

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 1/2014
Dato møte:	14. februar 2014
Møtetid:	Kl. 10.15 - 13.00
Møtested:	Clarion Hotell, Oslo lufthavn, Gardermoen Møterommet heter Transit 3

1/2014	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
2/2014	Beslutning:	Godkjenning av protokoll styremøte 19.12.2013
3/2014	Beslutning:	Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2013
4/2014	Orientering:	Rapport per desember 2013
5/2014	Orientering:	Rapportering for 2014
6/2014	Beslutning:	Årlig melding 2013
7/2014	Beslutning:	Oppdrag og bestilling 2014
8/2014	Beslutning:	Erklæring om lederes ansettelsesvilkår
9/2014	Orientering:	Status oppfølging av styresaker
10/2014	Beslutning:	Styremøter fremover
11/2014	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer
12/2014	Beslutning:	Lønnsregulering for administrerende direktør

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. februar 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 1/2014 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 6. februar 2014

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. februar 2014
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 19. desember 2013

**SAK 2/2014 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 19. DESEMBER 2013.**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 19. desember 2013.

Oslo, den 6. februar 2014

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	19. desember 2013
Dato møte:	19. desember 2013 kl 8.45-14.20 på Radiumhospitalet i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Anne Carine Tanum, Anders Utne, Svein Erik Urstrømmen, Bjørn Wølsted-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Nina Bachke, Rita von der Fehr, Ole Petter Ottersen, Johan Arnt Vatnan, Merete Norheim Morken, Raymond Robertsen, Tone Skogen

Forfall: Ane Willumsen

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

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget Tove Nakken, Heine Århus, konsernrevisjonsdirektør Tove Kolbeinsen og publikum

Sak 68/2013 Godkjenning av innkalling og saksliste

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 69/2013 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 31. oktober 2013.

Sak 70/2013 Rapportering per september 2013

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen for november 2013 til orientering.

Sak 71/2013 Budsjett 2014

Enstemmig vedtak:

1. Styret legger til grunn et årsresultat på null kroner eller bedre som økonomisk styringsmål for 2014.
2. Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2013 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 71/2013. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter.
3. Administrerende direktør gis fullmakt til å ta opp lån fra Helse Sør-Øst RHF til å finansiere investeringer til omstilling i samsvar med tabell 3.
4. Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.
5. Styret forutsetter at det videre arbeid med tiltak innenfor innsatsområdene nevnt i budsjettsaken, er gjenstand for en bred prosess med god involvering av fagmiljø og tillitsvalgte og at bare tiltak som ikke reduserer kvalitet og pasientsikkerhet iverksettes.
6. Styret forutsetter at de tolv prinsipper for medvirkning legges til grunn for det videre arbeidet med budsjett 2014.

Styremedlemmene Aasmund Magnus Bredeli, Bjørn Wølsted Knudsen, Rita von der Fehr, Merete Norheim Morken og Svein Erik Urstrømmen ønsket følgende ført til protokollen under sak 71/2013:

”Budsjett 2014 gir noe bedre rammeforutsetninger, men det er viktig å påpeke at budsjettsituasjonen fremdeles er krevende og at sykehuset fortsatt er underfinansiert.

Ansattes representanter vil påpeke viktigheten av en bemanning og kompetanse som er tilpasset aktivitetsnivået i sykehuset. Gjennom HMS avvik og medarbeiderundersøkelsen ser vi at det meldes om et høyt arbeidspress i 2013, og det er viktig at den planlagte aktivitetsøkning i 2014 gjennomføres uten å øke belastningen på de ansatte.

Aktivitetsvekst fremstår som utfordrende fordi sykehuset fremdeles ikke har vesentlige effekter av investering i IKT og bygg.

Implementering av DIPS høsten 2014 med stor opplæringsaktivitet vil gi sykehuset ytterligere utfordringer knyttet til dette.

Det forutsettes videre at kvalitet og pasientsikkerhet ikke reduseres som en følge av tiltak for å nå budsjett i 2014.

Ansatterepresentanter vil også fremheve sykehusets ansvar for å legge til rette for faglig oppdatering og utvikling. I styresaken kommer det frem at dette ikke vil bli godt nok ivaretatt i 2014, og ansattes representanter forutsetter at administrerende direktør følger dette opp i tråd med overordnede føringer.

Det vises for øvrig til organisasjonenes drøftingsprotokoller på foretaks- og klinikknivå.”

Sak 72/2013 Overdragelse av Medisinsk bibliotek til UiO

Rektor ved Universitetet i Oslo, Ole Petter Ottersen, fratrådte under behandling av saken.

Enstemmig vedtak:

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

Sak 73/2013 Salg av Bogerudveien 13-15

Enstemmig vedtak:

1. Styret anbefaler salg av eiendommen Bogerudveien 13-15, gnr 163 bnr 83/87 i Oslo kommune.
2. Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingen til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.

Sak 74/2013 Konsernrevisjon av rutiner for henvisninger mellom Ringerike sykehus og Oslo universitetssykehus

Enstemmig vedtak:

Styret tar revisjonsrapport 7/2013 og tiltaksplan for oppfølging av anbefalingene til etterretning.

Sak 75/2013 Tilsyn fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap

Enstemmig vedtak:

Styret tar tilsynsrapport og beskrevne tiltak for oppfølging av avvik til etterretning.

Sak 76/2013 Tilsyn fra Helsetilsynet om håndtering av humane celler og vev

Enstemmig vedtak:

Styret tar tilsynsrapport og beskrevne tiltak for oppfølging av avvik til etterretning.

Sak 77/2013 Riksrevisjonens rapport Dok 3:2 (2013-2014)

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til foreløpig orientering.

Sak 78/2013 Medarbeiderundersøkelsen

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 79/2013 Administrerende direktørs orienteringer

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Tone Skogen

Raymond Robertsen

Ole Petter Ottersen

Johan Arnt Vatnan

Svein Erik Urstrømmen

Ane Willumsen
ikke tilstede

Anders T. Utne

Rita von der Fehr

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølsted-Knudsen

Merete Norheim Morken

Nina Bachke

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. februar 2014

Saksbehandler: Direktør for pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg: 1. Risikovurdering med tiltaksplaner etter tertial 2013
2. Utvalgte områder og kommentarer fra 3. tertial 2013

SAK 3/2014 LEDELSENS GJENNOMGANG 3. TERTIAL 2013

Forslag til vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang fra 3. tertial 2013 til etterretning.

Oslo, den 6. februar 2014

Bjørn Erikstein

Sammendrag

Intern styring og kontroll skal tilpasses organisasjonens størrelse og kompleksitet. God virksomhetsutøvelse krever godt samspill mellom ledere og ansatte, systemer, rutiner og prosesser. Dette er en kontinuerlig prosess i Oslo universitetssykehus. Som ved tidligere tertial har administrerende direktør avholdt dialog- og oppfølgingsmøter (ledelsens gjennomgang) med alle klinikkledere og deres avdelingsledere etter 3.tertial 2013. I forkant av møtene har klinikkene levert inn dokumentasjon som gjenspeiler de aktiviteter og det utfordringsbilde den enkelte klinikk har. Hensikten med møtene er som tidligere å bidra til god virksomhetsstyring gjennom dialog, rapportering og forbedring. Ledelsens gjennomgang må ses i sammenheng med den månedlige resultatrapporteringen, ref. styresak 4/2014.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Det er gjennomgående økt aktivitet i Oslo universitetssykehus sine kjerneoppgaver i løpet av 3. tertial. Dette gjenspeiles også i bemanning, innleie og overtid som fortsatt ligger for høyt i forhold til budsjett. Likevel er det gledelig å merke seg at ventetider, spesielt for langtidsventende ytterligere er redusert og at sykehuset totalt sett er i en positiv utvikling. Sykehuset har fortsatt kapasitetsproblemer innen flere fagområder men det kan synes som om ledere og ansatte har større fokus på å finne løsninger også utenfor egen avdeling enn tidligere. Dette gjelder både for samhandling innad i Oslo universitetssykehus og i samarbeid med andre sykehus.

Ledere og ansatte er opptatt av å levere trygg og god pasientbehandling innenfor de rammer som er til rådighet og det er administrerende direktørs vurdering at personalet gjør en svært god jobb under arbeidsforhold som ikke alltid er like godt tilrettelagt. Oslo universitetssykehus vil være preget av kontinuerlig endring og utvikling og det kan være krevende til enhver tid å skulle tilpasse seg ytre forventninger og omstilling. Det er derfor gledelig at resultater fra høstens medarbeiderundersøkelse og omdømme undersøkelser er positive. Sykefravær på 7.4 % er innenfor sykehusets mål på 7.5 %.

Pasientsikkerhet er en prioritert oppgave i Oslo universitetssykehus, og det har vært stor aktivitet gjennom 3. tertial i forbindelse med å implementere de anbefalte tiltakspakkene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Det er ulike prosjekter i klinikkene og læring sikres blant annet via sykehusomfattende nettverk, seminarer og ulike kampanjer i Oslo universitetssykehus.

Det er helt siden oppstart av Oslo universitetssykehus lagt til rette for kontinuerlig overvåking av uønskede hendelser. De ansattes meldinger gir informasjon direkte til alle ledernivå. Det er i løpet av 3.tertial en liten økning i antall avvik totalt sett, men innen pasientbehandling ser det ut til å ha stabilisert seg på nivå som tidligere. Åpenhet om uønskede hendelser er en forutsetning for god pasientsikkerhet. Antall registreringer pr. brutto årsverk ligger etter 3.tertial på 1.0 som har vært et mål i 2013.

Analyser av pasient- og ansatte skader, læring og forbedring er et høyt prioritert arbeid og administrerende direktør vil sikre det videre arbeid med god forankring gjennom linjeledelsen og i samarbeid med de ansatte.

Faktabeskrivelse

Det har vært en stor økning i tilsynsaktiviteten gjennom 2013, særlig i 3. tertial. Totalt er det utført 47 tilsyn fra 11 ulike tilsynsmyndigheter i 2013 (28 tilsyn i 2012). Det er Mattilsynet, Det lokale el-tilsynet (netteier) og Arbeidstilsynet som hyppigst gjennomfører tilsyn. I 15 tilsyn ble det ikke gitt avvik. Oslo universitetssykehus HF har til sammen fått 65 avvik i 2013

Det er mottatt tilsynsrapporter fra 25 tilsyn i 3.tertial. Ved 9 av tilsynene var det ingen avvik. For de øvrige 16 tilsynene ble det til sammen gitt 34 avvik. Avvikene er vurdert i alle tilsynsrapporter fra 2013. Siden Mattilsynet, Det lokale el-tilsynet og Arbeidstilsynet er hyppigst på tilsynsbesøk, er det naturlig at det er gitt relativt mange avvik knyttet til næringsmiddelhygiene, el-sikkerhet og arbeidsmiljø. I tillegg er det ganske mange avvik knyttet til byggtekniske forhold. Mer generelt er avvikene rettet mot følgende deler av virksomhetsstyringen; mangelfull implementering av internkontroll, kvalitetssystemet, organisering, ansvarsfordeling, oversikt, overvåkning, kontrollrutiner.

De konkrete avvik følges opp gjennom handlingsplaner, mens de generelle observasjonene benyttes i en fortløpende vurdering og forbedring av sykehusets systemer for virksomhetsstyring.

Antall nye klagesaker mottatt fra Fylkesmannen er på nivå med samme tertial i 2012 (51/50). I 3. tertial er antall avsluttede saker fra Fylkesmannen på samme nivå som tidligere tertialer (34,32,34). Det er fortsatt mer enn hver fjerde tilsynssak fra Fylkesmannen som konkluderer med brudd på forsvarlighet. Ved brudd på faglig forsvarlighet omhandler ca 1/3 av sakene ventetider og behandling av henvisninger. Dette har Konsernrevisjonen satt fokus på i 2012, og Oslo universitetssykehus HF har fulgt opp med gjennomføringsprosjektet i 2013.

I saker med brudd på faglig forsvarlighet i tredje tertial gjaldt sakene behandling av henvisninger og lang ventetid, behandling og manglende koordinering av behandlingen. Disse sakene gjennomgås i sykehusets ledelse hvor også brukerrepresentanter er tilstede hvert tertial.

Antall saker fra Pasientombudene er høyere enn i foregående år (79/106). Hovedmengden av sakene handler om misnøye med informasjon/kommunikasjon og ventetid.

I 3. tertial ble sykehusets interne monitorering av pasientopplevd kvalitet innført. Det er mottatt 1854 svar i brukerundersøkelsen, fordelt på 156 enheter i Oslo universitetssykehus HF. Det er stor variasjon i antallet svar per enhet. Metoden er ennå ikke innarbeidet i alle sengeposter og poliklinikker. Resultatene er derfor ikke pålitelige uttrykk for hva den samlede pasientgruppen mener.

Alle besvarelser blir på en enkel måte gjort tilgjengelig for enhetenes ledere, og kan derved fortløpende være grunnlag til forbedringer.

Med bakgrunn i sykehusets overordnede strategier er det utarbeidet en handlingsplan for "Det gode pasientmøtet" 2014-2016 i samarbeid med brukere. Planen tar utgangspunkt i hva det gode pasientmøtet er for pasienten. Målet med planen er å gi pasienten bedre kvalitet og service på våre tjenester.

Helseforetaket har høy aktivitet knyttet til lærings- og mestringstilbud, der brukermedvirkning er en viktig bestanddel og en forutsetning for å sikre kvaliteten på tilbudene. Det arbeides aktivt for å få pasient- og pårørendeopplæring, inkludert brukermedvirkning, til å bli en integrert del av alle pasientforløp.

Brukere og likemenn som medvirker i sykehusets opplæringstilbud har høsten 2013 gjennomført grunnmodul i utdanningsprogram i pasient- og pårørende opplæring for brukere. Hensikten er å lære mer om hvordan man kan bruke sin pasienthistorie og sine erfaringer til å fremme læring og mestring hos andre, både pasienter og helsepersonell.

Risikovurdering

Prosessen for risikovurderingen 3. tertial 2013 er gjort enklere enn ved risikovurderingene i 1. og 2. tertial. Innspill fra klinikkene er innhentet gjennom oppfølgingsmøtene i ledelsens gjennomgang. Direktørens stabsavdelinger har gjort effektvurdering av risikoreduserende tiltak fastsatt i 2. tertial. På grunnlag av dette samt gjennomgang av tidligere analyse er det gjort justeringer i risikokart og plan for risikoreduserende tiltak. Dette er første gang det er gjennomført systematisk effektvurdering av fastsatte tiltak. Det er behov for å arbeide videre med forbedring av risikoreduserende planer og gjennomføringen av både tiltak og effektvurdering.

Det totale risikobildet viser at sykehuset har mange av de samme risikoene som i forrige tertial.

Risiko i pasientbehandling

Sykehuset har fortsatt utfordringer med kapasiteten innen flere deler av virksomheten, samtidig som det har vært en bedring siste tertial 2013. Radiologisk kapasitet er fortsatt utfordrende tross en bedring spesielt innen kreftområdet. Dette får følger for pasientforløp innen flere fagområder. Det planlegges fornying av 2 MR maskiner samt at det i budsjett 2014 er lagt opp til en vesentlig ressursøkning og dermed kapasitetsøkning innen radiologi. Når det gjelder svartider for patologi er disse i bedring, og ytterligere tiltak er prioritert i forbindelse med budsjett 2014. Det er videre en utfordring med kapasiteten innen intensiv-/postop-/overvåkningsområdet og begrenset operasjonsstuekapasitet, blant annet på grunn av mangel på spesialsykepleiere. Ved nyfødtintensiv er det utfordrende med bemanning og kompetanse. Det er opprettet 100 utdanningsstillinger for spesialsykepleiere hvor operasjon, intensiv og nyfødt er sterkt prioritert. I tillegg pågår det flere arealprosjekter for å bedre kapasiteten. I siste tertial 2013 ble operasjonskapasiteten ved Rikshospitalet utvidet med en stue, og det ble etablert flere dag- og kveldsøker ved Ullevål. Dette har bedret situasjonen noe for nevrokirurgi og for øyeblikkelig hjelp innen gastrokirurgi og ortopedi.

Satsningen i 2012/2013 innen det pasientadministrative arbeidet med Gjennomføringsprosjektet har gitt positive resultater i forhold til ventelister, spesielt knyttet til langtidsventende og fristbrudd. Det opprettholdes fokus på

dette området, slik at det arbeides for forbedringer innen enkelte fagområder hvor det fortsatt er lange ventetider. Det legges også vekt på samarbeid med andre sykehus innen fagområder med lange ventelister, samtidig som det er planlagt aktivitetsvekst for 2014.

Flere år med begrensede investeringsmuligheter har ført til et stort behov for utskifting og oppgradering av medisinsk teknisk utstyr, hvilket også gir seg utslag i utfordringer med enkelte pasientforløp og kapasitet innen enkelte fagområder. En langsiktig plan for erstatning og utskiftning av medisinsk teknisk utstyr er under implementering og vil bedre denne situasjonen noe.

Det er utfordringer med responstid og kapasitet innen AMK, og det arbeides her med en egen tiltaksplan for å forbedre kapasiteten ved AMK.

Arbeidsmiljø

I tredje tertial 2013 er det registrert 11.325 brudd på arbeidstidsbestemmelsene, om lag samme nivå som i andre tertial. Sammenlignet med tredje tertial 2012 viser det en økning på 18 %. Det er kun Klinikk psykisk helse og avhengighet og Medisinsk klinikk som viser en nedgang sammenlignet med tilsvarende periode i 2012. De øvrige klinikker øker. Brudd på årsregelen har økt fra 116 i andre til 233 brudd i tredje tertial. Videre øker brudd på dagregel, mens bruddene på både ukesregel og fireukersregel viser nedgang. Økningen i brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2013 kan til dels tilskrives overgangen til nytt felles GAT fra september 2013 og et bedre datagrunnlag som en konsekvens av et felles system.

Det ble avdekket feil i GAT-rapporten som har gjort enkelte brudd fremkom flere ganger i datagrunnlaget. Seksjon for person og ressursstyring (Oslo sykehusservice) har foretatt undersøkelser som viser at dette gjelder kun et fåtall av brudd. Leverandør har gjort korrigeringer i rapporten som settes i produksjon fra januar 2014.

Sykehusets systematiske HMS-arbeid er i positiv utvikling. Verneombudene opplever at lederne har mer fokus på arbeidsmiljø enn tidligere. Med innføringen av eHMS kan sykehuset nå løpende følge arbeidsmiljøutviklingen. De alvorligste kartlagte arbeidsmiljøutfordringene ved HMS-runden høsten 2013 var renhold, arbeidsbelastning, inneklima, plassforhold, smitterisiko og støy. Mens de temaene som har flest tiltak i handlingsplanene er arbeidslokaler og fellesarealer, faglig utvikling, forbedringer, inneklima og arbeidsbelastning. Totalt er det registrert 3996 tiltak og hvor status er at 23 % er gjennomført, 32 % er i arbeid og 45 % ikke er påbegynt. Både på Aker, Radiumhospitalet og Ullevål er det stort behov for å oppgradere de tekniske anleggene og bygningsmassen til dagens tekniske standard, for å bedre arbeidsmiljøforholdene til de ansatte. Sykehuset har utarbeidet tiltaksplaner i forhold til de betydelige mangler som Arbeidstilsynet, Oslo brann- og redningsetat og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har påpekt ved bygg-, brann- og eltekniske forhold. Det forventes forbedringer i takt med gjennomføringen av tiltakene. Foretaket har fortsatt behov for bemanningstilpasninger og tett bemanningsoppfølging i driften. Det er få indikasjoner på at arbeidsbelastningen har forverret seg siden 2. tertial, men belastningen oppleves likevel som for høy mange steder i organisasjonen. Dette bekreftes av resultatene fra medarbeiderundersøkelsen 2013.

Forskning, innovasjon og utdanning

Akkumulerte tall pr. 3. tertial 2013 viser et noe variert bilde. Det er en liten økning i antall doktorgrader, men ikke i antall artikler og publikasjonspoeng. Dette kan være tilfeldige variasjoner. Noe redusert publikasjonsaktivitet kan også være en konsekvens av det som fremgår av risikoanalyser fra klinikkene: vedvarende press på tid, utstyr, IKT-systemer og arealer til forskning. Effektene av dette vil vise seg over tid, og det kan ikke trekkes sikre konklusjoner basert på foreløpige tall som skal gjennomgå en nasjonal kvalitetssikring. Antall artikler sier heller ikke noe om utvikling i kvalitet på artiklene, og er mindre presist som mål for relativ aktivitet mellom klinikkene enn for eksempel forskningspoeng. Utviklingen diskuteres med den enkelte klinikk, basert på de ulike indikatorene og lokal kjennskap til forskningen. Hver klinikk har en handlingsplan for sin forskningsaktivitet.

Innen forskning, innovasjon og utdanning gjenspeiles flere av de samme risikoområdene som innen pasientbehandling, blant annet knyttet til kapasitet/bemanning, utstyr, arealer og IKT-systemer. Det er fortsatt store problemer med IKT-støtte til forskningsmiljøer, jf tidligere orienteringer om manglende kompetanse og ressurser på feltet hos Sykehuspartner. Sykehuset har dialog med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner om løsningsalternativer for blant annet forbedret brukerstøtte og egen forskernettløsning til forskere, og Helse Sør-Øst har iverksatt prosesser og avsatt midler for 2014 for å forbedre løsningene. Så langt har dette ikke ført til bedring i situasjonen. Tilstrekkelig tid til, stillinger og karriereveier i forskning rapporteres fortsatt som et problem, uten at det foreløpig har ført til reduksjon i forskningsaktiviteten. Dette er en risiko som på sikt kan gå utover faglig utvikling og kvalitet i pasientbehandling og diagnostikk. Kapasitet og logistikk for kliniske studier er ikke tilstrekkelig, og det er i samarbeid med Helse Sør-Øst iverksatt tiltak for å styrke infrastruktur for kliniske studier gjennom et treårig prosjekt, med oppstart i 2013. De tiltak som er iverksatt for kliniske studier begynner å gi effekt, og risiko er derfor noe redusert. Det vil være et langsiktig arbeid å forbedre logistikk og infrastruktur for kliniske studier vesentlig.

Etterutdanningsaktiviteten og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press. Mangelfull veiledning dokumenteres også i nye evalueringer av spesialistutdanning for leger, som viser mange problemområder. Utdanningsseksjonen ved sykehuset har innhentet data fra Legeforeningens rapporter og går spesielt gjennom resultatene fra Oslo universitetssykehus sammen med de ulike spesialiteters utdanningsutvalg i avdelingene. Det er mangel på utdannede spesialsykepleiere, jf risikobildet for pasientbehandling. Flere utdanningstiltak er iverksatt for å bedre situasjonen.

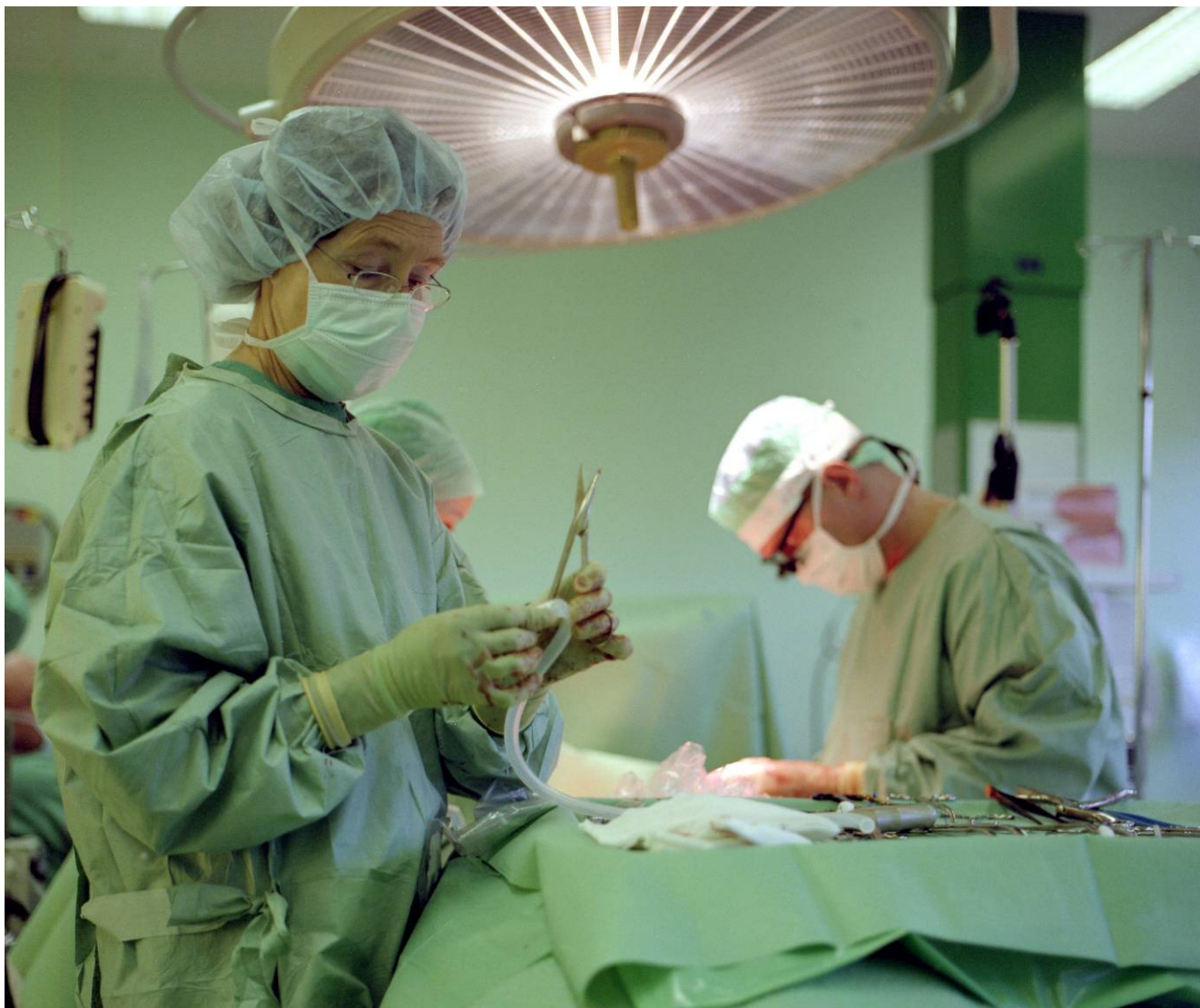
Økonomi og infrastruktur

Aktiviteten etter 3. tertial 2013 er noe høyere enn det budsjetterte nivået innenfor somatikken. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er den polikliniske aktiviteten noe lavere enn budsjett for 2013, men høyere enn i 2012. Det økonomiske resultatet for 2013 ble om lag som prognostisert etter september rapporteringen. Budsjettavvikene henger først og fremst sammen med høyere kostnader til bemanning enn det er budsjett til. Videre ble tiltaksgjennomføringen i 2013 lavere enn det som var forutsatt.

For å bidra til riktig innhold i utviklingen av styringsdata ble det primo 2013 etablert et LIS-forum (ledelsesinformasjonssystem) med deltakere fra klinikkene, og det er utarbeidet og forankret en langtidsplan for LIS-OUS. Innenfor IKT-området er det risiko knyttet til gjennomføring av prosjekter både mht fremdrift og økonomi. For de administrative IKT-systemene er risikoen redusert fra 1. tertial. Utrulling av felles GAT er fullført og fra 1. oktober 2013 har foretaket ett felles fakturabehandlingssystem. Det er videre igangsatt prosjekt for etablering av felles IKT-system for innkjøp og logistikk. Dette er planlagt tatt i bruk fra 1. juli 2014.

Problemene med for lav investeringsgrad og fornying av medisinsk-teknisk utstyr er fremdeles til stede selv om foretaket er sikret tilgang på ytterligere investeringsmidler til dette området i årene 2013-2015. Flere deler av bygningsmassen sliter med vedlikeholdsetterslep. Blant annet er det svakheter ved vannforsyningen ved Radiumhospitalet. Det arbeides med en rekke tiltak for å redusere denne og øvrige risikoer.

Det vises oppsummerte risikokart og handlingsplaner i vedlegg 1.



Ledelsens gjennomgang

Risikovurdering 3. tertial 2013

med plan for risikoreducerende tiltak

Vedlegg 1

Styresak 3/2014

Innholdsfortegnelse

Risikovurdering	3
Pasientbehandling.....	3
Arbeidsmiljø.....	3
Forskning, innovasjon og utdanning.....	4
Økonomi og infrastruktur.....	4
Risikokart for sykehusnivået – 3. tertial 2013	5
Risikovurdering av pasientbehandlingen.....	5
Risikovurdering av arbeidsmiljøet.....	6
Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning.....	7
Risikovurdering av økonomi og infrastruktur.....	7
Risikoreduserende tiltak	9
Pasientbehandling.....	9
Arbeidsmiljø.....	12
Forskning, innovasjon og utdanning.....	13
Økonomi og infrastruktur.....	14

Risikovurdering

Prosessen for risikovurderingen 3. tertial 2013 er gjort enklere enn ved risikovurderingene i 1. og 2. tertial. Innspill fra klinikkene er innhentet gjennom oppfølgingsmøtene i ledelsens gjennomgang. Direktørens stabsavdelinger har gjort effektvurdering av risikoreduserende tiltak fastsatt i 2. tertial. På grunnlag av dette samt gjennomgang av tidligere analyse er det gjort justeringer i risikokart og plan for risikoreduserende tiltak. Dette er første gang det er gjennomført systematisk effektvurdering av fastsatte og oppfulgte tiltak. Derfor skal en være forsiktig med å tolke resultatet av effektvurderingen. Men resultatet viser at det er behov for å arbeide videre med forbedring av risikoreduserende planer og gjennomføringen av både tiltak og effektvurdering.

Det totale risikobildet som en ser i risikokartene, viser at sykehuset har mange av de samme risikoene som i forrige tertial. Innen pasientbehandlingen er det vurdert at det er en viss reduksjon i risiko-områdene operasjonskapasitet og kapasitet radiologi, svartider patologi. Innen forskningen anser en at risikoen i forhold til kliniske studier er noe mindre. For området Økonomi/infrastruktur ser en at tiltak i forhold til kliniske IKT-systemer og plattform har medført noe bedring. Men det er likevel usikkerhet med tanke på alle IKT-utfordringer i 2014. Fortsatt ser en betydelige risikoer på alle de fire risiko-områdene. Den overordnede risikovurderingen 3. tertial 2013 er rapportert til Helse Sør-Øst 31.01.14.

Pasientbehandling

Sykehuset har fortsatt utfordringer med kapasiteten innen flere deler av virksomheten, samtidig som det har vært en bedring siste tertial 2013. Radiologisk kapasitet er fortsatt utfordrende tross en bedring spesielt innen kreftområdet. Dette får følger for pasientforløp innen flere fagområder. Det planlegges fornying av 2 MR maskiner samt at det i budsjett 2014 er lagt opp til en vesentlig ressursøkning og dermed kapasitetsøkning innen radiologi. Når det gjelder svartider for patologi er disse i bedring, og ytterligere tiltak er prioritert i forbindelse med budsjett 2014. Det er videre en utfordring med kapasiteten innen intensiv-/postop-/overvåkningsområdet og begrenset operasjonsstuekapasitet, blant annet på grunn av mangel på spesialsykepleiere. Ved nyfødtintensiv er det utfordrende med bemanning og kompetanse. Det er opprettet 100 utdanningsstillinger for spesialsykepleiere hvor operasjon, intensiv og nyfødt er sterkt prioritert. I tillegg pågår det flere arealprosjekter for å bedre kapasiteten. I siste tertial 2013 ble operasjonskapasiteten ved Rikshospitalet utvidet med en stue, og det ble etablert flere dag- og kveldsøktter ved Ullevål. Dette har bedret situasjonen noe for nevrokirurgi og for øyeblikkelig hjelp innen gastrokirurgi og ortopedi.

Satsningen i 2012/2013 innen det pasientadministrative arbeidet med Gjennomføringsprosjektet har gitt positive resultater i forhold til ventelister, spesielt knyttet til langtidsventende og fristbrudd. Det opprettholdes fokus på dette området, slik at det arbeides for forbedringer innen enkelte fagområder hvor det fortsatt er lange ventetider. Det legges også vekt på samarbeid med andre sykehus innen fagområder med lange ventelister, samtidig som det er planlagt aktivitetsvekst for 2014.

Flere år med begrensede investeringsmuligheter har ført til et stort behov for utskifting og oppgradering av medisinsk teknisk utstyr, hvilket også gir seg utslag i utfordringer med enkelte pasientforløp og kapasitet innen enkelte fagområder. En langsiktig plan for erstatning og utskifting av medisinsk teknisk utstyr er under implementering og vil bedre denne situasjonen noe.

Det er utfordringer med responstid og kapasitet innen AMK, og det arbeides her med en egen tiltaksplan for å forbedre kapasiteten ved AMK.

Arbeidsmiljø

Sykehusets systematiske HMS-arbeid er i positiv utvikling. Verneombudene opplever at lederne har mer fokus på arbeidsmiljø enn tidligere. Med innføringen av eHMS kan sykehuset nå løpende følge arbeidsmiljøutviklingen. De alvorligste kartlagte arbeidsmiljøutfordringene ved HMS-runden høsten 2013 var renhold, arbeidsbelastning, inneklima, plassforhold, smitterisiko og støy. Mens de temaene som har flest tiltak i handlingsplanene er arbeidslokaler og fellesarealer, faglig utvikling, forbedringer, inneklima og

arbeidsbelastning. Totalt er det registrert 3996 tiltak og hvor status er at 23 % er gjennomført, 32 % er i arbeid og 45 % ikke er påbegynt. Både på Aker, Radiumhospitalet og Ullevål er det stort behov for å oppgradere de tekniske anleggene og bygningsmassen til dagens tekniske standard, for å bedre arbeidsmiljøforholdene til de ansatte. Sykehuset har utarbeidet tiltaksplaner i forhold til de betydelige mangler som Arbeidstilsynet, Oslo brann- og redningsetat og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har påpekt ved bygg-, brann- og eltekniske forhold. Det forventes forbedringer i takt med gjennomføringen av tiltakene. Foretaket har fortsatt behov for bemanningstilpasninger og tett bemanningsoppfølging i driften. Det er få indikasjoner på at arbeidsbelastningen har forverret seg siden 2. tertial, men belastningen oppleves likevel som for høy mange steder i organisasjonen. Dette bekreftes av resultatene fra medarbeiderundersøkelsen 2013.

Forskning, innovasjon og utdanning

Innen forskning, innovasjon og utdanning gjenspeiles flere av de samme risikoområdene som innen pasientbehandling, blant annet knyttet til kapasitet/bemanning, utstyr, arealer og IKT-systemer. Det er fortsatt store problemer med IKT-støtte til forskningsmiljøer, jf tidligere orienteringer om manglende kompetanse og ressurser på feltet hos Sykehuspartner. Sykehuset har dialog med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner om løsningsalternativer for blant annet forbedret brukerstøtte og egen forskernett-løsning til forskere, og Helse Sør-Øst har iverksatt prosesser og avsatt midler for 2014 for å forbedre løsningene. Så langt har dette ikke ført til bedring i situasjonen. Tilstrekkelig tid til, stillinger og karriereveier i forskning rapporteres fortsatt som et problem, uten at det foreløpig har ført til reduksjon i forskningsaktiviteten. Dette er en risiko som på sikt kan gå utover faglig utvikling og kvalitet i pasientbehandling og diagnostikk. Kapasitet og logistikk for kliniske studier er ikke tilstrekkelig, og det er i samarbeid med Helse Sør-Øst iverksatt tiltak for å styrke infrastruktur for kliniske studier i OUS gjennom et treårig prosjekt, med oppstart i 2013. De tiltak som er iverksatt for kliniske studier begynner å gi effekt, og risiko er derfor noe redusert. Det vil være et langsiktig arbeid å forbedre logistikk og infrastruktur for kliniske studier vesentlig.

Etterutdanningsaktiviteten og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press. Mangelfull veiledning dokumenteres også i nye evalueringer av spesialistutdanning for leger, som viser mange problemområder ved OUS. Utdanningsseksjonen ved OUS har innhentet data fra Legeforeningens rapporter og går spesielt gjennom resultatene fra OUS, sammen med de ulike spesialiteters utdanningsutvalg i avdelingene. Det er mangel på utdannede spesialsykepleiere, jf risikobildet for pasientbehandling. Flere utdanningstiltak er iverksatt for å bedre situasjonen.

Økonomi og infrastruktur

Aktiviteten etter 3. tertial 2013 er noe høyere enn det budsjetterte nivået innenfor somatikken. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er den polikliniske aktiviteten noe lavere enn budsjett for 2013, men høyere enn i 2012. Det økonomiske resultatet for 2013 forventes å bli om lag som prognostisert etter september rapporteringen. Budsjettavvikene henger først og fremst sammen med høyere kostnader til bemanning enn det er budsjett til. Videre ble tiltaks-gjennomføringen i 2013 lavere enn det som var forutsatt.

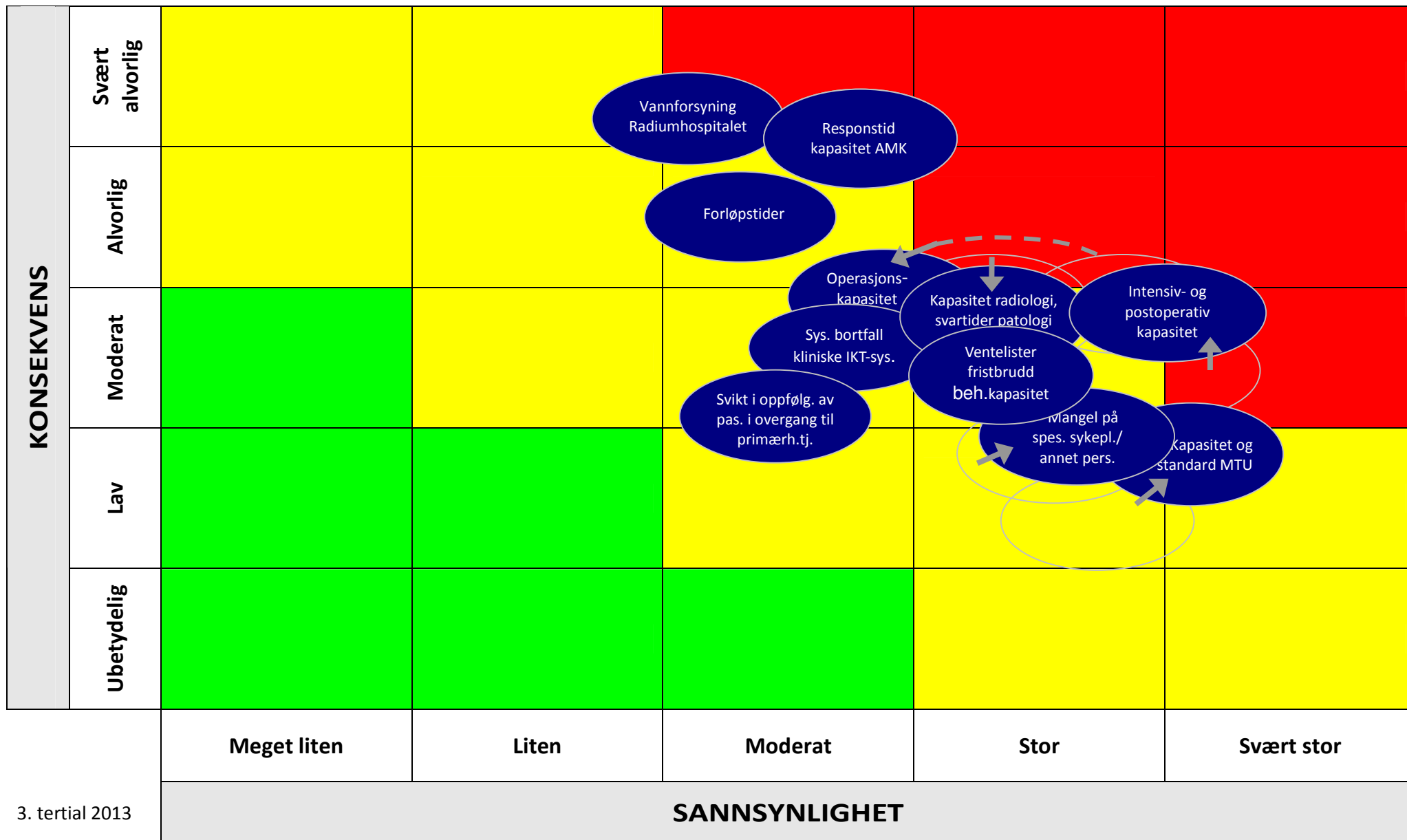
For å bidra til riktig innhold i utviklingen av styringsdata ble det primo 2013 etablert et LIS-forum med deltakere fra klinikkene, og det er utarbeidet og forankret en langtidsplan for LIS-OUS. Innenfor IKT-området er det risiko knyttet til gjennomføring av prosjekter både mht fremdrift og økonomi. For de administrative IKT-systemene er risikoen redusert fra 1. tertial. Utrulling av felles GAT er fullført og fra 1. oktober 2013 har foretaket ett felles fakturabehandlingssystem. Det er videre igangsatt prosjekt for etablering av felles IKT-system for innkjøp og logistikk. Dette er planlagt tatt i bruk fra 1. juli 2014.

Problemene med for lav investeringsgrad og fornying av medisinsk-teknisk utstyr er fremdeles til stede selv om foretaket er sikret tilgang på ytterligere investeringsmidler til dette området i årene 2013-2015. Flere deler av bygningsmassen sliter med vedlikeholdsetterslep. Blant annet er det svakheter ved vannforsyningen ved Radiumhospitalet. Det arbeides med en rekke tiltak for å redusere denne og øvrige risikoer.

Risikokart for sykehusnivået – 3. tertial 2013

Risikovurdering av pasientbehandlingen

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

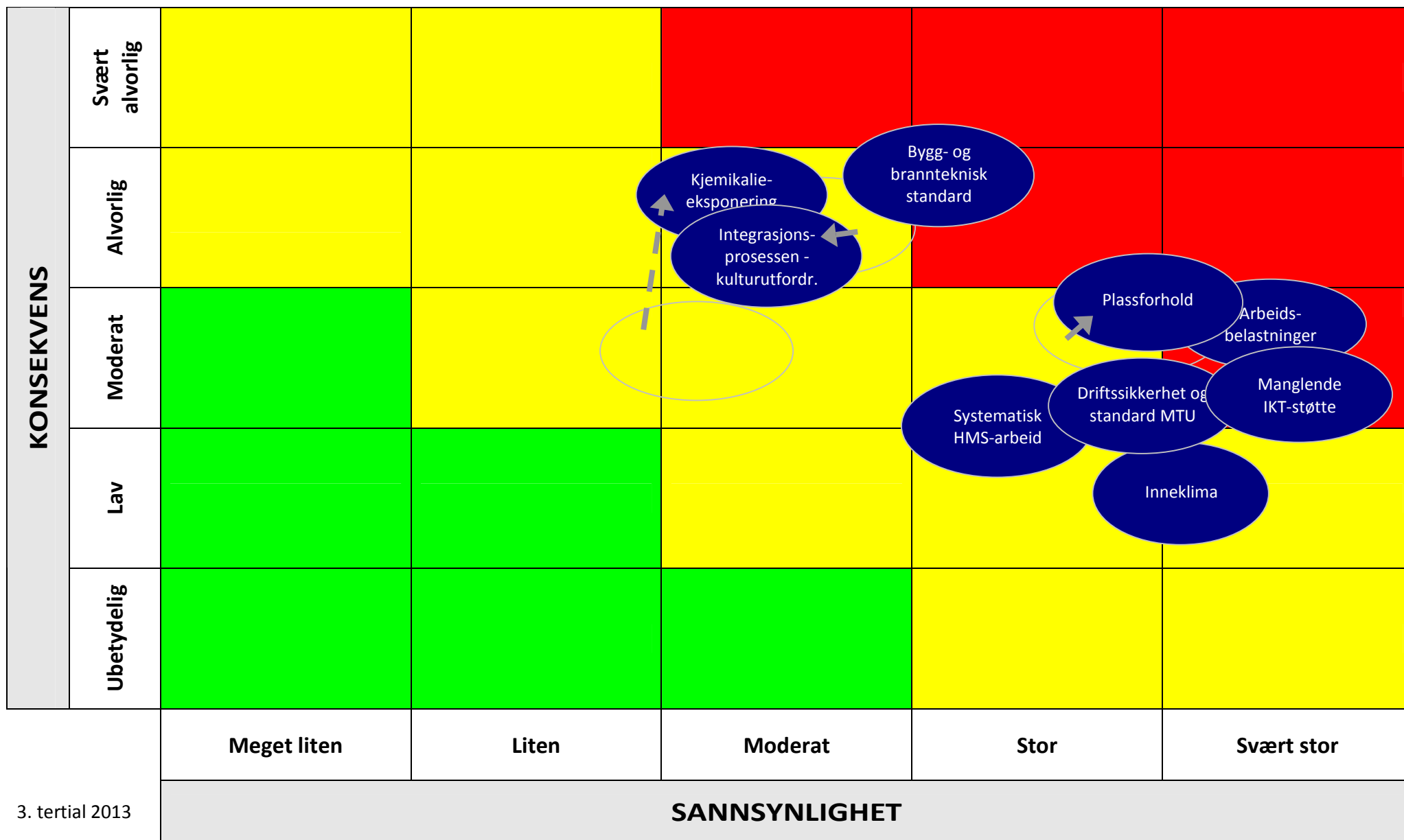


Endringer fra forrige tertial er angitt med sirkel for tidligere plassering og pil til ny plassering.

Risikokartet viser identifisert risiko før nye tiltak.

Risikovurdering av arbeidsmiljøet

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid

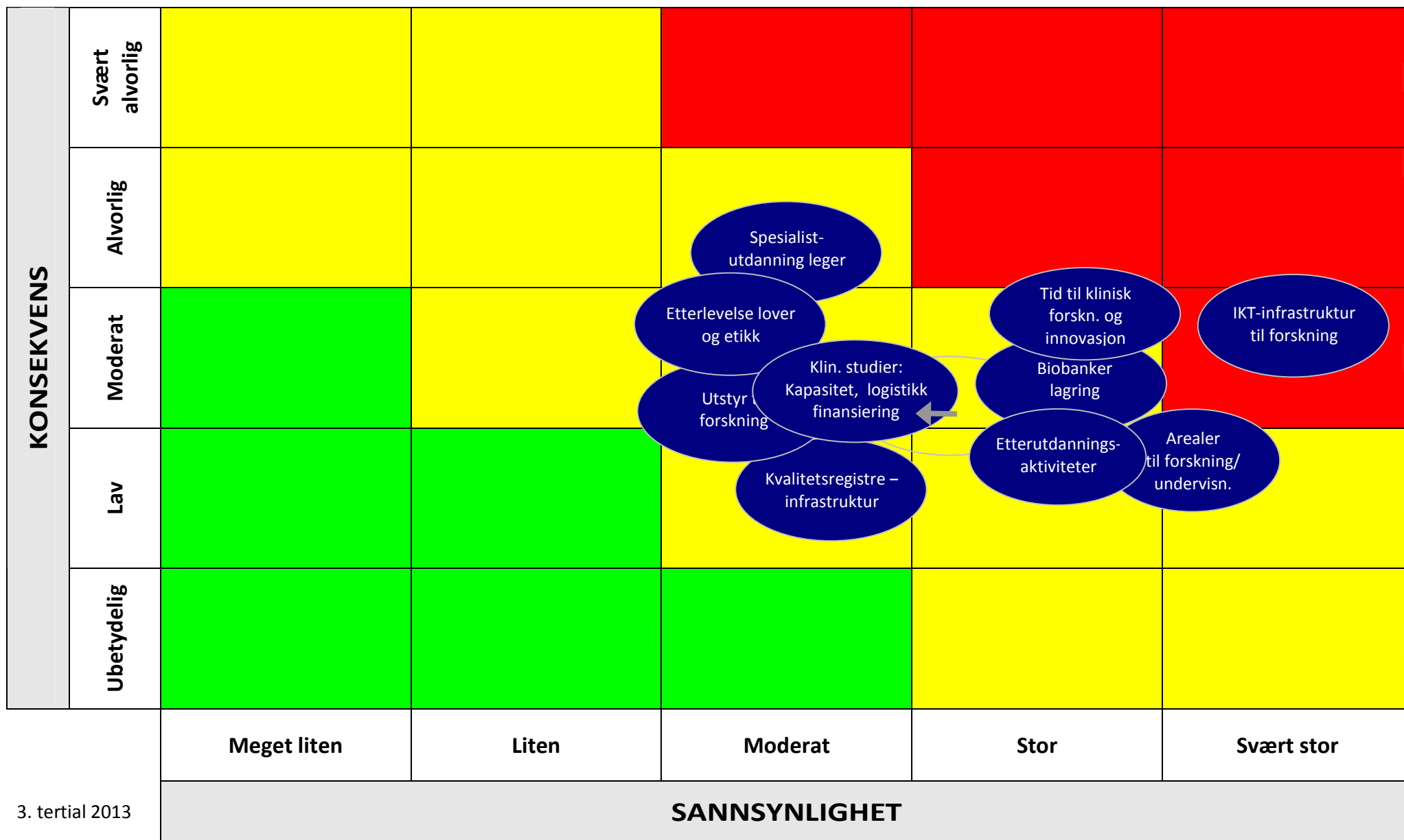


Endringer fra forrige tertial er angitt med sirkel for tidligere plassering og pil til ny plassering.

Risikokartet viser identifisert risiko før nye tiltak.

Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning

Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.



Endringer fra forrige tertial er angitt med sirkel for tidligere plassering og pil til ny plassering.

Risikokartet viser identifisert risiko før nye tiltak.

Risikovurdering av økonomi og infrastruktur

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

KONSEKVENNS	Svært alvorlig									
	Alvorlig									
	Moderat									
	Lav									
	Ubetydelig									
		Meget liten	Liten	Moderat	Stor	Svært stor				
3. tertial 2013	SANNSYNLIGHET									

Kritikkverdige handlinger

Vedlikeholds-
etterslep
bygn.massen

Budsjett-
balanse

Manglende felles
innkjøps-/
logistikksystem

Kapasitet og
standard MTU

IKT - klin.,
forsk, samhandl,
plattform

Manglende
styringsdata

Eneste endring fra forrige tertial i dette risikokartet er at risikoen "Manglende konsolidering av HR-system" er fjernet.

Risikokartet viser identifisert risiko før nye tiltak.

Risikoreducerende tiltak

Pasientbehandling

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

	Risiko	Tiltak
1.	Responstid - kapasitet AMK	Det er etablert sammenhengende AMK-sentraler i Helse Sør-Øst som ser hverandres ressurser.
		Øke bemanningen ved AMK inkl. legestilling.
		Reduser svartid for innringere. Registrering av responstid rapporteres til Statens helsetilsyn fra 1.10.2013 og viser en positiv utvikling, selv om det fortsatt ikke er innen de mål som er satt. Sorterer "pasienter som kan vente" parallelt med henvendelser som kan gå til Oslo kommunale legevakt.
		Anskaffe nytt IKT-verktøy for beslutningsstøtte og flåtestyring, inkl. web-basert ambulansebestilling. Systemvurdering pågår, deretter utprøving.
		Overføre flere rene transporter til pasientreiser.
		Etablere en sentral i Helse Sør-Øst som koordinerer luftambulanseressursene.
2.	Kapasitet radiologi og svartider patologi	Gjennomføre og monitorere vedtatte prioriteringer for bruk av radiologiske undersøkelser. Klinikken må tydeliggjøre radiologisk prioritet innen egne pasientgrupper. Klinikken for diagnostikk og intervensjon ser på muligheten for etablering av brukerstyrte slotter/økter som kan styres av fagavdelingene.
		Prioritere medisinsk-teknisk utstyr som gir kapasitetsforbedringer. Det er anskaffet og installert ny MR på Radiumhospitalet og ny fremføringsmaskin ved Patologisk avd. Dette har gitt god effekt.
		Øke bemanning innen radiologi med flere radiologstillinger. Budsjett 2014 gir rom for videre oppbemanning både av radiologer og radiografer er
		Sammen med Helse Sør-Øst vurdere behovet for radiologiske tjenester som del av diagnostikk/ behandling i primærhelsetjenesten.
		Ta initiativ til felles regionale prosedyrer og protokoller innen radiologi slik at antall reundersøkelser og regranskninger reduseres.
		Omstrukturere og bedre logistikk og arbeidsflyt knyttet til patologiske undersøkelser og svar.
3.	Intensiv- og postoperativ kapasitet	Øke antall intensivsenger: Intensiv 3 ved Ullevål var ferdig i 2012 og arealet er utvidet med 2 plasser (bufferkapasitet). Kapasitet Ullevål bedret.
		Forprosjekt for omgjøring av sengesentral til intensivplasser på Rikshospitalet pågår.
		Bemanningen ved gen. intensiv 2 ved Rikshospitalet er økt. Mangler intensivsykepleiere.
		Bemanningen ved thoraxintensiv ved Rikshospitalet er økt. Ansettelsesprosess pågår kontinuerlig.
		Prosjekt vedrørende kartlegging og utvidelse av intermedisær-senger som på sikt vil kunne avlaste intensiv pågår
		Ved nyfødtintensiv arbeides det med tiltak knyttet til rekruttering, bemanning, kompetanseheving og drift samt organisatoriske tiltak.
		Nytt akuttbbygg Ullevål vil totalt sett gi flere PO/ intensivplasser.
4.	Vannforsyning Radiumhospitalet	Systematisk overvåking vanntemperatur varmtvann i kjele og rør, legionelladyrkning i vannprøver. Utbygging av dusjhoder. Informasjon til

	Risiko	Tiltak
		pasienter og ansatte. Gjennomgang og kvalitetssikring av overordnede prosedyrer knyttet til kontrollrutiner og sikkerhetstiltak knyttet til vannsikkerhet. Prosjekt for planlegging av kjemisk rensing er igangsatt.
5.	Operasjonskapasitet	<p>Økt kapasiteten ved Rikshospitalet med en stue til nevrokirurgi.</p> <p>Økt kapasiteten ved Ullevål med etablering av flere økter på dag- og kveldstid innen ortopedi og gastrokirurgi</p> <p>Etablert dagkirurgisk aktivitet innen pastikk-kirurgi og kjevekirurgi på Aker</p> <p>Det pågår arealprosjekter for etablering av to nye operasjonsstuer på Rikshospitalet</p> <p>Kirurgisk driftsstyre arbeider med tiltak for bedre koordinering og økt utnyttelse av operativ kapasitet gjennom oppstart til planlagt tid, kortere skiftetid etc.</p> <p>Det planlegges prosjekt for å se på mulighetene for bruk av andre ressurser enn spesialsykepleiere operasjon som nr to på visse operasjonsstuer og om antall sykepleieteam operasjon på kveld/natt/helg kan reduseres noe ved mer bruka v felles "øyeblikkelig hjelp-team"</p>
6.	Sys. bortfall kliniske IKT-systemer. Ved systembortfall vil helsepersonell ikke ha tilgang til nødvendig pasientinformasjon.	<p>Kontinuerlig sikring av serverpark/service i tett samarbeid med Sykehuspartner. Dette følges opp jevnlig i måneds- og kvartalsmøter med SP, men OUS infrastruktur- og applikasjonsportefølje er til dels utdatert og gir derved mange feilsituasjoner. SP følger også opp gjennom kontinuerlig måling av nedetider, og bedring av overvåkning/varsling.</p> <p>Prosjekt modernisering av infrastruktur ved Oslo universitetssykehus pågår.</p>
7.	Ventelister / fristbrudd / behandlingsskapasitet	<p>Gjennomføringsprosjektet er avsluttet og handlingsplan for oppfølging er etablert. Det er fortsatt stort fokus på ventelister / fristbrudd og status inngår i AD sin ordinære oppfølging av klinikkene. Klinikkllederne har tilsvarende ansvar for slutføring og oppfølging av alle avd. i egen klinikk.</p> <p>Opplæring og kompetanseheving fra ressurspersoner i direktørens stab tilbys.</p> <p>Kapasiteten er midlertidig økt innen enkelte fagområder, for eksempel gjennom skjerming av elektiv drift og/eller prosjekter for reduksjon av ventelister og håndtering av fristbrudd.</p> <p>Planer for aktivitetsøkningen 2014 er spesielt knyttet til områder med lange ventelister og fristbrudd.</p> <p>Det er etablert avtaler med andre sykehus innen enkelte fagområder for å avhjelpe med sykehusets ventelister.</p> <p>Det er etablert midlertidige fagråd i regionen for å se på kapasiteten innen områder med kapasitetsutfordringer (nevrologi, ortopedi, ØNH, plastikk-kirurgi og øyesykdommer).</p> <p>Arbeidet for etablering av egen AMD-klinikk pågår.</p>
8.	Forløpstider	Etablere og kvalitetssikre flere pasientforløp for kreftpasienter.
9.	Svikt i oppfølging av pasienter i overgang til primærhelsetjenesten	<p>Et eget henvisnings- og epikriseprosjekt vil bli satt i gang i forbindelse med innføringen av DIPS i oktober, dette for å bidra til bedre arbeidsprosesser i klinikkene. Stab samhandling har aktiv, løpende dialog med primærhelsetjenesten for å løse problemer og feil i nåværende fase.</p> <p>Koordinatorfunksjoner er nå etablert i alle relevante klinikker. Koordinator skal ivareta koordineringsarbeid i forhold til utskrivning av pasienter med behov for tjenester fra ulike forvaltningsnivåer. Funksjonen skal testes i egen pilot.</p> <p>Aktiv opplæring av klinikkens ansatte i forhold til nivå 1-prosedyre - utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester, er igangsatt. Opplæringen fortsetter, det vil også bli arrangert egne fagdager.</p>

	Risiko	Tiltak
		Gjennom arbeidet med pasientforløp legges det til rette for gode samhandlingslinjer mellom involverte parter internt og eksternt. Primærhelsetjenesten skal i større grad involveres i det pågående arbeidet, koordinatorfunksjonen vil bli viktig i samarbeidet.
10.	Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	Etablere en 3 års plan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr. Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV.
11.	Mangel på spesialsykepleiere og annet personell	Det er etablert en samarbeidsgruppe bestående av HR-stab, stab MHU, stab FiU og OSS som ser på ulike tiltak for rekruttering. Det er etablert 100 utdanningsstillinger innen spesialsykepleie. Øke utdanningskapasiteten bl.a. ved fremskyndet studiestart (bl.a. nyfødtintensiv) i samarbeid utdanningsinstitusjoner. Det planlegges og tilrettelegges for strategisk kompetanseutvikling.

Arbeidsmiljø

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid

	Risiko	Tiltak
1.	Bygg-/brannteknisk standard	Branngjennomgang: Kartlegging av omfang og utarbeidelse av tiltaksplan med hensyn til oppgradering av sprinkler- og brannalarmanlegg.
		Branntetting og brannseksjonering.
		Oppfølging av prosjekter og oppgradering av brannokumentasjon.
		Lukking av avvik vedrørende spesialventilasjon, generell ventilasjon, sikring av fasader/tak og oppgradering av generell slitasje.
		Gjennomgang av kritisk bygningsflate.
2.	Arbeidsbelastning	Bedre og mer riktig bruk av personalet. Forbedre arbeidsprosesser slik at en jobber smartere og får mer effekt av arbeidsinnsatsen. Gjennomgang av rutiner for å finne forbedrings- og forenklingpunkter. Bruke erfarent fagpersonale for å sikre tilgang til nødvendig kompetanse. Vurdere bemanning i forhold til arbeidsoppgaver. Støttegruppe i sentral stab er etablert.
		Gjennomgang av tjenesteplaner og turnus. God bemanningsstyring og realistiske planer for bemanningstilpasning. Støttegruppe i sentral stab er etablert.
		Implementere ressursplanleggingssystem (Brasse) og hente ut effekter. Støttegruppe (sentralt) og lokale stillingsutvalg.
3.	Manglende IKT-støtte medføre vanskelig arbeidssituasjon for ansatte	Gjennomføre planlagte og vedtatte tiltak.
4.	Plassforhold	Nybygging/ombygging. Fokus på å få avklart flyttinger slik at enheter som hører sammen blir fysisk samlet. God planlegging og medvirkning ved samlokalisering.
5.	Driftssikkerhet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	Etablere en 3 årsplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr.
		Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV.
		Utvikle gode businesscase med forpliktende effektivisering.
		Informasjon til ansatte om positiv utvikling.
6.	Integrasjonsprosessen, kulturutfordringer	Utarbeide arealplan, plan for samlokalisering/flyttinger (igangsatt).
		Kulturbyggende tiltak blant annet gjennom oppfølging av ny strategi for OUS og videre arbeid med felles lederplattform (internt lederutviklingsprogram, program for ledergruppeutvikling, kollegaveiledning, talentprogram mv) (igangsatt).
7.	Systematisk HMS-arbeid	Ta i bruk eHMS i alle avdelinger.
		Økt fokus på opplæring, spesielt at alle ledere gjennomfører obligatorisk HMS-opplæring.
		Sikre at det opprettes HMS-grupper alle steder.
8.	Kjemikalieeksponering	Vurderer substitusjon i alle avdelinger.
		Oppdatere stoffkartotek (igangsatt).
		Gjennomgå og gi opplæring i rutinene for håndtering av kjemikalier.
9.	Inneklima	Oppgradere ventilasjonsanlegg

Forskning, innovasjon og utdanning

Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.

	Risiko	Tiltak
1.	IKT-infrastruktur til forskning: Manglende brukerstøtte, ulikt tilbud i organisasjonen, manglende mulighet for sikker lagring av store datamengder	Videreføre møter mellom Stab IKT (OUS), Stab forskning, innovasjon og utdanning (OUS) og Sykehuspartner.
		Følge opp rapporten til arbeidsgruppen i Helse Sør-Øst for kartlegging av IKT-behovene og forslag til tiltak (skal ferdigstilles av Helse Sør-Øst i januar 2013) - pådriverrolle overfor Helse Sør-Øst og Sykehuspartner.
2.	Tilstrekkelig tid og stillinger til forskning og innovasjon i klinikkene (særlig problem i kliniske enheter) - herunder begrensede karriereveier og ansettelsesmuligheter innen forskning	Følge opp hvordan tiltak settes inn i klinikkene - en viktig del av klinikkens handlingsplaner for forskning. Dialog med forskningslederne i Forskningslederforum.
		Øke omfang av og kvalitet på klinikkens søknader om ekstern finansiering, utnytte finansieringskilder.
		Gradvis implementere felles ordning i OUS med reservert tid for prof II/førstaman. til forskning og utdanning (jf avtale om kombinerte stillinger) (innføres gradvis over fem år fra 2012).
3.	Biobanksfasiliteter: utilstrekkelige lagringsfasiliteter internt (IKT)	Prosess for rydding og oppgradering ved Stab FIU og OSS følges opp
4.	Kliniske studier, herunder oppdragsforskning: For dårlig infrastruktur, logistikk, kapasitet og finansiering for kliniske studier, jf oppdragsdokument med krav til styrket tilrettelegging.	Styrke samarbeidet med Inven2 og industri vedrørende kliniske studier.
		Videreføre arbeidet i Norcrin
		Følge opp treårsprosjekt med særskilt finansiering til støttefunksjoner fra Helse Sør-Øst fra og med 2013, herunder internt nettverk av prosjektkoordinatorer/studiesykepleiere.
5.	Spesialistutdanning leger: problemer knyttet til antall hjemler i enkelte fag, mangelfull veiledning og systematisk oppfølging, mangelfull nasjonal rapportering	Arbeide systematisk med tiltak for LIS-kandidater nedfelt i handlingsplan for utdanning, herunder styrke kontakten med utdanningsutvalgene for spesialistutdanning i avdelingene og delta i evalueringsmøter med spesialitetskomiteer. Følge opp anbefalinger fra komiteene.
6.	Arealer: utilstrekkelige/for lite arealer til forskning og undervisning i flere klinikker, ev. manglende ressurser til oppgradering av lokaler. Ev. også HMS-risiko (særlig i laboratorier)	Sikre fokus på tilstrekkelige arealer til forskning og undervisning i arbeid med klinikkens forflytninger og strategisk arealplanlegging, og i forbindelse med store forskningssøknader (gjelder selv om søknaden sendes gjennom UiO)
7.	Utstyr forskning: Mangel på oppdatert utstyr pga manglende investeringsmidler	Arbeide for bedre finansieringsløsninger av kjernefasiliteter, flere søknader om eksternt finansierte midler til stort utstyr (NFR), mer sambruk og strategisk koordinering med UiO og mellom miljøer. Arbeide for egen utstyrspott til forskning i OUS fra 2015.
8.	Etterlevelse av lover og etikk	Bidra til at internkontrollsystemer blir tilstrekkelig kjent og forstått i klinikkene, på alle nivåer, herunder gjennom kurs og forbedrede eHåndboks dokumenter.
9.	Utdanning: Etterutdanningsaktivitet og veiledningskapasitet	Arbeide systematisk med tiltak i Handlingsplan for utdanning, herunder utarbeide en mal og struktur for klinikkvise utdanningsplaner.
10.	Infrastruktur kvalitetsregistre	Videreføre modell i OUS med søknadsbaserte sentrale forskningsmidler til kvalitetsregistre.

Økonomi og infrastruktur

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

	Risiko	Tiltak
1.	Budsjettbalanse	Klinikkene rapporterer månedlig gjennomføringen av meldte tiltak.
2.	Vedlikeholdsetterslep for bygningssmassen	Gjennomføre vedtatt investeringsbudsjett med økt rammetildeling fra Helse Sør-Øst. På lang sikt etableres en flerårig investeringsplan for OUS HF, idéfase med oppstart 2013.
3.	Manglende felles IKT-system for innkjøp og logistikk	Implementering av felles innkjøpssystem i regi av regionalt ERP- prosjekt Kvalitetssikring av fullmaktregistre og implementering i innkjøpssystemene. Implementering av felles Basware (fakturabehandling).
4.	IKT-systemer (kliniske systemer og plattform)	Gjennomføring av DIPS innføringsprosjekt. Gjennomføring av øvrige regionale prosjekter.
5.	Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	Arbeide videre med 3-årsplanen for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr (Økonomisk langtidsplan 2013-2016) Utvikle gode businesscase med forpliktende effektivisering. Arbeid i LIS-forum, herunder utarbeidelse av langtidsplan for LIS.
6.	Økonomiske- og omdømmekonsekvenser av kritikkverdige handlinger.	Handlingsplan for gjennomføring av kontrollhandlinger er vedtatt i ledermøtet og det lages gjennomføringsplaner. Informasjon i klinikkene om deres juridiske ansvar.
7.	Manglende styringsdata. Ikke tilstrekkelig styringsinformasjon for sykehusets ledere	Kvalitetssikring av grunnlagsdata herunder felles definisjoner og registreringspraksis Gjennomføre vedtatt LIS-utviklingsplan: a. HR-data b. Intensiv- og operasjonsdata c. Bredding av analyseverktøy

Målgruppe: Foretaksstyret
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Dato: 04.02.2014



www.oslo-universitetssykehus.no

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



Ledelsens gjennomgang

Utvalgte områder og kommentarer

3. tertial 2013

Vedlegg 2
Styresak 3/2014

Innholdsfortegnelse

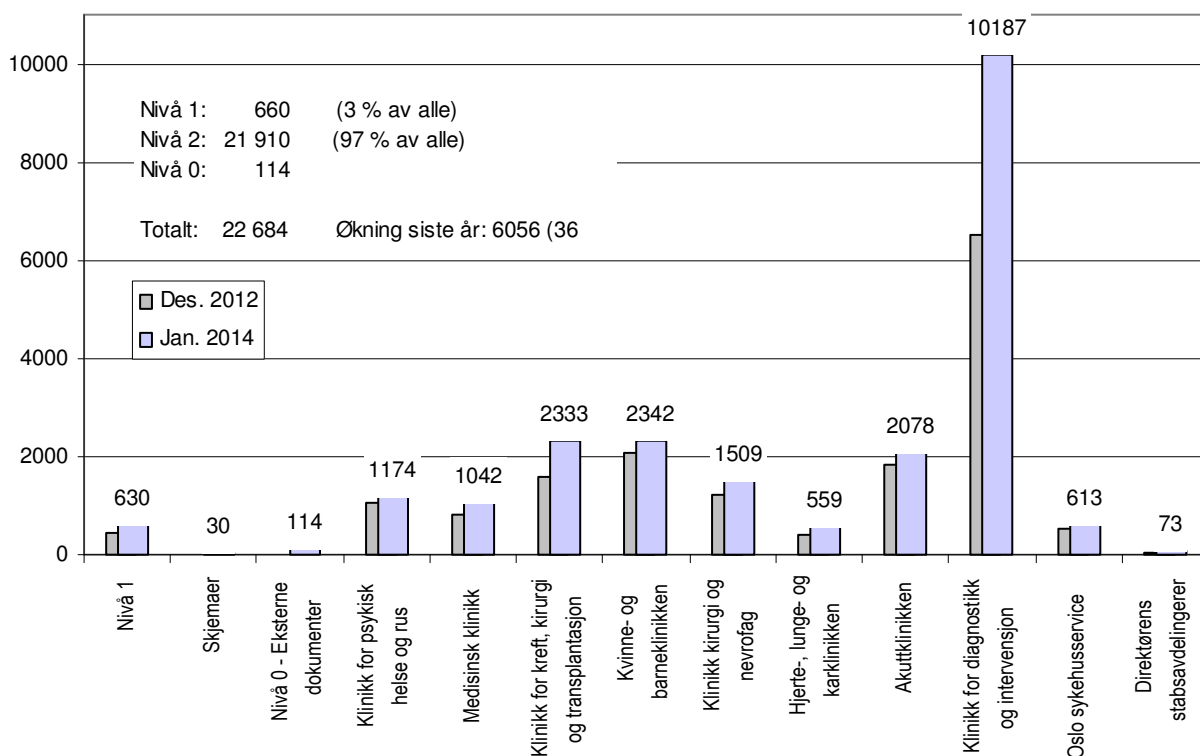
1. Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll	4
1.1 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll	4
1.2 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering	5
1.3 Eksterne tilsyn	8
1.4 Revisjoner	10
1.5 Juridiske forhold	12
2. Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling	14
2.1 Uønskede pasienthendelser	14
2.2 Sykehusinfeksjoner	16
2.3 Melding til Kunnskapscenteret etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3	17
2.4 Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a	17
2.5 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)	18
2.6 Pasientsikkerhetskampanjen/programmet	18
2.7 Brukerundersøkelser	20
2.8 Pasientsikkerhetsvisitter	22
2.9 Publisering av uønskede hendelser på nett	23
2.10 Klager fra pårørende og deres representanter	23
2.11 Tilbud til pasienter og pårørende fra tros- og livssynsminoriteter	24
2.12 Tolketjenester	25
2.13 Helseradio på urdu arabisk og somali - Radioprojekt	25
2.14 Tjenesteavtaler	26
2.15 Status for pågående samhandlingsprosjekt	27
2.16 Praksiskonsulentordningen	29
2.17 Elektronisk samhandling	29
2.18 Internasjonale prosjekter	30
2.19 Habilitering/rehabilitering og koordinerende enhet/koordinatorfunksjonen	31
2.20 Status for arbeidet med å etablere pasientkoordinatorfunksjonen	31
3. Opplæring av pasienter og pårørende	33
3.1 Læringstilbud	33
3.2 Brukermedvirkning	34
4. Utdanning av helsepersonell	36
4.1 Utdanningsaktiviteter, 3. tertial 2013	36
5. Forskning og utvikling	38
5.1 Vurdering av forskningsaktivitet	38
5.2 Vurdering av innovasjonsaktivitet	40
6. Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)	43
6.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelser	43
6.2 HMS-avvik 3. tertial 2013	45
7. Kommunikasjon og omdømme	55
7.1 Pasienter og pårørende	55
7.2 Praktisk informasjon – rettigheter mm	55
7.3 Intranett	56
7.4 Nyhetsbrev	57
7.5 Politiske besøk til sykehuset i perioden	58

7.6	Overordnede prosjekter med særlig kommunikasjonsfokus i perioden	58
7.7	I media	59
8.	Referansetabeller	61
8.1	Eksterne tilsyn gjennomført i 3. tertial 2013	61
8.2	Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid	64

1. Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

1.1 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll

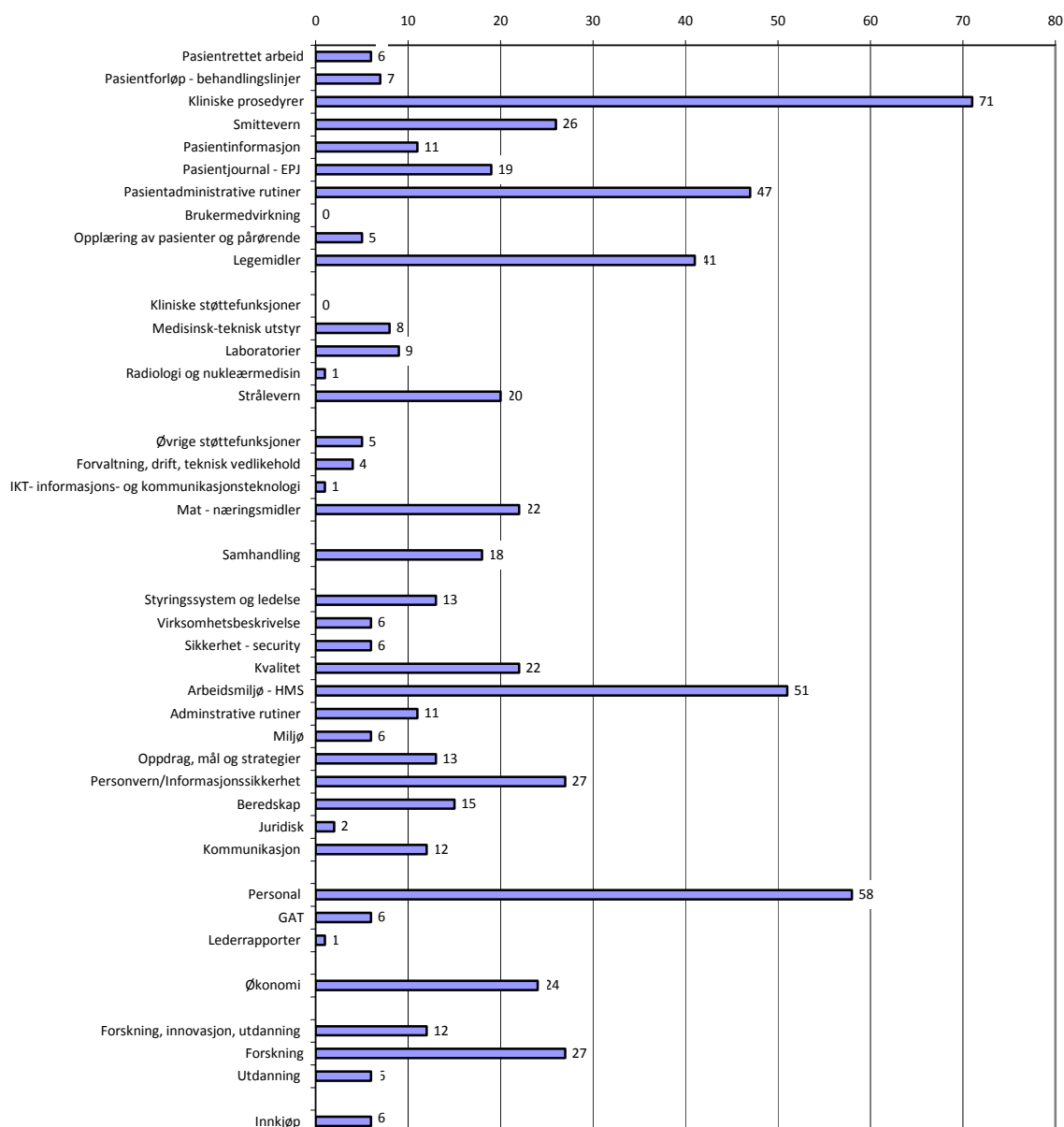
Sykehusets dokumentstyringssystem, eHåndbok, legger til rette for både ledernes styring av dokumentasjonsarbeidet og for at medarbeiderne lett skal finne de dokumentene de trenger i det daglige arbeidet. I løpet av det siste året har det blitt utarbeidet 6056 nye dokumenter (en økning på 36 %). Ved starten av 2014 har sykehuset totalt 22 684 prosedyrer, retningslinjer og andre styrende dokumenter i eHåndbok. Den store veksten i antall dokumenter kan tolkes som et uttrykk for at eHåndbok brukes av mange og at medarbeiderne legger mye arbeid i dokumentasjon og tilretteleggelse av arbeidsprosesser.



Figur 1. Antall styrende dokumenter i eHåndbok.

Den kraftige veksten i antall dokumenter må sees i sammenheng med utfasingen av de gamle håndboksystemene i 2013. De fleste dokumentene finner lokalt i klinikker og avdelinger. I de store klinikkene har en over 2000 dokumenter. Klinikk for diagnostikk og intervensjon er i en særstilling, - nærmere halvparten av alle dokumenter fins i denne klinikken. På virksomhetsomfattende nivå (nivå 1), er det ved årsskiftet registrert 660 dokumenter.

Figur 2 viser en oversikt over antall overordnede fellesdokumenter (nivå 1). Siden 2. tertial har det blir utarbeidet 26 nivå 1-dokumenter. Økningen i dette tertialet gjelder først og fremst områdene kliniske prosedyrer, pasientadministrative rutiner, mat - næringsmidler og personal. Det er også etablert flere dokumenter i forhold til kvalitet, økonomi og enkelte andre områder. Blant de 71 kliniske prosedyrene felles for alle på sykehuset, er over halvparten utarbeidet i henhold til kriteriene for kunnskapsbaserte prosedyrer. Blant de fagprosedyrene som Helsebibliotekets Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer legger tilgjengelig for landets fagfolk innen helsetjenesten har Oslo universitetssykehus utarbeidet 38 av totalt 72 prosedyrer.



Figur 2. Fordeling av styrende dokumenter på nivå 1-dokumenter innen de ulike områder.

1.2 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering

Utviklingen av ansattes registrering ved uønskede hendelser/avvik og forbedringsforhold viser i tredje tertial en liten økning i antall registreringer (5 %) sammenliknet med samme tertial i 2012. Det er hovedsakelig antall "andre avvik" og "forbedringsforslag" som har økt. HMS-avvik omtales i eget kapittel.

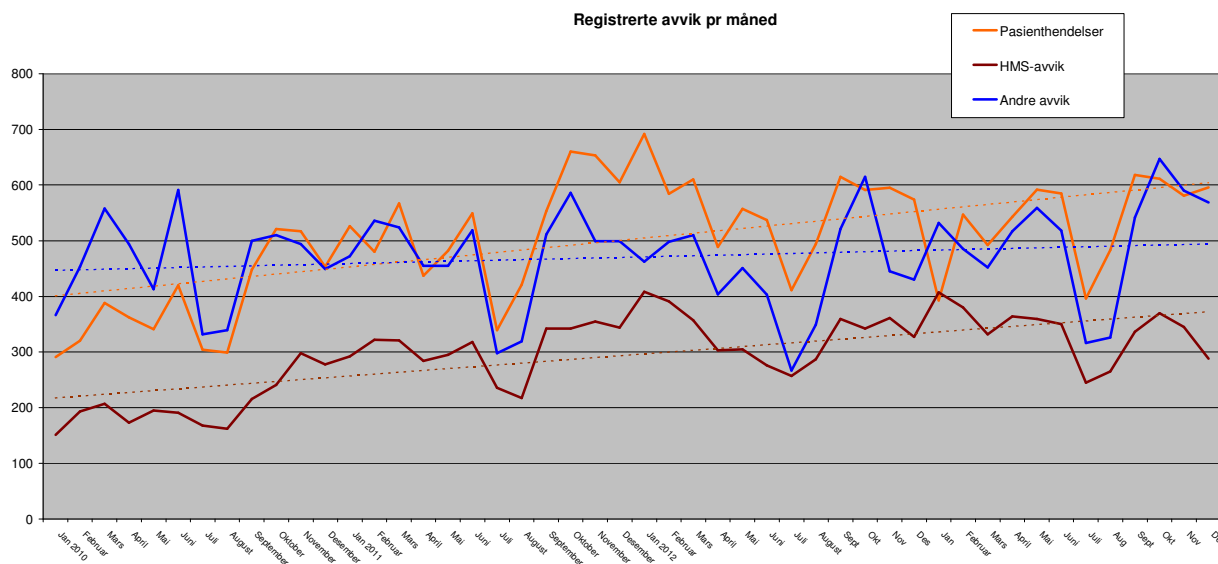
Antall registreringer per ansatt (brutto årsverk).

2012			2013		
Tertial 1	Tertial 2	Tertial 3	Tertial 1	Tertial 2	Tertial 3
0,34	0,28	0,34	0,32	0,29	0,35

Tabell 1. Antall meldinger registrert pr ansatt i 2012-2013

Andelen saker med "ingen/ubetydelig faktisk konsekvens" er 52 %, svakt opp fra nivået i samme tertial 2012. Det er en ønsket utvikling med en høy andel av denne typen saker.

Det er registrert 2093 tiltak knyttet til de 4994 avvik som ble registrert i perioden.



Figur 3. Registrerte avviksregistreringer pr måned 2010-2013. Kilde: avvikssystemet Achilles.

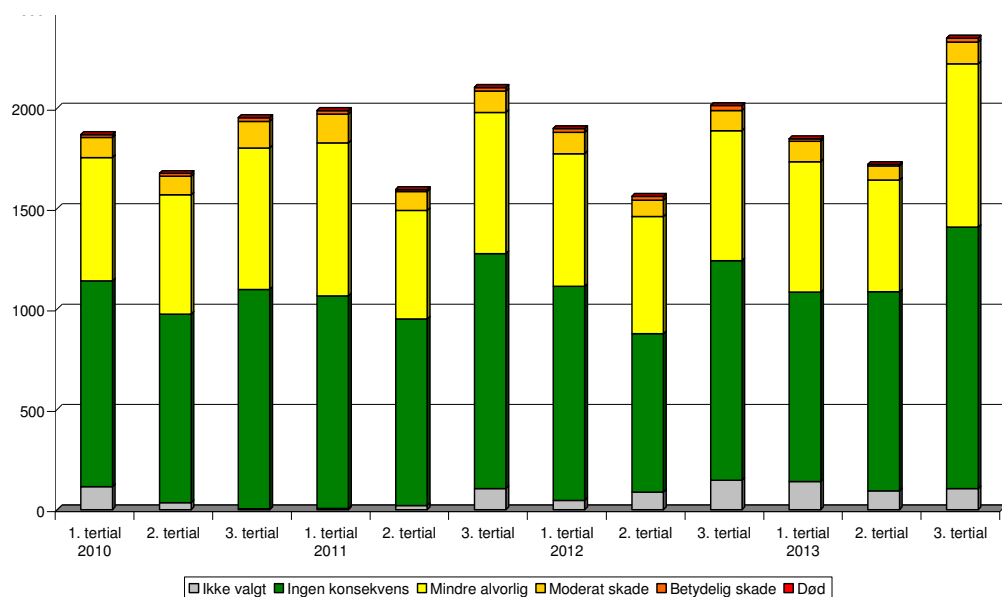
Det er opprettet forbedringstiltak i 34 % av alle avvik registrert i siste tertial, noe som er uforandret fra tidligere. Det arbeides aktivt i klinikkens pasientsikkerhets og kvalitetsutvalg med å øke graden av forbedringstiltak.

1.2.1 Andre avvik og forbedringsforslag

Avviksregistreringer av typen "Andre avvik og forbedringsforslag" inkluderer:

- Driftsavvik
- Laboratorieavvik
- Informasjonssikkerhet
- IK-mat
- Intern service
- Forbedringsforslag

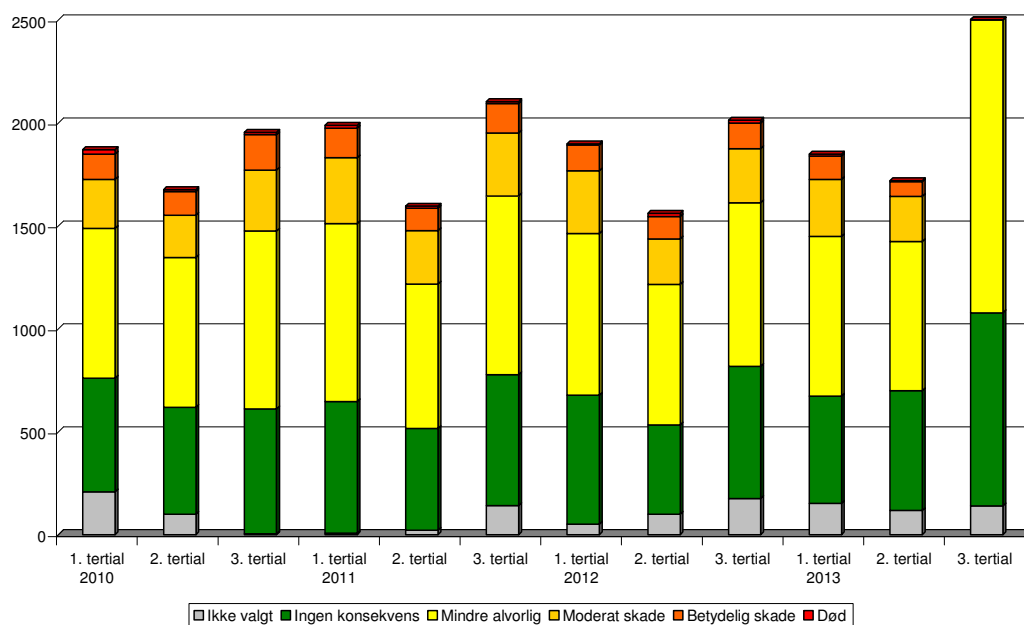
Registreringene i hovedkategorien "Andre avvik" (Figur 4 og Figur 5) viser en økning i antall registreringer på 16 % fra samme tertial i 2012. Den største økningen er innen underkategoriene forbedringsforslag, smittevern/hygiene og laboratorieavvik.



Figur 4. Avviksregistrering i hovedkategorien "Andre avvik" (201-2013). Faktisk konsekvens. Kilde: Achilles.

Ca en tredjedel av registreringene er laboratorierelaterte avvik, i all hovedsak med ingen eller mindre alvorlig konsekvens.

Det registreres også potensiell konsekvens i sakene, det vil si et estimat av hvor alvorlig en hendelse kan bli hvis den oppstår på nytt.



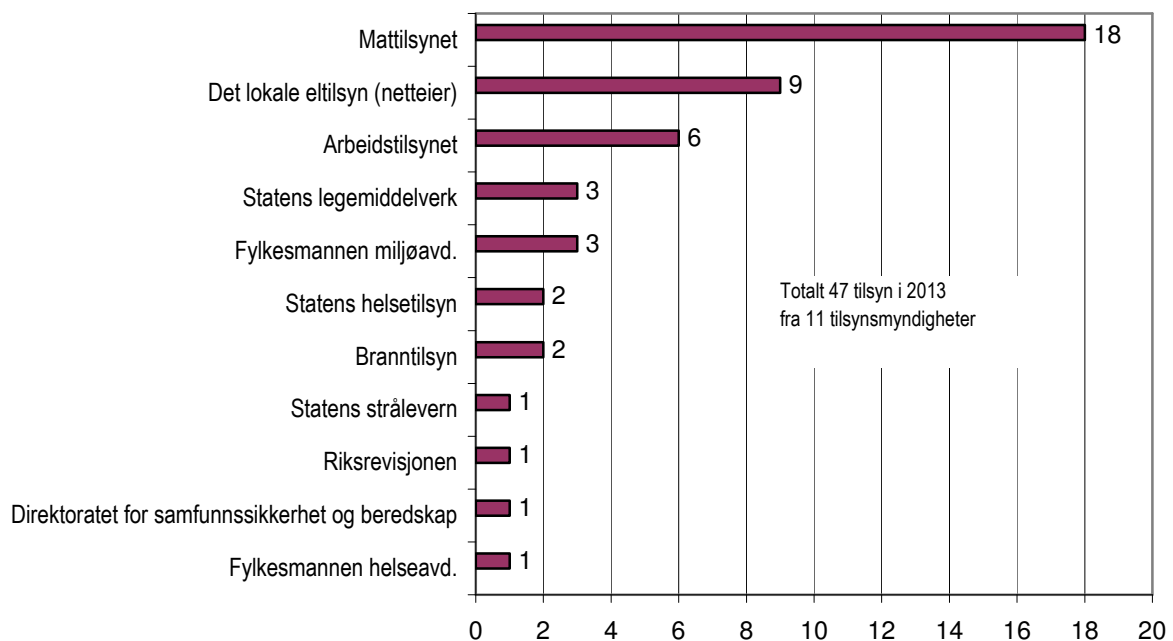
Figur 5. Avviksregistrering i hovedkategorien "Andre avvik" (2010-2013). Potensiell konsekvens. Kilde: Achilles.

Monitorering og saksbehandling av avviksregistreringer med høy potensiell konsekvens gjør at forebyggende tiltak kan planlegges og iverksettes før alvorlige hendelser oppstår.

1.3 Eksterne tilsyn

1.3.1 Generelt om tilsynsaktiviteten i 2013

Det har vært en økning i tilsynsaktiviteten gjennom forrige år, - særlig i siste tertial. Totalt er det utført 47 tilsyn fra 11 ulike tilsynsmyndigheter i 2013 (28 tilsyn i 2012). Figur 6 viser at det er Mattilsynet, Det lokale el-tilsynet (netteier) og Arbeidstilsynet som hyppigst gjennomfører tilsyn. I 15 tilsyn ble det ikke gitt avvik. Oslo universitetssykehus HF har til sammen fått 65 avvik i 2013.



Figur 6. Eksterne tilsyn i 2013 fordelt på tilsynsmyndighet. Kilde: Achilles.

Det er vurdert innhold og avvik i alle tilsynsrapporter og saker fra 2013. Siden Mattilsynet, Det lokale el-tilsynet og Arbeidstilsynet er hyppigst på tilsynsbesøk, er det naturlig at det er gitt relativt mange avvik knyttet til næringsmiddelhygiene, el-sikkerhet og arbeidsmiljø. I tillegg er det ganske mange avvik knyttet til byggtekniske forhold. Mer generelt er avvikene rettet mot følgende deler av virksomhetsstyringen:

- internkontroll, kvalitetssystem
- organisering, ansvarsfordeling
- oversikt, overvåking, kontroll
- rutiner

De konkrete avvik følges opp gjennom handlingsplaner, mens de generelle observasjonene benyttes i en fortløpende vurdering og forbedring av sykehusets systemer for virksomhetsstyring.

1.3.2 Tilsynsbesøk gjennomført 3. tertial 2013

Det er mottatt tilsynsrapporter fra 25 tilsyn. Ved 9 av tilsynene var det ingen avvik. For de øvrige 16 tilsynene ble det til sammen gitt 34 avvik. Helseforetaket utarbeider handlingsplaner med tiltak for å lukke avvikene innen de frister som er gitt av tilsynsmyndighetene.

Kommentarer til tilsyn i 3. tertial:

- Det lokale el-tilsynet (netteier) har gjennomført fem kontroller ved de elektriske anlegg og fire tilsyn med HMS-arbeid i forhold til elektro. Dette resulterte i ett avvik ved hvert av HMS-tilsynene og to avvik ved en av kontrollene. Halvparten av avvikene er allerede lukket, og det arbeides med tiltak for de tre gjenstående avvikene.
- Mattilsynet har vært på seks tilsyn på ulike postkjøkken på Rikshospitalet og Radiumhospitalet samt to tilsyn ved hovedkjøkkenet ved Rikshospitalet. I tillegg har de vært på ett tilsyn på et postkjøkken på Ullevål. De til sammen åtte tilsynene har resultert i tre enkeltavvik. Ett av disse er allerede lukket og for de øvrige arbeides det med planer og tiltak.
- Fylkesmannens miljøvernavdeling har satt fokus på kontroll av fyringsanlegg og har vært på tilsyn ved Aker, Gaustad og Rikshospitalet. Ved alle steder er det gitt 5-6 avvik som gjelder mangler i forhold til: mål for utslipp, årlig utslippsmåling, måleprogram, melding om anlegget til FMOA¹, avfallshåndtering aske/sot samt miljørisikovurdering. Det arbeides med tiltak slik at avvikene lukkes innen 20. februar 2014.
- Arbeidstilsynet. Det er etablert en ordning med statusmøter hvor tilsyn og pålegg følges opp. Et av møtene konkluderte med gjennomåpning av tidligere pålegg om å *gjennomføre nødvendige tiltak ved avdeling for patologi slik at eksponeringen for formaldehyd blir så lav som mulig, og på et fullt forsvarlig nivå*. Det arbeides med tiltak innen frist 1. februar 2014. Neste statusmøte avholdes i mars.
- Statens helsetilsyn har hatt tilsyn med håndtering av humane celler og vev ved en rekke enheter. Det vises til egen styresak 2013/76 i desember. Handlingsplan er oversendt og det er satt frist for lukking til 1. april 2014. I tillegg har det vært ett tilsyn med Blodbankvirksomheten. Foreløpig har sykehuset ikke mottatt tilsynsrapport fra dette tilsynet.
- Oslo brann- og redningsetat har gjennomført tilsyn ved Søsterhjemmet på Ullevål med en befaring og et etterfølgende møte. Det er ennå ikke gitt noen skriftlig tilbakemelding i forhold til tilsynet og møtet.
- Asker og Bærum brannvesen har tilsett Norsk Folkehjelps asylmottak ved Dikemark (Furuli og Bjerget). Det er gitt tre anmerkninger, og tilsynet er avsluttet.
- Statens legemiddelverk har ført tilsyn med en klinisk utprøving av legemiddel ved barnekreftavdelingen, Rikshospitalet. Det arbeides med lukking innen frist 04.05.14.
- Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap gjennomførte i oktober et tilsyn for å verifisere at de tiltakene foretaket har tilbakemeldt etter tilsyn i 2012, er iverksatt. Tilsynet viste at tiltakene stort sett er iverksatt, men det ble gitt to avvik i forhold til elektroområdet. Se for øvrig egen styresak 2013/75 i desember 2013.
- Fylkesmannens helseavdeling har fulgt opp en bekymringsmelding i forhold til Kvinne- og barneklivkenns nyfødt intensivpost ved Rikshospitalet. Etter et møte med sykehuset har Fylkesmannen konkludert med at sykehuset har brutt lovverket siden enheten er drevet med for høyt risikonivå med hensyn til sykepleiefaglige kompetanse/bemanning over tid og at dette vil kunne få konsekvenser for pasientsikkerheten. Det utarbeides en redegjørelse og tiltaksplan som oversendes innen utgangen av januar.

