Ved inngangen til 2011 ble denne virksomheten lagt om slik at all aktivitet er inntektsgivende polikliniske konsultasjoner. Det er naturlig å se dagbehandling og poliklinisk aktivitet i sammenheng. Samlet er det per september et negativt avvik på om lag 1.900 kontakter, tilsvarende 3,6 pst.

Aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er per september lavere enn budsjettet. Som følge av tilpasning av inntak ut fra de nye opptaksområdene ble antall døgnplasser for barn redusert fra 12 til 6 med virkning fra 1.8. Dette vil gi lavere aktivitet ved døgnavdelingene enn forutsatt i budsjettet. Det samme gjelder for dagbehandling.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Dag- og døgnaktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er høyere enn budsjettet, mens den polikliniske aktiviteten er lavere enn budsjettet.

Ventelisteutvikling og fristbrudd

Det vises til egen orienteringssak om ventelistebehandling (sak 119/2011).

Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Nytt mål for 2011 er at pasienten skal få timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt og vurdert henvisning. Teknisk løsning for rapportering av dette er ikke på plass ennå. Mulig løsning er imidlertid funnet og vil bli testet ut i samarbeid med leverandør. For å nå målet om at alle pasientene og henviserne får bekreftelse på mottatt og vurdert henvisning og samtidig får tidspunkt for start behandling i samme brev, er det blant annet nødvendig å planlegge bemanningsressurser for lengre perioder fremover enn det som er vanlig i dag. Det arbeides med tiltak for å få til gode løsninger på dette.

Andel korridorpasienter

Andelen korridorpasienter i somatiske sengeposter er redusert gjennom sommeren og er i september 0,9 pst, mens gjennomsnittet hittil i år er 1,1 pst. Dette er en positiv utvikling som i stor grad kan tillegges god effekt av interne tiltak.

Andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter

Andelen liggedager for utskrivningsklare pasienter er stabilt på 1,2 pst. Nivået er noe lavere enn i 2010.

4. Økonomisk resultat og ressursbruk

Resultat

Per september 2011 er det et negativt avvik i forhold til eiers styringsmål på 433 mill kroner totalt og 308 mill kroner eksklusiv tapsavsetning for klinisk arbeidsflate (125 mill kroner). Sammenlignet med rapportert resultatavvik per august (-327 mill kroner med tilsvarende unntak), er det negative avviket i september redusert med 18 mill kroner.

Det er særlig to forhold som bidrar til positivt resultatavvik i september. Dette gjelder gevinst fra salg av eiendom med 10 mill kroner og reduserte estimerte kostnader innenfor IKT-området med om lag 30 mill kroner, som både omfatter september og tidligere måneder. Kostnadsreduksjonen innenfor IKT-området er vesentlig relatert til prosjektene innenfor FKI-programmet (Felles klinisk informasjonsgrunnlag). FKI-programmet bestod opprinnelig av tre store prosjekter: Klinisk arbeidsflate, sammenslåing av Doculive-systemer og videreutvikling av PasDoc i 2011. Som følge av avbestillingen av Klinisk arbeidsflate er det gjort store endringer i de andre prosjektene og hele programmet er omorganisert. Mange av de planlagte milepælene er forskjøvet til 2012.

I akkumulert resultatavvik per september inngår en samlet økonomisk konsekvens for Oslo universitetssykehus HF av terrorhandlinger 22/7 estimert til 33 mill kroner.

Finansdepartementet la 30/9 fram en proposisjon for Stortinget om tilleggsbevilgninger til dekning av utgifter som følge av angrepene mot Regjeringskvartalet og Utøya 22. juli. Oslo universitetssykehus HF' merkostnader i tilknytning til hendelsene er her foreslått finansiert. Under forutsetning av Stortingets vedtak vil dette bli utbetalt og inntektsført i oktober. Høyere

kostnader til årets lønnsoppgjør enn forutsatt i budsjettet er også hensyntatt i akkumulert resultat. Merkostnadene må dekkes innenfor ordinært budsjett.

Justert for spesielle forhold i september som beskrevet ovenfor vurderes periodens avvik knyttet til underliggende drift (dvs eksklusive merkostnader som følge av lønnsoppgjør, kostnader knyttet til terrorangrepene 22. juli mv) å være i størrelsesorden 30 mill kroner i august. Dette er omtrent som for august, men noe lavere enn gjennomsnittlig avvik per måned i første halvår.

Årsestimat

Per juli ble det rapportert et negativt årsestimat for 2011 på 1 milliard kroner, dvs 600 mill kroner høyere enn budsjettet. Dette ble ikke endret per august. Basert på resultat etter september rapporteres nå en noe forbedret årsprognose. Det er her hensyntatt at foretakets netto driftskostnader som følge av terrorhandlingene 22/7 blir finansiert, reduserte kostnader innenfor IKT-området og økt gevinst fra salg av eiendom. På bakgrunn av dette rapporteres nå et negativt årsestimat på 920 mill kroner, dvs. 520 mill kroner svakere enn budsjettet.

5. Bemanning og sykefravær

Utvikling månedsverk

Antall brutto årsverk i oktober var 17.298, en reduksjon på 277 fra september. Bemanningsreduksjonen fra september til oktober var lavere enn forutsatt i de prognosene som er rapportert inn til Helse Sør-Øst RHF 22. september. I prognosen for bemanningsutvikling er estimatet for oktober 17.119 månedsverk, dvs. at faktisk brutto månedsverk i oktober er 179 høyere enn prognostisert.

Bemanningsstallene for oktober er gjennomgått på klinikk- og avdelingsnivå sett opp mot de prognosene som er levert, og status for tiltaksgjennomføring i klinikkene gjennomgås som en del av dette. Det er særlig oppmerksomhet mot rask reduksjon av antall månedsverk for leger.

Reduksjon av månedsverk for leger

Ved behandling av sak 98/2011 ba styret administrerende direktør rette særlig oppmerksomhet mot rask reduksjon av antall månedsverk for leger. På denne bakgrunn er det etablert en arbeidsgruppe med deltakere fra stab økonomi, fag og pasientsikkerhet og HR. Økonomistab bistår med beregninger av aktivitetskonsekvensene av overføring av befolkningsgrunnlag til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Arbeidsgruppen rapporterer til medisinsk direktør. Bestilling til arbeidsgruppen:

Etablere oversikt over alle legeårsverk (ressursbruk) i helseforetaket for 2010 og 2011 fordelt på individ, avdeling, klinikk mv. Arbeidsgruppen følger opp klinikkene /avdelingene ut fra følgende:

- 1. Klinikkene skal dokumentere mål om å redusere ressursbruken i samsvar med beregnet overføring av aktivitet (relativt fra 1. halvår 2010 og til utgangen av 2011). Alt fordeles på individer og summeres på avdeling/klinikk.*
- 2. Klinikkene skal dokumentere mål for ressursbruk i samsvar med detaljert budsjett for 2012 når det foreligger. Alt fordeles på individer og avdeling/klinikk.*

Tallgrunnlag for arbeidet er under etablering. Arbeidsgruppen vil i de kommende ukene gå igjennom status i alle klinikker og avdelinger med utgangspunkt i oppgavene ovenfor.

Nye retningslinjer for bruk av variabel lønn

I ledermøte 18. mai 2011 ble det vedtatt å implementere administrative HR-tiltak som følge av P500 og styresak 39/2011: Tiltak for å gjennomføre budsjett 2011. Hensikten med dette var å få en strammere kontroll med kostnadsutviklingen ved Oslo universitetssykehus HF. HR-direktør har i september 2011 foretatt en gjennomgang for å undersøke om tiltakene vedrørende lønnsfullmakt og retningslinje for tilkalling av personale som genererer variabel lønn var blitt implementert og fulgt opp av den enkelte klinikk.

Gjennomgangen viser at tiltakene er implementert i alle klinikkene. Så langt er det imidlertid ingen av klinikkene som melder at man ser tydelig effekter av tiltakene, med unntak av enkelte som hevder at man har bedre kontroll med lønnsdannelsen og lønnsutviklingen (dette er ikke tallfestet i klinikkens tilbakemeldinger).

For bedre og raskere å kunne måle resultatene av nye retningslinjer for reduksjon av variabel lønn er det etablert en ukentlig rapportering av forbruk av variabel lønn for bruk i intern oppfølging i klinikkene/avdelingene. Denne ukentlige rapporteringen har foreløpig med seg kun data fra GAT Aker og Ullevål, dvs. at variabel lønn ved Rikshospitalet foreløpig kun rapporteres månedlig som tidligere. For Klinikk psykisk helse og avhengighet (har alle ansatte i GAT Aker og Ullevål) rapporteres og følges bruk av variabel lønn hver uke for alle sentrene.

Innleie av helsepersonell

For å sikre tettere oppfølging av bruk av innleie, er det i tillegg til nye retningslinjer for bruk av innleie tatt kontakt med vikarbyråene for å få ukentlige rapporter over forbruk foregående uke. I september er kostnadene til innleie omtrent som gjennomsnittet hittil i år.

Sykefravær

Sykefraværet hittil i år (per august) er 7,4 pst. Dette er samme fraværspersent som i samme periode i 2010. Fraværet har i perioden april – juli vært stabilt på rundt 7 pst, med 6,2 pst i august.

6. Investeringer og likviditet

Investeringer

For 2011 er det budsjettet med 305 mill kroner til investeringer knyttet til videreføring av ordinær drift og IKT (inklusive egenandeler for regionalt finansierte prosjekter). I forbindelse med styresak 49/2011 om gjennomføring av budsjett 2011 ble det vedtatt å forskyve investeringer knyttet til videreføring av ordinær drift og IKT til en verdi på cirka 80 mill kroner til 2012. Estimat for investeringer i 2011 vurderes i oktober til å være innenfor budsjett og vedtak i styresak 49/2011.

Budsjetterte omstillingsinvesteringer er på om lag 300 mill kroner for 2010 og 2011. Estimatet for omstillingsinvesteringer for 2010 og 2011 er nå i underkant av 230 mill kroner. Avviket fra budsjett skyldes i stor grad at investeringer i eiendomsmassen krever god planlegging og at en stor del av budsjettet disponeres til bygging av akutt mottaket der utbetalingene i hovedsak påløper i 2012 og 2013. I statsbudsjettet for 2012 er det nå stilt til disposisjon en låneramme som sikrer investeringene til omstilling (såkalt dag 4-investeringer) på 1,5 milliarder kroner totalt for Oslo universitetssykehus HF. Disponering av disse midlene er delvis låst til de prosjekter som nå er i gjennomføringsfasen. Det er etablert

en strategisk koordineringsgruppe som vurderer prioritering av bruk av de totale investeringsmidlene.

Utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål (nytt Akuttmottak) – status per oktober 2011
Ved bygging av akuttmottaket på Ullevål vil det føres en dialog med Helse Sør-Øst RHF. I sak 054-2011 (07.07.2011) fattet styret i Helse Sør-Øst RHF følgende vedtak: ”*Utbyggingen finansieres midlertidig med tilskudd fra Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF forbeholder seg retten til å konvertere hele eller deler av tilskuddet til rentebærende langsiktig lån i løpet av byggeperioden eller senest ved ibruktakelse av bygget*”.

Finansiering av akuttbygget vil bli endelig fastlagt ved behandling av budsjettet for 2012 i Helse Sør-Øst RHF den 17. november 2012. I mail av 12/10-2011 fra Helse Sør-Øst RHF står følgende: ”*Finansiering av akuttbygget vil bli endelig fastlagt ved behandling av budsjettet for 2012 i Helse Sør-Øst RHF den 17. november 2012. Foretaket kan imidlertid legge til grunn at finansiering innenfor den angitte kostnadsramme for prosjektet på 378 MNOK vil bli stilt til rådighet. Basert på tildeling av lån fra Helse- og omsorgsdepartementet lik 300 MNOK i 2012, kan foretaket legge til grunn at deler av finansieringen allerede fra 2012 vil bli gjort rentebærende.*” Styret (i Oslo universitetssykehus HF) godkjente i sak 101/2011 forslag til forprosjekt for utbygging i forbindelse med utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål, og styret ga fullmakt til administrerende direktør til å inngå kontrakt med entreprenør når godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF foreligger.

Administrerende direktør har på denne bakgrunn gitt klarsignal for at kontrakt med totalentreprenør kan inngås, og det vil skje ca. 20. oktober. Deretter starter detaljprosjekteringen og forberedende arbeider umiddelbart. Selve byggearbeidet planlegges startet opp i februar.

Likviditet

Ved utgangen av september var likviditetsbeholdningen for Oslo universitetssykehus HF minus 2.926 mill kroner mot budsjettet minus 3.135 mill kroner, det vil si et positivt avvik på 209 mill kroner. Det positive likviditetsavviket forklares med flere forhold. Det negative resultatavviket bidrar isolert sett til en dårligere likviditetssituasjon enn budsjettet. Men flere andre forhold som trekker i motsatt retning: Investeringsutbetalingene er hittil lavere enn budsjettet, betaling av reguleringspremie til Oslo pensjonsforsikring er utsatt og det er forsinkelser i oppgjør overfor Sykehuspartner og Akershus universitetssykehus HF.

Kontantstrømprognosen viser en utgående likviditetsbeholdning for 2011 på minus 3.466 mill kroner. Økt negativt resultatestimert forverrer likviditetssituasjonen, mens lavere investeringsnivå og lavere pensjonspremiebetaling i 2011 bidrar positivt. Selv om pensjonspremiene fra Oslo pensjonsforsikring og Kommunal landspensjonskasse for 2011 isolert er økt har Oslo pensjonsforsikring varslet at deler av pensjonspremiene forfaller i 2012. Kontant-strømprognosen viser at det er behov for økt driftskreditt i 2011. Det er i likviditetsprognosen forutsatt at Klinisk Arbeidsflate ikke blir betalt i 2011.

7. Tiltak for gjennomføring av budsjett 2011

I sak 98/2011 som ble behandlet 29. september ble det lagt frem tiltak for å redusere bemanning og kostnader mot slutten av 2011. Styret vedtok den gang:

1. Styret tar rapporteringen per august til etterretning.
2. Styret er bekymret for at aktiviteten innen somatisk pasientbehandling er redusert mindre enn befolkningsgrunnlaget, og ber administrerende direktør iverksette tiltak for å sikre bedre prioriteringer og aktivitet i overensstemmelse med plantallene.
3. Styret forutsetter at administrerende direktør gjennomfører de foreslåtte tiltakene for å redusere bemanning og kostnader mot slutten av 2011. Styret viser i denne sammenhengen til at antall månedsverk for leger ikke er redusert i særlig grad, og ber administrerende direktør rette særlig oppmerksomhet mot rask reduksjon av antall månedsverk for leger.
4. Styret viser til orienteringen i sak 100/2011 i Budsjett 2012, der det er beskrevet planer for oppretting av Stabens arbeidsgruppe for budsjett 2012. Styret ber om at gruppen opprettes umiddelbart for å sikre tilstrekkelig støtte for linjelederne. I forbindelse med nedbemanningen forutsetter styret at alle nødvendige virkemidler, eventuelt også oppsigelser, tas i bruk.

På bakgrunn av styrets vedtak (som beskrevet ovenfor) er det jobbet med gjennomføring av tiltak for reduksjon av bemanning og kostnader i alle klinikkene. I tabellen under gis kort status for punktene 2, 3 og 4 i styrets vedtak:

| Vedtaks punkt | Innhold | Status / kommentar |
|---------------|---|---|
| 2 | a) Tiltak for å bedre prioriteringer og aktivitet i overensstemmelse med plantallene. | a) En stor del av budsjettavviket skyldes økte DRG-veker/ISF-regelverk 2011. Ut over dette er det økt aktivitet innen enkelte områder. b) Haleaktiviteten er aktivt avvirket etter sommerferien. September er første måned uten haleaktivitet. Aktivitetsnivå- og sammensetning analyseres nærmere. c) Prioritering videre inngår i arbeidet med budsjett 2012. |
| 3 | a) Gjennomføring av foreslåtte tiltak b) Rask reduksjon av månedsverk for leger. | a) Tiltak gjennomføres i linjen. Status for gjennomføring av tiltak per klinikk per september fremkommer i vedlegg 2. Under denne tabellen gis en overordnet status for tiltaksgjennomføringen. b) Etablering av arbeidsgruppe for tilpasning av legeårsverk ut fra redusert opptaksområdet. Se pkt 6 om bemanning og sykefravær. |
| 4 | a) Etablering av Stabens arbeidsgruppe for budsjett 2012 | a) Arbeidsgruppen etablert august 2011. Oppfølging av resultater i 2011 samordnes av økonomistaben med bistand fra de andre stabsenhetene. |

| | | |
|--|---------------------------------|---|
| | b) Virkemidler for nedbemanning | b) Se under administrerende direktørs orientering: Det kommer ikke til å gis et generelt tilbud om sluttvederlag, men foretaket vurderer fortløpende hvilke virkemidler som vil avhjelpe den enkeltes situasjon. For noen, der vi vet vi får overtallighet og i tilfeller der det ikke finnes annen varig løsning i form av intern eller ekstern stilling, vil et sluttvederlag være en løsning. Sluttvederlag kan utgjøre fra 6 til 12 måneders lønn, avhengig av medarbeiderens alder og tjenestetid. |
|--|---------------------------------|---|

Nærmere om gjennomføring av tiltak for reduksjon av bemanning og andre kostnader

Prognoser for bemanningsutvikling i siste del av 2011 viser en forventet reduksjon i antall månedsverk fra 17.575 i september til 16.766 i desember. Deler av denne nedgangen skyldes sesongmessige forhold og bortfall av 22/7-effekt, men hoveddelen forutsettes realisert ved innplassering og nedbemanning, redusert variabel lønn og mer restriktiv praksis i forbindelse med ansettelser. Isolert for oktober er det 17.298 faktiske månedsverk, mot prognostisert 17.119. Sammenlignet med september er det den reduksjon i antall månedsverk i oktober på 277. Dette inkluderer en forventet reduksjon som følge av at det i september var mange månedsverk knyttet til sommerferieavvikling og 22/7, men også noe effekt av tiltak i enkelte av klinikkene.

I vedlegg 2 er det gitt oversikt over status for gjennomføring av tiltak i klinikkene. I de klinikkvise kommentarene er det gitt kort status for:

1. *Reduksjon i mnd.verk fra september til oktober; hva skyldes normal reduksjon etter ferieavvikling, 22/7 effekt og hva er faktisk reduserte mnd.verk i oktober?*
2. *Hva gjøres nå av ekstraordinære tiltak for å dekke inn avviket mot innrapporterte prognoser i oktober – spesielt fokus på tiltak for å redusere variabel lønn*
3. *Risikovurdering per klinikk i forhold til om gevinstrealisering knyttet til reduserte mnd.verk ikke oppnås i 2011.*

I rapporteringen til Helse Sør-Øst RHF er det gjort en klinikkvis vurdering av risiko relatert til om prognostisert gevinstrealisering ikke oppnås i 2011. Foretaket ble bedt om å vurdere risikoen som; ingen, lav, moderat eller høy og må kommenteres særskilt for de klinikker med høy risiko. Oppsummert er risikoen for manglende måloppnåelse vurdert som lav/moderat for stab, Oslo sykehuservice og Klinikk for psykisk helse og avhengighet. Det samme gjelder for to av de somatiske klinikkene; Medisinsk klinikk og Klinikk for kreft og kirurgi. For de øvrige somatiske klinikkene er risikoen for å ikke gjennomføre en så stor reduksjon i månedsverkene som prognostisert innen utgangen av 2011 vurdert som høy. Det er ulike årsaker til dette og således noe ulike tiltak for å redusere denne risikoen. Den løpende oppfølgingen fra sykehusledelsen er basert på dette risikobildet.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

| | |
|----------------|--|
| Dato møte: | 27 oktober 2011 |
| Saksbehandler: | Viseadministrerende direktør økonomi og finans |
| Vedlegg: | 1. Skriv fra hver klinikk 2. Oppdatert status for stabenes tiltak budsjett 2012 |

**SAK 114/2011: BESLUTNINGSSAK
 BUDSJETT 2012**

FORSLAG TIL VEDTAK:

- 1. Styret tar redegjørelsen om fremdrift i arbeidet med budsjett 2012 til etterretning.*
- 2. Styret tar utgangspunkt i at det økonomiske resultatmålet for 2012 skal være et underskudd på 400 mill kroner eller bedre. Styret forutsetter at dette legges til grunn for det videre arbeidet med budsjett 2012 for Oslo universitetssykehus HF.*
- 3. Styret ber om at det arbeides videre etter den hovedstrategien som er lagt for utarbeidelse av budsjett for 2012. Styret forventer at det leveres tilstrekkelig med tiltak for reduksjon av bemanning og andre kostnader i tråd med budsjettforutsetningene.*

Oslo, 20. oktober 2011

Jan Eirik Thoresen

1. SAMMENDRAG

Denne saken gir en status for arbeidet med budsjett 2012 i Oslo universitetssykehus. Oversikt fra klinikkens arbeid viser at de tiltak som foreløpig er identifisert ikke gir tilstrekkelige reduksjoner i bemanning eller andre kostnader. Det er i tillegg oppstått et mer utfordrende inntektsbilde som følge av endret ISF-regelverk.

Det blir i denne saken gitt en kort oppsummering av hovedstrategi og prosess som tidligere er beskrevet for styret. Forutsetninger om finansiering og aktivitetsvekst blir beskrevet. Klinikkenes hovedstrategi følger som egne vedlegg, innholdet er kort oppsummert i denne saken. Gjennomgang av andre kostnadsområder omtales og det gis en status for stabenes arbeid med budsjett (eget vedlegg). Det blir redegjort for en foreløpig vurdering av totalbildet. Til slutt foreligger en orientering om investeringsbudsjettet.

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Administrerende direktør har gitt arbeidet med å tilpasse kostnadene i Oslo universitetssykehus HF til de økonomiske rammene både for 2011 og 2012 høyeste prioritet. Hoveddelen av dette arbeidet utføres av linjeorganisasjonen (klinikkene). Som det er orientert om tidligere er stabsenhetene også trukket sterkt inn i budsjettarbeidet.

Hovedutfordringen for budsjettarbeidet for 2012 er å tilpasse foretakets kostnader til de gitte inntektene. Reduksjon av kostnader vil først og fremst omfatte bemanning/årsverk, men også alle andre kostnadselementer gjennomgås. Målet er å gjennomføre tildelte oppgaver uten å gå utover gjeldende budsjetttramme.

Det er administrerende direktørs vurdering at det er jobbet omfattende og grundig med budsjettet for 2012 i alle deler av organisasjonen. Utfordringsbildet er kommunisert tydelig, og det arbeides i henhold til den overordnede strategien som er lagt. Det er lagt stor vekt på å sikre medvirkning fra tillitsvalgte og verneombud i budsjettprosessen.

Den økonomiske utfordringen for Oslo universitetssykehus HF for 2012 er imidlertid usedvanlig stor. Den statusoversikten som er gjengitt i denne styresaken viser at det er stor risiko knyttet til økonomisk resultat og/eller omfang og kvalitet i pasientbehandlingen. Arbeidet med budsjett 2012 vil fortsette fram mot endelig budsjettvedtak i desember, med underveisrapportering i november.

Administrerende direktør anbefaler at styret på dette tidspunkt tar redegjørelsen til etterretning samtidig som viktigheten av å nå budsjettmålene understrekes.

3. TIDLIGERE VEDTAK I SAKEN

Forutsetningene for budsjett 2012 er gitt i styresak 044-2011 (Mål og budsjett 2012 (foreløpige inntektsrammer) og økonomisk langtidsplan 2012-2015) fra Helse Sør-Øst RHF som ble behandlet 16. juni d.å. Det ble da lagt til grunn at det økonomiske styringsmålet for Oslo universitetssykehus HF i 2012 ville være et underskudd på 400 mill kroner eller bedre. Budsjettprosessen i Oslo universitetssykehus HF er omtalt i styresak 71/2011 og 90/2011. Ved behandling av siste sak 19. august vedtok styret:

Enstemmig vedtak:

1. *Styret tar redegjørelsen om arbeidet med budsjett 2012 til etterretning.*
2. *Styret konstaterer at budsjetttrammen for 2012 krever en betydelig bemanningsreduksjon. Styret forutsetter at ny bemanning gjenspeiler de oppgaver som skal utføres samt sikrer forsvarlig pasientbehandling. Styret understreker viktigheten av at administrerende direktør innretter budsjettarbeidet slik at kravet til bemanningsreduksjon blir synliggjort på de enkelte enhetene.*
3. *Styret ber om å bli løpende oppdatert om arbeidet med budsjett 2012, herunder særlig prosessen med å redusere bemanningen og samtidig gjennomføre de pålagte aktivitetskravene.*
4. *Styret forutsetter at arbeidet med bemanningsreduksjon og budsjett skjer i tett dialog og samarbeid med de ansattes organisasjoner og på en slik måte at arbeidsmiljø og krav til kvalitet ivaretas.*

I styremøtet 29. september ble styret i sak 100/2011 orientert om de interne arbeidsprosesser. Styret tok redegjørelsen til orientering.

4. FAKTABESKRIVELSE

a. Sykehusets hovedstrategi

Sykehusets hovedstrategi for utarbeidelse av budsjett 2012 ble behandlet av styret den 29. september. Tilpasningen til gitte inntekter må skje ved reduksjon i kostnader, og da primært bemanning/årsverk. Strategien slik den ble besluttet av styret var:

Klinikklederne skal, i samsvar med styrets vedtak arbeide etter følgende strategi:

”Hovedoppgaven i budsjettarbeidet vil for de fleste enheter være å avklare hvilke personellressurser (årsverk) de har plass for innenfor eget budsjett og deretter planlegge hvordan tildelt aktivitetskrav kan gjennomføres med de tilgjengelige ressursene.”

Foreløpige budsjetttrammer ble meddelt foretakets klinikker tidlig i juli. For å understøtte budsjettarbeidet laget sentral økonomistab en foreløpig beregning av det antall årsverk den enkelte klinikk vil ha økonomisk grunnlag for innenfor budsjetttrammen i 2012. Klinikkene har etter dette foretatt sine egne beregninger som danner grunnlaget for den rapportering som foreligger i denne styresaken.

I tillegg til reduksjon i bemanning gjennomgår klinikkene og særskilt Oslo sykehusservice (OSS) mulige reduksjoner i andre kostnadsposter. Resultatet av denne gjennomgangen vil forelegges styret den 24. november. (ref. kapittel 3.f).

b. Intern budsjettprosess

Prosess for budsjett 2012 ble behandlet av styret den 29. september.

Hovedlinjene i fremdrift er som følger:

- Styremøte 27. oktober: Foretakets og klinikkens hovedstrategi for løsning av budsjettutfordringen med overordnet risiko- og konsekvensvurdering
- 1. november: Rammetildeling fra Helse Sør-Øst RHF
- Styremøte 24. november:
 - Detaljerte planer for budsjett 2012 med risiko- og konsekvensvurdering
 - Investeringer i omstilling
 - Avstemming av totalbudsjett
- Styremøte 15. desember: Formelt budsjettvedtak

c. Finansierings- og aktivitetsforutsetninger i statsbudsjettet

Under gis en kort oppsummering av statsbudsjettets innvirkning på Oslo universitetssykehus HF. Det er ikke mottatt endringer i rammebetingelsene fra Helse Sør-Øst RHF siden 28. juni.

Aktivitetsforutsetninger:

Regjeringens budsjettforslag legger til rette for vekst på om lag 1,4% på nasjonalt nivå. Innen psykisk helsevern og rus forventes 5% vekst i poliklinisk aktivitet. Innen somatikk forventes vekst på 1,1%, men veksten innen somatikk må sees i sammenheng med etablering av døgntilbud i kommunene.

Det forventes en betydelig vekst på 7% innen radiologi og 10% innen laboratorievirksomheten.

Prioriterte områder for aktivitetsvekst er ortopedi og øre-nese-hals. I tillegg skal det gis prioritet til følgende fagområder:

- Sykelig overvekt (primæroperasjoner og postbariatrisk kirurgi)
- Brystrekonstruksjoner
- Ablasjonsbehandling
- Kronisk utmattelsessyndrom
- Kronisk smertebehandling

Finansiering

Finansiering av aktivitetsvekst (rammefinansiering) vil tildeles Helse Sør-Øst RHF. I økonomisk langtidsplan er vekstkravene allerede innarbeidet og det er planlagt med den nødvendige effektivisering.

Lønns- og prisvekst blir kompensert med 3,3pst. Det forutsettes at regionale helseforetak selv dekker økte kostnader knyttet til lønnsoppgjøret våren 2011 utover det som var forutsatt i budsjett for 2011.

Økonomisk effekt av samhandlingsreformen er omtalt i statsbudsjettet. Effekten var foreløpig innarbeidet i rammene som lå til grunn for behandling av budsjett i sak 71/2011 og økonomisk langtidsplan.

Organisasjonsendringer gir for Oslo universitetssykehus HF færre registrerte opphold og dermed lavere ISF-finansiering. Dette blir kompensert med egen basisbevilgning.

Nye nasjonale tjenester er under etablering. Departementet har i 2011 godkjent nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. Godkjenningen skjer etter gjennomgang av 45 tidligere godkjente nasjonale kompetansesentre, 33 landsfunksjoner og 9 flerregionale funksjoner samt over 90 søknader om nye tjenester. Det er besluttet å videreføre 33 nasjonale og flerregionale behandlingstjenester og 30 nasjonale kompetanse-tjenester. Departementet har besluttet å avvikle eller desentralisere åtte nasjonale og flerregionale behandlingstjenester og 15 nasjonale kompetansetjenester. Flere nasjonale tjenester er sammenslått eller desentralisert til regionalt nivå. Det foreslås opprettelse av 24 nye nasjonale tjenester, fordelt på 13 nye nasjonale behandlingstjenester, en flerregional behandlingstjeneste og ti nasjonale kompetansetjenester. For å understøtte etablering av ti nye nasjonale kompetansetjenester foreslås det å øke tilskuddet til nasjonale kompetansetjenester med 20 mill. kroner, fordelt med 14 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF.

Oslo universitetssykehus HF er bedt om å levere budsjettgrunnlag for nasjonale og regionale tjenester til Helse Sør-Øst RHF.

d. Innsatsstyrt finansiering

Oslo universitetssykehus HF har mottatt foreløpig ISF-regelverk (DRG). Samlede DRG-inntekter for Oslo universitetssykehus vil i 2011 være om lag 5 milliarder kroner. Det er varslet store endringer fra 2011-vektene til de foreslåtte vektene for 2012. Norsk pasientregister (NPR) har beregnet at endringene vil gi en reduksjon i antall DRG-poeng på om lag 2,7pst for Oslo universitetssykehus HF for uendret reelt omfang av pasientbehandlingen. Interne foreløpige beregninger viser en noe lavere nedgang (vel 2pst). Dersom dette bekreftes og gjennomføres står sykehuset overfor et betydelig inntektstap som følge av rene regelverksendringer (om lag 100 mill kroner).

Det er særskilt omlegging av vektsettet innen stråleterapi som slår negativt ut. Denne endringen alene gir en reduksjon på mer enn 8 000 DRG-poeng eller om lag 4 pst av det samlede antall DRG-poeng i helseforetaket. 2012 vil være første året stråleterapi inngår i beregning av DRG-vekter på lik linje med

resterende somatisk virksomhet. Tidligere har finansieringen av stråleterapi vært basert på historiske takster. Tidligere takstbasert finansiering viser seg å ha gitt for god finansiering av stråleterapi som nå korrigeres fullt ut i 2012.

Uten vektendringen innen stråleterapi ville foretaket gått betydelig opp i DRG-vektene for 2012 som følge av at en rekke andre vektendringer slår positivt ut for Oslo universitetssykehus HF. Foretaket har i samarbeid med Helsedirektoratet arbeidet med nye vektene for transplantasjonsvirksomheten. De nye vektene er basert på omforent metode med direktoratet. Tallgrunnlaget er levert av Oslo universitetssykehus HF. Vektsettet for multitraume går også vesentlig opp fra 2011 til 2012.

En så vidt dramatisk endring i vektene for 2012, som Oslo universitetssykehus HF opplever som en følge av de nye stråle-vektene, reiser spørsmål om grunnlaget for beregninger av DRG-vektene. Oslo universitetssykehus HF er i dialog med Helse Sør-Øst RHF om både implementering av effekt av vektsettet for 2012 og hvordan DRG-vektene beregnes for sykehus med tunge nasjonale og regionale funksjoner.

e. Klinikkenes hovedstrategi for budsjett 2012

Klinikkene har i tråd med styrebehandlet fremdriftsplan arbeidet med utgangspunkt i hovedstrategien for budsjett 2012 for Oslo universitetssykehus HF. Den enkelte klinikk har levert en detaljert oversikt som følger som vedlegg til denne styresaken. I de vedlagte notatene fremgår et oversiktbilde med nøkkeltall for klinikkene, inklusive behov for bemanningsreduksjoner og endring i effektivitet fra 2010 til 2011. I notatene er klinikkene bedt om å redegjøre for følgende:

- Hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 på klinikk og avdelingsnivå
- Handlingsplan for å imøtekomme budsjett 2012
- Organisering av arbeidet med budsjett 2012
- Vurdering av den effekt hovedstrategien vil ha i forhold til utfordringsbildet
- Risiko og konsekvensvurdering ved gjennomføring av hovedstrategi

Utkast til notat fra klinikkene ble gjennomgått i oppfølgingsmøter med den enkelte klinikk i uke 41.

I tabellen under gis en oppsummering av status på klinikknivå for håndtering av utfordring med bemanningsreduksjoner for 2012. Det understrekes at tabellen kan gi inntrykk av større nøyaktighet i beregningene enn det som er tilfelle på dette tidspunkt i prosess med budsjett 2012. Klinikkenes oppsummering av utfordringsbildet er et behov for reduksjon i bemanning på over 1 100 årsverk. Det ser ut til at av denne utfordring har klinikkene identifisert muligheter for reduksjoner i størrelsesorden 700 årsverk.

| Klinikk | Behov for årsverksreduksjon fra nivå i oktober 2011 til budsjett 2012 | Beregnet antall årsverk som håndteres gjennom de tiltak som hittil er identifisert | Årsverksreduksjon som foreløpig ikke håndteres gjennom de tiltak som er identifisert |
|---------|---|--|--|
| PHA | 43 | 43 | 0 |
| MED | 159 | 93 | 66 |
| KKN | 228 | 149 | 79 |
| KVB | 63 | 45 | 18 |
| KKT | 115 | 71 | 44 |
| HLK | 60 | 35 | 25 |
| AKU | 160 | 80 | 80 |
| KDI | 83 | 50 | 33 |
| OSS | 250 | 125 | 125 |
| SUM | 1161 | 691 | 470 |

I klinikkens leveranse inngår en vurdering av risiko knyttet til å gjennomføre de bemanningsreduksjoner budsjett 2012 påkrever. Flere klinikker har også vurdert risikoen ved gjennomføring av den strategi og de bemanningsreduksjoner som så langt er vurdert. Et overordnet inntrykk er at gjennomføring av de bemanningsreduksjoner som foreløpig er identifisert ikke gir alvorlig risiko (rødt) for pasientsikkerhet, aktivitetsnivå eller arbeidsmiljø. Det understrekes at disse risikovurderingene skal representere status medio oktober og ikke status for et endelig budsjett. Det videre budsjettarbeidet vil ha som mål å redusere disse risikofaktorene.

f. Reduksjoner i andre kostnadsposter

Det meste av driftsutgifter i de kliniske enhetene er medisiner, implantater mv. Klinikken arbeider med tiltak for å redusere innkjøpskostnadene på disse områdene.

Oslo sykehuservice håndterer mange av de større driftskostnadene utenom medisiner og implantater. I tabellen nedenfor er det gjengitt en oversikt over de største innkjøpsposter. Det er en viktig oppgave for Oslo sykehuservice å bidra til at disse innkjøpskostnadene blir så lave som overhodet mulig. Tabellen nedenfor gir en kortfattet oversikt over hvilke tiltak det arbeides med for å redusere innkjøpskostnadene på de enkelte områdene. En mer utfyllende redegjørelse med konkrete målsettinger for kostnadsreduksjoner vil forelegges styret sammen med detaljert plan for budsjett til møtet den 24. november.

| Kostnadsområder OSS | Tusen kroner* | Kommentar til hvordan besparelser kan oppnås |
|--|---------------|---|
| Energikostnader | 263 000 | Forbruk kan påvirkes installering av styringsenheter og varmegjennvinningsanlegg. Dette vil bli vurdert og krever investeringer (Enova kan støtte denne type investeringer) |
| Serviceavtaler og vedlikehold bygg | 130 000 | Serviceavtaler gjennomgås med eksternt hjelp med sikte på å vurdere om det er områder der avtaler kan avvikles. Reforhandling av priser vurderes. |
| Serviceavtaler og vedlikehold medisinskteknisk utstyr | 90 000 | Gjennomgang med tanke på prisreduksjoner og redusert avtaledækning. Vurderes ift oppetid på utstyr. |
| Mat - og drikkevarer | 74 000 | Forbruk, sortiment, meny etc.vurderes kontinuerlig. Nytt kjøkkenkonsept med buffetkjøkken på post, vil påvirke volumet av matvarer og svinn. |
| Lønnskjøring sykehuspartner | 60 000 | Basert på avtale med Helse Sør-Øst ved Sykehuspartner. Antall lønns- og trekkoppgaver er kostnadsdriver. Reduksjon vil kunne følge nedgang i antall ansatte. |
| Leie av lokaler (inklusive parkeringsanlegg leid fra vårt eget AS) | 56 000 | Leie av administrative lokaler, for å frigjøre sykehusarealer til klinikk nær virksomhet og for å realisere gevinster ved samling av administrative enheter. Dette er inngåtte avtaler som løper. Det leies parkeringsanlegg og barnehagebygg fra våre egne AS. Reduserte leiekostnader vil gi reduserte leieinntekter. Det vurderes samling i ett AS med tanke på å redusere administrasjonskostnader og rentekostnader. |
| Sykehotell - eksternt drifter | 46 000 | Inngåtte avtaler. Kostnaden må sees i sammenheng med at drifter av hotell betaler husleie, og at opphold faktureres andre helseforetak i egen og andre helseregioner |
| Tekstiler og vaskeritjenester | 37 000 | Standardisering i bemanningstøy (Norsk standard) vil redusere kostnadene. Investeringer i eksisterende vaskeri vil redusere reparasjonskostnader. |
| Kommunale avgifter | 31 000 | Kommunale avgifter er vann og avløp. Pris er ikke mulig å forhandle. Forbruk av vann og avløp kan antas å reduseres noe ettersom pasientbehandlingen reduseres. |
| Kontortjenester (rekvisita, tidssk. mobil, eise, PC) | 20 000 | Etter hvert som antall ansatte går ned vil denne posten kunne reduseres. |
| Renholdsartikler (inkl kjøkken) | 19 000 | Forbruk og sortiment vil vurderes. Redusert frekvens påvirker volum. Nytt kjøkkenkonsept og nytt utstyr i vaskeri vil også kunne påvirke volum av renholdsartikler. |
| Behandlingshjelpemidler | 19 000 | Det vil bli vurdert muligheten av å redusere volumet som leveres ut per pasient per gang for å unngå lagre hjemme hos pasient. |
| Tingforsikring | 17 000 | Helse Sør-Øst avtale. Dagens avtale går ut desember 2011. Sykehusets omfang av bygningsmasse og utstyr vil påvirke kostnaden (ref lokasjon Aker) |
| Porto | 15 000 | Det er under vurdering å gjøre B-post til standard, og at A-post må velges aktivt. Dette kan gi mulig uheldig effekt for pasientinnkallinger. |
| Renovasjon | 14 000 | Helse Sør-Øst avtale. Pris er satt, det vurderes om volum kan påvirkes ved å redusere emballasje fra leverandører (innkj avt.). |
| Medisinske gasser | 11 000 | Det vil undersøkes om anlegget lekker, og i så tilfelle om det er mulig å redusere lekkasje uten større investeringer |
| Serviceavtaler og vedlikehold annet utstyr | 10 000 | |
| Renhold eksternt adresse | 9 000 | eksternt leverandør og frekvens vil bli vurdert. |
| Transportmidler; leie, drivstoff, vedlikehold, etc. | 9 000 | Hele forvaltningen av transportmidler gjennomgås. |
| Kantiner - eksternt drift | 7 000 | Dette er avtaler som løper. |
| Sentrale poster lagt til OSS | 7 000 | Bl.a. Revisjon |
| Telleskritt - Rikshospitalet | 6 000 | Helse Sør-Øst avtale med Telenor. |
| Forbruk dyrestall | 5 000 | Eksterntfinansierte prosjekter. |
| SUM | 955 000 | |

* Teknisk prognose for kostnader i 2011

g. Stabenes arbeid med budsjett 2012

Styret har tidligere blitt gitt en orientering om stabens arbeid med budsjett 2012. Hovedvekten av arbeidet er lagt på å lage regler og retningslinjer som letter gjennomføringen av klinikkens budsjetter, dvs som bidrar til at foretaket kan levere helsetjenestene med laver kostnader og laver bemanning. Stabens arbeidsgruppe for budsjett koordinerer saksfremlegg fra stabene til beslutning i ledergruppen og følger opp implementeringsarbeidet. Under gis en kort status fra arbeidet i den enkelte stab (vedlegg 2 inneholder detaljert liste).

Samhandling

Stab for samhandling har gjennomført møter med ledergruppene i klinikkene for å finne de pasientgruppene som skal prioriteres ved utarbeidelse av en bedre arbeidsdeling mellom Oslo universitetssykehus HF og førstelinjetjenesten og andre foretak. Staben har etablert en struktur på bistand og fremdrift som sikrer innføring av en bedre arbeidsdeling.

Stab for samhandling inkluderer utenlandskontoret. Utenlandskontoret følger opp fakturering og betaling for pasientbehandling utført på ikke norske statsborgere. Utenlandskontoret har utarbeidet en orientering til klinikkene som vil bidra til et bedre grunnlag for fakturering og dernest sikre rett inntekter.

Fag og pasientsikkerhet

Fag- og pasientsikkerhet har arbeidet videre med overordnede retningslinjer som kan understøtte virksomhetsstyringen og drift i foretaket. Det er blant annet utarbeidet retningslinjer for bemanningsnormering ved sengeenheter, omfang av lederstøtte og størelse på sengeposter. Ytterligere retningslinjer er under utarbeidelse. Dette gjelder blant annet drift av operasjonsstuer og drift av poliklinikker.

Det arbeides videre med å etablere et enhetlig system (årshjul) for koordinering og oversikt over ulike virksomhetskritiske aktiviteter i foretaket. I tillegg utarbeides en retningslinje for planlegging, innmelding og rapportering av tilsvarende elementer på enhetsnivå som harmoniseres med årshjulet.

Staben vil i neste fase arbeide konkret med implementering og oppfølging. Staben får et ansvar for å utvikle en plan for oppfølging i samarbeid med de øvrige stabsområdene og sykehusledelsen.

Medisinsk direktør

Medisinsk direktør har et ansvar for gjennomgang av bruken av legeressurser i Oslo universitetssykehus HF. Arbeidet er denne høsten organisert som et eget prosjekt.

I første fase av prosjektet skal det sikres en omforent forståelse av de krav til reduksjoner i kapasitet som følger av overføringen av pasientbehandling til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Deretter skal det legges en plan innen det enkelte fagområde for hvordan reduksjonen kan gjennomføres (reduisert timetall i tjenestepålegg eller redusert antall ansatte).

I neste fase skal klinikkene dokumentere mål for ressursbruk i samsvar med detaljert budsjett når detaljbudsjett for 2012 er lagt (innen utgangen av desember).

Kommunikasjon

De økonomiske utfordringene Oslo universitetssykehus HF står i har utløst et behov for å bedre den interne kommunikasjonen i organisasjonen. Tilbakemeldinger kan tyde på at det blant lederne (nivå 2-5) er forskjellig virkelighetsoppfatning knyttet til kravene om økonomisk balanse og budsjett 2012.

Det overordnede målet med informasjonsarbeidet er å bidra til å realitetsorientere lederne mht økonomiske innsparingskrav slik at Oslo universitetssykehus HF oppnår økonomisk balanse.

Det er viktig med muntlig ansikt-til-ansikt kommunikasjon i kombinasjon med overordnede informasjonstiltak og støtteverktøy. Budskapet vi ønsker å formidle er følgende:

- Vi er for mange ansatte i forhold til de oppgavene vi har.
- Vi bruker mye mer penger enn vi har. Underskuddet gjøres om til rentebærende lån som skal betales av Oslo universitetssykehus HF.
- Vi må bemanne ut fra det budsjettet vi har.
- Vi må fortelle hvilke konkrete konsekvenser det får hvis vi ikke holder budsjettene.
- Vi må fortsette å synliggjøre omstillingskostnadene overfor Helse Sør-Øst RHF.
- Forståelse er viktig! ”Vi skjønner at dette er vanskelig og vi skal hjelpe dere”

Personal, organisasjons- og lederutvikling

En rekke tiltak er implementert og følgende områder trekkes frem:

- Det foreligger nå ukentlige rapporter over tilkalling av personale
- Ansettelseskontroll er styrket ved etablering av underutvalg for overlegestillinger og LIS stillinger
- Det er utarbeidet felles mal for oppbygging av tjenesteplaner for leger
- Lønnsfullmakter er flyttet opp til klinikkleder
- Det er utarbeidet retningslinjer for tilkalling av ekstrapersonale
- Prosjekt vedr implementering av felles GAT ved Oslo universitetssykehus HF er besluttet og videre prosess er i henhold til plan.

Ved benyttelse av felles mal for oppbygging av tjenesteplaner for leger er verktøy på plass for bedre å sette oppfølgingen i system. Det refereres til styresak 113/2011 økonomi og aktivitetsrapport om reduksjon av månedsverk for leger.

HR arbeider nå med å kartlegge ulike arbeidstidsordninger og kompensasjonsordninger for andre yrkesgrupper enn leger. Arbeidet med å kartlegge kompensasjonsordninger for leger er avsluttet og det gjennomføres gjennomgang av alle ordningene med de enkelte klinikkene.

Det er i tillegg etablert egne oppfølgingsmøter med HR- leder hvor bemanningsutvikling, omstilling og HR- tiltak blir fulgt opp og rapportert månedlig til HR sentralt.

h. En foreløpig oppsummering av totalbildet

I forbindelse med utarbeidelse av rammene som gjelder for budsjett 2012 tilsendt klinikkene den 19. september ble det foretatt en vurdering og avstemming av total budsjettet. Med utgangspunkt i de inntekter Oslo universitetssykehus HF er stilt til rådighet i 2012 og det styringsmålet som er satt var det på dette tidspunkt en sentral reserve (ikke disponerte midler) etter foreløpig utdeling av kostnadsrammer og styringsmål til klinikkene på i overkant av 100 mill kroner.

I forbindelse med fremleggelse av statsbudsjettet, den kunnskapen vi har om fordeling av midler fra Helse Sør-Øst RHF og nytt ISF-regelverk for 2012 er situasjonen endret. Av størst betydning er en eventuell reduksjon i ISF-inntektene (om lag 100 mill kroner) som følge av nytt ISF regelverk. Det er i tillegg risiko knyttet til prioriterte områder med aktivitetsvekst som foreløpig ikke er finansiert og finansiering av den totale lønnsutvikling for 2012.

På kostnadssiden er det så langt identifisert en risiko for økte IKT kostnader (avtale med Sykehuspartner for 2012) og økte rentekostnader som følge av høynet rentenivå og høyere lånebeløp.

Totalt vil disse forholdene kunne medføre behov for ytterligere reduksjon i kostnadsrammene til klinikkene i forhold til de som foreløpig er meddelt og som ligger til grunn for klinikkens vurderinger slik de fremgår av vedlegget til denne styresaken.

Den totale innmelding fra klinikkene viser at det på dette tidspunkt er identifisert betydelige muligheter for reduksjon i kostnader. Omfanget er imidlertid for lavt til å oppnå budsjettbalanse for 2012. Erfaringsmessig er det videre en viss usikkerhet knyttet til når de enkelte tiltak vil bli realisert.

En overordnet vurdering – på foretaksnivå - av den risiko som klinikkene rapporterer ved nedbemanning i henhold til budsjett viser at budsjettforutsetningene på dette tidspunkt innebærer betydelig risiko i forhold til å nå hovedmålene for virksomheten i 2012. Tabellen oppsummerer denne vurderingen:

Overordnet (på foretaksnivå) risikovurdering av foreløpig budsjett 2012

| Risikoområde | Alvorlighet (sannsynlighet/ konsekvens) Kryss av farge | | |
|---|---|-----|-----|
| | Grønn | Gul | Rød |
| Pasientsikkerhet (Når pasient er inne til behandling) <ul style="list-style-type: none"> • behandlingskvalitet • fare for svikt, skade • pasientrettigheter | | X | X |
| Aktivitetsnivå (Frister for behandling) <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføring av lovpålagte tjenester • Gjennomføring av andre tjenester • antall behandlede pasienter | | X | X |
| Arbeidsmiljø <ul style="list-style-type: none"> • tilrettelagte arbeidsforhold • fare for svikt, skade • overholdelse av lov/avtaler | | X | X |

Klinikkene har i oppfølgingsmøtene redegjort for den risiko som ligger i gjennomføring av de tiltak som foreløpig er identifisert. Denne tilnærmingen gir ikke tilstrekkelige kostnadsreduksjoner for 2012, men har en langt bedre risikoprofil. Tabellen nedenfor oppsummerer denne vurderingen:.

Overordnet (på foretaksnivå) risikovurdering av de identifiserte tiltakene for å nå budsjettbalanse

| Risikoområde | Alvorlighet (sannsynlighet/ konsekvens) Kryss av farge | | |
|---|---|-----|-----|
| | Grønn | Gul | Rød |
| Pasientsikkerhet (Når pasient er inne til behandling) <ul style="list-style-type: none"> • behandlingskvalitet • fare for svikt, skade • pasientrettigheter | X | (X) | |
| Aktivitetsnivå (Frister for behandling) <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføring av lovpålagte tjenester • Gjennomføring av andre tjenester • antall behandlede pasienter | | X | |
| Arbeidsmiljø <ul style="list-style-type: none"> • tilrettelagte arbeidsforhold • fare for svikt, skade • overholdelse av lov/avtaler | | X | |

i. Investeringer til omstilling og videreføring av drift

Det vil fortsatt praktiseres en todeling av budsjettet i investeringer fordelt på investeringer til henholdsvis omstilling og investeringer til videreføring av ordinær drift.

Investeringer til omstilling

Investeringer til omstilling i Oslo universitetssykehus HF er særskilt omtalt i statsbudsjettet. Total ramme til omstillingsinvesteringer for 2010-2014 er 1 500 mill kroner (såkalte dag 4 investeringer). Det er nå igangsatt prosjekter for om lag halvparten av denne rammen, hvorav nytt akuttmottak på Ullevål sykehus utgjør foreløpig det største enkeltstående prosjekt. Prognose for gjennomførte omstillingsinvesteringer i perioden 2010-2011 er i underkant av 230 mill kroner.

Med om lag 1500 mill kroner disponibelt gjenstår det om lag 750 mill kroner som er disponible for ikke-vedtatte prosjekter for å gjennomføre samlokalisering av funksjoner i Oslo universitetssykehus HF. Det foreligger på dette tidspunkt en liste over mulige slike prosjekter, hvorav mange av disse er godt utredet og planlagt, men altså ikke vedtatt gjennomført først og fremst fordi at de økonomiske rammene som nå er varslet ikke har vært kjent tidligere. Administrerende direktør har etablert en koordinerende arealgruppe som vurderer den totale disponering og prioritering av disse omstillingsinvesteringene. Forslag til prioritering vil forelegges styret etter at denne er behandlet i Oslo universitetssykehus HF ledergruppe, trolig 24. november.

Investeringer til videreføring av drift

Investeringer til videreføring av drift vil forelegges styret innenfor den opprinnelige likviditetsramme som var ment å finansiere investeringer som antas å bli om lag 300 mill kroner for 2012. For 2011 ble investeringer på i størrelsesorden 80 mill kroner forskjøvet, jmfør styresak 49/2011. Denne likviditeten må i stedet benyttes til saldering av drift i 2011, jf det varslede resultatavviket. De nevnte prosjektene må finansieres på nytt innenfor 2012 rammen. Store deler av det nevnte investeringsbeløpet vil måtte benyttes til de behov som framkommer som følge av slitasje og kassasjon av utstyr og nødvendig vedlikehold på bygninger jfr styresak 121/2011.

| | |
|---------|---|
| Klinikk | Klinikk for Diagnostikk og Intervensjon - KDI |
|---------|---|

1. Nøkkeltall for klinikken:

| | |
|---|------|
| Snitt Brutto årsverk 2011 | 1810 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 | 1727 |
| Behov for reduksjon | 83 |

| | |
|---|--|
| Antall DRG poeng 2011 | |
| Antall opphold | |
| Antall senger | |
| Endret produktivitet fra 2010-11 per 2. tertial | |

2. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

Redusere aktivitet eksternt

Kutte aktivitet relatert til diagnostikk hvor det finnes akseptable alternativer finansiert av HSØ eller andre regioner. Gjennomgå aktivitet i avdelinger med tanke på hva vi er pålagt og hva vi er finansiert for.

Redusere aktivitet internt

Gjennomgå rekvisisjoner i sykehuset. Vil ha potensial med hensyn til reduksjon av aktivitet i resten av sykehuset, samt fokus på å fjerne unødvendige henvisninger fra klinikere på sykehuset. Mål 5% mindre interne rekvisisjoner, dette er gjort ved Haukeland.

Tvergående prosjektgruppe

Gjennomgår tiltak som fremkom under redesign og P-500, og prosjektorganiserer oppfølging av disse. Områder som vil bli sett på er: Jobbgliding, Dublerte funksjoner, Lean prosjekter, Takstbruk, Felles eksternt prøvemottak/blodprøvetakning

HR prosjekter

Gjennomgang av tjenesteplaner, variabel lønn og kompensasjonsordninger

Driftseffektivisering

Rammer og utfordringer er fordelt på avdelinger og det jobbes med detaljplanlegging nedover i organisasjonen. Avdelingene ser på muligheter til å effektivisere av driften, både med gamle tiltak som nå nærmer seg realisering og nye. Fokus på å følge opp utflytting av Aker, bruk av personell på tvers, samlokalisering DP15, lab.automasjon og felles prøvemottak. Vil også gjøre en grundig kartlegging av resurser i radiolog, med benchmark. Alle tiltakene vil bli konkretisert i bemanningsplaner. Det blir også sett på nye BC for automasjon på lab.

3. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjett 2012 ved avdelingene

Se egen tabell side 4

4. Handlingsplan for å imøtekomme budsjett 2012

| Strategi område | Støtte fra OUS | Ansvar KDI | Gev. pot. | Plan Q4 2011 | Plan Q1 2012 | Plan Q2 2012 | Plan Q3 2012 | Plan Q4 2012 | Plan 2013 |
|------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------|--|-------------------------|---|---|-------------------|-------------------|
| Red. ekstern aktivitet | Samhandling | Klinikkleder / T.Langli | 5 | Gjennomgå rekvirenter, sjekke om det finnes tilbud i regionen/privat | Kartlegge/standardisere | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak |
| Red. intern aktivitet | Fag / Klinikker | Klinikkleder / T.Langli | 10 | Møte med klinikker | Kartlegge/standardisere | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak |
| Tverrgående prosjekter | Samh./Fag/ KT/ Logistikk | Klinikkleder / T.Langli | 10 | Utarbeide prosjektplan, sette opp prosjektgrupper | Jobbe med prosjekter | Jobbe med prosjekter | Beregne gevinster, planlegge iverksetting | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak |
| HR-prosjekter | HR-Stab | HR.Leder / Avd.leder | 3 | Kartlegge/standardisere | Kartlegge/standardisere | Beregne gevinster, planlegge iverksetting | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak |
| Drifts-effektivisering | IKT / MTV | Øk.Leder / Avd.leder | 50 | Tildeling av rammer, konkretisering av utfordring utarbeidelse av tiltak. Optimalisere driftsressurser | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak |

5. Organisering av arbeidet med budsjett 2012

Turid Langli følger opp tverrgående prosjekter, samt reduksjon av ekstern/intern aktivitet. HR-leder organiserer ulike HR-prosjekter og Øk.leder følger opp driftseffektivisering. Avdelingslederne er ansvarlige for å innrette seg etter tildelte budsjettammer.

6. Vurdering av den effekt hovedstrategien vil ha i forhold til utfordringsbildet

Ekstraordinære tiltak iverksatt høsten 2011 vil bidra til å redusere farten inn i 2012. Disse kortsiktige tiltakene vil bli erstattet med mer langsiktige tiltak i løpet av budsjettprosessen. Avdelingene har blitt fordelt budsjettutfordring, konkretisert gjennom beregnede årsverk, (jmf. egen tabell) og jobber iherdig med å konkretisere tiltak for å møte disse utfordringene. Avdelingene har i første runde kommet opp med ca 50 årsverk og 70 mnok, dette er foreløpige, ikke kvalitetssikrede estimer som ikke er tilfredsstillende drøftet med tillitsvalgte. Klinikken må jobbe for å kvitte seg med ekstern aktivitet vi ikke er finansiert for, samt å se på unødig rekvirering internt i sykehuset. Dette er en stor jobb, men gjennomføres dette, sammen med øvrig driftseffektivisering og bedre utnyttelse av ressursene vil klinikken kunne komme godt på vei i 2012, og dermed ha riktig fart inn i 2013 som gir et budsjett i balanse fra 2013. Tidlig utflytting av Aker vil hjelpe på raskere å komme i budsjettbalanse. Klinikken er sterkt utstyr og IKT avhengig, og forutsetter at investeringer og flytteplaner gjennomføres etter plan.

| | Totalt KDI | ADM | RAD. OG NUKLEÆR MEDISIN | MEDISINSK BIOKJEMI | FARMA-KOLOGI | MEDISINSK GENETIKK | PATOLOGI | MIKRO-BIOLOGI | INTER-VENSJONS-SENTERET | IMMUN-OLOGI |
|---------------------------------|------------|-----|-------------------------|--------------------|--------------|--------------------|----------|---------------|-------------------------|-------------|
| Prognose Utfordring 2012 (Mnok) | 71 | -1 | 28 | 16 | 0 | -2 | 17 | 7 | -1 | 6 |
| Utfordring Lønn (Mnok) | 53 | -1 | 22 | 12 | 0 | -2 | 14 | 4 | -0 | 4 |
| Utfordring andre kostn. (Mnok) | 18 | -0 | 7 | 4 | 0 | -1 | 4 | 3 | -0 | 1 |
| Snitt Int.fin.Brutto årsv. 2011 | 1 810 | 16 | 625 | 365 | 16 | 119 | 252 | 167 | 41 | 209 |
| Estimert utfordring årsvrk. | 83 | -1 | 29 | 21 | 0 | -3 | 21 | 8 | -1 | 7 |

7. Risiko og konsekvensvurdering ved gjennomføring av hovedstrategi
Identifisering av risiko knyttet til gjennomføring av budsjett

| Risikoområde | Stikkord konsekvenser | Alvorlighet (sannsynlighet/ konsekvens) Kryss av farge | | | Kommentarer (eks. i hvilken grad vil risikoreducerende tiltak kunne kompensere for alvorlighet) |
|--|--|---|--------|-----|---|
| | | Grønn | Gul | Rød | |
| Pasientsikkerhet (Når pasient er inne til behandling) <ul style="list-style-type: none"> • behandlingsskvalitet • fare for svikt, skade • pasientrettigheter • "Åpent – klinikk kan legge til" | Ok, for pasienter i systemet Ok, for pasienter i systemet Forsinkelse i forhold til behandlingsgaranti | X X | X | | Kliniker anføre pasientrettighet på rekvisisjon |
| Aktivitetsnivå (Frister for behandling) <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføring av lovpålagte tjenester • Gjennomføring av andre tjenester • antall behandlede pasienter • Samhandling | OK Må redusere slike tjenester Vil gå ned, men skal være pasienter vi ikke må ta Oppfyller ikke ønske om mer rad.tjenester til primærhelsetj. | X X | X X | | Krever samarbeid med kliniske enheter Reduserer unødvendig rekvirering og flytter aktivitet ut. Mål red. på 5% i OUS Ingen, med gitte budsjetttrammer |
| Arbeidsmiljø <ul style="list-style-type: none"> • tilrettelagte arbeidsforhold • fare for svikt, skade • overholdelse av lov/avtaler | Skjevhet i fagkomp. i forhold til pas.sammensetning Stress, arbeidspress og høy endringstakt Skjevhet i komp./etterspørsel sammensetning. Stress, arbeidspress og høy endringstakt Fare for brudd på arb.miljø loven | | X X | X | Prøver å være tidlig ute med å trekke ned bemanning kompetanse tilpasse raskt Lederstøtte Lederstøtte |

3. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjett 2012 ved avdelingene

| Avd | Tiltak | Beskrivelse | Øk. Eff | Års. vrk | Avhengigheter | Risiko - Pasient- sikkerhet | Risiko - aktivitets- nivå | Risiko - arbeids- miljø |
|-----|--|---|-----------|-----------|--|--|---|--|
| AMG | Opprettholde / øke høy aktivitet i lab | Samlokalisere, ytterligere automasjon | | | Investeringer og økt bemanning | • Lang ventetid klinisk genetikk og lab | Ingen | • Stress/sitasje pga. stort arbeidspress |
| ARN | Ned- bemanning | Gjennomgå personale bruke personale mer effektivt på tvers. Awikle kveldspol. | 27 | 27 | Redusjon i henvisninger Felles RIS/PACS Aker-Ullevål | • Medbemanning tilsier redusert kvalitet i form av lengre ventetider og økt fare for fristrudd. | • Må ned ca 5% på henvisninger | • Stress/sitasje pga. stort arbeidspress |
| ARN | Avvikling av vakt Aker | – Radiograf: over til tilkallingsvakt – LIS Aker fra Ullevål via felles RIS/PACS. Primæravtalt for Aker opphører. – Intervensjoner i vakttid på Aker utføres av intervensjonsbakkvakt på tilkalling. – Diagnostisk bakkvakt Aker opphører. | 5 | | – Forutsetning 1: felles RIS/PACS Aker-Ullevål – Forutsetning 2: nedlagt akuttomta Aker, alternativt svært lav akuttaktivitet | Ingen | Ingen | Ingen |
| IMM | Transpl. immunologi | Utsetter økning på transpl. IMM Red. kapasitet typing av prøver til Benmargsgiverregisteret | | | Jmf. varslet kutt i klinikk G/F Er formell landsfunksjon | • Økning i svartider | Risiko for at Haukeland begynner å utføre typing av benmarg | • Stress/sitasje pga. stort arbeidspress |
| IMM | Sam. - lokalisering | Samlokalisering av med. immunologi | 2 | | | Liten | Liten | Liten |
| BIO | Blodbuss | Kutte ut ordning med blodbuss, da dette er det en lite driftseffektiv måte i forhold til blodgivningsarbeidet | | | | Liten | Liten | Liten |
| IVS | Ledigholde vakante stillinger | Omtrent som i år. Har hatt mange vakante stillinger hos fysikere. Belastningen på resten har vært stor. Nedprioriterer prosjektstøtte, særlig ultralyd | | | Kan gå utover service til prosjekter, ultralyd og deltagelse i forbindelse med nyanskaffelse av radiologisk utstyr | Liten | Nedprioriterer prosjekter, UL - oppfølging | Merbelastning på ansatte - personalsitasje |
| MBK | Innstramning i antall rekvirerte undersøkelser | Gjennomgang av rekvireringspraksis med de enkelte avdelinger - Mål 5% reduksjon. Øk.mål 5% av driftsbudsjett | 14 | ? | •Aktivitetsdata fra LIS på avdelingsnivå koblet mot klinisk aktivitet (DRG, prosedyrer) •Dialog med kliniske avdelinger •Støtte fra AD | Ingen | Red.inntekt | Ingen |
| MBK | Omlegging av vaktordning Aker | Aker: Reduksjon av bemanning på vakt fra 2 til 1 på natt. Vurdering av helgebemanning | 2 | 2 | •Omlegging av transfusjonstøtte til ren utleveringsenhet •Overføring av prøvetaking fra lab til klinisk personale i akuttomta utenfor vanlig arbeidstid •Stiller krav til planlegging på klinisk side | Svekket beh kvalitet og økt fare for feil | Ingen | Økt belastning på vakt |
| MBK | Interne flyttinger | Samlokalisering: Samling av elektroforese. Samling av spormetallus - 1 mill (personale + drift) | 1 | 1 | Sikring av svrapportering på tvers av geografi (FKI) | Ingen | Ingen | Ingen |
| MBK | Økt automasjon | Genrobot - 2,4 mill (vare + personal), | 2 | 1 | Godkjenning av investering som del av DP 11 | Ingen | Ingen | Ingen |
| MBK | Skanning | Skanning av rekvisisjoner på Ullevål: 0,5 årsverk | 1 | 0,5 | Godkjenning av investering som del av FKI | Ingen | Ingen | Ingen |
| MBK | Lab. automasjon | Lavere varekostnader og mer effektiv drift | 4 | ? | | Ingen | Ingen | Ingen |
| MIK | Omorg. Drift | • Mottak/Forskn/Utvikling: Bidra til å facilitere driften (1årsv) • KoPro:Samling av produksjon, harmonisering av produktbehov i avd. (2årsv) • Bakteriologienhet Aker til RH/Ullevål (3 årsv) • Mol.biol/Virol/serologi.: Harmonisering/samling av rutiner (2 årsv) | 8 | 8 | Vurderer å redusere pasientundersøkelser med ca 80.000 analyser (40.000 internt) Aktiv dialog med om rett bruk av våre rutiner. Vurdere overføring av deler av nedslagsfeltet (bydel??) til andre aktører (fordrer klare avtaler om infeksjonskontroll, overvåking etc) | • Forsinkelse av inntak til diagnostikk • Mulighet for forlenget SHO • Begr. kap. for støtte Isolateret • Antibiotika-resistens | • Utvikling forsinkes • Ta ned aktivitet med ca 80.000 analyser | Merbelastning på ansatte - personalsitasje |
| PAT | Tilpasse drift | Tilpasse bemanning, jobbglidning og endret sammensetning "På tvers"-tilnærming til driften Redusere forbruk av enkelte tester, awikle Aker(2), obduksjonsvirksomhet (3), midlertidig stilling (3), intern fin.forskning (2) | 10 | 10 | Forutsatt at klinisk virksomhet reduseres noe som følge av bemanningskutt, er risiko for feil og skader ikke større enn i "normalsituasjonen" | • Økt svartid, spesielt for polikliniske pasienter • Redusert omfang av spesialundersøkelser | • Antall prøver pt er for høyt til å håndteres med nedgang i 21 årsverk | • Fysiske HMS-forhold - formalin • Merbelastning på ansatte - personalsitasje • Ugunstig å drive på flere lokalisasjoner |
| | | Sum | 75 | 50 | | | | |

Tabellen viser foreløpige ikke drøftede tiltak fordelt på avdeling med tilhørende risiko, tiltakene vil bli videre detaljert og supplert gjennom budsjettarbeidet.

