

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 30. oktober 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 53/2014 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 23. oktober 2014

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 6/2014
Dato møte:	30. oktober 2014
Møtetid:	Klokken 8.00 - 14.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, Seminarrom 1 og 2.

53/2014	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
54/2014	Beslutning:	Godkjenning av protokoll styremøte 25.9.2014
55/2014	Beslutning:	Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2014
56/2014	Orientering:	Rapport per september 2014
57/2014	Orientering:	Budsjett 2015
58/2014	Beslutning:	Virksomhetsoverdragelse RVTS Øst til RBUP Øst og Sør
59/2014	Orientering:	Møte med brukerutvalget
60/2014	Orientering:	Innføring av ny elektronisk pasientjournal og gjennomføringsprosjektet
61/2014	Orientering:	Plan for styret
62/2014	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 30. oktober 2014
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 25. september 2014

**SAK 54/2014 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 25. SEPTEMBER 2014**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 25. september 2014.

Oslo, den 23. oktober 2014

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	25. september 2014
Dato møte:	25. september 2014 kl 800-1325 på Radiumhospitalet.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Anne Carine Tanum, Bjørg Månum Andersson, Berit Kjøll (deltok ikke under sak 46/2014), Ole Petter Ottersen (gikk etter sak 47/2014), Svein Erik Urstrømmen, Bjørn Wølstad-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Nina Bachke (gikk etter sak 47/2014), Einar Enger, Rita von der Fehr, Merete Norheim Morken

Forfall: Ingen

Til stede fra administrasjon: Cathrine Lofthus, Morten Reymert, Kjell Magne Tveit, Rolv Økland, Eva Bjørstad, Christina Rolfheim Bye, Erlend Smeland, Morten Meyer m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget, konsernrevisjonen og publikum

Sak 42/2014 Godkjenning av innkalling og saksliste

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 43/2014 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 26. juni 2014.

Sak 44/2014 Rapport per august 2014

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen for august 2014 til orientering.

Sak 45/2014 Felles akuttmedisinsk kommunikasjons-sentral for Østfold og Oslo-Akershus

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Østfold fra Sykehuset Østfold HF til Oslo universitetssykehus HF.
2. Styret ber om at arbeidet med overdragelsen starter umiddelbart og iverksettes så snart det er forsvarlig og praktisk mulig. Tidspunkt for iverksettelse 1. oktober 2015.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalen om virksomhetsoverdragelse med Sykehuset Østfold HF.

Sak 46/2014 Revisjon av intern styring og kontroll i Hjerte-, lunge- og karklinikken

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar Konsernrevisjonens rapport 1/2014 til etterretning.
2. Styret ber om å bli orientert om hvordan revisjonsfunnene i Hjerte-, lunge- og karklinikken følges opp.
3. Styret ber om å bli forelagt en plan for hvordan funnene i revisjonen kan benyttes i forbedringsarbeidet i øvrige klinikker i helseforetaket.

Sak 47/2014 Budsjett 2015

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 48/2014 Virksomhet på Aker sykehus

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelse om virksomheten på Aker sykehus til orientering.

Sak 49/2014 Eierskap i selskaper

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 50/2014 Status og oppfølging av styresaker

Enstemmig vedtak:

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til og med august 2014 til orientering.

Sak 51/2014 Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Sak 52/2014 Administrerende direktørs orienteringer

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Berit Kjøll

Bjørg Månum Andersson

Ole Petter Ottersen

Einar Enger

Svein Erik Urstrømmen

Nina Bachke

Merete Norheim Morken

Rita von der Fehr

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølsted-Knudsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	30. oktober 2014
Saksbehandler:	Direktør for pasientsikkerhet og kvalitet
Vedlegg:	1. Risikovurdering med tiltaksplaner etter 2.tertial 2014 2. Utvalgte områder og kommentarer fra 2. tertial 2014

SAK 55/2014 LEDELSENS GJENNOMGANG 2. TERTIAL 2014

Forslag til vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang fra 2. tertial 2014 til etterretning.

Oslo, den 23. oktober 2014

Bjørn Erikstein

Sammendrag

Ledelsens gjennomgang er gjennomført i dialog- og oppfølgingsmøter med alle klinikkledere og deres avdelingsledere etter 2. tertial 2014. I forkant av møtene har klinikkene levert inn dokumentasjon som gjenspeiler de aktiviteter og det utfordringsbilde den enkelte klinikk har. Hensikten med møtene er å bidra til god virksomhetsstyring gjennom dialog, rapportering og forbedring. Ledelsens gjennomgang må ses i sammenheng med de faste rapporteringene til styre.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Andre tertial 2014 er i stor grad preget av sommerferieavvikling og noe redusert aktivitet i sykehusets mange aktiviteter, både drift og utvikling. Det er administrerende direktørs vurdering at planleggingen av sommerdrift i økende grad bidrar til god ferieavvikling for sykehusets ansatte med noe redusert pasientaktivitet.

I forbindelse med den økte trusselberedskapen iverksatt 24. juli i år benyttet sykehuset anledningen til å gjennomgå planverk og beredskap. Oslo universitetssykehus er en kompetent organisasjon med evne og kapasitet i en beredskapssituasjon. Det viste også sommerens gjennomgang.

Risikovurderingen etter 2. tertial er en revisjon av 1. tertials hovedvurdering i styresak 33/2014. Denne revurderingen er foretatt på klinikk og sykehusnivå. I de klinikkvise møtene (ledelsens gjennomgang) presenterer klinikkene sine risikovurderinger og orienterer om hvordan de arbeider for å håndtere risikoen innen akseptable grenser. Klinikkenes analyser med tiltaksplaner systematiseres i fagstabene og en samlet vurdering er gjort i sykehusets ledermøte.

Fra et tertial til neste kan det være vanskelig å vurdere tiltakenes effekt på aggregert nivå. Risikoområdene fordrer ofte tiltak som ikke umiddelbart lar seg iverksette eller det initieres prosesser som går over lang tid. Det vil derfor være mange av de samme risikoområdene med tiltaksporteføljer fra det ene tertialet til det andre på sykehusnivå. Det er likevel administrerende direktørs vurdering at det er hensiktsmessig med tertialvise vurderinger for å opprettholde bevissthet om og systematisk arbeid med å avdekke risiko, gjennomføre risikoreduserende tiltak og forebygge svikt.

Faktabeskrivelse

Pasientbehandling

Sykehuset har fortsatt for lange ventetider og fristbrudd innen enkelte deler av virksomheten. Det er imidlertid noe bedring i 2. tertial innen intensiv- og postoperativ kapasitet, basert på at flere arealprosjekter er gjennomført. Operasjonskapasitet er fortsatt ikke tilstrekkelig for optimale pasientforløp, samtidig som sykehuset vil få økt kapasitet ved både Rikshospitalet og Ullevål når flere arealprosjekter er ferdige. Radiologikapasiteten er i bedring, men fortsatt er det for lang ventetid innen flere fagområder, noe som bidrar til lengre pasientforløp enn ønskelig. Dette henger dels sammen med gammel maskinpark og nedetid i forbindelse med service og utskiftning av maskiner og dels sammen med at det tar tid med oppbemanning og opplæring. Det er i budsjett 2014 lagt

opp til en vesentlig ressursøkning og dermed kapasitetsøkning innen radiologi, og det er forventet at dette vil gi gunstig effekt på pasientforløpene utover høsten. Når det gjelder svartider for patologi er disse i bedring, og ytterligere tiltak pågår som resultat av økte ressurser i budsjett 2014.

Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse innen operasjon, intensiv-/postop- og overvåkningsområdet er krevende både innen nyfødt- og voksenenhetene. Dette henger sammen med mangel på spesialsykepleiere. Ledelsen har stort engasjement knyttet til disse problemstillingene og det arbeides med flere tiltak. Blant annet er utdanningsstillinger for spesialsykepleiere innen operasjon, intensiv og nyfødt prioritert.

Handlingsplanene innen det pasientadministrative arbeidet har gitt positive effekter for ventetider, spesielt knyttet til langtidsventende og fristbrudd. Det arbeides med forbedringer innen enkelte fagområder hvor det fortsatt er for lange ventetider, blant annet med å vurdere effektiviteten i poliklinikkene. Det vil bli gjennomført prosjekter i denne sammenheng som del av satsningen i Helse Sør-Øst. Videre legges det også vekt på samarbeid med andre sykehus innen fagområder med lange ventetider, samtidig som det er planlagt aktivitetsvekst for 2014.

Når det gjelder forløpstider innen kreftområdet arbeides det målrettet med innføring av utredningspakker for 6 kreftforløp hvor flaskehalser skal fjernes slik at forløpstiden går ned. Samtidig forbereder foretaket seg på innføring av de nye sykdomsspesifikke forløpstider i pakkeforløpene som vil bli innført i 2015.

Responstid for akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) er i bedring etter flere tiltak hvor blant annet oppdrag som ikke er hasteoppdrag overføres til Pasientreiser og Legevakten. Det har pågått målinger siden september 2013, men sykehuset har ikke nådd målet på 90 % som skal besvares innen 10 sekunder og 100 % innen 20 sekunder. Tvangsmulkten på kr 100 000.- per måned er derfor opprettholdt gjennom 2. tertial.

Arbeidsmiljø

Det er i månedene mai - august 2014 registrert 10 870 brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Sykehuset ligger i hovedsak på samme nivå som forrige tertial. Sammenlignet med tilsvarende periode i 2013 sees en nedgang på 433 brudd som tilsvarer 3,8 %. GAT er nå tatt i bruk i hele foretaket, noe som gir et sikrere tallgrunnlag.

Sykehuset er underlagt tilsyn med arbeidstid fra Arbeidstilsynet i 2014. Tilsynet omfatter Medisinsk klinikk, Kvinne- og barneklubben, Akuttklubben, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Klinikk for kirurgi og nevrofag og Oslo sykehusservice. Første rapporteringsperiode er gjennomført og en foreløpig oppsummering av funn viser at det overveiende flertall av brudd er begrunnet med sykdom og behovet for nødvendig kompetanse. Det er få brudd som skyldes dobbelvakter, mens om lag 10 % av bruddene i denne perioden skyldes bytte av vakt. Sykehuset vil fokuseres særskilt på vaktbytter i det videre arbeidet med å forhindre brudd. Videre vektlegger alle klinikkene kompetanseheving for leger og tillitsvalgte, og for ledere som et fokusområde i det videre arbeidet. Det skal også arbeides videre med retningslinjer for å utarbeide turnus.

Når det gjelder fysiske arbeidsmiljøutfordringer er det ”bygningssmassens tekniske standard” og ”plassforhold” som fortsatt meldes som hovedutfordringene. Bygningsmessige tiltak gjennomføres i henhold til prioriterte planer, og skal imøtekomme pålegg fra Arbeidstilsynet, Branntilsynet og El-tilsynet. Innen psykososialt/ organisatorisk arbeidsmiljø er det ”arbeidsbelastning” og ”bedriftskultur” som er de største utfordringene.

Forskning, innovasjon og utdanning

Innen forskning, innovasjon og utdanning gjenspeiles flere av de samme risikoområdene som innen pasientbehandling, blant annet knyttet til kapasitet, utstyr, arealer og IKT-systemer.

IKT-problemene er sammensatte. Det er fortsatt problemer med IKT-støtte til forskere grunnet manglende kompetanse og ressurser om systemene hos Sykehuspartner. I tillegg har enkelthendelser som problemer på sykehusnettet samme dag som innleveringsfrist for årets forskningssøknader – via elektronisk portalløsning - til Helse Sør-Øst skapt ytterligere frustrasjon. Løsningen ble at søknadsfristen ble utsatt. Sykehuset bidrar i både arbeidsgruppe og styringsgruppe med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner om forbedrede løsninger. IKT-situasjonen for forskere har nå vært løftet til styret og eier over lang tid og vært fulgt tett opp av sykehuset overfor Helse Sør-Øst. Det er nødvendig at IKT-løsninger for forskning forbedres og får høyere prioritet etter at DIPS-innføringen er realisert.

Det er etablert et stort antall nasjonale, regionale og lokale kvalitetsregistre, som sykehuset må levere helseopplysninger til. Verdien av registrene avhenger av god datakvalitet og stor dekningsgrad. Det er kritisk mangel på tilfredsstillende IT-løsninger som muliggjør elektronisk uthenting og innregistreringer av data. Dette medfører manuelle uttrekk av data, noe som er svært ressurs- og kompetansekrevende for klinikkene. Det arbeides med bedre elektroniske løsninger for datafangst.

Tilstrekkelig tid og karriereveier i forskning rapporteres fortsatt som et problem. Dette er en risiko som på sikt kan gå ut over 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 sykehuset gjennom et treårig prosjekt. Det vil være et langsiktig arbeid å forbedre logistikk og infrastruktur for kliniske studier vesentlig.

Etterutdanningsaktiviteten, praksisplasser og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under press. Mangelfull veiledning dokumenteres i evalueringer av spesialistutdanning for leger, som viser mange problemområder ved sykehuset. Klinikkene melder gjennomgående om press på tid til fagutvikling og etterutdanning. Det er fortsatt betydelig mangel på utdannede spesialsykepleiere, slik det gjengis i risikobildet for pasientbehandling i vedlegg 1. Flere utdanningstiltak er iverksatt for å bedre situasjonen.

Økonomi og infrastruktur

Innenfor somatikken er aktiviteten etter 2. tertial 2014 noe lavere enn budsjettet. Erfaring tilsier noe etterslep i registrering av medisinsk informasjon. Det økonomiske resultatet avviker negativt med 11 millioner kroner fra budsjett etter 2. tertial. Prognose for 2014 er et nullresultat som budsjettet.

Problemene med for lav investeringsgrad og fornying av medisinsk-teknisk utstyr er fremdeles til stede selv om foretaket har hatt ett høyere investeringsnivå i 2013 og 2014. I behandlingen av økonomisk langtidsplan for årene 2015-2018 ble det derfor lagt til grunn et høyere investeringsnivå i medisinsk teknisk utstyr enn det som ble besluttet av styret i 2012. Finansiering av et høyere investeringsnivå for budsjett 2015 er foreløpig ikke på plass og det er sannsynlig at det investeringsnivået som ble meldt av styret i forbindelse med økonomisk langtidsplan ikke lar seg finansiere for budsjett 2015.

Store deler av bygningsmassen har et vedlikeholdsetterslep, og det er betydelige tilsynskrav innen brann, HMS og elektro som må håndteres. Det arbeides med en rekke tiltak for å lukke tilsynskravene og redusere risikoer.

Det er et jevnt høyt antall kritiske feil i flere viktige IKT-applikasjoner. Dette vil først bedres når felles regionale prosjekter gjennomføres innen klinisk dokumentasjon og infrastruktur. Microsoft sluttet fra april 2014 å tilby støtte til sykehusets hovedoperativ system for klienter (ikke servere).

Det rapporteres om vedvarende problemer innen leveranser, gjennomføring og kommunikasjon med Sykehuspartner fra de fleste klinikkene. Denne problemstillingen følges opp fra sykehusets ledelse. Det er dialog med Sykehuspartner om å sette et antatt leveransetidspunkt for alle tjenesteendringer. Status følges opp løpende, blant annet på kvartalsvise kundemøter. Dette har foreløpig ikke gitt forventete resultater.

Det vises for øvrig til vedlegg 1 og 2 for dokumentasjonsgrunnlag og konkretiseringer.



Ledelsens gjennomgang

Risikovurdering 2. tertial 2014

med plan for risikoreducerende tiltak

Vedlegg 1
Styresak 55/2014

Innholdsfortegnelse

Risikovurdering	3
Pasientbehandling.....	3
Arbeidsmiljø	4
Forskning, innovasjon og utdanning.....	4
Økonomi og infrastruktur	5
Risikokart for sykehusnivået – 2. tertial 2014	6
Risikovurdering av pasientbehandlingen	6
Risikovurdering av arbeidsmiljøet	7
Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning	9
Risikovurdering av økonomi og infrastruktur	10
Risikoreduserende tiltak	11
Pasientbehandling.....	11
Arbeidsmiljø	16
Forskning, innovasjon og utdanning.....	18
Økonomi og infrastruktur	20

Risikovurdering

Krav om risikovurderinger og risikostyring er gitt i *Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten* (og andre internkontrollforskrifter) og i *God virksomhetsstyring, rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll*, Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus har helt siden etableringen arbeidet systematisk med risikoanalyser, både hendelsesbasert og som ledd i den totale virksomhetsstyringen med rapportering og oppfølging hvert tertial.

Praksis følger av sykehusinternt styringsdokument "Retningslinje for risikovurdering og – styring":

Definisjoner:

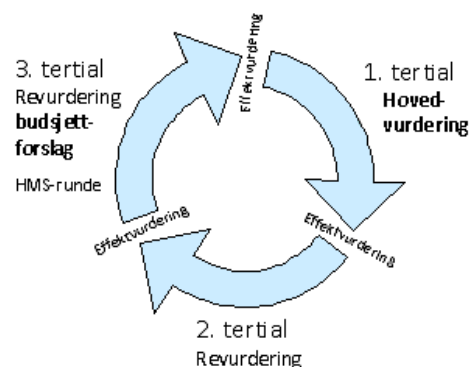
- **Risiko:** Utrykk for kombinasjonen av sannsynlighet for og konsekvensen av et uønsket forhold/ hendelse.
- **Risikoakseptkriterium:** Kriterium som legges til grunn for beslutning om akseptabel risiko.
- **Risikoanalyse:** Systematisk fremgangsmåte for å beskrive og/eller beregne risiko. Risikoanalysen utføres ved kartlegging av uønskede forhold /hendelser og årsaker til og konsekvenser av disse.
- **Risikovurdering:** Samlet prosess for sammenligning av resultater fra risikoanalyser med definerte akseptkriterier for risiko.

Risikovurderingen for 1. tertial er en hovedgjennomgang av risikoer i avdelinger og klinikker. I 2. tertial er det gjort en enklere gjennomgang med revisjon av 1.tertials hovedvurdering. Denne revurderingen er foretatt på klinikk og sykehusnivå. En foreløpig utgave av risikovurderingen er rapportert til Helse Sør-Øst 08.09.14.

I de klinikkvise møtene for ledelsens gjennomgang presenterer klinikkene sine risikovurderinger og orienterer om hvordan de arbeider for å håndtere risikoen innen akseptable grenser.

Klinikkenes analyser med tiltaksplaner systematiseres deretter i aktuelle fagstaber sentralt og en totalvurdering gjøres til slutt i sykehusets ledergruppe.

Fra et tertial til neste kan det være vanskelig å vurdere tiltakenes effekt på aggregert nivå. Risikoområdene fordrer ofte tiltak som ikke umiddelbart lar seg iverksette og/eller det initieres prosesser som går over lang tid. Det vil derfor være mange av de samme risikoområdene med tiltaksporteføljer fra det ene tertialet til den andre på sykehusnivå.



Pasientbehandling

Sykehuset har fortsatt utfordringer med kapasiteten innen flere deler av virksomheten. Det er imidlertid noe bedring 2. tertial innen intensiv- og postoperativ kapasitet, basert på flere arealprosjekter som er gjennomført. Operasjonskapasitet er fortsatt vanskelig, samtidig som sykehuset vil få økt kapasitet ved både Rikshospitalet og Ullevål når flere arealprosjekter er ferdige. Radiologikapasiteten er i bedring men fortsatt for lang ventetid innen flere fagområder og bidrar til lengre pasientforløp enn ønskelig. Dette henger dels sammen med gammel maskinpark og nedetid i forbindelse med service og utskiftning av

maskiner og dels sammen med at det tar tid med oppbemanning og opplæring. Det er i budsjett 2014 lagt opp til en vesentlig ressursøkning og dermed kapasitetsøkning innen radiologi, og det er forventet at dette vil gi gunstig effekt på pasientforløpene utover høsten. Når det gjelder svartider for patologi er disse i bedring, og ytterligere tiltak pågår som resultat av økte ressurser i budsjett 2014.

Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse innen operasjon, intensiv-/postop- og overvåkningsområdet er krevende både innen nyfødt- og voksenenehetene. Dette henger mye sammen med mangel på spesialsykepleiere. Det er stort ledelsesmessig fokus på disse problemstillingene og det arbeides med tiltak på bred front. Utdanningsstillinger for spesialsykepleiere innen operasjon, intensiv og nyfødt er sterkt prioritert.

Handlingsplanene innen det pasientadministrative arbeidet har gitt positive resultater i forhold til ventelister, spesielt knyttet til langtidsventende og fristbrudd. Det opprettholdes fokus på dette området, slik at det arbeides med forbedringer innen enkelte fagområder hvor det fortsatt er for lange ventetider. Det er et spesielt fokus på effektiviteten i poliklinikkene, og det vil bli gjennomført prosjekter i denne sammenheng som del av satsningen i Helse Sør-Øst. Det legges også vekt på samarbeid med andre sykehus innen fagområder med lange ventelister, samtidig som det er planlagt aktivitetsvekst for 2014.

Når det gjelder forløpstider innen kreftområdet arbeides det målrette med innføring av utredningspakker for 6 kreftforløp hvor flaskehals skal fjernes slik at forløpstiden går ned. Samtidig forbereder foretaket seg på innføring av de nye sykdomsspesifikke forløpstider i pakkeforløpene som vil bli innført i 2015.

Responstid AMK er i bedring etter flere tiltak hvor blant annet oppdrag som ikke er hasteoppdrag overføres til Pasientreiser og legevakt.

Arbeidsmiljø

Sykehuset har et høykompetent og dedikert personale hvor fokus på god pasientbehandling, forskning og fagutvikling til pasientenes beste er viktige drivere for å oppleve at man gjør et nyttig arbeid. Når det gjelder fysiske arbeidsmiljøutfordringer er det "bygningssmassens tekniske standard" og "plassforhold" som meldes som hovedutfordringene. Bygningssmessige tiltak gjennomføres i henhold til prioriterte planer, og skal imøtekomme pålegg fra Arbeidstilsynet, Branntilsynet og Eltilsynet. Innen psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø er det "arbeidsbelastning" og "bedriftskultur" som er de største utfordringene. Når det gjelder arbeidsbelastning arbeides det bredt og systematisk i alle klinikkene med å redusere brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Det er nylig igangsatt et kulturbyggingsprosjekt hvor målsettingen er å ha en felles basis: "Et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt".

Forskning, innovasjon og utdanning

Innen forskning, innovasjon og utdanning gjenspeiles flere av de samme risikoområdene som innen pasientbehandling, blant annet knyttet til kapasitet, utstyr, arealer og IKT-systemer. IKT-problemene er sammensatte: Det er fortsatt problemer med IKT-støtte til forskere grunnet manglende kompetanse og ressurser om systemene hos Sykehuspartner. I tillegg har enkelthendelser som problemer på sykehusnettets samme dag som innleveringsfrist for årets forskningssøknader – via elektronisk portalløsning - til Helse Sør-Øst skapt ytterligere frustrasjon (løsning ble utsatt frist regionalt på grunn av problemene i OUS, etter stor mengde henvendelser). Sykehuset bidrar i både arbeidsgruppe og styringsgruppe med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner om forbedrede løsninger. IKT-situasjonen for forskere har nå vært løftet til styret og eier over lang tid og vært fulgt tett opp av sykehuset

overfor Helse Sør-Øst. Det er nødvendig at IKT-løsninger for forskning forbedres og får høyere prioritet etter at DIPS-innføringen er realisert.

Det er etablert et stort antall nasjonale, regionale og lokale kvalitetsregistre, som sykehuset må levere helseopplysninger til. Verdien av registrene avhenger av god datakvalitet og stor dekningsgrad. Det er kritisk mangel på tilfredsstillende IT-løsninger som muliggjør elektronisk uthenting og innregistreringer av data. Dette medfører manuelle uttrekk av data, noe som er svært ressurs- og kompetansekrevende for klinikkene. Det arbeides med bedre elektroniske løsninger for datafangst.

Tilstrekkelig tid og karriereveier i forskning rapporteres fortsatt som et problem. Dette er en risiko som på sikt kan gå ut over 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 sykehuset gjennom et treårig prosjekt. Det vil være et langsiktig arbeid å forbedre logistikk og infrastruktur for kliniske studier vesentlig.

Etterutdanningsaktiviteten, praksisplasser og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press. Mangelfull veiledning dokumenteres også i evalueringer av spesialistutdanning for leger, som viser mange problemområder ved sykehuset. Klinikkene melder gjennomgående om press på tid til fagutvikling og etterutdanning. Det er fortsatt stor mangel på utdannede spesialsykepleiere, jf risikobildet for pasientbehandling. Flere utdanningstiltak er iverksatt for å bedre situasjonen.

Økonomi og infrastruktur

Aktiviteten etter 2. tertial 2014 er noe lavere enn budsjett innenfor somatikken. Det er erfaringsmessig noe etterslep i registrering av medisinsk informasjon. Det økonomiske resultatet avviker negativt med 11 millioner fra budsjett etter 2. tertial. Prognose for resultat 2014 er et nullresultat som budsjettet.

Problemer med for lav investeringsgrad og fornying av medisinsk-teknisk utstyr er fremdeles til stede selv om foretaket har hatt ett høyere investeringsnivå i 2013 og 2014. I behandlingen av økonomisk langtidsplan for årene 2015-2018 ble det derfor lagt til grunn et høyere investeringsnivå i medisinsk teknisk utstyr enn det som ble besluttet av styret i 2012. Finansiering av et høyere investeringsnivå for budsjett 2015 er foreløpig ikke på plass og det er sannsynlig at det investeringsnivået som ble meldt av styret i forbindelse med økonomisk langtidsplan ikke lar seg finansiere for budsjett 2015.

Store deler av bygningsmassen har et vedlikeholdsetterslep og det er betydelige tilsynskrav innen brann, HMS og elektro som må håndteres. Det arbeides med en rekke tiltak for å lukke tilsynskravene og redusere risikoer.

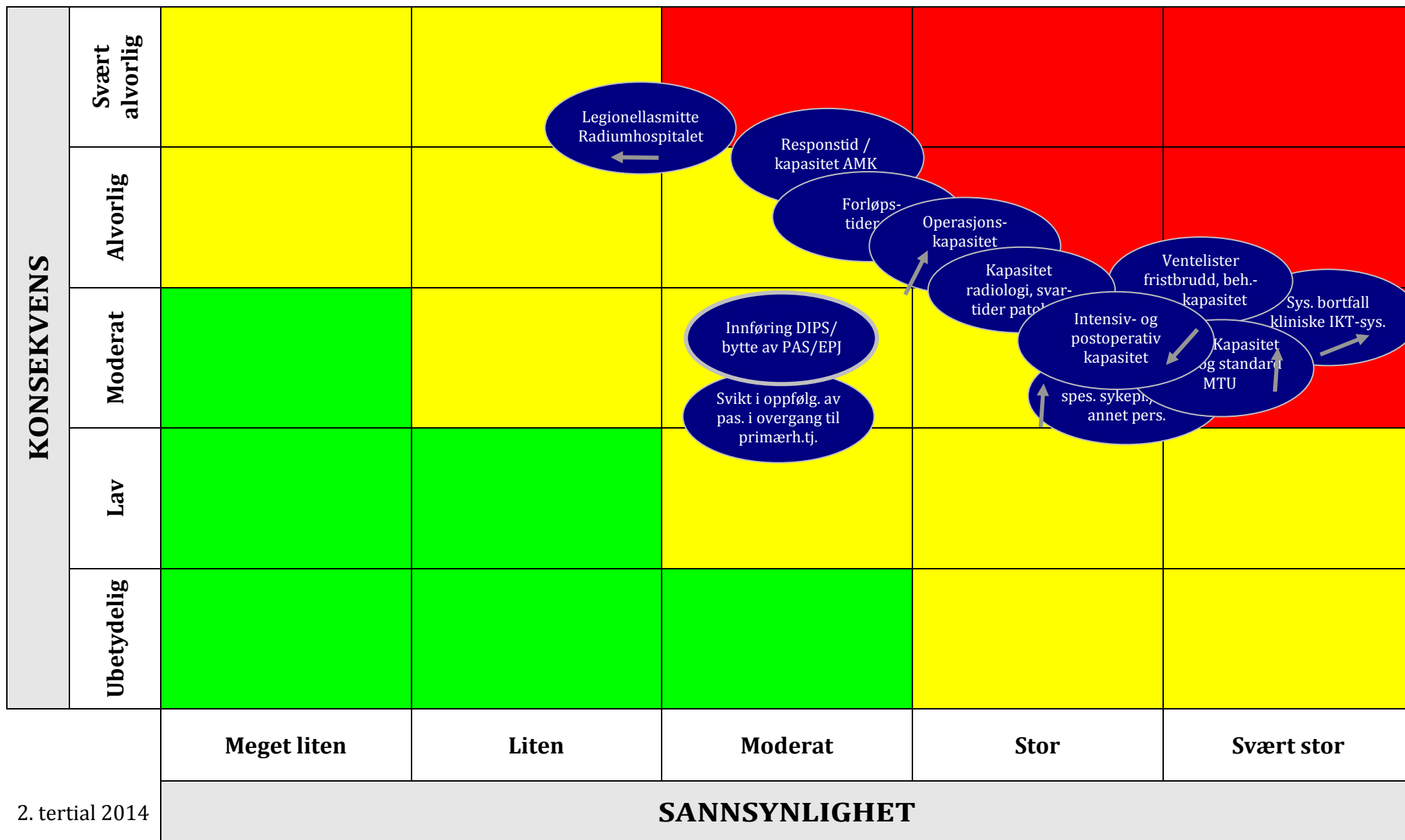
Det er et jevnt høyt antall kritiske feil i flere viktige IKT-applikasjoner. Dette vil først bedres når felles regionale prosjekter gjennomføres innen klinisk dokumentasjon og infrastruktur. Sykehusets hovedoperativ system for klienter (ikke servere) gikk ut av support fra Microsoft april 2014.

Det rapporteres om vedvarende problemer innen leveranser, gjennomføring og kommunikasjon med Sykehuspartner fra de fleste klinikkene. Denne problemstillingen følges tett opp fra sykehusets ledelse. Det er dialog med Sykehuspartner om å sette et antatt leveransetidspunkt for alle tjenesteendringer. Status følges opp løpende, blant annet på kvartalsvise kundemøter. Dette har foreløpig ikke gitt forventete resultater. Administrerende direktør følger opp videre.

Risikokart for sykehusnivået – 2. tertial 2014

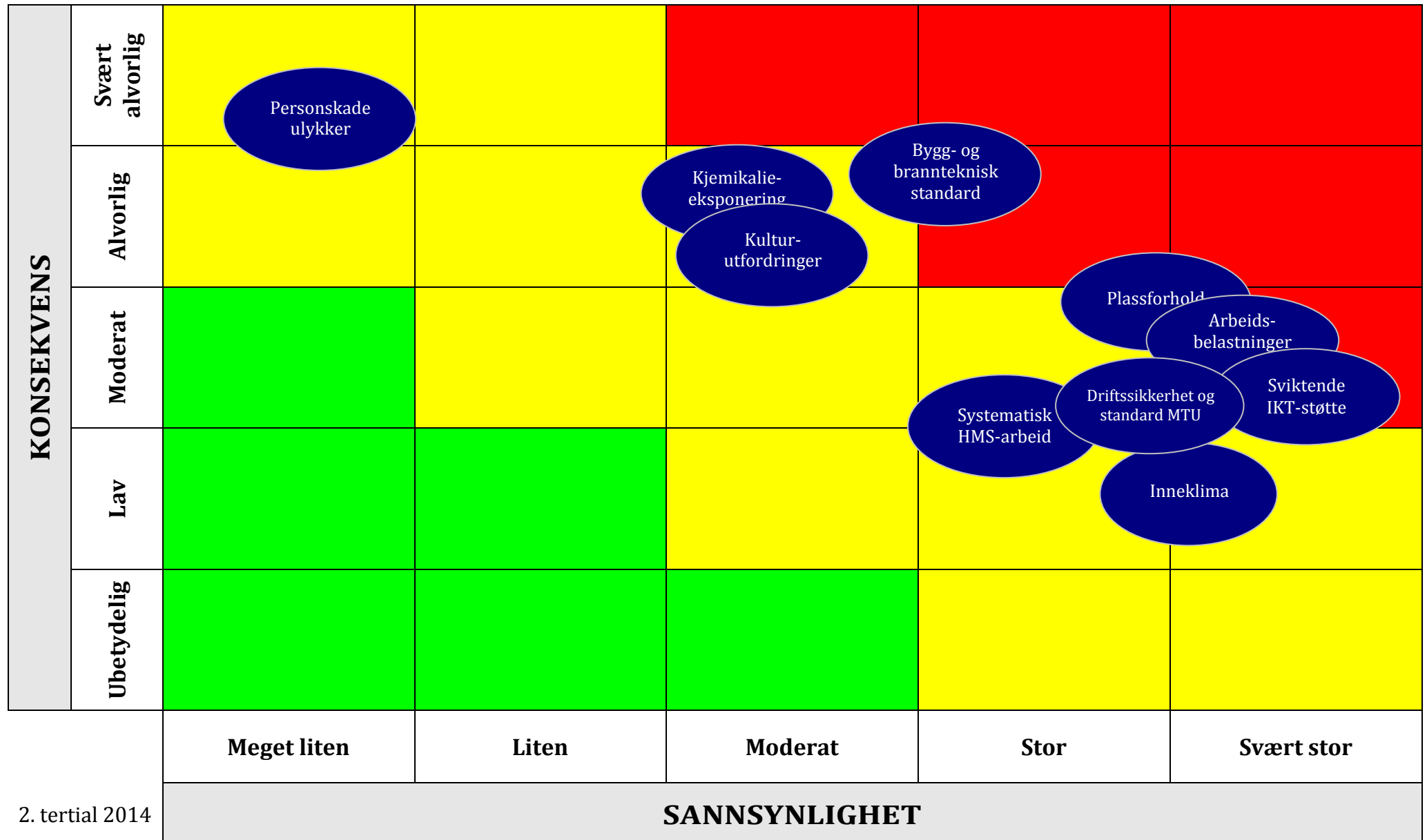
Risikovurdering av pasientbehandlingen

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



Risikovurdering av arbeidsmiljøet

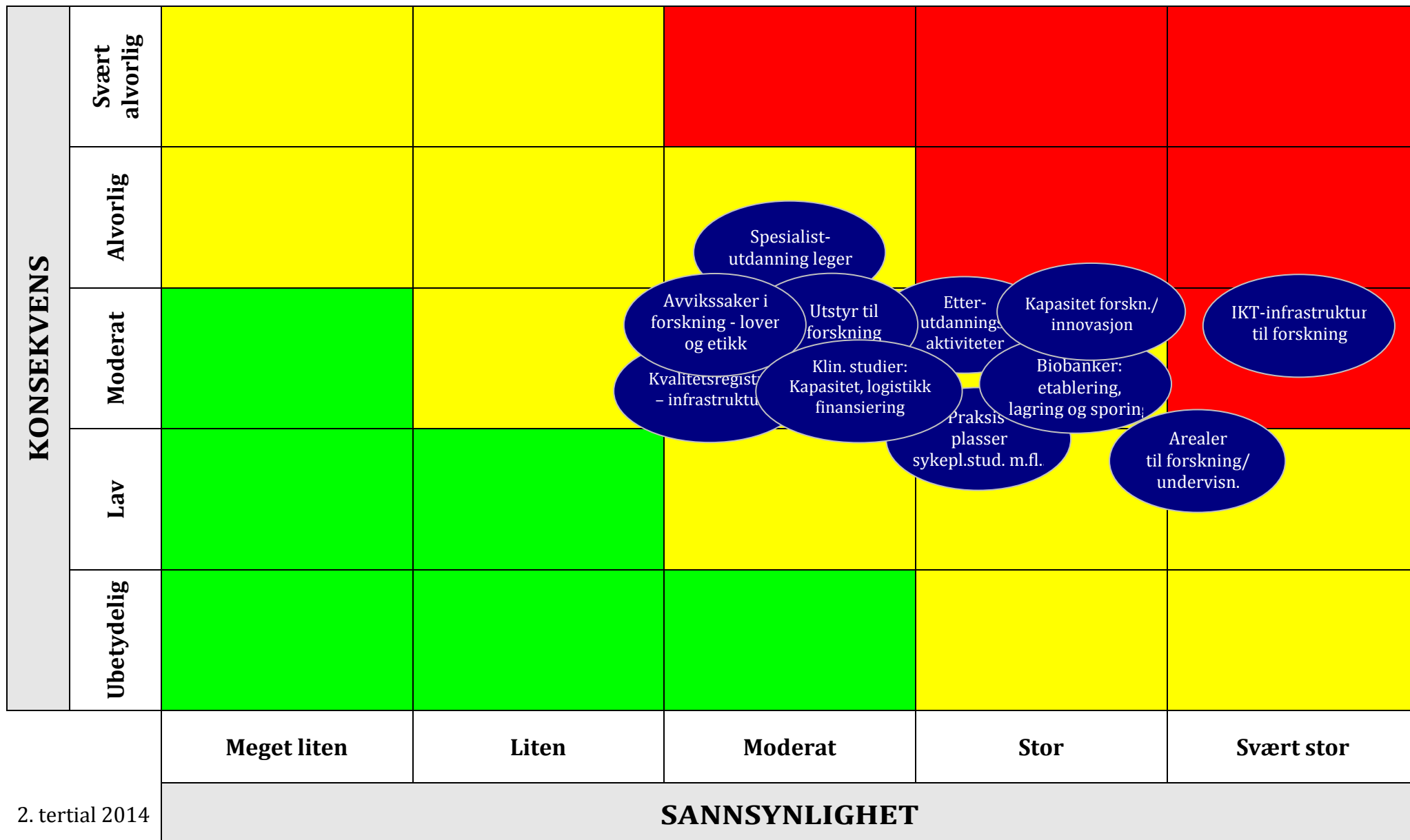
Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid



Risikokartet viser identifisert risiko før nye tiltak.

Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning

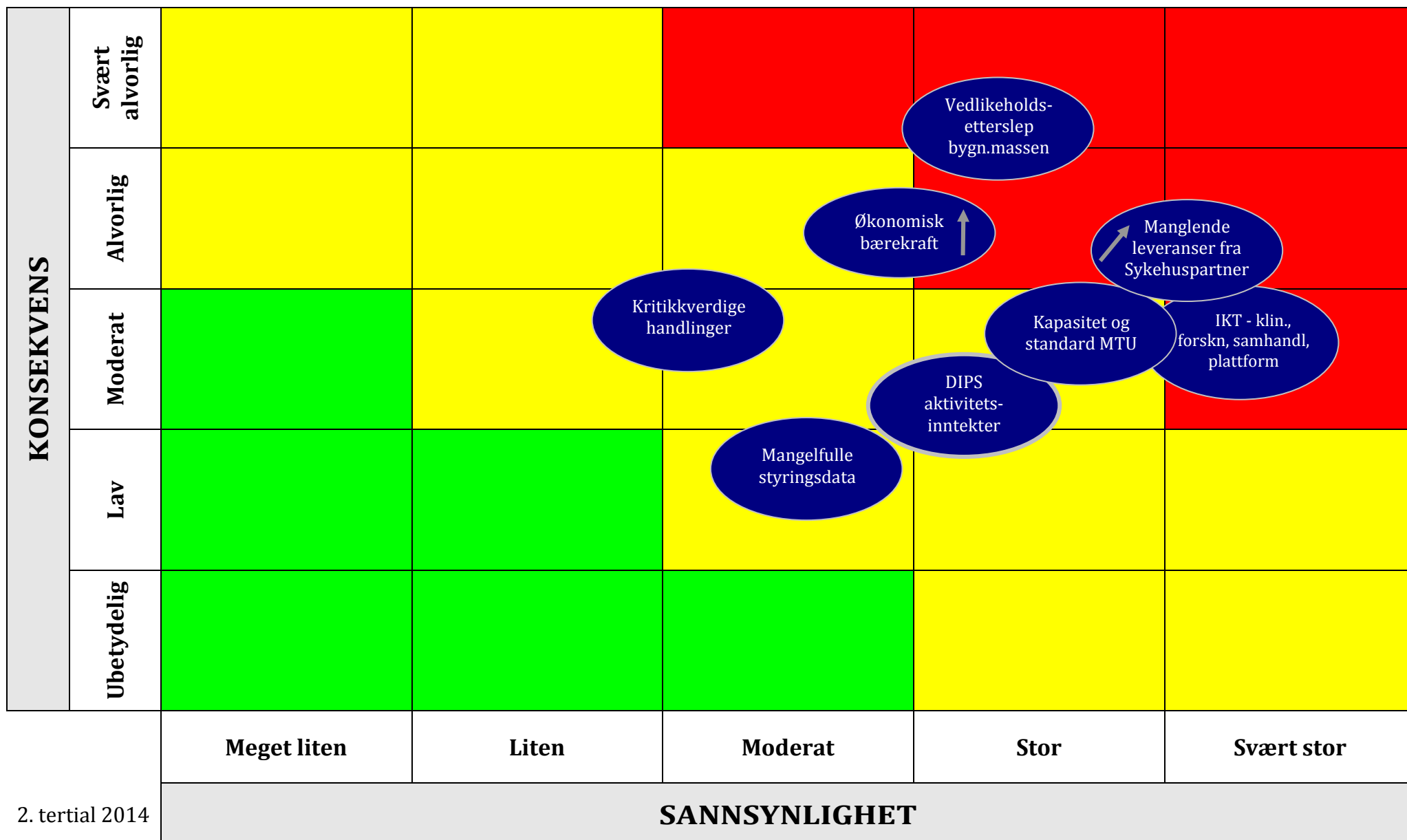
Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.



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



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.	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. Det er bl.a. opprettet to fullverdige serverrom på ulike geografiske steder. Disse er beregnet på felles kliniske IKT-systemer, og kan ta over for hverandre ved systemsvikt.</p> <p>I tillegg er det opprettet eget katastrofemiljø for felles kliniske IKT-systemer med egen kopi av kliniske databaser. Denne har utskriftsmulighet av høy kapasitet og bidrar til å sikre tilgang til nødvendig pasientinformasjon ved store hendelser, for eksempel samtidig svikt i begge serverrom eller bortfall av datanettverk i store geografiske områder.</p> <p>Det er fra Sykehuspartners side etablert spesifikke planer for håndtering av de viktigste scenarioene som gir systembortfall for mange brukere samtidig. Hver av disse har tiltak som skal sørge for at helsepersonell får tilgang til nødvendig pasientinformasjon etter kortest mulig tid.</p>
2.	Ventelister / fristbrudd / behandlingskapasitet	<p>Gjennomføringsprosjektet er avsluttet og handlingsplan for oppfølging følges opp. Fortsatt stort fokus på ventelister / fristbrudd med spesiell oppfølging av de fagområder som har utfordringer. Status inngår i AD sin ordinære oppfølging av klinikkene. Klinikklederne har tilsvarende ansvar for slutføring og oppfølging av alle avd. i egen klinikk.</p> <p>Opplæring og kompetanseheving fra ressurspersoner i direktørens stab tilbys og stort fokus på området i DIPS-opplæringen.</p> <p>Kapasiteten er økt innen enkelte fagområder, både gjennom budsjettert aktivitetsøkning og for eksempel gjennom skjerming av elektiv drift og/eller prosjekter for reduksjon av ventelister og håndtering av 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>Det er startet prosjekt for ombygging på Øyeavdelingen for etablering av økt kapasitet til AMD-pasienter. Se ellers tiltak for bedring av operasjonskapasitet og postoperativ/ intensivkapasitet samt radiologikapasitet.</p> <p>Samarbeid med Helse Sør-Øst om gjennomgang av poliklinikkdrift ved enkelte avdelinger for bedre ressursutnyttelse, økt oppmøteandel og overføring av kontroller til samarbeidende sykehus og/eller primærhelsetjenesten.</p>

	Risiko	Tiltak
3.	Responstid - kapasitet AMK	<p>Det er etablert sammenhengende AMK-sentraler i Helse Sør-Øst som ser hverandres ressurser.</p> <p>Øke bemanningen ved AMK inkl. to 50 % legestillinger, oppstart juli 2014. Innført operasjonsleder i AMK på alle vakter.</p> <p>Arbeider for å redusere svartid for innringere. Registrering av responstid er rapportert til Statens helsetilsyn fra 1.10.2013. Sorterer "pasienter som kan vente" parallelt med henvendelser som kan gå til Oslo kommunale legevakt. Responstiden er stadig i bedring</p> <p>Etablere IKT-verktøy for beslutningsstøtte og flåtestyring, inkl. web-basert ambulansebestilling. Løsning driftsettes november/desember 2014.</p> <p>Overføre flere rene transporter til pasientreiser, tiltak iverksatt mars 2014.</p> <p>Etablere en sentral i Helse Sør-Øst som koordinerer luft-ambulanseressursene. Ansatt 6 personer som luftambulanse-koordinatorer.</p>
4.	Kapasitet radiologi og svartider patologi	<p>Gjennomføre og monitorere vedtatte prioriteringer for bruk av radiologiske undersøkelser. Klinikken skal tydeliggjøre radiologisk prioritet innen egne pasientgrupper. Klinikken for diagnostikk og intervensjon utreder muligheten for etablering av brukerstyrte slotter/økter som kan styres av fagavdelingene. Videre utnyttes nå kapasiteten på tvers av hele Oslo universitetssykehus bedre.</p> <p>Prioritere medisinsk-teknisk utstyr som gir kapasitetsforbedringer. Det er anskaffet og installert ny MR på Radiumhospitalet og anskaffet ny fremføringsmaskin til Patologisk avd. Utskiftning av MR på RH pågår. Videre utarbeider sykehuset nå et anbud for evt. leie av MR-maskin ved privat institutt.</p> <p>Øke bemanning innen radiologi med flere radiologstillinger ved økt budsjett, ansettelse og opplæring pågår.</p> <p>Sammen med Helse Sør-Øst vurdere behovet for radiologiske tjenester som del av diagnostikk/ behandling i primærhelsetjenesten.</p> <p>Arbeide for felles regionale prosedyrer og protokoller innen radiologi slik at antall reundersøkelser og regranskninger reduseres.</p> <p>Omstrukturere og bedre logistikk og arbeidsflyt knyttet til patologiske undersøkelser og svar.</p>
5.	Operasjons-kapasitet	<p>Høsten 2013 økt med en operasjonsstue på Rikshospitalet til spinalkirurgi (Nevrokirurgi).</p> <p>Vinter 2013/2014 økt øyeblikkelig hjelp-kapasitet ved Ullevål knyttet til ortopedi og gastrokirurgi gjennom etablering av kvelds- og helgeøkter</p> <p>Utnytter operasjonskapasitet ved Aker fullt ut og har bl.a. flyttet dagkirurgi innen plastikk-kirurgi og kjevekirurgi.</p> <p>Nytt Akuttbygg ved Ullevål gir fire nye operasjonsstuer som kan tas i bruk når PO/intensivkapasiteten er økt tilsvarende.</p> <p>Ved Rikshospitalet pågår det prosjekter for etablering av 3 nye operasjonsstuer. En er tatt i bruk i september 2014 og dette har bidratt til økt kapasitet innen gastrokirurgi og transplantasjonskirurgi.</p>

	Risiko	Tiltak
		Det pågår tiltak innen kompetanseutvikling og rekruttering, spesielt knyttet til spesialsykepleiere. Sykehuset har opprettet 100 nye utdanningsstillinger innen spesialsykepleie.
6.	Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	Arbeidet med å etablere en områdeplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr pågår og er ferdig høsten 2014. Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og service-behov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV.
7.	Intensiv- og postoperativ kapasitet	Økt antall intensivsenger Ullevål med 2 buffersenger. Kapasitet Ullevål bedret. Nytt akuttbygg Ullevål og ombygging av tilgrensende arealer/bygg vil gi ytterligere økning i antall PO/intensivplasser. Siste ombygginger forventes ferdig innen utgangen av 2014. Prosjekt for omgjøring av sengesentral til intensivplasser på Rikshospitalet er slutført og det er tatt i bruk 6 nye intensivplasser. Bemanningen ved gen. intensiv 2 ved Rikshospitalet er økt. Mangler imidlertid intensivsykepleiere. Bemanningen ved thoraxintensiv ved Rikshospitalet er økt. Ansettelsesprosess og opplæring pågår. Prosjekt vedrørende kartlegging og utvidelse av intermediaersenger som på sikt vil kunne avlaste intensiv er i slutfasen. Bemanningen ved nyfødtintensiv ved Rikshospitalet og Ullevål er økt. Rekruttering er ferdig, opplæring pågår.
8.	Legionellasmitte i drikkevannet ved Radiumhospitalet	Systematisk overvåking vanntemperatur varmtvann i kjele og rør. Temperaturfølere montert. Montert tilbakeslagsventiler der det er mulig uten store bygningsmessige endringer og kostnader. Utbedret sirkulasjonsledninger og innført tapperutiner 2 ganger per uke på tappesteder som er i lite bruk. Påbegynt arbeidet med fjerning av tappesteder som ikke er i bruk. Kontinuerlig filtermontering og filterutskiftning. Gjennomført klordioksid-desinfeksjon av vannsystemet i påsken. Kontinuerlig tilsetning av klordioksid i varmtvannet etablert. Det forberedes tilkobling av klordoseringsanlegg. Det tas jevnlig vannprøver for legionella- dyrkning. Informasjon til pasienter og ansatte. Gjennomgang og kvalitetssikring av overordnede prosedyrer knyttet til kontrollrutiner og sikkerhetstiltak med tanke på vannsikkerhet. Utreder mulighet for skifte av hele rørsystemet.
9.	Forløpstider	Etablere og kvalitetssikre flere pasientforløp for kreftpasienter. Basert på sykehusets strategi og handlingsplan skal nye pasientforløp/"utredningspakker" etableres for kolorektal kreft, brystkreft, prostatakreft, lungekreft, eggstokkreft og ØNH-kreft. Oppstart høsten 2014. Det arbeides nå med tiltak knyttet til flaskehals. Arbeider med å forberede pakkeforløp for alle kreftsykdommer som vil bli innført nasjonalt 2015, med nasjonal norm for sykdomsspesifikke forløpstider.

	Risiko	Tiltak
10.	Mangel på spesial-sykepleiere og annet personell	<p>Det er etablert en samarbeidsgruppe bestående av HR-stab, stab MHU, stab FiU og OSS som ser på ulike tiltak for rekruttering inklusive stipendordning og utdanningsstillinger.</p> <p>Det er etablert tettere samarbeid med høyskolene i form av blant annet fagråd og dialogmøter. Sykehusets behov for kompetanse, sykehusets kapasitet mht praksisplasser og høyskolenes utdanningstilbud og utdanningskapasitet koordineres.</p> <p>Det arbeides for å etablere flere praksisplasser ved sykehuset.</p> <p>Flere tiltak for rekruttering pågår.</p> <p>Flere tiltak for å beholde spesialsykepleiere pågår.</p> <p>Ordningen med 100 utdanningsstillinger i spesialsykepleie videreføres med nye 100 utdanningsstillinger for aktuelle søkere med studiestart 2015-2016.</p> <p>Det planlegges og tilrettelegges for strategisk kompetanseutvikling. Sykehuset har klinisk kompetanseprogram for sykepleie som benyttes av både sykepleiere og spesialsykepleiere.</p> <p>Oslo universitetssykehus leder gruppe som Helsedirektoratet har satt ned og som skal se på oppgavedeling og bemanning på operasjonsstuer.</p>
11.	Innføring DIPS – bytte av PAS/EPJ	<p>Det er satt i gang en rekke sikringstiltak i tilknytning til innføring.</p> <p>Det er gjennomført mer omfattende testing av løsning, integrasjon, konvertering, teknisk miljø (inkludert responstid for brukerne) enn ved noen tidligere innføring, og det er utført for alle plattformer som er i bruk ved OUS. DIPS er velprøvd ved andre sykehus, og det er ingen store endringer i versjonen som OUS skal ta i bruk.</p> <p>PasDoc og DIPS Aker settes i lesemodus fra kvelden 16.10., og er hele tiden tilgjengelig for brukerne. DIPS med konverterte data blir tilgjengelig for de første brukerne 19.10. DIPS blir støttet av tiltakene nevnt i punkt 1 fra det tas i bruk, og har i tillegg ressurser internt i prosjektet. Ved eventuelle store systematiske feil i DIPS-klienten hos brukerne kan feilrettingsversjoner evt. en tidligere stabilisert utgave tilgjengeliggjøres raskt. Hvis alle tiltak for å sikre nye DIPS svikter, er det mulig å sette PasDoc og DIPS Aker tilbake i skrivemodus. Dette er et imidlertid et usannsynlig scenario.</p> <p>Ved innføring tar OUS i bruk nødrutiner. Nye journalopplysninger registreres av klinikerne på papir, og laboratoriesvar og andre svarrapporter formidles på papir. Eksisterende journal-opplysninger kan leses i PasDoc og DIPS Aker. Når nye DIPS er tilgjengelig, legges journalopplysningene inn, og køen av elektroniske svarrapporter overføres.</p> <p>Under oppstart har OUS og Sykehuspartner økt beredskap, og prosjektet er tilstede sentralt og ute i avdelingene for å følge opp klinikerne. Klinikerne har på forhånd vært gjennom det mest omfattende undervisningsopplegget som noensinne er utført ved OUS, og det har vært godt oppmøte.</p>

	Risiko	Tiltak
12.	Svikt i oppfølging av pasienter i overgang til primærhelsetjenesten	<p>Det er stort fokus på henvisningshåndtering i DIPS-prosjektet. Det blir videre fokus på henvisninger og epikriser i fase 2 av DIPS-prosjektet. Seksjon 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 ledet av seksjon samhandling</p> <p>Aktiv opplæring av klinikkens ansatte i forhold til nivå 1-prosdyre - utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester, er igangsatt. Opplæringen fortsetter, det vil også bli arrangert egne fagdager.</p> <p>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.</p>

Arbeidsmiljø

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid

	Risiko	Tiltak – pågående fra tidligere rapportering
1.	Bygg-/brannteknisk standard	<p>Branngjennomgang: Kartlegging av omfang og utarbeidelse av tiltaksplan med hensyn til oppgradering av sprinkler- og brannalarmanlegg.</p> <p>Branntetting og brannseksjonering.</p> <p>Oppfølging av prosjekter og oppgradering av brann-dokumentasjon.</p> <p>Lukking av avvik vedrørende spesialventilasjon, generell ventilasjon, sikring av fasader/tak og oppgradering av generell slitasje.</p> <p>Gjennomgang av kritisk bygningsflate.</p>
2.	Arbeidsbelastning	<p>Mål: God bemanningsstyring og realistiske planer med utgangspunkt i aktivitetsplanen ved den enkelte avdeling.</p> <p>Det er gjennomført flere kurs i arbeidstid og ressursplanlegging, hvert semester, fra våren 2013. Kurset har i utgangspunktet vært rettet mot ledere som arbeider med turnus og dagarbeidstid. Tilsvarende undervisning er gitt til ledere for leger fra våren 2014.</p> <p>Det er under utarbeidelse en ny retningslinje for ressurs og arbeidstidsplanlegging. Etter at denne er vedtatt, vil det bli gjennomført opplæring i denne retningslinjen for HR i alle klinikker i første omgang, som så kan bistå lederne i sin klinikk.</p> <p>Det er gjennomført prosjekter, blant annet Forflytningsprosjektet, hvor det ble gitt opplæring i riktig forflytning av pasienter.</p>
3.	Sviktende IKT-støtte medfører 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	<p>Oppfølging av 3 årsplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr.</p> <p>Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV.</p> <p>Utvikle gode businesscase med forpliktende effektivisering.</p> <p>Informasjon til ansatte .</p>

	Risiko	Tiltak – pågående fra tidligere rapportering
6.	Kulturutfordringer	Lederutviklingsprogrammene ved OUS skal revideres og verdibasert ledelse skal bli enda tydeligere i lederutviklingsprogrammene. Evnen til kulturbygging skal særlig belyses og lederne skal spesielt trenes og utfordres på dette. Områder som belyser kulturbygging i medarbeiderundersøkelsen skal særlig følges opp. Denne undersøkelsen har flere spørsmål som er relevant for å belyse den enkelte enhets evne og vilje til kulturbygging. Hvordan dette følges opp i den enkelte enhet skal etterspørres spesielt og det skal lages rapporter som fremhever dette særskilt. HR-stab skal samle alle som arbeider innen HR fire ganger i året og ett av disse seminarene vil temaet være å belyse kulturbyggingsarbeidet i klinikkene og dele erfaring på tvers av klinikkene.
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.	Kjemikalie-eksponering	Vurderer substitusjon i alle avdelinger. Oppdatere stoffkartotek (igangsatt). Gjennomgå og gi opplæring i rutinene for håndtering av kjemikalier.
9.	Inneklima	Oppgradere ventilasjonsanlegg
10.	Personskade	Avdelingsvis gjennomgang av hms-avvik Initiere forebyggende tiltak

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.	Følge opp Helse Sør-Østs foranalyse om IKT for forskning - deltakelse i arbeidsgruppe med Helse Sør-Øst.
2.	Kvalitetsregistre - infrastruktur	Videreføre modell i OUS med søknadsbaserte sentrale forskningsmidler til kvalitetsregistre. Etablere en strategi for datafangst til registre i samarbeid med andre stabsenheter ved OUS.
3.	Kapasitet - forskning og innovasjon - herunder begrensede karriereveier og ansettelsesmuligheter innen forskning	Følge opp hvordan tiltak settes inn i klinikkene og hvordan klinikkene arbeider med å implementere sine handlingsplaner for forskning. Dialog med forskningslederne i Forskningslederforum. Arbeide med insentiver og støtteordning som gir økt omfang av og bedre kvalitet på klinikkens søknader om ekstern finansiering. Gradvis implementere felles ordning i OUS med reservert tid for prof II/førstaman. til forskning og utdanning (jf avtale om kombinerte stillinger). Dette innføres gradvis over fem år fra 2012. Oppfølging av status i Forskningslederforum september 2014.
4.	Biobanksfasiliteter: Etablering, lagring og sporing	Prosess for rydding og oppgradering ved Stab FIU og OSS følges opp.
5.	Utstyr forskning: Mangel på oppdatert utstyr pga manglende investeringsmidler	Styrket samordning og finansiering av kjernefasiliteter, flere og mer samordnede 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, med involvering av det nyetablerte Fagråd MTU forskning.
6.	Kliniske studier, herunder oppdragsforskning: For dårlig infrastruktur, logistikk, kapasitet og finansiering for kliniske studier.	Styrke samarbeidet med Inven2 og industri vedrørende kliniske studier. Følge opp treårsprosjekt med særskilt finansiering til støttefunksjoner fra Helse Sør-Øst fra og med 2013, herunder internt nettverk av prosjektkoordinatorer/ studiesykepleiere.
7.	Avvikssaker i forskning - lover og etikk	Bidra til at internkontrollsystemer blir tilstrekkelig kjent og forstått i klinikkene, på alle nivåer, herunder gjennom interne kurs og gjennom diskusjoner av enkeltsaker og eksempler med forskningslederne. Tett samarbeid med OUS' tilsyns-koordinator.

	Risiko	Tiltak
8.	Etterutdanningsaktivitet og veiledningskapasitet	Arbeide systematisk med tiltak i Handlingsplan for utdanning og bistår med klinikkvise utdanningsplaner.
9.	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.
10.	Arealer: utilstrekkelige/for lite arealer til forskning og undervisning i flere klinikker, ev. manglende ressurser til oppgradering av lokaler.	Bidra i arbeidet med tilstrekkelige arealer til forskning og undervisning fim strategisk arealplanlegging, og i forbindelse med store forskningssøknader.
11.	Praksisplasser for sykepleierstudenter m.fl.	Vurdere om det er ubenyttet kapasitet i OUS og om poliklinikker kan benyttes i større grad. Dette er temaer som diskuteres i samarbeidsmøter med høyskolene Behov for flere praksisplasser til videreutdanningsstudenter er en problemstilling vi i økende grad må planlegge for i OUS dersom høyskolene øker kapasiteten i takt med sykehusets behov for flere operasjonssykepleiere. Dette må følges opp både sammen med klinikkene og høyskolene

Økonomi og infrastruktur

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

	Risiko	Tiltak
1.	Manglende leveranser fra Sykehuspartner	Styrket dialog med Sykehuspartner. Etter initiativ fra adm. direktør følges status opp løpende, blant annet på kvartalsvise kundemøter.
2.	Vedlikeholdsetterslep for bygningsmassen	Lang sikt: Ferdigstille idéfasearbeidet som første ledd i avklaring om erstatning av den gamle bygningsmassen Gjennomføre arealutviklingsplanen for sykehuset. Kfr. arealutviklingsplan OUS 2025 samt Multimaprapport (Tilstandsanalyse) Kort sikt: Fortsette gjennomføring av midlertidige oppgraderinger i gamle bygg for å imøtekomme de mest alvorlige tilsynskravene innen brann, HMS og elektro.
3.	IKT- klinisk, forskning, samhandling plattform	Kort sikt: Drifter videre allerede etablerte løsninger som delvis kompenserer for risikoene som først blir løst med nye systemer. (Det iverksettes ikke nye kortsiktige tiltak ettersom ressursene primært settes inn i implementering av de nye systemene) Kliniske systemer: DIPS-prosjektet 2014, regional RIS PACS – Q4 2015, laboratoriesystemer regionalt system 2016 Forskernett: Pågår arbeid i regi av regionen som vurderer nytt nett. Eksisterende nett oppgraderes som del av infrastrukturmodernisering Infrastruktur: Oppgraderes i regi av fornyingsstyrets infrastrukturmoderniseringsprogram til 2016 (mulig revidert planverk med tidligere leveranse) Samhandling: Igangsatt prosjekt epikriser Q1 2015, min journal breddes i sykehuset og regionalt (pågående)
4.	Økonomisk bærekraft: Driftsøkonomi som gjør det mulig å gjennomføre investeringer slik at sykehuset driftes i moderne og adekvate bygg og med oppdatert medisinsk teknisk	Utarbeide og gjennomføre den plan som er lagt for krav til effektivisering i økonomisk langtidsplan med 1,5 pst per år i perioden 2015-2018 for å sikre finansiering av investeringer slik at sykehuset driftes i moderne og adekvate bygg og med oppdatert medisinsk teknisk utstyr
5.	Kapasitet og standard medisinsk-teknisk utstyr: Sykehuset har en meget lang gjennomsnittlig alder på utstyret målt opp mot de andre foretakene i regionen, og dette øker risikoen for driftstans.	3 års plan vedtatt av styret i 2012 (Økonomisk langtidsplan 2013-2016 – 350 mill kroner per år) Utvidet plan for investeringer behandlet av styret april 2014 (Økonomisk langtidsplan 2015-2014) for å redusere gjennomsnittlig levetid på utstyr i OUS HF Fortsette den systematiske kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV Prioritere og gjennomføre investeringer som er driftsøkonomisk lønnsomme Vurdere typer medisinsk teknisk utstyr som kan være egnet for operasjonell leie.

	Risiko	Tiltak
6.	DIPS - manglende aktivitetsinntekter	Det gjøres analyser av risiko for inntektsbortfall, og det gjøres kontrollkjøringer på datagrunnlag for 2013.
7.	Kritikkverdige handlinger	Etablere et helhetlig system for internkontroll innenfor økonomiområdet i helseforetaket (beskrivende dokument). Gjennomføre sykehusets overordnede plan for kontrollhandlinger.
8.	Mangelfulle styringsdata	Videreutvikle LIS og tilrettelegge for gode styringsdata for lederne.

Målgruppe: Foretaksstyret

Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet

Dato: 22.10.2014



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

2. tertial 2014

Vedlegg 2

Styresak 55/2014

Innholdsfortegnelse

1. Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll	3
1.1 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll.....	3
1.2 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering	6
1.3 Kontrolltiltak.....	9
1.4 Juridiske forhold	15
2. Brukermedvirkning	18
2.1 Brukerutvalget	18
2.2 Ungdomsrådet.....	18
2.3 Brukertilbakemeldinger	19
3. Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling.....	21
3.1 Uønskede pasienthendelser	21
3.2 Sykehusinfeksjoner.....	24
3.3 Sykehusobduksjon	25
3.4 Melding til Kunnskapscenteret etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3.....	26
3.5 Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a	26
3.6 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)	27
3.7 Pasientsikkerhetskampanjen/programmet.....	28
3.8 Pasientsikkerhetsvisitter	30
3.9 Publisering av uønskede hendelser på nett	31
3.10 Klager fra pasienter og deres representanter	32
3.11 Pasientforløpsarbeidet.....	34
3.12 Samhandling	35
3.13 Likeverd	41
3.14 Barn som pårørende.....	43
3.15 Internasjonalt samarbeid.....	44
4. Opplæring av pasienter og pårørende.....	46
5. Utdanning av helsepersonell.....	47
6. Forskning og utvikling.....	48
6.1 Forskning.....	48
6.2 Innovasjon.....	51
7. Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)	52
7.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelser	52
7.2 Helse Miljø Sikkerhet (HMS) avvik	54
8. Kommunikasjon og omdømme	63
9. Referansetabeller.....	69
9.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 2. tertial 2014.....	69
9.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid.....	69
9.3 Interne revisjoner IK-mat.....	70

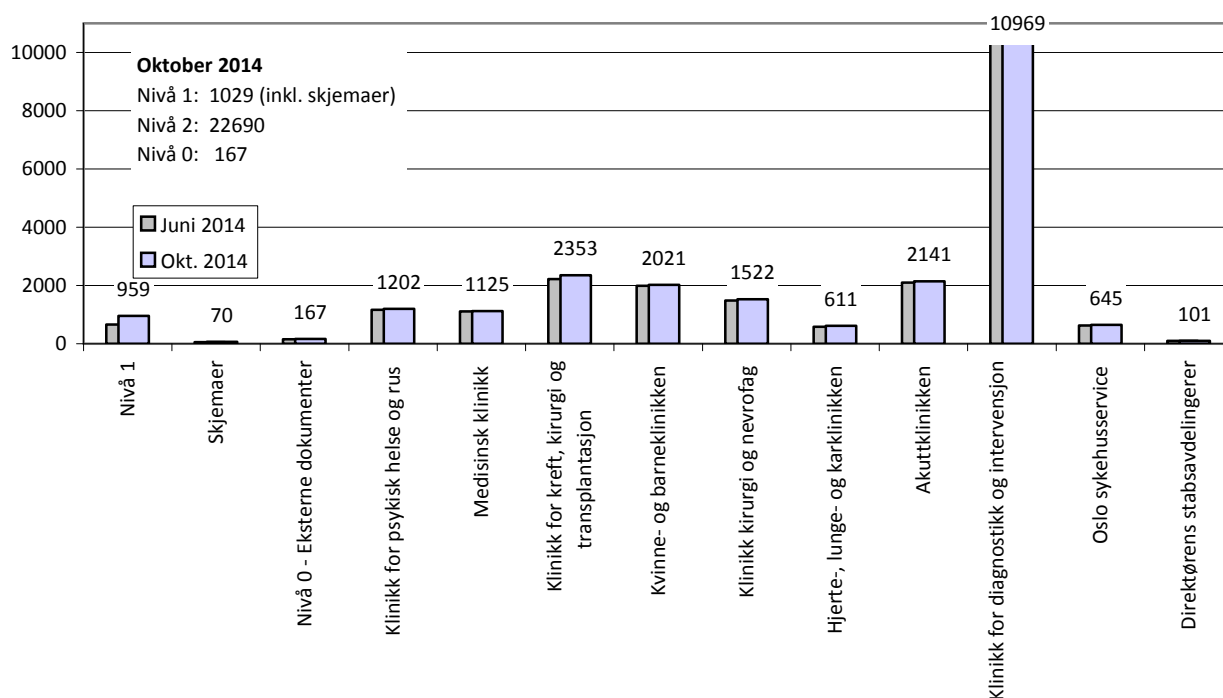
1. Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

1.1 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll

For å sikre god virksomhetsstyring er det nødvendig at alle styrende dokumenter (instrukser, prosedyrer, retningslinjer og tilsvarende) styres og er tilgjengelig for alle medarbeiderne. Gjennom sykehusets dokumentstyringsystem, sikrer lederne at nødvendige dokumenter blir utarbeidet/oppdatert og tilgjengeliggjort.

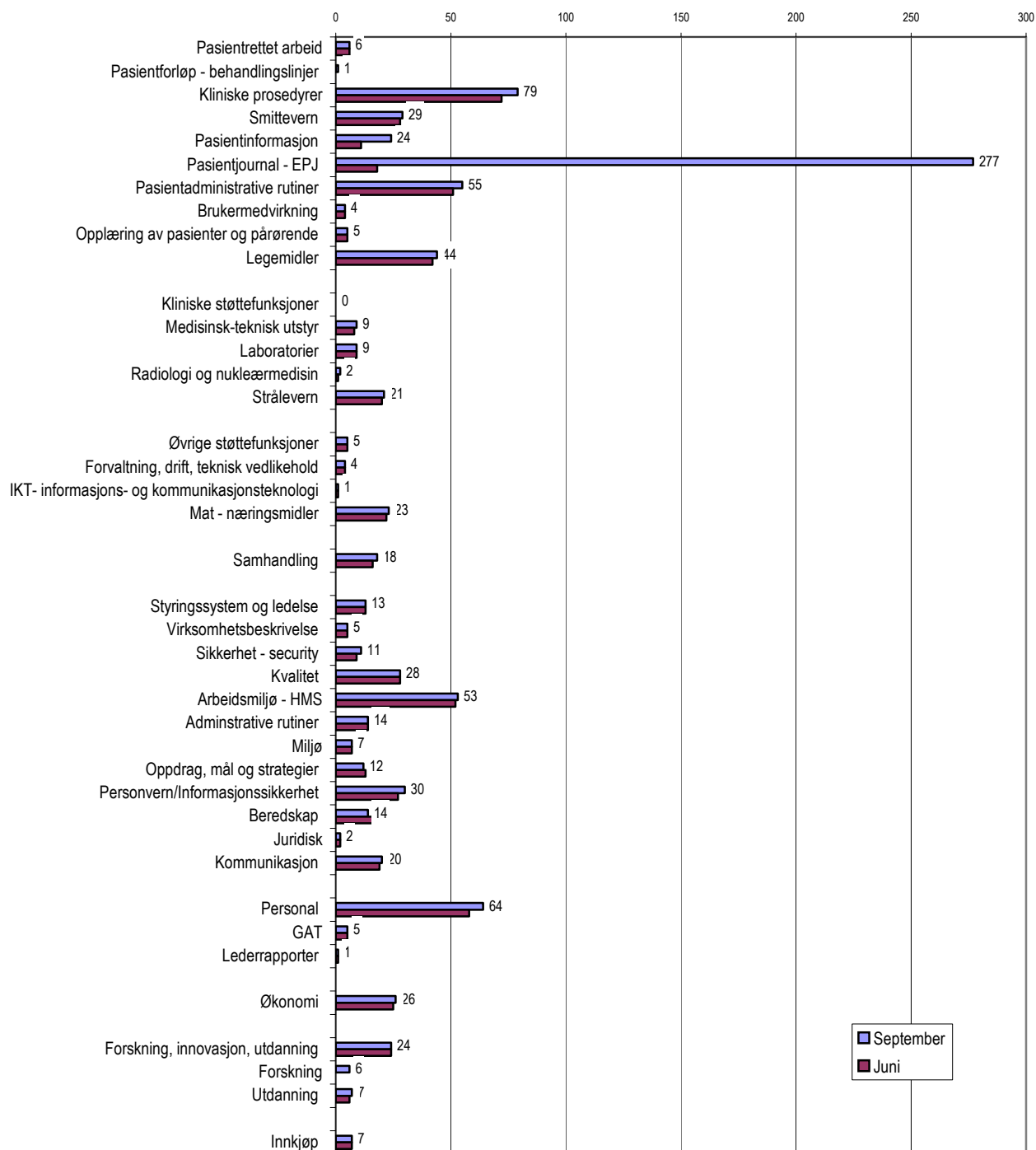
Ved utgangen av 2. tertial har sykehuset totalt 23 886 styrende dokumenter. Siden juni er det utarbeidet 305 nye overordnede dokumenter og 802 dokumenter i klinikken. Dette er en økning på 5 %.

Den store økningen i antall dokumenter gjelder særlig virksomhetsomfattende dokumenter (felles for hele sykehuset, økt fra 654 til 959). Økningen skyldes først og fremst dokumenter knyttet til innføringen av DIPS som skal tas i bruk fra 20. oktober 2014. (se Pasientjournal- EPJ i Figur 2).



Figur 1. Antall styrende dokumenter. Kilde: eHåndbok.

Intensjonen er at ansatte ved behov skal finne de dokumentene de trenger. Med sykehusets store organisasjon og så mange dokumenter, er det en utfordring å tilrettelegge dette på en tilstrekkelig effektiv måte. Det er derfor avsatt midler og igangsatt et prosjekt for utvikling av systemet. Dette prosjektet har til hensikt å gjennomføre effektiviseringer og forbedringer i verktøyet. Det er allerede gjennomført optimalisering av program og oppsett slik at responstiden nå er betydelig redusert og driftssituasjonen stabilisert.



Figur 2. Fordeling av styrende dokumenter på nivå 1 (virksomhetsomfattende dokumenter) innen de ulike områder. Vesentlige områder er beskrevet med nødvendig styringsdokumenter. Kilde: eHåndbok.

Arbeidet med å utarbeide dokumenter skal effektiviseres ved forbedring og utvikling av tekstbehandlingsverktøyet. Systemet skal blant annet styrkes med en prosessmodul slik at det skal bli enklere å vise dokumenter som inngår i en større prosess, som for eksempel pasientforløp.

For at pasientinformasjon og andre aktuelle dokumenter skal bli tilgjengelige for alle utenfor sykehuset, arbeides det med en lesefunksjonalitet tilgjengelig fra Internett. Sykehusets fagprosedyrer har lenge vært i bruk i mange fagmiljøer rundt om i landet, og

med internettløsningen vil sykehusets fagposisjon kunne bli ytterligere styrket. Det forventes at denne løsningen blir ferdigstilt og tatt i bruk i løpet av høsten.

For å øke tilgjengeligheten til dokumenter, arbeides det også med løsninger for lesing av dokumenter på lesebrett og mobiltelefoner.

Fagprosedyrer

Sykehuset har nå utarbeidet 50 kunnskapsbaserte fagprosedyrer (44 1.tertial) og har ytterligere 20 under utarbeidelse. De kliniske miljøer etterspør gode fagprosedyrer. Det er definert hva som er de viktige prosedyrene, og det er laget kriterier for å finne viktige prosedyrer i avdelingene som bør kunnskapsbaseres. Nasjonalt pågår også et arbeid for å koordinere fagprosedyrer i regi av Kunnskapscenteret.

Arbeidet med fagprosedyrer skal ved Oslo universitetssykehus HF kobles til arbeidet med å utarbeide skriftlig pasientinformasjon og til arbeidet med pasientforløp. Dette vil sikre et ensartet kunnskapsgrunnlag for virksomheten, og det forventes at det skriftlige materiell skal oppleves samkjørt og brukervennlig.

Fagmiljøene og avdelingene vil i løpet av 2015 arbeide med å etablere flere kunnskapsbaserte prosedyrer. Sentral stab og fagrådene vil sørge for god koordinering av arbeidet med fagprosedyrer i hele sykehuset. I dette ligger det også planer om å implementere kunnskapsbasert praksis i flere avdelinger, noe som er ønsket i flere klinikker.

Sentral stab vil sørge for god flyt i godkjenning av gode brukervennlige fagprosedyrer/dokumenter som skal gjelde for hele sykehuset. En redaksjon skal klargjøre hvilke prosedyrer som skal presenteres på internett.

Sykehuset har satt opp kurs om kunnskapsbasert praksis, kunnskapshåndtering og implementering. Disse avholdes hvert år og har definerte målgrupper.

Oslo universitetssykehus HF har kommet godt i gang med bruk av mini-metodevurderinger. Det dreier seg om lokale vurderinger av nye metoder som ønskes innført, eller som ønskes tatt ut av bruk. Dette kommer i tillegg til de nasjonale metodevurderinger som nå blir gjort. Oslo universitetssykehus HF er det sykehuset i Norge som nok er kommet lengst innen mini-metodevurderinger, med 3 publiserte mini-metodevurderinger og 12 metodevurderinger under arbeid.