Se oversikt over tilsyn i tredje tertial i kapittel 8.1.

¹ Fylkesmannen i Oslo og Akershus

1.3.3 Tidligere tilsyn – pågående prosess

Enkelte saker står fortsatt registrert som åpne da sykehuset ennå ikke har mottatt bekreftelse på at sakene er lukket. Enkelte tidligere pålegg som innebærer større endringer blir fulgt opp ved at tiltakene er innarbeidet i sykehusets langtidsplaner. En del saker følges opp i dialogmøter mellom foretaket, Arbeidstilsynet og Oslo Brann- og redningsetat, - dette gjelder særlig bygningsmessig og andre langsiktige tiltak.

Kommentarer til andre tidligere tilsyn:

- Fylkesmannen helseavdeling (tidligere Helsetilsynet i fylket):
Håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft (gjennomført 8. oktober 2012)
Det ble gitt avvik for at sykehuset ikke sørger for at viderehenvisninger fra andre sykehus/HF håndteres i tråd med regelverket (ansiennitetsdato for opprinnelig henvisning følger ofte ikke med og er derfor ikke alltid brukt som utgangspunkt). Dette avviket stod åpent på grunn av manglende mulighet for korrekt registrering i pasientadministrativt system (PAS). Fylkesmannen var ikke tilfreds med de tiltak som sykehuset beskrev i brev av 6. desember 2013. Det arbeides derfor videre med løsninger i PAS. Fylkesmannen har bedt om en ny tilbakemelding for å lukke avviket innen 1. mars 2014.
- Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB):
HMS/kvalitet, elektromedisinsk utstyr opplæring avvik (gjennomført 5. november 2012)
Alle avvik fra dette tilsynet er lukket bortsett fra avvik 2. Avvik 2 pekte på at flere elektriske anlegg, i henhold til sykehusets egen risikovurdering, ikke ivaretar sikkerheten til pasienten. DSB mener at avviket fortsatt ikke er lukket og fra 1. september 2013 påbegynte en månedlig tvangsmulkt på kr. 450 000 (se orienteringssak 58/2013). Det er avtalt et statusmøte 24. januar 2014 for å redegjøre for gjennomførte tiltak og videre oppfølging. Det refereres for øvrig til oppdatert informasjon vedrørende dette avviket under sak 12/2014.

Se ellers oversikt over oppfølging av tidligere tilsyn i kapittel 8.2.

1.4 Revisjoner

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst skal på vegne av styret, å se etter om god intern styring og kontroll faktisk er etablert, og om den virker som forutsatt slik at det er rimelig sikkerhet for at foretaksgruppen når fastsatte målsettinger, har pålitelig rapportering av styringsinformasjon og etterlever lov- og regelverk.

Internrevisjonen ved Oslo universitetssykehus skal på vegne av administrerende direktør være et ledd i internkontrollansvaret; se etter om det er etablert og gjennomført intern styring og kontroll som er hensiktsmessig og betryggende.

Ansvar for å planlegge og å tilrettelegge for interne revisjoner på foretaksnivå ligger i stab kvalitet og pasientsikkerhet.

Siden 2010 har det vært gjennomført regelmessige møter mellom Konsernrevisjonen og Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet (månedlig), og med administrerende direktør (tertialvis). Hensikten er å samordne foretakets og Konsernrevisjonens revisjonsplaner. Målet er å oppnå god koordinering og en best mulig dekning av interne revisjoner ved foretaket for å sikre ivaretagelse av administrerende direktørs ansvar for å etablere og gjennomføre internkontroll.

1.4.1 Revisjoner utført av Konsernrevisjonen

Revisjoner utført i tredje tertial

I 3.tertial 2013 tertial er en revisjon ferdigstilt, og en revisjon er under utførelse.

- Styresak 73/2013: Ad hoc revisjon vedrørende henvisninger som er sendt, men ikke kommet til aktuelle avdelinger ved Oslo universitetssykehus HF.

Revisjonen ble utført av konsernrevisjon etter anmodning fra administrerende direktør. Revisjonens fokus var at henvisninger sendt fra Ringerike sykehus, ikke hadde kommet frem til aktuelle avdelinger på Oslo universitetssykehus HF. Gjennomgangen viste en del svakheter ved begge foretakenes interne styring og kontroll i prosessen samlet sett.

Det er satt i gang en tiltaksplan som omfatter alle anbefalte områder og oppfølging av forbedringsarbeidet. Det arbeides fortsatt med de ulike tiltakene etter revisjonen.

- Revisjon under utførelse: "Revisjon av helseforetakets intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen". Revisjonen blir gjennomført i Hjerte-, lunge- og kar klinikken er estimert ferdigstilt 30. januar 2014.

Oppfølging av revisjoner utført før tredje tertial

- Revisjonsrapport (3/2013). Revisjon av tverrgående arbeidsprosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS. Revisjonsrapporten oppsummerer 19 funn fra hele området som er rettet mot både RHF, HF og Pasientreiser ANS. Helse Sør-Øst følger opp revisjonen med en nærmere utdypning av funn ved helseforetakene som har pasientreisekontor.
- Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter (sak 50/2012 i styremøtet 20.juni 2012.)
- Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet (sak 51/2012 i styremøtet 20. juni 2012)

Funnene var forbundet med til høy risiko, og tiltak ble umiddelbart satt i verk. Oslo universitetssykehus etablerte et sykehusomfattende prosjekt - "Gjennomføringsprosjektet"- som tar for seg alle anmerkningene i de to konsernrevisjonene.

Konsernrevisjonen følger opp revisjonsfunnene via dialogmøter.

Den 28. januar 2014 er det planlagt ytterlig oppfølging av det pasientadministrative systemet med 8 punktrevsjoner i aktuelle klinikker.

1.4.2 Interne revisjoner

Revisjoner utført i tredje tertial

Det har i desember vært utført to revisjoner med temaet

- Revisjon intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system (herunder henvisningsrutiner og ventelistebehandling). Oppfølging av Gjennomføringsprosjektet.

Revisjonsenhetene har vært i klinikk for Kirurgi og nevrofag, henholdsvis;

- Kirurgisk dagavdeling, Nevrokirurgisk poliklinikk, Rikshospitalet
- Ortopedisk poliklinikk, Ullevål

Funnene på begge enhetene er av alvorlig karakter. Gjennomføringsprosjektet har i disse enhetene ikke blitt fulgt opp etter intensjonene.

Det vil bli et oppfølgingsmøte med ledelsen om hvordan klinikken og enhetene skal arbeide videre innen dette området.

Oppfølging av revisjoner utført før tredje tertial

- Revisjon intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet i forskning.

Det er tidligere informert om revisjon utført ved Kreft, kirurgi og transplantasjonsklinikken / Avdeling for urologi, med fokusområdet "Register og biobank for urologiske sykdommer", herunder "Register for radikal prostatektomi" og "Prostatabiobanken". To av avvikene var klassifisert som alvorlige.

Lukking av avvik knyttet til samtykke ved prøvetaking gjenstår. Pr. januar pågår det en dialog mellom Regional etisk komité (REK) og klinikken, med sikte på en snarlig avklaring.

Resterende avvik er lukket.

- Revisjon intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet.

Utført ved Klinikk for kirurgi og nevrofag, Øre-, nese-, halsavdelingen (ØNH). Avdelingens styring og kontroll med personvern og informasjonssikkerhet var generelt svært god, med høyt bevissthetsnivå hos ansatte og ledere.

Revisjon fant et alvorlig avvik som omfatter sårbarhet i IKT-tjeneste som medfører fare for stans i avdelingens virksomhetskritiske systemer. Dette avviket har foreløpig ikke latt seg lukke med hjelp av Sykehuspartner. Øvrige avvik er lukket.

1.5 Juridiske forhold

1.5.1 Rettssaker – endringer siden forrige tertial

Proessen i domstolsapparatet vil avklare sykehusets juridiske posisjon.

Av arbeidsrettssakene skiller man mellom individuelle og kollektive saker der sistnevnte går for Arbeidsretten.

Endringer siden sist framgår under sakene.

Gitt sykehusets størrelse og omfattende og allsidige virksomhet er det ikke mange tvistesaker.

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

- Assistentlege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling.
Prinsipielt spørsmål for midlertidig ansatt, om leger i spesialisering lovlig kan ansettes midlertidig i henhold til lovens krav om unntak for praksisarbeid.

Oslo universitetssykehus HF vant saken i lagmannsretten. Saken ble anket av saksøker til Høyesterett. Siden andre tertial har saken vært behandlet i Høyesterett (8-9. oktober 2013). Sykehuset vant saken og fikk medhold i at det er hjemmel for å ansette LIS-leger midlertidig.

- Krav om ekstraferie for arbeidstakere over 60 år – ”stråleferie”
Siden andre tertial er sykehuset stevnet av 13 ansatte som mener å ha rett til 6 virkedager ekstra ferie fra det året de fyller 60 år. Saken gjelder spørsmål om en gruppe arbeidstakere som har en individuell avtale om seks uker ferie, også har krav på 6 ekstra virkedager ferie i henhold til ferieloven fra det året de fyller 60. Ordningen var opprinnelig en utvidet ferie begrunnet i vernehensyn for denne gruppen som arbeider med ioniserende stråling. Ordningen er avvirket. Saken er berammet primo februar.

Pengekrav i arbeidsforhold

- Sykehuset ble innklaget til forliksrådet av ansatte med krav om overtidsbetaling for sommerturnus som skal ha vært ugyldig sommeren 2008. Siden andre tertial har saken vært til behandling; mekling ble gjennomført uten at forlik ble oppnådd. Saken ble innstilt.

Erstatningskrav i kontraktsforhold.

- Oslo universitetssykehus har tatt ut forliksklage for pengekrav mot Det Norske Kartselskap AS. Sykehuset finner å ha grunnlag for at selskapet gjennomgående, systematisk og bevisst har overfakturert sykehuset. Siden sist er saken innstilt fra behandling i Forliksrådet og sykehuset har tatt ut stevning ved Oslo tingrett. Saken er berammet primo april.

Erstatningskrav i pasientforhold

- I perioden er det tatt ut forliksklage mot sykehuset fra etterlatte som gjelder krav om oppreisning etter feilbehandling. Pasientskadenemnda har vedtatt at klagerne har krav på erstatning. Det som faller utenfor NPE saken er oppreisning for tort og svie. Saken skal behandles i Forliksrådet 23. februar.

1.5.2 Saker med risiko for rettslig prosess

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

- Kontraktsforhold: uenighet om provisjonskrav knyttet til eiendomssalg. Siden siste rapportering vurderes det å være risiko for prosess.
- Det er varslet søksmål av tidligere ansatt som gjelder lønnskrav og etterbetaling av lønn.

1.5.3 Straffbare forhold:

Saker om straff gjelder brudd på samfunnets normer for hva som er definert som ulovlige straffbare handlinger. Sykehuset er tiltalt i en sak. I de øvrige sakene er forholdet under etterforskning av politiet. Juridisk stab bistår med opplysninger der det er nødvendig. Et negativt utfall for foretaket kan resultere i økonomiske konsekvenser og det vil berøre foretakets troverdighet - omdømme.

- Rekruttering av spesialsykepleiere til arbeid.
Sykehuset har vært tiltalt for brudd på utledningsloven (§ 108, tredje ledd bokstav b, jfr.

straffeloven § 48 a) for medvirkning til utilbørlig utnyttelse av tre sykepleiere. Siden andre tertial har det vært avholdt hovedforhandling og dom ble avsagt 6. desember med frifinnelse. Påtalemyndigheten har 2. januar anket saken til lagmannsretten og en avventer om anken vil bli sluppet inn.

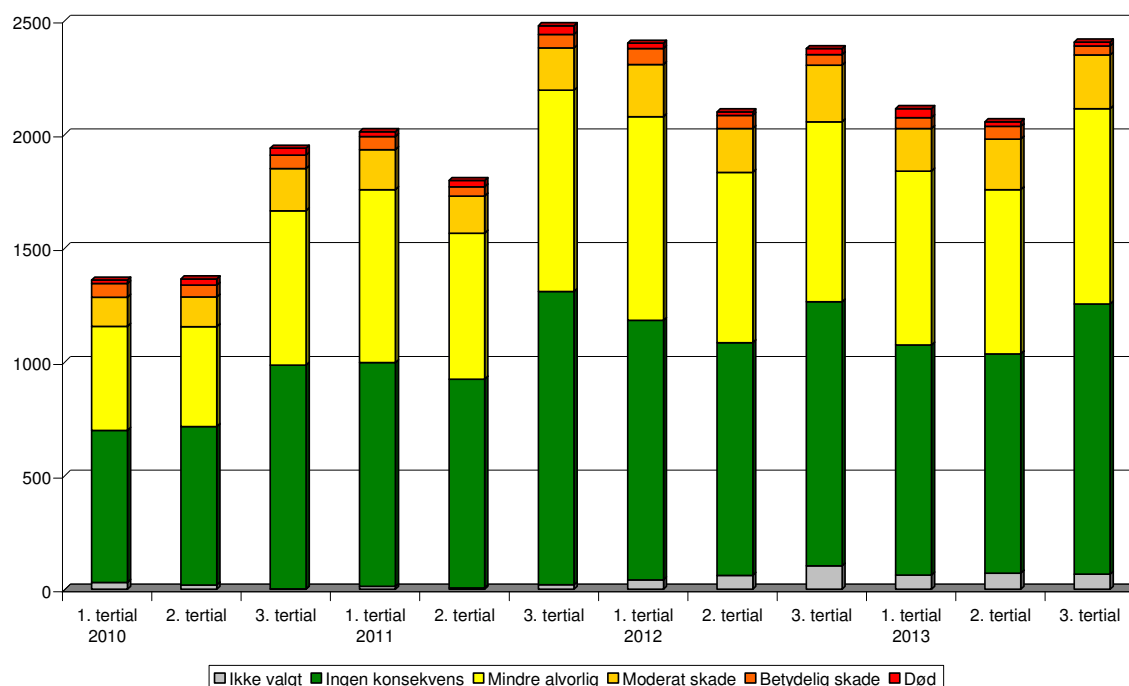
1.5.4 Saker i Klageorganet for offentlige anskaffelser(KOFA)

- Foretaket er innklaget til KOFA av en leverandør i sak som gjelder anskaffelse av defibrillatorer. Foretaket forbereder skriftlig klagebehandling. Saken er til behandling i KOFA. Status siden forrige rapportering er uendret.
- Foretaket er innklaget av en leverandør i sak som gjelder ferdig anbudskonkurranse og inngåelse av kontrakt med valgt tilbyder av sikkerhetssystemer. Foretaket har forberedt og avgitt skriftlig tilsvar. Saken er til behandling i KOFA. Status siden forrige rapportering er uendret.
- Foretaket er innklaget av en tilbyder i sak som gjelder anbudskonkurranse av flytransport ved organdonasjon. Foretaket har forberedt og avgitt skriftlig tilsvar. Siden forrige rapportering har saken vært behandlet av KOFA som kom fram til at sykehuset ikke hadde brutt regelverket for offentlige anskaffelser.
- I perioden er foretaket innklaget av en tilbyder i ny sak som gjelder avlysning av konkurranse om innsamling, transport og sluttbehandling av smitte/risikoavfall. Foretaket har forberedt og avgitt skriftlig tilsvar. Saken er til behandling i KOFA.

2. Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling

2.1 Uønskede pasienthendelser

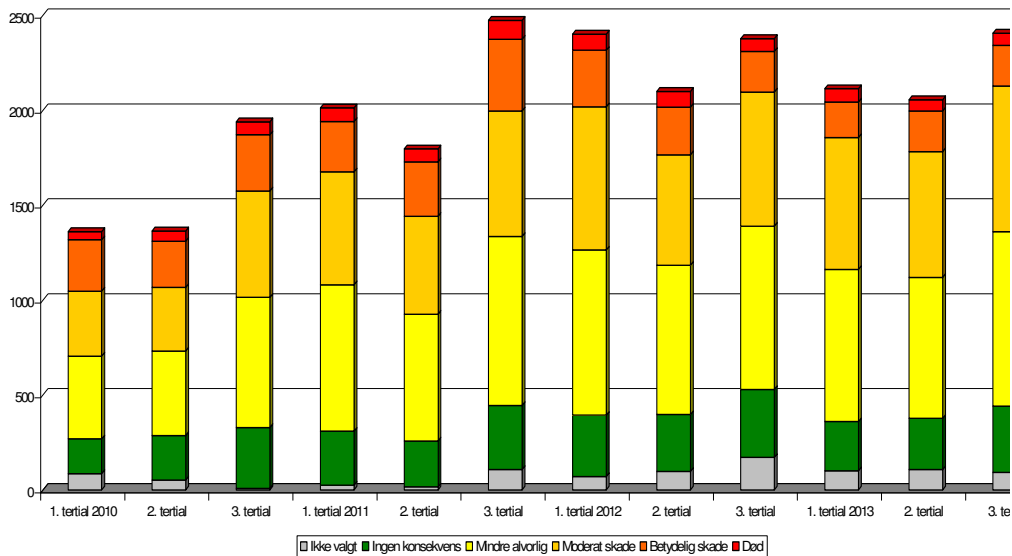
Antallet registrerte uønskede hendelser i pasientrettet aktivitet ser ut til å ha stabilisert seg.



Figur 7. Pasienthendelser. Faktisk konsekvens. Kilde: Achilles

Figur 7 viser fordelingen av pasienthendelser per alvorlighetsgrad. Antall og alvorlighetsgrad av pasienthendelsene er på nivå med samme tertial i 2012. Andelen "betydelig skade/død" har ligget mellom 3 % og 4 % siste 2 år og er dette tertial nede i 2,3 %.

Også ved vurdering av de potensielle konsekvenser (Figur 8) og fordeling på årsakskategorier ser vi at mønsteret fra tidligere tertial gjentar seg.



Figur 8. Pasienthendelser. Potensiell konsekvens (2010-2013). Kilde: Achilles

Mønsteret for fordeling av pasienthendelser på hovedkategoriene viser kun små endringer på 1-3 % per underkategori i forhold til tidligere tertial.

	Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Død	Ikke valgt	
Pasienthendelse	2405	1189	858	237	39	16	66	
Diagnostikk, behandling og pleie	745	289	316	101	21	10	8	31 %
Dokumentasjon	203	136	51	11	0	0	5	8 %
Ernæring	7	5	2	0	0	0	0	0 %
Fall og andre ulykker	154	74	51	20	8	0	1	6 %
Legemidler og blodprodukter	432	272	127	25	0	0	8	18 %
Medisinsk utstyr	197	114	67	14	2	0	0	8 %
Pasientadferd	61	22	21	13	2	3	0	3 %
Pasientadministrasjon / samhandling	424	203	169	37	4	2	9	18 %
Sykehusinfeksjon	15	8	4	3	0	0	0	1 %
Ikke kategorisert	167	66	50	13	2	1	35	7 %

Tabell 2. Fordeling av pasienthendelser i hovedkategorier (3. tertial 2013). Kilde: Achilles.

2.1.1 Forebyggbarhet av dødsfall registrert i avvikssystemet

I avvikssystemet registreres hendelser og forhold også for å vurdere om de er påregnelige eller om de kunne vært forebygget. Vurderingen i hvilken grad hendelsen kunne vært forebygget baserer seg i stor grad på skjønn og må tolkes med varsomhet. Det er i 3. tertial 2013 registrert 16 dødsfall med følgende fordeling:

Forebyggbarhet	Antall
0. Ikke valgt / ikke ferdig behandlet	1
1. Ganske sikkert ikke forebyggbar	7
2. Sannsynligvis ikke forebyggbar	6
3. Sannsynligvis forebyggbar	2
4. Ganske sikkert forebyggbar	0
Totalt	16

Tabell 3. Vurdering av forebyggbarhet – registrerte dødsfall i avvikssystemet 1. tertial

De to dødsfallene som er registrert med "sannsynligvis forebyggbar" dreier seg begge om fødsler som endte fatalt for de nyfødte.

- Vanskelig og langvarig forløsning av et stort barn der barnets skuldre satt fast i fødselsgangen.
- Akutt hendelse i forbindelse med forventet lavrisiko fødsel. Klinisk mistanke om morkakeløsning.

Begge hendelser følges opp i avdelingen og i klinikken, både de familier det gjelder og de ansatte.

2.2 Sykehusinfeksjoner

I 2013 ble det gjennomført prevalensregistrering av infeksjoner 13. februar, 29. mai, 4. september og 27. november. Registreringen omfatter alle somatiske avdelinger med heldøgns pasienter.

Ved Oslo universitetssykehus HF registreres alle helsetjenesteassosierte infeksjoner i prevalensundersøkelsene, ikke bare de 4 infeksjonstypene som skal rapporteres till Nasjonalt folkehelseinstitutt.

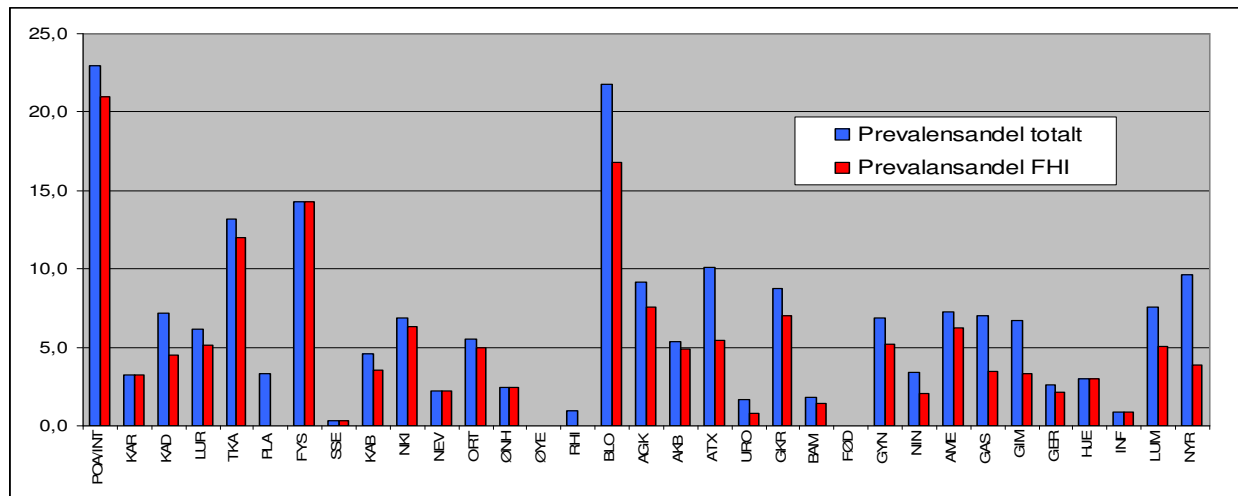
Resultatene kan derfor angis på 2 måter:

1. Prevalensrate av de 4 infeksjonstypene som skal meldes til Nasjonalt folkehelseinstitutt (urinveisinfeksjon, infeksjon i operasjonsområde, nedre luftveisinfeksjon og sepsis). Denne prevalensraten er grunnlaget for Helse Sør-Øst RHF's mål om at prevalensraten skal reduseres til under 3 %.
2. Prevalensrate av alle typer helsetjenesteassosierte infeksjoner.

Til sammen ble det registrert 314 helsetjenesteassosierte infeksjoner hos 5650 pasienter på de fire datoene. Av disse ble det registrert 257 infeksjoner som skal meldes til Nasjonalt folkehelseinstitutt, en prevalensandel på 4,5 %. Dette er en reduksjon i forhold til prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner i perioden 2011 – 2013.

Når alle infeksjonstyper blir tatt med gir det en gjennomsnittlig prevalensandel på 5,6 %.

Det er antall infeksjoner som registreres, ikke antall pasienter med infeksjon. Siden noen pasienter har mer enn én infeksjon, er andelen pasienter med helsetjenesteassosierte infeksjoner litt lavere enn den oppgitte prevalensandelen.



Figur 9. Prevalensrate 2013 fordelt per avdeling.

PO/INT = Postoperativ/intensivavdelingen.

BLO = Avdeling for blodsykdommer.

Selv om registreringene viser en reduksjon av prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner i perioden 2011 – 2013, ligger Oslo universitetssykehus HF altså over målet på 3 % som er satt av Helse Sør-Øst RHF. Det arbeides med tiltak for en ytterligere reduksjon, men med dagens pasient-sammensetning, en til dels nedslitt bygningsmasse og annen suboptimal infrastruktur er 3 % et veldig krevende mål for Oslo universitetssykehus HF.

2.3 Melding til Kunnskapscenteret etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3

Oslo universitetssykehus HF sender meldepliktige hendelser som registreres i Achilles til Kunnskapscenteret i henhold til Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3. Det er meldt 400 hendelser i 3. tertial, ned fra 405 i 3. tertial 2012.

2.4 Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a

Det er i 3. tertial sendt 18 varsler til Statens helsetilsyn i henhold til Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a fra Oslo universitetssykehus HF. Varslene medførte tilsynsmessig oppfølging i 9 saker.

	2011	2012	2013		
			1. tertial	2. tertial	3. tertial
Ingen tilsynsmessig oppfølging	7	17	11	9	9
Oppfølging - anmodning om redegjørelse	0	0	2	1	2
Tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen	3	14	5	7	3
Skriftlig tilsynsmessig oppfølging fra Statens helsetilsyn	-	-	-	-	2
Stedlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	5	2	1	2	2
Totalt	15	33	19	19	18

Tabell 4. Antall varsler til Statens Helsetilsyn med påfølgende reaksjon.

2.5 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

Det lite endringer i andel saker som er ferdigbehandlet med medhold / erstatning fra Norsk Pasientskadeerstatning i perioden. Utbetalt erstatning fra NPE var på 52 millioner kroner i 3. tertial 2013, hvorav foretakets egenandel var kr. 850 000,- Antallet nye erstatningssaker er på nivå med tidligere tertialer.

År	Totalt antall	Avslag	Medhold	Medhold %
Hele 2010	459	327	132	29 %
1. tertial 2011	143	100	43	30 %
2. tertial 2011	145	105	40	26 %
3. tertial 2011	149	105	44	30 %
Hele 2011	437	310	127	29 %
1. tertial 2012	140	113	27	19 %
2. tertial 2012	143	115	28	20 %
3. tertial 2012	185	139	46	25 %
Hele 2012	468	367	101	21 %
1. tertial 2013	137	105	29	22 %
2. tertial 2013	124	93	31	25 %
3. tertial 2013	166	131	35	21 %
Hele 2013	427	329	95	22 %

Tabell 5. Avsluttede NPE-saker, utvikling over tid. Kilde: NPE.

2.6 Pasientsikkerhetskampanjen/programmet

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ble formelt avsluttet 31. desember 2013. Det er besluttet å videreføre arbeidet i et nasjonalt pasientsikkerhetsprogram 2014 – 2018, som i det vesentlige vil videreføre kampanjens ulike elementer og tiltak.

Det nasjonale programmet vil bli ledet av Kunnskapscenteret. Modellen for gjennomføring er at helsevirksomheter, avdelinger og enheter helt ned til sengeposter skal kunne implementere kampanjetiltak selv med støtte fra Kunnskapscenterets ved hjelp av veilednings- og støttemateriell på deres nettsider.

Det nasjonale programmet vil bli ytterligere tydeliggjort som en del av den ordinære styringslinjen i helsetjenestene og inngår i oppdragsdokumentene både til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

I tillegg til videreføring av eksisterende kampanjeelementer vil det nasjonale programmet innebære en betydelig opptrapping i perioden 2014- 2018, med en bevillingsøkning fra dagens ca 20 mill kr pr år til ca 50 mill kr pr år i 2018. Den vesentligste opptrappingen er knyttet til en opptrapping i kommunesektoren der kampanjen så langt har hatt en beskjeden utbredelse. Også for spesialisthelsetjenesten vil det komme en opptrapping. Styringsgruppen i pasientsikkerhetsprogrammet har varslet at det vil bli arbeidet med nye tiltakspakker for lansering i 2014.

Leder av seksjon pasientsikkerhet er oppnevnt som medlem i det nasjonale fagrådet.

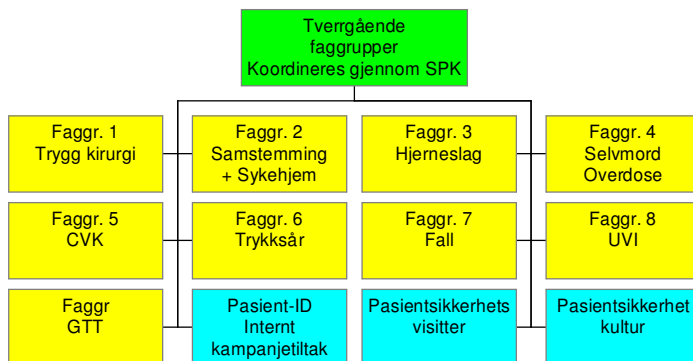
Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen er en viktig del av det nasjonale programmet og vil bli gjennomført igjen i 2014. Antatt oppstart i Oslo universitetssykehus HF vil være i uke 9.

Fagrådet i programmet (Oslo universitetssykehus HF representert ved Geir Buckholm og Anders Baalsrud) er varslet et omfattende arbeid med å utvikle og forslå nye tiltak for programperioden.

Oslo universitetssykehus HF antas også å bli noe engasjert i de nye kampanjetiltakene rettet mot kommunehelsetjenesten, men hva det vil innebære i praksis er usikkert.

Pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakker

I tredje tertial 2013 ble de enkelte tiltakspakker gjennomgått og tilrettelagt for innføring og bruk i sykehuset.



Figur 10. Organisering av faggrupper for å tilrettelegge pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakker for innføring og bruk i Oslo universitetssykehus HF .

Faggruppene presenterte sitt arbeid i et vellykket pasientsikkerhetsseminar i Store auditorium på Ullevål 28. november 2013.

Innhold i leveransene består overordnet av:

- Sjekklistene i lommekort versjon
- Brosjyrer
- Plakater
- Postere / rolls-up
- Forslag til indikatorer
- Oppdaterte styrende dokumenter i eHåndbok
- Informasjon i Virksomhetsportalen (er under oppdatering)

Det ble også gjennomført noen pilotinnføringer for noen tiltakspakker i perioden.

Innsatsområdet for behandling av hjerneslag er ikke behandlet i påvente av andre prosesser i sykehuset.

Videre prosess blir nå en innføring av de enkelte tiltakspakker i linjen med beslutning og oppfølging av klinikkleder i hver klinikk.

Handlingsplan for pasientsikkerhet for 2014 er under utarbeidelse med klare forventninger om hva som skal gjennomføres i avdelingene. Handlingsplanen vil bli utarbeidet i samarbeide med tillitsvalgte, vernetjeneste og Brukerutvalg, samt justert i forhold til oppdragsdokument for 2014.

Det utarbeides som et vedlegg til Handlingsplanen en egen veileder som støtte for avdelingenes praktiske innføring av de enkelte tiltakspakker.

2.6.1 Journalundersøkelser med Global Trigger Tool (GTT)

Journalgjennomgang etter GTT-metoden er kontinuert på virksomhetsnivå i tredje tertial. Resultatene for 2013 antas ferdige til presentasjon 1 tertial 2014.

Foretaket har i perioden sendt flere medarbeidere på kurs i regi av Kunnskapscenteret med ønske om å starte med lokale journalgjennomganger i enkeltavdelinger våren 2014.

2.7 Brukerundersøkelser

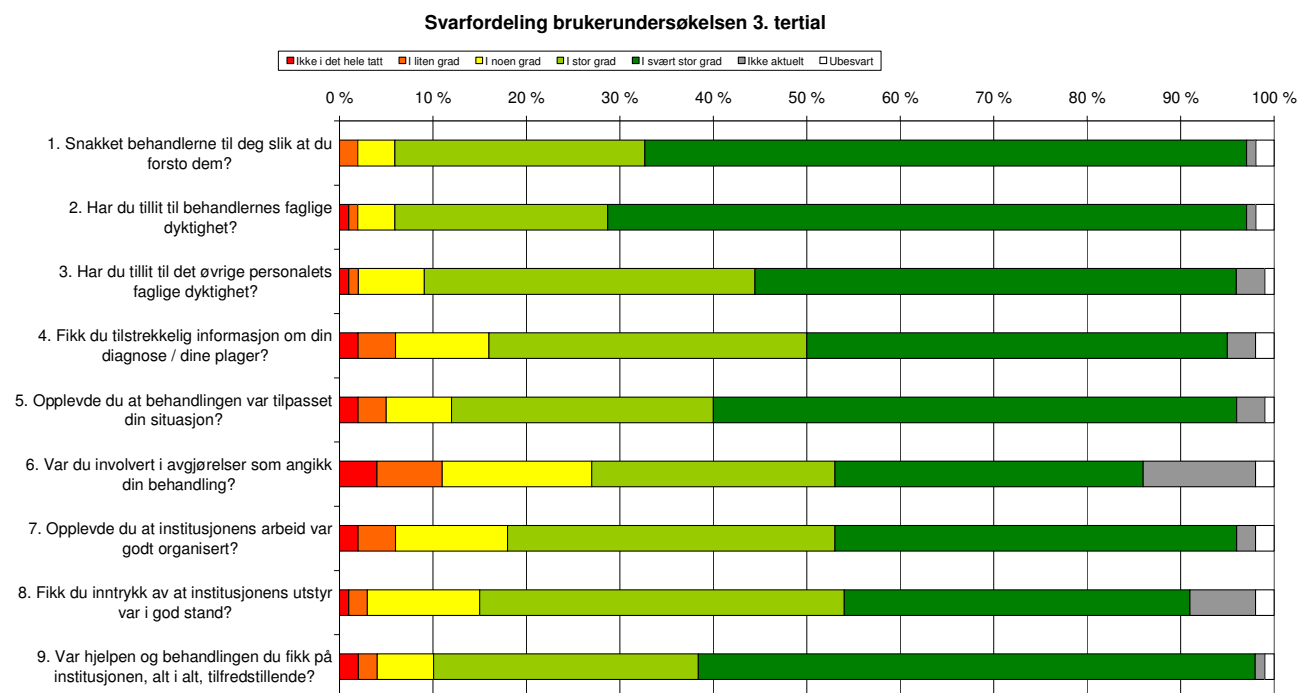
I 3. tertial er det kommet 1854 svar i brukerundersøkelsen, fordelt på 156 enheter i Oslo universitetssykehus HF. Det er stor variasjon i antallet svar per enhet. Metoden er ennå ikke innarbeidet i alle sengeposter og poliklinikker. Resultatene er derfor ikke pålitelige uttrykk for hva den samlede pasientgruppen mener.

Av besvarelsene inneholder hele 50 % en kommentar. 25 % av svarene er gitt med smarttelefon. Det er en svak forbedring i svarfordelingen på alle spørsmålene. Dette antas å ha sammenheng med pågående utrulling av brukerundersøkelsen, slik at det er flere pasienter/pårørende fra flere avdelinger som har svart.

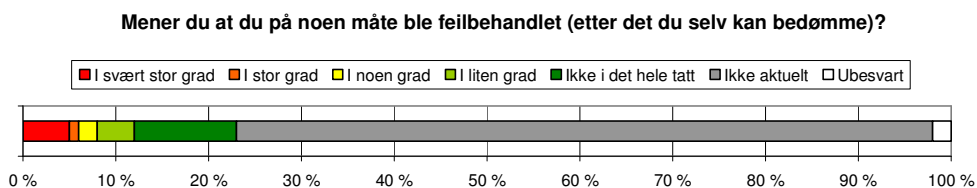
Det er foreløpig ikke et høyt antall svar sammenliknet med antall pasienter. Dette antas å ha sammenheng med at det er langt fra alle pasienter som mottar invitasjonen til å gi sin tilbakemelding. Arbeidet med å innføre metoden i alle aktuelle avdelinger pågår.

Alle besvarelser blir på en enkel måte gjort tilgjengelig for enhetenes ledere, og kan derved fortløpende være grunnlag til forbedringer.

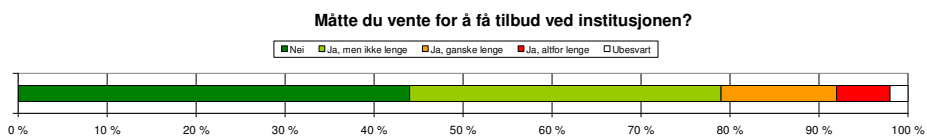
Svarfordeling – helseforetaknivå:



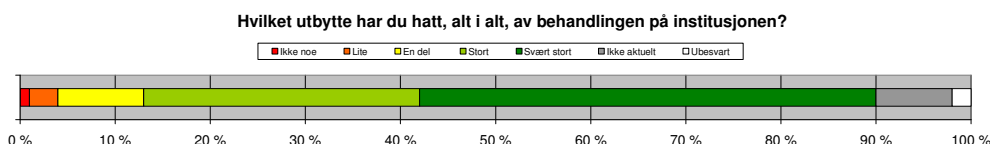
Figur 11



Figur 12



Figur 13



Figur 14

Noen utvalgte tekstlige kommentarer fra pasientene:

- Jeg er veldig godt fornøyd med sykehusoppholdet og behandlingen. De ansatte på sykehuset var veldig ivaretaende, faglig dyktige og omsorgsfulle. Det jeg registrerte som jeg opplevde var et problem var at de nesten løp beina av seg. Når jeg trengte hjelp måtte jeg som regel vente en god stund og det var fordi sykepleierne hele tiden var opptatt og hadde kø på pasienter som trengte dem. Dette er frustrerende for de innlagte og må være veldig stressende for de ansatte. Om det skyldes dårlig organisering eller underbemanning vet jeg ikke, kanskje en kombinasjon. Uansett så det for meg ut som for lav bemanning. Sykepleierne og legene gjør en kjempeinnsats i det som må oppleves som et veldig stressende og til tider frustrerende arbeidsmiljø.
- Personalet i resepsjonen er kalde. De trenger et smilekurs. Behandler /lege stod i skarp motsetning til disse, da han var suveren og svært faglig dyktig.
- Alt gikk på skinner. Kunne ikke vært mer profesjonelt. Er bare takknemlig for at det er mulig å få hjelp så raskt og så bra. Beklager; har ikke noe forslag til forbedringspotensial. Jeg sitter nå hjemme 6 dager eter bypassoperasjon på 3 hovedårer og ei åre til. Har kuttet ut smertestillende for 2 dager siden, er smertefri og kan gå turer. Fantastisk bra hjelp!!!!!!
- Noe rot og manglende informasjon ved utskrivelse. Misforståelse mellom pleier og lege førte til 3 timers ekstra venting. Ellers svært fornøyd.
- Alle legene jeg hadde med og gjøre var veldig hyggelig og veldig dyktige. All honnør til alle sykepleierne på min avdeling, de var alltid behjelpelig og i veldig godt humør. Maten var også tilfredsstillende. Fint at man kan gå og spise når man er sulten og i form etter en operasjon. Alt i alt en fin og hyggelig sykehusopphold.

- Jeg ble møtt av dyktige leger og sykepleiere som, i tillegg til sin profesjonelle tilnærming mot pasienten, viste sine varme og menneskelige egenskaper. Legen ga god informasjon både før, under og etter behandlingen. Alt som ble lovet ble levert på tiden, raskt, effektivt - som et velsmurt maskineri. Mine erfaringer med Rikshospitalet var rett og slett imponerende. Godt å se skattepengene våre brukes fornuftig, stolt av dette!
- Følte meg nesten trakassert og vil ha ny lege. Vil klage til fylkeslegen.
- I det hele tatt godt mottatt og fulgt opp tvers gjennom. Fortsett slik! Og god jul!
- Ønsker at avdelingen var åpen 7 dager i uken. At avdelingen var åpen i julen, påsken og i sommerferien. Behovet for oss som har psykisk syke barn er veldig stort og de store krisene kommer stort sett når avdelingen er stengt. Dette er en stor påkjenning for oss som foreldre, barnet som er sykt og søsken.
- Uorganisert. Venter ALLTID over 30 min når har time kontroll ved avdelingen. Også kl 08.30 på morgenen!? Ble også feil informert i 2 mnd, trodde måtte ha kreftbehandling når det ikke var kreft!!
- Vi er svært fornøyd med hvordan vi har blitt behandlet på føden og barsel på RH de tre gangene vi har vært der. De har lyttet til våre ønsker og bekymringer og tatt de på alvor. Vi har erfart at når ting går galt på føden så står et stort apparat med dyktige mennesker klare til å hjelpe og det har vært en enorm trygghet. Veldig bra at de på barsel stikker innom og spør hvordan det går innimellom for de av oss som ikke liker å dra i snoren. Bra at det ikke er besøk fra andre enn pappa og søsken på barsel, da blir det mye mer ro på avdelingen. Så kan de som ønsker besøk heller gå ned til kafeteriaen. Fortsett det gode arbeidet og takk for hjelpen.
- Kunne tatt blodprøver før kontaktsykepleier kom, 15 min for sent. Måtte vente lenge for å ta blodprøver og ble derfor 20 min forsinket til ultralydundersøkelse.

2.8 Pasientsikkerhetsvisitter

Administrerende direktør har i tredje tertial gjennomført 6 pasientsikkerhetsvisitter der risiko- og forbedringsområder har blitt avdekket i samtaler med de ansatte. I etterkant av visittene er det avholdt møtet med klinikk-, avdelings- og enhetslederne der ansvar for gjennomføringen av konkrete forbedringstiltak har blitt fordelt.

De besøkte enhetene er

- Karavdelingen, Aker
- Avdeling for urologi, Aker
- Regional sikkerhetsavdeling, Dikemark
- Regional avdeling for spiseforstyrrelser, Ullevål
- Barnemedisinsk sengepost 2, Rikshospitalet
- Hovedkjøkkenet, Rikshospitalet

Totalt 26 tiltak er planlagt i forhold til følgende (grovdefinerte) problemområder:

- Bemanning, organisering og pasientflyt
- Opplæring, forbedring, faglig utvikling, interne rutiner
- Behov for nytt utstyr
- Behov for bedre rutiner rundt samarbeid med andre klinikker
- Behov for bedre samarbeid rundt samarbeid med eksterne parter

- Areal/ bygningsmasse
- IT

2.9 Publisering av uønskede hendelser på nett

3 alvorlige pasienthendelser er publisert i 3. tertial². De berører systemforhold innenfor 3 ulike områder av sykehusvirksomheten og har medført forbedringstiltak.

- Et barn ble vellykket operert for en stor medfødt hjertefeil. Da man etter et par dager skulle gjøre en rutinemessig tapping av væske fra brysthulen fikk barnet hjertestans og påfølgende alvorlig hjerneskade.
Årsak til hendelsen ble bedømt å være at barnet var dehydrert på grunn av venting på at inngrepet skulle starte og utfordringen med å "treffe riktig" i forhold til inngitt væske, der man kan risikere både å gi for mye og for lite. Utfordringen er å kunne forutsi tidspunkt for når personell og utstyr kan disponeres samtidig, for å få gjennomført inngrepet. Jo større usikkerhet i tidsfastsettelsen, jo vanskeligere er det å sikre at pasienten har fått riktig væsketilførsel. Tilførselen må samordnes med urinproduksjonen, slik at væskemengden holdes så stabil som mulig.
Hendelsen har medført en gjennomgang av logistikk med sikte på bedre planlegging og sikrere fastsettelse av operasjonstidspunkt og styring av væsketilførsel. Hendelsen illustrerer at avansert medisin ikke bare er krevende rent medisinsk-faglig, men også krevende i forhold til organisering og samordning.
- Et CT-bilde av en pasient henvist med mistanke om hjerteinfarkt viste en skygge på lungene med mistanke om lungekreft. Skyggen ble imidlertid ikke oppdaget med det samme, men 3 uker senere da pasienten var utskrevet tilbake til lokalsykehuset. Av flere ulike årsaker ble imidlertid ikke funnet formidlet videre til lokalsykehus eller fastlege og heller ikke fanget opp i avdelingen som hadde rekvirert CT-undersøkelsen og dermed var mottaker av svaret. Pasienten ble derfor ikke innkalt til videre undersøkelser og behandling.
Hendelsen viser betydningen av å ha helt vanntette rutiner for at prøvesvar formidles tilbake til og fanges opp av avdeling som har rekvirert undersøkelsen. Hendelser som dette er sjeldne. Det er imidlertid krevende og forhindre uten bedre dataløsninger med systemer for sikkert svarmottak og kvitteringsrutiner. Flere rutinejusteringer er gjort i etterkant.
- En pasient får påvist kreftsykdom hos en privatpraktiserende legespesialist, som henviser pasienten til utredning og behandling på sitt lokalsykehus. Først 88 dager senere får pasienten nødvendig kirurgisk behandling ved Oslo universitetssykehus HF. I dette tilfellet dreide det seg om en kreftsykdom som er forholdsvis enkel å oppdage, påvise og behandle, men hvor det er viktig å unngå unødvendige forsinkelser. Hvis sykdommen får utvikle seg ubehandlet, reduseres muligheten for å bli kurert for sykdommen. I denne saken oppsto det forsinkelser i svært mange av leddene i pasientforløpet som hver for seg ikke er dramatiske, men som samlet ga en uforsvarlig forsinkelse. Hendelsen viser hvor viktig det kan være å analysere hele pasientforløpet og ikke bare hva som har skjedd i den enkelte helsevirksomhet. For å få til det er det behov for å se på hvordan en kan tilpasse dagens regler for utveksling av pasientinformasjon slik at nødvendig informasjonsutveksling blir mulig.

2.10 Klager fra pårørende og deres representanter

Helseforetaket registrerer og følger opp alle mottatte henvendelser der pasient, pårørende, pasientombud eller Fylkesmann klager på behandling, eller etterspør mer informasjon i forbindelse med pasientrettet virksomhet.

² <http://www.oslo-universitetssykehus.no/fagfolk/kvalitet/pasientsikkerhet/uonskede-hendelser/Sider/side.aspx>

	2011	2012			2013		
	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3
Fra Fylkesmannen	65	77	73	51	57	70	50
Fra pasient / pårørende	96	112	128	122	170	147	136
Fra Pasientombud	32	27	35	17	42	43	21

Tabell 6. Nye klager og klagerelaterte saker. Kilde: Achilles.

Antall klagesaker mottatt fra Fylkesmannen er på nivå med samme tertial i 2012. Antall saker fra Pasientombudene er fortsatt høyere enn i foregående år. Hovedmengden av sakene handler om misnøye med informasjon/kommunikasjon og ventetid.

Fylkesmannens konklusjoner i saker som er registrert som avsluttet i Achilles i perioden:

	3. tertial 2012		1. tertial 2013		2. tertial 2013		3. tertial 2013	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerking	17	50 %	27	60 %	13	41 %	16	47 %
Avsluttet med anmerking	9	26 %	4	9 %	6	19 %	4	12 %
Brudd på informasjonsplikt	2	6 %	0	0 %	1	3 %	1	3 %
Brudd på pasientrettigheter	0	0 %	1	2 %	0	0 %	1	3 %
Brudd på krav til journalføring	1	3 %	0	0 %	2	6 %	2	6 %
Brudd på forsvarlighet	5	15 %	13	29 %	10	31 %	9	26 %
Brudd på taushetsplikt							1	3 %
SUM	45	100 %	34	100 %	32	100 %	34	100 %

Tabell 7. Fylkesmannens konklusjoner i avsluttede klagesaker.

Det er fortsatt mer enn hver fjerde tilsynssak fra Fylkesmannen som konkluderer med brudd på forsvarlighet.

Ved brudd på faglig forsvarlighet omhandler ca 1/3 av sakene ventetider og behandling av henvisninger. Dette har Konsernrevisjonen satt fokus på i 2012, og Oslo universitetssykehus HF har fulgt opp med gjennomføringsprosjektet i 2013.

I saker med brudd på faglig forsvarlighet i tredje tertial gjaldt;

- 4 saker - behandling av henvisninger og lang ventetid.
- 3 saker - behandling
- 2 sak - manglende koordinering av behandlingen.

I sak om Nyfødtintensivavdelingen ved Rikshospitalet konkluderte Fylkesmannen med brudd på faglig forsvarlighet i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og brudd på internkontrollforskriften § 4. De skriver videre:

«Avdelingen har vært drevet med for høyt risikonivå mht sykepleiefaglig kompetanse over for lang tid og dette vil kunne få konsekvenser for pasientsikkerheten.»

Det er iverksatt et omfattende arbeid med forbedringer på denne avdelingen og saken er svart ut innen frist.

2.11 Tilbud til pasienter og pårørende fra tros- og livssynsminoriteter

Formålet med prosjektet "Samtalepartnere om tro og livssyn" (2011-2013) er å ivareta grunnleggende behov knyttet til tros- og livssynsutøvelse, ved å tilby tros- og livssynsbetjening for alle pasienter og pårørende. Prosjektet er også forankret i menneskerettigheter og pasientrettigheter.

Pilotprosjektet ble avsluttet ved utgangen av 2013, men foretaket arbeider for å opprettholde tilbudet også utover i 2014. Målet er å bidra til at pasienters behov for eksistensiell og åndelige omsorg får dette dekket i løpet av sykehusoppholdet, uavhengig av religiøs eller livssynsbasert tilhørighet. Det vil i kommende periode også bli vurdert alternative modeller for å ivareta behovet for flerreligiøse tjenester i foretaket.

Ved siden av obligatoriske refleksjonskvelder har samtaleteamet i år gjennomført 2 helger med etterutdanningskurs, inkludert besøk på hverandres tros- og livssynsamfunn. I oktober ble det arrangert et felles etterutdanningskurs med foretakets kulturveiledere. Det var en fin måte for helsepersonell og representanter i samtaleteamet å bli kjent med hverandre.

Prosjektet har totalt hatt ca 110 samtaler (fra 1. februar 2012), og det har vært holdt over 80 foredrag om prosjektet på ulike avdelinger på sykehuset.

2.12 Tolketjenester

På bakgrunn av anbefalinger fra Likeverdsprosjektet, ble Oslo universitetssykehus HF i november 2012 gitt i oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF:

”å påbegynne arbeidet med å forberede opprettelse av en Tolkesentral som en mulig område/ flerområdefunksjon for å dekke fremtidige behov for gode tolketjenester”.

I 2013 ble Tolkesentralen utredet som et samarbeid med Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF.

Ledermøtet besluttet 28. mai 2013 at Oslo universitetssykehus HF tar ansvar for å etablere en Tolkesentral, basert på en forutsetning om at sykehuset får et lån på 10 millioner kroner fra Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset fikk tilsagn på lånesøknaden i desember 2013, og det er i forbindelse med denne også signert en intensjonsavtale med Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF.

Det er i løpet av høsten 2013 vært jobbet med prosjektering og minianbud knyttet til eiendom/areal, samt forberedelser knyttet til IKT hjelpemidler blant annet bestillingssystem og videokonferanseutstyr.

Det er stor interesse for prosjektet. Det har vært presentert for Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helsedirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, med flere.

Nasjonalt strategi for innvandrerhelse nevner bruk av kvalifisert tolk som et overordnet mål og ber om kartlegging av bruk av skjermtolking. Et offentlig utvalg som skal utrede bruk av tolk i offentlig sektor ble oppnevnt ved Kongelig resolusjon 23. august. Sykehuset er representert i referansegruppen høsten 2013.

2.13 Helseradio på urdu arabisk og somali - Radioprojekt

Hensikten med helseradioprojekt er å nå ut med viktig helseinformasjon til den minoritetsspråklige befolkningen i Osloområdet.

Prosjektet er gjennomført i samarbeid med ”Pak Radio Voice of Oslo”, som er en lokalradio drevet av frivillige på Mortensrud. Tiltaket er støttet av Medietilsynet. Det er til sammen produsert 6 programmer, og tema for høstens sendinger var: diabetes, demens og tolking og pasientrettigheter. Fagpersoner blir

intervjuet live i studio av en journalist, og lytterne inviteres til å ringe inn spørsmål, eventuelt sende spørsmål via skriftlige medier. Det er søkt ytterligere midler for å videreføre tiltaket i 2014.

2.14 Tjenesteavtaler

Samarbeidsutvalget anbefaler at operasjonalisering og videre arbeid med tjenesteavtaler/underavtaler i størst mulig grad gjøres ensartet i hovedstadsområdet.

Arbeidet med utforming av underavtaler initieres og besluttes sektorvis og tas deretter til samarbeidsutvalget hvor de øvrige sektorer får mulighet til å komme med innspill/kommentarer og deretter eventuelt gi tilslutning.

Oslo universitetssykehus HF har tatt initiativ til arbeid med underavtaler innen flere ulike fagfelt.

I samarbeid med primærhelsetjenesten har det vært nedsatt ulike arbeidsgrupper som har utarbeidet:

- "Underavtale som regulerer samhandling om barn som har behov for koordinerte tjenester ved utskrivning fra sykehus"
- "Avtale som regulerer nettverk av ressurspsykepleiere innen palliasjon og kreftomsorg"

Begge disse underavtalene er gitt tilslutning i Samarbeidsutvalget.

Videre arbeid med å få på plass underavtaler knyttet til andre tjenesteavtaler og fagfelt fortsetter. Det er enighet i Oslo universitetssykehus sektor om at det er behov for å utarbeide en avtale som beskriver den operative samhandlingen for pasienter innen feltet psykisk helse og avhengighet. Denne underavtalen lenkes til overordnet Tjenestavtale 1 – samhandling om pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Arbeidet skal regulere samhandlingen rundt noen av de mest sårbare og krevende pasienter vi behandler, og er som sådan utfordrende og vil måtte ta noe tid. Forslag til avtale vil foreligge Direktørmøte til vurdering og videre behandling ultimo april 2014.

En annen arbeidsgruppe er i gang med å utforme forslag til underavtale som skal beskrive samhandlingen om pasienter som ved utskrivning er i behov av medisinsk teknisk utstyr/behandlingshjelpemidler. Denne avtalen reguleres av overordnet Tjenesteavtale 2, "Samhandling om pasienter med behov for kommunale tjenester ved utskrivning". Forslag til fremlegg for Direktørmøte vil foreligge før påske.

Det er videre fremkommet et ønske fra flere sektorer om behovet for å regulere samhandlingen innen utdanning, forskning, hospitering og praksisplasser, underavtale til Tjenesteavtale 4 - "Forskning og utdanning". I møte i samarbeidsutvalget er Sunnaas sykehus bedt om å initiere dette arbeidet med deltakere fra alle fire sektorer.

Oslo universitetssykehus HF leder Samarbeidsutvalget de neste to årene. En viktig satsning vil bli å få på plass en handlingsplan for utvalget. Elementer i en slik plan vil vektlegge satsning innen feltet psykisk helse og avhengighet. Det blir videre viktig å si noe om behovet for kunnskapsoverføring/kunnskapsutveksling og systemer for beslutningsstøtte mellom sykehus og primærhelsetjeneste. Utfordringer relatert til implementering av samarbeidsavtaler, ny kunnskap, gode prosjektresultater samt mangel på implementeringskompetanse vil også bli løftet frem som egen satsning.

Direktørmøte i Oslo universitetssykehus HF sektor skal i slutten av januar ha felles faglig seminar over to dager. Intensjonen er å oppsummere erfaringene etter to år med samhandlingsreform og beskrive de utfordringer det blir viktigst å ta tak i året som kommer.

Forslag til tiltak vil bli lagt inn i en gjensidig, forpliktende handlingsplan mellom helseforetaket og Oslo kommune.

Etableringen av 32 kommunale, akutte døgnenger på Aker med plan om opptrapping til 73 senger innen utgangen av 2016 følges nøye fra Oslo universitetssykehus HF sin side. Det er vesentlig at denne satsningen gir reell reduksjon på antallet øyeblikkelig hjelp innleggelse i sykehuset. Ledelsen ved den kommunale akuttenheten har ved flere anledninger blitt invitert til klinikk møter i ulike klinikker (Akuttklinikken, Medisinsk klinikk og Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken) for å informere nærmere om virksomheten og ikke minst om inklusjonskriteriene. Det er nå en pågående diskusjon med sykehuset for å se på mulighetene for utvidelse av kriteriene for innleggelse i disse plassene. Det kan for eksempel være aktuelt å inkludere grupper av palliative pasienter samt pasienter fra kvinnesenteret til de kommunale, akutte døgnplassene.

2.15 Status for pågående samhandlingsprosjekt

Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre

Prosjektet har pågått i to år og avsluttes ultimo januar med en omfattende prosjektrapport. Prosjektets hensikt har vært å etablere gode modeller for pasientforløp for eldre pasienter med akutt og subakutt funksjonssvikt fra symptom oppstår i pasientens hjem, til diagnostikk og behandling hos fastlege og/eller på sykehus er i gang satt og situasjonen er under kontroll.

Prosjektet har vært et samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus HF (Medisinsk klinikk, direktørens stab), tre sektorbydeler og en stor gruppe fastleger. Prosjektet har vært fulgt tett fra Idépoliklinikken som har foretatt målinger av for eksempel epikrisekvalitet og meldinger til hjemmetjenesten. Prosjektet følges også av et eget forskningsprosjekt, resultatet herfra vil ikke ferdigstilles før om et år.

De foreløpige resultatene viser at det er et stort behov for denne type kvalitetsforbedringstiltak, spesielt i hjemmetjenesten. Det er utviklet egen rutine for kommunikasjon mellom hjemmetjenesten og fastlegene i forhold til pasientgruppen. Det er også utarbeidet og tatt i bruk egne kartleggingsverktøy til bruk for hjemmetjenesten. Utfordringene videre vil i hovedsak være relatert til videre implementering av de gode resultatene.

Ambulerende sårteam

Prosjektet har vært et samarbeid mellom tre bydeler, Sykehjemsetaten og Oslo universitetssykehus HF (Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon).

Tiltakene har vært opprette ambulerende sårteam som har behandlet immobile pasienter med sår hjemme på sykehjemmet, fremfor å transportere pasientene tur/retur sykehusets poliklinikk.

Prosjektet oppnådde svært gode kvalitative resultater. Idépoliklinikken fulgte prosjektet tett og utarbeidet blant annet en kost/nytteanalyse som viste at kommunen ble økonomisk vinner gjennom en slik arbeidsmodell.

Både Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF ønsket en videreføring etter formell prosjektavslutning. Det er derfor inngått en avtale mellom Oslo universitetssykehus HF og aktuelle sykehjem i Oslo hvor sykehuset fakturerer Sykehjemsetaten for merutgiftene ved denne arbeidsmåten.

Modellen har fått mye oppmerksomhet i samhandlingsmiljøet i Helse Sør-Øst.

Ambulerende palliativt team

Bydel Østensjø og Oslo universitetssykehus HF v/Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon Stab samhandling og internasjonalt samarbeid deltar. Prosjektet fortsetter fram til sommeren 2014.

Målet med prosjektet er at i løpet av prosjektperioden, 2013/2014 skal det videreutvikles samhandling mellom kommunehelsetjenesten i bydel Østensjø og seksjon for lindrende behandling (SLB), ved Kreft- og kirurgiklinikken Oslo universitetssykehus. Dette prosjektet vil være nyskapende ved at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten styrkes gjennom et ambulerende palliativ team (APT) som vil forankres både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Slik vil overføring av tjenester mellom de to etatene bli enklere. Prosjektet skal utvikle systemer og modeller som vil styrke samhandling ved å bidra til et tettere, enklere og mer konstruktivt samarbeide mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Tilbudet skal rettes mot pasienter som har behov for spesialisert palliativ behandling, pleie og omsorg i eget hjem og på sykehjem. Et hovedmål er å bidra til økt hjemmetid og eventuelt hjemmedød for pasienter i sen palliativ fase av alvorlig sykdom.

I prosjektet etableres et APT bestående av lege og sykepleiere fra SLB i nært samarbeid med sykepleiere fra palliasjonsgruppen/-kreftkoordinator fra bydelen. Erfaringer fra prosjektet vil kunne muliggjøre etableringen av et permanent tilbud med palliative ambulerende team, som på sikt kan utvikles til å bli et likeverdig tilbud til alle Oslos bydeler. I tillegg til samarbeidet mellom hjemmesykepleien og SLB er det viktig å trekke inn fastleger, sykehjemsleger og øvrige relevante faggrupper fra helse- og sosialtjenesten, likeså vil det være aktuelt å samarbeide med Fransiskushjelpen.

Sammen får vi til mer for livsstilssykdommene

Deltakere er Oslo universitetssykehus HF v/medisinsk klinikk, stab samhandling og internasjonalt samarbeid og tre bydeler i Oslo.

Hovedmål

Utvikle en modell for utvikling av samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten som kan være en støtte og drivkraft i forbedring av behandling og pasientforløp for personer med livsstilrelaterte sykdommer. Modellen skal utvikles i tett samarbeid med brukerne og den skal omfatte både sykehus og kommunehelsetjeneste samt samspillet mellom disse.

Målgruppe 1: De som vil få et utbytte av tiltakene som utvikles. Det vil være en eller flere pasientgrupper, spesielt pasienter med KOLS og diabetes.

Målgruppe 2: De som sammen med brukerne skal eie og drive den modellen som utvikles. Det vil være de involverte helsearbeidere og deres ledere.

Leveringsmål:

- Analyse av pasientforløp, samhandling og mulige forbedringsområder og tiltak knyttet til de valgte gruppene samt organisering og arbeidsform som sikrer at forståelsen blir spredt og tiltak iverksatt.
- Beskrive en generell modell for forbedringsarbeid knyttet til forløp for disse pasientgruppene og en mulig organisatorisk ramme for dette med utgangspunkt i kompetanse og nettverk knyttet til Samhandlingsarena Aker.

Prosjektperiode er fram til høsten 2014.

Kompetanseoverføring fra sykehus til sykehjem

Deltakere er Oslo kommune v/Sykehjemsetaten (8 utvalgte sykehjem), Oslo universitetssykehus v/Medisinsk klinikk og stab samhandling og internasjonalt samarbeid

Mål

Overføre kompetanse fra sykepleiere i sykehus til sykepleiere i sykehjem for at pasienten skal kunne behandles på laveste effektive omsorgsnivå og for å bedre behandlingstilbudet til eldre i sykehjem. Sykepleiere fra sykehjem skal ha praksis i medisinsk klinikk ved nærmere utvalgte avdelinger.

Innføringen av samhandlingsreformen viser at noe behandling/pleie som tidligere ble utført i sykehus nå også forventes utført i sykehjem. Dette innebærer for eksempel at sykepleiere i sykehjem bør kunne gi intravenøs behandling, benytte sug og ta EKG.

Tilstrekkelig kompetanse i sykehjem vil også sikre at pasienter ikke behøver innleggelse i sykehus for å få behandling som kan utføres i sykehjem.

Prosjektet avsluttes i løpet av 2014. Det skal lages plan for videre implementering.

2.16 Praksiskonsulentordningen

Praksiskonsulentene er organisert i direktørens stab. De skal arbeide oppdragsbasert og bistår staber og klinikker etter nærmere avtale.

Det er nylig foretatt en endring for å styrke ordningen. 4 stillinger på 20 % er lite bærekraftig i en stor organisasjon som Oslo universitetssykehus. Disse stillingene (80 %) er derfor gjort om til en 100 % stilling som samhandlingsoverlege hvor det er stilt krav om spesialitet både i allmenntilmedisin og samfunnsmedisin.

Stillingen som praksiskoordinator (PKO) i 50 % videreføres. Her er det ønskelig med kombinasjonen fastlege/PKO. Denne stillingen er nylig besatt.

På sikt er det ønskelig å styrke hele ordningen ytterligere.

Praksiskonsulentene er etterspurt innen flere områder. De har deltatt i de fleste samhandlingsprosjektene og er naturlige medlemmer inn i ulike arbeidsgrupper knyttet til Digital samhandling (DIGSAM). Gjennom deltakelse i prosjektet Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre har praksiskonsulentene bidratt til at fastlegene i Oslo nå tar i bruk pleie- og omsorgsmeldinger (PLO). Praksiskonsulentene bidrar i pasientforløpsarbeidet og har stort fokus på arbeidet med kvalitet på henvisninger og epikriser. De har ansvar for produksjon av bladet Fastlegenytt.

2.17 Elektronisk samhandling

Oppgaver knyttet til Digital samhandling i 2014:

Elektroniske epikriser

Oslo universitetssykehus HF sender elektroniske epikriser til fastleger i hele landet og til sykehjemmene i Oslo. En stor andel av disse når ikke mottaker – en av årsakene til dette er brukerfeil knyttet til adressering i DocuLive. Prosjekt Digital samhandling skal i 2014 jobbe med å spre informasjon om dette, slik at andelen elektroniske epikriser til primærhelsetjenesten økes frem mot innføring av DIPS. Digital samhandling har en pågående prosess med å spre informasjon til leger og kontoransatte i forhold til korrekt fremgangsmåte for utsendelse av epikriser.

Innføring av løsning for oppfølging av applikasjonskvitteringer for epikriser og laboratoriesvar

I løpet av 2014 vil Oslo universitetssykehus HF innføre et system for applikasjonskvitteringer. På den måten kan Oslo universitetssykehus HF overvåke de meldingene som sendes ut elektronisk – og sikre at disse når riktig mottaker. Planen er å begrense utsendelsen av papir når løsningen er innført i de ulike avdelingene. Det vil være en stor gevinst å kutte utsendelse av papirepikriser og papirvar i forhold til kostnader knyttet til tidsbruk, porto, papir og annet materiell.

Digitalt avvikssystem /Min Journal:

Avvikssystem for fastleger og andre samarbeidsparter vil innføres våren 2014. Dette systemet gir "våre henvisere" og øvrig primærhelsetjeneste mulighet for å melde avvik direkte til sykehuset via en webportal (Min Journal). Meldte avvik vil videreformidles elektronisk til stab samhandling og internasjonalt samarbeid som deretter vil distribuere avviksmeldingene til riktig klinikk/avdeling.

Løsningen er brukervennlig, og gevinsten for dem som melder avvikene vil sikre at avviksmeldingene når raskt frem til riktig mottaker.

Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO), implementering:

Pleie- og omsorgsmeldinger skal innføres ved oppstart av DIPS 20. oktober 2014. Implementeringen vil for partene være en krevende prosess fordi samhandlingen blir gjennomdigitalisert, og nye arbeidsprosesser skal innføres. Imidlertid vil denne innføringen bedre pasientsikkerheten i vesentlig grad, sikre enklere samhandling og bidra til at dokumentasjonskravene blir oppfylt.

Det er utarbeidet prosedyren: "Samhandling - pasient med behov for kommunale tjenester – utskrivningsklar pasient", med brukerveiledninger. Denne ble videre revidert i samarbeid med sektorbydelene for å tilpasses innføring av DIPS.

I 2014 skal det videre samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune om pleie- og omsorgsmeldinger ivaretas av Digital samhandling. Selve innføringen ivaretas av prosjektet for regional EPJ.

Mottak av elektroniske henvisninger

Planen er at Oslo universitetssykehus HF skal etablere ett sentralt henvisningsmottak ved oppstart DIPS. Mottaket skal skanne inn og registrere alle innkomne henvisninger. Det er ikke fastsatt når en skal motta elektroniske henvisninger. Plan for dette skal utarbeides av Digital samhandling i begynnelsen av 2014.

Publisering av foretakets tjenestetilbud i Adresseregisteret (NHN adresseregister)

Stab medisin og helsefag avgjør hvilke helsehjelpsområder som skal publiseres. Publiseringen gjøres ved oppstart DIPS. Aktiviteter koordineres med felles EPJ-prosjekt.

Patologimeldinger til Kreftregisteret

Det skal etableres elektronisk innsending av patologimeldinger til Kreftregisteret i løpet av 2014. Digital samhandling ivaretar dette.

2.18 Internasjonale prosjekter

Sekretariatet for Norsk Helsenettverk for Utvikling (NHU)

Sekretariatet arrangerte i november 2013 en konferanse ved Oslo universitetssykehus HF med tema "Norsk politikk i relasjon til global helse og prioriteringer etter 2015". Blant foredragsholderne var Beate Stirø fra Utenriksdepartementet³.

Hoveddelen av sekretariatets arbeid i høst har vært i forbindelse med forberedelse og etterarbeid til konferansen samt formidling av informasjon og kontakt med medlemmene i nettverket. Dette foregår på Sekretariatet for Norsk Helsenettverk for Utviklings nettside eller ved å sende ut informasjon via e-postlisten. Sekretariatet utvikler også en oversikt over alle helsebistandsprosjekter i Norge som skal publiseres på nettsiden. Sekretariatet er i tillegg i gang med planleggingen av neste konferanse som skal holdes i Tromsø i mai.

India

Samarbeidsprosjektet med JK Lone Hospital er nå godt i gang. De to indiske sykepleierne som nå hospiterer ved Nyfødttintensiv, Ullevål gir tilbakemelding om at de lærer mye og føler seg godt inkludert. De norske nyfødtsykepleierne i India ser allerede forbedringer med håndhygien til personalet samt håndtering og leiring av de nyfødte barna.

Det planlegges i samarbeid Padam Pat Mother and Child Health Institute, JK Lone en konferanse i Jaipur i mars.

³ <http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/nyheter/Sider/norsk-politikk-og-global-helse.aspx>

Etiopia

I 2013 har 6 onkologer fra Oslo universitetssykehus HF reist ut i en "stafett" der sykehusets bidrag har vært å bistå i organisering og undervisning av kurs slik at studentene får den opplæringen som innbefattes i en onkologiutdanning.

En delegasjon fra Oslo universitetssykehus HF reiser til Addis i februar for å skrive en overordnet intensjonsavtale med Black Lion Hospital. Hensikten med turen er å diskutere et mulig samarbeid om kompetanseoverføring i forhold til sykepleie.

Malawi

3 Helsearbeidere fra Malawi har de 3 siste månedene hospitert ved Nevrokirurgisk avdeling og Avdeling for anesthesiologi ved Oslo universitetssykehus HF. Erfaringene fra oppholdet skal de ta med videre i arbeidet med å starte Malawis første nevrokirurgiske avdeling.

De er første pulje i oppstarten av utvekslingsprogrammet mellom Queen Elizabeth Central Hospital og Oslo universitetssykehus HF.

2.19 Habilitering/rehabilitering og koordinerende enhet/koordinatorfunksjonen

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er organisatorisk plassert i direktørens stab. Enheten har en sentral funksjon i planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. Enheten har også et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

Status for områdeplanene

Helseforetakene har svart ut bestillingen gitt i foretaksmøte i juni 2010 om å utarbeide områdeplaner innen områdene voksenhabilitering, barnehabilitering, rehabilitering, psykisk helse, tverrfaglig spesialisert behandling og for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Oslo sykehusområde.

I 2013 er områdeplan for voksenhabilitering, barnehabilitering, svangerskaps -fødsels og barselomsorg, psykisk helse og tverrfaglig spesialisert behandling blitt revidert.

Innen rehabilitering pågår et arbeid med å beskrive utfordringer og flaskehalsen i en pasientforløpstenkning. Ved omfattende traumatiske hjerneskader er det store utfordringer ved intensivkapasitet som fører til en fragmentering i behandlingstilbudet, hvilket ikke er i tråd med anbefalingene om å samle disse pasientene ved få steder for å opprettholde nødvendig kompetanse. I kommende periode vil arbeidet med å etablere og videreutvikle strukturer mellom Oslo universitetssykehus HF og primærhelsetjenesten og andre sykehus styrkes. Fastlegene er viktige adressater i arbeidet mot bydelene.

Det anbefales å etablere og beskrive behandlingsplaner fremfor å dokumentere status i områdeplanene. Arbeidet med å etablere underavtaler til samarbeidsavtalen inngått mellom Oslo universitetssykehus HF og bydelene i sykehusets opptaksområde vil fortsette. Avtalene definerer ansvarsforhold og beskriver samarbeidsstrukturer som sikrer helhetlige pasientforløp.

I 2014 vil dagens avtale for kjøp av private rehabiliteringsplasser gå ut, og ny avtale skal på plass for 2015. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering vil være referanse for samlet oversikt over innmeldte behov fra Oslo universitetssykehus HF.

2.20 Status for arbeidet med å etablere pasientkoordinatorfunksjonen

Det er i 2013 utarbeidet en retningslinje for koordinatorfunksjonen. Denne er ledermøtebehandlet og besluttet testet ut i en pilotundersøkelse i minimum 5 klinikker. Koordinator skal inkluderes i

pasientforløpsarbeidet. I kommende periode skal arbeidet med koordinatorfunksjonen og pasientforløpene styrkes for å sikre at pasienten får kontinuitet i behandlingsforløpet. Dette er i tråd med krav i lov og forskrift og målene definert i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015.

Bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven om plikten til å oppnevne koordinator erstatter bestemmelsen om pasientansvarlig lege. Det stilles spørsmål ved om det også er hensiktsmessig at koordinator utpekes til å være informasjonsansvarlig (§3-11). Beskrivelsen av koordinators funksjon er en del av arbeid med å definere helsepersonellens ulike roller i pasientbehandlingen. Dette arbeidet videreføres og prioriteres i kommende år.

3. Opplæring av pasienter og pårørende

3.1 Læringstilbud

Sykehuset har et utstrakt opplæringstilbud til ulike pasientgrupper og deres pårørende. Det er påbegynt et arbeid som skal lede til at sykehuset har nødvendig kunnskap om samlet tilbud og eventuelle mangler. Å sikre at sykehuset har de riktige opplæringstilbud til pasienter og pårørende som trenger det, og at disse tilbudene er tilgjengelige og synliggjort vil ha hovedfokus i 2014.

3.1.1 Forum

Det klinikkovergripende fagnettverket "Forum for pasient- og pårørendeopplæring" er endelig fulltallig med representanter fra alle klinikkene, fra det sentrale brukerutvalget og med representant fra primærhelsetjenesten.

Forumet har i tredje tertial hatt særlig fokus på sykehusets utdanningsprogram i pasient- og pårørendeopplæring, samhandling om læring og mestring med primærhelsetjenesten, registrering av læringstilbud til pasienter og pårørende, samt pasientforløp.

Forumets oversikt over utfordringsbilde, både i den enkelte klinikk og for sykehuset samlet, vil være et sentralt bidrag i prioriteringen av hvilke områder helseforetaket skal fokusere på innen pasient- og pårørendeopplæring.

3.1.2 Sikre god informasjon

Et viktig tiltak for å sikre pasienter god informasjon og opplæring var ferdigstillingen av mal for utreiseinformasjon. Prosedyren for utarbeidelse av skriftlig pasientinformasjon med innholdsmaler for behandling, undersøkelse, diagnose og utreiseinformasjon er viktige dokumenter som er med på å bidra til trygghet og forutsigbarhet for pasienter og pårørende i behandlingen.

3.1.3 Samhandling

Gjennomføringen av samhandlingsreformen bidrar til at behovet for etablering av læringstilbud i primærhelsetjenesten øker. Sykehuset har initiert et prosjekt for etablering av en modell for rehabilitering og opplæring for kreftpasienter i Oslo kommune etter Pusteromsmodellen; det vil si et lavterskel, individuelt tilpasset treningstilbud. Det er ansatt en fysioterapeut i 80 % stilling i et toårig engasjement for å bygge opp tilbudet i bydel Sagene, samtidig som det skal arbeides med å bygge opp et samarbeid med de andre Frisklivssentralen i bydelene i Oslo. Sykehuset har aktivt bidratt i det pågående regionale og nasjonale arbeidet med å sikre en kunnskapsbasert faglig plattform knyttet til pasient- og pårørendeopplæring.

3.1.4 Utdanningsprogram for ansatte og brukere

Grunnmodul ble gjennomført for første gang høsten 2013. Programmet bidrar til faglig utvikling og kompetanseheving i pasient- og pårørendeopplæring. Dette bidrar til kvalitetssikring av behandling og opplæringstilbud ved sykehuset. Deltagerne utvikler kompetanse slik at de kan gi informasjon og opplæring med forutsigbarhet, trygghet samt læring og mestring som mål. Sentralt i utdanningsprogrammet er: verdigrunnlag og rammer i pasient- og pårørendeopplæring; brukermedvirkning og samarbeid om læring og mestring; grunnleggende ferdigheter i møtet mellom pasient, pårørende og helsepersonell samt teoretiske perspektiver på læring og mestring.

3.1.5 Handlingsplan for Det gode pasientmøtet

Med bakgrunn i sykehusets overordnede strategier det utarbeidet en handlingsplan for "Det gode pasientmøtet" 2014-2016 i samarbeid med brukere. Planen tar utgangspunkt i hva det gode pasientmøtet er for pasienten. Målet med planen er å gi pasienten bedre kvalitet og service på våre tjenester.

3.2 Brukermedvirkning

3.2.1 Handlingsplan for brukermedvirkning

Med utgangspunkt i vedtatte Strategi for brukermedvirkning 2013-2018 er det høsten 2013 utarbeidet en handlingsplan for brukermedvirkning for perioden 2014-2016. Handlingsplanen er utarbeidet i tett samarbeid med sykehusets brukerutvalg og ungdomsråd.

3.2.2 Brukermedvirkning i pasient- og pårørendeopplæring

Helseforetaket har høy aktivitet knyttet til lærings- og mestringstilbud, der brukermedvirkning er en viktig bestanddel og en forutsetning for å sikre kvaliteten på tilbudene. Det arbeides aktivt for å få pasient- og pårørendeopplæring, inkludert brukermedvirkning, til å bli en integrert del av alle pasientforløp.

Brukere og likemenn som medvirker i sykehusets opplæringstilbud har høsten 2013 gjennomført grunnmodul i utdanningsprogram i pasient- og pårørendeopplæring for brukere. Hensikten er å lære mer om hvordan man kan bruke sin pasienthistorie og sine erfaringer til å fremme læring og mestring hos andre, både pasienter og helsepersonell.

3.2.3 Brukerutvalget

Brukerutvalgets medlemmer deltar i stadig økende grad i prosjekter, råd og utvalg. Høsten 2013 har de blant annet blitt involvert i styringsgruppen og den faglige rådgivningsgruppen til Oslo universitetssykehus HF "Idéfase - Campus Oslo", og representanter fra brukerutvalget har deltatt i den regionale brukerutvalgskonferansen i Helse Sør-Øst.

Brukerutvalget har i 3. tertial spesielt arbeidet med handlingsplan for brukermedvirkning 2014-2016, og på samarbeidet mellom brukerutvalg, klinikkens brukerråd og ungdomsrådet. Brukerutvalget har initiert til tettere samarbeid mellom de klinikkvise brukerråd og ungdomsrådet med hensikt å etablere felles mål og å styrke brukermedvirkning i sykehuset. Brukerutvalget har engasjert seg i arbeidet med opprettelsen av en stilling for HIV koordinator ved sykehuset.

3.2.4 Ungdomsrådet

Flere klinikker henvender seg til ungdomsrådet for innspill når de skal tilpasse sine tjenester til ungdom og unge voksne. Rådet har gitt innspill til flere av sykehusets overordnede handlingsplaner. I tillegg har ungdomsrådet startet et tettere samarbeid med det sentrale brukerutvalget samt med klinikkens brukerråd med hensikt å styrke brukermedvirkning ved sykehuset. Ungdomsrådet har i 3.tertial levert en sak til ledermøtet om ivaretagelsen av ungdom på sykehuset hvor blant annet ungdomsrådets anbefalinger om ivaretagelse av ungdom på voksenavdelinger inngår. Ungdomsrådet informerte om sine hovedfokusområder på sykehusets tverrfaglige forum, fredagsmøtet. Hensikten var å bidra til refleksjon rundt kommunikasjon mellom unge pasienter og helsepersonell, og hva som er viktig å tilrettelegge for ungdom som pasientgruppe. Representanter fra ungdomsrådet har deltatt i regionalt brukerutvalg i Helse Sør-Øst samt bidratt med undervisning av nyansatte sykepleiere.

3.2.5 Barn som pårørende

Rådet har arbeidet med veiledning og tilbud om kompetanseutvikling for de barneansvarlige i klinikkene. Høstens fagdag hadde fokus på tema som: å være barn av rusmisbrukere; samhandling med skolehelsetjenesten og arbeid med barn der det er mistanke om vold og seksuelle overgrep mot barn.

4. Utdanning av helsepersonell

4.1 Utdanningsaktiviteter, 3. tertial 2013

Det har vært arbeidet med flere sentrale utdanningsaktiviteter i 3. tertial 2013, blant annet:

Handlingsplan til Utdanningsstrategien 2013-18

Oslo universitetssykehus har vedtatt sin første overordnede handlingsplan på utdanning, gjeldende for to år. Den har fokus på mange elementer som vil kunne stimulere til en mer bevisst læringskultur i sykehuset og til å synliggjøre sykehuset som utdanningsinstitusjon.

Spesialistutdanning av leger

Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt med innspill til "ny spesialitetsstruktur for leger" som Helsedirektoratet utreder på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Parallelt med dette arbeides det med tilbakemeldingene fra spesialitetskomiteene i Legeforeningen for å bedre spesialistutdanningen slik den er per i dag. Det er gjennomført workshop med spesialitetens utdanningsutvalg i Oslo universitetssykehus HF og det er arrangert veiledningskurs for leger i tre ulike miljøer.

Grunnutdanning innen medisin

Universitetet i Oslo arbeider nå med å revidere sin studiemodell for grunnutdanning i medisin kalt "Oslo 2014". Det kan ventes endringer i fremtiden som også vil påvirke Oslo universitetssykehus HF – både når det gjelder omfang av undervisning og undervisningsformer. Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt i universitetets arbeid med den reviderte studiemodellen.

Styrking av kompetanse innen kunnskapshåndtering

33 av sykehusets ansatte med helsefaglig bakgrunn avsluttet sin videreutdanning i kunnskapsbasert praksis rett før jul. Studiet ble godt evaluert og sykehusets ledelse har besluttet å videreføre dette utdanningsprogrammet i 2014. Hensikten er å styrke arbeidet med utvikling av fagprosedyrer og etablering av pasientforløp. Det planlegges også en pilot i et fagmiljø for mer systematisk implementering av kunnskapsbasert praksis som utvides til flere fagmiljøer på et senere tidspunkt.

Regional utdanningskonferanse

I samarbeid med Helse Sør-Øst har sykehuset arrangert regional utdanningskonferanse med overordnet tittel "samspill på tvers av kulturer og profesjoner". Det var stor oppslutning om konferansen med ca. 150 deltakere fra hele regionen.

Utdanning av spesialsykepleiere

Sykehuset har stort behov for spesialsykepleiere. Høgskolenes totale dimensjonering på videreutdanningsnivå er fortsatt for lavt i forhold til sykehusets behov. Høgskolen i Oslo og Akershus er dimensjonert til å ta opp 150 videreutdanningsstudenter innen sykepleie, mens behovet bare i Oslo universitetssykehus HF er mye høyere. Oslo universitetssykehus HF har vært i dialog med Høgskolen i Oslo og Akershus for å få tilpasset klassenes størrelse best mulig til sykehusets behov. Det er derfor planlagt flest studenter innen operasjons- og intensivsykepleie med oppstart i januar 2014. I hele tredje kvartal er det arbeidet med å finne de riktige kandidatene som skal tilbys lønn under utdanning.

Etablering av nye utdanningsløp

Etter initiativ fra Oslo universitetssykehus HF starter Fagskolen i Oslo planleggingen med å etablere et fagskoletilbud innen steriltforsyning og spesialrenhold. Hensikten med studieprogrammet er å styrke

kompetansen blant ansatte i sykehusets sterilavdelinger og avlaste operasjonssykepleiere med oppgaver.

Høgskolen i Oslo og Akershus planlegger paramedic utdanning på bachelornivå sammen med foretakets prehospital miljø. Studietilbudet starter høsten 2014.

Tolk til helsepersonell i kommunikasjon med minoritetsspråklige pasienter.

Helseforetaket har satt økt fokus på å styrke helsepersonells ferdigheter i kommunikasjon via tolk og bestillingsrutiner. Et konkret tiltak høsten 2013 var å sende 35 ansatte på kurs i "Kommunikasjon via tolk" regi av Høgskolen i Oslo og Akershus. Ytterligere 65 ansatte tilbys plass på tilsvarende kurs våren 2014.

Det oppleves en gradvis økende bevissthet rundt behov for bruk av tolk – og betydningen av å bruke kvalifisert tolk.

Basiskompetanse i arbeidslivet

Oslo universitetssykehus HF har i 2013 blitt tildelt 480.000 kr i VOX BKA-midler (Basiskompetanse i arbeidslivet). I april startet undervisning av 3 klasser. Kurset gjennomføres av Voksenopplæringen Skullerud, med Stab samhandling og internasjonalt samarbeid som intern koordinator mot kursdeltakere og deres ledere. 43 ansatte har deltatt på kurset i norsk lesing og skriving, hverdagsmatte og data høsten 2013. Kurset strekker seg over 120 undervisningstimer, og avsluttes i januar 2014. Nye kurs starter opp våren 2014.

Ansatte med kompetanse i flerkulturelt helsearbeid – kulturveiledere

En kulturveileder er en som har tatt "Videreutdanning i veiledning i flerkulturelt helsearbeid" (15 studiepoeng), eller kan vise til tilsvarende kompetanse. Pr desember 2013 hadde nettverket av kulturveiledere rundt 120 medlemmer. 67 av disse er ansatt i Oslo universitetssykehus HF. Medlemmene er aktive i varierende grad, og det er stor variasjon i hvordan de benytter rollen sin i sitt daglige virke. Enkelte kulturveiledere står i spissen for ulike prosjekter innenfor likeverdige helsetjenester i på sin avdeling, mens andre benytter kunnskapen kun som ressurs i egen pasientkontakt/ yrkesutøvelse.

Høsten 2013 ble det arrangert to tilnærmet like fagdager for nettverket med tema "kultur, kommunikasjon og tolking". Mellom 15 og 35 medlemmer møtte opp på hver av de ulike samlingene, og tilbakemeldingene har vært gode. En tilbakemelding på hvorfor ikke flere kommer på samlingene, er at det er utfordrende å få fri fra sine vanlige arbeidsoppgaver, og at det ikke blir gitt prioritet.

Det er i løpet av høsten 2013 opprettet en arbeidsgruppe med frivillige medlemmer av nettverket som blant annet skal bistå prosjektkoordinator i å planlegge fagdager, i videreutvikling av kulturveilederrollen og så videre.

Videreutdanningen ble fra høsten 2012 videreført som en del av det ordinære studietilbudet ved HiOA⁴. Høsten 2013 startet rundt 35 helsearbeidere fra hele østlandsområdet på studiet, hvorav 13 er ansatte ved Oslo universitetssykehus HF. Selv om det ble gjort arbeid for å sikre at kulturveilederne ble ivaretatt av en lokal koordinator i sitt helseforetak etter at likeverdsprosjektet ble avsluttet sommeren 2013, er dette ikke enda på plass alle steder, og vil være fokus også i 2014.

⁴ Høgskolen i Oslo og Akershus

5. Forskning og utvikling

5.1 Vurdering av forskningsaktivitet

Akkumulerte tall pr. 3. tertial 2013 viser et noe variert bilde. Det er en liten økning i antall doktorgrader, men ikke i antall artikler og publikasjonspoeng. Dette kan være tilfeldige variasjoner. Noe redusert publikasjonsaktivitet kan også være en konsekvens av det som fremgår av risikoanalyser fra klinikkene: vedvarende press på tid, utstyr, IKT-systemer og arealer til forskning. Effektene av dette vil vise seg over tid, og det kan ikke trekkes sikre konklusjoner basert på foreløpige tall som skal gjennomgå en nasjonal kvalitetssikring. Antall artikler sier heller ikke noe om utvikling i kvalitet på artiklene, og er mindre presist som mål for relativ aktivitet mellom klinikkene enn for eksempel forskningspoeng. Utviklingen diskuteres med den enkelte klinikk, basert på de ulike indikatorene og lokal kjennskap til forskningen. Hver klinikk har en handlingsplan for sin forskningsaktivitet.

Oslo universitetssykehus HF har bidratt i et nasjonalt arbeid med å vurdere et bredere sett av forskningsindikatorer enn de som normalt benyttes. Helse- og omsorgsdepartementet har så langt konkludert med økt uttelling for internasjonalt samarbeid og ekstra uttelling for interregionalt samarbeid i helsesektoren. Den ekstra uttellingen for publisering i "topp seks"-tidsskriftene (nivå 2A) blir tatt bort – og systemet blir dermed likere universitetssektorens målesystem. I denne rapporten har vi valgt å benytte samme beregningsmåte som i tidligere tertialrapporter. Årsrapporter basert på ny regnemåte vil bli laget senere.

Klinikk	2011	2012	2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	119	136	137
Medisinsk klinikk	260	279	277
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	217	258	260
Kvinne- og barneklubben	218	208	184
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	526	516	527
Hjerte-, lunge- og karklubben	163	203	166
Akuttklubben	55	65	67
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	483	513	472
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	90	88	76
TOTALT (unike artikler)	1595	1700	1660

Tabell 8. Antall publiserte vitenskapelige artikler, akkumulert pr 3. tertial. Det tas forbehold om endringer som følge av gjenstående kvalitetssikring av tallene. Antall publikasjoner i perioden er målt via søk mot PubMed og Web of Science (WOS) som løpende oppdaterer helseforetakets database www.publika.no. Denne er basert på registrerte forskningsaktive personer ved Oslo universitetssykehus og adressering av artikler med Oslo universitetssykehus eller liknende. Kun kategoriene vitenskapelige artikler og vitenskapelige oversiktsartikler (reviews) inngår i tabellen. Tallene er tatt ut 14.1.2014. Merk at artikler telles hos flere klinikker når det er forfattere fra flere klinikker. I tallet for TOTALT er hver artikkel kun talt én gang, og dette er dermed lavere enn summen av klinikk tallene.

Antall registrerte artikler, akkumulert pr. 3. tertial 2013, er noe lavere enn foregående år. Registreringene for 2013 har foreløpig ikke vært gjennom like nøye kontroll som 2011- og 2012-tallene, slik at de endelige tallene kan bli noe annerledes. Konklusjonen forventes å bli at antall artikler vil ende på et nivå mellom 2010- og 2011-nivåene.

Klinikk	2011	2012	2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	60,9	73,6	85,7
Medisinsk klinikk	125,4	126,8	123,6
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	109,1	146,1	131,9
Kvinne- og barneklubben	96,9	84,9	77,2
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	313,6	320,5	290,7
Hjerte-, lunge- og karklubben	87,7	93,8	77,3
Akuttklubben	31,9	29,7	41,4
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	244,1	254,8	215,0
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	29,0	27,1	33,7
TOTALT	1084,1	1148,7	1094,8

Tabell 9. Antall publikasjonspoeng, akkumulert pr 3. tertial. Det tas forbehold om endringer som følge av gjenstående kvalitetssikring av tallene. Tall er hentet fra helseforetakets database www.publika.no pr 14.1.2014. NIFUs beregningsmetode for helseforetak fra 2012 benyttes: Nivåinndeling 1,2 og 2A, (henholdsvis 1, 3 og 10 poeng), 100 % ekstra for internasjonalt samarbeid.

Antall publikasjonspoeng viser en nedgang totalt, hovedsakelig som følge av reduksjon i det totale antall artikler. Poengene vil antakelig gå ytterligere noe ned når alle institusjoner har kontrollert materialet, fordi det skjer en korrigerings og komplettering av adresser. Når flere institusjoner samarbeider om en artikkel, reduseres den enkelte institusjons artikkelpoeng. Kun vitenskapelige originalartikler og oversiktsartikler (reviews) inngår i målingen.

Klinikk	2011	2012	2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	47,1 %	36,8 %	42,0 %
Medisinsk klinikk	43,5 %	38,7 %	43,1 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	32,7 %	41,1 %	42,4 %
Kvinne- og barneklubben	50,0 %	39,4 %	35,3 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	42,4 %	46,5 %	45,8 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	35,0 %	41,9 %	47,2 %
Akuttklubben	16,4 %	26,2 %	41,8 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	43,9 %	39,8 %	42,2 %
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	20,0 %	21,6 %	21,1 %
TOTALT (unike artikler)	44,8 %	45,2 %	45,7 %

Tabell 10. Andel av artiklene som inkluderer utenlandsk forfatteradresse. Det tas forbehold om endringer som følge av gjenstående kvalitetssikring av tallene. Tall er basert på helseforetakets database www.publika.no pr 14.1.2014.

Klinikk	2011	2012	2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	22,7 %	21,3 %	25,5 %
Medisinsk klinikk	24,2 %	23,7 %	20,2 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	17,5 %	22,9 %	20,0 %
Kvinne- og barneklubben	19,7 %	16,8 %	22,8 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	23,0 %	25,6 %	27,3 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	23,3 %	21,2 %	19,9 %
Akuttklubben	14,5 %	10,8 %	17,9 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	24,6 %	21,8 %	21,2 %
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	22,2 %	20,5 %	26,3 %

TOTALT (ut fra unike artikler)	22,3 %	22,2 %	23,9 %
--------------------------------	--------	--------	--------

Tabell 11. Andel av artiklene som er publisert i tidsskrifter på nivå 2/2A.

Helse- og omsorgsdepartementets målesystem for forskningsresultater er basert på en nivåinndeling av vitenskapelige tidsskrifter, ut i fra et nasjonalt publiseringsutvalgs og nasjonale faggruppers vurdering av kvaliteten på tidsskriftene. I målesystemet som omfatter helseforetakene har nivået vært tredelt:

- Nivå 2A: En liten gruppe (seks⁵) generelle og særlig betydningsfulle tidsskrifter. Vekt: 10 (endres)
- Nivå 2: Ledende tidsskrifter som utgir omtrent 20 % av publikasjonene. Vekt 3
- Nivå 1: Alle andre tidsskrifter som inngår i målesystemet. Vekt 1

Klinikk	2011	2012	2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	10,0	10,0	20,0
Medisinsk klinikk	13,0	15,0	19,0
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	13,0	16,0	15,0
Kvinne- og barneklirikken	15,5	14,5	13,0
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	35,5	37,5	48,0
Hjerte-, lunge- og karklinikken	9,0	13,0	10,0
Akuttklinikken	0,5	5,0	5,0
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	25,0	39,0	28,0
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	1,0	1,0	0,0
TOTALT	122,5	151,0	158,0

Tabell 12. Antall doktorgrader, akkumulert pr 3. tertial. Tallene for 2013 er basert på gjennomgang av Universitetet i Oslo sine disputasoversikter primo januar 2014. Det kommer normalt noen suppleringer vedrørende andre universiteter, samtidig som noen kan bli tatt ut av lista eller bli delt poengmessig, fordi innsatsen fra helseforetakssiden er fordelt på flere.