Vedlegg 2 Oppdatert status for stabenes tiltak for budsjett 2012

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Pres i arbeidsgr. (dato) | Saksfremlegg ledergr. (dato) | Beslutning i felles ledermøte, saken avsluttes i arb gr. (dato) | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) |
|------------------|--------|---|--|-------------------------|---|--|--|---|-----------------------------------|
| Samh. & int. sam | 1 | Oppgavedeling mellom OUS og fastlegene | Etter en medisinsk faglig vurdering overføre mer av forundersøkelse, kontroll og oppfølging til fastleger / allmennleger. Stab samhandling ved pasientkonsulentene kan bistå klinikkene i å definere oppgavedeling, særskilt for poliklinikkene. Stab for samhandling gjennomfører møter med hver klinikk i ukene 39-41. Formål er å definere opp minimum 2 områder innen hver klinikk. Stab for samhandling holder oversikt over de initiativ som forfølges | Tove Strand | Gjennomføring - hjelp til implementering | 11 okt. resultater fra gjennomgang med klinikker | 27.09 Invitasjon til klinikkene 25.10 Resultat fra møte med klinikk | i/a | nei |
| Samh. & int. sam | 2 | Bedre arbeidsdeling mellom OUS og andre sykehus | Legge til rette for en bedre arbeidsfordeling for lands-, regions-, flerområde- og områdepasienter gjennom avtaleinngåelser med andre foretak. Staben sammen med Juridisk seksjon bistår i utforming av avtalene. Ref punktet over - Staben gjennomfører møter med hver klinikk i ukene 38-41. Formålet er å definere minimum 2 fagområder/pasientsløyfer der man tar aktiv stilling til arbeidsdelingen mellom OUS HF og andre sykehus. Hver klinikk legger frem de områder det vil arbeides innenfor. | Tove Strand | Gjennomføring - hjelp til implementering | 11 okt. resultater fra gjennomgang med klinikker | 27.09 Invitasjon til klinikkene 25.10 Resultat av møter med klinikk | i/a | nei |
| Samh. & int. sam | 3 | Fullstendighet ift inntekter fra utenlandspasienter | Utenlandskontoret bistår 5 klinikker med størst pasientgrunnlag utenlandspasienter. Gjennomgang av hele prosessen for inntektsgenerering å sikre fullstendige inntekter. | Harald Platou | Gjennomføring - hjelp til implementering | 25 okt. resultater fra gjennomgang med klinikker | i.a | i.a. | nei |
| Samh. & int. sam | 4 | Øke kompetanse i 1. linjetjenesten | Arrangerer 6 kompetansedager for 1 linjetjenesten. | Tove Strand | Gjennomføring - hjelp til implementering | 11.okt | i/a | i/a | nei |
| Samh. & int. sam | 5 | Ny retningslinje for utskrivningsklare pasienter | Ferdigstille retningslinje for utskrivningsklare pasienter. Gjøre retningslinje kjent for sykehusledelsen. | Kari / Sølvi | Retningslinjer | Avklares | Avklares | i/a | Nei |
| HR | 2 | Monitorering av resursbruk; ekstrapersonale | Ukentlige rapporter over tilkalling av personale som genererer variabel lønn. Inklusive IRS og innleie (må utvikles) | Susanne | Gjennomføring - hjelp til implementering | i/a | Ukentlig | i/a | Nei |
| HR | 3 | Felles Gat | Implementerer et felles system for arbeidsplanlegging våren 2012. Etter implementering av nytt system vil HR vurdere virksomhetsovergrepene tiltak for bedring av rapportering og oppfølging av ekstra vakt, forskjøvet arbeidstid og overtid samt ekstern innleie | Susanne | IKT-verktøy | febr. 2012 Redegjøre for fremdrift I prosjektet | Avklares 2012 | Avklares 2012 | Nei |

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Pres i arbeidsgr. (dato) | Saksfremlegg ledergr. (dato) | Beslutning i felles ledermøte, saken avsluttes i arb gr. (dato) | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) |
|------|--------|--|--|-------------------------|---|--|--|---|-----------------------------------|
| HR | 4 | Forenklet lønnsrapport i Personalportalen | Forenklinger i lønnsrapporter i P-portalen. Det er levert et forslag til rapport til Sykehuspartner. Ny rapport vil styrke kontrollen ift utbetalinger av lønn ettersom det blir enklere for ledere å avdekke feil i utbetalingene. Implementering av rapport utføres av Sykehuspartner. Når rapport er på plass vurderes det en revisjon av oppfølgingen i klinikkene | Susanne | Gjennomføring - hjelp til implementering | i/a | (Avvente når rapport er impl.) | i/a | Nei |
| HR | 5 | Monitorering av alle nyansettelser | Ukentlig møte med stillingsutvalg og oversikt over innvilgede/avslåtte søknader for alt personell. Styrket ansettelseskontroll og underutvalg for overlegestillinger og LIS-stillinger. Ukentlig rapportering til ledermøtets driftoppfølgingspost. | Turid O | Gjennomføring - hjelp til implementering | i/a | Ukentlig 18.10 erfaringer, prosess og rutiner legges frem | i/a | Nei |
| HR | 6 | Felles mal for tjenesteplaner for leger | Sikre at felles mal for oppbygging av tjenesteplaner for leger blir benyttet i klinikkene. For å effektivisere dette arbeidet er det nødvendig med en felles server for tjenesteplanene. | Janne | Gjennomføring - hjelp til implementering | 20.sep | 27.09.2011 - Orientering | 20.09.2011 - Felles mal ferdig. Gjennomgås med hver klinikk | Er drøftet |
| HR | 7 | Begrensninger i fullmakter | Fullmakt over lønnsfastsettelse og arbeidstid er begrenset til klinikkleder. Særavtaler/adm. ordninger kan kun godkjennes av HR-dir. HR følger opp at fullmakter etterleves. | Susanne | Ferdig implementert - HR-leder eller klinikkleder godkjenner. | 27.09.2011 Erfaring med innføring. | 11.10.2011 Erfaring med innføring. | 11.okt | Nei |
| HR | 8 | Tilkalling av ekstra personale | HR følger opp at fullmakter etterleves i klinikkene. Fullmakten er begrenset til leder. | Susanne | Gjennomføring - hjelp til implementering | 27.09.2011 Erfaring med innføring. | 11.10.2011 Erfaring med innføring. | 11.okt | Nei |
| HR | 9 | Kompensasjonsordninger for Leger som ikke er avtalefestet/utenfor avtaleverket | Gjennomgang av kompensasjonsordninger for alle leger. Kommunisere ordninger som går ut over regelverket. Bistå klinikk/HR-leder i klinikk med tilpasning og avvikling av utbetalinger som går ut over regelverket og inngåtte avtaler. Seksjon for arbeidsgiverpolitikk gjennomgår med en og en klinikk | Janne | Gjennomføring - hjelp til implementering | i/a | 25.okt | i/a | nei |
| HR | 10 | Arbeidstidsordninger for alle andre yrkesgrupper enn leger | Gjennomgang av alle arbeidstidsordninger i samarbeid med stab for fag og pasientsikkerhet. | Janne | Gjennomføring - hjelp til implementering | 11.10.2011 Informasjon om gjennomgangen | 25.okt | Avklares | Avklares |
| HR | 11 | Oppfølgingsmøter med HR-lederne - sikre felles gjennomføring og forståelse | HR-ledermøte med HR-stab 1:1 /mnd; Bemanning, lønn og omstilling. Gjennomgang av status for innplasseringsprosessen- om den gjennomføres i henhold til tidsplan, status for HR- tiltak (p-500) om tiltakene etterleves og hva som må gjøres for å sikre dette. Sikre at HR-ledere har innsikt og kontroll på årsverktutvikling i egen klinikk ved tett samarbeid med klinikkens økonomistab. | Susanne | Gjennomføring - hjelp til implementering | i/a | i/a | i/a | i/a |

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Pres i arbeidsgr. (dato) | Saksfremlegg ledergr. (dato) | Beslutning i felles ledermøte, saken avsluttes i arb gr. (dato) | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) |
|------------------------|--------|---|---|---|---|---|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| HR | 12 | Kompetanse | Sørge for riktig HR kompetanse i klinikkene, jf tjenesteplan, kurs, PAGA etc. Det utarbeides kurs for å sikre at kompetansen er god nok innen registrering i personalportalen, tjenesteplaner for HR- i klinikk. Det gjennomføres ukentlig kursing for ledere på alle nivåer i tillegg. | Rolf v/HR-stab. Anne | Gjennomføring - hjelp til implementering | 27.sep | STABSMØTE | i/a | Nei |
| HR | 13 | Analysegruppe bemanningsutvikling | Bedre kunnskapsgrunnlaget for å kunne følge klinikkene tettere ved rapportering i samarbeid med økonomi Presentere forventet utvikling i antall årsverk for leger siste halvår 2011 som følge av omlegging fra fast kjøp til UTA. | Susanne/Janne | Gjennomføring - hjelp til implementering | 20.9 og 27/9 Årsverk effekt fast til UTA | 27.9 Årsverk effekt fast til UTA | i/a | Nei |
| HR | 14 | Kompensasjon øvrig personal utenfor avtaleverket | Kompensasjonsordninger gjennomgås også for andre yrkesgrupper HR- stab har startet opp kartlegging av ulike kompensasjonsordninger ved klinikkene. | Janne | Gjennomføring - hjelp til implementering | 11.10.2011 Informasjon om gjennomgangen | 25.okt | Avklares | Nei |
| Fag og pas. sikkerhet | 1 | Årsplan for gjennomføring av virksomheten med aktivitet og ressurser (planlegging av alt personell) | Årsplan (12 måneder, min 6 måneder): * Planlegging av aktivitet i henhold til budsjett (operasjon, poliklinikk etc.) ' Kjøp av legetimer i samsvar med budsjett ' Kjøp av øvrige personellressurser i samsvar med budsjett * Turnusplaner for hele året | Sølvi / Sissel | Instruks & Retningslinje for utarbeidelse av årsplan | 27.9 og 11.10 | 08.nov | Avklares | Ja |
| Fag og pas. sikkerhet | 2 | instruks ferieplanlegging | Utarbeide instruks til klinikkene om planlegging av avvikling av sommerferiedrift 2012 Gjennomføring sikres ved en særskilt gjennomgang med alle avdelinger i alle klinikker | Eva Bjørstad | Instruks | i.a. | 08.nov | Avklares | Avklares |
| Fag og pas. sikkerhet. | 3 | Driftseffektive sengeposter | 3.1 Utarbeide retningslinje for bemanningsnorm ved sengeenheter. Lederstøtte omtales i samme prosedyre 3.2 Retningslinje størrelse sengeposter | Sølvi / Sissel Sølvi / Sissel | Regel/standard/retningslinje Regel/standard/retningslinje | 27.sep 11.okt | 11.okt 25.okt | 25.okt 25.okt | Ja Avklares |
| Fag og pas. sikkerhet. | 4 | Mastergrad i helsefag | Legge frem retningslinje for krav og forpliktelser ifm gjennomføring av mastergrad i helsefag | Sølvi | Retningslinjer | i.a. | 11.okt | 25.okt | Ja |
| Fag og pas. sikkerhet. | 5 | Rydding i stillingsdefinisjoner | Bruk av stillingskoder/titler (og stillingsbeskrivelser) for pleiepersonell (Spekter). Forbedre og få oversikt over bemanningssituasjonen. Arbeidet gjennomføres i samarbeid med HR stab. | Sølvi / Sissel / HR v/ Susanne og Janne | Gjennomføring - hjelp til implementering. | | 08.nov | 06.des | Ja |

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Pres i arbeidsgr. (dato) | Saksfremlegg ledergr. (dato) | Beslutning i felles ledermøte, saken avsluttes i arb gr. (dato) | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) | | | | | | |
|------------------------|--------|---|--|------------------------------|---|---|------------------------------|---|-----------------------------------|--|--|--------|----------|----------|----------|
| Fag og pas. sikkerhet. | 6 | Drift av operasjonsstuer Retningslinje driftsraad operasjonsenhetene | Gjennomgang av tidligere prosjekt "operasjonsstuer" og prosjekt på Ullevål: Jobbe "smartere" - effektivisere operasjonsstuen ved koordinering av bemanning og kompetansesammensetning. For eksempel Ø-hjelp - innenfor dagens tider (8-17) bedre koordinering av team for optimal drift og minimering av venting. | Sølvi/ Anne Merete / Turid | Regel/standard/retningslinje | 11.okt | 08.nov | 25.okt | Ja | | | | | | |
| | | | 6.1 retningslinjer drift av operasjonsstuer - driftsteam | | | | | | | | | 08.nov | Avklares | Avklares | |
| | | | 6.2 Retningslinje for tidsbruk i seansene ved operasjonsenhetene | | | | | | | | | i/A | 08.nov | Avklares | Avklares |
| | | | 6.3 Retningslinjer for innmelding av planer for operativ virksomhet | | | | | | | | | i/A | 08.nov | Avklares | Avklares |
| | | | 6.4 Retningslinje for utredning ev. preoperativ anestesilogisk poliklinikk | | | | | | | | | i/A | 08.nov | Avklares | Avklares |
| Fag og pas. sikkerhet. | 7 | Rett kapasitet på poliklinikk | Retningslinjer for åpningstider og telefontider. Rett arbeidsplanlegging og kompetansesammensetning for berørte yrkesgrupper (pleie/helsesekretær/kontor). Utnytte "stordriftfordeler" på tvers av operasjonsstue / poliklinikk kapasitetene | Sølvi / Agnete / Øystein | Regel/standard/retningslinje | 11.okt | 08.nov | Avklares | Ja | | | | | | |
| | | | 7.1 Retningslinje for drift i poliklinikk | | | | | | | | | 11.okt | 08.nov | Avklares | |
| Fag og pas. sikkerhet. | 8 | Henvisninger, ventetider, utredning / diagnostikk | Retningslinjer for utredning / diagnostikk av store pasientgrupper, prioriteringsveiledere, rutiner for planlegging, pasientinformasjon m.m. Kartlegging av supplerende retningslinjer Sikre rett kunnskapsnivå innen tilgjengelige systemer, for eksempel eHåndboka | Einar / Torkil | Regel/standard/retningslinje | 25.okt | Avklares | Avklares | Avklares | | | | | | |
| Fag og pas. sikkerhet. | 9 | Standardisering av henvisninger | Ta frem tidligere utarbeidet dokumentasjon og vurder bruk av dette materialet til felles mal for henvisninger. Stab samhandling bistår med erfaring fra Praktiskonsulenter i utforming av hva en henvisning må inneholde for å sikre tilstrekkelig informasjon. Innhold avklares også med medisinsk direktør. Gjennomgang av den faktiske bruken av maler | Einar / Torkil. Sølvi | Regel/standard/retningslinje | 27.09.2011 Hva er gjort på omr. Se kommentar. Sølvi lager ny innkallelse mellom "fag og pas sikkerhet" og "samhandling". | Avklares | Avklares | Avklares | | | | | | |

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Pres i arbeidsgr. (dato) | Saksfremlegg ledergr. (dato) | Beslutning i felles ledermøte, saken avsluttes i arb gr. (dato) | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) |
|------------------------|--------|--|--|--------------------------------------|---|-----------------------------|---|---|-----------------------------------|
| Fag og pas. sikkerhet. | 10 | Implementering av retningslinjer | Egen oppfølging av implementering av eksisterende retningslinjer. Det etableres en gruppe fra sentral stab og dedikerte ansatte i klinikkens staber (økt dialog med linje 4 og 5 ledere) som får som oppgave å sikre implementering på rett ledernivå. | Eva Bjørstad / Sølvi / Roar / Anne F | Gjennomføring - hjelp til implementering | 29.nov | Avklares | Avklares | Avklares |
| Medisinsk direktør | 1 | Steg 1 legeressurser: Gjennomgang bruken av legeressurser i høst og inn i 2012 | Ref HR pkt 1. Linjeledere (klinikkleder, avdelingsleder) har et ansvar for gjennomføring i henhold til skriv utarbeidet av HR/medisinsk direktør. Medisinsk direktør (Einar S. Hysing og Erik Carlsen) og enhet for forhandlinger HR (Arve Ruså og Janne Andersen) har et felles ansvar for å utøve bistand i gjennomføring med den enkelte klinikk. Det vil gjennomføres felles møte med avdelingsleder, klinikk HR-person (hver klinikk må ha en HR-person med leger som sitt spesialområde) , medisinsk direktør og sentral HR støtte: Hjelp til å få til optimal, lovlig tjenesteplan, riktig bruk av avtaleverket, evt. nedbemanning, kontakt med foretakstillitsvalgte etc.. | Einar Hysing | Gjennomføring - hjelp til implementering | 27.09 Status | Ved flere LG Avklares | Avklares | Avklares |
| Medisinsk direktør | 2 | Overføring av Overleger til Ahus og VV mot NR-nummer. | Steg 1) Nødvendig antall legetimer for drift etter overføringene når det forutsettes at områdene gjør sin jobb. Antallet timer må også sees i sammenheng med endringer i oppgaver (samhandling - koordinering andre yrkesgrupper) | Einar Hysing | Gjennomføring - hjelp til implementering | 18.10 Orientering | Ved flere LG Avklares | Avklares | Avklares |
| Medisinsk direktør | 3 | Steg 2 legeressurser: Total reduksjon av legebemanning i henhold til budsjett 2012.. | b) Tilpasse det antall legetimer som gir optimal drift innenfor budsjett 2012 | Einar Hysing | Gjennomføring - hjelp til implementering | Ukentlig | i/a | i/a | Avklares |
| Medisinsk direktør | 4 | Skriv om gjennomgang av tjenesteplaner | Skriv som instruerer klinikken ift ny utarbeidelse av alle tjenesteplaner i klinikken i tråd med aktivitetsplanlegging og vaktbelastning | Einar Hysing | Skriv | i/a | 23/9 brev til klinikkene 27.09.2011 gj gang ledergr | 11.okt | Avklares |
| OSS | 1 | Samkjørte/koordinerte innkjøpssystemer: fra 3 til 1 system i 2012? | Etter avbrudd av nasjonalt NPSS løp finnes det andre muligheter for utrulling av felles innkjøp- og logistikksystem. Et felles innkjøp- og logistikksystem for OUS vil bidra til enklere implementering av varekataloger, bedre grunndata, samordnet kategorisering, fullmaktsregister og automatisering av rapportering. Det vil være enklere å bestille varer og tjenester og antall bestillere med fullmakt og superbrukere kan reduseres. | OUS/IKT og OSS/IOL | Gjennomføring - hjelp til implementering | | 20.09.2011 IKT presenterer muligh rom | i/a | i/a |

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Pres i arbeidsgr. (dato) | Saksfremlegg ledergr. (dato) | Beslutning i felles ledermøte, saken avsluttes i arb gr. (dato) | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) |
|------|--------|---|---|-------------------------|---|---|--|---|-----------------------------------|
| OSS | 2 | Innkjøp av varer | Hver 2. uke avholdes det møter mellom innkjøpssjef og kategoriansvarlige for oppfølging implementering og status varekatalog. | Avklares | Gjennomføring - hjelp til implementering | 25/10 Status fra møtene | 18.10 Pres av hvordan det jobbes Gjennomgang av fullmaktstruktur | i/a | i/a |
| OSS | 3 | Rapportering på nøkkelindikatorer | Oppfølging av klinikkens innkjøpspraksis ved bruk av såkalte KPI'er (Key Performance Indicators - nøkkelindikatorer), Tertialvis rapportering av 5 KPI'er til RHF. | OSS/Innkjøp | Gjennomføring - hjelp til implementering | Avklares møte 27.9 | 27.sep presenteres Indikatorer for avtalelojalitet mv. | i/a | i/a |
| OSS | 4 | Dokumentere og følge opp store kostnadsposter | Strategiske områder som innkjøp jobber med er som følgende: 1. legemidler, 2. Eiendom 3. Implantater 4. Lab 5. Renhold og tekstil . 6. Implementering av radiologi og medisinske forbruksvarer avtaler. I tillegg jobbes det med: informasjon til berørte klinikker via Innkjøps intranettside (denne viser aktuell avtale informasjon og bestillings rutiner), bekjentgjøring av sidene, brukerdelaktelse i anskaffelsesprosesser ved bla. etablering og oppfølging av interne produktråd. Det er også planlagt oppfølgingsmøter mellom innkjøp og klinikkens økonomirådgivere. | OSS/Innkjøp | Gjennomføring - hjelp til implementering | 11/10 Presentere vurdering fra klinikk | 25/10 Presentasjon ledermøtet (legemidler) | i/a | i/a |
| OSS | 5 | Særskilte kostnader ved OSS | OSS gjennomgår alle kostnadsposter internt (husleie, strøm, fjernvarme, vaskemidler, mat, gass etc.). | Magnus / OSS stab | Gjennomføring - hjelp til implementering. | 11.okt | Avklares | Avklares | i/a |
| OSS | 6 | Innkjøp av varer | Vareforsyning inkl. aktiv forsyning (prosessforbedring - E&Y prosjekt i regi av IOL). Det foreligger en prosjektplan for utrulling av Aktiv Forsyninger Tiltak. For å implemetere aktiv forsyning ved avdelingslagrene på UUS kreves det infrastruktur, standardisering og opplæring, samt ansvar og gode rutiner for kommunikasjon mellom de involverte. Det skal i oktober 2011 i gangsettes et forprosjekt for å: • identifisere aktuelle avdelinger for utrulling av AF8med størst gevinstpotensial) • avklare investeringsbehov knyttet til standardiserte skap og tilgjengelig lagerplass | OSS/IOL | Gjennomføring - hjelp til implementering. | 27.sep | i/a | i/a | i/a |

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Pres i arbeidsgr. (dato) | Saksfremlegg ledergr. (dato) | Beslutning i felles ledermøte, saken avsluttes i arb gr. (dato) | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) |
|---------------|--------|--|--|-------------------------|---|-----------------------------|------------------------------|---|-----------------------------------|
| Økonomi | 1 | Oppfølging av eksisterende retningslinjer (revurdere eierskap og vedlikehold) | Bruk av konsulenter, (Økonomi) Bruk av taxi , (HR/Servicekontoret) Mobiltelefon bruk og anskaffelse, (OSS/Innkjøp) Innleie av eksterne vikarer, (Personalfordling) Bærbare PC, (HR – i samarbeid med IT) Bruk og innkjøp av printere , (Innkjøp i samarbeid med IT) Innkjøp av møbler, (Eiendom) Abonnementordninger bærbare PC'er (IT - innkjøp OSS) | Avklares | Regel/standard/retningslinje | 25.okt | Avklares | Avklares | Avklares |
| Økonomi | 2 | Stabsfunksjoner i klinikken | Presentere oversikt over stabsressurser i den enkelte klinikk for ledergruppen. Starte en diskusjon ift mulig retningslinje for omfang av stab i klinikk | Øyvind / Terje B N | Avklares | i/a | 27.sep | Avklares | Avklares |
| Kommunikasjon | 1 | Gi rett informasjon om budsjett 2012 og økonomisk tilpasning til hele virksomheten | Bidra til kommunisering av det generiske utfordringsbildet for budsjett 2012 til ledere på nivå 2-5. Muntlig ansikt-til-ansikt kommunikasjon i kombinasjon med overordnede infotiltak som: | Kom Hr + Øk | Gjennomføring - hjelp til implementering | Ukentlig | i/a | i/a | Nei |
| | 1.1 | | Muntlig ansikt-til-ansikt kombinasjon i kombinasjon med overordnede tiltak som: | HR + ØK | | | | | |
| | 1.2 | | Brev om budsjettprosess | ØK | | | | | |
| | 1.3 | | Overordnet nyhetsbrev | Kom | | | | | |
| | 1.4 | | Tertialmøter | | | | | | |
| | 1.5 | | Ppt med hovedutfordringer | Kom | | | | | |
| | 1.6 | | Ppt med klinikkvise utfordringer | Kom | | | | | |
| | 1.7 | | Klinikkvise møter med HR og andre | HR | | | | | |
| | 1.8 | | Klinikkvise nyhetsbrev | Kom/Klinikk | | | | | |
| | 1.9 | | Intranettmeldinger/Nyhetsaker med gode eks på klinikker som har lyktes samt beslutninger om retningslinjer og felles praksis | Kom | | | | | |
| | 1.10 | | Egen knapp på intranettet om Budsjett 2012 | Kom | | | | | |
| | 1.11 | | Dialogmøter med tillitsvalgte | HR | | | | | |
| 1.12 | | Posisjonsdokument for mediehenndelser | Kom | | | | | | |
| Kommunikasjon | 2 | Informere om stabens arbeid for budsjett 2012 | Gi informasjon om de felles regler, standarder og retningslinjer som sykehuset vedtar | ØK + Kom | | Ukentlig | i/a | i/a | nei |

| | |
|---------|--|
| Klinikk | Klinikk Psykisk helse og avhengighet - PHA |
|---------|--|

1. Nøkkeltall for klinikken:

| | | | |
|---|-------|---|-----|
| Brutto årsverk oktober 2011 ¹ | 2.331 | Antall DRG poeng 2011 | |
| Estimert årsverk desember 2011 | 2.320 | Antall opphold | |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ – Estimert fra OUS | 2.277 | Antall senger | |
| Behov for reduksjon fra desember 2011 | 43 | Endret produktivitet fra 2010-11 per 2. tertial | (*) |

(*) Overordnet målsetting på aktivitetsvekst for 2012

- 1,5 % for psykisk helsevern barn og ungdom
- 3 % for psykisk helsevern voksne
- 2 % for TSB

Årsverkene for 2012 er på nåværende tidspunkt ikke mulig å avdelingsfordele.

2. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

- OUS strategi og forutsetninger er lagt til grunn
- Foreløpig utgiftsramme fra OUS er fordelt utover i klinikken
- Forankring i klinikkens ledergruppe, samt hos avdelings- og enhetsledere
- Tydelighet i målfastsettelse og kommunikasjon på alle områder
- Avklaring av utgangspunktet og forventninger/krav mht bemanning og aktivitet.
(ca 85 % av klinikkens kostnader er personalkostnader)
- Budsjettansvaret delegeres i linjen
- Omstillingskostnader og kostnader knyttet til overtallighet identifiseres og synliggjøres på egne kostnadssteder på senternivå.
- Involvering av ansatte, tillitsvalgte, Brukerrådet og verneombud i prosessen

Hovedområdene for å redusere kostnaden er vesentlig for lønn- og andre personalkostnader.

Fast stillinger baseres på bemanningsplaner utfra en definert grunnbemanning for alle stillingskategorier.

Variabel lønn skal dekke det definerte behovet og skal på et overordnet nivå ikke overstige 10 % av kostnad faste stillinger.

For øvrig er det kommunisert utover i klinikken en nødvendighet med kostnadsbevissthet i ressurs forbruk og ressurs allokeringen.

3. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjett 2012 ved avdelingene

Senter for Lokalfunksjoner

- Innplasseringsprosessen:
 - Fokus på bemanningsplaner og kompetanseplaner og avstemming mot budsjetttrammene for 2012-13
- Omlegging av drift og arealeffektivisering:
 - Øker inntekten og inntektsgivende aktivitet:
 - Flere godkjente poliklinikker – enn budsjettet i 2011.
 - Reduksjon av døgnplasser på sykehusnivå og DPS nivå.
 - ASD, Dikemark

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

- Josefinegt. DPS
- Søndre Oslo DPS
- Utskriving av utskrivingsklare pasienter
- Fokus på organisering/drift/finansiering av virksomhet som ikke er lokalfunksjoner:
 - Legevaktsordninger:
 - RSA/PPU/ASD, Dikemark –
 - Alderpsykiatrisk, Dikemark, Alderspsykiatrisk, Diakonhjemmet og AFP
 - ASD, Gaustad, Alderspsykiatrisk avdeling, Ahus (Gaustad)
 - Akuttpsykiatrisk avdeling avdelingen, RASP (Bakvakt)

Senter for Lands- og regionsfunksjoner

Det satses generelt så langt mulig på å behandle flest mulig poliklinisk og ambulant. Avdelingene i senteret er spesialiserte og pasientene som søkes innlagt til utredning er svært behandlingstrengende og det vil derfor ikke være hensiktsmessig å behandle alle ambulant eller poliklinisk.

Det vurderes i alle tilfelle om det er mulig å unngå innleggelse. En relativ høy andel av søknadene for innleggelse søkes også innlagt på tvang etter PHL.

1. Magnus gate ved avdeling for førstegangspysykose opphører som k. st. fra 01.01.12. Her er det sannsynlig at vi får overtallige som senteret må budsjettere for. Det er pr. i dag 7 årsverk ved denne enheten. Det er usikkert om de kan tilsettes i andre stilinger ved AFP. Senteret overtar inntektsrammen her som er på 5,5 mill. Prosessen med dette settes i gang nå.
2. AFP har fått et mindre opptaksområde etter overføringen til A-hus. Foreløpig kjøper A-hus plasser, men det kan være mer usikkert fram i tid. Hvordan behovet i område OUS er framover, er usikkert.
3. Louises gt. og Tåsen eies av Kirkens Bymisjon, her betaler klinikken ca 1,2 mill pr. måned. Utgiftene her ligger på klinikknivå. Bydelene bør overta ansvaret for denne gruppen.
4. Gjestepasientinntekter er alltid usikkert. PPU vil i 2012 ha noen få søknader fra andre helseregioner. RASP får ikke lenger betalt for pasienter fra helse Sør, så der vil det være mindre inntekter da de dekker regionen for øvrig. Vi vil forvente å få pasienter fra andre HF innlagt på PPU og AFP som vil generere noe inntekt. Usikkert hvor mye – avhengig av hva det enkelte HF kan bygge opp selv.

Senter for Barn og ungdom

Driftstilpasning til nytt og mindre opptaksområde:

- Bemanningstilpasning. Nye bemanningsplaner tilpasset nytt opptaksområde. Reduksjon i antall stillinger, ca. 80 årsverk.
- Samlokalisering. Begrense virksomheten til færre og eide lokaler. Å komme seg ut av leiekontrakter kan tilsvare betydelig kostnadsreduksjon. Dette krever en del investeringer.

Senter for Rus og avhengighetsbehandling

Hovedstrategi er reduksjon av bemanning og nedleggelse av senger for å tilpasse oss til opptaksområde og komme i balanse.

Vektlegge poliklinikk og redusere døgn.

4. Handlingsplan for å imøtekomme budsjett 2012

- Ramme for faste stillinger og variabel lønn fastsettes
- Årsak til variabel lønn analyseres
- Variabel lønn utover rammen kan ikke planlegges, overordnet maks 10 % av kostnad faste stillinger
- Klinikkspesifikke bestemmelser om erstatning av ansatte og innleie ved fravær følges
- Vikarordninger for klinikken / OUS opprettes – all bruk av ekstravakter å innleie skal dekkes derfra
- Stillingskontroll er opprettet
- Tiltak og aktiviteter for å redusere sykefraværet iverksettes
- Budsjettmidler til kompetanseutvikling avsettes innefor fastsatt ramme – tilsvarende 2 % av årsverk rammen

5. Organisering av arbeidet med budsjett 2012

- Forankring i klinikken ledergruppe, samt hos avdelings- og enhetsledere
- Budsjettansvaret delegeres i linjen.
 - Senter og avdelingsansvarlige har budsjettansvar for sine områder og inkluderer enhetsledere
- Klinikken gjennomfører sentervise møter der avdelingsledere og lederassistenter deltar
 - Strategi og forutsetninger diskuteres
 - Budsjettmodell (OUS excel modell) blir presentert
- Detaljert tidsplan for klinikken er satt opp for hele budsjettprosessen
- Oppfølgingsmøter i løpet av høsten mot sentrene er fastsatt

6. Vurdering av den effekt hovedstrategien vil ha i forhold til utfordringsbildet

Klinikken har som målsetting å balansere / saldere budsjettet utfra de utgiftrammer som er tildelt basert på en tilpasset bemanning fordelt på de ulike stillingskategoriene.

Klinikken føler seg relativt trygg på gjennomføringen av de endringene som klinikken selv direkte kan påvirke – der klinikken ikke er avhengig av forhold utenfor klinikken.

Utfordringer / usikkerhet knytter seg til følgende områder:

- Tidsaspektet knyttet til gjennomføringen av bemanningstilpasningen
- Omstillings- og overtallighetskostnader som må håndteres av klinikken
- Usikkerhet knyttet til gjestepasienter
 - Utfakturering – dårlig historisk grunnlag, kun 2011
 - Kostnader – usikkerhet knyttet til omfanget utover det som er avtalt
- Endringer i tariffavtaler, inkludert lønns-, vakt og turnusforhold er ikke avklart

7. Risiko og konsekvensvurdering ved gjennomføring av hovedstrategi

Identifisering av risiko knyttet til gjennomføring av budsjett

| Risikoområde | Stikkord konsekvenser | Alvorlighet (sannsynlighet/ konsekvens) Kryss av farge | | | Kommentarer (eks. i hvilken grad vil risikoreducerende tiltak kunne kompensere for alvorlighet) |
|--|---|---|-----|-----|---|
| | | Grønn | Gul | Rød | |
| Pasientsikkerhet (Når pasient er inne til behandling) <ul style="list-style-type: none"> • behandlingskvalitet • fare for svikt, skade • pasientrettigheter • "Åpent – klinikk kan legge til" | Raskere turnover på behandlingen Færre på vakt | | X | | Satse på økt kvalitet i vurderingen Bedre opplæring |
| Aktivitetsnivå (Frister for behandling) <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføring av lovpålagte tjenester • Gjennomføring av andre tjenester • antall behandlede pasienter • "Åpent" | Lavere aktivitet, fristbrudd Redusert sengekapasitet | | X | | Opprettholde poliklinisk aktivitet og akutt funksjoner Mer arena fleksibilitet |
| Arbeidsmiljø <ul style="list-style-type: none"> • tilrettelagte arbeidsforhold • fare for svikt, skade • overholdelse av lov/avtaler • "Åpent" | Må stramme inn på fleksible ordninger Færre på vakt og derved lavere beredskap | | X | | Bedre opplæring |

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

1. Nøkkeltall for klinikken:

| | | | |
|--|------|---|--------|
| Brutto årsverk oktober 2011 ¹ | 1242 | Antall DRG poeng 2011 | 28720 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ | 1083 | Antall opphold | 114260 |
| Behov for reduksjon | 159 | Antall senger | 229 |
| | | Endret produktivitet fra 2010-11 per 2. tertial | -4,8% |

2. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

Medisinsk klinikk viderefører budsjettarbeidet som startet 2010 og har valgt følgende hovedstrategi for å imøtekomme 2012 – kravene:

1. Involvering av ledergruppene i avdelingene, klinikktilitsvalgte, klinikkverneombud samt sentrale stabspersoner.
2. Bygge opp et budsjett fra bunnen med ytterligere presiseringer fra arbeidet i 2010
3. Videreutvikler de 4 prinsipielle vedtakene fra 2010
 - a. Videreutvikle generell indremedisinsk avdeling
 - b. Legge til grunn en bemanningsnorm for sengepostene
 - c. Gjennomgang av klinikkens innkjøpsprosedyrer
 - d. Kvalitetssikring av legebemanningen

Ut i fra de sentrale føringer klinikken fikk ble det utarbeidet oppdrag til de enkelte avdelingene. Denne prosessen ble presentert og diskutert i utvidet ledermøte med deltakelse fra klinikktilitsvalgte og klinikkverneombud 29.sept. 2011.

Ingen effekter av samhandlingsreformen 2012

Det er forventninger til at bedre samhandling med kommunen og førstelinje i helsetjensten sammen med innføring av Samhandlingsreformen fra årsskiftet vil bidra til å redusere aktivitets- og pasientvolum for sykehuset generelt og Medisinsk klinikk spesielt. Klinikken selv tror at dette kan bli en effekt. Dette vil imidlertid kreve nye typer tiltak i kommunen og bedre kapasitet i eksisterende tiltak i tillegg til en styrket kompetanse i førstelinje. Alt dette vil ta tid å bygge opp, og Samhandlingsreformens innhold gir også rammer for en skrittvis endring. For lokal- og områdesykehusfunksjonene ved sykehusene i Oslo er det derfor ikke grunn til å forvente vesentlige endringer i aktivitets- og pasientvolum for OUS i 2012 som følge av endrede samhandlingsprosesser.

Kapasitet til å håndtere utskrivningsklare pasienter er et annet budsjetttema i tilknytning til samhandling. For Medisinsk klinikk er volumet såpass lite at det neppe her heller vil frigjøre plass av betydning. Selv om vi fra årsskiftet får betaling fra dag 1 etter utskrivning, betyr det lave belegget av UK-meldte at også den økonomiske nettoeffekten av endrede regler for betaling blir negativ for Medisinsk klinikk (ref budsjetttrekk som gis som følge av historiske nivå på UK meldte pasienter)

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

3. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjett 2012 ved avdelingene

Medisinsk klinikk har involvert ledergruppen i alle avdelingene i arbeidet med å tilpasse klinikkens aktiviteter til budsjett. Alle avdelingene i klinikken har gjennomført en justering av bemanningsplan i tråd med sykehusets målsetting. Dette har klinikken gjennomført i samarbeid med ansatte, TV og VO. Imidlertid har dette vært en svært vanskelig oppgave, særlig sett i lys av klinikkens oppgaver:

- Medisinsk klinikk mottar stort sett pasienter som legges inn som øyeblikkelig hjelp. Dette er pasienter som man verken kan avvise eller gi et forsinket tilbud uten at det går ut over behandlingens kvalitet og pasientenes sikkerhet.
- Klinikken behandler pasienter fra andre sykehus og som trenger en kompetanse som ikke er godt nok utbygd for flere av Oslos sykehus (områdeansvar).
- Klinikken utfører liasontjenester til andre klinikker som har mindre grad av overføring til Ahus / VV enn Medisinsk klinikk. Arbeidsoppgavene reduseres ikke tilsvarende økonomisk nedtrekk.
- Klinikken har, i tillegg til kirurgiske enheter, ansvaret for avsluttende basisutdanning for leger gjennom turnustjenesten, noe som kommer alle legespesialiteter til gode.
- Klinikken liggetider er såpass korte og pasientens bosted er Oslo eller dets nærhet slik at alternativer som sykehotell er mindre aktuelt. Pasienten sendes heller hjem.

Til tross for risiko for dårligere pasientbehandling har alle avdelingene bidratt med tiltak om hvordan budsjetttrammene kan innfris:

Nyremedisinsk avdeling

Nyremedisinsk avdeling har områdefunksjon for Oslo og regionsfunksjon for HSØ for kompliserte og sjeldne nyre- og blodtrykksykdommer. Sengepost har redusert med 6 senger fra 21 til 15 i 2011. All aktivitet skal samles på Ullevål i 2012.

Tiltak:

- Stenge dialysen på Aker etter overføring av Ahuspasienter og pålegg om oppgradering av lokalene på Ullevål.
- Redusert åpningstid av selvdialysen i henhold til pasientpågang som innebærer ny turnus.

Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin

Avdelingen er blant annet karakterisert med at den har store oppgaver som ikke ble berørt av overføringsprosessen, stor aktivitet innen poliklinikk og preventiv kardiologi, samt en økning av oppgaver som er sentralt styrte. I 2011 gjennomførte man en sammenslåing av tre enheter til denne nye enheten.

Tiltak:

- Avdeling for sykkelig overvekt er gitt et oppdrag om 50 % aktivitetsøkning. Avdelingen vil arbeide med hvordan den nye avdelingens samlede aktivitet kan effektivisere behandlingen slik at aktivitetsøkning kan gjennomføres med minst mulig tilførsel av ressurser.
- Avvikling av behandlingstilbud: zoledronsyre intravenøst ved osteoporose

Infeksjonsmedisinsk avdeling

Avdelingen har i tillegg til lokalsykehusfunksjoner også områdefunksjoner knyttet til alvorlige og kompliserte infeksjoner. I tillegg har avdelingen regional og nasjonale oppgaver innen multiresistent tuberkulose og beredskap (eks. høysmitte, bioterror).

Tiltak:

- Ytterligere tre tiltak innen reduksjon i aktivitet og personal som tilpasser til økonomiske rammer.

Hjertemedisinsk avdeling

Avdelingens aktiviteter er stort sett knyttet til akutt livreddende kardiologisk akuttbehandling (>95 %), både innen lokal-, område- og regionfunksjon.

Største delen av denne avdelingen var ikke med i planleggingen for 2011 siden enheter ble overført fra klinikk F medio 2011. Enhetene ble overført med en historisk ikke-justert ramme.

Tiltak:

- Redusere/avvikle tilbud på hjerterehabilitering
- Avvikle beredskapsvakt Aker.
- Effekt av ny fremforhandlet HINAS avtale på varekostnader

Gastromedisinsk avdeling

Virksomheten er i stor grad knyttet til lokal-, område- og flerområdefunksjoner i andre avdelinger i sykehuset (kreftutredning, palliativ kreftbehandling med stenter, gallesten, traumepasienter, alvorlig mage - tarmlblødninger, endoskopi på barn samt leversykdommer, kronisk inflammatorisk tarmsykdom og spiserørssykdom). Dette forklarer mindre reduksjon av kostnader tilknyttet disse arbeidsoppgaver enn beregnet.

Tiltak:

- Reduksjon kostnader ved doble vaktlag etter samlokalisering på Ullevål.
- Sammenslåing av to adskilte sengeenheter på Ullevål.
- Vurdere reduksjon av tilbud til pasientbehandling for andre avdelinger.

Geriatrisk avdeling

Geriatrisk avdeling ivaretar en kompetanse og utdanning innen geriatri som ikke er ivaretatt i samme grad i mottakende sykehus. Geriatrisk avdelings hovedstrategi for å imøtekomme budsjett 2012 er gjennomgang av alle aktiviteter og stillinger samt oppgavefordeling mellom seksjonene. Avdelingen har som mål å samle all øyeblikkelig hjelp på Ullevål i 2012.

Tiltak:

- Effektivisere driften ved de 20 sengene på Akuttgeriatrisk sengepost på Ullevål i dag.
- Reduksjon av ett bakvakt - lag (ved Aker).
- Redusere antall kontroller ved poliklinikken.

Avdeling for klinisk service

I 2011 har avd. for Klinisk service nedbemannet i forhold til overføring til AHUS. Økt prioritering i pasientbehandling og økt krav om effektivitet i den daglige driften krever at Klinisk service må se på eksisterende ressurser og hvordan de kan brukes på en mer hensiktsmessig måte med tanke på en god og effektiv pasientbehandling.

Tiltak:

- Etablere tverrfaglig team ved avdelinger/poster for å sikre rett fagperson til riktig tid i pasientforløpet for å unngå forlenget liggetid i forhold til planlagt utskriving.

Lungemedisinsk avdeling

Avdelingen har i tillegg til lokal- og områdefunksjoner knyttet til alvorlige og kompliserte lungesykdommer. I tillegg har avdelingen regionale oppgaver innen allergologi testing i spesielt narkosemidler, Cystisk fibrose, diagnosestasjon for Oslo og Ahus, forebyggende screening av asylsøkere og familiegjenforeninger, samt behandling ved positiv testing og multiresistent tuberkulose.

Tiltak:

- Reduksjon i tuberkulosekoordinator etter overføring Ahus / Vestre Viken.
- Bruke EBUS istedenfor mediastinoskopi ved utredning av kreft og lymfeknuteforstørrelse. Vil spare 15 – 20 mediastinoskopi undersøkelser pr år i klinikk F samt redusert behov for operasjon klinikk H.

Akuttmedisinsk avdeling

Avdelingen behandler kun pasienter som er innlagt som ø-hjelp, og ca 50 % av pasientene skrives ut i løpet av 1 døgn fra obsposten, som bidrar til en kort og effektiv liggetid i klinikken. På medisinsk intensiv behandler man de dårligste pasientene i klinikken, dårlige pasienter fra andre klinikker med medisinske sykdommer og fra andre sykehus i Oslo-området.

Tiltak:

- Avvikle ”sykehjemsprosjektet”
- Redusere medisinsk ekspedisjons åpningstid.

Generell indremedisinsk avdeling

Generell indremedisinsk avdeling ble opprettet i januar 2011, dels for å ivareta den restaktivitet som oppstod etter at store deler av indremedisinsk aktivitet var flyttet til Ahus / VV, dels for møte den fremtidige økende spesialisering av de indremedisinske fagområder. Generell indremedisinsk avdeling vil flytte senger og personell fra Aker til Ullevål når areal på Ullevål blir frigjort primo 2012.

Tiltak:

- Reduksjon av en sekretærstilling
- Reduksjon av tjenesteplan for LIS – leger
- Reduksjon i kostnader til vaktplan for overleger

4. Handlingsplan for å imøtekomme budsjett 2012

Klinikken forholder seg til de vedtatte retningslinjene fra foretaksledelsen for prosess og lojalitet til fordelte rammer og aktivitetskrav.

I e-post av 1. juli 2011 ble foreløpige rammer utdelt til klinikkene med en sentral beregningsmodell for klinikkvise rammer. Kjernen i denne modellen var å ta utgangspunkt i total ramme og redusere med kostnad tilhørende aktivitetskrav (reflektert ved DRG). Resterende ble definert som lønnsramme som, via gjennomsnittelig lønnskostnad pr brutto årsverk, ble omgjort til estimert nivå av brutto årsverk klinikken har lønnsramme til.

Klinikkene fikk videreført sine historiske økonomiske rammer, redusert for haleaktivitet og omstillingskostnader 2011. Aktivitetskravet for 2012 er det samme som for 2011 justert for haleaktivitet.

Etter denne utdelingen er det kommunisert en justering av klinikkvise rammer hvor medisinsk klinikk fikk 24 millioner i godtatt budsjettert merforbruk og 7 millioner tilknyttet aktivitetsvekst i 2012.

Denne modellen, slik medisinsk klinikk oppfatter det, forutsetter:

1. Beregning høsten 2010 utført analyseavdelingen av aktivitetskrav 2011 vurderes som korrekt.
2. Korrekt bruk av beregningen fra punkt 1. i modell utviklet i samarbeid med Mc. Kinsey.
3. Modellen omtalt i punkt 2. beregnet rammer 2011 og håndterte restutfordring (ca. 200 mill) korrekt og rettferdig.

Selv om Medisinsk klinikk er kritisk til graden av holdbarhet i disse forutsetningen er de blitt benyttet i egen prosess for fordeling av avdelingsvise økonomiske rammer og aktivitetskrav.

Vi anser oppdraget som bemanning tilpasset økonomiske forutsetninger med risiko på aktivitet.

Handlingsplan budsjett 2012

Handling og tidsplan har blitt endret etter ny informasjon fra helseforetaket angående rapporteringskrav og tidsplan. Vi er i ferd med å bygge opp en ny prosess som håndterer de nye forholdene.

Utarbeiding av avdelingenes oppdrag i denne prosessen

Klinikken planlegger med detaljbudsjettering etter Levering I, og siden vi fortsetter prosessen med å budsjettere fra bunn er den endelige rammen pr avdeling ikke avstemt p.t.

Detaljbudsjettene legges på nåværende aktivitetsnivå med nye føringer og standardiseringer vedtatt i klinikk. Etter dette blir tiltak for å komme ned til rett aktivitets- og kostnadsnivå innarbeidet.

En slik prosess fordrer en beregning av krav som forventes av avdelingene uavhengig av detaljbudsjett. For å beskrive utfordringsbildet og tankegangen delte vi opp utfordringsbildet 2012 inn i fire prosesser.

| Prosess 1 | Prosess 2 | Prosess 3 | Prosess 4 |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| Allerede løst utfordring hittil 2011 | Innplasseringsprosess og bemanningstilpasning (allerede innmeldte tiltak med effekt ut året) | Tilpasning til aktivitetskrav 2012 | Effektivisering av pasientbehandlig etter gjennomført (plan) Prosess 1 til 3 |
| Jan 2011 - Sept 2011 | Okt 2011 - Des 2011 | Okt 2011 - Jun 2012 | Sept 2012 - Des 2012 |

Som utgangspunkt legger vi de sentrale beregnede bemanningsnivå til grunn som innebærer en reduksjon av 213 brutto årsverk fra juninivå.

Vi har gjort en særskilt vurdering når det gjelder effektivisering. Enheter overført fra klinikk F er tidligere tatt opp med sentral økonomi. Disse enhetene ble overført medisinsk klinikk våren 2011 med et betydelig og uløst utfordringsbilde. Prognostisert underskudd på disse

koststedene er p.t. 28 mill. Medisinsk klinikk har som prinsipp at denne utfordringen verken direkte eller indirekte skal påvirke de øvrige enhetene i klinikken, da rammeforutsetningen til disse enhetene er et eksempel på en historisk rammetildeling.

På bakgrunn av dette er bruttoårsverkskutt på disse enhetene beregnet ut fra den rammen de ble overført til Medisinsk klinikk med. Dette tilsvarer 56 brutto årsverk.

Grunnlag for budsjettering er vedtatte bemanningsplaner (klinikken har i 2011 innført norm for bemanning), kartlegging av leger og innplasseringsprosess.

Proessen vi har valgt i Levering I for å utregne rammeforutsetninger på avdelingsnivå vil gi en risiko i at tiltak definert som bemanning og DRG ikke treffer nøyaktig i finansielle forutsetninger. Dette vil vi ha full kontroll på etter detaljbudsjettering, og vil da være i stand til å kompensere for dette.

5. Organisering av arbeidet med budsjett 2012

Klinikken har sørget for bred involvering tidlig i prosessen med krav til våre N3, N4 og N5 ledere. Vi har involvert tillitsvalgte og verneombud på alle ledernivåer.

Klinikkleder er eier av budsjettprosessen og er tungt inne i alle dialogmøter sammen med medisinsk faglig rådgiver, med avdelingene, tillitsvalgte og verneombud.

Økonomi har et overordnet ansvar for prosessen i nært samarbeid med HR-, fag- og kvalitetsenhetene.

6. Vurdering av den effekt hovedstrategien vil ha i forhold til utfordringsbildet

Hovedstrategien ved å stille krav til aktivitetstilpasning og effektivisering vil være en god måte å sette i gang interne prosesser og unngå flatt kutt. Avdelingene har tatt oppgaven alvorlig og har allerede kommet med gode innspill på tiltak. Disse tiltakene må gjennomgås og kvalitetssikres inn mot levering II.

Denne tabellen viser et foreløpig bilde av situasjonen for Medisinsk klinikk i brutto årsverk. Vi ønsker å kvalitetssikre og gjennomføre detaljbudsjettering før vi kommer med mer konkrete finansielle nivåer.

Tabellen er delt inn i to hovedområder:

1. Helårseffekt (12 mnd effekt av tiltakene)
2. Effekt 2012 (grovt foreløpig estimat på hva som er mulig å realisere 2012 pga iverksettingstidspunkt av tiltak).

Vi skiller mellom Medisinsk klinikk vi opprinnelig hadde planer for og nytilførte enheter fra klinikk F som ble overført med en ikke-justert historisk ramme.

Vedlegg – Klinikken hovedstrategi for budsjett 2012

| Alle størrelser i brutto årsverk | Helårseffekt | | | Effekt 2012 | | | Kommentar |
|---|-----------------------------|---------------|------------|-----------------------------|---------------|------------|---|
| | Medisins eks. enheter fra F | Enheter fra F | Total | Medisins eks. enheter fra F | Enheter fra F | Total | |
| Tiltaksbehov fra 1.1.2012 (p.t.) | 103 | 56 | 159 | 103 | 56 | 159 | |
| Tiltak direkte årsverk | -47 | | -47 | -31 | | -31 | Avhenger av vedtak i styret. Helårseffekt beregnet matematisk, ikke på bakgrunn av faktiske planer. |
| Tiltak red årsverk via varekost | | -6 | -6 | | -6 | -6 | Nyforhandlet HINAS avtale |
| Delsum etter tiltak | 56 | 50 | 106 | 72 | 50 | 122 | Restutfordring og risiko for behandlingskvalitet og pasientsikkerhet ved å gjennomføre tiltak knyttet til denne utfordringen. |
| Kompensert for aktivitetsvekst (ren) | -23 | -9 | -32 | -23 | -9 | -32 | Medisinsk klinikk er beregnet å ligge 4 % foran budsjett 2011 (og implisitt 2012) med pasienter som vi er lovpålagt å behandle. Dette må kompenseres ved en balansert endring hvor vi skal øke vår DRG budsjett med ca. 1443. Dette er så omregnet til brutto årsverk med forutsetning om 75 % lønn- og 25 % varekostnader. Benyttet forskjellig sats for F og opprinnelig B. |
| Kompensert for beregningsvirket aktivitet i modell 2011 | -24 | 0 | -24 | -24 | 0 | -24 | For budsjett 2011 ble det benyttet en modell med sterke forutsetninger, både teknisk og i grunnlag. Vi mener i bakgrunn av vår aktivitet p.t. At grunnlag for overføring ikke var korrekt og at dette må justeres til rett nivå. En slik justering må utføres med de forutsetninger som modell 2011 hadde. Det var en sats på ca. 32.000,- pr DRG. Differansen mellom den kompensasjon i dagens inntektsføring av merproduksjon DRG er på 14.000,- når vi har kompensert for linjen over. Klinikken har ikke motatt godt nok grunnlag for å analysere beregninger gjort 2010 mot 2011 budsjett. Et slikt grunnlag må ned til pasientnivå. |
| Restutfordring | 9 | 41 | 50 | 25 | 41 | 66 | |

Klinikken ser fem hovedrisikoområder:

1. Utfordring, hjerte, overført fra annen klinikk (omtales under).
2. Aktivitet beregnet overført A-hus og Vestre Viken (omtales under).
3. Økning aktivitet Fedme
4. Gastromedisin
5. Beregningsmetode brukt for årsverk til faktisk uttak i økonomi (omtales under).

Utfordring hjerte, overført fra annen klinikk

Enhetene overført fra annen klinikk ligger med en aktivitet på samme nivå som i 2010, men produserer 6 % foran plantall.

Nettutfordring er utregnet til 28 mill. I antall årsverk tilsvarer dette 44 bruttoårsverk. Tilsvarende ca. 30 % av enhetenes totale årsverksforbruk september 2011.

Disse enhetene har 99 % ØH.

Ut fra dette er det vanskelig for oss å forstå hvordan det kan ha utviklet seg til denne situasjonen. Vi mener at nåværende aktivitetskrav er for lavt og at vi må utføre en balansert endring. Det vil si at vi skal øke vårt DRG krav tilknyttet disse enhetene med 360 DRG poeng.

Aktivitet beregnet overført Ahus og Vestre Viken

I modell benyttet 2011 ble det forutsatt reduksjon i aktivitet som var grunnlag for hele nedtrekket. Det viser seg at vi med den informasjonen vi har p.t ligger ca. 4 % over dette nivået (justert for hale). Av den grunn mener vi at medisinsk klinikk har blitt trukket for mye ramme 2011. I modellen 2011 benyttet man en sats på ca. 32.000,- pr DRG poeng hvorav vårt kostnadsbudsjett ble redusert med tilsvarende. Grunnlaget for balanserte endringer er ikke fastsatt for 2012, men vi mener at for dette aktivitetsnivået må 32.000,- pr DRG poeng benyttes. De to linjene som omtaler denne effekten er under delsummen i tabell.

Vi ser at modellen som er benyttet 2011 kan ha gitt uheldige vridninger av kostnadsramme:

1. Kostnader som verken direkte eller indirekte produserer DRG (for eksempel liasontjenester, tidligere omtalt)
2. Modellen reduserte progressivt som innebar at medisinsk klinikk fikk et relativt høyere trekk enn andre klinikker siden klinikken hadde størst overføringsgrad.
3. Rammekutt ble utregnet på aggregert nivå uten å ta hensyn til nyanser i underliggende nivåer.

I lys av dette ønsker vi å gjennomgå denne modellen.

Beregningsmetode brukt for årsverk til faktisk uttak i økonomi

I vår modell, og også den sykehusovergripende modell, er basert på generelle, overordnede betraktninger. Det er gitt uttrykk for at det er klinikkens ansvar å kontrollere disse tallene, noe som vi tar alvorlig.

Beregningsmodeller på overordnede nivåer med klinikk/avdelingsvise snittberegninger av både varekost- og årsverkskostsnivå er forbundet med stor unøyaktighet når man kommer ned til detaljene.

Med den planen klinikken har lagt opp til vil vi kunne justere for dette før levering II, men ikke uten risiko for ytterligere intern tiltaksprosess og dialog med foretaket rundt endret utfordringsbilde fra Levering I til II.

7. Risiko og konsekvensvurdering ved gjennomføring av hovedstrategi

Identifisering av risiko knyttet til gjennomføring av budsjett

Hovedområder for å imøtekomme budsjett 2012 er aktivitetstilpassing/ reduksjon og effektivisering

| Risikoområde | Stikkord konsekvenser | Alvorlighet (sannsynlighet/ konsekvens) Kryss av farge | | | Kommentarer (eks. i hvilken grad vil risikoreducerende tiltak kunne kompensere for alvorlighet) |
|---|---|---|-----|-----|---|
| | | Grønn | Gul | Rød | |
| Pasientsikkerhet (Når pasient er inne til behandling) | • behandlingsskvalitet | | X | | Tiltak synes forsvarlig da det har vist seg at behov for tilsyn ikke har vært betydelig |
| | | | | X | Klinikken har innført norm for bemanning, og pasientbelegget er i dag gjennomsn. 100 %. |
| | | | | X | Redusert kvalitet i pasientbehandlingen, fare for re-innleggelser |
| | • fare for svikt, skade | Risiko for utilstrekkelig kapasitet når aktivitet legges ned og pasienttilbud reduseres | | | X |
| • pasientrettigheter | Siden 95 % ØH vil volumet være gitt og konsekvens vil være redusert kvalitet og pasientsikkerhet | | | X | |
| Aktivitetsnivå (Frister for behandling) | | | | | |
| • Gjennomføring av lovpålagte tjenester | Klinikken plikt til å ta imot ø.hj. pasienter vil ivaretas, men gjennomføring av budsjetttiltak vil få konsekvenser for andre pasienttilbud i klinikken | | | X | Klinikken ser ingen mulighet for å kompensere dette. |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Gjennomføring av andre tjenester | <p>Redusere eller fjerne prosedyrer / liasonvirksomhet til andre klinikker og sykehus medfører dårligere tilbud til pasientene og kan resultere i lengre liggetid andre steder</p> |  |  |  | <p>Dårligere kvalitet i pasientbehandling, andre klinikker / sykehus må bygge opp kompetanse og opparbeide tilbud.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> antall behandlede pasienter | <p>Krav om økt operasjon av antall fedmepasienter uten at klinikken har fått kompensasjon for dette gir økonomisk underskudd og overarbeidet personale</p> |  |  |  | <p>Økning i aktivitet på fedme pasienter må ikke påvirke negativt krav om aktivitet for øvrig i klinikken</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> antall behandlede pasienter | <p>Antall pasienter er gitt og det er marginal endring i ikke ØH pasienter.</p> |  |  |  | |
| | <p>Reduksjon i senger medfører større risiko for overbelegg.</p> |  |  |  | <p>Benytte senger på tvers i klinikken, fokus på tidlig legevisitt og utskriving, og jobbe med å overføre inneliggende pasienter til dagbehandling.</p> |
| Arbeidsmiljø | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> tilrettelagte arbeidsforhold | <p>Klinikken har gjennomført bemanningsnorm på sengeposter og ser på reduksjon av legers arbeidstid. Marginal bemanning reduserer avdelingenes mulighet for å tilrettelegge for individuelle arbeidsforhold</p> |  |  |  | <p>Klinikken følger lovpålagte oppgaver og har fokus på HMS arbeid.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> fare for svikt, skade | <p>Ytterligere reduksjon i bemanning vil medføre risiko for uforsvarlig arbeidsbelastning for personale med derav følgende økt sykefravær</p> |  |  |  | <p>Klinikken ser på alternative måter å organisere sengepostdrift for å redusere dagens arbeidsbelastning. Reduksjon utover allerede marginal bemanning ser vi ingen mulighet å organisere bort.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> overholdelse av lov/avtaler | <p>Klinikken overholder ikke lenger lover og avtaler</p> |  |  |  | <p>Klinikken har stort fokus på å følge regelverket. Men ved ytterligere nedtrekk av personell er det stor fare for økt andel AML brudd</p> |

| | |
|---------|---------------------------------------|
| Klinikk | Klinikk for kirurgi og nevrofag (KKN) |
|---------|---------------------------------------|

1. Nøkkeltall for klinikken:

| | |
|--|------|
| Brutto årsverk oktober 2011 ¹ | 2060 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ | 1832 |
| Behov for reduksjon | 228 |

| | |
|---|--------|
| Antall DRG poeng 2011 | 52000 |
| Antall opphold | 320000 |
| Antall senger | 436 |
| Endret produktivitet fra 2010-11 per 2. tertial | -9,2% |

2. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

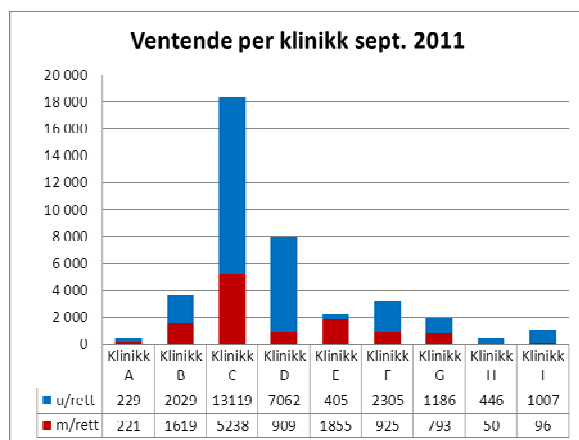
Klinikk for kirurgi og nevrofag har i 2011 hatt en økning i antall årsverk, samtidig som aktiviteten sammenliknet med 2010 er lavere. Årsaken til økning i årsverk er sammensatt, reelt overført ca 30 årsverk fra sentral stab og andre klinikker, styrking av noen områder i hht budsjett, samt at vi ikke har klart å ta ned bemanning i tilstrekkelig grad, relatert til overføring av aktivitet til Ahus og Vestre Viken. Årsaken til dette er dels knyttet til behov for å opprettholde beredskap på Aker. Dette innebærer at klinikken har en særdeles krevende utfordring i å ta ned 225 årsverk (fra juni nivå) ift budsjett 2012.

For å møte behovet for å ta ned bemanning arbeider klinikken etter fire hovedstrategier: Klinikkk for kirurgi og nevrofag arbeider langs fire hovedstrategier.

1. **Gjennomføre/ slutføre overføringen til Ahus og Vestre Viken** med dertil nedtrekk av kapasitet (aktivitet og bemanning). Dette innebærer avvikle haleaktivitet i nevrologi, samt gjennomføre overføring til Vestre viken på ØNH og Øye (sistnevnte først juli 2012).
2. **Gjennomføre strukturelle grep**
 - Det er gjennomført en mulighetsvurdering ift å samlokalisere større deler av nevrokirurgisk avdeling på Gaustad. Dette vil, dersom det får ledelsesmessig tilslutning, innebære at større deler av ortopedisk virksomhet flyttes fra Gaustad til Ullevål for å gi kapasitet til nevrokirurgi (makebytte). Ved et slikt grep kan vi få større sengeenheter, og færre vaktlag. Det vil være lite bygningsmessige tilpasninger knyttet til dette.
 - Vurdere å fjerne døgnbemanning på pasienthotell
 - Konvertere til mer dagkirurgi på legevakten
 - Samordning av den barnekirurgiske virksomheten på Ullevål med annen virksomhet i barnesenteret inntil man får flyttet all barnekirurgisk virksomhet
3. **Effektivisere og øke produktiviteten**
 - Overføre pasienter tidligere til andre sykehus/fastleger/kommune; både ift inneliggende og polikliniske pasienter – vil frigi sengekapasitet og poliklinisk kapasitet
 - Samhandling i større utstrekning med Sunnås og de andre sykehusene i området
 - Overføre ortopedi til Diakonhjemmet etter avtale
 - Bidra i videreutvikling av Aker som samhandlingsarena i relasjon til rehabilitering
 - Vri pasientforløp til dagbehandling og dagkirurgi
 - Utnytte operasjonskapasiteten bedre; øhj på dagtid/raskere skiftetider/tidligere oppstart/bedre opr. planlegging/koordinering
4. Klinikken vil ikke klare med de ovenstående grepene å komme i budsjettbalanse med en slik strategi; **derved må det aksepteres reduksjon i aktivitet.** Det vil få konsekvenser for inntektssiden, men man vil kunne oppnå balanse på kostnadssiden. Klinikkleder vil løfte denne problemstillingen inn i ledergruppen; det må avklares strategisk hvilke pasientgrupper

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

som skal få ytterligere økte ventetider ved OUS. Prinsipielt vil øyeblikkelig hjelp pasienter, pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, og særlig sårbare grupper prioriteres. Klinikken har desidert flest pasienter på venteliste i OUS, størst antall av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og lengst ventetider, slik at en overordnet prioritering er helt nødvendig.



3. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjett 2012 ved avdelingene

A. Ortopedisk avdeling

Ortopedisk avdeling er klinikken største avdeling med ca 30% av klinikken. Avdelingen har i gjennomført et større arbeid relatert til forbedringsmuligheter som vil resultere i både bedre pasientbehandling og mer effektiv ressursutnyttelse. Pasientgrunnlaget for Ortopedisk avdeling ble gjennom overføringen til AHUS og VV redusert med 11,6%.

- Arbeidsdeling med andre sykehus; bla Diakonhjemmet ift eldre med brudd og lidelser i fot/ankel.
- Raskere utskrivning av utskrivningsklare pasienter
- Driftseffektive sengeposter
- Driftseffektive operasjonsstuer
- Kapasitet på poliklinikk
- Oppgavedeling mellom OUS og fastlegene, spesielt mht kontroller

De foreslåtte tiltak skal gjennomføres i avdelingen med igangsetting høsten 2011.

Avdelingen flyttet medio august 2011 sengeposten på Aker til Ullevål og har i den sammenheng lagt grunnlag for en mer effektiv drift av sengepostene som realiseres.

Ortopedisk avdeling er i kraft av sin størrelse og fagområde klinikken største forbruker av medisinske artikler / implantater. Avtaler reforhandles fortløpende når de går ut og dette er forventet å redusere forbruket i 2012.

B. Nevrologisk avdeling

Gjennom overføringen til AHUS og VV ble pasientgrunnlaget for Nevrologisk avdeling kalkulert til - 13,5% i sum for inneliggende og poliklinikk. Hovedutfordringen for Nevrologisk avdeling er derfor å redusere bemanningen som konsekvens av endret volum og reduksjon i haleaktivitet.

I dag driftes avdelingen både på Ullevål og på Rikshospitalet. Pga arbeidsmengde og kompleksitet knyttet Ø-hjelp (Områdepasienter på Ullevål og regionpasienter på Rikshospitalet) er det behov for doble vaktlag (forvakt + bakvakt), nevrofysiologisk laboratorium må driftes to steder samt at sengeposter må være døgnåpne begge steder. For å kunne realisere forventet reduksjon i bemanning må det eventuelt gjennomføres en samlokalisering av avdelingen. Pt er imidlertid er det ikke mulig å gjennomføre denne samlokaliseringen pga plassmangel samt at dette må sees i sammenheng med lokalisering av nevrokirurgi.

Avdelingen arbeider med endringer innen følgende områder:

- Oppgavedeling mellom OUS og fastlegene, spesielt mht kontroller
- Arbeidsdeling med andre sykehus
- Raskere utskrivning av utskrivningsklare pasienter
- Konvertere til dagbehandling
- Gjennomgå den polikliniske virksomheten og etablere tett samarbeid med avdeling for nevrohabilitering i forhold til epilepsipasienter
- Avdelingen vil dra nytte av bedre samhandling på radiologi da ventetider på undersøkelser reduserer effektiviteten i avdelingen.

Ytterligere kutt utover dette uten en samlokalisering vil få store negative konsekvenser, både for pasientene og for arbeidsmiljøet. Særlig rettes det bekymring til pasienter med kroniske lidelser som trenger spesialistoppfølging på områdenivå, og som ikke har annet tilbud.

C. Nevrokirurgisk avdeling

Avdelingen har ansvar for det nevrokirurgiske behandlingstilbud til befolkningen i Helse Sør-Øst, 2.7 mill innbyggere. Avdelingen berøres ikke av aktivitetsbortfall som konsekvens av overføringen til AHUS og Vestre Viken. Tvert i mot ser vi at avdelingen har økende ventelister, tross økt aktivitet.

Avdelingen utreder muligheten for å overføre en større del av den elektive aktiviteten på Ullevål til Rikshospitalet. Ved dette kan avdelingen etablere mer robuste sengeposter og redusere vaktlag for leger. Som også nevnt i tiltak for fysikalsk medisin og rehabilitering kan det gjennomføres en samlokalisering av sengepost på Ullevål mellom FysMed og Nevrokirurgisk avdelings sengepost for traume / ansiktsskurgi og dermed få en vesentlig bedret drift av sengeposten.

Nevrokirurgisk avdeling gjennomførte i første halvår et forbedringsprosjekt på Rikshospitalet. Hovedfokus har vært på:

- Forbedring av driften ved nevrokirurgisk sengepost Rikshospitalet
- Bedret drift ved operasjonsvirksomhetene for å øke pasientgjennomstrømmingen
- Reduksjon av liggetiden
- Drifte aktiviteten på Gaustad med færre døgnenger ved økt dagbehandling og hotellbruk

Tilsvarende finnes det potensiale i bedret drift av sengeposten på Ullevål.

Gjennomføring av forbedringene er påbegynt og vil gi resultater i 2012.

Det arbeides pt med optimalisering av turnuser og tjenesteplaner for ass.leger.

Avdelingen har store implantatkostnader og det vil bli arbeidet med innkjøpsavtaler for å redusere kostnader til dette ytterligere.

Ytterligere reduksjon utover dette vil medføre en reell reduksjon av tilbudet av nevrokirurgiske tjenester til befolkningen i Helse Sør-Øst. Konsekvensene av dette vil måtte være en sterk prioritering av følgende pasientgrupper:

- Pasienter med sykdommer/skader i hjernen
- Barnenevrokirurgi
- Nevrotraumatologi
- Spinale pasienter med lammelser

med de følger dette vil ha for øvrige pasientgrupper.

Pasienter med spinale lidelser (degenerative lidelser i columna) hvor smerteproblematikk er dominerende, kan evt. overføres til annen nevrokirurgisk avdeling i Helse Vest/Midt/Nord. Evt. kan det etableres avtaler om behandling hos nevrokirurg i privat helsevesen. Ventetidene vil øke med risiko for fristbrudd.

D. ØNH avdelingen

ØNH-avdelingen startet overføring av pasienter til Vestre Viken 1. september 2011. Det er noe usikkerhet relatert til det reelle antall pasienter, men det er forventet å representere ca 3% på årsbasis. Avdelingen har problemer med å kjenne seg igjen i denne vurderingen, enda gjenstår konkret å se effekter.

Arbeidet med endring fra døgn til dag vil videreføres og man vil søke ytterligere reduksjon av senger. Avdelingen vil fortsette fokus på tidligere overføring til 1.linje-tjenesten fra pol.kl. samt fortsette arbeidet med bedre utnyttelse av operasjonsstuer.

Pt blir avdelingen belastet med ca 9-10 mill relatert til vedlikehold / reparasjon/ utskifting av den eksterne delen av implantatet. Med dagens ordning kan pasientene rekvirere reparasjoner / utskifting av den eksterne delen direkte fra leverandør uten at ØNH-avdelingen er inne i sløyfen. Kostnadene belastes imidlertid avdelingen. Dette er kostnader som burde gå over NAV systemet.

Ytterligere reduksjoner utover dette vil medføre forlengede ventetider og akkumulerende ventelister og økning i antall fristbrudd.

E. Øyeavdelingen

Avdelingen skal gjennomføre overføring til Vestre Viken pr 1.7.2012. Omfanget av dette utgjør ca 8% på årsbasis av hovedsakelig poliklinisk virksomhet med en forventet effekt i 2012 i overkant av 5%.

Arbeidet med å endre driften fra døgn- til dagbehandling vil fortsette, men potensiale er avtagende. Tilsvarende vil arbeidet med å bedre utnyttelsen av operasjonsstuen fortsette, men også her er potensialet avtagende. Avdelingen skal arbeide for å redusere antall kontroller, både gjennom vurdering av pasientforløp eller ved overføring til private avtalespesialister / fastleger. Avdelingen har de siste årene tatt imot pasienter fra mer eller mindre hele landet ved avvikling av ferier. Dette må vurderes avviklet.

Som resultat av nye behandlingsformer for AMD (Aldersrelatert macula Degenerasjon) opplever avdelingen en årlig vekst på ca 20% for denne gruppen. Dette, kombinert med avdelingens lands- og regionfunksjoner medfører et meget sterkt press på legeressurser. Det arbeides mye utover normaltid (prosjektarbeid) for å sikre pasientene behandling i rett tid, det er bedt om å få ressurser til å ansette faste for å konvertere til normalarbeidstid.

Avdelingen vil gjennom investering i nye maskiner for vitrektomiinnngrep kunne redusere driftskostnadene for denne gruppen. Imidlertid har OUS ikke prioritert investeringsmidler til dette hittil.

Det er et stort behov for å utdanne nye kirurger nasjonalt og vår innsats her må reduseres. Store reduksjoner gir en merbelastning som vil mange vil gå sterkt ut over arbeidsmiljøet og det er meget sannsynlig at avdelingen vil miste flere av de viktigste nøkkelpersoner i en slik prosess.

F. Avdeling for fysikalskmedisin og rehabilitering

Rehabilitering er et strategisk prioritert område.

Avdelingen har til dels gjennomført nedtrekk som konsekvens av overføringen til AHUS (beregnet til i overkant av 10%), men den reelle effekten av overføringen er ikke helt som forventet. Grunnen til dette er at AHUS ikke har tilsvarende spesialitet og pasientene benytter seg derfor av muligheten til fritt sykehusvalg.

Avdelingen drifter en regional sengepost for tidlig rehabilitering med 6 senger hvilket er en kostbar driftsform. Eneste mulighet til mer effektiv drift av sengeposten er å gjennomføre flytting og samdrift med annen sengepost. I utredningsarbeidet i forhold til flytting av nevrokirurgi vil det bli vurdert samlokalisering med nevrotraumer og kjevekirurgiske pasienter. Dette vil gi en langt mer effektiv drift av sengepost. Avdelingens tiltak vil i hovedsak knyttes til dette.

G. Avdeling for nevrohabilitering

Habilitering er et strategisk prioritert område. Avdelingen for nevrohabiliteringen er liten og har dermed et sårbart miljø. Avdelingen driver ambulant og poliklinisk virksomhet og driver utstrakt samarbeid, service og opplæring til kommunen.

Reduksjon i aktivitet som konsekvensene av overføringene til AHUS var kalkulert til 10%. Denne reduksjon er delvis gjennomført, men i en liten avdelingen er en 10% endring meget krevende å realisere pga få fagpersoner pr fagområde. Den polikliniske virksomheten må gjennomgås og det bør etableres tett samarbeid med nevrologisk avdeling i forhold til epilepsipasienter. En nedbemanning vil få konsekvenser for både den polikliniske og den ambulante behandlingen, dette vil kreve et tett samarbeid med Ahus ift ytterligere å søke å overføre pasienter.

Utfordringen er at en reduksjon av enkelte stillinger medfører at enkelte slutter og at avdelingen dermed mister all fagkompetanse på et spesifikt område.

H. Avdeling for kompleks epilepsi

Avdelingen er en ren lands- og regionsavdeling. Avdelingen er kurdøgnfinansiert og ikke DRG-finansiert unntatt for poliklinisk aktivitet. Avdelingen vil prioritere medisinske pasienter basert på lange ventelister, dette vil øke kurdøgninntektene med 5 mill kr i 2012.

Avdelingen arbeider med endringer innen følgende områder:

- Oppgavedeling mellom OUS og og hencvisende spesialister , og fastlegene spesielt mht kontroller for pasienter fra Oslo sykehusområde
- Arbeidsdeling med andre sykehus (faglig samarbeid/kompetansedeling)
- Optimalisering av turnus og tjenesteplaner

Avdelingen vil fortsette sitt effektiviseringsarbeid og dermed kunne utnytte kapasiteten bedre.

I. Avdeling for psykosomatisk medisin og nevropsykiatri

Avdelingen er høyspesialisert, men liten og organisert som en poliklinisk virksomhet. Den er ansvarlig for landsfunksjonen for transseksuelle og har et ansvar for utredning av komplekse nevropsykiatriske og psykosomatisk lidelser for HelseSørØst.

Bemanningsreduksjon innebærer at man totalt må fjerne en hel funksjon knyttet til regional og nasjonal psykosomatisk medisin (kroppundersøkelse, psykofysiologi). For det annet vil det innebære at man må avslå flere henvisninger om nevropsykiatriske vurdering av pasienter ved andre avd ved OUS-Rikshospitalet. Alternativt kan man forlenge ventelister. Uansett strategi vil dette forsinke utredning og behandling av regional og landsfunksjonspasienter.

J. Kirurgisk dagavdeling

Kirurgisk dagavdeling er lokalisert på Gasutad og er ansvarlig for å serve all poliklinisk, dagbehandling og dagkirurgisk virksomhet på Gaustad for alle våre kirurgiske områder. Avdelingen vil ha en viktig rolle ift å bidra til at avdelingene går gjennom sin polikliniske virksomhet med tanke på raskere overføring til fastleger/andre sykehus for å redusere kontroller. Ved at antall polikliniske økter reduseres, kan avdelingen redusere bemanning.

Hele klinikken vil profittere på at det blir etablert en dagavdeling for voksne. Avdelingen vil konkret gå videre på dette og spille inn et forslag til arealgruppen. Det vil legge til rette for at vi kan flytte pasienter fra døgn til dag. Utover dette skal den dagkirurgiske aktiviteten økes og kapasiteten utnyttes enda bedre.

Avdelingen ønsker også at det opprettes en preoperativ anestesipoliklinikk. Det vil bli tatt nytt initiativ ift dette. Et slikt tiltak vil kunne redusere liggedøgn ved at pasientene er klarert for innleggelse.

K. Kirurgisk avdeling for barn

Kirurgisk avdeling for barn har 4 sengeposter, tre på Gaustad og en på Ullevål. Avdelingen har fra 2010 til 2011 klart å stabilere driften, sikre god faglig kvalitet og etablere mer robuste enheter.

Avdelingen ble styrket ifb med budsjett 2011 for å kunne øke aktiviteten innen barneortopedi. Det har vi lyktes med. Vi mener at vi kan forvente noe færre ØNH barn ifb med overføring Vestre Viken slik at det er mulig å redusere noe sengekapasitet.

Avdelingen overtok den barnekirurgiske sengespotten fra KVB med et innsparingskrav knyttet til samlokalisering på 7 millioner kroner. Dette har ikke vært mulig å realisere. Dette må innlemmes i arbeidet knyttet til den planlagte strukturendring som skal gjennomføres i samarbeid med klinikk D, E og H for å sikre bedre drift på Ullevål. Dette kan gi innslagspunkt fra april/mai 2012. Utover det forventes ytterligere turnusoptimaliseringer, bedre koordinering i ferier og bedret sommerferieavvikling. Avdelingen er avhengig av at de kirurgiske avdelingene, som har det medisinske ansvaret for pasientene, i større utsreknig bidrar til overføring av pasienter til lokalsykehus slik at vi klarer å redusere liggetider og derved kan ta ned kostnader. Det søkes også samarbeid med Sunnås ift nevrootopediske barn.

Ytterligere reduksjon på kirurgisk avdeling for barn vil medføre økning i variabel lønn eller strykninger. Det kan heller ikke utelukkes at tilbudet til kirurgiske barn må reduseres med økende ventetider.

L. Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi

Avdelingen har sommeren 2011 samlokalisert det meste av aktiviteten sin på Gaustad. Ifb med overføring AHUS og ifb med samlokalisering tar avdelingen ned bemanning med ca 8%.

Det kommer høsten 2011 en prosess knyttet til kirurgiske barn på Ullevål. Avhengig av beslutninger i den prosessen kan det få konsekvenser for behovet for tilstedeværelse ved Ullevål av vakthavende leger. Avdelingen skal arbeide for å øke produktiviteten og konvertere mer til poliklinisk kirurgi og dagkirurgi, samt utnytte dagens kapasiteter på operasjonsstuen enda bedre. Avdelingen skal også kritisk vurdere om man kan redusere antall kontroller og overføre pasienter tidligere til fastleger/primærhelsetjenesten. Det vil også gjennomføres sterkere styring av overtid/vakansvakter. Det er også noe potensielle ift bruk av medisinske forbruksvarer og implantater.

Dersom avdelingen skal ytterligere ta ned årsverk vil det få aktivitetskonsekvenser som vil øke ventetider, med risiko for fristbrudd

M. Avdeling for Kjevekirurgi og sykehusodontologi

Avdelingen er liten og sårbar og har kun organisert legerressurser, operasjonssykepleiere til seg. Avdelingen har for øvrig ansvar for all sykehusodontolog, med tannleger og tannteknikere.

Avdelingens strategi blir å øke produktiviteten ved å få operert flere pasienter på dagtid for derved å ta ned vaktkostnader. I tillegg vurderes å redusere tilbudet til tannbehandling. Dette er imidlertid et satnsingområde i årets statsbudsjett .

N. FoU

Avdelingen har organisert FORMI som har hovedfokus på formidling og forskning. Denne enheten har sin berettigelse inn mot samhandlingsreformen og nedbemanning anbefales ikke. Derimot vil ledergruppen vurdere om man skal redusere noe på frie forskningsmidler. Avdelingen skal utover dette særlig bistå avdelingene med å skaffe eksterne midler til prosjekter innen samhandlingsreformen, samt forskning.

4. Handlingsplan for å imøtekomme budsjett 2012

Klinikken har etablert en plan for budsjettprosessen. Avdelingene har nå fått forslag til rammer; basert både på aktivitetsbudsjett, kostnadsbudsjett og estimert antall brutto årsverk den enkelte avdeling skal redusere for 2012.

Ifb overføring av aktivitet og nedtrekk i bemanning vil dette bli gjennomført ifb med innplassering. Det meste av dette kommer gjennom naturlig avgang og turnover, men ift leger vil vi måtte gjennom en

større omstillingsprosess. Når det gjelder de strukturelle tiltakene, så må det ledelsesmessig endelig besluttes på OUS nivå, deretter vil det kreve konkret planlegging, gjennom prosjektarbeid før implementering. For enkelte effektiviseringstiltak kan fellesprosjekter med andre klinikker være aktuelt, men utover dette vil de konkrete tiltak gjennomføres i de enkelte avdelingene.

Avdelingene vil nå få i oppdrag videre hvordan de skal søke å løse utfordringen.

5. Organisering av arbeidet med budsjett 2012

Klinikken har gjennom den etablerte budsjettprosessen valgt å legge ut rammer til de enkelte avdelingene. Dette er basert på

- prosesser i ledergruppen
- vurderinger knyttet til effekt av overføring Ahus og Vestre Viken
- andel øyeblikkelig hjelp, andel rettighetspasienter
- utvikling i ventetider
- potensiale for strukturelle grep og effektiviseringspotensiale (produktivitetsanalyser)
- flatt % kutt ift antall årsverk (totalt 49 årsverk)

Ved at avdelingene får budsjetttrammer tidligere enn foregående år, gjør at de får noe mer tid til å planlegge tiltak for å oppnå riktigere styringsfart for 2012. Det er også vurdert at større deler av den tekniske delen av budsjettarbeidet gjøres av økonomene slik at ledergruppene i større grad kan konsentrere seg om arbeidet med tiltak.

6. Vurdering av den effekt hovedstrategien vil ha i forhold til utfordringsbildet

Klinikken vurderer at vi skal kunne gjennomføre overføring av aktivitet og bemanningsnedtrekk relatert til Ahus og Vestre Viken. Dette kan imidlertid ta noe tid ift yrkesgrupper hvor vi ikke finner annet passende arbeid.

Når det gjelder strukturelle grep vil det være større grad av usikkerhet både ift effekt og ift innslagstidspunkt.

Når det gjelder mer generell effektivisering og det å øke produktiviteten så er det krevende prosesser som for oss også innebærer godt samarbeid med akutt klinikken og KDI.

Gitt at vi lykkes med disse tiltakene vil vi klare å nedbemanne med 149 årsverk. Utgangspunktet er en prognose på 2028 årsverk.

| Budsjettmessige konsekvenser av klinikken hovedstrategi for årsverks- og kostnadsreduksjoner | | |
|--|---------|---------------------|
| Klinikk | Årsverk | Kostnadsreduksjoner |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | 149 | 142000 |

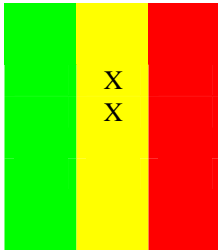
Klinikken vil da sitte igjen med et antall årsverk vi ikke har en løsning på. Dette er foreløpig lagt flatt ut på de enkelte avdelingene og vil innebære at vi må ta ned aktivitet utover overføringen. Foreløpig anslår vi at dette kan dreie seg om ca 50 årsverk. Dersom vi regner DRG/årsverk og poliklinikk/årsverk innebærer dette et aktivitetsbortfall på 2,5% med et inntektstap på 1250 DRG-poeng tilsvarende ca 30 mill kr og poliklinisk inntektstap på egenandeler på ca 2 mill kr. Imidlertid vil varekost også reduseres noe.

Klinikkleder vurderer at diskusjon om reduksjon i aktivitet eller der hvor OUS skal ta ned aktivitet gitt at man ikke klarer å effektivisere i den utstrekning som kravet tilsier, så må en prioriteringsdiskusjon om hvilke pasientgrupper som skal vente lenger gjøres på OUS nivå. Klinikken vil ikke klare å håndtere en slik nedbemanning på så kort tid uten at vi vil få redusert kapasitet også for regional og landsfunksjoner slik det vurderes nå.

7. Risiko og konsekvensvurdering ved gjennomføring av hovedstrategi, gitt en gjennomføring av et budsjett i balanse

Identifisering av risiko knyttet til gjennomføring av budsjett

| Risikoområde | Stikkord konsekvenser | Alvorlighet (sannsynlighet/ konsekvens) Kryss av farge | | | Kommentarer (eks. i hvilken grad vil risikoreducerende tiltak kunne kompensere for alvorlighet) |
|--|---|---|-----|-----|--|
| | | Grønn | Gul | Rød | |
| Pasientsikkerhet (Når pasient er inne til behandling) | | | | | |
| • Behandlingskvalitet | Pasienter som kommer inn til behandling vil få god kvalitativ behandling, men service kan bli redusert | | X | | Viktig å overvåke virksomheten godt, følge med på avvik og håndtere avvik ryddig Avtale faste møter med samarbeidende klinikker for å unngå suboptimal drift God dialog og samarbeid på tvers av klinikker |
| • Fare for svikt, skade | Høyt aktivitetsnivå ift bemanning Tidligere utskrivning fra PO/intensiv gir økt risiko Kortere liggetider | | X | | |
| Aktivitetsnivå (Frister for behandling) | | | | | |
| • Gjennomføring av lovpålagte tjenester | Risiko for økte ventetider, fristbrudd, krav fra pasienter om behandling hos private aktører og i utlandet | | | X | Overvåke ventelister og ventetider, samt fristbrudd Sikre mest mulig riktig prioritering av pasienter; øhjelp, rettighetspasienter og sårbare grupper |
| • Gjennomføring av andre tjenester | Kan få suboptimal drift som reduserer aktivitet ytterligere | | | X | |
| • antall behandlede pasienter | Risiko for at vi ikke klarer å prioritere de riktige pasientene | | X | | |
| Arbeidsmiljø | | | | | |
| | Fortetting i arealer | | X | | God dialog med ledere, ansattes representanter og vernetjeneste i arbeidet med tiltak God dialog med adm dir ift prioriteringer på OUS nivå |
| Tilrettelagte arbeidsforhold | Risiko for at vi ikke tar ned bemanning på riktige | | X | | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Fare for svikt, skade • Overholdelse av lov/avtaler | <p>steder og at belastningen på enkelte grupper/avdelinger blir for stor</p> <p>AML brudd kan bli utfordringer</p> |  | <p>Overvåke AML brudd</p> <p>Arbeide med informasjon og involvering. Bidra med støtte til lederne og ha dialog på alle nivå</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Lojalitet og tillitsutfordringer i organisasjonen | <p>Slitasje på ledere og erfaringer at det blir vanskelig å gjennomføre tiltak da tillit og lojalitet i organisasjonen er tynnslett</p> | | |

| | |
|---------|-------------------------------|
| Klinikk | Kvinne- og barneklubben (KVB) |
|---------|-------------------------------|

1. Nøkkeltall for klinikken:

| | |
|--|------|
| Brutto årsverk oktober 2011 ¹ | 1599 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ | 1536 |
| Behov for reduksjon | 63 |

| | |
|---|---------|
| Antall DRG poeng 2011 | 34261 |
| Antall opphold | 150 458 |
| Antall senger | 422* |
| Endret produktivitet fra 2010-11 per 2. tertial | -3,96% |

* Inkluderer både effektive og dagsenger

2. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

Foreløpig prognose gir et negativt resultatavvik på ca kr 30 mill i 2011. Vi får en betydelig reduksjon av rammene neste år (kr -48 mill: 54 mill i kutt pluss 6 mill i antatt tillatt underskudd for 2012). Mange tiltak er gjennomført i 2011 (inkl. innplassering), og vi har vedtatt ytterligere tiltak som skal gjennomføres. Gjenværende budsjettutfordring 2012 estimeres derfor til kr 30-40 mill. 11 mill i aktivitetsøkning er ikke lagt inn i dette.

Aktivitetsøkning skal skje mest mulig innen dagens ressurser/dagens antall ansatte og bidra til mindre behov for nedbemanning/kutt, men er ikke lagt inn.

Lønnskostnadene utgjør over 85 % inkl innleie. Kostnader ellers er i stor grad direkte knyttet til pasientaktivitet (f eks medikamenter).

Områder for kostnadsreduksjoner i 2012:

- i. **Lønn og innleie:** Vi har gjennomført/gjennomfører betydelige nedbemanninger ved overføring til Ahus/VV samt vedtatte effektiviseringstiltak. Videre tiltak:
 - a. **Bemanningsnormer:** Sykehusets nye bemanningsnormer, spesielt innføring av vakt (3-4 delt i helg) for flest mulig, vil bidra til færre huller i helg og mulighet for lavere bemanning med bevart helgedekning. Føde, nyfødteintensiv og store barnposter skal ha prosess på egne bemanningsnormer. Vi vil benchmarke disse virksomhetene internt i klinikken og med andre avdelinger i Norge/Norden.
 - b. **Stram oppfølging på utvikling i faste årsverk, variabel lønn og innleie:** En dedikert HR-rådgiver følger opp legeheter, vaktplaner og lønnsutbetalinger for leger. Vedtatte nye prosedyrer for registrering og oppfølging av variabel lønn og innleie følges opp vil kunne redusere våre kostnader. Vi vil øke ledelses- og tallmessig oppfølging av seksjonenes utvikling i antall ansatte, variabel lønn, innleie og totale lønnskostnader relatert til faktisk aktivitet i samme periode.
 - c. **Bortfall av midlertidige økte variabel lønns- og innleiekostnader i 2011:** Innplasseringsprosessen gav en betydelig økning i variabel lønn og innleie, da vi ikke kunne lyse ut faste stillinger før innplasseringsprosessen var fullført og nye turnuser ikke var implementert, særlig på Barnemedisinsk avdeling. Fødeavdelingen har utfordringer ved Føde-gynmottaket, samt stor økning i sykefravær på enkelte seksjoner. Føde-gynmottaket har fortsatt driftsutfordringer, men er nå i relativt stabil drift. Sykefraværet er redusert på de enhetene med størst økning tidligere i år. Det er gjennomført endringer i ledelsesstruktur.

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger. For budsjett 2012 er 6 mill i tillatt underskudd og 11 mill i øket aktivitet lagt inn i stillingsbudsjettet

- d. **Gjennomgang av legenes arbeidstid:** Dagarbeidstid, organisering av morgenmøtene, starttidspunkt på poliklinikk og operasjoner og vaktturnus utvalgte steder er aktuelle oppgaver.
 - e. **Mer effektiv pasientgjennomstrømning:** Hvilke pasienter behandles og på hvilket nivå (døgn, dag, poliklinikk), liggetid (tid for tilbakeføring til lokal avdeling eller utskrivning), og reduksjon i polikliniske kontroller.
 - f. **Samarbeid på tvers av tradisjonelle skiller:** Samarbeid med naboenheter, også i andre klinikker.
- ii. Direkte pasientrelaterte kostnader:**
- a. Mer effektiv pasientbehandling med færre liggedøgn vil også kunne ta ned våre direkte pasientrelaterte kostnader pr opphold.
 - b. Innkjøpsavtaler inkl. lavere priser på medikamenter. Vi må kjøpe varer og tjenester innenfor avtalene.
- iii. Indirekte kostnader:**
- a. Indirekte kostnader utgjør kun ca 2% av våre totale kostnader, men i mai 2012 utgår leiekontrakten på lokalene til Føderiket i Pilestredet. Kostnadsreduksjon ca kr 1,3 mill.

3. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjett 2012 ved avdelingene

Avdelingene har svært varierende budsjettutfordringer for 2012 (se tabellen høyre side). Grunnen til at sum utfordringer overstiger 30-40 mill er at 6 mill i tillatt underskudd ikke er fordelt, samt at noen enheter går i overskudd. Avdelingene fikk videreført sine budsjetter ved klinikketableringen i 2010.

To avdelinger har etter dette hatt en betydelig forverring:

- Nyfødtintensiv fikk et stort inntektsfall målt i drg-poeng fra 2009 til 2010. Inntektene første 4 mnd i år var enda lavere enn i fjor, men siste 5 mnd har nyfødt ligget på plantall.
- Fødeavdelingen har hittil i 2011 en betydelig økning i lønnskostnader og innleie grunnet etableringen av Føde-gyn mottaket, som er blitt dyrere enn forventet, og økt sykefravær på Ullevålseksjonene.

| Avdeling | Budsjettutfordring 2012 (mill kroner) |
|--------------------|---------------------------------------|
| Nyfødtintensiv | -22 |
| Føde | -16 |
| Barnemedisin | -10 |
| Gynekologi | -7 |
| Gynekologisk kreft | 0 |
| Nevrofag | 0 |
| Stab | 0 |
| PFI/Kvinnehelse | 0 |
| Sjeldensentre | 0 |

Nedenfor er hver avdelings hovedstrategi for å løse budsjettutfordringen for 2012. NB! Vi presenterer ikke avdelingene PFI/Kvinnehelsesenteret og Sjeldensentrene, da disse i stor grad har øremerkede midler fra Helse Sør-Øst, som de utgiftsmessig vil kunne holde seg innenfor. NB. Alle avdelinger vil følge opp de generelle områdene som angitt over og dette angis da ikke for alle.

3.1 Gynekologisk avdeling

- a. **Redusere merforbruk på kontor** (i år > 2 mill):
Går inn i 2012 med nedmannet kontorseksjon (skjer høsten 2011 som følge av innplassering. Stram styring innleie/overtid fra seksjonsleder med tydelig støtte av avd. leder, økt fokus på oppfølging av sykmeldte, noe økning av talejenkjønning, redusert kvalitet/økt ventetid på notater hvor dette ikke er av vesentlig betydning er virkemidler.
- b. **Redusere merforbruk på LIS** (i år ca 2,5 mill):
Stram styring av antall ansatte i LIS- seksjonen. Bedre resultater den siste tiden.
- c. **Omorganisering N4/N5 på Operasjon/PO og Gyn.seng/polikl.:**
Omorganiseringen vil øke antall N4 ledere med 2, men redusere antall N5 ledere med 3, dvs en lederstilling mindre.
- d. **Øket operativ aktivitet uten øket bemanning/ressursbruk:**

Omlegging av drift inkl. ”pakking av planlagte sectio” har gitt øket operativ aktivitet uten øket ressursbruk. Videre effektivisering av operasjonsaktivitet inkl. dagsløyfer, aktiv deltagelse i driftsteam og aktiv bruk av data fra nyetablert Albert datasystem på Ullevål.

e. Turnus/bemanningsengpost:

Mulig reduksjon med 0,5 - 1,5 s.pl.stilling 1. januar 2012. Utreddes, men ikke konkludert.

f. Ressursbruk klinikk D og H ved flytting av gyn operasjoner fra RH til U og deretter gyn kreft til DNR

På RH hadde klinikk H ansvar for gyn operasjoner (ca 3-4 stillinger, minst 2 mill). Vi har overtatt dette ansvaret fra 010111 uten ressursoverføring. Planen var at dette omtrent skulle nøytraliseres når gynekret operasjoner ble flyttet fra U til DNR. Dette er forsinket og medfører en ekstrautgift i 2011 på ca 2 mill for klinikken (Gyn avd har fått dette midlertidig kompensert av klinikken). NB: Dette er ikke et tiltak som bedrer OUS bunnlinje, men gir korrigerende av ressursbruk mellom klinikkene.

g. "Fast-track IVF":

Ønsket samling av reproduksjon på RH er plassmessig krevende og ønsket pasientvolum på RH må vurderes. Vi utreder etablering av en fast-track IVF- enhet på U som håndterer vanlige IVF- pasienter. Øvrig komplisert/avansert virksomhet samles på RH. Dette kan gi en effektivisering av driften, med både økt aktivitet (det er lange ventelister og virksomheten er pt ganske godt finansiert) og redusert ressursbruk (inkl. utstyr).

3.2 Nyfødtintensiv avdeling

a. Økt inntjening som følge av innleggelse av mødre:

Et lite antall (< 5%) mødre er utskrevet fra barsel før barnet innlegges Nyfødtintensiv. For disse kvinnene vil innleggelse hos Nyfødtintensiv av mor gi noe ekstra drg-inntekter (rundt 25 drg-poeng pr år). Dette gjøres i Tønsberg og vurderes gjennomført i 2012.

b. Økt inntjening som følge av bedre koding av friske barn på barsel:

Trolig forbedringspotensiale i koding av nyfødte på barsel. Elektronisk fødejournal som er planlagt innført i HSØ i 2012 vil kunne hente ut store deler av denne antatte gevinsten.

c. Kortere liggetid:

Tidligere utskrivning til hjemmet, avansert hjemmesykehus eller til hjemmesykehus. 0.5 døgn gjennomsnittlig reduksjon i liggetid vil gi ca 650 færre liggedøgn pr år. Mulig redusert lønnsutgift på ca kr 1 mill/år (lønn egne ansatte) eller ca kr 2 mill/år (innleie).

d. Gjennomføre planlagt reduksjon av senger med reduksjon i barnepleierårsverk:

Ullevål har i dag ca 15 barnepleierårsverk. Nyfødt skal avgi ca 1.5 årsverk til barnekir avd, Rh fra 1/12-11 og 7 stillinger overføres til V Viken fra 2012 når ansvaret for nyfødte fra Asker og Bærum overføres dit. Vi vurderer å gjennomføre dette ved større reduksjon på barnepleiersiden (1,5 + 4 stillinger) enn sykepleiere. Dette gir en relativ styrking av sykepleierbemanning og større fleksibilitet i ressursbruken (sykepleiere kan jobbe med flere typer pasienter). I perioder behov for å leie inn intensivkompetanse selv om antall til stede er tilstrekkelig. Tidligere utskrivning (inkl. til avansert hjemmesykehus) og at vi har avgitt områdefunksjon til både Ahus og V Viken (til sammen ca 35% av vår områdefunksjon) medfører mindre behov for lavintensive senger og barnepleiere. De mer intensivkrevende lands- og regionsfunksjonene er bevart.

e. Reduksjon av antall teamledere:

Nyfødtintensivseksjonen på Ullevål har i dag 3 team og 3 teamledere. Det planlegges en reduksjon til 2 teamledere fra 1/3-12, evt ved årsskiftet. Dette innebærer en besparelse på 0,6 årsverk. Ved endring fra 3 til 2 teamledere vil seksjonen sørge for at alle sykepleiere minst blir CPAP-kompetente. Dette vil også redusere behov for innleie ved at man får en større pool av intensivkompetente sykepleiere som ”kan ta hånd om alle typer pasienter”.

f. Assisterende seksjonsledere også jobbe helg:

Vurderer å innføre at også assisterende seksjonsledere på Ullevål (fra 1.1.2012) og RH (fra våren 2012) samt med. teknisk ansvarlig sykepleier skal arbeide minst hver 6.helg.

g. Reduksjon av laboratoriemedarbeider:

Laborant blir pensjonist høsten 2012, og stillingen besettes ikke på nytt.

h. Fagutviklingssykepleier, teamledere og skal arbeide hver 3.- 4. helg:

Fagutviklingssykepleier på Nyfødtintensivseksjonen på RH arbeider nå hver 4. helg. Hun fullfører en masterutdanning i 2012. Planlegges at hun arbeider hver 3. helg når masterutdanningen er fullført sommer 2012. Teamledere vurderes for 3- eller 4- delt vakt.

3.3 KVB Stab

Staben bidrar til å redusere klinikken budsjettutfordring gjennom:

- Avslutte frikjøp av e-håndbokmedarbeider
- Frikjøp ass klinikkleder 20 % til prosjekt.
- Vurderer ytterligere bemanningstiltak med mål om å redusere 1-2 stillinger.

3.4 Barnemedisinsk avdeling (sammenslått)

- Reduksjon i antall ansatte i stab
- Vurdere endring av dagens drift U: OUS prosjekt nå for flytting av barnekirurgi. Mulighet: 10 senger i 3.etg barnemed og 6-10 senger 2. etg barnekir samles i 3.etg. Postopr ivaretas av barneintensiv i 2.etg. AHS og dagpost flyttes også til 2.etg. Buffersenger i 3.etg i infeksjonssesongen. Studietid for nattvakter barneintensiv tas bort (5%).
- Infeksjon (10 senger) og mottak/infeksjonspost (6 senger) samles i felles drift/vaktsystem. Bemanningsplan med flere i høysesong og færre i lavsesong. Fra mai/juni til sept konsentreres driften til obsenheten (6 senger) og infeksjonsdelen stenges. Innfører midtvakter i lavsesong. Sparer ferievikarer.
- Sammenslåinger i ferier og helger i større grad, evt også på tvers av lokalisasjoner.
- Vaktordninger (barnehjerte) og arbeidstid/arbeidsplan leger generelt. Starte kl 8? Starte polkl kl 8?
- Mer effektiv pasientflyt, rett pasient på rett plass både internt (RH/U, pol, dag, innlagt, permisjoner, AHS) og eksternt. Liggetid og tilbakeføring (obs tunge langliggere)
- Ansatte i pol-dagenhet og andre stab, støtte, ass seksjonsledere som ikke går i vakt vurderes hver og en mot planlagt OUS rutine om at alle skal inngå i 3-4 delt helgevakt.
- Gjennomgå bemanningsnorm for alle yrkesgrupper
- Vurdere muligheter for reforhandling av innkjøp av hjerteimplantater samt følge opp medikament utgifter barnekraft
- Drift av to små "dupliserte" barneintensivenheter (en på RH og en på U) med høy bemanningsfaktor og varierende belegg tas nå opp på OUS- nivå.

3.5 Fødeavdelingen

Tiltak for å redusere variabel lønn, ekstravakter, vikarer og innleie (vurdere mulighet for å samarbeide mer på tvers av enheter gjelder gjennomgående).

1. Drift av Føde/gyn mottaket vurderes fortløpende.

Kun 19,26 årsverk. Meget sårbart ved sykdom, kurs, ferier osv. Fører til høye kostnader i form av variabel lønn, ekstravakter og vikarer. Det settes ned en arbeidsgruppe for å utrede om mottaket skal stenges om natten, i helgen eller kun åpningstid 10 – 18?

2. Høyt sykefravær ved Fødeenheten på Ullevål. Ledelse og vernetjeneste involveres.

3. a) Seksjon Føde og Barsel, RH.

- Forskningsjordmor inn i 3-delt helgevakt.
 - 2 koordinatorene på Føden og en jordmor på inntakskontoret inn i vakt hver 3.dje lørdag.
 - Jordmopoliklinikk reduseres med 2 dager slik at de kan arbeide i avdelingen (konsentrere oss om den del av pasientforløpet som krever spesiell kompetanse).
 - Avansert hjemmesykehus (små barn)- samarbeid med Ullevål – frigjøre senger
 - En jordmor i ultralydutdannelse (belastet budsjettet). Kommer tilbake 1.januar 2012.
 - Det er søkt om prosjekt for å redusere ufrivillig deltid gjennom 12 timers vakter
 - b) Seksjon Føde A og B, Svangerskap og lavrisiko Ullevål.
 - 75 % barnepleierstilling på observasjonsposten går ut i AFP, holdes midlertidig vakant.
 - 2 ultralydjordmødre (på Føde B og Obs-posten), fagutviklingsjordmor og 4 koordinatorene Føde A og B går inn i vakt.
 - Halverer turnusgruppen. Frigjør arbeidskraft.
 - Et vikariat for barnepleier på Svangerskapspoliklinikken går ut 31.12.11. Holdes vakant (vedkommende som eier stillingen har gått over i midlertidig uførepensjon).
 - En arbeidsgruppe skal utrede mulighet for å stenge en etasje på hotellet (19 senger) og eventuelt ha noen barselsenger på Obs – posten i helgen evt. hele uken. Liggetiden må da gå ytterligere ned men dette kan ikke gjøres før mottaksapparatet på Helsestasjonene i Oslo kommune er forbedret. Uansett vil driften på obspostene gjennomgå og sammenlignes med andre regionsykehus/Norden for å se på liggetid/hvilke pasientgrupper innleggs/samlet ressursbruk.
 - c) **Seksjon Obstetrikk Ullevål.** Vil minimalisere innleie av legevikarer på poliklin..
 - d) **Seksjon Obstetrikk RH.**
- En arbeidsgruppe vil se om det er mulig å samarbeide om vaktene for overlegene på Fødeenhetene ved RH og U. Halvparten av bakvaktene på RH \geq 60 år.
- e) **Samling av Fostermedisin til Rikshospitalet** kan muligens føre til innsparing spesielt på utstyrssiden.

3.6 Barneavdeling for nevrofag

Avdelingen er nesten i mål med nedbemanning som følge av overføring til Ahus/VV, men har ikke klart å ta ned pasientmassen tilsvarende. Hovedutfordringen deres er å ta ned antall henvisninger/inntak, øke pasientgjennomstrømningen, samt kode riktigere:

- Henvisninger/inntak:
 - Land/region: krav til utredning gjort på eget regionssykehus
 - Område: Vurdere viderehenvisning til privatpraktiserende spesialist for enkelte problemstillinger. Krav til utredning gjort ifbm henvisning
 - Fullføre overføring av pasienter til Vestre Viken og AHUS
- Økt pasientgjennomstrømning:
 - Bedre gjennomgang og koordinering / planlegging av pasientforløp (svært viktig mtp tverrfaglig arbeidsmodell)
 - Påminning (evt sms) for å minske frafall på poliklinikk som pt er for stort.
- Kode riktigere:
 - Registrere konsultasjoner hos psykolog og fysioterapeuter, evt andre yrkesgrupper og følge produktivitet/effektiv ressursbruk og sikre inntekter
 - Gjennomgang av bruk av takster, "veiledere" (A4 versjoner) av hyppig brukte og riktige kombinasjoner.

3.7 Avdeling for gynekologisk kreft

Ved samlokalisering i 2012 forventes en effektiviseringsgevinst. Det etableres nå et lean-prosjekt starter nå med støtte OUS stab og interne krefter for å konkretisere dette. Momenter som vil vurderes her (og i forhold til drift 2012 er):

- Samarbeid i lav-aktivitetsperioder med kreftklinikken evt også helg?
- Utnytte kapasitet godt både U og DNR frem til samling
- Protokoller for samarbeid med områdesykehus for å unngå dobbelundersøkelse og utredning (radiologi og patologi) og for oppfølging utover i forløpet.
- Direkte oppstart poliklinikk/kirurgi uten morgenmøte for en del leger
- Bidra aktivt i driftsteam operasjon. Bruke Albert data. Effektive operasjonssløyer og ”Fulle operasjonsdager”
- Max overføring til dagbehandling, hotell og sammedagskirurgi for å redusere innlagt liggetid/antall senger
- Samarbeid med klinikk B om palliasjon (gamle > 85 år, cytostatika ikke aktuelt etc) – samhandlingsarena Aker?

4. Handlingsplan for å imøtekomme budsjett 2012

Vi startet ”offisielt” budsjettarbeidet i klinikken med et budsjettseminar 22. sept. med deltagelse fra alle ledere (til og med N5) samt TV/VO på klinikk og avdelingsnivå. I forkant av seminaret var et dokument sendt ut som bakgrunn. Første klinikkvise drøfting gjennomføres nå 10. oktober og det er planlagt tett involvering av TV/VO underveis. Vi har flere tiltak (for eksempel bemanningsnormer og legenes arbeidstid) som er overordnede og som må konkretiseres ytterligere. Handlingsplanen for gjennomføring av disse overordnede tiltakene er at vi vil nedsette egne prosjektgrupper med klare mandater.

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

Våre beregninger viser en budsjettutfordring på kr 30-40 mill.

Vår overordnede vurdering er at vi ved gjennomføring av ovennevnte vil komme langt på vei med å redusere vår budsjettutfordringen. Flere av de strukturelle tiltakene vil dog ikke ha effekt fra januar, men vi gjør det vi kan for raskest mulig å implementere dem. For hele 2012 vil vi derfor trolig ikke klare å oppnå et resultat i balanse gjennom planlagte tiltak, men vi mener at vi i siste del av året bør ha mulighet til å være på budsjett.

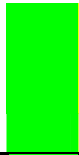


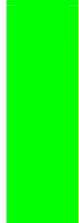
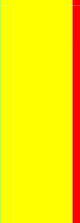

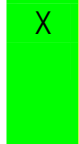


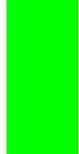


Dette er avhengig av rask fremdrift i bl a fusjon av gyn kreft på DNR, avklaring av barnekirurgi på Ullevål og en god løsning på ivaretagelse av barn med behov for intensivbehandling i Ous. Dessuten må vi raskt få kontroll på variabel lønn/ innleie, særlig på Nyfødt og Føde, samt sikre et godt driftskonsept på Føde/gyn-mottaket.

Det er også risiko knyttet til at klinikken ikke selv har kontroll på rammebetingelser, f eks knyttet til organiseringen av barnekirurgi og barneintensiv og samarbeid med andre klinikker om drift på Radiumhospitalet og Kvinnesenteret U. Vi har heller ikke full kontroll over f eks sykefraværsutviklingen i omstillingsperioder, jfr situasjonene med høyt fravær på Føde U i 2011. Dette vil stille høye krav til god ledelse og samarbeid med de ansatte om best mulige løsninger i en utfordrende tid for medarbeidere/ arbeidsmiljø.

På Nyfødtavd har pasientantallet/ inntektene variert sterkt i år. Nyfødt og Føde har spesielt uforutsigbar pasienttilstrømming og må ha en viss beredskap som i mindre grad kan justeres ned ”når belegget er lavt”; man kjenner jo ikke antallet fødsler neste døgn. Det er derfor utfordrende å redusere personalkostnadene på ø- hjelpavdeling i perioder med redusert pasienttilfang. Ledernes krevende oppgave blir f eks å vurdere situasjonen før en helg, og strengt vurdere behovet for bemanning til forutsigbart arbeid med eksisterende belegg, og en viss beredskap for økt behov når som helst gjennom hele helgen.

6. Risiko og konsekvensvurdering ved gjennomføring av hovedstrategi (NB Dette er risikovurdering av budsjett i balanse fra 2012, ikke risikovurdering av de foreslåtte tiltakene)

| Risikoområde | Stikkord konsekvenser | Alvorlighet (sannsynlighet/ konsekvens) Kryss av farge | | | Kommentarer (eks. i hvilken grad vil risikoreducerende tiltak kunne kompensere for alvorlighet) |
|--|---|---|-----|-----|---|
| | | Grønn | Gul | Rød | |
| Pasientsikkerhet (Når pasient er inne til behandling) <ul style="list-style-type: none"> • behandlingskvalitet • fare for svikt, skade • pasientrettigheter • "Åpent – klinikk kan legge til" | <p>Kraftig redusert elektiv virksomhet, som i KvB er barnehabilitering og en del tilbud ellers til barn etter nyfødt, samt gynekologi. En stor andel, unntatt en del reproduksjonspas, har rett til prioritert helsehjelp.</p> <p>Med redusert kapasitet/ overføring til andre, vil vi ha mindre kontroll over sykdomsutvikling og utvikling av alvorlig sykdom i ventetiden</p> <p>En innstramning av hvilke pasienter vi skal behandle vil oppleves som en reduksjon i deres pasientrettigheter- rett til helsehjelp, fritt sykehusvalg og frister.</p> | | | X | <p>Mer effektiv pasientbehandling og innstramning i hvilke pasienter vi skal behandle vil redusere den uheldige effekten. Planlegger redusert poliklinikk- kapasitet . Vanskelig å gjennomføre i praksis.</p> <p>Effektive pasientforløp, gode rutiner for samarbeid med andre deler av helsevesenet</p> <p>Følge regelverk for prioritering av pasienter fra eget opptaksområde ved kapasitetssvikt.</p> |
| Aktivitetsnivå (Frister for behandling) <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføring av lovpålagte tjenester • Gjennomføring av andre tjenester • antall behandlede pasienter | <p>Vi vil kunne få flere fristbrudd, manglende gjennomføring av planlagte kontroller og klagesaker/ mediasaker.</p> <p>Forskning kan ikke lenger unngå kutt og fagutvikling må reduseres ytterligere.</p> <p>Antall elektive behandlinger av egne pasienter må</p> | | | X | <p>Mer effektiv pasientbehandling og prioritering kan bidra til reduserte ventetider.</p> <p>Samarbeid med UiO om prioritering av professorater, undervisning mm</p> <p>Pasienter som tilhører</p> |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • "Åpent" | <p>reduseres kraftig. Streng prioritering av disse. Fritt sykehusvalg innen regionen utfordrer styringen av virksomheten og tilbudet til egne pasienter</p> |  |  |  | <p>Asker/Bærum/Groruddalen får ikke ø-hjelptilbud hos oss, selv om de velger Ous som elektivt sykehus</p> |
| Arbeidsmiljø | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • tilrettelagte arbeidsforhold | <p>Færre fagfolk tilgjengelig hele døgnet, mindre tilretteleggelse etter de ansattes behov, og mer tilretteleggelse etter arbeidsgivers behov for å drive virksomheten faglig og økonomisk forsvarlig</p> |  |  |  | <p>Så omfattende endring i bemanningsnormer, endrete arbeidsordninger og legers arbeidstid vil uansette skape misnøye, og må gjennomføres i samarbeid med de ansattes organisasjoner for å redusere store arbeidsmiljøbelastninger.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • fare for svikt, skade • overholdelse av lov/avtaler | <p>Minimal endring i forhold til dagens risikobilde Omfattende endring i bemanningsnormer og drift. Vanskelig å få til så raske endringer innen lov- og avtaleverk.</p> |  |  |  | <p>Endringer for enkelt medarbeidere vil følge omstillingsprinsippene</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • "Åpent" | <p>Endrete betingelser, f eks for ansatte som ikke arbeider helg vil oppfattes negativt for dem personlig og for arbeidsmiljøet/ kontinuitet på dagtid</p> |  |  |  | <p>Innføres med tett dialog om nødvendigheten av tiltaket og måten det gjennomføres.</p> |

| | |
|---------|---|
| Klinikk | Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (KKT) |
|---------|---|

1. Nøkkeltall for klinikken:

| | | | |
|--|------|---|-----------------------|
| Brutto årsverk oktober 2011 ¹ | 2111 | Antall DRG poeng 2011 | 63827 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ | 1996 | Antall opphold | 316 000 |
| Behov for reduksjon | 115 | Antall senger | 412 |
| | | Endret produktivitet fra 2010-11 per 2. tertial | - 6,19 % ² |

2. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken ble opprettet fra 1. juli 2011 som en sammenslåing av Kreft- og kirurgiklinikken og Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi. Klinikken avdelingsledere ble formelt innplassert fra begynnelsen av september. Klinikken har gjennomført en fordeling av klinikkens krav til ramme- og årsverksreduksjon mellom klinikkens avdelinger. Fordelingen er gjort dels ut fra avdelingenes aktivitetsoverføring til Ahus og Vestre Viken og dels som flate kutt basert på avdelingens andel av klinikkens budsjett.

Alle tall i tabellen er ekskl. ekstern finansiering.

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

Figur 1 Fordeling av budsjettkrav i Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

² Basert på gjeldende interne aktivitetsrapportering i OUS som klinikken mener fordeler aktivitet annerledes enn det som er forutsetningene for budsjett 2011. Klinikken egne vurderinger av aktivitet i 2011 tilsier at om lag 900 flere DRG-poeng burde tilfalle klinikken etter budsjettforutsetningen. Det endrer produktivitetstallet til 4,2 %.

For å kunne imøtekomme klinikken budsjettkrav for 2012 må klinikken redusere antall årsverk sammenliknet med 2011. Samtidig skal aktivitetsnivået i klinikken opprettholdes for de fagområdene klinikken har ansvar for. Det betyr at bemanningsreduksjonene må gjennomføres som effektiviseringer. Hvordan effektiviseringene kan gjennomføres er ulikt for avdelingene i klinikken, men hovedområdene i klinikken og avdelingene satser på er følgende:

Vurdering av bemanning i sengeposter, poliklinikker og andre behandlingseinheter. For sengepostene skal dagens bemanning vurderes i forhold til normtall for bemanning av sengeposter i Oslo universitetssykehus. For poliklinikker og andre enheter må det gjøres vurderinger av bemanningsnivå internt i klinikken, om mulig basert på sammenlikning med tilsvarende enheter.

Effektiviseringsmuligheter som følge av flyttinger og samlokaliseringer. Flere av klinikken avdelinger planlegger flyttinger og samlokaliseringer av aktivitet. Spesielt samlokaliseringer kan gi ressursbesparelser gjennom reduserte vaktkostnader og reduserte variable lønnskostnader.

Stabs- og støttefunksjoner i avdelinger og institutter. For å kunne gjennomføre kostnadsreduksjoner samtidig som aktiviteten i klinikken opprettholdes så langt som mulig skal alle avdelinger og institutter i klinikken vurdere bemanningen i stabs- og støttefunksjoner kritisk.

Alle avdelingene i klinikken er i tillegg bedt om å vurdere mulighetene for endret arbeidsdeling med andre sykehus og mulighetene for ytterligere omlegging fra innleggelse til dagbehandling eller poliklinisk behandling. Alle avdelingene skal også vurdere potensialet for endring i tjenesteplaner for legene, og alle avdelinger og institutter skal vurdere mulighetene for reduserte varekostnader.

I sykehusets oppdragsdokument er det trukket frem noen områder som vil innebære en økt ressursinnsats fra klinikken side. De følgende områdene følger av oppdragsdokumentet for 2011 men den økte ressursinnsatsen vil først og fremst skje i 2012.

- Økning i fedmekirurgi fra 200 til 300 (høsten 2011).
- Flerområdefunksjon for ventrikkelreseksjoner.
- Flerområdefunksjon for cystektomier.

Økningen innenfor disse områdene anses for å være prioritert og klinikken mener at en opptrapping innen bør følges av ressurser.

3. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjett 2012 ved avdelingene

Avdeling for kreftbehandling

På grunn av befolkningsutviklingen generelt og på grunn av økt insidens og prevalens av kreft venter klinikken en vekst i behovet for pasientutvikling som er større enn den gjennomsnittlige veksten i somatikken på 1,2 % som gjelder for sykehuset som helhet. Anslagsvis vil behovet for kreftbehandling øke med om lag 3-4 % pr. år. Det er fra Helsedirektoratets side innført normerte vente- og forløpstider for kreftbehandling. For å kunne imøtekomme denne normen må avdelingen redusere både vente- og forløpstider sammenliknet med dagens situasjon der det er flaskehals både innenfor diagnostikk og på legesiden innenfor visse pasientgrupper.

Det er en del usikre momenter i budsjettplanleggingen for 2012 for Avdeling for kreftbehandling. Blant annet er det usikkert om nye medikamenter med høye kostnader vil innføres, det er også usikkert om nye behandlingsmetoder i strålebehandling for bryst- og prostatakreft innføres i 2012. Klinikken vil be sykehusledelsen om at vekst i kreftbehandling prioriteres innenfor sykehusets rammer.

Avdelingen har identifisert flere områder som skal gi kostnadsreduksjoner i 2012. De viktigste områdene som gir redusert bemanning er reduksjon av antall senger og reduksjon av variabel lønn og innleie for sengeposter og stråleterapi. Avdelingen har også identifisert muligheter for reduksjon i stabs- og støttefunksjoner. Det er dessuten identifisert mulighet for vesentlige reduksjoner i medikamentkostnader.

Samlet har avdelingen identifisert muligheter for reduksjon av om lag 12 årsverk som sammen med andre kostnadsreduksjoner utgjør 11 mNOK.

Avdeling for gastro- og barnekirurgi

Avdeling for gastro- og barnekirurgi har i dag virksomhet på alle de fire hovedlokalitetene ved Oslo universitetssykehus. For avdelingen ligger hovedstrategien i å samle driften mest mulig. Det viktigste i første omgang er å redusere antall steder med døgndrift i avdelingen da dette er tungvint og medfører høye vaktlønnkostnader.

Basert på foreliggende planer om mulig samlokalisering i 2012 har avdelingen så langt definert et potensiale for å redusere med ca. 10 årsverk og kostnadene med om lag 8,5 mNOK for budsjett 2012.

Avdeling for transplantasjonsmedisin

Avdeling for transplantasjonsmedisin ivaretar i all hovedsak lands- og regionfunksjoner. Avdelingen har hatt en vesentlig vekst i antall transplantasjoner så langt i 2011. Samlet er antall transplantasjoner økt med om lag 65 % sammenliknet med 2006.

Bemanningsutviklingen har imidlertid vært stabil i den samme perioden, noe som innebærer en betydelig bedret produktivitet i avdelingen. Det har så langt ikke vært mulig å identifisere vesentlige bemannings- eller kostnadsreduksjoner i avdelingen som ikke samtidig vil svekke pasienttilbudet som avdelingen er alene i landet om å tilby.

Oslo universitetssykehus har i samråd med Helsedirektoratet startet en kostnadsberegning av transplantasjonsaktiviteten. Klinikken mener det foreligger god dokumentasjon for at de ISF-refusjoner Oslo universitetssykehus får for transplantasjonsaktiviteten gir en betydelig underdekning for sykehusets faktiske kostnader. Klinikken vil derfor arbeide for at sykehuset får en finansiering for denne landsfunksjonen som er i tråd med de faktiske kostnadene.

Avdelingen vil jobbe videre med mulige kostnadsreduksjoner knyttet til medikamenter og utrede mulighetene for å viderefakturere andre sentra i Norden for utgifter til henting av organer som sendes ut av landet.

Avdeling for blodsykdommer

Avdeling for blodsykdommer har et stort omfang av lands- og regionsfunksjoner samtidig som avdelingen ivaretar områdefunksjoner og i et visst omfang en lokalsykehusfunksjoner for Oslo. Lands- og regionsfunksjonene i avdelingen er underfinansiert og klinikken vil arbeide for at sykehuset får en finansiering som er i tråd med faktiske kostnader knyttet til aktiviteten.

Avdelingen har identifisert muligheter for å redusere variabel lønn for leger og sykepleiere i forbindelse med planlagt samlokalisering av hematologien på Rikshospitalet.

Avdelingen har også vurdert forhold som vil kunne gi reduserte medikamentkostnader. Som en midlertidig effekt vil dette kunne redusere avdelingens utgifter til koagulasjonsfaktorkonsentrater reduseres betydelig. Avdelingen har også vurdert å redusere tilbudet til denne blødere generelt med økte ventetider som resultat. Det vurderes ikke som akseptabelt og legges foreløpig ikke til grunn i det videre arbeidet med budsjett 2012.

Avdeling for blodsykdommer har lokalsykehusfunksjon for pasienter fra Ullevål sektor i Oslo. Avdelingen har imidlertid i 2011 hatt lokalsykehuspasienter med myelomatose og myelodysplastisk syndrom som hører til de øvrige lokalsykehusene i Oslo og til Vestre Viken. En del av disse pasientene behandles med særlig kostbare legemidler og avdelingen har beregnet at en tilbakeføring av disse pasientene til eget lokalsykehus kan gi en kostnadsreduksjon for Oslo universitetsykehus på om lag 2 mNOK. Avdelingen vil også vurdere å legge om medikamentbruk ved induksjonsbehandling for pasienter med myelodysplastisk syndrom fra Oslo. Dette vil kunne gi en ytterligere kostnadsreduksjon. Det siste tiltaket er imidlertid ikke lagt til grunn i klinikkenes foreløpige budsjettplan da det gjenstår avklaring av retningslinjer fra Helsedirektoratets side.

Samlet sett har Avdeling for blodsykdommer identifisert tiltak som reduserer antall årsverk med 0,5 og kostnadene med 4,9 mNOK for budsjett 2012.

Avdeling for revmatologi, hud og infeksjonssykdommer

Avdelingen består av tre separate fagområder. Avdelingen har lite potensial for endret arbeidsdeling med andre sykehus.

Avdelingen har gått gjennom alle sengeposter og polikliniske enheter og identifisert muligheter for reduksjon i sykepleiebemannning. Avdelingen har også identifisert mulighet for betydelig reduksjon i medikamentkostnader. I tillegg er det redusert en rekke andre mindre kostnadsreduksjoner og noen områder der inntektene kan økes. Samlet sett har avdelingen identifisert tiltak som gir en reduksjon på 4 årsverk og en samlet økonomisk effekt på om lag 6 mNOK for budsjett 2012.

Avdeling for urologi

Avdeling for urologi har gjennomført en betydelig bemanningsreduksjon i 2011 etter overføring av aktivitet til Ahus. Det gjenstår imidlertid noen legeårsverk som delvis avvikles i løpet av 2011. Avdelingen vil i 2012 ikke ha kapasitet til å ivareta regionsfunksjon for sfinkerproteser de øvrige helseregionene.

Avdelingen er i all hovedsak lokalisert på Aker sykehus. De foreligger planer om å flytte avdelingen til Ullevål, noe som imidlertid ikke innebærer samlokaliseringsevninger da virksomheten ved Aker skal overflyttes i sin helhet og dette ikke er dublet funksjon i Oslo universitetssykehus.

Avdelingen har samlet definert tiltak som reduserer antall årsverk med 2 og kostnadene med 6 mNOK for budsjett 2012.

Avdeling for klinisk service

Avdeling for klinisk service har gått gjennom sin virksomhet og vurdert hvilke reduksjoner i bemanning som kan gjennomføres uten store konsekvenser for behandlingstilbudet. Samlet sett har avdelingen identifisert tiltak som gir reduksjon på 1,6 årsverk og økte inntekter på 0,6 mNOK. Samlet økonomisk effekt for budsjett 2012 er beregnet til 2 mNOK.

Avdeling for medisinsk fysikk

Avdeling for medisinsk fysikk organiserer fysikere og ingeniører som arbeider med strålebehandling. Strålebehandlingen øker i omfang og kompleksitet noe som gjør det krevende å redusere bemanningen. Samtidig har avdelingen ansvar for en stadig eldre utstyrspark som gir høyere driftsutgifter.

Avdelingen har identifisert midlertidige tiltak som gir redusert bemanning i 2012 med 1,1 årsverk tilsvarende 0,8 mNOK.

Institutt for kreftforskning

Virksomheten ved institutt for kreftforskning er i overveiende grad (2/3) finansiert av øremerkede midler som ikke belaster sykehusets driftsbudsjett. Det er derfor kun en mindre del av virksomheten som kan være gjenstand for budsjettkutt.

For å kunne redusere kostnader uten å svekke forskningsaktiviteten direkte har institutt for kreftforskning valgt å vurdere bemanning i stabs- og støttefunksjoner særskilt. Det er foreløpig vurdert som realistisk å redusere bemanningen i instituttet med om lag 1,5 årsverk uten at det får konsekvenser for forskningen.

Institutt for medisinsk informatikk

Virksomheten i institutt for medisinsk informatikk består grovt sett av diagnostikk, forskning og utvikling. For å håndtere pålagt budsjettreduksjon for 2012 har instituttet valgt å redusere utviklingsprosjekter med to årsverk som gir en økonomisk effekt på 1,2 mNOK.

4. Handlingsplan for å imøtekomme budsjett 2012

Klinikker ser at vi ikke har kommet langt nok i forhold til hovedstrategien (reduert bemanning) i første del av budsjettarbeidet. Vi vil derfor gjøre nye vurderinger av bemanning av sengeposter, poliklinikker og andre behandlingseenheter i samarbeid med avdelingene. For å kunne redusere bemanningen til det nivået som budsjetttrammene for 2012 tilsier, kreves det at dette arbeidet gir klare resultater.

På grunn av klinikkens sammenslåing har klinikken en utsatt fremdrift i innplasseringsprosessen som skal gjennomføres innen utgangen av 2011.

Vurdering av bemanning i alle sengeposter i klinikken gjennomgås i løpet av oktober i forbindelse med klinikkens innplasseringsprosess. Tilsvarende skal også tjenesteplaner for leger gjennomgås i forhold til innplasseringsprosessen.

Vurdering av bemanning i stråleterapi i forhold til klinikkens innplasseringsprosess.

5. Organisering av arbeidet med budsjett 2012

Det er klinikkens avdelings- og instituttledere som er de fremste nøkkelpersonene i planlegging av hvordan den valgte strategien kan gjennomføres. I selve gjennomføringen av strategien med tilhørende tiltak er det seksjons- og enhetsledere som er de fremste

nøkkelpersonene da de aller fleste tiltakene gjennomføres på dette nivået i organisasjonen. Det gjelder både bemanningsreduksjoner og andre tiltak. Lederne støttes av klinikkens stab. I forbindelse med vurderinger av nødvendig bemanning av sengeposter og behandlingssenheter vil klinikkens helsefaglige rådgiver spille en nøkkelerolle. Klinikken HR-stab støtter avdelinger i forhold til bemanningsplaner, innplasseringsprosesser og nedbemanning mens klinikkens økonomistab bistår med løpende beregninger og analyser foreslåtte tiltak.

6. Vurdering av den effekt hovedstrategien vil ha i forhold til utfordringsbildet

Klinikkens avdelinger og institutter har i foreløpig tilbakemelding i hovedsak definert tiltak som vurderes som gjennomførbare med krav til at aktiviteten i hovedsak skal opprettholdes.

Klinikkens virksomhet er dominert av rettighetspasienter og øyeblikkelig hjelp samt pasienter med bosted utenom område Oslo (les lands- og regionsfunksjoner). Det medfører stor risiko ved reduksjon i aktivitet både i forhold rettighetspasienter og for inntektssiden da ISF-delen i snitt for klinikken er over 70 %.

Klinikken har fordelt utfordringen på avdelinger og institutter og identifisert en reduksjon på 71 av 152 årsverk som en samlet effekt av tiltak for budsjett 2012 og tiltak som gjennomføres høsten 2011. Disse kan gjennomføres uten uakseptabel (rød) risiko etter klinikkleders vurdering. Vi forventer ytterligere tiltak da dimensjonering av staver og bemanningstilpasning i arbeidsstasjoner (poliklinikk og sengeposter) ikke er gjennomført. Enn videre har klinikken lagt opp til en strategi der innplasseringsprosessen er koblet opp mot Budsjett 2012.

Imidlertid er klinikken ikke driftseffektiv med nåværende lokaliseringer og manglende samling av tjenester, inkludert øyeblikkelig hjelp. Vi planlegger samling av øyeblikkelig hjelp innen bløtvevskirurgien på Ullevål i løpet av 2012 og også vesentlig redusert døgnvirksomhet på Aker, forhold som begge vil medføre reduserte driftsutgifter. Vurdering av effekten av en slik samling er ikke fullført og er foreløpig ikke innarbeidet.

Klinikken vil ha ekstrakostnader knyttet til gjennomføring av flere flytteprosesser innenfor 5 av i alt 6 kliniske avdelinger og manglende driftsoptimalisering på grunn av manglende tverrgående IKT-løsninger. Den planlagte konsolideringen av blant annet PAS-EPJ som er planlagt i 2012 vil ventelig medføre driftseffektivisering gjennom bedret logistikk og utfasing av manuelle rutiner. I tillegg vurderer klinikkleder at samling av pasientgrupper til ett sted i OUS gir grunnlag for en driftseffektivisering uten å svekke kvalitet i pleie og behandling.

Klinikken vil arbeide videre for riktig finansiering av høyspesialisert medisin gjennom KPP analyser (konferer Statsbudsjettet) og i første omgang ha fokus på nasjonale tjenester (les transplantasjoner og blødersykdom). En utvikling mot fullfinansiering av denne virksomheten vil være viktig for OUS og klinikken.

Alle tall i tabellen er ekskl. ekstern finansiering.

| Avdelinger og instituttet er etter vedtatt organisasjonsstruktur KKT | Utgiftsramme 2011 | Fordeling av ramme-reduksjon | Fordeling av ramme 2012 | Fordeling av årsverks-reduksjon | Tiltak definert til 10. oktober årsverk | Tiltak definert til 10. oktober utgifts-ramme |
|--|-------------------|------------------------------|-------------------------|---------------------------------|---|---|
| Avdeling for gastro- og barnekirurgi | 319 902 | 39 401 | 280 501 | 45 | -10.0 | -8500.0 |
| Avdeling for kreftbehandling | 602 006 | 18 893 | 583 113 | 20 | -6.7 | -11000.0 |
| Avdeling for urologi | 91 880 | 13 837 | 78 043 | 15 | -1.0 | -5000.0 |
| Avdeling for medisinsk fysikk | 35 469 | 961 | 34 508 | 1 | -1.1 | -800.0 |
| Avdeling for klinisk service | 46 892 | 2 238 | 44 654 | 3 | -1.6 | -2000.0 |
| Institutt for kreftforskning | 72 304 | 1 958 | 70 346 | 2 | -1.5 | 870.0 |
| Institutt for medisinsk informatikk | 42 568 | 1 153 | 41 415 | 1 | -2.0 | -1200.0 |
| Klinikkstab | 39 560 | 2 209 | 37 351 | 4 | -2.0 | -1200.0 |
| Avdeling for blodsykdommer | 139 924 | 10 896 | 129 028 | 17 | -0.5 | -6900.0 |
| Avdeling for transplantasjonsmedisin | 222 322 | 17 313 | 205 009 | 27 | 0.0 | 0.0 |
| Avdeling for revmatologi, hud og infeksjonssykdommer | 105 947 | 8 250 | 97 697 | 13 | -4.0 | -6000.0 |
| Avdeling for kontor - fordeles | 33 140 | 2 581 | 30 559 | 4 | 0.0 | 0.0 |
| Institutt for indremedisinsk forskning | 1 926 | 150 | 1 776 | 0 | 0.0 | 0.0 |
| Udefinerte innsparingskrav | -66 141 | | | | | |
| Totalt KKT | 1 687 699 | 119 840 | 1 634 000 | 152 | -30 | -41 730 |

Figur 2 Tiltak pr. avdeling 10. oktober 2011 i Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken

Det er nødvendig å gjøre fornyede vurderinger av hvilket potensial det er for effektiviseringer i den enkelte avdeling eller institutt.

De tiltak som er meldt inn av avdelingene så langt i budsjettprosessen for 2012 utgjør om lag 30 årsverk og en kostnadsreduksjon på om lag 42 mNOK. I tillegg har klinikken tiltak som skal redusere antall brutto årsverk med 44 i løpet av 2011.

7. Risiko- og konsekvensvurdering ved gjennomføring av hovedstrategi

Risiko- og konsekvensvurderingen som er lagt inn i tabell 7.1. nedenfor gjelder de tiltakene som så langt er identifisert i avdelinger og institutter i klinikken. Det er så langt ikke identifisert tiltak som gjør det mulig å drive klinikken i budsjettbalanse uten vesentlige kutt i tilbudet. I tabell 7.2. nedenfor følger samlet en risiko- og konsekvensvurdering i forhold til budsjettkravets mål om resultatet i balanse for 2012.

7. 1. Identifisering av risiko knyttet til tiltak som så langt er identifisert i klinikkens budsjettprosess

| Risikoområde | Stikkord konsekvenser | Alvorlighet (sannsynlighet/ konsekvens) Kryss av farge | | | Kommentarer (eks. i hvilken grad vil risikoreducerende tiltak kunne kompensere for alvorlighet) |
|--|-----------------------|---|-----|-----|--|
| | | Grønn | Gul | Rød | |
| Pasientsikkerhet (Når pasient er inne til behandling) | | | | | |
| • behandlingsskvalitet | | X | | | Generelt ikke svekket kvalitet for pasienter som får behandling ved OUS |
| • fare for svikt, skade | | | X | | Redusert bemanning i sengeposter og poliklinikker vil gi en viss økning i risiko for feil. Klare rutiner, opplæring og avviksoppfølging kan redusere risikoen. |
| • pasientrettigheter | | | X | | |
| Aktivitetsnivå (Frister for behandling) | | | | | |
| • Gjennomføring av lovpålagte tjenester | | | | | Rettighetspasienter prioriteres innenfor tilgjengelig kapasitet. |
| • Gjennomføring av andre tjenester | | | X | | Andre tjenester enn lovpålagte reduseres. Det gjelder for eksempel utviklingsprosjekter i Institutt for medisinsk informatikk. |
| • antall behandlede pasienter | | X | | | |
| Arbeidsmiljø | | | | | |
| • tilrettelagte arbeidsforhold | | | X | | Generelt noe mindre grunnlag for tilrettelagte |

| | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | | arbeidsforhold da klinikken må effektivisere. |
| • fare for svikt, skade | | | X | | Redusert bemanning medfører noe økt risiko for svikt og skader. Rutiner, opplæring og god oppfølging av avvik kan redusere risiko. |
| • overholdelse av lov/avtaler | | | X | | Det legges ikke opp til at klinikken skal bryte avtaler. Begrensninger i bemanning medfører imidlertid at det trolig vil være vanskelig å redusere antall brudd på AML i en del enheter i klinikken. |

7.2. Identifisering av risiko knyttet til gjennomføring av budsjettkravets mål om resultatet i balanse for 2012

| Risikoområde | Stikkord konsekvenser | Alvorlighet (sannsynlighet/ konsekvens) Kryss av farge | | | Kommentarer (eks. i hvilken grad vil risikoreducerende tiltak kunne kompensere for alvorlighet) |
|---|--|---|-----|-----|--|
| | | Grønn | Gul | Rød | |
| Pasientsikkerhet (Når pasient er inne til behandling) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • behandlingsskvalitet • fare for svikt, skade | Medfører økt risiko mht behandlingsskvalitet og fare for svikt/skade for klinikkenes pasienter. I hvilken grad dette medfører en særlig høy risiko er avhengig av videre arbeid med å identifisere kompenserende tiltak. | | X | | Pågående arbeid i klinikken i forhold til å vurdere alternative og kompenserende tiltak i fm klinikkenes budsjettprosess. Se tabell 1.1 ovenfor. |
| • pasientrettigheter | Kravet om i budsjettbalanse vil særlig medføre økt risiko i forhold til fristbrudd mht pasienter med rett til helsehjelp. | | | X | Prioritering av aktivitetsnivå/kapasitet. Rettighetspasienter prioriteres innenfor tilgjengelig kapasitet. |
| Aktivitetsnivå (Frister for behandling) | | | | | |
| • Gjennomføring av lovpålagte tjenester | Lovpålagte tjenester må vurderes i forhold pasientrettigheter. Se punktet overfor. Prioritering | | | | Vil kreve en vurdering av aktivitetsnivå og prioriteringer i forhold til pasientrettigheter. Kan |

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Gjennomføring av andre tjenester antall behandlede pasienter | <p>må gjennomføres og andre tjenester må eventuelt reduseres, men pasientporteføljen til klinikken er alt overveiende dominert av rettighetspasienter og øyeblikkelig hjelp som begrenser dette handlingsrommet.</p> <p>Gjennomføring av budsjettkravet innebærer reduksjon av støttetjenester til forskning. For klinikere som driver forskning vil prioritering av pasientbehandling kunne medføre redusert forskningsaktivitet.</p> <p>Normerte forløpstider for kreftbehandling med 2 uker til start utredning og 2 uker til start behandling tilsier at 80 % av pasientene skal behandles innenfor denne fristen vil sannsynligvis ikke være gjennomførbart.</p> | | X | X | <p>igjen medføre at antall pasienter reduseres og at aktivitetsnivået ikke kan opprettholdes.</p> <p>Midler øremerket til forskning forventes opprettholdt på samme nivå som 2011. For klinikken betyr det at aktiviteten i hovedsak kan videreføres.</p> <p>En økning av kapasitet på laboratoriesiden (spes. patologi) og radiologi i henhold til føringene i statsbudsjettet vil være avgjørende for å kunne oppnå kravet til normerte forløpstider for kreftbehandling</p> |
| Arbeidsmiljø | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> tilrettelagte arbeidsforhold | <p>Klinikk E og G ble fusjonert 01.07.2011. Krevende å etablere ny organisering og samtidig følge opp drift 2011 samt krav om budsjettbalanse for 2012. Pågående og planlagte flyttprosesser er forsinket, noe som forsterker klinikkenes utfordringer.</p> | | X | | <p>Sentralt å følge opp og gjennomføre planlagte flytteprosesser. Risiko i forhold til oppfølging av Arbeidsmiljølovens krav er utfordrende og vil øke som følge av kravet om budsjettbalanse.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> fare for svikt, skade | <p>En bemanningsreduksjon i grunnbemanning vil gi økt risiko for svikt og skader. Må vurderes og sees i sammenheng med risiko mht pasientsikkerhet. Se punktet ovenfor.</p> | | | X | <p>Konsekvenser må utredes og avklares i forhold til helse-, miljø og sikkerhet.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> overholdelse av lov/avtaler | <p>Lover/avtaler skal følges, men en bemanningsreduksjon tilsvarende kravet om budsjettbalanse vil medføre økt fare for flere brudd på Arbeidsmiljøloven.</p> | | X | | <p>Eventuelle konsekvenser av bemanningsreduksjon bør ytterligere utredes i forhold til de lover/avtaler vi som arbeidsgivere skal følge.</p> |

| | |
|---------|--------------------------------------|
| Klinikk | ”Hjerte-Lunge og Karklinikken (HLK)” |
|---------|--------------------------------------|

1. Nøkkeltall for klinikken:

| | | | |
|--|-----|---|--------|
| Brutto årsverk 2011 | 790 | Antall DRG poeng 2011 | 29 824 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ | 730 | Prognose | 28 868 |
| Behov for reduksjon | -60 | Budsjett | |
| | | Antall opphold prognose | 34.497 |
| | | Budsjett | 33.170 |
| | | Antall senger | 162 |
| | | Endret produktivitet fra 2010-11 per 2. tertial | +2,9% |

2. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

Klinikken hovedstrategi for å redusere kostnader fra 2011 til 2012 vil i første omgang være endringer i driften ved Thoraxkirurgisk avdeling. Det foreslås å gjennomføre deler av det som er foreslått i utredningsprosjektet O+. Dette er omtalt i mer detalj nedenfor. Det er dessuten gjort en egen utredning av alternative måter å drive karkirurgien på (Kar+), men beslutning vil ikke bli tatt før sykehusledelsen har mer oversikt over andre klinikkens forslag til flyttinger.

Hovedfokus i årets budsjettprosessen i HLK er redusert bemanning. Målet er at alle ledere på alle nivå skal ha et aktivt og bevisst forhold til hvor mange årsverk de har i budsjett knyttet opp mot fastsatt aktivitet. Det vil i tillegg også være viktig for klinikken å få budsjettet et mest mulig riktig nivå på klinikken aktivitet. Det er store endringer innenfor de ulike fagområdene på klinikken som fører til nye aktivitetskrav pr. avdeling.

Gode rutiner vedrørende overtid, ekstravakt og innleie skal føre til en redusert bruk av variabel arbeidskraft. Enhetsleder vil hver uke rapportere til avdelingsleder.

Det vil foretas en gjennomgang av all vakans- og vaktutbetaling, og sikre at det er i henhold til lovverk av gjeldene avtaler.

Det vil også gjøres en gjennomgang av driften på sengepostene i klinikken for å sikre en best mulig ressursutnyttelse i helger, ferie og helligdager.

3. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjett 2012 ved avdelingene

Thoraxkirurgisk avdeling: Avdelingen skal tilpasse driften til forventet aktivitetsnivå, og samtidig samle aktivitet. Man vil samle kompleks og øyeblikkelig hjelp innen hjertekirurgi ved Rikshospitalet. Ullevål vil få en skjermet enhet for hjertekirurgi og med et volum omtrent som for senere år. Lungekirurgien videreføres på begge lokalisasjoner. Det er estimert at dette vil gi en reduksjon på 20-30 årsverk samt redusert innleie av legeressurser og annet personale med en samlet reduksjon i driftkostnader på ca 35 mill. Det langsiktige målbildet er ikke avklart. Tiltaket vil bli drøftet 20/10 før det går tilbake til ledergruppen for beslutning 25/10. Gjennomføring vil kunne begynne å få effekt januar 2012, men helårs effekt først i 2013.

Kardiologisk avdeling: avdelingen har i 2011 økt sin aktivitet betydelig innenfor aktivitetsområdene PCI og ablasjoner. Dette på grunn av økende behov for behandling som genererer ventelister. Avdelingen vil kunne forplikte seg til økt aktivitet uten at bemanningskostnadene øker utover dagens nivå. Avdelingen er også avhengig av å få en balansert endring i forbindelse med aktivitetsøkning for å dekke varekostnader.

Karavdelingen: avdelingen er i dag på Aker, med de merkostnader det innebærer. Karkirurgien har utarbeidet en rapport "Kar+" for å kartlegge og risikovurdere ulike alternative plasseringer av øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling. Det gjenstår å avklare optimal plassering av karkirurgien. Plassering må vurderes helhetlig sammen med en løsning for TKA. En "optimal" organisering av karkirurgien vil kunne gi en besparelse på ca 5 mill.

Lungeavdelingen: avdelingen vil videreføre samme aktivitetsnivå som i 2011. Det er satt ned et prosjekt som ser på samarbeid på tvers av Thoraxs sengepost 2 og Lunge sengepost. Prosjektet har ikke konkludert, men det er anslått at et slikt samarbeid vil kunne gi en besparelse på ca 4 årsverk det vil si ca 2 mill.

Det vil bli gjort vurderinger på om øvrige avdelinger i klinikken dvs poliklinikk, forskning og administrasjon vil ta sin andelsmessige del av innsparingskravet fordelt ut fra antall brutto årsverk.

4. Handlingsplan for å imøtekomme budsjett 2012

De foreslåtte endringer innen thoraxkirurgien og i neste runde karkirurgien vil kreve behandling og et klarsignal fra sykehusledelsen. Det gjenstår drøfting med tillitsvalgte. Endringsforslaget innen thoraxkirurgien krever ingen ombygginger. Detaljert beskrivelse av ny struktur er beskrevet i prosjektbeskrivelsen.

5. Organisering av arbeidet med budsjett 2012

Klinikkledelsen har hatt strategi / budsjettmøter med avdelings- og seksjonsledere, der overordnede økonomiske innsparingskrav til klinikken er presentert. Klinikleder, HR leder og økonomileder utarbeider forslag til utgiftsrammer, inntektskrav og antall DRG poeng pr avdeling. Avdelingene vil få presentert et forslag til hvor mange årsverk som det forventes at avdelingen bør kunne spare inn i 2011 som en følge av strukturendringer.

Klinikleder, HR leder, øk.leder og avdelingsleder vil ha budsjettmøter med den enkelte seksjonsleder. Hovedfokus i møtene vil være å komme til enighet om bemanningen på den enkelte seksjon. I tillegg vil anslått i aktivitet for 2012 bli diskutert. Det vil ikke være naturlig å legge 2011 aktivitet til grunn på alle avdelinger i og med at pasientsammensetningen er endret.

6. Vurdering av den effekt hovedstrategien vil ha i forhold til utfordringsbildet

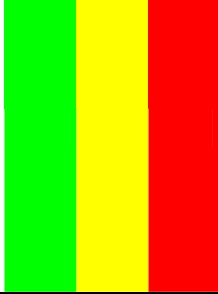
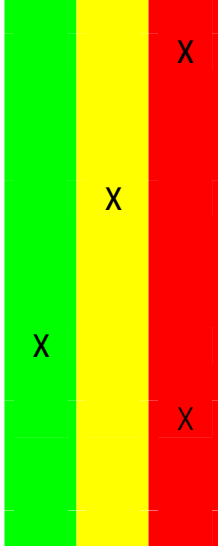
Klinikken ser at budsjettåret 2012 vil bli et svært økonomisk utfordrende år. Klinikken har lagt ned mye ressurser i å skissere mulige strukturendringer på klinikken som vil kunne gi redusere utgiftsrammen med til sammen 40 mill, og i tillegg besparelser innen varekostnader, estimert til 5-10 mill. Klinikken mener at det er betydelige gevinster knyttet til å gjennomføre

flere strukturendringer slik foreslått i utredningsprosjektene O+ og Kar+. Restutfordringen på klinikken inn i 2013 er estimert til 20-25 mill.

7. Risiko og konsekvensvurdering ved gjennomføring av hovedstrategi

Identifisering av risiko knyttet til gjennomføring av budsjett

| Risikoområde | Stikkord konsekvenser | Alvorlighet (sannsynlighet/ konsekvens) Kryss av farge | | | Kommentarer (eks. i hvilken grad vil risikoreducerende tiltak kunne kompensere for alvorlighet) |
|--|--|---|-----|-----|---|
| | | Grønn | Gul | Rød | |
| Pasientsikkerhet (Når pasient er inne til behandling) <ul style="list-style-type: none"> • behandlingskvalitet • fare for svikt, skade • pasientrettigheter • "Åpent – klinikk kan legge til" | <p>Klinikken kan dokumentere god behandlingskvalitet og dette forutsettes at videreføres.</p> <p>Antall pasienter på Kardiologisk overvåking er større enn svarende til bemanningen i helgene, skaper risiko i forhold til pasient.-sikkerhet.</p> <p>Det tilstrebes at pasienter innlagt i klinikken skal sikres den beste behandling, og at alle lovpålagte rettigheter sikres. Derimot vil det kunne bli lengre ventetider, noe som bla vil kunne innebære at pasienter velger Feiring i stedet for OUS</p> | X | | | <p>Styrke bemanning i helger</p> <p>Reduserte inntekter som følge av redusert aktivitet.</p> |
| Aktivitetsnivå (Frister for behandling) <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføring av lovpålagte tjenester • Gjennomføring av andre tjenester • antall behandlede pasienter | <p>Det er en risiko for økte ventetider samt brudd på epikrisetid ved nedbemanningen.</p> <p>Pasienter uten rett vil risikere å måtte vente betydelig lenger</p> <p>Antall ablasjoner skal øke ytterligere, jfr. bestilling</p> | | X | X | <p>Det er flere steder hvor bemanningen er svært stram i forhold til aktivitet, og der er det ikke rom for nedskjæring</p> <p>Det er viktig at det ses på rekruttering til faget så vel som strålehygieniske løsninger.</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • "Åpent" | <p>fra Dep. Dette representerer en utfordring i forhold til arbeidsmiljø og strålehygiene. Det er også en utfordring i forhold til tjenesteplaner. Risikovurdering av budsjettet kan vanskelig gjøres for Thorax- og Karavdelingen, da disse er i større omstillinger og beslutninger i forhold til disse ikke er tatt. Disse kommer vi tilbake til ved neste leveranse.</p> |  | <p>Klinikken håper at det er gjort sentrale beslutninger i OUS i forhold til prosjektene i god tid før neste budsjettleveranse.</p> |
| <p>Arbeidsmiljø</p> <ul style="list-style-type: none"> • tilrettelagte arbeidsforhold • fare for svikt, skade • overholdelse av lov/avtaler • Kulturforskjeller • | <p>Det er en utfordring at aktiviteten øker mens arealet ikke øker. Det er viktig at støtterom følger i forhold til pålagt økt aktivitet, det er mangel på støtterom / kontorer</p> <p>Ubalanse mellom aktivitet og ressurser gir økt arbeidspress og mulig tap av kompetanse da ansatte velger å slutte. Fare for høyere sykefravær ved utrygghet og mistriivsel</p> <p>Det arbeides for at alle endringer gjøres iht lov og avtaleverk, herunder bl.a. fordeling av arealer.</p> <p>Det er store motsetninger mellom fagmiljøene på RH og UUS i Thoraxkirurgisk avdeling. Dette skaper store ledelsesmessige utfordringer</p> |  | <p>Flere støtterom til pasientbehandling, samt flere kontorer for effektiv drift er påkrevet for optimal drift.</p> <p>Alle omstillinger er krevende for våre ansatte, det er viktig at dette blir minst mulig belastende for den enkelte.</p> <p>Det må igangsettes tiltak for å løse dette slik arbeidsmiljøet kan bli godt for alle</p> |

| | |
|---------|--------------------|
| Klinikk | AKU Akuttklinikken |
|---------|--------------------|

1. Nøkkeltall for klinikken:

| | |
|--|------|
| Brutto årsverk oktober 2011 ¹ | 2258 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ^{1??} | 2081 |
| Behov for reduksjon | 160 |
| AKU eks. PhS | 144 |
| PhS | 16 |

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

| | Endring 2010-2011 |
|------------------------------|-------------------|
| Antall anestesier | -7,5 % |
| Respiratordøgn – RH/Ullevål | 6,2 % |
| Antall ambulanseoppdrag | 4,1 % |
| Antall kjørte km | 9,5 % |
| Endret produktivitet AKU | 0,6 % |
| Endret produktivitet eks Phs | -0,86 % |
| Endret produktivitet PhS | 4,08 % |

2. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

Akuttklinikkenes hovedprioritering er å opprettholde beredskap og kvalitet på øyeblikkelig hjelp.