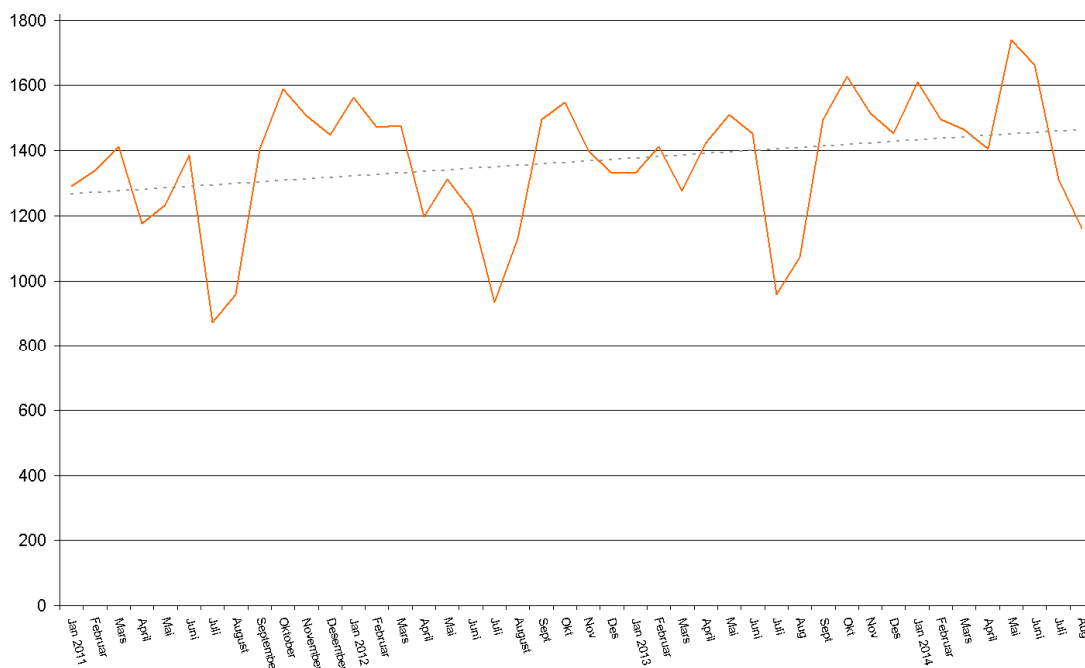
Oslo universitetssykehus HF oppretter høsten 2014 en regional kompetansetjeneste for metodevurderinger. Bruken av mini-metodevurderinger har vært enklere å innføre på basis av sykehusets arbeid med kunnskapsbaserte prosedyrer.

1.2 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering

Avviksbehandling dreier seg om å benytte erfaringer fra uønskede hendelser og forhold i det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Dette gjøres ved at leder får tilsendt og gjennomgår alle registrerte avvik for å finne årsaker/systemsvikt og vurdere hvilke forbedringstiltak som er nødvendig.

Den enkelte avdeling har ansvar for avviksbehandlingen fra avviket oppstår til det er ferdig behandlet. Det omfatter å iverksette strakstiltak, identifisere årsaker og eventuelt iverksette forbedringstiltak som kan hindre at tilsvarende uønskede hendelse oppstår på nytt. Der lederen selv ikke har myndighet innenfor egne rammer til å løse forholdene, må de løstes til neste ledernivå.

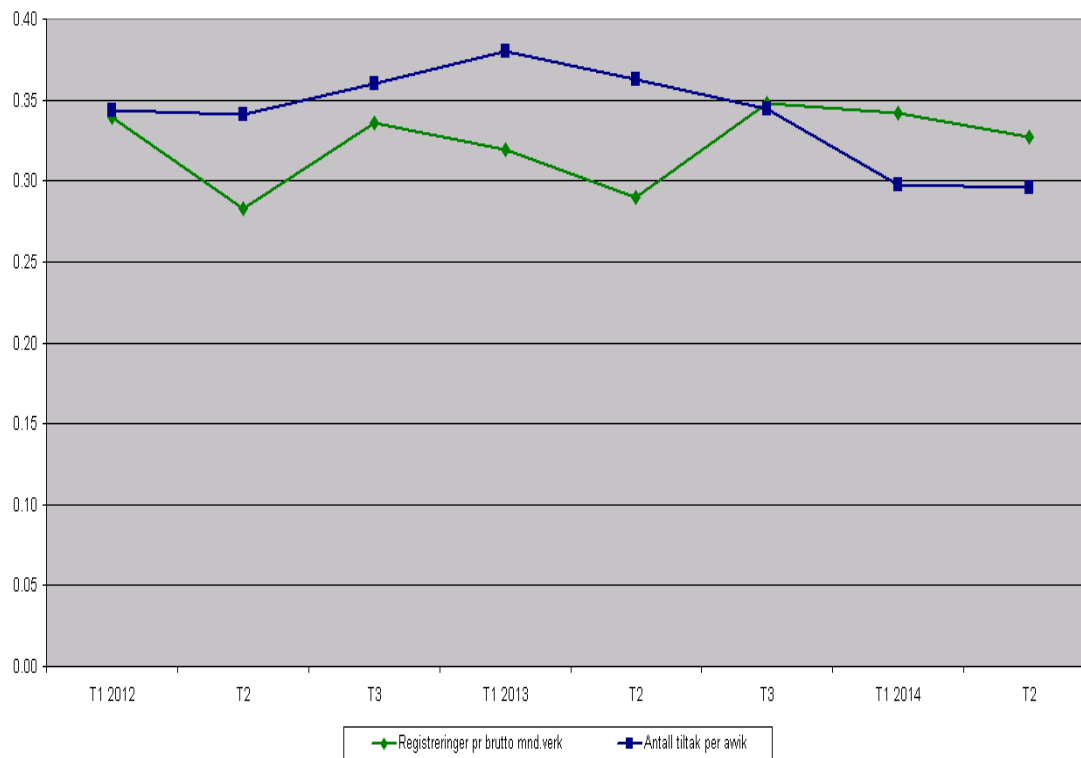
Sykehusets avvikssystem har fått navnet Achilles fra gresk mytologi, som symbol på letingen etter sårbarheter og forbedringsområder. Achilles har vært tilgjengelig og i aktiv bruk siden oppstarten av sykehuset 1. januar 2010.



Figur 3. Registrerte avvik per måned. Kilde: Achilles

I andre tertial 2014 registreres at andelen hendelser klassifisert med "ingen/ubetydelig faktisk konsekvens" er 54 %. Dette er en oppgang fra tidligere. At ansatte registrerer hendelser av denne type er en indikator på forståelsen av at registreringer av nesten-uhell og hendelser uten konsekvens også bidrar til å forebygge mer alvorlige utfall i framtiden. Økningen er derfor en ønsket utvikling.

Ledere har i tertialperioden registrert 1734 forbedringstiltak, tilsvarende 0,30 tiltak per avvik. Dette er på nivå med forrige tertial (Figur 4).



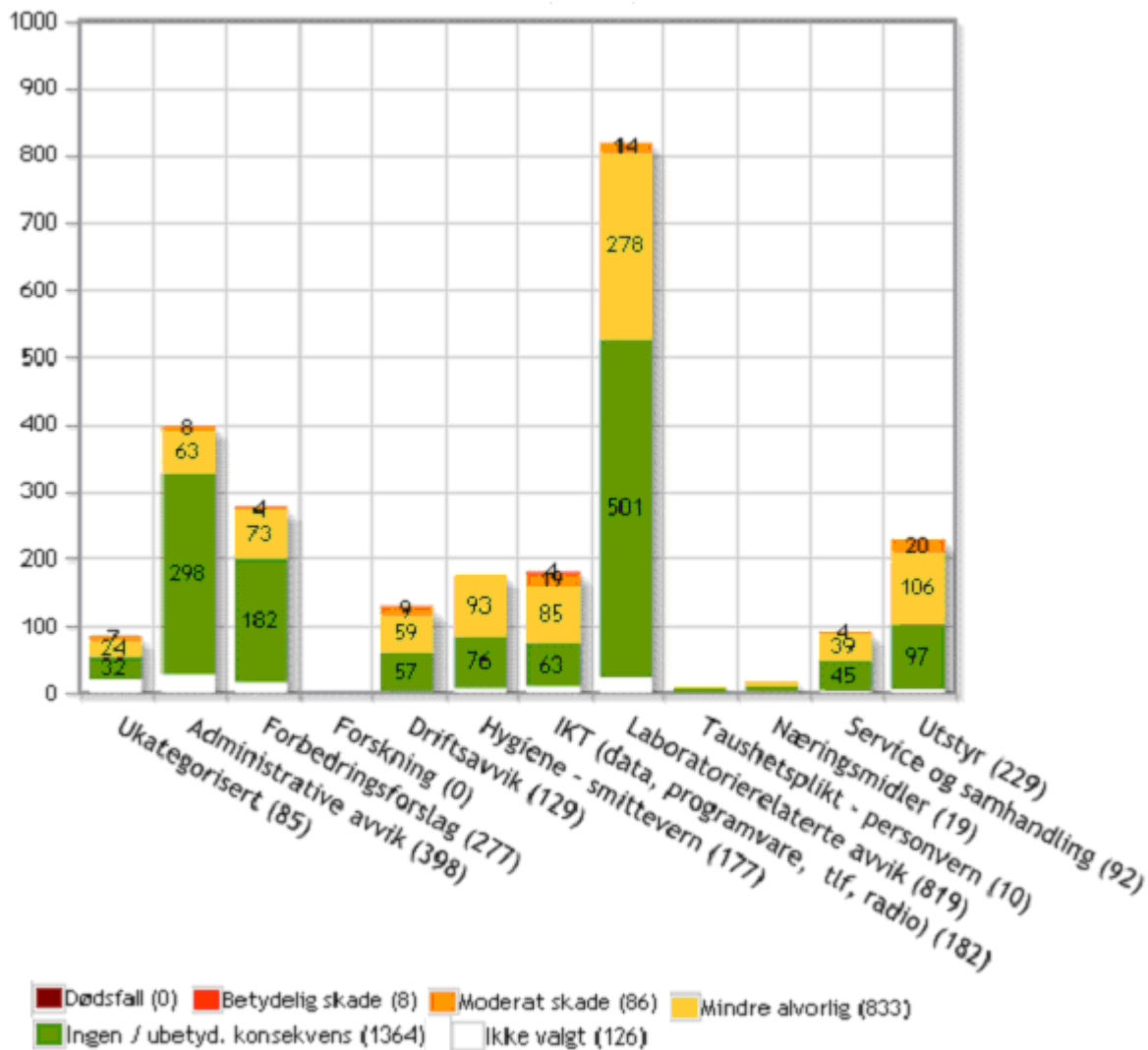
Figur 4. Aktivitetsindikator avviksbehandling per tertial. Antall registrerte saker per ansatt og dokumenterte forbedringstiltak per avvik. Kilde: Achilles.

1.2.1 Andre avvik og forbedringsforslag

Alle avviksregistreringer kategoriseres i hovedkategoriene "Pasienthendelse", "HMS hendelse" eller "Andre avvik og forbedringsforslag".

Registreringer i kategorien "Andre avvik og forbedringsforslag" omhandler merkantile forhold, forskning, IKT, personvern, parkering, søppel med flere. Avvikene skal ikke kunne relateres til skade på en enkel pasient eller ansatt.

Antall registreringer i denne kategorien er på samme nivå som ved forrige tertial. 34 % av registreringene er laboratorierelaterte avvik, i all hovedsak med ingen eller mindre alvorlig konsekvens (Figur 5).



Figur 5. Fordeling av avvik innen hovedkategorien "Andre avvik og forbedringsforslag" andre tertial 2014. Kilde: Achilles.

1.3 Kontrolltiltak

1.3.1 Revisjoner

Revisjoner skal undersøke om intern styring og kontroll på utvalgte områder fungerer som forutsatt. Revisjonene, som utføres etter standard metode, skal bidra til læring og forbedringer i organisasjonen.

Oslo universitetssykehus HF har etablert system for internkontroll i henhold til "Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten" der det påpekes at det "skal det være oppfølging og kontroll av internkontrollen".

Den lokale ledelsen har et selvstendig ansvar for å utøve internkontroll innen eget ansvarsområde. Flere av klinikkene har etablert god praksis med interne revisjoner (egenrevisjoner).

Internrevisjonen ved Oslo universitetssykehus HF skal på vegne av administrerende direktør være et ledd i internkontrollansvaret;

"Se etter om det er etablert og gjennomført tilfredsstillende intern styring og kontroll".

Revisjonsområdene blir valgt ut på bakgrunn av risikoanalyser og aktualitet (Styresak 28/2014). Internrevisjonen er organisert i Direktørens stab.

Internrevisjonen understøtter også klinikkenes arbeid med å etablere, gjennomføre og følge opp arbeidet med intern styring og kontroll. Internrevisjonen samhandler med og benytter også andre eksterne aktører, som for eksempel ved kjøp av eksterne revisjonstjenester.

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst utfører interne revisjoner i foretakene i Helse Sør-Øst. Konsernrevisjonens rolle og ansvar følger av Helseforetakslovens § 37a som beskriver at Konsernrevisjonen skal "gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse, skal bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring".

Samhandling mellom Internrevisjonen og Konsernrevisjonen

Siden 2010 har det vært et praktisk samarbeid med Konsernrevisjonen gjennom regelmessige møter med avdeling for Pasientsikkerhet og kvalitet (månedlig) og med administrerende direktør (tertialvis).

Et samhandlingsmål er å etablere revisjonsplaner hvor sykehusets interne revisjoner sees i sammenheng med Konsernrevisjonens revisjoner. Hensikten er å sikre god ressursutnyttelse og en best mulig dekning av revisjonsområder for å sikre ivaretagelse av administrerende direktørs ansvar for å etablere og gjennomføre internkontroll.

Revisjoner utført av internrevisjonen

I inneværende tertial har det vært følgende revisjonsaktivitet:

- Ad hoc revisjon av ePhorte - sykehusets felles sak og arkivsystem.
Formålet var å undersøke om ePhorte blir brukt i tråd med gjeldende lover og forskrifter og i tråd med sykehusets føringer.

Revisjonen ble utført ved fem enheter: Sakarkiv, Klinikk for diagnostikk og intervensjon, Kvinne- og barneklivikken, Kommunikasjonsstaben og IKT-avdelingen.

Det ble ikke gitt noen avvik i revisjonen. Alle fem enheter fikk anmerkninger. Anmerkningene har mange likhetstrekk og utgjør 5 forbedringsområder.

Gjennomgangen viste;

- En økning i benyttelse av ePhorte som arkivsystem. Klinikene benytter verktøyet mest. Stabene bruker systemet i mindre grad, og der bør der kartlegges nøyere hva som skal arkiveres.
 - Det er nødvendig med bedre kontroll og oppfølging fra klinikknivå mot underliggende avdelinger når det gjelder restanser.
 - Det er ikke er en enkel integrasjon med de øvrige systemer som benyttes på sykehuset (MS-Outlook, Personalportalen og EPJ-systemene).
 - Det er en utfordring at både IKT-avdelingen og kommunikasjonsstaben i tillegg bruker andre systemer for dokumentasjon (Clarity og CIM – pålagt av Helse Sør-Øst RHF).
 - For å sikre god nok opplæring og videreutvikling for saksfordelere anbefales bedre systematikk og oppfølging. Ledere bør i større grad ta aktivt ansvar for saksbehandlingen.
 - En stor utfordring er at sykehuset benytter en gammel versjon av systemet og ikke har support fra leverandør. Systemet er ustabil når det blir gjort oppgraderinger av servere. Det resulterer ofte i at ePhorte er utilgjengelig. Det påpekes at Sykehuspartner mangler teknisk kompetanse på denne problemstillingen.
- IK-mat
Internrevisjoner utført av fagleder mattrygghet i Oslo sykehusservice i sin rolle som faginstans.

Hensikten med revisjonene var å sjekke ut om utvalgte kjøkken fulgte gjeldende retningslinjer for opplæring, registreringer og avviksbehandling innen hygieneområdet.

Ni revisjoner er gjennomført og alle revisjonene viste flere avvik.

Oversikt over revisjonene finnes i kapittel 9.3.

Det er i ettertid foretatt flere møter med de enkelte avdelinger. Revisjonsleder har fått skriftlig tilbakemelding fra alle avdelinger på at de fleste avvik nå er lukket.

Oppfølging fra tidligere interne revisjoner

- Gjennomføringsprosjektet

Medio januar 2014 ble det gjennomført sju punktrevisjoner i alle aktuelle klinikker. Funnene viste behov for videre forbedringsarbeid og implementering av tiltak basert på sentrale føringer fra Gjennomføringsprosjektet.

Klinikklederne følger opp funn og forbedringsarbeid i egen klinikk. Det planlegges i samarbeid med "Råd for henvisninger, ventelister og fristbrudd" oppfølging i form av nye revisjoner våren 2015. Målet er at sykehuset skal ha gode pasientadministrative rutiner knyttet til registrering og oppfølging av ventelistedata, samt "flyt" i alle behandlingstilbud som inngår i et pasientforløp.

- Intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet i forskning

Styret er tidligere informert om revisjonen utført ved Kreft, kirurgi og transplantasjonsklinikken/Avdeling for urologi, med fokusområdet "Register og biobank for urologiske sykdommer", herunder "Register for radikal prostatektomi" og "Prostatabiobanken".

Regional etisk komité (REK) vedtak om avviket knyttet til samtykke ved prøvetaking har vært påklaget av klinikken. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) har avvist klagen.

Klinikken må som konsekvens av dette innhente nytt samtykke fra pasienter som er innlemmet i forskningsbiobanken, som fortsatt er i live. Dette berører i overkant av 1400 pasienter.

Dialog med REK om informasjonsskriv og videre håndtering er i ferd med å avsluttes.

Når pasienter som er i live er tilskrevet, vil avviket lukkes.

Revisjoner utført av Konsernrevisjonen

- Helseforetakets interne styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen

Revisjonen ble gjennomført i Hjerte, lunge og karklinikken i perioden september 2013 til januar 2014. Revisjonsrapporten ble mottatt i 2. tertial, og oppfølgingsarbeidet startet umiddelbart. Revisjonen var svært omfattende og omhandlet 7 virksomhetsområder.

Revisjonsrapporten ble styrebehandlet på styremøte 25. september 2014 (styresak 46/2014).

Flere funn var forbundet med for høy risiko, og tiltak ble umiddelbart satt i verk. Klinikkleder har iverksatt interne prosesser både i avdelingene som var revidert og i klinikkens andre avdelinger. Handlingsplaner innen pasientforløp, utdanning og

kompetansestyring ble umiddelbart initiert i avdelingene. Klinikleder selv arbeider med handlingsplanen innen virksomhetsstyring.

Alle avdelingene har utarbeidet handlingsplaner, og disse vil bli en del av de månedlige oppfølgingsamtalene mellom klinikleder og avdelingslederne. Tiltakene i handlingsplanene blir også lagt inn som oppfølgingspunkter i avdelingsledernes personlige mål. Klinikens stab og den sentrale stab bistår avdelingene i implementering og opplæring.

Administrerende direktør vil følge opp forbedringsarbeidet – både innen de ulike virksomhetsområdene, og samlet sett gjennom de tertialvise oppfølgingsmøtene.

Erfaringer fra revisjonen er diskutert i sykehusets ledergruppe, og inngår i videre implementering av kravene til god virksomhetsstyring i Oslo universitetssykehus HF.

Revisjonsrapporter som har vært styrebehandlet i perioden

Det er ikke vært styrebehandlet revisjonsrapporter i perioden.

Oppfølginger av revisjoner fra tidligere tertial

- Henvisninger som er sendt, men ikke kommet til aktuelle avdelinger
Ad hoc revisjon (Styresak 73/2013) utført av Konsernrevisjon etter anmodning fra sykehuset etter at henvisninger sendt fra Ringerike sykehus ikke hadde kommet frem til aktuelle avdelinger ved Oslo universitetssykehus HF.

Gjennomgangen viste en del svakheter ved begge foretakenes interne styring og kontroll i prosessen samlet sett.

Alle tiltakene i handlingsplan er utført og har hatt tilsiktet effekt. Postmottak og etablering av Sentralt henvisningsmottak er de viktigste tiltakene for å sikre at posten kommer frem dit den skal.

All post blir åpnet og selektert av postmottaket etter 20. oktober 2014. Henvisninger vil da gå til sentralt henvisningsmottak for registrering i DIPS. Nye rutiner er beskrevet og formidles i DIPS-opplæringen.

Det har vært opplæring i rutine og bruk av nye regionale brev som skal informere både henviser og pasient om utfall av vurderinger.

Oppfølging av denne revisjonen avsluttes.

1.3.2 Eksterne tilsyn

Tilsynsaktiviteten i 2. tertial er normalt lavere enn de øvrige tertialer. Sykehuset har i perioden hatt seks tilsynsbesøk, Mattilsynet (3), Fylkesmannen (1), Arbeidstilsynet (1) og det lokale El-tilsynet (1). Det er gitt avvik ved fire av tilsynene med til sammen åtte avvik. Seks avvik er nå lukket, og det er utarbeidet og oversendt handlingsplan for lukking av de to siste avvikene.

Det er få spesielle kommentarer å gi til tilsynene i dette tertialet. De fleste kan beskrives som relativt begrensede kontroller.

For å sikre læring blir alle avvik vurdert opp mot generelle krav til internkontroll. Vurderingen viser for andre tertial at avvikene ble gitt fordi lokal ledelse ikke har hatt tilstrekkelig kontroll over fare for svikt eller mangler på nødvendige prosedyrer. Fire av avvikene ble gitt på grunn av mangler ved bygg eller utstyr.

- Fylkesmannen i Oslo og Akershus har ført tilsyn med Nevrokirurgisk avdeling. Det ble vurdert om avdelingen har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet. Særlig ble det vurdert om pasientforløpene er forsvarlig med tanke på henvisninger, ventelister og gjennomføring av behandling.

Det ble gitt avvik til at avdelingen ikke i tilstrekkelig grad sikrer at alle pasienter får vurdert rett til nødvendig helsehjelp, og at pasienter og henviser ikke blir informert om juridiske rettigheter. Det ble også gitt avvik fordi avdelingen ikke sikrer at alle pasienter med nakkeprolaps får utredning/behandling innenfor den tidsfrist som er satt ut i fra faglige individuelle vurderinger.

Klinikk kirurgi og nevrofag har utarbeidet en handlingsplan for nødvendige tiltak i avdelingen. Gjennomføringen av tiltak vil bli fulgt opp i Ledelsens gjennomgang og ved en spesialrådgiver i Stab medisin, helsefag og utvikling som følger opp prosesser i det pasientadministrative systemet. Svar er sendt tilsynsmyndigheten innen fastsatt frist. Sykehuset har ennå ikke fått tilbakemelding på oversendt plan.

Se også oversikt i kapittel 9.1

Tidligere tilsyn – pågående prosess

Ved inngangen til andre tertial var fire tidligere tilsyn ikke helt avsluttet (se oversikt i kapittel 9.2)

På enkelte områder kan det ta lengre tid å gjennomføre endringer. En del slike langsiktige prosesser følges opp gjennom dialogmøter med Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Arbeidstilsynet og Oslo Brann- og redningsetat.

Kommentarer til tidligere tilsyn:

- Fylkesmannen, helseavdelingen hadde 11. mars 2014 tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge ved BUP Oslo Nord.

Det ble gitt et avvik fordi det ikke sikres systematisk kartlegging i utredningsfasen for alle pasienter fra 10-12 års alder når det gjelder rusproblematikk.

Det er utarbeidet handlingsplan som ble oversendt innen frist 15. oktober 2014.

- Statens strålevern hadde 25. februar 2014 et temarettet tilsyn i Kardiologisk intervensjon på Rikshospitalet.

Tilsvarende tilsyn var på Ullevål i 2013.

Det ble gitt to avvik som for mangelfull apparatspesifikk årlig opplæring og oppfølging av høye pasientdoser (nytt styrende dokument utarbeidet).

Det ble også gitt fem anmerkninger (høye persondosimeteravlesninger, ikke optimale laboratorier, representative doser, strålevernstiltak i forhold til arbeidsteknikk ved bi-plan ablasjonsprosedyre og i bruk av avvikssystemet).

Det ene avviket er lukket. Tiltak knyttet til det siste avviket skal beskrives i svar innen frist 1. november 2014.

1.4 Juridiske forhold

1.4.1 Rettssaker – endringer siden forrige tertial

Prosesen i domstolsapparatet vil avklare sykehusets juridiske posisjon. Av arbeidsrettssakene skiller man mellom individuelle og kollektive saker der sistnevnte går for Arbeidsretten.

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

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

- Krav om ekstraferie for arbeidstakere over 60 år – ”stråleferie”
Sykehuset ble stevnet av 12 ansatte som mente å ha rett til 6 virkedager ekstra ferie fra det året de fyller 60 år. Saken gjaldt 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.

Sykehuset ble av Oslo tingrett frifunnet. Retten kom til at saksøkerne ikke har krav på mer enn 6 uker ferie etter fylte 60 år, med andre ord ingen 7 ekstra uker. De ansatte har anket saken til lagmannsretten. Status siden siste rapportering er uendret. Det vil ta tid før saken blir berammet for lagmannsretten.

- Usaklig oppsigelse
Sykehuset var stevnet av en ansatt med påstand om usaklig oppsigelse i arbeidsforhold, herunder spørsmål om hvorvidt sykehuset lovlig kunne midlertidig omplassere den ansatte til et annet arbeidssted innenfor samme klinikk.

Den ansatte motsatte seg omplasseringen og unnlot å møte på det nye arbeidsstedet.

Siden siste rapportering har saken vært behandlet for tingretten. Sykehuset ble frifunnet.

- Krav om etterbetaling av lønn
En ansatt tok ut forliksklage mot sykehuset med krav om etterbetaling av lønn.

Siden sist har saken vært behandlet av Oslo Forliksråd og det ble avsagt dom om at partene ikke kom til enighet.

- Lønnskrav – etterbetaling
En ansatt har tatt ut forliksklage mot sykehuset. Saken gjelder påstand om urettmessig lønnstrekk og knytter seg til konvertering av lønnsmodell ved sykehuset gjennomført i 2011, i avtale mellom Oslo universitetssykehus HF og Den Norske legeforening.

Saken avventes til behandling i Forliksrådet.

Erstatningskrav i kontraktsforhold.

- Oslo universitetssykehus HF har mottatt stevning fra NP Bygg AS.
Tvisten gjelder et beløp knyttet til sluttoppgjør i entreprise – rehabilitering og ombygging av et bygg på Ullevål område.

Bakgrunnen for kravet er merkostnader knyttet til endringsmeldinger, påstander om forseringskostnader og påstander om økt rigg- og driftskostnader. Sammen med stevningen er det mottatt et forlikstilbud.

Forhandlinger pågår.

- En ansatt som er leietaker klaget over justering av husleie til Husleietvistutvalget.
Siden siste rapportering er det inngått forlik om ny leie i Husleietvistutvalget.

1.4.2 Saker med risiko for rettslig prosess

Foretaket vil før en rettslig prosess vurdere alternative løsninger sett hen til foretakets juridiske og økonomiske posisjon, risiko og policy. En vil også se hen til omdømme.

- Kontraktsforhold: uenighet om provisjonskrav knyttet til eiendomssalg.
Sykehuset har mottatt skriftlig krav med budskap om videre rettslig prosess.

Status siden siste rapportering er uendret.

- Kontraktsforhold: uenighet med leverandør om det foreligger mangel på medisinsk teknisk utstyr.
Sykehuset mener det er grunnlag for å rette krav mot leverandør (erstatning og heving av kontrakt).

Det er diskusjon mellom partene med det formål å få saken løst.

1.4.3 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 utlendningsloven (§ 108, tredje ledd bokstav b, jfr. straffeloven § 48 a) for medvirkning til utilbørlig utnyttelse av tre sykepleiere.

Dom ble avsagt 6. desember 2013 med frifinnelse. Påtalemyndigheten har 2. januar 2014 anket saken til lagmannsretten. Saken er sluppet inn og henvist til ankeforhandling.

Saken er berammet til januar 2015.

1.4.4 Klagesaker KOFA (klageorgan for offentlige anskaffelser)

- Anskaffelse av defibrillatorer

Sykehuset er innklaget til KOFA av en leverandør i sak som gjelder anskaffelse av defibrillatorer. Tildelingsevaluering og beslutning var gjenstand for klagen.

Saken har i lang tid vært til behandling i KOFA.

Klagenemnda avga den 13. august en avgjørelse. På hovedpunktet førte ikke klagers anførsler fram. På et punkt brøt Oslo universitetssykehus HF forskriften ved at man evaluerte et tildelingskriterium som man ikke hadde plikt til.

Avgjørelsen får ingen konsekvenser for tildelt kontrakt eller andre økonomiske konsekvenser.

- Sikkerhetssystemer

Sykehuset 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 tilsvaer.

Saken er til behandling i KOFA. Status siden siste rapportering er uendret.

- Innsamling, transport og sluttbehandling av smitte/risikoavfall

Sykehuset er innklaget av en tilbyder i sak som gjelder avlysning av konkurranse om innsamling, transport og sluttbehandling av smitte/risikoavfall.

Foretaket har forberedt og avgitt skriftlig tilsvaer.

Saken er til behandling i KOFA.

2. Brukermedvirkning

Handlingsplan for brukermedvirkning 2014-2016 ble vedtatt i ledermøtet i mai. Etterspørselen av brukerrepresentanter er økende, og medlemmer av ungdomsrådet og brukerutvalget benyttes både internt i sykehuset og eksternt.

2.1 Brukerutvalget

Brukerutvalget har avholdt ett møte i perioden.

Som oppfølging av handlingsplan for brukermedvirkning, har utvalget nedsatt en ressursgruppe for å arbeide med læringstilbud til pasienter og pårørende. Brukerutvalget har arbeidet med en egen uttalelse til rapport "Idéfase OUS Campus Oslo", samt gitt innspill til høringsuttalelse vedrørende "Brukermedvirkning i forskning" og "Brukermedvirkning Samhandlingsarena Aker".

Brukerutvalgets leder har ved flere anledninger representert utvalget eksternt som foredragsholder, blant annet ved det Nasjonale topplederprogrammet for sykehussektoren.

Det er oppnevnt ett nytt medlem til brukerutvalget. Medlemmet kommer fra brukerorganisasjonen "Rådgiving for Spiseforstyrrelser (ROS)".

Oslo universitetssykehus HF har etablert rutiner for et brukerpanel, som ved behov "tester" informasjonstiltak, budskap, nettløsninger med flere.

2.2 Ungdomsrådet

Ungdomsrådet har avholdt ett møte i perioden.

Rådet har i samarbeid med klinikkene utarbeidet sjekklister for helsepersonell og ungdom, til bruk ved overgang fra barne- til voksenavdeling, jamfør sykehusets handlingsplan for brukermedvirkning. Det er også gitt innspill til rapport "Idéfase OUS Campus Oslo", samt til sluttrapporten til "Prosjekt 18-års grense", i Kvinne- og barne-klinikken.

Sykehusets mål om å ha gode rutiner for ivaretagelse av ungdom på voksenavdeling, samt at overgangen fra barne- til voksenavdeling er godt koordinert og planlagt sammen med pasienten, er fulgt opp i rådets besøksrunder i klinikkene.

Administrerende direktør inviterte representant fra ungdomsrådet med på fire allmøter i juni om nytt sykehus 2030 - Campus Oslo. Ungdomsrepresentanten fikk anledning til å snakke om ønsker for fremtidens sykehus sett fra en ungdoms perspektiv.

Ungdomsrådet var representert da sykehuskolen hadde besøk av to statsråder i forbindelse med skolestart. Representanter for ungdomsrådet har også deltatt på fagdager om ungdomshelse i flere av sykehusets avdelinger i mai og juni.

Sykehuset gjennomførte en e-postundersøkelse blant ungdommer i Ungdomsrådet i august 2014 som et ledd i å styrke kommunikasjonstiltak/kanaler overfor ungdom på sykehus. Resultatene bearbeides og brukes i videre planlegging av tiltak.

2.3 Brukertilbakemeldinger

Den elektroniske brukerundersøkelsen, der pasienter og pårørende via minjournal.no kan svare anonymt til avdelingen, er i varierende grad tatt i bruk i sykehuset. Erfaringen er at det er variasjon i både hvilke pasientgrupper som får informasjon - og hvilke som benytter seg av tilbudet. Det arbeides nå med en sms-funksjonalitet for automatisk å informere alle pasienter om tilbudet etter utskrivning noe som antatt vil øke antall svar og redusere det manuelle arbeidet i avdelingene.

I andre tertial er det kommet inn 957 svar fordelt på 123 sengeposter og poliklinikker. Første tertial ble det mottatt 1251 tilbakemeldinger. Nedgangen antas å skyldes sommerferieavvikling. Det lave svarantallet sammenliknet med antall pasienter, gjør at resultatene ikke er et pålitelig uttrykk for hva den samlede pasientgruppen mener. Svarfordelingen er i stor grad lik som forrige tertial, med 3-4 % variasjon. Likevel er innmeldingene verdifulle, spesielt kommentarene fra pasienter og pårørende.

I 54 % av tilbakemeldingene er det skrevet en kommentar. Et utvalg av disse er gjengitt nedenfor.

- *Alt alt for lang ventetid og dårlig gjennomførelse av tilbudet jeg fikk.*
- *Utrolig bra å møte såpass kvalifisert og oppbyggende terapi innenfor psykisk helsevern.*
- *Vi er veldig fornøyde med avansert hjemmesykehus og tilbudet de kunne tilby oss da vi skulle dra hjem fra nyfødt intensiv med et lite barn med sonde.*
- *Dette kan gjøres bedre: - Legene slutter hele tiden. Jeg hadde 5 forskjellige leger i løpet av 2,5 år. - Informere pasienten om eventuell diagnose e.l. I løpet av de nesten 3 årene mine på poliklinikken ante jeg ikke hva diagnosen min var før helt mot slutten. Jeg ante ikke engang at jeg hadde en.*
- *Utstyret sviktet ved at skjermen falt ut flere ganger.*
- *Følte meg godt ivaretatt av lege og sykepleier. Dyktige og omsorgsfulle!*
- *Jeg er fornøyd med oppfølgingen jeg har fått, selv om det til tider har vært noe ventetid. Den har vært overkommelig. Dessverre er det pasienter som ikke møter til timen de er tildelt. Dette bør medføre noen form for straff, idet andre pasienter blir lidende og det blir pasientkøer.*
- *Stusselige lokaler, dårlig servicetilbud (tv, wi-fi) rom uten bad. Men FANTASTISKE sykepleiere. Dyktige, vennlige, trygge, effektive og bare uendelig søte. Jeg følte meg utrolig godt ivaretatt og trygg. Ydmyk takknemlig for deres innstilling og innsats.*
- *Det er et svært profesjonelt apparat som møter meg på avdelingene jeg var på. Alt går på skinner. Pleierne er hjelpsomme, de stiller gode spørsmål, jeg får ros for min innsats, oversikt. Jeg er selv vennlig, og får vennlighet tilbake. Etter inngrepet, opplever jeg at jeg får for lite medisinsk oppfølging, informasjon om hva jeg skal gjøre. Smertene jeg har, er plagsomme, og til vesentlig hindring for min livsutfoldelse, og spesielt ved hard fysisk trening.*
- *Det var lite samhandling mellom ulike avdelinger, og altfor mange pleiere og legere og forholde seg til. Vi var på Rikshospitalet med en 4-åring, og savnet virkelig å være på barneavdeling. Vi savnet også en person som kunne tenke helhet, se hele mennesket, og*

ikke bare fokusere på enkelte kroppsdelar/ sitt spesifikke fagfelt. Det ble mye venting, særlig på røntgen, og det er ikke moro med en sliten 4-åring som i dette tilfelle måtte faste flere ganger.

- *Jeg er stort sett fornøyd og håper og tror på at jeg kan STOLE HELT OG FULLT på mine behandlere for det er derfor jeg går til kontroll hos dere.*
- *Fikk veldig godt inntrykk av avdelingen. For meg virket det som det er et godt miljø og at alle er interessert i det de holder på med.*
- *Jeg var gjennom tre deler av avdelingen: Mottak, operasjon, sengepost. Alle steder virket det som om personalet hadde høy kompetanse, det var godt humør og bra arbeidstempo og hyggelig stemning. Jeg savner generelt å få detaljert informasjon om inngrep og vurderinger, men fikk en god del ved utskriving etter å ha bedt om informasjon. Under operasjonen stilte jeg en del spm. til kirurgen, men var usikker på om dette var forstyrrende. Savnet en avklaring om jeg kunne kommunisere mer da evt. stille flere spørsmål direkte etter operasjonen. Kommunikasjonen var imidlertid grei. Legen som gikk igjennom inngrepet ved utskriving tok seg god tid og svarte på alle spm. Før innleggelse, sjekket jeg nettsider og fant en veldig bra side fra St.Olavs Hospital som anbefales oppgitt som link til pasienter før innleggelse: ...*
- *Jeg ønsker at hele norske helsevesenet fungerte så bra som Infeksjonsmedisinsk poliklinikken. Jeg er alltid bra tatt imot og bra behandlet med lite venting og god oppfølging. Min eneste observasjon er at datasystemet, journaler osv er ganske gammeldags og uryddig med masse papirer, som er en ulempe med så komplisert behandlinger som vi får. Ellers er personalet fantastisk og behandling veldig bra. Takk for utrolig fin hjelp!*
- *De ansatte trenger mer opplæring rundt rusmidler. Enkelte av de ansatte hadde ikke en gang hørt om noen av rusmidlene jeg har misbrukt. Syntes de trenger mer innsikt i navn og beskrivelser om hvordan typer som finnes der ute.*
- *Sannsynligvis er det kirurgiske inngrepet utført på en tilfredsstillende måte, men siden det overhodet ikke er gitt informasjon i etterkant er også det vanskelig å si noe om.*
- *Opplevde ikke ett negativt øyeblikk gjennom hele uken fra de smilende og alltid blide og enormt serviceinnstilte damene og guttene som snart ikke viste hva godt de kunne gjøre for oss. Tror ikke det er ofte man er innlagt på sykehus og nesten ikke vil hjem igjen. Så all ære til Nevrokirurgen på Ullevål.*
- *Fantastisk personale, både behandlere og øvrig personale - blide, hyggelige og serviceinnstilte! Veldig bra med mulighetene for å spise når du ønsker. Stor takk. Obs-posten trenger mye bedre ventilasjon og bedre/behageligere lys, spesielt leselamper.*
- *Ligger på 4.mannsrom. 3 kirurger kommer inn og snakker høyt og åpent om pas. Medisinske problem. Helt pinlig å være tilhører.*
- *Alt i alt fantastiske pleiere og leger på posten. Hadde noen døgn på en annen post som var litt Texas. Rengjøringen er en skam for sykehuset. Maten er ok men dessverre tilfredsstillende ikke det kostregimet som ernæringsfysiologen har foreskrevet. Ikke noe stort problem men litt "merkelig". Bruken av vikarer fra byråer er forståelig innimellom men det kan noen ganger by på litt språkproblemer. Ønsketenkning er å ha noen "faste" pleiere som utfører litt mer omstendelige prosedyrer som skylling av dren osv. Bortsett fra de få "anmerkningene" her så har jeg aldri i livet vært borti mer omsorgsfulle pleiere med utrolig kunnskap om det ene og andre. Trygghet har vært viktig for meg og det har jeg fått.*

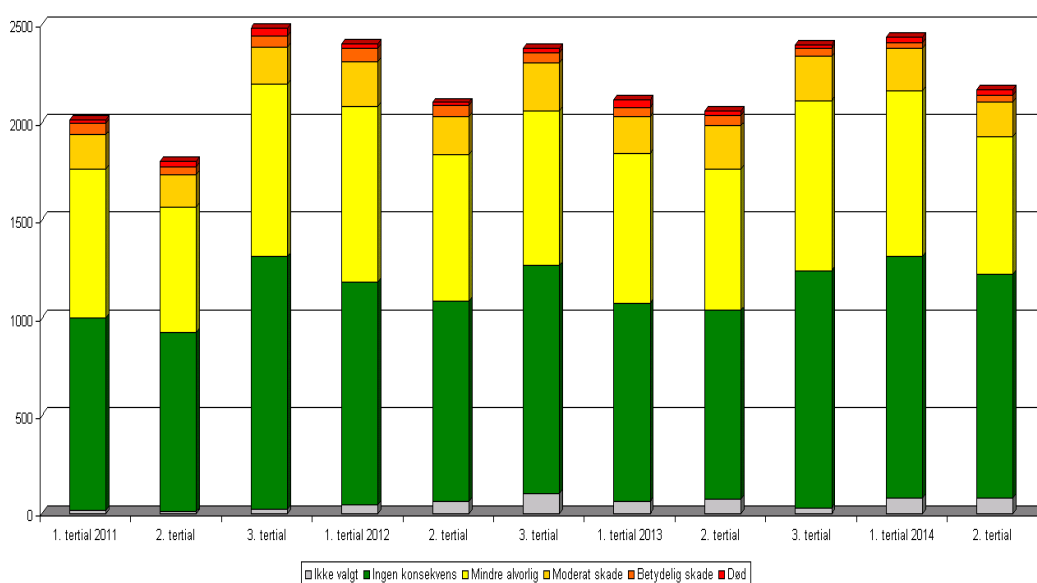
3. Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling

Mennesker gjør feil fordi de systemer, oppgaver og prosesser som de arbeider med er dårlig utformet.