Antall doktorgrader (Tabell 12), med arbeid hovedsakelig utført ved Oslo universitetssykehus HF, øker fortsatt, noe som lenge har vært en nasjonal trend og som er en konsekvens av økt ekstern finansiering i de foregående årene.

5.2 Vurdering av innovasjonsaktivitet

Nye innmeldte nye oppfinnelser DOFI (Disclosure of Invention) til Inven2⁶ og ideer til Idépoliklinikken viser en gledelig økning gjennom årene 2011 – 2013 (Tabell 13). Årsakene er mange og sammensatte:

I strategi 2013 - 2018 har sykehuset satt fokus på innovasjon

- innovasjon skal prege hverdagen
- det skal nytte å tenke nytt

Inven2 har utvidet sin ordning med fast tilstedeværelse ute i klinikkene.

I tillegg har Inven2 og Idépoliklinikken gjennomført flere idékonkurranser i 2013.

⁵ De seks tidsskriftene med spesielt høy uttelling (2A) er: Journal of the American Medical Association (JAMA), Lancet, Nature, Nature Medicine, New England Journal of Medicine og Science. Ordningen med ekstra uttelling for disse tidsskriftene endres fra og med 2014.

⁶ Inven2 er Norges største aktør innen kommersialisering av forskning og eies av Universitetet i Oslo og Oslo Universitetssykehus HF.

Det er etablert et nasjonalt innovasjonsnettverk mellom universitetssykehusene. Dette nettverket sammen med Innovasjonsnettverket i Helse Sør-Øst er et godt forum for deling og spredning av innovasjonene.

Alle patenterbare ideer/oppfinnelser vurderes og håndteres av Inven2. Den interne Idépoliklinikken i Oslo universitetssykehus HF mottar og viderefører ikke-patenterbare ideer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner. Idépoliklinikken bistår også andre sykehus i regionen

Klinikk	Totalt 2013		Totalt 2012		Totalt 2011	
	Inven2	Idépoliklinikk	Inven2	Idépoliklinikk	Inven2	Idépoliklinikk
Klinikk psykisk helse og avhengighet	2	6	3			3
Medisinsk klinikk	5	1	5	3	4	
Klinikk for kirurgi og nevrofag	7	3		1	2	4
Kvinne- og barneklubben	5	2	2	2	2	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	17	3	19	11	16	2
Hjerte-, lunge- og karklinikken	6	4	5	1	5	
Akuttklubben	14	10	6	3	2	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	30	5	27		15	3
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	2	4	6	7	3	4
Totalt	88*	39	68*	28	49	18

Tabell 13. Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus. * Merk at ideer/DOFI telles hos flere klinikker når ideen involverer flere klinikker. I totalsum er hver DOFI kun talt én gang, og utgjør dermed ikke summen av de andre tallene

Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2	Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	1	1
Medisinsk klinikk	4	
Klinikk for kirurgi og nevrofag	1	1
Kvinne- og barneklubben	2	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	24	4
Hjerte-, lunge- og karklinikken	5	1
Akuttklubben	3	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	26	3
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	3	2
Totalt	69	14

Tabell 14. Pågående innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus pr 3.tertial 2013

Antall aktive innovasjonsprosjekter (uavhengig av når ideen er innmeldt) er stabilt, og er i realiteten en funksjon av kapasiteten til Inven2 og Idépoliklinikken. Det viktige er at prosjektene trekkes gjennom fasene konseptualisering, verifisering/pilotering og implementering/lisensiering.

6. Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)

6.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelser

6.1.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelser i 3. tertial

I tredje tertial 2013 er det registrert 11.325 brudd på arbeidstidsbestemmelsene, om lag samme nivå som i andre tertial. Sammenlignet med tredje tertial 2012 viser det en økning på 18 %. Det er kun Klinikk psykisk helse og avhengighet og Medisinsk klinikk som viser en nedgang sammenlignet med tilsvarende periode i 2012. De øvrige klinikker øker.

Brudd på årsregelen har økt fra 116 i andre til 233 brudd i tredje tertial. Videre øker brudd på dagregel, mens bruddene på både ukesregel og fireukersregel viser nedgang.

Klinikk	Dag	Uke	4-ukers	Årsregel	Sum brudd
Klinikk psykisk helse og avhengighet	607	341	265	0	1213
Medisinsk klinikk	556	209	147	0	912
Klinikk for kirurgi og nevrofag	354	314	191	31	890
Kvinne- og barneklubben	943	267	200	0	1410
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	627	340	349	0	1316
Hjerte-, lunge- og karklinikken	453	358	241	0	1052
Akuttklinikken	2049	959	856	5	3869
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	177	128	117	197	619
Oslo sykehuservice	25	14	5	0	44
Totalt	5791	2930	2371	233	11325

Tabell 15. Antall brudd (dag, uke, 4-ukers og årsregel) per klinikk for tredje tertial 2013

Økningen i brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2013 kan til dels tilskrives overgangen til nytt felles GAT fra september 2013 og et bedre datagrunnlag som en konsekvens av et felles system.

Det ble avdekket feil i GAT-rapporten som har gjort enkelte brudd fremkom flere ganger i datagrunnlaget. Seksjon for person og ressursstyring (Oslo sykehuservice) har foretatt undersøkelser som viser at dette gjelder kun et fåtall av brudd. Leverandør har gjort korrigeringer i rapporten som settes i produksjon fra januar 2014.

Tabell 16 viser utviklingen gjennom 2013 per klinikk.

KLINIKK	1. tertial	2. tertial	3. tertial	Sum 2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	1433	889	1213	3535
Medisinsk klinikk	1185	1152	912	3249
Klinikk for kirurgi og nevrofag	352	649	890	1891
Kvinne- og barneklubben	1750	1711	1410	4871
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	418	1551	1316	3285
Hjerte-, lunge- og karklinikken	650	882	1052	2584
Akuttklinikken	3053	3769	3869	10691
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	400	511	619	1530
Oslo sykehuservice	389	189	44	622
Totalt	9630	11303	11325	32258

Tabell 16. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2013, per tertial og totalt

Klinikk psykisk helse og avhengighet, Medisinsk klinikk og Oslo sykehusservice viser fortsatt en positiv utvikling med nedgang i antall brudd.

Klinikk psykisk helse og avhengighet har iverksatt tiltak i enheter med særskilte utfordringer og har over tid sett en positiv effekt av dette. Det arbeides videre med opplæringstiltak og rapportering på enhetsnivå. Medisinsk klinikk har også en positiv utvikling og har målrettet arbeidet med tiltakene i handlingsplanen i tillegg til at arbeidsbelastning fordeles på flere medarbeidere.

Kvinne- og barneklubben viser også en positiv utvikling i 2013. Tre avdelinger (Nyfødt, Føde og Gynkreft) står for nedgangen fra andre til tredje tertial.

Klinikk for kirurgi og nevrofag viser en økning i tredje tertial 2013 som fordeles på brudd på ukes-, fireukes- og årsregelen. Sykefravær og krav til kompetanse pekes på som hovedårsdag til økningen.

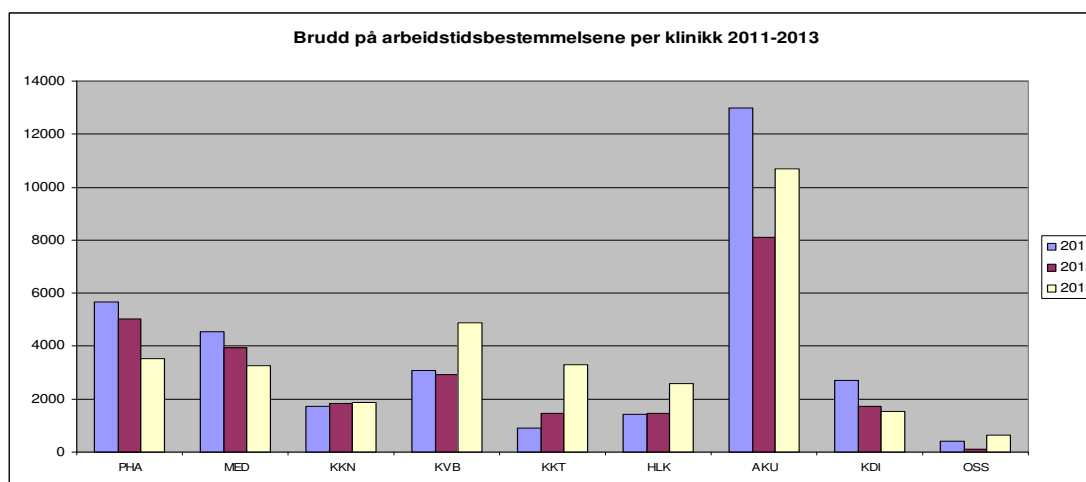
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben, Hjerter- lunge og karklubben og Akuttklubben øker alle i antall brudd i 2013.

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben viser en stor økning etter overgangen fra IRS til GAT og arbeider med videre analyser av datagrunnlaget. Hjerter- lunge og karklubben øker i brudd på grunn av høy aktivitet i TKA Intensiv og økning i utrykning på vakt for perfusjonistene. Akuttklubben viser også en økning, etter en lang periode med positiv utvikling. Dette skyldes i hovedsak høy aktivitet som kombinert med begrensninger i spesialkompetanse genererer brudd.

Klinikk for diagnostikk og intervensjon øker i antall brudd etter en periode med god utvikling. Økningen skyldes brudd på årsregelen. Det vil også i denne klubben undersøkes om økningen skyldes et bedre datagrunnlag etter overgangen fra IRS til GAT.

6.1.2 Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2013

Totalt antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2013 er 32.258. Dette er en økning fra 26.631 brudd i 2012 som tilsvarer om lag 20 %. Figur 15 viser brudd på arbeidstidsbestemmelsene per klinikk i tiden 2011 - 2013.



Figur 15. Tallgrunnlaget for Kreft- kirurgi- og transplantasjonsklubben (KKT) er knyttet usikkerhet til på grunn av overgangen til GAT i 2013.

Årsaker til overtid er mange og sammensatte. Kompetansekrav i kombinasjon med høy aktivitet og utsatte enheters sykefravær fremheves som hovedårsaker til at tilfeller av brudd på arbeidstidsbestemmelsene øker.

6.1.3 Tiltak for å unngå overtid og brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Mot slutten av 2012 ble det iverksatt handlingsplaner i hver klinikk for å unngå overtid. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene er fast punkt på ledelsens tertialsoppfølging med hver klinikk.

Rapporteringen for tredje tertial 2013 viser at klinikkene, med sine ulikheter i utfordringsbilde og omfang, har fulgt opp tiltakene. Det generelle inntrykket er at man nå har en mye bedre kompetanse og oppfølging av arbeidstidsbestemmelser gjennom hele foretaket.

Status for tiltak for å unngå brudd på foretaksnivå

- Det er iverksatt opplæringstiltak for stab og ledere i linjen og fra høst 2013 er kurs i arbeidstidsreglene fast tema i kurs om arbeidsgiverrollen
- Implementering av felles GAT er ferdigstilt og IRS er utfaset
- Funksjoner i GAT som vil sikre bedre kvalitet i rapporteringen er implementert:
 - justering av døgnskille
 - hovedarbeidsgiver
- Bemanningsnorm 2013 er ferdigstilt
- Det innføres en felles arbeidsgiver for ekstravakter innen sykepleie og helsefag

Klinikkovergripende tiltak er iverksatt mens det arbeides videre med spesielle og målrettede tiltak internt i klinikkene. Når felles GAT nå er implementert er det også satt fokus på kvalitetssikring og kontroll av aml-rapporter, og i den forbindelse vil det fra januar 2014 settes nye aml-rapporter i produksjon.

Status for klinikkvise tiltak:

- Målrettede rekrutterings- og ressursplanleggingstiltak for å sikre kritisk kompetanse i utsatte enheter
- Benytte personalressurser på tvers og samtidig sikre kontroll med ressursene på tvers av enheter
- Målrettede tiltak innen ressursplanlegging og turnusplanlegging i utsatte enheter
- Sykefraværsoppfølging og forebygging av sykefravær
- Kompetanseheving innen ressursplanlegging og regelverk hos ledere i linjen

Klinikkene har i ledelsens gjennomgang redegjort for status på tiltak for å unngå brudd. Ved utgangen av 2013 er det utarbeidet handlingsplaner for 2014 som vil inngå i den videre tertialvise rapportering om arbeidstidsbrudd. Klinikker med et høyt antall brudd på dagregelen vil undersøke om det er mulig å inngå dispensasjonsavtaler for å unngå slike brudd.

Når felles GAT nå er implementert er det også satt fokus på kvalitetssikring og kontroll av aml-rapporter og i den forbindelse til det fra januar 2014 settes nye aml-rapporter i produksjon.

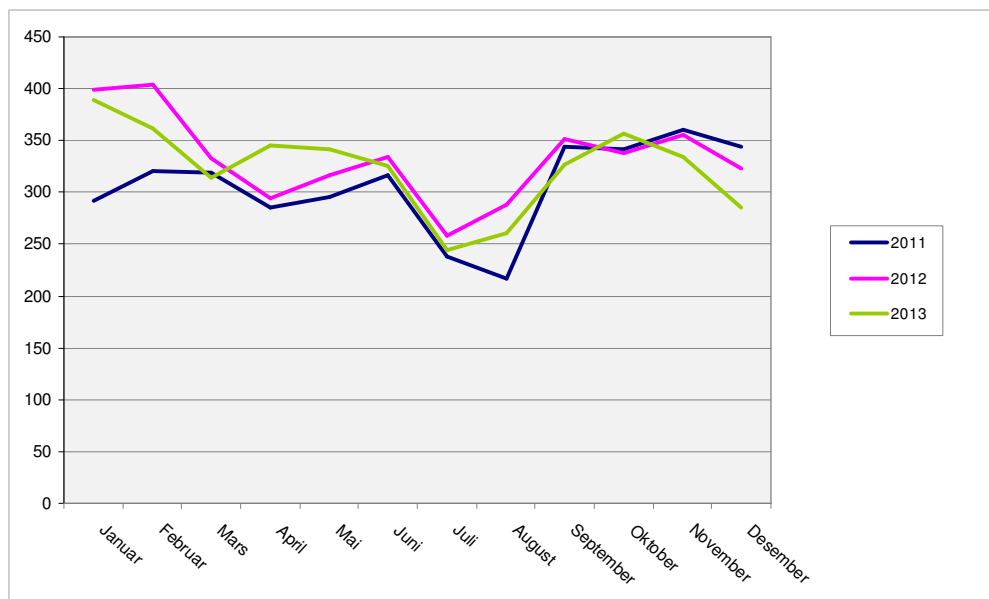
Samarbeidet mellom HR-direktør og foretakstillitsvalgte, hvor målet er en overordnet diskusjon rundt felles tiltak for å unngå overtid og brudd har vært tema i møter gjennom hele året. Det er også avviklet møter med HR i klinikk hvor fokus har vært ulike områder av tiltaksplanen. Oslo universitetssykehus HF har fortsatt tett samarbeid med Arbeidstilsynet hvor brudd er tema.

6.2 HMS-avvik 3. tertial 2013

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

6.2.1 Registrerte HMS-avvik

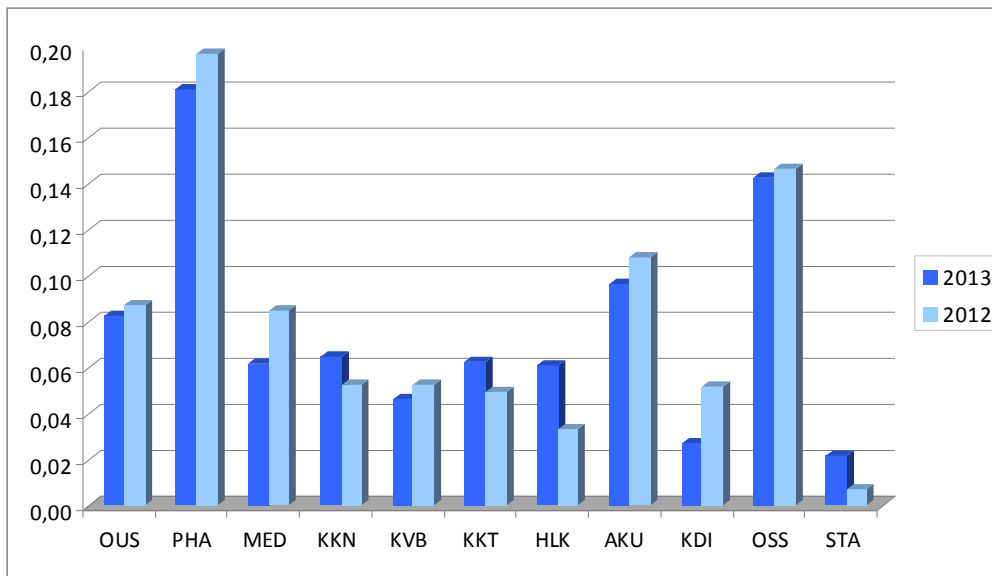
I Figur 16 sees en oversikt over utviklingen i melding av HMS-avvik for perioden 1. tertial 2011 til og med 3. tertial 2013. Det ble meldt 1.302 HMS-avvik i 3. tertial 2013 sammenliknet med 1.366 HMS-avvik i samme periode i 2012, hvilket er omtrent det samme. Av grafen ser en at avviksrapporteringen har stabilisert seg på samme nivå og med samme profil de 3 siste årene.



Figur 16. Antall meldte HMS-avvik. Kilde: Achilles

6.2.2 Registrerte HMS-avvik / årsverk

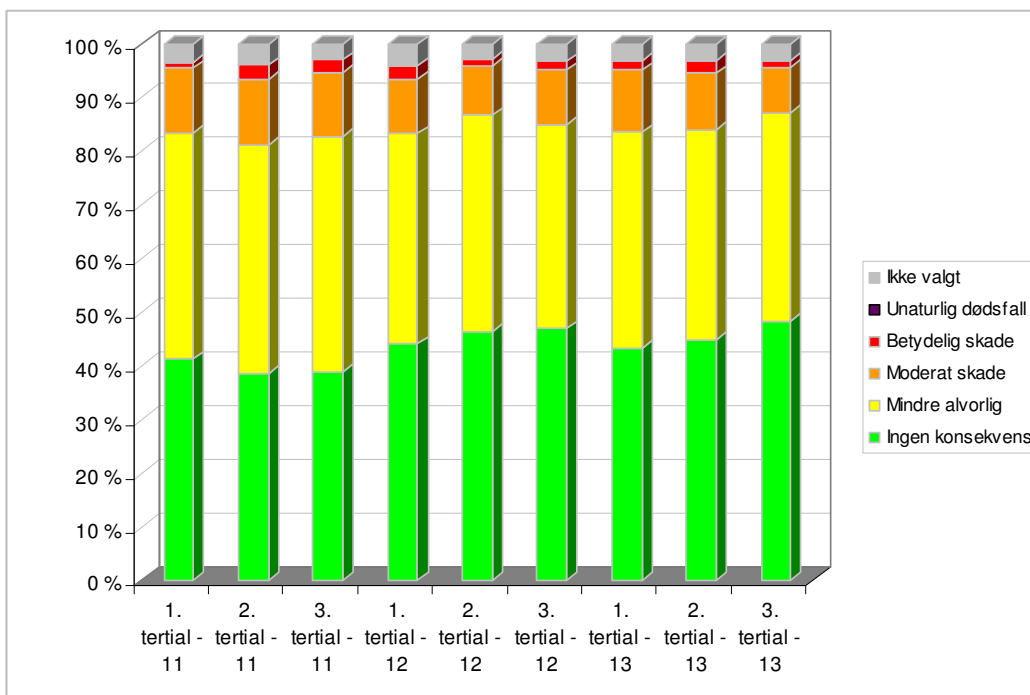
Figur 17 viser totalt antall registrerte HMS-avvik/årsverk i 3. tertial 2013 sammenliknet med samme periode i 2012. Tertialsnittet holder seg stabilt på 0,09 avvik/årsverk. Det er ganske store variasjoner i antall registreringer mellom klinikkene. Fra 0,18 avvik/årsverk (Klinikk psykisk helse og avhengighet) til 0,03 avvik/årsverk (Klinikk for diagnostikk og intervensjon) og 0,05 avvik/årsverk (Kvinne- og barne-klinikken). Forskjellene klinikkene imellom representerer i noen grad forskjellige arbeidsmiljøutfordringer, men sannsynligvis i hovedsak forskjeller i meldekultur og i det daglige systematiske HMS-arbeidet. Unntaket er Oslo sykehuservice som er litt kunstig forhøyet fordi klinikken får overført ansvaret for enkelte avvikstyper fra andre klinikker (gjelder eksempelvis bygningstekniske avvik, brann og renhold).



Figur 17. Totalt antall registrerte HMS-avvik/årsverk i 3. tertial 2013 sammenliknet med samme periode i 2012. Klinikksortert. Kilde: Achilles.

Reell konsekvens

For hele Oslo universitetssykehus HF:



Figur 18. HMS-avvik. Figuren viser en forholdsvis fordeling av konsekvens innen de fem gradene: ingen konsekvens, mindre alvorlig konsekvens, moderat skade, betydelig skade, og unaturlig dødsfall. Kilde: Achilles.

Ingen HMS-avvik medførte unaturlig dødsfall / katastrofal faktisk konsekvens i 3. tertial 2013. Av de registrerte HMS-avvikene er ca. 87 % vurdert av ansatt/leder å ha ingen eller mindre alvorlig reell konsekvens (grønn + gul). Tilsvarende i 3. tertial 2012 var 85 %.

15 HMS-avvik ble vurdert av melder til å ha betydelig faktisk skade/konsekvens (rød). Tiltaksstatus for disse er gjennomgått:

Avvikstype	Lukket	Lukket	I arbeid	I arbeid
	Adekvate tiltak implementert	Ingen tiltak	Adekvate tiltak igangsatt	Ingen tiltak
Branntekniske anlegg	1			
Rømningsveier				1
Brudd på sikkerhetsrutiner	1			
Utagerende adferd	1			
Plassforhold			1	
Inneklima	2			
Sekvele vaksine		1		
Fall, slag, støt, klem, kutt		4		2
Arbeidspress	1			

Tabell 17. Tiltaksstatus for HMS-avvik klassifisert med betydelig faktisk skade/konsekvens (rød). Kilde: Achilles.

Noen skader har ulykkeskarakter der det ikke er aktuelt med tiltak, eksempel når man snubler i sine egne ben og faller.

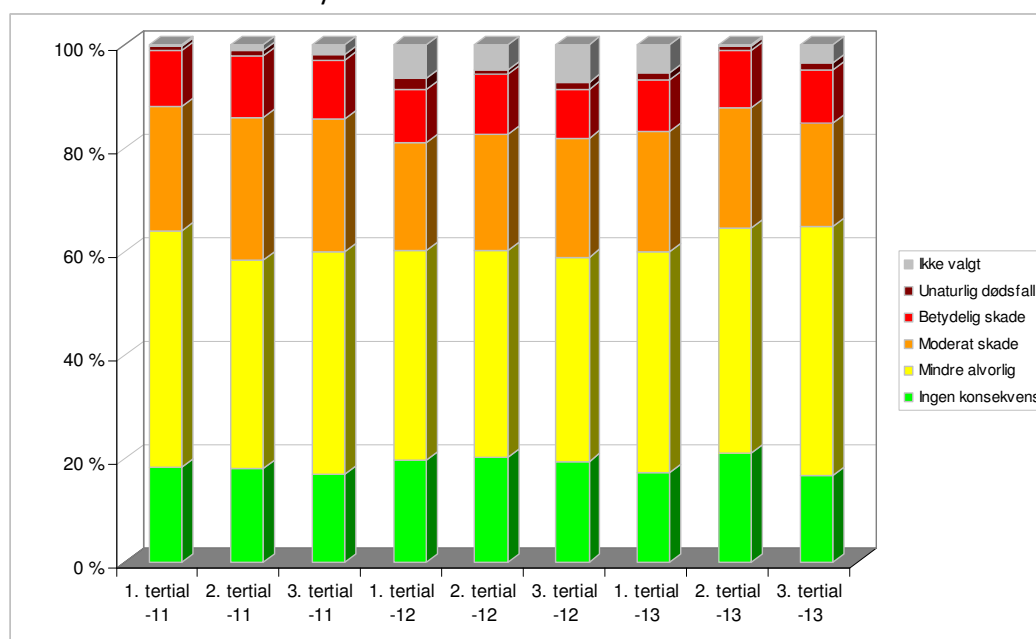
110 avvik ble vurdert av melder til å ha moderat faktisk skade/konsekvens (oransje).

De fordeler seg med;

- 60 avvik innen avviksgruppen "Skade på ansatt", der de tre største undergruppene er;
 - 13 "Fysisk vold"
 - 12 "Muskel/skjelettskade"
 - 10 "Stikk og kutt med smitterisiko"
- 35 avvik innen "Arbeidsmiljø", der de tre største undergruppene er;
 - 7 "Inneklima"
 - 6 "Bemannings"
 - 6 "Arbeidspress"

6.2.3 Potensiell konsekvens

For hele Oslo universitetssykehus HF:



Figur 19. HMS-avvik. Potensiell konsekvens. Kilde: Achilles.

Figur 19 viser at skadepotensialet er større enn den reelle/faktiske skaden. Som for reell konsekvens er profilen ganske lik klinikkene imellom.

For reell konsekvens summerer moderat, betydelig og dødsfall/katastrofal skade seg til 13 %, mens for potensiell konsekvens summerer det seg opp til 32 %. Det er omtrent det samme snittet som i 3. tertial 2012.

18 avvik ville i verste fall kunne medført unaturlig dødsfall / katastrofal skade. 73 % av disse avvikene er vurdert av melder til å ha ingen eller ubetydelig faktisk konsekvens, men de har altså et stort skadepotensial. Tiltaksstatus for disse er gjennomgått:

Avvikstype	Lukket	Lukket	I arbeid	I arbeid
	Adekvate tiltak implementert	Ingen tiltak	Adekvate tiltak igangsatt	Ingen tiltak
Branntekniske anlegg	1		1	
Brann / Branntilløp	3	1		1
Rømningsveier		1	3	1
Trusler				1
Tekniske anlegg				1
Brudd på sikkerhetsrutiner	2			1
Trevelt	1			

Tabell 18. Tiltaksstatus for HMS-avvik klassifisert med potensiell konsekvens unaturlig dødsfall/katastrofal skade (mørkerød). Kilde: Achilles.

131 avvik kunne ført til betydelig skade (rød). De største avvikstypene her er:

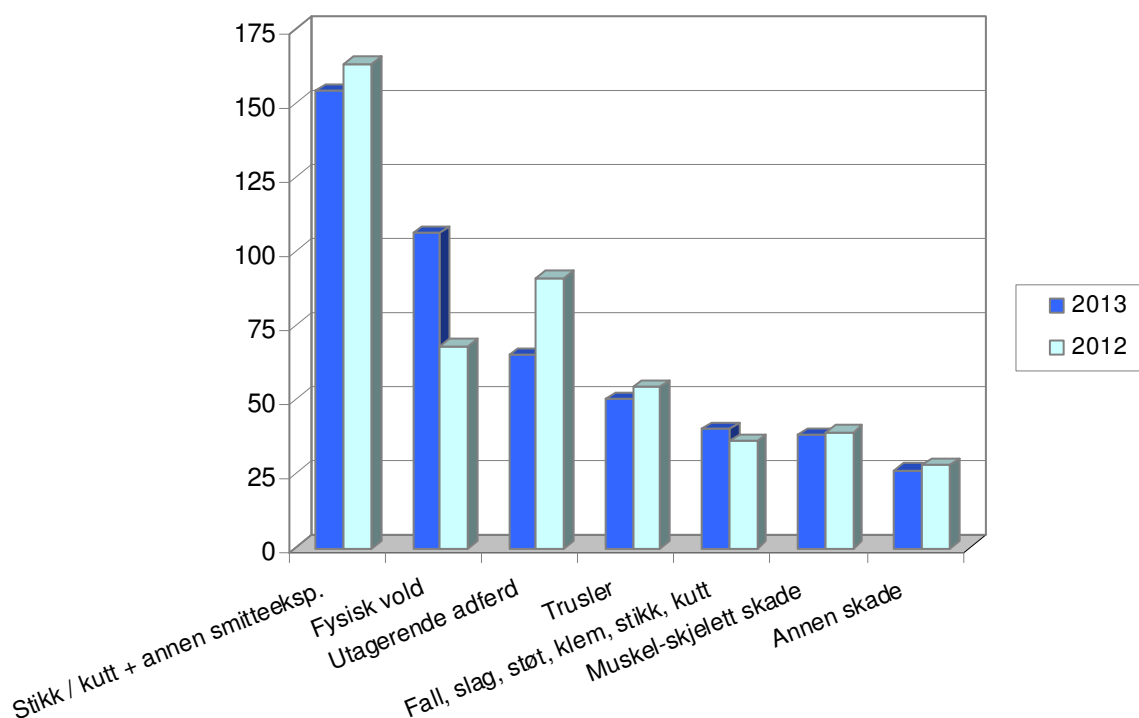
- 22 "Stikk / kutt med smitterisiko"
- 12 "Fysisk vold"

- 10 "Trusler"
- 7 "Brudd på sikkerhetsrutiner"
- 7 "Fall / slag / støt / klem / stikk / kutt".

Noen skader har ulykkeskarakter, og hvor det ikke er aktuelt med tiltak (markert med turkis i tabellen ovenfor).

6.2.4 De hyppigst meldte HMS-avvik

Skade på ansatte



Figur 20. HMS-avvik klassifisert som "Skade på ansatt". Kilde: Achilles.

Totalt ble det registrert 479 avvik i hovedgruppen "Skade på ansatte" i 3. tertial 2013. Det er nøyaktig det samme som tilsvarende periode i 2012.

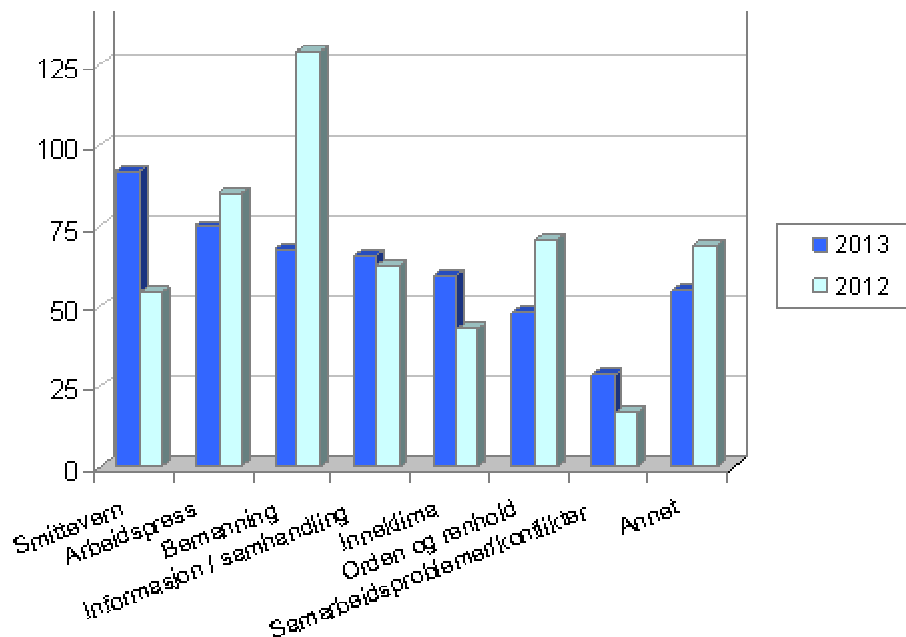
Den største avviksgruppen var "Stikk / kuttskader + Annen smitteeksponering" med 154 avvik. Nest størst var "Fysisk vold med" med 106 avvik, og deretter "Utagerende adferd" med 65 avvik.

Fysisk vold / trusler / utagerende adferd reflekterer til sammen et betydelig antall hendelser hvor ansatte ble utsatt for eller stod i fare for å bli skadet - primært fra pasienter innen psykiatri og rus (Klinikk psykisk helse og avhengighet). En ser i økende grad også tilsvarende avvik i andre klinikker. Dette har sammenheng med arbeidets art. Hendelsene er en stor belastning for mange av de ansatte som regelmessig utsettes for slike forhold.

Stikkskadene har ofte sammenheng med feil rutineutførelse, høy arbeidsmengde og tidspress som gir risiko for flere feilhandlinger.

I "Annen skade" inngår kjemikalieeksponering, stråleeksponering, hudskader, støyskader, lungeskader, allergier, eksem, øyeskader, tannskader.

6.2.5 Arbeidsmiljø



Figur 21. HMS-avvik klassifisert som "Arbeidsmiljø". Kilde: Achilles.

Totalt ble det registrert 493 avvik i hovedgruppen "Arbeidsmiljø" i 3. tertial 2013 mot 531 i samme periode i 2012, hvilket utgjør en nedgang på 7 %. Arbeidsmiljøavdelingen er ikke kjent med at det er noen vesentlige endringer i arbeidsmiljøet, så det antas å skyldes "tilfeldige" variasjoner.

Den største avviksgruppen i 3. tertial 2013 er "Smittevern" med 92 avvik en 70 % økning sammenliknet med samme periode i 2012.

Eksempler på avvikstitler er:

- Urene instrumenter
- Mangelfullt smitteregime
- Manglende informasjon om smitte
- Ikke smittevasket

Nest største avviksgruppe er "Arbeidspress" med 75 avvik – en nedgang på 10 % sammenliknet med samme periode i 2012.

Eksempler på avvikstitler er:

- Stor arbeidsbelastning
- Ikke tid til matpause
- Forsinket behandling
- Svekket beredskap
- Ressursmangel
- Slitasje på personalet
- Underbemanning
- Overtid.

Tredje største avviksgruppe er "Bemanning" med 68 avvik – en halvering sammenliknet med samme periode i 2012.

Eksempler på avvikstitler er:

- Underbemanning
- Manglende kompetanse
- Mangel på ressurser
- For få ansatte på vakt
- Stor arbeidsbelastning
- Overtid, dobbeltvakt
- Samtidighetskonflikt

Dernest følger "Informasjon/samhandling" (66), "Inneklima" (60), "Orden og renhold" (48) og "Samarbeidsproblemer/konflikter" (29).

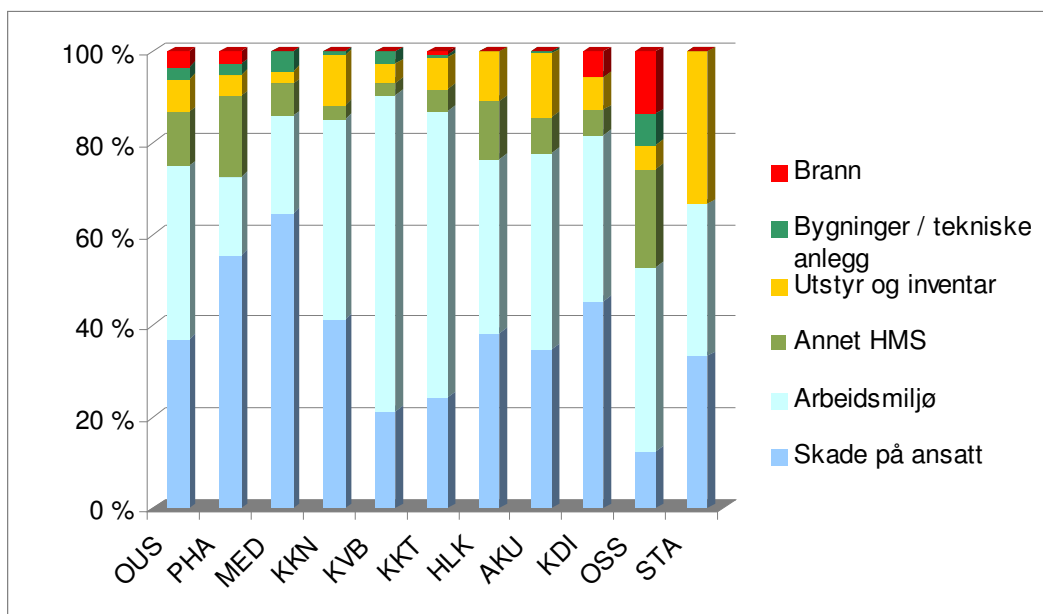
I "Annet" inngår: Dagslys og belysning, ergonomi, kjemikalier, ledelse, omstilling, plassforhold, støy, bygninger med tilhørende tekniske anlegg, brann, utstyr og inventar, avfall, ytre miljø, annet HMS.

6.2.6 Klinikkvis fordeling av HMS-avvik

	Totalt	Skade på ansatt	Arbeidsmiljø	Annet HMS	Utstyr og inventar	Bygninger/ tekniske anlegg	Brann
Oslo universitetssykehus HF	1302	483	493	154	95	32	45
Klinikk psykisk helse og avhengighet	341	189	58	61	16	8	9
Medisinsk klinikk	71	46	15	5	2	3	0
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	128	53	56	4	14	1	0
Kvinne- og barne-klinikken	75	16	52	2	3	2	0
Kreft-, kirurgi- og transplantasjons-klinikken	147	36	92	7	10	1	1
Hjerte-, lunge- og kar-klinikken	47	18	18	6	5	0	0
Akuttklinikken	198	69	85	16	27	1	0
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	55	25	20	3	4	0	3
Oslo sykehuservice	234	29	95	50	12	16	32
Direktørens stab	6	2	2	0	2	0	0

Tabell 19. HMS-avvikstyper fordelet på hovedkategorier i klinikkene i 3. tertial 2013. Kilde: Achilles.

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



Figur 22. HMS-avvikstyper fordelt på hovedkategorier i klinikkene i 3. tertial 2013 fremstilt grafisk. Kilde: Achilles.

Tabell 20 viser hvordan HMS-avvikstypene fordeler seg på hovedkategorier i de enkelte klinikker.

Klinikk	Største avviksgrupper/klinikk
Klinikk psykisk helse og avhengighet	Fysisk vold, brudd på sikkerhetsrutiner, utagerende adferd, trusler, bemanning
Medisinsk klinikk	Stikkskader, fysisk vold, utagerende adferd
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	Stikkskader, smittevern, arbeidspress, bemanning, informasjon/samhandling
Kvinne- og barne-klinikken	Bemanning, arbeidspress, stikkskader
Kreft-, kirurgi- og transplantasjons-klinikken	Arbeidspress, informasjon/samhandling, stikkskader, smittevern
Hjerte-, lunge- og kar-klinikken	Stikkskader, informasjon/samhandling
Akuttklinikken	Stikkskader, smittevern, informasjon/samhandling, samarbeidsproblemer/konflikter, muskel/skjelettskader, medisinsk utstyr
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	Stikkskader, smittevern
Oslo sykehuservice	Orden/renhold, inneklima, smittevern, fall/slag/støt/klem/stikk/kutt, branntekniske anlegg, rømningsveier
Direktørens stab	Enkeltavvik – ingen trender

Tabell 20. De største avviksgruppene per klinikk

6.2.7 Tiltaksstatus – alle HMS-områder

I 3. tertial 2013 ble det totalt registrert 456 HMS tiltak. I samme periode i 2012 var det 480, altså omtrent det samme. Dette representerer langt ifra alle gjennomførte tiltak fordi mange ledere bare bruker kommentarfeltet til å beskrive tiltak, og dette er ikke telt opp.

Oversikten kan allikevel brukes til å få et inntrykk av fordelingen av tiltakstyper:

- 88 prosedyrer
- 74 informasjon / kommunikasjon
- 67 utstyr / tøy
- 58 forebygging
- 42 bemanning
- 19 orden og renhold
- 30 bygninger og tekniske anlegg
- 78 diverse

7. Kommunikasjon og omdømme

7.1 Pasienter og pårørende

Sykehusets primære målgruppe er pasientene og deres pårørende. Den viktigste kommunikasjonskanalen overfor disse, i tillegg til den direkte pasientkontakten, er internett⁷. Det er her all informasjon til pasienter og befolkning skal finnes i oppdatert versjon. Andre kanaler, som brosjyrer, plakater, sosiale medier og tradisjonell media er også viktige kanaler til informasjon om sykehusets mange oppgaver, roller og behandlinger.

Oslo universitetssykehus HF er en aktiv samarbeidspartner og bidragsyter inn mot Norges offentlige helseportal "helsenorge.no" (Helsedirektoratet) og sitter både i operativt og strategisk redaksjonsråd

I perioden startet arbeidet med å oppgradere sykehusets internettløsning fra Sharepoint 2009 til SP 2013. Oslo universitetssykehus HF er første foretak ut, og pilot i dette arbeidet for hele Helse Sør-Øst. Migreringen gir både en mer stabil driftssituasjon (ved fjerning av det forstyrrende og skreddersydde elementet "emnekart" som forårsaker mye nedetid) og en revidering av sidenes grafiske elementer og oppbygning. Migrering av innhold startet i desember 2013. Opplæring av sykehusets lokale redaktører i den nye publiseringsløsningen vil skje i januar. Oslo universitetssykehus HF har totalt ca 500 lokale redaktører.

Status for det fagstoffet som er publisert ved utgangen av andre tertial 2013 på nettsiden er:

- 486 diagnoser
- 167 undersøkelser
- 275 behandlinger
- 28 kliniske studier (uendret)

495 enheter (klinikker, avdelinger, sentre og seksjoner) presenterer seg på nett, inklusive 43 kompetansetjenester og fagmiljøer (nasjonale og regionale).

7.2 Praktisk informasjon – rettigheter mm

Oslo universitetssykehus HF har tatt en ledende rolle i arbeidet med et pasientbrev som gjør informasjon om pasientrettigheter lettere å forstå, og i et oppsett som gjør hovedpoengene i en lang og kompleks tekst mer tilgjengelige.

Praktisk informasjon om kart, butikker og andre tilbud til pasienter, pårørende og andre besøkende har fått et løft på nettsidene. En revisjon av informasjonen er nylig gjennomført, og arbeidet med en versjon på engelsk har startet.

Brosjyren "Vi tar vare på deg" med praktisk informasjon (pasientrettigheter, adkomst/offentlig transport, besøk, fritidstilbud mm) til de som kommer til sykehuset er gitt ut i to opplag, på 20000 brosjyrer totalt i 2013. Informasjon om at brosjyren kan lastes ned fra nettet legges også inn i PasDoc mal for innkallingsbrev til nyhenviste. Flere avdelinger lenker til den elektroniske versjonen av brosjyren på egne nettsider.

Nye nettsider for synliggjøring av kvalitet og uønskede hendelser

⁷ <http://www.oslo-universitetssykehus.no>

Det er jobbet videre med sykehusets nye nettside for Kvalitet. De nye sidene er utviklet med pasient og pårørende for øyet, og i tråd med "helsenorge.no"⁸ sin satsing på økt synliggjøring av behandlingskvalitet. Fire nye undersider skal lede fram til ønsket informasjon:

1. Kvalitetsmålinger, der blant annet sykehusets resultater presenteres fordelt på de nasjonale kvalitetsindikatorene.
2. Pasientsikkerhet, som blant annet omhandler konkrete saker der man har registrert avvik, analysert situasjonen og gjennomført tiltak. I andre tertial ble de publisert åtte læringssaker. Hensikten er å få en god og systematisk oversikt over årsakene til feil og uønskede hendelser og slik bidra til å forbedre praksis slik at ikke pasienter skades.
3. Pasienterfaringer, der blant annet resultater fra sykehusets brukerundersøkelse presenteres.
4. Ventetider og pasientforløp, som blant annet omhandler oppdaterte tall for ventetider, fristbrudd og epikrisetid.

Kvalitetstallene på sykehusets internettsider oppdaterer hvert tertial på bakgrunn av tall fra helsenorge.no og sykehusets egne tall.

Tall fra sykehusets egen brukerundersøkelse publiseres også hvert tertial. Som et ledd i økt brukermedvirkning ble også et utvalg pasientkommentarer lagt ut. Det arbeides videre med økt synliggjøring av Oslo universitetssykehus HF sin egen brukerundersøkelse, blant annet ved å gi undersøkelsen og resultatene større fokus på forsiden av ny nettløsning.

7.3 Intranett

Intranettet er sykehusets primære kanal for informasjon til medarbeiderne, for debatt og for kulturbygging. En ukentlig oppsummering av nyheter fra intranettet blir sendt ut på e-post hver fredag.

Det har i perioden vært jobbet med en betydelig forbedring av intranettet, både med tanke på layout, brukervennlighet og søk.

Alle enheter kan, og oppfordres til å, etablere egne sider på intranettet. Flere klinikker og avdelinger bruker intranettet nå mer aktivt, noe som indikerer at endringene som er gjort har bidratt til å gjøre intranettet til en mer attraktiv informasjonskanal også innad i enhetene. Flere tverrgående fagmiljøer viser også økt interesse for å bruke intranettet til informasjonsspredning på tvers av organisatoriske enheter.

Intranettet er også en viktig inngangsport til andre webbaserte systemer og verktøy i sykehuset.

Noen nøkkeltall:

Mest besøkte verktøy/informasjonsider:

	Type	Antall besøk
Avvikssystemet	Verktøy	231209
E-post på tvers av sykehus og PC'er	Infoside	72973
Seksjon for personal- og ressursstyring (GAT/IRS)	Infoside	23333
Pasientreiser	Infoside	21491
Tjenester, systemer og andre nyttige ressurser	Infoside	19626

⁸ <http://www.helsenorge.no>

Kundesenter i Oslo sykehuservice	Infoside	15441
HR og Personal	Infoside	13183
Interne telefonkataloger	Infoside	11968

Tabell 21. Mest besøkte verktøy/informasjonsider 1. september – 31. desember 2013 (antall besøk)

Mest leste nyheter/meldinger:

	Type	Antall besøk
"Vi holder liv i Norge" - ny TV-serie spilles inn på sykehuset	Nyhet	3812
Lyst til å vite meir om søk i medisinske baser, korleis finne artiklar eller bruke EndNote?	Melding	2828
Vaksiner deg mot sesonginfluensa!	Nyhet	2290
Sissel Reinlie: Norges første kvinnelige nevrokirurg	Nyhet	2166
Elektronisk skattekort	Nyhet	2059
Oppstart av Medarbeiderundersøkelsen 2013	Nyhet	1894

Tabell 22. Mest leste nyheter/meldinger 1. september – 31. desember 2013 (antall besøk)

Mest leste temaer i diskusjonsforumet:

	Type	Antall besøk
Sykehuspartner har innført begrensninger på nettilgang. Problematisk	Diskusjon	3622
Glemt matpakka?	Diskusjon	2284
Parkering EL biler	Diskusjon	1257
Ny pensjonsordning – hva er poenget?	Diskusjon	1203

Tabell 23. Mest leste temaer i diskusjonsforumet 1. september – 31. desember 2013 (antall besøk på sida)

Mest aktive diskusjoner:

	Antall innlegg i perioden
Parkering EL biler	18
Parkeringsbot	13
Sykehuspartner har innført begrensninger på nettilgang. Problematisk	11

Tabell 24. Mest aktive diskusjoner 1. september – 31. desember 2013 (målt i antall innlegg)

7.4 Nyhetsbrev

I perioden har sykehusets ledelse gitt ut 3 nyhetsbrev.

I tillegg har klinikkene gitt ut lokale nyhetsbrev:

Klinikk	Antall
Klinikk for psykisk helse og avhengighet	3
Medisinsk klinikk	3

Klinikk for kirurgi og nevrofag	2
Hjerte-, lunge- og karklinikken	2
Kvinne- og barneklubben	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	2
Akuttklubben	2 + Ukesrapporter på intranett
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	2
Oslo sykehusservice	3

Tabell 25. Antall nyhetsbrev utgitt per klinikk i 3. tertial 2013

Informasjonskontaktmøter

Alle klinikkene har en fast klinikkontakt i kommunikasjonsstaben. Det er også en dedikert informasjonskontakt i hver klinikk. I nettverket med informasjonskontaktene er det i perioden arrangert fire informasjonskontaktmøter.

Åpen dag

Det har vært arrangert fire åpne dager for medarbeidere i hele sykehuset i denne perioden. Tilbudet inneholder grunnkurs i internettpubliserings og webcafé.

Totalt har 23 ansatte gått på internettpubliseringskurs i regi av Åpen dag, og 47 medarbeidere har deltatt på webcaféen. Evaluering viser at alle som har deltatt er tilfreds eller svært tilfreds med webcaféen, og mellom 50 % og 100 % er tilfreds med internettpubliseringskurset. I desember ble det ikke holdt publiseringskurs grunnet oppgradering av internettløsningen.

7.5 Politiske besøk til sykehuset i perioden

- Helseminister Bent Høie besøkte sykehuset 13. desember 2013 i forbindelse med Luciafeiring på barnemedisin på Rikshospitalet
- Göran Hägglund, Sveriges socialminister, besøkte sykehuset 14. november 2013. Tema for besøket var høyavansert medisin (barnehjerter, PCI, hjertelab, kreft og transplantasjon). Göran Stiernstedt med flere deltok i besøket.
- Helseminister Bent Høie besøkte sykehuset 4. november 2013 i forbindelse med lanseringen av nytt pasientforløp for brystdiagnostikk
- Daværende helseminister Jonas Gahr Støre besøkte sykehuset 1. september 2013 i forbindelse med en ekstrabevilgning til medisinsk teknisk utstyr IKT

7.6 Overordnede prosjekter med særlig kommunikasjonsfokus i perioden

- Nytt akuttbygg – egen kommunikasjonsplan
- Campus Oslo – kommunikasjonsplan for idéfase
- Nytt GAT - egen kommunikasjonsplan
- Helsearena Aker – egen kommunikasjonsplan
- Utvalg for koordinering av fagprosedyrer og behandlingsforløp
- Gjennomføringsprosjektet
- Regional utvikling av pasientbrev inkl godt forståelig informasjon om rettigheter (Fritt sykehusvalg)
- Implementering av brukerundersøkelse blant pasienter ved Oslo universitetssykehus HF
- Sykehusets deltakelse i TV-serien "På liv og død" – planlegging og gjennomføring av filmopptak, etablering av avtaler/samtykke, oppfølging av pasienter og pårørende.
- Etablering av protonterapisenter på Oslo universitetssykehus HF – oppfølging av kommunikasjonsstrategi

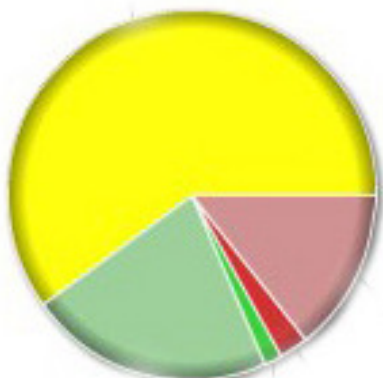
- Lansering av prosjektet og filmen "Hvis pasienten fikk bestemme" – redusert ventetid for utredning av brystkreft, med deltakelse fra helseministeren.

I tillegg kommer EPJ-prosjektet – oppfølging av kommunikasjonsplan: Utarbeidelse av informasjonsbrosjyre til ansatte i forbindelse med ett års markeringen, gjennomføring av fire allmøter, utgivelse av fire nyhetsbrev, samt etablering en egen knapp på forsiden av intranettet. To av Kommunikasjonsstabens medarbeidere var i 3. kvartal delvis frikjøpt til prosjektet og har vært representert i henholdsvis prosjekt for Innførings- og endringsledelse og kommunikasjonsstøtte til prosjektledelsen.

7.7 I media

Vi har hatt 542 registrerte henvendelser fra 1. september til 31. desember 2013 – inklusive meldinger om pasientskade. Dette er flere enn i forrige periode. Antall saker i mediene økte svakt fra 4133 i andre tertial 2013 til 4177 i tredje tertial 2013.

Perioden har vært preget av ulykker, noe som genererer både mange mediehenvendelser inn til sykehuset og mange mediasaker der sykehuset er nevnt.



Figur 23. Vekting av mediasaker.

Sakene i tredje tertial 2013 ble vektet slik:

- Den gule andelen viser nøytrale saker (60 %).
- De grønne andelen viser positive og svakt positive saker (23 %).
- De røde andelen viser negative og svakt negative saker (17 %).

Andelen positive og svakt positive saker er uforandret fra forrige tertial, mens andelen negative og svakt negative saker har gått ned med en prosent i forhold til forrige tertial.

Alle saker der sykehusets personell uttaler seg i kraft av sin ekspertise blir vektet som svakt positivt.

I de 705 negative sakene dominerte følgende temaer:

- Rettssak om rekruttering av filippinske sykepleiere
- Responstid ved AMK
- Riksrevisjonens gjennomgang av sykehuset
- Mer uro på nyfødtintensiv på Rikshospitalet
- Konsulentbruk

I de 961 positive sakene dominerte følgende temaer:

- Pasienter med gode erfaringer
- Kreftforskning
- Saker om multipel sklerose
- Informasjon om bruk av syntetisk narkotika
- Positive tall for prostatakreftbehandling ved Oslo universitetssykehus HF
- Ekspertuttalelser

De 2511 nøytralt vektete sakene handler om svært mange ulike temaer. I mange av dem er sykehuset bare nevnt uten å spille noen sentral rolle. Omtale av skadde pasienter brakt til Oslo universitetssykehus HF, kronprinsessens operasjon ved Rikshospitalet, en døds syk håndballtrener og jordmødrene ved Rikshospitalet som blir nevnt i forbindelse med saken om senaborter.

7.7.1 Sosiale medier

Oslo universitetssykehus HF bruker sosiale medier for å kommunisere der dette er naturlig. På Facebook er det fokus på positiv omtale fra egne og andres nettsider, og er også en ekstra kanal for de som søker kontakt med sykehuset.

Oslo universitetssykehus HF har i perioden økt med 435 følgere og har nå 3860 følgere på Twitter (@oslounivsykehus). Sykehuset har også mange aktive medarbeidere på Twitter som twitrer fag og deltar i samfunnsdebatten. På twitter deltar vi i debatter om spørsmål som berører sykehuset og formidler nyheter om forskning og behandling.

Vi ser at det har en spesielt god effekt å dele saker fra våre nettsider via sosiale medier, da de når ut til langt flere og kan gi utgangspunkt for debatt og dialog.

8. Referansetabeller

8.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 3. tertial 2013

Tilsyns- dato	Tilsyns etat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Frist	Kommentar - status
16.12.	Det lokale brannvesen	Branntilsyn ved Søsterhjemmet. Hvilke branntekniske tiltak er gjort?	Oslo sykehusservice				Ikke mottatt rapport. Opp- følgingsmøte 12.02.14
10.12.	Mattilsynet	Uanmeldt mattilsyn hovedkjøkken	Hovedkjøkken Rikshospitalet	0	0		Lukket
09.12.	Statens helsetilsyn	Blodbankvirksom- heten ved OUS	IMM Blodbanken felles				Ikke mottatt rapport.
04.12.	Arbeids- tilsynet	Statusmøte gjenåpnet pålegg pga. måle- resultatene som ble fremlagt på møtet	Avdeling for patologi	1		31.01.14	I arbeid
03.12.	Det lokale brannvesen	Branntekniske og organisatoriske forhold på asylmottaket ved Furuli og Bjerget, Dikemark	Oslo sykehusservice brannvern- seksjonen	0	0		Lukket
28.11.	Mattilsynet	Etter tilsyn med næringsmidler	Kvinne- og barneklubben Barnepost 6 Ullevål	1	0	28.02.14	Det arbeides med plan og tiltak.
28.11.	Det lokale eltilsyn (netteier)	Varsel om søk etter jordfeil og kontroll av elektriske anlegg - Verkensveien 17	Oslo sykehusservice Elektroseksjonen Ullevål	0	0		Lukket
25.11.	Mattilsynet	Revisjon av postkjøkken	Hjerte-, lunge karklinikken Thoraxkir. intensivpost 1 Rikshospitalet	1	0	28.04.14	Strakstiltak ut- arbeides. Behov for avklaring av permanent løsning.
15.11.	Fylkes- mannen miljøvernadv .	Kontrollrapport fyringsanlegg	Drift og byggservice, Aker	6	0	20.02.14	Det arbeides med plan og tiltak.
14.11.	Fylkes- mannen miljøvernadv .	Kontrollrapport fyringsanlegg	Oslo sykehus- service VVS-avd. Rikshospitalet	5	0	20.02.14	Det arbeides med plan og tiltak.
13.11.	Det lokale eltilsyn	Systematisk HMS arbeid mht el-tilsyn,	Oslo sykehusservice	1	0	11.02.14	Det arbeides med plan og

Tilsyns- dato	Tilsyns etat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Frist	Kommentar - status
	(netteier)	Dikemarkveien 39	Elektroseksjonen Ullevål				tiltak.
13.11.	Det lokale eltilsyn (netteier)	Kontroll elektriske anlegg, Slottsberget 35	Oslo sykehuservice Elektroseksjonen Ullevål	0	0		Lukket
13.11.	Det lokale eltilsyn (netteier)	Systematisk HMS arbeid mht el-tilsyn, Sykehusveien 20	Oslo sykehuservice Elektroseksjonen Ullevål	1	1		Lukket
13.11.	Det lokale eltilsyn (netteier)	Kontroll av elektrisk anlegg, Verkenveien 19	Oslo sykehuservice Elektroseksjonen Ullevål	0	0		Lukket
13.11.	Det lokale eltilsyn (netteier)	Systematisk HMS arbeid mht el-tilsyn, Verkensveien 19	Oslo sykehuservice Elektroseksjonen Ullevål	1	0	11.02.14	Det arbeides med plan og tiltak.
13.11.	Det lokale eltilsyn (netteier)	Kontroll elektrisk anlegg, Verkenveien 2	Oslo sykehuservice Elektroseksjonen Ullevål	0	0		Lukket
13.11.	Det lokale eltilsyn (netteier)	Systematisk HMS arbeid mht el-tilsyn, Slottsberget 35	Oslo sykehuservice Elektroseksjonen Ullevål	1	0	11.02.14	Det arbeides med plan og tiltak.
12.11.	Fylkes- mannen helseavd.	Sykepleiefaglig kompetanse og bemanning som trengs for å løse oppgavene	Kvinne- og barneklubben Nyfødt- intensivpost, Rikshospitalet	Lov- brudd		31.01.14	Det arbeides med rede- gjørelse og tiltaksplan.
11.11.	Fylkes- mannen miljøvern	Kontrollrapport fyringsanlegg	Oslo sykehus- service VVS-avd., Gaustad	6		20.02.14	Det arbeides med plan og tiltak.
22.10.	Statens legemiddel- verk	NOPHO-ALL 2008: At kliniske utprøvingen gjennomføres iht gjeldne regelverk	Barnemedisinsk avdeling	17		04.05.14	Det arbeides med plan og tiltak.
21.10.	Direktoratet for samfunns- sikkerhet og beredskap	Tilsynet vil verifisere at de tiltakene OUS har tilbakemeldt, lukket avvikene gitt etter revisjon i 2012	Oslo universitets- sykehus HF	2	0	03.02.14	Det arbeides med plan og tiltak.
17.10.	Det lokale eltilsyn (netteier)	Kontroll elektriske anlegg, Solberg skole G.H.Henriksens vei 97	Oslo sykehus- service Byggserviceseksj. Radiumhosp.	2	2		Lukket
08.10.	Mattilsynet	Uanmeldt mattilsyn	Klinikk for kreft,	1	1		Lukket

Tilsyns- dato	Tilsyns etat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Frist	Kommentar - status
		postkjøkken	kirurgi og transplantasjon sengepost A5, Radiumhosp.				
23.09.	Statens helsetilsyn	Varsel om tilsyn med håndtering av humane celler og vev	Oslo universitets- sykehus HF	3		01.04.14	Det arbeides med plan og tiltak.
11.09.	Mattilsynet	Uanmeldt inspeksjon	Hovedkjøkken Rikshospitalet	0			Lukket
11.09.	Mattilsynet	Uanmeldt mattilsyn postkjøkken	Hjerte-, lunge karklinikken TKA1 Sengepost Rikshospitalet	0			Lukket
11.09.	Mattilsynet	Uanmeldt mattilsyn postkjøkken	Hjerte-, lunge karklinikken Lunge sengepost Rikshospitalet	0			Lukket
11.09.	Mattilsynet	Uanmeldt mattilsyn postkjøkken	Klinikk for kreft, kirurgi og transpl. Sengepost blodsykdommer Rikshospitalet	0			Lukket
09.09.	Arbeids- tilsynet	Tilsynsrapport etter statusmøte 09.09.13	Oslo universitets- sykehus HF				Lukket , se statusmøte 04.12.13

Tabell 26. Tilsynsbesøk i 2. tertial 2013.

8.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid

Tilsyns- dato	Tilsyns etat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Frist	Kommentar - status
29.05.13	Statens strålevern	Strålevern og bruk av stråling	HLK Kardiologisk avdeling	3	0	01.11.13	Tiltak iverksatt. Plan oversendt. Venter på tilbakemelding på plan.
23.04.13	Statens legemiddelverk	Tilvirkning av produkter til humant bruk utført ved Ex vivo cellelaboratoriet	Seksjon for Ex vivo cellelaboratoriet	10	0	04.12.13	Tiltak iverksettes i henhold til plan. Venter på tilbakemelding.
04.04.13	Statens legemiddelverk	Blodbankens tilvirkning av blod og blodkomponenter	IMM Blodbanken felles	4	1	07.11.13	Tiltak iverksettes i henhold til plan. Venter på tilbakemelding.
05.11.12	Direktoratet for samfunns- sikkerhet og beredskap	HMS/kvalitet, elektro, MTU opplæring avvik	Hele sykehuset	6	5		Manglende sikkerhet elektro: Tvangsmulkt på 450 000 kr. pr. mnd. Status-møte 24.01.14.
08.10.12	Fylkesmannen helseavd.	Håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft	Hele sykehuset	2	1	01.03.13	Avvik ikke lukket. Krav om ytterligere arbeid med statusrapport innen frist.
20.06.11	Hafslund DLE	Anleggskontroll mot nyanlegg, tavler og pasientområder og tekniske anlegg mht person og brannsikkerhet	Oslo sykehusservice	47	44		Siste tre mer omfattende avvik gjenstår og lukkes i henhold til langtidsplan.

Tabell 27. Ikke avsluttede avvik/pålegg fra tidligere tilsyn.

Målgruppe: Foretaksstyret – Styresak 3/2014.
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Dato: 28. januar 2014
Fil/versjon: - LGG-3- 2013 Indikatorer v17.doc

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. februar 2014

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

Vedlegg: 1. Tabellvedlegg

SAK 4/2014 RAPPORTERING PER DESEMBER 2013

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen for desember 2013 til orientering.

Oslo, den 6. februar 2014

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Gjennomgangen av status og resultater for 2013 (foreløpig årsregnskap) viser kortfattet følgende:

- Samlet aktivitet innenfor somatikken var om lag som budsjettert og økte fra 2012 til 2013.
- Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) var antall utskrevne pasienter tilsammen høyere enn budsjettert og høyere enn i 2012. Antall polikliniske konsultasjoner var lavere enn budsjettert innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og TSB, men høyere for voksenpsykiatrien. Sammenlignet med 2012 var det økt poliklinisk aktivitet innenfor psykisk helsevern og TSB.
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i desember 79 dager, og omlag på samme nivå som ved utgangen av desember 2012. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy og variere til dels betydelig fra periode til periode.
- Tallet på langtidsventende er sterkt redusert det siste året. Fra desember 2012 til desember 2013 er antall langtidsventende redusert fra om lag 7 900 til om lag 3 600, dvs at antallet er mer enn halvert.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter var ved utgangen av 2013 på 1 681 (15 prosent) hvilket er en reduksjon på 875 fra utgangen av 2012.
- Foreløpig årsregnskap for 2013 viser et underskudd på 294 mill kroner, 94 mill kroner mer enn det budsjetterte underskuddet på 200 mill kroner. Regnskapet for desember viste isolert sett et resultat om lag i balanse. Justert for særskilte inntekter (gevinst fra salg av eiendom og inntekter fra Helse Sør-Øst RHF til finansiering av kreftmedikamenter) var merforbruket i driften om lag på nivå med tidligere måneder.
- Antall brutto månedsverk var i desember 17 564 og i gjennomsnitt for 2013 var det 17 258 brutto månedsverk. Tallet på årsverk har økt de siste månedene og det ble i gjennomsnitt for 2013 utført 200 flere månedsverk enn i 2012 og 306 flere enn budsjettert.
- Gjennomsnittlig sykefravær i 2013 (til og med oktober) er 7,4 prosent. Dette er noe lavere enn i samme periode i 2012.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

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

Administrerende direktør etablerte høsten 2012 en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset. Dette har gitt resultater, og gjennom det siste året har det vært en betydelig reduksjon av antall langtidsventende. Både antall og andel fristbrudd er lavere i 2013 enn i 2012, men omfanget av fristbrudd er fortsatt for høyt. For å sikre en markant nedgang i antall fristbrudd og avvikling av langtidsventende i 2014, lages det detaljerte klinikkvise planer for dette som knyttes opp til planlagt aktivitetsøkning i 2014. Fristbrudd og langtidsventende har vært et av fokusområdene i administrerende direktørs

oppfølgingsmøter med klinikkene (Ledelsens gjennomgang for 3. tertial 2013) som er gjennomført i uke 4.

Den økonomiske utviklingen gjennom 2013 er ikke tilfredsstillende. Resultatet for 2013 er om lag som tidligere estimert. Budsjettavvikene henger først og fremst sammen med høyere bemanning og høyere lønnskostnader enn budsjettet. Den effektivisering som var forutsatt innenfor somatikken som helhet for 2013 er ikke oppnådd. Det lages nå klinikk- og avdelingsvise produktivitetsanalyser som vil være grunnlag for dialog om utviklingen gjennom fjoråret.

Bemanningstallene viste en økning gjennom siste halvår 2013, men er noe redusert igjen i januar 2014. Budsjettet for 2014 forutsetter en økt aktivitet uten tilsvarende økning i bemanningen i de somatiske klinikkene. Det vil derfor fortsatt være høyt fokus på stram bemanningsstyring.

Tiltaksgjennomføringen i 2013 var betydelig svakere enn forutsatt. Heller ikke det var tilfredsstillende. Oppfølging av tiltak er endret i 2014.

3. Pasientbehandling

3.1. Aktivitet somatikk

Foreløpige DRG-tall etter desember viser at aktiviteten innenfor somatikken var 0,1 prosent høyere enn budsjettet i 2013. Det er erfaringsmessig noe etterslep i registrering av medisinsk informasjon (diagnoser og prosedyrer) på rapporteringstidspunktet. For desember antas denne effekten å være liten da tallene er tatt ut mye senere enn ved en vanlig månedsrapportering.

Sammenlignet med 2012 er det foreløpig registrert en aktivitetsøkning i somatikken på 0,8 prosent (aktivitet begge år målt med DRG-poeng ut fra 2013-grupper). Det er variasjoner i aktivitetsnivå mellom klinikkene. Under gis en kort status for hver av klinikkene:

Klinikk for kirurgi og nevrofag har en aktivitet som budsjettet for 2013 og en økning fra 2012. Innenfor ortopedisk avdeling var det våren 2013 midlertidig redusert aktivitet ifm stengte operasjonsstuer i Storgata. Nevrokirurgisk avdeling har hatt for lav operasjonskapasitet, men har i høst fått økt denne med en stue per dag. Ved Plastikkirurgisk avdeling er aktiviteten økt med nærmere 20 prosent blant annet knyttet til brystprosjektet.

Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken har høyere aktivitet enn budsjettet og økning fra 2012 for de fleste fagområdene (økning innen transplantasjoner, kreftbehandling, revmatologi og hud/infeksjon, men reduksjon for urologi og blodsykdommer). Det har vært økt aktivitet i gastrokirurgi høsten 2013 etter utfordringer med intensiv- og operasjonkapasitet tidligere i år.

Kvinne- og barneklubben hadde lavere aktivitet enn budsjettet i desember, og har for 2013 samlet en aktivitet som er noe lavere enn budsjettet og lavere enn foregående år. Avviket i desember skyldes færre fødsler enn planlagt, færre operasjoner innen gynekologisk kreft og lav aktivitet innen nyfødtdisin, gynekologi og barnemedisin.. Akkumulert er det Avdeling for gynekologisk kreft, Nyfødtdintensivavdeling og

Gynekologisk avdeling som ligger etter budsjett og som har lavere aktivitet enn i 2012. Avdeling for gynekologisk kreft mistet ca 20 operasjonsteam i 2013 pga manglende operasjonsstuekapasitet, og har i tillegg gjennomført store omstillinger ifm flytting av operasjonsaktivitet fra Ullevål til Radiumhospitalet. Gynkologisk avdeling har hatt forsinket oppstart av fast-track IVF (IVF=in vitro fertilisation/reproduksjonsmedisin). Nyfødtintensiv-aktivitet svinger fra år til år siden det er øyeblikkelig-hjelp virksomhet. Barnemedisin har høyere aktivitet enn budsjettet, spesielt innenfor barnekreft. Fødeavdelingen håndterte 1 prosent flere fødsler enn i 2012.

Medisinsk klinikk har noe lavere aktivitet enn budsjettet. Dette knyttes til reduksjon i antall akutt innleggelser (omlag 350 DRG-poeng) og at DRG-aktiviteten i 2012 var overestimert da budsjettet for 2013 ble lagt.

Hjerte-, lunge- og karklinikken har høyere aktivitet enn budsjettet, og økt med 2,1 prosent fra 2012.

Rapporterte aktivitetstall for 2013 er korrigert ned med 1.548 DRG-poeng knyttet til beregnet effekt av feil rapportering av flere konsultasjoner samme dag og feil registrering av utførende helsepersonell. I slutten av mai ble det gjennomført en oppgradering av det pasientadministrative systemet PasDoc, som gjør det mulig å registrere og rapportere utførende helsepersonell i samsvar med gjeldende nasjonale retningslinjer. Det er forutsatt at fra og med mai er utførende helsepersonell registrert korrekt. Foreløpig gjennomgang av polikliniske konsultasjoner på profesjon viser en betydelig økning i antall sykepleierkonsultasjoner fra PasDoc.

3.2. Aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

For voksenpsykiatrien er det i 2013 skrevet ut 458 flere (37 prosent) pasienter enn plantall og antall polikliniske konsultasjoner er 5 prosent (3.558 konsultasjoner) høyere enn plantall. Antall liggedøgn er 7 prosent (5.827 liggedøgn) lavere enn budsjettet. Sammenlignet med 2012 er antall utskrevne pasienter økt med 358 (26 prosent) og antall polikliniske konsultasjoner er økt med 1,8 prosent (1.481 konsultasjoner). Innenfor den polikliniske virksomheten har det vært en høyere andel ikke møtt pasienter enn forutsatt i periodisert budsjett.

Den polikliniske aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien var 11 prosent (5.534 konsultasjoner) lavere enn plantall i 2013. Sammenlignet med 2012 økte antall polikliniske konsultasjoner med 1.816 (4 prosent). Avviket i forhold til budsjett skyldes flere forhold og spesielt høyt antall pasienter som ikke møter og avlysninger. Avdelingen har gjennomført flere tiltak for å øke aktivitetsnivået. Det er satt inn tiltak som saksmengdesamtale, styrt timebok og fokus på strukturerte pasientforløp og avslutninger. Dette har medført at mye av etterslepet i aktivitet er tatt inn, og dette arbeidet vil derfor bli videreført i 2014. De ambulante teamene ved poliklinikkene ligger under plantall, og driften av disse vil bli evaluert i 2014.

Antall utskrevne pasienter var i 2013 som budsjettet, samtidig som antall liggedøgn var 136 (3 prosent) høyere enn budsjettet. Sammenlignet med 2012 var det en reduksjon i antall utskrevne pasienter med 2, mens antall liggedøgn økte med 589 (16 prosent).

Avviket for antall liggedøgn skyldes stor pågang av pasienter med sammensatte og kompliserte tilstander.

Innenfor *TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)* ble det i 2013 skrevet ut 2 prosent (42) flere pasienter fra døgnbehandling enn plantall. Sammenlignet med 2012 var det en økning i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 5 prosent (123 pasienter). Antall polikliniske konsultasjoner er 20 prosent (2.084) lavere enn budsjettert, hvilket er en økning med 2 prosent (162 konsultasjoner) fra 2012. Fra 1. juni ble to ruspoliklinikker organisasjonsmessig overført til Avdeling for rus og avhengighet. Det forventes at dette vil gi et mer samordnet tilbud og en poliklinisk aktivitet som budsjettert for 2014. For antall liggedøgn er det negative avviket etter desember på 18 prosent (5.255 døgn). Avviket knyttes både til avbruddsproblematikken, og til et lavere belegg av unge rusavhengige enn forutsatt i budsjettet. I forbindelse med flytting har det vært en omstillingsprosess i avdelingen og i den fasen har det vært en svikt i antall henvisninger. Det arbeides nå målrettet med å snu denne trenden.

3.3. Ventelisteutvikling

Ventetid

Administrerende direktør har en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset.

Gjennomføringsprosjektet ble avsluttet våren 2013, og sluttrapport fra prosjektet ble presentert for styret (sak 27/2013) i april. Resultatene fra prosjektet viste en betydelig bedring i antall langtidsventende og generelt en bedring i andre styringsparametre. Prosjektet har videre bidratt til en markant bedring i korrekte aktivitetsdata og til en betydelig kompetanseheving i foretaket med fokus på lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og –system. Foretaket har nå på plass oppdaterte styrende dokumenter for hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet, og det er økt fokus på elektroniske arbeidsprosesser. Pasienters rettigheter og interesser blir således bedre ivarettatt. Det er lagt ned et stort arbeid i klinikkene og avdelingene i forbindelse med Gjennomføringsprosjektet. Det gjenstår imidlertid oppfølgingspunkter som er satt opp i en handlingsplan som det jobbes kontinuerlig med. Klinikklederne har ansvar for videre gjennomføring og oppfølging av egne avdelinger. Ansvaret for oppfølging på foretaksnivå er lagt til Stab medisin, helsefag og utvikling, og oppfølging inngår i administrerende direktørs ordinære oppfølgingsregime med klinikkene. I månedlig oppfølging av ventelister og fristbrudd inngår følgende parametre:

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

Antall ventende pasienter

Antall ventende ved Oslo universitetssykehus HF er per utgangen av desember nærmere 25000, herav er antall ventende som har ventet mer enn et år omlag 3600 (dvs at langtidsventende utgjør omlag 14 prosent av alle ventende). Gjennom det siste året har det vært en betydelig reduksjon både i totalt antall ventende og antall

langtidsventende. Totalt antall ventende er redusert med omlag 6400 fra desember 2012 til desember 2013, hvorav omlag 4300 er reduksjon i antall langtidsventende.

Som en del av Gjennomføringsprosjektet er det utført både maskinelle og manuelle rettinger av tidligere feilregistreringer med videre slik at ventelistene nå viser et mer riktig bilde. I tillegg er kapasiteten midlertidig økt innen noen fagområder samtidig som det i enkelte avdelinger fortsatt pågår et arbeid knyttet til rettinger og ajourføring av ventelister.

Langtidsventende

Som det fremkommer ovenfor har det vært en betydelig reduksjon i antall langtidsventende ved Oslo universitetssykehus HF. Fra desember 2012 til desember 2013 er antall langtidsventende redusert med omlag 54 prosent (fra 7900 til 3600). Totalt antall langtidsventende har imidlertid vært relativt stabilt de siste månedene. Mye av den enklere ryddingen er ferdig, og videre håndtering av gjenværende liste med langtidsventende er et tidkrevende arbeid. Det er særskilt oppfølging av de fagområder som fortsatt har langtidsventende (over 20). Det er utarbeidet periodiserte måltall for nedgang i antall langtidsventende for disse fagområdene, og planer for 2014 sees i sammenheng med planlagt aktivitetsøkning.

Det er flest langtidsventende innenfor fagområdene ortopedi og plastikkirurgi, men også innenfor disse fagområdene har det vært en reduksjon i antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer. Innen ortopedi pågår det et samarbeidsprosjekt med Kontoret for fritt sykehusvalg, for å arbeide for overføring av langtidsventende til foretak som har ledig kapasitet innen dette fagområdet. Erfaring fra arbeidet tilsier at drevent personell bare klarer å avvikle ca 10-15 langtidsventende fra listene per arbeidsdag (ved å ringe til aktuelle pasienter). Oslo universitetssykehus HF legger derfor nå øket innsats i å:

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

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling

For 2013 er målet at gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter skal reduseres til 65 dager. Gjennomsnittlig ventetid (for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp) er i desember 79 dager, og omlag på samme nivå som i desember 2012. Gjennomsnittlig ventetid til avvikling er omlag 20 dager kortere i desember enn november både i 2012 og 2013. Dette vurderes som normalt i perioder med noe lavere aktivitet innenfor elektiv virksomhet.

Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy og variere til dels betydelig fra

periode til periode. Reduksjon i antall som har ventet mer enn 1 år er også knyttet til ikke-ordinær avvikling fra venteliste. Ikke-ordinære avviklinger påvirker ikke gjennomsnittlig ventetid til avvikling.

Gjennomsnittlig ventetid for ventende

Ventetid for de som venter på start helsehjelp følges også tett opp. I desember 2013 er ventetid for alle ventende 213 dager, hvilket er en reduksjon på 41 prosent fra samme periode i 2012. Det er stor forskjell i ventetid for ventende med og uten rett til prioritert helsehjelp. Reduksjonen i ventetid for ventende pasienter gjelder i hovedsak for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp.

Tiltak i arbeidet med å redusere ventetid til helsehjelpen starter er bedre planlegging av aktivitet i avdelingene og mer aktivt bruk av ventelistene i planlegging av driften. I tillegg arbeides det med tiltak for å bedre kapasiteten innenfor enkelte fagområder, og dette vil bli sett i sammenheng med planlagt aktivitetsøkning for 2014 (konf over). Det regionale helseforetaket har dessuten nedsatt midlertidige fagråd/regionale prosjekt for ortopedi, nevrologi, øre-, nese- og halssykdommer, øyesykdommer og plastikk-kirurgi som bl.a. skal se på kapasitetsutnyttelsen i regionen. Dette er alle fagområder hvor Oslo universitetssykehus HF har lange ventelister. Innenfor plastikk- kirurgi er foretaket tildelt ekstra midler til tiltak for å redusere ventelistene innenfor brystrekonstruksjon. Dette har hatt en svært god effekt på ventetiden for disse pasientene og arbeidet vil kontinueres i 2014.

Generelt er det også et økt fokus på hvordan bedre samarbeid med andre foretak i regionen kan sikre at pasienter som nærmer seg fristbrudd og behovspasienter som har stått lenge på venteliste kan få tilbud ved sykehus med ledig kapasitet. Inntil langtidsventende er avviklet, vil gjennomsnittlig ventetid for ventende være høy.

3.4. Fristbrudd

Det er et mål at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. I rapportering og oppfølging er det fokus på :

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

Status per desember

Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i desember 647 (18 prosent). Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av desember var 1.681 (16 prosent). Antall fristbrudd av antall ventende er redusert gjennom 2013, og er lavere enn i 2012. Det er variasjoner i antall fristbrudd mellom klinikker og fagområder, og hovedutfordringen er fortsatt innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag. For å nå målsettingen om null fristbrudd er det utarbeidet avdelingsvise måltall for reduksjon av antall fristbrudd innen fagområder med fristbrudd. Oslo universitetssykehus HF prioriterer reduksjon i fristbrudd høyt, og det er en svak, men ikke tilfredsstillende bedring de siste månedene. Hovedinnsatsen går på å bedre forholdet mellom kapasitet og antallet pasienter som mottas på ventelister (konf over), men det arbeides også med å bedre systematikken rundt hvilke frister som settes, samt kontinuerlig oppfølging av ventelistene slik at fristbrudd unngås.

3.5. Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Oslo universitetssykehus HF arbeider for at flest mulig pasienter får informasjon om time for utredning/behandling samtidig som det gis informasjon om vurderingen av henvisningen. Per dags dato har ikke Oslo universitetssykehus HF data på hvor stor andel pasienter som får tidspunkt for helsehjelp i samme brev som det gis informasjon om henvisningsvurderingen på grunn av begrensninger i det pasientadministrative systemet (PasDoc). Foretaket har startet prosjekt for innføring av DIPS i løpet av 2014, og videreutvikling av PasDoc vil være svært begrenset i denne perioden. Rapportering av andel pasienter som får bekreftelse på mottatt henvisning og tidspunkt for time til helsehjelp i samme brev vil derfor ikke kunne gjøres før DIPS er tatt i bruk i hele helseforetaket.

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

3.6. 100 prosent av epikrisene skal være sendt ut innen 7 dager etter utskrivning

Etter gjennomføring av milepæl 5 (M5) i FKI-prosjektet (felles klinisk informasjonsgrunnlag) den 15. oktober 2012, hvor databasene for Doculive Ullevål og Doculive Rikshospitalet/Radmiumhospitalet ble slått sammen, var det forutsatt at foretaket skulle kunne rapportere andel epikriser sendt ut innen 7 dager etter utskrivning. Det tidligere tekniske miljøet som var benyttet for dette formål ble avvirket, uten at dette var bestilt fra sykehuset. Det over lengre tid vært jobbet for å få på plass intern rapportering av andel sendte epikriser. Dette er nå på plass og det jobbes med kvalitetssikring av innholdet.

3.7. Andel korridorpasienter

For 2013 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter var i desember 1 prosent og gjennomsnittlig for 2013 0,9 prosent. Dette er noe lavere enn i 2012 hvor gjennomsnittet var 1 prosent. Tiltak i klinikkene for å redusere omfanget av korridorpasienter er økt fokus på planlegging av utskrivning, tidligere legevisitter og dermed tidligere utskrivning av pasienter og bedre bruk av senger på tvers av de ulike sengepostene. Det er videre innført rutiner for bestilling av transport for utskrivningsklare pasienter, slik at dette skal være garantert.

3.8. Utskrivningsklare pasienter

I desember er det rapportert 28 utskrivningsklare pasienter (75 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter var i desember 0,2 prosent, og gjennomsnittlig for 2013 0,2 prosent. I 2012 var andelen utskrivningsklare pasienter innenfor somatikken 0,5 prosent.

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

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

4. Økonomi

4.1. Resultat per desember (foreløpig årsregnskap)

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter desember (foreløpig årsregnskap 2013) et regnskapsmessig underskudd på 294 millioner kroner mot et budsjettet underskudd på 200 millioner kroner, dvs at resultatet er 94 millioner kroner mer negativt enn budsjettet. Dette er om lag på samme nivå som ved rapporteringen for november, dvs at resultatet for desember samlet er som budsjettet.

Regnskapet for desember inkluderer inntekt fra Helse Sør-Øst RHF til finansiering av kostnader til kreftlegemidlet Ipilimumab med omlag 12 millioner kroner og gevinst fra salg av eiendom (barnehage) med 8 millioner kroner. Hensyntatt disse forholdene viser resultatet fra driften et merforbruk på nivå med tidligere måneder. Det er variasjoner mellom klinikkene.

Det presiseres at det kan komme endringer i regnskapet for 2013 på enkelte områder. Noen poster i regnskapet blir først grundig vurdert i forbindelse med endelig regnskap for året. Områder hvor det kan komme endringer er blant annet fakturaetterslep, aktivitetsbaserte inntekter somatikk (endelig innsending av aktivitetsgrunnlag 4. februar) og andre årsoppgjørsvurderinger.

Sum driftsinntekter viser et positivt avvik på 229 millioner kroner (1,2 prosent). Øremerkede inntekter er 37 millioner kroner høyere enn budsjettet, og avvik knyttet til sum driftsinntekter for ordinær drift er dermed omlag 200 millioner kroner. Avvikene på inntektene omfatter følgende:

- Tilbakeførte midler (basis) vedrørende etablering av kommunale øyeblikkelig hjelpstilbud med 16,4 millioner kroner.
- Reduksjon av basisramme som følge av reduserte pensjonskostnader med 4,7 millioner kroner for 2013.
- Økt inntekt (annen inntekt) til finansiering av brystprosjektet med 9 millioner kroner.
- Refusjon for å finansiere Ipilimumab (kreftlegemiddel til behandling av pasienter med føflekkreft) med 12 millioner kroner.
- Økt enhetspris per DRG-poeng med 99 kroner gir en merinntekt på omlag 12 millioner kroner.
- Gevinst fra salg av anleggsmidler med 8 millioner kroner, hvorav 7,3 millioner kroner gjelder salg av Hompetitten barnehage.
- Inntekt fra Oslo kommune for utleie av arealer på Aker.

Øvrig avvik skyldes blant annet at merforbruk ved Utenlandskontoret knyttet til pasienter fra hele regionen som får behandling i utlandet, er forutsatt finansiert jfr oppdrag og bestilling 2013 (utgjør omlag 22 millioner kroner). Videre er inngår refusjon fra DIPS-innføringsprosjektet for å finansiere ansatte som er frikjøpt til prosjektet med 52 millioner

kroner (andre driftsinntekter). Ut over dette er de aktivitetsbaserte inntektene innenfor somatikken noe høyere enn budsjettert.

Sum driftskostnader viser en merkostnad i forhold til budsjett på 341 millioner kroner, hvorav 38 millioner kroner relateres til prosjekter med øremerket finansiering. Hoveddelen av øvrig merforbruk skyldes i hovedsak høyere kostnader enn budsjettert i den ordinære driften av sykehuset, i hovedsak innenfor lønnsområdet (inkludert innleie av helsepersonell), hvor merkostnaden er 294 millioner kroner. Kostnadene til innleie er alene 108 millioner kroner høyere enn budsjettert. Deler av merkostnadene (om lag 52 millioner kroner) kan relateres til DIPS-innføringsprosjektet hvor klinikkene som har ansatte som er frikjøpt til prosjektet, får dekket merkostnadene (disse utgiftene aktiveres).

I bokførte varekostnader inngår kostnader til behandling av pasienter med føflekk-kreft med omlag 12 millioner kroner. Dette er kostnader som er refundert fra Helse Sør-Øst RHF (tilsvarende merinntekt under andre driftsinntekter), jf omtale ovenfor. Resultatet inkluderer nedskrivning av eiendom ved SSE med omlag 10 millioner kroner.

Tilbakebetaling fra Sykehuspartner IKT og lavere kostnader til lønnsoppjøret for 2013 enn forutsatt i budsjettet har bidratt til å redusere resultatavviket i forhold til budsjett for 2013. I tillegg har finanskostnadene vært lavere en forutsatt.

Avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper

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

Kostnad / inntekt	Per desember 2013	
	Avvik	Kommentarer
Basisramme	11 939	Inntektsført basisramme er 12 mnok høyere enn budsjettert. Dette relateres til tilbakeførte midler knyttet til Ø-hjelp og red. basisinntekt som følge av lavere pensjonskostnader enn forutsatt.
Aktivitetsbaserte inntekter	14 426	Aktiviteten innenfor somatikken er 0,1% høyere enn budsjettert. Estimert tap knyttet til avregningsutvalgets saker ang. flere konsultasjoner mv, samt effekt av økt enhelspris for DRG, inngår i resultatet. Lavere antall konsultasjoner innen BUP og TSB bidrar til et negativt budsjettavvik. Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er noe høyere enn budsjettert og bidrar positivt. Det samme gjelder inntekter fra kurdøgn og lab-/røntgenområdet, som delvis er budsjettert under andre driftsinntekter.
Andre inntekter	202 495	Som beskrevet ovenfor er deler av inntektene for kurdøgn og lab.rad. budsjettert under andre inntekter, men bokføres som aktivitetsbaserte inntekter. Disse må derfor sees i sammenheng. Det er inntektsført 52 mnok fra DIPS-prosjektet som refusjon for frikjøp. Dette må sees i sammenheng med tilsvarende høyere lønnskostnader. Inntektsføring av refusjon for legemiddelet Ipliumab bidrar med om lag 12 mnok og ekstra midler til brystrekonstruksjoner (tidligere inntektsført som basisramme, men ompostert til annen driftsinntekt) bidrar også til merinntekten. Se tekst for ytterligere kommentarer.
Sum driftsinntekter	228 860	
Lønn- og innleiekostnader	-294 554	For de samlede lønns- og innleiekostnadene er det et merforbruk på om lag 295 mnok (tilsvarende 2,2 pst). I dette ligger 23 mnok lavere pensjonskostnader enn budsjettert. Avviket skyldes i hovedsak høyere bemanning enn budsjettert. Deler av dette er knyttet til DIPS-innføringsprosjektet hvor frikjøp i klinikkene er finansiert via andre inntekter (52 mnok).
Varekostnader	-52 867	Varekostnadene er noe høyere enn budsjettert og dels relatert til aktiviteten innenfor somatikken, og delvis til høyere kostnader knyttet til prosjekter. I bokførte varekostnader inngår kostnader til behandling av pasienter med føflekkreft med legemiddelet Ipliumab med omlag 12 mnok. Dette er kostnader som er refundert fra Helse Sør-Øst RHF (merinntekt under andre driftsinntekter). Her inngår også kostnader til kjøp av behandling i utlandet som er refunder under Andre inntekter.
Andre driftskostnader	5 674	Det er små mindreforbruk på flere poster. Blant annet er IKT-kostnadene (inkludert tilbakebetaling fra Sykehuspartner for uavklarte saker) og konsulentkostnader noe lavere enn budsjettert. Energikostnader relatert til 2012 med om lag 10 mnok, bidrar til reduksjon av mindreforbruket. Totalt er det mindreforbruk på 6 mnok. I avviket inngår også nedskrivning av bygg på SSE med 10 mnok som ikke er budsjettert.
Sum driftskostnader	-341 747	
Driftsresultat	-112 888	
Netto finans	19 127	Rentekostnadene er 18 mnok lavere enn budsjettert. I netto finans inngår i tillegg negativt avvik på bidrag fra AS'ene med 0,3 mnok.
Resultat	-93 760	

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

4.2. Gjennomføring av tiltak 2013

I 2013 har alle klinikkene rapportert månedlig på gjennomføringen av tiltak. Budsjettrett effekten av tiltak i 2013 var på 307 millioner kroner og 242 årsverk.

Klinikkene melder at det er gjennomført tiltak for 191 millioner kroner og omlag 120 årsverk. Samlet var gjennomføringsgraden av tiltak i 2013 om lag 62 prosent målt i kroner og noe under 49 prosent målt i årsverk.

Rapporteringen på tiltak i 2013 har vist at det er relativt store variasjoner mellom klinikkene både knyttet til gjennomføring, utforming og ambisjonsnivå knyttet til tiltak. Noe av risikoen knyttet til gjennomføring er omtalt i styresak 37/2013. Som det fremkommer av tabellen under utpeker Klinikk for Diagnostikk og intervensjon seg med større effekt av tiltak enn budsjettrett, 130 prosent målt i kroner. Klinikk for Psykisk Helse og avhengighet har gjennomført samtlige av sine tiltak. Klinikk for kreft og kirurgi har også hatt høy gjennomføring av tiltak med 85 prosent målt i kroner og 93 prosent målt i årsverk. Kvinne- og barneklubben har en høy gjennomføringsandel knyttet til årsverk, men lavere andel realisert effekt målt i kroner.

Administrerende direktør har nylig avsluttet en møteserie (ledelsens gjennomgang) med alle klinikkene der et av temaene har vært gjennomføring av tiltak 2013 og hvilke erfaringer fra tiltaksgjennomføring 2013 som det arbeides med for å bedre tiltaksgjennomføringen i 2014.

4.3. Investeringer

Investeringer til videreføring av drift

Investeringsbudsjettet til ordinære investeringer var i 2013 på 414 millioner kroner. De gjennomførte investeringene i 2013 var om lag 125 millioner kroner lavere enn budsjettrett. Avviket forklares med forsinket gjennomføring av prosjekter og at det tar tid fra en anskaffelse besluttes og til medisinsk-teknisk utstyr er levert.

Hele investeringsrammen til medisinsk-teknisk utstyr er benyttet til bestilling av nytt utstyr, og det meste av de resterende leveransene vil bli mottatt tidlig i 2014. Etter fullmakt fra styret (jamfør styresak 38/2013) ble det ved utgangen av desember inngått forpliktelser av investeringsrammen for 2014 for å erstatte sammenbrudd av medisinsk-teknisk utstyr.

For 2013 ble det stilt 190 millioner kroner til disposisjon for investeringer i bygg og infrastruktur. I tillegg til det opprinnelige budsjettet for 2013 på 130 millioner kroner bekreftet Helse Sør-Øst RHF at likviditet ble tilgjengelig slik at investeringer knyttet til tilsynspålegg med videre kunne økes med 60 millioner kroner. Ved utgangen av 2013 var det gjennomført investeringer for om lag 190 millioner kroner. I tillegg er det inngått forpliktelser for om lag 25 millioner kroner, som skal finansieres av investeringsrammen for 2014 (jamfør fullmakt gitt i styresak 38/2013).

Det ble budsjettert med 32 millioner kroner til lokalt finansierte IKT-prosjekter i 2013. To større IKT-prosjekter ble tatt ut av investeringsporteføljen våren 2013 og finansieringen ble omdisponert. Omdisponeringen, lav kapasitet til gjennomføring og tidkrevende anskaffelsesprosesser har medført en tidsforskyvning i gjennomføringen.

I oktober 2013 ga styret fullmakt til å inngå avtaler om kjøp av ambulanser for 23 millioner kroner finansiert av investeringsrammen for 2014 (jamfør styresak 63/2013). Ambulansene er bestilt og første ambulanse forventes levert i august 2014.