Klinikken har i budsjettarbeidet for 2012 valgt følgende 3 strategiske områder:

- Strukturelle grep
 - Samle beredskap i så stor grad som mulig ved en lokalisasjon
 - Sortere dagkirurgi
 - Gjennomføre planlagte flyttinger
 - Eierskap og samling av tverrgående funksjoner
- Hensiktsmessig drift
 - Optimalisere og utnytte operasjonskapasitet
 - Koordinere virksomhet og tettere samarbeid på tvers
 - Se på egen drift og kostnadsdrivere; bemanningsnormer, vaktordninger, beredskap, tjenesteplaner, sommerferie m.m.

Finansiering -> Bedret finansiering understøtter økt aktivitet innenfor øhjelpsområdet

- Prehospitaltjenester
- Intensivområdet
- Traumatologi iht opptrappingsplan

Dersom beredskap opprettholdes på alle lokalisasjoner på sykehuset, betyr dette økte kostnader for Akuttklinikken. Klinikkenes interne flyttinger mellom lokalisasjonene kan medføre ineffektiv drift på avdelinger i Akuttklinikken, som hos Operasjon og Steril. På PO/Intensiv vil flyttinger bety økt press på kapasitet og økte kostnader. På RH er det i løpet av 2011 blitt et økt press på intensivsenger som igjen påvirker driften på PO 1 og PO 2.

3. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjett 2012 ved avdelingene

Akuttmottaket

Hovedstrategi

Akuttmottaket har en hovedstrategi å samle ressuser på en lokalisasjon, samt fokus på egen drift, arbeidsprosesser og kostnadsdrivere internt i mottaket. Akuttmottaket er også avhengig av en god og effektiv pasientflyt gjennom mottaket og inn i sykehuset. Akuttmottaket har en samtidighet på pasienter og oppgaver og press på areal og undersøkelsesrom. Dette vil ytterligere forsterkes av at

pasientene overføres fra Aker i byggefasen av nytt akuttmottak. I tillegg vil Mottaket ha en utfordring i triagering av pasienter som skal til Rikshospitalet. Sammenslåing av kontortjenesten på Aker og Ullevål gir fleksibilitet og bedre utnytting av ressurser på tvers.

Handlingsplan

- Ikke gjenåpne sommerstengt Observasjonspost Aker
- Fremskynde avvikling seksjon Akuttmottak Aker -> avhengig av andre klinikker
 - Reduksjon av faste turnustekniske stillinger/årsverk
- Omlegging turnus
 - Reduksjon innleie og overtid
- Billigere ferieavvikling
- Kontortjenesten
 - Reduksjon i faste årsverk og innleie og overtid

Konsekvenser og risiko

Er det tilstrekkelig sengekapasitet på Ullevål i denne byggefasen? Risiko å ta imot et økt pasientvolum før arealet er utvidet for pasientsikkerhet og arbeidsmiljø (gult).

PO/Intensiv

Hovedstrategi

PO/Intensiv ble slått sammen til en avdeling 1.7. i år. Hovedstrategien for budsjett 2012 vil være å få egnede driftsenheter tilpasset behov og forutsetninger og utnytte bemanningsressurser og kompetanse mest mulig optimalt på tvers av seksjoner og lokalisasjoner. Avdelingen vil også fokusere på kostnadsdrivere i driften og være pådriver og bidra til god pasientflyt gjennom sykehuset.

Handlingsplan

- Avvikle haleaktivitet Aker og flytte intensivsenger fra Aker
- Redusere turnustekniske stillinger og lavere innleie og overtid
- Vurdere etablering av intermediærsenger/intermediærpost på Ullevål for mer tilpasset bemanningsnorm i forhold til pleietyngde
- Samarbeide med avd for anesthesiologi for å utarbeide innskrivnings- og utskrivningskriterier for PO- og intensivpasienter. Dette betyr bedre ressursbruk ved at hver pasient ligger i bemanningstilpasset seng. Er avhengig av andre klinikkers behov og beslutninger
- Bedre og stammere sommerferieavvikling
 - Mer utstrakt samdrift mellom enheter
 - Ferieavvikling strekkes ut i tid -> bedre turnusplaner og dekning
- Initiere samarbeid med klinikk D om "ekte"barneintensivpasienter, barnetraumer og po-barn
- Daglige telefonkonferanser om ressursbehov bemanning utvides til alle intensivenheter i alle klinikker
- Avklare på overordnet sykehusnivå om eierskap til intensivressurser -> bedre ressursutnyttelse, økt fleksibilitet og bedre koordinerte beredskapsressurser
- Bidra til å redusere aktivitet dersom det gis føringer fra våre oppdragsgivere/endringer i behandlingstilbud

Konsekvenser og risiko

Reduksjon i kapasitet innenfor intensivområdet raskt vil gi uforsvarlig praksis.

Avdeling for smertebehandling

Nesten all aktivitet er planlagt aktivitet på dagtid; minimal bruk av overtid/vikarer/innleie. Det betyr at med unntak av smarte strukturendringer vil all reduksjon i kostnad og årsverk gå ut over kapasiteten. Bestillerdokumentet gjennom de siste år har vært å "øke kapasitet og kompetanse i behandlingen av langvarige smerter" og er nå også å styrke funksjonen som regionalt kompetansesenter. Legeressursene er organisert i Avdeling for anesthesiologi.

Hovedstrategi

- Samling av Tverrfaglig smerteseksjon (Aker, RH) på Ullevål vil ha flere positive effekter:
 - Økt kapasitet ved samlokalisering. Felles datasystem med mer vil øke effektiviteten.
 - Faglig styrking ved samlokalisering med samarbeidende avdelinger som er nødvendige for regional senterfunksjon (fysikalsk medisin, nevrokirurgi, nevrologi, traume, med mer). Samarbeidsavtaler erstatter kjøp av eksterne konsulenttjenester og gir kostnadsbesparelser.
- Sammenslåing av kontortjeneste Aker (smerte/intensiv) og RH/DNR
 - Betyr økt fleksibilitet, bedre utnytting av ressurser på tvers og innsparing av årsverk

Handlingsplan

- Samlokalisere Tverrfaglig smerteseksjon (Aker, RH) på Ullevål
 - Innsparing på innkjøp av tjenester 0,5 årsverk.
- Samordning Kontorseksjonen
 - Avslutte vakt og helgeturnus for kontor på Aker (1 årsverk)
 - Avvikle 0,6 årsverk i 2012 i forb med ytterligere reduksjon INT/PO Aker

Konsekvenser og risiko

Behov for palliasjon og smertetilsyn på inneliggende på Aker må sikres av andre. Langdryg flytteprosess vanskelig for HMS. Usikkerhet mht lokaler/omstillingsmidler. Problemer med å beholde personale og drift i flytte- og omstillingsprosess.

Avdeling for anesthesiologi

Avdelingen generer årsverk innenfor beredskap, utdanning av leger, forskning og fagutvikling, anestesiserive, smertebehandling, behandling av intensivpasienter.

Beredskapen skal opprettholdes på samme nivå unntatt for Aker. Utdanning av leger skal opprettholdes. Vi skal yte service og behandling av god kvalitet og opprettholde pasientsikkerheten. Forskning og fagutvikling opprettholdes på uendret nivå. Avdelingen følger klinikkenes strategi for kostnadsreduksjon og vurderer strukturelle grep ved interne flyttinger og nedbygging av Aker og avvikling av øhjelp. Avdelingen vil arbeide med en rimeligere ferieavvikling i 2012.

Handlingsplan

- Redusere bemanning og beredskap ved interne flyttinger
- Avvikling øhjelp Aker
 - Reduksjon beredskap og bemanning på Aker
- Samle LIS-stillinger på færre steder
 - Redusere vakansvakter
 - Bedre ferieplanlegging -> er avhengig av felles regler og sentral koordinering for hele OUS
 - Avvikle mer ferie og avspasering i lavaktivitetsperioder
 - Reduserer vakansvakter og årsverk
- Reduksjon av elektiv drift på dagtid
- Reduksjon av planlagt aktivitet på dagtid reduseres
 - Gitt føringer og budsjettkrav til klinikken
 - Dette bør skje i tett samarbeide internt i klinikken og med andre opererende enheter

Konsekvenser og risiko

Avdelingen kan ikke yte nok anestesiserive ift OUS behov. Økende uro og frustrasjon hos ansatte og ledere. Dyr og mer uhensiktmessig drift av Aker vil kunne øke kostnadene (smådriftsulempe). Reduksjon av elektiv aktivitet må vurderes for å nå budsjettkravet.

Anestesisykepleie

Hovedstrategi

Avdelingen har redusert antall årsverk på Aker i henhold til overføringen til Ahus. Fortsatt vaktberedskap på Aker gjør imidlertid at vi sitter med flere stillinger der enn beregnet på Dag4.

Avdelingen har tre hovedstrategier med handlingsplan for å imøtekomme dette kravet om årsverksreduksjon i budsjett 2012

Handlingsplan

- Redusere vaktberedskap på Aker på natt og kveld -> Rest øhjelp må fortsatt dekkes
- Bedre planlegging av operasjonsvirksomheten kan frigjøre ressurser
 - Driftsteam
 - Bruk av Albert og Dips vil gi data om drift og ressursbruk på de ulike seksjonene
 - Detaljert lavaktivitetsplanlegging forvalter ressursene på en mer fornuftig måte
- Bedre ferieplanlegging. Bedre styrt lavaktivitetsperioder og vurdere stenging av f eks Aker i en gitt periode på sommeren

Konsekvenser og risiko

Avdeling for anestesisykepleie er helt avhengig av et godt samarbeid med alle klinikker som har behov for anestesistjenester fra oss. Risiko knyttet til beredskap vs kvalitet og forsvarlighet. Skissert nedtrekk i årsverk for avdelingen vil ikke kunne gjennomføres uten større organisatoriske endringer og reduksjon av aktivitet.

Operasjonsavdelingen

Hovedstrategi

Operasjonsseksjonene i OUS er både fageide og sentraliserte – en kompliserende faktor for effektiv drift og samarbeid. Ressursbehovet i Operasjonsavdelingen styres av operasjonsaktivitet og beredskapsbehov på sykehuset og dette gir føringer på antall årsverk.. Avdelingen fokuserer på å bemanningstilpasse i henhold til aktiviteten. Dette gjelder reduksjon beredskap og flyttinger av fagområder og endring av aktivitet på sykehuset samt følge opp utnyttelse av operasjonsteam(driftsteam). Avdelingen har en utfordring på opprettholdelse av kompetanse og rekruttering av operasjonssykepleiere.

Handlingsplan

- Rekruttere i ledige stillinger -> Redusere overtid og innleie
- Reduksjon vaktberedskap Aker
- Bedre ferieplanlegging
- Samkjøre opplæring av operasjonssykepleierstudenter i OUS
- Foreta billigere innkjøp av medisinske forbruksvarer -> Forutsetter oppdaterte priser og nye innkjøpsavtaler i systemene. Ansvar hos Innkjøp i OSS
- For å imøtekomme kravet om reduksjon av antall stillinger i Operasjonsavdelingen er det en forutsetning å redusere aktiviteten. Dette må gjøres i samarbeid med fagspesialitetene.

Konsekvenser og risiko

Et for ensidig fokus på bemanningsreduksjon opp mot behovet for å beholde/nyrekruttere operasjonssykepleiere. Høy alderssammensetning med flere mot pensjonsalder er en risiko. Usikkerhet rundt ny organisering i OUS skaper usikkerhet og frustrasjon og påvirker arbeidsmiljøet. Fagflyttinger mellom lokalisasjoner og mellom klinikker kan gi ineffektiv og ikke optimal drift og bety risiko mot beredskap, kompetanse og arbeidsmiljø og være fordyrende.

Sterilavdelingen

Hovedstrategi

Sterilavdelingen ønsker å samle driften på færrest mulig lokalisasjoner både når det gjelder sterile lagere og repressering av kirurgiske instrumenter. Avdelingen arbeider med å implementere felles prosedyrer og lik kompetanse for å øke fleksibiliteten og drive kostnadseffektivt. Avdelingen satser på tettere samarbeid og bedre kommunikasjon med andre avdelinger og klinikker.

Handlingsplan

- Fullføre og implementere felles prosedyrer i driften

- Ved nyansettelse fokuseres på kompetanse - > Mindre fravær, bedre kommunikasjon
- Slå sammen sterilt lager Aker og Ullevål
 - Høyere gjennomløpshastighet på lager og mindre svinn
 - Reduksjon i faste årsverk og overtid
- Slå sammen instrumentenhetene DNR og RH
 - Mindre overtid
 - Slipper investering i nye maskiner og ombygging DNR
 - Bedre kvalitet og færre avvik og mindre sårbare

Konsekvens og risiko

Transport mellom lokalisasjoner er en risiko. Systemutfordring ved fakurering og bestilling med forskjellige innkjøpssystemer på Aker og Ullevål. Høy drift på Ullevål kan bety innføring av turnus på natt om ikke det kjøpes inn mer instrumenter, spesielt på ortopedi. Kan bety høyere personell kostnader. Færre lokalisasjoner og nye autoklaver gir lavere driftskostnader på MTU og sikrere drift

Avdeling for traumatologi

Hovedstrategi

Klinikken viderefører sykehusets overordnet strategi for å bygge opp traumatologi. Avdelingen skal bl.a. etablere en traumekirurgisk overlegevakt i samarbeid med kirurgiske klinikker. Dette betyr at overleger innen ulike spesialiteter ansettes i traumeavdelingen i 50 % stilling. Avdelingen følger en avtalt opptrappingsplan for ansettelser de neste årene, til sammen 6 overleger i 50 % i 2012 – 2014. I tillegg har HSØ pålagt sykehuset å opprette en regional koordinatorfunksjon som i 2011 er gitt oppstartsmidler, men ikke for senere år. Budsjettmidler ble gitt klinikken i 2010, som dekker ansettelser i 2011 med 3 sykepleiere og 2 anestesioverleger i 50 % stilling denne høsten, men ikke ansettelser og vaktordning i 2012 – 2014. Det forventes at sykehuset finansierer denne opptrappingen.

Avdeling for forskning og utvikling

Akuttklinikkens strategiske målsetning er å skjerme forskning og fagutvikling og at disse områdene opprettholdes på uendret nivå budsjettmessig. Dette er av strategisk betydning for å videreutvikle de akuttmedisinske tjenestene i framtiden.

Prehospitale Senter (PhS)

PhS har det samme opptaksområdene som før endring i helseforetakenes opptaksområder. Videre er det slik at en del av omstillingene i OUS og funksjonsfordeling innad i Helse Sør- Øst medfører økt aktivitet for prehospitale tjenester. Vi håndterer en årlig økende aktivitet på ca 5 % (ca 6-000 oppdrag pr år) i en flerkulturell befolkning. Dette medfører store utfordringer i forhold til bemanning, beredskap, responstider og legerberedskap intensivtransporter. Det jobbes aktivt med tiltak og samkjøring innenfor pasientreiser. Det er likevel usikkerhet rundt prisnivå på nye anbud i forhold til taxitjenester fra 2012. I forhold til investeringer har vi bl.a behov for utskifting av 16 ambulanser pr år samt at det er behov for utvidelse og utbedring ved flere av ambulansestasjonene. Nytt nødnett genererer økte kostnader.

Hovedstrategi

Vi jobber aktivt med kostnads / aktivitetsreducerende tiltak. I en situasjon med økte utfordringer er det komplisert å ha en klar strategi for kostnadsreduksjon og reduksjon av årsverk.

Vi har fokus på kostnader og effektivt utnyttelse av ressursene generelt. Nevner kort følgende tiltak:

- Deltagelse i prosjekter i forhold til å kanalisere pasienter til riktig nivå – bl.a sammen med Oslo kommunale legevakt (LEAN)
- Deltagelse i finansieringsprosjekt prehospitale tjenester i regi av Helse Sør-Øst, samt oppfølging av finansieringsmodell opp i mot AHUS og Vestre Viken
- Prosjekt i forhold til nasjonale styringsdata i regi av Helsedirektoratet
- Prosjekt i forhold til bemannings- og ressursoptimering, jfr midler fra HSØ/ Innomed

Handlingsplan

- Optimalisere turnus AMK
 - Innføre en ordning med 12 timers vakter jfr søknad Arbeidstilsynet.
 - Øke rullering mot ambulanse og iverksette rullering mot pasientreiser!
- Omgjøring av overtid til faste stillinger ambulanse
- Konvertere adm / stab til drift
- Fokus på riktig bruk av pasientreiser (taxi og fly) internt i OUS.
- Regionalt prosjekt IKT systemer AMK som kan redusere/dempe bemanningsvekst

Konsekvenser og risiko

Flere av tiltakene som det jobbes med er ennå ikke kvantifisert i forhold til besparing samt at de i stor grad er utenfor prehospitale senter sin kontroll. (Pasientlinjer internt i OUS, rekvireringspraksis, finansieringsmodell). Dersom PHS skal redusere tilbud og beredskap ytterligere for å komme i budsjettbalanse, må vi redusere ambulanseberedskap. Avhengig av omfang vil dette medføre økte ventetider for overføringsoppdrag utkjøring fra sykehus samt lengere responstid på akutte oppdrag.

4. Handlingsplan for å imøtekomme budsjett 2012

Klinikken har ulik virksomhet i flere av avdelingene. Det betyr at avdelingene har fokus på ulike virkemidler. Hovedtiltakene i klinikken kan kort oppsummeres med følgende handlingsplan:

- Samle beredskap i så stor grad som mulig ved en lokalisasjon
 - Avvikle øhjelp Aker
 - Beredskap på RH /Ullevål og med overvekt på Ullevål
 - Oppbygging Akuttmottak RH? -> økte kostnader
- Sortere dagkirurgi
 - Samle dagkirurgi Aker
 - Ikke optimal dagkirurgi Ullevål med 2 stuer
- Gjennomføre planlagte flyttinger
 - Tilpasning til beslutninger andre klinikker -> kan bety uoptimal drift
- Eierskap og samling av tverrgående funksjoner
 - Bedre ressursutnyttelse og redusere overtid/ekstarhjelp
 - Nettverksmøter ala Intensiv -> reduserer overtid, ekstrahjelp, innleie
- Optimalisere og utnytte operasjonskapasitet
 - Pakke operasjonsprogrammet og drifte effektivt.
 - Samarbeid med klinikk C og rapport Ernst & Young.
 - Perioperativt driftsråd på tvers av alle avdelinger/klinikker
- Koordinering på tvers av avdelinger (eks. bemanning på natt/helg/ferie)
- Se på egen drift og kostnadsdrivere: bemanningsnormer, tjenesteplaner, vaktordninger/beredskap
- Sommerferieavvikling
- Internfakturering ved økning i elektiv aktivitet og flyttinger

5. Organisering av arbeidet med budsjett 2012

Akuttklinikken har lagt opp organisering av budsjett 2012 som en løpende prosess fra august til medio desember. Budsjett er fast tema på klinikken ledermøte ukentlig samt i oppfølgingsmøter med avdelingene. Økonomiavdelingen er hovedansvarlig for gjennomføring av prosessen, mens eierskap og beslutninger i budsjettarbeidet ligger i linjen på seksjonsledere, avdelingsledere og klinikkleder.

Følgende hovedpunkter er lagt til grunn:

- Budsjettseminar for alle ledere i klinikken (Nivå 3 og 4) og tillitsvalgte i alle avdelinger og i klinikken som ble ledet av klinikkleder og økonomileder primo september
- "Hjemmelekse" fra seminaret til 2. tertialmøter med ledere og tillitsvalgte i alle avdelingene ultimo september på budsjett og bemanning

- Nye bestillinger og oppfølging på bemanning med hver avdeling i etterkant av tertialmøtene for levering medio oktober for å imøtekomme budsjettkravet
- Budsjetttrammer og årsverk pr avdeling utarbeides uke 38
- Detaljbudsjettering i alle seksjoner og avdelinger foregår i uke 39/40
- I detaljbudsjetteringen forutsettes det involvering på laveste ledernivå
- Sammenstilling, dialog, slutføring og kvalitetssikring av budsjettet ut november
- Periodisering og avstemminger medio desember
- Økonomi har opplegg og har ansvar for budsjettprosessen i klinikken
- Økonomi og HR er aktive støttespillere til avdelingslederne og seksjonsledere
- Tillitsvalgte og verneombud er løpende involvert i prosessen gjennom i avdeling og klinikk

6. Vurdering av den effekt hovedstrategien vil ha i forhold til utfordringsbildet

Ovenfornevnte strategier og handlingsplaner er ikke tilstrekkelig til å saldere budsjettutfordringen 2012 på årsverk og kostnadsramme. Oppsummering av tiltak i budsjettprosessen på nåværende tidspunkt viser at klinikken klarer rundt 50 % av pålagt årsverkreduskjon og rammekutt i klinikken eksklusiv PhS. Pålagt kutt for Akuttklinikken eksklusiv PhS er 144 stillinger. Mange av forslagene er basert på forutsetninger som klinikken selv ikke kan styre.

Klinikken etterlyser finansiering av øhjelpsrelatert aktivitet i tråd med lovpålagte oppgaver og utvikling innenfor Intensiv og Prehospitalt Senter. Disse områdene har en oppdragsvekst lang utover resten av sykehuset uten at finansieringen understøtter dette.

Et annet forhold vi sliter med er problemstillinger knyttet til ønsker fra andre klinikker om økt aktivitet. Med finansieringssystemet sykehuset har, så får Akuttklinikken økte kostnader ved en ønsket effektivisering med mer optimal ressursbruk. Det er viktig at vi finner løsninger på tvers av klinikkene som sørger for at Akuttklinikken får kompensert disse kostnadene. Innføring av internfakturering ved økt aktivitet og flyttinger/strukturelle endringer som medfører høyere kostnader for Akuttklinikken, kan være en alternativ løsning.

Utover dette ser ikke klinikken annen mulig enn å foreslå kutt i aktivitet for å nå budsjettbalanse. Dette kan alternativt være kutte i antall operasjonsstuer og antall ambulanser. Basert på overordnede krav vil vi prioritere øyeblikkelig hjelp og i så fall må en ytterligere kostnadsreduksjon hos oss medføre redusert elektiv aktivitet om vi ikke alternativt klarer å øke produktiviteten. Økt produktivitet forutsetter at alle klinikker/hele sykehuset bidrar, drar i samme retning og følger samme strategi.

Skal klinikken levere en reduksjon på antall årsverk på 144 og et budsjett i balanse for 2012 utover allerede innmeldte tiltak fra avdelingene, betyr dette et nedtrekk i antall operasjonsstuer daglig på mellom 10 – 14 avhengig av type kirurgisk inngrep av operasjonsstuen i Akuttklinikken. Klinikken disponerer 30% av operasjonsstuen ved OUS. Den foreslåtte reduksjonen utgjør 15 –20% av dagens kapasitet ved hele sykehuset.

For Phs er det en utfordring på rundt 100 årsverk. For å levere et budsjett i balanse må PhS kutte 12 ambulanser på dagtid og 6 ambulanser på kveld/natt/helg. Dette er en reduksjon på 25% av dagens kapasitet. Dette vil medføre mye lengre ventetid på oppdrag generelt, samt at mange planlagte oppdrag ikke vil kunne gjennomføres. Flere av dagens ambulansestasjoner vil ikke ha ambulanser på kveld/natt/helg.

Sluttsalderingen i klinikken for å nå budsjettbalanse 2012 med forslag om kutt i aktivitet i Phs og på operasjonsstuer og risikoen knyttet til disse tiltakene, er ikke informert tillitsvalgte og verneombud. Dette vil bli tatt opp som egen sak på møter før styremøtet.

7. Risiko og konsekvensvurdering ved gjennomføring av hovedstrategi

Identifisering av risiko knyttet til gjennomføring av budsjett – siste versjon av risikovurderingen ift budsjettbalanse har ikke involvert tillitsvalgt/VO. Vil bli tatt opp med disse før styremøtet.

| Risikoområde | Stikkord konsekvenser | Alvorlighet (sannsynlighet/ konsekvens) Kryss av farge | | | Kommentarer (eks. i hvilken grad vil risikoreducerende tiltak kunne kompensere for alvorlighet) |
|--|--|---|-----|-----|---|
| | | Grønn | Gul | Rød | |
| Pasientsikkerhet (Når pasient er inne til behandling) | | | | | |
| • behandlingsskvalitet | Generell nedtak av kapasitet/ressurser ved aktivitetstopper og reduksjon antall operasjonsstuer øker risikoen betydelig for øhjelpsbehandlingen. | | | X | Ved budsjettbalanse |
| • behandlingsskvalitet | Redusert tilbud og antall ambulanser, lavere responstider og dårligere beredskap | | | X | Ved budsjettbalanse |
| • fare for svikt, skade | | | | X | Ved budsjettbalanse |
| • pasientrettigheter | For smertepasienter | X | | | |
| • pasientrettigheter andre klinikker | Reduksjon elektiv aktivitet og reduksjon i antall operasjonsøker | | | X | Ved budsjettbalanse |
| Aktivitetsnivå (Frister for behandling) | Ikke aktuelt for kliniske serviceavdelinger | | | | |
| • Gjennomføring av lovpålagte tjenester | | | | | |
| • Gjennomføring av andre tjenester | | | | | |
| • antall behandlede pasienter | | | | | |
| Arbeidsmiljø | | | | | |
| • tilrettelagte arbeidsforhold | | | | X | Ved budsjettbalanse |
| • fare for svikt, skade | Kutt har negativeffekt på arbeidsmiljø, gir støy | | | X | Ved budsjettbalanse |
| • overholdelse av lov/avtaler | Mangel på forutsigbarhet | | | X | Ved budsjettbalanse |

| | |
|---------|---|
| Klinikk | Klinikk for Diagnostikk og Intervensjon - KDI |
|---------|---|

1. Nøkkeltall for klinikken:

| | |
|---|------|
| Snitt Brutto årsverk 2011 | 1810 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 | 1727 |
| Behov for reduksjon | 83 |

| | |
|---|--|
| Antall DRG poeng 2011 | |
| Antall opphold | |
| Antall senger | |
| Endret produktivitet fra 2010-11 per 2. tertial | |

2. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

Redusere aktivitet eksternt

Kutte aktivitet relatert til diagnostikk hvor det finnes akseptable alternativer finansiert av HSØ eller andre regioner. Gjennomgå aktivitet i avdelinger med tanke på hva vi er pålagt og hva vi er finansiert for.

Redusere aktivitet internt

Gjennomgå rekvisisjoner i sykehuset. Vil ha potensial med hensyn til reduksjon av aktivitet i resten av sykehuset, samt fokus på å fjerne unødvendige henvisninger fra klinikere på sykehuset. Mål 5% mindre interne rekvisisjoner, dette er gjort ved Haukeland.

Tvergående prosjektgruppe

Gjennomgår tiltak som fremkom under redesign og P-500, og prosjektorganiserer oppfølging av disse. Områder som vil bli sett på er: Jobbgliding, Dublerte funksjoner, Lean prosjekter, Takstbruk, Felles eksternt prøvemottak/blodprøvetakning

HR prosjekter

Gjennomgang av tjenesteplaner, variabel lønn og kompensasjonsordninger

Driftseffektivisering

Rammer og utfordringer er fordelt på avdelinger og det jobbes med detaljplanlegging nedover i organisasjonen. Avdelingene ser på muligheter til å effektivisere av driften, både med gamle tiltak som nå nærmer seg realisering og nye. Fokus på å følge opp utflytting av Aker, bruk av personell på tvers, samlokalisering DP15, lab.automasjon og felles prøvemottak. Vil også gjøre en grundig kartlegging av resurser i radiolog, med benchmark. Alle tiltakene vil bli konkretisert i bemanningsplaner. Det blir også sett på nye BC for automasjon på lab.

3. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjett 2012 ved avdelingene

Se egen tabell side 4

4. Handlingsplan for å imøtekomme budsjett 2012

| Strategi område | Støtte fra OUS | Ansvar KDI | Gev. pot. | Plan Q4 2011 | Plan Q1 2012 | Plan Q2 2012 | Plan Q3 2012 | Plan Q4 2012 | Plan 2013 |
|------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------|--|-------------------------|---|---|-------------------|-------------------|
| Red. ekstern aktivitet | Samhandling | Klinikkleder / T.Langli | 5 | Gjennomgå rekvirenter, sjekke om det finnes tilbud i regionen/privat | Kartlegge/standardisere | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak |
| Red. intern aktivitet | Fag / Klinikker | Klinikkleder / T.Langli | 10 | Møte med klinikker | Kartlegge/standardisere | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak |
| Tverrgående prosjekter | Samh./Fag/ KT/ Logistikk | Klinikkleder / T.Langli | 10 | Utarbeide prosjektplan, sette opp prosjektgrupper | Jobbe med prosjekter | Jobbe med prosjekter | Beregne gevinster, planlegge iverksetting | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak |
| HR-prosjekter | HR-Stab | HR.Leder / Avd.leder | 3 | Kartlegge/standardisere | Kartlegge/standardisere | Beregne gevinster, planlegge iverksetting | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak |
| Drifts-effektivisering | IKT / MTV | Øk.Leder / Avd.leder | 50 | Tildeling av rammer, konkretisering av utfordring utarbeidelse av tiltak. Optimalisere driftsressurser | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak | Iverksette tiltak |

5. Organisering av arbeidet med budsjett 2012

Turid Langli følger opp tverrgående prosjekter, samt reduksjon av ekstern/intern aktivitet. HR-leder organiserer ulike HR-prosjekter og Øk.leder følger opp driftseffektivisering. Avdelingslederne er ansvarlige for å innrette seg etter tildelte budsjettammer.

6. Vurdering av den effekt hovedstrategien vil ha i forhold til utfordringsbildet

Ekstraordinære tiltak iverksatt høsten 2011 vil bidra til å redusere farten inn i 2012. Disse kortsiktige tiltakene vil bli erstattet med mer langsiktige tiltak i løpet av budsjettprosessen. Avdelingene har blitt fordelt budsjettutfordring, konkretisert gjennom beregnede årsverk, (jmf. egen tabell) og jobber iherdig med å konkretisere tiltak for å møte disse utfordringene. Avdelingene har i første runde kommet opp med ca 50 årsverk og 70 mnok, dette er foreløpige, ikke kvalitetssikrede estimer som ikke er tilfredsstillende drøftet med tillitsvalgte. Klinikken må jobbe for å kvitte seg med ekstern aktivitet vi ikke er finansiert for, samt å se på unødig rekvirering internt i sykehuset. Dette er en stor jobb, men gjennomføres dette, sammen med øvrig driftseffektivisering og bedre utnyttelse av ressursene vil klinikken kunne komme godt på vei i 2012, og dermed ha riktig fart inn i 2013 som gir et budsjett i balanse fra 2013. Tidlig utflytting av Aker vil hjelpe på raskere å komme i budsjettbalanse. Klinikken er sterkt utstyr og IKT avhengig, og forutsetter at investeringer og flytteplaner gjennomføres etter plan.

| | Totalt KDI | ADM | RAD. OG NUKLEÆR MEDISIN | MEDISINSK BIOKJEMI | FARMA-KOLOGI | MEDISINSK GENETIKK | PATOLOGI | MIKRO-BIOLOGI | INTER-VENSJONS-SENTERET | IMMUNOLOG |
|---------------------------------|------------|-----|-------------------------|--------------------|--------------|--------------------|----------|---------------|-------------------------|-----------|
| Prognose Utfordring 2012 (Mnok) | 71 | -1 | 28 | 16 | 0 | -2 | 17 | 7 | -1 | 6 |
| Utfordring Lønn (Mnok) | 53 | -1 | 22 | 12 | 0 | -2 | 14 | 4 | -0 | 4 |
| Utfordring andre kostn. (Mnok) | 18 | -0 | 7 | 4 | 0 | -1 | 4 | 3 | -0 | 1 |
| Snitt Int.fin.Brutto årsv. 2011 | 1 810 | 16 | 625 | 365 | 16 | 119 | 252 | 167 | 41 | 209 |
| Estimert utfordring årsvrk. | 83 | -1 | 29 | 21 | 0 | -3 | 21 | 8 | -1 | 7 |

7. Risiko og konsekvensvurdering ved gjennomføring av hovedstrategi
Identifisering av risiko knyttet til gjennomføring av budsjett

| Risikoområde | Stikkord konsekvenser | Alvorlighet (sannsynlighet/ konsekvens) Kryss av farge | | | Kommentarer (eks. i hvilken grad vil risikoreducerende tiltak kunne kompensere for alvorlighet) |
|--|--|---|--------|-----|---|
| | | Grønn | Gul | Rød | |
| Pasientsikkerhet (Når pasient er inne til behandling) <ul style="list-style-type: none"> • behandlingsskvalitet • fare for svikt, skade • pasientrettigheter • "Åpent – klinikk kan legge til" | Ok, for pasienter i systemet Ok, for pasienter i systemet Forsinkelse i forhold til behandlingsgaranti | X X | X | | Kliniker anføre pasientrettighet på rekvisisjon |
| Aktivitetsnivå (Frister for behandling) <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføring av lovpålagte tjenester • Gjennomføring av andre tjenester • antall behandlede pasienter • Samhandling | OK Må redusere slike tjenester Vil gå ned, men skal være pasienter vi ikke må ta Oppfyller ikke ønske om mer rad.tjenester til primærhelsetj. | X X | X X | | Krever samarbeid med kliniske enheter Reduserer unødvendig rekvirering og flytter aktivitet ut. Mål red. på 5% i OUS Ingen, med gitte budsjetttrammer |
| Arbeidsmiljø <ul style="list-style-type: none"> • tilrettelagte arbeidsforhold • fare for svikt, skade • overholdelse av lov/avtaler | Skjevhet i fagkomp. i forhold til pas.sammensetning Stress, arbeidspress og høy endringstakt Skjevhet i komp./etterspørsel sammensetning. Stress, arbeidspress og høy endringstakt Fare for brudd på arb.miljø loven | | X X | X | Prøver å være tidlig ute med å trekke ned bemanning kompetanse tilpasse raskt Lederstøtte Lederstøtte |

3. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjett 2012 ved avdelingene

| Avd | Tiltak | Beskrivelse | Øk. Eff | Års. vrk | Avhengigheter | Risiko - Pasient- sikkerhet | Risiko - aktivitets- nivå | Risiko - arbeids- miljø |
|-----|--|---|-----------|-----------|--|--|---|--|
| AMG | Opprettholde / øke høy aktivitet i lab | Samlokalisere, ytterligere automasjon | | | Investeringer og økt bemanning | • Lang ventetid klinisk genetikk og lab | Ingen | • Stress/sitasje pga. stort arbeidspress |
| ARN | Ned- bemanning | Gjennomgå personale bruke personale mer effektivt på tvers. Avvikle kveldspol. | 27 | 27 | Reduksjon i henvisninger Felles RIS/PACS Aker-Ullevål | • Medbemanning tilsier redusert kvalitet i form av lengre ventetider og økt fare for fristrudd. | • Må ned ca 5% på henvisninger | • Stress/sitasje pga. stort arbeidspress |
| ARN | Avvikling av vakt Aker | – Radiograf: over til tilkallingsvakt – LIS Aker fra Ullevål via felles RIS/PACS. Primæravtalt for Aker opphører. – Intervensjoner i vakttid på Aker utføres av intervensjonsbakkvakt på tilkalling. – Diagnostisk bakkvakt Aker opphører. | 5 | | – Forutsetning 1: felles RIS/PACS Aker-Ullevål – Forutsetning 2: nedlagt akuttomta Aker, alternativt svært lav akuttaktivitet | Ingen | Ingen | Ingen |
| IMM | Transpl. immunologi | Utsetter økning på transpl. IMM Red. kapasitet typing av prøver til Benmargsgiverregisteret | | | Jmf. varslet kutt i klinikk G/F Er formell landsfunksjon | • Økning i svartider | Risiko for at Haukeland begynner å utføre typing av benmarg | • Stress/sitasje pga. stort arbeidspress |
| IMM | Sam. - lokalisering | Samlokalisering av med. immunologi | 2 | | | Liten | Liten | Liten |
| BIO | Blodbuss | Kutte ut ordning med blodbuss, da dette er det en lite driftseffektiv måte i forhold til blodgivningsarbeidet | | | | Liten | Liten | Liten |
| IVS | Ledigholde vakante stillinger | Omtrent som i år. Har hatt mange vakante stillinger hos fysikere. Belastningen på resten har vært stor. Nedprioriterer prosjektstøtte, særlig ultralyd | | | Kan gå utover service til prosjekter, ultralyd og deltagelse i forbindelse med nyanskaffelse av radiologisk utstyr | Liten | Nedprioriterer prosjekter, UL - oppfølging | Merbelastning på ansatte - personalsitasje |
| MBK | Innstramning i antall rekvirerte undersøkelser | Gjennomgang av rekvireringspraksis med de enkelte avdelinger - Mål 5% reduksjon. Øk. mål 5% av driftsbudsjett | 14 | ? | •Aktivitetsdata fra LIS på avdelingsnivå koblet mot klinisk aktivitet (DRG, prosedyrer) •Dialog med kliniske avdelinger •Støtte fra AD | Ingen | Red. inntekt | Ingen |
| MBK | Omlegging av vaktordning Aker | Aker: Reduksjon av bemanning på vakt fra 2 til 1 på natt. Vurdering av helgebemanning | 2 | 2 | •Omlegging av transfusjonstøtte til ren utleveringsenhet •Overføring av prøvetaking fra lab til klinisk personale i akuttomta utenfor vanlig arbeidstid •Stiller krav til planlegging på klinisk side | Svekket beh kvalitet og økt fare for feil | Ingen | Økt belastning på vakt |
| MBK | Interne flyttinger | Samlokalisering: Samling av elektroforese. Samling av spormetallus - 1 mill (personale + drift) | 1 | 1 | Sikring av svrapportering på tvers av geografi (FKI) | Ingen | Ingen | Ingen |
| MBK | Økt automasjon | Genrobot - 2,4 mill (vare + personal), | 2 | 1 | Godkjenning av investering som del av DP 11 | Ingen | Ingen | Ingen |
| MBK | Skanning | Skanning av rekvisisjoner på Ullevål: 0,5 årsverk | 1 | 0,5 | Godkjenning av investering som del av FKI | Ingen | Ingen | Ingen |
| MBK | Lab. automasjon | Lavere varekostnader og mer effektiv drift | 4 | ? | | Ingen | Ingen | Ingen |
| MIK | Omorg. Drift | • Mottak/Forskn/Utvikling: Bidra til å facilitere driften (1årsv) • KoPro: Samling av produksjon, harmonisering av produktbehov i avd. (2årsv) • Bakteriologienhet Aker til RH/Ullevål (3 årsv) • Mol. biol/Virol/serologi.: Harmonisering/samling av rutiner (2 årsv) | 8 | 8 | Vurderer å redusere pasientundersøkelser med ca 80.000 analyser (40.000 internt) Aktiv dialog med om rett bruk av våre rutiner. Vurdere overføring av deler av nedslagsfeltet (bydel??) til andre aktører (fordrer klare avtaler om infeksjonskontroll, overvåking etc) | • Forsinkelse av inntak til diagnostikk • Mulighet for forlenget SHO • Begr. kap. for støtte Isolateret • Antibiotika-resistens | • Utvikling forsinkes • Ta ned aktivitet med ca 80.000 analyser | Merbelastning på ansatte - personalsitasje |
| PAT | Tilpasse drift | Tilpasse bemanning, jobbglidning og endret sammensetning "På tvers"-tilnærming til driften Redusere forbruk av enkelte tester, avvikle Aker(2), obduksjonsvirksomhet (3), midlertidig stilling (3), intern fin.forskning (2) | 10 | 10 | Forutsatt at klinisk virksomhet reduseres noe som følge av bemanningskutt, er risiko for feil og skader ikke større enn i "normalsituasjonen" | • Økt svartid, spesielt for polikliniske pasienter • Redusert omfang av spesialundersøkelser | • Antall prøver pt er for høyt til å håndteres med nedgang i 21 årsverk | • Fysiske HMS-forhold - formalin • Merbelastning på ansatte - personalsitasje • Ugunstig å drive på flere lokalisasjoner |
| | | Sum | 75 | 50 | | | | |

Tabellen viser foreløpige ikke drøftede tiltak fordelt på avdeling med tilhørende risiko, tiltakene vil bli videre detaljert og supplert gjennom budsjettarbeidet.

| | |
|---------|-------------------------|
| Klinikk | OSS Oslo sykehusservice |
|---------|-------------------------|

1. Nøkkeltall for klinikken:

| | |
|--|------|
| Brutto årsverk oktober 2011 ¹ | 1775 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ | 1525 |
| Behov for reduksjon | 250 |

| | |
|---|---------|
| Antall middager | 815.000 |
| Antall portørøppdrag | 565.000 |
| Antall tonn tekstiler | 3.800 |
| Endret produktivitet fra 2010-11 per 2. tertial | |

2. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

Oslo sykehusservice skal redusere sine kostnader med om lag 125mnok fra 2011 til 2012. Dette innebærer behov for en reduksjon med 250 årsverk. Oslo Sykehusservice sin hovedstrategi vil være effektivisering knyttet til prosessforbedring, organisatoriske endringer og investeringer. Gevinster knyttet til dette vil møte om lag halve utfordringen. Alle vare- og driftskostnader vil bli vurdert, men det forventes ikke særlige reduksjoner i disse. Eksterne inntekter vil også bli vurdert. Det vil ikke bli budsjettert med flere årsverk enn det rammene gir rom for. Konkret innebærer dette en nedbemanning av ansatte i Oslo sykehusservice.

Foreslått fordeling av bemanningsreduksjon er:

| Virksomhetsområde | Årsverk |
|-------------------------------------|-------------|
| Eiendom | -27 |
| Intern service | -41 |
| Interne tjenester | -133 |
| Administrative fellesfunksjoner | -26 |
| Medisinsk teknisk virksomhetsområde | -12 |
| Komparativ medisin | -3 |
| Avdeling for sykehushygiene | -3 |
| Arbeidsmiljøavdelingen | -4 |
| Stab | -2 |
| Sum Oslo sykehusservice | -250 |

3. Hovedstrategi for å imøtekomme budsjett 2012 ved avdelingene

Eiendom

Det vil bli sett på vaktturnuser i helger og kveld. Omfang av service og vedlikeholdsavtaler vil reduseres. Organisering gjennomgås. Bemanning vil reduseres.

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

Innkjøp og logistikk

Enheten vil harmonisere portørtjenestene mellom de forskjellige lokalitetene. I tillegg vil endring av portørorganisasjonen medføre bedre ressursutnyttelse. Nedbemanning for å tilpasse virksomheten til tildelte budsjetttrammer for 2012 vil bli tatt innenfor alle avdelinger i Innkjøp og Logistikk.

Intern service

Det gjennomføres prosjekter for prosessforbedring på kjøkken og vaskeri. Likeledes er det effektivisering knyttet til harmonisering og standardisering av tjenester innenfor renhold (lik frekvens og standard) og standardisering av bekledning.

Nytt kjøkkenkonsept (buffet på post, bort fra brettservering) som følge av vedtatte investeringer vil medføre effektivisering og reduserte resursbehov.

Vedtatte investeringer til utskifting av maskinutstyr på vaskeri vil redusere nedetid og kostnader knyttet til overtid og ekstraarbeid.

Administrative fellesfunksjoner

Tiltak knyttet til forbedring av arbeidsprosesser, felles fakturasystem og samorganisering vil gi begrenset effekt for å møte rammer for budsjett 2012.

Enheten vil i tillegg gjennomføre nedtrekk i bemanning.

Medisinsk teknisk virksomhetsområde

Å kutte stillinger anses som uakseptabelt og uklokt, våre folk har gjennom år bygget opp nødvendig spesialkompetanse som ikke lar seg skaffe tilbake uten videre. Det vil derfor bli valgt å redusere servicekontrakter og vedlikehold på medisinsk teknisk utstyr.

Komparativ medisin

Enheten ønsker å øke priser for å kunne opprettholde dagens kapasitet. En prisøkning vil i hovedsak merkes av eksternt finansierte prosjekter. Enheten vil gå i dialog med brukerne vedrørende dette. Dersom ikke en prisøkning lar seg gjennomføre, vil det kunne bli aktuelt å måtte redusere bemanningen for å tilpasse virksomheten til tildelte budsjetttrammer for 2012. En konsekvens av dette vil kunne bli redusert kapasitet og redusert tilbud til forskningsprosjekter med den konsekvens dette vil kunne få for forskningsaktiviteten.

Avdeling for sykehus hygiene

Enheten har nasjonale oppgaver som er selvfinansierende. I tillegg har enheten oppgaver som er lovpålagte. Ny organisering kan bidra minimalt.

Arbeidsmiljøavdelingen

Hoveddelen av oppgaver utført av arbeidsmiljøavdelingen er lovpålagte. Samlokalisering kan bidra noe.

4. Handlingsplan for å imøtekomme budsjett 2012

Effektivisering knyttet til prosessforbedring – rutiner på kjøkken og vaskeri

Effektivisering knyttet til harmonisering og standardisering av tjenester – lik ventetid på portøroppdrag, lik frekvens på renhold, lik bekledning

Effektivisering knyttet til organisatoriske endringer – organisering av portørtjeneste

Effektivisering knyttet til vedtatte investeringer – nytt kjøkkenkonsept (buffet på post, bort fra brettservering), utskifting av maskinutstyr på vaskeri vil redusere nedetid.

Oslo sykehuservice ønsker å sette i gang et prosjekt ”Aktiv forsyning” som vil gi store innsparinger for klinikkene. Implementeringen vil i hovedsak skje på Ullevål. Det er tidligere innført med gode resultater på Aker, Radiumhospitalet og Rikshospitalet.

Øvrige reduksjoner i vare- og driftskostnader – det ses på gevinster knyttet til gjennomgang av serviceavtaler på bygg. Det forventes ikke øvrige reduksjoner i vare og driftskostnader av vesentlig karakter fra 2011 til 2012. Likevel vil det bli redusert avtaledekning på service og vedlikehold på medisinsk teknisk utstyr og bygg da dette anses som mer hensiktsmessig enn kutt i egen bemanning på disse områdene.

Nedbemanning – det vil være nødvendig med reduksjon av om lag 250 årsverk eller 14 % av årsverk i OSS. Gevinstene nevnt ovenfor vil møte ca halve utfordringen. De øvrige årsverkene må tas som rene kutt. Kortsiktig vil Oslo sykehuservice redusere andel av variabel lønn betraktelig. Også oppsigelser vil måtte vurderes dersom ikke tiltakene over, samt reduksjon i variabel lønn er tilstrekkelig. Dette vil innebære en risiko for opprettholdelse av aktivitet.

5. Organisering av arbeidet med budsjett 2012

Nøkkelpersoner som er engasjert i gjennomføring av valgt strategi og handlingsplan:

- Klinikkleder – Geir Teigstad
- Prosjektkoordinator – Morten Bråthen
- Økonomileder – Magnus Landro
- HR – leder Anne Marthe Eriksen
- Leder Intern service – Gjertrud Spillum
- Leder Innkjøp og Logistikk – Torun Gjesdahl
- Leder Eiendom – Arne Kvale
- Leder Medisinsk teknisk – Øystein Jensen
- Leder Administrative fellesfunksjoner – Bjørn Helle

6. Vurdering av den effekt hovedstrategien vil ha i forhold til utfordringsbildet

Det vil være nødvendig med reduksjon av om lag 250 årsverk eller 14 % av årsverk i Oslo sykehuservice.

Oslo sykehuservice som har kun 10 % av sykehusets totale bemanning, må gjennomføre 25 % av sykehusets totale bemanningsreduksjon. Ansatte i Oslos sykehuservice er vesentlig lavere lønnet enn ansatte i sykehuset forøvrig, noe som innebærer at Oslo sykehuservice må redusere med vesentlig flere årsverk enn sykehuset forøvrig for å kunne nå budsjettkravet.

Gevinstene knyttet til identifiserte tiltak vil møte ca halve utfordringen. De øvrige årsverkene må tas som rene kutt i bemanning. Kortsiktig vil Oslo sykehuservice redusere andel av variabelt lønnede årsverk betraktelig. Også oppsigelser vil måtte vurderes dersom ikke tiltakene over, samt reduksjon i variabelt lønnede årsverk er tilstrekkelig. Dette vil innebære en risiko for opprettholdelse av aktivitet.

7. Risiko og konsekvensvurdering ved gjennomføring av hovedstrategi

Identifisering av risiko knyttet til gjennomføring av budsjett

| Risikoområde | Stikkord konsekvenser | Alvorlighet (sannsynlighet/ konsekvens) Kryss av farge | | | Kommentarer (eks. i hvilken grad vil risikoreducerende tiltak kunne kompensere for alvorlighet) |
|---|---|---|-----|-----|--|
| | | Grønn | Gul | Rød | |
| Pasientsikkerhet (Når pasient er inne til behandling) | • behandlingsskvalitet | | X | | MTU – mindre service – økt risiko for nedetid/ at utstyret må tas ut av produksjon |
| | • fare for svikt, skade | | X | | |
| | • pasientrettigheter | X | | | MTU – mindre service – økt risiko for nedetid/ at utstyret må tas ut av produksjon |
| Aktivitetsnivå (Frister for behandling) | • Gjennomføring av lovpålagte tjenester | X | | | Risiko for at Oslo sykehusservice blir flaskehals for aktivitet i klinikkene Redusert portørkapasitet vil gi lenger ventetid på portør. Dersom den lengre ventetiden ikke benyttes til bedre planlegging av ressursbruken, så vil det kunne redusere aktiviteten. |
| | • Gjennomføring av andre tjenester | X | | | |
| | • antall behandlede pasienter | | X | | |
| | • Portørtjenester | | X | | |
| • Forskning | | | X | | Redusert kapasitet på dyrestall med redusert tilbud av forskningsdyr vil kunne innebære redusert forskningsaktivitet |

| | | | | |
|--------------------------------|--|---|--|--|
| Arbeidsmiljø | | | | |
| • tilrettelagte arbeidsforhold | | | | |
| • fare for svikt, skade | | X | | Øker med lavere bemanning og økt tempo |
| • overholdelse av lov/avtaler | | X | | Bygningsmessig vedlikehold/arbeidstilsynet |



Oslo universitetssykehus HF
Brev til ledelsen
Revisjonen for 2010

22 september, juni 2011

Journalnr. 1/2011

Oslo universitetssykehus HF
Kirkeveien 166 B
0450 Oslo

Att: Styrets leder
Økonomidirektør Morten Reymert

22. september 2011

Vi vil innledningsvis takke for et hyggelig og konstruktivt samarbeid om revisjonen med selskapets ledelse og økonomipersonale.

Vi har gjennomført revisjonen av årsregnskapet for regnskapsåret 2010 og vil med dette brev påpeke overfor selskapets ledelse de forhold vi er blitt kjent med under revisjonen som i henhold til revisorloven krever skriftlig rapportering fra selskapets revisor.

Brevet omfatter blant annet vesentlige revisjons- og regnskapsmessige forhold, samt vesentlige feil og mangler ved selskapets internkontrollsystemer som er avdekket under revisjonen. Utover de lovpålagte kravene til kommunikasjon omfatter brevet kommentarer vedrørende foretakets foretaksstyring og interne kontroll som vi mener ledelsen kan ha stor nytte av å vurdere.

Vi vil gjøre oppmerksom på at enkelte forhold er tatt opp og avklart direkte med den daglige ledelse fordi forholdet etter vår oppfatning ikke er av en så vesentlig betydning at det er nødvendig å omtale det i dette brevet.

For ordens skyld minner vi om at dette brevet i henhold til bokføringsloven skal oppbevares ordnet og betryggende i 10 år på lik linje med kravene til annet oppbevaringspliktig regnskapsmateriale.

Med vennlig hilsen

PricewaterhouseCoopers AS



Tom Henry Olsen
Statsautorisert revisor

Innhold

| | | |
|--------------------|---|---|
| <i>Del I</i> | <i>Interrimsrevisjon – Fokus på foretaksstyring og internkontroll</i> | |
| | <i>Krav til revisor om å forstå foretaket, dets foretaksstyring og internkontroll</i> | 3 |
| | <i>Bakgrunn</i> | 3 |
| | <i>Svakheter ved selskapets foretaksstyring og internkontroll</i> | 3 |
| | <i>Anbefaling 1</i> | 4 |
| | <i>Anbefaling 2</i> | 4 |
| | <i>Anbefaling 3</i> | 4 |
| Del II | Avleggelse av årsregnskapet | |
| | <i>Årsoppgjørprosessen</i> | 4 |
| Del III | Spesielt om enkelte regnskapsposter | |
| | <i>Driftsmidler</i> | 5 |
| | <i>Eiendomsmassen</i> | 5 |
| | <i>Varelager</i> | 5 |
| | <i>Gaver og øremerkede midler</i> | 6 |
| | <i>Inntekter</i> | 6 |
| | <i>Lønn</i> | 7 |
| | <i>Innkjøp</i> | 7 |

Krav til revisor om å forstå foretaket, dets foretaksstyring og internkontroll

Formålet med revisjon er å gjøre revisor i stand til å uttale seg om hvorvidt årsregnskapet i det alt vesentlige gir et rettviseende bilde av selskapets økonomiske stilling.

Revisor skal dessuten se etter at den revisjonspliktige har ordnet formuesforvaltningen på en betryggende måte og med forsvarlig kontroll. Dette innebærer blant annet at revisor, innenfor de rammer god revisjonsskikk angir, opparbeider seg en forståelse av foretaket og dets omgivelser, samt dets foretaksstyring, formuesforvaltning og regnskaps- og internkontrollsystemer.

Dette innebærer ikke at revisor gjør en fullstendig gjennomgang eller etterprøving av alle de foreliggende systemer og kontroller. Hensikten med gjennomgangen er først og fremst å sette revisor i stand til å identifisere og vurdere risikoene for vesentlig feilinformasjon i årsregnskapet og å planlegge type, tidspunkt og omfang av nødvendige revisjonshandlinger. Vår kommunikasjon omfatter kun de revisjonsmessige forhold som vi er blitt oppmerksomme på som et resultat av utførelsen av revisjonen.

Bakgrunn

Oslo universitetssykehus er gjennom en omfattende omstillings- og fusjonsprosess hvor de tre tidligere helseforetakene i Oslo er slått sammen til ett. Det nye foretaket har gjennom 2010 arbeidet med å etablere en ny organisasjonsmodell. Den nye organisasjonsmodellen har, sammen med blant annet problemer av teknisk karakter på it-området, medført vesentlige utfordringer i forhold til styring og kontroll.

Etablering av en felles regnskapsenhet og 10 klinikker med selvstendig økonomisk ansvar og oppfølging har medført at en rekke funksjoner er nyetablert og at det er mange medarbeidere som har fått nye arbeidsoppgaver. I en situasjon hvor virksomheten også er underlagt betydelige operasjonelle endringer i kjernevirksomheten og ikke minst store innsparingskrav har vi forståelse for at det tar tid å etablere fullgode systemer, samt tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for økonomisk styring og kontroll.

Våre oppsummerende konklusjoner etter interimsrevisjonen er at det er behov for å styrke intern kontroll og finansiell rapportering i konsernet. Våre hovedkonklusjoner er:

Svakheter ved selskapets foretaksstyring og internkontroll

Det er avdekket svakheter i intern kontrollen knyttet til de forretningsprosessene som er sentrale for økonomistyring og regnskapsrapportering. Dette gjelder spesielt driftsmidler, øremerkede midler, inntekter, lønn og innkjøp. Utarbeidelse av felles rutiner og etterlevelse av økonomihåndbok er avgjørende for forbedring. Vi kommenterer disse områdene nærmere under del III om enkelte regnskapsposter.

Kvaliteten på avstemmingene løpende gjennom året har vært varierende. Vi ser dog en bedring på området mot årets slutt. Etter vår oppfatning er svært mye kompetanse knyttet til et fåtall personer i regnskapsavdelingen. Dette medfører at foretaket blir svært avhengig av enkeltpersoner.

Vi opplever at foretakets ledelse har tatt tak i de forhold vi har adressert knyttet til intern kontroll og økonomisk styring. Vi har tro på at de tiltak man er i ferd med å implementere vil gi god effekt, selv om det selvsagt er kritisk at man har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å løfte kvaliteten.

Vi anbefaler at arbeidet med å etablere felles rutiner for alle kritiske regnskapsprosesser prioriteres i tiden fremover. Dette vil inkludere, men ikke være begrenset til:

- Anbefaling 1* Et dokumentert og avklart ansvarsforhold mellom regnskapsavdelingen og klinikkene i forhold til dokumentasjon og oppfølging av de månedlige inntekts- og kostnadsperiodiseringene.
- Anbefaling 2* Skriftlige og enhetlige rutiner for lønn, innkjøp, driftsmidler, inntekter og øremerkede midler på tvers av alle klinikker og avdelinger, inkludert beskrivelse av nøkkelkontroller, arbeidsdeling og overvåking av kontrollene.
- Anbefaling 3* Enhetlige rutiner og systemer for dokumentasjon av avstemming og analyser av regnskapsposter.

Del II Avleggelse av årsregnskapet

Årsoppgjørprosessen Noe av dokumentasjonen fra foretaket var ikke klar til revisjon ved vår avtalte oppstart. Selv om dette var kommunisert fra foretaket før oppstart av revisjonen medførte det at vårt revisjonsarbeid ble utført parallelt med virksomhetens arbeid. Dette er ikke optimalt verken for regnskapsavdelingen eller oss.

Vi anbefaler at arbeidet knyttet til dokumentasjon og avstemming av årsregnskapet ferdigstilles så langt som mulig før vi påbegynner revisjonen av årsregnskapet.

På enkelte områder var ikke avstemming og annen dokumentasjon vi etterspurte i forbindelse med revisjonen tilstrekkelig kvalitetssikret på forhånd. Dokumentasjonen må underbygge regnskapspostens eksistens og verdi.

Vi anbefaler at avstemming og annen dokumentasjon kvalitetssikres før vi starter vår revisjon. Dette vil lette prosessen både for foretaket og revisor.

Arbeidsdelingen mellom regnskapsavdelingen og klinikkene har ikke vært tydelig nok igjennom året. Vi mener at det er en risiko for at viktige områder kan falle mellom to stoler, hvilket igjen medfører at viktige kontroller ikke gjennomføres. Områder som kan nevnes som eksempler i denne forbindelse er spesielt inntekts- og kostnadsavsetninger. Vi anbefaler at arbeidsdelingen mellom regnskap og klinikkene tydeliggjøres.

Driftsmidler

Det var problemer med å få utarbeidet en konsolidert anleggsmiddelsnote for den samlede virksomheten (konsolidert for de tre tidligere sykehusene). I løpet av årsoppgjørprosessen mottok vi flere versjoner som inneholdt vesentlige mangler. Det var også manglende kontroll og dokumentasjon på tilganger da det viste seg at systemløsningen ikke kunne skrive ut fullstendige lister over årets tilganger. Videre opplevde vi at foretaket ikke hadde tilstrekkelig rapporter på kapitaliserte balanseposter fra anlegg under utførelse. Vi understreker viktigheten av å holde løpende oversikt over samtlige driftsmidler og få disse korrekt registrert i systemet. Dette reduserer risikoen for feil verdsettelse av eiendelene og risikoen for feil avskrivninger i resultatregnskapet. Videre vil utarbeidelsen av notene forenkles.

Når det gjelder regnskapsmessig verdifastsettelse av forskjellige former for medisinteknisk utstyr og investeringer på it-området er det viktig at konsekvenser av eventuelt skrotning av utstyr eller avbrudd i initierte/pågående prosjekter vurderes i forbindelse med løpende rapportering. Det vises i denne sammenheng særlig til eventuelle resultateffekter av terminering av prosjektet "klinisk arbeidsflate". På det tidspunkt regnskapet for 2010 ble godkjent ble det lagt til grunn at det ikke var forhold som tilsa at noe av investeringene i klinisk arbeidsflate skulle ansees som tapt eller ikke vil bli benyttet. Leveransen ble imidlertid vedtatt avbestilt av styret 28. april 2011, og estimert tap er resultatført i juni-regnskapet for foretaket.

Eiendomsmassen

Foretaket har i 2010 foretatt en grundig gjennomgang av eiendomsmassen, noe som identifiserte et behov for nedskrivning av bokførte verdier. Nedskrivning av balanseførte verdier ble foretatt for hele eller deler av sykehusanleggene på Dikemark, i Akersbakken og Radiumhospitalet (et mindre beløp). Bygningsmassen på Aker sykehus ble vurdert til å fremdeles være benyttet i driften slik at nedskrivning for regnskapsåret 2010 ikke var aktuelt.

Vi er enige i de vurderingene som ble gjort i forkant av regnskapsavslutningen for 2010. Vi anbefaler at det hvert år foretas en lignende gjennomgang. Spesielt er det viktig å få oversikt og kontroll over endringer i bruk som har skjedd som følge av sammenslåingen av Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Aker sykehus. Etter hva vi forstår kan også den økonomiske situasjonen i foretaket pr 2011 medføre at bruken av arealene på Aker sykehus blir endret. Vi ber om at eventuelle endringer i planlagt bruk av arealene reflekteres i de vurderinger som gjøres løpende av de balanseførte verdiene.

Varelager

Dokumentasjonen på bokført verdi av varelager var mangelfull på flere av lagrene. Selv om det var betydelige enkeltavvik på bokført verdi mot optalt verdi så medførte ikke avvikene netto vesentlig feil.

Gjennomføringen av varetellingene ble ikke gjennomført iht instruks i alle tilfeller. Enkelte lagre ble talt for tidlig og andre for sent, hvilket kan medføre vesentlig periodiseringsfeil av

varelagerverdi og tilhørende varekostnad.

Vi anbefaler at de interne kontrollrutinene knyttet til varelager innskjerpes, herunder registrering av antall varer og faktisk kostpris. Videre understrekes viktigheten av å ha ensartede rutiner for de ulike avdelingslagrene og et system som sørger for at disse rutinene etterfølges. Vi nevner dog at det siden 2009 er foretatt en opprydning og reduksjon i antall varelagre og koststeder som bokføres. Vi ser derfor at det er en forbedring på dette området siden 2009 revisjonen, selv om det fortsatt er forhold som bør forbedres.

Gaver og øremerkede midler

OUS har et særdeles omfattende program for forskning og utvikling som genererer øremerkede midler. I tillegg mottar foretaket mange gaver. Foretaket har derfor et stort antall prosjektrengskaper som skal holde oversikt over de midler som tilføres og brukes på de enkelte prosjektene. Det har gjennom 2010 vært mangelfull oppfølging og kontroll av prosjektrengskaper, og da i særdeleshet utestående/ubrukte midler. Konsekvensene av manglende oppfølging og kontroll er at det er knyttet usikkerhet til gjelds- og eiendelssiden for øremerkede midler. Dette betyr at det kan ligge latente forpliktelser og inntekter som burde vært regnskapsført med resultat effekt. Vi opplever at det er varierende forståelse av rutinene knyttet til behandling av øremerkede midler. Eksempelvis er det ulik praksis på om midler skal og kan overføres til påfølgende år eller ikke. Vi ser også at det er svakheter i rutinene knyttet til overvåking av prosessene rundt de øremerkede midlene.

Høsten 2010 igangsatte OUS et internt prosjektarbeid for å få ryddet opp i problemstillingene rundt gaver og øremerkede midler. På grunn av den betydelige omdømmerisikoen på området anbefaler vi at opprydningsarbeidet knyttet til øremerkede midler fortsatt prioriteres, og at kapasitet til å følge opp dette området løpende ivaretas.

I forbindelse med årsoppgjørrevisjonen ble det utført et større arbeid knyttet til disse regnskapspostene for å kunne redusere kvantifisert risiko for feil.

Inntekter

Foretaket har hatt problemer med å henføre DRG-inntekter korrekt til de enkelte klinikker og avdelinger løpende gjennom regnskapsåret. Dette er søkt kompensert gjennom analyser på foretaksnivå, dvs. gjennom analyser av totale inntekter for virksomheten. Vi er inneforstått med de problemer foretaket har hatt på systemsiden og de løsninger man har valgt gjennom året, men vi anbefaler at det løpende utarbeides analyser for å se på utviklingen mot fjorår, budsjett, gjennom året, etc. på et mindre aggregert nivå enn det som gjøres i dag. Dette vil lette det løpende analysearbeidet og redusere usikkerheten rundt inntektsføring. Inntektsføring av øremerkede midler bør følges opp som beskrevet ovenfor.

En viktig del av årsoppgjørrevisjonen og også det foretaksinterne arbeidet knyttet til kvalitetssikring av årsregnskapet vil normalt være analyser og forklaringer av de enkelte regnskapsposter og sentrale regnskapslinjer. I forbindelse

med revisjonen av inntekter mottok vi ikke tilfredsstillende avstemminger og forklaringer på de enkelte inntektspostene i form av avtaler eller annet kvantifiserbart underlag. Det var en svært tidkrevende prosess å innhente denne dokumentasjonen, samt å innhente dokumentasjon og svar på analyser som kompenserende handlinger.

Lønn

Den modellen som er valgt i foretaksgruppen i forhold til håndtering av lønn og oppgavepliktige ytelser fordrer et godt og avklart samarbeid mellom det enkelte foretak og leverandøren Sykehuspartner. Vi opplever i flere tilfeller at oppgavefordeling og grensesnitt gjerne er definert i inngåtte leveranseavtaler, men at ansvaret og den praktiske oppfølgingen kan være uklar. Etter vår oppfatning bør grensesnitt og arbeidsdeling mellom Sykehuspartner og OUS gjennomgås. Slik situasjonen er i dag er det risiko for at feil og svakheter ikke blir avdekket. For eksempel avdekket vi at purrerutinene rundt forfalte sykepengerefusjonskrav ikke ble fulgt. Ansvaret for purring påligger Sykehuspartner, men foretaket må sørge for å overvåke dette arbeidet. Dette medførte at Oslo universitetssykehus har kostnadsført MNOK 30 i regnskapet for 2010.

Etter hva vi forstår er arbeidsdeling og rolleforståelse mellom OUS og Sykehuspartner noe som også internrevisjonen i Helse Sør-Øst var kritiske til i sin gjennomgang sist vinter.

Innkjøp

I løpet av 2010 har OUS benyttet 3 ulike fakturabehandlingssystemer. Vi opplever at oppbyggingen av disse systemene er noe ulik. For eksempel er det manglende beløpssperrer i Basware, hvilket betyr at en attestant/anviser kan godkjenne en inngående faktura med et høyere beløp enn det fullmaktsmatrisen tilsier uten av systemet stopper dette. Det har også vært krevende å ha en oppdatert fullmaktsmatrise tilgjengelig. Dette medfører at det er svært vanskelig å overvåke innkjøpsprosessen og om nøkkelkontrollen med korrekt attestant og anviser overholdes. Vår anbefaling er at det innføres beløpsgrenser i systemet som velges for det fusjonerte helseforetaket.

Vi har gjennom revisjonen også avdekket flere brudd på protokollføring i forbindelse med offentlige anskaffelser. Vi anbefaler at rutinene rundt Lov om offentlige anskaffelser og Forskrift om offentlige anskaffelser gjennomgås og innskjerpes. Brudd på LOA/FOA medfører både en betydelig omdømmerisiko samt kan utgjøre en økonomisk risiko dersom bruddet er vesentlig.

Det er sjekket i KOFAS's oversikt at det ikke var vesentlige saker av betydning for regnskap 2010.

Avslutning

Helseforetaket har hatt store utfordringer i forhold til omstillingene som har vært gjennomført i 2010. Vi er inneforstått med at foretaket på en del av områdene allerede har satt i verk tiltak for å øke kvaliteten i løpende regnskapsrapportering. Vi opplever at dette arbeidet har høyt fokus fra ledelsen. Imidlertid vil vi påpeke viktigheten av en tett oppfølging av nye rutiner og krav. For at den løpende rapporteringen skal være så riktig som mulig så er det i en omstillingsfase spesielt kritisk at kontroller som gjennomføres også kan overvåkes.

Er det spørsmål til denne rapporten står vi selvsagt til disposisjon.

Med vennlig hilsen
PricewaterhouseCoopers AS


Tom Henry Olsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 27. oktober 2011

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: Brev fra revisor datert 22. september 2011

SAK 115/2011: **BESLUTNINGSSAK
 REVISORS NUMMERERTE BREV TIL LEDELSEN
 ETTER ÅRSOPPGJØRSREVISJONEN 2010**

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret tar revisors brev til ledelsen om revisjonen for 2010 til etterretning og ber administrerende direktør følge opp revisors anbefalinger.

Oslo, den 20. oktober 2011

Jan Eirik Thoresen

2. Sammendrag

Revisor har i brev av 22. september 2011 til Oslo universitetssykehus HF redegjort for de forhold de ble kjent med under revisjonen av årsregnskapet for 2010 og som i henhold til revisorloven krever skriftlig rapportering fra revisor. Det vises også til den gjennomgang som ble foretatt av revisor i styremøte 31. mars d.å. I denne saken redegjøres det for oppfølging av de forhold revisor har tatt opp i sitt brev.

1. Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør legger stor vekt på at Oslo universitetssykehus HF holder høy standard på foretakets økonomistyring, regnskapsføring og at ansatte etterlever de regler som kreves for å forvalte foretakets og dermed samfunnets økonomiske verdier.

Administrerende direktør vil følge opp de anbefalingene som revisor har kommet med.