Professor Lucian Leape, Harvard School of Public Health

3.1 Uønskede pasienthendelser

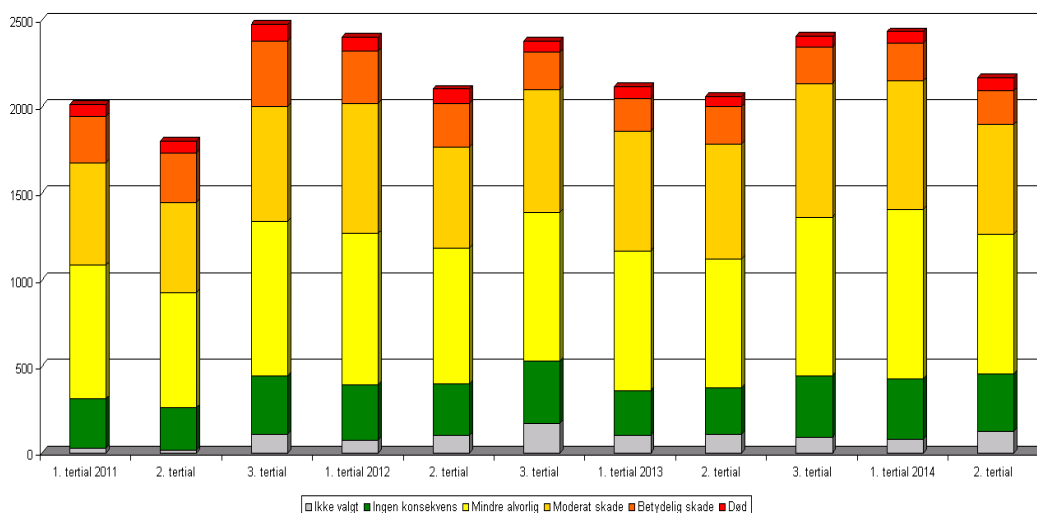
Det ble i andre tertial meldt 6230 avvik i sykehusets avvikssystem Achilles, hvorav 2165 (35 %) var pasientrelaterte. Antallet er noe høyere enn i samme periode 2012 og 2013.



Figur 6. Fordelingen av pasienthendelser fordelt på alvorlighetsgrad (faktisk konsekvens). Kilde: Achilles.

Andelen av de registrerte sakene som har medført betydelig skade/død har ligget mellom 3 % og 4 % de siste årene, og er dette tertial 2,9 %.

Mønsteret fra tidligere tertial gjentar seg også ved vurdering av potensielle konsekvens.



Figur 7. Fordelingen av pasienthendelser fordelt på alvorlighetsgrad (potensiell konsekvens). Kilde: Achilles.

Risikoområder som over tid fremkommer i uønskede hendelser, inngår i klinikkens risikovurderinger og sykehusets samlede risikovurdering. Et eksempel er mange avviksmeldinger knyttet til mangel på medisinske intensiv/overvåkningsplasser, der klinikken i sin risikovurdering vurderer dette med høy risiko (rød). Se ellers Vedlegg 1.

Eksempler på uønskede pasienthendelser fra dette tertial i kategoriene moderat og betydelig reell skade:

- Utsiktet stikkskade på tynntarm under laparoskopisk inngrep, sammenvoksninger etter tidligere inngrep.
- CT-bilder ikke overført. Forsinkelse i diagnostikk og eventuelt behandling. Psykisk belastning på å måtte vente.
- Ikke tatt målinger av blodtrykk og blodsukker på fastende pasient med diabetes i løpet av natten.
- Blæreskade under vaginal hysterektomi.
- Ventetid på reoperasjon ved mistanke om anastomoselekkasje.
- Forsinket behandling ved hjerteinfarkt, oversett prøvesvar.
- Sen brukerstøtterespons på importserver for CT-bilder, alvorlig syk pasient.

En kategorisering av hendelsene viser følgende fordeling:

	Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Død	Ikke valgt	
Pasienthendelse	2165	1152	711	177	32	29	63	
Diagnostikk, behandling og pleie	742	325	277	75	22	15	28	34 %
Dokumentasjon	168	112	43	6	0	1	6	8 %
Ernæring	8	2	3	3	0	0	0	0 %
Fall og andre ulykker	146	90	40	15	0	1	0	7 %
Legemidler og blodprodukter	397	268	104	16	2	0	7	18 %
Medisinsk utstyr	116	66	35	10	1	0	4	5 %
Pasientadferd	57	18	11	14	5	8	0	3 %
Pasientadministrasjon / samhandling	442	231	168	30	0	3	10	20 %
Sykehusinfeksjon	12	9	2	0	0	0	1	1 %
Ikke kategorisert	77	31	28	8	2	1	7	4 %

Tabell 1. Fordeling av pasienthendelser i hovedkategorier. Kilde: Avvikssystemet Achilles.

Sykehuset vil følge spesielt med på om dette bildet endres, spesielt innen "Dokumentasjon" (8 %) og "pasientadministrasjon/samhandling" (20 %), ved og etter bytte til sykehusomfattende DIPS 20. oktober 2014.

Forebyggbarhet av dødsfall registrert i avvikssystemet

I Achilles registreres i hvilken grad dødsfall er påregnelige eller kunne vært forebygget. Slike vurderinger må i stor grad basere seg på faglig skjønn og må derfor tolkes med varsomhet.

Det er i andre tertial 2014 registrert 29 hendelser i forbindelse med dødsfall. Hendelsene er fordelt i 5 kategorier ut i fra ledernes vurdering av forebyggbarhet.

Forebyggbarhet	Antall
0. Ikke valgt / ikke ferdig behandlet	4
1. Ganske sikkert ikke forebyggbar	10
2. Sannsynligvis ikke forebyggbar	10
3. Sannsynligvis forebyggbar	5
4. Ganske sikkert forebyggbar	0
Totalt	29

Tabell 2. Forebyggbarhet. Merk at omklassifisering kan forekomme senere i saksbehandlingen. Kilde: Achilles

De fem sakene som er klassifisert som "sannsynligvis forebyggbar" omhandler:

- Pasient operert i lysken - tarmperforasjon
- Forsinket kontakt og overflytting av pasient med hjerneblødning til Oslo universitetssykehus HF fra annet helseforetak.
- Forsinket helsehjelp – kommunikasjons og innlåsningsproblematikk - prehospitalt
- Forsinket helsehjelp – kommunikasjons og innlåsningsproblematikk - prehospitalt
- Dødfødsel

Det blir i saksbehandlingen og i klinikkenes kvalitets og pasientsikkerhetsutvalg rettet spesiell oppmerksomhet på læringsmuligheter ved hendelser som har en høy grad av forebyggbarhet.

Rutinemessig vurdering av dødsfall

Det initieres nå et arbeid for å vurdere alle dødsfall som skjer i løpet av 30 dager etter innleggelse i Oslo universitetssykehus HF innen avvikssystemet Achilles. Hensikten er å avdekke muligheter for forbedring der man vurderer at det har vært problemer innen pasienthåndteringen.

Mayo Clinic i Rochester i USA har utviklet sitt "Mortality Review System" over et tiår, og det ligger til grunn for det system sykehuset nå utvikler i samarbeid med miljøet i USA.

Målet er oppstart med kontinuerlig gjennomgang av alle dødsfall fra 1. januar 2015. Lokale team vil gjennomgå journalene for alle egne døde og vurdere om det har vært problematiske forhold ved sykehusoppholdet forut for dødstidspunktet. Arbeidet krever tungt engasjement fra ledere i de miljøer der dødsfallene skjer for å sikre rekruttering av aktive leger og sykepleiere til å delta i vurderingsteamene.

Knyttet til kvalitetsprosjektet innen pasientsikkerhet startes også et forskningsprosjekt. Det er søkt om midler fra Helse Sør-Øst RHF til et PhD-stipendiat fra samme dato.

Tiltak

Det er ved sykehuset, helt parallelt til erfaringer fra andre helseforetak, vanskelig å beskrive de gode tiltak for å fjerne eller redusere risiko for at tilsvarende hendelser oppstår på nytt.

Vanlige tiltaksbeskrivelser kan være "undervisning" eller "informasjon i avdelingsmøte", noe som erfaringsmessig har en liten og ofte kortvarig effekt. Hendelser knyttet til for eksempel manglende ressurser er ofte komplekse, da løsningene ofte krever tildeling av

ressurser gjennom søknader og budsjettprosess. En del tiltaksbeskrivelser er også for diffust formulert til at det kan forventes stor effekt.

Erfaringer er at tiltak har forskjellig effekt og derved varierende nytteverdi.

Meget effektive prinsipper	Moderat effektive prinsipper	Mindre effektive prinsipper
<ul style="list-style-type: none"> • Endringer i fysisk struktur og arkitektur • Reduksjon av antall trinn i en prosess • Standardisering av utstyr, prosesser og journaler • Testing av nytt utstyr før anskaffelse og bruk • Stort engasjement for pasientsikkerhet hos ledelsen 	<ul style="list-style-type: none"> • Redusere arbeidsbelastning • Innføring av IT-systemer • Redusere forstyrrelser • Sjekklistes og andre kognitive støtteverktøy • Eliminere produkter og medikamenter som kan forveksles • Bekrefte muntlige beskjeder ved å gjenta beskjeden tilbake til avsenderen • Styrket dokumentasjon av prosedyrer 	<ul style="list-style-type: none"> • Dobbelkontroll • Advarsler som gjør oppmerksom på feilkilder • Nye retningslinjer • Undervisning • Ytterligere observasjoner / analyser

Tabell 3. Kilde: Dansk selskab for patientsikkerhed: "Fejlkildeanalyser i sundhedsvæsenet", København 2005 / VA National Centre for Patient Safety, 2002.

Sykehuset arbeider med å forbedre de gode tiltak gjennom undervisning, forskjellig type informasjon og bevisstgjøring av ledere. Men det er en kjensgjerning at analyse av uønskede hendelser og klarlegging av årsaksfaktorer er langt enklere, enn å gjennomføre de (ofte ressurskrevende) forbedringstiltak som vil ha best effekt for å redusere det framtidige risikonivå.

Sykehuset ønsker å fortsette utviklingen av Achilles som verktøy for å understøtte saksbehandlernes arbeide med å samle inn informasjon, gjøre vurderinger, kartlegge årsaker, definere problemer og til slutt beskrive de gode tiltak.

Eksempler på noen tiltak opprettet i perioden:

- Felles fødeplan for Stor-Oslo
- Kommunikasjonsrutiner mellom forvakt og bakvakt
- Avklare ansvarsforhold
- Revidere gjeldene prosedyre
- Vurdering av klinikk (pasientens) opp mot prøvesvar
- Opplæring av nyansatte
- Bedre rutiner ved smittepasient på post

3.2 Sykehusinfeksjoner

Prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner ved Oslo universitetssykehus HF i andre tertial var 5,1 %. Gjennomsnittet hittil i 2014 er 4,7 % (gjennomsnitt for hele 2013 var 4,5 %). Dette omfatter urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, blodbaneinfeksjoner og infeksjoner i operasjonsområde, som er de infeksjonstypene som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Tallene inkluderer sykehusinfeksjoner hos pasienter overført fra andre sykehus.

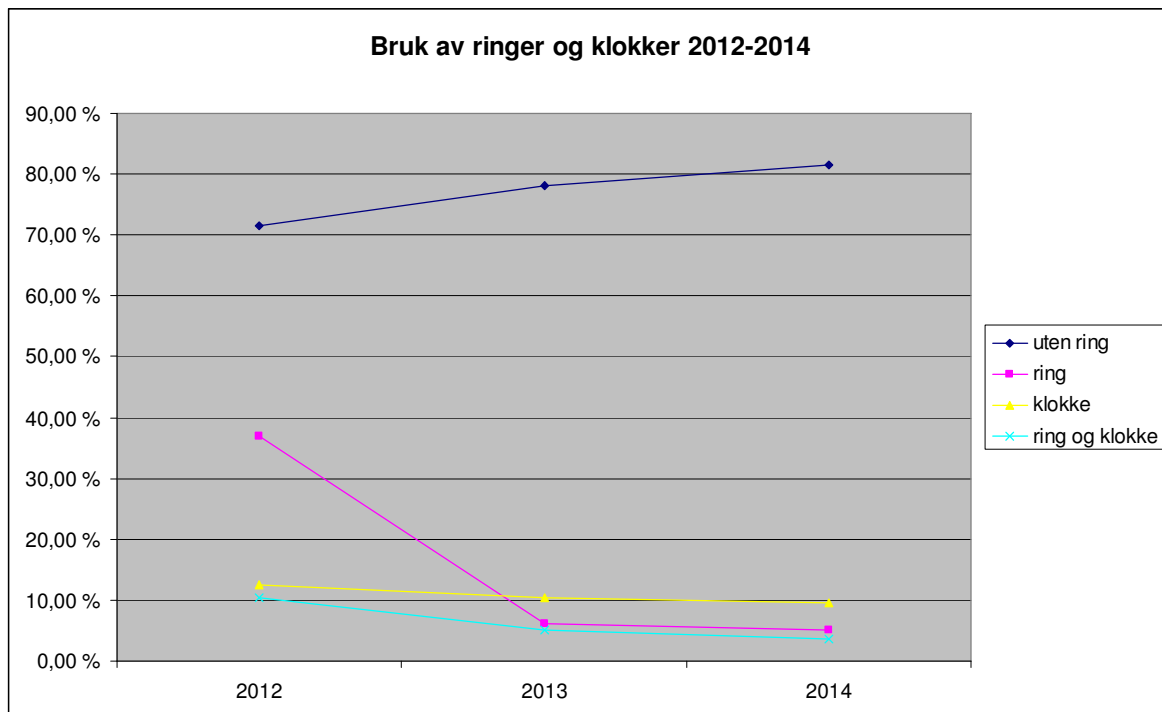
Det er antall infeksjoner som registreres, ikke antall pasienter med infeksjon. Siden noen pasienter har mer enn én infeksjon, er andelen pasienter med helsetjenesteassosierte infeksjoner litt lavere enn den oppgitte prevalensandelen.

Det er en økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier ved Oslo universitetssykehus HF. Det gjelder både meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA), vankomycinresistente enterokokker (VRE) og multiresistente Gram negative stavbakterier. Dette opptar mer og mer ressurser, både for de kliniske avdelingene, laboratoriene og Avdeling for smittevern.

Det er generelt mangel på enerom og isolater. Dette øker risikoen for smittespredning og reduserer kapasiteten på diagnostikk og behandling. Flersengsrom må i noen tilfeller bare brukes til én pasient.

Legionellasituasjonen ved Radiumhospitalet er fortsatt krevende. Selv om iverksatte tiltak har hatt en effekt, påvises det fortsatt Legionella i små mengder i enkelte deler av rørsystemet. Filtrering av vannet på tappepunktene må derfor inntil videre opprettholdes.

Arbeidet med optimalisering av håndhygiene pågår løpende. I forbindelse med den årlige håndhygienedagen 5. mai, ble det gjort gjentatte registreringer av ringer og armbåndsur. Til sammen 999 personer ble observert. Blant observert personell var 81,6 % uten ring/klokke, 5 % brukte ring, 9,5 % brukte klokke og 3,7 % brukte både ring og klokke. Utviklingen fra 2012 er vist i Figur 8. Bruk av ring og klokke observeres signifikant oftere hos leger enn hos annet personell.



Figur 8. Prevalensregistrering av ansattes bruk av ringer og klokker. Kilde: Avdeling for hygiene og smittevern.

3.3 Sykehusobduksjon

Ved alle store norske sykehus observeres en nedadgående tendens i obduksjonsvirksomhet. (Kilde "Obduksjon som hjelp i kvalitetssikring av medisinsk behandling" GC Alfsen, SN Andersen, JE Kristoffersen). Aktivitetstallene for andre tertial er som normalt noe lavere enn 1. tertial.

	1. tertial 2013	1. tertial 2014	2. tertial 2013	2.tertial 2014
Obduksjoner (Patstat)	113	101	85	85
Obduksjoner på foster / barn (dødfødsler) (manuell registrering)	67	72	51	54
Sum	180	173	136	139

Tabell 4. Utførte obduksjoner i Oslo universitetssykehus HF. Kilde: Patstat.

Ved Oslo universitetssykehus HF gjennomføres ca. 500 obduksjoner pr år. Halvparten gjelder voksne avdøde og obduksjonsantallet utgjør ca 20 % av de totalt ca 1200 sykehusdødsfallene ved sykehuset pr. år. Tallet kan være noe høyere avhengig av hvor mange foster-/perinatal-obduksjoner som er barneobduksjoner.

Avdeling for patologi har i utgangspunktet kapasitet til å obdusere alle det sendes begjæring om. Det er en utfordring av obduksjonsbegjæringen noen ganger ikke kommer avdelingen i hende før avdøde er hentet av begravellesbyrået (14 tilfeller i 2014 ved utgangen av august). Avdeling for patologi har kun begrenset mulighet å følge opp dette så lenge ikke elektronisk rekvirering av obduksjoner er innført.

3.4 Melding til Kunnskapssenteret etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3

Oslo universitetssykehus HF sender meldepliktige hendelser som registreres i Achilles til Kunnskapssenteret i henhold til Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3.

Det er meldt 383 hendelser i andre tertial 2014, mot 391 i andre tertial 2013.

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

I andre tertial 2014 er det etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a sendt 17 varsler til Statens helsetilsyn fra Oslo universitetssykehus HF. Varslene medførte tilsynsmessig oppfølging i 9 av sakene.

	1. tertial 2013	2. tertial 2013	3. tertial 2013	1. tertial 2014	2. tertial 2014
Ingen tilsynsmessig oppfølging	11	9	9	6	8
Oppfølging - anmodning om redegjørelse	2	1	2	1	2
Tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen	5	7	3	4	5
Skriftlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	-	-	2	1	0
Stedlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	1	2	2	1	2
Totalt	19	19	18	13	17

Tabell 5. Antall varsler til Statens helsetilsyn med påfølgende oppfølging.

Oslo universitetssykehus HF har siden 2010 vært det helseforetak som har varslet flest ganger i Norge, noe som kan forklares med sykehusets størrelse og komplekse pasientgrupper (Figur 9). Ledelsen har også vært tydelig på at også hendelser som er i

grenseland for meldeplikt skal meldes. Noen varslinger fra Oslo universitetssykehus HF har berørt forhold som har oppstått i andre foretak/institusjoner.

HF	2010	2011	2012	2013	2014	Totalt
Akershus universitetssykehus HF	2	3	25	28	12	70
Diakonhjemmet sykehus AS			2	5	3	10
Finnmarkssykehuset HF	3		1	3	4	11
Haraldsplass Diakonale Sykehus AS		1			2	3
Helgelandssykehuset HF	1	2	5	6	1	15
Helse Bergen HF	1	11	11	14	10	47
Helse Fonna HF	11	11	9	19	4	54
Helse Førde HF	1	2	5	8	7	23
Helse Møre og Romsdal HF	8	12	14	21	19	74
Helse Nord-Trøndelag HF		6	10	11	8	35
Helse Stavanger HF		9	20	17	11	57
Ideell eller kommersiell virksomhet	4	6	11	21	11	53
Ikke registrert	1					1
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	4	1	1	2	4	12
Nordlandssykehuset HF	4	4	4	10	12	34
Oslo universitetssykehus HF	6	15	33	56	30	140
Rusbehandling Midt-Norge HF			2	2		4
St. Olavs Hospital HF		18	17	30	29	94
Sunnaas sykehus HF			1	1		2
Sykehuset i Vestfold HF		2	9	13	10	34
Sykehuset Innlandet HF	2	6	7	20	16	51
Sykehuset Telemark HF	6	3	9	11	5	34
Sykehuset Østfold HF	5	6	14	12	5	42
Sørlandet sykehus HF		9	16	36	16	77
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	2	2	5	7	5	21
Vestre Viken HF	11	11	15	46	42	125
Totalt	72	140	246	399	266	1123

Figur 9. Antall varsler fordelt på helseforetak. Kilde: Statens helsetilsyn, Undersøkelsenheten, 31 august 2014.

3.6 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

Norsk Pasientskadeerstatning er en statlig etat underlagt Helse- og omsorgsdepartementet som behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har fått en skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten.

Etter at pasientskadeloven trådte i kraft 1. januar 2003, er det hovedsakelig de regionale helseforetakene som finansierer NPE. Fordelingen mellom de fire foretakene blir beregnet ut fra hvor stor andel av erstatningsutbetalingene de siste fem år det enkelte regionale helseforetaket står for.

Registrering av antall klager og medholdsprosent er indikatorer for behandlingens kvaliteten i sykehuset.

År	Totalt antall	Avslag / avvist	Medhold	Medhold %
Hele 2010	459	327	132	29 %

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 %
1. tertial 2014	144	105	39	27 %
2. tertial 2014	154	121	34	22 %

Tabell 6. Behandlede Norsk Pasientskadeerstatningsaker, utvikling over tid. Kilde: Norsk Pasientskadeerstatning.

Det lite endringer i andel saker som er ferdigbehandlet med medhold/erstatning fra Norsk Pasientskadeerstatning i perioden. Utbetalt erstatning fra Norsk Pasientskadeerstatning for hendelser på Oslo universitetssykehus HF var på 32 millioner kroner i andre tertial 2014. Antallet nye erstatningsaker er på nivå med tidligere tertial.

Sykehuset betaler når pasienter får medhold, en egenandel på kr. 10.000,- pluss 10 % av det gjenstående beløp – maksimalt kr.100.000.-

3.7 Pasientsikkerhetskampanjen/programmet

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen blir nå videreført som et nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. Kampanjens innsatsområder blir videreført. I Oslo universitetssykehus HF, gjennom "Handlingsplan for pasientsikkerhet i Oslo universitetssykehus 2014", blir alle aktuelle nasjonale tiltakspakker, supplert med noen interne fullt utbredt.

Ansvar for å ta de enkelte tiltakspakker i bruk er hos de enkelte lokale ledere. Det er laget en egen veileder for arbeidet og alle enheter har fått tilsendt en egen egenutviklet veiledningspakke med brosjyrer, plakater, lommekort etc til støtte i arbeidet. Progresjonen måles gjennom en virksomhetsomfattende webbasert registreringsverktøy der enhetene oppgir innføringsstatus for de enkelte tiltakspakker. Det forventes også at enhetene skal måle effekten av de enkelte tiltak for bruk i det interne forbedringsarbeidet.

Sykehuset ligger noe etter resten av landet i å innføre alle tiltakspakkene. Årsaken er at Pasientsikkerhetskampanjen ble iverksatt samtidig som Oslo universitetssykehus HF ble opprettet, og i denne perioden var det andre områder innen pasientsikkerhet og tiltak som ble vurdert som mer kritiske. Gjennom arbeidet med handlingsplanen og etter Dips innføring forventes økt arbeid med innføring av tiltakspakkene.

Prioriterte tiltak i 2014 er:

MÅL	TILTAK	ANSVAR
Pasientsikkerhet i sengeposter		

Redusere antall infeksjoner	Innføre tiltakspakke for forebygging av kateterassosierte urinveisinfeksjoner i alle sengeposter.	Avdelingsleder
	Sikre korrekt innlegging og bruk av sentrale venekatetre der disse brukes	Avdelingsleder
	Økt fokus på personlige smitteforebyggende tiltak, derunder smykkebruk, bekledning og håndvask.	Avdelingsleder
Forbedre smertebehandling	Tilby opiatkurs for sykepleiere	Akutt klinikken
Unngå trykksår	Innføre tiltakspakke for forebygging av trykksår i alle sengeposter	Avdelingsleder
Unngå fall	Innføre tiltakspakke for forebygging av fall i alle sengeposter	Avdelingsleder
Sikker diagnostikk og behandling		
Sikre gode pasientforløp	Gjennomgå og dokumentere pasientforløp for alle primære pasientgrupper i klinikken	Avd. og klinikkleder
Unngå at pasienter får feil legemidler	Sikre at pasientens legemiddelliste er riktig (legemiddelavstemning)	Avdelingsleder
	Sikre ansattes kunnskap om gjeldende prosedyrer innen legemiddelhåndtering.	Avdelingsleder
Unngå uønskede hendelser under inngrep.	Benytte sjekklister for trygg kirurgi ved alle inngrep	Operatør/ Avdelingsleder
Unngå selvmord i psykiatriske avdelinger	Gjennomgå rutiner og praksis for selvmordsrisikovurdering i alle psykiatriske avdelinger.	Avdelingsleder
Unngå overdoser etter utskrivning fra rusbehandling	Innføre tiltakspakke for forebygging av overdose etter utskrivning i alle rusbehandlingssenheter.	Avdelingsleder
Sikre pasientadministrative rutiner og systemer		
Unngå forveksling av pasienter	Sikker pasientidentifisering ved all pasientkontakt	Alle ansatte
Sikre forsvarlig behandling av henvisninger/ventelister	Gjennomføre handlingsplan fra gjennomføringsprosjektet. Sikre opplæring og plan for innføring av DIPS.	Avdelingsleder
Sikre rutiner for fordeling og overføring av pasienter mellom lokalisasjonene	Med utgangspunkt i registrerte uønskede hendelser ajourføre prosedyrer og avtaler, samt sikre at disse er kjent og blir etterfulgt av de ansatte.	Klinikkledere
Perfeksjonere læring av uønskede hendelser		
Øke antallet registreringer i avvikssystemet (Achilles)	Etablere faste rutiner for gjennomgang og læring av avvik med alle ansatte.	Avdelingsleder
Øke kvaliteten på analyse og læring og forbedring av uønskede hendelser	Gjennomføre workshop/kurs for saksbehandlere i klinikkene	Klinikkleder Kvalitetsrådgiver/stab
	Utvikle avvikssystemet (Achilles)	Stab
	Brukermedvirkning i klinikkens pasientsikkerhetsutvalg.	Klinikkleder
Spre læringskunnskap	Tilpasse kurs for ledere og ansatte Skrive læringsinformasjon for intranett, for erfaringsoverføring i lokale saker	Pasientsikkerhet og kvalitetsutvalg
	Publisere læringssaker på Internett	Stab

Tabell 7. Prioriterte tiltak i Handlingsplan for pasientsikkerhet i Oslo universitetssykehus HF 2014.

Klinikkvis status for et utvalg av tiltakspakker er:

Klinikk	UVI	CVK	Smitte	Opiat	Trykksår	Fall	Legem. avs	Legem. kunn	Trygg kir	Selv mord	Over dose	Pas ID	Sikker overfør	Læring
---------	-----	-----	--------	-------	----------	------	------------	-------------	-----------	-----------	-----------	--------	----------------	--------

Klinikk	UVI	CVK	Smitte	Opiat	Trykksår	Fall	Legem. avs	Legem. kunn	Trygg kir	Selv mord	Over dose	Pas ID	Sikker overfør	Læring
AKU	53	70	86	87	78	72	83	70	84	100	0	91	76	69
PHA	0	100	50	20	0	0	82	86	0	95	90	68	86	79
MED	50	70	53	10	41	58	20	46	50	50	50	73	60	66
KKN	36	37	54	36	46	63	52	60	40	0	28	72	60	56
HLK	66	62	71	33	50	62	54	54	87	0	0	57	50	57
KVB	50	75	60	33	50	0	80	71	66	0	0	100	85	71
KDI	0	0	100	0	0	0	0	100	0	0	0	100	0	100
OSS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KKT	57	71	71	57	42	57	42	85	0	0	0	71	71	71

Tabell 8. Registrert måloppnåelse i prosent per klinikk for de enkelte tiltakspakkene. Måloppnåelse er at enheten har tatt pakken i bruk og benytter metodikken i all pasientbehandling. Merk at antallet aktuelle enheter (n) varierer mellom de enkelte klinikker og de enkelte tiltakspakker. Kilde: Kvalitetsweb

Resultatene av pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen fra første tertial 2014 ble publisert i mai. Deltakelse i undersøkelsen var 53 % mot 42 % ved samme undersøkelse i 2012. Deltakelsen er lavere enn gjennomsnittet for helseforetak. Resultatene er fordelt i avdelingene og seksjonene for læring og diskusjon.

Samstemming av legemidler

Prosjekt "Samstemming av legemidler" startet opp i Medisinsk klinikk i 2010 på bakgrunn av mange legemiddelavvik og studier utført av kliniske farmasøytter om uoverensstemmelser mellom ulike kilder til hvilke legemidler en pasient bruker. Prosjektets målsetning var å sikre riktigere medisinerlister inn og ut av Medisinsk klinikk. Prosjektgruppen ønsket å teste ut en modell for sømløs legemiddelbehandling (Integrated medicines management).

Kvalitetssikringsprosjektet ved sengeposten er nå utvidet med et doktorgradsarbeid i klinisk farmasi. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Generell Indremedisinsk sengepost ved Oslo universitetssykehus HF, Sykehusapotekene HF og Universitetet i Oslo. Prosjektets målsetning er å sikre at alle pasientene skal ha en korrekt og begrunnet legemiddelliste ved utskriving fra sengeposten.

Prosjektet er støttet med midler til PhD-stipendiat fra Helse Sør-Øst RHF. I høst var det oppstart for prosjektets hovedstudie, OPERA-studien (Oslo Pharmacist Intervention study: Effect on Readmissions). Hensikten med studien er å undersøke effekt av implementeringen av farmasøytintervensjonen på tid til første gjeninnleggelse. Studien skal inkludere 400 pasienter. Av disse randomiseres 200 til intervensjonsgruppen og vil motta farmasøytintervensjon gjennom hele sykehusoppholdet, og 200 til en kontrollgruppe. Pasientene skal følges ett år etter utskriving med hensyn på eventuelle gjeninnleggelser. 40 pasienter er inkludert i studien per 8. oktober 2014.

Samstemming av legemidler er i 2014 et prioritert innsatsområde innen forbedret pasientsikkerhet i hele sykehuset.

3.8 Pasientsikkerhetsvisitter

En pasientsikkerhetsvisitt er et planlagt møte mellom sykehusets ledelse og de ansatte i en avdeling/ enhet der det avdekkes risiko- og forbedringsområder i samtaler med de ansatte. I etterkant av visittene avholdes det møter med klinikk-, avdelings- og enhetslederne hvor ansvar for gjennomføringen av konkrete forbedringstiltak blir fordelt.

Administrerende direktør har i andre tertial gjennomført pasientsikkerhetsvisitter i følgende enheter:

- Ambulansetjenesten, Ullevål/ Sentrum (Akuttklinikken)
- Thoraxkirurgisk hjerte PO, Ullevål (Hjerte-, lunge- og kar-klinikken)
- Barnemottaket på Ullevål (Kvinne- og barne-klinikken)
- Barnepost 2, Rikshospitalet (Kvinne- og barne-klinikken)

Totalt 18 tiltak er planlagt i forhold til følgende (grovdefinerte) problemområder:

- Sikre bedret systematikk i pasientsikkerhetsarbeidet
- Gjennomgang av intern organisering for bedret utnyttelse av ressursene og økt fokus på tverrfaglighet, samarbeid og kommunikasjon
- Utrede mulighet for økt kapasitet innenfor oppvåkning etter anestesi for barn opp til 18 år
- Utrede mulighet for å etablere en intermedierpost for de barnemedisinske sengepostene på Rikshospitalet
- Tiltak rettet mot kompetanseheving
- Noe behov for nytt utstyr
- Bedret renhold og smittevask
- Bedret tilgang på senger og arbeidstøy
- Avklaring av romkapasitet/ areal
- Det tas initiativ til bedret samarbeid med andre helseforetak innenfor konkrete problemstillinger

3.9 Publisering av uønskede hendelser på nett

Det ble publisert én uønsket hendelse på sykehusets internettsider.

Saken omhandler hudskade ved blodprøvetaking fra et for tidlig født barn. For å få en vellykket prøve, varmer man noen ganger huden på helen med en "varmeflaske" laget som en hanske fylt med håndvarmt vann. Etter en slik blodprøvetaking ble det oppdaget en vannblemme på barnets hel. Først var man usikker på om dette kunne skyldes en skade i forbindelse med fødselen, eller om det kunne være tegn på en begynnende infeksjon. Barnet fikk derfor antibiotika.

Etter hvert så man imidlertid at dette måtte være en varmeskade oppstått på grunn av for varmt vann i varmeflasken. Det viste seg videre at varmeflasken ikke hadde vært tilstrekkelig dekket med tøy, noe som er nødvendig for å hindre at hanskegummien kommer i direkte kontakt med hud. På den måten fikk ikke huden luft, noe som økte faren for varmeskade.

Hendelsen viste at sykehusets prosedyre ikke ga tilstrekkelig sikring mot varmeskade. Prosedyren er revidert for bedre å sikre at vannet ikke er for varmt og at det er tilstrekkelig tildekning med tøy mellom varmekilde og hud.

Et poeng i læringssammenheng er at en varmeflaske kan ha en temperatur på opp mot 45 grader uten at det oppfattes som for varmt av den personen som lager varmeflasken, og som kanskje vurderer temperaturen med egne hender. En slik temperatur er likevel tilstrekkelig til å lage en varmeskade dersom varmekilden ligger for lenge og for tett inn mot hud.

Øvrige tall for pasientsikkerhet blir oppdatert på sykehusets nettsider hvert tertial.

Uønskede hendelser på helseforetakenes nett – regionalt initiativ

I oppdragsdokumentet for 2014 ble helseforetakene bedt om å publisere såkalte 3-3 meldinger til Kunnskapscenteret på sine hjemmesider. Dette oppdraget har blitt løst på ulike måter i helseforetakene. Derfor har det regionale brukerutvalget ønsket tydeligere regionale føringer for hvordan dette oppdraget skal løses. Ønsket var en mer enhetlig praksis og enhetlig presentasjon på nettsidene.

Helse Sør-Øst RHF har valgt å etablere en regional arbeidsgruppe med oppdrag å utforme en regional retningslinje og som et ledd i dette vurdere sitt eget mandat. Arbeidsgruppen ledes fra Oslo universitetssykehus HF og vil levere sitt innspill til fagdirektørmøtet i november.

3.10 Klager fra pasienter og deres representanter

Sykehuset registrerer og følger opp alle mottatte henvendelser der pasient eller pårørende klager på behandling via Pasientombudet eller Fylkesmannen - eller etterspør mer informasjon i forbindelse med et behandlingsforløp.

	T2 2012	T3	T1 2013	T2	T3	T1 2014	T2
Fra Fylkesmannen	73	51	57	70	50	33	57
Fra Pasientombud	35	17	42	43	21	26	19

Tabell 9. Nye klager og klagerelaterte saker. Kilde: Avvikssystemet Achilles

Antall klagesaker er noe lavere enn samme tertial tidligere år. Antall saker fra Pasientombudene er lavere enn i fjor, på nivå med samme tertial i 2012. Hovedmengden av sakene handler om misnøye med informasjon / kommunikasjon og ventetid.

Sykehuset har kategorisert konklusjoner i de sakene som følges opp som tilsynssaker og som er registrert som avsluttet i Achilles i perioden:

	2. tertial 2013		3. tertial 2013		1. tertial 2014		2. tertial 2014	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerkning	13	41 %	16	47 %	10	48 %	9	50 %
Avsluttet med anmerking	6	19 %	4	12 %	3	14 %	1	6 %
Brudd på informasjonsplikt	1	3 %	1	3 %	1	5 %	0	0 %
Brudd på pasientrettigheter	0	0 %	1	3 %	0	0 %	0	0 %
Brudd på krav til journalføring	2	6 %	2	6 %	2	10 %	1	6 %
Brudd på forsvarlighet	10	31 %	9	26 %	5	24 %	7	39 %
Brudd på taushetsplikt	-	-	1	3 %	0	0 %	0	0 %
SUM	32	100 %	34	100 %	21	100 %	18	100 %

Tabell 10. Fylkesmannens/Statens Helsetilsyns konklusjoner i avsluttede tilsynssaker

Sykehuset har i andre tertial 2014 mottatt 8 vedtak fra Fylkesmannen/Helsetilsynet der det er påvist brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven. Antallet saker er omtrent som i første tertial, og lavere enn i fjor. Det er for tidlig å si om dette er en tilfeldighet eller om det foreligger en reell nedgang i antall saker etter fusjonen i 2010.

I alle saker der tilsynsmyndigheter påtaler brudd på lov eller forskrift følges saken opp med nye vurderinger og forbedringstiltak i sykehuset. En rekke saker blir også presentert for ledergruppen i sykehusets sentrale kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg for å sikre ledelsesmessig forankring og læringsoverføring mellom klinikkene.