Omstillingsinvesteringer

Totalt budsjett (for årene 2011-2015) for omstillingsinvesteringer Fase 1 er 1 500 millioner kroner (2012-kroner), eksklusiv samhandlingsarena Aker. Ved utgangen av desember 2013 er det fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for om lag 1 200 millioner kroner. I tillegg er det satt i gang flere utredninger av delprosjekter som det foreløpig ikke er anslått en kostnadsramme for. Budsjetterte omstillingsinvesteringer for 2013 er på 462 millioner kroner. Ved utgangen av 2013 er det bokført omstillingsinvesteringer for om lag 400 millioner kroner for dette året.

For Samhandlingsarena Aker er det satt av 75 mill kroner til investeringer. Ved utgang av desember er det fattet vedtak om gjennomføring av prosjekter for om lag 68 mill kroner.

4.4. Likviditet

Kontantstrømbudsjettet for 2013 viste at benyttet driftskreditt ville øke med om lag 400 millioner kroner i løpet av året. Dette var avledet av budsjettert årsresultat på minus 200 millioner kroner og investeringsbudsjettet. I tillegg er det tatt hensyn til negative effekter knyttet til pensjonspremie og utbetalinger til Sykehuspartner for tidligere års planlagte investeringer i IKT. Kontantstrømbudsjettet var videre basert på en forutsetning om uendret arbeidskapital.

Ved utgangen av desember var benyttet driftskreditt for Oslo universitetssykehus HF om lag 2 700 millioner kroner mot budsjettert om lag 2 980 millioner kroner. Forskjellen forklares i stor grad med lavere reguleringspremie for pensjon til Oslo Pensjonsforsikring AS enn lagt til grunn, oppgjør for eiendomssalg fra Helse Sør-Øst RHF som ikke var budsjettert, lavere investeringer (tidsforskyvning) og lavere utbetalinger til Sykehuspartner enn forutsatt i kontantstrømbudsjettet.

5. Bemanning og sykefravær

5.1 Utvikling månedsverk

Antall brutto månedsverk økte de siste månedene av 2013, og var i desember 17 567, mens gjennomsnittlig antall månedsverk i 2013 var 17 258. Dette var 306 månedsverk høyere enn budsjettert og 200 flere enn i 2012. Andelene faste og variable årsverk var like i 2012 og 2013, hhv 92,5 prosent og 7,5 prosent.

Bemanningstallene for 2013 må vurderes på bakgrunn av at det i gjennomsnitt var frikjøpt om lag 40 månedsverk til DIPS-innføringsprosjektet (månedsverk finansiert av investeringer er ikke budsjettert) i 2013. Siste kvartal 2013 økte dette til i gjennomsnitt 56

månedsværk. Klinikkerne har fått resultatmessig kompensasjon for dette, jf tidligere omtale, men årsverkene er ikke korrigert.

Bemanningsutviklingen i januar 2014 er omtalt i sak 5/2015 Periodiserte aktivitetsmål og periodisert budsjett – rapportering for januar 2014.

Bemanningsutvikling inn i 2014 er gått gjennom med den enkelte klinikk som en del av Ledelsens gjennomgang for 3. tertial 2013 gjennomført i uke 4.

5.2 Utvikling i årsverk på stillingsgrupper

Den relative vekten mellom de ulike stillingsgruppene forholdt seg nokså stabilt gjennom 2013 noe som medførte at antall årsverk for de fleste stillingsgrupper økte svakt gjennom året. I snitt utgjør *Sykepleiere* 32,0 prosent, *Administrasjon og ledelse* 17,2 prosent, *Leger* 13,2 prosent, *Drifts-/teknisk personell* 8,6 prosent og *Psykologer* 1,5 prosent av samlet antall utførte årsverk.

Gruppen *Helsefagarbeider/Hjelpepleier* har sunket gjennom 2013 fra en gjennomsnittlig relativ andel på 3,6 prosent i 2012, til tilsvarende andel på 3,3 prosent i 2013 (570 månedsværk). Antall årsverk innenfor denne gruppen har også vært synkende gjennom de siste årene før 2013. I jan 2010 utgjorde gruppen 4,3 prosent (795 månedsværk) av det samlede antall årsverk. En tilsvarende, men svakere langsiktig trend finnes for gruppen *Pasientrettede stillinger* (9,1 prosent i 2010, mot 8,7 prosent i 2013). Reduksjonen i 2013 isolert sett er imidlertid svak.

Gruppene *Diagnostisk personell* og *Ambulansepersonell*, økte begge svakt i 2013 til relative andeler på hhv 7,9 prosent og 2,7 prosent. *Forskning* lå på nivå med 2012.

5.3 Sykefravær

Sykefraværet i de siste tre årene viser en utvikling i tråd med et forventet forløp og svingninger i sesongbasert fravær. Sesongvariasjonen kommer til uttrykk gjennom høyest sykefravær i januar og februar og et lavt nivå i sommermånedene. I januar var sykefraværet 8,4 prosent, mens det var lavest i august 2013 med 6,6 prosent.

Per november 2013 var gjennomsnittlig sykefravær 7,4 prosent.. Dette er i tråd med målsetningen om et totalt sykefravær i 2013 på 7,5 prosent eller lavere. Fordelingen av sykefravær på kort og lang sikt viser henholdsvis 2,5 prosent og 4,9 prosent, om lag samme fordeling som tidligere år.

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken og Akuttklinikken viste i 2013 en liten økning sammenlignet med 2012. Klinikkerne har sett store utslag på fraværet i små enheter og arbeider med målrettede tiltak som kartlegging av fraværsårsak og tilrettelegging for ansatte med særskilte behov.

Øvrige klinikker viser en god utvikling. Ingen har meldt om større avvik i utviklingen av sykefravær. Det gjelder gjennomgående i foretaket at det fokuseres på forebygging av langtidsfravær, samt at enheter og seksjoner med høyt sykefravær blir fulgt opp med særskilte tiltak. Dette blir nærmere omtalt under avsnittet nedenfor.

Inkluderende arbeidsliv

Oslo universitetssykehus HF er gjennom IA-avtalen 2010-2013 forpliktet til å arbeide for forebygging av sykefravær, økt jobbnærvær og hindre frafall fra arbeidslivet for alle ansatte. Siden 2012 har det vært en målsetning å holde totalt sykefravær på maksimalt 7,5 prosent. Totalt sykefravær (per november) er 7,4 prosent. Målsetningene for IA-arbeid ved foretaket videreføres inntil ny avtale om inkluderende arbeidsliv foreligger.

Ved enheter som har hatt særskilt høyt sykefravær er det også i 2013 iverksatt målrettede tiltak for å bedre sykefraværet, noe som har gitt positivt utslag. Tiltak som fremheves er:

- Rekrutteringstiltak for å sikre bemanning i utsatte grupper
- Fortsatt sterkt fokus på oppfølging av arbeidstakere med hyppig fravær
- Oppfølgingen av de langtidssykmeldte og gravide arbeidstakere

Samarbeidet mellom avdeling, HR i klinikk og Arbeidsmiljøavdelingen står sentralt i håndtering av arbeidsrelatert fravær. Inkluderende arbeidsliv blir fulgt opp i klinikk AMU og sentralt AMU og i HMS-rapporteringen.

Det er også iverksatt sentrale tiltak for å styrke foretakets kompetanse innen inkluderende arbeidsliv:

- Utvidet samarbeid med NAV Arbeidslivssenter Oslo i form av økt bistand og målrettede tiltak i klinikkene og på sentralt nivå, nye tiltak er under utredning og samarbeidet vil videreføres neste år
- Informasjon og retningslinjer for tilrettelegging og omplassering av arbeidstakere er utarbeidet
- Forflytningsprosjektet, med mål om riktig forflytning av pasienter og redusert omfang av muskel- og skjelettplager, ble slutført i 2013. Gjennom prosjektet ble det rettet fokus på bruk av riktig forflytningsteknikk og utvikling av en kultur for forflytning
- En kompetansegruppe under Strategisk IA-utvalg har gjennomført en kartlegging av behov for bistand og kompetanse knyttet til arbeid med inkluderende arbeidsliv lokalt, og funnet at en lokalt tilpasset opplæring er hensiktsmessig

Styresak 4/2014 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Månedrappport desember 2013

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1 Innhold i tabellvedlegg

2 Pasientbehandling

- 2.1 Aktivitet
- 2.2 Ventelisteutvikling
- 2.3 Fristbrudd avviklede og ventende

3 Økonomi og finans

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

4 Bemanning

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

Definisjoner årsverksindikatorer

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

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

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år
Status per mnd: Akkumulerte tall

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

2.1 Aktivitet og DRG – somatikk

DESEMBER	Budsjett	Status per DESEMBER			Hittil i år			SAMMENLIGNING 2012 (ekskl LV + Biol)	
		Klinikk	2013	Resultat	Avvik	Avvik i %	Restultat	Avvik	Avvik i %
Medisinsk klinikk	26 720	2 073	-146	-6,6 %	25 926	-794	-3,0 %	-276	-1,1 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	60 253	5 008	97	2,0 %	60 242	-11	0,0 %	854	1,5 %
Kvinne- og barneklirikken	35 314	2 546	-370	-12,7 %	34 678	-636	-1,8 %	-753	-2,1 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	58 364	4 757	169	3,7 %	59 640	1 276	2,2 %	1 498	2,6 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	31 709	2 276	-361	-13,7 %	31 850	141	0,4 %	656	2,1 %
Akuttklinikken	4 167	363	32	9,7 %	3 976	-191	-4,6 %	-255	-6,0 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	116	6	-1	-14,3 %	92	-24	-20,7 %	-30	-24,2 %
Stab, Utenlandskontoret		1	1	-	118	118		-73	-38,2 %
Biologiske legemidler	1 793	73	-32	-30 %	1 767	-26	-1 %		
Fellesposter	-1 398	-38	45	-54 %	-1 089	309	-22 %		
SUM	217 038	17 065	-566	-3,2 %	217 204	166	0,1 %	1 621	0,8 %

Merknader:

- Sammenligning med 2012: 2012 fremstilt med 2013-logikk og vekter
- Oppdaterte tall per 5/2 viser en samlet økning på om lag 300 DRG-poeng slik at avvik ifht budsjett og endring fra 2012 øker med 0,1 pst.

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Pasientbehandling Oslo universitetssykehus HF	Budsjett	Desemper				Hittil i år				2013 mot 2012			
	2013	Resultat	Budsjett	Bud.awik	%	Resultat	Budsjett	Bud.awik	%	HiÅ 2013	HiÅ 2012	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen (inkl private)													
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling (VOP)	1 256	167	101	66	65,3 %	1 741	1 256	485	38,6 %	1 741	1 383	358	25,9 %
Antall liggedøgn døgnbehandling (VOP)	84 815	7 134	6 524	610	9,4 %	78 988	84 815	-5 827	-6,9 %	78 988	88 784	-9 796	-11,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)	0	0	0	0		115	0	115		115	625	-510	-81,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)	79 461	6 439	6 719	-280	-4,2 %	83 019	79 461	3 558	4,5 %	83 019	81 538	1 481	1,8 %
Psykisk helsevern - barn og unge (inkl. private)													
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling (BUP)	96	9	9	0	0,0 %	96	96	0	0,0 %	96	98	-2	-2,0 %
Antall liggedøgn døgnbehandling (BUP)	4 121	345	365	-20	-5,5 %	4 257	4 121	136	3,3 %	4 257	3 668	589	16,1 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)	3 041	214	262	-48	-18,3 %	2 902	3 041	-139	-4,6 %	2 902	2 657	245	9,2 %
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)	51 820	3 355	3 964	-609	-15,4 %	46 286	51 820	-5 534	-10,7 %	46 286	44 470	1 816	4,1 %
TSB (inkl. private)													
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling (TSB)	2 815	191	241	-50	-20,6 %	2 857	2 815	42	1,5 %	2 857	2 734	123	4,5 %
Antall liggedøgn døgnbehandling (TSB)	29 001	1 865	2 339	-474	-20,3 %	23 746	29 001	-5 255	-18,1 %	23 746	27 805	-4 059	-14,6 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)	948	20	53	-33	-62,3 %	601	948	-347	-36,6 %	601	647	-46	-7,1 %
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)	10 459	572	847	-275	-32,5 %	8 375	10 459	-2 084	-19,9 %	8 375	8 213	162	2,0 %

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

Modaliet	2012 des		2013 des		HiÅ 2012		HiÅ 2013		%vis endring 2012-2013 des		%vis endring 2012-2013 HiÅ	
	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS
Angio	211	3	213	5	3 118	44	3 038	53	0,9 %	66,7 %	-2,6 %	20,5 %
CT	4 147	938	4 403	1 218	56 192	13 791	56 602	14 355	6,2 %	29,9 %	0,7 %	4,1 %
MG	464	7	468	5	8 031	78	7 966	106	0,9 %	-28,6 %	-0,8 %	35,9 %
MR	1 905	657	2 222	853	26 594	9 042	28 202	9 462	16,6 %	29,8 %	6,0 %	4,6 %
NM	484	18	528	18	8 223	288	7 683	260	9,1 %	0,0 %	-6,6 %	-9,7 %
PET	270	6	334	14	3 752	81	4 470	147	23,7 %	133,3 %	19,1 %	81,5 %
RG	12 665	219	12 531	265	161 877	3 444	164 125	3 272	-1,1 %	21,0 %	1,4 %	-5,0 %
Ukjent	4		1	1	78		52	3	-75,0 %		-33,3 %	
UL	2 680	58	1 606	65	37 185	904	35 437	1 014	-40,1 %	12,1 %	-4,7 %	12,2 %

H = henvisninger

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

TS = tilsendte

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

2.1 Aktivitet Oslo sykehuservice

12		Aktivitetsdatarapport for 2013				Oslo sykehuservice			
Produksjon	Måleenhet	Desember i fjor	Desember i år	Awik siste måned	Awik siste måned i %	Sum i fjor	Sum i år	Awik hittil i år	Awik hittil i år i %
Arealer	Kvm	1 004 029	1 010 660	6 631	0,7 %	1 001 908	1 001 460	-448	0,0 %
Forbruk av energi	KWH	37 800 000	31 960 000	-5 840 000	-15,4 %	296 902 000	295 040 000	-1 862 000	-0,6 %
Forbruk av tekstiler	Tonn	273	278	5	1,8 %	3 377	3 339	-38	-1,1 %
Middager	Antall	71 260	72 331	1 071	1,5 %	746 832	745 058	-1 774	-0,2 %
Sengevask/reing	Antall	9 999	9438	-561	-5,6 %	131 474	131 624	150	0,1 %
Hotellbelegg Pasienthotellet	%	73,3 %	73,4 %	0,0	0,1 %	77,7 %	82,2 %	4,5 %	5,7 %
Hotellbelegg Sykehotellene	%	63,0 %	73,7 %	10,7 %	17,0 %	73,6 %	77,9 %	4,3 %	5,8 %
Portøroppdrag	Antall	37 748	39287	1 539	4,1 %	494 042	471 759	-22 283	-4,5 %
Faktura forfall u.anvisning	%	21 %	31 %	10,0 %	47,6 %	21,1 %	22,6 %	1,5 %	7,1 %
Antall bur i forskningsprosjekter/uke	Antall -snitt	2101	2634	533	25,4 %	2 190	2 604	415	18,9 %
Antall søknader BHM	Antall	362	396	34	9,4 %	2 864	3 193	329	11,5 %
Pasienttilstrømmning BHM	Antall	94	98	4	4,3 %	1 051	1 295	244	23,2 %
Utlån MTU	Antall	228	237	9	3,9 %	2 846	3 634	788	27,7 %

BHM = Behandlingshjelpemidler

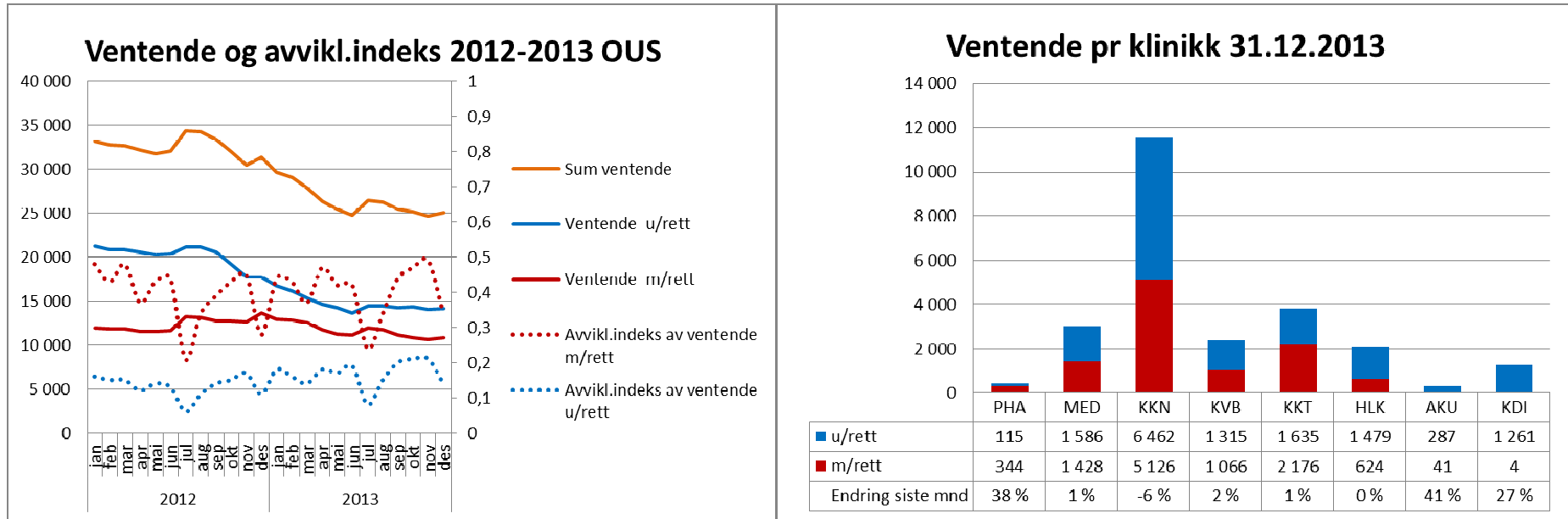
MTU = Medisinsk-teknisk utstyr

2.1 Aktivitet PO/Intensiv Akuttklinikken

Klinikk	Aktivitet	Desember 2013	Akkumulert aktivitet Desember 2013	Desember 2012	Akkumulert aktivitet Desember 2012	Akkumulert endring 2012-2013	Endring 2012-2013 i %
	Antall intensivpasienter	249	3 231	266	3 351	-120	-3,6 %
	Antall intensivdøgn	1 156	13 893	1 176	14 164	-271	-1,9 %
	Antall respiratordøgn:						
	Intensiv, Aker	1	23	2	95	-72	-75,8 %
	Intensiv 2, Ullevål	164	2 117	214	2 261	-144	-6,4 %
	Intensiv 3, Ullevål	113	1 183	114	1 173	10	0,9 %
	Generell int, RH	216	2 562	215	2 772	-210	-7,6 %
	Barneintensiv, RH	89	943	90	1 113	-170	-15,3 %
	Generell int 2, RH	130	1 313	88	765	548	71,6 %
	PO, Radium	1	44	-	47	-3	-6,4 %
	PO, Ullevål	16	238	19	210	28	13,3 %
	SUM Antall respiratordøgn	730	8 423	742	8 436	-13	-0,2 %

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

2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende

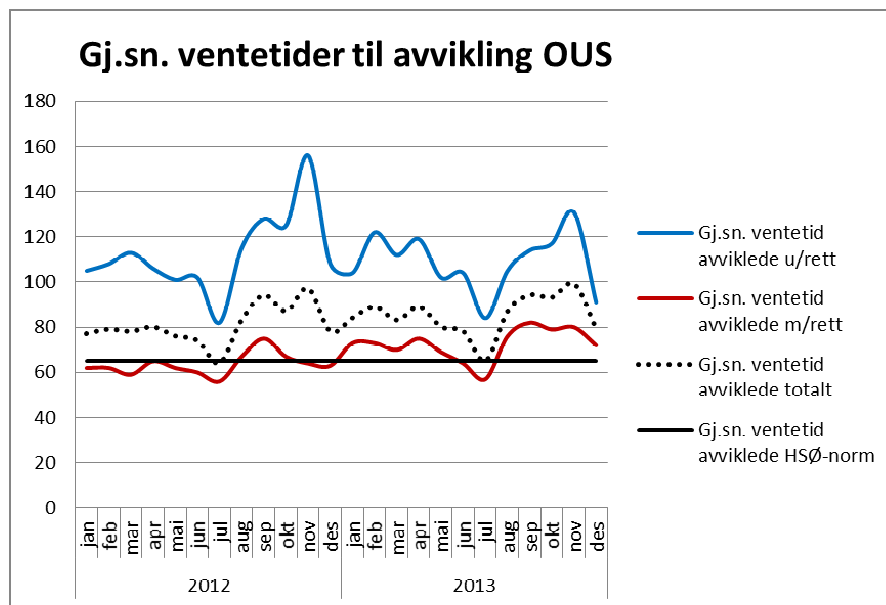


Tertial her = gj.sn. månedsverdier

Sum ventende	2012						2013						Utvikling
	1. tert	2. tert	sep	okt	nov	des	1.tert	2.tert	sep	okt	nov	des	
PHA	299	337	313	330	338	364	445	385	283	333	386	459	
MED	3 119	3 306	3 689	3 137	2 938	3 086	2 934	3 042	3 123	2 984	2 900	3 014	
KKN	19 121	19 426	19 688	18 517	17 562	17 847	14 878	13 002	12 599	12 374	11 671	11 588	
KVB	2 312	2 291	2 223	2 573	2 353	2 639	2 328	2 343	2 345	2 335	2 420	2 381	
KKT	3 453	3 441	3 219	3 360	3 486	3 732	3 537	3 599	3 774	3 783	3 778	3 811	
HLK	2 975	3 048	2 929	2 859	2 734	2 770	2 476	2 379	2 299	2 101	2 013	2 103	
AKU	382	261	301	274	233	202	171	176	115	232	259	328	
KDI	884	893	914	830	716	694	641	747	851	998	1 181	1 265	
Sum klinikker	32 545	33 003	33 276	31 880	30 360	31 334	27 408	25 670	25 389	25 140	24 608	24 949	
Diff vs. 2012							-5 137	-7 333	-7 887	-6 740	-5 752	-6 385	
Diff %							-16 %	-22 %	-24 %	-21 %	-19 %	-20 %	

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

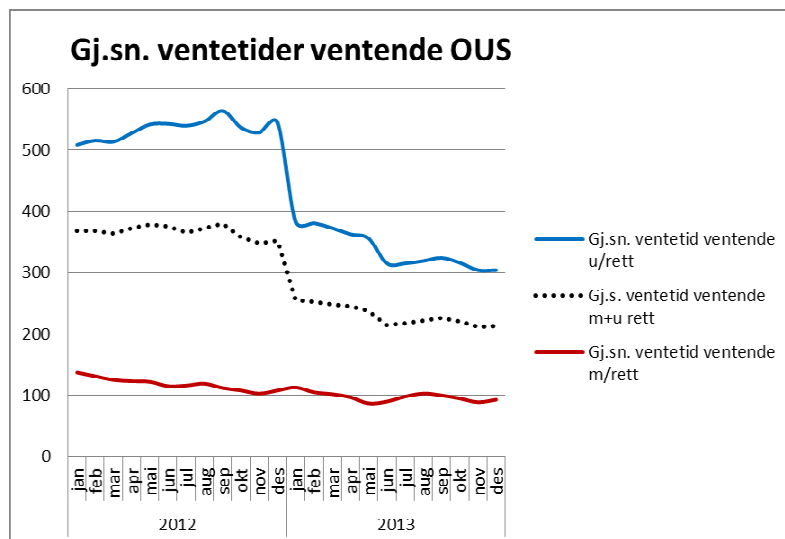
2.2 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling



Gj.sn. v.tid til avvikling	2012						2013						Utvikling
	1. tert	2. tert	sep	okt	nov	des	1.tert	2.tert	sep	okt	nov	des	
PHA	46	40	45	34	40	38	48	40	49	35	43	40	
MED	65	56	63	64	60	62	63	55	64	61	67	59	
KKN	103	109	137	131	125	121	125	115	124	125	137	107	
KVB	60	58	65	60	61	47	61	56	69	62	64	51	
KKT	54	56	66	60	53	55	62	65	91	91	87	80	
HLK	126	109	142	117	118	91	105	90	116	121	116	92	
AKU	97	92	95	90	90	73	74	80	96	89	138	71	
KDI	36	36	38	40	393	51	41	31	31	30	33	22	
OUS	78	77	95	88	100	80	87	79	94	93	99	79	
Diff vs. 2012							8	2	-1	5	-1	-1	
Diff %							11 %	2 %	-1 %	6 %	-1 %	-1 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

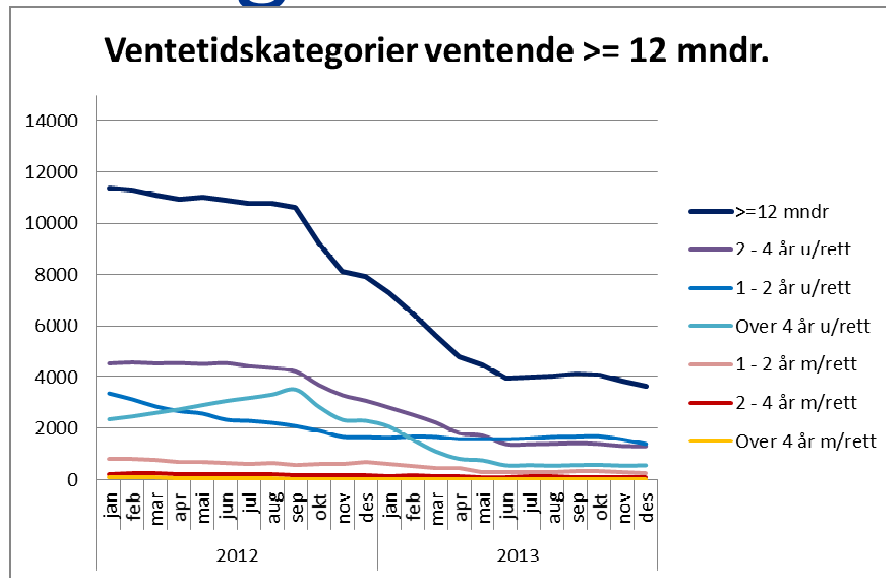
2.2 Gjennomsnittlig ventetid for ventende



Gj.sn. v.tid ventende	2012						2013						Utvikling
	1. tert	2. tert	sep	okt	nov	des	1.tert	2.tert	sep	okt	nov	des	
PHA	43	42	40	38	36	46	42	56	38	38	41	43	
MED	108	181	180	105	97	104	82	85	90	89	85	90	
KKN	515	613	631	594	552	541	389	352	357	353	346	350	
KVB	218	197	198	171	173	174	86	81	85	80	76	70	
KKT	109	104	81	57	54	61	62	68	78	77	76	85	
HLK	154	160	150	146	134	143	118	119	129	124	117	127	
AKU	94	83	72	73	76	85	90	95	132	83	83	85	
KDI	523	605	620	556	367	324	134	142	162	156	149	133	
OUS	368	436	446	404	371	362	250	223	224	221	212	213	
Diff vs. 2012							-118	-214	-222	-183	-159	-149	
Diff %							-32 %	-49 %	-50 %	-45 %	-43 %	-41 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)



Tertial her = vektet gj.sn. månedsverdier

Antall ventet ≥ 1 år	2012						2013						Utvikling
	1. tert	2. tert	sep	okt	nov	des	1.tert	2.tert	sep	okt	nov	des	
PHA	3	1	0	0	0	0	2	5	2	2	3	2	
MED	462	404	405	168	143	155	76	52	48	59	64	56	
KKN	9 182	9 297	9 327	8 350	7 452	7 293	5 706	3 839	3 774	3 710	3 407	3 298	
KVB	395	294	265	229	209	218	88	28	32	34	48	11	
KKT	272	216	167	29	28	27	27	37	76	94	91	96	
HLK	329	259	132	133	106	115	68	62	63	57	50	53	
AKU	11	5	2	1	1	2	2	3	2	3	3	1	
KDI	471	423	408	302	138	103	63	69	99	128	151	103	
Sum	11 125	10 898	10 706	9 212	8 077	7 913	6 031	4 095	4 096	4 087	3 817	3 620	
Diff vs. 2012							-5 094	-6 804	-6 610	-5 125	-4 260	-4 293	
Diff %							-46 %	-62 %	-62 %	-56 %	-53 %	-54 %	

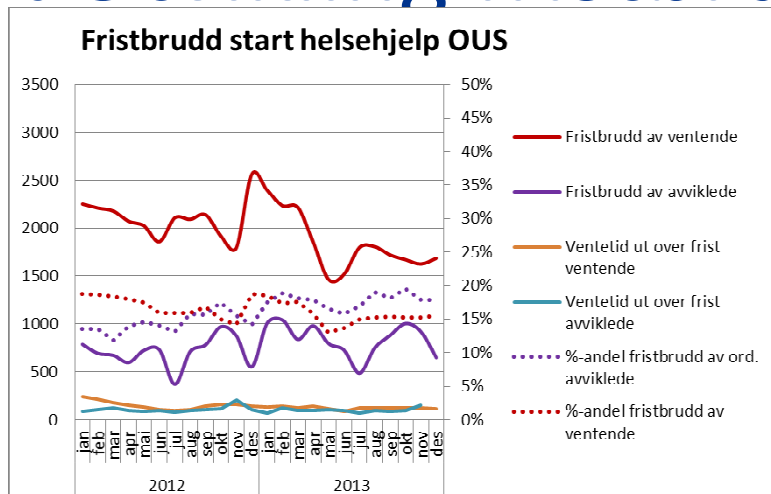
2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd) per fagområde

Fagområde	Per 31.9	31/10	30/11	31/12	Endring fra 31.1
	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år
050 Ortopedisk kirurgi (inklusive revmakirurgi)	1 742	1 699	1 564	1 494	-577
070 Urologi	34	45	48	56	50
090 Plastikk-kirurgi	1 422	1 417	1 279	1 247	-282
100 Nevrokirurgi	54	51	43	43	-448
130 Endokrinologi	25	26	30	29	-8
150 Hjertesykdommer (Hjerte-, lunge- og	37	33	35	37	-2
250 Nevrologi	248	252	232	234	-1 366
290 Øre-nese-hals sykdommer	43	39	45	46	-431
300 Øyesykdommer	248	231	219	212	-21
840 Medisinsk genetikk	97	126	150	102	-8
Sum for fagområder med mer enn 20 langtidsventende	3 950	3 970	3 705	3 500	-3 592
SUM TOTALT	4 106	4 097	3 823	3 627	-3 803

Merknad:

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

2.3 Utvikling fristbrudd



Fristbrudd avviklede	2012						2013						Utvikling
	1. tert	2. tert	sep	okt	nov	des	1.tert	2.tert	sep	okt	nov	des	
PHA	12	9	14	7	24	5	9	8	15	2	3	6	
MED	84	57	92	184	139	59	109	51	77	86	64	48	
KKN	334	321	393	470	390	309	551	342	393	472	484	301	
KVB	47	32	35	56	32	33	53	52	90	89	37	34	
KKT	138	143	112	134	195	87	147	168	192	246	213	160	
HLK	68	72	107	119	118	55	98	68	111	107	117	94	
AKU	2	1	1	0	0	2	1	0	3	1	1	4	
KDI	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sum	685	634	754	970	898	550	967	688	881	1 003	919	647	
Diff vs. 2012							282	55	127	33	21	97	
Diff %							41 %	9 %	17 %	3 %	2 %	18 %	
Fristbrudd ventende	2012						2013						Utvikling
1. tert	2. tert	sep	okt	nov	des	1.tert	2.tert	sep	okt	nov	des		
PHA	7	12	15	5	4	15	9	19	2	7	13	18	
MED	96	80	221	146	55	126	104	40	55	41	55	97	
KKN	1 670	1 535	1 491	1 497	1 493	2 035	1 695	1 170	1 290	1 294	1 177	1 247	
KVB	81	65	86	56	42	83	70	88	46	28	29	20	
KKT	197	141	123	70	93	158	153	172	173	146	154	137	
HLK	94	133	165	134	101	138	137	151	149	150	189	158	
AKU	1	2	2	2	2	0	5	2	0	0	5	4	
KDI	15	7	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
Sum	2 160	1 974	2 103	1 911	1 791	2 556	2 174	1 641	1 716	1 667	1 622	1 681	
Diff vs. 2012							14	-333	-387	-244	-169	-875	
Diff %							1 %	-17 %	-18 %	-13 %	-9 %	-34 %	

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.



Oslo universitetssykehus



2.3 Fristbrudd per fagområde

Fagområde	August	Sept	Oktober	Nov	Desember	
	Antall	Antall	Antall	Antall	Antall	Andel i %
<u>050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)</u>	541	540	521	429	387	28,9
<u>070 Urologi</u>	42	53	45	36	46	5,0
<u>080 Kjevekirurgi og munnhulesykdom</u>	21	23	17	17	37	30,8
<u>090 Plastikk-kirurgi</u>	62	63	74	77	83	32,2
<u>100 Nevrokirurgi</u>	234	257	265	262	312	41,2
<u>130 Endokrinologi</u>	24	20	11	10	28	9,1
<u>140 Fordøyelsesykdommer</u>	26	20	24	38	47	14,8
<u>150 Hjertesykdommer</u>	155	142	145	167	161	25,5
<u>170 Lungesykdommer</u>	22	20	13	25	25	7,4
<u>250 Nevrologi</u>	218	227	245	207	230	33,4
<u>290 Øre-nese-hals sykdommer</u>	159	152	142	146	139	24,6
<u>320 Psykisk helsevern voksne</u>	21	15	16	21	34	13,5
<u>853 Terapeutisk onkologi og radioterapi</u>	57	45	30	40	33	21,8
Sum fristbrudd av ventende pasienter for fagområder hvor det er over 20 fristbrudd	1 708	1 578	1 512	1 470	1 562	-
Sum fristbrudd	1 796	1 718	1 661	1 603	1 684	15,5 %

Merknad:

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

3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2013	Desember				Hittil i 2013			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	10 769 438	911 553	910 558	995	0,1 %	10 781 377	10 769 438	11 939	0,1 %
Aktivitetsbaserte inntekter	6 430 275	517 477	528 231	-10 754	-2,0 %	6 453 701	6 430 275	23 426	0,4 %
Andre inntekter	1 692 235	218 602	132 178	86 423	65,4 %	1 885 730	1 692 235	193 495	11,4 %
Sum driftsinntekter	18 891 948	1 647 631	1 570 968	76 664	4,9 %	19 120 808	18 891 948	228 860	1,2 %
Lønn -og innleiekostnader	13 136 508	1 173 798	1 131 091	-42 707	-3,8 %	13 431 062	13 136 508	-294 554	-2,2 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 468 248	222 121	207 507	-14 614	-7,0 %	2 521 116	2 468 248	-52 868	-2,1 %
Andre driftskostnader	3 406 743	315 792	294 591	-21 200	-7,2 %	3 401 069	3 406 743	5 674	0,2 %
Sum driftskostnader	19 011 499	1 711 711	1 633 189	-78 522	-4,8 %	19 353 248	19 011 499	-341 749	-1,8 %
Driftsresultat	-119 551	-64 079	-62 221	-1 858	-0,1 %	-232 439	-119 551	-112 888	-0,6 %
Netto finans	-80 449	-1 300	-4 011	2 711	67,6 %	-61 322	-80 449	19 127	23,8 %
Resultat OUS	-200 000	-65 379	-66 232	853	0,0 %	-293 761	-200 000	-93 761	-0,5 %

3.2 Kommentarer til økonomisk resultat

Art_ØBAK	Regnskap	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	10 781 377	10 769 438	11 939	Awik relateres til tilbakeførte midler knyttet til Ø-hjelp og redusert inntekt relatert til lavere pensjonskostnader.
ISF egne pasienter	2 279 732	2 247 539	32 193	De totale ISF-inntektene er omtrent 19 mnok høyere enn budsjettet. I dette inngår effekt av økt enhetspris 2013 med omlag 12 mnok.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	286 210	292 263	-6 053	Estimert tap knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag og feil rapportert utførende helsepersonell, samt effekt av økt enhetspris for DRG, inngår i resultatet.
ISF-re fusjon kommunal medfinansiering	599 620	605 997	-6 377	
ISF-inntekt kostnadskrevene	27 951	28 292	-341	
Utskrivningsklare pasienter	2 470	4 331	-1 861	Antall utskrivningsklare pasienter hittil i år er noe lavere enn budsjettet, derfor også noe lavere inntekt.
Gjeste pasienter	538 010	576 532	-38 522	Gjestepasientinntektene er noe lavere enn budsjettet.
Salg av konsernmintemehelsetjenester	2 251 503	2 187 511	63 992	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er noe høyere enn budsjettet. Det positive aviket er i hovedsak relatert til kurdøgn og lab-/røntgenområdet. Deler av dette må ses i sammenheng med negativt awik som inngår i andre driftsinntekter.
Polikliniske inntekter	468 205	487 810	-19 605	De polikliniske inntektene 19,6 mnok lavere enn budsjettet. Awiket gjelder i hovedsak innenfor psykisk helse.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	46 618	55 461	-8 843	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Awiket skyldes i hovedsak aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nefrologi, Nevrokirurgisk avdeling.
Andre øremerkede tilskudd	976 017	1 012 250	-36 233	Andre øremerkede tilskudd er 36 mnok lavere enn budsjettet mens andre driftsinntekter er 238 mnok høyere enn budsjettet. Disse awikene må sees i sammenheng. Samlet er det en merinntekt for disse to inntektskategoriene på 202 mnok. Merinntekten gjelder i hovedsak: 1) Høyere leieinntekter (12 mnok), 2) Netto merinntekt øremerkede midler (prosjekter med ekstern finansiering), 3) refusjon for ansatte frikjøpt til DIPS-prosjektet (52 mnok), 4) gevinst fra salg av eiendom (8 mnok), 5) generelt høyere salgsinntekter enn budsjettet, 6) selvbetalende pasienter (17 mnok) og andre forhold i klinikkene inkludert refusjon av merkostnader fra Helse Sør-Øst RHF knyttet til behandling i utlandet (22 mnok).
Andre driftsinntekter	863 094	624 524	238 570	
	19 120 808	18 891 948	228 860	
Kjøp av offentlige tjenester	29 739	67 781	-38 042	Kostnadene til kjøp av helsetjenester er om lag 25 mnok høyere enn budsjettet. I dette inngår merkostnader til kjøp av behandling i utlandet med om lag 22 mnok (Utenlandskontoret).
Kjøp av private helsetjenester	257 089	193 190	63 899	
Varekostnader	2 186 390	2 160 706	25 684	Varekostnadene er noe høyere enn budsjettet. I bokførte varekostnader inngår kostnader til behandling av pasienter med føflekkreft med legemiddelet Ipilimumab med omlag 12 mnok. Dette er kostnader som er refundert fra Helse Sør-Øst RHF (tilsvarende merinntekt under andre driftsinntekter)
Innleid arbeidskraft	191 606	83 808	107 798	Innleiekostnadene er ikke redusert som forutsatt i budsjettet. Kostnader til innleie er 40 mnok høyere enn i 2012. Deler av dette skyldes nye avtaler med økt pris per time for innleie av helsepersonell. Merforbruket er størst innenfor operasjons- og intensivområdet, men er også høyt ved thoraxkirurgisk avdeling, ortopedisk avdeling og nevrokirurgisk avdeling.
Kjøp av konsernmintemehelsetjenester	47 898	46 571	1 327	Kjøp av konserninterne helsetjenester er omtrent som budsjettet.
Lønn til fastansatte	8 814 586	8 623 186	191 400	For sum lønnskostnader er det et merforbruk på 187 mnok. I dette inngår lavere pensjonskostnader med 23 mnok. Justert for dette er det et merforbruk for lønn ekskl pensjon på 210 mnok. I dette inngår årsverk som er frikjøpt knyttet til DIPS-prosjektet med omlag 50 mnok. Øvrig awik på omlag 160 mnok skyldes høyere bemanning enn budsjettet, blant annet som følge av forsinkelser i gjennomføring av tiltak mv.
Overtid og ekstrahjelp	1 041 126	1 022 814	18 312	
Pensjon	2 391 572	2 414 744	-23 172	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-587 952	-541 304	-46 648	
Annen lønn	1 580 124	1 533 260	46 864	
Avskrivninger	779 629	790 000	-10 372	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet først og fremst som følge av senere ferdigstillelse enn forutsatt i budsjettet.
Nedskrivninger	10 500	0	10 500	Gjelder nedskrivning av eiendom ved SSE
Andre driftskostnader	2 610 941	2 616 743	-5 802	Til sammen er andre driftskostnader omtrent som budsjettet. Det er imidlertid merkostnader i enkelte av klinikkene som motsvares av positivt awik innenfor staben (lavere IKT-kostnader, lavere bruk av konsulenter mv).
	19 353 246	19 011 499	341 747	
Finansinntekter	30 033	29 229	804	
Finanskostnader	91 354	109 678	-18 324	Awiket skyldes lavere rentekostnader enn forutsatt i budsjettet. Bidrag fra datterselskap er om lag 0,3 mnok lavere enn budsjettet.
Netto finans	-61 322	-80 449	19 127	
TOTALT	-293 760	-200 000	-93 760	

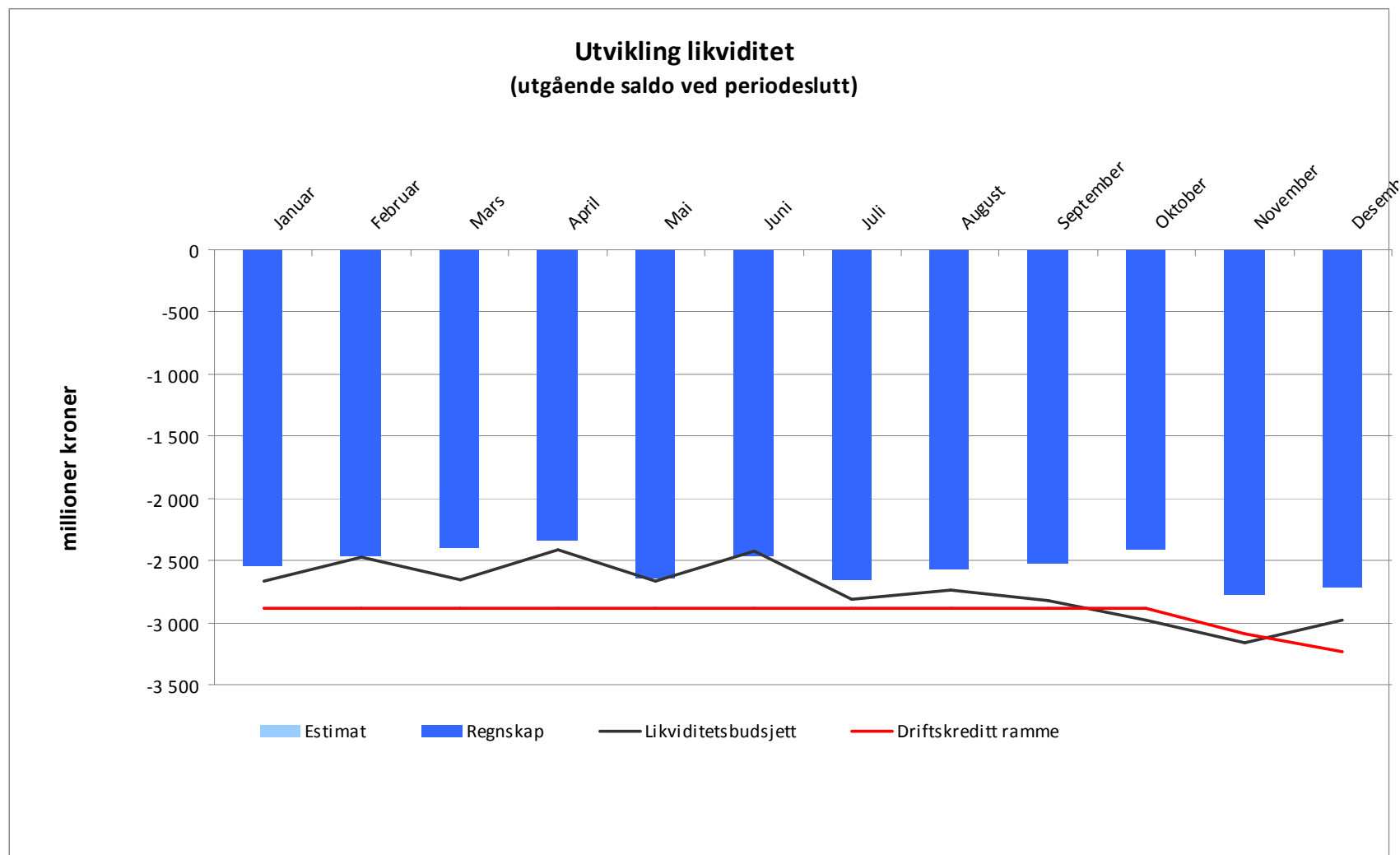
3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering Desember 2013 tall i hele 1000 kr	Desember				Hittil i år			
	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-17 513	0	-17 513	-11,3 %	-1 327	0	-1 327	-0,1 %
Medisinsk klinikk	-9 734	0	-9 734	-9,3 %	-49 756	0	-49 756	-4,5 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-15 177	0	-15 177	-8,0 %	-165 243	0	-165 243	-8,0 %
Kvinne- og barneklubben	-15 376	0	-15 376	-11,2 %	-63 937	0	-63 937	-4,2 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	8 631	0	8 631	4,0 %	-74 445	0	-74 445	-3,2 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	-6 505	0	-6 505	-7,6 %	-59 653	0	-59 653	-5,8 %
Akuttklubben	-7 146	0	-7 146	-3,7 %	-100 627	0	-100 627	-4,5 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	-1 824	0	-1 824	-0,9 %	-1 504	0	-1 504	-0,1 %
Oslo sykehusservice	16 853	0	16 853	10,2 %	554	0	554	0,0 %
Konsern	5 291	3 764	1 527	-	12 492	12 782	-290	-
Fellesposter	-33 533	-69 996	36 463	-23,4 %	108 747	-212 782	321 529	5,6 %
Direktørensstab	10 654	0	10 654	9,4 %	100 938	0	100 938	7,9 %
Sum OUS	-65 379	-66 232	853	0,0 %	-293 761	-200 000	-93 761	-0,5 %

3.4 Kommentarer til klinikkens avvik per desember

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	- 1	Resultat om lag som budsjettert.
Medisinsk klinikk	- 50	Årsresultat 2013 for Medisinsk klinikk viser et negativt avvik i forhold til budsjett på 50 mnok. Avviket skyldes i hovedsak lavere aktivitet enn budsjettert, redusert inntekt knyttet til utskrivningsklare pasienter, økte andre driftskostnader og økte lønnskostnader som følge av økt uttak av ferie.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	- 165	Klinikken hadde i 2013 et negativt avvik på 165 mnok og en aktivitet som budsjettert for året sett under ett. Kurdøgnaktiviteten er høy slik at samlede aktivitetsbaserte inntekter for 2013 er høyere enn budsjettert. Klinikken har høyere varekostnader og høyere lønnskostnader (flere årsverk) enn budsjettert. I dette inngår høyere kostnader til innleie enn budsjettert.
Kvinne- og barnekliviken	- 64	For 2013 har klinikken et negativt resultatavvik på 64 mnok. Dette skyldes i hovedsak lavere aktivitet enn plan og høyere lønns- og innleiekostnader.
Kreft-, kirurgi og transplantasjons-klinikken	- 74	Klinikken har en aktivitet som er 2,2 prosent høyere enn budsjettert og 2,9 prosent høyere enn 2012. Samtidig er både personalkostnadene og vare- og driftskostnadene i klinikken vesentlig høyere enn budsjettert.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	- 60	Klinikken har et negativt avvik i 2013 på 60 mnok. Høyere aktivitet enn budsjettert (DRG) bidrar isolert sett med 6 mnok i merinntekt og resten av avviket skyldes høyere kostnader enn budsjettert, hvorav 22 mnok relateres til ikke innfridde tiltak og 18 mnok kostnader til innleie av helsepersonell utover budsjettert nivå.
Akuttklinikken	- 101	For 2013 samlet har Akuttklinikken et underskudd i forhold til budsjett på 101 mnok. I dette inngår merforbruk på innleie på 31,4 mnok (vesentlig PO/Intensiv) og merforbruk på 31,3 mnok knyttet til lønns- og personalkostnader. Det er også merforbruk på instrumenter, medisinske forbruksvarer og medikamenter. Det er fortsatt høye kostnader knyttet til reparasjoner og driftskostnader på ambulanser i Prehospitalt Senter. Antall ambulanseoppdrag har økt med 2,9 pst per desember.
Klinikk for diagn. og intervensjon	- 2	Resultat om lag som budsjettert.
Oslo sykehuservice	+ 1	Resultat om lag som budsjettert.
Stab	+ 101	Staben har samlet et mindreforbruk i forhold til budsjett på 101 mnok. Av dette er 58 mnok knyttet til IKT, hvor tilbakebetaling fra Sykehuspartner knyttet til uavklarte saker fra tidligere år inngår med 26,5 mnok. Øvrig avvik for Staben er på om lag 40 mnok. I dette inngår lavere kostnader til forsikringer enn budsjettert med 6 mnok. Utover dette er det mindreforbruk i flere avdelinger som følge av ubesatte stillinger og generelt liten bruk av konsultanter og andre driftskostnader sammenlignet med budsjett.
Fellesposter mv	+ 322	Om lag 230 mnok av avviket relateres til ikke-fordelte budsjettmidler og lavere lønnskostnader enn budsjettert. I avvik for lønn inngår effekt av at lønnsoppgjøret for 2013 ble lavere enn forutsatt i budsjettet og justering av avsetninger fra tidligere år mv samt reduserte pensjonskostnader. Videre var rentekostnadene i 2013 22 mnok lavere enn budsjettert. Det er bokført gevinst fra salg av eiendom med 8 mnok og økte inntekter fra Helse Sør-Øst RHF med 19 mnok. I tillegg er det endringer på flere poster knyttet til årsoppgjøsvurderinger, selvbetalende pasienter mv.
Samlet avvik	- 94	

3.5 Likviditet ¹⁾

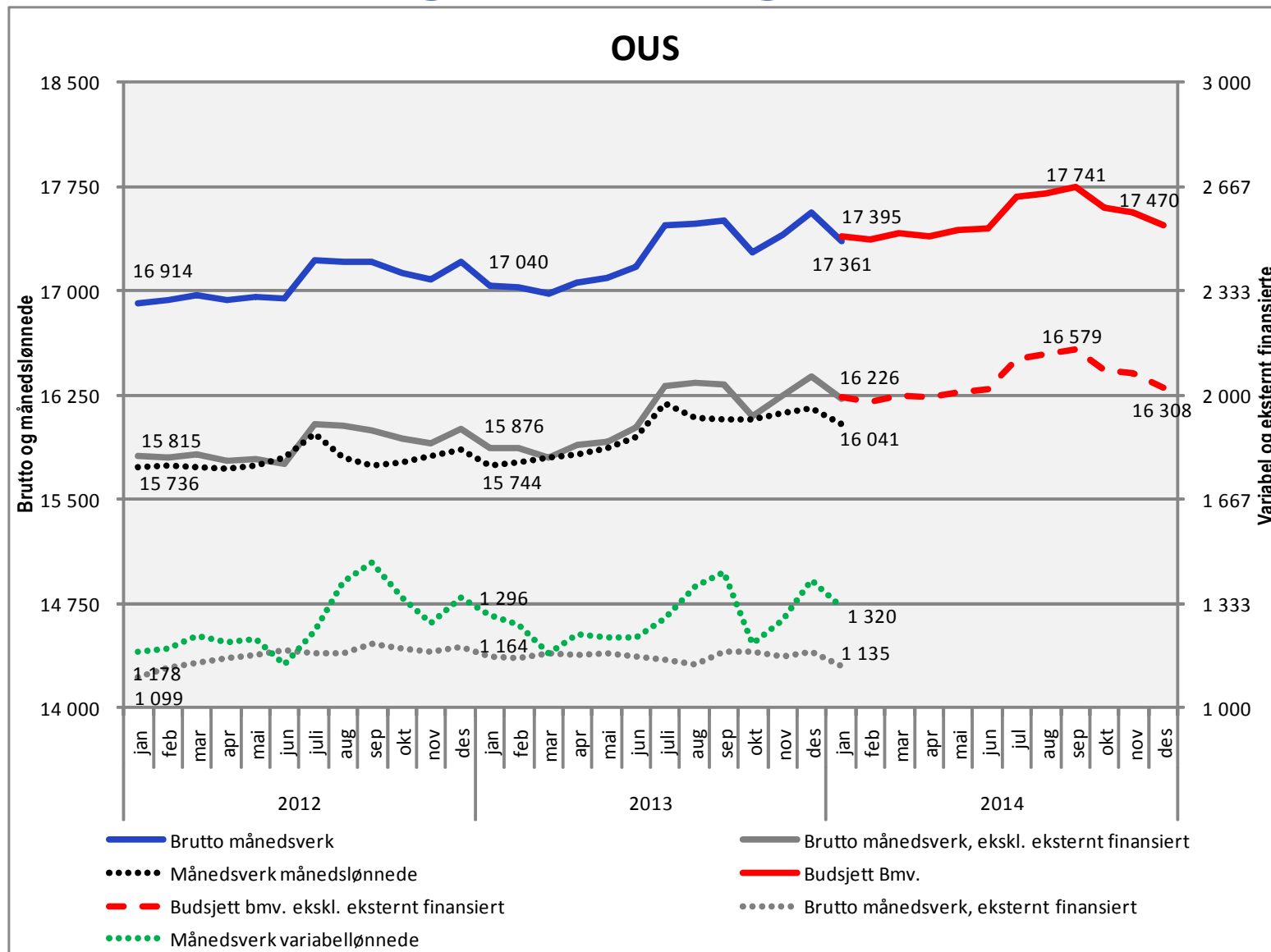


- 1) Rapportert utvikling i likviditet omfatter i hovedsak benyttet driftkreditt. Bankinnskudd på skattetrekkkonto og konti for øremerkede midler inngår ikke.

3.6 Samlet tiltaksgjennomføring OUS

Klinikk	Budsjettert økonomisk effekt i 2013 (1000 kr)	Realisert økonomisk effekt (i 1000 kr)	Budsjettert reduksjon i årsverk 2013	Faktisk reduserte årsverk per des	Realisert effekt kr	Realisert effekt årsverk
KPHA	20 670	20 670	31	31	100 %	100 %
MED	13 878	1 577	24	0	11 %	0 %
KKN	26 800	8 816	13	-	33 %	0 %
KVB	27 234	10 828	13	10	40 %	77 %
KKT	41 969	35 617	21	20	85 %	93 %
HLK	34 883	12 967	29	-	37 %	0 %
AKU	50 550	18 298	50	15	36 %	29 %
KDI	27 184	35 402	6	4	130 %	73 %
OSS	64 428	47 228	55	39	73 %	72 %
Budsjettert effekt av tiltak	307 597	191 404	241	119	62 %	49 %

4.1 Bemanningsutvikling (tom januar 2014)



4.2 Bemanningsindikatorer

Indikator	Denne måned			Hittil i 2013				2013 mot 2012			
	des 2013	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. des	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ des 2013 mot des 2012	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk	17 564	17 022	541	17 258	16 952	306	1,8 %	354	2,0 %	200	1,2 %
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	16 376	15 817	559	16 090	15 746	343	2,2 %	364	2,2 %	200	1,2 %
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	1 187	1 205	-18	1 168	1 205	-37	-3,1 %	-10	-0,9 %	0	0,0 %
Innleie fra vikarbyrå	229	97	132	182	99	83	83,7 %	-44	-	14	7,9 %
Månedsverk månedslønnede	16 161	15 865	296	15 972	15 826	146	0,9 %	306	1,9 %	186	1,2 %
Månedsverk variabellønnede	1 403	1 157	246	1 285	1 125	160	14,2 %	48	3,4 %	14	1,1 %
Netto månedsverk nasj. ind.	13 010	-	-	12 441	-	-	-	293	2,2 %	232	1,9 %
Sykefraværsprosent	7,1	7,4	-0,3	7,4	7,4	-0,0	-0,4 %	-0,5	-3,2 %	-0,2	-2,4 %

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

Timeprisen for omberegningen av innleie til B.mv. er justert i 2013 slik at det er ikke grunnlag for direkte sammenlikning fra 2012 til 2013. Se for øvrig lysbilde 3.2 – lønnskostnader der avvik fra budsjett fremkommer i KR.

Brutto månedsverk, Intern finansiering	Denne måned			Hittil i 2013				2013 mot 2012			
	des 2013	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. des	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ des 2013 mot des 2012	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
PHA	2 102	2 060	42	2 079	2 078	2	0,1 %	-21	-1,0 %	-45	-2,2 %
MED	1 231	1 184	47	1 206	1 170	36	3,1 %	-1	-0,1 %	1	0,1 %
KKN	2 140	1 983	157	2 092	1 983	109	5,5 %	62	2,9 %	44	2,1 %
KVB	1 630	1 576	54	1 619	1 587	32	2,0 %	34	2,1 %	26	1,6 %
KKT	2 209	2 055	154	2 158	2 015	143	7,1 %	70	3,2 %	46	2,1 %
HLL	818	769	49	798	779	19	2,5 %	29	3,5 %	14	1,8 %
AKU	2 298	2 260	39	2 256	2 225	32	1,4 %	65	2,8 %	28	1,3 %
KDI	1 939	1 896	43	1 907	1 897	11	0,6 %	56	2,9 %	34	1,8 %
OSS	1 774	1 670	104	1 748	1 666	82	4,9 %	57	3,2 %	44	2,5 %
OUS	16 376	15 817	559	16 090	15 746	343	2,2 %	364	2,2 %	200	1,2 %

4.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

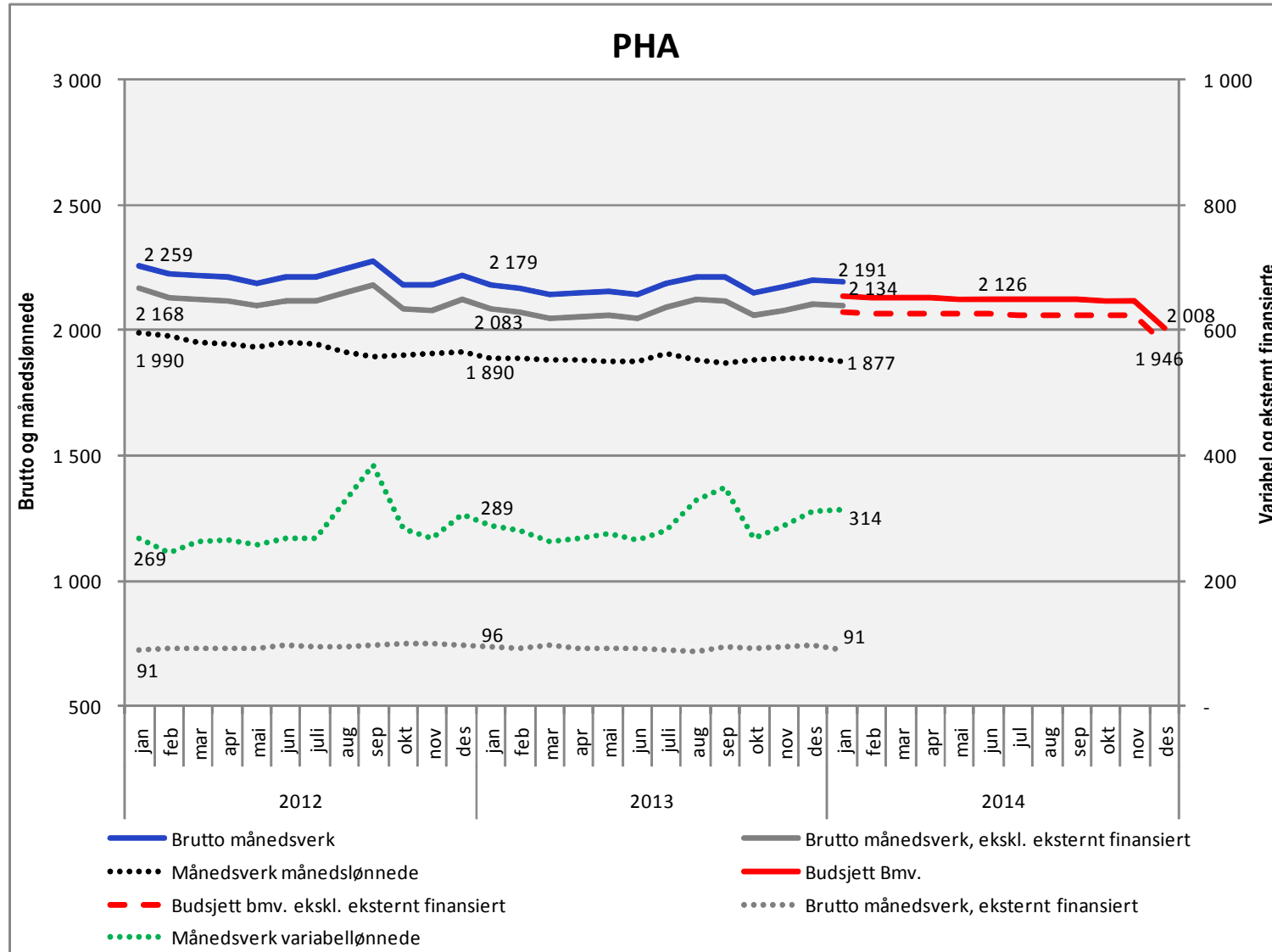
Brutto månedsværk OUS	Forrige periode	Denne periode	Hittil i 2013	2013 mot 2012				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel		
	nov 2013	des 2013	Pr. des	Δ des 2013 mot des 2013	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel hele 2013	Andel hele 2012	Gj.snittelig endring 2013 mot 2012
(1) Administrasjon/Ledelse	3 016	3 031	2 965	83	2,7 %	38	1,3 %	17,2 %	17,2 %	1,3 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 462	1 490	1 495	12	0,8 %	8	0,5 %	8,7 %	8,7 %	0,5 %
(3) Leger	2 280	2 295	2 270	1	0,1 %	5	0,2 %	13,2 %	13,3 %	0,2 %
(3a) Overleger	1 400	1 398	1 383	8	0,5 %	2	0,2 %	8,0 %	8,1 %	0,2 %
(3b) LIS-leger	847	862	853	-3	-0,3 %	4	0,4 %	4,9 %	5,0 %	0,4 %
(3c) Turnusleger	34	35	34	-4	-10,1 %	-1	-1,9 %	0,2 %	0,2 %	-1,8 %
(4) Psykologer	256	256	254	-2	-0,6 %	3	1,1 %	1,5 %	1,5 %	1,1 %
(5) Sykepleier	5 622	5 656	5 523	135	2,4 %	78	1,4 %	32,0 %	31,9 %	1,4 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	563	570	571	-30	-5,2 %	-37	-6,5 %	3,3 %	3,6 %	-6,2 %
(7) Diagnostisk personell	1 384	1 408	1 370	60	4,3 %	30	2,2 %	7,9 %	7,9 %	2,2 %
(8) Apotekstillinger	3	3	3	1	33,8 %	0	18,0 %	0,0 %	0,0 %	-16,4 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 473	1 505	1 482	38	2,5 %	37	2,5 %	8,6 %	8,5 %	2,6 %
(10) Ambulansepersonell	470	485	467	21	4,4 %	16	3,4 %	2,7 %	2,6 %	3,6 %
(11) Forskning	826	831	801	17	2,1 %	9	1,2 %	4,6 %	4,6 %	1,2 %
(99) Ukjente	41	22	54	5	24,4 %	10	19,2 %	0,3 %	0,3 %	24,3 %
SUM	17 409	17 564	17 258	354	2,0 %	200	1,2 %	100 %	100,0 %	1,2 %

4.4 Andel deltid per klinikk

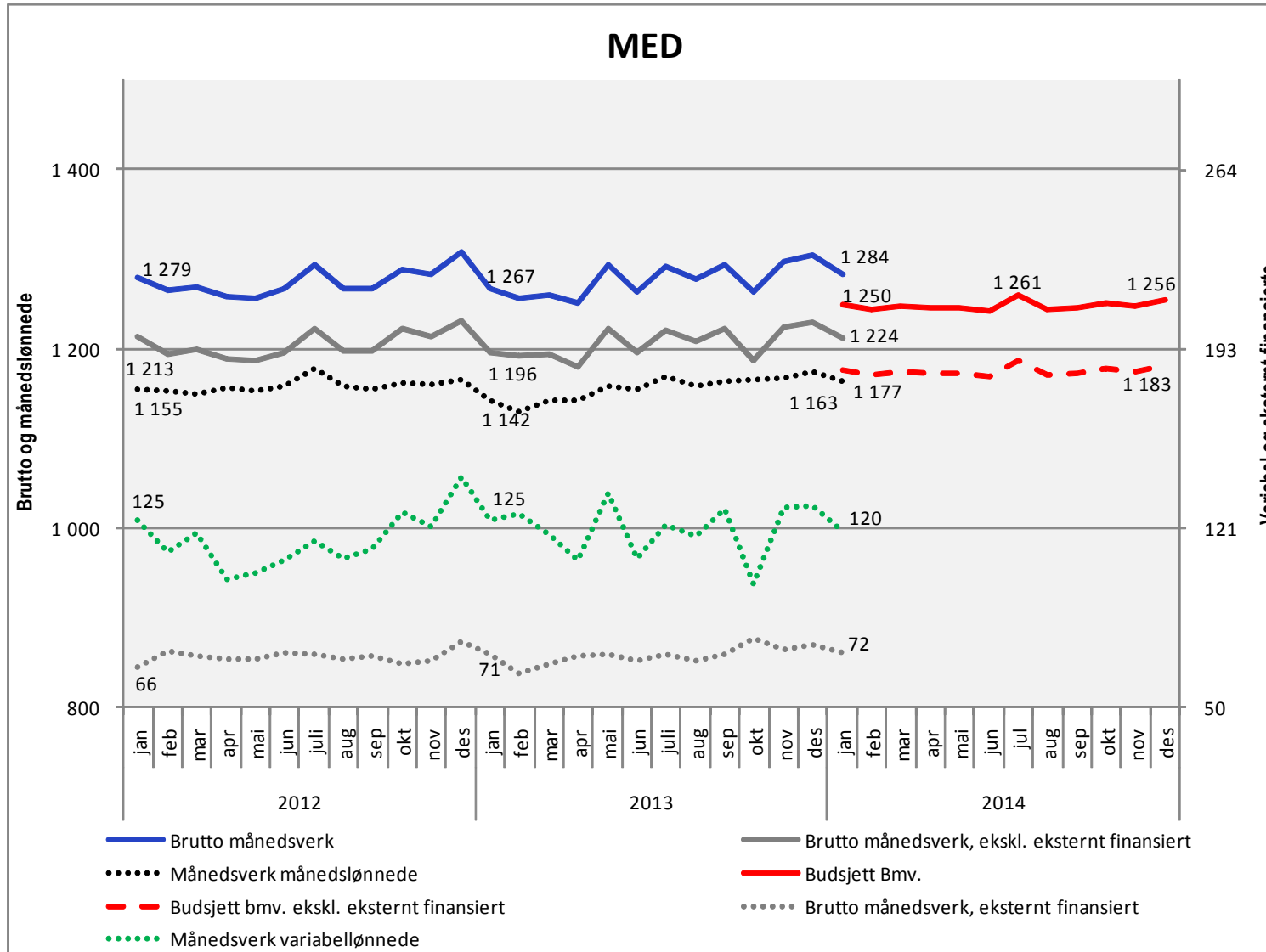
Deltid - fast ansatte - Totalt des						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
PHA	3 192	542	17,0 %	93,6 %	16,5 %	94,4 %
MED	1 720	378	22,0 %	95,4 %	23,6 %	96,3 %
KKN	2 568	660	25,7 %	93,2 %	18,5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

Tabellen viser andel deltid i rapporteringsmåneden.

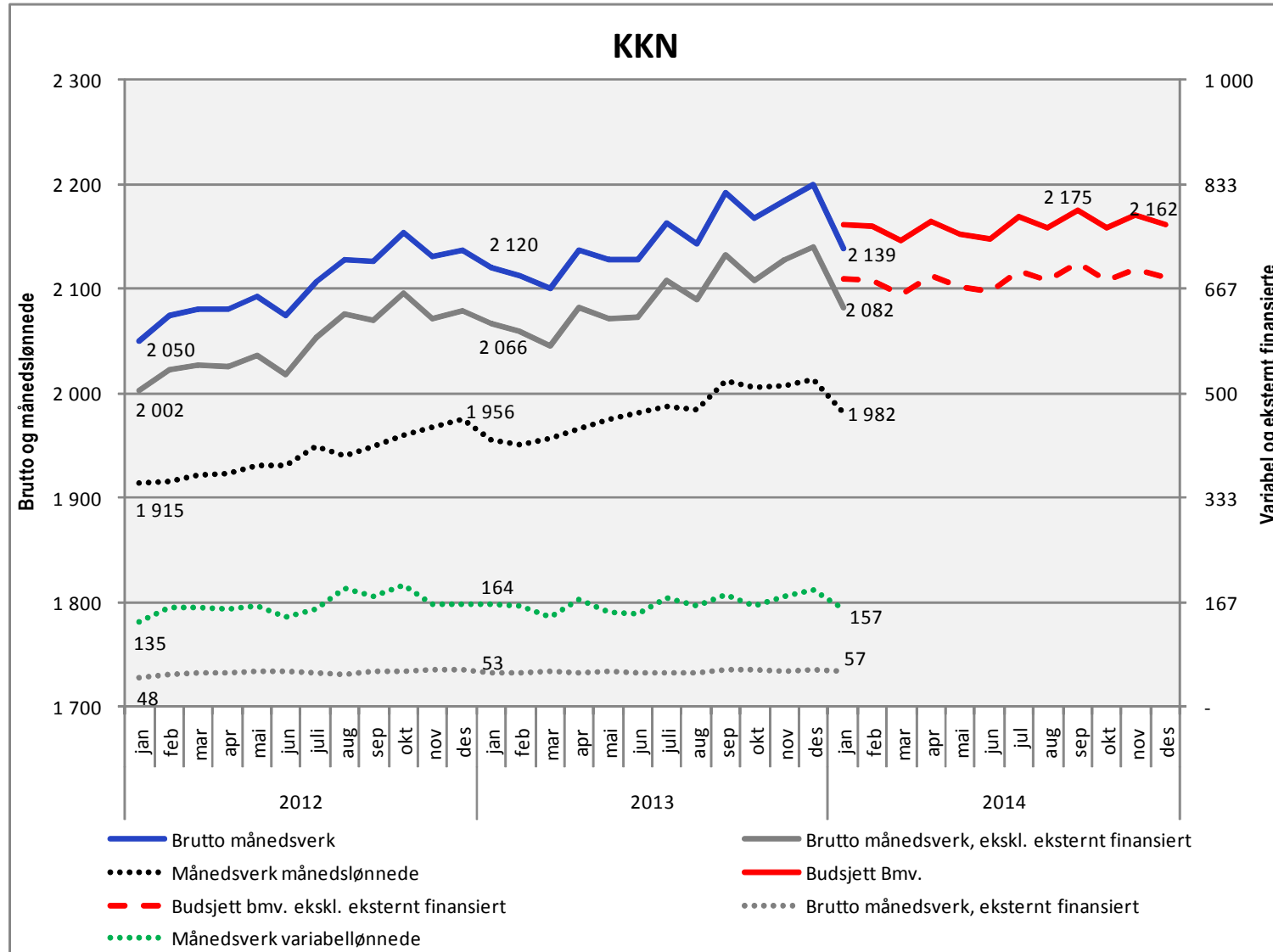
4.5 Bemanningsutvikling PHA



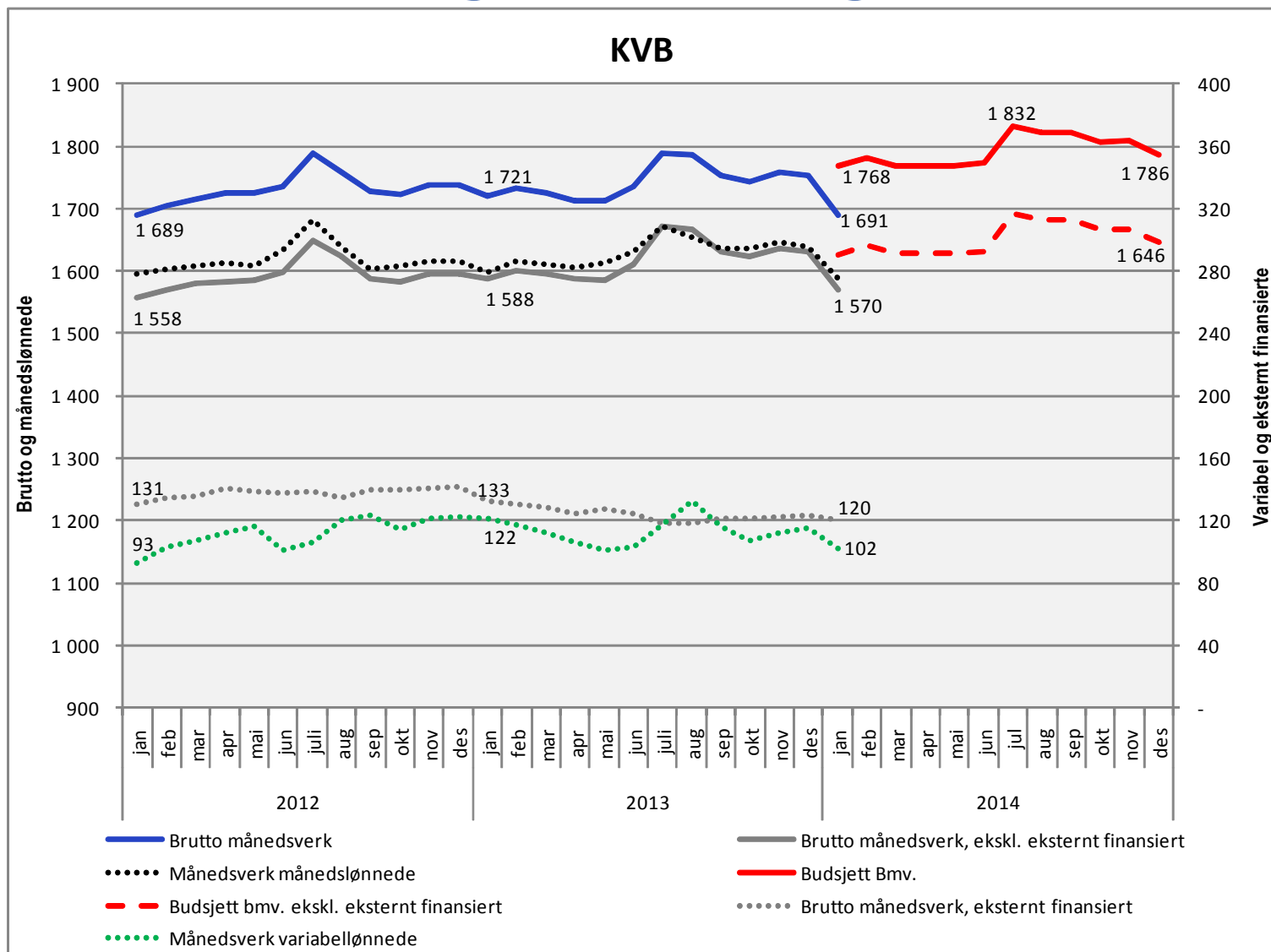
4.5 Bemanningsutvikling MED



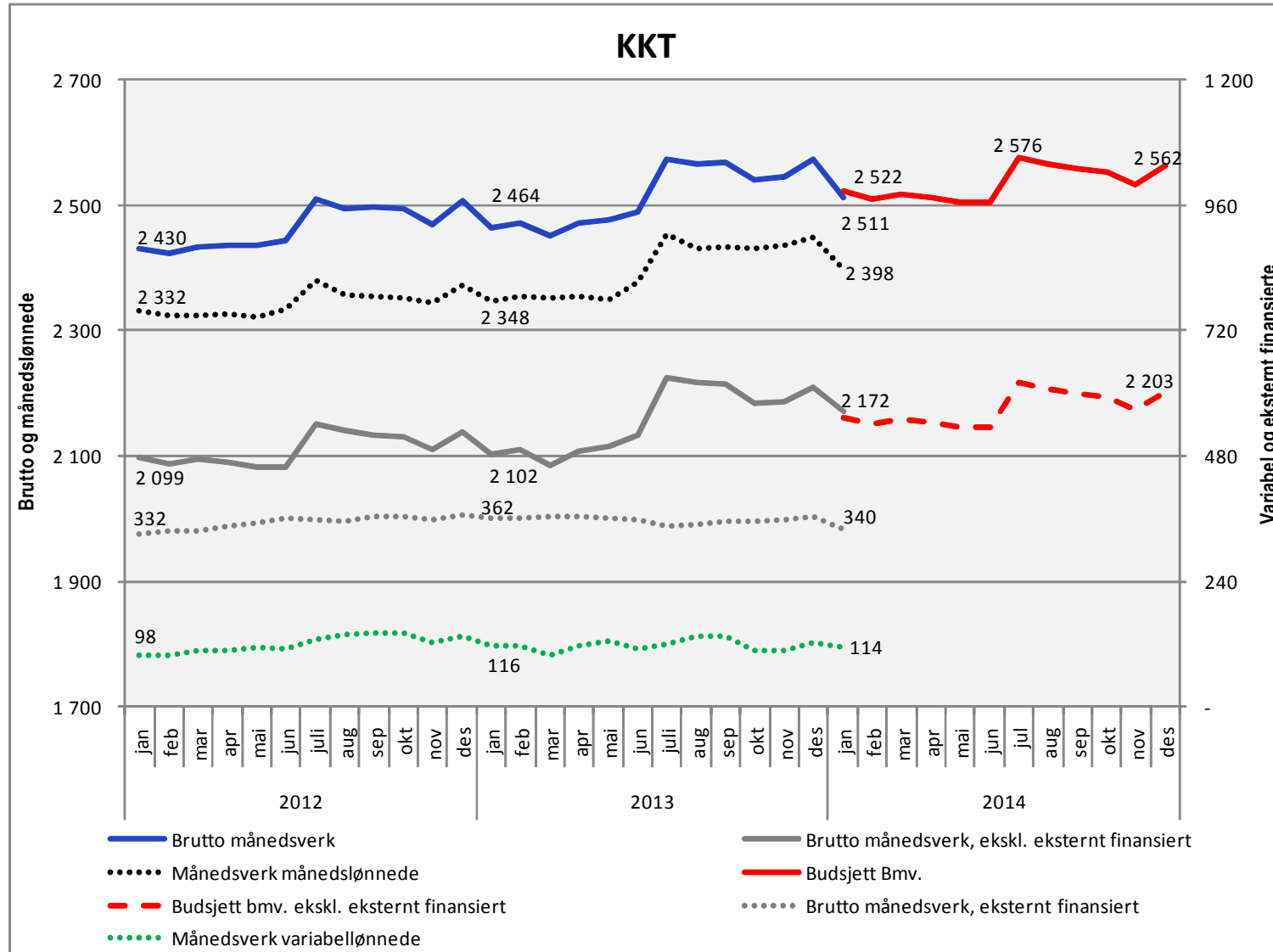
4.5 Bemanningsutvikling KKN



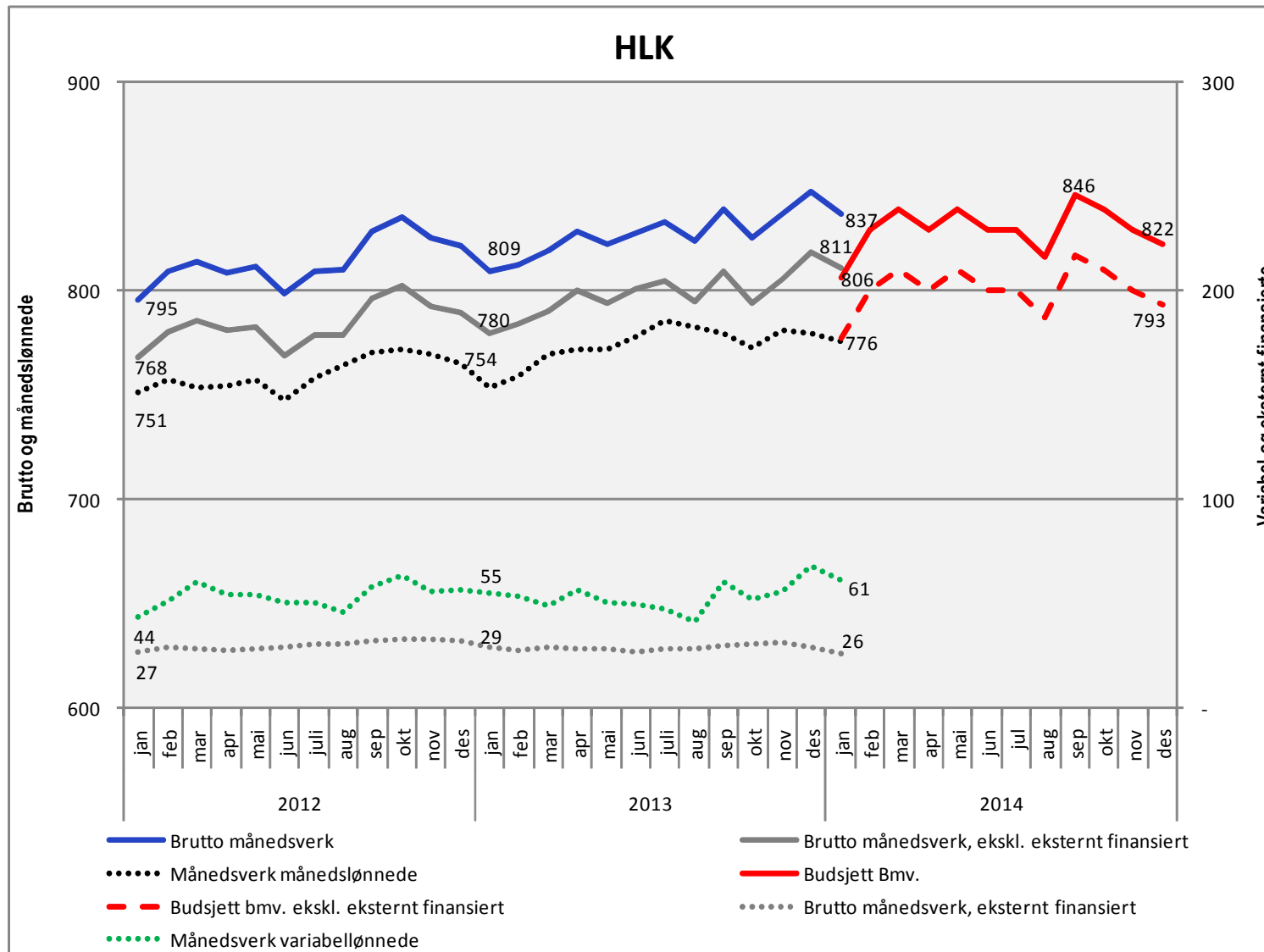
4.5 Bemanningsutvikling KVB



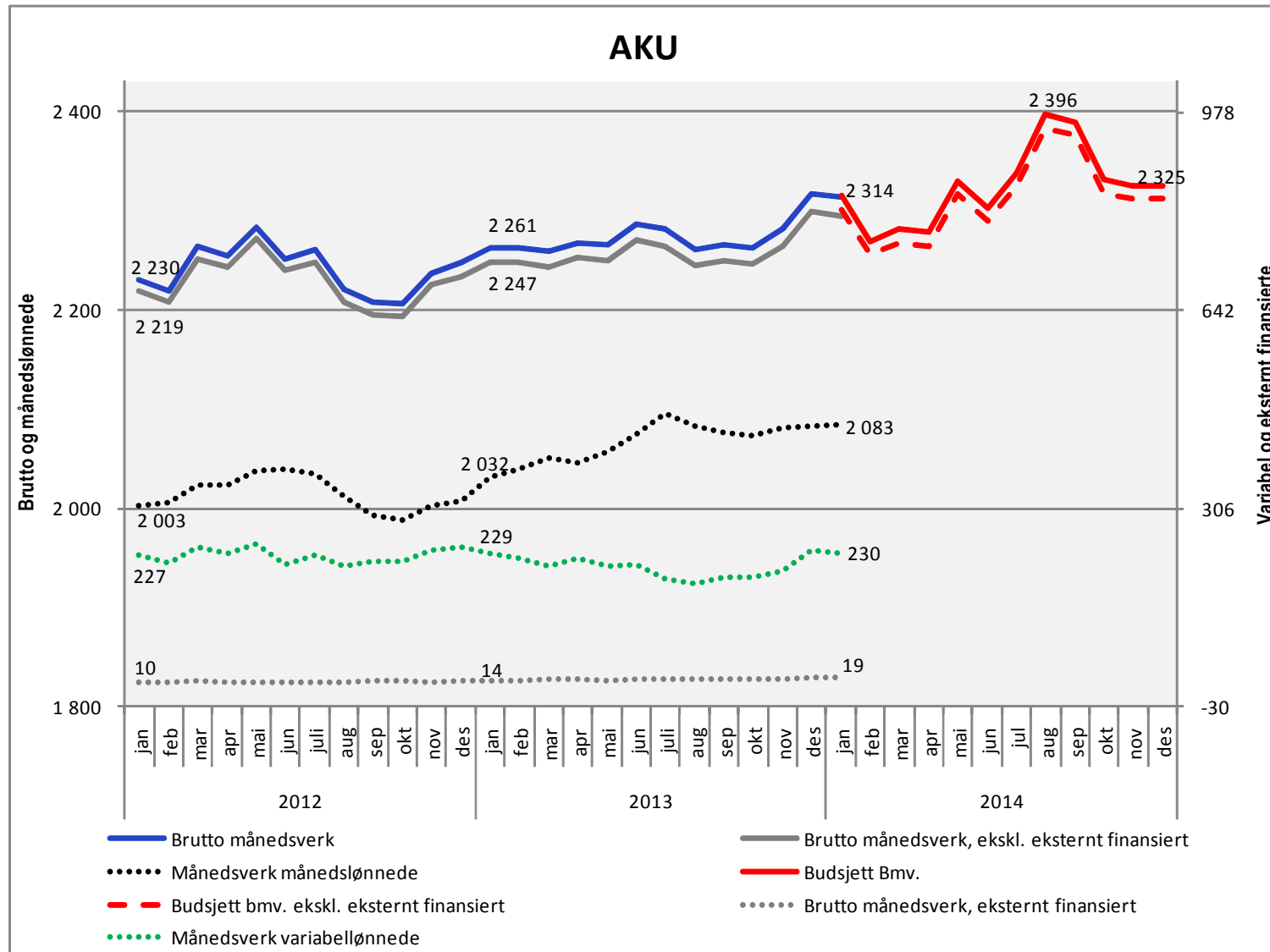
4.5 Bemanningsutvikling KKT



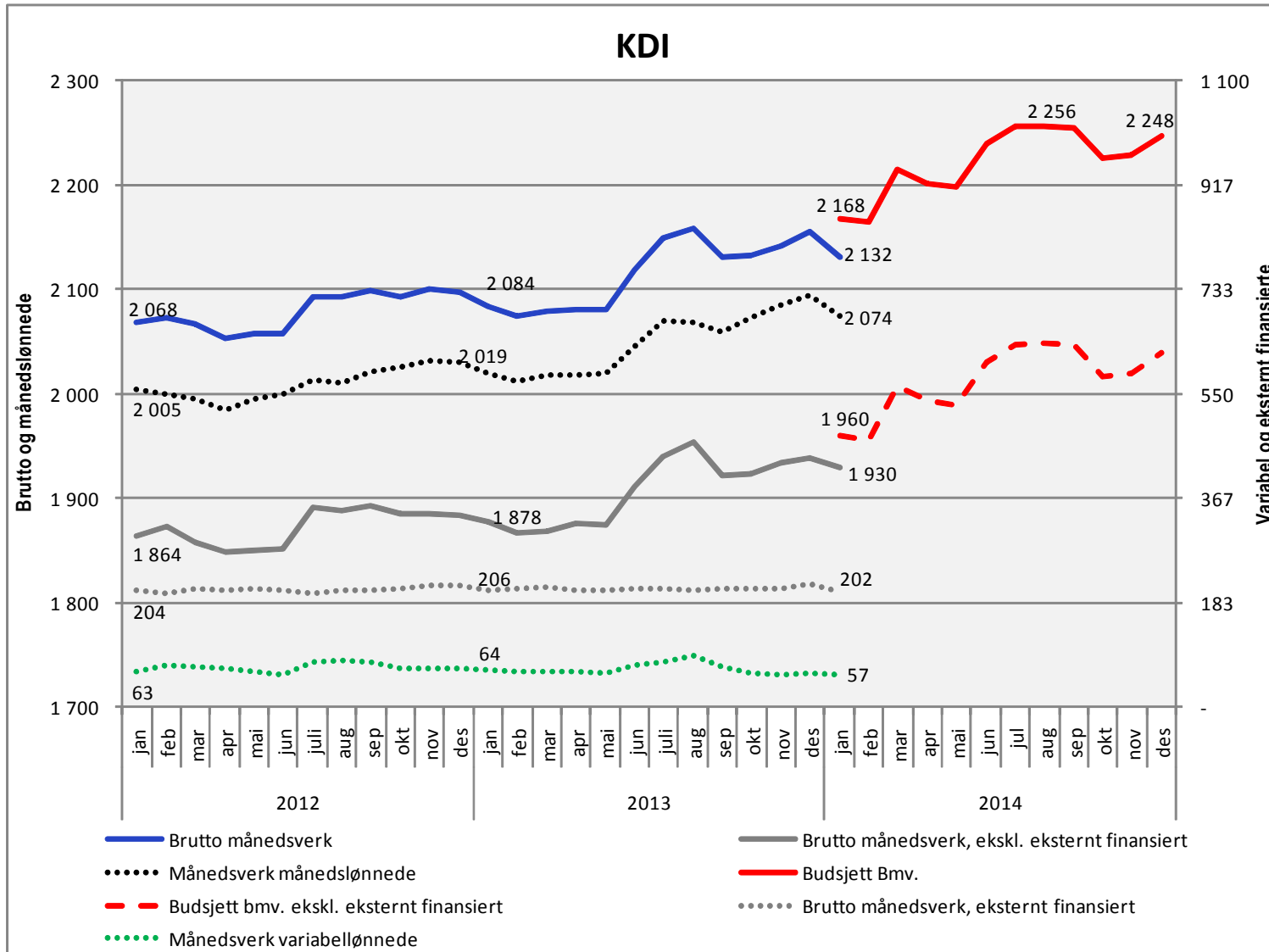
4.5 Bemanningsutvikling HLK



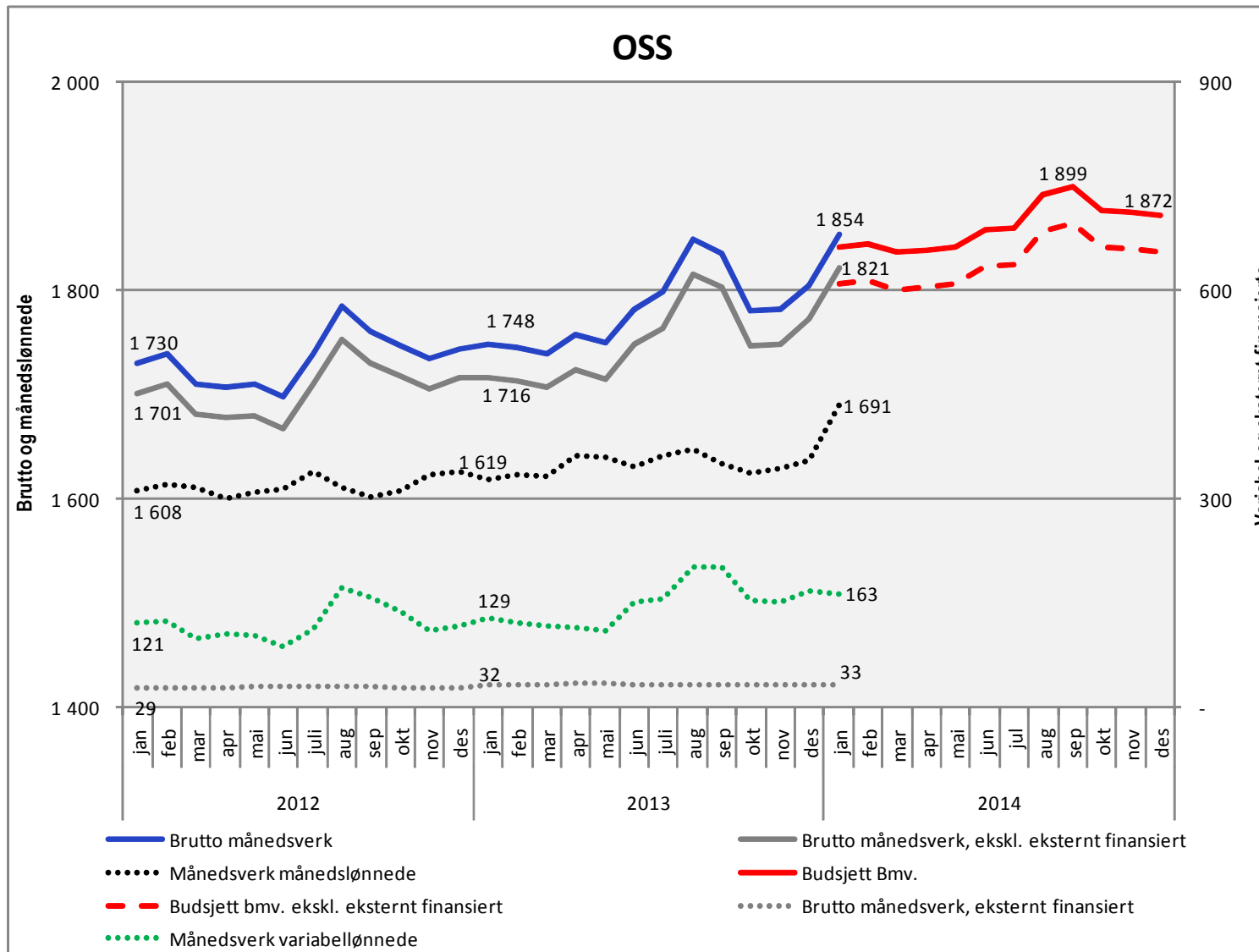
4.5 Bemanningsutvikling Akutt



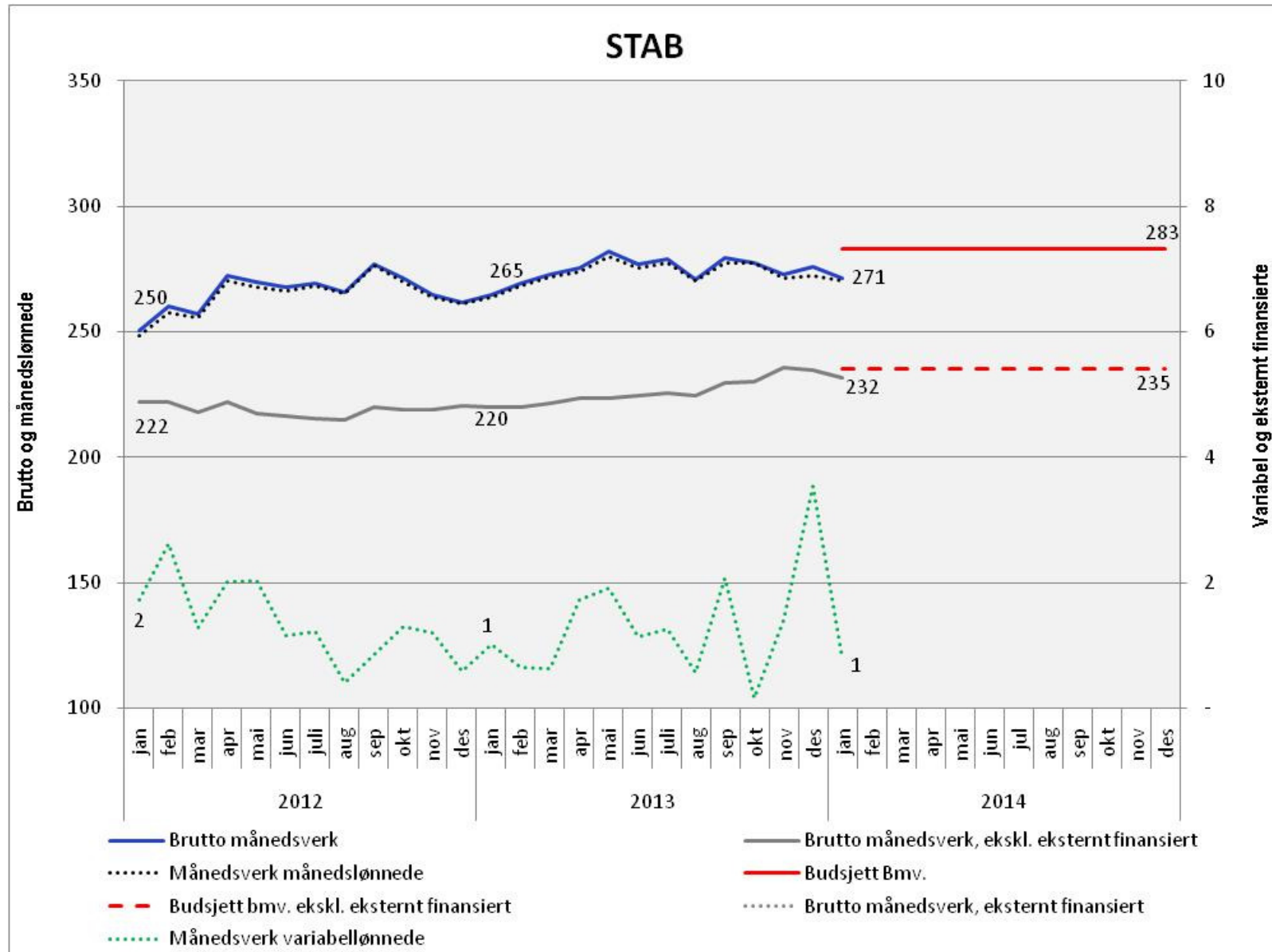
4.5 Bemanningsutvikling KDI



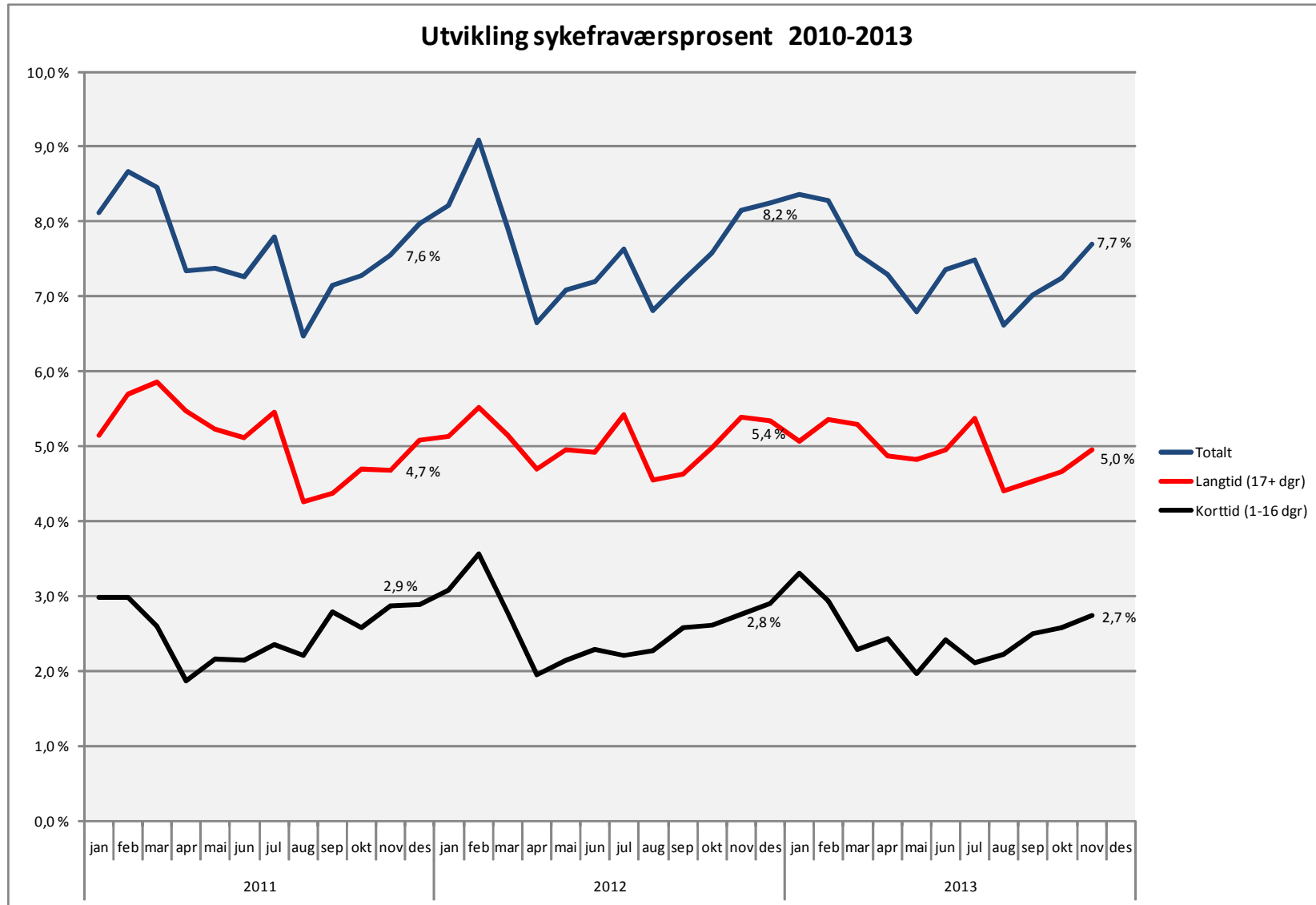
4.5 Bemanningsutvikling OSS



4.5 Bemanningsutvikling STAB



4.6 Sykefravær



4.7 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per november 2013							
Denne periode	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Sum Korttidsfravær	17-56 dager	> 56 dager	Sum langtidsfravær	
PHA	1,4 %	1,4 %	2,8 %	1,3 %	3,7 %	5,0 %	7,8 %
MED	1,4 %	0,8 %	2,3 %	1,5 %	3,2 %	4,7 %	6,9 %
KKN	1,4 %	1,4 %	2,9 %	1,9 %	3,2 %	5,2 %	8,1 %
KVB	1,1 %	1,4 %	2,6 %	1,7 %	3,0 %	4,7 %	7,3 %
KKT	1,3 %	1,1 %	2,4 %	1,5 %	3,3 %	4,8 %	7,2 %
HLK	1,1 %	1,0 %	2,1 %	1,2 %	3,1 %	4,3 %	6,5 %
AKU	1,5 %	1,4 %	2,9 %	1,9 %	3,7 %	5,7 %	8,6 %
KDI	1,5 %	1,1 %	2,7 %	1,4 %	2,4 %	3,8 %	6,5 %
OSS	1,7 %	2,0 %	3,7 %	2,0 %	4,5 %	6,6 %	10,3 %
STAB	0,6 %	0,9 %	1,4 %	1,4 %	1,6 %	2,9 %	4,4 %
OUS	1,4 %	1,3 %	2,7 %	1,6 %	3,3 %	5,0 %	7,7 %

Sykefraværslengde per november 2013							
Hittil	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			Totalt sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Sum Korttidsfravær	17-56 dager	> 56 dager	Sum langtidsfravær	
PHA	1,4 %	1,3 %	2,6 %	1,5 %	3,4 %	4,9 %	7,5 %
MED	1,2 %	1,2 %	2,4 %	1,2 %	3,0 %	4,2 %	6,6 %
KKN	1,3 %	1,1 %	2,4 %	1,3 %	3,2 %	4,5 %	6,9 %
KVB	1,0 %	1,2 %	2,2 %	1,5 %	3,7 %	5,2 %	7,4 %
KKT	1,1 %	1,0 %	2,1 %	1,3 %	3,2 %	4,5 %	6,6 %
HLK	1,0 %	1,0 %	2,0 %	1,4 %	3,0 %	4,3 %	6,4 %
AKU	1,3 %	1,3 %	2,6 %	1,4 %	4,2 %	5,6 %	8,2 %
KDI	1,3 %	1,1 %	2,4 %	1,4 %	2,5 %	3,9 %	6,3 %
OSS	1,6 %	2,1 %	3,7 %	2,0 %	5,3 %	7,3 %	11,0 %
STAB	0,4 %	0,8 %	1,2 %	0,9 %	2,0 %	2,8 %	4,0 %
OUS	1,3 %	1,3 %	2,5 %	1,4 %	3,5 %	4,9 %	7,4 %



Definisjoner årsverksindikatorer

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

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. februar 2014

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: Periodisert budsjett

SAK 5/2014 PERIODISERTE AKTIVITETSMÅL OG PERIODISERT BUDSJETT - RAPPORTERING FOR JANUAR 2014

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar sak om periodiserte aktivitetsmål og periodisert budsjett til orientering.*
- 2. Styret tar rapporteringen for januar 2014 til orientering.*

Oslo, den 6. februar 2014

Bjørn Erikstein

Innledning

Styret vedtok budsjett og aktivitetsmål for Oslo universitetssykehus HF for 2014 på styremøtet 17. desember 2013. Formålet med denne styresaken er å legge fram de periodiserte aktivitetsmålene og det periodiserte budsjettet som administrerende direktør vil rapportere gjennomføringen av virksomheten i forhold til.