2. Faktagrunnlag

Revisors brev omfatter følgende hoveddeler:

- I. Interrimsrevisjon – Fokus på foretaksstyring og internkontroll
- II. Avleggelse av årsregnskapet
- III. Spesielt om enkelte regnskapsposter

Selv om revisors brev først er mottatt i september har forholdene som omtales vært kjente, og det er jobbet med forbedringstiltak gjennom 2011. Nedenfor gis en oversikt over revisors merknader og de forbedringstiltak som det er arbeides med

I. Interrimsrevisjon – Fokus på foretaksstyring og internkontroll

| Anbefaling fra revisor | | Tiltak i foretaket |
|------------------------|--|--|
| 1. | Et dokumentert og avklart ansvarsforhold mellom regnskap og klinikkene i forhold til dokumentasjon og oppfølging av de månedlige inntekts- og kostnadsperiodiseringene. | En overordnet rolleavklaring mellom stab, klinikk og OSS Regnskap er utarbeidet i samarbeid med alle klinikker og arkivert i eHåndbok som en nivå 1-instruks ”Roller og ansvar i forbindelse med periodeslutt og rapportering”. |
| 2. | Skriftlige og enhetlige rutiner for lønn, innkjøp, driftsmidler, inntekter og øremerkede midler på tvers av alle klinikker og avdelinger, inkludert beskrivelse av nøkkelkontroller, arbeidsdeling og overvåking av kontrollene. | Hver klinikk har utarbeidet en sjekklister for eget ansvarsområde til bruk ved månedsrapportering. Denne skal fortløpende vedlikeholdes og kobles med gjeldende rutiner og retningslinjer for den enkelte aktivitet. Regnskap har også detaljerte sjekklister for overordnet kontroll av regnskapet. |

| | | |
|----|---|--|
| 3. | Enhetlige rutiner og systemer for dokumentasjon av avstemminger og analyser av regnskapsposter. | Regnskap utarbeider "Regnskapsregler", et dokument som beskriver dokumentasjonskrav, kontobruk og gjeldende retningslinjer ved månedsrapportering. Oppdatert versjon av denne sendes til klinikkene i forkant av hver månedsrapportering, sammen med tidsfrister og detaljert rapporteringsplan. |
|----|---|--|

II. Avleggelse av årsregnskapet

| Anbefaling fra revisor | | Tiltak i foretaket |
|-------------------------------|---|---|
| 1. | Revisor anbefaler at avstemminger og annen dokumentasjon kvalitetssikres før revisjonen starter | <p>Regnskap har gjennom 2011 hatt regnskapsmøter med et utvalg av klinikker etter hver månedsrapportering. Dette er med på å skape en tettere forståelse for hvilke dokumentasjonskrav som foreligger pr 31.12. og har bidratt til en kompetanseoverføring på områder som var mangelfulle.</p> <p>I tillegg til rolleavklaringen, (ref del I, anbefaling 1) har dette bidratt til en tydeligere arbeidsfordeling. I forkant av oppstart revisjon 2011 går regnskap gjennom og kvalitetssikrer/gjør nødvendige avklaringer mot klinikk, for å sikre at nødvendig dokumentasjon foreligger til rett tid slik at revisjonen kan gjennomføres i henhold til plan.</p> <p>Foretaket har gitt revisor tilbakemeldinger på det som ble oppfattet som en for generell bestilling ved oppstart av revisjonen for 2010. Det har vært en dialog mellom regnskap og revisor for å få en bedre planlegging av gjennomføringen av årsoppgjørprosessen for 2011.</p> |
| 2. | Revisor anbefaler at arbeidsdelingen mellom regnskap og klinikkene tydeliggjøres | Se del I pkt 1. |

III. Spesielt om enkelte regnskapsposter

Revisor har kommentert enkelte regnskapsposter. I tabellen under redegjøres for foretakets tiltak/vurdering på de punkter som krever oppfølging.

| Kommentar fra revisor | | Tiltak / vurdering |
|------------------------------|---|---|
| Driftsmidler | <p>Det var problemer med å få utarbeidet en konsolidert anleggsmiddelnote for den samlede virksomheten.</p> <p>Revisor opplevde at foretaket ikke hadde tilstrekkelig rapporter på kapitaliserte balanseposter under anlegg under utførelse.</p> | <p>Siden fusjon av anleggsregistret fra Aker, Ullevål og Rikshospitalet, har man forsøkt å benytte eksisterende rapporteringssystem FA (anleggsregister) i Oracle. Det har siden våren 2011 vært jobbet med nye rapporter i anleggsregistret, som skal tilpasses et fusjonert OUS. Testkjøring pr 31/7-2011 viser en betydelig bedring i dokumentasjons grunnlag og avstemning.</p> |
| Varelager | <p>Det var mangelfull dokumentasjon på bokført verdi på flere av lagrene. Gjennomføring av varetelling ble ikke gjennomført ifht instruks i alle tilfeller.</p> | <p>2010 var det første året med OUS felles lager, med nye lageransvarlige og forskjellige retningslinjer. Det er i 2011 definert felles retningslinjer og rutiner rundt lagertelling, og samkjørt frister for telling som skal gjennomføres hvert tertial. Det ble gjennomført telling alle lager pr 31/8-2011. Regnskap har nå direkte kontakt med lageransvarlig pr klinikk.</p> |
| Gaver og øremerkede midler | <p>Det har gjennom 2010 vært mangelfull oppfølging og kontroll av prosjektregnskaper.</p> <p>Revisor opplever varierende forståelse av rutiner knyttet til behandling av øremerkede midler.</p> <p>Svakheter i rutiner knyttet til overvåking av prosesser knyttet til øremerkede midler.</p> | <p>Regnskap har i 2011 i tillegg til fortløpende opprydning, gjennomført flere tiltak som i sum skal bedre fokus og felles forståelse for dette omfattende området. Det kan nevnes: LIS rapporter med alle detaljer og oppdatert prosjektsaldo på intranett. Klinikk organisering med prosjekt ansvarlig/koordinator. Regnskap har ryddet gavetilskudd i henhold til nye NRS retningslinjer. Regnskap har ryddet mindre prosjektsaldo for alle klinikker. Regnskap har satt på ressurser og jobber fortløpende med større prosjekt saldo i samråd med klinikk, som fortsatt har resultatansvar for egne prosjekt.</p> |

| | | |
|-----------|--|---|
| Inntekter | <p>Vanskeligheter med å henføre DRG-inntekter korrekt til de enkelte klinikker løpende gjennom året.</p> <p>Ikke mottatt tilfredsstillende avstemminger og forklaringer på de enkelte inntektspostene i form av avtaler eller annet kvalifiserbart underlag.</p> | <p>Gjennom dokumenter og møter med klinikk, er det presisert at resultat- og analyseansvaret for inntektene ligger på klinikk. I tillegg har regnskap ansatt (22/9) en inntektscontroller, som sammen med klinikk skal bidra til felles forståelse på overordnede avvik på inntektsområdet og ikke minst inn mot sentrale poster.</p> <p>For noen klinikker bidrar usikkerhet om intern DRG-fordeling til ulik forståelsen av det samlede resultatet. Det arbeides med å gjennomføre en enhetlig registreringspraksis i hele foretaket.</p> |
| Lønn | <p>Revisor opplevde i flere tilfeller at oppgavefordeling og grensesnitt gjerne er definert i inngåtte leveranseavtaler, men at ansvaret og den praktiske oppfølgingen kan være uklar. Grensesnitt og ansvarsdeling mellom Sykehuspartner og OUS bør gjennomgås.</p> | <p>På området som ble avdekket rundt Sykehuspartners manglende oppfølging av sykelønnsrefusjoner, har det vært en tett dialog med SP, OUS og NAV gjennom hele 2011. Det er fortsatt store beløp fra tidligere år som ikke er innbetalt, noe som SP og Nav jobber med og som OUS fortløpende vurderer som en regnskapsmessig tapsavsetning.</p> |
| Innkjøp | <p>Tre forskjellige fakturabehandlingssystemer gjør det vanskelig å overvåke innkjøpsprosessen og nøkkelkontrollen med korrekt attestant og anviser overholdes. Revisor anbefaler at det innføres beløpsgrenser i systemet som velges for det fusjonerte foretaket.</p> <p>Det er avdekket flere brudd på protokollføring i forbindelse med offentlige anskaffelser.</p> | <p>OUS har startet prosjektet felles fakturaløsning som innebærer at OUS får et system når dette implementeres i Q1 eller Q2 i 2012. Prosjektet har måttet vente på oppstart i forhold til avgjørelsen rundt avvikling av NPSS fra HSØ.</p> <p><u>Foretaket har følgende nivå-1 prosedyrer innenfor innkjøpsområdet:</u></p> <p>1) Bestilling av varer og tjenester fra eksterne leverandører, hvor formålet med prosedyren er å sikre god intern kontroll, at fullmaktstrukturen blir fulgt, at etiske retningslinjer for innkjøp og</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>leverandørkontakt i Helse Sør-Øst etterleves, samt å unngå brudd på inngåtte rammeavtaler</p> <p>2) Saksbehandling anskaffelser mindre enn 500.000 eks mva, hvor hensikten med prosedyren er bla å sikre enhetlig gjennomføring av anskaffelser under 500.000 eks. mva, å sikre sporbar dokumentasjon for disse anskaffelser, og å sikre at det føres anskaffelsesprotokoll for alle anskaffelser over 100.000 eks. mva.</p> <p>3) Innkjøpsdefinisjoner: som blant annet omtaler bruk av kjøpsprotokoll og oppsummerer anskaffelsesprosedyrer iht. gitte terskelverdier</p> |
|--|--|--|

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

| | |
|----------------|--|
| Dato møte: | 27. oktober 2011 |
| Saksbehandler: | Viseadministrerende direktør økonomi og finans |
| Vedlegg | Områdeplan IKT Oslo universitetssykehus HF Perioden 2011-2015 |

**SAK 116/2011 BESLUTNINGSSAK
OMRÅDEPLAN IKT**

FORSLAG TIL VEDTAK:

- 1. Styret konstaterer at integrasjonen i Oslo universitetssykehus HF er vesentlig hemmet av manglende gjennomgående IKT-løsninger. Styret understreker viktigheten av at Oslo universitetssykehus HF får etablere og videreutvikle IKT-løsninger som understøtter samordning, samorganisering og samlokalisering på tvers av helseforetaket og bidrar til effektiv og kvalitativ god drift.*
- 2. Styret gir sin tilslutning til følgende mål for foretakets områdeplan for IKT for årene 2011-2015:*
 - 1. Stabil og forsvarlig drift, samt oppfølging av myndighetspålegg*
 - 2. Understøttelse av omstillingsprosessen*
 - 3. Innføring av regionale tjenester i samsvar med foretakets faktiske behov*
 - 4. Videre digitalisering av dokumentasjon og arbeidsprosesser samt understøttelse av OUS spesialoppgaver*
- 3. Styret vedtar forslaget til områdeplan for IKT.*

Oslo, den 20. oktober 2011

Jan Eirik Thoresen

1. Sammendrag

Oslo universitetssykehus HF er i oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF bedt om å utarbeide en områdeplan for IKT. Planen skal styrebehandles.

Med utgangspunkt i den regionale langtidsplanen og behovene fra omstillingsprosessen i helseforetaket har Oslo universitetssykehus HF utarbeidet vedlagte Områdeplan IKT for 2011 – 2015.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør vil understreke de store utfordringene Oslo universitetssykehus HF står overfor på IKT-siden. Et gjennomgående trekk er at de tre tidligere helseforetakene Aker universitetssykehus, Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus hadde ulike systemer for å dekke samme funksjonalitet. For at Oslo universitetssykehus HF skal fungere som et foretak er det behov for store satsninger på felles IKT-løsninger. Omstillingsprosessen som følger av fusjonen legger sterke føringer for utformingen av områdeplanen. Mange av omstillingsaktivitetene, herunder særlig flyttinger for å samle dubliserte funksjoner, er avhengige av at IKT-løsninger er på plass. Spesielt er det nødvendig å sikre en felles basis infrastruktur, et felles klinisk informasjonsgrunnlag og felles administrative løsninger. Forsinkelsene i etableringen av et felles klinisk informasjonsgrunnlag som følge av avbestillingen av klinisk arbeidsflate, og det faktum at det ikke er etablert en felles plattform for hele Oslo universitetssykehus HF, gjør at omstillingsprosessen i klinikkene og omstillingsaktivitetene innenfor IKT ikke lenger er godt nok synkronisert. Dette gir økt kompleksitet for omstillingsprosessen i klinikkene, krever ekstra ressurser til drift av midlertidige løsninger og fordyrer hele omstillingen. I verste fall kan det føre til at viktige deler av omstillingsprosessen stopper opp eller blir vesentlig forsinket.

Administrerende direktør vurderer at Områdeplan IKT for 2011 – 2015 gir et godt uttrykk for sykehusets IKT-utfordringer, og således viser de viktigste investeringsbehovene i perioden. Administrerende direktør foreslår at områdeplanen vedtas av styret slik den nå foreligger.

2.3. Faktabeskrivelse

Helse Sør-Øst RHF vedtok regional ”Langtidsplan med strategiske føringer for IKT-området” den 16. desember 2010 (Sak 88/2010). Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok da blant annet (pkt 7):

”Styret ber administrerende direktør med utgangspunkt i Langtidsplan IKT 2011-2014 gi helseforetakene i oppdrag å utvikle og styrebehandle områdevisse IKT-planer”

På foretaksmøtet 3. februar 2011 mottok Oslo universitetssykehus HF ”Oppdrag og bestilling 2011 for Oslo universitetssykehus HF” hvor det blant annet står:

”Helseforetakene skal bidra til utvikling og innføring av IKT-tjenester i samsvar med Langtidsplan IKT herunder bidra til standardisering og samhandling i tråd med nasjonale og regionale føringer. Helseforetakene skal med utgangspunkt i Langtidsplan IKT utvikle og styrebehandle egen områdeplan for IKT iht. regionale koordinerte føringer for dette arbeidet.”

Med utgangspunkt i den regionale langtidsplanen og behovene fra omstillingsprosessen i helseforetaket, har Oslo universitetssykehus HF utarbeidet et forslag til Områdeplan IKT for 2011 – 2015. Områdeplanen konkretiserer hvilke resultatmål innenfor IKT-området som sykehuset ønsker å oppnå i perioden og vil av Helse Sør-Øst RHF bli behandlet som et grunnlag for regionale investeringsplaner i samme periode.

Det er lagt fire hovedprinsipper, i prioritert rekkefølge, til grunn for arbeidet med planene:

1. Stabil og forsvarlig drift, samt myndighetspålegg
2. Understøttelse av omstillingsprosessen
3. Innføring av regionale tjenester i samsvar med foretakets faktiske behov
4. Videre digitalisering av dokumentasjon og arbeidsprosesser samt understøttelse av Oslo universitetssykehus HF spesialoppgaver.

Med bakgrunn i hovedprinsippene er det utarbeidet en tiltaksplan, som beskriver prioriterte tiltak med tilhørende kostnads- og eventuelle gevinstestimer, der disse lar seg allokere direkte til et konkret tiltak. Tiltakene er prioritert ut fra en vurdering av hvilket omfang som vil la seg gjennomføre med tanke på den tilgjengelige kapasiteten i IKT-organisasjonene i Oslo universitetssykehus HF og Sykehuspartner. Det er valgt å gi uttrykk for et realistisk behov i helseforetaket, og planen er ikke holdt opp mot forventet tilgjengelig investeringskapital.

De samlede økonomiske konsekvensene ved å gjennomføre Områdeplan IKT er vurdert, og foreløpige estimer fremkommer i tabellen under. Tallene inkluderer kun direkte investeringskostnader til prosjektene, ikke reinvesteringer, tiltak på IKT-plattform og fellesregionale prosjekter. Disse IKT-satsingene forutsettes styrt og finansiert sentralt. Spesifikt er etableringen av en felles IKT-plattform for det fusjonerte foretaket et kritisk tiltak som håndteres regionalt, og er derfor ikke er tatt med i tabellen.

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| Investeringsmidler til prosjektene | 170 000 | 200 000 | 160 000 | 170 000 | 160 000 |
| Driftsmidler til prosjektgjennomføringen | 50 000 | 50 000 | 50 000 | 30 000 | 15 000 |
| Endret tjenestepris (driftssatt tjeneste*) | | 34 100 | 50 600 | 75 000 | 129 500 |

Alle tall i hele 1000

*) Tall mottatt fra RHF/SP (Innspill IKT Områdeplan fra RHF-SP 7mai 2011). For tjenestepris er det gjort et forsøk på å ta hensyn til tjenester som erstattes eller bortfaller når ny tjeneste etableres slik at raden kun viser endringene.

Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF

Perioden 2011 - 2015

GODKJENT AV:

| Navn | Rolle | Stilling | Dato |
|--------------------|-------|-------------------------------|------------------|
| Jan Eirik Thoresen | | Kst. administrerende direktør | 14. oktober 2011 |

INNHOLDSFORTEGNELSE

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | FORMÅL | 4 |
| 2 | BAKGRUNN | 4 |
| 2.1 | REGIONAL LANGTIDSPLAN IKT | 4 |
| 2.2 | REGIONALE MÅLBILDER INNEN IKT TIL 2020 | 5 |
| 3 | IKT-UTFORDRINGER FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF | 8 |
| 4 | PRIORITERTE AKTIVITETER FREM TIL 2015 | 12 |
| 4.1 | STABIL OG FORSVARLIG DRIFT, SAMT MYNDIGHETSPÅLEGG | 14 |
| 4.2 | UNDERSTØTTELSE AV OMSTILLINGSPROSESSEN..... | 16 |
| 4.3 | INNFØRING AV REGIONALE TJENESTER I SAMSVAR MED FORETAKETS FAKTISKE BEHOV | 20 |
| 4.4 | VIDERE DIGITALISERING AV DOKUMENTASJON OG ARBEIDSPROSESSER SAMT UNDERSTØTTELSE AV OUS SPESIALOPPGAVER | 22 |
| 5 | SAMLET OVERSIKT OVER ØKONOMISKE KONSEKVENSER | 26 |
| 6 | SAMLET OVERSIKT OVER PLANLAGTE GEVINSTUTTAK | 26 |
| 7 | TILTAK FOR Å SIKRE GEVINSTUTTAK | 27 |
| 8 | RISIKOER SOM KAN HINDRE IKT I Å UNDERSTØTTE OMSTILLINGSPROSESSEN I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS | 27 |
| | Vedlegg 1: Samlet oversikt over økonomiske konsekvenser | 27 |

ENDRINGSLOGG

| Versjon | Dato | Kapittel | Endring | Produsent | Godkjent av |
|---------|------------|----------|---|-----------------|-------------|
| 0.1 | 16.2.2011 | Alle | Opprettelse av mal dokumentet | Terje Wistner | |
| 0.11 | 28.3.2011 | 6 og 7 | Justering av mal ift oppsett av investeringer og gevinster for prosjekt og HF | Oddbjørn Almaas | |
| 0.2 | 19.7.2011 | Alle | Oslo universitetssykehus bearbeidet | Sissel Jor | |
| 0.3 | 02.09.2011 | Alle | Bearbeidet i IKT-andedlingen | Arne Husebo | |
| 0.9 | 30.09.2011 | 4 | Justert i forhold til tilbakemeldinger fra klinikkene | Arne Husebo | |
| 1.0 | 11.10.2011 | 1,3 og 8 | Justert i forhold til tilbakemeldinger fra klinikkledermøtet i Oslo universitetssykehus | Arne Husebo | |

REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Her kan det settes inn referanser til andre dokumenter som for eksempel regional langtidspan, HF strategidokument, handlingsplan eller liknende.

| Nr. | Dokumentnavn | Dok.id | Versjon | Arkiv | Dato |
|-----|---|--------|---------|-------|---------------|
| | Prosjektrapport - Prosjekt for Felles klinisk informasjonsgrunnlag Oslo universitetssykehus | | | | 12. juni 2009 |
| | Langtidspan med strategiske føringer for IKT området (Helse Sør-Øst RHF) | | 1.0 | | |

1 FORMÅL

Områdeplan for Oslo universitetssykehus HF for perioden 2011 – 2015 konkretiserer hvilke resultatmål innenfor IKT-området som sykehuset vil oppnå i perioden. Det er lagt fire hovedprinsipper eller strategiske føringer til grunn for arbeidet med planene:

- Stabil og forsvarlig drift, samt myndighetspålegg
- Understøttelse av omstillingsprosessen
- Innføring av regionale tjenester i samsvar med foretakets faktiske behov
- Videre digitalisering av dokumentasjon og arbeidsprosesser samt understøttelse av OUS spesialoppgaver

Omstillingsplanen for å realisere fusjonen for Oslo universitetssykehus er basert på 5 hovedmilepæler, kalt Dag1 - Dag5. Planen bygger på at utviklingen blir støttet av at også IKT-løsningene ferdigstilles til å møte de kravene som de forskjellige stegene i omstillingen krever. Utfordringene knyttet til kompleksitet, kostnader og ressursbruk er blitt vesentlig større etter at det ikke lyktes å etablere et felles klinisk informasjonsgrunnlag basert på KA. Områdeplan IKT 2011-2015 er en plan som i størst mulig grad legger til rette for fusjonsprosessen. Gjennomføringen av planen er avhengig av nødvendige prioriteringer og beslutninger så vel ved Oslo universitetssykehus som ved Helse Sør-Øst RHF og i Sykehuspartner.

Planen vil være grunnlag til budsjettprosesser i Oslo universitetssykehus. Planen vil også legge grunnlag for kommunikasjonen med Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner om Oslo universitetssykehus sine planer og behov i perioden.

2 BAKGRUNN

2.1 Regional Langtidsplan IKT

Spesialisthelsetjenesten blir stadig mer avhengig av IKT for å nå sine mål i omstilling og modernisering av helsevesenet, og Helse Sør-Øst har med bakgrunn i dette etablert en langtidsplan med strategiske føringer for IKT-området, jmf. vedtakspunkt 4 i styresak 094-2009.

Følgende styrevedtak vedrørende regional langtidsplan IKT ble enstemmig vedtatt i HSØ RHF styresak 088-2010:

1. Styret slutter seg til at Langtidsplan IKT 2011-2014 legges til grunn for det videre arbeidet med utvikling av IKT i Helse Sør-Øst.
2. Styret understreker behovet for at utviklingen og prioriteringen innen IKT bidrar til realisering av bedre samhandling, styrket pasientsikkerhet og understøtter integrasjonsprosessene i de nye sykehusområdene i tråd med prioriteringskriteriene redegjort for i saken
3. Administrerende direktør gis fullmakt til å prioritere regionale budsjettmidler for IKT 2011 i tråd med føringene i Langtidsplan IKT 2011-2014 og i tråd med vedtak i sak 075 2010 mål og budsjett – herunder fullmakt til å omprioritere ytterligere midler til investeringen innen IKT.
4. Styret understreker behovet for økt standardisering innen IKT nasjonalt og regionalt, og ber administrerende direktør sørge for at krav til standardisering legges til grunn regionalt og nasjonalt der det er lagt til rette for det.
5. Styret forutsetter at hovedreglen for videre regional utvikling skjer gjennom fellesregionale prosjekter med strenge krav til standardisering i tråd med styresak 107-2008 og 075-2010, at

- helseforetakene kun unntaksvis, og etter dialog med og føringer fra det regionale helseforetaket, kan iverksette og finansiere IKT-prosjekter utenom fellesregional portefølje.
6. Styret ber administrerende direktør sørge for at det i foretaksgruppen jobbes systematisk med gevinstrealisering ved innføring av ny teknologi, herunder organisasjonsutvikling og endring av arbeidsprosesser, og at det utarbeides indikatorer og måltall som følges opp gjennom tertialrapporteringen for hele prosjektporteføljen.
 7. Styret ber administrerende direktør med utgangspunkt i Langtidsplan IKT 2011-2014 gi helseforetakene i oppdrag å utvikle og styrebehandle områdevis IKT-planer.

2.2 Regionale målbilder innen IKT til 2020

Helse Sør-Øst har angitt virksomhetsmål innen seks hovedområder, og det er utarbeidet IKT målbilder frem til 2020 med bakgrunn i disse. Målbildene illustrerer ambisjonsnivået for utvikling av felles tjenester, samt standardisering og konsolidering innen IKT. De skal samtidig understøtte behovene for IKT-utvikling med bakgrunn i de nasjonale ambisjonene som er utarbeidet i forbindelse med samhandlingsreformen. Dette innebærer et sterkere fokus på elektroniske løsninger som legger til rette for samhandling mellom ulike behandlingsnivåer, samt økt samhandling med pasienter og pårørende. Målbildene understøtter de respektive virksomhetsmålene i Helse Sør-Øst og illustreres som følger:

Målbilde 1: Pasientbehandling

- For å tilrettelegge for et helhetlig pasientforløp har Helse Sør-Øst vært en pådriver for utvikling og implementering av prosessstøttende elektroniske pasient- og journalløsninger. Det betyr at all nødvendig klinisk informasjon følger pasienten gjennom hele behandlingsforløpet (fra hjem til hjem inkl. prehospitaltjenester). I tillegg sørger de elektroniske løsningene for at helsepersonell får god og effektiv støtte til sin utøvelse av diagnostikk og pasientbehandling. Journalopplysningene er etablert med en enhetlig og strukturert form. Løsningene støtter også behandlingslinjer på tvers av ulike foretak.
- Helseforetakene og avtalespesialistene benytter seg av nasjonalt etablerte eHelse-tjenester (herunder meldingsløft, en helhetlig tilnærming til eResept, kjernejournal, nødnett, helseportal, løsninger for kvalitetsregister) der Helse Sør-Øst har vært en aktiv bidragsyter i utviklingen.
- IKT-tjenester er utviklet for å styrke informasjon og opplæringsmaterieell til pasienter og pårørende, og løsninger for å styrke dialogen mellom pasienter og spesialisthelsetjenesten er tatt i bruk.
- All bruk av papir til dokumentasjon og informasjonsutveksling er slutt.

Målbilde 2: Forskning

- En felles infrastruktur for forskningsmiljøene som sikrer Helse Sør-Øst grunnlaget for raske vitenskapelige og teknologiske fremskritt er etablert og tatt i bruk. Dette skaper muligheter for kunnskapsbasert innovasjon og forskning regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Herunder er det etablert forskningsadministrative løsninger, samhandlingsverktøy og effektiv elektronisk samhandling med eksterne forsknings- og universitetsmiljøer.
- For å støtte prioritert forskning, har Helse Sør-Øst lagt til rette for samarbeid, gjenbruk av informasjon og forenkling som vil spare tid, ressurser og kostnader for forskningen. Herunder er det etablert elektronisk støtte til forskningsdatabaser og kvalitetsregistre.

- For å bidra til å sikre god kvalitet på forskning, har Helse Sør-Øst knyttet fangst, strukturering og tilgjengeliggjøring av kliniske data inn i en helhetlig informasjonsstruktur. Herunder er det etablert en arkitektur for kliniske datavarehus i en helhetlig struktur også opp mot biobanker.

Målbilde 3: Kunnskapsutvikling og god praksis

- Strukturert informasjonsforvaltning bidrar til at Helse Sør-Øst gir helsepersonell og beslutningstakere riktig informasjon til riktig tid.
- Kliniske løsninger gir god prosessstøtte, herunder til realisering av behandlingslinjer og tilrettelegging for helhetlige pasientforløp og effektiv pasientlogistikk.
- Kliniske resultater måles systematisk og blir gjort tilgjengelig for beslutningstagere og helsepersonell, fastleger, pasienter og pårørende for læring og bruk i klinisk praksis. Herunder gis det kontinuerlig og oppdaterte aggregerte opplysninger fra kvalitetsregistrene til bruk for beslutningsstøtte i klinikken. Pasienter har tilgang til egne pasientopplysninger, ut over kjernejournal
- Klinikere har direkte tilgang til oppdatert og faktabasert kunnskap i sin daglige digitale arbeidsflate slik at denne kunnskapen kan brukes i de løpende daglige beslutninger i forhold til diagnostikk og behandling.
- Behandlingslinjer og fagprosedyrer er gjort tilgjengelig for fagmiljøer, pasienter og pårørende via internett for å tilrettelegge for maksimal kunnskapsdeling.

Målbilde 4: Organisering og utvikling av fellestjenester

- Helse Sør-Øst har innført nasjonale fellesløsninger for stab og støtte og etablert tilhørende fellestjenester i Sykehuspartner.
- Gjennom en samlet og helhetlig drift og forvaltning av IKT i Sykehuspartner, har Helse Sør-Øst oppnådd den kostnadsreduksjonen og høynede kvalitet på IKT-leveransene, som ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst ved etableringen av en felles tjenesteleverandør. Driftsmiljøer og leveranseprosesser er i økende grad blitt standardisert.
- Sykehuspartner distribuerer nasjonale tjenester som er driftet av Norsk helsenett eller andre regioner, og selv satt i stand til å påta seg tilsvarende nasjonale oppgaver.
- Det er lagt til rette for et fellesregionalt arbeid med standardisering og forvaltning av termer, begreper, kodeverk, definisjoner med mer, som understøtter internasjonal, nasjonal og regional samordning. Dette har bidratt til bedre samhandling i sektoren.

Målbilde 5: Mobilisering av medarbeidere og ledere

- Helse Sør-Øst har etablert støtteverktøy for en systematisk leder- og medarbeideroppfølging i foretaksgruppen.
- Sammenlignbare indikatorer som er knyttet til HMS, ressursstyring, arbeidsplanlegging og kompetanseutvikling er tilgjengelig for ledere i foretaksgruppen.

- Prosesstøtte til endringsledelse og organisasjonsutvikling inngår som en integrert del av alle større systemimplementeringer, og i virksomheten for øvrig.

Målbilde 6: Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

- Helse Sør-Øst har sikret god beslutningsstøtte gjennom en helhetlig virksomhetsstyring innenfor alle de seks innsatsområdene.
- Gjennom utvikling og standardisering av IKT-løsninger i foretaksgruppen, og effektivisering av tilhørende arbeidsprosesser, er de relative driftskostnadene vesentlig redusert i forhold til situasjonen i 2010.
- Felles regional porteføljestyring er etablert som et effektivt verktøy for prioritering og styring av utviklingen av ønskede fellestjenester innenfor det aksepterte risikobildet og de gitte økonomiske rammer. Det er etablert ytterligere regionale fellestjenester innen IKT. Variansen i systemlandskapet er gjennom dette vesentlig redusert i forhold til tidligere år.

3 IKT-UTFORDRINGER FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Oslo universitetssykehus HF ble etablert 1. januar 2009 og omfatter tidligere Rikshospitalet HF, Radiumhospitalet HF, Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF. Innenfor IKT hadde sykehusene stort sett to eller flere forskjellige systemer innenfor det samme funksjonelle området. For å realisere alle de mål som lå til grunn for fusjonen, er det definert et omstillingsløp som går over mange år. Kompleksiteten i denne fusjonsprosessen er stor. Den berører over 20 000 ansatte, og behandlingstilbudet varierer fra lokalsykehusfunksjoner med stort pasientvolum til spesialiserte nasjonale funksjoner med lite pasientvolum. I tillegg er det fusjonerte sykehuset fordelt på mange geografiske lokasjoner.

Omstillingsprosessen som følger av fusjonen legger derfor sterke føringer for utformingen av områdeplanen. Mange av omstillingsaktivitetene er avhengige av at IKT-løsninger er på plass, og spesielt er det nødvendig å sikre en felles basis infrastruktur, et felles klinisk informasjonsgrunnlag og felles administrative løsninger. Forsinkelsene i etableringen av et felles klinisk informasjonsgrunnlag og at det ikke er etablert en felles plattform for hele Oslo universitetssykehus, gjør at omstillingsprosessene i klinikkene og omstillingsaktivitetene innenfor IKT ikke lenger er synkronisert. Dette gir økt kompleksitet for omstillingsprosessene i klinikkene, krever ekstra ressurser i drift av midlertidige løsninger og fordyrer hele omstillingen. I verste fall kan det føre til at omstillingsprosessen i praksis stopper opp.

Man har valgt å strukturere områdeplanen etter følgende fire prioriteringsnivåer:

1. Stabil og forsvarlig drift, samt myndighetspålegg
2. Understøttelse av omstillingsprosessen
3. Innføring av regionale tjenester
4. Videre digitalisering av informasjon og arbeidsprosesser, samt understøttelse av OUS' spesialoppgaver

Stabil og forsvarlig drift, samt myndighetspålegg

Et hovedmål for alle IKT-leveranser er at de skal sikre stabil og forsvarlig drift i pasientbehandlingen, og dermed bidra til god pasientsikkerhet. Dette må håndteres samtidig som ulike systemer konsolideres. En vesentlig forutsetning for full konsolidering er at foretaket er på felles teknologiplattform, noe som ikke er tilfellet i dag. I tillegg er det en forutsetning at den plattformen foretaket befinner seg på, er skalerbar og i en forfatning som tillater økt volum på eksisterende tjenester og gjør det mulig å motta nye tjenester – herunder fellestjenester.

Oslo universitetssykehus må sikre at tjenestene leveres med tilstrekkelig kvalitet, selv om ansvaret for stabil og forsvarlig drift i stor grad er overført til Sykehuspartner. Arbeidet med tjenesteavtaler med Sykehuspartner må prioriteres og videreføres slik at helseforetaket får en forutsigbar kvalitet og økonomi knyttet til de tjenestene som leveres derfra. Dette omfatter blant annet rutiner for måling og rapportering av leveranser med utgangspunkt i fastsatte mål- og resultatkrav, risikovurderinger knyttet til fremtidig levering av tjenestene, inkludert informasjonssikkerhet, og oversikt over systemer som må eller bør skiftes i neste planperiode.

Endrede krav til applikasjonsporføljen som er knyttet til endret bruk/endrede behov eller understøttelse av myndighetskrav må følges opp av Oslo universitetssykehus. Vanligvis vil dette omfatte en gjennomgang av krav, valg av løsning, prioritering, gjennomføring og konkludering av sikkerhetsmessig risikovurdering, deltagelse i regionale prosjekt og gjennomføring av prosjekt i egen organisasjon.

Understøttelse av omstillingsprosessen

For Oslo universitetssykehus er omstillingen i forbindelse med fusjonen den største og viktigste pådriveren for prosjektene. Så langt der er hensiktsmessig søkes det å finne løsninger gjennom regionale initiativ og prosjekter, men det vil også være tiltak som må håndteres og finansieres av Oslo universitetssykehus i lokale prosjekter. Tiltakene knyttet til omstillingsprosessen vil i denne planperioden legge beslag på mye ressurser og kan deles i tre hovedområder.

Etablering av ett felles klinisk informasjonsgrunnlag i tråd med den tidligere beskrevne strategien er viktig for å understøtte organisasjonsendringer i klinikkene. Dette gjelder både for at den elektroniske informasjonen skal være tilgjengelig når pasienter starter behandlingen et sted og fortsetter behandlingen på et annet sted, og for at all tidligere elektronisk informasjon skal være tilgjengelig når behandlingstilbud som tidligere var spredd nå er samlet i samme foretak. Konsolidering av løsninger innenfor medisinsk service er viktig både for at disse enhetene internt skal kunne gjennomføre egen omstilling, og for at svar skal være tilgjengelig uavhengig av hvor pasienten befinner seg.

Etablering av konsoliderte administrative løsninger er en forutsetning for gode og effektive arbeidsprosesser innen Oslo universitetssykehus. I tillegg til etablering av regionale fellestjenester, omfatter dette harmonisering av lokale løsninger på områder som ikke er omfattet av regional strategi for etablering av fellestjenester og -løsninger. For eksempel vil effektiv planlegging og bruk av personalressurser vanskeliggjøres av at lederne har ansatte i forskjellige personalstyringsystemer og dermed ikke har tilgang til samlede oversikter over alle sine ansatte.

Etablering av en felles IKT basisplattform er organisert som en del av det regionale IKT Plattformprogrammet. Plattformprogrammet er gitt høy prioritet både i regionen og ved Oslo universitetssykehus slik at ikke infrastruktur skal være den største bremseklossen i forhold til faglig standardisering.

I tillegg til det tre hovedområdene, finnes det enkelte avdelings- og fagspesifikke tiltak som en følge av at noen fagområder samlokaliseres innenfor foretaket.

Innføring av regionale tjenester

Oslo universitetssykehus ser at Helse Sør-Øst har lagt stor vekt på standardisering og etablering av fellestjenester innenfor IKT-området. I tråd med strategi og føringer for IKT-tjenester i Helse Sør-Øst, vil OUS innføre regionale IKT-tjenester i tråd med de regionale planene som foreligger, samt egne behov. I tillegg vil det søkes at håndtering av øvrige lokale behov er basert på regionale avtaler.

Spesielt innenfor det administrative området skaper dagens heterogene IKT-plattform ved Oslo universitetssykehus utfordringer for regionale tjenester som allerede er etablert. Sykehuset må vente på at prosjektene skal kunne tilby tjenestene slik at Oslo universitetssykehus kan ta dem i bruk. Behov som er generert av omstillingsprosessen samsvarer ikke alltid med de regionale løsningenes utforming, innhold og utrullingsplan. I situasjoner der det er forhold som kompliserer/forhindrer innføring av en regional tjeneste, eller der det av tidsmessige årsaker er nødvendig å ha en løsning på plass raskere enn den regionale tjenesten kan leveres, vil det være nødvendig for OUS å vurdere kortsiktige eller lokalt tilpassede tiltak. Alle slike behov vil bli håndtert i tett dialog med Helse Sør-Øst.

Oslo universitetssykehus deltar aktivt i flere regionale prosjekter for å etablere regionale tjenester som skal forvaltes teknisk og faglig i felleskap på tvers i foretaksgruppen, for å sikre en samordnet utvikling videre.

Også innenfor forskningsområdet ligger forholdene godt til rette for at det etableres felles tjenester. Både det nære samarbeidet med UiO, og det at mye av forskningen gjøres på tvers av helseforetak og helseforetak/universitet, viser at isolerte løsninger ikke er optimale. Forskningen har behov for felles IKT-løsninger som samtidig må være en samhandlingsarena med UiO.

Behovet for mobile løsninger vil øke, og for eksempel vil utrulling av elektronisk kurve på sengepost være avhengig av trådløst nettverk for effektiv bruk.

Videre digitalisering av informasjon og arbeidsprosesser samt understøttelse av OUS spesialoppgaver

Før etableringen av OUS stod alle de tidligere foretakene midt i prosessen med å digitalisere sine kliniske og administrative arbeidsprosesser. Til tross for alle utfordringene som er knyttet til omstillingene, er de kliniske miljøene opptatt av å få sine behov for elektronisk understøttelse av arbeidsprosessene dekket. For å støtte opp under videre effektivisering og/eller kvalitetsforbedring av arbeidsprosessene, må all dokumentasjon gjøres elektronisk. Oslo universitetssykehus vil, basert på gode kost/nyttevurderinger, planlegge videre arbeid innen dette området.

For mange medisinske fagområder finnes det spesialiserte og effektive løsninger for elektronisk understøttelse av deres arbeid. Erfaringen så langt er dessverre at mange av disse løsningene har begrenset modenhet både med tanke på å kunne dekke flere fagområder og for integrerbarheten mot overgripende kliniske systemer. Det er derfor OUS' vurdering at for å kunne ivareta en effektiv digitalisering av de kliniske fagområdene, vil det i mange tilfeller være hensiktsmessig å gå for enklere løsninger i denne planperioden. Dette vil så danne grunnlag for mer komplette fellestjenester av virksomhetsovergripende eller regional karakter på et senere tidspunkt.

Det er knyttet betydelige merkostnader til å innføre virksomhetsovergripende og regionale løsninger, på grunn av den økte tekniske kompleksiteten og de krevende faglige koordinerings- og standardiseringsprosessene. Ettersom både arbeidsprosesser og tekniske rammebetingelser er forskjellige, er det så langt krevende å ta ut vesentlige synergieffekter utover avtaleetableringen. Det er derfor viktig at riktig prosess for anskaffelse og innføring velges, særlig de som gjelder mindre fagområder eller avdelinger, slik at vi kan unngå unødvendig byråkratisering eller komplisering av tiltak.

Oslo universitetssykehus har også spesielle oppgaver i forbindelse med regionale og nasjonale funksjoner som krever spesialistsystemer på IKT-området, som må ivaretas på best mulig måte. I den forbindelse vil det være behov for løsninger som ikke er felles med andre foretak, men som vil være essensielle for utøvelsen av disse oppgavene. I diskusjoner rundt evt. slike løsninger vil Helse Sør-Øst RHF involveres

Gjennom sin størrelse, sine ressurser og sin sterke forskningstradisjon, har Oslo universitetssykehus et særskilt ansvar for forskning og innovasjon i helsesektoren både regionalt og nasjonalt, og har derfor en tydelig og selvstendig forskningsstrategi. Hvis sykehuset skal opprettholde sin forskningsproduksjon og bli det ledende forskningssykehuset i Norden, er en integrert IKT infrastruktur for forskning nødvendig.

IKT utfordringer for Oslo universitetssykehus HF sett i lys av regional langtidspan

Oslo universitetssykehus støtter regional standardisering og etablering av fellestjenester der det er hensiktsmessig, og ser den regionale langtidspanen som et viktig skritt for å stake opp kursen videre. Det er positivt at sykehusene er blitt involvert i det regionale planarbeidet, og Oslo universitetssykehus ønsker å bidra ved videreutvikling av denne planen.

Langtidsplanen inneholder et målbilde som ville ha ført Helse Sør-Øst (HSØ) i front når det gjelder teknologisk understøttelse av pasientbehandling og forskning. Med hensyn til ambisjonsnivået frem til 2015 synes dette å være ambisiøst sett i lys av det økonomiske handlingsrommet som foreslås. Oslo universitetssykehus vil ha utfordringer med tanke på kapasitet og økonomi til å innføre og ta i bruk alle tjenestene som forventes å skulle realiseres i perioden 2011-2014 iht langtidsplanen, parallelt med de store kravene omstillingen setter til sykehuset.

Oslo universitetssykehus har i denne områdeplanen prøvd å innarbeide både de regionale føringene og de lokale behovene, og ta hensyn til utfordringene vi ser.

Erfaringene fra tidligere prosjekter med etablering av fellesløsninger innenfor det administrative området tilsier en viss forsiktighet da:

- Lav grad av harmonisering av tekniske plattformer til nå har vanskeliggjort en hensiktsmessig tilgjengeliggjøring av fellesløsninger til brukerne lokalt ved Oslo universitetssykehus. Denne problemstillingen forsterkes hvis løsningene inneholder sensitive personopplysninger og de kravene til ivaretagelse av konfidensialitet som følger av dette.
- Etablering, drift og forvaltning av integrasjoner mellom regionale og lokale løsninger innenfor det administrative området har over tid vist seg å være problematisk.
- Etablering av økonomisk bærekraftige regionale fellesløsninger har vist seg krevende å få til.

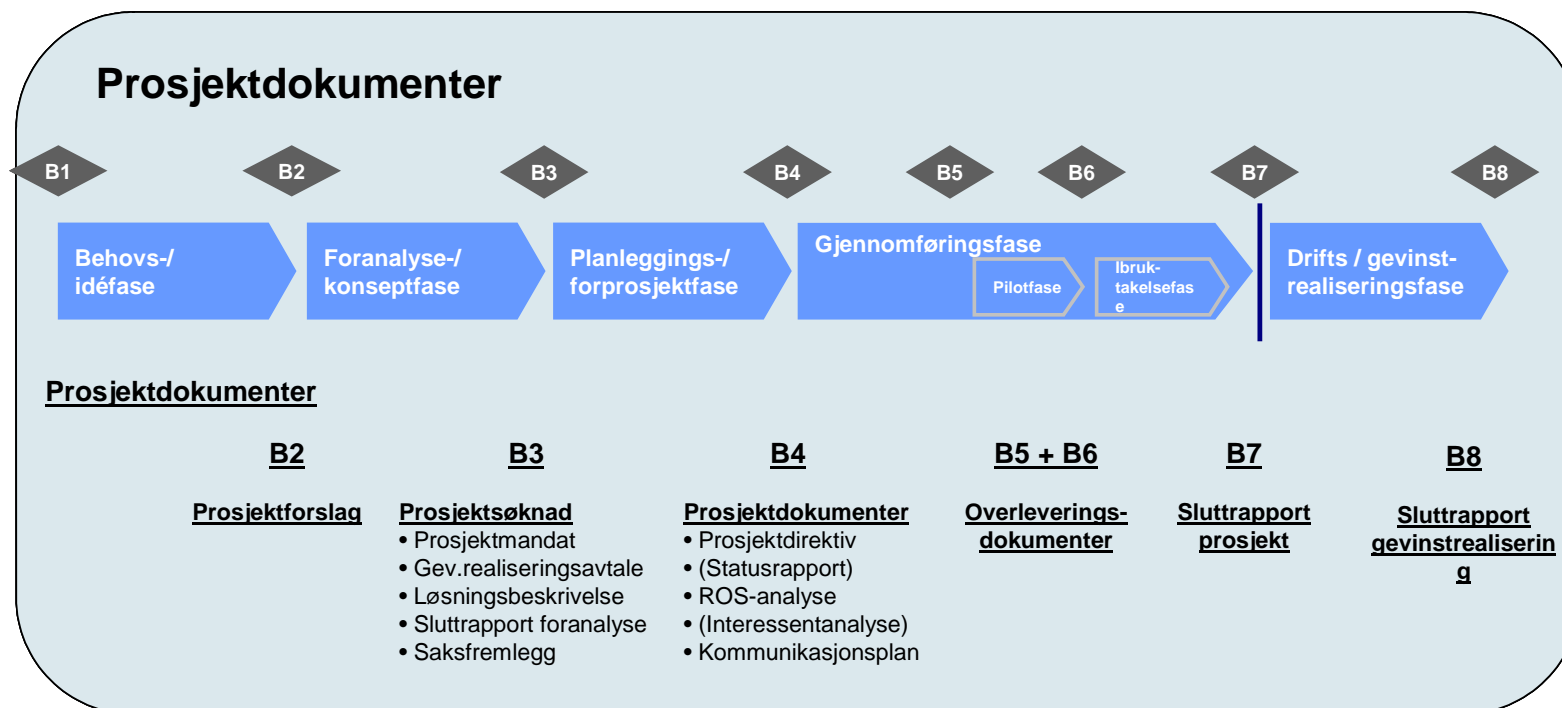
4 PRIORITERTE AKTIVITETER FREM TIL 2015

Sammendrag: Prioriterte prosjekter i 2012


| Prosjekt | Fase i 2012 |
|--|-------------------------|
| Stråleterapisystem | Gjennomføringsfase |
| Elektronisk fødejournal | Gjennomføringsfase |
| Overgang fra BUPdata til DocuLive og PasDoc BUP | Gjennomføringsfase |
| Meldingsløftet Program | Gjennomføringsfase |
| Felles IKT-plattform, Klientplattform | Gjennomføringsfase |
| Felles klinisk informasjonsgrunnlag i OUS | Gjennomføringsfase |
| Felles laboratorie-informasjonssystem (LIMS) i OUS | Gjennomføringsfase |
| Felles RIS og PACS i OUS | Gjennomføringsfase |
| Felles innkjøp/ logistikk-løsning i OUS | Gjennomføringsfase |
| Felles fakturaløsning i OUS | Gjennomføringsfase |
| Innføring av regional løsning for personalressursstyring | Gjennomføringsfase |
| Terminering av utfasede administrative løsninger | Gjennomføringsfase |
| Konsolidere andre administrative løsninger | Foranalyse-/konseptfase |
| Telefoni | Foranalyse-/konseptfase |
| Etablering av felles løsning for håndtering av kvalitetsprosedyrer og styrende dokumentasjon | Gjennomføringsfase |
| Min Journal/ samhandling | Gjennomføringsfase |
| Innføring av regionalt system for PPM (inkl. Clarity) | Gjennomføringsfase |
| eBiobank | Gjennomføringsfase |
| Forskernett Pluss – regional forskningsinfrastruktur | Foranalyse-/konseptfase |
| Elektronisk kurve (Metavision) – Intensiv / operasjon | Gjennomføringsfase |
| Innføring og integrasjon av Vekstjournal | Gjennomføringsfase |
| Konsolidering og integrasjon av system for øye | Foranalyse-/konseptfase |
| Prehospital pasientjournal | Foranalyse-/konseptfase |
| Tilpasning av avvikssystemet ifht internt forbedringsarbeid | Gjennomføringsfase |

Dette kapittelet inneholder prioriterte prosjekter. Innenfor hver gruppe står prosjektene i prioritert rekkefølge.

Helse Sør-Øst's prosjektmodell med de viktigste prosjektdokumentene.



Tabellene under viser to datoer som henspiller på Helse Sør-Øst's prosjektmodell, foranalyse og gjennomføring. Gjennom foranalysen skal alternative løsninger vurderes og anbefalt løsning skal utredes mer i detalj, både prosjektets omfang, kostnader og tid, men også gevinster og totale kostnader til drift og forvaltning av løsningen etterpå. Dette skal dokumenteres i en Foranalyserapport. Årstall for foranalysen indikerer når prosjektet er tenkt gjennomført. Iht. Helse Sør-Øst's prosjektmodell prioriteres prosjektene på bakgrunn av en gjennomført foranalyse og

| | |
|--|--|
|  | Dato: Side: 14 / 27 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan | |

besluttet startet ved beslutningspunkt B3 i modellen over. Prosjektene avsluttes når målene er nådd og sluttrapport levert, beslutningspunkt B7 i modellen.

4.1 Stabil og forsvarlig drift, samt myndighetspålegg

I tillegg til prosjektene i tabellene under vil noen oppgraderinger organiseres som egne prosjekter. Dette avhenger bl.a. av oppgraderingens størrelse, kompleksitet og konsekvenser for brukermiljøet. Det vil da også kunne påløpe investeringskostnader ifbm oppgraderingsprosjekter. Dette kan skje dersom Sykehuspartner definerer oppgraderingen til å ligge utenfor det som kommer inn under ordinær oppgradering og dermed utenfor det som dekkes av reinvesteringer som er tildelt Sykehuspartner.

| Nr | Prosjekt | Prosjektbeskrivelse | For-analyse | Gjennomføring | Annet |
|----|---|---|-------------|---------------|--|
| 1 | Nytt nødnett | <u>Effekt mål:</u> Økt sikkerhet og bedre koordinering og utnyttelse av ressurser både innen helsetjenesten og mellom nødetatene. <u>Resultat mål:</u> Nytt nødnett er tatt i bruk ved OUS | | 2009 - 2012 | Tilfredsstiller myndighetskrav. Iht regional LTP. |
| 2 | Stråleterapisystem | <u>Effekt mål:</u> Nødvendig for stabil drift og opprettholde stråleterapikapasiteten ved OUS. End of support. <u>Resultat mål:</u> Tatt i bruk nytt stråleterapisystem, først ved Radiumhospitalet, deretter SI-HF, SS-HF og Ullevål. | | 2011 - 2013 | Regionalt prosjekt i gjennomføringsfasen. Iht regional LTP. |
| 3 | Digital diktering - Oppgradere gammel DICOM til Speechmax | <u>Effekt mål:</u> Nødvendig for stabil drift. End of support. <u>Resultat mål:</u> SpeechMax er innført i hele sykehuset | | 2011 | Prioritert gjennomført med lokale investeringsmidler i 2011. |

| Nr | Prosjekt | Prosjektbeskrivelse | For-analyse | Gjen-nom-føring | Annet |
|----|--|---|-------------|-----------------|--|
| 4 | Utvidelse av Nyfødtscreening | <u>Effektmål:</u> Undersøke alle nyfødte i Norge for et utvidet antall sykdommer slik at behandling kan startes tidlig <u>Resultatmål:</u> Alle nyfødte screenes ifht definerte sykdommer | | 2011 | Tilfredsstiller myndighetskrav |
| 5 | Elektronisk fødejournal | <u>Effektmål:</u> Oppfylle krav til OUS: HSØ RHF skal implementere elektronisk innmelding av data til Medisinsk Fødselsregister for alle fødeinstitusjoner i regionen. <u>Resultatmål:</u> Innført en felles elektronisk fødejournal og elektronisk journalsystem for fostermedisin for sykehuset. Rapporterer iht pålagte krav. | | 2012 | Tilfredsstiller myndighetskrav. Iht regional LTP. OUS tilslutter seg regional plan med utrulling ved OUS i 2012. |
| 6 | Overgang fra BUPdata til DocuLive og PasDoc BUP | <u>Effektmål:</u> Nødvendig for å sikre inntekter og stabil drift. End of support. <u>Resultatmål:</u> Implementert og tatt i bruk funksjonalitet som erstatter BUPdata og tilfredsstiller nye krav til rapportering. | | 2012 | Tilfredsstiller myndighetskrav |
| 7 | Meldingsløftet Program <ul style="list-style-type: none"> • laboratorieresvar • radiologisvar • epikrise • henvisning • rekvisisjon | <u>Effektmål:</u> Bedre samhandling <u>Resultatmål:</u> Gamle tjenester flyttet til nytt format og nye meldinger tatt i bruk. | | 2009 – 2015 | Iht regional LTP. Tilfredsstiller myndighetskrav. OUS er aktivt med i Meldingsløftet. OUS har behov for å konsolidere PAS, EPJ, LAB og RIS/PACS før vi vil være i stand til å håndtere meldinger inn til sykehuset. OUS vil ha begrenset innsats på dette tiltaket i planperioden. |

4.2 Understøttelse av omstillingsprosessen

I tillegg til prosjektene i tabellen vil det kunne bli behov for tiltak for understøttelse av løpende forbedringsprosjekter generert av omstillingen. De løpende forbedringsprosjektene er i dag ikke kjent, men antas særlig å komme innenfor områdene økonomi, innkjøp og logistikk samt HR/Personalressursstyring.

| Nr | Prosjekt | Prosjektbeskrivelse | For-analyse | Gjennomføring | Annet |
|----|--|---|-------------|---------------|--|
| 1 | Felles IKT-plattform <ul style="list-style-type: none"> • Klientplattform • Tekn infrastruktur • Trådløst nett • PKI med mer | <p><u>Effekt mål:</u> Standardisert IKT plattform som enklere muliggjør fellestjenester og kommunikasjon på tvers. Kan dra nytte av kvalitets- og effektivitetsgevinster knyttet til standardisering.</p> <p><u>Resultat mål:</u> Regional standard klientplattform implementert ved OUS. Senere mange andre resultatmål.</p> | | 2012 - 2013 | Iht regional LTP. IKT-plattform er nå et regionalt ansvar, Sykehuspartner har gjennomføringsansvar. Standard klientplattform er kritisk for mange av omstillingsaktivitetene ved OUS. Dette er svært høyt prioritert av OUS. Sykehuspartner etablerer tjenestene som tilbys som del av klientplattformen. OUS bidrar med spesifisering av krav til tjenestene. |
| 2 | Felles klinisk informasjonsgrunnlag i OUS | <p><u>Effekt mål:</u> Muliggjøre det mål som er satt for fusjonen.</p> <p><u>Resultat mål:</u> Etablere løsninger som gir brukerne samlet informasjon innenfor PAS/EPJ-området.</p> | | 2010 - 2014 | Prosjektet har som ansvar å etablere felles løsning for å ivareta konsolidert PAS, konsolidert EPJ, samt løsning for oppfølging av svrappporter og visning av radiologiske bilder. Det velges strategi for løsning i samarbeid med HSØ, med tanke på et 7-10 års perspektiv. Prosjektet vil også ivareta mange mindre behov innenfor samme systemportefølje. |
| 3 | Felles laboratorie-informasjonssystem (LIMS) | <p><u>Effekt mål:</u> Ett felles LIMS vil være helt nødvendig for fullverdig konsolidering og integrasjon innen</p> | 2010 | 2011 – 2015 | Behov for regional ramme-/kjøpsavtale. Del av regionalt prosjekt som pågår. For OUS er |

| Nr | Prosjekt | Prosjektbeskrivelse | For-analyse | Gjen-nom-føring | Annet |
|----|---|--|-------------|-----------------|---|
| | i OUS | det enkelte fagområde i laboratoriemedisinen i OUS <u>Resultatmål:</u> Ta i bruk et felles IKT fagsystem for å understøtte laboratorievirksomheten i OUS på tvers av organisasjon, geografi og fagområder. | | | det viktig at det raskt etableres et avtalegrunnlag slik at OUS kan gå til anskaffelse av system og starte konsolidering av systemene for å støtte omstillingen i OUS. |
| 4 | Felles RIS og PACS i OUS | <u>Effekt mål:</u> Etablere felles arbeidsverktøy på tvers av alle lokalisasjoner og muliggjøre fusjonsprosessen ved OUS mhp. Radiologi og nukleærmedisin gjennom å legge til rette for sikrere, raskere og mer kostnadseffektiv samhandling og informasjonsflyt internt i Avdeling for radiologi og nukleærmedisin (ARN) og mellom ARN og klinikkene i sykehuset og eksterne i tråd med intensjoner og mål for etableringen av OUS. <u>Resultatmål:</u> Innføre felles RIS og PACS ved OUS, inkl. konvertering og integrasjoner med mer. | 2011 | 2012 - 2013 | Behov for regional ramme-/kjøpsavtale Del av regionalt prosjekt som pågår. For OUS er det viktig at det raskt etableres et avtalegrunnlag slik at OUS kan gå til anskaffelse av system og starte konsolidering av systemene for å støtte omstillingen i OUS. |
| 5 | Felles innkjøp/ logistikk-løsning i OUS | <u>Effekt mål:</u> Enklere å bestille varer og tjenester. Reduserte utgifter som følge av økt avtaledekning. Bedre kontroll med varekostnadene. <u>Resultatmål:</u> Lisenser til felles løsning er anskaffet. Felles løsning, prosesser og rutiner på innkjøps- og logistikkområdet er etablert. Felles varekataloger i OUS. | 2010 | 2011 - 2013 | Viktig for å støtte omstillingen i OUS. |
| 6 | Felles fakturaløsning i OUS | <u>Effekt mål:</u> Enklere å anwise og attestere fakturaer. Redusert omfang av morarenter. | 2010 | 2011 - 2012 | Viktig for å støtte omstillingen i OUS. Anskaffelse gjort på NPSS |


| Nr | Prosjekt | Prosjektbeskrivelse | For-analyse | Gjen-nom-føring | Annet |
|----|--|--|-------------|-----------------|---|
| | | <u>Resultatmål:</u> Felles løsning, prosesser og rutiner for fakturahåndtering. Økt omfang av mottak og utstedelse av elektroniske fakturaer. | | | |
| 7 | Innføring av regional løsning for personalressursstyring | <u>Effekt mål:</u> Lederne har et felles verktøy for styring av personalressursene, noe som muliggjør bedre ressursstyring i forhold til aktivitet, lover og regler. <u>Resultatmål:</u> Regional løsning for arbeidsplan er tatt i bruk på OUS. | | 2011 - 2012 | Del av regionalt prosjekt som pågår. OUS har tildelt et relativt større beløp i 2011 for å integrere den regionale løsningen mot OUS's øvrige systemer og infrastruktur. Behov for tildeling av investeringsmidler fra OUS også i 2012. |
| 8 | Terminering av utfasede administrative løsninger | <u>Effekt mål:</u> Reduserte kostnader til vedlikehold, drift og forvaltning av løsninger som ikke lenger er i produksjon, men kun brukes til oppslag i historiske data. <u>Resultatmål:</u> Løsninger som ikke lenger er i produksjon, men kun brukes til oppslag, blir fjernet etter at historiske data er ivaretatt i henhold til lover og regler samt forretningsmessige behov. | | 2011 - 2014 | Tilfredsstillende myndighetskrav mht eldre data ved overgang til nye løsninger |
| 9 | Konsolidere andre administrative løsninger | <u>Effekt mål:</u> OSS kan etablere felles prosesser og felles løsninger i hele OUS innenfor berørte områder. Enklere hverdag for brukere av OSS tjenester. <u>Resultatmål:</u> Administrative løsninger som i dag ikke er ensartede internt i OUS, men avhenger av lokasjon, er harmonisert til felles løsninger. | 2011 - 2012 | | Behov for regional ramme-/kjøpsavtale? |
| 10 | Telefoni | <u>Effekt mål:</u> En helhetlig telefoniløsning ved OUS. | 2011 - | | Behov for regional ramme-/kjøpsavtale. Det |

| Nr | Prosjekt | Prosjektbeskrivelse | For-analyse | Gjen-nom-føring | Annet |
|----|--|--|-------------|-----------------|--|
| | | Effektiv bruk av ressursene innenfor telefoniområdet. <u>Resultatmål:</u> Utredning som beskriver alternativer og fremtidig telefoniløsning ved OUS. Tatt i bruk nye løsninger. | 2012 | | er her snakk om gamle og i stor grad utrangerte telefonisentraler hvor bytte bør kunne gjøres som del av reinvesteringen. Prosjekt er organisert hos OSS. |
| 11 | Etablering av felles løsning for håndtering av kvalitetsprosedyrer og styrende dokumentasjon | <u>Effekt mål:</u> Brukerne trenger kun å forholde seg til én løsning for å få tilgang til gjeldende kvalitetsprosedyrer og styrende dokumentasjon. <u>Resultatmål:</u> Det eksisterer én felles løsning for håndtering av kvalitetsprosedyrer i OUS. | 2011 | 2012 - 2013 | |
| 12 | Konsolidering og integrasjon av system for hjerteultralyd | <u>Effekt mål:</u> Konsolidert dagens løsninger i et felles system for hjerteultralyd. <u>Resultatmål:</u> Tatt i bruk felles system for hjerteultralyd | 2013 | | Behov for regional ramme-/kjøpsavtale |
| 13 | Konsolidering og integrasjon av system for EEG | <u>Effekt mål:</u> Konsolidert dagens løsninger i et felles EEG-system. <u>Resultatmål:</u> Tatt i bruk felles EEG-system | 2013 | | Behov for regional ramme-/kjøpsavtale |

4.3 Innføring av regionale tjenester i samsvar med foretakets faktiske behov

| Nr | Prosjekt | Prosjektbeskrivelse | For-analyse | Gjen-nom-føring | Annet |
|----|---|--|-------------|-----------------|---|
| 1 | Min Journal/ samhandling | <p><u>Effekt mål:</u> Pasienter kan kommunisere med spesialisthelsetjenesten elektronisk på nye områder. Pasienten skal ved elektronisk kommunikasjon med helsevesenet kunne benytte seg av en inngangsport for all slik kommunikasjon.</p> <p><u>Resultat mål:</u> Prosjektet vil etablere løsning for sikker elektronisk kommunikasjon mellom pasient og behandlere fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tilgang til elektronisk epikrise fra HSØ sykehusene med DocuLive og DIPS. MinJournal er integrert med HelseNorge.no. Plattform for å tilby tjenester sammen med HelseNorge.no. Enhetlig pålogging til tjenester pasient – helsepersonell og helsepersonell – helsepersonell.</p> | | 2011 - 2012 | Tilfredsstiller myndighetskrav Søker også ekstern finansiering av delaktiviteter |
| 2 | Innføring av regionalt system for PPM (inkl. Clarity) | <p><u>Effekt mål:</u> Bedre oversikt og og mer effektiv styring av prosjektporteføljen. Forenklet regional rapportering. Tilgjengelig prosjektstyringsverktøy for prosjektene.</p> <p><u>Resultat mål:</u> Metodikk og verktøy for prosjekt-, program- og porteføljestyring er tatt i bruk for alle</p> | | 2011 - 2012 | Del av regionalt prosjekt som pågår. |

| Nr | Prosjekt | Prosjektbeskrivelse | For-analyse | Gjen-nom-føring | Annet |
|----|--|--|-------------|-----------------|---|
| | | IKT-prosjekter ved OUS | | | |
| 3 | eBiobank | <u>Effekt mål:</u> Forskere gis forenklet tilgang til oversikt over tilgjengelig materiale. <u>Resultat mål:</u> Klinisk datavarehusløsninger og logistikk-løsninger er iverksatt som gir tilgang til og kontroll med alt biobankmateriale og tilhørende pasientopplysninger. | 2010 | 2011 - 2016 | Iht regional LTP. Behov for regional ramme-/kjøpsavtale. Tilfredsstiller myndighetskrav. Søker også eksternt finansiering av delaktiviteter Erfaringer og gevinster høstes underveis |
| 4 | Forskernett Pluss – regional forskningsinfrastruktur | <u>Effekt mål:</u> Mangler i dag elektronisk støtte for samhandling i prosjekter som går på tvers av institusjoner. Bedre samarbeid mellom forskerne internt og på tvers av institusjoner. Styrke personvern. Lavere programvarekostnader ved bruk av universitetslisenser og OpenSource. <u>Resultat mål:</u> Etablere en felles elektronisk infrastruktur for medisinsk forskning som kan støtte forsknings-samarbeid på tvers av institusjoner, forenkle og effektivisere forskernes arbeid, tilrettelegge for sikkerhet/personvern samt nødvendig fleksibilitet | 2012 | | Samarbeid med UiO Prosjektforslag levert |
| 5 | Innføring av regional sakarkivløsning | <u>Effekt mål:</u> Iht. regional langtidsplan skal OUS få reduserte kostnader til drift og forvaltning av løsningen <u>Resultat mål:</u> Ny felles regional sak- /arkivløsning er innført i hele regionen | | | Del av regionalt prosjekt som pågår. Utsatt pga utfordringer knyttet til heterogene plattformer. |

| | |
|--|--|
|  | Dato: Side: 22 / 27 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan | |

4.4 Videre digitalisering av dokumentasjon og arbeidsprosesser samt understøttelse av OUS spesialoppgaver

| Nr | Prosjekt | Prosjektbeskrivelse | For-analyse | Gjennomføring | Annet |
|----|--|---|-------------|---------------|--|
| 1 | Konsolidering og integrasjon av system for operasjonsplanlegging og rapportering | <u>Effekt mål:</u> Felles system for planlegging, dokumentasjon og rapportering av operasjoner <u>Resultat mål:</u> Tatt i bruk Albert ved alle operasjonsstuer i OUS | | | |
| 2 | Elektronisk kurve (Metavision) – Intensiv / operasjon | <u>Effekt mål:</u> Redusert feilmedisinerings, Økt pasientsikkerhet, Automatisk høsting av informasjon fra MTU, mer tid til pasienten <u>Resultat mål:</u> Elektronisk kurveløsning for intensiv/operasjon er tatt i bruk. | | 2007 – 2012 | Ferdigstille konsolidering av eksisterende løsninger. Ta i bruk kurve ved intensiv og operasjonsenheter som ikke har tatt dette i bruk. Iht regional LTP |
| 3 | Innføring og integrasjon av Vekstjournal | <u>Effekt mål:</u> Høyere kvalitet på og mer effektive rutiner rundt vekstkurven når den er elektronisk for alle <u>Resultat mål:</u> Elektronisk vekstkurve tatt i bruk på hele KVB | | 2012 | |
| 4 | Konsolidering og integrasjon av system for øye | <u>Effekt mål:</u> Lettere tilgjengelige bilder. Bedre kvalitet på lagrede bilder. Bedret sikkerhet. <u>Resultat mål:</u> System for behandling og lagring av bilder for øye tatt i bruk. | 2012 | | Behov for å etablere kjøpsavtale. Tilfredsstill myndighetskrav Avdelingen har vurdert Picsara og Eye-suite |
| 5 | Elektronisk EKG | <u>Effekt mål:</u> Økt tilgjengelighet og bedret kvalitet på EKG. Tidsbruk til skanning av EKG bortfaller <u>Resultat mål:</u> Velge og anskaffe system. Integre systemet med EKG apparater og kliniske systemer | 2013 | | Behov for regional ramme-/kjøpsavtale Iht regional LTP (regner med at dette er en del av MTU/ multimedial lagring) Forprosjekt gjennomført tidligere både på |

| Nr | Prosjekt | Prosjektbeskrivelse | For-analyse | Gjen-nom-føring | Annet |
|----|---|--|-------------|-----------------|---|
| | | på OUS. Ta systemet i bruk ved alle klinikker og realisere gevinster | | | Rikshospitalet og Ullevål som kan brukes i foranalysen. |
| 6 | Prehospital pasientjournal | <u>Effektmål:</u> Økt sikkerhet, forutsigbarhet og kvalitet i behandling, bedre presisjon i opplæringen og planleggingen av beredskapen, hevet kompetanse og målrettet valg av utstyr. <u>Resultatmål:</u> Utredningsprosjekt som leverer løsningsbeskrivelse. Anskaffe og ta i bruk løsning ved OUS. | 2012 | | Bør løses som nasjonalt prosjekt? Behov for nasjonal/regional ramme-/kjøpsavtale før anskaffelse av løsning. Avklaringer mot Helse Sør-Øst er startet. |
| 7 | Konsolidering og integrasjon av billedlagringssystem, multimedial lagringsløsning | <u>Effektmål:</u> Viktig pasientinformasjon på multimediaformat tilgjengeliggjøres for klinikere sammen med den elektroniske pasientjournalen. <u>Resultatmål:</u> Etablering av multimedial lagringsløsning med visning av bilde/lyd, video integrert med de kliniske systemene. | 2014-2015 | | Behov for regional ramme-/kjøpsavtale Tilfredsstiller myndighetskrav Dette er et mye etterspurt område, men vi kan ikke se at det finnes modne fellesløsninger pt som dekker alle behov. Vår vurdering er at dette bør implementeres innenfor avgrensede fagområder, prioritert etter gode BC under forutsetning av at de kan gjennomføres med lite ressurser og altså gi høy verdi. Den ultimate regionale løsning bør utsettes. |
| 8 | Elektronisk kurve (Metavision) – Sengeområde | <u>Effektmål:</u> Redusert feilmedisinering, Økt pasientsikkerhet, Automatisk høsting av informasjon fra MTU, mer tid til pasienten <u>Resultatmål:</u> Elektronisk kurveløsning for intensiv/operasjon er tatt i bruk. | | 2014 – 2016 | OUS har behov for å ferdigstille konsolidering av PAS, EPJ, LAB og RAD før videre utrulling av elektronisk kurve. OUS ønsker ikke å pilotere elektronisk kurve ved sengepost nå.. Iht regional LTP |

| Nr | Prosjekt | Prosjektbeskrivelse | For-analyse | Gjen-nom-føring | Annet |
|----|--|---|-------------|-----------------|---|
| 9 | Medisinsk genanalyser, genomikk, løsning for forskning | <p><u>Effekt mål:</u> Støtte opp under forskning som forventes å føre til utvikling av en lang rekke nye diagnostiske og terapeutiske muligheter i løpet av få år og bane veien for en mer individualisert medisinsk behandling. Formålet med prosjektet er å sikre at man har et godt utviklet system for High Throughput Sequencing (HTS) og andre stor-skala genomikk-eksperimenters behov for datalagring og dataanalyse</p> <p><u>Resultat mål:</u> Anskaffe og etablere en skalerbar IKT-infrastruktur for HTS-analyser innen forskning for sykehusene i Oslo-området som kan utvides til et regionalt og nasjonalt system uten store endringer bortsett fra den faktiske fysiske utvidelsen.</p> | 2013 | | Behov for regional ramme-/kjøpsavtale |
| 10 | Innføre regional diabetesjournal | <p><u>Effekt mål:</u> Redusere komplikasjon knyttet til diabetes ved bedre registrering og oppfølging av risikofaktorer. Bidra til oppbygging av kunnskap om diabetesbehandlingen hos voksne i Norge for å kunne forbedre kvaliteten av</p> <p><u>Resultat mål:</u> Integrere systemet med de kliniske systemene på OUS og ta systemet i bruk ved alle endokrinologiske klinikker.</p> | 2014 | | Behov for regional ramme-/kjøpsavtale, mulig det allerede finnes avtale Tilfredsstiller myndighetskrav Ikke del av regional LTP |
| 11 | Tilpasning av avvikssystemet ifht internt | <u>Effekt mål:</u> Bedre pasientsikkerhet. Bedre samhandling og eksterne parter er involvert i | | 2012 – 2015 | Støtte for å dekke myndighetskrav til rapportering. |

| Nr | Prosjekt | Prosjektbeskrivelse | For-analyse | Gjen-nom-føring | Annet |
|----|---|--|-------------|-----------------|-------|
| | forbedringsarbeid med vekt på å forenkle meldeplikt, klagesaker i forbedringsarbeidet og samhandling. | forbedringsarbeidet. Mindre ledertid til meldeplikter (effektivisere byråkrati). <u>Resultatmål:</u> Samle og automatisere rapporter/meldeplikt til myndigheter. Integrasjon mellom sakarkiv og avvikssystem. | | | |
| 12 | Søkeverktøy og forbedring av virksomhetsportal | <u>Effekt mål:</u> Det er enklere for brukerne å finne frem til administrativ elektronisk informasjon som er lagret ved OUS. <u>Resultatmål:</u> Informasjonen er strukturert og tematisert i Virksomhetsportalen på en bedre måte enn i dag. Bedre verktøy for å søke frem informasjon er etablert. | 2014 | | |

5 SAMLET OVERSIKT OVER ØKONOMISKE KONSEKVENSER

De samlede økonomiske konsekvensene ved å gjennomføre Områdeplan IKT er vurdert og grove estimater fremkommer i tabellen under. Tallene inkluderer ikke reinvesteringer, tiltak på IKT-plattform og fellesregionale prosjekter, som forutsettes styrt og finansiert sentralt.

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| Investeringsmidler til prosjektene | 170 000 | 200 000 | 160 000 | 170 000 | 160 000 |
| Driftsmidler til prosjektgjennomføringen | 50 000 | 50 000 | 50 000 | 30 000 | 15 000 |
| Endret tjenestepreis (driftssatt tjeneste)*) | | 34 100 | 50 600 | 75 000 | 129 500 |

Alle tall i hele 1000

*) Tall mottatt fra RHF/SP (Innspill IKT Områdeplan fra RHF-SP 7mai2011)

For tjenestepreis er det gjort et forsøk på å ta hensyn til tjenester som erstattes eller bortfaller når ny tjeneste etableres slik at raden kun viser endringene.

6 SAMLET OVERSIKT OVER PLANLAGTE GEVINSTUTTAK

Helse Sør-Øst har bedt om at gevinstene i Områdeplanen skal kategoriseres iht Regional Langtidsplan IKT:

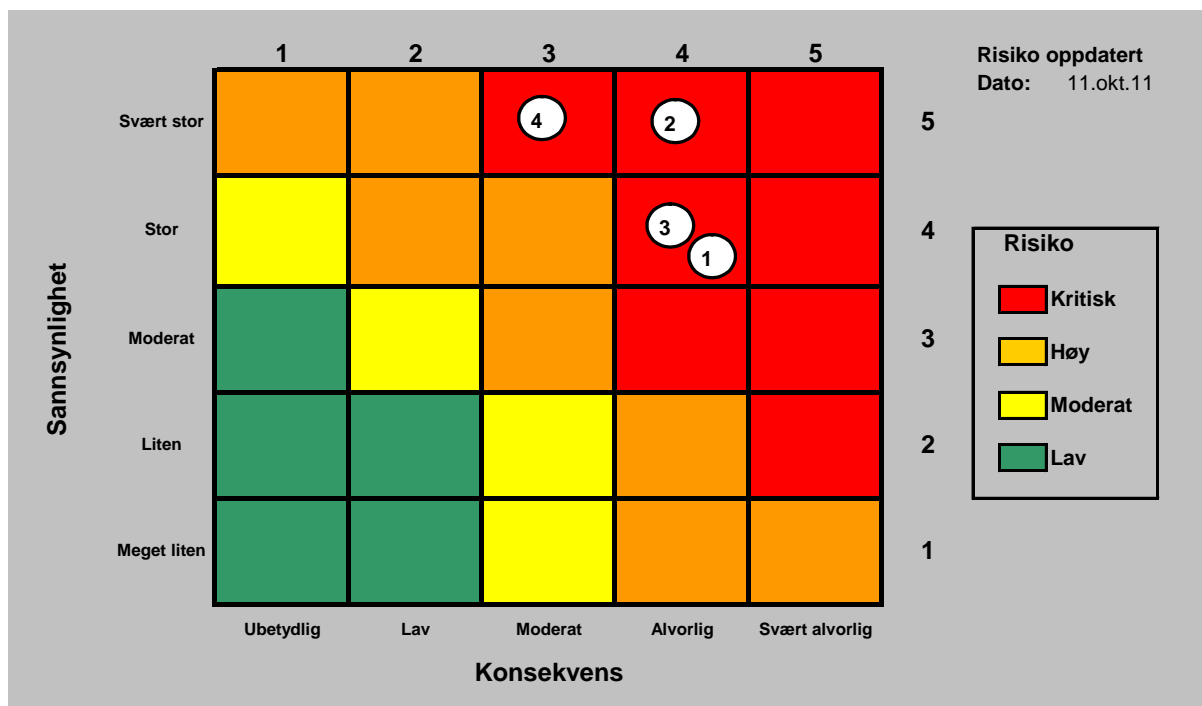
- Reinvesteringer på infrastruktur** gjøres for å beholde et tjenestenivå og ikke pådra primæraktiviteten i et helseforetak redusert drift i kjernevirksomhet.
- Løsninger som må erstattes på grunn av fusjoner** fordi en trenger felles løsninger med gevinstene i selve integrasjonsprogrammet som sådan og innføring av felles IKT-løsninger er dermed først og fremst en forutsetning for å realisere integrasjonsprosessen.
- Utrangerte løsninger eller frafall av leverandørstøtte** på innkjøpte løsninger med hovedgevinst at helsetjenester ikke vil stoppe opp eller få redusert kapasitet.
- Myndighetspålegg eller eierkrav** er ofte fundert i samfunnsøkonomiske gevinster som kan gå utenfor enkeltinstitusjoner eller forvaltningsnivåer.
- Modernisering ved hjelp av ny teknologi.** Dette kan gjelde erstatning av tidligere løsninger (punkt 1-4) med mer moderne teknologi, eller helt nye tjenester som vil gi store kvantitative og kvalitative gevinster der det ikke er etablert løsninger allerede. Gevinstene tas ut gjennom kvalitetsforbedring i tjenesten, effektivisering av arbeidsprosesser, økt pasientsikkerhet etc. Det forutsettes sikring av gevinstuttak.

| Aktivitet | Gevinst/formål | Beskrivelse av aktiviteter i perioden for å understøtte gevinstrealiseringsplanen |
|--|---|--|
| Konsolidert felles klinisk informasjonsgrunnlag | Samlokalisering, flytting av pasientaktivitet og oppretting av pasientbehandlingslinjer på tvers av lokasjoner med mer kan startes i full skala. (Kategori 2) | Ledelsesmessig fokus på realisering av omstillingsgevinstene for å nå innsparingskravene knyttet til fusjonen. |
| Konsoliderte medisinske systemer (lab + radiologi) | | |
| Felles IKT-plattform i Oslo universitetssykehus | | |

7 TILTAK FOR Å SIKRE GEVINSTUTTAK

For Oslo universitetssykehus vil et overordnet fokus være å følge opp innsparingskravene knyttet til fusjonen samt de utfordringer som nåværende økonomiske situasjon setter sykehuset i. Høyt ledelsesmessige fokus vil være basisen for å sikre gevinstuttakene.