- Tre saker gjelder lang ventetid (kreftbehandling (2) og ryggkirurgi).
- To saker gjelder manglende koordinering (kreftbehandling og fødsel).
- En sak gjelder systemsvikt rundt organisering av virksomheten
- To saker gjelder feilbehandling i forbindelse med fødsel

I tillegg er det påvist 1 brudd på journalforskriften der journalnotater ble funnet i avfallet.

En av sakene har vært gjennomgått i detalj på sykehusets ledermøte i læringsøyemed. Den handlet om lang tid og manglende koordinering av utredning av leverkreft. Totalt tok utredningen ett år, og det var mye forsinkelser, misforståelser og dårlig koordinering. Henvisende sykehus opplevde i tillegg samarbeidet med Oslo universitetssykehus HF som krevende. Ansvaret for oppfølgingen av pasienten var heller ikke plassert hos en person.

En sak handler om manglende oppfølging ved en fødsel, der far som selv er helsepersonell kommer med en rekke faglige innvendinger mot behandlingen som er gitt;

- Akupunktur som ble gitt fordi placenta ikke løsnet
- Manglende blodtyping når mor blødde mye
- Manglende prøvetaking av barnet
- Hendelsen ikke ble meldt som avvik

Far ba om at sykehuset skulle gå nøye gjennom rutiner og oppdaterer dem. Denne saken opplevs av sykehuset som meget lærerikt.

I en sak er det påvist systemsvikt i organiseringen av samarbeid mellom Aker og Ullevål. Den ble varslet som en alvorlig hendelse til Statens helsetilsyns utrykningsgruppe som gjennomførte stedlig tilsyn. Saken omhandler en pasient som skulle opereres med

bypasskirurgi på Aker. Pasienten ble vurdert av kardiolog til å ha forhøyet operasjonsrisiko grunnet flere kroniske tilstander. Pasienten ble dårlig postoperativt og man besluttet overføring til Ullevål. Det tok tid å skaffe ambulanse. Pasienten døde senere på Ullevål. Statens helsetilsyn påpeker at Oslo universitetssykehus HF ikke har rutiner for samhandling ved kompliserte postoperative forløp, og at det er manglende seleksjon av karkirurgiske pasienter basert på deres behov for intensivkapasitet når Aker har begrenset kapasitet. Etter gjennomgang av hendelsen med berørt personell og ledere ble det etablert tverrfaglige samarbeidsmøter også på kveldstid for å sikre bedre pasientoppfølging.

3.11 Pasientforløpsarbeidet

Strategi 2013-2018 sier følgende:

”Oslo universitetssykehus skal ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv. Pasientene skal oppleve at sykehuset samarbeider tett med andre i helsetjenesten for å gi forutsigbar og godt koordinert utredning og behandling med korte ventetider og færrest mulig brudd i pasientforløpene. Standardiserte og godt koordinerte pasientforløp skal ligge til grunn for organiseringen innenfor sykehuset. Så langt det er mulig skal et tverrfaglig miljø som behandler en sykdom samles ved en lokalisasjon. En slik organisering legger forholdene til rette for oppbygging av robuste fag- og forskningsmiljøer og gir effektiv ressursutnyttelse”.

I sykehusets handlingsplan går det fram at Oslo universitetssykehus HF i perioden 2013-2014 vil innføre utredningspakker for diagnosene kolorektalkreft, brystkreft, lungekreft, prostatakreft, eggstokkreft og hode-halskreft

Ved Oslo universitetssykehus HF er det gjennom mange år gjennomført et stort arbeid med å utarbeide gode pasientforløp for svært mange sykdommer. For dette arbeidet er det utarbeidet styrende dokumenter og veiledere, og det blir årlig arrangert kurs for deltakere i arbeidet med å utvikle nye pasientforløp. Pasientene ønsker mindre venting, bedre informasjon, større grad av involvering, bedre samhandling og koordinering mellom alle aktører i behandlingsskjeden og større forutsigbarhet. Det er forventet at gjennomføring av mer optimale pasientforløp ”fra hjem til hjem” vil gi større grad av pasienttilfredshet og også ha positive effekter for det interne arbeidet i sykehuset og for ressursbruken. Sentral stab har tilrettelagt mye av arbeidet. Nå gjenstår bedre koordinering av dette arbeidet i klinikkene.

I arbeidet med å sikre optimale pasientforløp har Oslo universitetssykehus HF den store utfordring at samarbeidende enheter i et forløp i mange tilfeller befinner seg på ulike lokalisasjoner i sykehuset. Et samlet sykehus ville gjort pasientforløpene mer optimale for pasienter, fagmiljøer og samlet ressursbruk. Det er imidlertid klart at innen mange områder kan forløpene bli bedre også innen den nåværende sykehusstruktur, og dette arbeides det nå med.

Implementering av mer kompakte og forutsigbare pasientforløp krever mye både av de kliniske fagspesifikke avdelinger og av medisinske støtteavdelinger, som operativ og intensiv virksomhet, bildediagnostikk og patologi. Mange pasientforløp er preget av ”flaskehalsproblematikk”. Flaskehalsen som årsak til lange ventetider bør fjernes. Videre stiller gode pasientforløp store krav til koordinering. Det er ønsket forløpskoordinatorer

som "loser" pasientene gjennom systemet. Dette er delvis implementert i dag. Bruk av forløpskoordinatorer med tilstrekkelige fullmakter vil gi en bedre opplevelse for pasientene, og vil være til svært stor hjelp for de kliniske sykehusmiljøer. Gode og forutsigbare pasientforløp stiller også store krav til driftsledere på ulike nivåer.

Basert på nåværende handlingsplan pågår nå arbeid med å innføre nye og mer kompakte pasientforløp innen seks ulike kreftformer. Til sammen utgjør disse kreftformer mer enn halvparten av alle krefttilfeller.

Nasjonalt gjøres nå i regi av Helsedirektoratet et omfattende arbeid med å innføre "pakkeforløp" etter dansk modell ved omtrent samtlige kreftformer i løpet av 2015. Det utarbeides vel 30 ulike pakkeforløp ved kreft, der det for hvert enkelt forløp også angis nasjonal norm for forløpstider fra mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten til start utredning/pasientframmøte, til beslutning om behandling og til oppstart av behandling. Disse tider vil bli monitorert og rapportert til Norsk pasientregister (NPR) og vil også bli publisert. Fra januar 2015 implementeres pakkeforløp for kolorektalkreft, brystkreft, lungekreft og prostatakreft, mens de øvrige forløp vil bli implementert senere i 2015. Det gjøres en kartlegging av økonomiske og administrative konsekvenser av innføring av pakkeforløp i Norge.

Oslo universitetssykehus HF vurderer nå hvilke tiltak som er nødvendige for å få på plass gode pasientforløp ved de seks kreftformene som er omtalt i handlingsplanen, samt ved de øvrige kreftformer som skal implementeres i løpet av kommende år.

Også ved andre sykdommer er det behov for å implementere bedre pasientforløp. I Danmark har arbeidet med kreftforløpene hatt en positiv, smittende effekt på enkelte andre pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. Ved Oslo universitetssykehus HF vil det framover bli arbeidet spesielt med å bedre pasientforløpet for pasienter med hjerneslag.

3.12 Samhandling

3.12.1 Tjenesteavtaler

"Samarbeidsutvalget" består av representanter fra sykehus, bydeler og kommunale etater i Oslo. Utvalget har anbefalt at operasjonalisering og videre arbeid med tjenesteavtaler/underavtaler gjøres så likt som mulig i hele hovedstadsområdet. Oslo universitetssykehus HF leder Samarbeidsutvalget de neste to årene og Oslo kommune har ansvar for sekretariatsfunksjonen.

Arbeidet med utforming av underavtaler initieres og besluttes i den enkelte sykehussektor. De løftes deretter til Samarbeidsutvalget hvor de øvrige sektorer får mulighet til å komme med innspill/kommentarer og deretter eventuelt gi tilslutning.

For tiden pågår det et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og primærhelsetjenesten for å lage en underavtale som skal sikre:

Samhandling om pasienter med psykisk lidelse og/ eller avhengighetslidelse og som har behov for tjenester fra bydel og spesialisthelsetjenesten"

Underavtalen er knyttet til Tjenesteavtale 1 "Samhandling om pasienter med behov for kommunale tjenester" og Tjenesteavtale 2 " Samarbeid om innleggelse i sykehus og om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivelse fra institusjon"

Avtalen skal bidra til en omforent forståelse av ansvarsforhold og roller mellom bydeler og sykehus for den definerte målgruppen ved innleggelse, under oppholdet og ved utskrivelse fra institusjon.

Arbeidet med underavtalen har pågått siden november 2013 og er i avslutningsfasen.

Det er også satt ned en arbeidsgruppe som skal arbeide fram et forslag til forpliktende samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF om svangerskaps, fødsels og barselomsorg. Arbeidet tar utgangspunkt i Områdeplan for Oslo universitetssykehus HF opptaksområde 2013-2017.

I arbeidsgruppen sitter jordmødre, helsesøstre, fastlege, leder fra Kvinne barn klinikken og fra sentral samhandlingsstab.

Arbeidet er planlagt ferdigstilt før jul 2014.

Til samhandlingsprosjekter finansiert av Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF er det mottatt 30 søknader hvorav 9 ble vurdert til å fylle årets kriterier. Oslo universitetssykehus HF fikk sammen med ulike samhandlingsparter tildelt midler til 4 prosjekt. Problemstillinger innen psykisk helse og rehabilitering var gitt prioritet og søknadene ble også vurdert opp mot krav om plan for implementering og evaluering.

3.12.2 Status for pågående samhandlingsprosjekt

Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre

Prosjektet har pågått i to år og er nå avsluttet og det er lagt frem 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 gangsett og situasjonen er under kontroll.

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. Kartleggingsverktøyet (SAFE) legges nå inn i lærebok i geriatri for sykepleiere som eksempel på et velegnet verktøy til bruk i forbedringsarbeid.

Helseetaten vil i samarbeid med de tre deltakerbydelene i prosjektet, sykehuset, fastlegene og Utviklingssenter for hjemmetjenester utrede nærmere om det er ønskelig å videreføre SAFE som et standardisert samhandlings- og kvalitetsforbedrende verktøy for alle bydeler i Oslo kommune.

Ambulerende palliativt team

Bydel Østensjø og Oslo universitetssykehus HF v/Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon Stab samhandling og internasjonalt samarbeid har deltatt. Prosjektet ble formelt avsluttet i juni 2014. Sluttrapport er levert.

Imidlertid har spesielt fastlegene i bydel Østensjø uttrykt et ønske om videreføring av arbeidet. Det er derfor besluttet å videreføre prosjektet i et videre samarbeid med fastlegene og bydelsoverlegen i bydel Østensjø. Dette støttes av bydelens ledelse.

Prosjektet vil ha fokus på implementering av det nasjonale handlingsprogrammet med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen og dens krav til kunnskaper for leger nivå B. I dette ligger at det skal lages en forelesningsserie og en modell for dette. Det vil bli tilbud om ettermiddags-/kveldsundervisning i aktuell bydel. Målet er å lage en modell for en slik forelesningsserie. Sykehuset vil utforme dette i samarbeid med fastlege og bydelsoverlege fra bydel, samt overlege i sykehjemsetaten i Oslo kommune. Etter nærmere utprøving i bydelen vil modellen eventuelt bli foreslått implementert i andre bydeler.

Sammen får vi til mer for livsstilssykdommene

Deltakere er sykehuset og tre bydeler i Oslo.

Prosjektet har som mål å utvikle en modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten som kan være en støtte og drivkraft i forbedring av behandling og pasientforløp for personer med livsstilsrelaterte sykdommer.

Modellen skal utvikles i tett samarbeid med brukerne og den skal omfatte både sykehus og kommunehelsetjeneste samt samspillet mellom disse. Prosjektet følger oppsatt plan og er i rute. Det er stor oppslutning i deltagende bydeler, også fra fastlegene. Det er nå utformet meritterende emnekurs for de aktuelle fastlegene innen diabetes og KOLS.

Prosjektet er tildelt samhandlingsmidler til videreutvikling og implementering også i 2014. Pasienter med hjertelidelser skal inkluderes i prosjektet i tillegg til pasienter med diabetes og KOLS.

Prosjektet skal avsluttes juni 2015.

Kompetanseoverføring fra sykehus til sykehjem

Deltakere er Oslo kommune v/Sykehjemsetaten (8 utvalgte sykehjem) og Oslo universitetssykehus HF.

Prosjektet har som mål å 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. Dette innebærer for eksempel at sykepleiere i sykehjem bør kunne gi intravenøs behandling, benytte sug og ta EKG.

Prosjektet skal bidra til at pasienter ikke overflyttes fra sykehjem til sykehus for å få behandling som kunne vært gitt i sykehjemmet. Sykepleiere i sykehus og sykehjem øker sin

forståelse for pasientforløpet i samhandlingen mellom de to nivåene. Gjensidig kompetanseoppbygging kan gi høy kost- nytte på sikt, dersom sykepleiere trygges og evner å lære opp de øvrige ansatte i sykehjemmene.

Samarbeidet bidrar til:

- Styrket fagkompetanse i sykehjem
- Styrket kvaliteten på behandling og oppfølging av pasienter i sykehjem
- Reduserer behovet for innleggelser ved sykdomsutvikling
- Trygger ansatte i deres daglige arbeid
- Kan bidra til å gi økt status for ansatte i sykehjem og dermed bidra til bedre rekruttering
- Øke sykehusansattes kunnskap om de tilbud som gis i sykehjem

Prosjektet er tildelt samhandlingsmidler også for 2014. Midlene skal primært benyttes til å sikre videre implementering i drift, både i sykehjemmene og i sykehuset.

Tverrfaglig Familiestøtte

Prosjekt har som mål å styrke tilbudet til sårbare familier gjennom å etablere et lavterskeltiltak til gravide og småbarnsfamilier der foreldrene har psykiske og/eller rusrelaterte vansker. Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom bydel Sagene og Oslo universitetssykehus HF.

Tverrfaglig familiestøtte skal være et tilnærmet ideelt behandlingsforløp fra den gravide fanges opp på helsestasjon/i spesialisthelsetjenesten/rusomsorgen via svangerskap, fødsel og barseltilid frem til barnet er 6 år. Det skal legges vekt på nødvendig samarbeid mellom ulike etater og institusjoner med vekt på familiens behov. En skal forsøk å identifisere risiko for svikt i ulike faser av behandlingsforløpet. Målet er å etablere et forpliktende behandlingsforløp.

Prosjektet er tildelt samhandlingsmidler for 2014/2015

Raskere behandling - Styrket samhandling

Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom bydel Søndre Nordstrand og Oslo universitetssykehus HF. Prosjektet skal sikre at pasienter med psykiske lidelser får rask og god behandling på riktig nivå i helsetjenesten, redusere ventetid og optimalisere ressursbruk.

Samhandlingsprosjektet har som mål å styrke primærhelsetjenesten ved å inngå et forpliktende samarbeid mellom behandlere i sykehusets distriktpsykiatriske senter Oslo sør og Bydel Søndre Nordstrand. En ønsker at fastleger, bydelspsykologer og helsearbeidere i bydel på sikt kan forestå nødvendig oppfølging for en større andel pasienter med psykiske lidelser. Ved å oppdage forverring tidlig kan man sammen sette inn tiltak som forhindrer utvikling i mer alvorlig retning.

Prosjektet skal samtidig sikre at pasienter, som er i behov av spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern, skal få et slikt tilbud i løpet av kort tid. Bedre rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling er også en forventet effekt av prosjektet.

En klar målsetting er å klargjøre grensesnittet, ansvarsfordeling og rutiner for samarbeid mellom bydelens psykologtjenester.

Målgruppe er voksne som står i kø for behandling ved DPS.

Praksiskonsulentordningen

Samhandlingsoverlegen arbeider oppdragsbasert og bistår staber og klinikker etter nærmere avtale, deltar i samhandlingsprosjekter og i arbeidsgrupper der det er viktig med medisinsk kompetanse.

Det er fokus på arbeidet med pasientforløpene og forbedringsarbeidet knyttet til kvaliteten på henvisninger og epikriser.

3.12.3 Elektronisk samhandling

Oppgaver knyttet til Digital samhandling i 2014:

Oslo universitetssykehus HF sender ut elektroniske epikriser til fastleger over hele landet.

Det er våren 2014 pilotert en løsning for å overvåke de utsendte epikrisene. Etter 2 måneder med overvåking viste statistikken at kun 1 % av meldingene feilet på grunn av brukerfeil. Andelen tekniske feil var 0,2 %. Løsningen skal breddes i 2015, men avdelinger som ønsker å starte overvåkning tidligere får tilbud om dette.

Det vil i september bli gjennomført en tilsvarende pilot for å overvåke elektroniske laboratoriesvar.

I forbindelse med overvåkingen har det vært gjort et stort arbeid knyttet til kartlegging av elektroniske adresser hos fastlegene. Dette gjør at mange flere mottar epikriser i dag enn i 2013. Dette gir et godt utgangspunkt før innføringen av DIPS.

Det har i tillegg blitt sendt brev til fastlegenes EPJ-leverandører med henstilling om å sørge for at fastlegenes systemer vil kunne motta elektroniske epikriser.

Overvåking av elektroniske meldinger som sendes fra sykehuset er viktig for pasientsikkerheten, og en forutsetning for å stoppe utsendelse av papir. Sykehuset vil ved kutt av papir få en betydelig besparelse i forhold til kostnader knyttet til tidsbruk, porto, papir og annet materiell.

Prosjekt Digital samhandling har inntil sommeren 2014 hatt en pågående prosess med å spre informasjon til leger og kontoransatte i forhold til korrekt fremgangsmåte for utsendelse av epikriser. Dette vil ivaretas videre etter DIPS innføringen.

3.12.4 Status for arbeidet med å etablere koordinatorfunksjonen

Helseforetaket har plikt til å oppnevne koordinator for pasienter med behov for komplekse og sammensatte tjenester. Det foreligger en retningslinje for denne koordinatorfunksjonen, og det pågår et pilotprosjekt i fem klinikker med formål å teste ut retningslinjen.

Arbeidet synliggjør stort variasjon i hvordan klinikkene ivaretar plikten til å oppnevne koordinator for de pasienter som har behov for komplekse og sammensatte tjenester.

Det er behov for å rydde i koordinatorbegrepet og synliggjøre forskjellen mellom det pågående arbeid med å etablere forløpskoordinatorer og den lovpålagte koordinatorfunksjonen det her vises til.

Samtidig tydeliggjøres forskjellen mellom en systemkoordinator ansatt for å ivareta store pasientgrupper, eksempelvis HIV-koordinator, tuberkulosekoordinator, og en koordinator som skal koordinere mange tjenester på individnivå. Rapport fra arbeidet vil foreligge innen utgangen av året.

3.12.5 Status utskrivningsklare pasienter

Oslo universitetssykehus HF har ingen store driftsutfordringer knyttet til utskrivningsklare pasienter. Det er fortsatt meget god responstid fra bydeler og kommuner i forhold til 24 timers melderutinen. Sykehuset har tilnærmet ingen overliggerdøgn for somatiske pasienter meldt utskrivningsklare til primærhelsetjenesten.

I forbindelse med innføringen av det nye pasientadministrative systemet DIPS vil det bli åpnet for å sende elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) til bydelene. Dette vil gi ytterligere forbedringer i samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjeneste.

Kommuner og bydeler ivaretar de fleste ordinære pasientgrupper. De kompliserte enkeltpasientene "rammes" ofte av et lovverk som ikke dekker de tjenester det er behov for. Et eksempel er smittevernsloven, helse - og omsorgstjenesteloven og lov om sosiale tjenester som ikke er harmonisert. Dette gir utfordringer i grenseflaten mellom sykehus og kommune/bydel. Disse pasientene er likevel få i det totale bildet.

Sykehjemsetaten i Oslo er inne i en omfattende omorganiseringsprosess i organiseringen og fordelingen av sine ordinære plasser og spesialplasser. I en overgangsperiode lager dette noen ekstra utfordringer ved utskrivninger av pasienter til bydel.

For det delvis nyetablerte tilbudene med Aker kommunale rehabiliterings avdeling og Kommunal akutt døgnenhet (KAD) i Oslo kommune, har sykehuset god dialog og følger utvikling og beleggsoversikter nøye.

3.13 Likeverd

Tolk og tolketjenester

Tolkesentralen

Oslo universitetssykehus HF leder et prosjekt med etablering av en tolkesentral. Tolkesentralen skal formidle kvalifiserte tolker med statsautorisasjon eller tolkeutdanning til Akershus universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF og Oslo universitetssykehus HF.

I andre tertial 2014 har det vært arbeidet videre med forberedelser av oppstart av pilot.

Det er nedsatt en overordnet styringsgruppe med representanter på ledernivå fra de tre samarbeidende sykehusene og en representant fra Helse Sør-Øst RHF. Det er også etablert faggrupper for innen IKT, kommunikasjon og likeverdig helsetjeneste med representanter fra alle tre sykehus.

Arbeidet beskrevet i overordnet prosjektplan er fulgt. Forskjellige løsninger for elektronisk bestilling av tolk er vurdert og det inngås i disse dager en avtale med en ekstern leverandør (Proweb). Avtalen er ment å ha en varighet på 12 måneder og erfaringene med denne i løpet av de neste månedene skal legges til grunn i en anbudsprosess som skal gjennomføres våren 2015.

Det er inngått rammeavtale med nærmere 40 tolker på syv utvalgte språk i pilotfasen. De syv språkene er somali, urdu, polsk, tamil, tyrkisk, engelsk og spansk. I rekrutteringsprosessen er det lagt vekt på tolkenes kompetansenivå og faglighet. Alle tolkene har statsautorisasjon, tolkeutdanning eller begge deler.

Arbeidet med internundervisning har vært vektlagt høyt og Tolkesentralens ansatte har deltatt på fagmøter og seminarer med informasjon til helsepersonell om hvordan man kan sikre god kommunikasjon via tolk.

Helseradio på urdu, somali og arabisk

I samarbeid med Ressurssenter for migrasjonshelse, Aker (Oslo kommune), produseres nå nye sendinger med helseradio på språkene urdu, somali og arabisk.

Helseradio er et tiltak for å nå deler av den minoritetsspråklige befolkningen i Oslo med grunnleggende helseinformasjon. Helseradio sendes på FM 99,3 eller DAB+ og produseres i samarbeid med lokalkringkaster Pak Radio Voice of Oslo.

I sendingene, som sendes på kveldstid hver første helg i måneden (fra september 2014 til mars 2015), deltar fagperson (helsepersonell) fra sykehuset, Oslo kommune eller annet helseforetak. Lyttere har mulighet til å sende inn spørsmål på e-post eller ringe inn under sending. Sendingene er tilgjengelig som podkast¹.

Forberedende fase, som har pågått i andre tertial, har bestått i å rekruttere fagpersoner til sendingene, spre informasjon til målgruppen (både minoritetsspråklige og helsepersonell)

¹ www.oslo-universitetssykehus.no/helseradio

og sikre gode produksjoner i samarbeid med fagfolk og lokalradioens frivillige gjennom felles forberedende møter. Fredag 4. september ble radiosendingene høytidelige åpnet ved viseadministrerende direktør Tove Strand og etatsleder Kari Sletnes ved Helseetaten. Til åpningen hadde også byråd for helse lest inn en hilsen på arabisk til lytterne. Første sending var samme helg, med tema hjerte- og karsykdommer.

Samtalepartnere om tro- og livssyn

Samtalepartnere er frivillige fra ulike tros- og livssynstradisjoner. Samtalepartnere om tro- og livssyn har gått fra å være et prosjekt til å bli en del av det ordinære tilbudet til pasienter og pårørende ved Oslo universitetssykehus.

Sykehuset har også inngått samarbeidsavtaler om bruk av samtalepartnere med Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg sykehus, Sunnaas sykehus og nylig med Oslo politidistrikt.

I andre tertial er det håndtert bestillinger av samtalepartnere til pasienter og pårørende. Tilbudet er presentert på fagsamling for helsepersonell ved Sunnaas sykehus og for Kriminalomsorgen i møte med Justisdepartementet (som innspill i deres arbeid for å sikre tros- og livssynsbetjening i fengsler).

Det er også gjennomført orienteringsmøte med sentrale ressurspersoner ved Oslo politikammer og fagkveld med prestetjenesten ved Diakonhjemmet sykehus for å styrke samarbeidet mellom sykehusene og øke kompetansen på flerreligiøse utfordringen innenfor åndelig/eksistensiell omsorg.

Tilbudet er presentert på sykehusets nettsider².

Søknad om støtte til Lærings- og mestringskurs for menn

I samarbeid med Reform (Ressurssenter for menn) er det utarbeidet en søknad om støtte til pilotkurset "*Å være mann og håndtere sykdom. Utvikling av et lærings- og mestringsstilbud for menn*".

Søknaden er sendt Ekstrastiftelsen og det forventes svar i november. Søknaden tar utgangspunkt i erfaringer om at få menn benytter seg av mestringsstilbudet ved sykehuset. Forskningslitteratur om menn og helse viser også at mannlige idealer med fokus på styrke og selvkontroll kan være en tilleggsbelastning for menn og deres pårørende ved alvorlig sykdom eller ulykke.

Frokostmøter

Det arrangeres jevnlig åpne frokostmøter med fokus på ulike temaer knyttet til feltet likeverdige helsetjenester. 10 juni ble det arrangert frokostmøtet "*Health literacy på norsk*" med ca 50 deltagere. Innleder kom fra Kunnskapssenteret.

Standarder for likeverdig helsetjeneste

² www.oslo-universitetssykehus.no/samtalepartnere

Oslo universitetssykehus HF er en av 4 pilotinstitusjoner som deltar i utprøving av standarder for likeverdig helsetjeneste. Dette er et internasjonalt prosjekt, med deltakelse fra 28 land, hvor NAKMI (Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse) har det norske koordineringsansvaret.

Standardene er ment å kunne brukes av helseinstitusjoner som et verktøy for selvevaluering av institusjonens grad av likeverdige helsetjenester.

Prosjektet er nå inne i tredje fase. Målet nå er å bruke standardene til å evaluere egen organisasjon og identifisere forbedringsområder for å kunne tilby mer likeverdige helsetjenester.

Oslo universitetssykehus HF har i første omgang valgt å fokusere på de to første standardene:

- Standard 1: Mål og strategier for likeverdig helsetjeneste
- Standard 2: Likeverdig tilgang og bruk.

FAFUS – forebygging av uønsket svangerskap og abort

FAFUS har vært drevet som en frivillig poliklinikk siden 2010. Tilbudet er rettet mot innvandrerkvinner som ønsker veiledning og hjelp til familieplanlegging og hormonell prevensjon. Disse har oftere mangelfull kunnskap til hvordan forebygge uønsket svangerskap, har generelt dårlig økonomi og dårlige norskerferdigheter.

Målet har vært å gi kvinnene et tilbud der de blir tatt i mot av erfarne jordmødre som informerer om kvinnehelse, om familieplanlegging og der de får tilbud om gratis prevensjon.

Kvinnene har også fått tilbud om å ta cytologiprøver. Det er avdekket flere tilfelle av forstadier- og også enkelte tilfelle av langt kommet cervix cancer.

Siden oppstarten har poliklinikken hatt ca 1700 konsultasjoner/veiledninger. Ca 14 kvinner kommer til konsultasjon hver uke.

Det er dialog med Oslo kommune om overføring av tilbudet til primærhelsetjenesten.

3.14 Barn som pårørende

”Råd for barn som pårørende” har avholdt to heldagsmøter og arrangert en fagdag for barneansvarlige.

Sykehuset vedtok i august handlingsplan for barn som pårørende 2014-2016.

Representant fra barneverntjenesten i Oslo er nå en del av rådet. Dette har ført til bedre rutiner vedrørende tilbakemeldinger på bekymringsmeldinger sendt til barneverntjenesten.

3.15 Internasjonalt samarbeid

Norsk Helsennettverk for Utvikling (NHU)

Norsk Helsennettverk for Utvikling har en egen hjemmeside som oppdateres regelmessig. Det jobbes nå med å få opp en landoversikt for å samle informasjon om hvor Norge har helsebistandsprosjekter. Der er dialog med Norad/Utenriksdepartementet om helsenettverkets framtid med hensyn til fremtidig finansiering av sekretariatet.

India

Oslo Universitetssykehus HF har et samarbeidsprosjekt med JK Lone Hospital.

Det planlegges nå opprettelse av en melkebank ved Sir Padam Pat Mother & Child Health Institute (JK Lone Hospital) i samarbeid med partnerkontakten ved sykehuset og leder av melkebanken ved Oslo universitetssykehus HF. Lederen av melkebanken ved Oslo universitetssykehus HF reiser til Jaipur i september for å bistå i opplæring av personellet som skal arbeide ved melkebanken.

Det er etablert en ordning for hospitering for leger og sykepleiere mellom sykehusene. Det har vært arrangert samarbeidsmøte med deltakerne og prosjektkontaktene ved sykehusets nyfødttintensivavdeling.

De indiske sykepleierne som hospiterer i Norge er godt i gang i praksis ved nyfødttintensivavdeling ved Rikshospitalet og Ullevål.

To norske sykepleiere er klare for neste utvekslingsrunde.

Nevrokirurgiprojektet i Malawi

Utvekslingsprosjektet mellom Queen Elizabeth Hospital i Blantyre, Malawi og Oslo Universitetssykehus HF er nå inne i runde to.

I mai i år reiste to sykepleiere fra Oslo universitetssykehus HF til Blantyre for å hjelpe til med oppstart av deres nye nevrokirurgiske avdelingen. Byggingen av avdelingen og anskaffelse av utstyr har tatt lengre tid enn forventet, men nå skal det meste være på plass og avdelingen skal stå klar til åpning innenfor kort tid.

Det planlegges offisiell åpning av avdelingen våren 2015.

Samtidig med at de to sykepleierne fra Norge reiste ned til Malawi, kom det tre sykepleiere fra Malawi til Oslo universitetssykehus. Dette var en klinisk offiser i anestesilogi, en sykepleier fra intensivavdeling og en sykepleier fra sengepost. De har hospitert på ulike avdelinger for å få mest mulig erfaring med de forskjellige nevrokirurgiske diagnosene som behandles her. Målet er at de skal kunne bidra til økte kunnskaper om ulike nevrokirurgiske diagnoser og behandlingen av disse når de returnerer hjem. En viktig del av deres rolle vil derved være undervisning av kolleger.

Etiopia

I perioden mai til august 2014 har to onkologer, to kreftsykepleiere og en farmasøyt fra Oslo universitetssykehus HF undervist personell ved Black Lion Hospital i Etiopia.

Oslo universitetssykehus HF personell har bidratt til at ESAS³ har blitt oversatt til Amharisk. Det ventes på å få det internasjonalt godkjent.

Det planlegges en workshop der etiopisk partner kommer til Norge for å diskutere et samarbeidsprosjekt innen sykepleie samt muligheten for felles forskningsprosjekter.

Palestina

Oslo universitetssykehus HF har i samarbeid med NORWAC⁴, etablert et medisinsk biblioteksamarbeid med Shifa sykehuset i Gaza.

Samarbeidet for øvrig videreføres blant annet innen ortopedi og gynekologi.

³ ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) er et selvrapporteringskjema for noen av de vanligste symptomene palliative kreftpasienter kan oppleve. Formålet med skjemaet er bedre kartlegging av pasientens symptomer, som igjen skal bidra til økt kvalitet på behandling og pleie. Skjemaet er et godt utgangspunkt for kommunikasjon, og det er også velegnet for å evaluere effekt av behandlingstiltak. Det er lett å forstå og lite tidkrevende i bruk.

⁴ Norwegian Aid Committee.

4. Opplæring av pasienter og pårørende

Handlingsplan for pasient- og pårørendeopplæring ble vedtatt på ledermøtet 6. mai 2014. Det er første gang sykehuset har en handlingsplan for dette fagområdet.

Filmen "Skulle ønske du visste..." ble ferdigstilt i mai. Filmen er laget til bruk i undervisning i "utdanningsprogram i pasient- og pårørendeopplæring" for ansatte og brukere, samt i pasientforløpsarbeid ved sykehuset.

Filmen er tilgjengelig på sykehusets nettsider både internt og eksternt.

Det finnes i dag flere prosedyrekoder som kan registreres i det pasientadministrative systemet ved utført pasient- og pårørendeopplæring. Dette gir nyttig informasjon i arbeidet med tjenesteutvikling, kvalitet, pasientsikkerhet og forskning. Sykehuset mottar også inntekter i form av egenandeler og refusjoner. Det er påstartet et arbeid for å kvalitetssikre registreringene.

	1. tertial	2. tertial
Antall unike personer registrert	1484	1118
Antall personer som har gjennomført og avsluttet grupperettet pasientopplæring i henhold til kravene i A0099	477	389

Tabell 11. Prosedyrerapport. Antall personer som har gjennomført og avsluttet poliklinisk gruppebasert opplæring.

Det er registrert noe lavere aktivitet i andre tertial som erfaringsmessig skyldes lavere kursaktivitet i sommerferieperioden.

Det arbeides stadig med å sikre at sykehuset har de riktige læringstilbudene til pasienter og pårørende, og at prinsippet om likeverdige helsetjenester ivaretas. I den forbindelse er det nå under utvikling et læringstilbud skreddersydd for menn.

Det utvikles et eget informasjonsopplegg rettet mot eget helsepersonell for å gi økt bevissthet om viktigheten av pasient- og pårørendeopplæring som en integrert del av behandlingen.

5. Utdanning av helsepersonell

Klinikkvise handlingsplaner til Utdanningsstrategi 2013-2018

Klinikkene arbeider etter en felles mal med handlingsplaner for utdanning, gjeldende for to år. Frist for å utarbeide handlingsplaner er 1. desember 2014. Utdanningsseksjonen bistår klinikkene ved behov.

Spesialistutdanning av leger

Det arbeides med tilbakemeldinger fra spesialitetskomiteene i Legeforeningen for å bedre spesialistutdanningen, samt oppfølging av de årlige rapporteringene til Legeforeningen.

Oslo universitetssykehus HF har utarbeidet en omfattende høringsuttalelse til ny spesialitetsstruktur for leger (høringssak fra Helsedirektoratet). Saken har vært forelagt alle klinikker og stabsenheter, og er behandlet i Ledermøtet før oversendelse til Helse Sør-Øst RHF.

Grunnutdanning innen medisin

Universitetet i Oslo reviderer studiemodellen for grunnutdanning i medisin, kalt "Oslo 2014". Oslo universitetssykehus HF deltar i dette arbeidet. Det kan ventes endringer i fremtiden som vil påvirke sykehuset, både når det gjelder omfang av undervisning og undervisningsformer.

Styrking av kompetanse innen kunnskapshåndtering

Utdanningsseksjonen planlegger et kurs i kunnskapsbasert praksis med start på nyåret 2015. Kurset vil bli annonsert i høst.

Det gjennomføres et forprosjekt i Hjerte-, lunge- og karklinikken for å implementere kunnskapsbasert praksis. Pilotprosjektet planlegges evaluert innen 1.januar 2015.

Nye utdanningsløp og nye samarbeidspartnere

Oslo universitetssykehus HF samarbeider med Fagskolen i Oslo om å etablere videreutdanning i sterilforsyning på fagskolenivå. Arbeidet går etter planen og det sendes søknad om godkjenning av utdanningen til Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) innen 15.september.

Sykehuset har inngått samarbeidsavtale med Hersleb videregående skole for å styrke helsesekretærutdanningens faglige innhold, samt bidra til å bedre rekrutteringen til yrket.

Sykehuset har inngått samarbeidsavtale med Norges idrettshøyskole for å tilby praksisplasser på aktuelle enheter i Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken til bachelorstudenter innen del-emnet "trening og kreft".

Basiskompetanse i arbeidslivet

55 ansatte ved sykehuset følger kurset "Basiskompetanse i arbeidslivet" i høst ved Oslo voksenopplæring på Skullerud. Kurset er et tilbud til ansatte med liten eller ingen formell utdanning i blant annet norsk lesing og skriving. Kurset hadde oppstart i mars og varer til februar/mars 2015.

6. Forskning og utvikling

6.1 Forskning

Akkumulerte tall pr. 2. tertial viser at antall artikler er på et høyere nivå enn de to foregående år, med et visst forbehold om senere justering av tallene etter kvalitetssikring av tilknytningen til Oslo universitetssykehus HF. Det at antall artikler har gått betydelig ned i 2013 og opp igjen i 2014, kan tyde på en litt tilfeldig forskyvning av publiseringen fra 2013 til etter årsskiftet. Utviklingen diskuteres med den enkelte klinikk, basert på de ulike indikatorene og lokal kjennskap til forskningen. Hver klinikk har også en handlingsplan for sin forskningsaktivitet.

I det Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale poengberegningssystem for helseforetakene, basert på databasen CRISStin⁵, er det innført flere endringer fra og med 2013. Blant endringene er ekstra uttelling for internasjonalt samarbeid og for interregionalt samarbeid med andre helseforetak, samt at nivå 2a-tidsskrifter er slått sammen med nivå 2. I denne rapporten er ikke ekstra uttelling for interregionalt samarbeid tatt med i poengberegningen (vil bli implementert i løpet av 2014), men de øvrige endringene er innarbeidet og tallene justert tilbake i tid.

Antall publiserte vitenskapelige artikler, akkumulert pr 2. tertial

Klinikk	Pr 2. t. 2012	Pr 2. t. 2013	Pr 2. t. 2014
Klinikk psykisk helse og avhengighet	101	85	90
Medisinsk klinikk	217	197	239
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	165	164	196
Kvinne- og barneklubben	132	117	139
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	331	344	389
Hjerte-, lunge- og karklubben	111	99	119
Akuttklubben	46	35	48
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	335	289	339
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	61	56	59
TOTALT (unike artikler)	1128	1051	1222

Tabell 12. 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 HF og adressering av artikler med Oslo universitetssykehus HF eller liknende.

Kun kategoriene vitenskapelige artikler og vitenskapelige oversiktsartikler (reviews) inngår i tabellen. Årstall er nå fastlagt ut fra første publiseringsdato (online first). Tallene er tatt ut 5. september 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. 2. tertial 2014, er betydelig høyere enn foregående år. Utviklingen er gjennomgående for alle klinikker, og forklaringen vil kunne være en blanding av reell aktivitetsøkning, forskyvning av publisering til etter årsskiftet 2013/2014 og noe "overrapportering" som følge av at ikke alle forfattertilknytninger til Oslo universitetssykehus HF er sjekket.