Videre gis det en orientering om resultater for januar.

Periodisert budsjett 2014

Vedlagt styresaken følger periodiserte budsjetter for resultat, kontantstrøm og aktivitet.

Nedenfor gjøres kort rede for hovedprinsipper lagt til grunn for periodisering av aktivitet, resultat og kontantstrøm. Som følge av arbeidet med å avstemme budsjettert kjøp og salg mellom helseforetakene er det gjort noen mindre justeringer mellom noen budsjettposter (fra kjøp/salg innen regionen til andre driftsinntekter/-kostnader), sammenlignet med det som ble lagt frem for styret i desember.

Aktivitet

I aktivitetsbudsjettet er det hensyntatt arbeidsdager og helligdager (røde dager) i den enkelte måned. Klinikken har periodisert sine aktivitetsbudsjetter ut fra dette og planlagt aktivitet gjennom 2014. Innføring av nytt PAS/EPJ i oktober 2014 er vurdert og hensyntatt ut fra klinikkenes forventninger og hvordan dette vil påvirke aktiviteten i denne perioden. Aktivitetsperiodiseringen er lagt til grunn for periodisering av aktivitetsbaserte inntekter. For konserninterne gjestepasientinntekter er avstemt budsjett for kjøp og salg mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst lagt til grunn.

Resultat

Resultatbudsjettet er periodisert ut fra når kostnader og inntekter forventes å påløpe. Basistilskuddet er periodisert i henhold til Helse Sør-Øst RHF's konsernbestemmelser, dvs ut fra en kombinasjon av aktivitetsbaserte inntekter og periodisert lønnsbudsjett. Basistilskuddet blir hver måned inntektsført som budsjettert.

Som følge av disse prinsippene vil det ha liten mening å vurdere det økonomiske resultatet for hver måned isolert. Det er avvik mellom resultat og budsjett som gir indikasjoner på hvordan Oslo universitetssykehus HF ligger an til å nå sine mål på årsbasis.

Kontantstrøm

Kontantstrømsbudsjettet er avledet av det periodiserte resultatbudsjettet og investeringsbudsjettet. I kontantstrømbudsjettet er budsjetterte inntekter, kostnader og investeringer periodisert til måneden innbetalingene og utbetalingene skjer. Kontantstrømsbudsjettet for 2014 viser en negativ endring i likviditeten gjennom 2014 på om lag 84 millioner kroner. Dette skyldes blant annet at budsjettert pensjonspremie er om lag 316 millioner kroner høyere enn den budsjetterte pensjonskostnaden. Dette finansieres ved at Oslo universitetssykehus får utvidet driftskreditten fra Helse Sør-Øst RHF. I tillegg er det budsjettert med utbetalinger på 115 millioner kroner for investeringer som er finansiert tidligere år og positive endringer i arbeidskapitalen på om lag 350 millioner kroner. Det

periodiserte kontantstrømbudsjettet for 2014 viser at det kan være behov for økt driftskreditt når reguleringspremie for pensjon skal betales i oktober.

Resultat for januar

Økonomisk resultat

Økonomisk resultat for januar foreligger først 11. februar. Tallene vil derfor bli lagt frem i styremøtet den 13. februar.

Bemanning

I januar 2014 er antall brutto månedsverk er redusert med 206 til 17 361, mot budsjettert 17 406. En slik nedgang i januar er normalt sett opp mot tidligere år, der første halvår har ligget noe lavere enn andre halvår med et tydelig skift ned i januar. Den variable komponenten av brutto månedsverk utgjør 7,6 prosent i januar, mot et snitt for 2013 på 7,5 prosent.

Av brutto månedsverk i januar 2014 er 1 135 (6,5 prosent) eksternt finansiert (6,5 prosent). Dette er 27 lavere enn budsjettert. Snittnivået for 2013 var på 1.167 (6,8 prosent), mot 1.168 i 2012 (6,9 prosent). Endringen i relativ andel skyldes at internt finansierte månedsverk har økt.

Oslo universitetssykehus HF har 321 (tilsvarende 1,8 prosent) flere månedsverk i januar 2014 sammenholdt med samme måned i 2013. Deler av dette (om lag 70 månedsverk) er knyttet til økt inntak til videreutdanning av spesialsykepleiere, samtidig som deltakerne på videreutdanningen fra og med 2014 får lønn som genererer årsverk, mot tidligere stipend som ikke gav årsverk.

Bemanningsutvikling inn i 2014 er gjennomgått med den enkelte klinikk som en del av Ledelsens gjennomgang for 3. tertial 2013 gjennomført i uke 4.

Styresak 5/2014 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Periodisert budsjett 2014

Tabeller til styresak om rapportering 2014

1.	Periodiserte måltall for somatikk 2014
2.	Periodiserte måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB 2014
3.	Periodisert resultatbudsjett 2014 - ØBAK-linjer
4.	Periodisert kontantstrømsbudsjett for 2014

TABELL 1 - Måltall for somatikk 2014

Pasientbehandling	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Sum
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	8 857	8 593	9 325	8 587	9 077	8 997	7 283	8 088	9 096	8 874	9 060	8 429	104 269
Antall liggedøgn - døgnbehandling	40 980	39 710	42 835	39 156	42 069	41 482	32 457	37 254	42 036	41 739	41 957	38 410	480 086
Antall dagbehandlinger	6 380	6 200	6 885	5 427	6 139	5 984	3 568	4 946	6 554	6 384	6 864	5 318	70 649
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner 2)	65 747	62 260	68 247	59 359	65 039	64 116	47 559	59 580	66 258	59 616	67 366	56 502	741 648

DRG-poeng	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Sum
DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst	17 585	17 154	18 518	16 742	17 892	17 746	13 612	15 769	18 014	17 446	18 099	16 317	204 893
DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv	1 365	1 331	1 438	1 299	1 389	1 382	1 057	1 227	1 403	1 358	1 411	1 272	15 932
DRG-poeng totalt 1)	18 950	18 485	19 956	18 040	19 281	19 128	14 669	16 996	19 417	18 804	19 511	17 589	220 825

Noter

- 1) Effekt av ny grupper for 2014 inngår med 770 DRG-poeng
- 2) Budsjett 2014. Antall polikliniske konsultasjoner er redusert med 45.000 og antall DRG fra polikliniske konsultasjoner er redusert med 1.500 poeng. Dette er gjort for å rette opp feil i rapporteringen knyttet til flere konsultasjoner per dag.

TABELL 2 - Måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2014

Psykisk helsevern	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	SUM
Psykisk helsevern for voksne (VOP)													
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	6 163	5 679	6 244	5 913	6 215	5 941	5 120	5 760	6 179	5 913	6 199	6 074	71 400
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt	134	134	135	128	135	139	89	114	135	132	135	132	1 542
Antall oppholdsdager dagbehandling	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	2	40
Antall polikliniske konsultasjoner	7 517	6 498	7 264	6 348	7 091	6 336	3 512	5 949	7 933	6 905	7 760	6 556	79 669
Barne - og ungdomspsykiatri (BUP)													
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	391	352	385	323	380	352	224	337	440	330	441	275	4 230
Antall utskrevne pasienter - døgntilrettelagt	7	6	7	10	9	16	5	5	9	7	7	8	96
Antall oppholdsdager dagbehandling	285	272	283	259	267	272	98	276	338	256	339	216	3 161
Antall polikliniske konsultasjoner	3 646	4 231	4 721	3 938	4 492	4 041	1 681	4 219	5 226	4 701	5 195	3 265	49 356
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere (TSB)													
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (*)	2 405	2 247	2 354	2 228	2 372	2 327	2 039	2 366	2 369	2 233	2 358	2 202	27 500
Antall utskrevne pasienter - døgntilrettelagt	241	241	242	242	242	242	236	245	241	241	241	246	2 900
Antall oppholdsdager dagbehandling	48	35	52	67	44	88	0	48	48	56	48	40	574
Antall polikliniske konsultasjoner	870	850	830	820	830	740	402	630	924	825	1 525	1 306	10 552

(*) Det er avtalt 100 flere liggedøgn enn det som fremkom av styresak 19/12)

TABELL 3 - Resultatbudsjett 2014 (ØBAK - grunnlag for rapportering)

Beløp i tusen kroner

Resultatbudsjett	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	SUM
Basisramme	964 074	944 669	966 749	979 797	993 068	823 338	746 836	879 766	973 329	957 270	968 199	954 707	11 151 802
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	262 489	255 993	276 586	249 772	267 147	265 798	203 379	235 983	269 844	261 263	271 468	244 592	3 064 314
ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	38 849	37 888	40 935	36 967	39 538	39 339	30 100	34 926	39 938	38 668	40 178	36 202	453 528
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	53 270	51 952	56 131	50 689	54 216	53 942	41 274	47 891	54 763	53 021	55 093	49 640	621 882
ISF-ref kostnadskrev.legemidler utenfor sykehus	3 875	3 853	3 853	3 875	3 853	2 691	2 710	2 691	2 691	2 710	2 241	2 182	37 225
Utskrivningsklare pasienter	361	332	352	333	356	350	307	315	348	359	350	347	4 109
Gjestepasienter	51 405	50 300	56 278	44 562	52 575	52 381	33 184	45 351	52 974	51 944	53 233	44 997	589 183
Salg av konserninterne helsetjenester	158 901	154 902	162 978	151 854	161 629	160 670	117 906	142 953	162 388	158 987	163 477	144 449	1 841 093
Polikliniske inntekter	47 233	46 084	48 041	43 159	47 192	48 091	37 998	40 626	47 664	46 696	50 219	46 214	549 217
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	3 669	3 452	3 617	3 448	3 552	3 622	2 935	3 349	3 678	3 612	3 574	3 389	41 897
Andre øremerkede tilskudd	84 226	84 504	86 187	84 797	98 246	32 039	97 021	97 159	99 912	87 563	87 253	83 160	1 022 067
Andre driftsinntekter	65 060	63 575	66 007	61 701	64 141	63 803	55 636	59 161	64 555	62 038	61 947	56 335	743 959
Sum driftsinntekter	1 733 411	1 697 503	1 767 714	1 710 955	1 785 513	1 546 063	1 369 286	1 590 170	1 772 084	1 724 131	1 757 231	1 666 214	20 120 276
Kjøp av offentlige helsetjenester	3 567	3 564	3 635	3 531	3 577	3 629	3 434	3 506	3 621	3 612	3 610	3 588	42 875
Kjøp av private helsetjenester	16 323	15 499	17 428	16 365	26 085	23 867	23 549	23 687	26 052	17 030	17 176	14 231	237 291
Varekostnader	188 281	188 748	203 342	180 984	191 046	197 258	161 041	171 991	193 817	192 693	201 416	191 148	2 261 765
Innleid arbeidskraft	8 098	7 976	7 766	9 292	8 058	8 918	10 232	10 486	9 048	9 169	9 075	9 788	107 907
Kjøp av konserninterne helsetjenester	3 192	3 026	3 216	3 057	3 089	3 124	2 799	3 110	3 004	3 003	3 096	3 102	36 819
Lønn til fast ansatte	829 442	809 748	814 342	867 055	864 201	739 009	549 204	717 640	826 367	811 163	817 228	832 311	9 477 711
Overtid og ekstrahjelp	76 426	77 210	76 554	79 122	76 495	51 616	82 170	84 545	80 045	83 121	80 176	78 952	926 431
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	185 035	185 046	186 380	185 190	187 527	188 583	187 837	188 020	189 499	188 265	188 310	189 083	2 248 774
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-44 596	-44 682	-44 833	-43 030	-44 532	-42 657	-43 874	-44 263	-44 851	-44 414	-44 553	-44 732	-531 017
Annen lønn	147 759	144 452	144 422	151 405	151 467	19 550	149 918	150 130	148 385	147 816	147 665	152 061	1 655 030
Avskrivninger	66 231	66 827	67 844	69 352	69 489	69 974	71 516	71 805	71 943	72 314	72 597	72 354	842 246
Nedskrivninger	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Andre driftskostnader	235 044	235 412	236 039	232 436	232 790	229 953	219 288	224 245	234 982	234 885	239 257	239 483	2 793 814
Sum driftskostnader	1 714 801	1 692 828	1 716 134	1 754 760	1 769 291	1 492 823	1 417 115	1 604 902	1 741 910	1 718 657	1 735 055	1 741 371	20 099 646
Driftsresultat	18 610	4 675	51 580	-43 805	16 222	53 239	-47 828	-14 731	30 174	5 474	22 177	-75 157	20 630
Finansinntekter	4 681	7 468	8 132	8 091	8 510	10 919	7 322	8 547	9 725	9 644	10 006	11 287	104 332
Finanskostnader	9 591	9 334	9 514	9 368	9 566	9 527	11 380	11 146	11 244	11 118	11 906	11 268	124 962
Finansresultat	-4 910	-1 866	-1 382	-1 277	-1 056	1 392	-4 058	-2 599	-1 519	-1 474	-1 900	19	-20 630
Ordinært resultat	13 700	2 809	50 198	-45 082	15 166	54 631	-51 886	-17 330	28 655	4 000	20 277	-75 138	0

Note

1) Det er foretatt enkelte mindre endringer mellom noen linjer (under 1 mill kroner) som følge av endelig avstemming av internt kjøp og salg mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst i forhold til styrets budsjettvedtak.

TABELL 4 - Kontantstrømsbudsjett for 2014

Beløp i mill kroner

Forenklet fremstilling av månedlig kontantstrøm	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Inngående likviditetsbeholdning	-2 722	-2 598	-2 378	-2 443	-2 125	-2 332	-2 180	-2 290	-2 081	-2 315	-2 694	-3 009
Årsresultat	14	3	50	-45	15	55	-52	-17	29	4	20	-75
Periodiseringer og resultatposter uten likviditetseffekt	108	266	-100	360	-189	95	-45	222	-267	-354	-341	275
Likviditet fra drift	122	269	-50	315	-174	150	-97	204	-238	-350	-320	200
Finansiering av investeringer	88	91	94	99	107	108	109	110	110	110	111	118
Investeringer	-87	-90	-92	-97	-107	-107	-107	-107	-107	-107	-107	-117
Andre utbetalinger	1	-50	-16	2	-34	2	-15	2	2	-33	2	2
Likviditet fra investeringer og finansiering	2	-49	-15	4	-34	3	-12	4	5	-30	5	3
Utgående likviditetsbeholdning	-2 598	-2 378	-2 443	-2 125	-2 332	-2 180	-2 290	-2 081	-2 315	-2 694	-3 009	-2 806

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. februar 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: 1. Utkast til Årlig melding for 2013
2. Brukerutvalgets Årsrapport 2013
3. Incentivmidler til økt inntak og kvalitet på
praksis for høgstudenter i 2013

SAK 6/2014 ÅRLIG MELDING 2013 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak:

1. *Styret slutter seg til ukast til Årlig melding for 2013 med de innspill som er gitt i møtet.*
2. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å justere Årlig melding ut i fra de endelige driftsresultater for 2013 og de innspill som er fremkommet i møtet.*

Oslo, 6. februar 2014

Bjørn Erikstein

Bakgrunn

Etter § 14 i vedtektene til Oslo universitetssykehus HF skal styret i foretaket hvert år sende en melding til Helse Sør-Øst RHF som viser styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år.

Styret ble orientert om prosessen med Årlig melding for 2013 i styremøte 19. desember 2013 - sak 79/2013.

Frist for oversendelse av Årlig melding er 1. mars 2014. Rapporteringsdelen for 2013 (Del II) ble sendt det regionale foretaket 20. januar 2013.

Årlig melding settes opp etter en mal utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF og består i tillegg til en innledning av to hoveddeler:

- Rapporteringsdel for oppdrag og bestilling 2013 (Del II)
- Styrets plandokument for 2013-2015 (Del III).

Til Årlig melding vedlegges:

- Brukerutvalgets årsrapport for 2013.
- Insentivmidler til økt inntak og kvalitet på praksis for høgskolestudenter i 2013
- Rapportering 2013 på Oslo universitetssykehus sin oppgave med å ivareta regionale forskningsstøttefunksjoner.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

For å sikre fremdrift i det videre arbeidet med årlig melding, bes det om at administrerende direktør gis fullmakt til å ferdigstille arbeidet med meldingen, inkludert oppdatering med de endelige driftsresultater når disse foreligger.

Oslo universitetssykehus HF

Årlig melding 2013

til Helse Sør-Øst RHF

Oslo den 28. februar 2014

Innhold

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG	3
1. Om Oslo universitetssykehus HF – oppgaver og organisering.....	3
1.1. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag.....	4
1.2. Oslo universitetssykehus HF's mål for 2013.....	5
1.3. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll.....	5
1.3.1. Arbeidet med god virksomhetsstyring	5
1.3.2. Arbeidet med god virksomhetsstyring	7
1.3.3. Risikostyring og vurdering av overordnet risikobilde.....	7
1.3.4. Sentrale saker behandlet i styret	9
1.4. Medvirkning fra brukere og tillitsvalgte	10
2. Sammendrag.....	12
2.1. Positive resultater og uløste utfordringer.....	12
2.2. Oppfølging av mål for Helse Sør-Øst.....	16
2.3. Evaluering av egen virksomhet og organisering.....	18
DEL II: RAPPORTERING	20
3. Rapportering for mål 2013 i oppdrag og bestilling	20
3.1. Aktivitet.....	20
3.2. Oppdrag 2013.....	20
3.3. Organisatoriske krav og rammebetingelser	49
4. Rapportering for styringsparametre i oppdrag og bestilling 2013.....	60
5. Rapportering for øvrige oppdrag gitt i løpet av 2013	64
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT 2013 - 2016	66
6. Utviklingstrender og rammebetingelser	66
6.1. Faglig og demografisk utvikling.....	66
6.2. Forventet økonomisk utvikling	68
6.3. Personell- og kompetansebehov	68
6.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer.....	71
7. Helseforetakets planer for utviklingen	76
7.1. Pasientbehandling.....	76
7.2. Forskning og innovasjon	84
7.3. Kunnskapsutvikling og god praksis	85
7.4. Organisering og utvikling av fellestjenester.....	87
7.5. Mobilisering av medarbeidere og ledere	87
7.6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring.....	88

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG

1. Om Oslo universitetssykehus HF – oppgaver og organisering

Oslo universitetssykehus HF yter et bredt spekter av spesialisthelsetjeneste og har nasjonale funksjoner, flerregionale- og regionale funksjoner og område- og lokalsykehusfunksjoner. For å ivareta disse oppgavene driver Oslo universitetssykehus HF avansert pasientbehandling, forskning, utprøvende behandling, opplæring og rådgivning på høyt internasjonalt nivå.

Oslo universitetssykehus HF har et nasjonalt ansvar som kompetansemiljø og referanseinstitusjon for sentrale myndigheter og for andre sykehus, samt i utdanning av helsepersonell. Samarbeid om utdanning av medisinstudenter og helsefagstudenter reguleres i egne avtaler med utdanningsinstitusjonene.

Helseforetaket har som mål å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Forskning og utviklingsarbeid gjør spesialisthelsetjenesten bedre i stand til å foreta kritiske vurderinger og riktig prioritering av etablerte og nye diagnostiske metoder, behandlingstilbud og teknologi og til å ivareta og veilede pasientene. Utdanning av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten omfatter grunnutdanning, videre- og etterutdanning, turnustjeneste, spesialistutdanning og ulike typer kurs i regi av arbeidsgiver. Ved kronisk eller langvarig sykdom er opplæring for å mestre sykdommen viktig. Tidligere pasienters og pårørendes kunnskap er nyttig informasjon for andre som kommer i samme situasjon.

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

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

Funksjonsfordeling

Alle regionsfunksjoner er samlet i Oslo universitetssykehus med unntak av revmakirurgi og deler av revmatologi. Disse er plassert ved Diakonhjemmet sykehus. Områdefunksjoner innen Øre-, nese- og hals er fordelt mellom Lovisenberg sykehus og Oslo universitetssykehus. For øvrig er alle områdefunksjoner samlet ved Oslo universitetssykehus HF. Diakonhjemmet sykehus har fortsatt egen akuttkirurgi, men arbeidet med å planlegge overflytting av denne til Oslo universitetssykehus HF er i gang. Lovisenberg Diakonale sykehus dekker indremedisin i bydel Sagene for Oslo universitetssykehus.

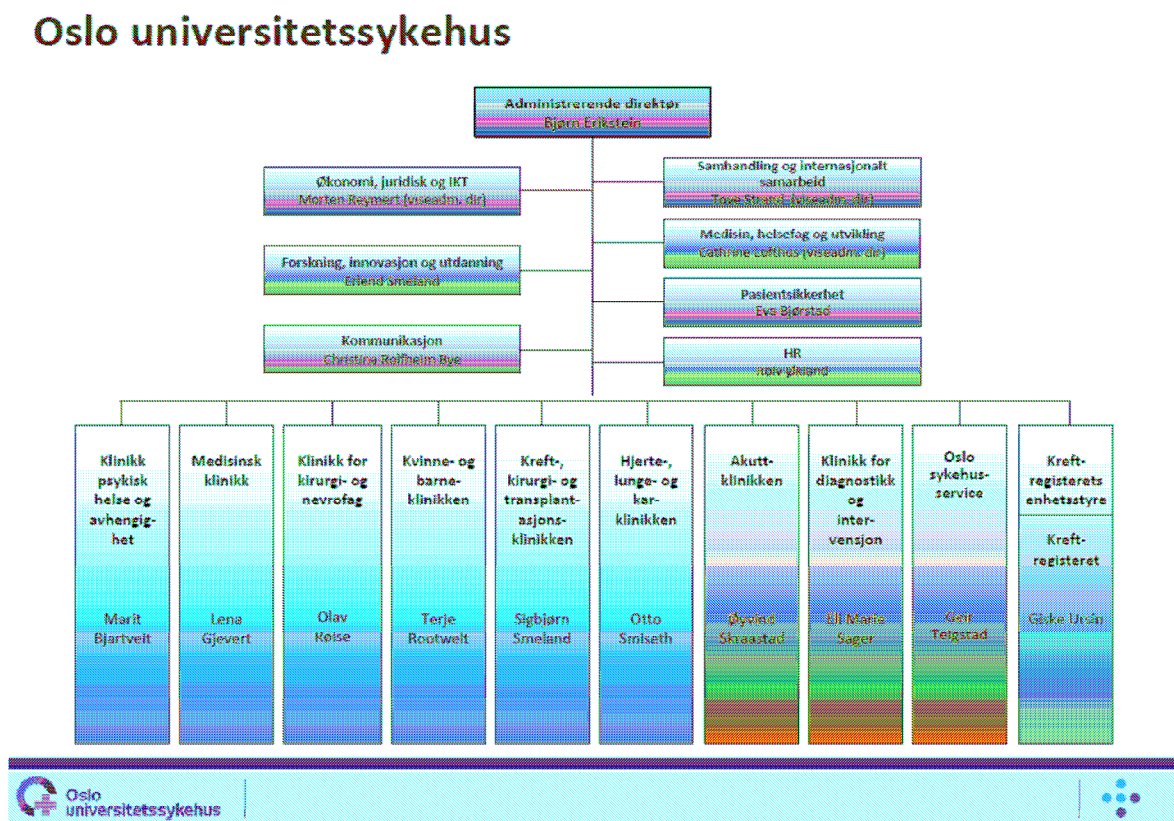
Opptaksområde Oslo universitetssykehus

Foretaket har lokalsykehusansvar for bydelene Bjerke, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Nordre Aker, Østensjø og Sagene. I tillegg har foretaket områdeansvar for bydelene Vestre Aker, Ullern, Frogner, St. Hanshaugen, Gamle Oslo og Grünerløkka. Dette innebærer et opptaksområde for lokalsykehusansvaret på i overkant av 250 000 innbyggere og områdeansvar for en befolkning på mer enn 500 000 personer. For enkelte funksjoner som eksempelvis øye, strekker områdeansvaret seg utover Oslo og tilsvarer et befolkningsgrunnlag på nærmere en million.

Organisering

Oslo universitetssykehus har ni klinikker, inkludert Oslo sykehusservice som leverer ikke-medisinske tjenester til resten av foretaket. Omsetningen er omlag nitten milliarder kroner. Rundt 20 000 mennesker har sitt arbeidssted ved Oslo universitetssykehus. Foretaket har virksomhet på flere ulike steder. Organisasjonskartet vises i nedenstående figur.

Organisasjonskart per januar 2013 - Oslo universitetssykehus



1.1. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Den nasjonale visjonen som ble etablert ved oppstart av helsereformen i 2002 (jfr. også formålsbestemmelsen i Lov om helseforetak); "Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger når de trenger det, uavhengig av, alder, bosted, kjønn, økonomi og etnisitet", samt de nasjonale verdiene for helseforetakene "kvalitet, trygghet og respekt" er lagt til grunn for arbeidet med helseforetakets strategier og verdigrunnlag.

Innenfor lovpålagte oppgaver og regional strategi 2009-2020, har Oslo universitetssykehus vedtatt en strategi for perioden 2013-2018. Visjonen er ”Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling”.

Oslo universitetssykehus skal

- Ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv
- Være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon
- Være en god samarbeidspartner en engasjert samfunnsaktør
- Ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

1.2. Oslo universitetssykehus HF's mål for 2013

Helseforetakets mål for 2013 følger blant annet av eiers Oppdrag og bestilling for 2013, andre vedtak i foretaksmøte og helseforetakets strategi. I oppfølgingen av dette har Oslo universitetssykehus blant annet arbeidet for at helseforetaksgruppen skal oppnå de prioriterte mål for perioden 2011-2014 og som er omtalt nedenfor under punkt 2.2.

Oslo universitetssykehus arbeider kontinuerlig med å oppnå de mål som settes til virksomheten. Oppnåelsen av helseforetakets mål og løsningen av oppdrag og oppgaver er fordelt i organisasjonen og følges opp i foretakets styringsystem. Det rapporteres månedlig til eier og rapporter sendes også andre instanser.

Eiers Oppdrag og bestilling for 2013 med tilhørende tildelinger rapporteres i Årlig melding.

1.3. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll

1.3.1. Arbeidet med god virksomhetsstyring

Å utvikle gode systemer for sikring av styring og kontroll har vært vektlagt helt siden helseforetaket ble etablert. Ved siden av myndighetenes krav om internkontroll følger også helseforetaket kravene fra Helse Sør-Øst RHF om god virksomhetsstyring, og interne føring for å ivareta best mulig kvalitet. I løpet av 2013 er dokumentene om internkontroll og kvalitetssystem gjennomgått og oppdatert. Det er lagt vekt på at krav må sees samlet og ivaretas innenfor helseforetakets helhetlige kvalitetssystem.

Oslo universitetssykehus sin strategi 2013-2018 angir visjon, verdier og overordnede styringsmål. Dokumentet er implementert i 2013 og lagt til grunn for øvrige planer og tiltak. Virksomhetsstyringen følges opp regelmessig med månedlige oppfølgingsmøter og i utvidete tertialvise gjennomganger i forbindelse med ledelsens gjennomgang.

Internkontroll

Dokumenter som skal sikre god styring og kontroll er samlet i helseforetakets elektroniske dokumentstyringsystem (eHåndbok). Her kan ansatte finne de dokumentene de trenger i arbeidet med prosesser, pasientforløp og praktiske rutiner. Fra februar 2013 er øvrige systemer fra de fusjonerte helseforetakene stengt og alle dokumenter blitt samlet i ett og samme system. I denne forbindelse er det utarbeidet over 6000 nye dokumenter. Ved utgangen av året har foretaket over 22 500 dokumenter.

Alle ledere har ansvar for intern styring og kontroll innen eget ansvarsområde. Dette skjer ved blant annet ved systematiske risikovurderinger og i den tertialvise oppfølging i ledelsens gjennomgang. Foretakets lederutviklingsprogram for virksomhetsstyring og analyse er videreført. Gjennom dette programmet har avdelings- og seksjonsledere fått innføring i helseforetakets systemer for intern styring og kontroll.

Tilsyn

Tilsynsaktiviteten har økt og antall tilsyn er bortimot fordoblet i forhold til i 2013. Økningen skyldes først og fremst hyppige tilsyn fra Mattilsynet, Det lokale el-tilsynet og Arbeidstilsynet. Totalt har helseforetaket hatt 46 tilsynsbesøk fra 12 ulike tilsynsmyndigheter:

- Branntilsyn
- Fylkesmannen helseavdelingen (tidligere Helsetilsynet i fylket)
- Helsedirektoratet
- Luftfartstilsynet
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
- Det lokale el-tilsyn (netteier)
- Riksrevisjonen
- Statens strålevern
- Statens helsetilsyn
- Statens legemiddelverk
- Arbeidstilsynet
- Mattilsynet

En egen tilsynskoordinator koordinerer og sikrer oppfølging av alle tilsynsbesøk fra tilsynsmyndigheter. Det gir samarbeid om gjennomføring av tilsynene samt tydelig rollefordeling for videre oppfølging av avvik, pålegg og øvrige tilbakemeldinger. Gjennom de rutiner som er etablert blir tilsyn med avvik eller anmerkninger fulgt opp med konkrete handlingsplaner. Tilsyn fra Arbeidstilsynet, Oslo brann- og redningsetat og enkelte andre tilsynsmyndigheter har medført omfattende planer og arbeid på og i foretakets bygninger. Noen av disse tiltakene strekker seg over flere år. Styret holdes løpende orientert om tilsynsaktiviteten.

Avviksbehandling

Antall registreringer av uønskede hendelser, avvik og farlige forhold, har vist en jevnt økende tendens de senere år, men viser nå en utflatning fra 2012 til 2013. For registreringer som involverer pasienter tilsvarer registreringsvolumet 1/3 -1/4 av antallet teoretisk forekommende hendelser bedømt ut fra målinger via systematiske strukturerte journalstudier (GTT).

Læringserfaringer fra konkrete hendelser sikres på flere måter:

- HMS saker behandles i lokale og eller sentralt arbeidsmiljøutvalg.
- Alle viktige pasienthendelser behandles i klinikkenes pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg.
- Konklusjoner i pasientsaker behandlet av Helsetilsynet legges frem og diskuteres i sentralt pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg.
- Viktige risikoområder basert på liknede uønskede hendelser / enkeltvise viktige læringssaker publiseres på intranettet.
- System for sikkerhetsanbefalinger er innført.
- Rutine for pasientsikkerhetsvisitter og andre tiltak i forbindelse med nasjonal pasientsikkerhetskampanje er innført/under innføring.

Også hendelser i samhandlingsfeltet er håndtert i 2013.

Interne revisjoner

Oslo universitetssykehus HF har en enhet som planlegger og å tilrettelegger for interne revisjoner på foretaksnivå og bistå linjen med oppbygging av revisjonskompetanse. Klinikkenes revisjoner (egenrevisjoner) benyttes som ledd i den enkelte leders oppfølging i egen enhet på de ulike nivå i foretaket.

Det er samhandling med Konsernrevisjonen gjennom regelmessige møter i oppsettet av revisjonsplaner for å oppnå en best mulig revisjonsdekning av risikoområder ved foretaket.

Revisjonsplan bygger på vurderinger av risiko i virksomheten. Hensikten er å rette interne revisjoner inn mot områder hvor det er høy risiko for manglende måloppnåelse, manglende etterlevelse av lov- og regelverk og/eller utilstrekkelig eller upålitelig styringsinformasjon.

Alle revisjonsoppdrag blir styrebehandlet. Etter hver revisjon der det er gitt anbefalinger eller avvik følges dette opp med utarbeidet av handlingsplaner. Planene blir fulgt opp med konkrete tiltak, tidsfrister og ansvarlig. Styret holdes underrettet om status, vanligvis hvert tertial.

1.3.2. Arbeidet med god virksomhetsstyring

Styret handler innenfor foretakets formål, regelverk, pålegg og krav. Alle protokoller fra foretaksmøte behandles i styret. Styret vedtar strategier, planer og mål for virksomheten, herunder planer for omstilling og forbedring, oppfølging av tilsyn og revisjoner og krav og bestillinger fra eier m.m.

Styret holder seg orientert om foretakets virksomhet og gjør vedtak om eventuelle tiltak og korrigeringer for å styre mot de oppsatte planer og mål. Styremøtene har faste aktivitets- og økonomirapporteringer og orienteringer fra virksomheten for øvrig i egen sak. Hvert tertial utvides rapporteringen og det fremlegges risikovurderinger på sentrale områder som styret tar til etterretning og som rapporteres til Helse Sør-Øst RHF. Styret følger utvalgte områder og saker over tid og får fremlagt status oppfølging av styrets vedtak hvert halvår.

Styret behandler alle saker som skal til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning. Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF rapporteres i Årlig melding. Årets virksomhet legges frem for godkjenning av eier i årsoppgjøret.

Styret har en instruks for sitt arbeid og har gitt instruks til administrerende direktør. Styreleder deltar i oppfølgingsmøtene med Helse Sør-Øst RHF. Administrerende direktør deltar i direktørmøtene i regi av Helse Sør-Øst RHF.

1.3.3. Risikostyring og vurdering av overordnet risikobilde

Med bakgrunn i en egen retningslinje for risikovurdering og risikostyring arbeides det med risikovurderinger i alle større enheter ved helseforetaket. I retningslinjen settes det krav til både regelmessige, tertialvise risikovurderinger og enkeltvise situasjonsbetingede risikovurderinger.

Gjennom identifisering og analyse av risiko utarbeides det på avdelings-, klinikk- og foretaksnivå egne handlingsplaner for risikoreducerende tiltak. Fra 2013 er metodikken utviklet videre med

effektvurdering av tiltak. Det er en økende innsikt og forståelse i organisasjonen for arbeidet med risikoanalyse og fastsettelse av risikoreduserende tiltak.

Tertialvise risikovurderinger

I første tertial ble det gjort en hovedgjennomgang av risikosituasjonen i klinikker og avdelinger og i helseforetaket som helhet. Denne tok utgangspunkt i oppdragsdokumentet og andre bindende føringer og forutsetninger for virksomheten. Risikovurderingene gjøres på fire områder:

- Pasientbehandling
- Arbeidsmiljø
- Forskning/innovasjon/utdanning
- Økonomi/infrastruktur.

De identifiserte risikoene er fulgt opp med planer for risikoreduserende tiltak. Effektvurderingene av tiltakene viser at det flere steder er et potensial for forbedring av gjennomføring og effekt.

I andre og tredje tertial er det gjort en forenklet gjennomgang ved revurdering av risikoanalyser og handlingsplaner fra foregående tertial. I tredje tertial ble det gjennomført en egen risikovurdering av forslag til budsjett for 2014.

De tertialvise risikovurderingene er rapportert til styret og Helse Sør-Øst RHF innen fastsatte frister.

Hovedpunkter i helseforetakets risikovurdering i forhold til bestillinger og egne mål:

Pasientbehandling

- Fortsatt er det utfordringer med kapasiteten innen ulike områder, - særlig innen radiologi, noe som igjen gir problemer innen flere fagområder inkludert kreft. Svartider for patologi er i bedring.
- Kapasiteten innen intensiv-/postop-/overvåkningsområdet og operasjonsvirksomheten er fortsatt noe begrenset. Det er håp om at de planlagte 100 utdanningsstillinger for spesialsykepleiere, fornying av to MR maskiner og diverse prosjekter vil kunne avhjelpe situasjonen.
- Satsningen innen det pasientadministrative arbeidet med Gjennomføringsprosjektet har gitt positive resultater i forhold til ventelister, spesielt knyttet til langtidsventende og fristbrudd, og det arbeides videre med å redusere ventelister.
- Det har lenge vært behov for erstatning og utskiftning av medisinsk teknisk utstyr. Her er det nå utarbeidet en langsiktig plan for å bedre situasjonen.
- Innen AMK er det utfordringer med responstid og kapasitet, og det arbeides her med en egen tiltaksplan for å forbedre kapasiteten.

Arbeidsmiljø

- Fortsatt er det flere årsverk enn budsjettet i flere enheter. Samtidig oppleves arbeidsbelastningen som høy mange steder. IKT-systemer som ikke er harmoniserte, skaper merarbeid og frustrasjon.
- Fortsatt er det eksempler på at lederne er spesielt utsatt for belastninger ved at lederrollen er kompleks og at det å håndtere løpende drift med omstilling og flyttinger er krevende.
- Flytte- og ombyggingsprosessene fører også til periodevis vanskelige og trange arbeidsforhold. Foretaket har utarbeidet tiltaksplaner i forhold til de betydelige mangler som

Arbeidstilsynet, Oslo brann- og redningsetat og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har påpekt ved bygg-, brann- og elektrisk-tekniske forhold. Det forventes forbedringer i takt med gjennomføringen av tiltakene.

Forskning, innovasjon og utdanning

- Flere av risikoene innen pasientbehandling, bl.a. knyttet til kapasitet eller bemanning, utstyr, arealer og IKT-systemer, er også aktuelle for dette området.
- Tilstrekkelig tid til, stillinger og karriereveier i forskning rapporteres fortsatt som et problem, uten at det foreløpig har ført til reduksjon i forskningsaktiviteten. Dette er en risiko som på sikt kan gå utover faglig utvikling og kvalitet i pasientbehandling og diagnostikk.
- Kapasitet og logistikk for kliniske studier er for dårlig (også et nasjonalt problem), og det er i samarbeid med Helse Sør-Øst iverksatt tiltak for å styrke infrastruktur for kliniske studier fra 2013 i Oslo universitetssykehus HF.
- Etterutdanningsaktiviteten og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press, noe som er en risikofaktor for kvalitet og pasientsikkerhet. Det er også problematisk å skaffe til veie tilstrekkelig antall praksisplasser innen sykepleie.

Økonomi/infrastruktur

- Den økonomiske situasjonen i 2013 var svært vanskelig med budsjettavvik på flere områder. Budsjettavvikene henger først og fremst sammen med aktivitetsnivå og klart høyere bemanning enn det er budsjett til. Det var også vanskelig å oppnå den planlagte tiltaksgjennomføringen.
- Fortsatt er det store utfordringer knyttet til gammel bygningsmasse, fornyelse av MTU og IKT og omstillinger av driften både i 2014 og i årene framover. Foretaket konstaterer likevel at de økonomiske rammene nå er styrket.
- Det ser ut som om det ligger til rette for at foretaket kan drives med lavere risiko både for pasientbehandlingen og arbeidsmiljøet. Nye driftsøkonomiske forutsetninger gir også mulighet for en styrket langsiktig økonomisk bærekraft. Det er samtidig en betydelig resultatrisiko for 2014.

Situasjonsbetingede risikovurderinger

Ved siden av de tertialvis risikovurderingene gjennomføres også ulike situasjonsbetingede risikovurderinger. Denne type risikovurderinger gjøres ved omstillinger eller når endring i forutsetninger eller krav gjør det nødvendig med gjennomgang av risikoer og konsekvenser.

1.3.4. Sentrale saker behandlet i styret

Styret for Oslo universitetssykehus HF hadde syv møter i 2013. Styret behandlet 79 saker. Det har vært to foretaksmøter.

Styret har fremlagt beretning og årsregnskap for 2012, vedtatt i foretaksmøte 17. juni 2013.

Styret har vedtatt og fulgt opp plan og budsjett for 2013 og eiers oppdrag og bestilling og styringsbudskap for 2013.

Status for virksomheten behandles fast i styremøtene med blant annet aktivitets- og økonomirapporteringer. Styret er forelagt en utvidet rapportering hvert tertial med risikovurdering av virksomheten. Styret har holdt seg oppdatert om foretakets arbeid med ventelister og fristbruddspasienter. Arbeidsmiljørapport for 2012 er behandlet. Styret har fulgt

opp eiers styringsbudskap og prestasjonskrav og at helseforetaket har rapportert til eier i henhold til gjeldende rutiner. Årlig melding for 2012 er oversendt Helse Sør-Øst RHF.

Eiers oppdrag og bestilling og betingelsene for dette har fra styrets ståsted også for 2013 vært krevende. Styret har fulgt opp at det skal være et kontinuerlig arbeid med effektivisering av driften for å redusere risikoen knyttet til foretakets økonomiresultater. I juni ba styret om en oppdatert tiltaksplan for å sikre budsjettert resultatkrav og for 2013 og en god prosess med budsjett for 2014. I påfølgende behandlinger har styret fulgt opp tiltak og resultatutviklingen.

Styret har fulgt opp arbeidet med samlet idfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus.

Styret har behandlet foretakets store utfordringer knyttet til mangler i eksisterende IKT-struktur. I arbeidet med å etablere gjennomgående systemer som bidrar til forsvarlig og effektiv drift ved foretaket har styret vedtatt gjennomføringsfasen for anskaffelse av programmet DIPS som pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal for hele foretaket. Styret har også behandlet etablering av én felles innkjøps- og logistikk-løsning i hele foretaket og utfordringer med IKT systemer på forskningsområdet.

Styret er blitt holdt orientert om alvorlige tilsynssaker og prosesser som foretaket har hatt med de ulike tilsynsmyndighetene, og som angår foretakets sentrale oppgaver.

Styret har hatt møte med revisor. Rapporter fra konsernrevisjon er behandlet og handlingsplaner for forbedring og oppfølging av revisjonens anbefalinger.

Styret har vedtatt økonomisk langtidsplan 2014-2017 for foretaket. Planen ligger til grunn for budsjett 2014 som har vært gjenstand for flere behandlinger i styret. Budsjettet legger til grunn et resultat i økonomisk balanse i 2014.

Av andre saker som styret har behandlet kan nevnes:

- Vedtatt utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus 2013-2018
- Fulgt opp foretaksmøtets vedtak om å etablere en pensjonskasse for Helse Sør-Øst
- Vedtatt å inngå avtale med Oslo kommune om samarbeid, utleie og tjenesteytelser på Aker sykehus
- Vedlikehold og utbedring av bygninger.
- Møte med Brukerutvalget
- Møte med ledelsen i Helse Sør-Øst RHF

1.4. Medvirkning fra brukere og tillitsvalgte

Tillitsvalgte

For å ivareta god medvirkning av ansatte i Oslo universitetssykehus har foretaket en rekke formelle og uformelle fora som innebærer ukentlige møter mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud på foretaksnivå. Tillitsvalgte og verneombud er involvert i registrerte prosjekter og omstillingsprosesser iht. Hovedavtalen og Oslo universitetssykehus sin etablerte praksis for prosjektarbeid. Foretaket mener således at oppfølging av medvirkning og involvering er god og i tråd med Hovedavtalen, arbeidsmiljøloven og de 12 prinsippene for omstilling i Helse Sør-Øst.

Som tidligere legges det ikke skjul på at det er krevende å implementere gode rutiner for medvirkning i hele foretaket og på alle nivå. Foretakstillitsvalgte melder at samarbeid og medvirkning fungerer godt på foretaksnivå, men er mer varierende lenger ut i organisasjonen. Det arbeides for å sikre medvirkning gjennom lederopplæring og bevisstgjøring av ledere. For eksempel ved etableringen av et eget opplæringsstilbud i arbeidsgiverrollen for alle ledere.

Brukerutvalget

Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus ble oppnevnt i styrespak 68/2009, 7. mai 2009. Nåværende brukerutvalg 2013 – 2015, ble oppnevnt i styresak 43/2013, 27. juni 2013. Det nye utvalgets sammensetning representerer et større mangfold enn tidligere i pasienterfaring, alder og kulturell bakgrunn. Brukerutvalgets viktigste oppgave er å bidra til kvalitetsforbedring, primært på systemnivå slik at pasienter og pårørende opplever et velfungerende sykehus med god kvalitet på helsetjenestene.

Brukerutvalget har avholdt 8 møter à 4 timers varighet i 2013, og har behandlet 74 saker.

Mandatet ble revidert i juni 2013, sak 45/2013 i forbindelse med oppnevning av nytt utvalg, og gir hjemmel for at utvalget har inntil 15 medlemmer. Utvalget har 13 representanter. Det nye utvalget gjennomførte modul 2, opplæring av nye utvalgsmedlemmer 26. august 2013, sammen med representanter fra klinikkens brukerråd. Tove Nakken overtok ledervervet for brukerutvalget etter Nina Adolfsen, ved konstituering av nytt utvalg i august 2013. Heine Århus har fortsatt i sitt verv som nestleder for brukerutvalget.

Brukerutvalgets medlemmer har i 2013 deltatt i en rekke prosjekter, råd og utvalg, samt deltatt på konferanser og seminarer. De har også vært representert i klinikkens brukerråd, det sentrale kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget, i arbeidet med Oslo universitetssykehus Idéfase -Campus Oslo og i ungdomsrådet ved Oslo universitetssykehus.

Administrerende direktør og viseadministrerende direktør møter fast på utvalgsmøtene. Videre har en rekke representanter fra ledelsen møtt brukerutvalget i forbindelse med ulike saker. Brukerutvalget har stilt en rekke viktige spørsmål til ledelsen. Leder og nestleder har deltatt som observatører på samtlige styremøter. Brukerutvalget har hatt et felles møte med styret ved Oslo universitetssykehus i perioden.

Brukerutvalget vil spesielt trekke frem følgende saker fra 2013:

- *Handlingsplan for brukermedvirkning 2014-2016.* Brukerutvalget har aktivt deltatt i arbeidet med handlingsplan for brukermedvirkning gjennom hele perioden.
- *Handlingsplan Oslo universitetssykehus 2014-2016.* Brukerutvalget har kommet med innspill til del 1 ”Det gode pasientmøte”.
- *Rettighetsbrev til pasienter.* Brukerutvalget har engasjert seg i utforming av pasientbrev, med spesielt fokus på språklig forenkling.
- *Samarbeid brukerutvalg, brukerråd og ungdomsråd.* Brukerutvalget har initiert til tettere samarbeid mellom de klinikkvise brukerråd og ungdomsrådet med hensikt å skape felles målsettinger og styrke brukermedvirkning i foretaket.
- *Hiv-koordinator.* Brukerutvalget har engasjert seg i arbeidet med opprettelsen av stilling for Hiv-koordinator stilling ved foretaket.

Ungdomsråd

Ungdomsrådet har i 2013 hatt 5 møter. Rådet har arbeidet for størst mulig bredde blant representantene og har nå ungdom fra 14 år, representant fra brukerutvalget ved Oslo

universitetssykehus, fra kommunehelsetjenesten samt helsepersonell fra alle foretakets klinikker. Rådets mandat ble ferdigstilt og godkjent i april.

Ungdomsrådet har fremmet sak om ”Trådløst nett til alle pasienter i Oslo universitetssykehus” som vil følges opp videre i 2014. Rådet har også gjort en kartlegging av hvor det finnes ungdom i Oslo universitetssykehus og på bakgrunn av kartleggingen laget en plan for besøk til de voksenavdelingene der det finnes mange ungdom.

I juni hadde ungdomsrådet besøk av Barneombudet. Oslo universitetssykehus har ved opprettelsen av ungdomsrådet, økt sitt fokus på ungdom og unge voksne i foretaket. Dette sammenfaller med Barneombudets fokus i 2013, som blant annet omhandler barn og ungdom på sykehus.

Rådet er i stadig økende grad delaktig i høringer og prosjekter som omhandler ungdomshelse. Rådet har blant annet deltatt i arbeidsgruppen i ”Prosjekt 18- års grense” i Kvinne- og barneklubben og vært høringsinstans i ferdigstilling av preoperativ film for ungdom. Ungdomsrådet har også deltatt i ungdomspanel i prosjektet ”Ung medvirkning og mestring” – om å lage læringstilbud til ungdom og unge voksne.

Pasientmedvirkning

Det har i 2013 vært stor aktivitet knyttet til lærings- og mestringstilbud, der brukermidvirkning er en viktig bestanddel og en forutsetning for å sikre kvaliteten på tilbudene. Det arbeides for å få pasient- og pårørendeopplæring, inkludert brukermidvirkning til å bli en integrert del av utvalgte pasientforløp. Brukere og likemenn som medvirker i opplæringstilbudet har i 2013 gjennomført grunnmodul i utdanningsprogram i pasient- og pårørendeopplæring for brukere. Hensikten med utdanningen er å lære mer om hvordan man kan bruke sin pasienthistorie og sine erfaringer til å fremme læring og mestring hos andre, både pasienter og helsepersonell.

2. Sammendrag

2.1. Positive resultater og uløste utfordringer

Pasientbehandling

Våren 2013 ble det utarbeidet en handlingsplan for gjennomføring av helseforetakets strategi 2013-2018.

Oslo universitetssykehus har i 2013 økt DRG-produksjonen sammenlignet med året før. Leveransen er i henhold til oppdragsdokumentet.

Gjennom hele 2013 har det vært arbeidet særskilt for å redusere antall langtidsventende og fristbrudd. Et eget Gjennomføringsprosjekt ble etablert i 2012 og dette ble avsluttet våren 2013. Sluttrapport fra prosjektet ble presentert for styret i april og resultatene fra prosjektet viste en betydelig bedring i antall langtidsventende (en reduksjon på omlag 53 prosent siste året) og generelt en bedring i andre styringsparametre. Prosjektet har bidratt til bedre aktivitetsdata og kompetanseheving i foretaket. Foretaket har nå oppdaterte styrende dokumenter for hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet, og det er lagt vekt på elektroniske arbeidsprosesser. Pasienters rettigheter og interesser blir bedre ivaretatt. Gjenstående oppfølgingspunkter er satt opp i en handlingsplan som det arbeides kontinuerlig med.

Oslo universitetssykehus har fortsatt utfordringer med kapasitet og lange ventelister innen enkelte fagområder og det arbeides med både midlertidig kapasitetsøkning og oppgavedeling med andre foretak i regionen. I tillegg har det vært spesifikt fokus på kapasitetsutfordringer innen radiologi med økning i antall legestillinger. Det er planlagt for ytterligere styrkning av radiologikapasiteten inn i 2014. Det samme gjelder patologi hvor det er planlagt med kapasitetsøkning for 2014.

Det er utfordringer med operasjonskapasitet og kapasitet innen postoperativ- og intensivområdet. Nytt Akuttbygg som snart er ferdig vil bedre kapasiteten innen disse områdene på Ullevål sykehus. På Rikshospitalet pågår det arealprosjekter som skal resultere i etablering av to nye operasjonsstuer og seks nye intensiv-/postoperative plasser. Inntil økt kapasitet er på plass har foretaket fokus på å utnytte de ressurser som er tilgjengelig best mulig. Det ble i 2013 etablert et kirurgisk driftsstyre for å sørge for koordinering og optimal utnytting av de ressurser foretaket har innen operasjon, postoperativ- og intensivområdet. Økningen i intensiv-virksomheten henger sammen med økt aktivitet, inkludert en økning i antall traumepasienter og som følge av et gradvis større ansvar for regionens og landets avanserte kirurgi og intensivbehandling i en utvidet bakvaktfunksjon.

Prehospital virksomhet har over flere år hatt en aktivitetsøkning på mellom 5 og 10 prosent i AMK-sentralen, ambulansetjeneste og pasientreiser. Aktivitetsøkningen kommer av økning i befolkningen og mer bruk av prehospitale tjenester. Det ble i 2013 igangsatt et lokalt arbeid for innføring av webbasert bestillingsløsning for pasienttransport. I tillegg er det etablert samhandlingsarena for felles arbeidsprosesser og koordinering av luftambulansetjenesten med Helse Sør-Øst RHF.

Foretaket arbeider kontinuerlig og systematisk med pasientforløp, herunder felles metodikk, kurs og veiledningsordninger, oppdateringsrutiner for pasientforløp og med etablering av pasientkoordinatorer for de store diagnosegrupper, samt for pasientforløp som krever stor grad av kontinuerlig forbedring. Klinikker arbeider kontinuerlig med et til flere pasientforløp og i det daglige arbeid knyttes disse til behandlingsplaner i journal. Flere klinikker foretar egenrevisjoner av arbeidet. Det arbeides også med pasientinformasjon på internett med vekt på tilgjengelighet og brukerorientering.

Foretaket har i 2013 etablert et råd for metodevurdering inkludert styrende dokumenter. Som en del av dette er det etablert nødvendig kompetanse og metodestøtte for utførelse av minimetodevurderinger. Oslo universitetssykehus publisert den første minimetodevurderingen på www.mini-metodevurdering.no i 2013 og er i gang med flere metodevurderinger. Alle ansatte og enheter som har planer om innføring av nytt og kostbart utstyr, prosedyrerelaterte teknikker eller behandling skal melde dette i linjen slik at klinikkleder kan sende inn bestilling om metodevurderinger. Alle bestillinger skal gå via rådet som er rådgivende med hensyn til igangsetting og gjennomføring av metodevurderinger. Dette vil gi bedre grunnlag for beslutninger om iverksetting av nye prosedyrer og behandlinger samt innkjøp av nytt utstyr.

Strategisk kompetanseutvikling er et felt som Oslo universitetssykehus ønsker å øke og samordne innsatsen på. I 2013 ble behov for kompetanse innen sårbare fagmiljøer kartlagt. Som del av arbeidet ble det etablert en permanent arbeidsgruppe for koordinering av virksomheten på området strategisk kompetanseutvikling.

Det er mangel på spesialsykepleiere. Dette gir utfordringer både innen operasjonsvirksomhet og på intensivområdet. I 2013 ble det vedtatt å opprette 100 utdanningsstillinger innen spesialsykepleie. Oppgavedeling vil også bli vurdert for å redusere følgene av mangel på spesialsykepleiere.

Gjennom hele 2013 har Oslo universitetssykehus arbeidet med bedring av arbeidsmiljøet gjennom systematisk oppfølging av pålegg fra arbeidstilsyn og branntilsyn. Flere sengeposter på Ullevål sykehus og arealer på Radiumhospitalet er pusset opp og utbedret. Ferdigstillelsen av nytt akuttbygg går etter plan. Bygget vil når det er ferdig legge forholdene til rette for økt kapasitet og god pasientlogistikk i Akuttmottaket samt øke kapasiteten innen operasjon og intensiv.

Omstillingene som er gjennomført i 2013 omfatter blant annet samling av gynekologisk onkologi på Radiumhospitalet, fostermedisin og reproduksjon på Rikshospitalet og medisinsk genetikk på Ullevål sykehus. I tillegg kommer flere prosjekter for samlokalisering innen psykisk helsevern og etablering av samhandlingsarena Aker sykehus.

Styret godkjente i desember 2012 mandat for idéfase Campus Oslo - somatikk, psykiske helse og avhengighet og prosjektet startet opp våren 2013. I prosjektet planlegges det for fremtidens Oslo universitetssykehus med virksomhetsløsninger og fysiske løsninger tilpasset den medisinske utviklingen og befolkningsfremskrivninger. Foretaket ønsker å konsentrere sin virksomhet på færre lokaliteter da en flytting og sammenslåing av likeartede aktiviteter ved sykehusene innen Oslo universitetssykehus er nødvendig for å oppnå bedre effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen. Mandatet vektlegger en samling over tid hvor helseforetaket og Universitetet i Oslo er knyttet sammen innen forskning, utdanning og innovasjon og tydeliggjøres i en visjon hvor Campus Oslo er utviklet som et samlingsbegrep for et av verdens fremste områder for høyspesialisert pasientbehandling, og hvor forskning, utdanning og vitenskap for å helse integreres.

I februar 2013 vedtok styret innføring av felles regionalt pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal for Oslo universitetssykehus. Den regionale løsningen er basert på datasystemet DIPS. Prosjektet går som planlagt og oppstart er planlagt til oktober 2014. Prosjektet innebærer opplæring av 12500 brukere og innføring av felles pasientadministrative arbeidsprosesser og journalsystem. Innføringen vil representere en klar bedring i pasientsikkerheten gjennom standardisering og forenkle samarbeidet på tvers av de ulike sykehusene ved Oslo universitetssykehus.

Det planlegges også for innføring av felles laboratoriesystem og felles radiologisk system for Oslo universitetssykehus. Dette vil ytterligere styrke pasientsikkerheten og forenkle arbeidsprosesser innen laboratoriemedisin og radiologi.

Oslo universitetssykehus opplever store utfordringer i tilknytning til leveranseevnen til Sykehuspartner og dette innebærer at mindre endringer i eksisterende systemer, som er viktig for effektiv drift og pasientsikkerhet, ikke blir levert. Det er også utfordringer med stabil drift av eksisterende systemer med flere episoder med systembortfall.

Det har i 2013 vært et høyt antall sammenbrudd av medisinsk teknisk utstyr og budsjettet investeringsramme ble brukt opp tidlig på høsten. Styret ga på denne bakgrunn fullmakt til å bruke av investeringsmidler for 2014 slik at sammenbrudd kontinuerlig har blitt erstattet. I tillegg ble det i 2013 foretatt enkelte kvalitetsforbedringer i form av nyanskaffelser og investeringsbudsjettet for 2014 er gir mulighet for anskaffelser av medisinsk teknisk utstyr som vil bedre diagnostikk og behandling samt føre til mer effektiv drift.

Mange av prosjektene som er gjennomført i 2013 har vist at de ansatte har stor omstillingsevne og -vilje. Innenfor andre områder er det ikke overskudd til omstillingsprosesser og at det fortsatt er store kulturforskjeller innad i fagmiljøene. Dette bidrar til at det er spesielt utfordrende for

mellomledere ved Oslo universitetssykehus. Samtidig opplever helseforetaket at alle ansatte bidrar sterkt til den gode pasientbehandlingen som Oslo universitetssykehus yter hver dag.

Forskning

Forskningsaktiviteten er stor og holder en gjennomgående høy kvalitet, til tross for stort press på tid og infrastruktur. Tidspresset er særlig stort i klinikker som driver klinisk aktivitet tett integrert med forskningen. Forskningsgruppene konkurrerer godt nasjonalt og internasjonalt. Eksempler på dette er at Oslo universitetssykehus, sammen med UiO og NTNU, i 2013 har fått to nye tildelinger til større nasjonal forskningsinfrastruktur. Helseforetaket er også tildelt midler til fire nye EU-prosjekter, og flere nye K.G. Jebsen-sentre for medisinsk forskning er startet opp i regi av Universitetet i Oslo, med Oslo universitetssykehus som hovedsamarbeidspartner.

Helseforetaket har hatt fokus på å videreutvikle forskningsgrupper i alle miljøer. Dette synes som et vellykket tiltak, med hensyn til både kvalitet og konkurransedyktighet, etikk, læringsmiljø og kultur. Gjennom dette er samarbeidet og integrasjonen mellom helseforetak og universitetet særlig styrket. Fra 2012 til 2013 har foretaket økt antall nasjonale medisinske kvalitetsregistre fra 14 til 19 (inkludert Krefregisterets 8 nasjonale registre). Dette er svært viktig infrastruktur for forskning og har stor betydning for bedret behandlingskvalitet. Det er også lagt ned et omfattende arbeid i Oslo universitetssykehus, sammen med Akershus universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF, for å anskaffe sporingssystemer for biobankmateriale

Foretakets forskningsmiljøer har særlig problemer med hensyn til IKT-støtte for forskning. Dette er også omtalt i Årlig melding for 2012. Det er store mangler i både systemer og støttefunksjoner, som også er tatt opp av ledelsen og styret ved Oslo universitetssykehus overfor Helse Sør-Øst og Sykehuspartner. Det er også utilstrekkelig forskningsinfrastruktur i form av arealer, utstyr og lagringsfasiliteter for biobank i mange miljøer. Problemene her varierer mellom miljøer og lokaliteter. Infrastruktur for kliniske studier er heller ikke tilstrekkelig, men det arbeides målrettet med flere tiltak for å forbedre dette. Risiko og tiltak er beskrevet i foretakets risikoanalyser gjennom året.

Innovasjon

Innovasjonsaktiviteten er også stor ved foretaket. Det er i 2013 lagt særlig vekt på styrket tjenesteinnovasjon med støtte fra stab til klinikkene i innovasjonsprosjekter med formål å bedre pasientflyt/-logistikk. Klinikkenes tilbakemelding er svært positiv. Innovasjonsaktiviteter i form av oppfinnelser og kommersialisering er også god. Samarbeidet med teknologioverføringsenheten Inven2 AS er styrket gjennom 2013.

Muligheten til å drive med innovasjonsvirksomhet i klinikkene er presset samtidig som kapasiteten til å støtte utviklingen av innovasjoner er mindre enn ønskelig. Forventninger fra eier om økt aktivitet, kulturbyggende tiltak m.v. (jf øvrige rapporteringspunkter i Årlig melding) krever mer ressurser enn foretaket i dagens økonomiske situasjon kan prioritere. Innovasjonsfeltet har heller ikke en klar finansiering.

Utdanning

I inneværende år har styret ved Oslo universitetssykehus vedtatt en utdanningsstrategi (2013-2018), den første i rekken. Med utgangspunkt i denne er det også vedtatt en handlingsplan (2014-2015) som gir føringer for hvilke satsninger foretaket skal ha fremover.

Det har gjennom 2013 vært arbeidet med bedre koordinering, organisering, synliggjøring og profilering av utdanningsaktiviteter i foretaket. Det jobbes fortsatt mye med å strukturere samarbeidet med høyskolene og finne gode samarbeidsformer. Foretaket utlyste for første gang

sentrale midler til utdanningstiltak med vekt på simulering og e-læring, som ble svært godt mottatt. Det er også arbeidet med å etablere nye utdanninger basert på foretakets behov.

Foretaket har også inneværende år bidratt aktivt inn i prosjektgrupper som vurderer endringer i medisinstudiet ved Universitetet i Oslo og nasjonale endringer i spesialistutdanning for leger.

På bakgrunn av stor mangel på spesialsykepleiere har foretakets ledelse vedtatt å etablere hundre utdanningsstillinger innenfor fagområder hvor mangelen er størst.

Det er et vedvarende press på tid og midler til videre- og etterutdanningsaktiviteter, som er svært viktig for å opprettholde kvalitet og kompetanse. Det er fortsatt utfordringer knyttet til utdanningskapasitet og logistikk etter fusjonen. For leger i spesialisering er det særlige utfordringer knyttet til veiledning/supervisjon og gode rotasjonsordninger. Det har også vært utfordrende å gi medisinstudenter et kvalitativt godt læringsmiljø. Dette arbeides det med å forbedre og vil bli et satsningsområde i 2014.

Ressurser til utdanning kan ikke leses eksplisitt ut av foretakenes budsjetter og regnskaper, da den største utdanningskostnaden er budsjettert som lønnskostnader i henhold til artskontoplan (utdanningskostnader er for det aller meste knyttet til tidsbruk til utdanningsaktiviteter, og dermed lønnskostnader). Dette bidrar til for dårlig oversikt over økonomiske konsekvenser av utdanningsaktivitet og i en del tilfeller for lite fokus på utdanningsaktiviteter som bl.a. veiledning, supervisjon og etterutdanningsaktiviteter.

Økonomi:

Det foreløpige økonomiske resultatet for 2013 er forventet å bli om lag som prognostisert etter september rapporteringen. Underskudd på drift er fremdeles en betydelig utfordring for Oslo universitetssykehus ved utløpet av 2013. Dette skyldes at det er krevende å finne bedre løsninger for drift av den pasientrettede virksomhet innenfor de rammebetingelser som blant annet er gitt av bygningsstruktur og IKT-løsninger.

2.2. Oppfølging av mål for Helse Sør-Øst

Følgende mål for helseforetaksgruppen er i oppdrag og bestilling 2013 videreført frem til 2014:

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

Som hovedregel skal ingen pasienter vente mer enn et år.

Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Gjennom hele 2013 har det vært arbeidet særskilt for å redusere antall langtidsventende og fristbrudd. Fra november 2012 til november 2013 er antall langtidsventende redusert med 53 prosent til om lag 3 800. Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i november 99 dager, hvilket er på samme nivå som i 2012. Så lenge arbeidet med avvikling av

langtidsventende pågår, må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy og variere til dels betydelig fra periode til periode.

Gjennomsnittlig ventetid for alle ventende var 212 dager i november 2013, hvilket er en reduksjon på 43 % fra samme periode i 2012.

Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i november 919 (17 %) og antall fristbrudd av ventende pasienter var 1 622 (15 %).

Fortsatt har Oslo universitetssykehus lange ventetider og/eller fristbrudd innen noen fagområder som ortopedi, nevrokirurgi, plastikkirurgi, nevrologi og øyesykdommer. Årsakene er sammensatte som mangel på operasjonssykepleiere, økende pasienttilstrømning og flyttinger samt bruk av fritt sykehusvalg. Det er satt i gang tiltak for mer effektiv drift, omlegging av drift med skjerming av elektiv virksomhet og midlertidig utvidet kapasitet innen flere fagområder. I tillegg arbeides det for oppgavedeling med andre foretak innen regionen. Helse Sør-Øst RHF har nedsatt midlertidige fagråd innen plastikkirurgi, nevrologi og øyesykdommer som blant annet skal se på kapasitetsutnyttelse på tvers av foretak i regionen.

Oslo universitetssykehus har som mål at fristbrudd ikke skal forekomme. Det arbeides for dette og alle klinikker og avdelinger ved Oslo universitetssykehus har ventelisteansvarlige og det er etablert ventelistenettverk både på foretaks- og klinikknivå.

Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent

I 2013 ble det gjennomført prevalensregistrering av infeksjoner den 13. februar, den 29. mai, den 4. september og den 27. november. Registreringen omfatter alle somatiske avdelinger med heldøgns pasienter. Gjennomsnittlig prevalensrate av sykehusinfeksjoner som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt var for de første tre kvartalene 4,5 prosent. Dette inkluderer pasienter som ble overført til Oslo universitetssykehus med sykehusinfeksjon oppstått ved en annen helseinstitusjon

Registreringene viser en reduksjon av prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner i perioden 2011 – 2013, og foretaket arbeider med å få til en ytterligere reduksjon. Særlig helseforetakets pasientsammensetning, gjør 3 prosent gjennomsnittlig prevalensrate av sykehusinfeksjoner til en krevende målsetning for Oslo universitetssykehus.

Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Oslo universitetssykehus følger opp kravet om at pasienter får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. Det følger av prosedyrer og er del av intern opplæring. Kravet følges opp i det ordinære oppfølgingsregime med klinikkene, samt ved rapportering i ledelsens gjennomgang.

Oslo universitetssykehus har ikke data på hvor stor andel pasienter som får tidspunkt for helsehjelp i samme brev som det gis informasjon om henvisningsvurderingen. Foretaket innfører regionalt pasientadministrativt system og journal basert på DIPS i oktober 2014. Først når det har skjedd vil det være mulig å rapportere andel pasienter som får bekreftelse på mottatt henvisning og tidspunkt for helsehjelp i same brev. Etablering av timebøker 12 måneder frem i tid er viktig i denne sammenheng og vil legge til rette for en positiv utvikling.

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

Medarbeiderundersøkelsen har hatt en oppslutning på 80 prosent som er 8 prosentpoeng høyere oppslutning enn i 2012 og samtlige klinikker har hatt over 70 prosent oppslutning. Dette gir et

godt utgangspunkt for lokalt forbedringsarbeid. De generelle indikatorene viste høyere eller stabil skår på alle oppsummerende indikatorer sammenlignet med resultatene fra 2012. Den generelle indikatoren for jobbtilfredshet for Oslo universitetssykehus samlet økte fra skår på 73 i 2012 til 75 i 2013. Legene og pleiepersonell skårer lavere på egenkontroll, mål og medvirkning men skårer høyere enn de andre yrkesgruppene på motivasjon og pasientsikkerhetskultur. Forskere og fagutviklingspersonell skårer klart høyest på alle indikatorene og har høyest jobbtilfredshet. Medarbeiderundersøkelsen viser samlet at jobbtilfredsheten er økende ved foretaket, men også forbedringsområder som målforståelse, medvirkning og arbeidsbelastning. Foretaket skårer noe lavere enn gjennomsnittet for Helse Sør-Øst på disse områdene og det er lokale variasjoner som særlig viser at enkelte enheter har klare forbedringsområder.

Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

Oslo Universitetssykehus HF er styrt etter et resultatmål på minus 200 millioner kroner i 2013. Det økonomiske resultatet for 2013 blir svakere enn det som er budsjettert.

Resultatet fra drift i 2013 har medført økt gjeldsgrad for foretaket og redusert handlingsrommet for fremtidige investeringer. Behovet for reinvesteringer er likevel så vidt presserende at det er videreført en utvidet plan for investeringer også for 2014 i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.

Behovet for investeringer i Oslo Universitetssykehus HF kan ikke over tid baseres på ekstraordinær finansiering fra Helse Sør-Øst RHF. Det er derfor nødvendig at foretaket kontinuerlig effektiviserer virksomheten og oppnår et økonomisk overskudd fra drift som er tilstrekkelig til å finansiere fremtidige investeringer.

2.3. Evaluering av egen virksomhet og organisering

Oslo universitetssykehus fortsetter arbeidet med utvikling av organisasjonen med sikte på en stabil og bærekraftig driftssituasjon. Målet er en organisering av klinisk virksomhet som gir grunnlag for god pasientbehandling, gode pasientforløp, forskning og undervisning og en økonomi i balanse.

Samlokaliseringer skal bidra til å oppnå mer robuste fagmiljø og å redusere kostbar vaktberedskap. Overføring av døgn- og akuttvirksomheten fra Aker sykehus til Ullevål sykehus og Rikshospitalet vil bidra til en bedret og mer stabil driftssituasjon. Samtidig oppfyller også dette styrets føringer om en samling av akuttfunksjoner innen kirurgi, medisin og psykisk helse så raskt som mulig.

Oslo universitetssykehus har en stor utfordring i å gjenvinne produktiviteten fra før overføring av opptaksområder i 2011. Det er også en stor utfordring å prioritere bruken av de begrensede ressursene riktig mellom pasientgrupper, funksjonsnivåer, innad i klinikker, på tvers av klinikker samt bruken av medisinske serviceklinikker. Det har i 2013 vært arbeidet med å redusere flaskehalser innen blant annet radiologi. Dette arbeidet forsetter i 2014. For bedre koordinering og utnytting av ressurser innen operasjon og postoperativ-/intensiv-området ble det i 2013 etablert et kirurgisk driftstyre.

Tiden frem til en realisering av nybygg medfører at ansatte ved Oslo universitetssykehus må forvente å drifte i eksisterende lokaler i mange år fremover. Det foreligger en plan for utbedring og forvaltning av bygningsmassen i denne mellomperioden. Planen skal bidra til god pasientbehandling, gode arbeidsforhold, sikkerhet for pasienter og ansatte og økonomisk drift.

Dagens arealer er imidlertid lite fleksible og tilrettelegger ikke i tilstrekkelig grad for effektiv pasientbehandling.

Det samme gjelder dagens IKT-løsninger som innen mange områder ikke er felles for hele Oslo universitetssykehus. Det pågår imidlertid prosjekter for innføring av felles pasientadministrativt system og felles elektronisk pasientjournal. Felles system vil være innført i oktober 2014 og vil legge til rette for bedre ressursutnyttelse og økt pasientsikkerhet. Det skal også innføres felles laboratoriesystem og felles radiologisystem ved Oslo universitetssykehus.

Etter flere år hvor bare sammenbrudt utstyr er erstattet har foretaket etablert en treårig plan for utbedring av medisinsk teknisk utstyr. Planen som er etablert innebærer mulighet for innkjøp av utstyr som bedrer effektiviteten og hindrer flaskehals.

DEL II: RAPPORTERING

3. Rapportering for mål 2013 i oppdrag og bestilling

3.1. Aktivitet

- *Budsjettert aktivitet er i tråd med bestillingen.*

For perioden januar – november var aktiviteten innenfor de ulike områdene:

- Somatikk: Samlet aktivitet innenfor var noe høyere enn budsjettert.
 - Psykisk helsevern for voksne: Det var skrevet ut flere pasienter enn budsjettert, mens antall liggedager var lavere. Den polikliniske aktiviteten var høyere enn budsjettert, og om lag på samme nivå som i 2012.
 - Barne- og ungdomspsykiatri: Antall utskrevne døgnpasienter var som budsjettert, mens antall liggedager var høyere. Den polikliniske aktiviteten er lavere enn budsjettert, men høyere enn i 2012.
 - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling: Det var skrevet ut flere pasienter enn budsjettert, mens antall liggedøgn var lavere. Den polikliniske aktiviteten var lavere enn budsjettert, og noe økt fra 2012.
- *Det øremerkede tilskuddet til "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevillingen.*

Tilskudd til "Raskere tilbake" kommer i tillegg til øvrig finansiering.

- *Aktivitetsveksten innen alle tjenesteområder skal være større innen poliklinisk virksomhet og dagbehandling enn for døgnbasert virksomhet.*

Dette punktet kan først svares ut når styringsdata fra NPR foreligger.

3.2 Oppdrag 2013

3.2.1 Visjon og mål for Helse Sør-Øst 2013-2014

- *Graden av måloppnåelse for Helse Sør-Østs mål 2013-2014 er omtalt i helseforetakets årlige melding sammen med en beskrivelse av hvilke tiltak som er iverksatt og planlegges dersom målet ikke er oppnådd i 2013.*

Måloppnåelse for redusert ventetid og pasienter opplever ikke fristbrudd.

Gjennomføringsprosjektet ble avsluttet våren 2013, og sluttrapport fra prosjektet ble

presentert for styret (sak 27/2013) i april. Resultatene fra prosjektet viste en betydelig bedring i antall langtidsventende og generelt en bedring i andre styringsparametre.

Prosjektet har videre bidratt til en markant bedring i korrekte aktivitetsdata og til en betydelig kompetanseheving i foretaket med fokus på lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og – system. Foretaket har nå på plass oppdaterte styrende dokumenter for hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet, og det er økt fokus på elektroniske arbeidsprosesser. Pasienters rettigheter og interesser blir således bedre ivaretatt. Det er lagt ned et stort arbeid i klinikkene og avdelingene i forbindelse med Gjennomføringsprosjektet. Det gjenstår imidlertid oppfølgingspunkter som er satt opp i en handlingsplan som det jobbes kontinuerlig med. Klinikklederne har ansvar for videre gjennomføring og oppfølging av egne avdelinger. Ansvar for oppfølging på foretaksnivå er lagt til Stab medisin, helsefag og utvikling, og oppfølging inngår i administrerende direktørs ordinære oppfølgingsregime med klinikkene.

I månedlig oppfølging av ventelister og fristbrudd inngår følgende parametre:

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

Tallet på langtidsventende er sterkt redusert det siste året. Fra november 2012 til november 2013 er antall langtidsventende redusert med 53 % til om lag 3.800.

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i november 99 dager, hvilket er på samme nivå som i 2012. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår, må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy og variere til dels betydelig fra periode til periode.

Gjennomsnittlig ventetid for alle ventende var 212 dager i november 2013, hvilket er en reduksjon på 43 % fra samme periode i 2012.

Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i november 919 (17 %) og antall fristbrudd av ventende pasienter var 1.622 (15 %).

Måloppnåelse for Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.

I forbindelse med Gjennomføringsprosjektet har det vært et eget punkt i klinikkens handlingsplan som setter krav til at pasienten som hovedregel skal ha timeavtale sammen med brev om rettighetsvurdering. Oslo universitetssykehus HF har ikke styringsdata på dette målet og vil først få dette etter innføring av regional PAS/EPJ basert på DIPS i oktober 2014.

Måloppnåelse for Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %

I 2013 ble det gjennomført prevalensregistrering av infeksjoner 13/2, 29/5, 4/9 og 27/11.

Registreringen omfatter alle somatiske avdelinger med heldøgns pasienter. Gjennomsnittlig prevalensrate av sykehusinfeksjoner som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt var for 2013 på 4,5 %. Dette inkluderer pasienter som ble overført til Oslo universitetssykehus med sykehusinfeksjon oppstått ved en annen helseinstitusjon

Registreringene viser således en reduksjon av prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner i perioden 2011 – 2013 for Oslo universitetssykehus HF, og foretaket arbeider med å få til en ytterligere reduksjon. Det skal imidlertid fremheves at helseforetakets

pasientsammensetning, en til dels nedslitt bygningsmasse og annen suboptimal infrastruktur gjør 3 % til et veldig krevende mål for Oslo universitetssykehus HF.

3.2.2 Satsingsområder 2013 Tilgjengelighet og brukerorientering

- *Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.*

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i november 99 dager, hvilket er på samme nivå som i 2012. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår, må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy og variere til dels betydelig fra periode til periode. Se ellers over om måloppnåelse.

- *Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser er offentliggjort på helseforetakets nettsider og aktivt fulgt opp.*

Resultater fra den nasjonale PasOppundersøkelsen fra både 2011 og 2012 er publisert på foretakets nettsider.

I tillegg publiseres resultater fra foretakets kontinuerlige brukerundersøkelse med respons fra pasientene umiddelbart etter endt behandling, der spørsmålssettet er basert på nettopp PasOppundersøkelsen. Hensikten med denne undersøkelsen er å benytte resultatene til det kontinuerlige kvalitetsarbeidet i den enkelte enhet på foretaket.

- *Pasienter som skal gjennom omfattende utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten har fått utarbeidet en behandlingsplan som dokumenteres i journal. Planen skal beskrive planlagt pasientforløp med tentative tidspunkter for de ulike delene av forløpet. Planen skal være et arbeidsdokument for pasient og behandler som revideres ved behov.*

Foretaket har et kontinuerlig og systematisk arbeid med pasientforløp med felles metodikk, kurs og veiledningsordninger. Pasientforløp for tykktarmskreft, brystkreft, lungekreft og KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) er straks ferdig utarbeidet og var ønsket fra regional prosjektgruppe i Helse Sør-Øst. Foretaket arbeide med oppdateringsrutiner for pasientforløp og med etablering av pasientkoordinatorer for de store diagnosegrupper, samt for pasientforløp som krever stor grad av kontinuerlig forbedring. Alle klinikker arbeider kontinuerlig med et til flere pasientforløp og i det daglige arbeid knyttes disse til behandlingsplaner i journal. Flere klinikker foretar egenrevisjoner av arbeidet. Det arbeides med at planlagte utredninger og tidspunkter for dette skal legges inn i journal ved innleggelsestidspunkt. Tilsvarende for polikliniske notater og førstedagsnotat som skal inneholde informasjon om behandlingsplan. Nasjonal mal for oppfølging og kontroller følges der dette er etablert, for eksempel for tuberkulose. Det arbeides også med pasientinformasjon på internett med vekt på tilgjengelighet og brukerorientering.

- *Det er iverksatt tiltak for å bedre informasjonen til pasienter og pårørende om fritt sykehusvalg. Informasjonen om fritt sykehusvalg gis sammen med at pasienten får opplyst når de har timeavtale, slik at pasienten gis et grunnlag for å vurdere om det kan være hensiktsmessig å benytte fritt sykehusvalg.*

Foretaket arbeider med oppdatering av diagnosetjenester og ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg. Noen fagområder opplever at malen i til fritt sykehusvalg krever en unaturlig fordeling av pasienttilbud på lokalisasjon. Foretaksledelsen har tatt dette opp med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet uten å få gjennomslag for å fremstå som ett sykehus på nettstedet. Informasjon om foretakets tilbud er også lagt ut på internett. Alle aktuelle

brevmaler er oppdatert i 2013, informasjonsskriv (med bl.a. informasjon om retten til fritt sykehusvalg) sendes til pasient sammen med brev om rettighetsvurdering og innkalling til time. Oslo universitetssykehus HF har deltatt i utarbeidelse av et nytt og mer oversiktlig informasjonsskriv til pasienter i Helse Sør-Øst, både hva gjelder språk og formgivning. Dette vil bli tatt i bruk sammen med nye brevmalere ved innføring av regional PAS/EPJ basert på DIPS i oktober 2014.

- *For å redusere ventetider og øke tilgjengelighet, er det iverksatt tiltak for bedre samarbeid med private leverandører og avtalespesialister innenfor de avtalene Helse Sør-Øst RHF inngår.*

Klinikk for diagnostikk og intervensjon har etablert samarbeid med private røntgeninstitutt for pasienter med klinisk problemstilling bryst. Det er også inngått en avtale med Feiringklinikken om utførelse av 300 ablasjoner i året.

Kvalitetsforbedring

- *Helseforetaket har utarbeidet planer for implementering av sentrale anbefalinger i relevante nasjonale faglige retningslinjer.*

Klinikkene har fokus på arbeid med implementering av relevante nasjonale retningslinjer og benytter ulike metodikker for dette; høringer i klinikkens faglige miljø, pasientforløparbeid, utarbeidelse av metodebøker, faglige prosedyrer samt retningslinjer og pasientinformasjon, faglige seminarer, gjennomgang og endring av etablerte rutiner og behandlingsmetodikk. Enkelte diagnoseområder er sårbare i forhold til implementering av nye retningslinjer grunnet utfordringer med kapasitet innen medisinske støttefunksjoner, for eksempel MR-undersøkelser.

- *Nasjonale medisinske kvalitetsregistre leverer offentlig tilgjengelige årsrapporter basert på en felles mal.*
- *Årsrapport for nasjonale medisinske kvalitetsregistre som helseforetaket har databehandleransvar for, er utarbeidet etter felles mal. Rapporteringen synliggjør blant annet i hvilken grad registrene oppfyller sitt formål. Årsrapport er oversendt Helse Sør-Øst RHF innen 15. oktober 2013.*
- *Oslo universitetssykehus har videreutviklet det regionale fagsenteret for medisinske kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst, herunder rekruttert relevant kompetanse for å oppnå målsettinger i den nasjonale satsingen på kvalitetsregistre. Fagsenteret samarbeider med det regionale helseforetaket, støtter og gir råd til de nasjonale kvalitetsregistrene i regionen og inngår i et interregionalt nettverk ledet av det nasjonale servicemiljøet for kvalitetsregistre i Helse Nord RHF (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, SKDE). Oslo universitetssykehus er tilført øremerkede nasjonale midler til fagsenteret for medisinske kvalitetsregistre.*

Den etablerte nodefunksjonen i Oslo universitetssykehus HF har bidratt til etablering av felles mal og rapporterer egne registre i følge denne malen.

Kreftregisteret har for de nasjonale kvalitetsregistrene innenfor kreftområdet etablert et elektronisk meldingssystem (KREMT) og siden høsten 2012 bruker Oslo universitetssykehus HF denne meldingsformen for blant annet for brystkreft og tykk-/endetaarmsregisteret.