8 RISIKOER SOM KAN HINDRE IKT I Å UNDERSTØTTE OMSTILLINGSPROSESSEN I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS



De største risikoelementene

1. Manglende regional prioritering og finansiering av prosjekter i Oslo universitetssykehus
2. Manglende kapasitet hos leverandører, spesielt Sykehuspartner
3. Manglende frigjøring av ressurser i Oslo universitetssykehus til deltagelse i IKT prosjekter
4. Høy kompleksitet i eksisterende systemportefølje i Oslo universitetssykehus

Vedlegg 1: Samlet oversikt over økonomiske konsekvenser

Områdeplan_IKT_2011-2015_spesifisert_30sept2011_Vedlegg

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 27. oktober 2011

Saksbehandler: Kst. Klinikleder Lars Lien
Klinikk psykisk helse og avhengighet

Vedlegg:

**SAK 117/2011: ORIENTERINGSSAK
BEHANDLINGSTILBUD INNEN RUS,
AVHENGIGHET OG PSYKISK HELSE**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 20. oktober 2011

Jan Eirik Thoresen
Kst. administrerende direktør

1. SAMMENDRAG

Klinikk psykisk helse og avhengighet har utfordringer knyttet til tilpassing til redusert opptaksområde. Klinikken har i 2011 også fått reduserte rammer som følge av ny inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF. Dette kuttet videreføres i 2012. Krav til endringer følger også av den faglige utviklingen innen psykisk helse og rus.

I løpet av 2011 har Senter for barn og unge vært igjennom en betydelig omorganiseringsprosess slik at organisasjonen gradvis tilpasses nye rammevilkår. Prosessen har ført til lavere produktivitet og noe økende ventelister.

Senter for rus og avhengighet har siden rusreformen i 2004 vært gjennom betydelige endringer og har etablert en faglig sterk spesialisthelsetjeneste med økt bruk av polikliniske vurderinger og annen ambulant tjeneste. Dette har gjort det mulig å redusere antall senger, og samtidig gjennomføre langt flere behandlinger enn tidligere.

For Senter for voksenpsykiatri og Senter for lands- og regionfunksjoner har omstillingene pågått kontinuerlig i forbindelse med opptrappingsplanen med overgang fra sentralsykehusfunksjoner til DPS. Det vil være faglig ønskelig å dreie tilbudet enda mer over mot DPS. En slik endring vil også bidra til en tilpassing til ny inntektsmodell.

I saken gjøres det rede for utfordringene knyttet til hvert senter.

2. TIDLIGERE VEDTAK I SAKEN

Orientering gitt i styremøte 26.mai 2011, sak 57/2011.

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Orientering gitt under eventuelt i styremøte 19.august 2011, sak 93/2011
Behandlingstilbud innen rus og psykiatri

Enstemmig vedtak:

Det vises til styringssignaler fra Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokumentet for 2011, budsjettinnspillene for 2012 og i Helse Sør-Øst RHF sak om "Regionale utviklingsområder", der det framheves at rus og psykiatri er satsingsområder.

På bakgrunn av dette ber styret om snarlig å få en egen sak om kapasitet, kvalitet og bredden på det tilbudet Oslo universitetssykehus HF har og planlegger framover innen rus og psykiatri feltet, både for voksne, ungdom og barn.

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Klinikk psykisk helse og avhengighet er inne i en omfattende omstillingsprosess. Det er nødvendig å legge om arbeids- og samarbeidsformer, både pga endret opptaksområde og som følge av samhandlingsreformen. I tillegg vil nye behandlingsmetoder basert på forskning og systematisk erfaringslæring fortløpende tilsi endringer i driftsformer. Ny inntektsmodell understreker ytterligere behovet for en grundig gjennomgang av arbeidsformer, oppgaver og organisering.

Administrerende direktør mener klinikken er godt i gang med endringsarbeidet, men at mye gjenstår før aktivitet og drift er i tråd med gitte rammer. Klinikken arbeid med omstilling vil bli fulgt tett av administrerende direktør. Det vil bli lagt vekt på å sikre høy faglig kvalitet, samtidig som driften tilpasses de gitte rammer.

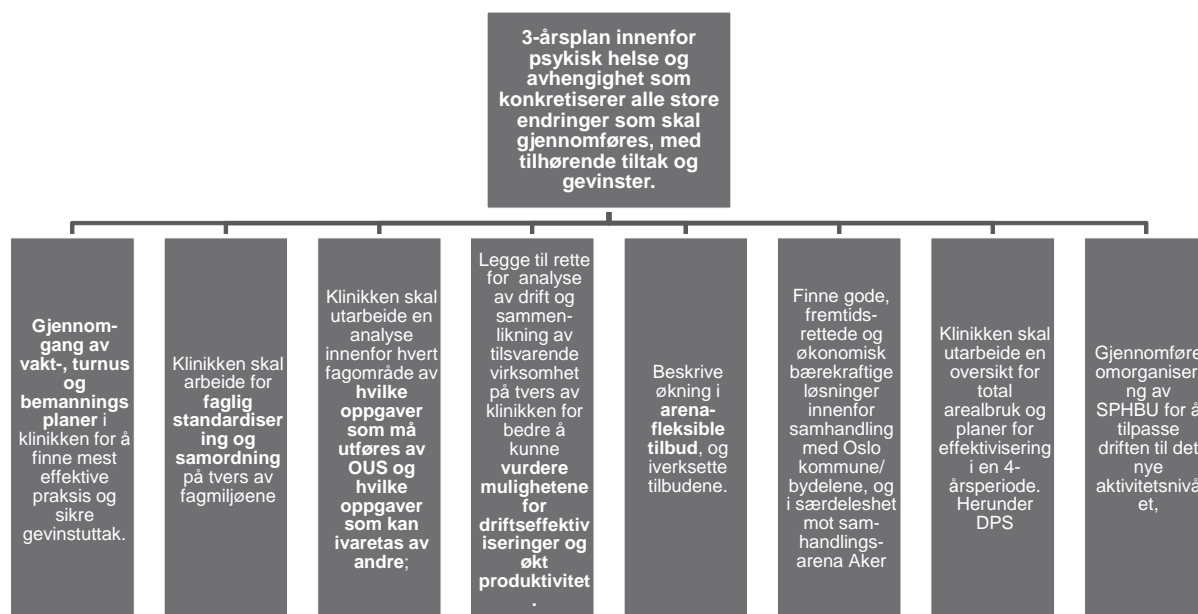
Styret vil bli holdt orientert om utfordringer og tiltak.

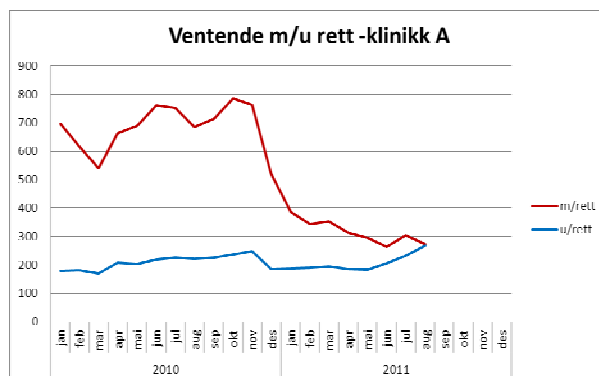
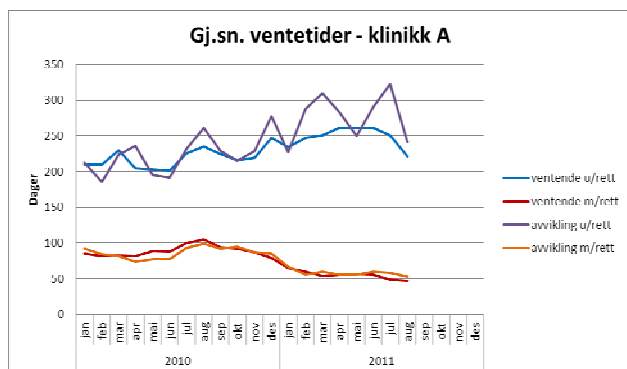
4. KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET

Klinikk psykisk helse og avhengighet ønsker med dette å orientere styret om kapasitet, kvalitet og bredden på tilbudet Oslo universitetssykehus HF har og planlegger framover innen rus- og psykiatrifeltet, både for voksne, ungdom og barn. Klinikken står overfor store utfordringer med å tilpasse driften til endret opptaksområde og til de økonomiske rammene. Så langt i år ligger Klinikken an til å få et regnskapsmessig negativt avvik på 35 MNOK. Noe av dette skyldes at Senter for barn og unge ikke har justert ned kapasiteten i tilstrekkelig grad forbindelse med overføring av opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF. For psykisk helse voksne ble det meste av overføringen til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF gjennomført ved virksomhetsoverdragelse. For Rus slår overføringen til Akershus universitetssykehus HF inn i 2012. Det innebærer at Senter for rus og avhengighet skal overføre oppgaver som er beregnet til 23 MNOK til Akershus universitetssykehus HF. Senteret må dermed redusere sitt tilbud tilsvarende.

Fra og med 2013 får hele Klinikken et betydelig nedtrekk knyttet til ny inntekstmodell.

Av en total utgiftsramme for klinikken på 1.750 MNOK i 2011, estimeres samlet nedtrekk i planperioden 2012 – 2014 til ca. 244 MNOK. Tallene er forbundet med noe usikkerhet og vil bli etterprøvet og justert i løpet av høsten. Med bakgrunn i problemene som er beskrevet ovenfor har Klinikk psykisk helse og avhengighet arbeidet aktivt både med redesign prosjektet og en treårig handlingsplan som blant annet har identifisert 8 forbedringsområder beskrevet i figuren nedenfor. Målet for Klinikken er å være et nasjonalt referansesykehus innen psykisk helse og avhengighetsmedisin.



Ventetider og fristbrudd:

Det er god kontroll på ventetider generelt i Klinikken.

4.1 BEHANDLINGSTILBUDET INNEN RUS- OG AVHENGIGHETSBEHANDLING Avdelingene

| Avdeling | Målgruppe/tjenester | Lokalisering | Aktivitet | Kommentarer |
|---|--|-----------------------|--|--|
| Avdeling Rusmottak | Akutt tilbud Konsultasjonstjenester | Aker | 3 084 liggedøgn 2 250 konsultasjoner | Pasientforløpet må forbedres slik at videre forløpe etter akuttbehandling særlig for nærliggende sykehus. |
| Avdeling avgiftning 1 I og avdeling avgiftning 2 | Avgiftning | Aker | Samlet: 12 174 liggedøgn 1 477 utskrevne pasienter | Follo og Alna innenfor opptaksområdet til 1.1.12 |
| Avdeling avhengighetsbe handling voksen | Differensiert rus- og avhengighets behandling til voksne pasienter | Gaustad og Ullevål | 43 døgnplasser ved full drift Poliklinikk Ventetid: 26 uker | Venter på rehabilitering av bygg 46 på Ullevål for samlokalisering |
| Avdeling avhengighetsbe handling ung | Differensiert rus- og avhengighetsbehandling til unge pasienter | Gaustad | 36 døgnplasser ved full drift 16 dagplasser Poliklinikk/hesteassister t behandling Ventetid: 1-2 uker | |

| | | | | |
|---|---|---------|--|--|
| Avdeling Spesialiserte ruspoliklinikker | Tilbud til pårørende og brukere av anabole steroidier Spesialisert utredning og avhengighets-behandling To klinikker for Legemiddelassistert behandling Lærings- og mestringstilbud Narkotikaprogram med domstolskontroll Lavterskel substitusjons-behandling i samarbeid med Oslo kommune | Ullevål | 12 000 konsultasjoner Ventetid LAR: 10 uker, Ruspoliklinikk: 1 uke | Pasienter som er vanskelig å nå ut til for andre poliklinikker Utrednings- og koordineringspoli klinikken trenger nye lokalet |
|---|---|---------|--|--|

I tillegg til de nevnte avdelingene, har senteret en enhet som innhenter og analyserer aktivitetsrapporter fra behandlingstilbudet til de private tjenesteleverandørene i hele regionen på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF og koordinerer pasientstrømmen for alle Oslo-pasienter. (Avdeling koordinering pasientstrøm).

Ventelister

- Pr. 1.7.2011 venter 135 pasienter på behandling i Oslo universitetssykehus HF sine avdelinger, inkl pasienter fra andre HF som er tildelt behandlingsplass i Oslo universitetssykehus HF.
- Pr 30.6.2011 venter 41 pasienter på oppstart i LAR. Maksimalt er ventetiden 14 uker.
- Pr. 1.6.2011 venter 176 pasienter på behandling hos private leverandører.

Aktivitet

- Over plantall for sengebehandling, men 4 % lavere enn plantall for polikliniske konsultasjoner (bare refusjonsberettigede) For ikke refusjonsberettigede konsultasjoner er aktiviteten økende.

Planer og utfordringer

Situasjonen i 2011

Utgiftene til LAR-medikamenter er ikke dekket fullt ut. For å holde kostnadene innenfor den gitte driftsrammen til Rusakuttmottaket har senteret samlokalisert 2 avgiftningsavdelinger og redusert med 22 årsverk. Antall avgiftningsplasser er redusert med 12 (fra 52 til 40). Dreining fra senger til ambulant virksomhet og bedre bemanning ved sengeavdelingene gir totalt sett bedre forløp.

Utfordringen 2012:

Tilpasse aktivitet og bemanning til faktisk opptaksområde etter overføring til Akershus universitetssykehus HF. Det forutsetter en kostnadsreduksjon på 23 MNOK.

Økte kostnader til LAR-medikamenter på grunn av økt antall pasienter, ca 3 MNOK
Konsekvenser av ny inntektsmodell 3,7 MNOK dvs videreføring av årets kutt.

Utfordringene ved ny inntektsmodell

Samlet reduksjon i tildeling inklusiv utgiftene til LAR legemidler for årene 2011 – 2014 er anslått til ca 91 MNOK. Dette tilsvarer ca 141 årsverk. Totalt må dette føre til 25 % reduksjon av tilbudet. Det arbeides med å endre driftsformene slik at det totale tilbudet for den enkelte pasient og gjennomføringsgraden bedres.

4.2 PSYKISK HELSE, SENTER FOR LANDS- OG REGIONFUNKSJONER**Avdelingene**

| Avdeling | Målgruppe/tjenester | Lokalisering | Aktivitet | Kommentarer |
|---|--|--------------------------|--|--|
| Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse | Hørselshemmede med psykiske lidelser i Norge | Gaustad | Voksne: 2 300 konsultasjoner | Poliklinikk for barn er ikke godkjent enda, og har derfor ikke måltall |
| Avdeling for personlighetspsykiatri | Pasienter med angst, personlighetsforstyrrelser og angstlidelser | Ullevål | Angstpoliklinikken: 3 300 konsultasjoner Personlighetspoliklinikken: 3 846 konsultasjoner Ruspoliklinikk: 2 911 konsultasjoner | Tre poliklinikker og et dagbehandlingsnettverk |
| Regional avdeling for spiseforstyrrelser | Pasienter med spiseforstyrrelser, døgntil behandling og poliklinisk behandling | Ullevål og Gaustad | 6 963 konsultasjoner 6 205 liggedøgn | Avdelingen gir også ambulerende tjenester. Barn og unge har 8 døgnplasser, voksne 12 plasser |
| Regional sikkerhetsavdeling | Sikkerhetspsykiatri døgn og fengselspsykiatrisk poliklinikk | Dikemark Oslo Fengsel | 14 døgnplasser, hvorav 2 beredskap. Ca 1 000 konsultasjoner | Avdelingen har også en koordineringsenhet for domfelte ?. |
| Psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemming/autisme | Personer med utviklingshemming/autisme og psykiske lidelser | Dikemark | 1 785 liggedøgn | Mottar pasienter fra hele landet, også ambulante (41 pasienter pr juni). 10 døgnplasser |
| Avdeling for førstegangpsykose | Personer med unge nysyke | Fr. Nansens vei | 6 600 konsultasjoner 9 837 liggedøgn | 20 lukkede døgnplasser og 9 åpne rehabiliteringsplasser døgn |

Planer og utfordringer

Utfordringene er å finne riktig dimensjonering ut fra de økonomiske rammer og oppgavene. Det vises til styringssignaler fra Helse Sør-Øst RHF om regionale utviklingsområder hvor det særlig skal være et fokus på pasienter med spiseforstyrrelser, unge shizofrene (nye-syke) og pasienter med alvorlig

voldsproblematikk. Klinikken har viktige regionoppgaver og det er en utfordring å sikre nødvendige økonomiske rammene som gir mulighet til å følge opp de styringssignaler som gis fra det regionale foretaket.

Ventetider og aktivitet

- Ventetidene er akseptable bortsett fra for RASP hvor de er økende (opp mot 4 mnd)
- Polikliniske konsultasjoner etter plantall, mens døgn behandling er noe under.

4.3 Senter for psykisk helse, lokalfunksjoner

Avdelinger

| Avdeling | Målgruppe/tjenester | Lokalisering | Aktivitet | Kommentarer |
|--|--|--|--|---|
| Avdeling for akuttpsykiatri | Akuttpsykiatri for OUS sitt opptaksområde. Akutt/øyeblikkelig hjelp. | Ullevål | | 45 døgnplasser fordelt på krise og traume, psykose og rus, psykose og affektive lidelser |
| Avdeling for spesialisert døgnbehandling | Personer med psykiske lidelser og omfattende funksjonsnedsettelse, med behov for døgnkontinuerlig opphold og behandling. Mange har også vansker knyttet til rus og/eller farlighetsproblematikk. | Gaustad Dikemark | 26 200 liggedøgn Gj. snittlig ventetid på behandling: 45 dager | Avdelingen har 40 plasser for OUS, 28 lukkede plasser for Ahus og 8 plasser for LD-sektor |
| Alderspsykiatrisk avdeling | Personer med alvorlige psykiske lidelser med debut over 67 år og personer med demens og alvorlige adferdsmessige og psykiatriske tilleggssymptomer | Gaustad | 5 148 konsultasjoner 8 377 liggedøgn Gj. Snittlig ventetid til behandling: 14 dager | Ambulante tjenester. 26 døgnplasser |
| Josefinegata DPS | Utredning og diagnostisering, poliklinisk behandling individuelt eller i gruppe, ambulant behandling og krisehjelp. Døgnbehandling | Josefinesgate Geitemyrsveien Pilestredet | 22 000 konsultasjoner 10 350 liggedøgn Gj. snittlig ventetid på behandling: 44 dager | 35 døgnplasser |
| Søndre Oslo DPS | Utredning og diagnostisering, poliklinisk behandling individuelt eller i gruppe, ambulant behandling og krisehjelp. Døgnbehandling | Ryen Holmlia | 21 700 konsultasjoner 6 200 liggedøgn Gj. snittlig ventetid på behandling: 48 dager | 23 døgnplasser |

I tillegg har senteret en driftsenhet som ivaretar ulike funksjoner på Gaustad og Dikemark.

Planer og utfordringer

Det er faglig ønskelig å omstille :

- Fra døgnbehandling til dagbehandling, poliklinikk og ambulante tjenester med hjemmebehandling
- Fa sykehusbehandling til behandling i DPS. Fram mot 2015 skal det skje en ytterligere planmessig omstilling og ressursfordeling mellom DPS og sykehusavdelinger.

Behovet for en slik omstilling av virksomheten forsterkes ved at de økonomiske rammene for Senter for lokalfunksjoner skal reduseres med nærmere 80 MNOK i neste 3 års periode som følge av overføring av opptaksområde til Akershus universitetssykehus HF – som følge av innføring av ny inntektsmodell.

Senteret har pågående prosjekter knyttet til funksjonsfordeling mellom sykehusene i Oslo sykehusområdet og ytterligere arealeffektiviseringstiltak. Relokalisering av virksomhet på Dikemark er en del av dette arbeidet. Målet er å skape robuste fagmiljøer og en reduksjon i antall driftsenheter og lokalisasjoner.

Aktivitet

- Noe etter plantall for døgnbehandling og i følge plantall for polikliniske konsultasjoner
- Har overført all dagbehandling til refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner.

4.4 Senter psykisk helse barn og ungdom

Avdelinger

Senteret har nylig omorganisert sine avdelinger som et ledd i tilpasningen til nytt opptaksområde. Pga de store endringene som skjer er det vanskelig å gi aktivitetstall for de spesialiserte avdelingene (døgnbehandling).

| Avdeling | Målgruppe/tjenester | Lokalisering | Aktivitet | Kommentarer |
|---|--|--|-----------|--|
| Spesial-avdeling for psykisk helse barn og ungdom | Spesialisert utrednings- og behandlingsavdeling for pasientgruppen barn og ungdom (0-18 år) med psykiske vansker, nevropsykiatriske/ nevropsykologiske lidelser, relasjonsvansker i familien og særlig sammensatte tilstander. | Sogn Ullevål | | |
| Ungdoms-avdeling | Pasienter 12-18 år med stort funksjonsfall sekundært til psykiatrisk lidelse som ikke kan eller bør håndteres hjemmet. | Sogn Ullevål | | Lukket avdeling. En akutt- og en intermediearenhet. Vestre Viken og Ahus kjøper plasser. |
| Barneavdeling | Pasienter 4-14 år | Midlertidig sam-lokalisering i Nydalen | | Fra 12 til 6 døgnplasser. Arenafleksible tilbud og samarbeid med familiene og 1. linjen |

| | | | | |
|---------------|---|---------------------------------------|--|--|
| BUP Oslo Nord | Utredning og behandling av pasienter poliklinisk og ambulant | Bjerke Nordre Aker Sagene | | Samarbeid med Høgskolen i Oslo om masterklinikk i familiebehandling. Prosjektorganisasjon knyttet til DBT-intervensjoner |
| BUP Oslo Syd | Utredning og behandling av pasienter poliklinisk og ambulant. | Nordstrand Østensjø Søndre Nordstrand | | Har eget TIPS-team og Lavterskeltilbud |

Planer og utfordringer

Senter for barn og ungdom møter krav om kraftig aktivitets/bemanningsstilpasning på de mest spesialiserte tjenestene parallelt med at ny organisasjon skal implementeres. Samlet sett skal senteret redusere sine kostnader med i overkant av 50 MNOK i løpet av neste 3 års periode. I tillegg til selve kostnadsreduksjonen/ bemanningstilpasningen og omorganiseringen planlegges betydelig flytting. Alle endringene med tilhørende usikre momenter er med på å skape en vanskelig situasjon for alle ansatte i senteret.

De spesialiserte og sentraliserte tjenestene i Senter for barn og unge skal dekke Oslo sykehusområde, og dimensjoneres ut fra det. Ungdomsavdelingen reduserer døgnaktivitet i høst, men kan i 2012 måtte redusere ytterligere fordi avtalen med Vestre Viken HF om kjøp av ungdomsplasser utgår i mars 2012 og fordi Akershus universitetssykehus HF også har signalisert at deres avtale om kjøp av plasser kan bli avvirket. Akutt plassene for ungdom opprettholdes, men det blir en viss reduksjon i døgnkapasitet for intermediære plasser for ungdom. Poliklinisk aktivitet planlegges opprettholdt da denne aktiviteten ikke berøres av overføringene til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF.

Planene er at også at i løpet av sommeren 2012, skal alle dag- og døgnspesialiserte tjenester være samlokalisert på Sogn.

I et prosjekt mellom Barne -og familieetaten i Oslo kommune og SPHBU var konklusjonen at man anbefalte oppretting av en spesial døgnavdeling hvor Barnevern og psykisk helse skulle dele på utgiftene til omsorgsplasser. I den nåværende økonomiske situasjon ser vi ingen muligheter til å være med på finansiere et slikt samarbeid. Sykehusets innsats vil være i størrelsesorden 12-15 MNOK.

Ventetider og aktivitet

- Polikliniske behandlinger ligger etter plantall, men det er likevel akseptabel ventetid.
- Døgnbehandlingen er redusert og derfor vanskelig å måle opp mot plantall. da disse ikke er korrigert mot faktisk antall døgnplasser.

4.5 Kvalitet og internkontroll

Klinikken følger nasjonale, regionale og sykehusets føringer og har utarbeidet en egen kvalitetsstrategi som består av flere elementer:

- Valg av områder med behov for retningslinjer og prosedyrer er valgt ut på bakgrunn av en risikoanalyse. Arbeidet med å ferdigstille den nye E-håndboken for klinikken er snart fullført.
- Klinikken har revisjonskompetanse i alle avdelinger og gjennomfører årlig egenrevisjoner basert på temaer i risikoanalysen. I 2011 har tema vært journaldokumentasjon og behandling av henvisninger for å unngå fristbrudd.
- Behandling av avvik og klagesaker fungerer bra gjennom avvikssystemet og ved at disse diskuteres i kvalitetsutvalg og ledergruppen regelmessig i læringsøyemed. Vi holder stort sett frister og får sjelden kritikk fra helsetilsynet til tross for at vi har mellom 5-15 selvmord/dødsfall i året knyttet til vår behandling.
- Vi gjennomfører opplæring for alle ledere på sentrale områder og har egne prosedyrer for opplæring av nyansatte på avdelingsnivå. Vi legger også vekt på å sikre at ny kunnskap implementeres på bakgrunn av forskning.
- Sentrale fora for å sikre dette arbeidet i klinikken er fagrådet, kvalitetsutvalget og brukerrådet. God kvalitet krever god ledelse.
- Klinikken deltar aktivt i utarbeidningen av nye kvalitetsindikatorer i psykisk helse. Et av disse er ventetid ved 1. gangs psykose.

4.6 Samhandling

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. St.Meld.nr. 47 Samhandlingsreformen konkretiserer en rekke tiltak som sykehusene bør gjøre. Med henvisning til den arbeidsdeling det legges opp til i Samhandlingsreformen, ønsker Klinikken:

- Å gjennomføre en gjennomgang av pasienter som i dag er inneliggende i lukkede døgnavdelinger over tid. Blant annet er det en gruppe pasienter som er innlagt til tvungent psykisk helsevern på sikkerhetsenheten, Dikemark. Denne gruppen vil få et bedre og mer stabilt botilbud i kommunene. Klinikken ønsker å ta initiativ til samarbeidsprosjekter mellom 1. og 2. linjetjenesten for å etablere denne gruppen i bydelene, såkalt 1,5 linjetjenester der 1. linjetjenesten skaffer bo- og aktivitetstilbud mens 2. linjen bistår med bemanning og kompetanse. Slike tilbud kan evt etableres på tvers av bydelsgrensene.
- Å etablere oppsøkende behandlingsteam for personer med alvorlige psykiske lidelser i kombinasjon med betydelig rusmisbruk, Act-team der en bemanner med fagfolk både fra 1. og 2. linjetjenesten.
- At bydelene bygger boliger med oppfølging til målgruppen dobbeltdiagnosepasienter og pasienter i sikkerhetspsykiatrien
- Å initiere nye samhandlingstiltak mellom sykehuset og tilhørende bydeler ihht målgruppene.

- Å vurdere behovet for stilling for samhandlingskoordinator i klinikkledelsen. Hensikten er å sikre samordning/samarbeid med de to koordinatorene på DPS/ samarbeidsutvalg I og II.

4.7 Forskning

Klinikk psykisk helse og avhengighet er Norges største forsknings- og utviklingsavdeling innen psykisk helse og avhengighet. Den består av sju enheter. TOP er lokalisert på Ullevål i et eget bygg, TIPS leier lokaler på Majorstua. De øvrige enheter er nå plassert dels på Gaustad og dels på Ullevål, men skal samles på Gaustad.

I tillegg drives mye forskning direkte i klinikken som f.eks forskning om personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og rusmisbruk. Det er en sentral oppgave for Klinikken å bidra til at forskningen blir klinisk forankret og at forskningsresultatene bringes tilbake til kliniske miljøet. Forskningen vil hjelpe kliniske avdelinger med å evaluere sitt behandlingstilbud. Forskningen ved Oslo universitetssykehus HF og Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo er tett integrert.

| | |
|--|---|
| Nasjonale funksjoner: | |
| Enhet psykoseforskning | Vertsmiljø (koordinering og database) for Nasjonalt Nettverk Alvorlige Psykiske Lidelser (Norwegian Network Serious Mental Disorder - NORSMI). |
| Regionale funksjoner: | |
| Kompetansesenter for tidlig intervensjon psykisk helse; (TIPS) | Samlokalisering med Avdeling for førstegangpsykosier. Spesialkompetanse på diagnostikk og behandling av unge mennesker med schizofreni og arbeider både med forskning, fagutvikling og undervisning. Hensiktsmessig lokalisert i egnede lokaler på Majorstua |
| Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for HSØ | Arbeid med forskning, fagutvikling og undervisning om vurdering av farlighet hos mennesker med alvorlig psykiske lidelser, psykisk helse og behandlingstilbud for innsatte i fengsler, og rettspsykiatri. Lokalisert i egnede lokaler på gamle Gaustad sykehus, og vil egnes med tanke på samlokalisering med RSA og PPU. |
| Kompetansesenter, Regionalt Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging-region Øst - RVTS | Arbeid med forskning, fagutvikling og undervisning omkring vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Pt stort prosjekt som har som målsetning å øke kompetansen på å behandle traumatiserte pasienter i OUS. Traumeteamet Selvmordsforebygging |
| Enhet forskning psykisk helse barn og ungdom | Arbeider med forskning om barn og ungdoms psykiske helse |
| Enhet for psykoseforskning | Basismiljø for HSØ Forskergruppe "Tematisk Organisert Psykoseforskning (TOP) " som organiserer translasjonsforskning (klinikk, nevrokognisjon, genetikk, hjerneavbildning) på området psykotiske lidelser i ved Oslo universitetssykehus og i regionen. Basismiljø for HSØ "Regionalt forskningsnettverk psykosier" som gir støtte til kliniske studier på området tidlige psykosier i regionen. Basismiljø for HSØ Forskerskole psykiatri og ruslidelser som organiserer forskerutdanning på dette området i regionen. |
| Enhet forskning ikke-psykotiske lidelser | Arbeider med forskning på psykiske lidelser og avhengighet hos voksne |
| Enhet undervisning og fagutvikling psykisk helse | Arbeider med fagutvikling, undervisning og utdanning innen psykisk helse og avhengighet for barn og voksne |
| Lokale funksjoner: | |

| | |
|------------------------|--|
| Enhet psykoseforskning | <p>Organiserer pasientrettede prosjekter på området psykotiske lidelser (schizofreni og bipolar lidelse) i samarbeid med kliniske enheter med behandlingsansvar på dette området primært med. Avdeling førstegangpsykoser, Avdeling akuttpsykiatri og poliklinikk/psykoseenheter ved DPS samt døgnbehandling psykoser. Utredningsrapporter (klinisk og nevrokognitiv) til behandler/journal dersom pasienten gir tillatelse, Opplæring av behandlere ved deltakelse i intervju om ønsket. Informasjon og opplæring på enhetenes internundervisning.</p> <p>Tilbud om utprøvende behandling gjennom deltakelse i intervensjonsprosjekt.</p> |
|------------------------|--|

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 27. oktober 2011

Saksbehandler: Medisinsk direktør

Vedlegg:

SAK 118/2011 ORIENTERINGSSAK VENTELISTEHÅNDTERING

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar redegjørelse om ventelistehåndtering til orientering.

Oslo, den 20. oktober 2011

Jan Eirik Thoresen

2 Administrerende direktørs anbefaling og vurdering

Styret har etterspurt grunnleggende innføring i ventelistedata. Saken følger opp styrets anmodning. Administrerende direktør er godt fornøyd med det arbeidet som er gjort med kvalitetssikring av ventelistedata, harmonisering mot NPR og ryddearbeid ute i klinikkene. Dette arbeidet er viktig for å få god styring og oppfølging av lovkrav. Det er viktig fortsatt å ha sterkt fokus på dette arbeidet.

3. Arbeidet med å få samstemte ventelistedata med NPR

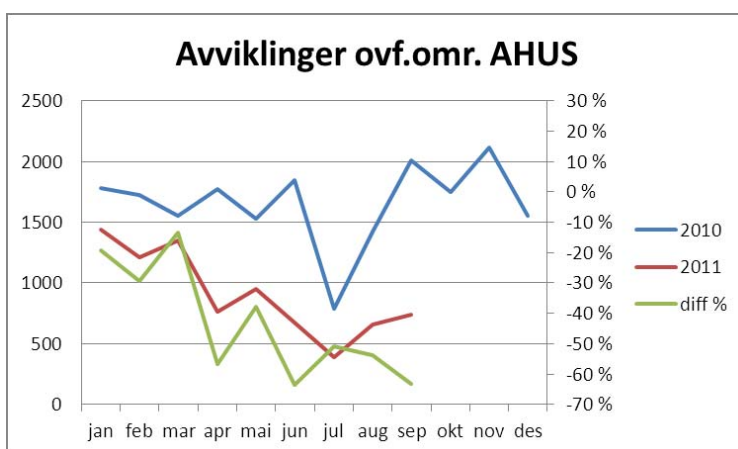
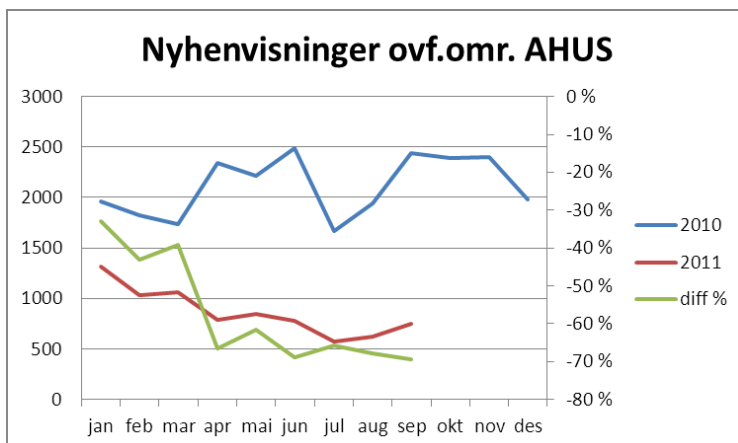
Ventelistedata bygger på opplysninger i de pasientadministrative systemene. Disse er igjen organisert etter sykehusets organisering. Det er igjen oppdelt i sted og kodeansvarlig enhet. NPR får data fra våre pasientadministrative systemer og lager så ventelistedata etter sine regler for hva som skal være med eller ikke. Helse Sør-Øst RHF bygger på NPR tall i oppfølgingen av Oslo universitetssykehus HF.

I 2010 ble det gjort store utskiftninger i pasientadministrative systemer slik at hele sykehuset unntatt Aker nå bruker samme versjon av PASdoc. Aker bruker fortsatt DIPS. Det er gjennomført store organisasjonsendringer og en del endringer av sted der pasientene behandles.

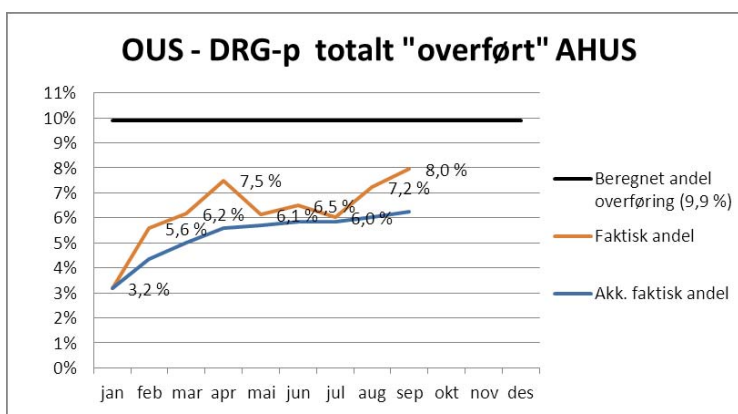
Som meddelt styret tidligere, har det vært store forskjeller mellom sykehusets og NPR sine ventelistedata. Det har derfor vært gjennomført og pågår fortsatt et stort arbeid med å kvalitetssikre våre ventelistedata og harmonisere de med NPR. Spesielt viktig har det vist seg at eksklusjonskriteriene (for eksempel fødende) er samstemte. Dette synes nå å være i mål. Men det må kjøres oppdatering på historiske data og NPR opplyser at oppdatering 2010 og 2011 (jan-aug) tidligst kan skje ultimo november.

Det er en utfordring at NPR ikke benytter endelige tertialfiler (rapporteres ca. 20. i etterfølgende måned), men datagrunnlag fra 2 – 4. i etterfølgende måned. For hovedstadsrapporten innebærer det et manglende etterslep på 10 – 20 % i registrerte nyhenvisninger.

4. Data fra opptaksområdene som er overført til Akershus universitetssykehus HF



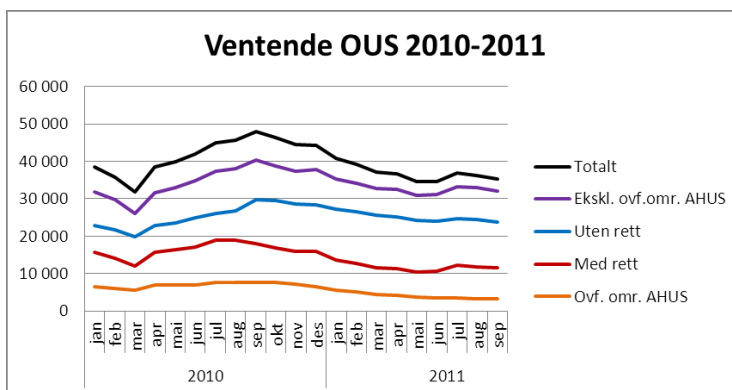
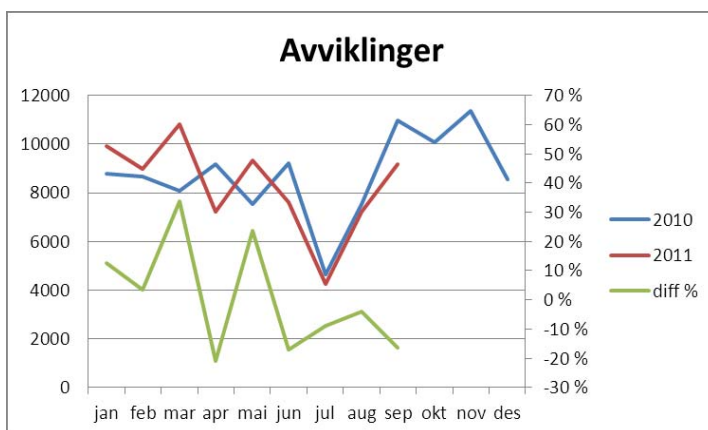
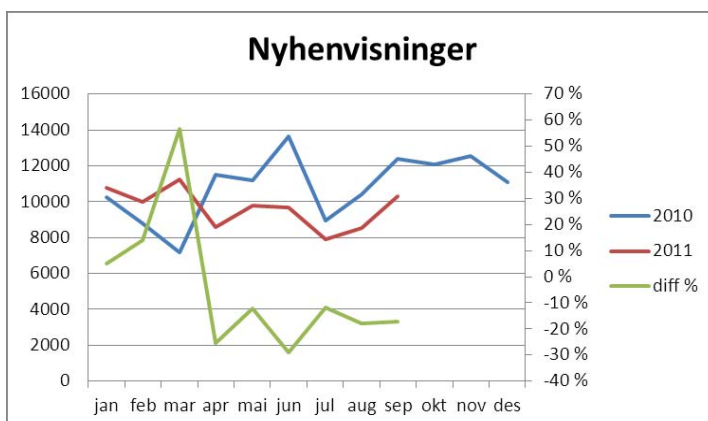
Hver sommer er det en nedgang i henvisninger og avviklinger. Når det medtas i vurderingen så viser ovenstående kurver at henvisninger og avvikling avtar som ønsket. Det har vært jobbet aktivt for å få pasientstrømmen til å følge denne utviklingen. Dette samsvarer med nedenstående oversikt over "overføring" av DRG.



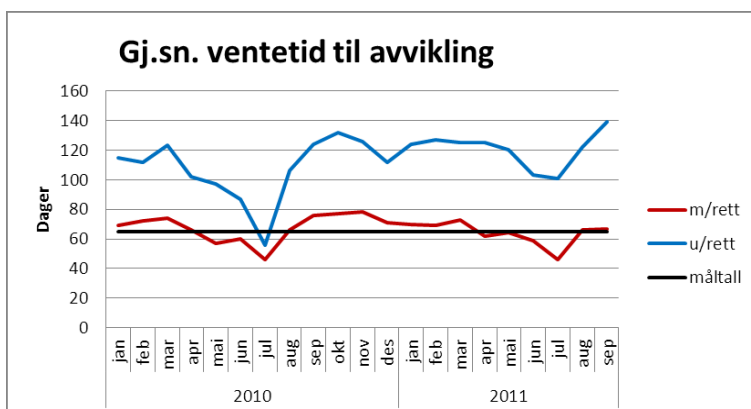
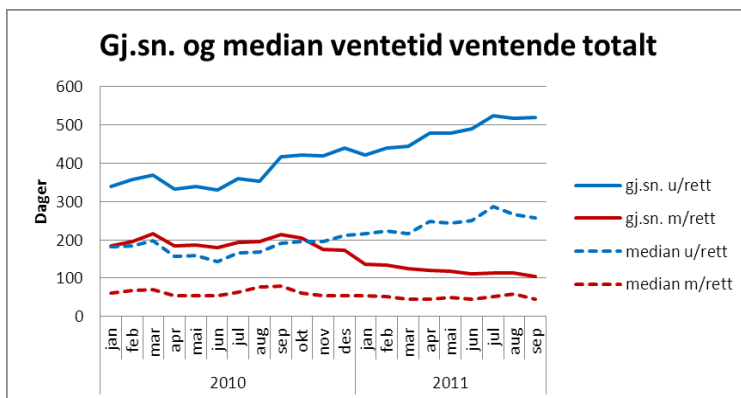
5. Ventelistebehandling og ventelistedata for sykehuset

Det har vært arbeidet gjennom Ventelistenettverket opp mot de ventelistanseansvarlige i klinikkene for å få gode prosedyrer og riktige registreringer i forhold til nasjonale normer og føringer. I tillegg til arbeidet med opplæringsystemer og obligatorisk oppfrisking for de som er involvert i

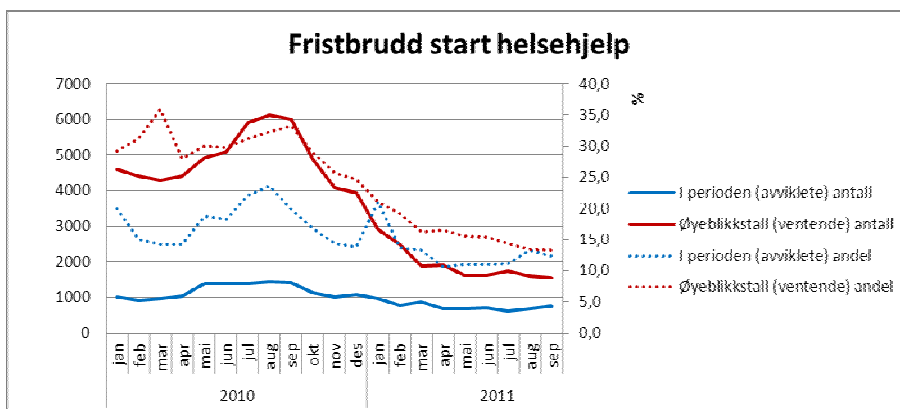
ventelistebehandling, er det fokus på gode ansvarsplasseringer i linjen. Det har vært arbeidet mye i klinikkene med rydding i ventelister for pasienter uten rett til helsehjelp og det er nå fullført for flere fagområder.



Som vist ovenfor har antall nyhenvisninger og antall avviklinger sunket etter overføringen og avvikling av haleaktivitet. Antall ventende med og uten rett til helsehjelp synker når vi ser bort fra sesongmessige påvirkninger (sommerferie).

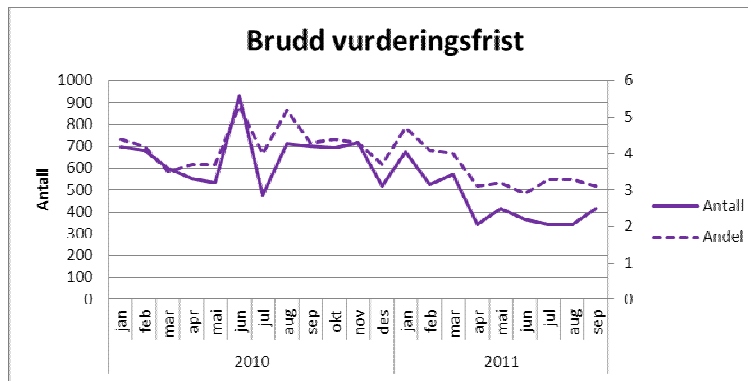


Ventetiden har sunket litt for pasienter med rett til helsehjelp og er på måltallet, mens ventetiden for pasienter uten rett til helsehjelp har økt litt som uttrykk for at pasienter med rett til helsehjelp prioriteres.



Alle klinikkene rapporterer om fokus på arbeidet med å forebygge fristbrudd. Figuren ovenfor viser at det gir resultater.

Det har og vært en nedgang i brudd på vurderingsfrist:



Sykehuset kan rapportere om bedre kvalitet i tallene og en positiv utvikling. Det er imidlertid viktig å påpeke at mye av bedringen skyldes klinikkenes rydding i egne ventelister. Sykehuset har fortsatt for lang ventetid innen flere fagområder og det arbeides aktivt på flere nivåer for å få ned disse ventetidene. Sykehusledelsen ser optimistisk på en fortsatt positiv utvikling.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 27. oktober 2011

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg: Mandat for styringsgruppen Nytt forskningsbygg på Montebello (utrykt)
Styringsdokument for Forskningsbygget (utrykt)
Sluttregnskap – Forskningsbygget med Parallellveien (utrykt)

**SAK 119/2011 BESLUTNINGSSAK
AVSLUTTET BYGGEPROSJEKT VED OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS HF – NYTT
FORSKNINGSBYGG VED RADIUMHOSPITALET**

Forslag til vedtak:

Styret tar sak om avsluttet byggeprosjekt ved Oslo universitetssykehus HF ”Nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet” til etterretning og konstaterer at bygget er ferdigstilt innenfor kostnadsrammen.

Styret tar til orientering at det er opprettet et haleprosjekt som har i mandat å anskaffe brukerutstyr innenfor rest av vedtatt kostnadsramme i henhold til prosjektets opprinnelige liste over brukerutstyr.

Oslo, den 20. oktober 2011

Jan Eirik Thoresen

1. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Styret gis i denne saken en oppsummerende sluttorientering av byggeprosjektet "Nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet" som er avsluttet. Byggeprosjektet har vært gjennomført i regi av Oslo universitetssykehus HF. Det har vært et omfattende og et krevende prosjekt som har pågått over flere år.

Byggeprosessen støtte på uventede utfordringer underveis, med ustabile grunnforhold og utviklingen i byggemarkedet, og bygget ble med mindre justeringer reist i henhold til opprinnelig tidsplan og budsjett. Bygget ble overtatt fra entreprenør, og 19 000 kvadratmeter er tatt i bruk som planlagt.

Forskningsbygget tegner så langt å oppfylle sin hensikt og er en drivkraft for hele kreftmiljø i Oslo universitetssykehus HF og i resten av landet.

Som det fremgår av saken er prosjektet gjennomført innenfor tildelt kostnadsramme. Det anbefales at styret slutter seg til forslaget for videre oppfølging av anskaffelser av brukerstyr.

2. Tidligere styresaker vedrørende nytt forskningsbygg

Nytt forskningsbygg på Radiumhospitalet har tilbake fra før årtusenskifte vært tema i flere styresaker i sykehuset. Etter sammenslåingen til Oslo universitetssykehus HF fra 1. januar 2009 har forskningsbygget blant annet vært behandlet i styresakene: 47/2009, 67/2009, 118/2009, 130/2009 og i 4/2010.

3. Faktabeskrivelse: Bakgrunn, planlegging og gjennomføring

Forskningsarealene ved Det norske radiumhospital var nedslitte, trange og ikke lenger vurdert egnet til eksperimentell biomedisinsk forskning (dokumentert i Nasjonal kreftplan og i styresak 42/2002 Helse Sør RHF). Dette, sammen med spredt lokalisering, var den vesentligste årsaken til ønske om å bygge et nytt forskningsbygg. Et slikt bygg ville gi forskningen gode vilkår ved å samle forskningsaktivitetene, gi virksomheten tidsmessige og egnede lokaler, samt tilfredsstillende gjeldende krav til HMS.

3.1 Prosjektorganisasjon

Planleggingen av nytt forskningsbygg pågikk i flere år i regi av Statsbygg, før byggherreansvaret ble overført fra Statsbygg til Det norske radiumhospital HF i 2002. Prosjektet ble videre bearbeidet/utviklet og dette var et arbeid som i korthet gikk ut på å få innpasset så mye som mulig av behovet innenfor en vedtatt kostnadsramme på 1 000 MNOK (i 2003-verdi). Dette tilsvarte en reduksjon på 600 MNOK i forhold til Statsbyggs kostnadsanslag, men med bibehold av alle vesentlige funksjoner.

Styret i Helse Sør RHF ga sin tilslutning til igangsetting av nytt forskningsbygg (26.1.2004) og på dette grunnlaget ble det opprettet en egen prosjektorganisasjon for planlegging og gjennomføring av "Nytt forskningsbygg" inkl. Parallellveien.

Et revidert forprosjekt innenfor vedtatt ramme forelå juni 2005 og grunnarbeidene for byggegroppen ble påbegynt i august samme år. Prosjektorganisasjonen ble organisert med Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF som prosjekteier/ byggherre og ledet av en styringsgruppe, som i hele prosjektperioden, har vært bestående av medlemmer fra brukere, eiendomsavdelingen, direktørens stab, vernetjenesten og Helse Sør-Øst RHF. Styringsgruppen ble ledet av eiendomssjefen og rapporterte til administrerende direktør.

Hovedprosjektet ansees som slutført og administrerende direktør legger opp til å avvikle prosjektet etter behandlingen av saken i styret. I etterkant av dette vil det bli opprettet et prosjekt som skal foreta planlagte anskaffelser av brukerutstyr innenfor gjenstående ramme.

4. Faktabeskrivelse: Finansiering og kostnader

Styret i Helse Sør vedtok 26. januar 2004, (sak 04/2004), igangsetting av et nytt forskningsbygg ved Det norske radiumhospital HF, innenfor en kostnadsramme på en milliard kroner i 2003-verdi. Dette var dekket av statlig tilskudd på 640 millioner kroner og resterende finansiering i form av lån fra Helse Sør RHF.

4.1 Finansiering og kostnader innenfor Styringsgruppens mandat

Administrerende direktør ga styringsgruppen mandat til å gjennomføre prosjektet innenfor en kostnadsramme på en milliard kroner (i 2003-verdi) eksklusive finanskostnader (byggelånsrenter) samt kostnader påløpt før 2004.

Kostnadsramme prisjustert per 31.12.2010 er 1 282,2 MNOK, hvorav 716,1 MNOK finansieres av statlig tilskudd og 566,1 MNOK finansieres av lån (eksklusive byggelånsrenter).

Styringsgruppen har behandlet og godkjent hovedprosjektets sluttregnskap pr. 30.09.2011 som viser et forbruk på 1255,7 MNOK. Pr.30.09.2011 er det regnskapsført ytterligere 11,5 MNOK til brukerutstyr. Det gjenstår dermed 14,9 MNOK til brukerutstyr som blant annet skal dekke en MR maskin til dyreavdelingen til ca 9 MNOK.

Ved godkjenningen av hovedprosjektets sluttregnskap gjensto det utstyrsinnkjøp som var utsatt for å ha tilstrekkelig sikkerhet for gjennomføring av byggeprosjektet innenfor den vedtatte kostnadsrammen.

Et avslutningsprosjekt/haleprosjekt ledet av Oslo sykehusservice, skal gjennomføre resterende anskaffelser av brukerstyr innenfor opprinnelig kostnadsramme og iht. prosjektets opprinnelige brukerstyrliste.

I den grad disse anskaffelsene eventuelt blir gjennomført under kostnadsrammen, vil prosjektet tilsvarende bli avsluttet under kostnadsrammen, og eventuell utbetalt likviditet fra Helse Sør-Øst RHF ut over endelig prosjektregnskap vil bli tilbakeført.

Følgende tabeller viser oppsummering av kostnadsramme og finansiering av kostnadsramme til hovedprosjekt og haleprosjekt.

Tabell I: Oppsummering av kostnadsramme til hovedprosjekt og haleprosjekt.

| KOSTNADER/KOSTNADSRAMME (prisjustert per 31.12.2010) | |
|---|--------------|
| Sluttregnskap hovedprosjekt 30.9.2011 godkjent av styringsgruppen | 1 255,7 MNOK |
| Regnskap brukerstyr pr. 30.9.2011 | 11,5 MNOK |
| Rest disponibel ramme til brukerstyr | 14,9 MNOK |
| Sum | 1 282,2 MNOK |

Tabell II: Oppsummering av finansiering av kostnadsramme til hovedprosjekt inklusive haleprosjekt.

| FINANSIERING | |
|---------------------------------|--------------|
| Statlig tilskudd | 716,1 MNOK |
| Lån, eksklusive byggelånsrenter | 5 66,1 MNOK |
| Sum | 1 282,2 MNOK |

4. 2 Finansiering og kostnader utenfor Styringsgruppens mandat

Finanskostnader (byggelånsrenter) samt kostnader påløpt før 2004 ligger utenfor Styringsgruppens mandat og kostnadsramme.

- **Finanskostnader:** Det er balanseført finansieringsutgifter på om lag 40 mill. kroner.
- **Kostnader påløpt før 2004:** før 2004 ble det utført et forprosjekt av Statsbygg for 28,5MNOK. Det norske radiumhospital HF overtok ansvaret som byggherre i 2002. I perioden frem til 2004 påløp det ytterligere kostnader knyttet til eksternt bistand i prosjekteringsarbeidet på 3,5 MNOK. Disse kostnadene ble finansiert av Det norsk radiumhospital sin egenkapital.

- **Andre kostnader tidligere vurdert inn i prosjektet**
I 2009 ble det vurdert å finansiere tre tiltak innenfor rammen til hovedprosjektet (ref styresak 67/2009). Det ble i etterkant vurdert dit hen at tiltakene ligger utenfor kostnadsrammen og disse tiltakene ble dermed finansiert over sykehusets ordinære investeringsbudsjetter.
- **Tomt**
Tomten til forskningsbygget ble kjøpt fra stiftelsen Radiumhospitalets legater i 2005. Kjøpesummen var 39 MNOK, som ble finansiert dels gjennom et makeskifte med Radiumhospitalets legater knyttet til eiendommen Villa Dobloug med en verdi på 25 MNOK, og dels gjennom salg av personalboliger for 14 MNOK

4.3 Usikkerhetsavsetning og disponering av denne

For å sikre 85 % sannsynlighet for at det ikke kom overskridelser i forhold til kostnadsrammen for prosjektet (styringsmål P85) ble det vedtatt å opprette en usikkerhetsavsetning.

Ved ett tilfelle har styret for Rikshospitalet HF godkjent å disponere av usikkerhetsavsetningen. Dette var i forbindelse med at gangbro og noen andre investeringer skulle kunne bestilles, (ref styresak 67/2009). I samme styresak ble det vedtatt at ytterligere disponeringer av usikkerhetsavsetningen skulle styrebehandles. Usikkerhetsavsetningen har vært kontinuerlig redusert i takt med fremdriften i prosjektet (ref styresak 118/2009) og etter som bygget har nærmet seg ferdigstillelse.

5. Faktabeskrivelse: Nytt forskningsbygg arealer

Nytt forskningsbygg på Radiumhospitalet inneholder lokaler for:

- Institutt for kreftforskning med følgende avdelinger: biokjemi, cellebiologi, genetik, immunologi, kreftforebygging, strålingsbiologi og tumorbiologi.
- Avdeling for celleterapi
- Senter for komparativ medisin

Samlet bruttoareal (BTA) er på 19 436 m². I tillegg kommer et parkeringshus på 12 527 m² (BTA) og en gangbro på 474 m² (BTA).

Bygget består av 2 fløyer i seks etasjer. Plan 2 til 6 disponeres av Institutt for kreftforskning. På plan 1 i vestre fløy ligger Avdeling for celleterapi. Øvrige arealer på plan 1 er kantine, auditorium, seminar- og møterom. Bygget har 5 etasjer under bakkeplan. Plan U5 til U3 er parkering. Parkeringsanlegget eies og driftes av Oslo universitetssykehus HF eget aksjeselskap(ref.sak 105/2011) Radiumhospitalets Parkeringsselskap AS (RadPark AS). Resterende arealer under terreng er fordelt mellom Senter for komparativ medisin og tekniske rom.

Gangbroen som binder forskningsbygget og det kliniske bygget på Radiumhospitalet sammen er ansett som svært viktig i samvirket mellom Instituttet og den kliniske virksomheten på sykehuset. Det er videre etablert en ny kommunal vei, Parallellveien, fra rundkjøringen syd for sykehuset og parallelt med Ring 3 fram til Husebybakken (550 meter). Veien er et resultat av en nødvendig utbyggingsavtale med Samferdselsetaten i Oslo kommune.

Forskningsbygget er planlagt med tanke på mulig utvidelser mot øst og vest.

6. Faktabeskrivelse: Innflytting

Innflyttingen ble justert noe i forhold til den opprinnelige fremdriftsplanen. Tidspunktet ble forskjøvet fra mai til midten av juni 2009, og det ble valgt en suksessiv innflytting av avdelingene. Dvs. innflytningsprosessen i Forskningsbygget ble gjennomført i to omganger, juni 2009 og august 2009. Kun senter for komparativ medisin (SKM) flyttet inn senere, dvs. høst 2010. I løpet av august 2009 var alle avdelingene ved Institutt for kreftforskning installert i det nye bygget, og avdeling for celleterapi startet pasientbehandling i oktober 2009. Det var antakelig en riktig strategi, fordi erfaringer fra den tidlige innflyttingen kom de som flyttet senere til gode.

Grunnet sammenslåinger av klinikker internt ved Oslo universitetssykehus HF, ble en forskningsgruppe fra Ullevål og en forskningsgruppe fra Aker sykehus, overført til det nye bygget våren 2010. Disse ble da integrert i eksisterende forskningsavdelinger. Forskerne har nå fått egnede lokaler, som svarer til dagens krav til virksomhet, helse, miljø og sikkerhet. Det rapporteres om høy grad av tilfredshet med det nye bygget.

Senter for komparativ medisin startet opp med konvensjonelle dyr i oktober 2010, mens avl av egne dyr startet opp i januar 2011. Ingen gamle dyr eller forsøk ble flyttet, slik at full drift i ny avdeling ble oppnådd først etter trinnvis avslutning i gamle arealer.

Økonomisk oversikt, Forskningsbygget med Parallellveien

Status per: 10.10.11

Status på: **Konti**

Utvalg: Prosjekt: 9620/9660 Forskningsbygget med Parallellveien

Utskriftstatus: Overordnet, Beløp i hele kroner, Inkl. avgift, Rapporten viser

| Kontraktsområde / Konto | Budsjett (m/siste prisreg) | Forventet sluttkostnad | Avvik | Kontrakter | | Endringer | | | Fakturert |
|------------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------|----------------------|--------|--------------------|----------|---------|----------------------|
| | | | | Inngått | Antatt | Godkjent | Uavklart | Varsler | |
| | (1) | (2) = 4+5+6+7+8 | (3) = 1-2 | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) |
| A1 TETT BYGG m/P-ANLEGG | 132 921 887 | 132 921 887 | | 102 034 853 | | 30 887 034 | | | 132 921 886 |
| A2 BYGG | 203 388 831 | 206 046 333 | -2 657 502 | 157 180 107 | | 48 866 226 | | | 206 046 333 |
| B UTOMHUS m/PARALLELLVEI | 74 850 000 | 73 984 834 | 865 166 | 57 000 000 | | 16 984 834 | | | 73 984 835 |
| C TEKNIKK OG IKT | 249 064 564 | 245 043 136 | 4 021 428 | 214 410 634 | | 30 632 502 | | | 245 043 136 |
| D SPESIALOMRÅDER | 65 123 526 | 64 380 217 | 743 309 | 54 859 640 | | 9 520 577 | | | 64 380 217 |
| Entreprisekostnader | 725 348 808 | 722 376 407 | 2 972 401 | 585 485 234 | | 136 891 173 | | | 722 376 407 |
| E BRUKERUTSTYR | 81 239 368 | 66 999 642 | 14 239 726 | 61 912 122 | | 5 087 520 | | | 66 999 642 |
| F RÅDGIVNING | 48 593 000 | 49 144 396 | -551 396 | 49 144 396 | | | | | 49 144 397 |
| G UFORDELT | 174 248 526 | 175 004 793 | -756 267 | 191 544 688 | | -16 539 895 | | | 175 004 791 |
| H MERVERDIAVGIFT | 250 756 756 | 242 161 950 | 8 594 806 | 215 974 309 | | 26 187 641 | | | 242 161 951 |
| I FORVENTET TILLEGG | 1 470 542 | | 1 470 542 | | | | | | |
| Prosjektkostnad - P50 | 1 281 657 000 | 1 255 687 188 | 25 969 812 | 1 104 060 749 | | 151 626 439 | | | 1 255 687 188 |
| J USIKKERHETSAVSETNING | | | | | | | | | |
| Kostnadsramme | 1 281 657 000 | | | | | | | | |
| P85 | | 1 255 687 188 | | | | | | | |

| Kontraktsområde / Konto | Budsjett (m/siste prisreg) | Forventet sluttkostnad | Avvik | Kontrakter | | Endringer | | | Fakturert |
|--|-------------------------------|---------------------------|-------------------|--------------------|--------|-------------------|----------|---------|--------------------|
| | | | | Inngått | Antatt | Godkjent | Uavklart | Varsler | |
| | (1) | (2) = 4+5+6+7+8 | (3) = 1-2 | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) |
| A1 TETT BYGG m/P-ANLEGG | 132 921 887 | 132 921 887 | | 102 034 853 | | 30 887 034 | | | 132 921 886 |
| A1.201 Midl. tiltak Vestenghaugen | 7 218 672 | 7 218 672 | | 6 970 680 | | 247 992 | | | 7 218 672 |
| A1.255 Tett bygg m/P-anlegg | 38 325 979 | 38 325 979 | | 19 535 091 | | 18 790 888 | | | 38 325 979 |
| A1.256 Pre-fab Betongelementer | 47 398 172 | 47 398 172 | | 39 820 000 | | 7 578 172 | | | 47 398 172 |
| A1.261 Fasader | 39 979 064 | 39 979 064 | | 35 709 082 | | 4 269 982 | | | 39 979 063 |
| A2 BYGG | 203 388 831 | 206 046 333 | -2 657 502 | 157 180 107 | | 48 866 226 | | | 206 046 333 |
| A2.100 Diverse leverandører | 7 918 484 | 9 944 248 | -2 025 764 | 9 879 420 | | 64 828 | | | 9 944 248 |
| A2.101 Sjakter | 16 210 129 | 16 206 277 | 3 852 | 16 206 277 | | | | | 16 206 277 |
| A2.102 Vakhhold | 1 589 480 | 1 589 480 | | 1 589 480 | | | | | 1 589 480 |
| A2.103 Renhold | 4 076 824 | 4 289 444 | -212 620 | 4 026 944 | | 262 500 | | | 4 289 444 |
| A2.104 Fyring og strøm | 3 351 600 | 4 656 400 | -1 304 800 | 4 656 400 | | | | | 4 656 400 |
| A2.262 Innvendige arbeider | 169 587 557 | 168 705 727 | 881 830 | 120 532 740 | | 48 172 987 | | | 168 705 727 |
| A2.263 Bygn.messig reservekraft (u/refusjon) | 654 757 | 654 757 | | 288 846 | | 365 911 | | | 654 757 |
| B UTOMHUS m/PARALLELLVEI | 74 850 000 | 73 984 834 | 865 166 | 57 000 000 | | 16 984 834 | | | 73 984 835 |
| B.750 Utendørsarbeid | 53 000 000 | 52 099 447 | 900 553 | 40 000 000 | | 12 099 447 | | | 52 099 448 |
| B.751 Gangbro | 17 800 000 | 17 960 021 | -160 021 | 13 500 000 | | 4 460 021 | | | 17 960 021 |
| B.753 Utomhusarbeider - fase 3 | 4 050 000 | 3 925 366 | 124 634 | 3 500 000 | | 425 366 | | | 3 925 366 |
| C TEKNIKK OG IKT | 249 064 564 | 245 043 136 | 4 021 428 | 214 410 634 | | 30 632 502 | | | 245 043 136 |
| C.345 Totalentreprise teknikk | 202 000 000 | 199 202 523 | 2 797 477 | 173 666 400 | | 25 536 123 | | | 199 202 523 |
| C.450 Tilknytning til eks. høyspentanlegg | 100 000 | | 100 000 | | | | | | |
| C.451 Høyspenningsanlegg | 6 925 233 | 6 548 776 | 376 457 | 4 322 938 | | 2 225 838 | | | 6 548 776 |
| C.500 Totalentreprise IKT | 11 038 939 | 10 890 681 | 148 258 | 8 979 268 | | 1 911 413 | | | 10 890 681 |
| C.550 Tilknytning til eks. telenett | 100 000 | | 100 000 | | | | | | |
| C.650 Reservekraftanlegg | 3 883 593 | 3 833 593 | 50 000 | 3 510 000 | | 323 593 | | | 3 833 594 |
| C.652 Heiser | 3 001 015 | 3 014 535 | -13 520 | 2 559 000 | | 455 535 | | | 3 014 535 |
| C.653 SL-3 | 18 200 594 | 18 380 594 | -180 000 | 18 200 594 | | 180 000 | | | 18 380 594 |
| C.655 Lab-er 6. etg. øst | 3 115 190 | 2 915 190 | 200 000 | 2 915 190 | | | | | 2 915 190 |
| C.656 Vannrenseanlegg | 300 000 | 257 244 | 42 756 | 257 244 | | | | | 257 244 |
| C.657 Ny varmeveksler | 400 000 | | 400 000 | | | | | | |
| D SPESIALOMRÅDER | 65 123 526 | 64 380 217 | 743 309 | 54 859 640 | | 9 520 577 | | | 64 380 217 |
| D.270 Totalentreprise celle/genterapi | 27 030 000 | 27 016 840 | 13 160 | 22 055 610 | | 4 961 230 | | | 27 016 840 |
| D.280 Laboratorieinnredninger | 14 918 462 | 14 918 460 | 2 | 13 742 000 | | 1 176 460 | | | 14 918 462 |
| D.354_1 Avtrekksskap og sikkerhetsbenker | 8 025 000 | 8 034 574 | -9 574 | 7 742 025 | | 292 549 | | | 8 034 574 |
| D.354_2 Styling og regulering | 6 450 000 | 5 953 662 | 496 338 | 3 500 000 | | 2 453 662 | | | 5 953 662 |
| D.356_1 Autoklaver | 2 920 000 | 2 812 714 | 107 286 | 2 636 000 | | 176 714 | | | 2 812 714 |
| D.356_2 Laboratorievaskemaskiner | 551 977 | 544 309 | 7 668 | 468 814 | | 75 495 | | | 544 309 |
| D.357 Strøhhåndtering | 2 410 000 | 2 397 157 | 12 843 | 2 316 751 | | 80 406 | | | 2 397 157 |
| D.358 Gassluser | 1 963 437 | 1 857 381 | 106 056 | 1 610 000 | | 247 381 | | | 1 857 381 |
| D.654 Avfallshåndteringssystem | 628 060 | 628 060 | | 571 380 | | 56 680 | | | 628 060 |
| D.864 Kjøleromshyller | 55 000 | 45 470 | 9 530 | 45 470 | | | | | 45 470 |

Økonomisk oversikt, Forskningsbygget med Parallellveien

Status på: **Konti**

| Kontraktsområde / Konto | | Budsjett (m/siste prisreg) | Forventet sluttkostnad | Avvik | Kontrakter | | Endringer | | | Fakturert |
|----------------------------|--|-------------------------------|---------------------------|-------------------|--------------------|------------|--------------------|------------|---------|--------------------|
| | | | | | Inngått | Antatt | Godkjent | Uavklart | Varsler | |
| | | (1) | (2) = 4+5+6+7+8 | (3) = 1-2 | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) |
| D.865 | Skap for gassflasker | 171 590 | 171 590 | | 171 590 | | | | | 171 590 |
| Entreprisekostnader | | 725 348 808 | 722 376 407 | 2 972 401 | 585 485 234 | | 136 891 173 | | | 722 376 407 |
| E | BRUKERUTSTYR | 81 239 368 | 66 999 642 | 14 239 726 | 61 912 122 | | 5 087 520 | | | 66 999 642 |
| E.900 | Ikke fordelt brukerstyr | 645 306 | 821 819 | -176 513 | 698 820 | | 122 999 | | | 972 376 |
| E.901 | Burvaskemaskin | 3 545 339 | 3 545 339 | | 3 526 866 | | 18 473 | | | 3 545 339 |
| E.902 | Flaskevaskemaskiner | 1 237 295 | 1 237 295 | | 1 229 326 | | 7 969 | | | 1 237 295 |
| E.903 | IVC racks, filterskap, isolatorer mm. | 7 911 006 | 7 551 006 | 360 000 | 7 442 346 | | 108 660 | | | 7 551 004 |
| E.904 | Nitrogentanker inkl. styringssystem | 3 825 142 | 3 927 292 | -102 150 | 2 589 686 | | 1 337 606 | | | 3 777 292 |
| E.905 | Ismaskiner | 313 807 | 313 807 | | 313 807 | | | | | 313 807 |
| E.906 | Vannrenseutstyr | 940 770 | 940 770 | | 876 751 | | 64 019 | | | 940 770 |
| E.907 | Utstyr til celle-/genterapi | 4 417 573 | 4 417 573 | | 4 411 183 | | 6 390 | | | 4 417 548 |
| E.908 | Utstyr for håndtering av varer, tøy og avfall | 292 785 | 292 785 | | 289 025 | | 3 760 | | | 292 786 |
| E.909 | Inventar | 8 340 458 | 8 309 867 | 30 591 | 6 781 436 | | 1 528 431 | | | 8 309 335 |
| E.910 | Ultrafrysere og inkubatorer | 2 852 145 | 2 759 943 | 92 202 | 2 062 897 | | 697 046 | | | 2 759 943 |
| E.911 | Kjøle-, frysenskap og annet husholdningsutstyr | 808 765 | 808 765 | | 754 055 | | 54 710 | | | 808 765 |
| E.912 | Kontormaskiner- og utstyr | 81 000 | 13 542 | 67 458 | 13 542 | | | | | 13 541 |
| E.914 | Vaskeri og rengjøringsutstyr | 399 345 | 357 005 | 42 340 | 357 005 | | | | | 357 005 |
| E.915 | Datautstyr | 1 392 098 | 1 415 319 | -23 221 | 1 359 820 | | 55 499 | | | 1 415 319 |
| E.916 | Sentrifuger | 2 006 207 | 2 006 207 | | 1 547 838 | | 458 369 | | | 2 006 207 |
| E.917 | Diverse uensartet labutstyr | 1 302 140 | 1 125 730 | 176 410 | 1 392 123 | | -266 393 | | | 1 125 730 |
| E.918 | Diverse uensartet utstyr | 282 613 | 269 935 | 12 678 | 231 633 | | 38 302 | | | 269 936 |
| E.919 | Strålevernutstyr | 51 593 | 36 593 | 15 000 | 36 593 | | | | | 36 593 |
| E.920 | Mikroskoper | 9 397 473 | 9 294 367 | 103 106 | 9 250 819 | | 43 548 | | | 9 294 367 |
| E.921 | Flowcytometer | 4 080 000 | 4 080 000 | | 4 080 000 | | | | | 4 080 000 |
| E.922 | Generelt laboratorieutstyr | 698 848 | 698 848 | | 666 892 | | 31 956 | | | 698 848 |
| E.923 | PCR-utstyr | 2 107 274 | 1 989 098 | 118 176 | 1 989 098 | | | | | 1 989 098 |
| E.924 | Geldokumentasjon | 282 460 | 282 460 | | 282 460 | | | | | 282 460 |
| E.925 | RNA/DNA Prepareringsutstyr | 1 283 104 | 1 277 514 | 5 590 | 1 277 514 | | | | | 1 277 514 |
| E.926 | RNA/DNA Analyseutstyr | 370 000 | | 370 000 | | | | | | |
| E.927 | Gelelektroforese | 261 025 | 328 955 | -67 930 | 233 289 | | 95 666 | | | 328 955 |
| E.928 | Celletellere | 729 121 | 729 121 | | 317 841 | | 411 280 | | | 729 121 |
| E.929 | Pipetter | 585 239 | 585 239 | | 585 239 | | | | | 585 239 |
| E.931 | Spektrofotometre | 1 313 044 | 1 313 094 | -50 | 1 236 362 | | 76 732 | | | 1 313 092 |
| E.933 | Røntgenutstyr | 1 097 916 | 1 097 916 | | 1 050 799 | | 47 117 | | | 1 097 916 |
| E.934 | MR-maskin | 8 500 000 | | 8 500 000 | | | | | | |
| E.935 | Sekvenseringsutstyr | 880 344 | 880 344 | | 880 344 | | | | | 880 344 |
| E.936 | Suppleringer/tilbehør til eksisterende utstyr | 1 332 754 | 1 332 754 | | 1 332 754 | | | | | 1 332 754 |
| E.937 | Flytting eks. utstyr | 1 256 745 | 1 106 682 | 150 063 | 1 106 682 | | | | | 1 106 682 |
| E.939 | Adm. og reiser m/mva | 281 347 | 265 108 | 16 239 | 265 108 | | | | | 265 108 |
| E.940 | Betatellere - analyse | 1 119 239 | 1 119 239 | | 1 119 239 | | | | | 1 119 239 |
| E.941 | Skilting | 478 609 | 468 311 | 10 298 | 322 930 | | 145 381 | | | 468 311 |
| E.995 | Effektivering av "kuttliste" | | | | | 2 242 490 | | -2 242 490 | | |
| E.997 | Identifisering av "Kuttliste" | | | | | -2 242 490 | | 2 242 490 | | |

Økonomisk oversikt, Forskningsbygget med Parallellveien

Status på: **Konti**

| Kontraktsområde / Konto | Budsjett (m/siste prisreg) | Forventet sluttkostnad | Avvik | Kontrakter | | Endringer | | | Fakturert |
|--|-------------------------------|---------------------------|-------------------|----------------------|--------|--------------------|----------|---------|----------------------|
| | | | | Inngått | Antatt | Godkjent | Uavklart | Varsler | |
| | (1) | (2) = 4+5+6+7+8 | (3) = 1-2 | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) |
| E.999 Reserve brukerstyr | 4 539 439 | | 4 539 439 | | | | | | |
| F RÅDGIVNING | 48 593 000 | 49 144 396 | -551 396 | 49 144 396 | | | | | 49 144 397 |
| F.823.01 Prosjekteringsledelse | 3 445 000 | 3 435 897 | 9 103 | 3 435 897 | | | | | 3 435 897 |
| F.823.02 Rådgivning og myndighetshåndtering | 1 645 000 | 1 700 079 | -55 079 | 1 700 079 | | | | | 1 700 079 |
| F.823.03 Arkitektfaglig prosjektering | 14 100 000 | 14 045 261 | 54 739 | 14 045 261 | | | | | 14 045 261 |
| F.823.04 Landskaparkitekt | 875 000 | 842 341 | 32 659 | 842 341 | | | | | 842 341 |
| F.823.05 VVS restprosjektering og rådgivning | 4 450 000 | 4 405 496 | 44 504 | 4 405 496 | | | | | 4 405 496 |
| F.823.06 Byggeteknisk prosjektering mm. | 4 263 000 | 4 184 719 | 78 281 | 4 184 719 | | | | | 4 184 719 |
| F.823.07 Restprosjektering og rådgivning teknikk | 7 620 000 | 8 054 659 | -434 659 | 8 054 659 | | | | | 8 054 659 |
| F.823.08 Spesialrådgivning | 7 110 000 | 7 205 477 | -95 477 | 7 205 477 | | | | | 7 205 477 |
| F.823.09 Koordinering grensesnitt og byggeweb | 1 655 000 | 1 648 022 | 6 978 | 1 648 022 | | | | | 1 648 022 |
| F.849 Proteknologi | 3 430 000 | 3 622 445 | -192 445 | 3 622 445 | | | | | 3 622 445 |
| G UFORDELT | 174 248 526 | 175 004 793 | -756 267 | 191 544 688 | | -16 539 895 | | | 175 004 791 |
| G.80 LPS Kap. 8 | 2 392 890 | 2 392 890 | | 2 392 890 | | | | | 2 392 890 |
| G.81.813 Funksjonsprogram | 690 375 | 690 375 | | 690 375 | | | | | 690 375 |
| G.82.820 Ideprosjekt 2004 | 4 112 416 | 4 112 416 | | 4 112 416 | | | | | 4 112 416 |
| G.82.821 Skisseprosjekt | 3 969 175 | 3 969 175 | | 3 969 175 | | | | | 3 969 175 |
| G.82.822 Forprosjekt | 17 438 820 | 17 438 820 | | 17 438 820 | | | | | 17 438 820 |
| G.82.823 Prosjektering 9620 | 52 421 674 | 52 657 279 | -235 605 | 69 895 000 | | -17 237 721 | | | 52 657 279 |
| G.82.825 Prosjektering 9660 | 1 983 666 | 1 983 666 | | 1 309 080 | | 674 586 | | | 1 983 666 |
| G.82.827 Midlertidig parkering | 723 868 | 723 868 | | 723 868 | | | | | 723 868 |
| G.82.829 Spesialkonsulenter | 7 450 000 | 7 726 122 | -276 122 | 7 726 122 | | | | | 7 726 122 |
| G.83.831 Prosjektleder honorarer | 29 100 000 | 29 584 187 | -484 187 | 29 584 187 | | | | | 29 584 187 |
| G.83.832 Prosjektledelse lønn | 9 800 000 | 9 763 991 | 36 009 | 9 763 991 | | | | | 9 763 991 |
| G.83.833 Byggeledelse bygg | 24 000 000 | 23 641 864 | 358 136 | 23 641 864 | | | | | 23 641 864 |
| G.83.834 Støttefunksjon RR HF | 1 290 775 | 1 290 775 | | 1 290 775 | | | | | 1 290 775 |
| G.83.839 Andre konsulenter | 2 700 000 | 2 806 328 | -106 328 | 2 806 328 | | | | | 2 806 328 |
| G.84.841 Bikostnader u/mva | 1 680 000 | 1 693 165 | -13 165 | 1 669 925 | | 23 240 | | | 1 693 165 |
| G.84.842 Bikostnader m/mva | 6 800 000 | 7 010 456 | -210 456 | 7 010 456 | | | | | 7 010 456 |
| G.85.851 Gebyrer u/mva | 200 000 | 207 291 | -7 291 | 207 291 | | | | | 207 291 |
| G.85.852 Gebyrer m/mva | 1 200 000 | 1 091 976 | 108 024 | 1 091 976 | | | | | 1 091 976 |
| G.85.854 Info tjeneste eks. mva | 84 750 | 84 750 | | 84 750 | | | | | 84 750 |
| G.86.861 Utstyrplanlegging | 1 230 000 | 1 155 282 | 74 718 | 1 155 282 | | | | | 1 155 282 |
| G.86.862 Kontrahering utstyr | 484 818 | 484 818 | | 484 818 | | | | | 484 818 |
| G.87.871 Brukermedvirkning | 4 495 299 | 4 495 299 | | 4 495 299 | | | | | 4 495 299 |
| H MERVERDIAVGIFT | 250 756 756 | 242 161 950 | 8 594 806 | 215 974 309 | | 26 187 641 | | | 242 161 951 |
| H MERVERDIAVGIFT | | | | | | | | | -20 505 |
| H.95 Merverdiavgift inn | 250 756 756 | 242 161 950 | 8 594 806 | 215 974 309 | | 26 187 641 | | | 242 182 456 |
| I FORVENTET TILLEGG | 1 470 542 | | 1 470 542 | | | | | | |
| I.02 Prosjektreserve | 1 470 542 | | 1 470 542 | | | | | | |
| Prosjektkostnad - P50 | 1 281 657 000 | 1 255 687 188 | 25 969 812 | 1 104 060 749 | | 151 626 439 | | | 1 255 687 188 |
| J USIKKERHETSAVSETNING | | | | | | | | | |

Økonomisk oversikt, Forskningsbygget med Parallellveien

Status på: **Konti**

| Kontraktsområde / Konto | Budsjett (m/siste prisreg) | Forventet sluttkostnad | Avvik (3) = 1-2 | Kontrakter | | Endringer | | | Fakturert (9) |
|-------------------------|-------------------------------|---------------------------|--------------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|----------------|------------------|
| | | | | Inngått (4) | Antatt (5) | Godkjent (6) | Uavklart (7) | Varsler (8) | |
| | (1) | (2) = 4+5+6+7+8 | (3) = 1-2 | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) |
| Kostnadsramme | 1 281 657 000 | | | | | | | | |
| P85 | | 1 255 687 188 | | | | | | | |

Administrerende direktør

Styringsgruppen for nytt forskningsbygg

Kopi: Prosjektleder Erik Sunde

Besøksadr: Sognsvannsveien 20, Oslo

Postadr: Rikshospitalet HF, 0027 Oslo

Sentralbord: 23 07 00 00

E-post: firmapost@rikshospitalet.no

Deres ref.:

Vår ref./saksbeh./dir.tlf.:

Dato: 18.12.07

Mandat for styringsgruppen for nytt forskningsbygg på Montebello

Det har lenge foreligget et styringsdokument for forskningsbyggprosjektet (siste versjon godkjent av styringsgruppen 13.9.07) og et dokument med retningslinjer for saker som skal behandles i styringsgruppen (av 20.10.05).