⁵ Current Research Information System In Norway

Antall publikasjonspoeng, akkumulert pr 2. tertial

Klinikk	Pr 2. t. 2012	Pr 2. t. 2013	Pr 2. t. 2014
Klinikk psykisk helse og avhengighet	64,0	63,0	47,7
Medisinsk klinikk	105,0	98,0	116,3
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	100,0	92,3	97,6
Kvinne- og barneklubben	65,1	49,3	67,6
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	206,1	230,7	238,3
Hjerte-, lunge- og karklubben	59,7	48,2	44,5
Akuttklubben	19,5	21,0	22,4
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	184,0	158,9	163,8
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	19,9	19,3	18,3
TOTALT	822,8	803,0	812,4

Tabell 13. Tall er hentet fra helseforetakets database www.publika.no pr 5. september 2014. NIFUs beregningsmetode for helseforetak fra 2013 er delvis implementert, det vil si 150 % ekstra for internasjonalt samarbeid.

Antall publikasjonspoeng viser en liten økning totalt, som følge av en økning i det totale antall artikler. Det er poengtap knyttet til tidsskriftsnivå, eventuelt også noe på grunn av reduserte forfatterandeler. Når flere institusjoner samarbeider om en artikkel, reduseres den enkelte institusjons forfatterandel og dermed artikkelpoeng. Det er faglig ønsket med bredt samarbeid. En reduksjon i poeng pr artikkel må derfor ikke tolkes isolert som et tegn på redusert kvalitet.

Andel av artiklene som inkluderer utenlandsk forfatteradresse

Klinikk	Pr 2. t. 2012	Pr 2. t. 2013	Pr 2. t. 2014
Klinikk psykisk helse og avhengighet	40,6 %	45,9 %	34,4 %
Medisinsk klinikk	38,7 %	41,6 %	41,0 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	36,4 %	32,9 %	29,1 %
Kvinne- og barneklubben	40,9 %	40,2 %	41,7 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	45,3 %	45,6 %	43,7 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	38,7 %	35,4 %	40,3 %
Akuttklubben	28,3 %	37,1 %	31,3 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	39,1 %	42,2 %	37,8 %
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	21,3 %	19,6 %	16,9 %
TOTALT (unike artikler)	43,6 %	45,0 %	41,2 %

Tabell 14. Tall er basert på helseforetakets database www.publika.no pr 5. september 2014.

Underliggende tall viser at *antall* artikler med utenlandsk medforfatter har økt, men det totale antall artikler har økt relativt mer, slik at andelen med utenlandsk medforfatter går ned.

Klinikk	Pr 2. t. 2012	Pr 2. t. 2013	Pr 2. t. 2014
Klinikk psykisk helse og avhengighet	23,8 %	29,4 %	23,3 %
Medisinsk klinikk	22,6 %	22,8 %	21,8 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	21,2 %	23,8 %	17,3 %
Kvinne- og barneklubben	17,4 %	19,7 %	18,7 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	24,5 %	27,6 %	23,4 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	23,4 %	21,2 %	20,2 %
Akuttklubben	6,5 %	17,1 %	16,7 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	21,2 %	20,8 %	22,7 %
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	19,7 %	19,6 %	22,0 %
TOTALT (ut fra unike artikler)	21,7 %	24,9 %	20,6 %

Tabell 15. Andel av artiklene som er publisert i tidsskrifter på nivå 2

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:

Nivå 2: Ledende tidsskrifter som utgir omtrent 20 % av publikasjonene. Vekt 3

Nivå 1: Alle andre tidsskrifter som inngår i målesystemet. Vekt 1

Underliggende tall viser at også *antallet* artikler på nivå 2 har gått litt ned fra 2013.

Klinikk	Pr 1. halvår 2012	Pr 1. halvår 2013	Pr 1. halvår 2014
Klinikk psykisk helse og avhengighet	5	10	3
Medisinsk klinikk	8	10	12
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	9	11	20
Kvinne- og barneklubben	6	7	10
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	24	29	26
Hjerte-, lunge- og karklubben	7	9	6
Akuttklubben	2	2	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	22	15	16
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	0	0	1
TOTALT	83	93	95

Tabell 16. Antall doktorgrader, akkumulert pr 1. halvår. Tallene for 2012 og 2013 er basert på NIFU sin liste over godkjente doktorgrader. Tallene for 2014 er basert på utlisting fra Universitetet i Oslo, og vil kunne bli korrigert og supplert på et senere tidspunkt. Halvårstall

Antall doktorgrader, med arbeid hovedsakelig utført ved Oslo universitetssykehus HF, flater ut i 2014, noe som kunne forventes ut fra en gradvis vridning av ekstern finansiering bort fra doktorgradsstipend og over mot postdoktorstipend og annen støtte, samt fagmiljøenes veiledningskapasitet. Merk at dette er tall for 1. halvår, og ikke pr 2. tertial. Fra og med 2014 rapporteres avlagte doktorgrader halvårlig for å lette rapporteringen, som er avhengig av data fra Universitetet i Oslo, der rapporteringen skjer pr halvår.

Oslo universitetssykehus HF vedtok å opprette et prøvemedlemskap i Forskning.no, hvor sykehuset etablerer en fast blogg for forskning. Dette er et tiltak innenfor rammen av sykehusets strategi for forskningsformidling. Sykehuset setter i høst opp en rutine for faste leveranser av blogginnlegg fra klinikkens forskningsledere.

6.2 Innovasjon

Alle patenterbare ideer/oppfinnelser vurderes og håndteres av selskapet Inven2, som eies av Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo sammen. Sykehusets idépoliklinikk mottar og viderefører ikke-patenterbare ideer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner.

Idépoliklinikken bistår også andre sykehus i regionen

Klinikk	Akkumulert 2. tertial 2014		Totalt 2013	
	Inven2	Idépoliklinikken	Inven2	Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet		3	2	6
Medisinsk klinikk			5	1
Klinikk for kirurgi og nevrofag	4	2	7	3
Kvinne- og barneklirikken	6	1	5	2
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	18	2	17	3
Hjerte-, lunge- og karklinikken	7		6	4
Akuttklinikken		8	14	10
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	25	1	30	5
Oslo sykehusservice og Direktørens stab		13	2	4
Totalt	60	30	88*	39

Tabell 17. Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus HF.

* Merk at ideer/DOFI telles hos flere klinikker når ideen involverer flere klinikker. I totalsum er hver idé/DOFI kun talt én gang, og utgjør dermed ikke nødvendigvis summen av de andre tallene

Antall nye innmeldte oppfinnelser/ideer hittil i år er lovende når en ser totaltallene for 2013. Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken og Klinikk for diagnostikk og intervensjon er som tidligere dominerende i antall innleverte DOFI, og har derved også et stort antall pågående prosjekter hos Inven2.

Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2	Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	1	2
Medisinsk klinikk	2	
Klinikk for kirurgi og nevrofag	1	
Kvinne- og barneklirikken	1	2
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	22	4
Hjerte-, lunge- og karklinikken	5	1
Akuttklinikken	5	3
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	19	1
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	1	2
Totalt	57	15

Tabell 18. Pågående innovasjonsprosjekter pr 2.tertial 2014

Antall aktive/pågående innovasjonsprosjekter (uavhengig av når ideen er innmeldt) er relativt stabilt, og er i realiteten en funksjon av kapasiteten til Inven2 og Idépoliklinikken. Alle prosjektene håndteres i en strukturert prosess i fasene konseptualisering, verifisering/pilotering og implementering/lisensiering.

7. Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)

7.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelser

Det er i månedene mai - august 2014 registrert 10.870 brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Vi ligger i hovedsak på samme nivå som forrige tertial. Sammenlignet med tilsvarende periode i 2013 sees en nedgang på 433 brudd som tilsvarer 3,8 %. GAT er implementert for hele foretaket.

KLINIKK	Dag	Uke	4-ukers	Årsregel	Sum brudd
Klinikk psykisk helse og avhengighet	687	399	319	13	1418
Medisinsk klinikk	319	162	187	1	669
Klinikk for kirurgi og nevrofag	765	242	215	32	1254
Kvinne- og barneklubben	796	266	181	26	1269
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	681	340	376	55	1452
Hjerte-, lunge- og karklubben	572	455	330	39	1396
Akuttklubben	1513	540	508	0	2561
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	166	136	62	0	364
Oslo sykehusservice	132	232	123	0	487
Totalt	5631	2772	2301	166	10870

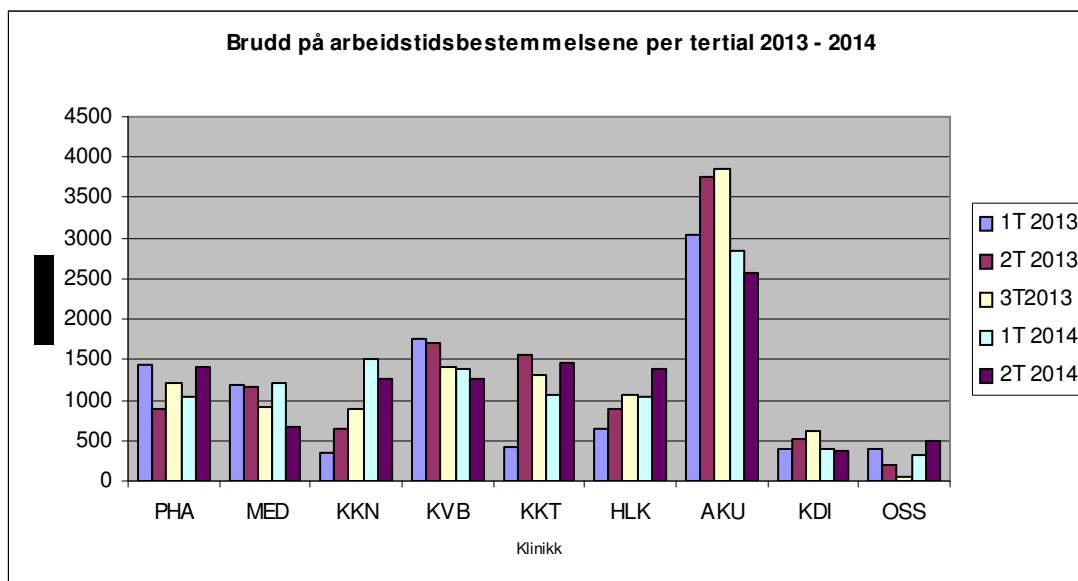
Tabell 19. Antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene andre tertial 2014 sortert på type brudd og fordelt på klinikk

Antall brudd på dag- og ukesreglene er tilnærmet uendret sammenliknet med første tertial. Brudd på fireukersregelen er gått ned 145, mens årsbrudd øker som forventet i andre tertial.

Medisinsk klinikk, Kvinne- og barneklubben, Akuttklubben og Klinikk for diagnostikk og intervensjon viser alle en god utvikling med nedgang i antall brudd over tid. Akuttklubben representerer fortsatt en stor andel av brudd ved foretaket, men viser laveste nivå siden tertialrapportering av brudd startet. Klinikkerne omtalt i dette avsnittet viser nedgang i samtlige typer brudd sammenliknet med 2013.

Klinikk for kirurgi og nevrofag viser reduksjon i brudd sammenliknet med det høye antallet brudd i første tertial 2014, men ligger høyt sammenliknet med tilsvarende periode i 2013. Det er tidligere redegjort for at økningen i brudd fra 2013 til 2014 er skjedd som en følge av kvalitetsforbedring i rapporter etter overgangen til GAT.

Klinikk for psykisk helse og avhengighet, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben, Hjerte-, lunge og karklubben og Oslo sykehusservice viser økning i brudd sammenliknet med første tertial i år. Felles i disse klinikkerne er at tilfeller av brudd knyttes i stor grad til akutte forhold (akutt sykdom, utrykning, katastrofealarm) eller sykdom under ferieavvikling hvor tilgang til ekstra bemanning har vært begrenset.



Figur 10. Utviklingen av brudd per klinikk over tid

Tiltak for å unngå overtid og brudd

Årsaker til overtid er mange og sammensatte. Kompetansekrav i kombinasjon med høy aktivitet fremheves som hovedårsak til at tilfeller av brudd på arbeidstidsbestemmelsene øker, sammen med et bedre rapporteringsgrunnlag som omtalt tidligere. GAT er implementert for hele foretaket og arbeidet med kvalitetssikring har fortsatt inn i andre tertial.

Arbeidet med tiltak for å unngå brudd skjer kontinuerlig, med fokus på følgende områder:

- Kvalitetssikring og utvikling av aml-rapporter i GAT i samarbeid med leverandør
- Tett oppfølging fra sentral HR-stab i klinikker med avdelinger som har store utfordringer
- Strategisk rekruttering og videreutdanning av spesialkompetanse
- Målrettede tiltak innen ressursplanlegging og turnusplanlegging i utsatte enheter
- Sykefraværsoppfølging og forebygging av sykefravær
- Kompetanseheving innen ressursplanlegging og regelverk hos ledere i linjen

Oslo universitetssykehus HF har fortsatt tett samarbeid med Arbeidstilsynet hvor brudd er tema, og da spesielt tilsynet sykehuset nå er underlagt. Samarbeidet mellom HR-direktør og foretakstillitsvalgte, hvor målet er en overordnet diskusjon rundt felles tiltak for å unngå overtid og brudd, fortsetter i 2014.

Arbeidstilsynets tilsyn med arbeidstid

Oslo universitetssykehus HF er underlagt tilsyn med arbeidstid fra Arbeidstilsynet i 2014. Tilsynet omfatter Medisinsk klinikk, Kvinne- og barneklubben, Akuttklubben, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Klinikk for kirurgi og nevrofag og Oslo sykehuservice.

Første rapporteringsperiode er gjennomført og en foreløpig oppsummering av funn viser at det overveiende flertall av brudd er begrunnet med sykdom og behovet for nødvendig

kompetanse. Det er få brudd som skyldes dobbelvakter, mens om lag 10 % av bruddene i denne perioden skyldes bytte av vakt.

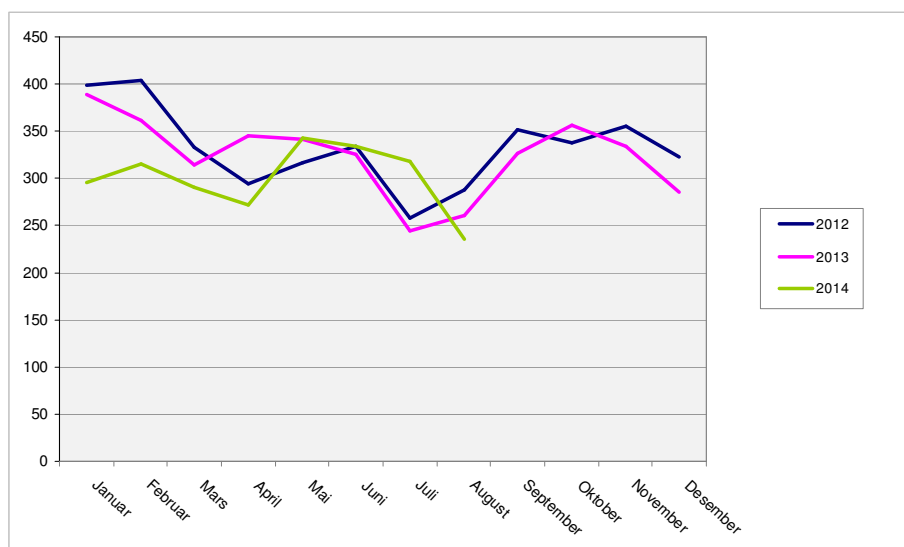
Sykehuset vil fokuseres særskilt på vaktbytter i det videre arbeidet med å forhindre brudd. Videre vektlegger alle klinikkene kompetanseheving for leger og tillitsvalgte, og for ledere som et fokusområde i det videre arbeidet. Det skal også arbeides videre med retningslinjer for å utarbeide turnus.

Funn fra dette tilsynet vil beskrives nærmere når andre periode av tilsynet er gjennomført og Arbeidstilsynet har konkludert.

7.2 Helse Miljø Sikkerhet (HMS) avvik

HMS-avvik er forhold (uønskede hendelser, tilløp til slike og uønskede tilstander) som ikke er i tråd med de målsetninger Oslo universitetssykehus HF 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.

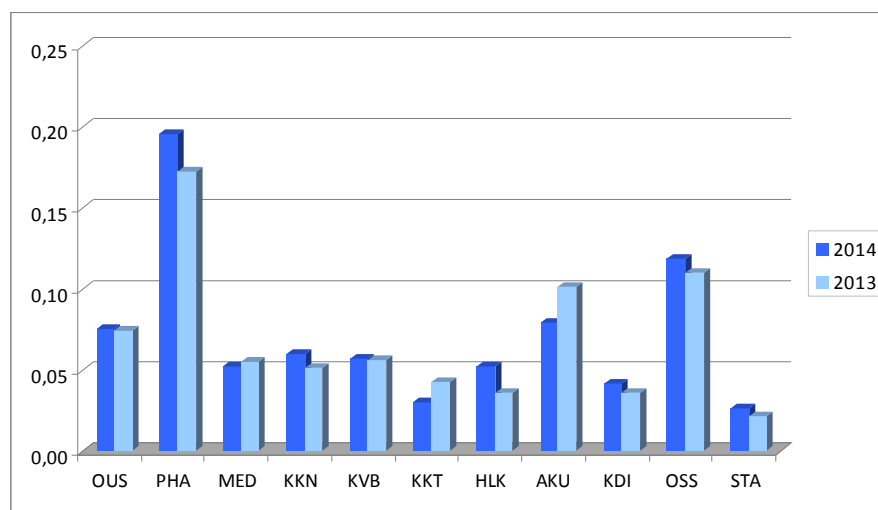
Registrerte HMS-avvik



Figur 11. Oversikt over utviklingen i melding av HMS-avvik for perioden 1. tertial 2012 til og med 2. tertial 2014. Kilde: Achilles.

Det ble meldt 1.230 HMS-avvik i 2. tertial 2014 sammenliknet med 1.171 HMS-avvik i samme periode i 2013, hvilket er en økning på 5 %. I hovedsak skyldes dette inneklimatevnik relatert til varmebølgen i sommer og smittevern-avvik.

Registrerte HMS-avvik / årsverk

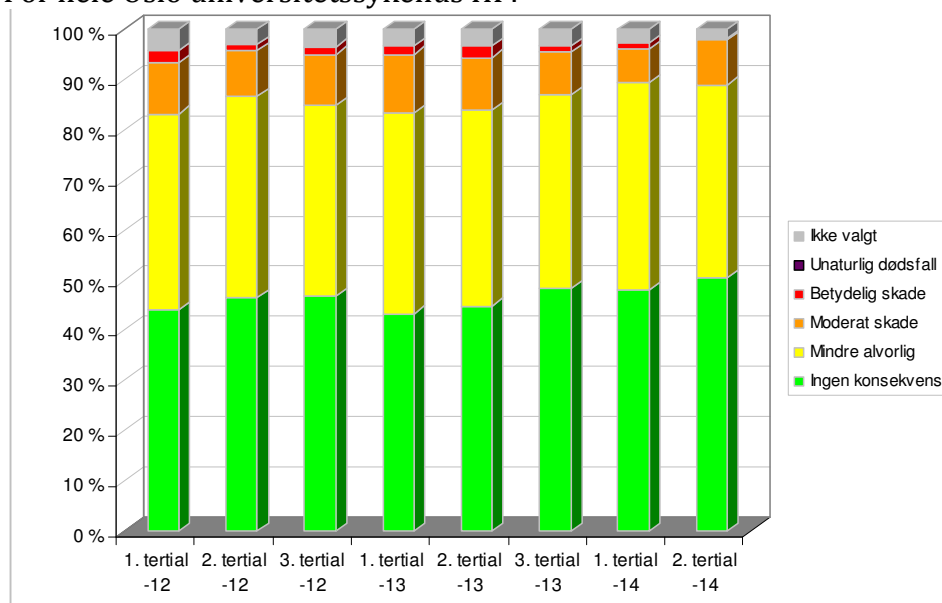


Figur 12. Totalt antall registrerte HMS-avvik/årsverk i 2. tertial 2014 sammenliknet med samme periode i 2013.

Tertialsnittet for Oslo universitetssykehus HF er omtrent uforandret. Det er ganske store variasjoner klinikkene imellom. Fra 0,20 (Klinikk psykisk helse og avhengighet) til 0,03 (Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken). 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 sykehusservice som er litt kunstig forhøyet fordi de får overfører ansvaret for enkelte avvikstyper fra andre klinikker (gjelder eksempelvis bygningstekniske avvik, smittevern, brann og renhold).

Reell konsekvens

For hele Oslo universitetssykehus HF:



Figur 13. 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.

Ca. 89 % av de registrerte HMS-avvikene i 2. tertial 2014 er vurdert av ansatt/leder å ha ingen eller mindre alvorlig reell konsekvens. Det er det samme som ved forrige tertial.

5 HMS-avvik ble vurdert av melder og leder til å ha betydelig faktisk skade/konsekvens. Tiltaksstatus for disse er gjennomgått:

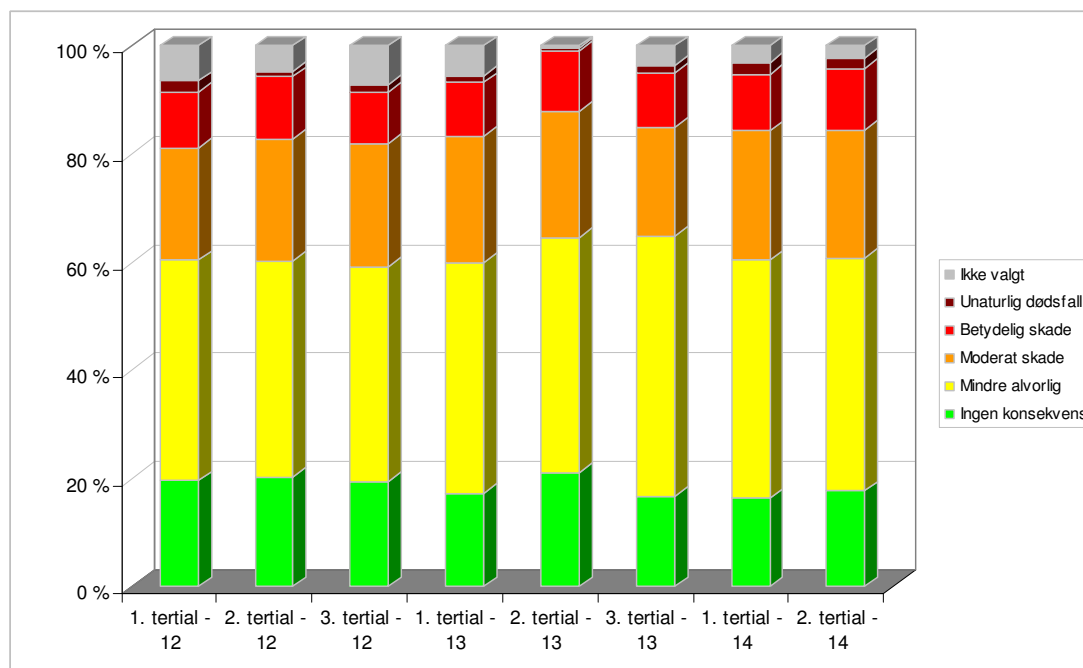
Avvikstype	Lukket Adekvate tiltak implementert	Lukket Ingen tiltak	I arbeid Adekvate tiltak igangsatt	I arbeid Ingen tiltak
Muskel/Skjelettskade	2			
Ergonomi			1	
Bemanning			1	
Støyskade	1			

Tabell 20.

110 HMS-avvik ble vurdert av melder til å ha moderat faktisk skade/konsekvens. De fordeler seg med 57 avvik innen avviksgruppen "Skade på ansatt", og hvor 23 er "Muskel/skjelettskade" og 11 "Fysisk vold". Mens det er 30 avvik innen "Arbeidsmiljø", og hvor 7 "Inneklimate" er den største undergruppen.

Potensiell konsekvens

For hele Oslo universitetssykehus HF:



Figur 14. HMS-avvik. Potensiell konsekvens. Kilde: Achilles.

Skadepotensialet er større enn den reelle/faktiske skaden. Som for reell konsekvens er profilen ganske lik klinikkene imellom. For reell konsekvens summerer oransje, rød og mørkerød seg til 11 %, mens for potensiell konsekvens summerer de seg opp til 39 %. Det er omtrent det samme som forrige tertial.

20 avvik ville i verste fall kunne medført unaturlig dødsfall / katastrofal skade. 9 av disse avvikene (45 %) er vurdert av melder til å ha ingen eller ubetydelig faktisk konsekvens, men de har altså et stort skadepotensiale. Tiltaksstatus for disse 20 avvikene er gjennomgått:

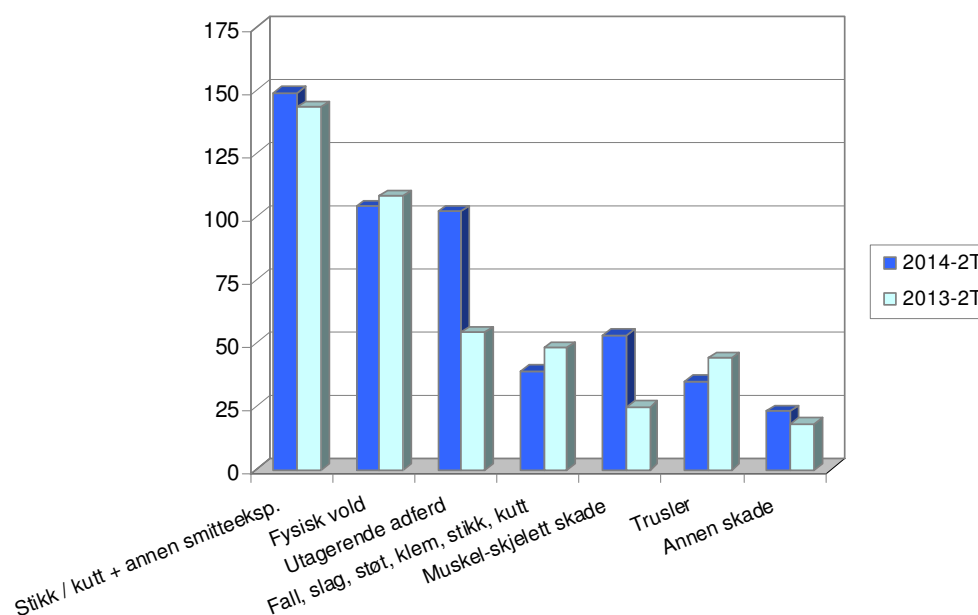
Avvikstype	Lukket Adekvate tiltak implementert	Lukket Ingen tiltak	I arbeid Adekvate tiltak igangsatt	I arbeid Ingen tiltak
Opplæring i bruk av utstyr			1	
Lagring av gassflasker			1	
El sikkerhet			1	6
Bemanning		3		1
Mangelfull opplæring	2			
Teknisk utstyr	3			
Trusler	1			
Brannvern			1	

Tabell 21. Tiltaksstatus for HMS-avvik med betydelig potensiell skade/konsekvens.

142 avvik kunne ført til betydelig skade. De største avvikstypene her er;

- "Stikk / kutt med smitterisiko" med 20 avvik
- "Fall/slag/støt/klem/stikk/kutt" med 15 avvik
- "Fysisk vold" med 15 avvik
- "Utagerende adferd" med 11 avvik

De hyppigst meldte HMS-avvikene



Figur 15. De hyppigst meldte HMS-avvikene. Kilde: Achilles.

Skade på ansatt

Totalt ble det registrert 505 avvik i hovedgruppen "Skade på ansatte" i 2. tertial 2014. Det er 65 avvik mere enn i samme periode i 2013.

Den største avviksgruppen var:

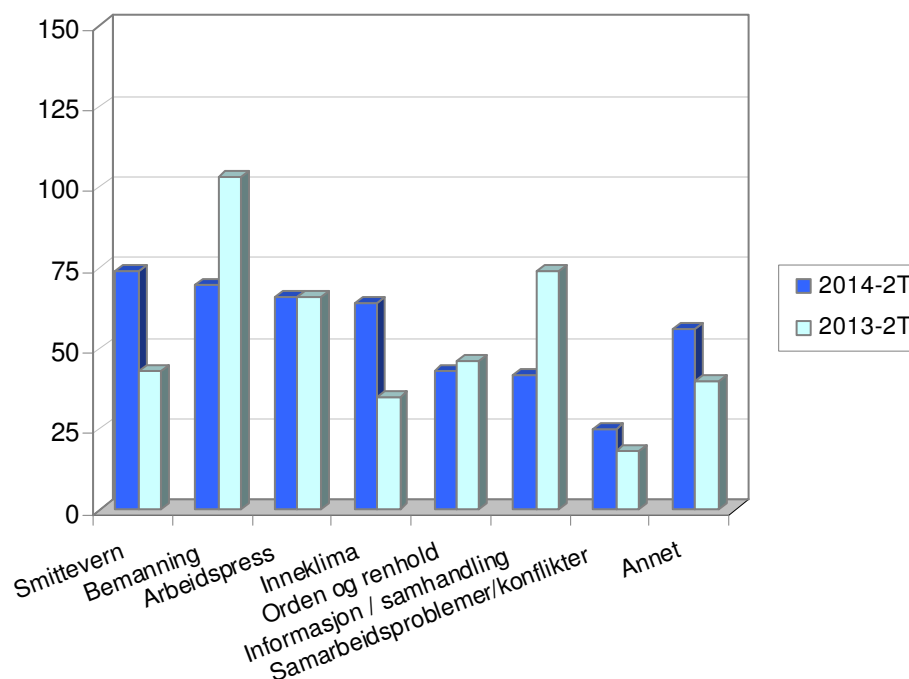
- "Stikk / kuttskader + Annen smitteeksponering" med 149 avvik.
- "Fysisk vold med" med 104 avvik
- "Utagerende adferd" med 102 avvik.

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). Hendelsene ser i økende grad også 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.

Arbeidsmiljø



Figur 16. De hyppigst meldte Arbeidsmiljø avvikene. Kilde: Achilles.

Det ble registrert 440 avvik i hovedgruppen "Arbeidsmiljø" i 2. tertial 2014 mot 425 i samme periode i 2013, altså omtrent likt antall.

Den største avviksgruppen i 2. tertial 2014;

- "Smittevern" med 74 avvik, 70 % mer enn i samme periode i 2013. Eksempler på avvikstitler er: Ukjent smittevernprosedyre, prosedyre ikke fulgt, urene instrumenter, dårlig merking av smitte, mangelfullt smitteregime, manglende informasjon om smitte, ikke smittevasket.
- "Bemanning" med 70 avvik – 30 % mindre enn samme periode i 2013. Eksempler på avvikstitler er: Sommerferieavvikling, bemanning helg, personellmangel, manglende kompetanse, mangel på ressurser, samtidighetskonflikt på legesiden, for få ansatte på vakt, høy arbeidsbelastning, overtid.
- "Arbeidspress" 66 avvik. Eksempler på avvikstitler er: Stort arbeidspress, manglende matpause, ikke nok personell, overbelastning, ressursmangel, doble vakter, overtid.
- "Inneklima" 64 avvik
- "Orden og renhold" 43 avvik
- "Informasjon/samhandling" 42 avvik
- "Samarbeidsproblemer/konflikter" 25 avvik

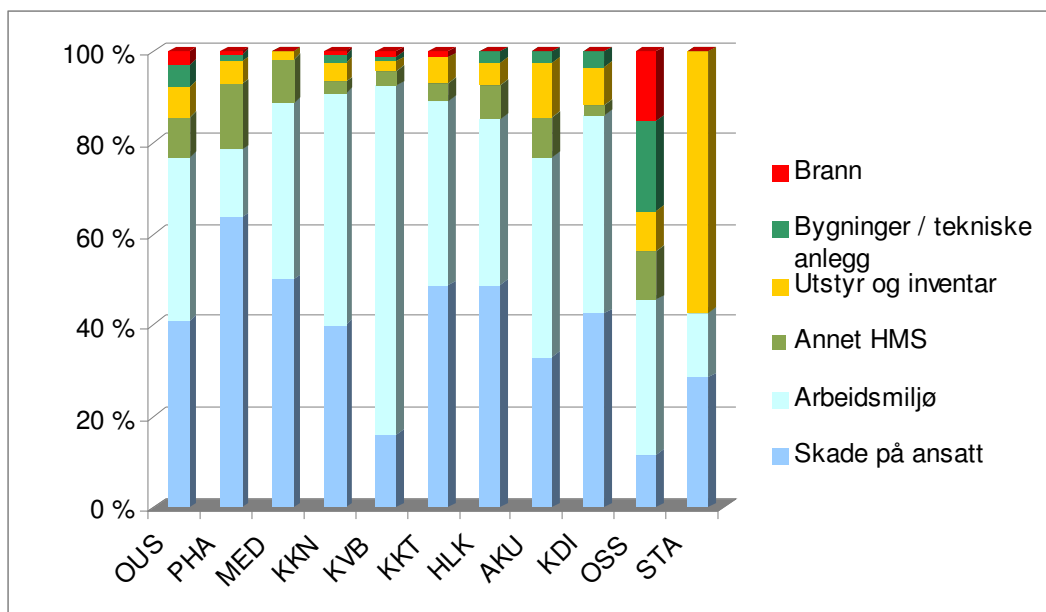
I "Annet" inngår: Dagslys og belysning, ergonomi, kjemikalier, ledelse, omstilling, plassforhold, støy, bygninger med tilhørende tekniske anlegg, brann, utstyr og inventar, avfall, ytre miljø, annet HMS.

Klinikkvis meldeprofil

	Totalt	Skade på ansatt	Arbeids miljø	Annet HMS	Utstyr og inventar	Bygninger/ tekniske anlegg	Brann
Oslo universitetssykehus HF	1230	506	440	109	81	57	37
Klinikk psykisk helse og avhengighet	371	236	55	54	18	5	3
Medisinsk klinikk	62	31	24	6	1	0	0
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	122	49	62	3	5	2	1
Kvinne- og barne-klinikken	93	15	71	3	2	1	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjons-klinikken	74	36	30	3	4	0	1
Hjerte-, lunge- og kar-klinikken	41	20	15	3	2	1	0
Akutt-klinikken	169	56	74	15	20	4	0
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	87	37	38	2	7	3	0
Oslo sykehusservice	206	24	70	22	18	41	31
Direktørens stab	7	2	1	0	4	0	0

Tabell 22. Oversikt over hvordan HMS-avvikstypene fordeler seg på hovedkategorier i klinikkene i 2. tertial 2014:

Tabell 22 er i figuren nedenunder fremstilt grafisk, og viser forholdsmessig fordeling av avvikstypene i den enkelte klinikk:



Figur 17. Oversikt over hvordan HMS-avvikstypene fordeler seg på hovedkategorier i klinikkene i 2. tertial

Figuren avspeiler klinikkvise forskjeller i arbeidsmiljøutfordringer, avvikskultur og meldekultur. Nedenunder nevnes de største avviksgruppene i hver klinikk:

Klinikk	De største avviksgruppene
Klinikk psykisk helse og avhengighet	Utagerende adferd, fysisk vold, brudd på sikkerhetsrutiner, trusler, bemanning
Medisinsk klinikk	Stikkskader, bemanning, fysisk vold, utagerende adferd
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	Stikkskader, smittevern, inneklime, bemanning
Kvinne- og barne-klinikken	Arbeidspress, bemanning, ledelse, stikkskader
Kreft-, kirurgi- og transplantasjons-klinikken	Stikkskader, smittevern, arbeidspress
Hjerte-, lunge- og kar-klinikken	Stikkskader, smittevern, stråleeksponering
Akutt-klinikken	Stikkskader, smittevern, samarbeidsproblemer/konflikter
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	Stikkskader, smittevern
Oslo sykehusservice	Orden/renhold, manglende vedlikehold av bygning. inkl. tekniske anlegg, inneklime
Direktørens stab	IT-utstyr/IT-system

Tabell 23. De største avviksgruppene i hver klinikk. Kilde: Achilles.

Tiltaksstatus

I andre tertial 2014 ble det totalt registrert 1230 HMS-avvik, men kun 328 HMS-tiltak i avvikssystemet Achilles. Dette representerer nok langt ifra alle gjennomførte tiltak grunnet en hvis grad av feilregistrering i systemet.

Det systematiske forebyggingsarbeidet kan bli bedre. Det er mange gjengangere blant avvikene.

For det totale systematiske HMS-arbeidet og hvor HMS-avvik er en mindre del, kan en bruke eHMS for å innhente status om sakstyper; både på planlagte og gjennomførte tiltak.

Tiltaksstatus i eHMS pr. 12. september 2014 er:

Det er registrert 4.442 tiltak i 437 HMS-handlingsplaner.

Dette vil si at hver handlingsplan i snitt inneholder ca. 10 tiltak hvorav:

- 25 % er gjennomført (1.122)
- 35 % er i arbeid (1.543)
- 40 % ikke er påbegynt (1.777)

Klinikk	Gjennomført tiltak
Klinikk psykisk helse og avhengighet	14 %
Medisinsk klinikk	17 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	19 %
Kvinne- og barne-klinikken	33 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjons-klinikken	24 %
Hjerte-, lunge- og kar-klinikken	5 %
Akuttklinikken	19 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	37 %
Oslo sykehuservice	33 %
Direktørens stab	20 %
Oslo universitetssykehus HF	25 %

Tabell 24. Klinikkvise dokumenterte gjennomførte tiltak. Kilde: eHMS

Under følger en oversikt over "10 på topp" for antall planlagte tiltak etter HMS-runden høsten 2013:

- 601 Arbeidslokaler/fellesarealer
- 341 Faglig utvikling
- 253 Forbedringer – avvik, feil, gjøre ting bedre
- 240 Inneklima
- 226 Ergonomi
- 201 Arbeidsbelastning
- 200 Verdier – kvalitet, trygghet, respekt
- 198 Sosialt samspill
- 157 Arbeidsglede
- 150 Brannvern

Effekten av de tiltakene som faktisk er gjennomført er vurdert i eHMS.

Gjennomsnittlig risikovurdering før tiltak var vurdert som gul, og etter gjennomføring av tiltak vurdert grønn.

Med andre ord har de gjennomførte tiltakene hatt god effekt. Dette gjelder for alle temaer.

Siden hele 75 % av tiltakene ikke er gjennomført, er det sett på hvilke tiltak dette er.

De største gruppene av ikke gjennomførte tiltak etter HMS-runden pr. 12. september 2014 er:

- 500 Arbeidslokaler og fellesarealer
- 277 Faglig utvikling
- 207 Forbedringer
- 175 Verdier (kvalitet, trygghet og respekt)
- 167 Sosialt samspill
- 157 Arbeidsbelastning
- 156 Inneklima
- 135 Ergonomi

Dette er i stor grad de samme tiltakene som på "10 på topp".