Regionalt fagsenter i Helse Sør-Øst inngår i det interregionale nettverk ledet av det nasjonale servicemiljøet for kvalitetsregistre. For å ivareta oppdraget når det gjelder formelle krav og behov for godkjenning, er foretakets personvernombud delaktig i det regionale ressursmiljøet. Bistand for å oppfylle formelle krav og sikre godkjenninger av interne og nasjonale kvalitetsregistre ivaretas på denne måten av fagsenteret i Oslo universitetssykehus HF i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF. Fagsenteret arbeider for ansettelse av flere ressurser innen IKT- og rapporteringsstøtte. Fagsenteret har aktivt deltatt i arbeidet ledet av SKDE med offentliggjøring av registerdata. Forskningsstrategi og handlingsplaner for forskning i Oslo universitetssykehus HF har som

særskilt prioritert område en videreutvikling av kvalitetsregisterområdet, i tråd med handlingsplanen for Nasjonalt helseregisterprosjekt. For å sikre ønsket opprettelse av nasjonale kvalitetsregistre som regionen har ansvar for, og Oslo universitetssykehus HF's deltakelse for utlevering til eksisterende nasjonale kvalitetsregistre, sikres klinikkene god oppfølging på de formelle behov og krav, inkludert utforming av formål for registre, vedtekter for styring, utforming av samtykkeskriv og endelig godkjenningsprosess. Oslo universitetssykehus HF har ansvar for 11 nasjonale kvalitetsregistre. Ansvaret er lagt til klinikkene. I tillegg har Oslo universitetssykehus HF en rekke regionale og lokale kvalitetsregistre. Oslo universitetssykehus HF har, i tillegg til overnevnte 11 registre, også ansvar for 8 nasjonale kvalitetsregistre gjennom Kreftregisteret. Det er etablert et Biobank- og registerutvalg i foretaket som rapporterer til forskningsdirektøren. Det er avsatt noe sentrale forskningsmidler i Oslo universitetssykehus HF til infrastrukturiltak for kvalitetsregistrene.

- *Bedre kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling til Norske pasientregister.*

Det er fokus både på at løpende registrering skal være riktig og en fortløpende kontroll av dette, samt særlig fokus på registrering og rapportering av nasjonale kvalitetsindikatorer.

- *100 % av epikriser er sendt ut innen sju dager.*
- *Ved overføring til kommunale pleie- og omsorgstjenester er epikrisen ferdigstilt når pasienten utskrives fra foretaket.*

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

- *Ingen korridorpasienter.*

Andelen korridorpasienter var i november 0,8 %. Dette er på samme nivå som i 2012. Tiltak i klinikkene for å redusere omfanget av korridorpasienter er økt fokus på planlegging av utskrivning, tidligere legevisitter og dermed tidligere utskrivning av pasienter og bedre bruk av senger på tvers av de ulike sengepostene. Det er videre innført rutiner for bestilling av transport for utskrivningsklare pasienter, slik at dette skal være garantert.

- *Oslo universitetssykehus har bidratt til å etablere videreutdanning av helsepersonell ved hjelp av simulering i Helse Sør-Øst. Ved simulering trenes praktiske ferdigheter og teamsamarbeid på ulike modeller. Dette gjøres ved å spre den kompetanse som er etablert ved Utdanningscenteret ved Ullevål OUS med følgende tiltak:*
 - *gjennomført "train the trainer"-kurs med representanter fra henholdsvis somatikk og psykisk helsevern/TSB fra alle helseforetak i Helse Sør-Øst.*

- etablere simuleringsnettverk i Helse Sør-Øst med representanter fra alle helseforetak.
- bidra til planlegging og gjennomføring av simuleringskurs innen følgende fagområder:
 - kartlegge og videreutvikle de lokale simuleringsstilbudene ved helseforetakene i Helse Sør-Øst
 - tverrfaglig kurs i kirurgisk behandling av sykkelig overvekt med fokus på det perioperative forløp
 - håndtering av voldelige pasienter innlagt i psykisk helsevern/TSB
 - for fastleger: oppfølging av pasienter behandlet for colorectal cancer som tidligere primært har vært fulgt opp i spesialisthelsetjenesten

I henhold til oppdrag er det blitt gjennomført:

1. To ”train the trainer”- kurs i 2013 med totalt 48 deltakere, likt fordelt mellom somatikk og psykisk helsevern. På hvert kurs var alle foretak representert, foruten Vestre Viken som ikke fant deltagere fra psykisk helsevern. Det er datofestet 2 nye kurs våren 2014.
 2. To nettverksmøter innen medisinsk simulering fra foretak i Helse Sør-Øst med totalt 70 deltakere. De fleste foretakene har vært representert. Det er gjort en kartlegging av lokale simuleringsaktiviteter, delvis gjennom foretaksvise fremlegg på nettverksmøter, delvis gjennom prosjektgruppens besøk til enkelte foretak. Som eksempel kan nevnes idedugnad for Foretaket innlandet, innlegg på fagrådsmøte for psykisk helse i Foretaket i Vestfold og møte med fagutviklere på Sunnaas Sykehus.
 3. Innkjøp av simulator med tanke på ferdighetstrening innen fedmekirurgi. Det er planlagt møte i desember med representanter for fagmiljøet for å bygge kurskonseptet knytt til:
 1. Ferdighetstrening
 2. Tverrfaglig fullskalasilulering
 3. Evaluering
 Det vurderes i denne forbindelse et samarbeid med St.Olav/NTNU/NSALK (Nasjonalt Senter for Avansert Laparoskopisk Kirurgi)
 4. Innkjøp av endoskopisimulatorer med tanke på simuleringstrening innen colorectalcancer-screening. Det er planlagt et møte i desember med representanter fra fagmiljøet med tanke på å bygge kurskonsept. I denne forbindelse er det planlagt samarbeid med Kreftregisteret.
 5. Kurs for instruktører i medisinsk simulering innen psykisk helsevern. I tillegg er det utarbeidet et e-læringsprogram samt instruksjonsvideo knyttet til håndtering av voldelige og utagerende pasienter. Disse er ment som forberedende elementer til et hovedkurs forfattet av Klinikk for psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus HF. Kurset blir tilgjengelig i løpet av 2014.
- *Oslo universitetssykehus har deltatt i nettverksarbeidet Global Comparator i regi av Dr Fosters Institute UK, hvor 32 velrenommerte sykehus fra 5 land samarbeider for å innhente prosess- og resultatindikatorer fra følgende 4 pasientkategorier for å drive forbedringsarbeid:*
 - *reducere reinnleggelser hos pasienter innlagt med akutt hjertesvikt*
 - *reducere dødelighet og reinnleggelser hos pasienter med akutt hjerteinfarkt behandlet med PCI*
 - *reducere dødelighet hos pasienter med hjerneslag*
 - *reducere dødelighet og reinnleggelser hos pasienter innlagt med hoftebrudd*

Sommeren 2013 ble avtale inngått, og arbeid med å klargjøre data for inkludering ble påbegynt. Datasettet er anonymisert, siden det skal legges inn i samme database som alle andre deltakere i programmet.

Primo oktober ble data overført til Dr. Foster.

Oslo universitetssykehus HF leder nyoppstartet program innen ortopedi.

- *Helseforetaket skal delta i læringsnettverket i regi av Vestre Viken med fokus på hvordan kvalitetsavdelingene kan understøtte pasientnær virksomhet med kunnskap om forbedringsmetodikk for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet.*
- *Helseforetaket skal delta i helsefaglig læringsnettverk i regi av Vestre Viken som skal bidra til å formidle kunnskap om hvordan effektivitet, kvalitet og pasientsikkerhet sikres i den pasientnære virksomhet i Helse Sør-Øst.*

Foretaket har deltatt i etableringen av læringsnettverket og senere under de samlinger som har vært holdt. Representasjonen består av en medarbeider fra Stab medisin, helsefag og utvikling, en fra Stab pasientsikkerhet og kvalitet og en kvalitetsrådgiver fra Medisinsk klinikk.

Mellom samlingene har en ivare tatt videreformidling av presentasjoner og læringsinnhold ved gjennomganger med foretakets helsefaglig nettverk og kvalitetsrådgivernetverket. Det er satt opp en fremdriftsplan for foretakets arbeid med det målet som er fastsatt for læringsnettverket: Et system for kontinuerlig forbedring. Arbeidet med målsetningen varer i første omgang fram til juni 2014.

Pasientsikkerhet

- *Helseforetaket implementerer alle tiltakspakkene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" og rapporterer egne resultater.*
- *Ledelsen i helseforetaket iverksetter tiltak for å følge opp egne resultater i kampanjen, kartleggingen av pasientsikkerhetskultur, meldinger til Kunnskapscenteret og tilsynsrapporter.*
- *Helseforetaket legger på egnet måte ut informasjon om meldte § 3-3 hendelser, samt egne resultater fra journalundersøkelsen.*

Oslo universitetssykehus HF har i 2013 tilpasset foretakets styrende dokumentasjon til tiltakspakkenes innhold, samt utarbeidet utdannings- og informasjonsmateriell for lokal innføring i alle klinikker og avdelinger for de tiltakspakker som er aktuelle å innføre på et sykehus. Arbeidet med tilrettelegging for innføring av tiltakspakken for behandling av hjerneslag er noe forsinket grunnet behov for å synkronisere denne mot andre prosesser i foretaket.

Foretaket har deltatt aktivt i flere av de nasjonale læringsnettverk, derunder ledet læringsnettverket for forebygging av selvmord.

Arbeidet er organisert men en egen handlingsplan der resultatene regelmessig har blitt rapportert til foretakets ledergruppe i sentralt pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg. Denne rapporteringen er da parallell og delvis overlappende med annen rapportering på området gjennom månedsoppfølging og tertialvise Ledelsens gjennomgang som pasientsikkerhetskulturundersøkelsen, revisjoner, tilsyn, klager, saker fra Norsk Pasientskadeerstatning, rettslige saker, brudd på arbeidsmiljølovverk etc.

Foretaket har ikke lagt ut lokale resultater fra journalundersøkelser (GTT) selv om disse undersøkelsene er gjennomført og resultatene er lagt inn i Kunnskapscenterets ekstranettløsning. Årsaken er usikkerhet med hva tallene egentlig beskriver når en slik undersøkelse gjennomføres på virksomhetsnivå med et lite utvalg pasienter på et så stort sykehus som Oslo universitetssykehus. Resultatene fra journalgjennomgang med GTT-metoden er best egnet til å sammenligne egen enhet eller fagområder over tid, ikke til å gjøre sammenligninger. Det planlegges nå i Oslo universitetssykehus HF å utvide journalgjennomgangen til å omfatte noen enheter/pasientgrupper.

Oslo universitetssykehus HF har lagt informasjon om pasientsikkerhetshendelser på sine hjemmesider. Grunnlaget er 3-3 meldinger i foretakets avvikssystem (Achilles) ved at en

enkelthendelse er presentert og analysert og tiltak beskrevet. Man har prioritert hendelser som har systemkarakter og læringspotensial og som typisk kan representere langt flere hendelser enn den konkrete som beskrives. Saksforholdene berører derfor langt flere hendelser enn de eksemplene som er trukket frem på nettsidene. Hensikten er å gi publikum og samfunnet rundt oss innsikt i utfordringer, dilemmaer og muligheter for å drive et åpent og avansert universitetssykehus på en pasientsikker måte.

- *Helseforetaket har utarbeidet planer for opplæring i bruk av pasientadministrative systemer.*
- *Riktig forståelse av regelverket i forholdet til ventelister, fristbrudd og pasientrettigheter, jf. brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 14. mars 2012, videresendt fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetaket 15. mars 2012, er innarbeidet i all opplæring i forhold til pasientadministrative systemer.*

Det vises til styresak 27/2013 – Gjennomføringsprosjektet som har hatt fokus på opplæring og kompetanseheving samt kvalitetssikring av arbeidsprosesser knyttet til lovverk og interne retningslinjer for hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet, fra registrering og vurdering av henvisninger til ajourføring og oppfølging av ventelister. Det er utpekt ventelisteansvarlige på klinikk- og avdelingsnivå som har særskilt ansvar for opplæring, og hvor store deler av opplæringen pågår i daglig drift. Det er også etablert nye rollebaserte kurs i pasientadministrative system for nyansatte.

- *Oslo universitetssykehus har i samarbeid med Sykehusapotekene innført tverrfaglige arbeidsmetoder som øker kvaliteten på legemiddelbehandlingen og etablere rutiner som sikrer korrekt informasjon om pasientenes legemiddelbruk ved inn- og utskrivning fra sykehus.*

Oslo universitetssykehus har en omfattende avtale med Sykehusapoteket Oslo (SAO) om bruk av farmasøyter inn i arbeidet med kvalitetssikring på legemiddelområdet og klinisk farmasi. Avtalen omfatter 6 stillinger innen kvalitetssikring og 6,5 stillinger innen klinisk farmasi. Legemiddelhåndteringsutvalget (underutvalg av legemiddelkomiteen) har ansvaret for utarbeidelse av nivå 1 prosedyrer innen legemiddelhåndtering. Utvalget er tverrfaglig sammensatt av leger og farmasøyter (både internt ansatte og fra SAO). Vedrørende rutiner for korrekt informasjon om pasientenes legemiddelbruk ved inn- og utskrivning fra sykehus har Oslo universitetssykehus HF følgende prosedyrer på nivå 1; opptak av legemiddelanamnese, overføring av legemiddelopplysninger ved utskrivning fra døgnopphold og epikrise.

De 6,5 stillingene innen klinisk farmasi fordeler seg med ulike stillingsstørrelser i ulike klinikker og avdelinger. Farmasøytene inngår her i tverrfaglige team med ulike arbeidsoppgaver avhengig av avdelingens ønsker og behov. Dog er legemiddelgjennomgang en sentral oppgave for de kliniske farmasøytene.

Medisinsk klinikk har arbeidet målrettet med innhenting av korrekte legemiddelopplysninger ved innleggelse av pasienter. Metoden for dette arbeidet er Integrated Medicines Management (IMM) og dette er også en del av Oslo universitetssykehus HF sin innsats i Pasientsikkerhetskampanjen. Farmasøyter fra SAO har vært sentrale i dette tverrfaglige arbeidet, som har som mål å skaffe til veie korrekte legemiddellister ved innleggelse og utskrivning av pasienter.

System for innføring av nye metoder og ny teknologi

- *Det er etablert nødvendig kompetanse og metodestøtte for utførelse av mini-metodevurderinger.*

Oslo universitetssykehus har publisert den første mini-metodevurderingen på www.mini-metodevurdering.no.

Tre andre mini-metodevurderinger er under utarbeidelse. Foretakts ledermøte har opprettet et råd for metodevurdering med viseadministrerende direktør Stab medisin, helsefag og utvikling som eier. Rådet har behandlet 10 saker om metodevurderinger.

Samhandlingsreformen

- *Det er utarbeidet planer for desentralisering av spesialisthelsetjenester i dialog med kommunene.*

Oslo universitetssykehus HF ønsker å styrke praksiskonsulentordningen for å sikre god dialog og samhandling med henvisende instanser i primærhelsetjenesten. Det er ønskelig at fastleger og avtalespesialister på sikt overtar flere av de oppgaver som i dag ligger til spesialisthelsetjenesten. PKO-ordningen bidrar til å fasilitere arbeidet med å overføre oppgaver/kontroller til fastlegene.

- **Gastromedisinsk avdeling:** det er skrevet brev til fastleger med sikte på å sørge for at pasienter med IBD følges opp på laveste effektive omsorgsnivå.
- **Infeksjonsmedisinsk avdeling:** det er etablert gode rutiner for HIV – avdelingens kronikere, som håndteres greit innenfor nåværende strukturer.
- **Nyremedisinsk avdeling:** hjemmemodialyse er i oppstartfase og oppfølging av disse pasienter gjøres i samarbeid mellom avdelingen og fastlege. Oppfølging av gamle med uremi i terminalfase som ikke skal ha aktiv uremi behandling avklares av spesialist og overføres til fastlege.
- **Geriatrisk avdeling:** ønsker å få overført ”intermediære” oppgaver som man med økt kompetanse i kommunene mener de kan overta. Eks. Intermediærenhetene ved Abildsø bo- og rehabilitering.
- **Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin:** deltar i prosesser ved samhandlingsarena Aker.
- **Hjerteredisinsk avdeling:** hjerterehabilitering er overført til primærhelsetjenesten.

KAD (kommunal akutt døgnetenhet) forventes å kunne ta imot pasienter som i dag innlegges i spesialisthelsetjenesten. Foretaket vil være en aktiv samhandlingspart i utviklingen av tilbudet, men ønsker også sikre at tilbudet reduserer inntaket til foretakets akuttavdeling. Sammen med Oslo kommunes sykehjemsetat iverksettes prosjekt for at sykehjemspasienter skal kunne sikres forsvarlig behandling og pleie uten at det blir nødvendig med innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikkenes avdelinger har etablert samarbeid med sykehusene i regionen. Innenfor onkologi og blodsykdommer er det gjort konkrete tiltak for å understøtte oppgaveoverføring til andre sykehus. I tillegg er klinikkleddelsen involvert i etableringen av en ny avdeling for kreftbehandling i SØ HF og spesielt i forhold til nødvendig lederstøtte i en oppstartsfase. Avdeling for gastrokirurgi har en fortløpende dialog med Diakonhjemmet for å sikre at helsehjelp blir utført innenfor nødvendige frister. For avdeling for kreftbehandling har en bestemt en ny oppgavedeling med Sykehuset Innlandet slik at strålebehandling for prostatakreft nå igangsettes ved Gjøvik sykehus.

Karavdelingen: har konsultasjoner på pasienter som er innliggende på kommunens avdelinger på Aker. Gir også tilbud om opplæring av sykehjemmene i sårbehandling.
Thoraxkirurgisk avdeling: Ved TKA 3 er det godt samarbeid med hjemmebaserte tjenester og Oslo kommune.

- *Helseforetaket samarbeider med kommunene om etableringen av ”øyeblikkelig hjelp”-døgntilbud i kommunene som et alternativ til sykehusinnleggelse. Helseforetaket har bidratt til at nye ”øyeblikkelig hjelp”-*

døgntilbud i kommunene har en kvalitet som reelt sett avlaster sykehus. Det vises til Helsedirektoratets veileder om kommunenes plikt til "øyeblikkelig hjelp"-døgnopphold.

Kommunal akutt døgnenhet (KAD) åpnet med 10 sengeplasser juni 2013. Sengeposten er lokalisert på Aker sykehus som en del av Samhandlingsarena Aker. Full drift på 32 senger er beregnet fra september. I løpet av de neste årene arbeides det for å etablere totalt 73 sengeplasser.

KAD ble åpnet på bakgrunn av samhandlingsreformen som ble innført 1. januar 2012. Et av virkemidlene er en lovendring i helse- og omsorgstjenesteloven, der kommunen gis i oppdrag å sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Kravet er begrenset til pasienter som ikke har behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

KAD er et tilbud til pasienter som kan behandles av allmennlege.

Hva omfatter tilbudet?

- KAD har tilgang på lege hele døgnet.
- Overlege med spesialitet i allmennmedisin eller tilsvarende kompetanse er tilknyttet avdelingen.
- Det er tilgang på røntgen, CT og laboratorietjenester.
- Sykepleier er til stede i KAD hele døgnet.

Hva er det viktig at samarbeidende helsepersonell og sykehus bidrar med?

Det er viktig å forsikre pasienten om at det å bli lagt inn på KAD vil gi pasienten et like godt tilbud som innleggelse på sykehus.

Følgende pasientgrupper er aktuelle for KAD

- Nedsatt mobilitet – som stabile brudd og kontusjoner (bløtdelsskade og hevelser) som skal smertelindres og mobiliseres.
- Hud- og sårproblemer – som erysipelas (rosen) og infiserte leggsår. Pasienter som trenger noe mer oppfølging og behandling enn det hjemmesykepleien klarer å etablere.
- Urinveier – øvre og nedre urinveisinfeksjoner.
- Gastro (mage-tarm) – obstipasjon ved kjent og ofte kronisk årsak. Pasienter med gastroenteritt (betennelse/infeksjon) med behov for rehydrering (oppvæsking), og som ikke har alvorlige elektrolyttforstyrrelser.
- Funksjonssvikt – med kjent årsak, og som er avklart i spesialisthelsetjenesten.
- Luftveier og infeksjon – KOLS og lungebetennelser som trenger medisinsk behandling men ikke mekanisk respirasjonsstøtte eller der det er behov for blodgass-analyse.
- Kognitiv svikt – kjent kognitiv svikt med avklart tilleggsproblem.
- Brystsmerte – kardiologi skal ikke behandles på KAD.

Oslo universitetssykehus HF følger utviklingen av tilbudet nøye med tanke på den klare målsetningen om at innleggelser i KAD vil redusere innleggelse i sykehus tilsvarende. Leger og sykepleiere i Akuttmottaket er godt informert om tilbudet og vurderer innleggelse i KAD når indikasjon er til stede.

- *Det er vurdert om desentraliserte spesialisthelsetjenester bør samlokaliseres med det nye kommunale tilbudet.*

Det er vurdert og etablert samlokaliserte tjenester i tilknytning til det nye kommunale akutttilbudet.

Viktigst er etablering av ny kommunal legevakt. Sunnaas sykehus har etablert med polikliniske tjenester, Senter for livsstilssykdommer er under planlegging og Senter for migrasjonshelse skal være etablert ved utgangen av 2013. Oslo kommune har rehabiliteringsavdeling på Aker, likeledes et geriatrisk ressurscenter. Oslo universitetssykehus HF har rehabiliteringsavdeling på området, det finnes tilbud innen rus-og avhengighet, bl.a. etableres en motivasjons- og avklaringsenhet innen avhengighet.

- *Det er sikret at ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter ikke har endret vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar.*

Vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar fremstår ikke som endret etter innføringen av den nye betalingsordningen. Det er til enhver tid utskrivende lege som har det medisinske faglige ansvaret for at pasienten er ferdig behandlet på spesialisthelsetjenestenivå og at det er forsvarlig at pasienten utskrives til primærhelsetjenesten for videre oppfølging. Legene har ikke endret sine faglige vurderinger ved innføring av ny administrativ prosedyre for utskrivning av pasienter. De prosessuelle krav ved utskrivning er endret ved ny rutine, men ikke hva som skal være faglig dokumentert før utskrivning faktisk kan finne sted.

Pasientflyten er betydelig økt, og bydelene har få overliggerdøgn. Dog vil det i enkeltsaker med komplekse problemstillinger bli stilt spørsmålsteget og være noe uenighet om hvorvidt pasienten er utskrivningsklar eller ikke. I 2012 var andelen overliggerdøgn redusert med 94 % i forhold til året før samhandlingsreformens inntreden.

Ofte er uoverensstemmelsene rundt enkeltpasienter basert på manglende, eller utilstrekkelig dokumentasjon fra sykehusene. Her er det satt i gang et betydelig arbeid med tanke på forbedring.

- *Det er utviklet system for brukermedvirkning i planlegging og etablering av samhandlingstiltak.*

Det er utviklet system for brukermedvirkning i planlegging og etablering av samhandlingstiltak. Brukerperspektivet er også tydelig i pågående arbeidsgrupper hvor sykehus og bydelers samarbeider i forbedringsarbeid.

Det er utviklet et system for brukermedvirkning i pasientforløp, som er nedfelt i overordnet prosedyre og veileder. Det er også utviklet system for når aktuelle samhandlingsparter skal kontaktes eller medvirke i utarbeidelsen av pasientforløp. Representanter fra det sentrale brukerrådet er i økende grad delaktig i de pasientforløp som etableres og gjennomføres. Klinikkenes brukerråd er involvert og delaktig i klinikkens strategiarbeid. Dette arbeidet organiseres noe ulikt i de enkelte klinikker.

Ved Hjerte-, lunge- og kar-klinikken er det etablert et brukerråd som møtes minst 4 ganger i året. Det er brukerrepresentant som leder møtene, og rådet består av 3 brukerrepresentanter, samt klinikkleder, helsefaglig rådgiver, kvalitetsrådgiver samt sekretær. Saker meldes inn fra alle deltakere i rådet og gjester/fagpersoner inviteres for å diskutere behandlinger og forbedringer

Klinikk psykisk helse og avhengighet har brukerråd på klinikk- og avdelingsnivå. De deltar i strategiarbeidet, i pasientsikkerhetsutvalget og av og til på ledersamlinger.

- *Det er etablert gode vilkår for videre utvikling av Praksiskonsulentordningen (PKO) i den hensikt å bedre samhandlingen mellom helseforetakene og fastlegene.*

Oslo universitetssykehus HF har hatt 4 praksiskonsulenter (fastleger), hver i 20 % stilling, samt praksiskoordinator i 50 % stilling de senere år. Samtlige har avvirket sine arbeidsforhold i løpet av året. Det er nå utlyst nye stillinger med større stillingsstørrelser for å sikre en mer robust videreutvikling av ordningen. PKO arbeider som et team i seksjon samhandling, og bistår staber og klinikker etter behov.

PKO deltar i arbeid med pasientforløp på ulike måter:

- ved å bidra i seksjonens utforming av veiledningsmaterieill knyttet til samhandling til bruk for arbeidsgruppene
- ved konkret rådgivning knyttet til samarbeid og ansvarsdeling mellom fastleger og sykehus i pasientforløpene
- ved å bistå poliklinikker som ønsker det i gjennomgang av arbeidsvolum knyttet til kontroller, henvisningmønster- og kvalitet, samt å se på mulige alternative løsninger for pasienter som står på venteliste. PKO hatt kontakt med ortopedisk poliklinikk og barnepoliklinikk, og har også tatt kontakt med hjertepoliklinikken.
- ved å standardisere samarbeidet og informasjonen som gis til pasienter

PKO har bidratt i utformingen av Henvisningsadressekart for Oslo universitetssykehus HF.

PKO har etablert en e- postliste til fastlegene i Oslo, sortert bydelsvis. E postlisten brukes i tilfeller hvor OUS har behov for rask utsendelse av info til fastlegene. Listen er også etterspurt fra eksterne instanser (Helse Sør-Øst RHF, Universitetet i Oslo). Praksiskonsulentene er etterspurt og deltar i de fleste samhandlingsprosjektene på Oslo universitetssykehus HF. Størst PKO-ressurs gis til prosjektet ”Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre”.

Praksiskonsulentene deltar i flest mulig arbeidsgrupper knyttet til etablering av nivå 1 rutiner i Oslo universitetssykehus HF der samhandling er tema.

Praksiskoordinator har deltatt i arbeidsgruppen for overordnet strategi for Oslo universitetssykehus HF 2013 – 2018.

Foretaket arbeider med plan for å styrke ordningen.

- *Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo universitetssykehus og Sunnas sykehus skal sammen med Oslo kommune fortsette samarbeidet om å utvikle Aker sykehus til en samhandlingsarena for Oslo. Oslo universitetssykehus skal koordinere spesialisthelsetjenestens bidrag i denne utviklingen, men Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Sunnas sykehus skal på aktuelle områder bidra med kompetanse og ressurser til utredning, planlegging og drift av virksomhet på samhandlingsarenaen.*

I foretaksprotokoll av 24. november 2010 fikk Oslo universitetssykehus følgende oppdrag:

”Aker sykehus skal utvikles til en samhandlingsarena mellom spesialisthelsetjenesten og Oslo kommune med tilbud til for eksempel pasienter med rehabiliteringsbehov, livsstilssykdommer, kroniske lidelser, psykiske problemer og rusmiddelavhengighet samt eldre med sammensatte lidelser og mennesker i livets slutfase. Ved planlegging av hvilke polikliniske spesialisthelsetjenester som skal være vedd skal det legges vekt på å understøtte Aker sykehus som samhandlingsarena.”

Forpliktelsen til å videreføre dette arbeidet er gjentatt i oppdragsdokumentet for 2013.

For å følge opp dette, men også koordinere foretakets øvrige omstillinger på Aker, opprettet Oslo universitetssykehus HF i 2011 et eget prosjekt, Helsearena Aker. Prosjektet har også i 2013 samarbeidet tett med Oslo kommune om å realisere ambisjonen i oppdraget gjennom et felles

prosjekt, Prosjekt samhandlingsarena Aker. Sentrale aktiviteter for utvikling av Aker i 2013 har vært:

1) Ny virksomhet:

- Åpning av Kommunal akutt døgnetenhet med 32 senger
- Åpning av Senter for mamma-screening (flyttet fra Galleri Oslo) drevet av Oslo universitetssykehus HF
- Åpning av Senter for migrasjonshelse drevet av Oslo kommune i samarbeid med sykehusene
- Åpning av Regionalt tjenestesenter for rehabilitering drevet av Sunnaas sykehus
- Utvidelse av virksomheten i Geriatrikisk ressurscenter drevet av Oslo kommune
- Åpning av Senter for dagkirurgi i tilknytning til Oslo universitetssykehus kirurgiske virksomhet

2) Bygningsmessige tiltak:

- Generelt bidratt til at foretakets arealplan fra 2012 blir fulgt opp og tilpasset utviklingen av samhandlingsarena på Aker
- Bidratt til funksjonell tilpasning i arealer knyttet til den nyåpnede virksomhet på Aker (se ovenfor)
- Bidratt til prosjektering av arealer for fellesfunksjoner som kantine og møterom samt for etablering av test- og treningsareal
- Generelt bidratt til at oppgraderinger av bygg ivaretar bedre informasjon til brukere

3) Utvikling av innhold i samhandlingsarena

- Bidratt i arbeidet med forbedring av pasientforløp knyttet til livsstilsrelaterte kronikergrupper (konkret kols- og diabetespasienter) samt etablering av et mulig ”verksted” for vedvarende forbedring av slike pasientforløp og spredning av kunnskap og tiltak om dette.
- Startet prosjekt for å utvikle en Oslo-rettet kompetansetjeneste for rehabilitering.
- Startet prosjekt for å utvikle en samlet modell for brukermedvirkning på Aker som samhandlingsarena
- Arbeidet for å kartlegge og fremme faglige samspillseffekter mellom enheter på Aker
- Utviklet samarbeidet om medisinske og ikke-medisinske støttetjenester
- Utvikling av samarbeid om resepsjonstjenester og brukerinformasjon.

4) Utvikling av rammebetingelser for samhandlingsarena

- Bidratt til ferdigstilling av en generell samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus om arealbruk og tjenester på Aker sykehus
- Bidratt til en tidsbegrenset avtale med Helseetaten i Oslo kommune om samarbeid om røntgen- og laboratorieprøver
- Utarbeidet forslag til videre organisering av koordineringsfunksjoner på Aker
- Oppsummert lærdommer av arbeidet med utvikling av Aker blant annet i tilknytning til utvikling av samhandlingsarena.

Oslo universitetssykehus HF avslutter Prosjekt helsearena Aker ved årsskiftet 2013/14 og ivaretar fra da av behovet for koordinering innenfor foretakets eksisterende stabs- og linjestruktur. Videre utvikling av samhandlingsarena på Aker vil henge sammen med behovet for oppgradering av bygningsmasse og videre planer for bruk av operasjonsstuene ved Aker sykehus.

Kreftbehandling

- *Det er gjennomført tiltak for å effektivisere utredning og redusere flaskehalser i forløpene for kreftpasienter.*

Det er gjennomført flere tiltak for å effektivisere og redusere flaskehalser i forløpene for kreftpasienter. Økning av endoskopisk kapasitet og skjerming av elektiv virksomhet har resultert i opp mot 30 % aktivitetsøkning for gastromedisin i 2013. Fagmiljøer har samarbeidet om utarbeidelse av overordnede prosedyrer for utredningsforløp innen lungekreft, og det er gjennomført prosjekt som forkorter forløpstider for eggstokk-kreft.

For å redusere lange ventetider for lungepasienter innen PET-CT og CT-veiledet biopsi er det etablert egne økter for disse pasientene. Fagmiljøene har samarbeidet om utarbeidelse av overordnet prosedyre for utredningsforløp for pasientgruppen, og det er ansatt spesialister innen onkologi og radiologi.

For brystkreft er det etablert et samlet tverrfaglig henvisningsmottak, samarbeid med private røntgeninstitutt og et spesialdesignet utredningsforløp har redusert ventetid til 48 timer.

For nevreradiologi er det etablert et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling for radiologi og nukleærmedisin og Avdeling for nevrologi som er nær sin avslutning. Tiltak for bedring av pasientforløpene er iverksatt.

Avdeling for radiologi og nukleærmedisin får i 2014 en generell oppbemanning av både radiografer og radiologer i den hensikt å fjerne eksisterende flaskehalser. Bedret MR-kapasitet har hovedfokus, og dette vil ikke minst komme pasienter med nevreradiologiske problemstillinger til gode.

For operasjonsvirksomheten er det fortsatt mangel på spesialsykepleiere og utdanningskapasiteten er økt, men dette vil ikke ha nødvendig effekt inneværende år.

- *80 % av kreftpasienter har forløp innenfor anbefalte forløpstider:*
 - *5 virkedager fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert.*
 - *10 virkedager fra mottatt henvisning til utredning er påbegynt.*
 - *20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling.*

Dette punktet kan først svares ut når styringsdata fra NPR foreligger.

- *Det er iverksatt tiltak for å bedre informasjon til kreftpasienter og koordinere pasientforløpene, for eksempel ved bruk av kreftkoordinatorer.*

Pasientkoordinatorer er etablert for fagområdene gastrointestinal kreft, gynekologisk kreft, lungekreft, prostatakreft, brystkreft og tykktarmskreft. Ellers vises det til omtale av pasientforløpsarbeidet over.

- *Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer.*

Nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer følges ved Oslo universitetssykehus HF. Tjenester som er tilgjengelige knyttet til rehabilitering ved Oslo universitetssykehus HF inkluderer Vardesenter, tiltak knyttet til "Raskere tilbake" og Montebellosenteret. Lungeavdelingen har bidratt til å utforme nasjonale retningslinjer for utredning av lungekreft. Rehabiliteringsfasen planlegges av lokalsykehus.

Videre er fagpersoner fra Oslo universitetssykehus HF sentrale i utarbeidelsen av de nasjonale handlingsprogrammene for kreft, og retningslinjene som er bestemt implementeres fortløpende i klinikken. Spesielt for rehabilitering er det fra 2013 tilført midler over statsbudsjettet til drift og videreutvikling av Vardesenter og Pusterom. Det er etablert et tverrfaglig rehabiliteringsprogram

for flere grupper av kreftpasienter, som blant annet er knyttet opp mot fysisk aktivitet, ernæring og psykososiale tilbud av sosionomer, psykologer og sexologer.

- *Det er etablert flere tilbud for pasientopplæring, likemannsarbeid og mestring, berunder pusterom og vardesentre.*

Det utvikles stadig nye kurs etter forespørsel fra tidligere pasienter og fagpersoner i samarbeid med Vardesenteret og Kreftforeningen.

Nye kurs 2013 er:

- Mestringskurs for hjernetumorpasienter
- Stressmestringskurs, kjøres av LMS for Raskere tilbake og andre pasientgrupper (5-6 pr år)
- Mestringskurs for pasienter med Nevro- endokrin tumor
- Mestringskurs for benmargstransplanterte
- Mestringskurs for brystkreftopererte
- Livsstilsendring etter kreft
- Stressmestringskurs for pasienter med kronisk sykdom(høst 2013/vår 2014)
- Dagrehabiliteringsprogram for pasienter som får strålebehandling for prostatakreft

Prosjekt Familiehjelpen: Samhandlingsprosjekt.

En støtte til familier som opplever å være i en akutt krise og har problemer med å opprettholde rutiner og hverdagens aktiviteter som følge av kreftsykdom eller kronisk sykdom.

Familiehjelpen er et prosjekt drevet av Fransiskushjelpen i samarbeid med Voksne for barn, Kreftforeningen og Kreftsenteret ved Oslo universitetssykehus HF. Prosjektet går over 3 år og er støttet av Extra Stiftelsen, Helse og rehabilitering.

Det er Pusterom og Vardesenter i drift ved Ullevål og Radiumhospitalet. Mulighet for etablering av Vardesenter på Rikshospitalet utredes. Samarbeidsprosjekt med Oslo kommune/Sagene bydel og Oslo universitetssykehus HF er etablert.

Forskningsprosjekt om likemannsfunksjon og frivillighet ved Vardesenteret Radiumhospitalet er i avslutningsfasen.

- *Kreftkirurgi finner sted i henhold til vedtatt funksjonsfordeling. For kreftkirurgiske inngrep som etter 1. juli 2013 utføres i strid med vedtatt funksjonsfordeling, gis ikke ISF-refusjon.*

Oslo universitetssykehus HF følger de vedtatte retningslinjer for funksjonsfordeling av kreftkirurgi nasjonalt og i Helse Sør-Øst.

Brystrekonstruksjon

- *Oslo universitetssykehus skal bygge opp kapasitet og tilbud for pasienter med behov for brystrekonstruksjon med protese og eget vev. Foretaket får i tillegg et særskilt ansvar for å vurdere og fordele pasienter fra egen venteliste til andre helseforetak som har tilsvarende tilbud. Dette gjøres i nær dialog med pasient og det enkelte helseforetak.*

For 2013 har det vært en svært høy aktivitet innen brystrekonstruksjon med en økning på ca 45 % av det totale antallet rekonstruktive brystprosedyrer sammenliknet med 2012. Dette tilsvarer ca 650 narkosekrevende operasjoner. Det planlegges for samme aktivitet i 2014 og med dette vil dagens antall primære rekonstruksjoner være tilfredsstillende for å behandle alle som ønsker og har mulighet til dette innen anbefalt tidsfrist.

For sekundære rekonstruksjoner vil det fremdeles legges opp til et relativt høyt antall operasjoner med eget vev, for å redusere ventetiden ytterligere, som per dags dato er 2 år. For sekundær rekonstruksjon med implantat/protese er ventetiden tilfredsstillende, det vil si innen 1 år etter kreftbehandling. Til sammenlikning var ventetiden for sekundær brystrekonstruksjon for eget vev og implantat/protese henholdsvis 8 år og 4 år i oktober 2012.

Det er avgjørende at nærliggende helseforetak bygger opp tilbud innen generell plastikkirurgi, slik at Oslo universitetssykehus HF kan opprettholde kapasiteten for avanserte prosedyrer. Den beste effekten har Oslo universitetssykehus HF merket på oppbyggingen av miljø ved Sykehuset Innlandet HF og Vestre Viken HF, og det er viktig at Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF støtter opp om videre satsing ved disse stedene.

Behandling av hjerneslag

- *20 % av pasienter med hjerneinfarkt under 80 år har fått trombolyse.*

Dette punktet kan først svares ut når styringsdata fra NPR foreligger.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling

- *Det er etablert tilbud om brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

Det er etablert brukerstyrte plasser ved Seksjon ung, der det er mulig å inngå kontrakter med fire pasienter ad gangen. I tillegg er det planlagt å åpne brukerstyrte plasser ved Seksjon rus- og avhengighetsbehandling voksen og Seksjon rusakuttmottak og avgiftning (åpnes primo 2014).

- *Det er etablert systemer ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer og eventuelt viderebevise disse til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

Foretaket reetablerer liason/konsultasjonsfunksjonen på de ulike lokasjoner. Ny overordnet prosedyre er under utarbeidelse.

- *Det er etablert tilbud om lavterskel-LAR for den mest hjelpetrequende gruppen opiatavhengige med sammensatte sykdommer i samarbeid med kommunen.*

Avdeling rus- og avhengighetsbehandling (ARA) samarbeider med Oslo kommune om prosjektet "Legemiddelassisterende substitusjonsbehandling i Oslo" (LASSO) hvor opiatavhengige pasienter som ikke er inkludert i LAR får buprenorfin fra lege i Oslo universitetssykehus HF og oppfølging av kommunen.

Oslo kommune og Nasjonal kompetansetjeneste TSB har formidlet kunnskapsgrunnlaget og erfaringene fra LASSO gjennom nasjonalt arbeidsseminar og nettverksmøter. Gjennom denne erfaringsutvekslingen er det gitt et bidrag til andre helseforetak og kommuner hvor de kan nyttiggjøre seg kunnskap fra modellen i Oslo. Erfaringene fra LASSO har også vært presentert internasjonalt på European Opiate Addiction Treatment Association (EUROPAD) konferanse i Pisa i 2013.

- *Det er gjennomført brukerundersøkelser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak.*

Oslo universitetssykehus HF har deltatt i den nasjonale pasientundersøkelsen PasOpp.

Foretaket har, som beskrevet over, tatt i bruk sitt eget elektroniske brukerundersøkelsesverktøy i 2013. Her kan samtlige pasienter med pasientkontakt selv besvare 12 sentrale spørsmål valgt fra Kunnskapssenterets portefølje av generelle brukerspørsmål. I tillegg har verktøyet funksjonalitet for at pasienter og pårørende kan gi foretaket en skriftlig fritekst-kommentar om sine erfaringer. Alle resultater og tilakemeldinger er tilgjengelig for ledere ned til seksjonsnivå. Verktøyet er godt mottatt av brukere og ledere.

Høsten 2013 har det vært to brukerundersøkelser for TSB. En i regi av Kunnskapssenteret og en egen i regi av Oslo universitetssykehus HF.

Psykisk helsevern

- *Det er utarbeidet en regional plan for omstillingen av psykisk helsevern i tråd med de gitte signalene. Planen skal vise fremdrift for utviklingen av DPS, utviklingen og spissing av sykehusfunksjonene og overføring av ressurser fra sykehus til DPS. Foretaket skal delta i dette arbeidet.*

Det er ikke utarbeidet noen regional plan fra Helse Sør-Øst RHF.

I Oslo universitetssykehus HF er situasjonen som følger:

- Kostnadsfordelingen mellom DPS og sykehusfunksjonene i 2013 var ca 55 % til DPSene og 45 % til sykehusfunksjonene. Beregningene er gjort eksklusive regionale behandlingstilbud og de behandlingstilbudene Oslo universitetssykehus HF drifter for Akershus universitetssykehus HF og Lovisenberg/Diakonhjemmet sektor.
- Det er planlagt å styrke Søndre Oslo DPS med 8 sengeplasser fra 22 til 30 i 2015.

I idéfaseprosjektet arbeider Oslo universitetssykehus HF med planlegging av det fremtidige behandlingstilbudet, inklusive fordeling av behandlingstilbudet mellom sykehusfunksjonene og DPSene.

- *Akuttberedskap ved DPS er etablert på døgnbasis, eventuelt i samarbeid med andre institusjoner der lokale forhold gjør det nødvendig.*

Josefinesgate DPS har akuttberedskap hverdager fra kl 08.00-16.00, mens Søndre Oslo DPS har akutteam med åpningstid fra 08.00 – 21.00 på hverdager og 08.00 – 15.30 i helg og høytid. Kveld og helg fram til kl 22 er akuttberedskapen dekket av Psykiatrisk legevakt, som er organisert under Josefinesgate DPS og samlokalisert med Oslo Legevakt.

Det er ikke akuttberedskap tilgjengelig fra kl 22.00-08.00 pt, men Josefinesgate DPS har planer om å etablere en telefontjeneste og et samarbeid med vaktteamet på akuttpsykiatrisk seksjon (for- og bakvakt).

- *Alle DPS har etablert ambulante funksjoner der leger og psykologer deltar.*

Begge DPSene har etablert ambulante funksjoner der leger og psykologer deltar.

- *Andel tvangsinnleggelse er redusert med 5 % i samarbeid med de kommunale tjenestene.*
- *Andel tvangsbehandlingstiltak (tvangsmedisinering) er redusert med 5 %.*

Det er tatt ut data fra ledelsesinformasjonssystemet (LIS) som inneholder data fra Doculive-PasDoc og ikke andre pasientjournalssystemer. Det betyr at deler av behandlingsevne i psykisk helsevern ikke er inkludert i tallene. Tallene i LIS gir derfor kun en indikasjon og viser en økning i antall tvangsinnleggelses fra 2012 til 2013 på 8 %. Oslo universitetssykehus HF har imidlertid ligget lavt i regionen i flere år etter et betydelig arbeid som ble gjort etter 2006 da den statlige handlingsplanen for reduksjon av tvang kom. Det foreligger også en økning i antall tvangsmedisineringstiltak med 23 % (fra 138 til 170) uten at dette kan forklares nærmere. Tall for tiltak om tvangsmedisinering gjelder både innlagte og ikke-innlagte pasienter.

Habilitering og rehabilitering

- *Helseforetaket har lagt Helsedirektoratets modell, jf. Rapport IS-1947, til grunn i det videre arbeidet på rehabiliteringsfeltet.*

Foretaket har satsset på noen utvalgte pasientgrupper når det gjelder rehabilitering, dette er beskrevet i Områdeplanen. Pasientgrupper innen slag, amputerte underekstremiteter og hoftebrudd tilbys kompleks og tidligrehabilitering. Det arbeides med kompetanseoverføring ift dette mot kommunen. Seksjon for nevrorehabilitering -barn er i hovedsak befattet med habilitering av barn. Det er utviklet et pasientforløp for barn med ervervet hjerneskade. Både spesialisthelsetjenesten og kommunen er involvert i oppfølgingen. For kreftpasienter pågår det løpende vurdering av grenseoppgang mellom kommunalt basert rehabilitering og spesialisthelsetjenestens ansvar, med oppgaver innen spesialisert rehabilitering for kreftpasienter. Samarbeidsprosjektet mellom Oslo universitetssykehus HF og Sagene bydel illustrerer dette.

- *Oslo universitetssykehus har i samarbeid med Oslo kommune utarbeidet beskrivelser for standardiserte rehabiliteringsforløp for store pasientgrupper med konkretisering av ansvar og oppgavefordeling nedfelt i forpliktende samarbeidsavtaler. Hofte-/ kneleddsarrose, fedme, myalgi og hjerneslag er prioritert.*

I områdeplan Rehabilitering Oslo sykehusområde fremmes forslag om å få felles pasientløp for slagpasienter tilhørende Oslo sykehusområde. Det er ikke utarbeidet beskrivelser for standardiserte rehabiliteringsforløp i forpliktende samarbeidsavtaler slik det etterspørres for noen av de nevnte gruppene

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering har mange henvisninger av pasienter med smerter i bevegelsesapparatet der myalgi representerer en stor gruppe. Myalgier er svært vanlig og må i hovedsak håndteres i primærhelsetjenesten der det ikke er mistanke om mer alvorlig underliggende sykdom. Likevel henvises mange til spesialisthelsetjenesten. Avdelingen tok derfor et initiativ mot kommunehelsetjenesten for å etablere et prosjekt som utredet retningslinjer for henvisninger og med siktemål å bedre samarbeidet rundt behandling og rehabilitering slik at likeverdig pasienttilbud sikres samt at pasientene blir håndtert på riktig nivå. Det var imidlertid vanskelig å få primærhelsetjenesten med på et slikt prosjekt.

Innenfor lettere traumatisk hjerneskade har foretaket et godt samarbeid med Sagene bydel og der modeller som utvikles benyttes på tvers av bydeler. Innenfor mer alvorlig traumatisk hjerneskade er det utarbeidet en regional behandlingslinje. Kapasitet i behandlingsskjeden er fremdeles et stort problem, særlig i tidlig fase der pasientene har store samtidige medisinske behov. Det er gjennomført et prosjekt knyttet til spontane Subaraknoidalblødninger. Også her har man vektlagt tette samarbeid med andre sykehus og primærhelsetjenesten og veileder for håndtering av pasientene er utarbeidet. En mer formell behandlingslinje gjenstår å etablere.

- *Oslo universitetssykehus har videreutviklet koordinerende enhet for sitt opptaksområde. Dette i samsvar med Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator' og i tett samarbeid med*

kommunene. Samarbeidet mellom respektive koordinerende enheter i helseforetak og kommune er beskrevet i samarbeidsavtalene.

Oslo universitetssykehus HF har etablert Koordinerende enhet (KE) slik lov og forskrift pålegger. Det foreligger godkjent mandat for KE. I Tjenesteavtale 1 - Koordinerte tjenester beskrives partenes forpliktelser for koordinerende enheter i bydeler og i helseforetak. Arbeidet er igangsatt, men er krevende fordi bydelene er så ulikt organisert innen dette feltet.

Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

- *Det er iverksatt tiltak for å styrke kunnskapsgrunnlaget om CFS/ME.*

ME-senteret i Medisinsk klinikk har i samarbeid med Kvinne- og barneklubben etablert Kompetansetjeneste for ME/CFS. De oppdaterer seg innen fagfeltet, og har holdt undervisning og kurs for helsepersonell. Representanter fra CFS/ ME-teamet/ kompetansetjenesten har reist ut til kollegaer i bl a Alta, Tromsø, Stavanger og Elverum for å diskutere enkeltkasus og for å undervise om tilstanden. Forskning pågår og øker stadig.

Fødselsomsorg

- *Redusert andel fødselsrifter.*

Ved Fødeavdelingen er det gjort mye arbeid innenfor kvalitetsforbedring de siste årene. Det har spesielt vært rettet fokus på å forhindre sfinkterrupturer ved fødsel.

I 2013 var resultatene meget gode:

Ved spontan fødsel var andel fødselsrifter:

- Ullevål: 0,9 %
- Rikshospitalet: 0,8 %

- *Kvalitetskrav for fødeinstitusjoner er gjennomgått og implementert.*

Kvalitetskrav for fødeinstitusjoner er gjennomgått, men ikke fullt ut implementert. Mange av de kravene som stilles er ikke mulige å gjennomføre uten økte personalressurser.

Fra 2007 – 2012 har det vært en betydelig økning i antall fødsler (1200). Det er en ujevn fordeling av fødsler gjennom året med absolutt høyest aktivitet i sommermånedene. I den perioden øker samtidighetskonflikter. Kvalitetskravet om ”1:1” omsorg i fødsel er nettopp for å oppdage avvik med en gang det skjer. På mange vakter er ikke det mulig. Jordmødrene settes da i en vanskelig situasjon, og må ofte gå mellom fødende kvinner som alle trenger kontinuerlig tilsyn.

Nyfødte som trenger intensivbehandling

- *Helseforetaket har lagt til rette for utdanning og etterutdanning av leger i neonatologi/nyfødteintensivmedisinsk spesialkompetanse.*

Både leger i spesialiseringer (LIS) og overleger får anledning til å ta nødvendige kurs og konferanser nasjonalt og internasjonalt.

Avdelingen legger til rette for hospitering for overleger fra nyfødtavdelinger i Helse Sør-Øst. Hospiteringen må finansieres av eget helseforetak.

Det jobbes med forbedring av systematisk veiledning av leger i utdanning og at de i størst mulig grad involveres i praktiske prosedyrer og oppfølging av kompliserte pasienter.

LIS tilbringer relativt mye tid på vakter, og har også vaktcalling på dagtid og må bidra på andre seksjoner ved behov. Dette fører til redusert kontinuitet med hensyn til pasientoppfølging og mindre tid til å være med på prosedyrer etc. som er en naturlig del av utdanningsløpet. Opprettelse av ekstra LIS-stilling vurderes sammen med organisatoriske og pedagogiske tiltak som kan bedre situasjonen.

Når det gjelder overleger er det høy alder på en stor andel, slik at mange etter hvert kan be om fritak fra vakter. Foretaket har derfor stort fokus på kompetanseoverføring og må vurdere rekruttering for å dekke vakter og sørge for opprettholdelse av kompetanse.

- *Oslo universitetssykehus har utredet opprettelse av eget transportteam til bakketransport av syke nyfødte innen området for Helse Sør-Øst.*

En konkretisering av dette oppdraget kom først sent på høsten 2013, og oppdraget vil derfor først kunne svares ut i 2014. Svar vil foreligge innen 01.03.14

- *Oslo universitetssykehus har et spesielt ansvar for oppdaterte behandlingsretningslinjer i nyfødtemedisin.*

Foretaket har etablert noen felles prosedyrer innen området i 2013, men mye arbeid gjenstår fortsatt. Felles medisinskfaglige prosedyrer er et satsingsområde i 2014. Foretaket vil tilgjengeliggjøre prosedyrene utenfor Oslo universitetssykehus HF blant annet på helseforetakets nettsted på Internett.

- *Helseforetaket har lagt til rette for utdanning og etterutdanning av leger i neonatologi/nyfødteintensivmedisinske spesialkompetanse.*

Er besvart over

- *Oslo universitetssykehus har lagt til rette for tilbud om videokonferanser/jevnlige møter vedrørende nyfødteintensivmedisinske, obstetriske og fostermedisinske utfordringer i samarbeide med de andre helseforetakene.*

Det er lagt til rette for videokonferanser, men tilbudet er ikke etterspurt og iverksatt. Ved diskusjon om enkeltpasienter overføres radiologiske bilder, og diskusjon foregår per telefon. Ved eventuell behov for gruppediskusjon som involverer nyfødteleger og radiologer ved Oslo universitetssykehus HF gis det oppsummert tilbakemelding til aktuelt sentralsykehus. Avdelingsoverlegene på barneavdelinger i Helse Sør-Øst mener at det ikke er et stort behov for videokonferanser innen nyfødtemedisin

- *Helseforetaket har anskaffet utstyr og opprettet kompetanse i initial stabilisering og oppstart av hypotermibehandling av barn med asfyksi.*

Ansvar for å anskaffe utstyr og opprette kompetanse i initial stabilisering og oppstart av hypotermibehandling av barn med asfyksi ligger ved de enkelte sentralsykehusene. Nyfødteintensivavdeling har hatt møte med Luftambulansen med tanke på hypotermibehandling under transport til Oslo universitetssykehus HF.

Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling

- *Det er tilstrekkelig kompetanse i helseforetaket og gode rutiner for å ivareta barn som kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling.*

Kompetanse er styrket gjennom etablering av regional kompetansetjeneste for vold og seksuelle overgrep mot barn i 2013. Her er ansatt leder som er barnelege i 100 % stilling samt sekretær i 50 % stilling. Gjennom den regionale kompetansetjenesten arbeides det med å øke kompetansen i egen Barneavdeling, og å bidra til å øke kompetanse ved de andre barneavdelingene i Helse Sør-Øst sitt ansvarsområde, samt andre samarbeidspartnere som helsestasjon og skolehelsetjenesten, barnevern, barne- og ungdomspsykiatri, politi m.m. Oslo universitetssykehus HF bidrar også med kompetanse inn i Statens barnehus Oslo. Det foretas medisinske undersøkelser, og bidras med råd og veiledning i medisinske spørsmål.

Kjeveleddsdysfunksjon

- *Det er gitt behandlingstilbud til pasienter med alvorlig kjeveleddsdysfunksjon som er vurdert og utredet ved det tverrfaglige tilbudet etablert i Helse Bergen HF.*

Alle pasienter med alvorlig kjeveleddsfunksjon overføres til Helse Bergen HF.

Nettverkssamarbeid innen fot-/ ankelkirurgi

- *Oslo universitetssykehus har fått ansvar for oppfølging av nettverkssamarbeid innen fot-/ ankelkirurgi, herunder skal status og utvikling rapporteres til Helse Sør-Øst RHF. Målet med nettverket er kompetanseutvikling, bedre pasientbehandling og driftsforbedringer som skal bidra til å redusere ventetider og fristbrudd. Det legges til grunn at effektiv metode for kompetansedeling benyttes og at system for evaluering etableres. Nettverkssamarbeidet videreføres som prosjekt ut 2013.*

Nettverket har etablert struktur for personlig veiledning og diskusjon i poliklinikk, samt felles operasjoner/inngrep med assistanse fra mentor. Begge deler gjennomføres ukentlig. Kasediskusjoner er etablert og i videreutvikling. Det planlegges også gruppekonferanser om behandlingsprinsipper og emneundervisning.

Livsstilsrelaterte tilstander

- *Helseforetaket rapporterer data om skader og ulykker til NPR.*

Oslo universitetssykehus HF har i flere år rapportert person- og ulykkeskader til Helsedirektoratet ved Norsk Pasientregister (NPR) via Felles minimum datasett (FMDS) Personskade. Tidligere er det kun Skadelegevakten som har registrert personskader i egen skademodul i PasDoc. Dette er i løpet av 2013 utvidet til også å omfatte Akuttklinikken.

- *Helseforetaket har etablert en overordnet ernæringsstrategi i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og "Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten" (Helsedirektoratet 2012).*

Ernæringsstrategi for Oslo universitetssykehus HF er utarbeidet i Ernæringsrådet ved Oslo universitetssykehus og skal behandles av ledergruppen. Arbeidet med handlingsplan er i gang og en foreløpig skisse er drøftet.

Oslo universitetssykehus HF behandler en rekke pasientgrupper med kompliserte sykdomsbilder der ernæring spiller en vesentlig rolle. Ernæringsstrategien skal bidra til at pasientene ved Oslo universitetssykehus HF får en ernæringsbehandling med høy faglig kvalitet, og at

ernæringsarbeidet blir en naturlig og integrert del av foretakets totale pasienttilbud. Feil-, over- og underernæring hos foretakets pasienter skal forebygges og behandles som en integrert del av det samlede behandlings- og oppfølgingstilbud. Ernæringsstatus skal bedres hos pasienter som er under- eller feilernært, eller er i ernæringsmessig risiko.

- *Helseforetaket rapporterer person- og ulykesskader senest fra og med 1. mai 2013. De helseforetakene som ikke har rapporteringen på plass innen fristen skal sende en redegjørelse til Helse Sør-Øst med årsak og forventet dato for når rapporteringen kan igangsettes. Rapporteringen gjelder både inneliggende pasienter og poliklinikk.*

Er besvart over.

Sykelig overvekt

- *Det er utført minst 300 operasjoner for sykelig overvekt ved Oslo universitetssykehus.*

Det er ved Oslo universitetssykehus HF utført 302 operasjoner av pasienter for sykelig overvekt i 2013.

- *Helseforetakene har utredet og vurdert overvektspasienter fra eget opptaksområde ved en tverrfaglig poliklinisk virksomhet med tilstrekkelig kompetanse og kvalitet.*

Ved seksjon for sykelig overvekt er det tilstrekkelig kompetanse og kvalitet. Seksjonen har høy måloppnåelse og lav risikovurdering. Seksjonen har bistått andre helseforetak i å komme i gang med både konservativ og kirurgisk behandling av sykelig overvekt.

Seksjonen har et nært samarbeid med kurscenter som Helse Sør-Øst har avtale med.

- *Oslo universitetssykehus har videreført arbeidet med utvikling av regionale, helhetlige tilbud til pasienter med sykelig overvekt.*

Seksjon for sykelig overvekt har høy kvalitet og måloppnåelse, og har etablert behandlingstilbud til store deler av Helse Sør-Øst.

Oslo universitetssykehus HF har siden 2008 hatt fast behandlingstilbud hvor det arbeides ut fra et langsiktig perspektiv for å sikre barn normal vekst og utvikling, og forebygge overvektsrelaterte plager senere i livet. Det er opprettet et regionalt senter for barn og unge med overvekt/fedme i Helse Sør-Øst ved Sykehuset i Vestfold. Det er i 2013 bedt om at Helse Sør-Øst RHF vurderer om det bør etableres en regional kompetansetjeneste for barn og unge med overvekt/fedme i samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset i Vestfold.

Helseberedskap

- *Med utgangspunkt i evalueringsrapportene etter terrorangrepet 22. juli 2011 og erfaringer fra øvelser og hendelser, har helseforetaket oppdatert og foretatt nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.*

Helsedirektoratet har gjennom sitt oppfølgingsprosjekt etter terrorhendelsene i 2011 utarbeidet en liste på 24 punkter som må følges opp i helseforetakene og de regionale helseforetakene. Oslo universitetssykehus HF har gjennom det regionale beredskapsrådet deltatt i Helse Sør-Øst RHF's gjennomgang av dette, som spesifiserer hvilke konkrete punkter som må følges opp gjennom planarbeidet i det enkelte helseforetak.

Foretaket var en sentral aktør i helsetjenestens innsats 22/7-11, både prehospitalt og som traumesenter. Vi har gjennom dette høstet egne erfaringer som også er tatt inn i

beredskapsplanarbeidet i foretaket.

På bakgrunn av disse erfaringene og oppfølgingspunktene er beredskapsplanen for massetilstrømming til foretaket og for den prehospitale innsatsen ved ekstraordinære hendelser oppdatert. Dette arbeidet er slutført i 2013. Planene er likevel gjenstand for fortløpende oppdateringer, i likhet med øvrig beredskapsplanverk.

Et prosjekt for å effektivisere mobilisering av ekstra personell ved store hendelser gjennom automatisert telefonvarsling ble avsluttet i desember 2013. Prosjektet har sin bakgrunn i oppfølgingen etter 22/7-11, men er ikke vurdert som kritisk for beredskapsnivåen i foretaket.

Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt i arbeidet Helsedirektoratet har igangsatt i forhold til helsetjenestens organisering på skadested ved store ulykker, og deltok tilsvarende i arbeidet med å utvikle en veileder for masseskadetriage. Enkelte av de oppfølgingspunktene som ligger på direktoratsnivå vil kunne føre til nye behov for oppfølging i helseforetaket, men per i dag har Oslo universitetssykehus HF utført og lukket de punktene som gjelder på foretaksnivå.

- *Det er tatt initiativ til felles trening og øvelser med andre nødetater og frivillige organisasjoner.*

Felles trening og øvelse med de andre nødetatene, Forsvaret og frivillige er gjennomført, med hovedvekt på det prehospitale. Aktiviteten har vært særlig stor innen CBRNE-feltet (kjemiske, biologiske, radiologiske og eksplosive våpen), men det har også vært trent på ”Skyting pågår” og gjennomført en større objekt-øvelse på Oslo lufthavn Gardermoen.

Prehospitale tjenester

- *Prehospitale tjenester videreutvikles i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF, blant annet med bakgrunn i erfaringer og omfrente anbefalinger i evalueringen av hendelsene 22. juli 2011.*

Det er etablert samhandlingsarenaer for felles arbeidsprosesser og koordinering av luftambulansetjenesten med Helse Sør-Øst. Det er nødvendig å videreføre dette i forhold til organisering av AMK-funksjonene i hele regionen.

Legemiddelforsyning

- *For å redusere omfang av og konsekvenser av forsyningsvikt og leveringsvansker av legemidler forutsettes det å finne sted overvåking ved og informasjonsutveksling mellom helseforetaket og Sykehusapotekene.*

Oslo universitetssykehus har HF siden høsten 2011 hatt ukentlige møter med Sykehusapoteket Oslo (SAO) for informasjonsutveksling om leveringsvansker og forsyningsvikt. I løpet av 2013 har Legemiddelverket også deltatt på disse møtene ca en gang per måned.

Sykehusapotekene på nasjonalt plan har i løpet av 2013 etablert en 40 % stilling til overvåking av legemidler hvor det er eller kan bli leveringsvikt. Dette medfører at klinikere kan varsles på et tidligst mulig tidspunkt slik at man kan iverksette tiltak for å hindre at leveringssvikten vil få negative følger for pasientbehandlingen og sykehusdriften.

- *Helseforetaket har etablert et fast ansvarspunkt for kontinuerlig kontakt med det lokale sykehusapoteket om forsynings situasjonen. Dette omfatter også ansvar for å formidle oppdatert informasjon om forsynings situasjonen, risikoer for mangel og forslag for aktuelle tiltak til relevante kliniske miljøer i eget foretak og lokal legemiddelkomité.*

Leder og sekretær for Legemiddelkomiteen (LMK) er ansvarlig for kontakt med Sykehusapoteket Oslo (SAO) vedrørende forsynings situasjonen. LMK og SAO har ukentlige møter. LMK tar kontakt med relevante fagmiljøer i Oslo universitetssykehus HF ved spesielle mangelsituasjoner, og det utarbeides anbefalinger lokalt og i enkelte tilfeller nasjonalt ved ulike mangelsituasjoner. LMK legger ukentlig ut oversikter over legemiddelmangel og forslag til tiltak på foretakets intranettside. Disse oversiktene sendes også til Sykehusapotek og Helseforetak nasjonalt. Ved forsyningsvansker og mangel på spesielt kritiske legemidler sendes informasjon til ledelsen for videresending i klinikkene.

- *Helseforetaket har rutiner som sikrer at relevant informasjon fra de kliniske miljøene formidles til den sentrale arbeidsgruppen i Oslo universitetssykehus/ Sykehusapoteket Oslo om lokale situasjoner og driftsforhold som kan ha betydning for legemiddelforsynings situasjonen.*

Foretaket har etablert et LIS-utvalg – Legemiddelinnkjøpssamarbeid – hvor alle klinikker er representert, og involvert ved vurdering av behov for legemidler påfølgende år. Melding om behov for endringer i terapiretningslinjer er et viktig område hvor foretaket søker å forbedre arbeidet.

- *Ved reforhandling av avtaler mellom Sykehusapotekene og øvrige helseforetak er maler for respektive avtaler lagt til grunn slik disse er oppdatert og formidlet til helseforetakene i desember 2012.*

Gjeldende maler legges til grunn.

- *Helseforetaket deltar i sentral vaktordning for regionen slik denne er utformet og formidlet i brev til helseforetakene i desember 2012.*

Oslo universitetssykehus HF deltar i sentral vaktordning for regionen slik denne er utformet og formidlet i brev til helseforetakene i desember 2012. Vaktordningen er en del av avtaleportefølgen mellom Oslo universitetssykehus HF og Sykehusapoteket Oslo og er dessuten beskrevet i foretakets system for styrende dokumentasjon (eHåndbok).

Vaktordningen er organisert slik:

1. En sykehusfarmasøyt fra Sykehusapoteket Oslo har hjemmevakt for Oslo universitetssykehus HF utenom ordinær arbeidstid, på hverdager fra kl 16.00 til kl 08.00 og i helgene fra fredag kl 16.00 til mandag kl. 08.00. Hjemmevakten gjelder også på døgnbasis for påske-, pinse-, jule- og nyttårshelgen, samt ved andre høytidsdager/ offentlige fridager.
2. Vaktfarmasøyten kontaktes ved akutt behov for legemidler eller for rådgivning om legemiddelbruk. Foretakets leger avgjør om vaktfarmasøyt skal kontaktes. Kontakten skjer ved at ansatte kontakter sentralbordet for videreformidling til vaktfarmasøyt. Vaktordningen omfatter ikke tilberedning av legemidler, men vaktfarmasøyt må kunne formidle noe kunnskap innen dette felt.
3. Vakthavende farmasøyt er tilgjengelig på mobiltelefon (vakttelefon) og må ved utrykning kunne stille på sykehusapoteket innen 90 minutter.

Nasjonale tjenester

- *Nasjonale tjenester (behandlingstjenester, kompetansetjenester, flerregionale tjenester) ivaretar krav til tjenestene jf. forskrift og veileder.*

Samtlige nasjonale tjenester ved Oslo universitetssykehus HF har innlevert rapport for 2012. Det arbeides kontinuerlig med å følge opp og ivareta krav til tjenestene.

- *Referansegrupper følger opp faglig mandat for referansegrupper.*

Mange nasjonale tjenester ved Oslo universitetssykehus HF manglet referansegrupper ved årets begynnelse. Dette har man systematisk jobbet med å opprette. De aller fleste har nå fått etablert en referansegruppe. Det gjenstår imidlertid henvendelser til HF/RHF i forbindelse med den formelle oppnevningen av enkeltpersoner til gruppene.

- *Nasjonale tjenester følger opp evalueringen fra Helsedirektoratet.*

Alle nasjonale tjenester ved Oslo universitetssykehus HF har mottatt og er gjort kjent med evalueringen fra Helsedirektoratet. På bakgrunn av Helsedirektoratets tilbakemelding av innholdet i seks av rapportene, har disse seks tjenestene levert inn ny fullstendig rapport.

3.2.3 Utdanning av helsepersonell

- *Rask og effektiv tilsettingsprosess for turnusleger i samarbeid med aktuelle kommuner.*

Våren 2013 ble det gjennomført en omfattende ansettelsesprosess av turnusleger ved Oslo universitetssykehus HF. Det kom inn 454 søknader til 12 utlyste stillinger. Oslo universitetssykehus HF har 15 turnusplasser per halvår, men ved denne utlysningen var tre stillinger allerede forbeholdt kandidater fra gammel ordning.

Representanter fra Oslo universitetssykehus ledet ansettelsesprosessen og så deltok også representanten fra Oslo kommune i tillegg til tillitsvalgte fra Legeforeningen. Samarbeidet mellom foretaket, Oslo kommune og tillitsvalgte var meget bra.

Mange av søkerne var svært godt kvalifisert. Det var en seriøs gjennomgang og vurdering av alle søknadene. Til sammen ble det gjennomført 40 intervjuer. Søkerne ble rangert av intervjugruppen. Tilbud ble sendt ut på fastsatte datoer fra Helsedirektoratet, og turnuskandidatene begynte i stillingene 01.09.2013.

Ansettelsesprosessen er nedfelt i et eHåndboks-dokument. Her gjenstår små justeringer som vil bli foretatt når samarbeidsavtalen med Oslo kommune kommer på plass. Oslo universitetssykehus HF avventer tilbakemelding fra Oslo kommune slik at samarbeidsavtalen kan endelig ferdigstilles.

Ansettelsesprosessen er kort beskrevet (alle datoer og frister er fastsatt av Helsedirektoratet):

1. Forberedelse - klargjøring av hvem som skal delta i ansettelsesprosessen
2. Utlysning
3. Søknadsfrist
4. Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune gjennomgår alle søknader og utarbeider av liste med aktuelle kandidater
5. Gjennomføring av intervju
6. Tilbudsbrev med arbeidskontrakt sendes kandidatene
7. Oppstart ved Oslo universitetssykehus HF 01.09.2013
8. Oslo kommune utarbeider arbeidskontrakt for ansettelse i kommunehelsetjenesten med oppstart 01.09.2014

- *Antall turnusplasser for fysioterapeuter er økt, jf. kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd (Turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter).*

Oslo universitetssykehus HF har hatt 11 turnusfysioterapeuter i perioden 15.08.2012 - 15.08.2013, og har økt til 12 turnusfysioterapeuter i perioden 15.08.2013-15.08.2014.

- *Helseforetaket har bidratt til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelse- og omsorgstjeneste, spesielt innen geriatri, neurologi, habilitering/ rehabilitering, psykisk helse og rusmiddelavhengighet.*

Det er inngått tjenesteavtale om kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling mellom sykehusene i Hovedstadsområdet og Oslo kommune.

Det blir viktig å utvikle helseindikatorer i fellesskap med tanke på å forebygge utvikling av sykdom, komplikasjoner, forbedre prognoser og hindre tilbakefall av alvorlig sykdom.

Det er vesentlig å legge til rette for gjensidig kunnskapsoverføring. Daglig samhandling med dialog og informasjonsutveksling bidrar til å sikre gode tjenester og pasientforløp:

- Virksomheten på Aker og tilknyttede prosjekter utgjør en viktig samhandlingsarena der foretakets personell til daglig arbeider sammen med ansatte i Oslo kommune.
- Det samme gjelder også til dels ved de distriktspsykiatriske sentrene og innen barne- og ungdomspsykiatrien.
- Ved den kommunale legevakten i Oslo er fagområdene delt mellom kommunal drift og avdelinger fra Oslo universitetssykehus HF.
- De prehospitaltjenester med AMK og ambulanspersonell møter ved oppdrag ofte kommunalt ansatte, ofte i akutte situasjoner, der veiledning og kunnskapsoverføring inngår som en naturlig del av arbeidet.
- Foretakets leger og helsefaglige personell får ofte henvendelser fra kommunalt ansatt helsepersonell fra hele landet med faglige spørsmål.
- Foretaket tilgjengeliggjør i økende grad faglige prosedyrer som av erfaring også er sterkt etterspurt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det må utvikles felles tiltak for å styrke kunnskap og kompetansebygging hos helsepersonell, dette vil understøtte samhandlingsreformens intensjon. Ambulant virksomhet sees som et prioritert område som må videreutvikles.

3.2.4 Forskning og innovasjon

Forskning

- *Oslo universitetssykehus har iverksatt tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskning.*

Oslo universitetssykehus HF har i 2013 aktivt diskutert temaet brukermedvirkning i forskning. Styrket brukermedvirkning er også nedfelt i strategi- og handlingsplaner for foretaket, både i sykehusovergrepene planer og på klinikknivå. Det er viktig å finne hensiktsmessige former for og en god struktur på brukermedvirkning, i prosjekter der dette er relevant. Verken Oslo universitetssykehus HF, eller helseforetakene i landet forøvrig, har pr idag systematiske registreringer av brukermedvirkning. Det pågår et nasjonalt arbeid, felles for helseforetakene og etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, for å etablere nasjonale retningslinjer for brukermedvirkning. Disse skal foreligge våren 2014. Oslo universitetssykehus HF har bedt Helse Sør-Øst RHF om å få spille inn synspunkter til arbeidsgruppen så tidlig som mulig i prosessen, da Oslo universitetssykehus HF selv ikke er blant Helse Sør-Østs representanter i det nasjonale arbeidet. Det er viktig at de retningslinjer som etableres er håndterbare for Oslo universitetssykehus HF, som er landets desidert største forskningsaktør i sykehussektoren.

Eksempler på områder i Oslo universitetssykehus HF med ulike former for brukermedvirkning i forskningsprosessen eller forskningsstrategiske fora:

Brukerrepresentasjon i sentrale råd og utvalg:

Forskningsutvalget v/Oslo universitetssykehus HF (modell endres fra 2014 etter ønske fra Brukerutvalget. Ny løsning er at Forskningsutvalgets leder og/eller forskningsdirektør presenterer aktuelle saker for hele Brukerutvalget i deres møter, fremfor at bruker(e) er representert i Forskningsutvalget), repr. i Forskningsutvalg for Klinikk psykisk helse og avhengighet, repr. i Fagråd for samhandlingsforskning. Bruker har også vært oppnevnt i foretakets Biobank- og registerutvalg, men har ikke møtt (ordning avvikles etter ønske fra Brukerutvalget, jf omtale ovenfor vedr Forskningsutvalget og ny modell for samordning av saker mellom utvalgene). Brukerrepresentasjon i styringsgruppen for flere av foretakets nasjonale kvalitetsregistre.

Brukerrepresentasjon inn i prosjekter (her mangler foretaket oversikt).

Eksempler:

Kreft: en bruker er med i arbeidet for ”bredt samtykke til forskning på biologisk materiale fra kreftpasienten”,

Medisinsk teknologi: brukere med i diabetesprosjektet hvor bruker skal føre ”dagbok”,
Senter for pasientmedvirkning og samhandlingsforskning - flere prosjekter involvere brukere direkte i utvikling av løsninger.

Annet: omfattende samarbeid med pasientforeninger (eksempelvis Kreftforeningen og LHL). Slikt samarbeid kan være av overordnet karakter og direkte inn mot rekruttering av pasienter til prosjekter.

- *Oslo universitetssykehus har etablert en helhetlig infrastruktur for kliniske intervensjonsstudier, som også gjør det lettere å få til et effektivt samarbeid med eksterne aktører og bidra til interregionalt og nasjonalt samarbeid om gjennomføring av slike studier innenfor NorCRIN.*

Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt i NorCRIN og i underliggende arbeidsgrupper. Det arbeides for aktiv deltakelse i prosjekter gjennom NorCRIN og EATRIS. Helse Sør-Øst RHF bidrar særskilt i denne prosessen og infrastruktur for kliniske studier er styrket gjennom nyetablerte nettverk med prosjektkoordinatorer/studiesykepleiere. Formålet er å skape en mer helhetlig prosess for gjennomføring av industrifinansierte kliniske studier ved Oslo universitetssykehus HF ved å styrke infrastruktur, bidra til bedre koordinering og nettverksbygging, og avhjelpe flaskehalsproblemer. Det arbeides konkret med å styrke infrastrukturen, særlig knyttet opp mot prosjektlogistikk i klinikkene. Også samarbeid og arbeidsflyt mellom klinikkene/forskerne, Inven2 (avtalepart med industrien på vegne av Oslo universitetssykehus HF) og Forskningsstøttefunksjoner styrkes.

- *Oslo universitetssykehus har ivaretatt rollen som nav i det regionale forskningssystemet og oppfylt regionale forpliktelser knyttet til tildelte regionale forskningsmidler, spesielt innen kategoriene regionale forskningsnettverk, større forskningsprosjekter, og regionale teknologiske kjernefasiliteter. I tillegg har Oslo universitetssykehus ivaretatt regionale forskningsstøttefunksjoner som er finansiert av regionale strategiske forskningsmidler.*

Nav-funksjonen innen forskning er gjennom 2013 ivaretatt gjennom både regionale forskningsstøttefunksjoner, regionale forskningsnettverk, prosjektbaserte nettverk og regionale teknologiske kjernefasiliteter. For regionale prosjekter med støtte fra Helse Sør-Øst RHF gis det årlig en faglig prosjektrapport (eRapport til Helse Sør-Øst RHF) som er offentlig tilgjengelig på Helse Sør-Øst RHF's nettsider for forskning. I tillegg til bidragene gjennom formaliserte prosjekttildelinger og regionale forskningsstøttefunksjoner, bidrar en rekke fagpersoner i Oslo universitetssykehus HF med veiledning til stipendiater utenfor foretaket, og med annen forskningsfaglig kompetanse og samarbeid. Veiledning til stipendater som utfører arbeidet andre steder enn ved Oslo universitetssykehus HF er i liten grad synlig i oversikter over forskningsaktivitet i regionen, fordi doktorgraden krediteres det foretaket doktorgraden

hovedsakelig utføres ved og/eller finansieres av (i universitetssektoren vil veileders arbeidssted være utslagsgivende – ikke kandidatens).

Oslo universitetssykehus HF bidrar også med presentasjoner og faglige innlegg om forskning, forskningsorganisering og forskningsledelse ved andre sykehus, som en del av nav-funksjonen og ut over det som omfattes av regionale forskningsstøttefunksjoner.

Flere fagområder bidrar med multisenterstudier. Det er utfordrende at en oppbygging og spredning av forskningskompetanse til øvrige foretak i regionen slår negativt ut på kreditering og tildeling av forskningsfinansiering, jamfør modell der medforfatterskap på tvers av sykehus i regionen reduserer antall publikasjonspoeng pr institusjon og dermed gir insentiver som kan virke hemmende på samarbeid.

For rapportering om regionale forskningsstøttefunksjoner henvises til egen årsrapport, som separat vedlegg til Årlig melding. Regionale forskningsstøttefunksjoner er rapportert tertialvis til Helse Sør-Øst RHF og presentert i regionale forskningsfora. Det pågår et større arbeid, i regi av Helse Sør-Øst RHF, for å følge opp en ekstern evaluering av regionale forskningsstøttefunksjoner (evaluering bestilt av Helse Sør-Øst RHF og utført av Ernst & Young i 2013). Det skal vurderes om det er aktuelt med justeringer i det regionale forskningsstøttetilbudet. Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt i oppfølgingsarbeidet. For helseforetaket er det også viktig at selve bestillingen fra eier tydeliggjøres i større grad og at helseforetak og private sykehus i regionen som mottar tilbud om støttefunksjoner, også bidrar til å gjøre dette tilbudet kjent i egen organisasjon. Oslo universitetssykehus arbeider aktivt for å gjøre tilbudet mer kjent i og utenfor eget sykehus og har videretrukket web-sider for regional forskningsstøtte i betydelig grad.

- *Oslo universitetssykehus har lagt til rette for samhandlingsforskning i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer, også innenfor egne budsjettammer.*

Samhandlingsforskning ved Oslo universitetssykehus HF har gradvis blitt styrket de siste årene og foregår i flere klinikker. Det arbeides med å tilrettelegge for en mer koordinert og kvalitetsmessig begrunnet satsing på samhandlingsforskning.

Foretaket opprettet i 2012 et eget Fagråd for samhandlingsforskning, ledet av professor og overlege i geriatri, Torgeir Bruun Wyller. Fagrådet er bredt sammensatt og har representanter fra klinikker, stabsheter, Universitetet i Oslo, Høyskolen i Oslo og Akershus, Oslo kommune, primærhelsetjenesten samt Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF. Fagrådet har kartlagt pågående samhandlingsforskning ved Oslo universitetssykehus HF, arbeidet med begreps-avklaringer, identifisering av områder som bør prioriteres i det videre, samt utarbeidet en egen handlingsplan for Samhandlingsforskning. Planen ble ferdigstilt og godkjent i 2013, som en egen del av foretaket overordnede Handlingsplan forskning 2013-2015. Planen er også sendt inn, som et innspill, til strategi HelseOmsorg21, arbeidsgruppen ”Kommunesektoren”.

Oslo universitetssykehus HF har søkt, og fått tilsagn om, ekstern støtte til flere forskningsprosjekter som klassifiseres som Samhandlingsforskning. Foretaket har i 2013 også besluttet å sette av en del av foretakets sentrale forskningsmidler for 2014 til støtte for samhandlingsforskningsprosjekter. Det settes i første omgang av 0,5 mill. kroner, primært som støtte til prosjekter som søker ekstern finansiering og som har behov for støtte i oppstarts-/søknadsfasen. Fagråd for samhandlingsforskning vil få en sentral rolle når det gjelder innstilling til bruk av midlene.

Eksempler på pågående samhandlingsprosjekter hvor det pågår forskning: Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre, Ambulerende sårteam.

- *Oslo universitetssykehus har samarbeidet om gjennomføringen av Biobank Norge.*

Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt i Biobank Norge og leder en av arbeidspakkene i prosjektet. Gode lagringsfasiliteter er et særskilt prioritert område, blant annet i samarbeid med Folkehelseinstituttets lagringsfasiliteter.

Gjennom prosjektet har Oslo universitetssykehus HF inngått en regional anskaffelse av sporingsverktøy for biobanker som er under implementering.

- *Oslo universitetssykehus har styrket egen infrastruktur for biobanker og forskning på humant biologisk biobankmateriale, og ved behov for langtidslagring fortrinnsvis gjort bruk av den regionale lagringsfasiliteten for biobankmateriale ved Folkehelseinstituttet.*

Den eksterne lagringsfasilitet (Myrens verksted), etablert i samarbeid med Folkehelseinstituttet, brukes i økende grad av forskere ved Oslo universitetssykehus HF. Det arbeides for et utvidet biobanksamarbeid mellom Folkehelseinstituttet, Oslo universitetssykehus HF og Universitet i Oslo. Det pågår en prosess internt for bedre infrastruktur for biobanker.

- *Oslo universitetssykehus har styrket og videreutviklet egen infrastruktur for forskning, herunder IKT-løsninger for forskning.*

Det arbeides med tiltak for vesentlig forbedret IKT-infrastruktur og forskningsstøtte for forskere. Oslo universitetssykehus følger tett opp overfor Helse Sør-Øst/Sykehuspartner og eget styre med spesielt fokus på blant annet bedret brukerstøtte, oppgradering av eksisterende forskernett og utbredelse av en forskernettløsning til hele foretaket, ressurser til uttrekk av data og elektronisk innhenting av pasientinformasjon. Gjennom fagrådet for kjernefasiliteter arbeides det internt og i samarbeid med Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst RHF om bedre definering, koordinering og prioritering av kjernefasiliteter. Det arbeides med at kjernefasilitetenes tilbud synliggjøres bedre. Det utlyses årlig sentrale søknadsmidler for å støtte oppunder investeringsbehov for forskningsbiobanker og kvalitetsregistre. Det arbeides internt med å prioritere investeringsmidler til forskningsutstyr.

Innovasjon

- *Oslo universitetssykehus har initiert eller deltar i forskningsbaserte eller brukerdrevne innovasjonsprosjekter og det er et konkret mål at aktiviteten økes på dette området.*

Foretaket har hatt en økning i både brukerdrevne og forskningsdrevne innovasjonsprosjekter i 2013, i henhold til intern strategi og handlingsplan.

- *Oslo universitetssykehus bidrar med data til nyetablert database for innovasjonsindikatorer i helseforetakene.*

Foretaket har bidratt i en pågående prosess for innkjøp av en database for registrering og prosessering av innovasjonsprosjekter. Oslo universitetssykehus HF har vært en viktig bidragsyter i utviklingen av innovasjonsindikatorer.

- *De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Sør-Øst RHF iverksatt foreslåtte tiltak i rapporten "Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser" fra 2012. Oslo universitetssykehus deltar ved behov i piloter på dette området.*

Foretaket har deltatt i en pilot knyttet til førkommersielle anskaffelser.

- *Oslo universitetssykehus deltar ved behov i større innovasjonsprosjekter som bidrar til bedre pasientforbehandling og samhandling.*

Innovasjonsseksjonen ved foretaket har deltatt aktivt i flere store prosjekter, herunder "Hvis pasienten fikk bestemme (brystkreft)" og samhandlingsarenaen på Akers prosjekt om livsstilssykdommer. I tillegg har foretaket utarbeidet verddivurderinger i fem større samhandlingsprosjekter knyttet til mobile helsetjenester.

3.3 Organisatoriske krav og rammebetingelser

3.3.1 Resultatkrav og oppfølging for 2013

Resultatkrav for 2013

- *Helseforetaket har sikret nødvendige investeringer. I økonomisk langtidspan har helseforetaket estimert behov for årlige resultater, blant annet med utgangspunkt i nødvendig nivå på ny- og reinvesteringer i bygg og medisinsk teknisk utstyr.*

Gjennom arbeidet med økonomisk langtidspan (ØLP) 2014-2017 er det fremtidige investeringsbehovet vurdert. Det er et betydelig etterslep innen både bygg- og medisinsk teknisk utstyr som krever betydelige investeringer inntil nye bygg kan realiseres. Behovet er kommunisert til Helse Sør-Øst RHF og for 2014 er det sikret ekstraordinær finansiering for 450 mill kroner etter styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF.

Det er gjennom arbeidet med økonomisk langtidspan estimert behov for årlige resultatforbedringer og overgang til en overskuddssituasjon for å finansiere investeringsbehovet i bygg og medisinsk teknisk utstyr.

- *Oslo universitetssykehus har fortsatt arbeidet med omstilling av virksomheten i forbindelse med samlokalisering samt overføring av pasientgrunnlag til Akershus universitetssykehus. Det tillates i 2013 et negativt årsresultat på inntil 200 millioner kroner. Dette legges til grunn i den løpende oppfølging av økonomisk status og avvik i 2013. Det gis økt driftskredittramme for å dekke opp likviditetsbehov i den forbindelse.*

Tiltak knyttet til understøttelse av omstillingsprosessen i Oslo universitetssykehus HF er adressert i Områdeplan IKT for perioden 2013-2016, og er kategorisert som følger:

- Etablering av ett felles klinisk informasjonsgrunnlag
- Etablering av konsoliderte administrative løsninger
- Etablering av en felles IKT basisplattform

Prosjektene i disse kategoriene er påbegynt, og arbeidet vil, som planlagt, videreføres også i 2014. Enkelte prosjekter er også gjennomført, eksempelvis innføring av GAT.

Styring og oppfølging i 2013

- *Framdriften i omstillingene i hovedstadsområdet baseres på fortløpende risikovurderinger, blant annet for å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen. Det videre omstillingsarbeidet i hovedstadsområdet gjennomføres samtidig som kravene til forsvarlige tjenester for pasientene og et godt arbeidsmiljø for de ansatte blir ivarettatt. Føringene i omstillingsavtalen i Helse Sør-Øst RHF utgjør et godt grunnlag for involvering og medvirkning for ansatte og tillitsvalgte, og det er av stor betydningen av å engasjere de ansattes organisasjoner i løpende omstillingsarbeid.*

Oslo universitetssykehus HF ivaretar medvirkning for tillitsvalgte og verneombud iht Hovedavtalen, arbeidsmiljøloven og de 12 prinsipper for omstilling i Helse Sør-Øst.

Oslo universitetssykehus HF har en rekke formelle og uformelle fora som innebærer ukentlige møter mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud på foretaksnivå. Tillitsvalgte og verneombud er involvert i registrerte prosjekter og omstillingsprosesser basert på god OUS-praksis. Foretaket mener at oppfølging av medvirkning og involvering er god. Det legges fortsatt ikke skjul på at det er krevende å implementere gode rutiner i hele foretaket og på alle nivå. Foretakstillitsvalgte melder at samarbeid og medvirkning fungerer godt på foretaksnivå, men er mer varierende jo lenger ned i organisasjonen kommer. Det jobbes derfor aktivt med lederopplæring og bevisstgjøring om medvirkning i organisasjonen. I 2013 ble det etablert et eget opplæringstilbud i arbeidsgiverrollen for alle ledere. Tilbudet er populært og kursene fulltegnes.

- *Helseforetaket har sikret at den medisinske kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.*

Helseforetaket har løpende fokus på å sikre at pasientrettet aktivitet registreres og kodes korrekt og fullstendig slik at det gir et riktig bilde av aktivitet utført ved helseforetaket. Gjeldende instruks som beskriver oppgaver og ansvarsforhold i forbindelse med registrering og kontroll av aktivitetsdata, er under revidering.

3.3.2 Organisatoriske krav og rammer for 2013 **Informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse)**

- *IKT Strategi og Langtidsplan er gjeldende for Oslo universitetssykehus. Helseforetaket bidrar til utvikling og innføring av IKT-tjenester berunder standardisering og samhandling i tråd med nasjonale og regionale føringer. Foretakene vil i denne sammenheng være ansvarlig for mottak og ibruskstakelse i henhold til regionale planer og føringer. Helseforetaket skal styrebehandle egen områdeplan for IKT.*

Oslo universitetssykehus HF tar del i oppfølgingen av stortingsmeldingen gjennom blant annet prosjektet ”Digital samhandling Oslo universitetssykehus HF” (tidligere Meldingsløftet), og gjennom innspill og bidrag via blant annet høringssvar.

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

- En gjennomgående elektronisk pasientjournal (inkludert fødejournal og en felles løsning for prøvesvar), som vil sørge for at pasientinformasjon er tilgjengelig på tvers av fag og geografi i Oslo universitetssykehus HF. Det skal ved etablering av felles EPJ basert på DIPS også etableres like arbeidsprosesser for bruk av EPJ på tvers av foretaket, for å bedre det interne samarbeidet og øke graden av digitalisering.

- Innføring av nytt gjennomgående RIS/PACS, som vil understøtte bildediagnostikk i Oslo universitetssykehus HF på tvers av organisasjon, geografi og fagområder. Med dette legges grunnlaget for en mer effektiv drift og elektronisk tilgang til nødvendig informasjon i foretaket.
- Ett felles laboratorieinformasjonssystem (LIMS), som skal understøtte en fullverdig konsolidering og integrasjon innen det enkelte fagområde i laboratoriemedisinen i Oslo universitetssykehus HF.
- Etablere felles løsninger for innkjøp, logistikk, økonomi og netthandel. Fellesløsningene skal dekke de samlede behovene for hele Oslo universitetssykehus HF innen de berørte områdene, og er en forutsetning for at man skal kunne standardisere rutiner og prosesser på tvers i foretaket.
- Etablere en felles IKT-infrastruktur som er oppdatert og sikrer at foretaket kan driftes forsvarlig og evner å ta i bruk nye tjenester.
- Arbeide systematisk og tverrfaglig med indikatorer for produktivitet og effektivitet, som gjør det mulig å måle gevinstuttak og synliggjøre nytteeffektene av tiltakene og aktivitetene som er prioritert for perioden.
- Videreføre arbeidet med lokale, regionale og nasjonale tiltak for samhandling og pasientdialog.
- Arbeide systematisk med effektivisering og strømlinjeforming av IKT-funksjonen ved foretaket for å sikre en fremtidsrettet og effektiv IKT-organisering som evner å ivareta og videreutvikle foretakets IKT-tjenester.

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

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

Samlet sett vil alle de nevnte tiltak bygge opp under målsetningen i: Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger - én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.*

- *Helseforetaket har sikret videre utvikling av sin IKT-virksomhet i henhold til vedtatt rolle/ansvarsfordeling og til enhver tid gjeldende rammeverk for IKT (drift, forvaltning, utvikling) i Helse Sør-Øst.*

Områdeplan for IKT i Oslo universitetssykehus HF i perioden 2013-2016 bygger på den vedtatte regionale "IKT strategi og handlingsplan", slik at planverkene henger sammen. Planen har et fireårs perspektiv, blant annet for å sikre et helhetlig bilde av den planlagte utviklingen. Oslo universitetssykehus HF deltar i de regionale fora for IKT, og forholder seg til den vedtatte rolle/ansvarsfordeling i sine planer og sitt virke.

- *Helseforetaket har styrket og videreutviklet samarbeidsarenaer og relasjon med Sykehuspartner.*

Oslo universitetssykehus HF IKT har ulike formelle samarbeidsarenaer med Sykehuspartner, både i forbindelse med daglig drift og i prosjektsammenheng. I løpet av 2013 er det etablert flere, og disse videreføres også i 2014.

- *Helseforetakene har innført/videreutviklet lokal prosjekt- og porteføljestyring iht fellesregionalt rammeverk og metodikk, herunder tatt i bruk system for prosjekt og porteføljestyring i samsvar med felles regional prosjektplan.*

Porteføljestyring er etablert for prosjektene som er prioritert inn i Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF, i henhold til fellesregionalt rammeverk og metodikk. Clarity er innført som prosjektstyringsverktøy.

Informasjonssikkerhet

- *Helseforetaket har deltatt i arbeidet i Helse Sør-Øst RHF for å bistå Norsk Helsenett SF med å utvikle HelseCSIRT som helse- og omsorgssektorens felles kompetansesenter for informasjonssikkerhet.*

Helseforetakets leverandør og databehandler Sykehuspartner, har Norsk helsenett som underleverandør. Det er dermed via Sykehuspartner og sammen med fagnettverket innen informasjonssikkerhet i regionen Oslo universitetssykehus HF sitt bidrag til HelseCSIRT i Norsk Helsenett SF utvikles. Dette omfatter også rapportering og håndtering av hendelser.

Regjeringens digitaliseringsprogram

- *Helseforetaket bidrar i gjennomføringen av regjeringens digitaliseringsprogram.*

Oslo universitetssykehus HF bidrar til digitalisering og samhandling, blant annet ved innføring av fellesregionale løsninger og ved å bidra inn i flere innovasjonsprosjekter. I løpet av 2013 har foretaket også videreutviklet og innført løsninger for pasientdialog, blant annet elektronisk endring/avbestilling av timeavtaler via MinJournal.

Tiltak på personalområdet

Ledelse

- *Helseforetaket legger til rette for at ledere i førstelinjen har nødvendig kompetanse og støtte for å ivareta sitt ansvar som leder*

Oslo universitetssykehus HF har omkring 1100 ledere, ca 800 av disse er førstelinjeledere. Oslo universitetssykehus HF har eget lederutviklingsprogram for førstelinjeledere. Til nå har 600 førstelinjeledere fullført programmet og det pågår en ny runde med 66 førstelinjeledere som startet opp 10 oktober 2013. Førstelinjelederprogrammet vil da ha nådd et metningspunkt der nesten alle ledere har gått gjennom dette programmet. Foretaket planlegger nå å utvide førstelinjelederprogrammet til å omfatte alle nye ledere (N4 og N5) og utvidet fokuset på lederopplæring.