I Ernst & Youngs internrevisjonsgjennomgang av prosjekt nytt forskningsbygg våren 2007 ble det påpekt at "Prosjektets styringsgruppe ikke er formelt etablert, og at det ikke foreligger noe mandat eller annen form for oppdragsdokument som beskriver dens ansvar, myndigheter, fullmakter, sammensetning etc."

For å bringe dette i orden, er det utarbeidet et mandat for styringsgruppen.

I internrevisjonsrapporten er det også påpekt at det bør "etableres en forankring mellom Eiendomsavdelingen og administrerende direktør for å sikre ledelsens mål med prosjektet". Til orientering er det i løpet av 2007 etablert en fast møteplass mellom styringsgruppens leder og adm. dir.

Mandatet for styringsgruppen er vedlagt, og dette bes lagt til grunn for arbeidet sammen med de øvrige styringsdokumentene nevnt ovenfor.

Med hilsen

Åge Danielsen



RIKSHOSPITALET

NOTAT

Til: Styringsgruppen for nytt forskningsbygg på Montebello

Kopi: Prosjektleder

Fra: Adm.direktør Åge Danielsen

Saksbehandler:

Dato: 18.12.07

Offentlighet:

Sak: Mandat for styringsgruppen

Besøksadr: Sognsvannsveien 20, Oslo
Postadr: Rikshospitalet HF, 0027 Oslo
Sentralbord: 23 07 00 00
Direktelinje: 23 07 09 80
Epost: firmapost@rikshospitalet.no

MANDAT FOR STYRINGSGRUPPEN FOR NYTT FORSKNINGSBYGG PÅ MONTEBELLO

1. Det formelle grunnlaget for prosjektet

Styret for Helse Sør RHF fattet den 26.1. 2004 et vedtak om at .

*” 1.Styret for Helse Sør RHF gir sin tilslutning til igangsetting av nytt forskningsbygg ved Dnr HF innenfor en total kostnadsramme på 1000 MNOK (i 2003-verdi).
2. Styret viser til Stortingets forutsetninger i B.Innst. S. nr 11 (2003-2004). Styret forutsetter, med henvisning til Stortingets vedtak, at forskningsbygget sikres en forsvarlig finansiering av departementet..... ”)*

Helseforetakets ledelse, dvs. Dnr, senere Rikshospitalet-Radiumhospitalet og nå Rikshospitalet HF, har på dette grunnlaget igangsatt og gjennomført prosjektet, som etter planen skal ferdigstilles sommeren 2009.

2. Helseforetakets mål med prosjektet

Prosjektet skal bidra til

- å styrke kreftforskningen ved helseforetaket gjennom at det legges til rette for større forskningsproduksjon, bedre kvalitet på forskningen, bedre forskerrekuttering, tettere forbindelse mellom klinikk og forskning, bedre undervisningstilbud og økt samarbeid med farmasøytisk industri
- økonomiske og faglige gevinster ved samlokalisering av forskningsavdelingene
- mer effektiv drift og lave levetidskostnader
- gode arbeidsvilkår for de ansatte

3. Styringsgruppens mandat og rolle

1. Styringsgruppen er styringsgruppe for prosjektet og rådgivende organ overfor administrerende direktør, som er prosjekteier.
2. Styringsgruppen skal være et bindeledd mellom prosjektets ledelse og helseforetakets ledelse. Styringsgruppen skal sikre forankring av viktige og prinsipielle beslutninger. Styringsgruppen vil gjennom sin sammensetning bidra til kvalitetssikring av arbeidet i prosjektorganisasjonen.
3. Styringsgruppen skal sørge for at helseforetakets mål blir ivaretatt under gjennomføringen av prosjektet slik at eieren får overlevert et funksjonelt bygg. Styringsgruppen skal følge opp prosjektet i henhold til overordnet mandat og framdriftsplan.
4. Styringsgruppen har ansvar for:
 - Gi mandat til prosjektleder og være prosjektleders støtte overfor linjeorganisasjonen
 - Å vurdere prosjektleders fullmakter
 - Sørge for at prosjekteiers overordnede mål blir gjort kjent, forstått og etterlevd i prosjektet
 - Budsjettmessig dekning
 - At faglige beslutninger tas i tide
 - Beslutninger om organisasjonsmessige endringer når det gjelder overordnet ansvars- og oppgavefordeling, nye rutiner og samarbeidsrelasjoner
 - Informasjon til og ansvarliggjøring av linjeorganisasjonen
 - At forholdene legges til rette i prosjektet ved å fristille ressurser, sørge for kontorfasiliteter og nødvendig utstyr
 - Å tilrettelegge for å realisere prosjektet nytteeffekt
 - Å foreta sluttevaluering
5. Styringsgruppen skal behandle følgende saker:
 1. Overordnet styringsdokument og revisjon av dette
 2. Budsjetter og bevilgninger
 3. Overordnede fremdriftsplaner
 4. Gjennomføringsstrategier
 5. Eventuelle endringer ift. godkjent forprosjekt
 6. Eventuelle disponeringer fra usikkerhetsavsetning
 7. Månedrappporter fra prosjektledelsen
 8. Kontraheringer som går ut over prosjektleders fullmakter
 9. Eksterne revisjonsrapporter
 10. HMS-planer og –strategier
 11. Viktige saker av prinsipiell natur
6. Styringsgruppen ved dens leder er ansvarlig for å framlegge for prosjekteier saker som innebærer, eller vil kunne innebære, vesentlige avvik fra vedtatt økonomisk ramme, framdrift og kvalitet. Styringsgruppens leder skal ha regelmessige møter med prosjekteier.

4. Styringsgruppens sammensetning

| | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| Elin S. Berggren (leder) | Eierrepresentant |
| Erlend B. Smeland | Kreftforskningsinstituttet |
| Erik Boye | Kreftforskningsinstituttet |
| Bjørn Rogne | Eiendomsavd., prosjekt |
| Birger Stamsø | Helse Sør-Øst RHF |
| Randmod Omarhaug | Eiendomsavd., Sikkerhet/parkering |
| Øystein Solheim Lien | Direktørens stab |
| Gry Mæhlum | Vernetjenesten |



Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF
Byggeprosjektene

Styringsdokument
for
Forskningsbygget

| Revisjon | Revisjons dato | Beskrivelse | Utarbeidet | Kontrollert | Godkjent |
|----------|----------------|---|------------|-------------|-------------|
| 1.0 | 11.10.2005 | Godkjent av styringsgruppen 29.09.2005 | ESU | JB | St. gruppen |
| 2.0 | 13.09.2007 | Godkjent av styringsgruppen 20.09.2007 | ESU/RB | RB | St. gruppen |

INNHALDSFORTEGNELSE

| | |
|--|-----------|
| 1 Generelt | 4 |
| 1.1 FORMÅLET MED DOKUMENTET | 4 |
| 1.2 DEFINISJONER | 4 |
| 2 Overordnede rammer | 5 |
| 2.1 HENSIKT | 5 |
| 2.2 RAMMEBETINGELSER | 6 |
| 2.3 GRENSESNITT | 6 |
| 2.4 SUKSESSKRITERIER | 6 |
| 2.5 KRITISKE SUKSESSFaktorER | 6 |
| 3 Prosjektmål | 8 |
| 3.1 SAMFUNNSMÅL | 8 |
| 3.2 EFFEKTMÅL | 9 |
| 3.3 PROSJEKTETS RESULTATMÅL | 9 |
| 3.4 PROSJEKTETS PROSESSMÅL | 11 |
| 4 Hovedkonsept | 12 |
| 4.1 GENERELT | 12 |
| 4.2 PROSJEKTETS ART OG OMFANG | 12 |
| 4.3 BYGNINGENS FREMTREDEN OG FORHOLD TIL OMGIVELSENE | 12 |
| 4.4 DISPONERING AV BYGNINGEN | 13 |
| 4.5 MULIGHET FOR FREMTIDIGE UTVIDELSER | 14 |
| 4.6 TEKNISK HOVEDSTRUKTUR | 14 |
| 4.7 VEI OG TRAFIKK | 14 |
| 4.8 PARALLELLVEIEN | 15 |
| 4.9 LANDSKAPSBEHANDLING | 15 |
| 4.10 AREALER | 16 |
| 4.11 GRUNNFORHOLD OG FUNDAMENTERING | 16 |
| 4.12 KONSTRUKSJONER I RÅBYGG | 17 |
| 4.13 VVS - TEKNISKE ANLEGG | 18 |
| 4.14 ELEKTROTEKNISKE ANLEGG | 18 |
| 5 Prosjektstrategi | 19 |
| 5.1 ORGANISERING | 19 |
| 5.2 TEKNISK GRENSESNITT GRUPPE (TGG) | 20 |

| | |
|---|-----------|
| 5.3 BRUKERMEDVIRKNING | 21 |
| 5.4 PROSJEKTFORUM | 21 |
| 5.5 FORBEREDELSE TIL DRIFT | 22 |
| 5.6 STYRING AV USIKKERHET | 22 |
| 5.7 HMS | 23 |
| 5.8 KONTRAKTSSTRATEGI | 23 |
| 5.9 INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON | 24 |
| 6 Prosjektstyringsbasis | 25 |
| 6.1 STYRENDE DOKUMENTER | 25 |
| 6.2 STYRINGSVERKTØY | 25 |
| 6.3 ENDRINGSSTYRING | 25 |
| 6.4 PROSJEKTNEDBRYTINGSSTRUKTUR (PNS) | 26 |
| 6.5 KOSTNADER | 28 |
| 6.6 FREMDRIFT | 29 |
| 6.7 KVALITETSSIKRING | 31 |
| 6.8 DOKUMENTHÅNDTERING/ARKIV | 32 |
| 6.9 RAPPORTERING | 32 |

1 Generelt

1.1 Formålet med dokumentet

Dette styringsdokumentet gjelder for delprosjekt 9620: *Nytt forskningsbygg* inkl. delprosjekt 9660: *Parallellheien*. I det etterfølgende er *prosjektet* brukt som et samlebegrep for disse delprosjektene.

Delprosjekt 9630: *Parkeringsanlegget*, som er plassert under forskningsbygget, ble tatt i bruk 13.09.07. Det foreliggende styringsdokumentet gjelder ikke for dette delprosjektet.

Dokumentet skal godkjennes av Styringsgruppen for forskningsbygget. Dokumentet skal oppfattes som en ”kontrakt” mellom Styringsgruppen og Prosjektleder.

Styringsdokumentet beskriver rammer, krav, mål, strategier og planer for gjennomføringen av prosjektet frem til ferdigstillelse. Styringsdokumentet og prosjektets rutinesamling utgjør samlet sett prosjektets kvalitetssystem. Jf. dokumentet *Kvalitetssystem-Innhold* under Z:/ på serveren.

Prosjektleder skal sørge for at styringsdokumentet blir fulgt opp i egen organisasjon og rapportere til styringsgruppen i henhold til dette. Styringsdokumentet vil bli oppdatert ved behov.

1.2 Definisjoner

| | |
|----------------------|--|
| Prosjekteier | Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF, ved Administrerende direktør |
| Styringsgruppen | En styringsgruppe opprettet for prosjektet |
| Prosjektleder | Lederen for R-R HF sin organisasjon for planlegging og gjennomføring av prosjektet |
| PG | Prosjekteringsgruppen for prosjektet |
| Forprosjekt 2005 | Forprosjektrapporten fra PG av 15.03.05, med tillegg rapport av 16.06.05. |
| Prosjektbasis | Definerer prosjektets mandat og består av følgende dokumenter: <ul style="list-style-type: none"> - Dette styringsdokumentet - Godkjent Forprosjekt 2005 - Gjeldende romfunksjonsprogram - Gjeldende utstyringsprogram - Teknisk program - Mulighetsstudie (sept. 2004) - Siste versjon av dokument om avgiftsberegning (”grensesnittsdokument”) |
| Grunnkalkyle | Sum av kap. 1-9 i hht. bygningsdelstabellen |
| Styringsmål (P50) | Også kalt prosjektkostnad. Det beløpet som gir 50 % sikkerhet for at de endelige kostnadene holdes innenfor dette beløpet (ofte forkortet til P50). Grunnkalkyle pluss forventede tillegg. |
| Kostnadsrammen (P85) | Det beløpet som gir 85 % sikkerhet for at de endelige kostnadene holdes innenfor dette beløpet. Grunnkal- |

kyle pluss forventede tillegg og usikkerhetsavsetning.

2 Overordnede rammer

2.1 Hensikt

Hensikten med å bygge nytt forskningsbygg er å gi forskningen gode vilkår ved å:

- samle forskningsaktivitetene
- gi virksomheten tidsmessige og egnede lokaler.
- gi medarbeiderne lokaler svarende til dagens krav til helse, miljø og sikkerhet.

Forskning er en vesentlig del av ”Comprehensive cancer center” konseptet og særtegnert institusjonen Radiumhospitalet. I nasjonal sammenheng er institusjonen R-R HF den desidert største bidragsyter til medisinsk forskning. Sterk forskning på Radiumhospitalet er av avgjørende betydning for at hospitalet skal svare til sin funksjon som referanseinstitusjon for kreftbehandling i Norge. *Oppdatert og optimalisert behandling av norske kreftpasienter hviler på at Radiumhospitalet bevarer og styrker denne posisjonen.*

Dagens arealer er gamle, nedslitte, trange og ikke lenger vurdert egnet til eksperimentell biomedisinsk forskning (dokumentert i Nasjonal Kreftplan og i styresak nr. 42/2002 i Helse Sør RHF). Et meget solid forskningsmiljø som det har tatt årtier å bygge opp, står i fare for å forvitte av manglende utviklingsmuligheter. Dette, sammen med spredt lokalisering, anses i Biofagevalueeringen (internasjonal evaluering i regi av Norges Forskningsråd) for å være *den vesentligste begrensning for Radiumhospitalets meget gode forskningsmiljøer.*

Forskningsmiljøene organisert under Institutt for kreftforskning er i dag spredt og skal sammen med avdeling for Celle- og genterapi og Dyreavdelingen samlokaliseres i det nye bygget. Samling av forskningsaktivitetene skal etter hensikten gjøre instituttet mer slagkraftig og muliggjøre en mer hensiktsmessig organisering samt realisering av økonomiske og faglige gevinster gjennom samordning av funksjoner og utstyr.

Institusjonens forskningsvirksomhet skal løftes og synliggjøres innen de medisinske fagmiljøene så vel som for omverdenen. Konkurransesevnen og rekrutteringen av lyse hoder skal forbedres gjennom attraktive og stimulerende lokaliteter og gjennom forbedrede kommunikasjons- og samarbeidsmuligheter. Dette vil igjen bedre mulighetene for økt ekstern finansiering av virksomheten.

Forskningsmiljøene skal bedre settes i stand til å møte fremtidens utfordringer innen eksperimentell biomedisinsk forskning. Dette forutsetter et robust, godt dimensjonert bygg planlagt med stor grad av fleksibilitet og generalitet.

Båndene mellom eksperimentell forskning og klinikk skal styrkes. Molekylærbiologien blir stadig viktigere innen diagnostikk og behandling av kreft. Et samlet institutt i nær tilknytning til klinisk virksomhet skal gjøre molekylærbiologisk kunnskap og teknikk lettere tilgjengelig for de kliniske disipliner. Økt forskningsfokus vil bidra til kompetanseheving hos behandlere og derved gjøre veien fra forskning til behandling kortere. God fysisk forbindelse mellom forskningsbygget og resten av hospitalet er vesentlig.

Dagens lokaler er begrensende for aktivitetene som kan utføres og tilfredsstillende ikke gjeldende HMS-krav. En vesentlig hensikt med nytt bygg er å gi medarbeiderne lokaler svarende til dagens krav til helse, miljø og sikkerhet.

2.2 Rammebetingelser

Rammebetingelsene består bl.a. av:

- Vedtatt kostnadsramme på 1 milliard kroner (april 2003)
- Vedtatte reguleringsplaner for R-R HF og for lokalt vegsystem mellom hospitalet og Smestad. Jf. vedtak i Bystyret 11.06.2003, da også konsekvensutredningen ble godkjent.

2.3 Grensesnitt

De bygnings- og systemmessige grensesnittene er beskrevet i:

- Teknisk program - Mulighetsstudie (september 2004)
- Forprosjektrapporten fra PG av 15.03.2005 (kap. 0.5)
- Sak 16:2007 til Styringsgruppen om Teknisk grensesnitt nytt/gammelt

2.4 Suksesskriterier

Når bygget står ferdig skal situasjonen være:

- Bygget oppfyller hensikten beskrevet i kap. 2.1 og effektmålene beskrevet i kap. 3.2.
- Bygget har en teknisk infrastruktur som er fremtidsrettet, fleksibelt og med god tilgjengelighet, basert på helhetstenkning og med lavest mulige FDV-kostnader.
- Kostnadsrammen holdt; usikkerhetsavsetningen er ikke oppbrukt.
- Byggets areal, funksjonalitet, kvalitet og utrustning (utstyr) er i henhold til eiers prioriteringer.
- Tidsplanen holdt; oppstarten gikk i henhold til planen.
- Byggeprosjektet har bidratt til realisering av organisasjonsendringer/tilpasninger.
- Byggeprosessen har blitt gjennomført uten fraværskader.
- Bygget bidrar til positiv profilering av R-R HF; både hos publikum, ansatte og fagmiljøene.
- Forholdet til naboene og de ansatte ved R-R HF er fortsatt godt.

2.5 Kritiske suksessfaktorer

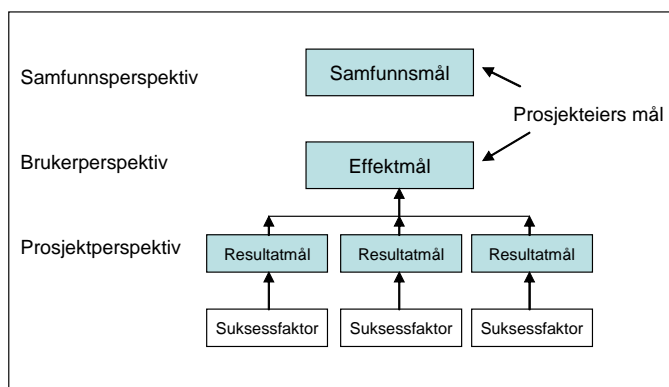
Viktige suksessfaktorer for prosjektet er:

- Prosjektdeltagerne har felles målforståelse.
- Klare og rettidige beslutninger, samt tydelig rollefordeling (mellom eier, prosjektet, brukerne).
- Lojalitet i forhold til de styrende dokumentene (jf. kap. 6.1).
- God økonomi- og fremdriftsstyring.
- Vektlegging av hva som gir riktig funksjon i kombinasjon med streng endringsstyring.
- God kommunikasjon; internt i prosjektorganisasjonen og eksternt mot interessenter.

- Sjekke ut at tilstrekkelig/riktig kompetanse og kapasitet finnes i prosjektorganisasjonen og hos samarbeidspartnere.
- Sørge for at prosjektaktører som vil være involvert i kontrahering har nødvendige kunnskaper mht. Lov om offentlige anskaffelser.
- Stabilitet og forutsigbarhet mht. krav/rammebetingelser i forhold til offentlige myndigheter.
- Fokus på HMS
- Fokus på kritiske områder; tilstrebe ”føre var” holdninger.
- Gå rett på mål; unngå unødvendig byråkrati.
- Pålitelighet og sikkerhet i tekniske anlegg.
- Systematisk ferdigstillelse og uttesting.

3 Prosjektmål

Målene beskriver hva prosjektet konkret skal oppnå i form av et målhierarki med samfunns mål, effektmål og prosjektmål. Figuren under illustrerer målhierarkiet i prosjektet. Ved målkonflikt på et lavere nivå (for eksempel resultatmålene kostnad og tid) må valget tas ut fra påvirkning på overordnet nivå.



3.1 Samfunns mål

Kreftbehandling er et prioritert område i norsk helsevesen (jfr. St prp nr 1 2005 og Helse Sørs strategidokument *Resept 2006*). Radiumhospitalet har en nasjonal funksjon i behandling av flere kreftsykdommer og har som oppgave å være nasjonal referanseinstitusjon for kreftbehandling. For å ivareta og styrke denne rollen drives hospitalet etter ”Comprehensive cancer center” konseptet, der hovedtanken er fokus på én sykdomsgruppe med samlede ressurser fra de 4 grunnpila-rene: diagnostikk, behandling (m. pleie og omsorg), forskning og epidemiologi. Sentermodellen for kreft har vist seg svært vellykket i USA og andre steder, som generelt er ledende innen forskning og utvikling av nye behandlingsprinsipper og regimer. Den vesentligste forskjellen på Radiumhospitalet og regionsykehusene er nettopp fokus på én sykdomsgruppe og dedikert forskning som understøtter dette.

Medisinsk forskning er et anerkjent nasjonalt ansvar. Det offentlige Norge bidrar vesentlig mindre til forskning generelt og til medisinsk forskning spesielt enn det som er tilfelle for sammenlignbare land. Man er langt fra målet i andel av BNP. Institutt for kreftforskning ved Radiumhospitalet finansieres nesten 50 % (beregnet som finansiering av stillinger) av ikke offentlige kilder. Disse midlene tildeles i sterk konkurranse og overveiende på dokumentert kvalitet.

Instituttets gode forskningsresultater og anerkjente stilling internasjonalt gir hospitalets miljøer adgang til den internasjonale arena. Dette er av vesentlig betydning for at Radiumhospitalet skal kunne tilby avansert behandling på et høyt nivå. Hospitalets klinikere må ha høy (teoretisk) kompetanse for å implementere ny kunnskap og nye behandlingsmetoder i Norge. God forskning åpner kanaler til ”det gode selskap” og sikrer kunnskap og anvendelse av denne til fordel for norske pasienter. Dette står i fare dersom man tillater nedbygging av forskningsvirksomheten ved hospitalet som følge av utilfredsstillende bygningsmessige forhold. Behovet for nye fasiliteter er anerkjent av Helsedepartementet (jfr. St prp nr. 61 (1997-98 og St prp. nr.1 (2003-2004)) og i Helse Sør RHF) .

Det er i samsvar med Stortingets vedtatte prioritering av kreftpasienter å gi forskningen ved Radiumhospitalet akseptable fysiske betingelser som et minimum.

3.2 Effektmål

- Større forskningsproduksjon målt som flere vitenskapelige arbeider i internasjonale anerkjente tidsskrifter.
- Bedret kvalitet på forskningen.
- Flere avlagte doktorgrader.
- Mer rasjonell drift og økonomiske og faglige gevinster av samlokalisering
- Økt innsatsbasert offentlig og ikke-offentlig finansiering, nasjonale og internasjonale kilder.
- Bedret rekruttering av forskertalenter, herunder internasjonale kapasiteter.
- Økt rekruttering fra medisinske miljøer.
- Tettere forbindelse mellom klinikk og forskning
- Raskere og sikrere implementering av nye metoder for diagnostikk og behandling.
- Økt konkurransevne
- Bedret undervisningstilbud
- Økt samarbeid med farmasøytisk industri
- Styrket positiv profilering mot omverdenen.
- Økt tillit til institusjonen i befolkningen

3.3 Prosjektets resultatmål

3.3.1 Overordnet

Målet for gjennomføringsfasen er å realisere nytt forskningsbygg i samsvar med godkjent Forprosjekt 2005, innenfor godkjent kostnadsramme og med lavest mulig levetids- og driftskostnader.

3.3.2 Prioriteringer

Når en beslutning kan ha betydning for om kostnadsrammen kan holdes, skal hensynet til kostnadsrammen ha høyest prioritet. Hensynet til kostnadsrammen og prioriterte kvalitetskrav vil generelt ha større vekt enn hensynet til fremdrift og estetikk.

Ved prioriteringer innenfor kostnadsrammen skal hensynet til areal, funksjonalitet, teknisk kapasitet og drift i utgangspunktet prioriteres høyere enn hensynet til estetikk. Det skal tilstrebes nøkternhet i løsninger for å sikre slik prioritering.

3.3.3 Fremdrift

Det er definert følgende milepæler for prosjektet:

| Milepæl | Tidspunkt |
|--|--------------|
| Arkitektkonkurranse i regi av Statsbygg | Sept 2000 |
| Forprosjekt ferdig fra Statsbygg | Juni 2002 |
| Prosjektgjennomgang | Høst 2002 |
| Idèprosjekt 2003 | Juli 2003 |
| Idèprosjekt 2004 | Juli 2004 |
| Skisseprosjekt | Oktober 2004 |
| Forprosjekt | Juni 2005 |
| Byggestart grunnarbeider for midlertidig parkering | August 2004 |
| Byggestart grunnarbeider for byggegrop | August 2005 |
| Ferdigstillelse bygninger og tekniske anlegg | Høst 2008 |
| Slutført innflytting, testing og i gangkjøring | Mai 2009 |

Hovedfremdriftsplanen inkl. revisjoner skal godkjennes av Styringsgruppen.

3.3.4 Kostnader

Beregnet kostnad for prosjektet med ulik sannsynlighet for oppnåelse framkommer av tabellen under (i januar 2007 verdi).

| Prosjekt | Grunnkalkyle | Styringsmål (P50 %) | Kostnadsrammen (P85 %) |
|-----------------------------------|------------------|---------------------|------------------------|
| Samlet | 1283,2 mill. kr | 1335,0mill. kr. | 1352,7 mill. kr. |
| Forskningsbygget m/Parallellveien | 1120.0 mill. kr. | 1170,0 mill. kr. | *1176,1 mill. kr. |
| Parkeringsanlegget | 163,2 mill. kr | 165,0 mill. kr | 176,7 mill. kr |

Beløpene er angitt i kostnadsnivå per januar 2007.

*) Ifølge usikkerhetsanalyse utført i juni 2007 foreligger en underdekning på 74 mill. kr. for at rammen skal ha 85 % sikkerhet for overskridelse. Tiltak for å oppnå tilstrekkelig sikkerhet er pr. september 2007 under behandling.

Under Forskningsbygget er det til inventar og utstyr avsatt 104,28 mill. kr, inkl. forventede tillegg og usikkerhetsavsetning, men eks. mva.

3.3.5 Kvalitet

Mål mht. kvalitet fremgår av godkjent Forprosjekt 2005. Gjennom detaljprosjekteringen skal de prosjekterende utvikle og beskrive løsninger som samsvarer med dette. Forslag om konseptendringer (programendringer) behandles i samsvar med etablert prosedyre.

3.3.6 HMS

Prosjektet skal gjennomføres med et fullt forsvarlig arbeidsmiljø for alle som deltar i og blir berørt av prosjektet. HMS-arbeidet vil ha spesiell fokus på følgende delmål:

- Prosjektet skal gjennomføres uten fraværskader.*)
- Gjennomføringen skal skje uten at det forekommer skader på personell, materiell og bebyggelse på sykehuset eller i nærområdet forøvrig.
- Utbyggingen skal koordineres mot eksisterende sykehusbygninger, naboer og områdets infrastruktur for å redusere ulempene for disse til et minimum.
- Forurensing i byggeperioden skal ikke belaste inneløst klima i det nye bygget eller eksisterende bebyggelse ("rent bygg" tilnærming).

*) Prosjektet hadde en fraværsskade i juni 2007.

3.4 Prosjektets prosessmål

3.4.1 Informasjon

I en overordnet informasjonsplan fremgår målene med informasjonsarbeidet:

Det overordnede målet er, i henhold til de ulike fasene/ milepælene i prosjektet, å bidra til å skape en positiv utbyggings- og innflyttingsprosess internt og eksternt.

Arbeidet deles inn i følgende delmål:

Internt:

- å bidra til at ansatte forstår hvilke konsekvenser utbyggingen vil ha for dem og for driften av R-R HF.
- å bidra til toveis kommunikasjon og åpenhet underveis i prosessen slik at rykter, misforståelser og konflikter kan unngås.
- å bidra til å motivere ansatte og skape forståelse for eventuelle omrokkeringer og bygnings/miljømessig "uro" underveis i byggeprosessen.
- å bidra til ansatte engasjerer seg positivt i selve innflyttingen til nye lokaler slik at dette kan foregå mest mulig smertefritt og i henhold til planen.

Eksternt:

- å legge til rette for en åpen dialog med myndigheter, naboer og alle involverte parter i prosjektet.
- å forklare hvorfor utbyggingen skjer og hva den betyr for R-R HF sin drift (pasientbehandling, forskning etc.), herunder skape forståelse blant pasienter og naboer for nødvendigheten av utbyggingen og de midlertidige negative konsekvensene som støy, uro, miljøbelastning etc.

- å profilere virksomheten sett i lys av utbyggingen overfor media, samarbeidspartnere, pasienter og publikum generelt.

4 Hovedkonsept

4.1 Generelt

Forprosjektet er en videreutvikling av et skisseprosjekt fra oktober 2004. Frem til dette tidspunktet ble prosjektet bearbeidet/utviklet i flere omganger:

- Konkurransesprosjektet "A Room With A View" fra september 2000
- Skisseprosjekt fase 1 fra mars 2001, skisseprosjekt fase 2 fra desember 2001
- Forprosjekt fra juni 2002
- Idéprosjekt 2003
- Idéprosjekt 2004

4.2 Prosjektets art og omfang

Utbyggingen/videreutviklingen av Radiumhospitalet består i sin helhet av flere delprosjekter.

Utbyggingen for Kreftforskningsinstituttet skal sikre instituttet moderne og egnede fysiske lokaler, slik at hospitalet kan fastholde og utbygge sin førende posisjon som behandlings- og forskningsinstitusjon.

Det nye bygget skal hovedsaklig romme arealer til laboratorie- og kontorfunksjoner tilknyttet kreftforskningen - til erstatning for utilstrekkelige og ikke tidsmessige arealer i hospitalets eksisterende bygningsmasse.

I tilknytning til det nye forskningsbygget etableres en ny ankomstplass for hele hospitalet, tilkjørsel via en justert Norevei, samt parkering for i alt 500 biler, fordelt på 350 biler i et parkeringsanlegg og 150 biler på terreng.

Ankomstplassen er et enkelt og overskuelig felt mellom eksisterende inngang og den nye bygningen. Den skal fungere som ankomst for gående, avsetningsplass for kjørende og parkering for handikappede.

Byggingen av Forskningsbygget utføres i to faser. Parkeringsanlegget under terreng hadde oppstart sommeren 2005 og tas i bruk primo september 2007. Arbeidet med selve Forskningsbygget, som føres opp over P-anlegget, startet høsten 2006. Bygget skal tas i bruk i mai 2009.

4.3 Bygningens fremtreden og forhold til omgivelsene

Forskningsbygget er plassert som et frittstående volum øst for det eksisterende hospital, på arealet kjent som Vestenghaugen, ved krysset mellom en justert Norevei og den nye adkomstplassen for hospitalet.

Bygningen fremtrer som et enkelt og klart volum med lyse fasader preget av glass og metall.

Fasadens inndeling er preget av vannrette bånd. 1. etasje, som er inngangsetasjen, fremtrer transparent. De øvre etasjene sammenholdes som et eget volum med vannrette lameller eller sprosser i fasadekonstruksjonen, og dette volum hviler på en tyngre base som møter terrenget omkring bygningen.

Karakteristisk er et stort glassparti mod syd. Dette store vinduet gir institusjonen utsikt over omgivelsene og gir forbipasserende et glimt av bygningens indre. Transparensen generelt vil synliggjøre husets viktige virke og understreker bygningen som et symbol for pasientenes fremtidige håp.

Arealet mellom eksisterende hospital og Forskningsbygget utformes som terrassert grøntareal med tilknytning til den nye ankomstplassen og til det eksisterende hageareal nord for eksisterende inngang.

Selve bygningen har et fotavtrykk på 54,5 x 51,5m, og et samlet etasjeareal på ca. 17.600 m² (BTA) (ekskl. parkeringsanlegget på ca. 12.500m²).

Bygningens høyde er ca. 26m fra ankomstnivå - svarende til mellom 6 til 9 m lavere enn det eksisterende hospitals sengeføy mod syd.

En spinkel og transparent gangbro kobler eksisterende bygningsmasse med den nye bygningen med en tørrskodd forbindelse. Den frie høyde under broen er ca. 8m, og selve broen plasseres over hospitalets adkomstplass som krysser den justerte Norevei.

4.4 Disponering av bygningen

Strukturen består av to fløyer og et mellomliggende atrium. Bygget har 6 etasjer over terreng og 5 etasjer under terreng.

Etasje 2 til 6 inneholder laboratorier og kontorer forbeholdt instituttets forskningsavdelinger.

Etasje 1 nederst i atriet er forbeholdt særlige funksjoner, som forsamlingsrom, kantine, adgang o.l. I atriet opp gjennom bygningen er det transportkjerne, forskjellige møtefasiliteter, IKT-fordelingsrom, mm.

På plan 1 i byggets vestre fløy ligger avd. for celle-/ genterapi. Dette er det eneste området som har pasientadgang. I østre fløy på plan 1 ligger et auditorium, et stort møterom og et kjøkken.

I etasjene under terreng ligger tekniske funksjoner, dyreavdelingen og enkelte ikke-vitenskaplige funksjoner, samt tre parkeringsetasjer med plass til i alt 350 biler.

Et mindre heis- og trappehus på adkomstplassen ut for Forskningsbyggets inngang etablerer forbindelse mellom parkeringsetasjer og adkomstnivå. Således kan parkeringsanlegget benyttes fritt av besøkende, pasienter, ansatte i hospitalets klinikk, dvs. også av andre enn instituttets ansatte.

4.5 Mulighet for fremtidige utvidelser

Gjeldende reguleringsplan fra juni 2003 rommer muligheter for fremtidige utvidelser øst og vest for Forskningsbygget.

En evt. senere utbygging øst for Forskningsbygget kan være fløy i samme høyde og med bygningsbredde på 18m og lengde på ca. 40m.

En evt. senere kommende utbygging vest for Forskningsbygget kan være fløyer i samme høyde og med bygningsbredder på 18m og lengde på ca. 51,5m.

En slik utbygging vil gi frie mellomrom til evt. utbygninger på ca. 18m, og vil gi et sammenhengende fasadelinje mod Ring 3.

4.6 Teknisk hovedstruktur

De sentraliserte tekniske funksjonene for Forskningsbygget er konsentrert i nordlig 1/3 av bygget, på plan U1 og U2, samt på plan U3 under innkjøringsrampe.

Hovedfilosofien ved planleggingen av teknisk hovedstruktur og føringsveier har vært fremtidsrettet fleksibilitet og tilgjengelighet, samt standardisering. Alle føringsveier ligger enkelt tilgjengelige og åpne for nye tilkoblinger og disposisjoner.

Ved å plassere desentraliserte luftbehandlingsaggregater i gavlene i hver etasje i laboratorieflyene, åpnes for fleksibelt arealbruk og bygging.

Det er foretatt en helhetstankegang ifm. intern infrastruktur og oppbygging av både elektrotekniske og VVS - tekniske installasjoner. Hver modul i laboratorieflyene i etg. 2 - 6 utformes med tanke på fleksibel bruk mht. kontorer, laboratorier, o.l. Dette innebærer at standardiserte plasseringer av teknisk utstyr i hver modul gjennomføres selv om ikke utstyret plasseres nå. De deler av bygget som "skreddersys" spesielt, er Dyreavd. på plan U2 og celle- /genterapi på plan 1.

De tekniske anleggene er dimensjonert for det nye Forskningsbygget, men med en mindre overdimensjonering i forhold til forventet økning i samtidighet og større tetthet i funksjoner. Eventuelle utvidelser av tekniske arealer er kun mulig (og tilrettelagt for mht. SHKR) ved å benytte tilstøtende arealer i parkeringskjeller på plan U3.

Forskningsbygget er eksternt knyttet til reservekraftaggregater plassert i Stråleterapibygget og fjernvarmesentral i eksisterende hospital, samt kommunikasjonsmessig med øvrige deler av hospitalet. I tillegg er vann og avløp, samt høyspentforsyning knyttet til offentlig nett. Både vannforsyning og høyspenttilkobling er lagt inn tosidig for maksimal sikkerhet.

4.7 Vei og trafikk

I tilknytning til bygging av Forskningsbygget vil det bli etablert ny kommunal vei, Parallellveien, fra rundkjøringen og parallelt med Ring 3 fram til Husebybakken.

Ny adkomstvei til Radiumhospitalets hovedinngang blir etablert parallelt med Forskningsbygget. Adkomsten er knyttet til Parallellveien, som er kommunal veg. Denne fører til rundkjøringen som igjen gir tilknytning til Ring 3.

For adkomstveien til Radiumhospitalet er det forutsatt gangveg på begge sider av kjørebanelen. Denne vegen blir ca 135m lang og vil ha 6m bredde og kantstein på begge sider.

For å betjene økonomigården til Forskningsbygget vil det bli etablert to adkomster fra Parallellveien.

Parkering er planlagt i nytt parkeringsanlegg under Forskningsbygget, samt på terreng.

Adkomst for fotgjengere blir via den nye adkomstveien til hovedinngangen. Veien vil ha fortau på begge sider. Fra eksisterende gangvegssystem langs Ring 3, samt holdeplasser for buss på Ring 3 vil fotgjengere ha adkomst via fortau langs Parallellveien og eksist. G/S-veg frem til den nye adkomstveien. Det vil også bli etablert en gang- og sykkelveiforbindelse rett syd for den nye adkomstveien, som via gangfelt over Parallellveien, vil gi raskere forbindelse til eksisterende gangvegssystem langs Ring 3.

Reisende som kommer med T-banen vil gå ned Noreveien.

Den øvre delen av Noreveien vil avsluttes like ved avkjørselen til Stråleterapibygg. Avslutning, snuplassen, vil bli utformet i henhold til gjeldene reguleringsplan. Den resterende strekningen av Noreveien mellom snuplassen og hovedinngangen, vil være privat vei og tilhøre hospitalet. Ved snuplassen vil veien bli avsluttet som en privat avkjørsel mot den kommunale veien.

4.8 Parallellveien

Parallellveien blir 550m lang, fra rundkjøringen ved Noreveien til Husebybakken. Den planlegges med 6m bredde og med kantstein på begge sider. På deler av strekningen vil det være fortau på den nordlige siden. Det gjelder fra rundkjøringen og fram til krysset med adkomstvegen til Radiumhospitalet og fra Montebelloveien og fram til Husebybakken.

Veianlegget innebærer også reetablering av støyskjerming mot Ring 3 i henhold til gjeldende reguleringsplan, samt flytting av eksisterende bussholdeplass ved Montebelloveien.

Prosjekteringen av Parallellveien er utført i samarbeid med Samferdselsetaten, som bl.a. har godkjent byggeplanen.

Det er sendt inn særskilt rammesøknad for Parallellveien.

4.9 Landskapsbehandling

Forskningsbygget omgis av stramme, grønne parkarealer i vest og sør, parken omkring Ullern skole i nord og parkeringsarealer øst og sydøst. Områdets parkmessige karakter forsterkes idet anlegget er knyttet til Ullern skole og friområdet Mærradalen, og inngår dermed i en større landskapslig helhet

På en terrengrygg/skråning etableres en vegetasjonsskjerm mellom Ringveien og den nye Parallellveien. Skjermen vil kunne danne en visuell barriere mot Ringveien, samtidig som veilinjen understrekes og avgrenses av vegetasjonsvolum. Et smalt vegetasjonsfelt danner avgrensning mellom Parallellveien og parkeringsarealene Øst og Vest.

I vest - fra ny kjøreadkomst og parkering Vest - formidler et grønt, terrengmodellert forareal, den visuelle kontakten opp mot Adkomstplassen. Viktigheten av Noreveien som hovedadkomst blir understreket av en trerekke som følger gateløpet fra Parallellveien til Adkomsttorget. Torget knytter eksisterende hovedinngang og ny inngang til Forskningsbygget sammen. Foruten en romslig fortaussone inneholder forplassen snuplass, avstigningsfelt og HC-plasser. Fortaussonen utgjør selve nerven i forplassen, med en god møblering, belysning og dekke av naturstein.

Grøntområdet og vegetasjonsbufferen mellom Ullern skole og Forskningsbygget ivaretas i størst mulig grad og forsterkes med nyplanting slik at den grøntmessige kontakten mot skolens parkområde opprettholdes. Innsynet mot den forsenkede utkjøringen fra varemottaket blir slik også avskjermet. En støttemur tar opp høydeforskjellen mellom eksisterende park og ny utkjøring. Den eksisterende gangveien gjennom skolens parkområde opprettholdes, og det etableres en sekundær gangadkomst direkte til adkomstplassen.

4.10 Arealer

Arealene kan oppsummeres som følger:

- Bruttoareal BTA = brutto sykehusareal: 17.571 m²
- Tillegg til BTA. Tverrgående trafikkareal, TME, varegård: 1.877 m²
- Nettoareal (NTA) = netto sykehusareal: 8.719 m²
- Brutto funksjonsenhetsareal (BFA): 12.325 m²
- Netto funksjonsenhetsareal (NFA): 8.719 m²
- Sykehusets b/n-faktor "S" : 2,02
- Funksjonsenheters b/n-faktor "F": 1,41

Dertil kommer:

- Parkeringsanlegg (BTA): ca. 12.500 m²
- Gangbro (BTA): ca. 440 m²

4.11 Grunnforhold og fundamentering

Forskningsbygget med tilhørende P-anlegg ligger på den tidligere Vestenghaugen der det i hovedsak har vært fjell i dagen. I nordvest mot Noreveien og i sørøst mot dagens parkeringsplass foran Ullern skole falt fjellet i byggegruben sterkt, noe som medførte behov for spuntvegger i disse områdene.

Berggrunnen består av kambrosilursk knollekalk med noen eruptivganger inneholdende diabas og syenittporfyr. Eruptivganger har et nordøst-sydvestlig strøk. I området ved Vestenghau-

gen har bergarten utpreget lagdeling med strøk nordøst-sydvest og fall ca. 55 grader mot syd-øst. Bergblotninger viser relativt oppsprukket og delvis forvitret berg.

Det er utført varierende tiltak for sikring av byggegruben i byggeperioden.

Forskningsbygget med P-anlegg er fundamentert direkte på fjell. Utsprengt nivå for byggegruben ligger på ca. kote 38,5 - dvs. ca. 15-17m under den nye parkeringsplassen på tidligere Vestenghaugen. Etter at bygget er etablert gjenstår en fjellskjæring på ca. 6-7m mot Ullern skole.

4.12 Konstruksjoner i råbygg

Bygget utføres i hovedsak som et plasstøpt bygg under plan 1 og et prefabrikkert bygg fra plan 1 tom. plan 6.

Grunnvannstanden beliggende på ca kote 46,5m medførte at kjeller U5-U1 ble prosjektert og utført som en vanntett traukonstruksjon med plasstøpte yttervegger og bunnplate. For å sikre mot oppdrift, er bunnplaten forankret til underliggende fjell ved hjelp av oppspente liner. Eventuelle lekkasjer gjennom bunnplaten forutsettes tettet med injeksjonsmasse.

Etasjeskillere på U4 og U3 i P-anlegg er plasstøpt. Etasjeskiller over plan U3 er plasstøpt og utføres med et overliggende flytende gulv i dyreavdelingen for å sikre mot vibrasjoner fra underliggende P-anlegg.

Dekke over teknisk rom og dyreavdeling på plan U2 er utført som frittstående dekke, hhv. som plasstøpt i ca. 6m bredde mot nord og sør og hulldekelementer på det mellomliggende areal.

Bæresystemet i kjeller består av plasstøpte søyler, mens plan 1-6 består av prefabrikkerte betongsøyler og bjelker. I gavlene benyttes et bæresystem av bjelker og søyler i stål.

I det prefabrikkerte bæresystemet benyttes søyler med dimensjon 400 x 400mm i de to innvendige søyleradene og 300 x 400mm for fasadesøylene. Mellom de innvendige søylene er det montert prefabrikkerte bjelker med bredde 400 mm og høyde 950 mm. I fasaden benyttes LB bjelker med bredde 300 mm og høyde 800 mm tilpasset fasadkonstruksjonen. Direkte på bjelkene er det montert hulldekker med tykkelse 265 mm med et overliggende lag av selvutjevne masse på ca. 10-15 mm tykkelse som underlag for banebelegg.

Dekkene virker som avstivende horisontale skiver for overføring av byggets sideveis stabilitet til stålkryss mellom det innvendige søylepar i akse C og P.

Bæresystem i det mellomliggende atrium utføres med et bæresystem av stålsøyler, bjelker og fagverk. Heisekjerner og dekker utføres av prefabrikkert betong. Bæresystem for yttertak over atrium består av oppsveisede platebærere i stål.

4.13 VVS - tekniske anlegg

VVS-tekniske installasjoner er i stor grad tilrettelagt for endringer ved at føringsveier, teknisk utstyrs plassering og tilgjengelighet er standardisert, samt har generelle grensesnitt. Dette gir en høy grad av fleksibilitet og fører til følgende:

- i de generelle laboratoriearealene kan det forholdsvis enkelt konverteres fra én bruksfunksjon til en annen uten at dette medfører store konsekvenser for naboarealene.
- nye uttak kan tilkobles ved å gå inn på standardiserte hovedføringsveier i himling.

Øvrige forhold som gir fleksibilitet er:

1. Alle anlegg er mengderegulerte, slik at tilpasninger ifm senere endringer relatert til kapasitetskrav kan utføres.
2. Fordelingsnett i de enkelte etasjer er dimensjoneringsmessig sett tatt ut med hensyn på belastningsendringer i de ulike arealer.
3. Utvidelse av tekniske rom kan foretas ved å benytte arealer i plan U3.
4. I kjølesentral er avsatt plass for montering av 1 stk kjølemaskin på et senere tidspunkt.

4.14 Elektrotekniske anlegg

Elkraftteknisk hovedfordeling for Forskningsbygget består av to atskilte fordelinger for hhv. normalkraft og reservekraft og er etablert i teknisk etasje U2 og U1. Vertikale føringer for elkraft går via sjakter i endene av hver fløy.

Eget sentralt hovedkommunikasjonsrom (SHKR) er også etablert i U2 med utvidelsesmulighet i U3. Hovedføring etableres i vertikal sjakt i midtfløyen.

Forbindelser til eksisterende hospital etableres via omstøpte rør i bakken og på etablerte bæresystemer inn til sentrale rom for tilknytning til viktige eksisterende systemer.

Rom for transformatorer er etablert i U2 med direkte adkomst fra økonomigården. Det etableres separate nettstasjoner (rom) for hhv. normalkraft og reservekraft. Ventilasjon av transformatorrom etableres med luftinntak i sidevegg og utluft i frontvegg. Reserveaggregatrom er etablert i Stråleterapibyget. Reserveaggregatrommet er dimensjonert for både nybygg og eksisterende bygninger. Forbindelse til Forskningsbygget etableres via omstøpte rør i bakken.

5 Prosjektstrategi

5.1 Organisering

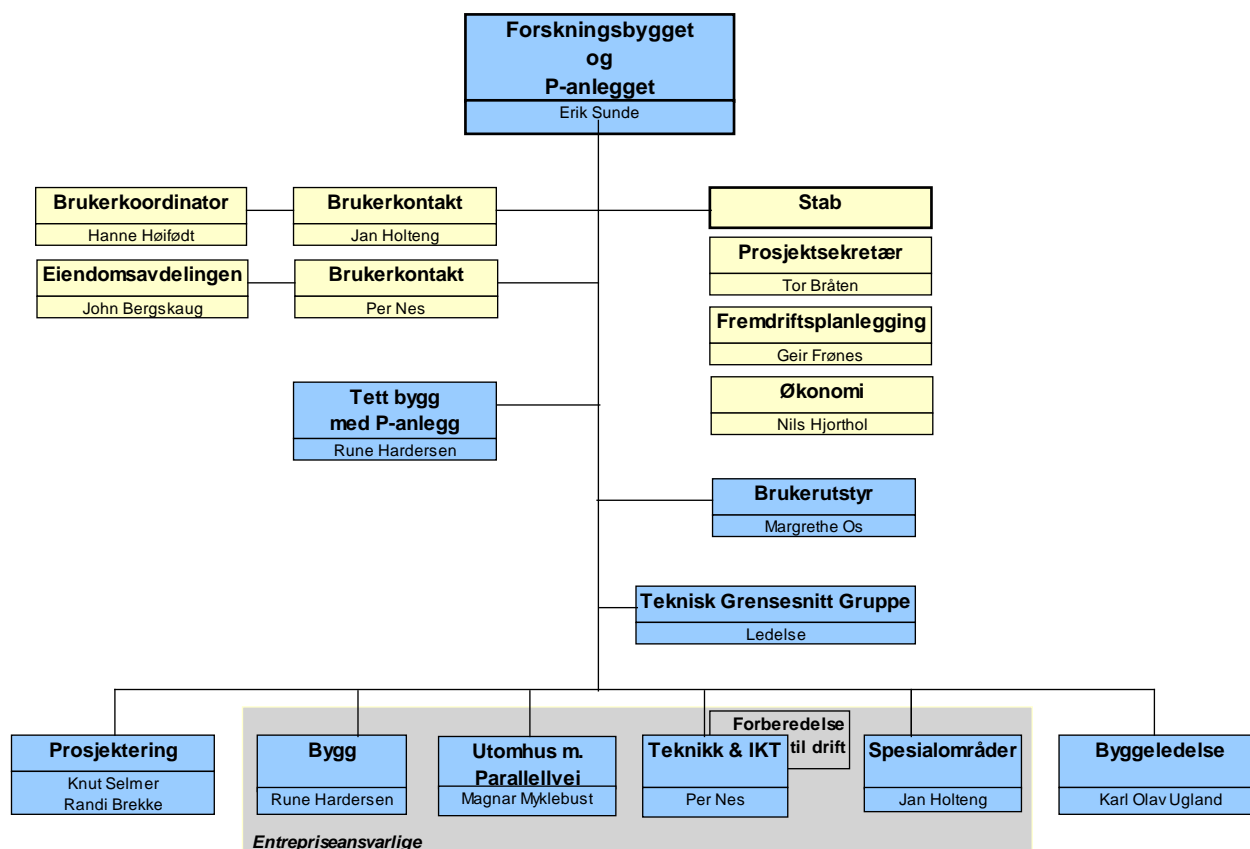
5.1.1 Overordnet organisering

R-R HF er prosjekteier og byggherre for prosjektet. Det er etablert egen Styringsgruppe som møter én gang pr. måned, eller oftere hvis behov.

(For delprosjekt 9630: *Parkeringsanlegget* har Radpark AS vært prosjekteier og byggherre.)

5.1.2 Prosjektorganisasjonen

For planleggingen og gjennomføringen av prosjektet er det opprettet en egen prosjektorganisasjon, som pr. 01.09.07 er organisert som følger:



Prosjektleder leder gjennomføringen av prosjektet. Han opprettholder kontakten med prosjekteier, herunder rapporterer til Styringsgruppen.

De entreprisearsvarelige har totalansvaret for egne entrepriser fra kontrahering og sluttprosjektering til administrasjon og oppfølging av byggearbeidene og ferdigstillelsen. Det er utnevnt 4 entreprisearsvarelige for:

- Bygg
- Utomhus med Parallellvei
- Teknikk og IKT
- Spesialområder

Prosjekteringsledelsen er ansvarlig for å:

- Sørge for at tverrfaglig prosjektering blir ivaretatt mellom entreprisene
- Koordinere utveksling av grensesnittinformasjon i prosjekteringsfasen
- Yte faglig støtte til de entreprisearsvarelige i deres oppfølging av entreprisene
- Følge opp kontraktene med firmaene i den tidlige prosjekteringsgruppen

Byggeledelsen er en integrert del av prosjektledelsen, og deres viktigste oppgave er å:

- Bistå de entreprisearsvarelige med oppfølging av entreprisene mht. økonomi, framdrift og kvalitet
- Administrere byggeplassen mht logistikk, rigg og drift
- Være koordinator for gjennomføringen i samsvar med byggherreforskriftens § 7.

Prosjektet får ytelser fra andre enheter innen R-R HF når det gjelder:

- Regnskap
- Informasjon
- IKT

Disse enhetene er i prinsippet underleverandører til prosjektorganisasjonen.

5.2 Teknisk Grensesnitt Gruppe (TGG)

TGG er en gruppe ledet av byggherrens entreprisearsvarelig teknikk. Medlemmer av gruppen er byggherrens prosjekteringsleder, systemintegrator og grensesnittkoordinator og entreprenørens tekniske integratorer.

TGG skal bl.a:

- Bidra til å avklare funksjonelle grensesnitt, kommunikasjon og signalering mellom tekniske systemer
- Avdekke og avklare problemstillinger i prosjekteringen mht fysiske koblinger mellom entrepriser
- Sørge for oppfølging og kvalitetssikring av utførelsen av de fysiske grensesnittene i byggefasen
- Koordinere aktiviteter i Forberedelse til drift: opplæring, igangkjøring, testing, overlevering

- Bidra til at grensesnittene blir mest mulig enhetlige og standardiserte
- Sørgje for at det velges grensesnitt som gir driftsvennlige og energivennlige løsninger
- Gjennomføre møter til faste tider og med avtalt frekvens

5.3 Brukermedvirkning

Hovedformålet med brukermedvirkningen er:

- å sikre prosjektets funksjonalitet og andre bruksrelaterte kvaliteter;
- å sikre relevant informasjonsflyt fra driftsorganisasjon til prosjekt;
- å skape kunnskap om, motivasjon for og eierskap til prosjektet, kort sagt: å sikre et konstruktivt engasjement i fagmiljøene til fordel for prosjektet og dermed for instituttet selv.
- å forberede for god opplæring, idriftsettelse og ibruktagelse.

Sentralt i brukermedvirkningen står Brukergruppe forskning. Denne består av én representant for hver forskningsavdeling i eksisterende institutt (tumorbiologi, immunologi, biokjemi, genetik, strålingsbiologi, cellebiologi og kreftforebygging).

Mandatet for Brukergruppe forskning omfatter følgende funksjonsområder:

- Generell forskning
- Vitenskapelige fellesfunksjoner (felles for alle avd) inkl. møte- og seminarrom.
- Utviklingsarealer
- Dyreavdeling
- Avd. for Celle-/genterapi

Lederen for Brukergruppe forskning har i prosjektorganisasjonen en funksjon som Brukerkoordinator, med rapportering til Prosjektleder.

Prosjektet v/Fagsjef teknikk vil samarbeide nært med Eiendomsavdelingen og IKT avdelingen ved R-R HF. Dette for å sikre at forhold knyttet til driften blir ivaretatt. Derneft er det et ønske om og behov for å utnytte den tekniske kompetansen som finnes i disse miljøene. For de tekniske fagene og IKT er det fra R-R HF sin side utpekt kontaktpersoner som prosjektet samarbeider med.

For de ikke-vitenskapelige fellesfunksjoner (kjøkken/kantine, auditorium/opplæring, garderobe/tøy/renhold, avfallshåndtering, varemottak, toalett/dusjer/garderober) er det også utnevnt kontaktpersoner som prosjektet samarbeider med.

5.4 Prosjektforum

Det er etablert en gruppe, kalt Prosjektforum, bestående av:

- Leder av Brukergruppe forskning
- Kontaktperson fra Eiendomsavdelingen
- Prosjektleder

- Entreprenøransvarlig Teknikk og IKT
- Entreprenøransvarlig Spesialområder
- Prosjektleder Brukerutstyr

Hensikten med Prosjektforum er todelt. Det skal være en møteplass som skal sikre at:

- Arbeidsprosesser og funksjonelle løsninger blir forankret på en god måte
- Innspill fra brukerne blir kanalisert inn i prosjektet på en hensiktsmessig måte.

5.5 Forberedelse til drift

Prosjektet har utarbeidet et opplegg for ferdigstillelse og uttesting som en del av forberedelse til drift, slik at bygninger, installasjoner og utstyr kan tas i bruk raskt, effektivt og uten feil og mangler. Det er lagt vekt på:

- gode planer for systemtester og tverrfaglige/systemintegreerte tester
- grundig funksjonsutprøving av tekniske installasjoner og utstyr slik at eventuelle skjulte tekniske feil og mangler avdekkes tidlig, uavhengig av om feilene skyldes mangler i prosjektering, arbeidsutførelse eller leveranse.
- systematisk og løpende utarbeidelse av FDVU dokumentasjon.
- systematisk planlegging av overtagelse fra entreprenører.
- god opplæring av og overlevering til brukerne.
- plan for service- og vedlikeholdsavtaler

5.6 Styring av usikkerhet

Prosjektet vil, i likhet med andre store byggeprosjekter, være eksponert for usikkerhet som vil kunne påvirke prosjektets måloppnåelse. Et av de viktigste suksesskriteriene vil være prosjektets evne til å mestre denne usikkerheten på en målrettet og effektiv måte.

For noen entrepriser vil det under oppstarten bli gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS analyser). Fokus vil være på HMS, men andre forhold vil også bli berørt.

Som en del av Forprosjekt 2005 er følgende gjennomført:

- En ekstern usikkerhetsanalyse av kostnadsestimatet (februar 2005)
- En ekstern kvalitetssikring av styringsdokumentasjonen (juli 2005)
- Et internt seminar der erfaringene fra Stråleterapibyggget har blitt gjennomgått (april 2005)

Observasjonene og anbefalingene i disse gjennomgangene er vurdert og tiltak iverksatt.

Det er pr. juli 2007 igangsatt et arbeid med å systematisere håndteringen av usikkerhet i prosjektet. I dette inngår et *usikkerhetsregister* som skal være et hjelpemiddel for prosjektleder for til enhver tid å kunne fokusere på de aktiviteter og forhold som vurderes å bidra i størst utstrekning -

positivt eller negativt, til prosjektets resultat mht. *tid, kostnader* og *kvalitet*. Listen legges til grunn for tiltak og oppfølging og vil bli ajourført minimum hver måned.

5.7 HMS

Det er etablert en HMS- plan for prosjektet, iht. byggherreforskriften. HMS-planen ble opprinnelig etablert av byggherren i samråd med prosjekteringsgruppen. Hovedbedrift skal organisere HMS- planen, med tilhørende dokumentasjon, i en HMS- perm som oppdateres fortløpende under bygging. Entreprenørene vil ha ansvar for å etterleve HMS- planens krav i byggefasen. Dette skal fortløpende følges opp av prosjektets HMS- koordinator for utførelse.

For arbeider som medfører direkte inngrep med eksisterende bygningsmasse, herunder adgang på sykehuset, gjelder retningslinjer gitt av teknisk avdeling og som er innarbeidet i prosjektets HMS- plan.

Prosjektleder opptrer på vegne av prosjekteier og ivaretar prosjekteiers HMS- ansvar og plikter i prosjektet. Dette er skriftlig avtalt mellom prosjekteier og prosjektleder iht. byggherreforskriftens §6.

Prosjektleder er ansvarlig for å:

- Utpeke HMS-koordinatorer for prosjektering og bygging
- Sørge for HMS- plan
- Sende forhåndsmelding til Arbeidstilsynet

5.8 Kontraksstrategi

5.8.1 Prosjektering

Prosjekteringen av skisse- og forprosjektet samt deler av detaljprosjekteringen ble utført av en Prosjekteringsgruppe (PG) med et solidarisk ansvar. PG avsluttet sitt arbeid 01.05.07, og det er inngått nye avtaler med de tidligere deltagerne i PG om restprosjektering, fagrådgivning og byggeplassoppfølging. Tekniske entrepriser detaljprosjekteres av totalentreprenører. Oversikt over hvordan prosjektering og rådgivning er organisert fra og med 01.05.07 er vist i vedlegg 1.

5.8.2 Bygge- og anleggsarbeider

Bygge- og anleggsarbeidene gjennomføres dels som totalentrepriser og dels som byggherrestyrte side-entrepriser. Innredningsarbeidene gjennomføres som en samspillskontrakt. Entreprisepoppdelingen er vist i vedlegg 2.

5.8.3 Valg av leverandører

Valg av leverandører/entreprenører gjøres i samsvar med Lov om offentlig anskaffelser med tilhørende forskrift.

5.9 Informasjon og kommunikasjon

Informasjon og kommunikasjon er et sentralt strategisk virkemiddel i vellykkede utbyggingsprosjekter. Større utbygginger byr ofte på store omstillinger for en rekke brukergrupper; fra ansatte og pasienter, til naboer, samarbeidspartnere og publikum generelt - og vekker ikke bare nysgjerrigheten, men også følelser. Tilstrekkelig informasjon til rett tid skaper tillit, åpenhet og gir folk følelsen av at de er med i prosessen. Dermed etableres et eierforhold til det som skjer og toleransen og interessen øker. Er informasjonen mangelfull og dårlig tilrettelagt, skapes ofte rykter, misnøye og motstand.

Prosjektet legger opp til en strategi basert på:

- fortløpende dialog og åpenhet. Et sentralt siktemål med dialogen er å informere om praktiske konsekvenser for ansatte, være lydhør og å avdekke og oppklare evt. misforståelser.
- prosessperspektiv, dvs. at informasjonsarbeidet legges opp etter milepælsplanen, men må justeres kontinuerlig i henhold til fremdriften i utbyggingsprosessen.
- kombinasjon av flere informasjonskanaler, dvs. direkte og skreddersydd informasjon rettet mot enkeltgrupper i kombinasjon med indirekte informasjon, som f.eks. bruk av media.
- nyhetsperspektiv, dvs. at det fokuseres på “nyhetene” i prosessen og at man til en viss grad tilspisser og forenkler budskapet for å nå fram til de ulike målgruppene. For at ansatte ikke skal “gå lei av” en forholdsvis lang prosess, må gjentakelse benyttes med forsiktighet og kun i tilfeller der det anses som nødvendig for å nå fram.
- beredskap; R-R HF må være forberedt på spørsmål og (kritiske) innspill internt og eksternt.

Informasjonstiltak

De overordnede mål og strategier danner utgangspunkt for en detaljert prosjektplan for hver fase/milepæl prosjektet, med beskrivelse av målgrupper, type informasjonstiltak, ansvarsfordeling, tidsplan og kostnader. Prosjektplaner vil fortløpende bli utarbeidet av Informasjonsavdelingen i samarbeid med prosjektledelsen, i forbindelse med milepæler.

Informasjon om prosjektet til brukerne er primært prosjektledelsens ansvar. I dette arbeidet vil Brukerkoordinatoren stå sentralt.

Organisering

Ved utarbeidelse og produksjon av informasjonstiltak og -aktiviteter i forbindelse med milepæler og underveis i prosessen, legges det i grove trekk opp til følgende arbeidsdeling mellom informasjonsansvarlig og prosjektledelsen: Prosjektledelsen skaffer til veie bakgrunnsinformasjon i henhold til vedtatt delprosjektplan (utarbeidet for hver av milepælene), mens informasjonsmedarbeider bearbeider og formidler/distribuerer på bakgrunn av disse innspillene.