8. Kommunikasjon og omdømme

Internett

Sykehusets primære målgruppe er pasientene og deres pårørende. Den viktigste kommunikasjonskanalen overfor disse, i tillegg til den direkte pasientkontakten, er Internett. 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 ble arbeidet med å slutføre prosjektet som har stått for utvikling av regionens nye internettløsning på Sharepoint 2013. Fortsatt finnes det feil og mangler i løsningen, men i all hovedsak formidles informasjon til befolkningen på en god måte, mer stabilt enn på gammel løsning.

Målet med ny løsning er todelt: En mer stabil driftssituasjon og en revidering av sidens grafiske elementer og oppbygning.

Opplæring av sykehusets lokale redaktører pågår kontinuerlig.

Sykehuset har totalt drøye 500 lokale redaktører. Redaktørene opplever den nye løsningen som enklere å bruke.

Status for fagstoffet som er publisert ved utgangen av første tertial 2014 på nettsiden er:

- 416 diagnoser
- 150 undersøkelser
- 233 behandlinger
- 1 pasientforløp

Det fins ingen god, enkel måte å få ut tallet på antallet kliniske studier i den nye internettløsningen, men sykehuset tar et initiativ regionalt for å få dette til så snart som mulig.

546 enheter (klinikker, avdelinger, seksjoner og sentre (nasjonale og regionale tjenester, fag-, behandlings- og kompetansemiljøer)) presenterer seg på nett.

Oslo universitetssykehus HF deltar også i det nasjonale prosjektet "Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten – én helseportal", i regi av landets fire regionale helseforetak.

Kvalitet på nett

I andre tertial ble det publisert en ny læringssak (3-3 melding).

Intranett

Sykehusets intranett skal være en sentral kanal for informasjon til og for medarbeiderne, og en kanal for kulturbygging og debatt. Intranettet er i tillegg en viktig inngang til ulike systemer og verktøy i sykehuset.

Det ble i juni 2014 tatt i bruk en ny søkemotor på intranettet, som skal bidra til at det blir lettere å finne fram i innholdet. Det pågår også et arbeid med å samle sykehusenes interne telefonkataloger i dette søket, slik at det blir bedre kvalitet på søk etter personer, enheter og telefonnumre. Dette arbeidet fortsetter utover høsten og vinteren.

Flere avdelinger og seksjoner bruker etter hvert intranettet mer aktivt som informasjonskanal innad i den enkelte enhet.

Mest besøkte verktøy/informasjonsider 1. mai – 31. august 2014 (antall besøk på siden):

	Type	Antall besøk
Avvikssystemet	Verktøy	277509
E-post på tvers av sykehus og PC'er (webmail)	Infoside	64545
Pasientreiser	Infoside	20530
Tjenester, systemer og andre nyttige ressurser	Infoside	12372
HR og Personal	Infoside	11830
Telefonkataloger i Oslo universitetssykehus	Infoside	9021
Felles EPJ (DIPS) i Oslo universitetssykehus	Infoside	8740
Tilbud og rabattavtaler til ansatte	Infoside	8703

Tabell 25. Mest besøkte verktøy/informasjonsider 1. mai – 31. august 2014 (antall besøk på siden)

Mest leste nyheter 1. mai – 31. august 2014 (antall besøk på siden):

	Type	Antall besøk
Nye regler om røyking på sykehus	Nyhet	3182
En mors takk	Nyhet	3145
Viktig at alle gjennomfører DIPS-opplæringen	Nyhet	2971
Skryt av sykehuset i VG	Nyhet	2969
Tyverier på sykehuset	Nyhet	2956
Ett felles nødnummer for Oslo universitetssykehus	Nyhet	2378
"Barnehospitalet" – ny TV-serie fra Oslo universitetssykehus	Nyhet	2337
To OUS-ansatte på listen over verdens mest innflytelsesrike forskere	Nyhet	2317

Tabell 26. Mest leste nyheter 1. mai – 31. august 2014 (antall besøk på siden)

Nyhetsbrev

I perioden (mai-august) har sykehusets ledelse gitt ut to nyhetsbrev.

I tillegg har klinikkene og staber gitt ut egne nyhetsbrev:

Klinikk	Antall nyhetsbrev
Klinikk for psykisk helse og avhengighet	2
Medisinsk klinikk	2
Klinikk for kirurgi og nevrofag	1
Hjerte- lunge- og karklinikken	1
Kvinne- og barneklubben	1
Kreft- kirurgi- og transplantasjonsklubben	1
Akuttklubben	Ingen nyhetsbrev, gir ut ukereporteringer
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	1 internt / 1 eksternt
Oslo sykehusservice	1

Tabell 27. Antall nyhetsbrev utgitt pr. klinikk

Informasjonskontaktmøter

Det er en dedikert informasjonskontakt i hver klinikk. Det arrangeres månedlige møter for nettverket av informasjonskontakter.

I andre tertial er det gjennomført to informasjonskontaktmøter med blant annet følgende temaer:

- Informasjon om EPJ-prosjektet til ulike yrkesgrupper
- LEAN-arbeid i sykehuset
- Mediehåndtering og bruk av sosiale medier

Åpen dag

Det er i andre tertial arrangert to åpne dager (mai og juni) for medarbeidere i sykehuset. Tilbudet har bestått av grunnkurs i internettpubliserings, samt åpen webcafé der brukerne kan få bistand med ulike nettpubliserings- og informasjonsoppgaver. Totalt 34 medarbeidere har deltatt på webcafédelen, mens 26 medarbeidere har deltatt på kursene i internettpubliserings.

Høsten 2014 blir dette tilbudet ikke videreført på grunn av at alle kursrom er booket til EPJ-kurs.

Politiske besøk til sykehuset i perioden

Det har vært stor regjeringsinteresse for Oslo universitetssykehus HF med hele fire politiske besøk i perioden:

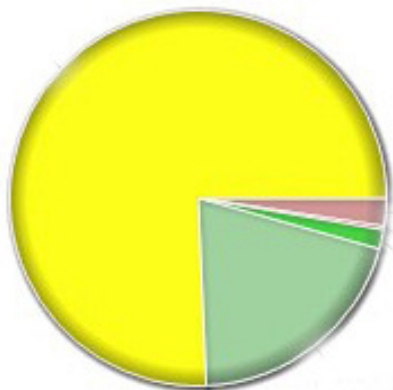
- 4. juni kom statsminister Erna Solberg og helse- og omsorgsminister Bent H. Høie på besøk i forbindelse med regjeringens lansering av revidert nasjonal helseberedskapsplan. Besøk i akuttmottaket Ullevål og demonstrasjon av CBRNe-beredskap.
- 13. juni kom helse- og omsorgsminister Bent H. Høie til Ullevål for å presentere en høringsuttalelse om fritt behandlingsvalg
- 25. juni kom statsminister Erna Solberg og helse- og omsorgsminister Bent H. Høie til Rikshospitalet. Anledningen; lansering av HelseOmsorg21 - en strategi for forskning og innovasjon
- 21. august kom kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen og helse- og omsorgsminister Bent H. Høie på besøk til Rikshospitalet for å bli bedre kjent med Sykehuskolen i Oslo.

Overordnede prosjekter med særlig kommunikasjonsfokus i perioden

- Opptak til TV-serien "Barneavdelingen" i samarbeid med ITV (20 episoder)
- Innovasjon og utvikling – søknad om støtte til utvikling av app for barn og ungdom
- Grønt sykehus
- Blodbanken – rekruttering av flere blodgivere
- EPJ-prosjektet
- Idefase Campus Oslo:
 - nettsider opprettet mars
 - idéfaserapport ferdigstilt juni 14
 - 4 allmøter avholdt i juni 14
 - film av allmøtet på Radiumhospitalet lagt ut på nett juli 14
 - idéfaserapporten sendt på høring juli 14

I media

Det er registrert 453 mediehenveler fra 1.mai -31.august 2014 – inklusive meldinger om pasientskade. Dette er noe færre enn forrige periode, men er som ventet med ferieavvikling i redaksjonene. Antall saker i mediene økte fra 5305 i første tertial til 6894 i andre tertial 2014.



Sakene i andre tertial 2014 ble vektet slik:

- Den gule andelen viser nøytrale saker (75 %)
- De grønne andelene viser positive saker (22 %)
- De røde andelene viser negative saker (3 %)

Figur 18

Andelen svakt positive og positive saker gikk svakt ned med to prosent fra forrige tertial, mens andelen svakt negative og negative saker gikk ned med seks prosent sammenlignet med forrige periode. Alle saker der sykehusets personell uttaler seg i kraft sin ekspertise er vektet som svakt positive.

I de 187 negativt vektete sakene dominerer følgende temaer:

- Responstid AMK
- Enkelthendelser knyttet til pasienter
- Behandlingen av asylsøkende gutt

I de 1489 positivt vektete sakene dominerer følgende temaer:

- Ebola
- Ekspertuttalelser
- Føflekk-kreft
- Transseksualisme og tv-serien "Født i feil kropp"
- Mange overdoser i Oslo i sommer

De 5218 nøytralt vektete sakene handler om svært mange ulike temaer. I mange av dem er sykehuset nevnt uten å spille noen sentral rolle. Omtale av skadde pasienter brakt til Oslo universitetssykehus HF (utgjør en stor andel), trøbbel med nødnummeret, flytting av AMK Østfold til Oslo, forskning ved Rettsmedisinsk institutt, debatt rundt Idéfase-prosjektet Campus Oslo og terrorberedskap ved sykehuset.

Sosiale medier

Det er fortsatt en økning i antall følgere i sosiale medier. På Facebook har sykehuset 2088 følgere, på Twitter (@oslounivsykehus) har sykehuset nå 4800 følgere. Oslo universitetssykehus HF har også etablert konti på Instagram og YouTube, uten at disse er tatt særlig i bruk så langt.

Sakene som er mest lest på Facebook sprer seg på svært ulike temaer, eksempler er soppforgiftning, DIPS og TV-serien *"Født i feil kropp"*.

De sakene som har hatt flest lesere er begge knyttet til artikler på egne internettsider om henholdsvis topprangering av forskere ved Oslo universitetssykehus HF og om Idéfase Campus Oslo – *"Nå planlegges fremtidens sykehus"*.

Det virker som at pasienter og pårørende i økende grad aktiviserer seg i sosiale medier for å påvirke. Noen er misfornøyde med ventetider, medisinsk behandling eller samarbeid mellom avdelinger eller sykehus. Når disse blir publisert på plattformer som er knyttet til større mediehus, blir de delt av mange, uten at det stilles spørsmål ved fremstillingen.

Andre har innspill knyttet til velferdstilbudene. Det ble i sommer kjørt en kampanje på Twitter og Facebook for å få trådløs internett på barneavdelingen på Rikshospitalet. For tiden pågår en kampanje for å få gjenåpnet trivselsbassenget på Radiumhospitalet, som har vært stengt på grunn av legionellabakteriene i vannrørene.

9. Referansetabeller

9.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 2. tertial 2014

Tilsyns-dato	Tilsyns-etat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Kommentar - status	Avvik i forhold til internkontroll-krav									
							Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakers kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke	rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygg/ anlegg/ utstyr	
24.07.	Mattilsynet	Uanmeldt mattilsyn	Hovedkjøkken Rikshospitalet	0	0	Lukket										
25.06.	Arbeids-tilsynet	Bekymringsmelding om arbeidsmiljøet ved portørtjenesten	OSS transport	0	0	Lukket										
15.05.	Mattilsynet	Uanmeldt Mattilsyn postkjøkken	Hovedkjøkken Rikshospitalet	1	1	Lukket										1
15.05.	Mattilsynet	Uanmeldt tilsyn ved hovedkjøkken Ullevål	Hovedkjøkken Ullevål	3	3	Lukket					2					1
13.05.	Fylkesmannen helseavd.	Forsvarlig pasientforløp	Nevrokirurgisk avdeling	2	0	Besvart med oversendt handlingsplan.				2						
06.05.	Det lokale eltilsyn (netteier)	Elektriske anlegget på pasienthotellet, bygg 10	Oslo sykehusservice Elektroseksjonen, Ullevål	2	2	Lukket										2

Tabell 28. Eksterne tilsyn gjennomført i 2. tertial 2014

9.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid

Tilsyns-dato	Tilsynsetat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Kommentar - status
22.10.13	Statens legemiddelverk	Påse at den kliniske utprøvingen gjennomføres i henhold til gjeldende regelverk	Kvinne- og barneklirikken Barnemedisinsk avd	17	16	Besvares i henhold til frist i oktober.
25.11.13	Mattilsynet	Revisjon av postkjøkken	Hjerte-, lunge karklinikken Thoraxkir. intensivpost 1 Rikshospitalet	1	1	I arbeid. Midlertidig løsning iverksatt, men permanent løsning avhengig av bygningsarbeider. Utvidet frist til 01.01.15.
25.02.14	Statens strålevern	Temarettet tilsyn kardiologisk intervensjon	Hjerte-, lunge karklinikken Kard angio-lab RH-seksjon	2	1	Besvares innen frist 01.11.14.
11.03.14	Fylkesmannens helseavd.	Landsomfattende tilsyn: Undersøke om HF'et gjennom systematisk styring og ledelse sikrer barn og unge forsvarlig psykisk helse	Klinikk psykisk helse og avhengighet BUP Oslo Nord	1	1	I arbeid. Besvares innen frist 15.10.14.

Tabell 29. Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid.

For Arbeidstilsynets oppfølging av AML-brudd se også kapittel 7.1

9.3 Interne revisjoner IK-mat

Sted:	Dato:	Antall avvik:
Hovedkjøkken Rikshospitalet	04.03.14	20 avvik, 2 bifunn
Hovedkjøkken Ullevål	05.03.14	13 avvik, 0 bifunn
ORTS 3, Aker Sykehus	06.05.14	11 avvik, 1 bifunn
Rusakuttmottak sengepost, Aker	06.05.14	11 avvik, 1 bifunn
URO B, Aker	06.05.14	5 avvik, 2 bifunn
GERS 3, Ullevål	02.06.14	5 avvik, 2 bifunn
NKIS 1, Ullevål	22.05.14	11 avvik, 1 bifunn
TKAS 1, Ullevål	22.05.14	10 avvik, 1 bifunn
BAMI 1, Ullevål	20.05.14	7 avvik
INTI 2 Generell intensiv, Ullevål	20.05.14	7 avvik
KABSU, Ullevål	20.05.14	10 avvik, 2 bifunn

Tabell 30. Interne revisjoner IK-mat

Målgruppe: Foretaksstyret – Styresak 55/2014.
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Dato: 30. oktober 2014
Fil: - LGG-2- 2014 Indikatorer v27.doc

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	30. oktober 2014
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling
Vedlegg:	Tabellvedlegg

SAK 56/2014 RAPPORTERING PER SEPTEMBER 2014

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen for september 2014 til orientering.

Oslo, den 23. oktober 2014

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Gjennomgangen av status og resultater per september 2014 viser kortfattet følgende:

- Samlet aktivitet innenfor somatikken hittil i år er 0,4 prosent lavere enn aktivitetsmålet i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Det styrevedtatte budsjettet forutsetter imidlertid høyere aktivitet innenfor somatikken i 2014 enn måltallet fra Helse Sør-Øst RHF, og målt mot periodisert aktivitetsbudsjett er det et negativt avvik på 1,7 prosent.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne er liggedøgn og poliklinisk aktivitet høyere enn de periodiserte måltallene. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er den polikliniske aktiviteten noe lavere enn budsjettet, mens antall liggedøgn er høyere enn budsjettet.
- Det er registrert færre liggedøgn enn budsjettet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn budsjettet, mens den polikliniske aktiviteten innenfor dette området i år er høyere enn planlagt.
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i september 93 dager, hvilket er på samme nivå som i 2013. 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. Ventetid for ventende pasienter er redusert fra 224 dager ved utgangen av september 2013 til 165 dager ved utgangen av september 2014.
- Tallet på langtidsventende (ventet i mer enn ett år) er sterkt redusert det siste året. Fra utgangen av september 2013 til utgangen av september 2014 er antall langtidsventende redusert fra om lag 4 000 til om lag 2 000.
- Av antall avviklede pasienter i september, var det oppstått fristbrudd for 737 pasienter (16 prosent) før tidspunkt for start helsehjelp. Antall fristbrudd for ventende pasienter var ved utgangen av samme periode på 1 021 (11 prosent), hvilket er en reduksjon på 695 (41 prosent) fra samme periode i 2013.
- Til og med september er det et negativt avvik i forhold til periodisert budsjett på om lag 10 millioner kroner. Økonomisk resultat for september var isolert sett om lag som budsjettet.
- Antall brutto månedsverk er i oktober 18 055 og i gjennomsnitt hittil i 2014 er det 17 790 brutto månedsverk. Det er i gjennomsnitt for 2014 utført 577 flere månedsverk enn i samme periode 2013 og 273 flere enn budsjettet.
- Sykefraværet til og med august 2014 er på 7,1 prosent, og er redusert fra 7,4 i samme periode i 2013.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør er fornøyd med at aktiviteten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hittil i år er bedre enn budsjettet for mange av indikatorene, og at aktiviteten gjennomgående er økt fra 2013 til 2014. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det et mindre avvik for antall polikliniske konsultasjoner, som forventes lukket i løpet av året slik at også aktiviteten innenfor dette området på årsbasis blir minst som budsjettet.

Innenfor somatikken har aktiviteten hittil i år vært lavere enn budsjettet. Det arbeides for å lukke avvik i forhold til budsjett, både for å sikre at helseforetaket leverer det

omfang av tjenester som er forutsatt i budsjettet, men også for å sikre de resultatene som er lagt til grunn for budsjettet mht økonomi og produktivitetsforbedring. Det vurderes imidlertid som svært krevende å lukke de akkumulerte avvikene, samtidig som det tas i bruk nytt pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal fra 20. oktober.

Budsjettet for 2014 forutsetter en økt aktivitet uten tilsvarende økning i ressursbruken i de somatiske klinikkene. Etter september er aktiviteten lavere enn budsjettet samtidig som bemanning og ressursforbruk (inklusive innleie) er høyere enn budsjettet. Dette er foruroligende og har betydning for inngangsfarten i 2015 og tilsier at det blir meget krevende å gjennomføre budsjettet for 2015.

Det økonomiske resultatet etter 9 måneders drift viser et underskudd på 10 millioner kroner. I resultatet inngår gevinst fra salg av eiendom (inkludert salg av Barnehagebygg AS) og andre forhold utenom ordinær drift med et netto overskudd på 60-65 millioner kroner hittil i år. Motstykket er betydelige underskudd i mange av de somatiske klinikkene. I tillegg er det store forskjeller i resultat mellom klinikkene. Også dette gjør arbeidet med budsjett 2015 krevende.

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 pasienter og fristbrudd av ventende pasienter. Antall fristbrudd av ventende pasienter reduseres imidlertid ikke så raskt som ønskelig, selv om det er utarbeidet detaljerte klinikkvise planer for å nå målet om null fristbrudd per utgangen av 2014. Det er derfor tett oppfølging av dette området. Planlagte tiltak for å øke utnyttelsen av kapasitet på poliklinikkene forventes å gi resultater både i forhold til økt aktivitet og reduksjon i antall fristbrudd.

I forbindelse med innføring av DIPS som pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal skal ventelistedata konverteres fra nåværende systemer til DIPS. Det er planlagt tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i den forbindelse, og spesielt med tanke på at ikke forskjeller i registreringsmåter og oppfølgingsmåter av ventelister og fristbrudd mellom nåværende systemer og den versjonen av DIPS som Oslo universitetssykehus HF innfører, skal bidra til at styringsdataene blir lite gjenkjennbare.

3. Pasientbehandling

3.1. Aktivitet somatikk

Per september er antall rapporterte DRG-poeng 0,4 prosent (omlag 620 DRG-poeng) lavere enn periodiserte måltall satt i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Internt er det imidlertid et negativt avvik på om lag 1,7 prosent som følge av at det er budsjettet med en noe høyere aktivitet internt enn det som følger av oppdragsdokumentet. Rapportert aktivitet i september omfatter noe etterregistrering av aktivitet fra 2. tertial 2014. Isolert for september vurderes aktiviteten å være om lag som budsjettet.

Sammenlignet med samme periode 2013 viser interne beregninger at aktiviteten innenfor somatikken reelt sett er økt med om lag 0,9 prosent.

Rapporterte aktivitetstall per september 2014 er korrigert ned med 1 125 DRG-poeng knyttet til beregnet effekt av feil rapportering av flere konsultasjoner samme dag.

Det er flere forhold som påvirker aktivitetsnivået hittil i 2014 sammenlignet med budsjett (og delvis med samme periode i 2013). De viktigste er:

- Høy aktivitet på enkelte områder (fødslar, barnemedisin, kreftbehandling, gastro- og barnekirurgi, revmatologi, hud og infeksjon)
- Forsinkelser i levering av medisinskteknisk utstyr (MTU)
- Relativt mild vinter medførte færre skader og akuttinnleggelser enn normalt (særlig innenfor ortopedi)
- Reduksjon i antall tracheostomier
- Redusert pasienttilgang innen åpen hjertekirurgi og færre transplantasjoner enn i 2013
- Omlegging fra døgn- til dagbehandling innenfor Medisinsk klinikk (NSTEMI)
- Forsinkelser i gjennomføring av tiltak for økt aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag

Under gis en kort beskrivelse av status i forhold til periodisert budsjett for hver av klinikkene:

Medisinsk klinikk har 2,2 prosent lavere aktivitet enn budsjettet hittil i år og om lag samme aktivitet som i 2013. Akkumulert avvik skyldes at det er gjennomført noen færre tracheostomier enn budsjettet, omlegging av NSTEMI-sløyfe fra døgnbehandling til dagbehandling og færre øyeblikkelig-hjelp-innleggelser enn forutsatt i budsjettet.

Klinikk for kirurgi og nevrofag har en aktivitet som er 2,8 prosent lavere enn budsjettet. Selv om det er negative avvik i forhold til budsjett for de fleste avdelingene har aktiviteten i de fleste avdelingene økt fra 2013. Samlet er klinikkens aktivitet økt med om lag 2 prosent fra 2013. Klinikkens aktivitet var bedre i september enn i august. Innenfor Øyeavdelingen, Plastikk-kirurgisk avdeling og Kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling var imidlertid aktiviteten lavere enn budsjettet også i september. Avvikene i september knyttes blant annet til kursaktivitet i forbindelse med opplæring i DIPS og ombygging av polikliniske rom (Øyeavdelingen).

Kvinne- og barneklubnikken har hittil i år en aktivitet som er 1,8 prosent lavere enn budsjettet og 0,8 prosent høyere enn i 2013. Aktiviteten ved Nyfødtintensiv avdeling har i 2014 vært vesentlig lavere enn budsjettet. Dette kompenseres delvis av høyere aktivitet ved Barneavdeling for nevrofag og Fødeavdelingen. Selv om antall fødsler hittil i år er høyere enn budsjettet har aktiviteten ved denne avdelingen vært lavere enn budsjettet i de siste månedene.

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubnikken har hittil i år en aktivitet som er 0,7 prosent over budsjettet nivå og 1,7 prosent høyere enn i 2013. Aktiviteten i september er 1,5 over budsjettet nivå og økt med 5,3 prosent i forhold til samme periode i 2013. Det er spesielt Avdeling for transplantasjonsmedisin som har aktivitet over budsjett i september, men avdelingen har akkumulert lavere aktivitet enn

budsjettert og en reduksjon i forhold til 2013 på 5,6 prosent. Avdeling for blodsykdommer, Avdeling for revmatologi, Avdeling for urologi og Avdeling for kreftbehandling har alle en vesentlig aktivitetsvekst hittil i år.

Hjerte-, lunge- og karklinikken har 5,5 prosent lavere aktivitet enn budsjettert og 2 prosent lavere enn i 2013. Dette knyttes i hovedsak til Thoraxkirurgisk avdeling (TKA) og Kardiologisk avdeling. Ved TKA er aktiviteten både lavere enn budsjettert og lavere enn i 2013. Hovedårsaken til avvik ved TKA er redusert pasienttilgang til åpen hjertekirurgi og nedgang i antall transplantasjoner. Ved Kardiologisk avdeling er aktiviteten hittil i år om lag 200 DRG-poeng høyere enn i samme periode i 2013, men lavere enn budsjettert. I budsjett 2014 er det planlagt økning med to nye senger og reåpning av et laboratorium. Laboratoriet ble reåpnet i juni etter utskifting av noe utstyr, men driften er ustabil på grunn at resten av utstyret i laboratoriet også er gammelt og ustabil. Økningen i antall senger har vært forsinket grunnet at leverandør ikke har kunnet levere bestilt overvåkningsutstyr. Dette ble levert medio september og er nå tatt i bruk. Aktiviteten ved Kardiologisk avdeling forventes etter dette å bli om lag som budsjettert resten av året. Det har også vært noe lavere aktivitet enn planlagt ved Lungeavdelingen, mens aktiviteten ved Karavdelingen har vært høyere enn budsjettert.

Sykehusledelsen har igangsatt flere tiltak for å sikre et aktivitetsnivå som planlagt for 2014. De samme tiltakene skal også sikre nedgang i antall fristbrudd, avvikling av langtidsventende og en generell reduksjon i ventetid til vurdering, utredning og behandling. Dette inkluderer blant annet følgende:

- Tiltaksgruppe som gjennomgår avdelinger med utfordringer og analyserer hele driften ved disse. Gruppen rådgir klinikkleder om tiltak som må iverksettes og rapporterer i tillegg til administrerende direktør
- Kirurgisk driftsstyre og driftsråd ble etablert i 2013 og har fokus på det kirurgiske området for å bedre koordinering og ressursutnyttelse av operasjonsstuekapasiteten og postoperativ/intensivkapasiteten i helseforetaket
- Bedre ressursutnyttelse på poliklinikk med fokus på å få ned andel pasienter som ikke møter, gjennomgang av kontrollrutiner og bedret logistikk samt reduksjon av flaskehals. Dette er et område som også er prioritert høyt av Helse Sør-Øst RHF.
- Bedret tilgang på styringsdata om aktivitet innenfor operasjon, sengeposter og poliklinikker.
- Det planlegges for innføring av utredningspakker for 6 store kreftområder som vil sikre bedre forløpstider, mindre flaskehals og bedre logistikk

Tiltakene forventes å gi effekt også i 2015.

3.2. Aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Innenfor voksenpsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 296 flere pasienter (25,9 prosent) enn plantall og antall liggedøgn er 2,9 prosent (1 493 liggedøgn) høyere enn

budsjettert. Sammenlignet med 2013 er antall utskrevne pasienter økt med 199 (16 prosent), mens antall liggedøgn døgntil behandling er redusert med 4 236 liggedøgn. Økningen i antall utskrevne døgntil pasienter knytter seg til både DPS og sykehusavdelinger (hovedsakelig akuttbehandling og regional enhet for spiseforstyrrelser). En stor del av reduksjonen i antall liggedøgn knyttes til avvikling av kjøp av døgntil plasser fra private fra juli 2013. Frem til dette tidspunktet kjøpte Oslo universitetssykehus HF døgntil plasser fra Kirkens bymisjon. Antall polikliniske konsultasjoner er 3,9 prosent (2 277 konsultasjoner) høyere enn plantall og 3,3 prosent (1 960 konsultasjoner) høyere enn i samme periode 2013. Den polikliniske aktiviteten i september har vært noe lavere enn budsjettert som følge av opplæring i DIPS.

Den polikliniske aktiviteten innenfor *barne- og ungdomspsykiatrien* er hittil i år 5,0 prosent (1 805 konsultasjoner) lavere enn plantall. Sammenlignet med 2013 er antall polikliniske konsultasjoner økt med 50 (1,2 prosent). Isolert for september har aktiviteten vært lavere enn budsjettert som følge av at det i periodisert budsjett ikke var tatt godt nok hensyn til aktivitetsreduksjon som følge av opplæring i DIPS. Satsning på pasientflyt og stabil bemanning har gitt gode resultater ved enkelte av enhetene, og det arbeides videre med dette innenfor Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Det er hittil i år skrevet ut 30 flere pasienter (40 prosent) enn budsjettert og antall liggedøgn er 821 (25,8 prosent) høyere enn budsjettert. Høyere aktivitet enn budsjettert gjenspeiler stor pågang av pasienter særlig ved to av enhetene. Sammenlignet med samme periode i 2013 er det en økning i antall utskrevne pasienter på 33 (46,5 prosent), mens antall liggedøgn er økt med 788 (24,5 prosent). Volumet er lite innenfor dette området, så små endringer mellom månedene kan gi store prosentvise avvik/endringer og må ikke tillegges for stor vekt.

Innenfor *TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)* er det hittil i år skrevet ut 69 flere pasienter (3,2 prosent) fra døgntil behandling enn plantall. Dette er en økning på 24 utskrivninger (1,1 prosent) fra 2013. For antall liggedøgn er det hittil i år et negativt avvik i forhold til budsjett på 9,4 prosent (1 942 liggedøgn). Avvikene for døgntil virksomheten skyldes lav innsøking. Antall polikliniske konsultasjoner er 2,5 prosent (174 konsultasjoner) høyere enn budsjettert, hvilket er en økning på 13,8 prosent (858 konsultasjoner) fra samme periode i 2013. Avdelingen arbeider med ulike former for oppsøkende aktivitet for å fange opp unge pasienter med rusproblemer som ikke fanges opp og henvises til utredning og behandling av primærhelsetjenesten. Arbeidet med å rekruttere pasienter og å nå ut til brukere som ikke selv oppsøker hjelp, har vært høyt prioritert. Formalisert samarbeid har kommet på plass med flere instanser, blant annet private tjenesteytere, annen offentlig spesialisert helsetjeneste og kommunen. Avdelingen planlegger å være tilstede på ulike arenaer for å møte unge rusavhengige. Gjennom individuelt tilrettede og differensierte behandlingsforløp arbeides det for å legge til rette for økt oppmøte og økt gjennomføring av planlagte behandling. Dette sammen med øvrige tiltak knyttet til pasientstrøm i hele avdelingen skal bidra til å lukke avvik rundt aktivitet for 2014.

3.3. Ventelisteutvikling

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 i sak 27/2013. Prosjektet har bidratt til en betydelig reduksjon i antall langtidsventende og generelt en bedring i andre styringsparametre. Videre har prosjektet bidratt til en markant bedring i kvaliteten på registrerte data i de pasientadministrative systemene gjennom en betydelig kompetanseheving i foretaket med fokus på lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og –system. Foretaket har oppdaterte styrende dokumenter for hele henvisningsperioden og det er økt fokus på elektroniske arbeidsprosesser. Pasienters rettigheter og interesser blir således bedre ivaretatt. Gjennomføringsprosjektet har vært fulgt opp med interne revisjoner basert på verifikasjon av utvalgte parametre i det pasientadministrative systemet PasDoc (punktrevisjoner). Det ble gjort funn med avvik som har dannet grunnlag for videre forbedringsarbeid.

Alle klinikkene følges opp på implementering av tiltak som skal sikre at pasientenes rettigheter og flyt i pasientforløpene er tilfredstillende ivaretatt. Ansvar for oppfølging på foretaksnivå er lagt til Stab medisin, helsefag og utvikling. EPJ-prosjektet (omhandlende innføring av DIPS som pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal) har fokus på videreføring av dette arbeidet.

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 (både av avviklede pasienter og ventende pasienter)
- Forløpstider for enkelte kreftforløp

Antall ventende pasienter

Antall ventende ved Oslo universitetssykehus HF er per utgangen av september 22 000, herav er antall som har ventet mer enn 1 år 2 000 (dvs at langtidsventende utgjør om lag 9 prosent av alle ventende). Gjennom det siste året har det vært en reduksjon både i totalt antall ventende og antall langtidsventende. Totalt antall ventende er redusert med omlag 3 300 fra september 2013 til september 2014. Inkludert i dette er en reduksjon i antall langtidsventende på 2 100. Som en del av Gjennomføringsprosjektet ble det utført både maskinelle og manuelle rettinger av tidligere feilregistreringer mv slik at ventelistene nå viser et mer riktig bilde enn tidligere. I tillegg er kapasiteten økt innen noen fagområder samtidig som det i flere 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 september 2013 til september 2014 er antall langtidsventende redusert med 51 prosent, fra 4 000 til 2 000. Fra starten av 2012 er antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer redusert fra omlag 11 000 til nå 2 000. Dette er et resultat av målrettet og systematisk arbeid over lang tid, og da i hovedsak som resultat av Gjennomføringsprosjektet. De siste månedene har den største reduksjonen vært innenfor fagområdene hjertesykdommer, ortopedi, nevrologi, medisinsk genetikk og øyesykdommer. De fleste langtidsventende er pasienter uten rett til prioritert helsehjelp. Det er utarbeidet

periodiserte måltall for nedgang i antall langtidsventende for alle fagområdene (med antall over 20), som reflekterer bl.a planlagt aktivitetsøkning og overføring av pasienter til andre foretak. Per utgangen av 2014 skal det i henhold til de periodiserte måltallene kun gjenstå langtidsventende innenfor plastikk-kirurgi, ortopedi og øyesykdommer.

Det er særskilt oppfølging av de fagområder som fortsatt har langtidsventende (over 20), og hvor det er avvik i forhold til planlagt avvikling av langtidsventende. Per utgangen av september er det seks fagområder hvor antall langtidsventende er over 20. Dette er innenfor ortopedi, urologi, plastikk-kirurgi, nevrologi, øre-, nese- og halssykdommer samt øyesykdommer. Innenfor disse fagområdene er det per utgangen av september om lag 1 900 langtidsventende. Det er foretatt en gjennomgang av hvilken helsehjelp de langtidsventende venter på.

Sykehusets viktigste tiltak for å redusere antallet som venter lenge på utredning eller behandling er:

- a) Øke aktiviteten, både operativ aktivitet og poliklinisk aktivitet. God utnyttelse av operasjonsstuene og god ressursutnyttelse på poliklinikk inngår i dette.
- b) Utbedring av lokaler ved Øyeavdelingen. Det legges til rette for at avdelingen skal kunne håndtere flere pasienter med aldersrelatert makuladegenerasjon ved etablering av flere skiftestuer, samtidig som man vurderer hvilke diagnosegrupper som kan videresendes avtalespesialister ("øyelokk"-korreksjoner og andre mindre inngrep).
- c) Løpende oppfølging av kvalitet i ventelistedata og innhenting av rettighetsopplysninger fra andre HF samt oppfølging av avvik.
- d) 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 utarbeider 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.

Innenfor 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. Som en del av dette overføres det kompetanse fra kontoret for Fritt sykehusvalg til ansatte i helseforetaket, slik at man raskere kan henviser aktuelle pasientene videre. Det er videre etablert en samarbeidsavtale med Martina Hansens Hospital hvor mange pasienter innenfor ortopedi og nevrokirurgi er overført for utredning og behandling. Innenfor nevrokirurgi overføres også enkeltpasienter til vurdering og behandling ved St. Olavs hospital og Haukeland universitetssykehus. I tillegg ble operasjonskapasiteten til nevrokirurgi økt høsten 2013.

Når det gjelder plastikk-kirurgi er det fortsatt utfordring med mange langtidsventende. Avdelingen arbeider med en plan for å sikre god håndtering av ventelisteutfordringene innenfor dette området. Viktige elementer i dette arbeidet er:

- Tiltak for forbedret utnyttelse av intern kapasitet
- Vurdere behov for utvidet kapasitet

- Samarbeid med nærliggende helseforetak (ved Vestre Viken HF er det et nyetablert tilbud innenfor plastikkirurgi og ved Sykehuset innlandet HF er kapasiteten innen dette fagområdet styrket)
- Samarbeid med andre helseregioner
- Gjennomgang og vurdering av prioriteringskriterier
- Gjennomgang av ventelister med fokus på riktig registrering/registreringspraksis og oppfølging av ventelisten

Ved nevrologisk avdeling er det i 2013 tilført to nye legestillinger. Dette skal bidra til reduksjon i både ventetider og fristbrudd.

Innenfor urologi fremkommer det nå 46 pasienter som har ventet mer enn 12 måneder. For de fleste av disse pasientene er helsehjelpen startet, men ikke riktig registrert i det pasientadministrative systemet på grunn av manglende informasjon om rettighetsvurdering, inkludert dato for start helsehjelp, fra henvisende helseforetak.

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling

For 2014 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 september 93 dager og på samme nivå som i samme periode 2013. Arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår fortsatt og det forventes derfor at gjennomsnittlig ventetid til avvikling også fremover vil 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. Ved utgangen av september 2014 er ventetid for alle ventende 165 dager, hvilket er en reduksjon på 26 prosent fra samme periode i 2013 (224 dager i september 2013). Det forventes ytterligere reduksjon i ventetid for ventende som resultat av at langtidsventende pasienter avvikles. Det er stor forskjell i ventetid for ventende med og uten rett til prioritert helsehjelp (80 dager for ventende med rett til prioritert helsehjelp og 229 dager for ventende uten rett til prioritert helsehjelp).

Tiltak i arbeidet med å redusere ventetid til helsehjelpen starter er bedre planlegging av aktivitet i avdelingene og mer aktiv bruk av ventelistene i løpende planlegging av driften. I tillegg arbeides det med tiltak for å bedre kapasiteten innenfor enkelte fagområder, og fagområder med lang ventetid er prioritert i forbindelse med aktivitetsøkning for 2014. Det regionale helseforetaket har dessuten nedsatt midlertidige fagråd innen 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 øyesykdommer har det kommet tilbakemeldinger om at enkelte helseforetak har redusert kapasiteten. Oslo universitetssykehus HF har på bakgrunn av dette stilt spørsmål om hvordan det regionale fagrådet følger opp behovet for økt kapasitet for dette fagområdet.

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.

3.4. Fristbrudd

For 2014 er målet at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. Dette gjelder både for avviklede og ventende pasienter. For å få til dette følges sykehuset enheter opp på følgende indikatorer:

- 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
- Ventetid etter fristbrudd oppstår
- Fristbrudd som forfaller de neste månedene

Antall avviklede pasienter (pasienter som fikk helsehjelp påstartet) med fristbrudd var i september 737 (16,5 prosent av samlet antall pasienter med påstartet helsehjelp) mens antall fristbrudd av ventende pasienter ved utgangen av september var 1 021 (10,9 prosent). Fristbrudd for ventende pasienter er betydelig redusert gjennom det siste året. Nivået er imidlertid fortsatt for høyt, og det arbeides målrettet for å sikre en markant reduksjon av dette i 2014. De viktigste virkemidlene er å bedre forholdet mellom kapasitet og antallet pasienter som mottas på ventelister (jf omtale av langtidsventende), bedret tilgjengelighet ved planlegging med timebøker langt frem i tid (minimum 12 mnd), bedret systematikk rundt hvilke frister som settes, bedret koordinering og logistikk på poliklinikker og knyttet til operativ kapasitet, samt kontinuerlig overvåkning og oppfølging av ventelistene. Videre framover vil arbeidet med GAT-personalplanlegging knyttes til arbeidet med oppsett av timebok.