Oslo universitetssykehus HF har en rekke lederopplæringskurs innen HMS, økonomistyring, kvalitetsarbeid og HR arbeid. Det ble også opprettet egne kurs våren 2013 i ressurs- og arbeidstidsplanlegging ("Så arbeidsgiverhatten passer"). Det ble gjennomført 8 kurs med totalt 271 ledere som har gjennomført kurset. Foretaket ønsker nå å samle alle disse kursene under en paraply og tilby dette obligatorisk som en kurspakke for alle nye ledere.

- *Ledelse på alle nivå har lagt til rette for systematisk kvalitets-, pasientsikkerhets- og HMS-arbeid.*

Det tar tid å etablere god innsikt og kunnskap om systematisk kvalitets-, pasientsikkerhets- og HMS-arbeid på alle nivåer. Derfor har foretaket helt fra starten i 2010 lagt til rette for dokumenterte prosedyrer og retningslinjer for dette arbeidet.

Gjennom foretakets dokumentstyringssystem, eHåndboken, har ledere og medarbeiderne enkel tilgang til beskrivelser av systemer og aktiviteter for å sikre kontinuerlig forbedring. I løpet av året har alle de sentrale dokumentene innen kvalitetsområdet blitt oppdatert etter en høringsrunde i klinikker, staber og avdelinger.

Det er tydeliggjort at foretakets helhetlige kvalitetssystem tar utgangspunkt i alle krav fra den enkelte pasients forventninger og behov til eiers myndighetenes krav om internkontroll og intern styring og kontroll.

Krav til tilsetningsforhold

- *Helseforetaket har videreført arbeidet med å øke andelen faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidstillinger og tilby flere heltidsstillinger, samt utvikle kunnskapsgrunnlaget på området.*

I tilknytning til oppdraget om å øke andel faste stillinger og redusere bruken av deltid i 2013 er følgende tiltak gjennomført:

- Systemet for registrering av deltid i personalportalen følges opp av den enkelte leder.
- Bruk av deltid og gjennomsnittlig stillingsprosent er tema på tertialoppfølgingsmøter med klinikkene.
- Bruk av deltid har vært drøftet i møte med foretakstillitsvalgte.
- I løpet av året har foretakets retningslinjer for deltid blitt revidert. Dette er gjort for å imøtekomme nye krav ved endring av AML fra 1.1.2014.
- Det er sendt ut lederinformasjon vedrørende endringer av retningslinjer, og oppfølging av deltid.
- Bruk av deltid kan i noe grad være kulturelt betinget. Temaet er derfor tatt opp i arbeidstids- og ressursplanleggingskurs for ledere for å utvikle kunnskapsgrunnlaget på området.
- Arbeidet med å kunne tilby økt stilling til alle som ønsker det er videreført i 2013. Tilbudet gis nå til alle sykepleiere dersom de knytter seg opp til foretakets personalformidling. Det arbeides med utvidelse av dette tilbudet til også å gjelde andre grupper. Spørsmål om deltid er tatt inn som en del av utviklingssamtalen.
- Andel deltid er redusert med 5 % fra januar 2012 til oktober 2013
- Gjennomsnittlig stillingsprosent er økt med 1 % fra januar 2012 til oktober 2013

Flere lærlingplasser

- *Helseforetaket bidrar til å sikre flere lærlingplasser i tråd med målene i Samfunnskontrakt for flere læreplasser.*

Oslo universitetssykehus har hatt 50 lærlinger innen ambulanséfaget i inneværende år med en topp på 70 lærlinger i overlapp mellom to kull i august.

Foretaket har kontinuert avtalen med Sykehjemsetaten som tilbyr praksis til 8 helsefagarbeiderlærlinger.

Arbeidet med å bli godkjent lærebedrift og motta egne helsefagarbeiderlærlinger fra 2016 er i gang.

Helsepersonells bierverv og avtaler med private

- *Helseforetaket følger rutiner for bierverv og rapporterer om status for antall bierverv pr. 31.12 i årlig melding.*

Bierverv registreres i Personalportalen.

Pr. 1. september 2013 var det i alt 1049 bierverv registrert ved Oslo universitetssykehus HF og det ble rapportert til Helse Sør-Øst RHF. Oslo universitetssykehus HF antar på bakgrunn av innspillene fra klinikkene at det fortsatt er en underrapportering ved foretaket. Det vil arbeides videre med bekjentgjøring av regelverk og opplysningsplikten for ansatte slik at alle bierverv etterhvert kan bli rapportert inn og vurdert.

Oppfølging av arbeidsmiljøloven

- *Helseforetaket har gode rutiner for å unngå mulige brudd på arbeidsmiljøloven generelt og arbeidstidsbestemmelsene spesielt.*

Oslo universitetssykehus HF arbeider kontinuerlig med å redusere antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene ved helseforetaket. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene er en del av månedlig gjennomgang i klinikkene. Det er også tema ved ledelsens tertialgjennomgang med hver klinikk.

Det er utarbeidet en tiltaksplan med sentrale og klinikkvise tiltak for å sikre at arbeidstidsordninger er i samsvar med rammene i arbeidstidsbestemmelsene. I forbindelse med oppfølgingen av disse tiltakene er det også etablert faste møter med HR i klinikk og med foretakstillitsvalgte. Tiltakene er i hovedsak knyttet til kompetanseheving hos ledere, rekrutterings- og ressursplanleggingstiltak for å sikre kritisk kompetanse, samt målrettede tiltak mot utsatte enheter.

Sammenlignet med 2012 har antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene gått opp (per 31. august 2013). Man ser også en økning fra 9630 brudd på arbeidstidsbestemmelsene i første tertial 2013 til 11 303 i andre tertial, en økning på 1673 brudd. Denne økningen tilskrives i hovedsak en klinikk som øker med 1133 brudd. Klinikken har tidligere hatt utfordringer med å sikre datagrunnlaget. Ut over dette skyldes økningen i to andre klinikker at flere enheter er lagt inn felles GAT. Det arbeides videre med kvalitetssikring av datagrunnlaget. Rapportering fra ett felles ressursplanleggingssystem vil skje etter tredje tertial 2013.

Kompetansebehov og -planlegging

- *Det er gjennomført en overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse som avdekker kompetansebehov og nødvendige rekrutterings- og utviklingstiltak på fire års sikt.*

Strategisk kompetanseutvikling er et felt som Oslo universitetssykehus HF ønsker å øke og samordne innsatsen på. Oslo universitetssykehus HF gjennomførte en kartlegging av behov i forbindelse med sårbare fagmiljøer i august 2013, etter bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Kartleggingen ble besvart av de aktuelle fagmiljøer, og inkluderte et overordnet bilde av behov for kompetanse på kort, mellomlangt og lang sikt. Som del av dette arbeidet ble det etablert en arbeidsgruppe i Direktørens stab som skal være en permanent arbeidsgruppe for koordinering av virksomheten på området strategisk kompetanseutvikling.

Gruppen vil fremover arbeide med en grundigere og mer helhetlig beskrivelse av situasjonen, som deretter skal kunne danne grunnlag for nødvendige sentrale tiltak. Ulike rekrutterings- og utviklingstiltak er allerede iverksatt innen sårbare fagmiljøer, eksempelvis utdanningsstillinger innen spesialiserte pleie, ulike kompetanseutviklingsprosjekter knyttet til jobbglidning etc. For å

kunne arbeide effektivt og målrettet med strategisk kompetanseutvikling, er det behov for et analysemiljø ved foretaket som kan kartlegge og analysere foretakets løpende kompetansebehov, fremskrivninger av langsiktige behov, være en pådriver for bedre utnyttelse av kompetansen i foretaket, dokumentere effekt av tiltak etc. Det er også behov for en bedre og mer effektiv samarbeidsform med Helse Sør-Øst RHF for å koordinere de regionale og lokale tiltakene.

- *Helseforetaket har sørget for at det arbeides systematisk med gjennomgående bemanningsplaner som viser foretakets samlede behov for kapasitet og kompetanse. For å sikre dette må det dokumenteres rutiner for regelmessig gjennomgang og kvalitets sikring.*

Det er etablert en arbeidsgruppe i Direktørens stab som skal være en permanent arbeidsgruppe for koordinering av virksomheten på området strategisk kompetanseutvikling (se punktet over). Denne gruppen ser også på foretakets samlede behov for kapasitet og kompetanse basert på de klinikkvise bemanningsplanene. For å kunne arbeide effektivt og målrettet med gjennomgående bemanningsplaner, er det behov for et analysemiljø ved foretaket som kan kartlegge og analysere foretakets løpende kompetansebehov, fremskrivninger av langsiktige behov og være en pådriver for bedre utnyttelse av kompetansen i foretaket.

Oslo universitetssykehus HF har et felles malverk for bemanningsplaner og stillingsbeskrivelser. Dette muliggjør gjennomgang på tvers ved overtallighetshåndtering.

Kartlegging av rapportering i spesialisthelsetjenesten

- *Helseforetaket bidrar til kartlegging av omfanget av rapportering i spesialisthelsetjenesten.*

Helseforetaket bidrar i arbeidet etter forespørsel fra Helse Sør-Øst RHF

Vurdering av utvidet åpningstid for planlagt virksomhet

- *Helseforetaket bidrar i arbeidet med kartlegging og utredning for å vurdere å utvide sykehusenes åpningstid for planlagt virksomhet.*

I hht. Foretaksprotokoll 17.06.2013 sak 8 - ”Tiltak for å utvide foretakets åpningstid for planlagt virksomhet” har foretaket etablert obligatorisk kurs for alle linjeledere med personalansvar i dagdrift, for ledere av enheter med turnus, og legeledere. Her er det satt fokus på mulighetene for utvidelse av åpningstid innen dagens regelverk. Videre arbeides det med utvidet operasjonsaktivitet og poliklinikkaktivitet ved foretaket. Det er også under utarbeidelse en overordnet prosedyre for styring av ekstraordinært arbeid.

Intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet

- *Helseforetaket arbeider systematisk for å forebygge, forhindre og avdekke svikt/avvik i de pasientadministrative systemene, og det er etablert rutiner for varsling innad i helseforetaket og rutiner for erfaringsutveksling på tvers av helseforetakene i Helse Sør-Øst.*

Det vises til styresak 27/2013 – Gjennomføringsprosjektet som har hatt fokus på opplæring og kompetanseheving samt kvalitetssikring av arbeidsprosesser knyttet til lovverk og interne retningslinjer for hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet, fra registrering og vurdering av henvisninger til ajourføring og oppfølging av ventelister.

Det er arrangert undervisning for alle som arbeider med henvisninger og ventelister. Alle klinikker med pasientrettet virksomhet har gjennomført tiltak knyttet til pasientadministrativt arbeid med henvisninger og ventelister.

Alle aktuelle prosedyrer omhandlende henvisninger/ventelister er gjennomgått, oppdatert og evt revidert. Det er etablert et Ventelistenettverk med representanter fra alle klinikker. Funksjonsbeskrivelser for ventelisteansvarlig på klinikk- og avdelingsnivå beskriver rollens oppfølgings- og opplæringsansvar.

Avvikssystemet Achilles brukes for å avdekke feil, men kunne brukes i større grad. Det er gjennomført interne revisjoner med fokus på pasientadministrative rutiner i minst en enhet i alle klinikker, samt i to avdelinger som opprinnelig ble revidert.

- *Helseforetaket sikrer at rutiner ved intern henvisning i spesialisthelsetjenesten er i tråd med gjeldende rett innen 1. mai 2013.*

Foretaket har utarbeidet og etablert overordnet prosedyre for ivaretagelse av innhenting av rettighetsopplysninger for henvisninger som er videresendt fra andre foretak. Henvisende foretak avsender i liten grad rettighetsopplysninger ved viderehenvisning. Dette har skapt utfordringer i fht. ressursbruk for innhenting av opplysninger, og enkelte forsinkelser i vurdering av henvisning. Dette er tatt opp med både Helse Sør-Øst RHF og foretakene i regionen.

- *Det elektroniske systemet for melding om uønskede hendelser er på plass innen 15. april 2013. Systemet er integrert i foretakenes avvikssystem. Kunnskapssenteret skal både kunne motta meldinger og gi tilbakemeldinger i systemet.*

Oslo universitetssykehus HF var først ute av landets sykehus med elektronisk innmelding og kommunikasjon av 3-3 meldinger til Kunnskapssenteret.

Regjeringens eierskapspolitikk

Mangfold og likestilling

- *Helseforetak er kjent med kravene til samfunnsansvar, også på områdene mangfold og likestilling, og fremmer samfunnsansvarlig adferd i hele organisasjonen.*

Totalt sett av innrapportert kjønnsfordeling på N2 og N3, er fordelingen mellom menn og kvinner forholdsvis lik (24 kvinner og 27 menn). Det viser seg riktignok at det er stor variasjon mellom klinikkene. Noen klinikker har klar overvekt av kvinnelige ledere, mens andre har klar overvekt av mannlige ledere.

Kjønns sammensetning i klinikkvise brukerutvalg varierer også. Aldersspredningen ligger mellom 35-69 år.

Av de klinikker som rapporterer, er det ingen som har etnisk mangfold i sine ledergrupper.

Foretaket har konstituert nytt brukerutvalg for perioden 2013-2015. Det nye utvalgets sammensetning representerer et større mangfold når det gjelder pasienterfaring, alder og kulturell bakgrunn enn tidligere. Foretakets ungdomsråd er supplert med nye medlemmer i aldersgruppen 14-18 år for å ivareta denne aldersgruppens mulighet til å medvirke i utforming av tjenestetilbudet innen ungdomshelse

Lønnsutviklingen i helseforetakene

- *Helseforetaket har oppmerksomhet på forholdet mellom lønnsutviklingen for ledere og øvrige ansatte.*

Oslo universitetssykehus HF lønssystem/arbeidskontrakter for ledere er i tråd med gjeldende retningslinje og er basert på de samme rammer som for ansatte i foretaket for øvrig.

Etikk og miljø

- *Helseforetak har årlig utført klimaregnskap for å vise sine CO2-utslipp. Skjemaet som brukes er utviklet av direktoratet for IKT og forvaltning (DIFI).*

Oslo universitetssykehus HF er i ferd med å etablere målinger for CO2-utslipp. Dette vil være komplett først i 2014.

- *Helseforetaket har en plan for oppfølging og implementering av de overordnede etiske retningslinjene gjeldende for Helse Sør-Øst, jf. styrevedtak 004-2012 Etiske retningslinjer for Helse Sør-Øst.*

Foretaket har helt siden 2010 hatt etiske regler. Da *Etiske retningslinjer for Helse Sør-Øst* ble vedtatt i 2012, ble det utarbeidet etiske retningslinjer i tråd med de regionale retningslinjene.

En vesentlig del av oppfølgingen av retningslinjene er lagt til arbeidet i de klinisk etikkomiteer. Oslo universitetssykehus HF har organisert KEK-arbeidet med en sentral og tre ”lokale” komiteer. Disse komiteene behandler en rekke saker, både av lokal og sykehusomfattende karakter. Dessuten arrangerer komiteene seminarer som er åpne for de ansatte. Der tas det opp ulike temaer som oppleves relevante i forhold til foretakets virksomhet. I løpet av året har representanter for KEK'ene vært i ca.40 forskjellige fora på foretaket og gjort arbeidet kjent, så vel som bidratt til drøfting av problemstillinger som enkelte klinikker/avdelinger/poster identifiserer som utfordrende. Dette har bidratt til analyse og avklaring av problemstillinger som har vært knyttet til ulik (og etisk utfordrende) praksis på forskjellige avdelinger innenfor samme klinikk (for eksempel fødeavdelingene på Ullevål og Rikshospitalet).

I tillegg til de iverksatte tiltak vil det bli lagt økt vekt på å presentere etiske retningslinjer ovenfor alle nyansatte.

Barn som tolk

- *Helseforetaket har iverksatt nødvendige tiltak som medvirker til at ingen barn under 18 år brukes som tolk i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av foreldres eller andre slektningers diagnose. Barn under 18 år kan kun unntaksvis brukes som tolk ved akutte situasjoner hvor det er fare for liv og helse.*

Oslo universitetssykehus HF har et kontinuerlig fokus på å bedre tolketjenester. Dette innbefatter bevisstgjøring om at man skal bruke profesjonelle, kvalifiserte tolker - og unngå at barn og familiemedlemmer brukes som tolk.

Med kriteriene i ny anbudsavtale med tolkeleverandør, er det lagt til grunn differensierte priser, som samsvarer med tolkenes formelle kvalifikasjoner. Avdelinger skal etterspørre tolker på fortrinnsvis nivå 1-3 i Nasjonalt tolkeregister.

Det er inngått samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) om dagskurset ”Kommunikasjon via tolk for offentlig ansatte” som et tilbud til ansatte ved Oslo universitetssykehus HF som er tolkebrukere.

I henhold til foretakets virksomhetsomfattende prosedyre ”Tolk og tolketjenester i møte med minoritetsspråklige pasienter” skal ikke barn, pårørende, venner og kollegaer brukes som tolk. Det har også vært laget en intranettsak i sommer i forbindelse med at ideen om å forby bruk av barn som tolk ble lansert av BLD. Oslo universitetssykehus HF fikk i en artikkel i VG honnør

for sin innsats med å forby ved interne retningslinjer bruk av barn som tolk. Vi venter fortsatt på lovhjemmel.

Oslo universitetssykehus HF jobber med utredning og opprettelse av en Tolkesentral som skal sørge for bedre tolketjenester på Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus. Det er en målsetning at Tolkesentralen skal utvikle skjermtolking som et tilbud for å forenkle tilgangen på kvalifisert tolk.

Det vil bli ytterligere fokus på tolk og tolkebruk i klinikkene i 2014.

3.3.3 Øvrige styringskrav for 2013

Rapportering til Norsk pasientregister

- *Helseforetaket sørger for økt kvalitet i rapporteringen til Norsk pasientregister, i tråd med informasjon som vil bli gitt i eget brev.*

Helseforetaket har løpende fokus på korrekt og fullstendig rapportering til Norsk pasientregister. Internt følges dette opp blant annet ved at helseforetaket avstemmer resultater som publiseres fra Norsk pasientregister og samtidig legger til rette for intern rapportering av de samme data for intern oppfølging og styring.

Innkjøp og logistikk

- *Helseforetaket har oppnådd 80 % bruk av avtaler.*
- *Helseforetaket har oppnådd 70 % bruk av innkjøpsystem.*
- *Helseforetaket har oppnådd 90 % bruk av elektronisk produktkatalog.*

Et av tiltakene i Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF 2013-2016 er oppstart av prosjekt for innføring av felles innkjøps- og logistikk-løsning i Oslo universitetssykehus HF. Prosjektet er planlagt ferdigstilt i løpet av 2014. Dette vil bidra til å nå målsetningen i oppfølgingspunktet.

- *Oslo universitetssykehus har brukt Forsyningscenteret for innkjøp med 132,24 MNOK.*

Per oktober ligger Oslo universitetssykehus HF 2 % bak budsjett. Årsaken er at Sykehuspartner / Forsyningscenteret er forsinket i innfasing av produkter fra regionale anbud på operasjon, anestesi og intensiv

- *Det er i alle store anskaffelser satt krav til en etisk leverandørkjede ved produkter som sannsynligvis er produsert i lavkostland. Anskaffelsen er rapportert til Sykehuspartner Innkjøp for en risikobasert oppfølging av kravet.*

Innkjøpsavdelingen i Oslo universitetssykehus HF stiller krav til etisk leverandørkjede i alle relevante anskaffelser.

- *Helseforetaket har etablert egne anskaffelsesplaner, som igjen kan legges til grunn for budsjettering og samordning av anskaffelser. Dette gjelder også for investeringsbehov innenfor medisinsk teknisk utstyr.*
- *Helseforetaket har gjort seg kjent med regionale og nasjonale anskaffelsesplaner og sørget for å prioritere tilstrekkelig ressurser til implementering av avtaler som inngås.*

Oslo universitetssykehus HF har egne anskaffelsesplaner, men det er mange parter som gjennomfører anskaffelser på vegne av helseforetaket. Internt gjennomfører Innkjøpsavdelingen,

organisert i Virksomhetsområdet Innkjøp og Logistikk, og Anskaffelsesenheten i virksomhetsområdet Medisinsk teknologi anskaffelser. Eksternt gjennomfører også Helseforetakenes innkjøpsservice (HINAS), Sykehuspartner innkjøp og logistikk og Legemiddelinnkjøpssamarbeid (LIS) anskaffelser. Dette gjør det krevende å samordne og utarbeide gode planer. I 2014 vil Oslo universitetssykehus HF foreta en utredning av anskaffelsesprosessen med tanke på hensiktsmessig plassering av ansvar og oppgavefordeling.

Oslo universitetssykehus HF er å jour på innlegging av artikler på alle lokale avtaler i varekatalogene. For avtaler inngått på nasjonalt og regionalt nivå er varekatalogen ajourført med mottatt informasjon. Foretaket samarbeider med Sykehuspartner for å få tilført tilstrekkelig informasjon om inngåtte avtaler, derunder konverteringslister, informasjonsskriv og godkjente kataloger. Det oppleves som krevende å implementere nasjonale avtaler. Kommunikasjonen til HINAS går stort sett via Helse Sør-Øst RHF.

- *Helseforetaket har sørget for at ressurser spilt inn fra helseforetaket til deltakelse i anskaffelsesarbeid regionalt eller nasjonalt, får nødvendig tid og mulighet til deltakelse.*

Oslo universitetssykehus HF avsetter ressurser og bistår inn i regionale prosesser. I de fleste saker deltar også fagpersoner fra Oslo universitetssykehus HF.

- *Helseforetaket har prioritert implementering av regionale/ nasjonale avtaler i samarbeid med tjenesteleverandør.*

Oslo universitetssykehus HF jobber med implementering av felles innkjøpssystem. Dette skal være tatt i bruk medio 2014: nytt system vil gjøre det enklere å implementere og følge opp alle inngåtte avtaler.

- *Helseforetaket har sørget for å etablere gevinstrealiseringsplaner på bakgrunn av leveranser på anskaffelser fra regionalt og nasjonalt innkjøpssamarbeid.*

Oslo universitetssykehus HF drifter fremdeles tre innkjøpssystemer. Dette er en meget tungvint løsning for innkjøpsavdelingen når avtaler og varelister skal oppdateres, ved drift av systemene og for de ansatte som bestiller i systemene. Det foreligger planer for konsolidering til ett system i 2014. Det blir i den sammenheng utarbeidet en plan for å hente ut effekt av innkjøpssystemet.

4. Rapportering for styringsparametre i oppdrag og bestilling 2013

AKTIVITET

Somatikk - DØGNBEHANDLING	2012	2013
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	102018	102173
Antall liggedøgn - døgnbehandling	480665	475763
Fordeling av antall DRG-poeng - tradisjonelle DRG-poeng		
- Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	148361	155126
- Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	14369	13801
- Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner		216
- Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale		
Sum DRG-poeng innlagte	162730	169143

Somatikk - DAGBEHANDLING	2012	2013
Antall dagbehandlinger	67563	68471
Fordeling av antall DRG-poeng - tradisjonelle DRG-poeng		
- Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	11325	11272
- Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	779	761
- Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner		
- Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale		
Sum DRG-poeng dagpasienter	12104	12033

Somatikk - POLIKLINISK VIRKSOMHET	2012	2013
Ant. inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	714119	724309
Fordeling av antall DRG-poeng - poliklinisk virksomhet		
- Pas bosatt i egen region beh. i eget HF	32256	33477
- Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	807	762
- Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner		28
- Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale		
Sum DRG-poeng poliklinikk	33063	35267

Somatikk - TOTALT ANTALL DRG-POENG	2012	2013
Totalt ant. DRG-poeng (døgn, dag og polikl.) iht. "Sørge for ansvaret" (pas. fra egen region)	191942	200119
Totalt ant DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (fra egen og andre regioner)	207897	215443

Voksenpsykiatri - HELSEFORETAK (SUM SYKEHUS OG DPS-ER)	2012	2013
Ant. utskrevne pasienter døgntilrettelagt	1364	1708
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	77690	74317
Ant. oppholdsdager dagtilrettelagt	625	115
Ant. polikliniske konsultasjoner	81538	83019
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt – private	19	33
Antall liggedøgn døgntilrettelagt private	11094	4671
Antall oppholdsdager dagtilrettelagt private		
Ant. polikliniske konsultasjoner private		

Barne- og ungdomspsykiatri	2012	2013
Antall utskrevne pasienter – døgntilrettelagt	98	96
Antall liggedøgn – døgntilrettelagt	3668	4257
Ant. oppholdsdager dagtilrettelagt	2657	2902
Ant. polikliniske konsultasjoner	44470	46286
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt – private		
Antall liggedøgn døgntilrettelagt – private		
Antall oppholdsdager dagtilrettelagt private		
Ant. polikliniske konsultasjoner private		

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere	2012	2013
Antall utskrevne pasienter – døgntilrettelagt	2734	2857
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	27805	23746
Antall oppholdsdager – dagtilrettelagt	647	601
Ant. polikliniske konsultasjoner	8213	8375
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt – private		
Antall liggedøgn døgntilrettelagt private		
Antall oppholdsdager dagtilrettelagt private		
Ant. polikliniske konsultasjoner private		

ANDRE STYRINGSPARAMETRE

Beskrivelse av mål	Ja	Nei
Har helseforetaket behandling av slagpasienter ved slagenhet?	X	
Har foretaket etablert tilbud om røykeavvenning?		X
Har helseforetaket utarbeidet ernæringsstrategi?	X	

Psykisk helsevern:	DPS	Sykehus
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne – Fordeling DPS/Sykehus	257,9	1161,3

BEMANNING*(oppdaterte stillingsgrupper for 2012 og 2013)

Beskrivelse av mål	2012	2013
Brutto månedsverk (gjennomsnitt)	17057	17258
Antall ansatte (ved årets slutt)	22556	22197
Sykefravær i %	7,65%	7,43%
Brutto månedsverk, administrasjon/ledelse (gjennomsnitt)	2927	2966
Brutto månedsverk, pasientrettede stillinger (gjennomsnitt)	1487	1495
Brutto månedsverk, leger (gjennomsnitt)	2264	2269
Brutto månedsverk, psykologer (gjennomsnitt)	251	253
Brutto månedsverk, sykepleier (gjennomsnitt)	5445	5524
Brutto månedsverk, helsefagarbeider/hjelpepleier(gjennomsnitt)	608	570
Brutto månedsverk, diagnostisk personell (gjennomsnitt)	1340	1369
Brutto månedsverk, apotekerstillinger (gjennomsnitt)	2	2,5
Brutto månedsverk, drifts/teknisk personell (gjennomsnitt)	1445	1484
Brutto månedsverk, ambulansepersonell (gjennomsnitt)	451	467
Brutto månedsverk, forskning (gjennomsnitt)	791	799
Brutto månedsverk, ukjent (gjennomsnitt)	43	54

RESULTAT

Beskrivelse av mål	2012	2013
Sum driftsinntekter	18347387	
Sum driftskostnader	18792553	
Driftsresultat	-445166	
Netto finans	-87420	
Resultat	-532586	
- Herav økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger		

Merk: Foreløpige resultat vil bli rapportert Helse Sør-Øst RHF 21. januar.

Nedenstående tabell skal ikke rapporteres 20. januar, men vil bli oppdatert gjennom andre datakilder og sendt til foretakene for gjennomgang før endelig årlig melding blir styregodkjent ved det enkelte helseforetak – OUS HF har ikke mottatt tall fra HSØ RHF før saken ble sendt styret.

STYRINGSPARAMETRE:

Beskrivelse av mål	2012	2013
2 h Andel med timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning		
3 Andel oppdaterte ventetider på nettstedet, www.frittsykehusvalg.no		
4a. Andel epikriser sendt innen 7 dager – somatikk		
4b. Andel epikriser sendt innen 7 dager – psykisk helsevern		
4c. Andel epikriser sendt innen 7 dager – tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige		
5a. Andel korridorpasienter – somatikk		
7a/b/c Andel liggedøgn utskrivningsklare – somatikk		
7d/e/f Andel liggedøgn utskrivningsklare - psykisk helsevern voksne		
8a Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ved eget sykehus) til vurdering av henvisningen er fullført		
8a Andel innen ti virkedager		
8b Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gammel		
8c Antall pasienter med åpen henvisning uten avtale om ny kontakt		
9a Andel fristbrudd – somatikk		
9b Andel fristbrudd - psykisk helsevern		
9c Andel fristbrudd - tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige		
11 c Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern voksne		
11 d Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern (BUP)		
16 Prevalens av sykehusinfeksjoner		
18 Tvungen innskriving i psykisk helsevern, andel totalt (sum TO og TPH)		
19 Andel ikke planlagte reinnleggelser innen 30-dager psykisk helsevern (voksne)		
20 Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft		
21 Tid fra henvisning til første behandling brystkreft		
22 Tid fra henvisning til første behandling lungekreft		
24 Registrering av hovedtilstand Psykisk helsevern voksne		
25 Registrering av hovedtilstand Psykisk helsevern BUP		
26 Fødselsrifter 3. og 4. grad		
27 Trombolysebehandling ved hjerteinfarkt		
28 Registrering av lovgrunnlag Psykisk helsevern voksne		

5. Rapportering for øvrige oppdrag gitt i løpet av 2013

08.02.2013 Sak 5: Etablering av pensjonskasse for hovedstadsområdet

Det rapporteres på helseforetakets oppfølging av etableringen og status på arbeidet med å forberede overføring egne ansatte med tilhørende kapital til pensjonskassen i henhold til de vedtak styret for Helse Sør-Øst RHF fastsetter.

Foretaket har informert de ansatte om etableringen av Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) gjennom informasjon på intranettet, informasjonsbrev, informasjon fra lokale ledere og informasjon til de tillitsvalgte.

17.06.2013 Sak 3: Årlig melding 2012, jf. lov om helseforetak § 34 og vedtektene §§ 6 og 14

Det rapporteres på helseforetakets oppfølging av foretaksmøtet forutsetning om at driften innrettes slik at alle styringskrav for 2013 etterkommes. (Der oppfølgingen er tilstrekkelig beskrevet i foregående kapitler, kan det henvises til disse i denne rapporteringen.) Det skal legges spesiell vekt på å få frem helseforetakets arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet, pasientadministrative systemer, den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og kvaliteten på innrapportering av data til de nasjonale kvalitetsregistrene. Ut over dette bør helseforetakets oppfølging av de overordnede mål for Helse Sør-Øst beskrives der resultatoppfyllelsen ikke er tilfredsstillende.

Kvalitetsregistre:

Nasjonale registre tillagt Oslo universitetssykehus HF og regionen sikres bistand til å kunne ivareta formelle krav, herunder konsesjon gjennom det regionale fagsenteret for medisinske kvalitetsregistre. Videre tilrettelegges og formaliseres besluttede kvalitetsregistre som brukes internt og ivaretar utlevering til de nasjonale godkjente registrene. Oslo universitetssykehus HF følger lojalt de føringer som er besluttet i interregional styringsgruppe for valg av infrastruktur. Selv om det arbeides for god infrastruktur, er det fortsatt et stort etterslep mht tilfredsstillende elektroniske løsninger for kvalitetsregistrene, både for uttrekk av data til registre og innregistrering av data. Gode elektroniske løsninger er sentrale for kvaliteten på data og for nødvendig dekningsgrad.

Prioritering av kvalitet og pasientsikkerhet

Alle funn fra revisjoner blir fulgt opp i linjen, og av ledelsen ved gjennomgang med klinikkene samt som orienteringssaker til styret. Ved revisjonsfunn etableres handlingsplaner som angir tiltak, ansvar og frister. Handlingsplanene behandles som orienteringssaker i styret hvor fremdrift og virkning av tiltakene skal følges opp.

Det skal også redegjørelse om hvordan en forvisser seg om at iverksatte tiltak gir forventet effekt.

Det er i avvikssystemet Achilles lat til rette for analyse, læring og tiltak basert på feil og hendelser. Klinikkvise pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg bringer læring og forslag til tiltak inn i linjen.

Pasientsikkerhetskampanjen

Det henvises til redegjørelse under pkt. 3.2.2. - Pasientsikkerhet

Hittil i år er det utført 95 trombolyser, mot 70 i hele hele 2012. Retningslinjer for trombolysebehandling foreligger, og evt komplikasjoner av slik behandling blir målt.

Pasientadministrativt arbeid

Det henvises til omtale over om Gjennomføringsprosjektet og fokus på kvalitetshevning av det pasientadministrative arbeidet.

Foretaket arbeider nå intensivt med kvalitetssikring og rydding av oppgaver som ikke er ferdigstilt og/eller elektronisk kvittert, med spesielt fokus på momenter som kan innebære pasientrisiko.

Det har vært - og er - utfordrende med ulike pasientadministrative systemer, bl.a. kan prøve- og analysesvar fremkomme i annet system enn det er bestilt i og normalt utkvitteres med elektronisk signatur. Ulike pasientadministrative system har også medført utfordringer med internrapportering i forhold til overvåking av svikt i pasientadministrative system. Det er tett samarbeid og oppfølging av dette arbeidet opp mot foretakets EPJ-prosjekt med tanke på ryddige og kvalitetssikrede data før konvertering til DIPS i oktober 2014. Det er laget en overordnet plan for oppfølging, og fra januar 2014 vil resultater i alle klinikker følges opp månedlig. Det vises også til ”redegjørelse om innhenting av rettighetsopplysninger” når henvisninger er videresendt fra andre foretak under punktet om ”Intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet”.

17.06.2013 Sak 8: Tiltak for å utvide sykehusenes åpningstider for planlagt virksomhet ***Det rapporteres på helseforetakets arbeid med å utvide åpningstider, forbedre rutiner for innkalling og påminnelse samt tilgjengelighet for endring av timeavtale og å legge til rette for bedre oppgavedeling mellom yrkesgruppene.***

I hht. Foretaksprotokoll 17.06.2013 sak 8 - ”Tiltak for å utvide foretakets åpningstid for planlagt virksomhet” har foretaket etablert obligatorisk kurs for alle linjeledere med personalansvar i dagdrift, for ledere av enheter med turnus, og legeledere. Ved forhandling om nye overenskomster ble det enighet om arbeidstidsordninger som gir nå større muligheter for fleksibilitet mht. utvidede åpningstider.

I løpet av 2013 er det gjennomført 7 kurs for linjeledere i arbeidstids- og ressursplanlegging. På disse kursene har det vært satt fokus på mulighetene for utvidelse av åpningstidene innen dagens regelverk. Foretaket arbeider generelt med utvidet drift av operasjonsstuer og utvidet åpningstid på poliklinikker.

Foretaket har tatt i bruk MinJournal for å tilgjengeliggjøre mulighet for endring av timeavtale. I tillegg er SMS-påminnelser reinnført i 2013, etter at dette falt ut ifm med en systemoppgradering.

Når det gjelder oppgavefordeling mellom yrkesgrupper vil det igangsettes et arbeid knyttet til områder med kompetansemangel.

Ad. brev fra Helse Sør-Øst RHF vedrørende: Organisering av ortopedi, revmakirurgi og revmatologi i Helse Sør-Øst - gjennomføring av vedtatt funksjons- og oppgavefordeling, datert 11.03.2013.

For fagområde revmatologi har hovedforutsetningene for funksjonsfordelingen ikke medført endringer i funksjonsfordeling eller oppgavedeling. Klinikk for kirurgi og nevrofag har ikke besvart spørsmål angående ortopedi og revmakirurgi.

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT 2013 - 2016

6. Utviklingstrender og rammebetingelser

6.1. Faglig og demografisk utvikling

Oslo universitetssykehus har som visjon at vi sammen med pasientene utviklet morgendagens behandling. Foretaket skal sikre at alle pasienter tilbys likeverdige helsetjenester; likhet i tilgang, kvalitet og resultat. For å få dette til må helseforetaket tilpasse sin virksomhet til de fremtidige demografiske utfordringene som befolkningsvekst, flere eldre; flere med innvandrerbakgrunn; sosioøkonomiske forskjeller og et større kulturelt og språklig mangfold.

Oslo sykehusområde er det området i landet som de kommende år forventes å ha den sterkeste befolkningsveksten. Frem til 2020 antas det at befolkningsgrunnlaget vokser med omlag 16 prosent. Det forventes vekst i alle bydelene i Oslo. Kraftigst vekst forventes i bydelene hvor Oslo universitetssykehus har områdeansvar. I tillegg har regionen høyest forventet vekst sammen med Helse Vest sammenlignet med landet for øvrig.

Utviklingen av sykdomsbildet og etterspørsel etter sykehustjenester for Oslo universitetssykehus framover, vil påvirkes av følgende forhold:

- Aldersutviklingen – omfanget av sykdommer og tilstander med økt forekomst over 65 år vil øke. For utviklingen på litt lengre sikt er det snakk om følgende bilde: Dersom en tar hensyn til befolkningsvekst og endring i aldersprofil tilsier prognosen at Oslo universitetssykehus HF vil stå overfor en samlet økning på nærmere 50 prosent i forekomst av de fire vanligste krefttypene i løpet av de neste 20 årene. Prognoser for sykehusinnleggelse i Oslo universitetssykehus HF for alle hoveddiagnosene gir 20 – 50 prosent økning fram til 2030.
- Ytterligere økt overlevelsesgrad fra livstruende sykdommer og skader. Dette vil føre med seg økt behov for rehabilitering, oppfølgende behandling, håndtering av bivirkninger og omfang av andre ikke livstruende sykdommer som pasienter som overlever i større grad vil være utsatt for. Her vil ikke minst det økte antallet kreftoverlevende være en viktig og ressurskrevende gruppe framover.
- Antibiotikaresistens - antibiotika benyttes mye i behandlingen av svært syke pasienter. En økning av antallet antibiotikaresistente bakterier vil kunne medføre at infeksjoner ikke lar seg behandle og operasjoner og bruk av cellegift vil bli mer komplisert enn det er i dag.
- Endret livsstil fører til endret sykdomsbilde. Konsekvensene her er sammensatte. Livsstilsendringene er sterkt påvirket av sosial bakgrunn, arbeid og utdanning. Særtrekk ved sykdomsframkallende livsstil i vårt opptaksområde vil gjenspeiles av den sosioøkonomiske profilen i dette området (store sosioøkonomiske forskjeller). Fedme og livsstil som ligger bak dette, ser ut til å være hovedutfordringen framover.
- For Oslo kommer spesielt utfordringer knyttet til særskilte forhold som stor konsentrasjon av enslige, stort antall mennesker med annen kulturell bakgrunn, sterk økning i antall barn og unge mange innbyggere som er sosioøkonomisk ressursvake og mennesker med midlertidig opphold. Disse forholdene kan slå ut i form av relativt større utfordringer når det gjelder f.eks. psykisk helse

og rus samt omfang og risiko for infeksjonssykdommer. I tillegg kan det bety større utfordringer når det gjelder samarbeid om omsorgsansvar mellom pasientenes hjemmemiljø og helsevesen.

Prognoser (middels) fra Statistisk Sentralbyrå tilsier at Norge per 2025 vil ha en million innbyggere med innvandrerbakgrunn. En stor del av veksten forventes å komme i Oslo-området. Denne demografiske utviklingen gir nye helse- og kommunikasjonsrelaterte utfordringer. For helseforetaket innebærer økt kulturelt mangfold blant annet å håndtere ulike syn på helse, sykdom og behandlingsformer på en profesjonell og åpen måte som ivaretar respekten for pasientens verdisyn. Samtidig er det viktig å legge til rette for økt forståelse for det norske helsevesen og betydningen av helsefremmende arbeid blant større grupper av befolkningen.

Sentrale stikkord for faglige teknologiske og metodiske endringer i årene framover er trolig:

- Generelt en fortsatt vekst i ikke-kirurgisk intervensjonsmetodikk innen både diagnostikk og behandling.
- Mer spesifikke diagnosemetoder gjennom kombinasjon av ulike typer billeddiagnostikk, invasiv intervensjon og genbasert diagnostikk.
- Økt grad av glidning mellom ulike behandlingsformer, f. eks mellom ulike typer kirurgiske inngrep, ikke kirurgiske inngrep, ulike typer stråleterapi (kreft) og ulike typer medikamentell behandling samt ulike former for integrering av trening og ernæringsmessige regimer.
- Mer kunnskap om effekter av pasientforløp inklusiv kunnskap om hvordan oppnå varig funksjonsforbedring og unngå bivirkninger.

I tillegg vil antagelig aldersgrensen for ulike typer behandling forskyves, hvilket vil gi øket forbruk av helsetjenester.

Disse utviklingstrekkene vil på flere områder gi konsekvenser for Oslo universitetssykehus sin utvikling:

- De vil påvirke hvor spesifikk forståelse det er mulig å få av en lidelse og dermed hvor individuelt tilpasset behandlingsopplegg det er mulig å gi.
- Det vil påvirke hva slags kompetanse som involveres både i vurdering og behandling og i mange tilfeller kreve at det trekkes inn flerfaglige grupper i disse prosessene og det vil forsterke utvikling i retning av ytterligere spissing av kompetanseområder og tildels flytte behov for kompetanse over på andre spesialiteter og faggrupper enn tidligere.
- Det vil legge grunnlaget for en endring av arbeidsdeling innen pasientforløp – med spisset, men teambasert vurdering, mer spesialiserte behandlinger i en fase, men også mer distribuert behandling eventuelt under ulike former for fjernveiledning.
- Det vil føre til at behovene for sykehusinnleggelse ved vurdering og behandling reduseres.

Mer konkret kan forhold som påvirker kapasitetsutviklingen ved Oslo universitetssykehus beskrives slik:

- Funksjoner og deler av pasientforløp som kan ivaretas like godt i primærhelsetjenesten eller på lokalsykehusnivå (der pasienten kommer fra annet sykehusområde) kan flyttes dit (eks oppfølgende behandling og kontroller, rehabilitering og palliasjon, enklere terapi)
 - Samhandlingsreformen har ført til at antallet utskrivningsklare pasienter i helseforetaket er redusert.
 - Ved Samhandlingsarena Aker har tjenestetilbudet fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig intervensjon, rehabilitering samt koordinering av behandling og oppfølging.

Intensjonen er å selekttere pasientgrupper /områder hvor pasientene profilerer på at tjenestenivåene samhandler og er samlokalisert.

- Innen flere fagområder samarbeider Oslo universitetssykehus med andre sykehus om deler av pasientforløpet, hvor både utredning og oppfølging legges til lokalsykehus.
- Utviklingen innen teknologi og medisinsk og helsefaglig metodikk kan utnyttes offensivt til ytterligere å øke omfanget av bruk av dagbehandling og poliklinikk samt legge til rette for veiledning slik at undersøkelser og behandling kan gjøres av samarbeidende institusjoner.
- Både kronikere, kreftpasienter og eldre med funksjonssvikt kan knyttes opp mot mer planlagte og semiakutte forløp slik at presset på rene akuttforløp reduseres.
- Helseforetakets sengekapasitet vil konsentreres ytterligere om pasientgrupper med mer krevende oppfølgingsbehov i intensiv og observasjonsfaser.
- Arbeidsdeling mellom sykehusområder (utvikling av flerområdefunksjoner og nye regionfunksjoner), regioner (utvikling av flere landsfunksjoner) og utvikling av internasjonal arbeidsdeling vil påvirke kapasitetsbehovene i Oslo universitetssykehus.

Trender og utviklingstrekk innenfor fag, teknologi og demografi med tilhørende endringer i etterspørsel og kapasitet er en del av idéfasearbeidet som har pågått i 2013 og som skal ferdigstilles til sommeren 2014.

6.2. Forventet økonomisk utvikling

Budsjettet for 2014 og de utfordringene det representerer, viser den balansen som er nødvendig mellom kortsiktige hensyn og utfordringer for å sikre gjennomføring av neste års oppgaver og oppdrag på den ene siden og hensynet til et mer langsiktig krav om en bærekraftig økonomi for Oslo universitetssykehus HF på den andre siden. Det økonomiske resultatkravet er fastsatt etter en vurdering av utfordringene i driften i 2014 og etter dialog med Helse Sør-Øst RHF.

Gjennomføring av resultatkravet krever at økt aktivitet i hovedsak gjennomføres innenfor den bemanning klinikkene hadde siste tertial 2013. Klinikken planlegger gjennomføring av tiltak som medfører en styring i henhold til resultatkravet for 2014.

Oslo universitetssykehus har svekket sin økonomiske situasjon helt siden sammenslåingen i 2009. Gjelden har økt, og likviditeten er begrenset. Med en vellykket gjennomføring av budsjettet i 2014 vil dette være det første året der driften av foretaket ikke svekker økonomien.

6.3. Personell- og kompetansebehov

Kompetanse, rekruttering og opplæring av ansatte

Oslo universitetssykehus HF gjennomførte en kartlegging av behov i forbindelse med sårbare fagmiljøer i august 2013, etter bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Kartleggingen ble besvart av de aktuelle fagmiljøer, og inkluderte et overordnet bilde av behov for kompetanse på kort, mellomlangt og lang sikt. Kartleggingen benyttes som utgangspunkt for videre arbeid med å fremskaffe et bedre detaljerings- og presisjonsnivå. Dette følges opp av en arbeidsgruppe for koordinering av virksomheten på området strategisk kompetanseutvikling.

Foretaket har i hovedsak kontroll på personellbehov og tilgang på kompetanse, men registrerer vesentlige utfordringer innen spesialsykepleiergruppen. Dette gjelder i særlig grad operasjonssykepleiere og i noen grad anestesio- og intensivsykepleiere. Antallet som utdannes til

disse stillingene er økt, men det tar tid før dette gir effekt i driften. Etableringen av utdanningsstillinger for spesialsykepleiere i 2013 har bidratt til å forbedre rekrutteringen.

Innenfor legegruppen, særlig i virksomhet knyttet til helseforetakets høyspesialiserte tilbud og lands- og regionsfunksjoner, er det en økende tendens til subspesialisering, hvor hver enkelt lege spesialisere seg på et mer begrenset område av sin spesialitet eller fagfelt. Helheten i behandlingen av den enkelte pasients sykdom sikres ved multidisiplinær vurdering, behandling og koordinering. Et stadig økende antall eldre pasienter, ofte med flere diagnoser, øker behovet for legespesialister med en bred faglig bakgrunn, samtidig som de utfordrer tidligere grenser for avansert kirurgisk og medikamentell kreftbehandling.

”Klinisk stige” er et kompetanseprogram for sykepleiere og spesialsykepleiere. Programmet skal bidra til å kvalitetssikre pasientbehandlingen gjennom systematisk faglig utvikling og kompetanseheving i direkte pasientarbeid. Programmet har også til hensikt å gi sykepleiere og spesialsykepleiere karrieremuligheter, samt å rekruttere og beholde sykepleiere. Tidsrammen for programmet er fra 3 til 5 år og består av tre trinn. Kursene i programmet arrangeres i samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus. Det er videre startet er arbeid for å se på hvordan programmet kan tilrettelegges for øvrige helsefag.

Studiekatalogen for 2013 viser at det har vært gjennomført omfattende intern opplæring for ansatte i Oslo universitetssykehus både på kliniske, administrative og tekniske områder inkludert IKT og virksomhetsstyring.

Lederutvikling

Oslo universitetssykehus HF har 1100 ledere, omlag 800 av disse er førstelinjeledere. Oslo universitetssykehus HF har eget lederutviklingsprogram for førstelinjeledere. Til nå har 600 førstelinjeledere fullført programmet og det pågår en ny runde med 66 førstelinjeledere som startet opp 10 oktober 2013. Førstelinjelederprogrammet vil etter dette utvides til å omfatte alle nye ledere (Nivå 4 og Nivå 5) for å ivareta lederopplæring fremover. Programmet er derfor til revidering og vil få nytt navn.

Oslo universitetssykehus HF har en rekke lederopplæringskurs innen HMS, økonomistyring, kvalitetsarbeid og HR-arbeid. Det ble også opprettet egne kurs våren 2013 i ressurs- og arbeidstidsplanlegging og fokus på arbeidsgiverrollen (”Så arbeidsgiverhatten passer”). Det ble gjennomført 8 kurs med totalt 271 ledere som har gjennomført kurset. Tilbudet er populært og kursene fulltegnes. Foretaket ønsker nå å samle alle disse kursene og tilby dette som en obligatorisk kurspakke for alle nye ledere.

Utdanning

Ett av fire hovedmål i Oslo universitetssykehus strategi for 2013-18 er: "Oslo universitetssykehus skal være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon". Dette er blant annet fulgt opp en egen strategi- og handlingsplan for utdanning vedtatt i 2013.

Oslo universitetssykehus er landets største helseinstitusjon på utdanning og bidrar blant annet til å utdanne nærmere 800 medisinerstudenter ute i klinikkene til enhver tid (fordelt på ulike semestre), om lag 700 legespesialistkandidater, 1500 bachelorstudenter, hvorav de fleste er sykepleiestudenter, og 55 ambulansesarbeidere. Det er en økning i antall helsefag- og sykepleierstudenter på videreutdanningsnivå. Oslo universitetssykehus tilbyr praksisplasser til 255 studenter innen videreutdanningene jordmor, anestesi-, operasjon-, barn-, nyfødt-, intensiv-, kreft-, nyre- og ortopedisykepleie og innen psykisk helsearbeid.

Den viktigste delen av utdanningen skjer som en integrert del av den daglige virksomheten. Læringskulturen på den enkelte avdeling vil være en suksessfaktor med hensyn til hva studentene og kandidatene lærer. Dette forutsetter at det er lav terskel for å få hjelp, at nysgjerrigheten stimuleres kontinuerlig og at alle er seg bevisst at de kan lære bort noe hver dag. Handlingsplan for utdanning 2014-2016 har fokus på mange elementer som vil kunne være virkemidler for å stimulere til en mer bevisst læringskultur. Dette forutsetter et eierskap og fokus gjennom hele linjeledelsen og ut til medarbeiderne som jobber i front der behandling og diagnostikk skjer.

I 2014 vil Oslo universitetssykehus arbeide med å gjennomføre punkter i handlingsplanen for utdanning som er aktuelle for klinikkene, som bedre og mer kompetent veiledning både for leger i spesialisering og helsefagarbeidere, bedre kommunikasjonsferdigheter, bedre spesialiseringsløp både med hensyn til organisering og innhold, økt kompetanse innen kunnskapshåndtering og evne til å endre rutiner og retningslinjer i henhold til dette. Synliggjøring av ressurser til utdanning er også et prioritert område i handlingsplanen og helt nødvendig dersom vi skal kunne prioritere de gode tiltak som styrker læring og kompetanse slik at vi kan være en fremragende lærende og skapende organisasjon.

Det arbeides kontinuerlig for å styrke og videreutvikle det gode samarbeidet mellom helseforetaket og utdanningsinstitusjonene. Oslo universitetssykehus har de siste årene bygget strukturer i form av helsefaglige fagråd på tvers av fagmiljøene i foretaket, samt opprettet dialogmøter mellom Oslo universitetssykehus og samarbeidende høyskoler, for å dele og planlegge saker som omhandler utdanning og kompetansebygging innen helsefagene. Dette er viktige og nødvendige strukturer, som skal videreutvikles for å sørge for at viktige utdanningstiltak løftes og gis mulighet til realisering, samt at utdanningsinstitusjonene og Oslo universitetssykehus sammen kan bidra til best mulig utdanning for å møte pasientenes og samfunnets behov. Tilsvarende struktur trenger vi for medisnutdanningen, og tiltak planlegges iverksatt i 2014 i henhold til handlingsplanen for å møte dette behovet.

Universitetet arbeider nå med å revidere sin studiemodell for grunnutdanning i medisin kalt ”Oslo 2014”. Det kan ventes endringer i fremtiden som også vil påvirke Oslo universitetssykehus – både når det gjelder omfang av undervisning og undervisningsformer. Oslo universitetssykehus deltar aktivt i universitetets arbeid med den reviderte studiemodell

Oslo universitetssykehus samarbeider med seks høyskoler og to fagskoler. Høgskolen i Oslo og Akershus er vår største samarbeidspartner når det gjelder mottak av sykepleie- og andre helsefagstudenter i praksis. Det er et betydelig behov for praksisplasser innen bachelorutdanningene i Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus er forpliktet til å etablere tilstrekkelig antall praksisplasser. Utfordringen med studentutplassering er størst innen bachelor i sykepleie innenfor fagfeltet kirurgi. Det arbeides også med å etablere en fremtidig ordning for helsefagarbeiderlærlinger, i samarbeid med Utdanningsetaten i Oslo kommune. Dette vil innebære å ha lærlinger ansatt i sitt fjerde skoleår fra og med 2016.

Oslo universitetssykehus deltar aktivt med innspill til ”ny spesialitetsstruktur for leger” som Helsedirektoratet utreder på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Planen inneholder mange gode pedagogiske elementer som samsvarer med flere av punktene i foretakets Handlingsplan for utdanning. Innføring av en ny plan slik den foreløpig er skissert, vil imidlertid bety betydelig økte ressursbehov for foretaket. Det er derfor viktig at foretaket starter et arbeid med å dokumentere økt ressursbehov dersom ny spesialitetsstruktur skal la seg realisere etter intensjonen.

6.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer

Det har gjennom 2013 vært arbeidet systematisk med fire planer og realisering av disse som alle berører arealer og virksomhet i Oslo universitetssykehus HF:

1. Helhetlig plan for samlokaliseringer - omstillingsprosjekter
2. Tiltaksplan for nødvendige vedlikeholdsinvesteringer i bygg og infrastruktur
3. Plan for arealbruk knyttet til Helsearena Aker
4. Idéfasearbeidet

De ulike planene har ulike tidsperspektiv. I helhetlig plan for samlokaliseringer ligger tiltak som er eller planlegges gjennomført i eksisterende bygningsmasse knyttet til samlokaliseringer av virksomhet etter fusjonen i 2009. I tillegg er realisering av nytt akuttbygg på Ullevål sykehus en del av denne planen. I idéfasearbeidet legges det til rette for nybygg og ombygninger som ytterligere virkemiddel for samlokalisering. Disse to planene vil harmoniseres og følge på hverandre. I tilknytning til dette er det arbeidet med en totaloversikt over de investeringsbehov som knytter seg til vedlikehold av bygg og infrastruktur i Oslo universitetssykehus HF i de neste 10-12 årene, frem til nye bygg kan erstatte dagens bygningsmasse.

I tillegg har det også i 2013 vært arbeidet med plan for arealbruk knyttet til Aker sykehus, både for å understøtte Samhandling med Oslo kommune, Sunnaas sykehus og øvrige sykehus gjennom Samhandlingsarena Aker, samt å planlegge for egen virksomhet der Aker sykehus er ansett som formålstjenelig plassering. Et eksempel på dette er mammografiscreeningstilbudet til Oslos kvinner.

Også innen medisinsk teknisk utstyr (MTU) er det behov for store utskiftinger, og det er lagt en forpliktende 3 års plan fra 2013-2015 for utskifting av utstyr til vel 1 milliarder kroner i investeringer. Dette vil ikke være tilstrekkelig til å sikre nødvendig fornying av utstyrsparken på foretaket, men er en viktig start og bidrar til at en negativ trend snus. Fornying av medisinsk teknisk utstyr inngår også i omstillingsprosjektene. Det samme gjør vedlikeholdsbehov i de arealer som omstillingsprosjektene berører.

Samlokalisering - omstilling

Omstillingsprosjektene knyttet til samlokalisering av virksomhet har en foreløpig ramme på 1,5 mrd kroner. Disse er alle en del av den helhetlige planen for samlokaliseringer og omstilling. I Stortingsproposisjon 1 for budsjettåret 2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet står følgende:

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

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

I revidert nasjonalbudsjett er finansieringen av Samhandlingsarena Aker omtalt:

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

Status ved utgangen av 2013 er at vel halvparten av alle bestilte omstillingsprosjekter er gjennomført. Av de resterende prosjektene er ca. halvparten under gjennomføring og den andre halvparten fortsatt i utredningsfasen. Samlet sett ligger gjennomføringen av prosjektene fortsatt bak opprinnelig plan, men stort sett i henhold til revidert plan. Forsinkelser skyldes i hovedsak høyere kompleksitet knyttet til ombygginger i eksisterende bygg kombinert med drift og til dels manglende virksomhetsavklaringer. Der omstillingsprosjekter foregår i arealer med vesentlige tilsynsavvik, inkluderes lukking av disse i prosjektene. Dette fordyrer prosjektene noe, men gir samlet sett et bedre resultat.

Utgangspunktet for omstillingsprosjektene var at døgn- og akuttvirksomhet skulle flyttes fra Aker sykehus til Ullevål sykehus, samt at regionale funksjoner skulle samles ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet. I etterkant har man sett at det også har vært nødvendig å inkludere samlokaliseringssjekter fra klinikk for psykisk helse og avhengighet, samt å legge til rette for understøttende funksjoner for å muliggjøre samling av klinisk virksomhet. Dette knytter seg spesielt til operasjonskapasitet, postoperativ-/intensivkapasitet, økt diagnostikk i form av MR og CT samt infrastruktur som kjøling, ventilasjon og strøm. I tillegg er det planlagt å legge en rekke funksjoner til Aker sykehus i overensstemmelse med samhandlingsreformen. Dette har endret den totale porteføljen noe i forhold til opprinnelig plan.

Samlet sett overholdes budsjettestimaterne. Ved utgangen av året er det fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for nærmere 1,2 milliarder kroner av totalt 1,5 milliarder kroner.

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

Prosjekt ”Nytt akuttbygg” på Ullevål sykehus er et omstillingsprosjekt og en del av helhetlig plan for samlokaliseringer. Prosjektet ble godkjent på bakgrunn av forprosjekt gjennomført i tiden februar til desember 2011, og byggarbeidene startet i februar 2012. Bygget ble overlevert byggherre den 16. desember 2013. Det gjenstår noe etterarbeid og leveranser av medisinsk teknisk utstyr. Frem til sommeren 2014, da hele prosjektet skal avsluttes, vil det foregå ombyggingarbeider i gammel bygningsmasse knyttet til nybygget. Fremdrift og økonomi går etter plan.

Status vedlikeholdsplan

Helseforetaket har en omfattende bygningsmasse med svært varierende kvalitet. Dette gjenspeiles i en rekke avvik fra ulike tilsyn, hvor de mest omfattende avvikene knytter seg til brann, ventilasjon og elektrofag (bare ventilasjonsavvik alene på Ullevål sykehus og Radiumhospitalet utgjør 1,5 milliarder kroner i gjennomføringskostnader). Helseforetakets samlede vedlikeholdsbehov er så stort at det ikke kan løses gjennom et regulært vedlikeholdsbudsjett. Det har derfor vært arbeidet videre med å etablere en oppdatert tilstandsanalyse av sentrale bygg slik

at man kan etablere en realistisk ”vedlikeholdsplan” bestående av absolutt nødvendige tiltak i et 12-15 års perspektiv.

Uansett valg av scenarie i idéfasearbeidet vil det måtte gjøres midlertidige og til dels kortsiktige oppgraderinger av dagens bygningsmasse i stort omfang for å kunne opprettholde drift og lukke de mest alvorlige tilsynsavvik. Foreløpig er dette anslått til vel 4,5 milliarder kroner. Dette er noe lavere enn det som ble presentert i den arealutviklingsplanen som ble styrebehandlet i mars 2012, der dette behovet var anslått til omlag 6 milliarder kroner, et beløp som inkluderer ombygninger og tekniske oppgraderinger. Årsaken til at dette tallet anslås lavere nå, er at det tidligere var lagt inn tekniske oppgraderinger av bygg som inngikk i den fremtidige arealbruken. Tallet på 4,5 milliarder kroner legger bare må-tiltak og midlertidighet til grunn. Unntaket er Rikshospitalet, men også der er deler av infrastrukturen nå 15 år og det er således behov for flåteutskiftninger og oppgraderinger for å understøtte videre drift og ytterligere samlokaliseringer. Det arbeides derfor aktivt for at det ikke skal bli et tilsvarende vedlikeholdsetterslep på Rikshospitalet slik man ser på de andre lokalisasjonene.

Nivået for oppgraderinger er for å sikre et forsvarlighetsnivå, og har et midlertidig preg på den måten at det er forventet en rekke nye bygg som alternativ til dagens bygningsmasse (uavhengig av scenario i idéfasearbeidet).

Et eksempel på midlertidighet er rensing av ventilasjonssystemer fremfor totalrehabilitering med nye ventilasjonsanlegg. Et annet eksempel kan være tilføring av ytterligere strøm gjennom ”trafo” fremfor erstatning av stigeledninger og hovedtavler. Det er vanskelig å anslå levealder av et tiltak, og denne vil trolig også variere. Dette innebærer en risiko for å måtte gjøre ytterligere tiltak i de samme arealene dersom realiseringen av nye bygg forsinkes. En nærmere forståelse av utfordringsbildet vil også sees når idéfasearbeidet legges frem og det såkalte 0-alternativet skal presenteres. Dette alternativet vil avdekke hvor store investeringer som må gjøres i dagens bygninger dersom foretaket skal drifte videre i disse.

Status arealtiltak Aker

Det er utarbeidet en plan for samlet arealbruk for byggene på nordre del av Aker sykehus. Planen ligger til grunn for tildelingen av 75 millioner kroner til samhandlingsrettede investeringer på Aker sykehus i 2013 og 2014, og for investeringsbehov knyttet til tilrettelegging for omstilling og innflytting av virksomhet på Aker sykehus. Det er satt i gang forprosjektarbeid til flere prosjekter investeringene, og enkelte tiltak er også allerede under gjennomføring eller gjennomført. Også andre aktører enn Oslo universitetssykehus vil drive virksomhet i samhandlingsarenaen på Aker sykehus.

Det presiseres at det også ved Aker sykehus må gjøres vesentlige HMS- og brannrelaterte oppgraderinger i bygningsmassen, i tillegg til funksjonelle tilpasninger for samhandlings- og omstillingsprosjekter.

I arbeidet med helhetlig plan for samlokaliseringer koordineres det også slik at planer for utflytting av aktivitet fra Aker sykehus henger sammen med planer for innflytting av aktivitet på Aker sykehus.

Idéfasearbeidet

Oslo universitetssykehus ønsker å konsentrere sin virksomhet på færre lokalisasjoner. En flytting og sammenslåing av likeartede aktiviteter ved sykehusene innen Oslo universitetssykehus er nødvendig for å oppnå bedre effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen. Med et utgangspunkt

på om lag en million kvadratmeter spredt på 185 bygninger, er dette en omfattende oppgave. Disse tiltakene krever både oppgradering/tilpasning av eksisterende bygninger, etablering av ny bygningsmasse og avvikling av bygg som ikke lenger er egnet for helseformål.

Utfordringene ved dette er flersidig - ca. 25 % av arealene er vernet, og bygningsmassen ved helseforetaket har både dårlig teknisk kvalitet, manglende egnethet og har spredt beliggenhet.

Foretaket har utarbeidet en arealutviklingsplan og her legges det opp til en utvikling som legger til rette for en samling over tid hvor helseforetaket og universitet er knyttet sammen innen forskning, utdanning og innovasjon. Idéen videreføres i en visjon hvor Campus Oslo er utviklet som et samlingsbegrep for et av verdens fremste områder for høyspesialisert pasientbehandling, og hvor forskning, utdanning og vitenskap for å bedre liv og helse integreres.

Helseforetakets strategi utgjør det faglige grunnlaget og en utviklingsvei som vil være førende for videre dimensjonering, utnyttelse og plassering av bygninger.

I tråd med styrevedtak i både Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF inkludert mandat for en idéfasearbeidet, startet arbeidet opp i april 2013. Følgende vedtak danner bl.a bakgrunnen:

Styret for Oslo universitetssykehus HF (OUS) vedtok i styremøte 17.12.2012 i sak 85/2012 igangsettelse av samlet idéfase for videre utvikling av foretakets drift, areal og plassering.

Styret i Helse Sørøst RHF ga i sitt møte i sak 020/2013 den 14.03.13 sin tilslutning til at idéfasearbeidet igangsettes. Det ble presisert at realisering vil kreve en trinnvis prosess som må tilpasses økonomiske rammebetingelser.

Prosjektet benevnes Idéfase OUS - Campus Oslo, og skal være ferdig i juni 2014.

Idéfase OUS er idéfase for utvikling av nytt Oslo universitetssykehus. Campus Oslo inngår i mandatet for idéfasen og er definert som en mulighetsstudie.

Idéfasen skal definere behovet og identifisere prinsipielle løsningsalternativer for videre utvikling av OUS innenfor det geografiske området Gaustad, Blindern og Ullevål, samt også vurdere andre mulige alternativer. Idéfasen vil omfatte utredning av løsninger knyttet både til en overordnet organisering av virksomheten og til arealbehov i fremtiden.

Idéfasen skal gjennomføres i samsvar med veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter (Helsedirektoratet 12/2011). I henhold til veilederen vil det også beskrives et nullalternativ. I alle scenarier forutsettes det at Aker sykehus utvikles til en samhandlingsarena med Oslo kommune og andre Oslo-sykehus. Idéfasen skal tydeliggjøre hvilke områder som fraflyttes i de ulike scenarioene og estimere verdien av de fraflyttede bygninger og tomtearealer. Verdien vil kunne utgjøre et vesentlig bidrag til finansieringen av nytt sykehus. Modeller for optimal verdiskapning (for alle interessenter, spesielt Oslo universitetssykehus og Oslo kommune) skal skisseres.

Denne idéfasen omfatter langt mer enn et tradisjonelt sykehusprosjekt. Campus Oslo må også forstås som et byutviklingsprosjekt og som en nasjonal satsing på livsvitenskap, forskning, utdanning og innovasjon. Arbeidet vil derfor kreve utstrakt samarbeid mellom flere og av særlig betydning vil forholdet til Oslo kommune og Universitetet i Oslo være.

Oslo universitetssykehus sitt sykehusutviklingsprosjekt er utgangspunkt for dette samarbeidet, sammen med Universitetets satsing på livsvitenskap og Oslo kommune sitt behov for ny

storbylegevakt, samt ønske om byutvikling og næringsutvikling. Helse Sør-Øst og Oslo kommune inngår videre i samarbeidet for å planlegge oppgavefordeling, dels også sammen med private aktører.

De scenarier og alternativer som skal utredes gjennom dette arbeidet, vil i tillegg kunne gi ulike muligheter for utvikling - ikke bare for selve foretaket, men også i forhold til nærhet og samhandling mellom Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus. I dette kan det ligge muligheter for å videreutvikle og utnytte nye potensielle synergier mellom sykehus og universitet innen både forskning og undervisning.

I arbeidet med idéfasen vil fremskriving av befolkningsutvikling/epidemiologi være av vesentlig betydning. Ikke bare for løsningsforslagene i idéfasen, men også for vedlikehold og utvikling av bygningsmassen i Oslo universitetssykehus i tiden frem til et eventuelt nytt sykehus står ferdig. En befolkningsutvikling i dette området på forventede 25-30 % frem til ny bygningsmasse kan stå ferdig, skaper vesentlige utfordringer som skal møtes.

Beslutninger som fattes på grunnlag av denne utredningen, skal danne retning for videre planlegging av nytt Oslo universitetssykehus og samtidig danne grunnlag for hvilken geografisk plassering foretaket etter hvert vil få og hva et Campus Oslo kan inneholde. Virksomhetsalternativer skal avklares og arbeidet skal ende opp med en anbefaling om de mulige prinsipielle løsningsalternativer som skal videreføres for neste fase.

Tilsynspålegg

Helseforetaket har tett samarbeid med ulike tilsyn og det foreligger om lag 70 ulike handlingsplaner for å lukke tilsynsavvik. De tilsynsavvikene som i praksis innebærer de største investeringsbehov knytter seg til brann, elektro og arbeidsmiljø.

En gjennomgang av alle avvik og vedlikeholdsbehov viser at det ikke er mulig å gjennomføre disse prosjektene i det omfanget som er forutsatt. Dette skyldes i hovedsak at nødvendige oppgraderinger er innen bygg der det drives aktiv pasientbehandling. Det i sin tur krever at det etableres ”rokadearealer” slik at man kan tømme hele sengeposter eller behandlingsområder. Det er etablert en etasjewis plan i enkelte av de mest krevende byggene, der man går inn og lukker ulike avvik samtidig, eksempelvis både brann-, elektro og arbeidsmiljøtiltak slik det er gjennomført allerede i deler av bygg 3 og 7 på Ullevål sykehus.

I 2013 er det investert ca 190 millioner kroner i tiltak knyttet til lukking av de største avvikene. For 2014 legges det opp til et nivå på vel 420 millioner kroner. Tiltaksplanen går over flere år og forutsetter en årlig investering i vedlikehold på 450 millioner kroner for å kunne lukke de mest alvorlige tiltakene. I tillegg kommer uplanlagte havarier og andre absolutt nødvendige tiltak som forskyver planlagte tiltak fra ett år til et annet. Dette er krevende både i planlegging og gjennomføring, men også i forhold til den kontinuerlige rapporteringen til de ulike tilsyn om fremdrift på hvert av de respektive områdene. Stort sett er det forståelse for kompleksiteten og mangel på den ønskede fremdrift knyttet til tilsynsavvik, selv om alle skulle ønsket en raskere lukking. Unntaket her er Direktoratet for sivil beredskap og elektroavvik. Her er planen for lukking av avvik fortsatt ikke tilfredsstillende og foretaket mottar månedlige bøter på 450 000 kroner.

Salg av eiendommer

I 2013 ble følgende salgsprosesser gjennomført: (eiendommene er dels overtatt av kjøper i 2013, dels planlagt i løpet av 1.halvår 2014)

- Montebello Terrasse nr.15 - med en verditakst på 8,5 millioner kroner - solgt for 25,3 millioner kroner.
- Njordsvei 16 ble solgt for 12,3 millioner kroner
- Gaustadveien 21c ble solgt for 12 millioner kroner

Det norske radiumhospital er opprinnelig en stiftelse (Stiftelsen DNR). I forbindelse med etableringen av Radiumhospitalet som helseforetak oppsto behovet for avklaring av eierskapet til foretakets eiendommer. Etter enighet med stiftelsen og avklaring med departementet er disse eiendommene solgt i felleskap av Oslo universitetssykehus og Stiftelsen DNR:

- Montebellobakken 5, en eiendom med 3 leiligheter er solgt for 11 millioner kroner
- Ullernchausseen 72, barnehage utleid til Stiftelsen Kanvas, er solgt for 10,8 millioner kroner
- Styrene i Oslo universitetssykehus og Stiftelsen DNR har også anbefalt salg av boligeiendommen Abbedikollen 32 A-E. Eiendommen har en takst på 18 millioner kroner og salget er forventet gjennomført i 2014 etter vedtak i foretaksmøte.

I 2013 er det også i felleskap iverksatt salgsprosess for 77 andelsleiligheter lokalisert ved Husebybakken, Elvefaret og Lysejordet borettslag. Det er enighet med stiftelsen om å bruke inntektene fra eiendomssalgene til å etablere et brystkreftsenter på Radiumhospitalet.

Styret har også vedtatt å selge Bogerudveien nr 13-15. Eiendommen har en verdivurdering på om lag tjue millioner kroner og salget er forventet gjennomført i 2014.

7. Helseforetakets planer for utviklingen

7.1. Pasientbehandling

Strategi for fag og virksomhet 2013-18

I løpet av 2012 ble forslag til overordnet strategi utarbeidet med bred representasjon fra klinikker, stab, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere. Strategien ble vedtatt i styremøte 17. desember 2012 etter å ha vært på en omfattende ekstern og intern innspillsrunde.

Visjonen for Oslo universitetssykehus 2013-18 er: ”Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling”. Helseforetakets felles verdigrunnlag er de nasjonale verdiene for helsetjenesten: ”Kvalitet, trygghet og respekt, og Oslo universitetssykehus kultur skal være åpen, lærende og helhetstenkende.”

Hovedmålene er at Oslo universitetssykehus skal:

- Ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv
- Ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt
- Være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon
- Være en god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

Strategidokumentet bidrar til å skape et felles målbilde for Oslo universitetssykehus. Strategien vil være retningsgivende for så vel den faglige utvikling som de omstillinger som skal foregå i helseforetaket i årene som kommer. Visjoner, prinsipper og overordnede mål er i overensstemmelse med føringer gitt fra Helse Sør-Øst og med nasjonale og regionale strategier

og handlingsplaner. Strategien følges opp internt gjennom rullerende handlingsplaner på både foretaks- og klinikknivå.

Videre utvikling av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet

Kvalitet og pasientsikkerhet har siden etableringen av Oslo universitetssykehus HF stått høyt på dagsorden hos de ansatte og i foretakets ledelse. Kvalitet og pasientsikkerhet berører mange sider ved foretakets virksomhet og arbeidet innen feltet søkes derfor inn i prosesser utover det rent pasientsikkerhetsfaglige.

Bruk av virksomhetskunnskap fra uønskede hendelser, påviste avvik, påvisbare forbedringsbehov og tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende er sentrale elementer i å etablere en lærende organisasjon. Flere tiltak er iverksatt i 2013, herunder elektronisk tilbakemelding fra pasienter, utvikling av system for komplikasjonsregistrering, et mortalitetsregister, videre utvikling av klagesaksdatabase og etablering av mulighet for innhenting av kvalitetsinformasjon fra eksterne, i første omgang fastleger i sektorområdet. Videre utvikling og bruk av Achilles-verktøyet står sentralt i disse prosjektene som tillegg til den ordinære registrering av pasienthendelser og avvik som allerede er etablert. I tillegg vil innført ordning med bruk av analysegrupper ved særlig alvorlige hendelser bli videreført og evaluert. Organiseringen med klinikkvise pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg vil også videreføres og evalueres i 2014.

Et annet viktig område innen kvalitet og pasientsikkerhet er videre arbeid med nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. Kampanjens allerede etablerte aktivitetsområder vil utvides etter hvert og vil forutsette ytterligere aktiviteter i 2014. Pasientsikkerhetsvisitter ved direktør eller andre sentrale ledere vil bli videreført. Utsjekking for sikker drift i sengeposter ved såkalte tavlemøter vil bli introdusert. Den nasjonale pasientsikkerhetskulturundersøkelsen, innhenting av indikatoredata, lokal bruk av Triggerverktøy, sjekklister etc. vil bli gjennomført i første halvdel av 2014.

Videre utvikling av verktøy for dokumentasjon og avviksmeldinger fortsetter i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og Kunnskapssenteret. Dette er prosjekter som kommer i tillegg til det øvrige pasientsikkerhetsarbeidet, som allerede er iverksatt utenfor kampanjen. Undervisning og faglig bistand til eksterne og nasjonale prosjekter eller tiltak vil bli prioritert.

Oslo universitetssykehus HF har fortsatt som ambisjon at kompetanse og utvikling på pasientsikkerhetsområdet er en naturlig del av foretakets regionale og nasjonale rolle. Helseforetaket arbeider aktivt inn mot Kunnskapssenteret, Helse Sør-Øst RHF, Statens Helsetilsyn, leverandører, andre helsevirksomheter og internasjonale fagmiljøer på flere fagfelt med betydning for kvalitet og pasientsikkerhet, herunder også meldeordninger, modeller for tilsyn, revisjon og læring. I tillegg vil helseforetaket, som en stor aktør med landsfunksjonsansvar og tunge kompetansemiljøer, spille en aktiv rolle inn mot fagpolitiske miljøer for bedre kvalitet og pasientsikkerhet ved spesialisthelsetjenesten i Norge.

Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus – etablering av sykehusområder

Alle regionsfunksjoner er samlet i Oslo universitetssykehus med unntak av revmakirurgi og deler av revmatologi. Disse er plassert ved Diakonhjemmet sykehus. Områdefunksjoner innen Øre-, nese- og hals er fordelt mellom Lovisenberg sykehus og Oslo universitetssykehus. For øvrig er også alle områdefunksjoner samlet ved Oslo universitetssykehus. Diakonhjemmet sykehus har fortsatt egen akuttkirurgi, men arbeidet med å planlegge overflytting av denne til Oslo universitetssykehus er i gang. Lovisenberg Diakonale sykehus dekker etter avtale indremedisin i bydel Sagene for Oslo universitetssykehus.

Innen sykehusområde Oslo, er det regelmessige samarbeidsmøter med Lovisenberg Diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Oslo universitetssykehus. Det pågår samarbeid med Diakonhjemmet sykehus innen ortopedi og benign gastrokirurgi. Det er videre utarbeidet en samarbeidsavtale innen fot- og ankelkirurgi med både Diakonhjemmet sykehus og Akershus universitetssykehus. I tillegg arbeider en faggruppe med alderspsykiatri, og dette arbeidet fortsetter inn i 2014.

Sunnaas sykehus har hatt et betydelig antall pasienter fra Oslo sykehusområder. Det er dessuten omfattende samarbeid mellom Sunnaas og Oslo universitetssykehus om fag, forskning og pasientforløp. Dette er utgangspunkt for at de to sykehusene har inngått en samarbeidsavtale som i 2012 ble gjort til en treårig avtale.

Ved etablering av sykehusområder i Helse Sør-Øst ble det slått fast at alle sykehusområder på nærmere bestemte områder skulle lage en plan for utvikling av behandlingstilbud og funksjonsdeling. Arbeidet med planene for Oslo sykehusområde er gjennomført under ledelse av Oslo universitetssykehus. Det foreligger nå planer innen habilitering, rehabilitering, fødselsomsorg, psykisk helsevern og rusbehandling. Oslo kommune har vært delaktig i prosessene. Planene vil bli utviklet videre i årene framover.

Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra nødvendig pasientvolum og faglige avhengigheter

Akuttfunksjoner

Akuttfunksjonene tilpasses den medisinske utviklingen ved tidlig triagering, initial diagnostikk og behandling. Dette gjelder både for prehospitalet og inhospitalet virksomhet. I større grad enn før flyttes dette prehospitalet og til legevaktsfunksjonen, avhengig av hastegrad. Dette forutsetter videreutvikling av AMK-funksjonen og ambulansetjenesten - organisatorisk, faglig og kapasitetsmessig. Tilsvarende strategi velges også for inhospitalet virksomhet med samling av mottaksfunksjonene for tidlig og effektiv intervensjon rettet mot akuttpatienten.

Akuttfunksjonene i kirurgi i Oslo sykehusområde vil samles på Ullevål sykehus hvor er i slutfasen av byggingen av et nytt akuttmottak og en ombygging av det gamle akuttmottaket. Det legges stor vekt på funksjonaliteten og pasienthåndteringen i utformingen av det nye akuttmottaket.

Regionale funksjoner samles og revideres

Oslo universitetssykehus har gjennomført flere prosesser med sikte på å samle landsfunksjoner og dupliserte regionsfunksjoner, men for enkelte fagområder med sterke avhengigheter må det tas flere hensyn. I planene for samlokaliseringer og flyttinger legges det til grunn at like funksjoner samles. Det vektlegges faglige avhengigheter og behov for nærhet til spesialisert utstyr og spesialisert kompetanse.

Lokalbaserte tilbud til flertallet av pasientene

Planlegging av framtidig virksomhet på Aker sykehus er en viktig del av lokalbaserte tilbud i Oslo som Oslo universitetssykehus bidrar til å drive og utvikle. Dette tilbudet vil omfatte både kunnskapsutvikling og kunnskapsspredning, men også direkte pasientrettet virksomhet. Disse prosessene motiveres både av det generelle arbeidet med å relokalisere virksomhet innen Oslo universitetssykehus og av pålegget fra eier om å bidra til å utvikle helsetilbud på Aker sykehus i et tett samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. I løpet av 2012 og 2013 er deler av denne ambisjonen realisert. Gjennom Prosjekt samhandlingsarena Aker er det nå etablert

- Kommunal akutt døgnenhet med 32 senger
- Senter for mammae-screening drevet av Oslo universitetssykehus HF

- Senter for migrasjonshelse drevet av Oslo kommune i samarbeid med sykehusene
- Regionalt tjenestesenter for rehabilitering drevet av Sunnaas sykehus
- Utvidelse av virksomheten i Geriatriisk ressurscenter drevet av Oslo kommune
- Senter for dagkirurgi i tilknytning til foretakets kirurgiske virksomhet

I tillegg har Oslo universitetssykehus geriatriisk virksomhet og rehabiliteringsvirksomhet på Aker sykehus. Det er Startet prosjekt for å utvikle en Oslo-rettet kompetansetjeneste for rehabilitering og det er også startet prosjekt for å utvikle en samlet modell for brukermedvirkning på Aker som samhandlingsarena.

Oslo universitetssykehus HF avslutter Prosjekt helsearena Aker ved årsskiftet 2013/14 og ivaretar fra da av behovet for koordinering innenfor foretakets eksisterende stab- og linjestruktur.

Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet

Helseforetakene har svart ut bestillingen gitt i foretaksmøte i juni 2010 om å utarbeide områdeplaner innen områdene voksenhabilitering, barnehabilitering, rehabilitering, psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I 2013 er samtlige planer revidert med unntak av områdeplan for rehabilitering.

Innen rehabilitering pågår et arbeid med å beskrive utfordringer og flaskehalsen i en pasientforløpstenkning. Ved traumatiske hjerneskader er det store utfordringer ved intensivkapasitet som medfører en spredning i behandlingstilbudet hvilket ikke er i tråd med anbefalingene om å samle disse pasientene ved relativt få steder for å opprettholde nødvendig kompetanse.

I kommende periode må arbeidet med å etableres strukturer mellom Oslo universitetssykehus og primærhelsetjenesten og mellom Oslo universitetssykehus og andre sykehus styrkes. Arbeidet med pasientforløp vil vektlegges fremfor å beskrive status i områdeplan.

Koordinerende enhet

Målet med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er å sikre koordinerte tjenester til dem som trenger det. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal ha en sentral rolle i å legge til rette for god samhandling. Dette gjelder både på individnivå mellom pasient/bruker og tjenesteytere, og mellom tjenesteytere fra ulike fag, sektorer og nivåer.

Koordinerende enhet har et ”Overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, opplæring og veiledning av koordinator.” Det er i 2013 utarbeidet retningslinje for koordinatorfunksjon. Koordinator skal inkluderes i pasientforløpsarbeidet. I kommende periode skal arbeidet med koordinatorfunksjon og pasientforløp styrkes for å sikre at pasienten får kontinuitet i behandlingsforløpet.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling styrkes og integreres i lokalsykehusstilbudet

Det arbeides aktivt med å styrke tverrfaglig spesialisert rusbehandling og integrere dette i lokalsykehusstilbudet. Det er også utstrakt samarbeid med kommunehelsetjenesten på dette området. Områder som kan nevnes er:

- Avgiftningsavdelingen: kontakter pasienter til elektive innleggelser kvelden før, og rapporterer til inntaksteam dersom pasienter ikke har møtt på angitt dato.
- Avgiftningsavdelingen har i enkelte saker behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunen, spesielt i saker der det erfaringsmessig kan

oppstå komplikasjoner eller særskilte utfordringer i forbindelse med behandlingen. Det blir i alle § 6-2 saker avholdt bistandsmøte/forberedelsesmøte med kommunen før innleggelse.

- Avdeling Spesialiserte ruspoliklinikker: Aktivitet med pasient som en avklarende samtale, registreres ikke som behandling. Ved Avhengighetspoliklinikken starter den polikliniske behandlingen innen en uke etter rett er gitt. Ved LAR-poliklinikkene starter behandlingen med samarbeidsmøter internt eller eksternt, eller samtale med pasienten. Dette skjer gjerne før oppstarten av den medikamentelle behandlingen.
- Behandlingsavdeling voksen har kontinuerlig samarbeid med pasienten og samarbeidspartnere i venteperioden, f eks: avklaringsamtale, utredning av personlig informasjon, målsetting for oppholdet, ansvarsgruppe, individuell plan, opphevelse av taushetsplikt. Det er spesiell fokus på eventuelle endringer i pasientens livs- og rusituasjon. Hvis nødvendig/aktuelt legges pasienten inn før planlagt tid.
- Avdeling ung: Det er ikke etablert noe spesifikt behandlingsforberedende tiltak i samarbeid med kommunen da det i 2013 har vært svært kort ventetid for rettighetspasienter. Det utføres generelt behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i påvente av oppstart i form av samtaler.
- Rusakuttmottaket har fast daglig kommunikasjon med Legevakten om pasienter som skal til TSB. Det er utarbeidet en rutine for øyeblikkelig hjelp til pasienter med rusmiddelbruk og samtidig symptomer på psykose. Det er en utfordring at mange Oslo pasienter får sin behandling hos private tjenesteleverandører som ikke regelmessig har samhandling med lokalbasert TSB i opptaksområdet.

Tilbudet innen psykisk helsevern videreutvikles

Generelt skal Helse Sør-Øst RHF gjennomgå funksjons- og arbeidsfordeling innen psykisk helsevern med bakgrunn i tilrådning fra Nasjonal strategigruppe II. Dette arbeidet er i gang. Helseforetak og sykehus skal følge opp alle strategiske føringer og anbefalinger gitt i de fem delrapportene i arbeidet med "Nasjonal strategi II Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk". Rapportene fra de fem arbeidsgruppene er; Riktigere og redusert bruk av tvang i behandlingen, Arbeidsfordeling DPS - Sykehus, Kunnskapsbaserte metoder, Brukermedvirkning og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Oslo universitetssykehus har fulgt opp føringene og var representert i den nasjonale gruppen.

Vedrørende planlegging av virksomheten går alle elektive henvisninger til spesialisthelsetjenesten via DPS. Akutteam er etablert på Søndre Oslo DPS. I forbindelse med en planlagt allokering av ressurser fra døgnvirksomhet til poliklinisk virksomhet, planlegger Josefinesgate DPS å etablere et akutteam. Det er foreløpig ikke planlagt med drift på kveld og i helg. Helseforetaket har styrket alderspsykiatrisk poliklinikk (APS), gjennom å overføre ressurser fra sykehusnivå. APS arbeider også ambulant. Det arbeides med å legge til rette for et døgnåpent tilbud i Oslo.

Innen den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen leder Oslo universitetssykehus ekspertgruppen innfor psykisk helse som har valgt områdene selvmord og overdoser som sine temaer. Oslo universitetssykehus er piloter innen begge områdene.

Tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov

Brukermedvirkning

Oslo universitetssykehus ble i oppdragsdokumentet for 2012 gitt i oppdrag å utvikle mål og strategier for brukermedvirkning som resulterte i en Strategi for brukermedvirkning 2013-2018. Med utgangspunkt i vedtatte strategi er det utarbeidet en handlingsplan for brukermedvirkning for perioden 2014-2016. Handlingsplanen er utarbeidet i tett samarbeid med Brukerutvalget og ungdomsrådet på Oslo universitetssykehus HF.

For å synliggjøre brukermedvirkning og pasient- og pårørendeopplæring på web er foretakets hjemmesider oppdatert med fagstoff om brukermedvirkning og pasient- og pårørendeopplæring. Det har parallelt med dette arbeidet vært fokus på innholdet i pasientinformasjon og pasientbrev som ledd i arbeidet med å skape det gode pasientmøtet. Det klinikkovergripende fagnettverket Forum for pasient- og pårørendeopplæring ved foretaket, har nå representanter fra alle klinikkene, to representanter fra brukerutvalget og en fra primærhelsetjenesten. Forumet har i 2013 hatt særlig fokus på foretakets utdanningsprogram i pasient- og pårørendeopplæring, samhandling om læring og mestring med primærhelsetjenesten, registrering av opplæring og pasientforløp.

Pasient- og pårørendeopplæring inngår som en integrert del av pasientforløpene, og nødvendig informasjon skal legges til rette for den enkelte pasients behov.

Et viktig tiltak for å sikre pasienter god informasjon og opplæring er ferdigstillelsen av mal for utreiseinformasjon. Prosedyren for utarbeidelse av skriftlig pasientinformasjon med innholdsmaler for behandling, undersøkelse, diagnose og utreiseinformasjon er viktige dokumenter som er med på å bidra til trygghet og forutsigbarhet for pasienter og pårørende i behandlingen.

Barn som pårørende

Foretaket hadde ved utgangen av 2013 ca.180 barneansvarlige på foretaket og disse er koordinert gjennom Rådet for barn som pårørende. Rådet har arbeidet med veiledning og tilbud om kompetanseutvikling for de barneansvarlige og arrangerte i 2013 to fagdager for alle barneansvarlige på foretaket.

Ungdomsrådet

Ungdomsrådet er i stadig økende grad medvirkende i prosjekter og andre fora som utvikler tjenester til ungdom på foretaket. Ungdomsrådet har i 2013 startet et tettere samarbeid med det sentrale brukerutvalget samt med klinikkens brukerråd med hensikt å styrke brukermedvirkning ved foretaket.

Samhandling

Forpliktende samhandling med kommunene styrkes og videreutvikles. Den forpliktende dialogen med kommunene er ytterligere styrket i 2013, og dette arbeidet vil intensiveres i 2014.

Samarbeidsutvalget følger opp arbeidet med operasjonaliseringen av Tjenesteavtalene. I utvalget er det enighet om at underavtaler og retningslinjer i størst mulig grad gjøres felles for hele Hovedstadsområdet. Dette vil sikre pasientenes rett til likeverdige tjenester, samt bidra til at ansatte både i sykehus og i primærhelsetjeneste samarbeider på lik linje uavhengig av den enkelte sykehussektor.

Det er utarbeidet underavtaler som regulerer samarbeid rundt barn som har behov for koordinerte tjenester, underavtale som regulerer samhandlingen om pasienter uten trygderettigheter og avtale om ressursnettverk for kreftsykepleiere i Hovedstadsområdet. Et pågående arbeid vil sikre en underavtale som skal regulere ansvarsfordelingen ift pasienter som har behov for behandlingshjelpemidler ved utskrivning og en underavtale som skal sikre en bedre ivaretagelse av pasienter med utfordringer knyttet til psykisk helse og avhengighet.

Gjennom endret ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten forventes det at kommunene vil ta et større ansvar for forebygging, pasient - og pårørendeopplæring, enklere lidelser og også større del av oppfølgingen etter sykehusopphold. I denne sammenheng har Oslo universitetssykehus HF fokus på kompetanseoverføring/kompetanseutveksling med Oslo kommune og fastleger.

Som et ledd i Samhandlingsreformen skal kommunen etablere Kommunal akutt døgnenhet (KAD). Tilbudet skal sikre døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp, og er begrenset til pasienter som ikke har behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. KAD åpnet med 10 sengeplasser på Samhandlingsarena Aker i juni 2013. Full drift med 32 senger er nå i gang. I løpet av de neste årene arbeides det for å etablere totalt 73 sengeplasser. Foretaket har vært og vil være en aktiv samhandlingspart i utviklingen av tilbudet, og følger utviklingen av tilbudet nøye med tanke på den klare målsetningen om at innleggelser i KAD vil redusere innleggelse i sykehus tilsvarende. Leger og sykepleiere i Akuttmottaket er godt informert om tilbudet og vurderer innleggelse i KAD når indikasjon er til stede.

Videre ønsker foretaket å styrke praksiskonsulentordningen (PKO-ordningen) for å sikre god dialog og samhandling med henvisende instanser i primærhelstjenesten. PKO-ordningen bidrar med å fasilitere arbeidet med å overføre oppgaver/kontroller til fastlegene. PKO deltar også i arbeid med pasientforløp.

I arbeidet med pasientforløp vil det vektlegges en tydeliggjøring av oppgavefordelingen i pasientforløpene. Dette vil også bidra til å synliggjøre nødvendige endringer i oppgavefordelingen mellom de ulike samarbeidspartene.

I 2013 er det i samarbeid med Oslo kommune arbeidet med overføring av elektroniske epikriser til Oslo kommunes EPJ-system. Funksjonalitet for dette er etablert i hele foretaket, og elektroniske epikriser sendes nå til samtlige sykehjem i Oslo. Gjennom innføring av regional EPJ basert på DIPS høsten 2014 innfris i stor grad også kravet om elektronisk kommunikasjon mellom øvrig del av primærhelstjenesten og Oslo universitetssykehus, blant annet gjennom elektronisk pleie- og omsorgsmelding.

Digitalt Avviks-meldesystem for eksterne samhandlingsparter vil etableres i 2014.

Oslo universitetssykehus har ansvar for flere eksternt finansierte samhandlingsprosjekt i samarbeid med Oslo kommune. Prosjekt "Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre" har pågått siden 2012. Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus og tre bydeler. Dette prosjektet avsluttes ved årsskiftet 2013/2014, og det er en ambisjon at prosjektets viktige resultater og effekter skal kunne implementeres i videre drift, både i sykehus og bydeler. I 2012 ble også prosjekt "Ambulerende sårteam", et samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus og sykehjemsetaten i Oslo, igangsatt. Dette prosjektet er nå lagt i drift, og det er etablert en intensjonsavtale om leveranse av ambulerende sårtenester fra Oslo universitetssykehus til sykehjemsetaten. I 2013/2014 er det etablert et livsstilsprosjekt mellom tre bydeler i Oslo og Oslo universitetssykehus. Prosjektet har som ambisjon å teste ut gode modeller for hvordan spesielt KOLS og diabetespasienter i større grad kan få tilbud om helhetlige tjenester i et forpliktende samarbeid mellom bydeler og sykehus. Foretaket har også inngått samarbeid med sykehjemsetaten i Oslo om et kompetanseforbedrings- og opplæringsprosjekt av sykepleiere ved 8 ulike sykehjem i Oslo. Prosjektet vil pågå i hele 2014.

Likeverdige helsetjenester

Tolk til helsepersonell i kommunikasjon med minoritetsspråklige pasienter.

På bakgrunn av resultatene fra to rapporter utarbeidet i regi av Likeversprosjektet i 2012, fikk Oslo universitetssykehus i oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF å detalj Utrede etablering av en Tolkesentral, med fokus på å tilby kvalitativt god tolking. Målet er kompetente tolker som ivaretar pasientsikkerheten og god og effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient som snakker ulike språk. Det er ansatt en prosjektleder til dette utrednings- og etableringsarbeidet.

Tolkesentralen skal gradvis bygge ut et godt skjermtolketilbud med tanke på effektiv utnyttelse av tolkenes kapasitet og ressurser. Videre er det fokus på å styrke helsepersonells ferdigheter i kommunikasjon via tolk og bestillingsrutiner.

Foretaket opplever en gradvis økende bevissthet rundt behov for bruk av tolk – og betydningen av å bruke kvalifisert tolk. I 2013 ble det inngått ny anbudskontrakt med tolkeformidler Noricom, med graderte honorar- og formidlingssetser, ihht den rekrutterte tolkens kvalifikasjoner. Kvaliteten på tolkene har økt merkbart siden kontrakten trådte i kraft i april.