6 Prosjektstyringsbasis

6.1 Styrende dokumenter

Følgende dokumenter skal være styrende for gjennomføringen av prosjektet:

- Dette Styringsdokumentet
- Forprosjekt 2005
- Gjeldende Romfunksjonsprogram
- Gjeldende Utstysprogram
- Teknisk program - Mulighetsstudie (september 2004)
- Siste versjon av dokument om avgiftsberegning ("grensesnittsdokument")

6.2 Styringsverktøy

Følgende dataverktøy benyttes av byggherren i prosjektet:

- Økonomi/prosjektregnskap: HolteProsjekt Byggeregnskap.
- Økonomi/R-R HF regnskap: Oracle Financials (Prosjektledelsen har lesetilgang for overføring av interne kostnader til prosjektregnskap og avstemming av prosjektregnskap)
- Arkiv: Panorama
- Fremdriftsoppfølging: Safran.
- Rom- og utstysprogram: dRofus
- Dokument- og tegningsutveksling: Byggeweb
- Grensesnitthåndtering i prosjekteringsfasen: Database for grensesnittinformasjon
- Kvalitetssikring i bygge- og testfase: QC-system i databaseformat
- Øvrig MS Office

6.3 Endringsstyring

Endringsstyring skal gjennomføres under hele prosjektets levetid. Prosjektet skal begrense mulighetene for negative endringer, og behovet for endringer skal avdekkes på et tidligst mulig tidspunkt. Det skal være full sporbarhet i endringsbehandlingen, herunder også dokumenterte endringer i forhold til styrende dokumenter.

Endringer under prosjektet kan grovt sett grupperes som gitt i kap. 6.3.1 og 6.3.2.

6.3.1 Konseptendringer

Med "konseptendringer" (programendringer) forstås endringer i forhold til prosjektets styrende dokumenter. Jf. kap. 6.1. Prinsipielt skal inndekningen av økte kostnader som en konsekvens av konseptendringer skje med midler utenfor kostnadsrammen ("friske midler"), eller med midler

fra usikkerhetsavsetningen dersom det blir vurdert til å være forsvarlig. Disponeringer fra usikkerhetsavsetningen skal uansett beløpets størrelse behandles av Styringsgruppen.

Innenfor Prosjektleders myndighet kan økte kostnader som en følge av en konseptendring tas av posten for forventede tillegg.

For hver konseptendring som fremmes, skal konsekvenser i forhold til kostnader, fremdrift, kvalitet, kost/nytte, HMS, etc. utredes før beslutning. Jf. egen rutine for behandling av konseptendringer.

6.3.2 Endringer mot leverandører

I gjennomføring av kontrakter vil det forekomme pålegg, varsler og krav. Slik endringshåndtering er omhandlet i egen rutine i prosjektets kvalitetssystem og i de administrative bestemmelsene i kontraktene.

6.4 Prosjektnedbrytningstruktur (PNS)

Prosjektnedbrytningstruktur (PNS) er en systematisk og hierarkisk nedbrytning av prosjektet til styrbare enheter og aktiviteter (for eksempel kontrakter). PNS'en er vist under.

PNS - Prosjektstruktur

| Prosjekt | Kontraksområde | Kontrakter |
|--|---|--|
| 9620 / 9660 FORSKNINGSBYGGET Erik Sunde | A1. TETT BYGG m/P-anlegg Rune Hardersen | F201 Midl. tiltak Vestenghaugen F255 Tett bygg m/P-Anlegg F256 Pre-fab betongelementer F261 Fasader 94 Naboforhold |
| | A2. BYGG Rune Hardersen | F100 Diverse entreprenører F262 Innvendige arbeider |
| | B. UTMHUS m/PARALLELLVEI Magnar Myklebust | F750 Utendørs inkl. vei F751 Gangbro |
| | C. TEKNIKK OG IKT Per Nes | F345 Totalentreprise teknikk F450 Tilkn. til eks. høyspentanl. F451 Høyspeningsanlegg F500 Totalentreprise IKT F550 Tilknytning til eks. telenett F650 Reservekraftanlegg F652 Heiser |
| | D. SPESIALOMRADER Jan Holteng | F270 Totalentreprise celle/genter. F280 Laboratorieinnredninger F354_1 Avtrekkskap og sikkerh.benker F345_2 Styring og regulering F356_1 Autoklaver F356_2 Laboratorievaskemaskiner F357 Strøhandtering F358 Gassluser F654 Avfallshåndteringssystem |
| | Sum entreprisekostnader (A-D) | |
| | E. BRUKERUTSTYR Margrethe Os | F900 Ikke fordelt brukerstyr F901 Burvaskemaskin F902 Flaskevaskemaskiner F903 IVC-racks, filterskap, isolater F904-x 904, 905, 906, 937-39 F998 LPS jan 06 - jan 07 F999 Reserve |
| | F. RÅDGIVNING Selmer/Brekke | K823-01 K823-02 K823-03 K823-04 K823-05 K823-06 K823-07 K823-08 K823-09 K849 |
| | G. UFORDELT Erik Sunde | Kto. 8 Generelle kostnader minus rådgiveravtalene |
| | I. FORVENTEDE TILLEGG Erik Sunde | |
| J. USIKKERHETSAVSETNING | | |

6.5 Kostnader

6.5.1 Kostnadsramme

Kostnadsrammen for prosjektet var 1 000 mill. kr. med prisnivå april 2003, vedtatt på styremøte for Helse Sør RHF den 26.01.2004.

Kostnadsrammen for forskningsbygget (inkl. parallellveien) og parkeringsanlegget i januar 2007 kr. verdi er 1352,7 mill. kr. Jf. forslag til revidert prosjektbudsjett i sak 33-2007 til Styringsgruppen.

Kostnadsrammen inkluderer ikke:

- Kostnader påløpt før 01.01.2004
- Finanskostnader
- Tiltak på eksisterende bygningsmasse og funksjoner på Radiumhospitalet (utover det som fremgår av Forprosjekt 2005)
- Eventuelle skader på Radiumhospitalet som en følge av arbeidene med P-anlegget og forskningsbygget.
- Eventuelle modifikasjoner av tekniske systemer, som en følge av systemintegrasjon mellom Rikshospitalet og Radiumhospitalet.
- Opparbeidelse av midlertidige parkeringsplasser (utenom området Vestenghaugen)
- Kjøp av tomter
- Flyttekostnader
- Kunstnerisk utsmykking

Kostnadsrammen prisjusteres én gang i året med fordelingsnøkkel innholdende boligblokk i alt, rørleggerarbeid i alt og elektrikerarbeid i alt. Ikke produsert andel av kostnadsrammen justeres etter følgende vekting:

| | Bolig- blokk i alt | Rørlegger- arbeid, i alt | Elektri- kerarbeid, i alt |
|---|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Ikke produsert andel av kostnadsramme eksklusive brukerutstyr | 54% | 22 % | 24 % |
| Brukerutstyr - ikke levert andel. | 28 % | 6 % | 66 % |

6.5.2 Likviditetsbudsjett

Det skal etableres et likviditetsbudsjett, med månedlig periodisering for inneværende år og restbe- løp for de etterfølgende år. Estimert likviditetsbehov pr. måned for inneværende år blir oppdatert og oversendt helseforetakets regnskapsavdeling hvert tertial.

6.5.3 Kostnadsoppfølging

Prosjektet bruker HolteProsjekt byggeregnskap som sitt prosjektregnskapssystem. Følgende regi- streres fortløpende:

- Disponerte midler, i form av kontrakter, direktebestillinger, endringer og forventede endringer.
- Mottatte fakturaer

Forpliktelsene, godkjente og uavklarte, summeres til forventet sluttkostnad pr. post (konto) som sammenlignes med budsjett for tilhørende post/konto. Deler av kontraktsreserven pr. kontrakt/konto posteres under "Reserve" som en "øremerket" post for den aktuelle konto.

R-R HF sitt regnskapssystem følger opp prosjektets kostnader parallelt. Prosjektet vil ta initiativ til avstemming av regnskapene, men oppdatering i Oracle Financials må gjennomføres av R-R HF.

6.6 Fremdrift

Fremdriftsplanene har en hierarkisk struktur med 4 nivåer:

Nivå 1: Hovedfremdriftsplan

Nivå 2: Kontraktsplan/Entrepriseplan

Nivå 3: Styringsplaner

Nivå 4: KTR-ark, dokumentplaner og detaljplaner bygging

Hensikten med fremdriftsplanlegging og -styring er å sikre:

- at prosjektets ferdigstillelsesdato overholdes
- at oppgavene i prosjektet utføres i riktig rekkefølge og er koordinert
- at oppgaver utføres til riktig tid
- at beslutninger fattes til riktig tid
- at nødvendige korrigerende tiltak kan iverksettes i tide uten at avtalefestede terminer og prosjektets ferdigstillelsesfrist overskrides
- at prosjektet kan tilføres bevilgninger i takt med fremdriften
- god kommunikasjon mellom deltakerne i prosjektet
- gi korrekt informasjon om fremdriftsutviklingen i prosjektet

6.6.1 Nivå 1 - Hovedfremdriftsplan

Hovedfremdriftsplanen er prosjektets overordnede plan for alle deler og faser av prosjektet. Den skal vise:

- Faser/hovedaktiviteter
- Viktige beslutningspunkter
- Hovedmilepæler
- Viktige grensesnitt

Hovedfremdriftsplanen er grunnlaget for Prosjektleders rapportering til Styringsgruppen.

6.6.2 Nivå 2 - Kontraktsplan/Entrepriseplan

Kontraktsplan er prosjektledelsens plan for alle kontrakter med planlagt start- og sluttdato.

Leverandørens/entreprenørens entrepriseplan viser de meste sentrale milepæler/delfrister og fremdriftsforutsetninger for entreprisen. Entrepriseplanen vil være entreprenørens overordnede fremdriftsplan og danne basis for hans videre nedbryting og planlegging av arbeidene innenfor entreprisen.

6.6.3 Nivå 3 Styringsplaner

Med utgangspunkt i prosjektledelsens Kontraktsplan (nivå 2) skal entreprenøren/leverandøren utarbeide sine Styringsplaner (nivå 3). Fra denne planen skal det være mulig å trekke ut egne planer for hver fase. Planen skal til enhver tid ha et detaljeringsnivå som gjør den egnet som et hjelpemiddel til å planlegge, organisere, styre og kontrollere utviklingen av kontraktsarbeidet ved å sammenholde registrert resultat med planlagt resultat.

Styringsplanene skal omforenes og godkjennes av prosjektledelsen og fryses som baselineplaner for rapportering.

Det vil bli utarbeidet en rekke ulike styringsplaner:

- Styringsplan bygging
- Prosjekteringsplan
- Beslutningsplan
- Bemanningsplan (histogram)
- Kontraheringsplan
- Plan for myndighetskontakt
- Plan forberedelse til drift

6.6.4 Nivå 4 KTR-ark og Dokumentplan

Entreprenører/leverandører med prosjektering inkludert i kontrakten utarbeider en KTR-katalog med beskrivelse av aktiviteter, hvilke leveranser som kommer ut av den enkelte aktivitet samt grensesnitt, tid og kostnader knyttet til aktiviteten. KTR-arkene godkjennes av prosjektledelsen og danner grunnlag for rapportering.

Med utgangspunkt i KTR-katalogen og Prosjekteringsplanen utarbeider leverandøren Dokumentplan for prosjekteringen. Denne planen skal inneholde alle tekniske dokumenter som entreprenøren/leverandøren skal produsere. Virkelig fremdrift for prosjekteringen beregnes ved en vektet summasjon av virkelig målt prosentvis fremdrift per enkeltdokument fra dokumentplanen.

6.6.5 S-kurver

Entreprenøren/leverandøren skal utarbeide S-kurver for alle deler av prosjekteringen og/eller byggearbeidene. Hver presentasjon skal inneholde kurve for planlagt framdrift per måned i hele prosjektperioden, kurve for virkelig målt framdrift frem til rapporteringstidspunkt, samt tabell som beskriver kurvene i tall. Kurvene skal på samme måte som planen danne ”baseline” for rapportering og tillates ikke endret uten etter særskilte krav eller avtale med prosjektledelsen.

6.6.6 Fremdriftsrapportering og oppfølging

Fremdriftstatus registreres på det laveste nivå i planleggingsstrukturen, og fremdriftsstatus summeres oppover i hierarkiet. Avvik i statusrapporter skal forklares med årsak til avvik og iverksatte/planlagte korrektiv tiltak.

Følgende prinsipper legges til grunn for fremdriftsrapporteringen:

- Fremdrift for prosjektering baseres på status på produksjon av dokumenter i forhold til definerte milepæler for kvalitetskontroll av dokumentene.
- Fremdrift for kontrahering baseres på status i forhold til definerte milepæler (konkurranses grunnlag utarbeides anbud sendt ut etc.)
- Fremdrift for utstyrsleveranser baseres på status i forhold til definerte milepæler.
- Fremdrift for bygge- og anleggsarbeider baseres visuell kontroll samt mengderegistrering.
- Fremdrift for ferdigstillelse (testing) baseres på om aktivitetene er utført eller ikke

Fremdriftsoppfølging skjer ved registrering av statuslinje (“front”) på styringsplaner. Kravene til fremdriftsrapportering vil være nedfelt i kontraktene med prosjekterende og entreprenører/leverandører.

Prosjektledelsen vil i 14. daglige faste møter gå igjennom fremdriftsstatus under prosjektet.

6.7 Kvalitetssikring

6.7.1 Kvalitetssystemet

Prosjektledelsens kvalitetssystem består av:

- Dette styringsdokumentet
- Prosjektets rutinesamling (finnes under z// på serveren)

6.7.2 Kvalitetskontroller

Planlegging og gjennomføring av kontrollaktiviteter er et linjeansvar i prosjektet. Spesielt kritiske forhold bør kontrolleres av uavhengig ekspertise.

I kvalitetssystemet er det en rekke rutiner som er nødvendig for å styre og sikre prosjektets kvalitet. I disse rutinene inngår kontrollaktiviteter som skal gjennomføres for å få undersøkt om gitte kvalitetskrav er oppfylt, eller kan oppfylles. Dette skal dekke alle aspekter ved prosjektgjennomføringen (kostnad, tid, kvalitet, HMS, etc.).

Prosjekteier har besluttet å benytte et WEB-basert system for oppfølging av kvalitet, herunder utførte egenkontroller. Systemet skal også benyttes av entreprenørene. Aktørene skal i systemet bekrefte utførelse av de ulike aktiviteter som man selv etablerer. Disse aktivitetene (sjekkpunktene) vil også gi informasjon til andre aktører slik at disse kan planlegge sine aktiviteter. I tillegg kan den enkelte entreprenør benytte dette som et arbeidsverktøy og arbeidsliste til sine egne baser. Verktøyet gir aktørene innblikk i status på prosjektet, og man unngår stadig krav om innrapportering av statuslister osv.

6.8 Dokumenthåndtering/arkiv

Prosjektet følger arkivopplegget til R-R HF. Etter avtale med arkivet er det besluttet at dokumentene skal ha sin fysiske plassering på prosjektkontoret. Prosjektet vil registrere alle dokumenter med saksnummer og dokumentnummer.

Prosjektets formelle arkiv skal være papirbasert. Dokumentene skal også oppbevares digitalt.

Byggeweb benyttes som prosjekthotell i Byggeprosjektene. Byggeweb brukes for utveksling og håndtering av tegninger, notater, referater, beregninger osv. av alle aktørene i prosjektet, dvs både byggherre, entreprenører, leverandører og rådgivere.

Byggeweb benyttes for å samle alle dokumenter på én plass i prosjektet og gjøre dokumentutvekslingen under prosjektering og bygging så enkel som mulig for alle involverte aktører. I tillegg vil Byggeweb fungere som en dokumentasjon på at dokumenter er levert og mottatt.

6.9 Rapportering

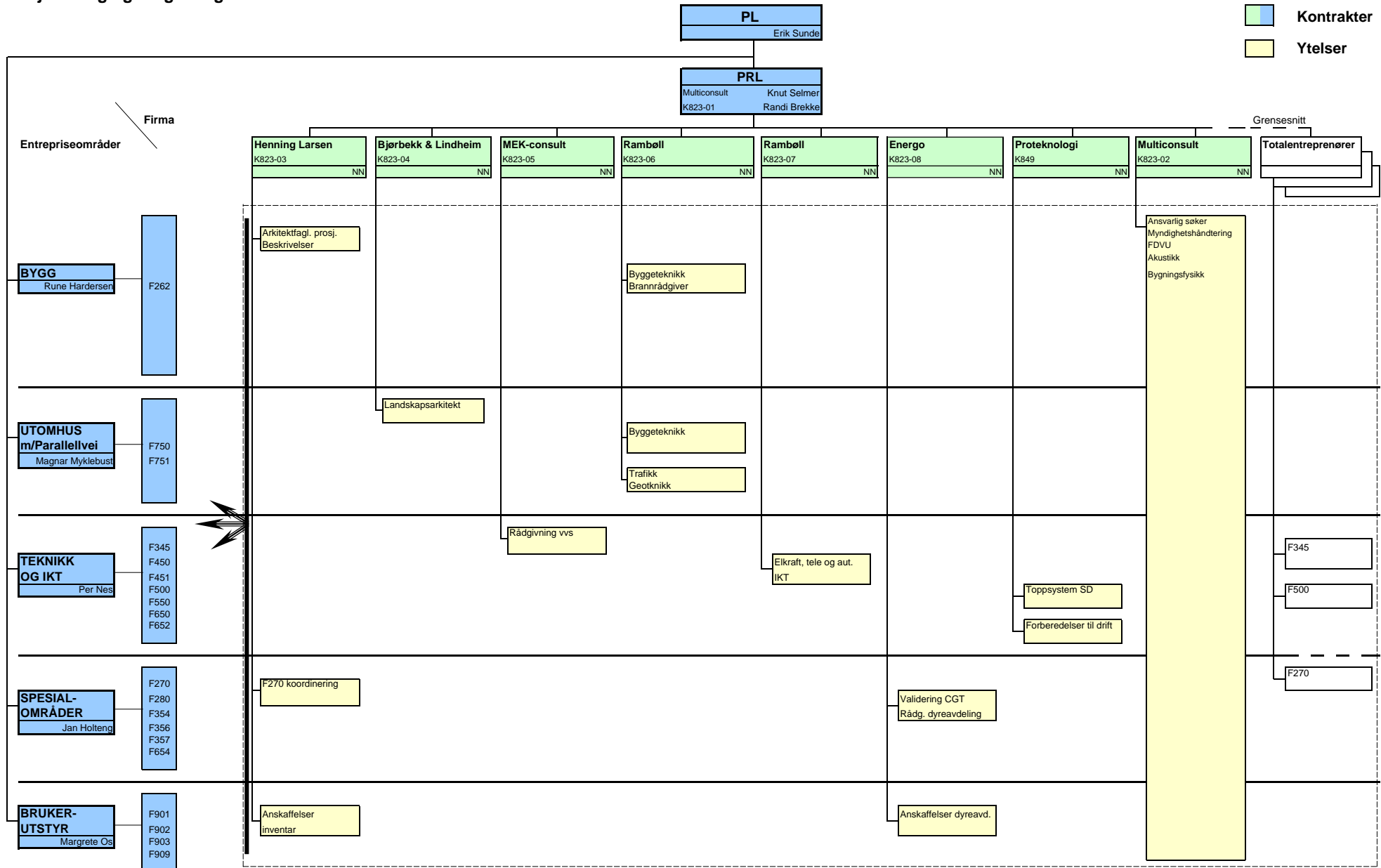
6.9.1 Månedrapport

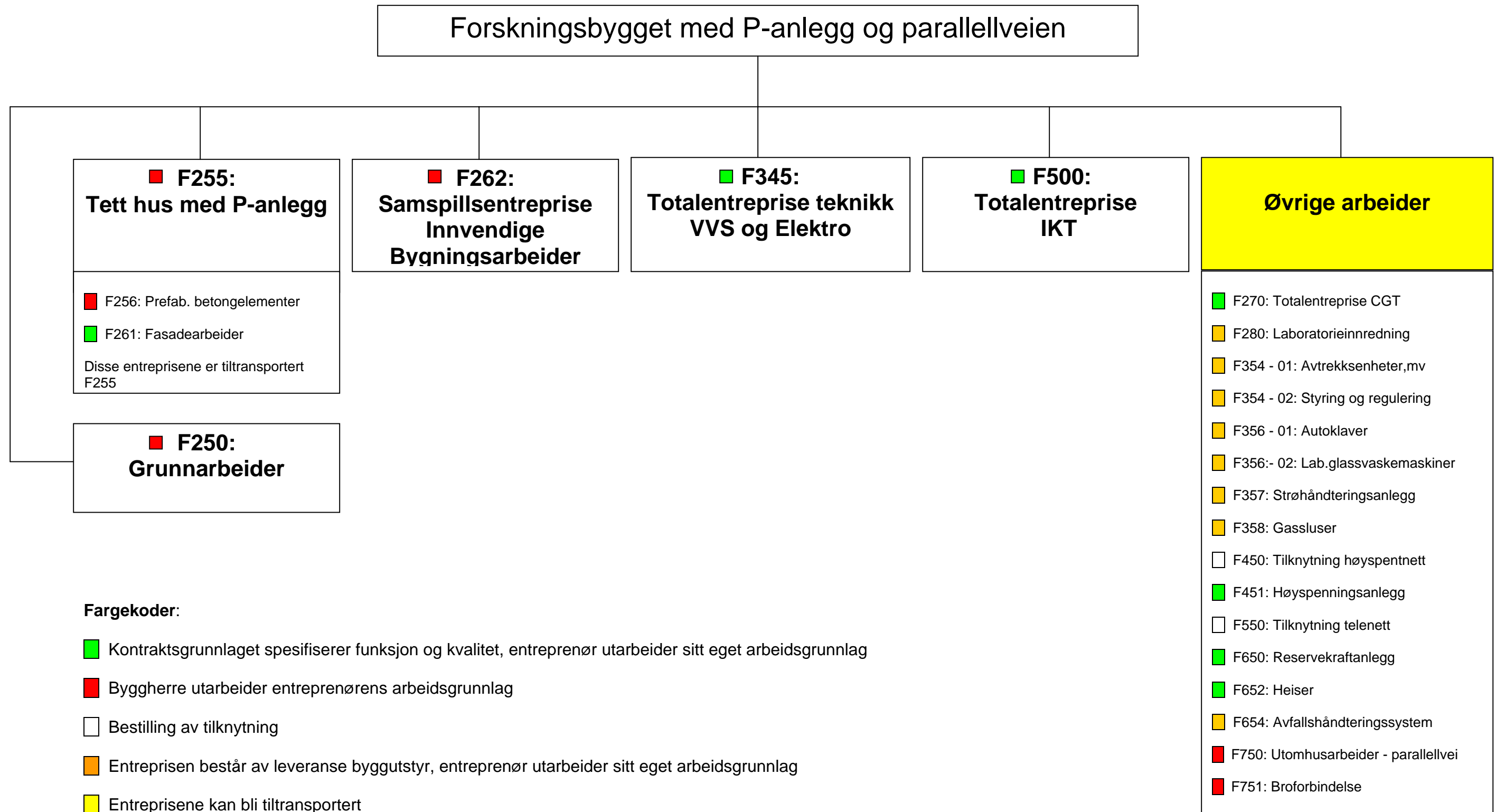
Prosjektet utarbeider en kortfattet månedrapport med følgende hovedpunkter:

- Sammendrag
- Kvalitet og HMS
- Økonomi
- Fremdrift
- Avvik med korrektive tiltak
- Viktige aktiviteter neste periode
- Usikkerhetsstatus

Månedrapportene blir forelagt Styringsgruppen

Vedlegg 1 til Styringsdokumentet for Forskningsbygget
 Prosjektering og rådgivning





Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 27. oktober 2011

Saksbehandler: Administrerende direktør

Vedlegg: Oversikt og fortløpende presentasjon av saker og tema som gjelder drift og utvikling

**SAK 120/2011: ORIENTERINGSSAK
ADMINISTRERENDE DIREKTØRS
ORIENTERINGER**

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 20. oktober 2011

Jan Eirik Thoresen

.0 Fra driften

1.1 Forskningspriser i 1. halvår

Det er opprettet en halvårlig forskningspris ved Oslo universitetssykehus som i tillegg til å gi en påskjønnelse og inspirere forskningsmiljøer, skal synliggjøre fremragende forskning ved sykehuset.

En ekstern komité har plukket ut seks vinnerne blant 19 forhåndsnominerte artikler fra forskningsutvalgene i sykehusets klinikker. De seks fagmiljøene får påskjønnelsen fra Oslo universitetssykehus for fremragende forskningsartikler som har oppnådd stor gjennomslagskraft internasjonalt eller på annen måte har utmerket seg særskilt. Prisen på 50 000 kroner er til inspirasjon og fri bruk i gruppens videre forskning.

Risiko for hjerterytmeforstyrrelser, kartlegging av kroppens DNA-reparasjonssystemer og behandling av langvarige korsryggsmerter er noen av temaene i forskningsarbeidene som nå mottar en ny pris. Forskning på effekten av blodtrykksbehandling på pasienter med akutt hjerneslag og høyt blodtrykk, forskning på lidelsene schizofreni og bipolar lidelse, og på sykdommen primær skleroserende cholangitt (PSC), er også blant arbeidene som belønnes.

1.2 Antall ledere og støttepersonell redusert med mer enn 10 prosent

Siden fusjonen er antall ledere ved Oslo universitetssykehus redusert med 11 prosent, fra 1242 til 1101 ledere. Dette gjelder totalt antall ledere på alle nivåer ved sykehuset. På øverste nivå er antall direktører (inkl. ass.dir.) og klinikkledere redusert fra 59 til 31 (cirka 47 prosent).

Interne beregninger viser at bemanningsreduksjonen de siste to år er større innen administrativt og kontorpersoneell (cirka 12 prosent), ledere (cirka 11 prosent) og teknisk og forsyningspersoneell (cirka 13 prosent) enn hva tilfellet er for alle ansattegrupper sett under ett (cirka 8,6 prosent)

Et lavere antall ledere og støttepersonell er en naturlig følge av den sammenslåtte sykehus- og klinikkstrukturen per 1. januar 2010 og at det løpende gjennomføres samlokalisering av pasienttilbud og støttefunksjoner. Virksomhetsoverdragelser til Akershus universitetssykehus gir også et lite bidrag til nedgangen.

De rådende økonomiske rammebetingelsene og de øvrige utfordringene som følger av fusjonen, stiller samtidig utfordrende krav til våre ledere. Det er derfor en målsetting at våre ledere på alle nivå skal ha tilstrekkelig kompetanse og verktøy til å utøve ledelse og ivaretagelse av medarbeidere i tråd med de krav som stilles. På bakgrunn av dette arbeides det nå kontinuerlig med lederutvikling for alle ledere, med fokus på felles verdier, dialog, konflikthåndtering, resultatoppnåelse og virksomhetsstyring.

1.3 Nye nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

I forbindelse med statsbudsjettet foreslår regjeringen å opprette i alt 24 nye nasjonale tjenester i 2012. Bevilgningen til regionale helseforetak foreslås styrket med totalt 41 millioner kroner for å understøtte oppgaver knyttet til kompetanseoppbygging og kompetansespredning ved de nye nasjonale tjenestene. Syv av tjenestene er foreslått lagt til Oslo universitetssykehus:

1. Nasjonal behandlingstjeneste for fertilitetsbevarende behandling med autologt ovarialvev (fertilitetsbevarende behandling med tilknyttede reproduksjons-medisinske biobanker), Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
2. Nasjonal behandlingstjeneste for særlig avanserte bekkenskader, Oslo universitetssykehus, Ullevål.
3. Nasjonal behandlingstjeneste for kirurgisk behandling ved ikke maligne ryggglidelser hos barn Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
4. Nasjonal behandlingstjeneste for hyperterm intraperitoneal kjemoterapi (HIPEC) ved kolorektal kreft, pseudomyksoma peritonei og peritonealt mesoteliom, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
5. Nasjonal behandlingstjeneste for fertilitetsbevarende kirurgisk behandling av livmorhalskreft (radikal trachelectomi), Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
6. Nasjonal behandlingstjeneste for dyp rekonstruktiv venekirurgi, Oslo universitetssykehus, Aker.
7. Nasjonal behandlingstjeneste for kirurgisk behandling av skader på plexus brachialis (nerverøtter fra ryggmargen til armene), Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

2.0 Status samhandlingsprosjekter

2.1 Samarbeidsprosjekt med sykehus i India

Oslo universitetssykehus har inngått et samarbeidsprosjekt med to sykehus vest i Benegal og i Kolkata i India. Hovedmålet for prosjektet er å veilede helsepersonell i India i stell av nyfødte slik at avdelingene får redusert sin spedbarnsdødelighet. Oslo universitetssykehus sitt mål er å få bredere flerkulturell forståelse samt utarbeide retningslinjer om møte med andre kulturer.

Prosjektets varighet er i første omgang 5 år, og er finansiert av Fredskorpset. To sykepleiere kom fra India til Oslo universitetssykehus HF 1 oktober og skal veiledes ved Nyfødt intensiv på Ullevål i 6 mnd. To nyfødsykepleiere, en fra Ullevål og en fra Rikshospitalet, er reist til India for å undervise indiske sykepleiere. Dette er begynnelsen på en stafett der helsepersonell fra de to landene byttes ut hver sjette måned.

2.2 Avtale med kommunen om bruk av bygg på Aker sykehus

I foretaksprotokoll av 24. november i 2011 fikk Oslo universitetssykehus i oppdrag å lede arbeidet med å utvikle Aker sykehus til en samhandlingsarena mellom spesialisthelsetjenesten og Oslo kommune. Dette er fulgt opp både innad i sykehuset og i tett dialog med Byrådsavdelingen i kommunen. Det har også vært god dialog med de andre sykehusene i Oslo-området.

Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune har etablert prosjekt Samhandlingsarena Aker. Formålet er å bidra til at en betydelig del av de kliniske arealene ved Aker sykehus utvikles til å kunne drive helsetjenester i grenselandet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF forutsetter at Oslo universitetssykehus er en aktiv part i dette arbeidet, og at det kan utvikle seg tiltak som gir vinn-vinn effekter samlet sett for sykehus og primærhelsetjeneste. Oslo universitetssykehus har i tillegg organisert Prosjekt Helsearena Aker som har et ansvar for samordning av sykehusets egne aktiviteter på Aker. Det er ønskelig at disse aktivitetene støtter opp under utviklingen av samhandlingsarenaen.

Mye av den framtidige virksomheten ved Aker sykehus vil skje i regi av Oslo kommune eller være ledet av Oslo kommune. Så lenge Oslo universitetssykehus er eier av Aker sykehus betyr det at kommunen vil være leietaker hos Oslo universitetssykehus. Det skal inngås en første avtale nå for bygg 21 som skal leies ut til et geriatrisk ressurscenter. Senteret er initiert av Oslo kommune, men vil bli videreutviklet i samarbeid med sykehusene i Oslo. De aktuelle lokalene er godt egnet til formålet, og har få alternative anvendelser. Det er derfor enighet om at Oslo kommune betaler driftsutgifter og kostnader ved bygningsmessige tilpasninger gjennom husleie. Det er videre enighet om at denne avtalen ikke har presedens for framtidige leieavtaler.

Kommunens bruk av sykehusets arealer vil også i andre tilfeller kreve bygningsmessige tilpasninger. Oslo kommune vil av prinsipielle grunner ikke gjøre direkte investeringer i bygg de ikke eier og har derfor bedt om at slike investeringskostnader tilbakebetales som en årlig husleie. De bygningsmessige tiltakene i det geriatriske ressurscenteret er anslått til 2,3 mill. kr. Det som legges inn som husleie er faktisk (ikke anslått) investeringsbeløp, og det er akseptert 5 % rente og en nedbetalingstid over 10 år. Kommunen skal i tillegg betale byggets driftskostnader, men Oslo universitetssykehus får ingen betaling av kommunen for leie av bygget utover nedbetalingen av investeringskostnadene. Det foreslås inngått en avtale på 5+5+5 år med en klausul om restverdibetaling om kommunen velger å ikke forlenge avtalen etter den første femårs perioden, slik at en sikrer investeringsbeløpet tilbake.

I forbindelse med gjennomføring av Prosjekt Helsearena Aker, vil det i tiden fremover bli inngått flere avtaler om leie av lokaler på Aker sykehus med kommunen. Den konkrete avtalen for bygg 21 skal ikke skape presedens for framtidige leieforhold.

3.0 Organisering og utvikling

3.1 Hjerneslagbehandling ved Oslo universitetssykehus

Forenklet kan man si at slagpasienter med blodpropp i hjernen i akutfasen kan behandles på to måter.

Trombolyse, intravenøs blodproppløsende behandling, er den vanligste behandling ved akutt hjerneslag, men hos noen få pasienter er denne behandlingen ikke nok og blodproppen må fiskes ut – *intaraarteriell intervensjon*. Trombolyse kan utføres av nevrologer eller geriater. Ved intraarteriell intervensjon føres et kateter fra lysken via arterier til hjernen, hvor blodproppen "fiskes" ut. Denne delen av behandlingen utføres av nevrologer med spesiell kompetanse innen intraarterielle prosedyrer - nevrointervensjonister. Behandlingen må foreløpig anses som eksperimentell og må følges med protokoller.

Slik slagsløyfen er i dag legges alle pasienter inn fra sykehusområde Oslo med mistanke om akutt hjerneslag på Oslo universitetssykehus, Ullevål der diagnose stilles og når indikasjon foreligger starter med trombolyse. Hvis behandlingen krever intraarteriell intervensjon (en liten andel av pasientene), må pasienten overføres til Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Pasienter tilhørende Akershus universitetssykehus eller Vestre Vikens område eller de andre sykehusområdene i Helse Sør-Øst får tilsvarende tilbud og hadde også dette tilbudet før 2010.

Inntil høsten 2010 var det 2-3 nevrointervensjonister på Ullevål slik at pasienter som krevet intraarteriell intervensjon også kunne behandles her. Hele slagsløyfen for pasienter

tilhørende område Oslo var derfor samlet på Ullevål.

Utfordringen for nevrintervensjonistene på Ullevål var at de gikk i en 2-3 delt vaktordning med uakseptabel arbeidstid. Ved Ullevål ble det gjort forsøk på å utvide miljøet med flere, men uten å lykkes. Det er få nevroradiologer med slik kompetanse. Etter en overgangsperiode, slo nevrintervensjonistene seg sammen med miljøet på Rikshospitalet og er nå et miljø som har en fornuftig arbeidsordning. Det må være nevrintervensjonister på Rikshospitalet da nevrovaskulærkirurgien er samlet der (aneurysmeblødninger, arteriovenøse malformasjoner, etc.). Faglig var dette en kvalitetsforbedring for miljøet. Som en konsekvens av dette, måtte Oslo universitetssykehus splitte slagbehandlingen for de pasientene fra område Oslo som krever intraarteriell behandling. Det ble laget nivå 1 prosedyre for den nye slagsløyfen.

For di slagsløyfen ble endret, ble det bestemt at den skulle evalueres i mars 2011. Evalueringen ble gjennomført som planlagt. En ytterligere evaluering gjennomføres i disse dager. Ved gjennomgang av slagsløyfen har fagmiljøet definert følgende forbedringsområder:

1. Raskere overføring av røntgenbilder fra Ullevål til Rikshospitalet. Dette er en prosedyre som har kunnet ta opptil 10-20 min. Nevrintervensjonistene på Rikshospitalet er avhengig av å kunne se bildene for å avgjøre om pasienten skal gjennomgå en intraarteriell prosedyre. Denne programvaren er nå på plass og bildene er nå overført i løpet av 2-3 min.
2. Fagmiljøene er i ferd med å utarbeide seleksjonskriterier som gjør at ambulanspersonalet kan selekere pasienter som med stor sannsynlighet vil trenge en intraarteriell prosedyre. Disse pasientene skal forsøksvis gå direkte til Rikshospitalet uten først å triageres på Ullevål. Prosedyren er til høring i fagmiljøene. En slik prosedyre vil føre til at det vil bli overført flere pasienter til Rikshospitalet enn hvis det var gjort en triagering på Ullevål først.
3. Med bakgrunn i avviksmeldinger, ser vi nå på muligheter til å forbedre logistikken for pasienter som skal overføres til Rikshospitalet. Det er definert forbedringsområder.

Alle miljøer som er involvert i slagbehandlingen er samstemt at den akutte hjerneslagbehandlingen i fremtiden bør samles på Rikshospitalet der resten av den nevrovaskulære behandlingen foregår. Dette krever imidlertid endringer i bygningsmassen som det ikke er mulig å få til på kort sikt innenfor dagens rammebetingelser. Inntil en slik samling er mulig, vil Oslo universitetssykehus følge utviklingen og avviksmeldinger knyttet til slagbehandlingen nøye og se på alle andre muligheter for å forbedre slagsløyfen. Vi ønsker at tiden som går fra man bestemmer at pasienten trenger en intraarteriell prosedyre til den utføres blir så kort som overhode mulig.

3.2 Ivaretagelse og videreutvikling av multitraumefunksjonen

Oslo universitetssykehus har et nasjonalt og internasjonalt anerkjent traumesenter med dokumentert gode kliniske resultater, et kontinuerlig kvalitets sikringsprogram, stor forskningsaktivitet og er ledende nasjonalt med hensyn til traumeopplæring.

Behandling av pasienter med skader i flere organsystemer krever at spesialister med traumekompetanse og traumeerfaring innen forskjellige spesialiteter er tilgjengelig i traumesituasjonen. Traumekompetanse og traumeerfaring utvikles gjennom langvarig

skolering og ved stadig deltagelse i behandling av multitraumatiserte pasienter. Det tar mange år å bygge opp et slikt miljø og bevaring av dette krever kontinuerlig stor innsats.

Styrevedtak 108/2008 fra Helse Sør- Øst RHF vedtok sammenslåing av sykehusene Aker, Rikshospitalet og Ullevål og anbefalte samling av de fleste regionsfunksjoner på Gaustad. Intensjonen med fusjonen var et styrket fagmiljø, bedre kvalitet på tjenestene og økonomiske gevinster som følge av stordriftsfordeler. Vedtaket ”legger til grunn at dagens multitraumefunksjon ivaretas og videreutvikles”. Inntil annet blir bestemt, vil behandlingen av multitraumatiserte pasienter foregå på Oslo universitetssykehus, Ullevål.

For å dekke dagens oppgaver innenfor traumebehandling med kompetent traumevakt, oppfølging av pasienter, undervisning, kvalitetssikring og etablering av et robust traumemiljø, er det vedtatt gradvis å bygge opp et miljø med til sammen 8 overleger.

Utvikling av nye traumekirurgiske overleger er en viktig del av en slik strategisk satsning, men effekten av dette tiltaket vil ikke sette inn før tidligst i 2013. Årsaken til dette er at det må utdannes kvalifiserte overleger med traumekompetanse.

For bedre å kunne følge opp traumepasienter med tverrfaglige utfordringer etter utskrivelse fra Intensivavdelingen, er det startet et pilotprosjekt med en traumekirurgisk post. Hensikten med dette er at pasienter som utskrives fra Intensivavdelingen med skader som omfatter flere spesialiteter ikke skal bli overført til en spesialitet hvor ikke helheten på samme måte blir tilfredsstillende ivaretatt. Hvis prosjektet blir vellykket og viser seg å svare til forventningene, vil endelig størrelse og beliggenhet bli bestemt når traumeenheten bemanningsmessig tilslutt er på plass.

Ettersom traumebehandlingen involverer mange fagfelt, har sykehuset lenge erkjent at traumebehandlingen kan være sårbar for flyttinger av/endringer i andre avdelinger. Det må derfor ved slike endringer kvalitetssikres at servicen og kompetansen til traumebehandlingen er ivaretatt.

For å ivareta kompetansen er det lagt opp til et forpliktende samarbeid mellom Avdeling for traumatologi og alle spesialiteter/fagfelt som er involvert i behandlingen av multitraumatiserte pasienter.

3.3 Bruk av konsulenter 2009-2010-2011

Omtale i media den siste tiden, har fremstilt ekstern konsulentbruk, ved Oslo universitetssykehus HF (og Helse Sør-Øst RHF for øvrig) i flere sammenhenger. Blant annet har dette blitt knyttet til fusjonen/omstillingsprosessen ved foretaket. Kjøp av ekstern konsulentbistand er regulert av rammeavtaler inngått av Helse Sør-Øst RHF og ingen av disse omhandler isolert sett fusjon/omstilling. Materialet som er oversendt, bl.a. til TV2, er basert på uttrekk av alle fakturaer fra definerte leverandører som kan relateres til omstillingen og fusjonen ved Oslo universitetssykehus HF. Disse tallene kan ikke kun isoleres til konsulentbruk knyttet til omorganiseringen, da de også kan være knyttet til andre områder som avtalene er ment å dekke, for eksempel innen hr, økonomi, ikt, jus, eiendom.

Ordinær rapportering til Helse Sør-Øst RHF, viser at kjøp av konsulenttenester fra eksterne aktører utgjør om lag 139 mnok, i 2010. Av dette utgjør kjøp av konsulenttenester i forbindelse med omstillingsprosessen, om lag 70 mnok. Ut over dette inngår kjøp av juridiske bistand,

konsulentbistand i forbindelse med bygg og eiendom, helsefaglig konsulentbistand og kjøp av økonomisk-/administrative tjenester.

Tilsvarende tall for 2009 viser at kjøp av konsulenttenester var på omtrent samme nivå som i 2010, men at kjøp relatert til omstillingsprosessen var noe høyere. Dette har sammenheng med kostnader i forbindelse med etableringen av Oslo universitetssykehus HF.

Ledelsen har for 2011 redusert bruken av innleide konsulenter. Særlig gjelder dette avtaler innen omstillingsrådgivning der en ikke har inngått avtaler etter juni i år. Bakgrunnen for bruk av konsulenter er behov for kompetanse på områder der sykehuset ikke selv har dette eller erfaring, eller når sykehuset mangler kapasitet til å løse oppgaver. Konsulentfirmaer brukes først og fremst i forbindelse med planlegging og gjennomføring av bygge- og vedlikeholdsprosjekter, IKT-prosjekter, flyttinger og omorganiseringer. Oppdragene er ofte store, men er alltid begrenset i tid og omfang. Fordelen ved å leie inn konsulenter er at en raskt får inn folk med høy kompetanse og at en betaler for akkurat det en har behov for. Hvis en ansetter folk, tar det oftest tid før en kan begynne å jobbe og sykehuset pådrar seg varige kostnader til lønn. Hva som er billigst for sykehuset er avgjørende når man vurderer bruk av konsulenter. Vi leier inn konsulenter bare dersom det er lønnsomt. Hvis det er mer lønnsomt å bruke egne ansatte, gjør vi det.

4.0 IKT systemer

4.1 Oppgjør med Logica

Det vil bli orientert i møte om status i forbindelse med oppgjøret med Logica. Det foreslås at møtet lukkes under orienteringen med henvisning til foretakets forhandlingsposisjon jf. offentleglova § 23.

4.2 Felles klinisk informasjonsgrunnlag

Det vil bli orientert i møtet om status for arbeidet med et felles klinisk informasjonsgrunnlag i foretaket. Det foreslås at møtet lukkes under orienteringen med henvisning til foretakets forhandlingsposisjon jf. offentleglova § 23.

5.0 Arbeidsgiverforhold

5.1 Ansattes arbeidsmiljø og sikkerhet der pasienter skaper farlige situasjoner/utfører farlige handlinger

Ansattes sikkerhet i Oslo universitetssykehus er formelt styrt av krav i lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Sykehusets helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid planlegges og kontrolleres i henhold til denne.

Alvorlige verbale trusler og voldsutøvelse fra pasienter er en kjent risiko i helsevesenet. I Oslo universitetssykehus registreres forekomsten av dette gjennom avvikssystemet. Meldte HMS-avvik om vold/trusler/utagerende adferd så langt i 2011 viser:

| Klinikk | PHA | Med | KKN | KVB | KKT | HLK | AKU | KDI | OSS | SUM |
|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|
| Antall | 446 | 11 | 40 | 0 | 2 | 0 | 20 | 0 | 5 | 524 |

Ovennevnte er i hovedsak relatert til voldelige pasienter - i noen ganske få tilfeller mellom kolleger. Fordelingen av hendelser viser hovedvekt av hendelser innen psykiatri og i de somatiske avdelinger der pasienter grunnet sin lidelse har redusert bevissthet.

Sykehusets mål for arbeidsmiljøet er godt arbeidsmiljø for alle. Arbeidstakers opplevelse av trygghet er grunnleggende. Det er arbeidsgivers plikt gjennom de ulike ledernivå å tilrettelegge, forebygge og følge opp ansattes sikkerhet. Alle klinikker har arbeidsmiljøutvalg. På sykehusnivå er tiltak regulert gjennom styrende dokumenter (nivå 1) nummer 375 (Forebygging av vold og trusler). Dokumentet gir råd om kommunikasjon i spente situasjoner og hvordan en ellers bør forebygge vold og trusler. I avdelinger som har økt risiko for vold og trusler er det i tillegg utarbeidet lokale (nivå 2) dokumenter som fokuserer mer detaljert på avdelingens fysiske begrensninger, sikkerhetsmekanismer og de enkelte pasientgrupper. Det finner 23 slike lokale dokumenter på avdelingsnivå. Spesielt utsatte avdelinger gjennomfører i tillegg lokal opplæring av sine ansatte med teoretisk gjennomgang av forholdsregler og sikkerhetstenkning. Opplæring av ledere og vernetjeneste inngår i sykehusets opplæringsprogram innen HMS.

Når en voldshandling har funnet sted er målet å gi støtte og hjelp til den som er rammet. Formålet med hjelpen er å begrense fysisk skade, og negative psykiske ettervirkninger av episoden, og forhindre skyldfølelse som måtte oppstå etter voldshandlingen. Prosedyre for oppfølging av vold og trusler beskriver lokale oppfølgingstiltak av de enkelte ansatte, dokumentasjon, granskning og eventuelt politianmeldelse. Alle registrerte HMS-avvik behandles primært av lokal leder mens de mest alvorlige blir løftet til høyere ledernivåer. Klinikkenes og sykehusets Arbeidsmiljøutvalg (AMU) har regelmessig gjennomgang av sakene og gir innspill til læring og forbedring. Sykehusets Arbeidsmiljøavdeling og bedriftshelsetjeneste bistår i oppfølging og om nødvendig koordinerer hjelp til de berørte ansatte og ledere. Det lokale Arbeidstilsynet varsles og bistår i alvorlige saker.

5.2 Oppfyllelse av omstillingsavtalen

I forbindelse med overtallighet som følge av omstillingsprosessene og innplassering i nye bemanningsplaner, har HR-stab utarbeidet retningslinjer som er drøftet med de tillitsvalgte og lagt til grunn for klinikkenes arbeid. Retningslinjene er i samsvar med Omstillingsavtalen i Helse Sør-Øst, som er inngått mellom Helse Sør-Øst RHF og arbeidstakerorganisasjonene Unio, LO, Akademikerne, YS og SAN. Det er i Oslo universitetssykehus etablert et omstillingssenter, som bistår potensielt overtallige med å finne nye løsninger og som også er involvert i veiledning av linjelederne i håndteringen av overtallighet.

Etter retningslinjene skal overtallighet rapporteres samlet til omstillingssenteret fra HR-leder i klinikk, etter at klinikken har avsluttet innplasseringsprosessen og søkt å finne løsninger innenfor sine egne enheter. Til nå er det et fåtall klinikker som har avsluttet innplasseringsprosessen.

Omstillingssenteret får en rekke henvendelser, både fra ledere som forventer overtallighet og som ber om råd og bistand til gjennomføring av prosessene, og direkte fra enkeltpersoner, som av ulike årsaker frykter at de ikke blir innplassert.

Når Omstillingssenteret får melding om potensielt overtallig, eller foreløpig ikke innplassert,

blir medarbeider og nærmeste leder innkalt til en samtale om interesser og aktuelle muligheter. Gjennomført kompetansekartlegging og referat fra omstillingssamtaler legges til grunn.

Omstillingssenteret kartlegger om det er ledige stillinger i foretaket, som kan være aktuelle som annet passende arbeid. Omstillingssenteret blir også forelagt søknader til stillingsutvalget, slik at stillinger som vurderes utlyst kan stoppes for å bli sammenholdt med den kompetanse som ikke innplasserte medarbeidere har. Omstillingssenteret regner ca 2 uker for å skissere en løsning.

Dersom det ikke er faste stillinger som passer for den overtallige, vurderes også ledige vikariater og midlertidige stillinger. I mange tilfeller kan et vikariat være en god mulighet til å videreføre et arbeidsforhold i påvente av varig løsning.

Omstillingsavtalen i Helse Sør-Øst skisserer en rekke virkemidler som kan vurderes for å nå de mål som er satt for ulike omstillingsprosesser. Avtalen er ikke en rettighetsbasert avtale, men en rammeavtale med virkemidler som kan anvendes etter nærmere vurdering av interne behov og forutsetninger. Omstillingssenteret har sammen med stab for samhandling søkt og fått prosjektmidler – kr 375 000 i VOX-midler - for å sette i gang norskundervisning for fremmedspråklige medarbeidere, som på denne måten for styrket sin kompetanse og står bedre rustet, både i sitt arbeid i Oslo universitetssykehus og som søkere til andre stillinger ved mulig overtallighet. Det er 80 deltakere på kursene som strekker seg over halvannet år.

Det har etter fusjonen skjedd en bemanningsreduksjon i Oslo universitetssykehus, mye som følge av virksomhetsoverdragelse til Akershus universitetssykehus. I tillegg er det en reduksjon som følge av naturlig avgang, samt avvikling av engasjementer og midlertidige stillinger. Omstillingssenteret har til nå bistått i 60 – 70 enkeltpersoner, som er definert som potensielt overtallige. Disse har hatt sin stilling i stabene, Medisinsk klinikk og Kvinne- og barnekliviken. Av disse er et flertall fortsatt i stilling innenfor Oslo universitetssykehus, enten i en ny varig løsning eller i vikariater av ulik varighet. Andre er fortsatt i prosess og noen få er avsluttet med sluttvederlag.

Der det ikke finnes annen varig løsning i form av intern eller ekstern stilling benyttes sluttvederlag, som kan utgjøre fra 6 til 12 måneders lønn, avhengig av medarbeiderens alder og tjenestetid. Omstillingssenteret benytter en trappetrinnsmodell, som reduserer bruken av skjønn og sikrer likebehandling. Medarbeidere over 62 år kan gis sluttvederlag i form av en gavepensjon, som et supplement til AFP.

Det er verdt å merke seg at hver enkelt sak er unik og krever betydelig engasjement fra alle involverte, både fra arbeidstakeren selv, nærmeste leder, omstillingssenteret og HR. Selv om noen saker fortsatt vil løses ved naturlig avgang må det forventes at avslutningen av pågående innplasseringsprosesser, kombinert med nye nedbemanningskrav som følge av budsjettrammer og finansieringsmodell, kommer til å øke antallet ikke innplasserte.

5.3 Brudd på arbeidstidsbestemmelsen

Tabellen nedenfor viser antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene 2. tertial 2011, korrigert etter styremøtet 29. september i år.

Tabell: Brudd på arbeidstidsbestemmelsene 2 tertial 2011¹

| Klinikk | Dag | Uke | 4-ukers | Årsregel | Totalt | Ant ansatte med brudd |
|--|---------------|----------------|----------------|------------|----------------|-----------------------|
| (A100) PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET | 908 | 931 | 830 | 55 | 2724 | 1246 |
| (A110) MED MEDISINSK KLINIKK | 779 | 472 | 426 | 63 | 1740 | 490 |
| (A120) KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG | 126,5 | 144,75 | 101,25 | 0 | 372,5 | 54 |
| (A140) KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN | 466 | 525 | 312 | 2 | 1305 | 491 |
| (A150) KRK KREFT- OG KIRURGIKLINIKKEN | 118 | 171 | 41 | 4 | 334 | 163 |
| (A160) HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN | 158 | 270 | 120 | 1 | 549 | 166 |
| (A170) SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI | 69 | 121 | 19 | 7 | 216 | 130 |
| (A210) AKU AKUTTKLINIKKEN | 1904 | 1575 | 1471 | 122 | 5072 | 931 |
| (A220) KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON | 140 | 300 | 214 | 81 | 735 | 322 |
| (A300) OSS OSLO SYKEHUSSERVICE | 9 | 108 | 73 | 0 | 190 | 78 |
| TOTALT | 4677,5 | 4617,75 | 3607,25 | 335 | 13237,5 | 2825 |

Antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene for 2. tertial er i overkant av 13 000. Det rapporteres fra mange klinikker at det foreligger økt brudd på arbeidstidsbestemmelsene i forbindelse med den ekstraordinære aktiviteten etter 22. juli. Klinikkerne arbeider fortsatt med å kartlegge ressursbruken knyttet til dette. Som eksempler kan vi vise til Hjerter-, lunge- og karklinikken som har foreløpig avdekket 78 av totalt 549 brudd i 2. tertial knyttet til 22. juli. Oslo sykehusservice har avdekket om lag 80 brudd og Akuttklinikken har foreløpig avdekket omlag 1500 brudd som er knyttet til 22. juli.

Trekker vi ut brudd som er tilskrevet aktiviteten rundt 22. juli ser vi en nedgang på gjennomsnittlig 15 prosent per måned siden 1. tertial.

Akuttklinikken, Klinikk for kirurgi og nevrofag og Medisinsk klinikk har hatt en nedgang i antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene, mens Kvinne- og barneklirikken og Hjerter-, lunge og karklinikken viser ingen endring. Klinikk for psykisk helse og avhengighet, Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi og Klinikk for diagnostikk og intervensjon har et økt antall brudd.

Tiltak for å unngå overtid og brudd

Rutinene for bruk og rapportering av overtid og brudd på arbeidstidsbestemmelsene, samt HR-tiltak som følge av styresak 39/2011 (P500) er implementert i hele foretaket. Direktørens HR-stab følger opp disse tiltakene med hver klinikk gjennom faste møter med hver enkelt HR-leder samt i oppfølgingsmøtene med stabsdirektørene.

Samtlige klinikker melder et økende fokus på bruk av overtid og brudd på

¹ Merknader til tabellen:

- Ett brudd utløser ofte flere brudd (brudd på dagregel kan også være brudd på ukes- og årsregel)
- Antall ansatte med registrerte brudd på arbeidstidsbestemmelsene telles flere ganger dersom de er registrert i flere ressursplanleggingssystemer

arbeidstidsbestemmelsene. Temaet følges opp fast i driftsmøter og det holdes fokus på dette i linjen, med bistand fra HR etter behov.

For øvrig rapporteres fortsatt fokus på flere typer av tiltak for å unngå overtid og brudd på arbeidstidsbestemmelsene:

- Fordele overtid på flere ressurser
- Bruk av ekstravaktpool
- Tilpasse aktiviteten, redusere overbelegg
- Fokus på ressursbruk på tvers av enheter
- Styrt ferieavvikling
- Minimere vakanser
- Rekruttering til riktig tid for å unngå ekstraarbeid ved ledige stillinger
- Endre vaktlengde og bruk av forskjøvet vakt
- Forbedre rapporteringsrutiner
- Inngå avtaler om dispensasjon fra arbeidstidsbestemmelsene og legge dem inn i systemet
- Kompetanseheving: opplæring i regelverk og rapportering

Ressursplanleggingssystemenes begrensninger

Ressursplanleggingssystemene (GAT Aker, GAT Ullevål og IRS) kommuniserer ikke og dataoverføring er ikke mulig, noe som gjør rapporteringen problematisk for klinikker med ansatte som har arbeidssted flere steder. Rapportstrukturen i disse tre systemene gir heller ikke mulighet til å produsere sammenlignbare rapporter.

Denne manglende dataoverføringen gjør også at ansatte som har arbeidssted i en klinikk og tar ekstravakter i en annen klinikk ikke nødvendigvis vil fanges opp i systemet ved riktig avdeling dersom brudd forekommer.

6.0 Tilsyn

6.1 Plan for vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler

Arbeidstilsynet gjennomførte våren 2011 en befaring som resulterte i en rapport med vedlegg datert 18.7.2011. Det vises til rapportens pålegg 1, *plan for vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler*, og pålegg 2 *gjennomføring av vedlikeholdsplanen* fra Arbeidstilsynet, også omtalt i sak til styret 19.8.2011 (sak 91/2011). Styret gis her en orientering om status for arbeidet.

Det er til nå gjennomført et omfattende kartleggingsarbeid av alle bygninger og arbeidslokaler som er i bruk ved Oslo universitetssykehus. Arbeidet bygger på en tidligere kartlegging av bygningsmassen på et overordnet nivå (MultiMap). Videre utarbeidelse har omfattet innhenting av opplysninger fra drift & vedlikeholdspersonell, forvaltere, avvikssystemene, eksisterende vedlikeholdsplaner, risikovurderinger, tidligere investeringssøknader og kvalitetssikring av dette.

Med hovedfokus på å lukke avvik av svært alvorlig/alvorlig til moderat konsekvensgrad, spesielt ved brudd på lover/forskrifter, er omfang av arbeider som må gjennomføres ved Oslo universitetssykehus sin bygningsmasse kartlagt (Arbeidene omfatter altså ikke tiltak som må utføres for å bringe bygningen opp på et verdibevarende vedlikeholdsnivå). Av rapporten som er utarbeidet fremgår det at dersom de fleste tiltak skulle gjennomføres over en treårsperiode, iht. til Arbeidstilsynets krav, vil dette innebære oppgraderingskostnader til omlag 4 mrd NOK.

Utover dette vil det påløpe kostnader knyttet til minimumstiltak i overgangsperioder for bygninger som skal avhendes, og kostnader tilknyttet bla. flyttinger, riving og midlertidige lokaler for nybygg.

Plan for prioritering og gjennomføring av de ulike tiltak er under utarbeidelse.

Dette arbeidet vil bli sett opp mot arbeidet med strategisk utviklingsplan mtp hvilke bygninger og arbeidslokaler som inngår i en fremtidig utviklingsplan. Arbeidet vil også bli koordinert med pågående og planlagte samlokaliseringssjekter (omstillingsprosjekter) der hvor disse omfatter bygninger med pålegg og behov for vedlikehold/utbedringer. Videre vil planens del som omhandler fremdrift, tidsperspektiv på gjennomføring / lukking av avvik, være avhengig av bevilgninger og hvor mange byggesaker det til enhver tid er mulig å gjennomføre. Det er i praksis ikke gjennomførbart å lukke avvikene i løpet av tre år bl.a. på grunn av at sykehuset er kontinuerlig i drift. Oslo universitetssykehus legger derfor opp til dialog med Arbeidstilsynet og Helse Sør-Øst for å legge en omforent fremdriftsplan. Styret vil holdes løpende orientert og vil få forelagt vedlikeholdsplan når denne er ferdig utarbeidet.

7.0 Rettstvister

Styret er tidligere informert om mottatt stevning som gjelder privat straffesak mot foretaket fra etterlatte etter avdøde. Grunnlaget som saksøker anførte var underbemanning ved AMK sentralen 3. januar 2010 som medførte at de ansatte, og særlig AMK-operatørene ikke fikk utført sitt arbeid på en forsvarlig og tilfredsstillende måte. Tingretten har avvist saken med henvisning til straffeprosessuelle bestemmelser. I korthet er ikke de pårørende rettslig sett fornærmet med den konsekvens at de ikke kan reise privat straffesak. Avgjørelsen har vært anket til lagmannsretten som opprettholdt tingrettens avgjørelse.

Styret er tidligere informert om mottatt stevning fra ass.lege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling. Spørsmålet er om leger i spesialisering lovlig kan ansettes midlertidig i henhold til lovens krav om unntak for praksisarbeid. Foretaket samarbeider med Spekter i saken på grunn av sakens prinsipielle karakter. Helseministeren har uttalt at flest mulig skal ansettes fast. Dette utfordrer dagens utdanningsmodell i foretakene. Arbeidslivets parter arbeider med dette spørsmålet. Hovedforhandling i saken ble gjennomført i Oslo tingrett 28-29 september. Dom er avsagt og foretaket vant saken. Hver av partene dekker egne saksomkostninger. Avgjørelsen er svært viktig for foretaket som utdanningsinstitusjon og stadfester utdanningssystemet for LIS. Ankefristen har p.t. ikke utløpt.

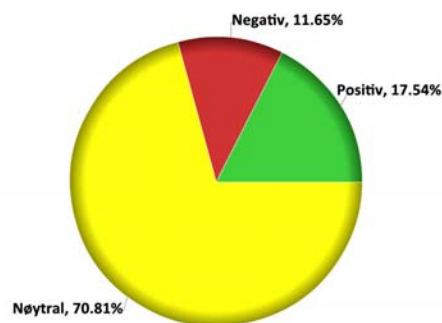
Styret er tidligere informert om tvistesak med leverandør om heving av avtale om kjøp av defibrillator på grunn av mangler. Saken er berammet for Oslo tingrett 31.oktober -1.november.

Styret er tidligere informert om tvistesak med ansatt angående forståelse av arbeidskontrakt i forhold til lønnskrav. Helse Sør-Øst RHF er også informert om saken. Hovedforhandling er gjennomført ved Oslo tingrett i tiden 10.-14. oktober. Saken er tatt opp til doms.

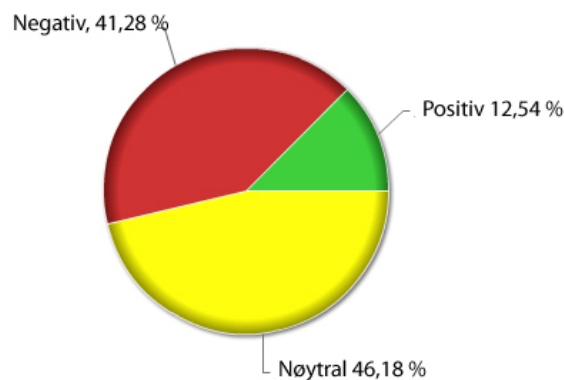
8.0 Mediebildet september og halve oktober 2011

En gjennomgang av medieoppslagene om sykehuset viser følgende:

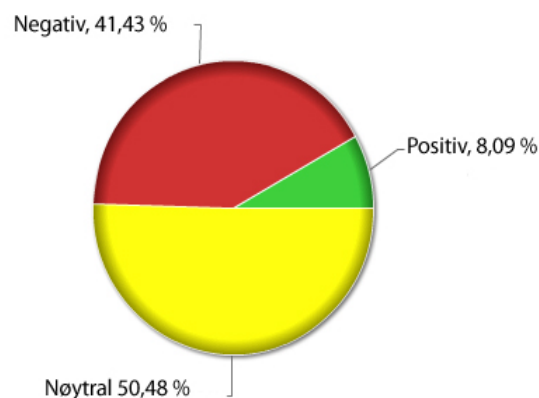
Mediebildet andre tertial (1. mai – 31. august)



I september 2011 fordelte sakene seg slik:



Mediebildet første halvdel av oktober:



Negative saker:

Antallet negative saker har blitt langt flere siste halvannen måned. Det er Aftenposten, Dagens næringsliv og TV 2 som har hatt flest negative saker. Antall negative saker har økt fra 132 per måned (første tertial) til 180 per måned (andre tertial) til 497 per måned (september). Prognose for oktober ser ut til å bli 422 negative saker. (I første halvdel av oktober hadde vi 215 negative saker.). Sakene handlet blant annet om:

- brukt 400 millioner kroner på konsulenter
- sykepleier sier opp i protest

Positive saker:

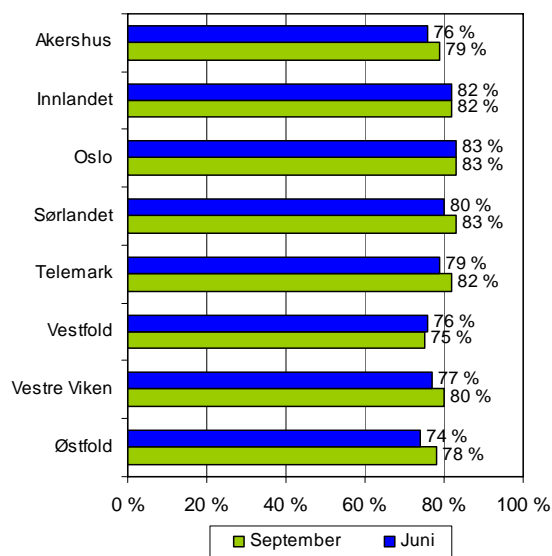
Antall positive saker har blitt færre i september og oktober. De har blitt redusert fra 273 per måned (første tertial) og 270 per måned (andre tertial) til 151 i september. Prognose for oktober ser ut til å bli 78 positive saker. (I første halvdel av oktober hadde vi 42 positive saker). Sakene handler blant annet om:

- Oslo universitetssykehus redder 19 av 20 som kommer inn med hjerteinfarkt
- Oslo universitetssykehus har lavest antall pasientopphold med pasientskade
- Svettemåler varsler diabetes
- Rekordår for organdonasjon
- Finner kreft med ny teknikk

Omdømmemåling juni og september

Basert på den økende negative medieoppmerksomheten til sykehuset har flere etterspurt tiltak for å besørge opplevelsen av trygghet i befolkningen.

Undersøkellesbyrået Respons analyse gjennomfører jevnlig undersøkelser som måler befolkningens tiltro til helsetjenestene i hele regionen, og for september vises disse resultatene for Helse Sør-Øst:



■ Andelen som har meget eller ganske stor tiltro til at en vil få behandlingen en trenger på sykehus går opp fra 78 % i junimålinger til 81 % i september. Oppgangen er statistisk signifikant.

■ Sett i forhold til de ulike sykehusområdene innenfor Helse Sør-Øst, ser vi at den samlede tiltroen går fram eller er stabil i alle områdene, unntatt i Vestfold der den går fra 76 til 75 %. Nedgangen i Vestfold er imidlertid så liten at den ikke er statistisk signifikant og således ikke kan tolkes som reell.

9.0 Referater

1. Protokoll fra styremøte Helse Sør-Øst RHF 18. oktober 2011. Utrykt vedlegg
2. Referat fra møte i Brukerutvalget 26. september 2011. Utrykt vedlegg

10.0 Årsplan

Det legges fram en plan for saker og tema som skal behandles dette året. Planen er gjenstand for kontinuerlige justeringer og legges fram i oppdatert utgave ved hvert styremøte.

Justert årsplan vedlagt.

MØTEREFERAT - **UTKAST**

Møtenavn: Brukerutvalget

Dato dok: 27.09.2011

Dato møte: 26.09.2011 (kl. 13-16)

Referent: Elisabeth Gjerm Haugen

Tilstede: Nina Adolfsen (leder), Arve Nordlie, Dag A. Omholt, Grete Müller, Heine Århus, John Bjørnøy, Jon Storaas, Lilli-Ann Stensdal, Richard Madsen

Frafall: Arne Ellingsberg, Shoab Sultan, Stine J. Strømsø, Veslemøy Ruud

Ledelsen: Tove Strand (fra kl. 13.30).
Morten Reymert (sak 067), Jan Eirik Thoresen (sak 068).

Sakliste (følgende saker ble drøftet / orientert om) :

| Saknr. | Saktittel/ -innhold | Ansvar | Frist |
|------------|---|-----------|-------|
| 061 - 2011 | <p>Godkjenning av referat fra møtet 22.08.11. Godkjent når uttalelsen fra leder og nestleder er på plass i sak 056.</p> <p>Sak 060 Eventuelt – konferanser høsten 2011:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konferanse om kvalitet og prioritering, Oslo, 27+28/10. Lilli-Ann Stensdal ønsker å delta. • HOD's konferanse:Forskning og innovasjon for bedre kvalitet og pasientsikkerhet, Stjørdal, 7/11. John Bjørnøy og Heine Århus ønsker å delta. • Konferanse om Samhandlingsforskning, Gardermoen, 23+24/11 Flyttet til mai 2012. <p>Undersøke økonomien m/Tove, og eventuelt gjøre en prioritering.</p> | Elisabeth | |
| 062 - 2011 | <p>Rapport fra medlemmenes deltakelse i møte/konferanser/prosjekter: Skriftlig oversikt må sendes til sekretær i forkant av møtene.</p> <p><u>Jon:</u> Anskaffelsesprosessen av TSB-plasser (tverrfaglig spesialisert rusbehandling): Pågående prosess, kjøp av avtaler.</p> <p><u>Dag:</u> Møte i prosjektgruppen Forskningsprosjekt for å bedre samarbeidsrutiner og bedre informasjonsflyt mellom bydeler og sykehuset og et bedre rehabiliteringstilbud for hjemmeboende gamle. Plan å forske på 3 bydeler m/75 fastleger.</p> <p><u>Grete:</u> Deltatt i arbeidsgruppemøte vedr. voksenhabilitering i OUS, valgt fra sitt forbund.</p> | | |

| | | | |
|-----------------|--|--|--|
| | <p><u>Lilli-Ann:</u> Møte i gruppen Strategisk utviklingsplan 2025, somatikk.</p> <p><u>Richard:</u> Brukerrådsmøte i klinikk A 22.09. Store overføringer av midler fra rusbehandlingen ved klinikk A til A-hus. Men ikke nødvendigvis slik at disse midlene blir brukt innenfor rusbehandling i A-hus. Det betyr at rusbehandlingen i Oslo-området blir redusert.</p> <p><u>Nina:</u> Kick-off konferanse om helsefaglig forskning på Oslo Plaza 01.09.: HSØ vil ha brukere med i alle prosjekter. Oppstartmøte i Koordinerende enhet – samhandlingsreformen 12.09.</p> | | |
| 027-2011 | <p>Modul 2-opplæring Endelig program vedlagt. Utvalgets medlemmer må melde seg på til Elisabeth.</p> | | |
| 063-2011 | <p>Brukerstemmen i forskningsstrategi og inovasjonsstrategi v/Richard Saksfremlegget fra Richard vedlagt. Forskningsstaben ønsker å informere på brukerutvalgsmøtet i oktober eller november.</p> | | |
| 064-2011 | <p>Samhandlingsreformen v/Tove Utsatt til møte 24. oktober</p> | | |
| 065-2011 | <p>Orienteringer v/Tove Tove ga svar på noen forhåndsinnsendte spørsmål/problemstillinger. Svarer ut resten på neste møte grunnet tidsnød.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Likeverdig helsetjeneste: Tove delte ut informasjon. | | |
| 066-2011 | <p>Styresaker <u>Nina gikk gjennom følgende saker:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventelister/fristbrudd. • Behandlingstilbud innen rus og psykisk helse: Jon og Richard lager et notat til Nina før styremøtet torsdag. • Økonomi og aktivitetsrapporter. • Budsjett 2012. | | |
| 067-2011 | <p>Driftstilpasning 2011 og budsjettarbeid 2012 v/økonomidir. Morten Reymert Presenterte de økonomiske utfordringene for OUS 2011-2012. som bl. a. omhandler: Økonomisk resultat, utvikling i månedsverk, variabel lønn, kort beskrivelse av den økonomiske virkeligheten, forslag til løsning og hvordan det skal prioriteres. Presentasjonen vedlagt.</p> <p><u>Spørsmål/kommentarer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Får dette konsekvenser for behandling av pasientene, for eksempel kreftsyke barn? Man skal ikke ta bort oppgaver. Klager på behandling må sendes skriftlig. • Rus rammes hardt i kuttene som må gjøres. HSØ sier at rus skal prioriteres. • | | |

| | | | |
|-----------------|---|--|--|
| | <p>Hva som skjer etter overføring av rus til Ahus er det Ahus sitt ansvar å håndtere.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva med prioriteringsveilederen? Prioriteringsveilederen skal ligge til grunn for ventetider og rett til helsehjelp. | | |
| 068-2011 | <p>Administrerende direktørs time Kst. Adm. direktør Jan Eirik Thoresen hadde en dialog om følgende saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Budsjett: Status. • Investeringsproblematikken: 1.5 mrd. til investering. Få en oppdatering på det langsiktige bildet av Andreas Moan. • IKT: HSØ har en utfordring m/IKT-plattformen og går gjennom den regionale strategien. I OUS jobbes det innenfor midlertidige løsninger (EPJ, Pas.doc. m.m.). Bildeoverføringen er snart på plass. • Fristbrudd/ventetider: Redusert fristbrudd. Sykehusdriften er god. I snitt de korteste ventidene i landet. • Styresaker: Innføring av LEAN: LEAN på økonomi og kvalitet. Klinikkerne er ulikt, starter ikke noe nytt. Tas ikke inn mer konsulenter. Ikke økt satsing på endringsarbeid. Ønsker case fra Nina på det som ikke fungerer. • Forskning: • Nivå 3 ledersamling i okt/nov. | | |
| 069-2011 | <p>Orienteringssaker v/Nina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientmedvirkning på individnivå – innspill vedlagt. • Fristbrudd – gruppens løsning vedlag. | | |
| 070-2011 | <p>Eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinikkbrukerrådene: Hvis man er forhindret fra å stille i møtene plikter man å gi sin vara beskjed. • Årsmelding. Elisabeth lager 1. utkast til møtet i oktober. • Saker til møte i oktober: <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikasjon - Håndtering av media - Strategisk utviklingsplan 2025 v/Andreas Moan - Forskningsstaben orienterer?? | | |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 27. oktober 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg

**SAK 121/2011: ORIENTERINGSSAK
PROSESS ANSETTELSE AV
ADMINISTRERENDE DIREKTØR**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar redegjørelsen til orientering.

Oslo, den 20. oktober 2011

Stener Kvinnsland
Sign.