Ansatte med kompetanse i flerkulturelt helsearbeid – kulturveiledere i OUS

En kulturveileder er en som har tatt ”Videreutdanning i veiledning i flerkulturelt helsearbeid”, eller kan vise til tilsvarende kompetanse. Pr desember 2013 hadde nettverket av kulturveiledere rundt 120 medlemmer, derav ca 40 stk som ble uteksaminert våren 2013. 67 av disse er ansatt ved Oslo universitetssykehus HF. Medlemmene er aktive i varierende grad, og det er stor variasjon i hvordan de benytter rollen sin i sitt daglige virke. Enkelte kulturveiledere står i spissen for ulike prosjekter innenfor likeverdige helsetjenester i sitt foretak/på sin avdeling, mens andre benytter kunnskapen kun som ressurs i egen pasientkontakt/yrkesutøvelse.

Våren 2013 ble det arrangert to fagdager der hele nettverket var invitert og hvor fokus var undervisning om åndelig omsorg i en flerkulturell kontekst og arbeid med kulturveilederrollen. Høsten 2013 ble det arrangert to tilnærmet like fagdager med tema ”kultur, kommunikasjon og tolking“.

Fokus i 2014 er videreføring av tilbudet med to heldagssamlinger pr semester, veiledning og oppfølging på bestilling fra den enkelte kulturveileder og internundervisning.

Tilbud til pasienter og pårørende fra tro- og livssynsminoriteter

Formålet med prosjektet ”Samtalepartnere om tro og livssyn” (2011-2013) er å ivareta grunnleggende menneskerettigheter og pasientrettigheter knyttet til tros- og livssynsutøvelse ved å tilby tros- og livssynsbetjening for alle pasienter og pårørende. Pilotprosjektet ble avsluttet ved utgangen av 2013, men foretaket arbeider for å opprettholde tilbudet også utover i 2014. Målet er å bidra til at pasienters behov for eksistensiell og åndelige omsorg får dette dekket i løpet av sykehusoppholdet, uavhengig av religiøs eller livssynsbasert tilhørighet. Foretaket vil i kommende periode også vurdere andre modeller som ivaretar behov for flerreligiøse tjenester på foretaket.

I 2013 er det inngått samarbeid med Diakonhjemmet sykehus, Sunnaas sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus om samarbeid i tro- og livssynsprosjektet. Samtalepartnere om tro og livssyn ved Oslo universitetssykehus dekker et mangfold av ulike religions- og livssynstradisjoner.

Prosjektet arrangerte i september en nasjonal erfaringskonferanse om erfaringer så langt rundt dette tilbudet.

Helseradio på urdu arabisk og somali - Radioprojekt

Høsten 2013 fulgte foretaket opp et helseradioprojekt fra 2011 (den gang i regi av Likeverdsprosjektet). Målet er å nå ut med viktig helseinformasjon til den minoritetspråklige befolkningen i Osloområdet. Prosjektet er gjennomført i samarbeid med Pak Radio Voice of Oslo, som er en lokalradio drevet av frivillige på Mortensrud. Tiltaket er støttet av Medietilsynet. Det ble produserte totalt 6 programmer, og tema for høstens sendinger var diabetes, demens og tolking og pasientrettigheter. Fagpersoner blir intervjuet live i studio av en journalist, og lytterne inviteres til å ringe inn spørsmål, evt sende spørsmål via skriftlige medier. Foretaket har søkt ytterligere midler med tanke på å videreføre tiltaket i 2014.

7.2. Forskning og innovasjon

Oslo universitetssykehus sin forskningsstrategi¹ støtter opp under regional forskningsstrategi for Helse Sør-Øst, men understreker betydningen av at Oslo universitetssykehus har et selvstendig strategisk handlingsrom for prioriteringer. Strategien følges opp gjennom rullerende handlingsplaner, både på overordnet nivå og i hver klinikk. I overordnet handlingsplanen for 2013-2015² er følgende områder særlig høyt prioritert:

- Forskningsfinansiering
- Etablering av institusjonelle satsingsområder for forskning
- Karriereveier i forskning
- Forskningsinfrastruktur; utstyr, arealer, IKT, biobanker og registre

Økt kvalitet og internasjonal konkurransevne gjennom robuste forskergrupper, er sentrale elementer i klinikkens handlingsplaner. Tematiske satsinger gjennom forskergruppene fremgår av eget appendiks til handlingsplanen. De fleste gruppene er felles for Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo, hvor Det medisinske fakultet er foretakets hovedsamarbeidspartner. Tverrfakultære satsinger og økt satsing på livsvitenskap (Life Science) gjør Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet (MatNat) til en stadig viktigere samarbeidspartner for Oslo universitetssykehus.

Oslo universitetssykehus har også, for første gang, utpekt og bevilget midler til fem fokuserte forskningsområder. Pengene (1 million kroner pr satsing i fem år framover) som følger med satsingen skal stimulere til samarbeid innenfor viktige områder på tvers av forskningsgrupper og klinikker og ha en klinisk nytteverdi for foretaket. Foretaket anser det som viktig å utvikle en forskningsstruktur der kompetanse og teknologi fra ulike felt er lett tilgjengelig og kan brukes i fellesskap. Utvelgelse av forskningsområder har skjedd etter en intern konkurranse og med foretakets Scientific Advisory Board som evalueringskomité. De fem forskningsområdene er:

- Regenerativ medisin
- Immunterapi mot kreft
- Tarmkreft - forebygging, forskning og implementering i klinikk
- Hjerteforskning
- Hjertestansforskning

Forskningsrådets fagevaluering fra 2011 peker på hvilke muligheter helseregistre, biobanker, helseundersøkelser og personnummersystemet gir Norge når det gjelder å drive forskning helt i front i internasjonal sammenheng. Satsing på videreutvikling av biobanker og kvalitetsregistre er i Oslo universitetssykehus nedfelt i en egen delstrategi og en rullerende tiltaksplan. Planverket er forankret i helseforetakets Biobank- og registerutvalg og omhandler blant annet tildeling av sentrale søknadsmidler, økt tilgjengeliggjøring av helseforetakets biobanker og registerdata, tilfredsstillende lagringsfasiliteter internt og i samarbeid med Folkehelseinstituttet, regionale rådgivningsfunksjoner og nasjonalt samarbeid, og IKT-verktøy for biobank- og registervirksomhet. I Biobank- og registerutvalget er Universitetet i Oslo representert. Det har også vært oppnevnt en brukerrepresentant, men denne har ikke møtt. Oslo universitetssykehus vil arbeide aktivt for å styrke IKT-infrastrukturen for forskning, i tråd med Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus 2013-2016.

¹ http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Mål%20og%20strategier/Forskningsstrategi_styrevedtatt_24.11.2010.pdf

² http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Mål%20og%20strategier/OUS_Handlingsplan_forskning_2013-2015.pdf

Oslo universitetssykehus vil i 2014 arbeide aktivt for en videre styrking av den regionale noden for kvalitetsregistre, med spesielt fokus på registerrådgivning, IKT-støtte og nettverksbygging.

Oslo universitetssykehus vil ha et fortsatt sterkt fokus på forskningsetikk. Viktige tiltak er god informasjon til pasienter som deltar i studier og informasjon om eksempelvis reservasjonsrett og personvern. Styrket kunnskap om helseforskningsloven, herunder forbedrede melderutiner ved uønskede hendelser i forskning, er et prioritert område, hvor foretaket i 2013 også har forbedret sine rutiner og arbeidet for økt kunnskap i forskningsmiljøene om disse.

Forskning innen samhandlingsfeltet gis økt oppmerksomhet og er et uttrykt strategisk mål i forskningsstrategien, jf også Årlig melding Del II, Rapportering, der det gis en mer utfyllende omtale av dette området. Foretaket har satt av midler i 2014 for å understøtte gode forskningsprosjekter innen samhandlingsfeltet.

Oslo universitetssykehus er av eier gitt en særskilt rolle som ”nav” for forskning og innovasjon i regionen. Denne oppgaven prioriteres og styrkes videre. Sterke forskningsmiljøer tar i økende grad ansvar for nettverksbygging, drift av kjernefasiliteter og formidling og deling av kunnskap og resultater. Forskningsstøttefunksjonene er fremdeles under utvikling og følges opp i et eget delprosjekt sammen med Helse Sør-Øst, som følge av en ekstern evaluering av forskningsstøttefunksjonene. Flere forbedringsområder er identifisert, både hos Oslo universitetssykehus som yter regionale funksjoner, og hos de sykehus som er potensielle mottakere av forskningsstøttefunksjoner og følgelig må bidra til å gjøre tilbudet bedre kjent ved egen institusjon.

I tråd med helseforetakets Innovasjonsstrategi 2011-2015³ er det opprettet et Innovasjonsutvalg. Utvalget har utarbeidet en egen handlingsplan for innovasjon for 2013-2014, som spesielt fokuserer på utvikling av en sterkere innovasjonskultur i klinikkene, samarbeid internt og eksternt om innovasjon, samt dokumentasjon av innovasjonsgevinster og en bedre synliggjøring av innovasjonsaktiviteter. Innovasjonsaktiviteter stimuleres aktivt i foretaket, blant annet gjennom to årlige idekonkurranser i klinikkene, der enkelte gode ideer – også ikke-kommersialiserbare - premieres og videreutvikles. Dette tiltaket har generert en økt bevissthet om innovasjon og bidratt til et merkbart økt idetilfang. Det er også utpekt innovasjonskontakter i klinikkene, som fra og med 2014 skal møtes jevnlig og være kontaktpunkter for foretakets Innovasjonsseksjon. Foretaket vil også i 2014 få tilgang til et e-læringsprogram om innovasjon. Målgruppen er det brede lag av foretakets ansatte som her vil kunne lære om innovasjon gjennom korte lett tilgjengelige moduler. Flere miljøer ved foretaket deltar i 2014 aktivt i (som partner eller hovedansvarlig) søknader om nye sentre for forskningsdrevet innovasjon – en omfattende konkurranse med langsiktig finansiering i regi av Norges forskningsråd

Sammen med føringer i oppdragsdokument fra eier, vil helseforetakets strategier og handlingsplaner for forskning og innovasjon danne grunnlag for politikktutforming og interne prioriteringer.

7.3. Kunnskapsutvikling og god praksis

Oslo universitetssykehus vil fortsette å legge tilrette for at alle medisinske spesialiteter og helsefag kan arbeide stadig mer kunnskapsbasert og anvende stadig mer av ny, god forskning. Skolering av

³ jf http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Forskning%20og%20utvikling/Annen%20lyspære_%20Innovasjonsstrategi.pdf

personell i kunnskapsbasert praksis og systematisk implementering av denne arbeidsmetoden vil gjennomføres innen 2016 ved de fleste avdelinger. Utarbeidelse av kunnskapsbaserte mini-metodevurdering, kunnskapsbaserte faglige prosedyrer og retningslinjer og pasientforløp gjøres planmessig og i stadig større grad. Resultatene deles med helsetjenesten ellers i Norge slik at metodebøker kan deles fritt og med et transparent og dokumentert kunnskapsgrunnlag.

Oppsummert, god forskning, brukerinnvolvering og lang klinisk erfaring med pasientgruppene skal vektlegges som grunnlag for god praksis. Utprøving skal skje kontrollert og nye metoder skal stadig utvikles, utprøves i kontrollerte former og tas i bruk.

Arbeid med beskrivelser og forbedringer av stadig flere pasientforløp skal drives frem slik at både logistikk og fag holder høy standard. Dokumentert god tilfredshet blant pasientene i de ulike pasientforløp er sentralt for foretaket. Koordinatorer skal følger pasientene i krevende forløpet og sørger for at pasientenes vei gjennom et pasientforløp kontinuerlig følges/måles og forbedres.

Det gode pasientmøtet skal utvikles og premieres. Personell som gjennom mange år har vist seg som ekstra gode i pasientmøter skal brukes til faglig veiledning og løftes frem som enere i foretaket. Vilje til å stå nær pasientene, ekte serviceinnstilling og delt beslutningstaking er viktige elementer for god praksis. Likeså skilting, nettsider, pasientinformasjon og pasient- og pårørendeopplæring.

Ulike yrkesgrupper skal arbeide flerfaglig og bistå hverandre til å yte pasientrettet, effektiv og god praksis totalt sett. Tilrettelegging og forbedring av logistikk er vesentlig for å få god flyt i arbeidet. Her kan også arbeid med pasientforløp være et godt hjelpemiddel ved at god praksis beskrives, forbedres og etterleves.

Fagpersoner arbeider også tett med medisinske bibliotekarer for å lære og arbeide kunnskapsbasert ved bruk av "lettere oppslag" i det daglige arbeid. Foretaket vil derfor invitere internasjonale og nasjonale kapasiteter på området for å lære og stadig få en bedre og raskere dynamikk mellom ny, god forskning og det å ta den i bruk. Verktøykasse for klinisk personell skal tilrettelegges slik at personell har de rette hjelpemidler.

Systematisk arbeid med å tette kunnskapshull som blir avdekket ved å arbeide kunnskapsbasert skal prioriteres. Redskaper til gode kliniske undersøkelser og til kartlegging av pasientenes behov og alvorlighetsgrad skal vektlegges slik at systematikken i dette kan forhindre skader og feil.

IT-verktøy utvikles for å støtte arbeidsprosessene slik at kunnskapsutvikling og god praksis er mulig i det daglige arbeid sammen med pasientene. Sentrale staber samarbeider også tett for å kunne legge tilrette for at alle elementer i kunnskapsutvikling og god praksis kan realiseres.

Kompetanseutvikling, opplæring og god praksis blant foretakets ansatte er en forutsetning for en stabil virksomhetsgjennomføring med høy kvalitet over tid. Kompetansen blant de ansatte skal være fremtidsrettet, behovstilpasset og gjenspeile den medisinske, sykepleiefaglige og helsefaglige utvikling og holde høyt nivå sett i internasjonal sammenheng. De ansatte skal ha kompetansegrunnlag for etisk refleksjon.. Det legges vekt på å ha systemer som legger til rette for at den enkelte anstte skal kunne ivareta eget ansvar for oppdatert klinisk kompetanse. Helseforetaket har et bevisst og målrettet arbeid med ansettelse, tilbud om interne kliniske kompetanseprogram, videreutdanning/ spesialisering og etterutdanning for å sikre at medarbeiderne innehar og vedlikeholder den kompetansen som virksomhetsgjennomføringen forutsetter, nå og fremover.

Oslo universitetssykehus ønsker å øke og samordne innsatsen innenfor strategisk kompetanseutvikling. Det skal arbeides videre med å få et bedre bilde av kompetansesituasjonen gjennom analyser, avdekke behov og få fram hva slags virkemidler foretaket rår over – både sentralt/ felles for hele foretaket og for de enkelte klinikkene. Det vil bli arbeidet med planer og tiltak på områder som er særlig utsatt mht. spesialisert kompetanse. Det tas sikte på et samarbeid med Helse Sør-Øst innenfor prosjekt strategisk kompetanseutvikling.

Strategi for pasient- og pårørendeopplæring ble styrevedtatt i 2012. Strategien strekker seg til 2016, og legger fundamentet for helseforetakets arbeid med pasient- og pårørendeopplæring. I Helseforetaket har som mål å øke antall gruppebaserte læringstilbud til pasienter og pårørende.

7.4. Organisering og utvikling av fellestjenester

I 2013 er LEAN metodikken for kontinuerlig prosessforbedring videreført innenfor virksomhetsområdene renhold, tekstil og kjøkken. Dette bidrar til mer strømlinjeformede prosesser, høyere effektivitet og større grad av profesjonalitet i leveransen. Med fokus på kundebehandling og økt service pågår det parallelt en satsing på kontinuerlig forbedring innenfor alle helseforetakets ikke-medisinske tjenester.

Med mål om mer harmonisering, standardisering og effektivisering av disse tjenester, ble det i 2013 påbegynt en prosess for å utrede organisatorisk plassering og grensesnitt mellom flere sentrale fellestjenester og fagområder.

Det er også i 2013 sluttført flere større prosjekter, blant annet felles regionalt ressursstyringssystem (GAT) og felles fakturasystem (Basware). Dette er elektroniske systemer og verktøy som gir klare driftsfordeler og som muliggjør samhandling på tvers av funksjoner og lokaliteter.

7.5. Mobilisering av medarbeidere og ledere

Det understrekes at mobilisering av ledere og medarbeidere til effektiviseringsarbeid for å oppnå driftsbalanse og samtidig gjennomføring av omstillings- og utviklingsarbeid i virksomheten også i 2013 har vært krevende. Gjennom medarbeiderundersøkelsen avdekkes det at den samlede arbeidsbelastning for ansatte fortsatt oppleves som høy.

Oslo universitetssykehus har for tredje år på rad gjennomført den årlige medarbeiderundersøkelsen. Undersøkelsen er et viktig redskap for å drive lokalt forbedringsarbeid i foretakets avdelinger og enheter. I år har Oslo universitetssykehus hatt en rekordstor oppslutning. Av de 16 270 ansatte som fikk tilsendt undersøkelsen har 80 prosent gitt tilbakemeldinger på hvordan de opplever arbeidsmiljøet i Oslo universitetssykehus. Selv om en rekke enheter har sine utfordringer så viser de samlede resultatene en trend i retning av økt jobbtilfredshet blant de ansatte. Totalt sett ser vi at Oslo universitetssykehus bedrer seg på de fleste områder og ligger nå på samme nivå med andre helseforetak i regionen når det gjelder motivasjon og arbeidsglede. Resultatene er bedre enn ved forrige undersøkelse på områder som ledelse, medvirkning og omstilling og på pasientsikkerhet. Samtidig ser vi at arbeidsbelastningen fortsatt oppleves som stor, og at Oslo universitetssykehus ligger litt over snittet for helseforetakene i Helse Sør-Øst på dette området. En av utfordringene er at særlig sykepleierne opplever mindre kontroll over egen tid.

Oslo universitetssykehus HF arbeider kontinuerlig med å redusere antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene ved helseforetaket. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene har vært en del av ledelsens månedlige gjennomgang med klinikkene. Det er også tema ved ledelsens tertialgjennomgang med hver klinikk. Det er utarbeidet en tiltaksplan med sentrale og klinikkvise tiltak for å sikre at arbeidstidsordninger er i samsvar med rammene i arbeidstidsbestemmelsene. Tiltakene er i hovedsak knyttet til kompetanseheving hos ledere, rekrutterings- og ressursplanleggingstiltak for å sikre kritisk kompetanse, samt målrettede tiltak mot utsatte enheter.

Arbeidet med å kunne tilby økt stilling til alle som ønsker det er videreført i 2013. Tilbudet gis nå til alle sykepleiere dersom de knytter seg opp til foretakets personalformidling. Det arbeides med utvidelse av dette tilbudet til også å gjelde andre grupper. I løpet av året har foretakets retningslinjer for deltid blitt revidert. Dette er gjort for å imøtekomme nye krav ved endring av arbeidsmiljøloven fra 1. januar 2014 og det er sendt ut lederinformasjon vedrørende endringer av retningslinjer, og oppfølging av deltid. Andel deltid er redusert med fem prosent fra januar 2012 til oktober 2013.

Det tilbys en rekke e-læringskurs for medarbeidere og ledere i Oslo universitetssykehus og vi registrerer en økende bruk av disse verktøyene.

7.6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Oslo universitetssykehus HF står fremdeles overfor store økonomiske utfordringer i langtidsplanperioden. Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre store investeringer de nærmeste årene for å oppgradere eksisterende eiendomsmasse i samsvar med krav fra tilsyn, sikre oppdatert medisinsk teknisk utstyr og gå over på nye IKT-løsninger. Dette vil øke avskrivningskostnadene og fakturerte IKT-kostnader fra Sykehuspartner.

Oslo universitetssykehus HF fikk ved fremleggelse av Statsbudsjettet for 2012 og 2014 stilt til rådighet 1 575 millioner kroner til omstillingsinvesteringer for årene 2010-2014. Videre er foretaket blitt prioritert i de regionalt finansierte IKT-prosjektene.

Oslo universitetssykehus HF revurderte arealutviklingsplanen i 2012 og kom i 2013 i gang med idéfaseutredning for tre alternativer for utvikling av eiendomsmassen i foretaket. Det er en tett dialog med Helse Sør-Øst RHF om investeringsbehovet knyttet til både omstillingen og det løpende behovet for utskiftninger og oppgraderinger. I planperioden er det nødvendig med betydelige utskiftninger i medisinsk teknisk utstyr og omfattende vedlikehold/investeringer i eksisterende bygningsmasse i påvente av nye klinikkbygg. Styret behandlet et investeringsbudsjett 19. desember 2013.

Oslo universitetssykehus HF har som del av behandling av økonomisk langtidsplan og budsjett 2014 blitt innvilget ekstraordinær lånefinansiering fra Helse Sør-Øst RHF på 450 millioner kroner for å kunne gjennomføre nødvendige investeringer i medisinsk teknisk utstyr og eiendom.

Driftssituasjonen for Oslo universitetssykehus HF blir noe bedret i 2014 grunnet oppdatering av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst RHF og høyere inntektsgrunnlag fra den innsatsstyrte finansieringen. Det er likevel slik at driftssituasjonen for de kommende årene vil være krevende. Utfordringen for foretaket er å redusere kostnadene ved å øke produktiviteten i organisasjonen. Mulighetene for resultatforbedring gjennom 2014 og de kommende årene er blant annet knyttet til at den somatiske døgnvirksomheten på Aker kan trappes ned og avvikles, at foretaket etter hvert kan ta i bruk gjennomgående IKT-systemer, og at det legges til rette for ytterligere

samløkalisering av fagområder og etablering av bærekraftige driftsenheter. Utover dette krever produktivitetsforbedringer at økt aktivitet i stor grad gjennomføres med eksisterende bemanning og at fellestiltak i Oslo universitetssykehus blir besluttet og gjennomført.

Styret vedtok i desember en områdeplan for IKT. I denne planen er det prioritert følgende områder:

- Etablering av et felles klinisk informasjonsgrunnlag (EPJ/DIPS, RIS/PACS)
- Etablering av konsoliderte administrative løsninger (Innkjøp og logistikk)
- Oppgradering av IKT infrastruktur ved Oslo universitetssykehus HF
- Systemer som understøtter forskning

I 2014 vil Oslo universitetssykehus HF styres etter et nullbudsjett. Dette innebærer en forbedring av resultatet med 200 millioner kroner. Den overordnede oppgaven for den økonomiske styringen de neste årene vil være å bidra til at Oslo universitetssykehus HF kan komme i økonomisk balanse i 2014, og at driften fra 2015 kan gi positive likviditetsbidrag til framtidige investeringer.

Godkjent av brukerutvalget februar 2014

Årsrapport 2013 for Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF

Innledning

Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus ble oppnevnt i styresak 68/2009. Brukerutvalgets viktigste oppgave er å bidra til kvalitetsforbedring, primært på systemnivå slik at pasienter og pårørende opplever et velfungerende sykehus med god kvalitet på helsetjenestene.

Brukerutvalget som ble oppnevnt i 2011 i styresak 56/2011, med to års funksjonstid, hadde følgende sammensetning:

- Nina Adolfsen, Kreftforeningen, leder fra 20.06.2011
- Heine Århus, Forening for hjertesyke barn/ FFO, nestleder fra 12.12.2011
- Lilli-Ann Stensdal, Norges Handikapforbundet/ SAFO og Landsforening for kvinner med bekkenløsningsplager
- Richard Madsen, Landsforening for pårørende innen psykiatri / FFO
- Grete Müller, Norsk Forbund for Utviklingshemmede / SAFO
- Veslemøy Ruud, Norges Astma- og Allergiforbund / FFO
- Jon Storaas, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
- Shoaib Sultan, Islamsk råd Norge
- Dag Omholt, Det sentrale eldreråd
- Arve Nordlie, Landsforening for Nyrepasienter og Transplanterte / SAFO
- John Bjørnøy, Landsforening for hjerte- og lungesyke/ FFO
- Faridah Shakoor, minoritetsrepresentant, LMS og filmprosjekter
- Kolbjørn Forfang, Pensjonistforbundet fra 26.3.2012

Nytt brukerutvalg for 2013- 2015 ble oppnevnt i styresak 43/2013, og består av følgende representanter:

- Tove Nakken, Kreftforeningen, leder fra 26.8.13
- Heine Århus, Foreningen for hjertesyke barn /FFO, nestleder
- Kim Fangen, Nye Pluss- Hivpositives landsforening
- Ghazala Naseem, Interkulturell Kvinne Gruppe
- Øyvind Arntzen, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
- Twinkle Dawes, Innvandrerkvinnens ressurs og aktivitetsforum
- Helga Skåden, Mental Helse Norge / FFO
- Anna Barlund, Rådgivning for spiseforstyrrelser / FFO
- Lilli-Ann Stensdal, Norges Handikapforbundet / SAFO og Landsforening for kvinner med bekkenløsningsplager

- Grete Müller, Norsk Forbund for Utviklingshemmede / SAFO
- Veslemøy Ruud, Norges Astma- og Allergiforbund / FFO
- John Bjørnøy, Landsforening for hjerte- og lungesyke / FFO
- Kolbjørn Forfang, Pensjonistforbundet

Etter nominasjoner i utvalget, ble disse utnevnt av Oslo universitetssykehus sin ledelse til leder og arbeidsutvalg: Tove Nakken, leder, Heine Århus, nestleder, Kim Fangen og Ghazala Naseem.

Brukerutvalget avholdt 8 møter à 4 timers varighet i 2013.

Representasjon fra ledelsen ved Oslo universitetssykehus

Viseadministrerende direktør Tove Strand har vært fast møtende representant fra ledelsen. Administrerende direktør, Bjørn Erikstein har møtt for dialog til direktørens time. Videre har en rekke representanter fra ledelsen møtt brukerutvalget i forbindelse med ulike saker.

Brukerutvalgets kontakt med styret

Leder og nestleder med vararepresentanter har deltatt som observatører på styremøter. Brukerutvalget har hatt et felles møte med styret 25. april 2013, for å orientere om sin virksomhet og for dialog, styresak 31/2013.

Deltakelse i prosjekter, råd og utvalg 2013

- Idéfase - Campus Oslo:
Styringsgruppen, Tove Nakken
Faglig rådgivningsgruppe, Heine Århus
- Ungdomsrådet, Faridah Shakoor, vara Veslemøy Ruud
- Overordnet fagstrategi for OUS:
Styringsgruppe, Nina Adolfsen
Prosjektgruppe, Kolbjørn Forfang vara Nina Adolfsen
- Brukernetverk i pasient- og pårørendeopplæring, Lilli-Ann Stensdal
- Pasientforløp: Lungekreft, John Bjørnøy
- Råd for metodevurdering, Tove Nakken
- Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, Kim Fangen
- Barne- og ungdomsprogrammet, Veslemøy Ruud
- Underavtale- Tjenesteavtale, samhandling primær til spesialist helsetjeneste, Øyvind Arntzen
- Forskningsutvalget - Richard Madsen
- Fagråd for forskning på samhandlingsfeltet, John Bjørnøy
- Kommunikasjonsstrategi ved OUS, John Bjørnøy
- Utvalg for koordinering av fagprosedyrer, behandlingslinjer og pasientinformasjon, John Bjørnøy
- Forum for pasient- og pårørendeopplæring, Lilli-Ann Stensdal og John Bjørnøy
- Råd for barn som pårørende, Heine Århus
- Brukermedvirkning, Samhandlingsarena Aker, Lilli-Ann Stensdal

Konferanser/seminarer/arrangementer hvor brukerutvalgets representanter har vært deltagere gjennom Oslo Universitetssykehus

- Årlig konferanse for brukerutvalget i Helse Sør-Øst 27. og 28. november, Lilli-Ann Stensdal, Heine Århus, John Bjørnøy og Helga Skåden

- Årlig brukerrådsseminar i klinikk psykisk helse og avhengighet, 17. oktober, Helga Skåden
- Fagdag Barn som pårørende 20.november, Heine Århus,

Representasjon i klinikkvise brukerråd ved Oslo universitetssykehus

- Klinikk psykisk helse og avhengighet, Richard Madsen, vara Jon Storaas, Helga Skåden
- Medisinsk klinikk, Lilli-Ann Stensdal
- Klinikk for kirurgi- og nevrofag, Kolbjørn Forfang, vara Grete Müller
- Kvinne- og barneklubben, Heine Århus, vara Grete Müller
- Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben, John Bjørnøy, Tove Nakken.
- Hjerte-, lunge og karklubben, Veslemøy Ruud

Kvalitetsutvalg ved Oslo universitetssykehus

- Det sentrale kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg, John Bjørnøy og Grete Müller
- Akuttklubbens kvalitetsutvalg, Dag A. Omholt, Helga Skåden oppnevnt i oktober (sak 063-13)

Ungdomsrådet ved Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus opprettet sitt eget ungdomsråd den 21. juni 2012. Ungdomsrådet ved Oslo universitetssykehus skal sammen med tverrfaglig helsepersonell bidra til et likeverdig samarbeid for å sikre til et tilstrekkelig fokus på ungdom og unge voksne sine behov i sykehuset. Faridah Shakoor deltok i ungdomsrådet som brukerrepresentant og Anna Barlund ble oppnevnt (sak 052-13) med Veslemøy Ruud som vara.

Modulbasert brukeropplæring

Deltagelse på FFO og SAFOs modul 3 Erfaringskonferanse for leder og nestleder: Tove Nakken

Deltagelse på modul 2 i regi av Oslo universitetssykehus:

Alle nyoppnevnte brukerrepresentanter deltok på Modul 2- modulbasert brukeropplæring 26. 08.13. 1 dag á 6 timers varighet.

Viktige saker behandlet i brukerutvalget i 2013

Sak 005-13 Utdanningsstrategien 2013-2015 Brukerutvalget har kommet med innspill til utdanningsstrategien, med særskilt fokus på språk.

Sak 014- 13 og 062-13 Handlingsplan for brukervedvirkning 2014- 2016 Brukerutvalget har arbeidet med handlingsplan for brukervedvirkning 2014-2016. Klubbenes brukerråd har også fått anledning til å komme med innspill.

Sak 039-13 Handlingsplan Oslo universitetssykehus 2014-2016 Brukerutvalget har kommet med innspill til del 1 "Det gode pasientmøte" i Oslo universitetssykehus Handlingsplan 2014-2016.

Sak 032- 13 Standardbrev til pasienter Brukerutvalget har engasjert seg i utforming av rettighetsbrev til pasienter, med spesielt fokus på språklig forenkling.

Sak 061-13 Samarbeid brukerutvalg, brukerråd og ungdomsråd Brukerutvalget har initiert et tettere samarbeid mellom de klinikkvise brukerråd, ungdomsrådet og brukerutvalget, med hensikt å skape felles målsettinger og styrke brukermedvirkning i sykehuset.

Sak 053-13 Orientering om Idéfase- Campus Oslo Brukerutvalget har fra og med høsten 2013 blitt fortløpende orientert om prosjektet og hatt mulighet til å komme med innspill.

Sak 068-13 HIV-koordinator ved OUS Brukerutvalget engasjerte seg i arbeidet med å opprette en Hiv-koordinator stilling ved Oslo universitetssykehus, på bakgrunn av sak 068-13.

Viktige spørsmål til ledelsen i administrerendes direktørs time

Sak 002-2013

- Brukerutvalget stilte spørsmål vedrørende fasilitetene på barneintensiven.

Sak 020-2013

- Brukerutvalget løftet bekymringssak vedrørende lang ventetid for barn under 16 år ved Hjerte-, lunge- og karklinikken.
- Brukerutvalget stilte spørsmål vedrørende palliativ behandling, og om det var noen krefttyper som falt utenfor systemet.

Sak 027-2013

- Spørsmål fra brukerutvalget vedrørende ventetid i standardbrev sendt til pasienter etter henvisning til OUS.

Sak 036-2013

- Brukerutvalget stilte spørsmål vedrørende pasientkoordinator.
- Brukerutvalget løftet sak om omorganisering i ruspoliklinikken.
- Brukerutvalget stilte spørsmål angående kapasiteten for MR- undersøkelser.

Sak 058-2013

- Brukerutvalget løftet sak vedrørende reduksjon av ventetiden for brystkreft pasienter ved OUS.
- Brukerutvalget fremmet sak angående krefregisteret.

Brukerutvalgets bekymringer

Brukerutvalget løfter følgende bekymringer til ledelsen i Oslo universitetssykehus:

- Idéfase OUS- Campus Oslo, forholder seg til Arealutviklingsplan 2025. En bekymring løftes om at Arealutviklingsplanen ikke inneholder noe om pasient- og pårørendeopplæring som er ett av sykehusets hovedansvarsområder.
- Brukerutvalget er bekymret over alvorlig mangel på spesialsykepleiere innenfor intensiv- og postoperative avdelinger ved OUS.

Brukerutvalgets to hovedfokusområder i 2014

Brukerutvalget har i 2014 planlagt å fokusere på spesielt to områder:

- Ungdomshelse

- Pasientforløp

Brukerutvalget har ambisjon om å samarbeide med ungdomsrådet og klinikkenes brukerråd i arbeidet med de to overordnede fokusområdene.

Vedlegg til Årlig melding 2013 – redegjørelse for bruk av ”Insentivmidler til økt inntak og kvalitet på praksis for høgskolestudenter i 2013”

Jf brev av 6.11.2012 fra Helse Sør-Øst, sak 08/00604-51, der det bes om at ”det enkelte helseforetak/sykehus rapporterer kort om anvendelse og resultater i årlig melding”:

Nr	Klinikk, Avdeling	Kort beskrivelse av gjennomførte prosjekter	Søkt sum	Innvilget sum
1	Klinikk for kirurgi og nevrofag. Plastikk kirurgisk sengepost.	Avdelingen har ”studenttett” post og søkte midler for å opprettholde tilbudet. Avdelingen tar imot 32 studenter pr. studieår og søkte midler til frikjøp av en praksisveileder (75 %) for å styrke kvaliteten på veiledningen. Vedkommende arrangerte to introduksjonsdager, ga støtte til veiledningsteamene, gjennomførte undervisning og bisto i evaluering av studenter.	230 000	230 000
2	Klinikk for kirurgi og nevrofag. Ortopedisk voksenpost.	Avdelingen fikk tildelt midler for å styrke arbeidsmiljøet, redusere sykefravær og turnover blant erfarne sykepleiere, for å ta i mot avtalt mengde studenter. Midlene ble også brukt til innleie av vikarer for å gi sykepleierne anledning til å hospitere to dager på annen avdeling. Formålet med hospiteringen var å styrke kompetansen ift avdelingens intermediærpasienter, som også er positivt for å fremme studentenes læringsmiljø.	131 212	130 000
3	Klinikk for kirurgi og nevrofag. Kirurgisk avdeling for barn.	Insentivmidlene er brukt i tilknytning til et større prosjekt i samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA): ”Forberedelse av barn til operasjon”. Fag- og forskningssykepleier har organisert temadag, faglunsjer og undervisning (av studenter) i relasjon til dette prosjektet. Insentivmidlene er også brukt til å gi praksisveiledere veilederkurs på høgskolen.	366 840	50 000
4	Kreft- kirurgi- og transplantasjonsklinikken. Avdeling for kreftbehandling. Seksjon for poliklinikk.	Seksjonen har startet et nytt prosjekt for å benytte poliklinikk som praksisarena. Insentivmidlene er brukt til frikjøp av sykepleiere som er tiltenkt rollen som veiledere, veilederkurs på høgskolen. Seksjonen har tatt i mot fem studenter for første gang.	82 190	25 000
5	Kreft- kirurgi- og transplantasjonsklinikken. Avdeling for kreftbehandling.	To studentveiledere har gjennomført videreutdanning i praksisveiledning i regi av HiOA. Studentveilederne tar et spesielt ansvar for oppfølging av studenter med ekstra behov. Studentveileder gjennomførte undervisning og fagdag for studenter.	191 000	100 000
6	Kvinne- og barneklubben. Avdeling for gynekologisk kreft, poliklinikk.	Ny praksisarena. Midlene er brukt til å styrke veiledningskompetansen til fire sykepleiere som deltok på et tredagers veiledningskurs i regi av HiOA. Avdelingen brukte også midlene til å utvikle tiltak for mottak av studenter samt legge forholdene til rette for at studentene kan hospitere en uke på sengepost.	74 000	60 000
7	Kreft- kirurgi- og transplantasjonsklinikken. Avdeling for kreftbehandling. Seksjon for sengeposter.	Avdelingen har brukt midlene til å arrangere introduksjonsdager til studenter, til kurs og betaling til ekstern foreleser, til å styrke ansattes veilederkompetanse (deltakere på tredagers kurs på HiOA) og utarbeide et e-læringsprogram om håndtering av cytostatika.	145 025	100 000
8	Medisinsk klinikk.	Avdelingen har mottatt midler for å opprettholde tilbudet om studenttettpost; 12 studenter	201 777	200 000

Nr	Klinikk, Avdeling	Kort beskrivelse av gjennomførte prosjekter	Søkt sum	Innvilget sum
	Genrell indremedisin.	x 3 perioder. Studentansvarlig sykepleier ble frikjøpt to dager pr. uke for å følge opp studentene tettere, veilede og undervise dem. Ni sykepleiere har deltatt på veiledningskurs a tre dager i regi av HiOA.		
9	Klinikk for kirurgi og nevrofag. Øyeavdelingen sengepost og poliklinikk.	Avdelingen har mottatt insentivmidler for å øke antall studenter fra fire til fem pr. praksisperiode (innen kirurgi). Midlene er også brukt til å inkludere studentene i et større prosjekt som pågår i avdelingen vedrørende kunnskapsbasert praksis (postoperativ smertebehandling). Det er arrangert gruppesamlinger for studentene (opplæring og refleksjon).	300 000	234 000
10	Klinikk for kirurgi og nevrofag. Seksjon klinisk service.	Midlene er benyttet til å lage felles informasjonsdag og gi gruppeveiledning til alle ergoterapistudenter (bachelor) i somatisk praksis ved OUS.	100 000	10 000
11	Medisinsk klinikk. Gastromedisinske sengeposter.	Avdelingen frikjøpte en studentansvarlig i avdeling en dag i uken for å jobbe med forberedelse til praksis, veiledning og undervisning av både studenter og veiledere. En velkomstpakke for studenter ble oppdatert og redigert. I tillegg deltok fire sykepleiere på veiledningskurs i regi av HiOA. Det ble utarbeidet et evalueringsskjema for både studenter og kontaktsykepleiere.	71 089	71 000
12	Kreft- kirurgi- og transplantasjonsklinikken. Avdeling for gastro/urologisk sengepost	Midlene er brukt til til frikjøp av åtte sykepleiere, som ikke tidligere har veiledet studenter, til deltakelse på veiledningskurs i regi av Lovisenberg diakonale høyskole. Studentveiledere og kontaktsykepleiere har også deltatt på fagseminar/konferanser og det er arrangert temadager. Avdelingen har etablert et standardisert pasientforløp (fra predialog før operasjon til fem uker etter operasjon) som studentene får ta del i. Studentansvarlig sykepleier er frikjøpt for å tilrettelegge for mottak av nye studenter.	124 349	100 000
13	Kreft- kirurgi- og transplantasjonsklinikken. Seksjon for strålebehandling	Seksjonen ønsket å forbedre kvaliteten på praksisstudiene til bachelorstudenter og har kjøpt fri to kontaktveiledere for å arrangere et seminar og en workshop. Fokus var hhv å øke veiledernes kompetanse og legge til rette for at studentene kunne reflektere over egen praksis.	25 000	15 000

Insentivmidler for kalenderåret 2013 mottatt fra HSØ	kr. 1 325 000
Tildelt insentivmidler i kalenderåret 2013	kr. 1 325 000
Resterende beløp i kalenderåret 2013	kr. 0

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. februar 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

SAK 7/2014 OPPDRAG OG BESTILLING 2014 FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Forslag til vedtak:

Styret tar protokoll fra foretaksmøte 13. februar 2014 i Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

Oslo den 6. februar 2014

Bjørn Erikstein

Oppdrag og bestilling 2014

Helse Sør-Øst RHF har lagt opp til foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF den 13. februar 2014 på Gardermoen. I møtet vil Helse Sør-Øst RHF's oppdrag og bestilling for 2014 bli gjort gjeldende for helseforetaket. Oppdrag og bestilling 2014 sendes styrets medlemmer fra Helse Sør-Øst RHF sammen med innkallingen til foretaksmøte.

Administrerende direktørs vurdering

Ut fra de signaler som er kommet legges det til grunn at oppdrag og bestilling er forenelige med Oslo universitetssykehus sine virksomhetsplaner og budsjett for 2014. Det foreslås at styret tar protokoll fra foretaksmøte 8. februar 2013 med tilhørende Oppdrag og bestilling for 2013, til etterretning.

Oppdraget vil bli fordelt ut på ansvarlige enheter og fulgt opp i helseforetakets oppfølgings- og rapporteringsrutiner.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	14. februar 2014
Saksbehandler:	Direksjonssekretær
Vedlegg:	Erklæring om lederes ansettelsesvilkår.

SAK 8/2014 ERKLÆRING OM LEDERES ANSETTELSESVILKÅR

Forslag til vedtak:

Styret vedtar erklæring om ledernes ansettelsesvilkår.

Oslo, den 6. februar 2014

Bjørn Erikstein

Innledning

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

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Oslo universitetssykehus følger prinsipper og retningslinjer for ledende ansattes ansettelsesvilkår i statlige foretak og selskaper. Lønningene til ledergruppens medlemmer ble i 2013 justert med i gjennomsnitt 3,33 prosent. Lønnsoppgjøret for alle ansatte i foretaket var på 3,67 prosent, inkludert overheng og glidning. Lønnsjusteringen blant de ledende ansatte var fra 0 prosent til 6,4 prosent. Vedlagte forslag til erklæring er utarbeidet etter mal fra tilsvarende erklæring i Helse Sør-Øst RHF.

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

Bakgrunn

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

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

Erklæring om lederes ansettelsesvilkår:

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

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

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2013

Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør er behandlet og fastsatt av styret i styresak 17/2013. Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt.

Lønningene til ledergruppens medlemmer ble i 2013 justert med 3,33 prosent, med en variasjon blant lederne fra 0 til 6,4 prosent.

Lønnsjusteringene for ledergruppen gjelder fra 1. januar.

Lønn for ledende ansatte er i hovedsak fast lønn.

Fastsettelse av basislønn

Ved fastsettelse av basislønn skal følgende kriterier legges til grunn:

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

Naturalytelser

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

- Mobiltelefon
- Mobilt bredbånd
- Hjemmekontor i tråd med virksomhetens bestemmelser
- Avis abonnement
- Forsikringsordninger

Pensjonsordning

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

Sluttvederlag

Ved fastsettelse av sluttvederlag gjelder følgende prinsipper:

- Avtale om sluttvederlag kan inngås for inntil 12 måneders avtalt lønn.
- Til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter oppbåret i perioden.

- Sluttvederlag gis bare når det oppstår situasjoner av slik karakter at det av hensyn til virksomhetens videre drift besluttes at den ledende ansatte må avslutte sitt ansettelsesforhold og fratrukke sin stilling umiddelbart.

Variable godtgjørelser eller særskilte ytelser som kommer i tillegg til basislønn
Det finnes ikke variable elementer i selskapets godtgjørelse til ledende ansatte.

Andre bestemmelser

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

Oslo universitetssykehus HF har i 2013 hatt som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken i det foregående regnskapsår har i hovedsak bygget på de prinsipper som beskrevet over.

Styret i Oslo universitetssykehus HF mener at lønnspolitikken i 2013 har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

Retningslinjer for 2014

Oslo universitetssykehus vil tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken i 2014 vil bygge på vedtatte retningslinjer og prinsipper som beskrevet over.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. februar 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Oversikt over status for tidligere styresaker

SAK 9/2014 STATUS OG OPPFØLGING AV STYRESAKER

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

Forslag til vedtak:

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til og med januar 2014 til orientering.

Oslo, den 6. februar 2014

Bjørn Erikstein

Vedlegg til sak 9/2014
Status oppfølging av styrets vedtak 2013

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

Saksnr	Saksnavn	Vedtak	Oppfølging
77/2013	Riksrevisjonens rapport Dok 3:2 (2013-2014)	Styret tar saken til foreløpig orientering.	Ny sak i juni 2014
76/2013	Tilsyn fra Helsetilsynet om håndtering av humane celler og vev	Styret tar tilsynsrapport og beskrevne tiltak for oppfølging av avvik til etterretning.	Følges opp i ledelsens gjennomgang
75/2013	Tilsyn fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap	Styret tar tilsynsrapport og beskrevne tiltak for oppfølging av avvik til etterretning.	Følges opp i ledelsens gjennomgang
74/2013	Konsernrevisjon av rutiner for henvisninger mellom Ringerike sykehus og Oslo universitetssykehus	Styret tar revisjonsrapport 7/2013 og tiltaksplan for oppfølging av anbefalingene til etterretning.	Følges opp i ledelsens gjennomgang
73/2013	Salg av Bogerudveien 13-15	Styret anbefaler salg av eiendommen Bogerudveien 13-15, gnr 163 bnr 83/87 i Oslo kommune. Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingen til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.	Oversendt HSØ Under oppfølging
72/2013	Overdragelse av Medisinsk bibliotek til UiO	Styret anbefaler at Oslo universitetssykehus medisinske bibliotekjeneste virksomhetsoverdras til Universitetet i Oslo i henhold til vedlagte avtaleutkast.	Under oppfølging

		<p>Styret ber administrerende direktør oversende saken til Helse Sør-Øst RHF for avklaring av overføring på statsbudsjettet og vedtak i foretaksmøte.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å undertegne avtalen om virksomhetsoverdragelse etter vedtak i foretaksmøte.</p>	
71/2013	Budsjett 2014	<p>Styret legger til grunn et årsresultat på null kroner eller bedre som økonomisk styringsmål for 2014.</p> <p>Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2013 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 71/2013. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter.</p> <p>Administrerende direktør gis fullmakt til å ta opp lån fra Helse Sør-Øst RHF til å finansiere investeringer til omstilling i samsvar med tabell 3.</p> <p>Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.</p> <p>Styret forutsetter at det videre arbeid med tiltak innenfor innsatsområdene nevnt i budsjettsaken, er gjenstand for en bred prosess med god involvering av fagmiljø og tillitsvalgte og at bare tiltak som ikke reduserer kvalitet og pasientsikkerhet iverksettes.</p> <p>Styret forutsetter at de tolv prinsipper for medvirkning legges til grunn for det videre arbeidet med budsjett 2014.</p>	<p>Under oppfølging</p> <p>Under oppfølging</p>
67/2013	Eventuelt	<p>Styret melder den delen av saken som gjelder tilskuddsforvaltning til Helse Sør-Øst RHF for videre oppfølging.</p>	OK

63/2013	Budsjett 2014	<p>Styret tar sak om budsjett 2014 til orientering.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om kjøp av ambulanser for 23 millioner kroner av investeringsrammen for 2014.</p>	OK
61/2013	Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2013	Styret tar ledelsens gjennomgang for andre tertial til etterretning.	Sendt HSØ
55/2013	Erklæring om ledes ansettelsesvilkår	Styret vedtar erklæring om ledernes ansettelsesvilkår.	OK
54/2013	Salg av Montebello terrasse 15	<p>Styret vedtar salg av Montebello Terrasse 15, gnr. 29 bnr. 82 i Oslo kommune.</p> <p>Styret ber administrerende direktør om å iverksette gjennomføringen av salget.</p>	Eiendommen er solgt
51/2013	Funksjoner ved Legevakten	<p>Styret slutter seg til at operasjonsstuene i Storgaten 40 oppgraderes slik at de funksjoner Oslo universitetssykehus har hatt i Legevakten kan reetableres og ber administrerende direktør følge opp dette overfor Oslo kommune.</p> <p>Styret forutsetter at investeringskostnadene dekkes av Oslo kommune og at Oslo universitetssykehus dekker kostnadene gjennom leieprisen.</p> <p>Styret ber administrerende direktør sørge for en optimal utnyttelse av operasjonsstuene i Storgaten 40.</p>	Oslo kommune har satt av midler til oppgradering av operasjons-stuene. OUS dekker kostnadene gjennom husleie.
40/2013	Legevakt 2015	<p>Styret tar saken til orientering.</p> <p>Med utgangspunkt i mulighetsstudien ”Legevakten 2015”, ber styret administrerende direktør arbeide videre med saken med sikte på å finne den beste løsningen for Oslo universitetssykehus og ber administrerende direktør fortsette dialogen med Oslo kommune.</p>	Fulgt opp i styresak 51/2013

39/2013	Oppgradering av vedlikeholdsplan bygg 3 Ullevål sykehus	<p>Styret tilslutter seg planen for utbedring og oppgraderinger i bygg 3 ved Ullevål sykehus slik at pasientdrift kan opprettholdes frem til eventuelle nye pasientbygg er på plass.</p> <p>Planen som er utarbeidet forutsetter et rokadeareal og administrerende direktør gis fullmakt til å lage en plan som også omfatter et mulig samarbeid med fagmiljøer utenfor Oslo universitetssykehus.</p> <p>Styret ber om å få saken til endelig vurdering i et ekstraordinært styremøte i august.</p>	Fulgt opp i styresak 58/2013
38/2013	Budsjett 2014	<p>Styret tar sak om budsjett 2014 til orientering.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinsk teknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2014.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å planlegge og å inngå investeringsforpliktelser i eiendom innenfor en samlet beløp på 100 millioner kroner av investeringsrammen for 2014.</p>	OK OK
37/2013	Rapportering per mai 2013	<p>Styret tar rapporteringen for mai 2013 til orientering.</p> <p>Styret ser alvorlig på utviklingen i driftsøkonomien og ber administrerende direktør legge frem en oppdatert tiltaksplanplan i styremøte i 26. september for å sikre budsjettert resultatkrav for 2013 og en god prosess med budsjett 2014.</p>	Fulgt opp i styresak 48/2013
28/2013	Revisjonsplan internrevisjon	Styret tar forslag til revisjonsplan for Oslo universitetssykehus til etterretning.	Under oppfølging

10/2013	Inngåelse av prinsippavtale med Oslo kommune om samarbeid, utleie og tjenesteytelser på Aker	<p>Styret tar orienteringen om arbeidet med en prinsippavtale mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune om samarbeid og bruk av arealene ved Aker sykehus til etterretning.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå en slik avtale med Oslo kommune.</p>	Avtalen er signert
8/2013	Utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus	Styret vedtar Utdanningsstrategi 2013-2018, Oslo universitetssykehus HF, med de merknader styret ga i møtet.	Fulgt opp i egen handlingsplan..
7/2013	Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus, hovedprosjekt	<p>Styret godkjenner leveransen fra forprosjekt regional EPJ ved Oslo universitetssykehus HF.</p> <p>Styret godkjenner ”Prosjektdirektiv Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus HF Gjennomføringsfasen” med tilhørende prosjektdirektiver for delprosjektene.</p> <p>Styret vedtar gjennomføringsfasen slik den fremgår i prosjektdirektivet. Det vedtas et budsjett for innføring av regional EPJ ved Oslo universitetssykehus HF (gjennomføringsfasen) på totalt 730 millioner kroner (2013-priser) inkludert en risikomargin på 95 millioner kroner. Tallene justeres endelig i overensstemmelse med resultatene fra usikkerhetsanalysen.</p>	<p>Under oppfølging</p> <p>Status presentert i sak 71/2013</p>
85/2012	Mandat Idefase	<p>Styret vedtar oppstart av samlet idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus.</p> <p>Styret ber om å bli holdt løpende orientert.</p>	Status gitt i sak 65/2013
82/2012	Rapport per august	<p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter etablering av mammografiscreening på Aker innenfor en ramme på 15 millioner kroner finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe nytt trykkammer</p>	<p>Prosjekt er gjennomført.</p> <p>HSØ har godkjent anskaffelse</p>

		<p>innenfor en ramme på 16 millioner kroner, under forutsetning av godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe nytt angiografilaboratorium innenfor en ramme på 11,1 millioner kroner, under forutsetning av godkjennelse fra Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre prosjekt for utvidelse av kapasitet ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser innenfor en foreløpig ramme på 20 millioner kroner finansiert av driftsmidler i 2012/2013.</p>	<p>Arealavklaring pågår.</p> <p>Godkjent og anskaffet.</p> <p>Prosjekt er under gjennomføring.</p>
74/2012	Budsjett 2013	<p>Styret ber administrerende direktør forberede en plan for å gjennomføre årlige investeringer i medisinsk teknisk utstyr i størrelsen 350 millioner kroner per år i perioden 2013-2015 i samsvar med omtalen i denne styresaken (avsnitt 4.h). Anskaffelsene forutsettes gjennomført i samsvar med de årlige investeringsbudsjettene og innenfor gjeldende fullmaktsregime.</p>	<p>Under arbeid.</p>
73/2012	Rapport per august	<p>Styret ser det som nødvendig å sikre tilstrekkelig fremdrift i gjennomføring av investeringer i 2013 og gir administrerende direktør fullmakt til å bestille utstyr med videre til investering for levering i 2013 på 100 millioner kroner utover tidligere godkjent beløp.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gå til anskaffelse av 16 ambulanser med levering i 2013, innenfor en ramme på 22,4 millioner kroner.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter etablering av ny gjennomlysningslaboratorium/intervensjonslaboratorium i bygg 6 ved Ullevål innenfor en ramme på 15 millioner kroner finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer.</p>	<p>Gjennomføres som vedtatt</p> <p>Anskaffelse gjennomført.</p> <p>Prosjekt er gjennomført</p>

		<p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter samlokalisering av avhengighetsbehandling for voksne i bygg 21 ved Ullevål innenfor en ramme på 14,8 millioner kroner finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer. Dersom nytt ventilasjonsanlegg må installeres økes rammen med 5,8 millioner kroner til 20,6 millioner kroner.</p>	<p>Prosjekt er under gjennomføring.</p>
49/2012	Anskaffelse av økonomi- og logistikksystem	<p>Oslo universitetssykehus HF er positiv til at det etableres en regional løsning for økonomi- og logistikksystem i Helse Sør-Øst.</p> <p>Styret ber administrerende direktør i samråd med styreleder å gå i dialog med Helse Sør-Øst RHF med hensyn på å dekke Oslo universitetssykehus HF sine behov for systemer innenfor økonomi, innkjøp og logistikk.</p>	<p>Fulgt opp i sak 45/2013</p>
16/2012	Rapport per februar	<p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe CT-simulator og lineærakselerator for inntil henholdsvis 14 og 27 millioner kroner, i samsvar med omtale i styresaken.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å sette i gang delprosjekt 15 diagnostikk og intervensjon og delprosjekt 24 gynekologisk onkologi i samsvar med omtale i styresaken.</p>	<p>Anskaffelse pågår.</p> <p>Prosjekt er gjennomført.</p>

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. februar 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

SAK 10/2014 STYREMØTER I 2014

Forslag til vedtak:

<i>Torsdag 3. april 2014</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-12</i>
<i>Torsdag 24. april 2014</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Onsdag 28. mai 2014</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Torsdag 26. juni 2014</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Torsdag 25. september 2014</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Torsdag 30. oktober 2014</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
	<i>Styreseminar</i>	<i>14-19</i>
<i>Torsdag 18. desember 2014</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Reservetid:</i>		
<i>Onsdag 23. april 2014</i>	<i>Styreseminar</i>	<i>17-22</i>
<i>Torsdag 27. november 2014</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>

Oslo, den 6. februar 2014

Bjørn Erikstein

Styret har i styresak 44/2013 vedtatt følgende møtetidspunkter for 2014:

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

Reservetider:

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

Tidspunktene ble avsatt i juni 2013 og etter valg av nytt styre legges tidspunktene fram til informasjon og for eventuelle endringer.

Det viser seg at det bør være et styremøte før 24. april for å vedta årsoppgjøret for 2013 som skal sendes inn til Helse Sør-Øst RHF den 11. april. Det foreslås derfor å ha et kort møte om kvelden den 3. april.

Det foreslås å aktivere reservetidspunktet 28. mai blant annet for å ivareta at styret har en tilstrekkelig behandling av idéfasearbeidet for helseforetaket før vedtak i styremøte i juni.

Styret har satt av tid til et styreseminar den 23. april om kvelden før styremøte dagen etter. Det er ikke avgjort noe tema for seminaret med det foreslås at styret fortsatt holder av tiden.

Etter dette foreslås følgende møtetidspunkter for styret i 2014:

Torsdag 3. april 2014	Styremøte	10-12
Torsdag 24. april 2014	Styremøte	8-14
Onsdag 28. mai 2014	Styremøte	8-14
Torsdag 26. juni 2014	Styremøte	8-14
Torsdag 25. september 2014	Styremøte	8-14
Torsdag 30. oktober 2014	Styremøte	8-14
	Styreseminar	14-19
Torsdag 18. desember 2014	Styremøte	8-14

Reservetid:

Onsdag 23. april 2014	Styreseminar	17-22
Torsdag 27. november 2014	Styremøte	8-14

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte.: 14. februar 2014

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 11/2014 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

Følgende legges frem til orientering:

1. Drift
2. Utviklingsprosjekter
3. Tilsyn
4. Ulykke med Norsk Luftambulansse og oppfølging av denne
5. Samhandling
6. Mediebildet - medieomtale
7. Referater

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 6. februar 2014

Bjørn Erikstein

Innledning

Januar 2014 ga oss en alvorlig påminnelse om sårbarhet for våre ansatte i deler av den tjenesten sykehuset er ansvarlig for. 14. januar falt et helikopter ned på Sollihøgda og 2 av 3 om bord mistet livet. En av disse var anestesilege ansatt ved Oslo universitetssykehus. Ulykken har gjort et dypt inntrykk i hele sykehuset, men spesielt Akuttklinikken og Prehospitalt senter med seksjon for Luftambulansse har vært og er dypest berørt. Det er viktig at vi i slike alvorlige situasjoner evner å ta vare på hverandre og hele tiden ha egne ansattes og andres sikkerhet høyt på agendaen.

Oslo universitetssykehus har fått nytt styre (eieroppnevnte styremedlemmer), velkommen til nye styremedlemmer og takk til avtroppende styremedlemmer.

Det vises for øvrig til styresak Ledelsens gjennomgang for saker som ofte omtales i administrerende direktørs orienteringer.

1. DRIFT

- **Dagkirurgi/elektiv kirurgi ved Aker**

Oslo universitetssykehus planlegger nå for oppstart av et prosjekt som skal utrede etablering av senter for dagkirurgi/elektiv kirurgi på Aker med tilhørende femdøgns-sengepost.

De tre største kirurgiske virksomheter på Aker er fortsatt urologi, ortopedi og karkirurgi. Disse skal etter planen flytte fra Aker. Ortopedisk kirurgi skal flyttes tilbake til Storgaten 40 og kirurgi knyttet til døgnaktivitet innen urologi og karkirurgi skal flyttes til hhv Ullevål og Rikshospitalet (dagkirurgi innen urologi og karkirurgi skal fortsatt være på Aker). Utflyttingene er planlagt i begynnelsen av 2015. Dette gir tilgang til en vesentlig operasjonsstuekapasitet og sengekapasitet. Denne kapasiteten er forutsatt utnyttet til etablering av Senter for dagkirurgi /elektiv kirurgi på Aker med en hovedvekt på dagkirurgi.

Aker sykehus har 12 operasjonsstuer. Disse har gjennomgått full oppgradering de siste 10 årene. Åtte av operasjonsstuene har dokumentert standard for implantat-/ infeksjonsfølsom kirurgi. To av stuene er spesielt store og to er cytoscopistuer. Stuene er fordelt over to etasjer med åtte i en etasje og fire i etasjen under. Det er godt tilrettelagt for anestesi og postoperativ virksomhet. Det er mulig å ha separate postoperative sløyfer i hver etasje eller å samle postoperativ virksomhet i én etasje. Intensivkapasiteten er nedskalert til en beredskapsseng.

I tilknytning til operasjonsstuene vil det være tilgang til sengekapasitet. Denne skal utnyttes til planlagt kirurgi som også krever innleggelse innen rammen av en femdøgns-post. Videre kan man ta i mot subakutt overføring til Aker for operasjon eller forlengete postoperative forløp etter ordinære dagkirurgiske prosedyrer.

Det vil også være mulig å legge poliklinisk virksomhet til Aker for pasientgrupper som håndteres her. Det vil fortsatt være tilgang på aktuelle medisinske og ikke-medisinske støttetjenester. Aker har kontorer tilpasset omfanget av en slik kirurgisk virksomhet.

Oslo universitetssykehus vil i oktober 2014 få på plass felles PAS/EPJ for hele sykehuset noe som forenkler integrering av Senter for dagkirurgi/elektiv kirurgi i sykehusets øvrige virksomhet.

Virksomheten i Senteret vil være en integrert del av øvrig virksomhet på Aker. Dette gir rom for samarbeid om fellesfunksjoner som resepsjon, møte- og undervisningsfasiliteter og evt også innen enkelte andre kompetanseområder med øvrige aktører så som Oslo kommune og Sunnaas sykehus.

Det planlegges for at første pulje av ny dagkirurgi på Aker starter opp som et prosjekt i de nye operasjonsstuen i Akuttbygget på Ullevål, slik at disse utnyttes fra ferdigstillelse (sommeren 2014) og frem til urologisk døgnvirksomhet flytter til Ullevål og dagkirurgien til Aker.

- **Sammenslåing med akuttmedisinsk kommunikasjonsentral i Østfold**

Sykehuset Østfold HF skal flytte inn i nytt sykehus i 2015. Flyttingen medfører at det må gjøres en avklaring av fremtidig drift av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) i Østfold.

Det er på denne bakgrunn utredet muligheter og konsekvenser av at AMK-tjenester for Østfold sees i sammenheng med AMK Oslo og Akershus. Styret i Sykehuset Østfold ga den 16. desember 2013 sin tilslutning til at Sykehuset Østfold innleder samtaler med Oslo universitetssykehus med sikte på en avtale om felles AMK-tjenester for Østfold og Oslo - Akershus.

Det er nå samtaler mellom Sykehuset Østfold og Oslo universitetssykehus med sikte på å etablere en felles AMK i Oslo og Akershus. Det tas sikte på å få frem et forslag til avtale om en felles sentral som vil bli lagt frem for styret i løpet av første halvår 2014.

2. UTVIKLINGSPROSJEKTER

- **OUS Idéfasearbeid – Status**

Arbeidet med idéfaseutredningen går i hovedsak som planlagt. Prosjektet forventes avsluttet innenfor fastsatt ramme for tid og kostnad. Første utkast av idéfaserapport vil foreligge medio april, og skal deretter gjennom en runde med intern behandling samt innspillrunde med sentrale samarbeidspartnere i mai. Endelig sluttrapport forventes å kunne bli ferdigbehandlet i prosjektets styringsgruppe 16. juni og vil deretter kunne fremlegges som sak for styret den 26. juni, og med etterfølgende høringsrunde og behandling i Helse Sør-Øst RHF.

Siden forrige status til styret, har prosjektet arbeidet med de aktivitetene som det ble informert om, blant annet med fokus på idé- og referansesøk for virksomhetsmodeller og fysiske løsninger, behovsanalyse og dimensjoneringsgrunnlag, analysemodeller og opplegg for alternativanalyse samt evalueringskriterier for de løsningsalternativer som blir utredet. Involvering har også vært spesielt vektlagt i perioden.

Det har spesielt vært arbeidet godt med utvikling av alternativer for virksomhetsløsninger, et arbeid som har vært utført med bred involvering med representanter fra klinikkene, organisasjonene, vernetjeneste og brukere. Videre har Universitetet i Oslo, høyskoler, Oslo kommune, Helse Sør-Øst og samarbeidende sykehus (Lovisenberg og Diakonhjemmet) deltatt i arbeidet. Endelig er arbeidet også forankret med sykehusets ledergruppe, Forskningsutvalget, Utdanningsutvalget og samling for nivå 2- og nivå 3-ledere.

Prosjektet har også etablert et godt samarbeid med Oslo kommune vedrørende spørsmål knyttet til arealbruk og byutvikling, blant annet med Plan- og bygningsetaten, Byantikvaren

og Eiendoms- og byfornyelsesetaten. Det har vært avholdt en idédugnad om byutvikling med ledere for de nevnte etater, Universitetet i Oslo, høyskoler og andre sentrale samarbeidspartnere sammen med tunge aktører innen eiendomsutvikling. Hensikten med idédugnden var å få belyst spørsmål om hvordan oppnå størst mulig nytteeffekt og verdiskaping av sykehusutviklingen i et samfunns- og byutviklingsperspektiv. Det er også gjennomført et arbeid for å belyse potensialet av tomteområder som kan bli fraflyttet ved en samlokalisering av sykehuset.

To av tre delleveranser for utvikling av virksomhetsmodeller foreligger, og det er høy aktivitet inn i neste periode med sikte på siste leveranse ultimo februar. Den første leveransen fra delprosjekt virksomhetsløsninger ga en grov skisse av tre alternative, realistiske og gjennomførbare virksomhetsmodeller for framtidens OUS; en videreføring av dagens modell, en todelt modell og en klyngemodell. Den andre leveransen fra delprosjekt virksomhetsløsninger gir grunnlag for det videre arbeid i de øvrige delprosjektene, og har tre hovedmålsetninger.

1. Definere hvilke dimensjonerende faktorer som skal legges til grunn for fremskrivningen av aktivitet til 2030.
2. Beskrive tre ulike tilnæringer som grunnlag for å fremstille sentrale medisinske avhengigheter i sykehuset, dette blant annet for å kunne planlegge etappevis utbygging.
3. En utdyping av virksomhetsmodellene som ble skissert i første leveranse.

Det er noen mindre avvik knyttet til datagrunnlag som påvirker arealberegningene for psykiatri, men dette vurderes ikke å være kritisk og første anslag på arealbehov er gjennomført i etterkant av delleveranse 2 fra virksomhetsløsninger. Disse foreløpige beregningene av arealbehov er om lag på samme nivå som i arealplanen, men en moderat økning i arealbehovet er knyttet til lengre fremskrivingshorisont (2030 mot 2025) og erfaringer med pasientstrømmene mellom Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus.

De første skissene fra arkitekt over utviklingsmuligheter på Gaustad og Ullevål foreligger, men med noe mindre detaljeringsgrad enn opprinnelig planlagt. Delprosjekt fysiske løsninger har nå økt sitt aktivitetsnivå og mulighetsstudier i full bredde pågår. Av et stort antall alternativer som er og vil bli studert, vil 2-3 utvikles videre og drøftes inngående i sluttrapporten – sammen med et null-alternativ.

Arbeidet med innovasjon blir lagt frem noe senere enn opprinnelig planlagt pga. skifte av delprosjektleder (overgang til Helse- og omsorgsdepartementet for deltagelse i arbeidet med nasjonal sykehusplan).

Kostnadspådrag er mindre enn planlagt pga. nevnte avvik.

Prosjektets risikofaktorer identifiseres løpende, og det iverksettes tiltak med formål å redusere risiko og sikre leveranse av en idéfaserapport som svarer til målet for idéfasen.

Arbeidsutvalg og styringsgruppen følger arbeidet tett.

Det er engasjert eksternt, uavhengig kvalitetssikrer (OPAK/Metiér) som vil gjennomføre kvalitetssikring i tre deler: Styringsopplegg og prosjektorganisasjon; prosess og metodikk; sluttokumentasjon. Rapport fra del 1 foreligger og del 2 pågår. Hovedkonklusjonen fra del 1

er stort sett positiv, men med kommentarer til enkelte sider av styringsopplegget. Dette er hensyntatt i det videre arbeidet.

3. TILSYN

• DSB Tilsyn: avvik 2

Det vises til tidligere informasjon til styre, sak 3/2013, om gjennomført tilsyn fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) november 2012, og til senere statusrapport for lukking av avvikene (sak 36/2013, vedlegg 2 ref.8.2). Det ble gitt 6 avvik hvorav 5 er lukket. Styret ble i sak 58/2013 orientert om at det gjenstående avviket er knyttet til tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har vurdert sykehusets strakstiltak til ikke å være tilfredsstillende for å redusere risiko til akseptable grenser og påla Oslo universitetssykehus en tvangsmulkt på kr. 450.000.- pr. måned fra og med 01.09.2013. Pålegget gjelder til og med den måneden avviket er lukket, og dette kan dokumenteres på en tilfredsstillende måte.

Sykehuset intensiverte og systematiserte arbeidet med å lukke dette avviket høsten 2013. Etter en gjennomgang og vurdering av over 1000 rom ved sykehusets fire hovedlokalisasjoner, foreligger det nå en oversikt over alle gruppe-2 rom, de elektromedisinske installasjoner i disse rom og en oversikt over hvilke tiltak som må gjennomføres for å lukke avvikene. Tiltakene er også tildelt en kategori som gjenspeiler alvorlighetsgrad og kompleksitet i forhold til utbedring.

Parallelt med dette har sykehuset, med informasjon og opplæring, fokusert på å øke den grunnleggende forståelsen av elektrisitetssikkerhetens betydning for pasientsikkerhet. I dette ligger kjennskap om kategorisering av rom, spenningsart, nødstrøm, fysisk merking av rom osv. At dette temaet har en gjennomgående større oppmerksomhet i foretaket ble også nevnt i DSBs tilsynsrapport av 8. november 2013 (ref. sak 75/2013).

Elektroavdelingen har begynt arbeidet med korrigerende tiltak, og det arbeides videre med å planlegge for gjennomføring av de mer omfattende tiltak som er kartlagt. De mest omfattende tiltakene knyttet til infrastruktur krever planlegging for gjennomføring. Enkelte tiltak vil bli samordnet med andre tilsynsavvik, slik at når det utføres tiltak for en lokalisasjon (bygg, avdeling, sengepost eller rom), så gjøres tiltak knyttet til elektrisitetssikkerhet samtidig.

Sykehuset redegjorde for dette arbeidet og status i et oppfølgingsmøte med DSB 24.01.14. DSB uttrykte at de var positive til den oversikt sykehuset hadde fremskaffet og tilhørende tiltaksplaner, og ønsket å følge opp dette videre. Neste oppfølgingsmøte med DSB er planlagt i april 2014.

4. ULYKKE MED NORSK LUFTAMBULANSE OG OPPFØLGING AV DENNE

• Helikopterulykke 14. januar 2014

Den 14.01.14 ble Norsk Luftambulans utkalt til en trafikkulykke på Sollihøgda. Med i legehelikopteret var 2 ansatte fra Norsk luftambulans; pilot og redningsmann, og en ansatt fra OUS; avdelingsoverlege Anders Rostrup Nakstad.

Ved nedstigning på ulykkesplassen kom helikopteret av ukjent grunn bort i høyspentledninger og styrtet i bakken. Pilot og anestesilege omkom, mens en redningsmann

fikk alvorlige skader. Havariet utredes av Havarikommisjonen, og rapport vil legges frem for styret når den foreligger.

I etterkant av ulykken har Akuttklinikken, Prehospitalt senter fulgt opp både den omkomne avdelingsoverlegens pårørende og egne ansatte. Det har vært avholdt flere samlinger for de ansatte. Leder forteller at det er gode tilbakemeldinger både fra pårørende og fra egne ansatte om at de føler seg ivaretatt.

Den formelle oppfølgingen har forøvrig bestått i:

- meldt av leder som HMS-avvik med unaturlig dødsfall som konsekvens (HMS14-0163)
- meldt av leder til NAV som yrkesskade med dødsulykke som konsekvens (NAV 13-07.05)
- meldt av leder som personskade med dødelig utgang til Protector forsikring
- meldt av Arbeidsmiljøavdelingen til Arbeidstilsynet som yrkesskade med dødelig utgang (AT-0154b)

Med ovennevnte utfylling og innsending av skjemaer har arbeidsgiver oppfylt sin plikt til oppfølging av saken overfor myndighetene.

5. SAMHANDLING

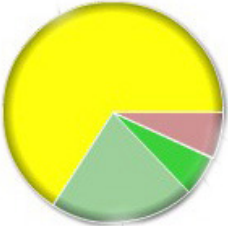
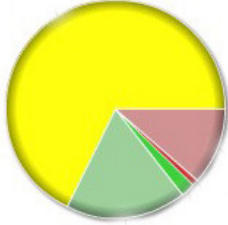
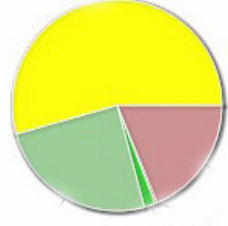
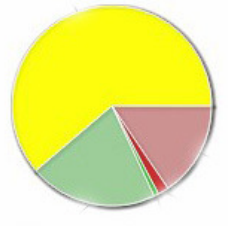
• Kursing av ansatte

Oslo universitetssykehus har i samarbeid med Voksenopplæring Skullerud (Oslo kommune) søkt midler fra VOX - nasjonalt fagorgan for kompetansepolitikk - om støtte til kursing av ansatte i norsk (skrivning og lesing), data og matte og fått innvilget 680 000 kroner i støtte. Med dette kan sykehuset fortsette sitt tilbud med kursing av våre ansatte. Pengene kommer fra program for basiskompetanse i arbeidslivet (BKA-midler). Hensikten med BKA-midlene er å styrke arbeidstakere med svak basiskompetanse og retter seg særlig mot ansatte som har liten eller ingen formell utdanning og som sjelden får mulighet til etter- eller videreutdanning i arbeidslivet. Flere av våre ansatte har behov for grunnleggende skrive- og leseferdigheter på norsk, og slike BKA-kurs er derfor kjærkomne. Våren 2014 vil vi ha 4 kurs, fordelt på 130 timer hver, og med dette kunne gi et tilbud til godt og vel 60 ansatte.

I 2013 hadde OUS 39 deltakere på kurs. Hver av disse har fått tilbud om 130 kurstimer i løpet av et snaut år. Kurset går en gang i uken, fra 13.00-16.00 En liten ringerunde til noen av kursdeltakernes ledere bekrefter inntrykket av at dette er et viktig kurs. Ikke bare for de ansatte selv, men også medarbeidere og ledere som er avhengig av å kunne kommunisere godt med hverandre. Lederne er derfor fornøyde med at tilbudet fortsetter. Avslutningen på kurset fra 2013 markeres med tapaslunsj for kursdeltakere og deres ledere på Søsterhjemmet fredag 7. februar.

6. MEDIEOMTALE 1. DESEMBER 2013 – 30. JANUAR 2014

Antall saker i mediene økt har fra 1097 i desember, til 1234 i januar, totalt 4451 for hele perioden. Januar har omtrent samme antall mediasaker som tilsvarende måned i fjor. Medieomtalen er i det alt vesentlige vektet nøytralt, noe som har holdt seg stabilt siden forrige periode. Rødt viser andel svært negative/svakt negative saker, grønt viser andel svært positive/svakt positive saker, mens gult viser andel saker som er vektet nøytralt.

Periode	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
Januar 2014 (1.-30.jan)	1234		Positiv: 27 Nøytral: 66 Negativ: 7	Måneden har vært preget av helikopterulykken på Sollihøgda, andre ulykker og ekspertuttalelser fra sykehusets personell
Desember 2013	1097		Positiv: 20 Nøytral: 68 Negativ: 12	Måneden har stort sett vært preget av ekspertuttalelser og omtale av skadde pasienter brakt til sykehuset.
November 2013	1215		Positiv: 27 Nøytral: 54 Negativ: 19	Måneden ble preget av mer kritisk omtale av nyfødtintensiven på Rikshospitalet og Riksrevisjonens gjennomgang av sykehuset.
Oktober 2013	905		Positiv: 22 Nøytral: 61 Negativ: 17	Måneden ble preget av ekspertuttalelser og rettssaken om rekruttering av filippinske sykepleiere.

Mediebildet har i perioden vært preget av helikopterulykken på Sollihøgda, ventetider på hoftebruddoperasjoner ved OUS, konsulentbruk, god prostatakreftbehandling ved OUS, syntetisk narkotika og ekspertuttalelser.

Ventetider på hoftebruddoperasjoner ved OUS

I begynnelsen av desember slo Aftenposten stort opp om lange ventetider på lårhalsbruddoperasjoner ved sykehuset under overskriften "OUS bryter fristen, eldre må vente over to døgn på akuttoperasjon". I samme artikkel presenterer Diakonhjemmet sin gode statistikk og sier de har kapasitet til å ta flere, om ikke alle, operasjoner av denne typen, som OUS i dag gjør. Det blir også påstått at sykehuset ikke vil gi fra seg disse pasientene, til tross for manglende kapasitet. Saken sprer seg raskt til mange medier og etterlater et negativt inntrykk. Avdelingsleder for ortopedi Lars Engebretsen uttaler seg om saken i flere flater, men plassen han innvilges er kort og får lite eller ingen betydning for innslagene som helhet.

Konsulentbruk

Tidlig i desember hadde Klassekampen flere artikler om konsulentbruk i Helse Sør-Øst. OUS trekkes frem som verstingen med den største økningen i bruk av konsulenter, og det blir brukt uttrykk som ”konsulentbruken har eksplodert”. Saken verserer i avisen over noen dager og sprer seg også til flere andre medier med negativt etterlatt inntrykk.

God prostatakreftbehandling ved OUS

En uke før jul slo VG opp nye tall fra Kvalitetsregisteret for prostatakreft. Der kommer OUS, både ved Radiumhospitalet og Aker suverent best ut. Den viste at bare henholdsvis 13 og 16 prosent av pasientene hadde kreftceller igjen i snittflatene etter operasjon. Denne saken spredde seg raskt til mange medier, dels med å henge ut Ahus, som kom dårligst ut, og dels med sette OUS foran som et skoleeksempel. Alle sakene hadde uten unntak et positivt etterlatt inntrykk for sykehuset. Sakene kom i en stor mengde medier i uken frem mot jul.

Syntetisk narkotika

Dette temaet kom opp etter en artikkel på sykehusets nettsider der Knut Erik Hovda fra NBC-senteret snakket mye om dette. I ettertid har både han og Fridtjof Heyerdahl fra samme enhet vært etterspurt i mediene som eksperter på temaet en rekke ganger. Det har generert flere artikler i ulike medier med ulike vinklinger. Alle har hatt positivt etterlatt inntrykk for sykehuset.

I januar stilte også Heyerdahl til nettmøte på et undergrunnsnettsted, freak.no, der han svarte på spørsmål fra leserne om nettopp dette temaet. Dette syntes Aftenposten var så interessant at de ville skrive om det. Dette er et eksempel på hvordan personellets ekspertise kan gi positive medieoppslag og hjelpe å bygge godt omdømme.

Helikopterulykken på Sollihøgda

Helikopterulykken på Sollihøgda der et ambulanshelikopter styrtet og to personer omkom, deriblant en av sykehusets leger genererte mye medieoppmerksomhet, både i form av mediehenvendelser inn til sykehuset og oppslag i mediene. Det var saker i nær alle landets medier fra ulykken skjedde og til begravelsene var overstått godt og vel en uke senere. Oppslagene fra disse var gode og verdige.

Ekspertuttalelser

Nok en gang har sykehusets personell vist seg frem med sin ekspertise i mediene. Som tidligere nevnt har syntetisk narkotika vært sentralt i denne perioden, men som alltid har også kreftfeltet gjort seg gjeldende. I januar er det kosthold som har vært temaet.

7. REFERATER

- Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 19.12.13 (vedlegg)
- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 16.12.2013 (vedlegg)

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato:	Styremøte 19. desember 2013
Tidspunkt:	Kl 0830-1500

Følgende medlemmer møtte:

Per Anders Oksum	Styreleder
Ansgar Gabrielsen	Nestleder
Turid Birkeland	
Kirsten Brubakk	
Trine Dønhaug	
Terje Bjørn Keyn	
Andreas Kjær	Forfall
Irene Kronkvist	
Bernadette Kumar	Fra kl 10:00
Anita Ihle Steen	
Dag Stenersen	
Svein Øverland	
Signe Øye	

Fra brukerutvalget møtte:

Øistein Myhre Winje

Følgende fra administrasjonen deltok:

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

Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent.

Saker som ble behandlet:

092-2013	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 21. NOVEMBER 2013
-----------------	---

Styrets enstemmige**V E D T A K**

Protokoll fra styremøtet 21. november 2013 ble godkjent.

093-2013	KVALITET OG PASIENTSIKKERHET
-----------------	-------------------------------------

Styrets enstemmige**V E D T A K**

Styret slutter seg til Strategi for kvalitet og pasientsikkerhet i Helse Sør-Øst RHF for perioden 2014-2016 og ber om at administrerende direktør i samarbeid med brukerne og de ansatte iverksetter nødvendige tiltak for å implementere strategien.

094-2013	KAPASITETSUTVIDELSER OG KOORDINERINGSTILTAK I HOVEDSTADSOMRÅDET – PREMISSE FOR VIDERE UTREDNING OG KAPASITETSANALYSE
-----------------	---

Styrets**V E D T A K**

1. Styret tar rapporten *Premissavklaringer for hovedstadsområdet* til orientering.
2. Styret slutter seg til forslagene om kortsiktige kapasitetsutvidelser og at det arbeides videre i 2014 med avklaring av kapasitetsbehovene på mellomlang og lang sikt.

095-2013

FORDELING AV FORSKNINGSMIDLER FOR 2014

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til innstilling vedtatt i Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo om fordeling av det øremerkede tilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet til forskning for 2014.
2. Styret vedtar fordeling og videreføring av strategiske forskningsmidler i regionen slik det fremgår av saksframlegget.

096-2013

OPPDRAG OG BESTILLING 2014

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar utformingen av oppdrag og bestilling 2014 til etterretning.
2. Det fastsettes følgende krav til økonomisk resultat i 2014 (tall i millioner kroner):

Akershus universitetssykehus HF	-100
Oslo universitetssykehus HF	0
Sunnaas sykehus HF	20
Sykehusapotekene HF	0
Sykehuset i Vestfold HF	60
Sykehuset Innlandet HF	40
Sykehuset Telemark HF	25
Sykehuset Østfold HF	0
Sørlandet sykehus HF	100
Vestre Viken HF	120

3. Styreleder gis fullmakt til å gjennomføre foretaksmøter med helseforetakene i februar 2014 for å gjøre oppdrag og bestilling bindende for helseforetakenes styrer.
4. Administrerende direktør gis fullmakt til å inngå avtale med de private ideelle sykehusene som yter tjenester innen for Helse Sør-Øst RHF's "sørge for"-ansvar etter samme oppsett som oppdrag og bestilling 2014 til helseforetakene.

097-2013

UTREDNING AV NASJONALT HELSEFORETAK FOR SYKEHUSPLANLEGGING

Administrerende direktør hadde fremmet følgende forslag til vedtak:

1. Styret gir sin tilslutning til at rapporten om etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging oversendes Helse- og omsorgsdepartementet som svar på oppdraget gitt i foretaksrådet i januar 2013.
2. Styret gir sin tilslutning til at helseforetaket må ha kapasitet til å kunne påta seg komplette oppgaver innen prosjektledelse av planlegging og bygging, kunne ta byggherreansvar og inneha spisskompetanse innen de relevante fagområdene.
3. Styret ber om en tilbakerapportering innen første halvår 2014 på hvordan arbeidet med måloppnåelse for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst kan sees i sammenheng en eventuell opprettelse av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging, særlig med tanke på vedlikehold og forvaltning av eiendomsmassen.

Styremedlem Øverland fremmet i møtet følgende alternative forslag til vedtak:

1. Styret slutter seg ikke til at det blir etablert et helseforetak for sykehusplanlegging i tråd med framlagt rapport.
2. Styret vil tilrå at RHF-a prioriterer videreutvikling av det interregionale eiendomsforum som ble etablert ved årsskiftet 2012/2013, med de oppgaver som går fram av rapporten side 9 – 10.
3. Dersom det fortsatt er aktuelt å etablere et helseforetak for sykehusplanlegging, må det gjennomføres et grundigere arbeid på områdene organisering, oppgaver og ansvar, bemanning og gevinster.

Votering:

Øverlands forslag fikk 2 stemmer og falt.

Styrets

VEDTAK

1. Styret gir sin tilslutning til at rapporten om etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging oversendes Helse- og omsorgsdepartementet som svar på oppdraget gitt i foretaksrådet i januar 2013.
2. Styret gir sin tilslutning til at helseforetaket må ha kapasitet til å kunne påta seg komplette oppgaver innen prosjektledelse av planlegging og bygging, kunne ta byggherreansvar og inneha spisskompetanse innen de relevante fagområdene.
3. Styret ber om en tilbakerapportering innen første halvår 2014 på hvordan arbeidet med måloppnåelse for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst kan sees i sammenheng en eventuell opprettelse av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging, særlig med tanke på vedlikehold og forvaltning av eiendomsmassen.

098-2013

**DET NASJONALE MILJØ- OG KLIMAPROSJEKTET. RAPPORT
FRA DELPROSJEKT "BYGG OG MILJØ"**

Administrerende direktør hadde fremmet følgende forslag til vedtak:

1. Styret slutter seg til vurderingene og anbefalingene fra prosjektgruppen for det nasjonale miljø- og klimaprojektet og ber om at tiltakene som er foreslått i delrapport 2 «Miljø- og klimatiltak innen bygg og eiendomsforvaltning i spesialisthelsetjenesten» med de justeringene som den nasjonale prosjektgruppen foreslår, blir lagt til grunn for og iverksatt i byggeprosjektene til helseforetakene.
2. Miljøkrav som i delrapport 2 er skjerpet i forhold til gjeldende lover og forskrifter skal være rettleidende med sterk føring om å bli lagt til grunn.
3. Styret slutter seg til de foreslåtte endringene fra prosjektgruppen i forhold til rapporten sin omtale av delmål og tiltak for 2013 – 16 som omhandler materialvalg, spesifisering av prosjektstørrelse for krav om klimagassregnskap og utforming av miljøplan.

Styremedlem Brubakk fremmet i møtet følgende alternative forslag til punkt 2:

2. Miljøkrav som i delrapport 2 er skjerpet i forhold til gjeldende lover og forskrifter skal være bindende.

Votering:

Brubakks forslag til punkt 2 fikk 6 stemmer. Administrerende direktørs forslag ble vedtatt med styreleders dobbeltstemme.

Det ble deretter votert samlet over administrerende direktørs forslag som ble enstemmig vedtatt.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til vurderingene og anbefalingene fra prosjektgruppen for det nasjonale miljø- og klimaprojektet og ber om at tiltakene som er foreslått i delrapport 2 «Miljø- og klimatiltak innen bygg og eiendomsforvaltning i spesialisthelsetjenesten» med de justeringene som den nasjonale prosjektgruppen foreslår, blir lagt til grunn for og iverksatt i byggeprosjektene til helseforetakene.
2. Miljøkrav som i delrapport 2 er skjerpet i forhold til gjeldende lover og forskrifter skal være rettleidende med sterk føring om å bli lagt til grunn.
3. Styret slutter seg til de foreslåtte endringene fra prosjektgruppen i forhold til rapporten sin omtale av delmål og tiltak for 2013 – 16 som omhandler materialvalg, spesifisering av prosjektstørrelse for krav om klimagassregnskap og utforming av miljøplan.

099-2013	OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF – AVHENDING AV ABBEDIKOLLEN 32 A - E (GNR. 30, BNR. 176 I 0301 OSLO KOMMUNE).
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Oslo universitetssykehus HF sin anmodning om samtykke til salg av Abbedikollen 32 A-E, gnr. 30, bnr. 176 i 0301 Oslo kommune til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. Styret anbefaler at eiendommen selges i det åpne markedet, og legger til grunn at salget gjennomføres i henhold til lover og forskrifter, samt instruksjer gitt i styrende dokumenter innen foretaksgruppen og avhendingsstrategien i Helse Sør-Øst RHF.
3. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendig for klinisk drift.
4. Investeringer må behandles i henhold til gjeldende fullmaktstruktur.
5. Styret presiserer at Oslo universitetssykehus HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt, og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

100-2013	STYREHONORAR FOR PENSJONSKASSEN FOR HELSEFORETAKENE I HOVEDSTADSOMRÅDET (PKH)
----------	--

Styremedlem Øverland meldte seg innhabil og fratrådte under styrets behandling. I hans sted tiltrådte varamedlem Karin Solfeldt.

Administrerende direktør valgte å trekke saken og meldte at han ville komme tilbake til styret med en ny sak i neste møte.

101-2013	AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER NOVEMBER 2013
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per november 2013 til etterretning.

102-2013

ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

1. Styreleder orienterer
2. Driftsorienteringer fra administrerende direktør
3. Protokoll fra møte i brukerutvalget 19. og 20. november 2013
4. Protokoll fra drøftinger 18.12.2013 mellom HSØ RHF og konserntillitsvalgte (utdelt i møtet)

Møtet hevet kl. 1245

Oslo, 19. desember 2013

Per Anders Oksum
styreleder

Ansgar Gabrielsen
nestleder

Turid Birkeland

Kirsten Brubakk

Trine Dønhaug

Terje Bjørn Keyn

Andreas Kjær

Irene Kronkvist

Bernadette Kumar

Anita Ihle Steen

Dag Stenersen

Svein Øverland

Signe Øye

Tore Robertsen
styresekretær

PROTOKOLL- GODKJENT

Møtetema: Brukerutvalgsmøte 16. desember 2013

Til: Tove Nakken, Heine Århus, Kim Fangen, Ghazala Naseem, Kolbjørn Forfang, Grete Müller, Anna Barlund, John Bjørnøy, Helga Skåden, Twinkle Dawes, Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud, Øyvind Arntzen

Kopi: Eva Bjørnsborg, Tove Strand

Dato dok: 18.12.2013

Dato møte: 16.12.2013

Referent: Ingrid Birgitte Møller Ekne

Tilstede: Tove Nakken, Ghazala Naseem, Anna Barlund, Helga Skåden, Kim Fangen, Kolbjørn Forfang, Twinkle Dawes, Grete Müller, Heine Århus, Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud
Fra Ledelsen: Tove Strand

Forfall: John Bjørnøy, Øyvind Arntzen

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Sak nr	
Sak 066-13	<p>Godkjenning av innkalling Saker til eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Regional strategi PPO PPO film SINTEF Forskningsutvalget Brukerråd KPHA <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> Innkalling med sakslisten godkjent.
Sak 067-13	<p>Orientering og innspill vedr. Prosjekt: "Blodprøver og svar, når pasienten trenger det" v/ Sølvi Andersen og Bergsvein Byrkjeland fra Stab medisin, helsefag og utvikling Prosjektet har som formål å skape bedre pasientbehandling og pasientlogistikk ved raskere tilgang til blodprøvesvar fra laboratorieanalyser for inneliggende, voksne pasienter på sengeposter.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> Brukerutvalget tok saken til orientering og kom med innspill til prosjektet.
Sak 068-13	<p>Orientering om Hiv-koordinator v/ Kim Fangen Fangen orienterte om status for Hiv-koordinator stilling ved Sørlandet sykehus, og tok opp med utvalget mulighetene for hvordan Brukerutvalget kan være en aktiv aktør i arbeidet med å opprettes en Hiv-koordinator stilling ved OUS.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> Fangen og nestleder i brukerutvalget utarbeider et notat angående Hiv-koordinator stilling. Nestleder bringer saken videre på styremøte 19.desember 2013.
Sak 069-13	<p>Andre Råd, utvalg, prosjekter Brukerutvalget mottar en stor mengde henvendelse om å representere i råd og utvalg. For å avlaste brukerutvalget ønskes det å utforske mulighetene for å benytte representanter i klinikkens brukerråd. Diskusjon følges opp i samarbeid med brukerrådene på februar møtet. Referat fra Sentralt pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg ble utdelt. Alle representantene oppfordres til å</p>

	<p>videreformidle referat og viktige saker fra respektive råd og utvalg til brukerutvalget.</p> <p>Vedtak Følgende nyoppnevninger til råd og utvalg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tjenesteavtale psykisk helse- Øyvind Arntzen • Råd for metodevurdering- Tove Nakken • Regionalt fagutvalg intensivmedisin- Kolbjørn Forfang
Sak 070-13	<p>Brukerutvalgets rolle/funksjon/ organisering/mål 2014 Brukerutvalget diskuterte sin rolle og funksjon samt hovedfokus for 2014. Brukerutvalget ønsker å være mer proaktive, og å samarbeide tettere med brukerråd i klinikk samt ungdomsrådet. Leder og nestleder av klinikkvise brukerråd, samt ungdomsrådet innkalles til brukerutvalgets møte i februar. Brukerutvalget ønsker å ha spesielt fokus på to områder i 2014; Ungdomshelse og Pasientforløp.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalget tok saken til orientering.
Sak 071-13	<p>Administrerende direktør sin time Administrerende direktør, Bjørn Erikstein, gjennomgikk styresakene til styremøtet 19.desember 2013, samt besvarte spørsmål fra utvalget.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalget tok sakene til orientering.
Sak 072-13	<p>Styresaker Det var ingen uttalelser til styresakene. Leder og nestleder representer utvalget i styremøtet 19.desember 2013.</p>
Sak 073-13	<p>Orientering om OUS Idéfase- Campus Oslo v/Tone Ikdahl , Stab medisn, helsefag og utvikling Ikdahl orienterte brukerutvalget om fremdriften i prosjektet Idéfase OUS – Campus Oslo.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalget tok saken til orientering. • Ikdahl inviteres til februarmøtet sammen med en arkitekt tilknyttet prosjektet.
Sak 074- 13	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utdeling av Regional Strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2013-2016 til leder og nestleder, samt representanten som sitter i klinikkvise brukerråd for distribusjon til brukerråds ledere. • Forespørsel fra Pasient- og pårørendeopplæring (PPO) om deltagelse i film prosjekt. 2 representanter meldte seg. • Forespørsel fra SINTEF om å intervju brukerutvalgsmedlemmer vedr. omstillingsprosessen i HSØ. 4 representanter ble valgt ut. • Brukerutvalget presiserer at det på forrige møte var ønsket endring vedrørende representasjon i Forskningsutvalget. Forskningsutvalget ønskes fra 2014 inn i brukerutvalgets møter for å presentere utfordringer som brukerutvalget tar i plenum. Brukerutvalget takker tidligere representant Richard Madsen for sin representasjon i Forskningsutvalget. • Representant fra brukerråd i klinikk psykisk helse og avhengighet (KPHA) orienterte om brukerrådets handlingsplan for 2014 og om brukerpermer nye representanter får utdelt. KPHA ønsker å inviteres til brukerutvalgsmøte i februar. <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalget tok sakene til orientering.