Det er variasjoner i antall fristbrudd mellom klinikker og fagområder. De fire fagområdene med flest fristbrudd av ventende ved utgangen av september er ortopedi (233), nevrokirurgi (240), øre- nese-halssykdommer (98) og urologi (83). Innenfor nevrokirurgi har det vært en økning i antall fristbrudd de siste månedene. En vesentlig årsak til økningen skyldes midlertidig reduksjon av kapasitet ifm sommerferieavvikling og et ikke ubetydelig antall pasienter "ikke møtt".

For å nå målsettingen om null fristbrudd er det utarbeidet periodiserte måltall med tiltaksplaner for alle avdelinger/fagområder med mer enn 20 registrerte fristbrudd av ventende pasienter, som innebærer at det ikke skal være fristbrudd av ventende pasienter ved utgangen av 2014. Samtidig med fokus på reduksjon av antall fristbrudd av ventende pasienter følges avdelingene/fagområdene opp på tid fra utløp av frist til tidspunkt for start helsehjelp, for å sikre at helsehjelpen starter før nye fristbrudd oppstår. Dette vil bedre andel fristbrudd av avviklede pasienter.

Som det fremkommer ovenfor er det flest fristbrudd innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag. Eksempler på tiltak for å redusere antall fristbrudd innenfor denne klinikken er:

- Økt utnyttelsesgrad av poliklinikker på dagtid, inkludert benyttelse av ekstra rom
- Ekstra kveldspoliklinikker
- Økt legekapasitet innenfor nevrologi
- Økt operasjonskapasitet innen nevrokirurgi og ortopedi

- Bedre koordinering og ressursutnyttelse knyttet til operasjonskapasitet og postoperativ/intensiv-kapasitet
- Overføring av pasienter til andre helseforetak
- Bedre oppfølging av ventelister som inkluderer at pasientene får time før det oppstår fristbrudd
- Utvidet samarbeid mellom spesialiteter for pasienter med tverrfaglige problemstillinger (for eksempel nakke og rygg)

Det er også iverksatt tiltak for andre fagområder. Innenfor fordøyelsessykdommer er det igangsatt kveldspoliklinikk for skopiundersøkelser i tillegg til at kapasiteten på tvers av to klinikker skal utnyttes bedre. For å øke kapasiteten innenfor uro-onkologi er det fokus på omfordeling av ressurser på poliklinikk, reduksjon av antall kontroller, overføring av pasienter til primærhelsetjeneste og spesialister, driftsplanlegging i form av driftsmøter og pasientforløpsarbeid.

3.5. Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisningen er fullført

Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisningen er fullført var 4,7 dager i september 2014, og 5,4 dager hittil i år. Resultat for samme periode i 2013 var 6,8 dager. Det gjøres oppmerksom på at sekundærhenviste pasienter inngår i rapporteringen. Tiltak for å redusere vurderingstiden har inngått i Gjennomføringsprosjektet.

I forbindelse med innføringen av DIPS som PAS/EPJ i Oslo universitetssykehus HF innføres det et sentralt henvisningsmottak i foretaket. Dette vil sikre "en dør inn" for alle henvisninger og rask elektronisk viderefremming til aktuelle avdeling. I tillegg vil dette tilrettelegge for at foretaket i fremtiden kan motta elektroniske henvisninger. Dette vil være viktige tiltak for å få vurderingstiden ytterligere ned.

3.6. Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Oslo universitetssykehus HF arbeider for at flest mulig pasienter får informasjon om time for utredning/behandling samtidig som det gis informasjon om vurderingen av henvisningen. Per dags dato har ikke Oslo universitetssykehus HF data på hvor stor andel pasienter som får tidspunkt for helsehjelp i samme brev som det gis informasjon om henvisningsvurderingen på grunn av begrensninger i det pasientadministrative systemet (PasDoc). Foretaket innfører DIPS som nytt felles PAS/EPJ den 20. oktober 2014. Fra dette tidspunkt er det planlagt å kunne rapportere andel pasienter som får bekreftelse på mottatt henvisning og tidspunkt for time til helsehjelp i samme brev. Erfaringsmessig tar det noe tid å kvalitetssikre uttrekk fra nytt system, inklusive konverterte data for 2014. Det vurderes derfor som sannsynlig at indikatoren først vil kunne rapporteres med god kvalitet fra starten på 2015.

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

3.7. Andel korridorpasienter

For 2014 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter hittil i år er 0,9 prosent. Dette er på samme nivå som i 2013.

Tiltak i klinikkene for å redusere omfanget av korridorpasienter er bedre planlegging av utskriving, tidligere legevisitter og dermed tidligere utskriving av pasienter og bedre bruk av senger på tvers av de ulike sengepostene. Det er etablert rutiner for bestilling av transport for utskrivningsklare pasienter, slik at dette skal være garantert.

3.8. Utskrivningsklare pasienter

Somatikk

Hittil i år er det rapportert 224 utskrivningsklare pasienter (666 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er 0,2 prosent. For samme periode i 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor somatikken 0,3 prosent.

Psykisk helsevern for voksne

Hittil i år er det rapportert 155 utskrivningsklare pasienter (3 640 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er 6,7 prosent. For samme periode i 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern 6,5 prosent.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Hittil i år er det rapportert 25 utskrivningsklare pasienter (397 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er 2,1 prosent. For samme periode i 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling 1,6 prosent.

Den 1. juli 2013 ble det åpnet 10 kommunale akutte døgnplasser (KAD) på Aker og antall senger ble fra september 2013 økt til 32.

3.9. Nasjonale kvalitetsindikatorer (fra Helsenorge.no)

Helsedirektoratet presenterer tertialvis nasjonale kvalitetsindikatorer på www.helsenorge.no. For 1. tertial 2014 ble resultatene presentert 28. august 2014, og resultatene ble lagt frem for styret i sak 44/2014. Helseforetaket har stor fokus på god kvalitet på grunndata slik at indikatorene gir et riktig bilde av faktisk kvalitet slik det er ment målt, og er et godt grunnlag for internt forbedringsarbeid i helseforetaket. Det forventes at overgang til DIPS vil muliggjøre bedre kvalitetssikring for enkelte av indikatorene. I tillegg vil det parallelt med overgang til DIPS arbeides særskilt med forbedring av intern registreringspraksis der den i dag ikke er god nok.

I 1. tertial 2014 hadde Oslo universitetssykehus HF svakere resultater enn resultatene for landet som helhet og Helse Sør-Øst, for enkelte indikatorer, og disse er derfor fulgt opp særskilt. Dette gjelder indikatorene i tabellen under:

Indikator	Kommentar
Individuell plan for barnehabilitering	Sykehuset har rutiner for å etterspørre informasjon om individuell plan for barnehabilitering, men opplever at svært få av pasientene (foresatte) gir nødvendig informasjon. Dette påvirker resultatet av

	indikatoren. Innføring av DIPS forventes å gjøre det enklere å registrere og kvalitetssikre data om individuell plan.
Brudd på vurderingsgaranti (somatikk)	Oslo universitetssykehus har stort volum pasienter viderehenvist fra andre enheter innenfor spesialisthelsetjenesten. Datagrunnlaget vil bli gjennomgått for å sikre at dette blir riktig håndtert. Indikatoren vurderes tatt inn i løpende rapportering.
Brudd på vurderingsgaranti TSB	Resultat for indikatoren for 1. tertial er svakere enn forventet. Det foretas derfor en særskilt gjennomgang av hele tallgrunnlaget for indikatoren som en del av kvalitetssikringen av data for 2. tertial. Styret vil bli orientert om utfall av dette når resultat for de nasjonale kvalitetsindikatorene for 2. tertial foreligger. Indikatoren vurderes tatt inn i løpende rapportering.
Registrering av lovgrunnlag PHV	Denne indikatoren viser om sykehusavdelinger og distriktpspsykiatriske sentra (DPS) har registrert lovgrunnlaget for behandling i pasientens journal og rapportert dette til Norsk Pasientregister. Spesialistvedtak skal alltid fylles ut, selv ved frivillig behandling og for alle omsorgsnivåer (dag, døgn og poliklinikk). Med lovgrunnlag menes hvilke lovverk og hvilken paragraf som er brukt ved behandlingen. I de tilfeller der det er tvangsbehandling, skal det skrives et spesialistvedtak av spesialist ved sykehus eller DPS innen 24 timer. Når pasienten er til frivillig behandling, skal også det registreres og rapporteres. Ved flere av enhetene ved Oslo universitetssykehus HF har det ikke vært praksis for registrering av lovgrunnlag når dette har vært frivillig. Dette gjelder særlig for poliklinikkene ved DPS'ene. Dette er hovedårsaken til mangelfull rapportering av registrert lovgrunnlag. Ut over dette har det i PasDoc vært krevende å registrere lovgrunnlag. Det forventes at innføring av DIPS vil gi et mer komplett datagrunnlag. Det er laget nye styrende dokumenter for dette området innenfor klinikken.

Resultater for 2. tertial 2014 vil bli lagt frem for styret når de foreligger.

4. Økonomi

4.1. Resultat per september

Styret ved Oslo universitetssykehus HF har vedtatt et budsjett med et null-resultat i 2014. Konserninterne regler om periodisering innebærer at det for de enkelte månedene kan være budsjettert med et positivt eller negativt resultat, men altså slik at

resultatet på årsbasis er lik null. Det periodiserte budsjettet som foretaket styrer etter er gjengitt i styresak 5/2014, tabell 3.

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter september et regnskapsmessig overskudd på 40,4 millioner kroner mot et budsjettert overskudd på 50,9 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik hittil i år på 10,5 millioner kroner.

Etter august rapporterte OUS et negativt avvik i forhold til budsjett på 11,1 mill kroner, slik at periodens resultat er om lag i balanse. I september er det foretatt avsetning for etterbetaling av forskjøvet arbeidstid fra perioden august 2012 til januar 2013 og frem til september 2014, knyttet til ny tolkning av overenskomstens sentrale del. Avsetning er gjort på bakgrunn av foreløpige vurderinger av sannsynlig etterbetaling. Videre inkluderer resultatet i september ISF-inntekter knyttet til mer etterregistrering av aktivitet for 2. tertial enn lagt til grunn i regnskapet for august.

Som nevnt ovenfor viser rapporteringen etter september et negativt avvik i forhold til budsjett på 10,5 millioner kroner. I dette inngår gevinst fra salg av eiendom (inkludert Barnehagebygg AS) med 52 millioner kroner og nedskrivninger med 20 millioner kroner (foreløpig vurdering). Utover gevinst fra salg av Barnehagebygg AS er det et positivt avvik for netto finans på 17 millioner kroner, vesentlig som følge av lavere rentekostnader enn budsjettert. I tillegg har avklaring av enkelte forhold fra 2013 bidratt positivt i 2014. Samlet bidrar disse forholdene til å bedre driftsresultatet med 60-65 millioner kroner hittil i år slik at gjennomføringen av driften i 2014 er svakere enn budsjettert.

Pensjonsleverandørene har beregnet pensjonskostnaden for 2014 på nytt med ny tariff for dødelighet og nye uføreregler. Beregningene viser en redusert pensjonskostnad på om lag 160 millioner kroner i forhold til budsjettert pensjonskostnad for foretaket. Det er også nye regler for levealderjustering, og det forventes at de regnskapsmessige avklaringene knyttet til dette vil foreligge i løpet av oktober. Inntil videre kostnadsføres den budsjetterte pensjonskostnaden. Det forventes at lavere pensjonskostnad vil medføre redusert basisinntekt i 2014, eller at foretaket får endret resultatkrav som følge av redusert pensjonskostnad.

Sum driftsinntekter viser et positivt avvik på 166 millioner kroner (1,1 prosent). Øremerkede inntekter er 73 millioner kroner høyere enn budsjettert, og avvik knyttet til sum driftsinntekter for ordinær drift er dermed omlag 93 millioner kroner. De største avvikene på driftsinntekter for ordinær drift omfatter følgende:

- Gevinst fra salg av eiendom med 33 millioner kroner
- Kostnader til Ipilimumab (kreftlegemiddel til behandling av pasienter med føyflekkreft) for pasienter utenom studie utgjør 5 mill kroner
- Refusjon for utleie av personell til DIPS-innføringsprosjektet med videre er 52 millioner kroner høyere enn budsjettert
- Lavere inntekter som følge av at aktiviteten innenfor somatikken er lavere enn internte måltall så langt i 2014

Fra 1. juli er finansiering av PET endret ved at takstene er redusert. For å kompensere for dette er basisbevilgningen til de regionale helseforetakene økt med 16,7 millioner kroner, hvorav Helse Sør- Øst har fått 9,1 millioner kroner. Oslo universitetssykehus

HF har fått informasjon om at denne tilleggsbevilgningen i sin helhet overføres basisrammen til Oslo universitetssykehus HF for 2014. Dette er hensyntatt i foretakets regnskap per oktober ved at reduksjon i aktivitetsbaserte inntekter (4,3 millioner kroner) er erstattet med inntektsføring av tilsvarende andel av økt basistilskudd.

I 2013 ble det besluttet endringer i oppgjørsform og priser i forbindelse med opphold ved sykehotellene ved Oslo universitetssykehus HF, for pasienter fra andre regioner. Dette ble beskrevet for styret i sak 44/2014. Det foreligger ikke ny informasjon i saken.

Sum driftskostnader viser en merkostnad i forhold til budsjett på 212 millioner kroner, hvorav 73 millioner kroner relateres til prosjekter med øremerket finansiering. Hoveddelen av øvrig merforbruk skyldes noe høyere kostnader enn budsjettet innenfor flere områder. En stor del av dette er knyttet til kostnader som refunderes og som inngår i avvik for sum driftsinntekter (utleie av personell og kostnader til Ipiliumab). Videre er konserninterne gjestepasientkostnader nærmere 15 millioner kroner høyere enn budsjettet. Netto finans bidrar positivt med om lag 35 millioner kroner. I netto finans inngår gevinst fra salg av Barnehagebygg AS med omlag 18 millioner kroner.

Avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper

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

Kostnad / inntekt	Per september 2014			Kommentarer
	Res	Bud	Avvik	
Basisramme	8 276	8 272	4	Avviket i inntektsført basisramme er knyttet til varslert tilleggsbevilgning som kompensasjon for reduserte takster for PET-analyser.
Aktivtetsbaserte inntekter	5 349	5 342	7	Avvik knyttes til lavere aktivitet enn budsjettet ved de somatiske enhetene hittil i år. Inntekt knyttet til budsjettet meraktivitet er budsjettet under Andre inntekter med omlag 5 mnok per måned. Estimert tap knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag og feil rapportert utførende helsepersonell, inngår i resultatet med om lag 23 mnok. Inntekt knyttet til konserninterne gjestepasienter er 6 mnok høyere enn budsjettet, mens inntekter knyttet til pasienter fra andre regioner er 18 mnok høyere.
Andre inntekter	1 514	1 359	155	Inntektsføring av refusjon for legemiddelet Ipiliumab med 28,3 mnok, refusjon for frikjøp til DIPS-prosjektet utgjør 52 mnok (gir tilsvarende økt lønnskostnad) og gevinst ved salg av eiendom med 33 mnok, bidrar til positivt avvik. Noe høyere inntektsføring av øremerkede tilskudd bidrar også positivt, mens lavere aktivitet enn budsjettet (inntekt for budsjettet meraktivitet er budsjettet under andre inntekter), bidrar negativt. I tillegg er det flere små negative og positive avvik, som samlet gir en merinntekt på om lag 155 mnok.
Sum driftsinntekter	15 139	14 973	166	
Lønn- og innleiekostnader	10 411	10 274	-136	For de samlede lønns- og innleiekostnadene er det et merforbruk på om lag 136 mnok (1,3 %). Innleiekostnadene er om lag 74 mnok høyere enn budsjettet og også høyere enn på samme tid i fjor. Lønn til fast ansatte er om lag som budsjettet, mens refusjoner har et positivt avvik.
Varekostnader	1 983	1 925	-58	Varekostnadene er om lag 58 mnok høyere enn budsjettet. I bokførte varekostnader inngår kostnader til behandling av pasienter med fellekreft med legemiddelet Ipiliumab med 28,3 mnok. Dette er kostnader som refunderes fra Helse Sør-Øst RHF (merinntekt inngår i andre driftsinntekter). Kjøp av konserninterne helsejenester er noe høyere enn budsjettet (15 mnok) og i all hovedsak innen VOP og TSB.
Andre driftskostnader	2 723	2 705	-18	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet (10,7 mnok). Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibruktageelse. Estimert for nedskrivningsbehov bidrar med en ikke budsjettet kostnad på 20 mnok. I avvik for andre driftskostnader inngår også merkostnader knyttet til pasientreiser, vedlikehold av bygg mv. Tilbakebetaling fra Sykehuspartner fra 2013 (for mye fakturert) inngår med 5,5 mnok og bidrar positivt, sammen med lavere energikostnader. Utover dette er det små avvik på flere poster som gir en total merkostnad på 17,7 mnok.
Sum driftskostnader	15 116	14 905	-212	
Driftsresultat	23	68	-46	
Netto finans	18	-17	35	Det positive avviket skyldes lavere rentekostnader enn forutsatt i budsjettet, positivt bidrag fra datterselskapene (3 mnok), samt gevinst ved salg av Barnehagebygg AS med tilhørende tomt (18 mnok).
Resultat	40	51	-10	

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

4.2. Resultatrisiko 2014

For 2014 er det budsjettet med et nullresultat. På årsbasis forventes et resultat i balanse. Det knytter seg imidlertid en vesentlig resultatrisiko til enkelte momenter i budsjettet:

- For 2014 er det budsjettet med økt aktivitet innenfor somatikken uten tilsvarende økning i ressursbruken. Resultatmålet forutsetter en høy aktivitet i slutten av året.
- Endelige pensjonskostnader for 2014 vil ikke foreligge før senere høsten 2014. Det forventes at lavere pensjonskostnad vil medføre redusert basisinntekt i 2014, eller at foretaket får resultatkrav utover balanse som følge av redusert pensjonskostnad.
- I forbindelse med ebola-innsatsen påløper kostnader som ikke er budsjettet.
- Kostnader for etterbetaling av forskjøvet arbeidstid knyttet til ny tolkning av overenskomstens sentrale del er ikke avklart, og det knytter seg derfor usikkerhet til hva de totale kostnadene vil bli.
- I forslag til statsbudsjett 2015 fremkommer det at enhetsprisen per DRG-poeng 2014 er fastsatt 122 kroner for høyt. Dette forventes å redusere ISF-inntektene for 2014 med om lag 15 millioner. I tillegg kommer eventuell effekt for gjestepasientinntekter avledet av DRG.
- I 2013 ble det besluttet endringer i oppgjørsform og priser i forbindelse med opphold ved sykehotellene ved Oslo universitetssykehus HF, for pasienter fra andre regioner. Endringene forventes kompensert, men det knytter seg likevel usikkerhet til økonomiske utslag av dette i årsregnskap 2014 for Oslo universitetssykehus HF både når det gjelder resultat og likviditet. Styret ble orientert om dette i sak 44/2014. Som nevnt ovenfor foreligger det ikke ny informasjon i saken.
- På samme måte som tidligere år gjennomgås nå arealbruk sett opp mot balanseførte verdier for å identifisere eventuelle resultatmessige konsekvenser av endret arealbruk i 2014. Basert på erfaringer fra tidligere år er det foreløpig avsatt 20 mill kroner for dette i regnskapet.
- DIPS tas i bruk som nytt pasientadministrativt system fra 20. oktober 2014. Kostnader knyttet til det å ta i bruk DIPS, samt beregnet aktivitetsreduksjon i innføringsperioden, er budsjettet. På bakgrunn av prosjektets størrelse og kompleksitet, er det likevel en risiko for at det kan oppstå en negativ økonomisk effekt for resultat 2014, utover den midlertidige aktivitetsreduksjonen som allerede er hensyntatt i budsjettet.

For å unngå inntektsbortfall ved overgang til DIPS utover det som er faktiske endringer i utført aktivitet, har helseforetaket lagt ned mye ressurser i å teste at resultat av konverterte data for 2013 gir de samme resultatene som er rapportert for fjoråret. I utgangspunktet skulle alle aktuelle inntektstyper testes, og eventuelle forskjeller

mellom konverterte data i DIPS og faktisk rapporterte tall for 2013 analyseres og forklares. I ettertid har det vist seg at polikliniske data (egenandeler og refusjoner) som faktureres HELFO, ikke kan testes på en slik måte. For dette området er det derfor kun testet funksjonalitet i ny løsning. På bakgrunn av gjennomført testing er det identifisert noen risikoelementer ifh rapportering/økonomi som følges opp fremover. Dette gjelder blant annet:

- Det er avdekket mindre feil i NPR-meldingen fra DIPS som forutsettes rettet så snart som mulig etter oppstart.
- Bortfall av DRG-poeng som følge av sammenslåing av databaser (DIPS Aker og PasDoc) er forutsatt kompensert.
- Registrering av helsepersonell generelt og utførende helseperson må følges nøye da dette har stor betydning for både aktivitet og økonomi. Det lages egne kontrollrutiner for dette.
- DIPS har ikke tilgjengelig oppdatert register for kobling av gateadresse i Oslo mot bydel. Bydel må derfor delvis registreres manuelt, i påvente av oppdatering av eksisterende register fra 2004. Det er også ønskelig at registrering av bydel gjøres til et obligatorisk felt i DIPS. Det vil bli ekstra oppfølging av at det registreres bydel for alle Oslo-pasienter og deretter at det registreres riktig bydel ut fra gateadresse.
- Alle tester er til nå gjort på konverterte data fra 2013 og tilsvarende tester skal nå gjøres på allerede registrerte data for 2014.

Det presiseres at det er alltid vil være betydelig usikkerhet knyttet til årsresultatet. Blant annet årsoppgjørstransaksjoner kan erfaringsmessig bli annerledes enn forutsatt.

4.3. Gjennomføring av tiltak 2014

Klinikkene jobber kontinuerlig med å finne områder som kan bedre driften. Som en del av budsjettinnmeldingen for 2014 rapporterte klinikkene inn noen områder med spesiell innsats/tiltak. Gjennomføringen av over 300 enkelttiltak rapporteres og følges opp månedlig. Dette i tillegg til klinikkens arbeide med løpende driftsforbedringer. Det kan være vanskelig å beregne effekten av enkelte av tiltakene dersom de eksempelvis ikke går på reduksjon i antall stillinger og det ikke er lett identifiserbare kostnader som tas ut, men heller er koblet til endring i aktivitet eller marginal endring i kostnader. Rapporteringen gir likevel en indikasjon om status for gjennomføringen av planlagte endringer.

Klinikkene rapporterer at tiltak for nærmere 11 millioner kroner er gjennomført i september og hittil i år rapporteres en akkumulert effekt av tiltak på 113 millioner kroner mot budsjettert 188. Dette gir en akkumulert gjennomføringsgrad på om lag 60 prosent. Det er variasjon mellom klinikkene både knyttet til ambisjonsnivået for planlagte tiltak og for faktisk realiserte tiltak. Avvik per klinikk fremkommer av tabellvedlegget.

4.4. Investeringer

Investeringer til videreføring av drift

Ved utgangen av september var det regnskapsført investeringer for om lag 700 millioner kroner, mot budsjetterte 952 millioner kroner. Avviket forklares med forsinket gjennomføring av prosjekter grunnet driftshensyn, slik at aktiviteten

påvirkes i minst mulig grad, og at det tar lengre tid fra en anskaffelse besluttes og til medisinsk-teknisk utstyr er levert enn lagt til grunn i det periodiserte investeringsbudsjettet.

Finansieringsrammen for 2014 for å erstatte sammenbrudd av medisinsk-teknisk utstyr er benyttet i sin helhet, dvs at det er bestilt utstyr for all tilgjengelig likviditet. I styresak 24/2014 ga styret administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2015. Per september er det gjort vedtak for om lag 73 millioner kroner av denne rammen.

Omstillingsinvesteringer

Totalt budsjett (for årene 2011-2015) for omstillingsinvesteringer er 1 575 millioner kroner (2012-kroner), inklusive samhandlingsarena Aker. Ved utgangen av september er det fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for om lag 1 250 millioner kroner. I tillegg er det satt i gang flere utredninger/forprosjekter hvor det foreløpig ikke er anslått en kostnadsramme. Det vil fremmes egen styresak om status for omstillingsinvesteringer senere i høst.

Som følge av at omstillingsprosjekter er forskjøvet i tid (forsinket gjennomføring av prosjekter grunnet driftshensyn, slik at aktiviteten påvirkes i minst mulig grad) er det vurdert at om lag 100 millioner kroner av de budsjetterte omstillingsinvesteringene på 470 millioner kroner for 2014 vil påløpe etter 2014. Finansieringen er redusert tilsvarende, slik at det ikke blir noen likviditetseffekt for foretaket. Det er også gjort en vurdering av øvrige investeringer og foreløpig er investeringer til videreføring av drift redusert med om lag 24 millioner kroner.

4.5. Likviditet

Periodisert kontantstrømsbudsjett for 2014 ble lagt frem for styret i sak 5/2014. Gjennom 2014 er det budsjettert med en svekkelse av likviditeten på om lag 84 millioner kroner, som i hovedsak skyldes høyere pensjonspremie enn pensjonskostnad.

Ved utgangen av september var benyttet driftskreditt om lag 2.500 millioner kroner, mot budsjettert om lag 2.315 millioner kroner. Det negative avviket på 185 millioner kroner skyldes i stor grad midlertidige periodiseringsavvik. Leverandørgjelden er redusert, men det legges foreløpig til grunn at denne vil øke mot slutten av året. Finansieringen av omstillingsinvesteringer og ekstraordinære investeringer i MTU og bygg betales etterskuddsvis fra Helse Sør-Øst RHF. Nye anslag viser at en større del av disse investeringene vil påløpe mot slutten av året, slik at likviditetseffekten av etterskuddsvis fakturering blir større enn forutsatt. Foretaket har vært i dialog med Helse Sør-Øst RHF om tidligere fakturering, men dette må foreløpig håndteres innenfor driftskreditrammen. Lavere investeringsutbetalinger hittil i år bidrar positivt.

Estimert benyttet driftskreditt ved utgangen av 2014 er foreløpig forverret med om lag 225 millioner kroner, i hovedsak som følge av større omfang av etterskuddsvis finansiering av investeringer og endret estimat for investeringer. Estimert behov for driftskreditt er innenfor bevilget driftskreditramme.

5. Bemanning og sykefravær

5.1 Utvikling månedsverk

I oktober er antall brutto månedsverk 18 055 (reduert fra 18 196 i september), mot budsjettert 17 594. I tillegg er det for september beregnet 171 innleide månedsverk, mot budsjettert 93. Helseforetaket har 773 flere månedsverk i oktober 2014 sammenholdt med samme måned i 2013.

Hittil i år er gjennomsnittlig antall brutto månedsverk 17 790, mot budsjettert 17 517, og om lag 270 høyere enn budsjettert. Antall brutto månedsverk hittil i år er 577 flere enn i samme periode i 2013. Den variable komponenten av brutto månedsverk utgjør 7,3 prosent så langt i 2014, mot et snitt for 2012 og 2013 på 7,5 prosent.

Deler av økningen fra 2013 er knyttet til økt inntak til videreutdanning av spesialsykepleiere, samtidig som nye deltakere på videreutdanningen fra og med 2014 får lønn som genererer årsverk, mot tidligere stipend som ikke gav årsverk. Dette bidrar til en økning i registrerte årsverk på om lag 60. Videre er det frikjøpt om lag 40 flere månedsverk knyttet til DIPS-prosjektet hittil i år enn i samme periode i 2013. I 2014 er det i gjennomsnitt frikjøpt om lag 90 månedsverk knyttet til DIPS (siste tre måneder er det frigjort i snitt 160 månedsverk). Månedsverk finansiert av investeringer er ikke budsjettert, og avviket i forhold til budsjett må derfor ses i forhold til dette. Klinikken har fått resultatmessig kompensasjon for dette, men årsverkene er ikke korrigert. Øvrig endring i brutto årsverk relateres i stor grad til prioriteringer som er innarbeidet i budsjettet for 2014. Dette omfatter blant annet:

- Etablering av økt kapasitet ved Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP).
- Oppbemanning ved Nyfødtintensivavdeling for å sikre god drift.
- Midlertidig økning i antall brutto månedsverk ved Fødeavdelingen i forbindelse med innføring av Partus (elektronisk fødejournal).
- Økning i bemanning knyttet til økt aktivitet ved enkelte avdelinger, herunder økt operasjonsstuekapasitet og økt anestesikapasitet.
- Ved Prehospitalt Senter er antall stillinger ved AMK og Ambulanse økt blant annet etter pålegg fra arbeidstilsynet.
- Økt kapasitet innenfor Avdeling for radiologi og nukleærmedisin og ved Avdeling for medisinsk genetik.
- Styrking av kapasitet innenfor Oslo sykehusservice innen blant annet personalformidling (vikarpool), seksjon for arbeidskontrakter, innkjøpsområdet, portørtjeneste og renhold.

I oktober er det 1 205 brutto månedsverk som har ekstern finansiering (6,6 prosent), 43 høyere enn budsjettert. Til sammenligning var gjennomsnittlig andel for 2013 på 1 167 (6,8 prosent), og for 2012 på 1 168 (6,9 prosent). Finansieringen av nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse ble endret fra 2013 til 2014 ved at midlene som tidligere var bevilget som øremerket tilskudd fra staten fra 2014 ble lagt inn i basisrammen. Dette påvirker forholdet mellom månedsverk med ekstern finansiering og brutto månedsverk.

5.2 Andel heltid/deltid

Ved Oslo universitetssykehus HF er andel deltidsansatte redusert ytterligere fra 2013 og er på et lavt nivå.

Det arbeides med flere typer tiltak for å redusere deltid generelt og uønsket deltid spesielt. Dette omfatter blant annet:

- Utlysning av faste, hele stillinger som hovedregel.
- Bruk av fortrinnsrett ved nyansettelse.
- Bruk av post-/avdelings-/klinikkovergripende stillinger.
- Øke kunnskap blant ledere om arbeidstidsplanleggingssystemer.
- Fleksible arbeidstidsordninger, for eksempel ved at ansatte som ikke arbeider helger kan få arbeidsplaner med helgearbeid.
- Seksjon for personalformidling i Oslo sykehusservice kan fra 2014 tilby ufrivillig deltidsansatte i tverrgående yrkesgrupper å utvide sin stillingsprosent opp til 100 prosent.

Ansatte har siden 2011 hatt mulighet til å registrere ufrivillig deltid i personalsystemet. Per august 2014 har 71 fast ansatte medarbeidere registrert at de har uønsket deltid. De aller fleste av disse kan nå få fylt opp sitt ansettelsesforhold inntil 100 prosent stilling ved Seksjon for Personalformidling

5.3 Sykefravær

Per august 2014 er samlet sykefravær ved Oslo universitetssykehus 7,1 prosent, fordelt på 2,4 prosent korttidsfravær og 4,7 prosent langtidsfravær.

Sammenliknet med perioden januar – august i 2013, er det totale sykefraværet gått ned 0,3 prosent fra 7,4 prosent, hvorav kort- og langtidsfraværet har lik prosentvis nedgang.

For august måned var samlet fravær 6,3 prosent, mot 6,6 prosent i august 2013. Det er i langtidsfraværet en ser reduksjon mens korttidsfraværet er uendret.

Sykefraværet har en forventet utvikling med tanke på sesongvariasjoner, men på et noe lavere nivå for sommermånedene i 2014 enn tidligere år. Denne tendensen ser man også på andre foretak i Helse Sør-Øst.

Styret ble i forrige møte informert om at leverandør hadde meldt om feil i rapportert sykefravær. Dette er av leverandør meldt rettet per oktober 2014. Rettingen i manuelle prosedyrer har vist seg å ikke gi særlige utslag på foretaksnivå.

Det har vært rettet et særlig fokus på forebygging av langtidsfravær i utsatte enheter som for noen av klinikkene har gitt positive utslag. Enheter med særskilte utfordringer med langtidsfravær arbeider videre med målrettede tiltak.

Styresak 56/2014 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Måned rapport september 2014
(bemanning per oktober)

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1 Innhold i tabellvedlegg

2 Pasientbehandling

- 2.1 Aktivitet
- 2.2 Ventelisteutvikling
- 2.3 Fristbrudd avviklede og ventende
- 2.4 Nasjonale kvalitetsindikatorer

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 Avvik og endring hovedkostnadsgrupper
- 3.6 Tiltaksrapportering
- 3.7 Likviditet

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 somatikk

RAPPORTERINGSPERIODE: SEPTEMBER	BUDSJETT	Denne periode		HITTIL I ÅR		Sammenligning 2013	
		2014	Avvik	Avvik i %	Avvik	Avvik i %	Endring
Klinikk	2014	Avvik	Avvik i %	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	26 817	-135	-5,8 %	-438	-2,2 %	-40	-0,2 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	63 600	-87	-1,5 %	-1 316	-2,8 %	880	2,0 %
Kvinne- og barneklubben	36 952	-379	-11,7 %	-491	-1,8 %	222	0,8 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	58 803	79	1,5 %	326	0,7 %	956	2,2 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	32 547	10	0,4 %	-1 332	-5,5 %	-460	-2,0 %
Akuttklubben	4 717	20	4,4 %	-601	-16,5 %	-326	-9,7 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	151	7	63,6 %	13	11,6 %	12	10,6 %
Estimert etterregistrering		200		200		200	
Sum interne måltall	223 713	-240	-1,2 %	-2 774	-1,7 %	1 441	0,9 %
Måltall HSØ	220 825	14	0,1 %	-620	-0,4 %		

Kommentarer:

Sammenligning med 2013: 2013 fremstilt med 2014-logikk og vektorer.

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: September	Denne periode				Hittil i år				2014 mot 2013			
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Awik	%	Resultat	Budsjett	Awik	%	HiÅ 2014	HiÅ 2013	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen												
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	181	135	46	34,1 %	1 439	1 143	296	25,9 %	1 439	1 273	166	13,0 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	5 764	6 179	-415	-6,7 %	54 707	53 214	1 493	2,8 %	54 707	58 943	-4 236	-7,2 %
Antall oppholdsdager dagbehandling		3	-3	-100 %	100	30	70	233,3 %	100	115	-15	-13,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	7 829	7 933	-104	-1,3 %	60 725	58 448	2 277	3,9 %	60 725	58 765	1 960	3,3 %
Psykisk helsevern - barn og unge												
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	13	9	4	44,4 %	104	74	30	40,5 %	104	71	33	46,5 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	829	440	389	88,4 %	4 005	3 184	821	25,8 %	4 005	3 217	788	24,5 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	269	338	-69	-20,4 %	2 195	2 350	-155	-6,6 %	2 195	2 116	79	3,7 %
Antall polikliniske konsultasjoner	4 394	5 226	-832	-15,9 %	34 390	36 195	-1 805	-5,0 %	34 390	33 661	729	2,2 %
TSB												
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	266	241	25	10,4 %	2 241	2 172	69	3,2 %	2 241	2 013	228	11,3 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 204	2 369	-165	-7,0 %	18 765	20 707	-1 942	-9,4 %	18 765	17 874	891	5,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	17	48	-31	-64,6 %	210	430	-220	-51,2 %	210	531	-321	-60,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner	900	924	-24	-2,6 %	7 070	6 896	174	2,5 %	7 070	6 212	858	13,8 %

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

	Mnd 2013	Mnd 2014	HiÅ 2013	HiÅ 2014	%-vis endring 2013-2014 Mnd	%-vis endring 2013-2014 HiÅ
Modalitet	H	H	H	H	H	H
Angio	244	269	2 239	2 224	10,2 %	-0,7 %
CT	5 141	5 650	42 157	44 176	9,9 %	4,8 %
MG	791	581	6 135	5 318	-26,5 %	-13,3 %
MR	2 652	2 778	20 379	22 062	4,8 %	8,3 %
NM	645	591	5 839	5 409	-8,4 %	-7,4 %
PET	426	393	3 314	3 387	-7,7 %	2,2 %
RG	14 235	14 675	123 933	122 941	3,1 %	-0,8 %
UL	3 374	3 519	28 783	29 318	4,3 %	1,9 %

H = henvisninger

TS = tilsendte

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

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

Rapporteringen omfatter aktivitet innenfor Avdeling for radiologi og nukleærmedisin.

2.1 Aktivitet Oslo sykehuservice

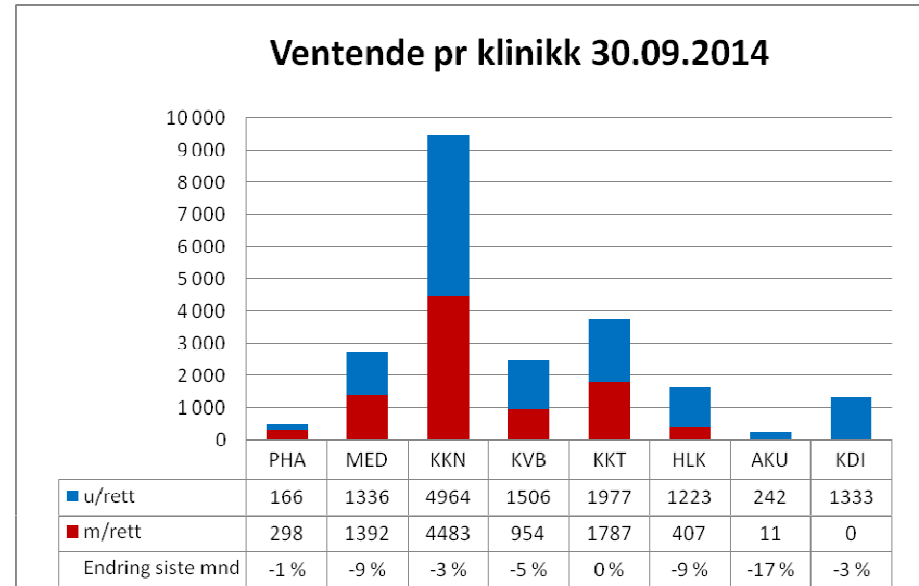
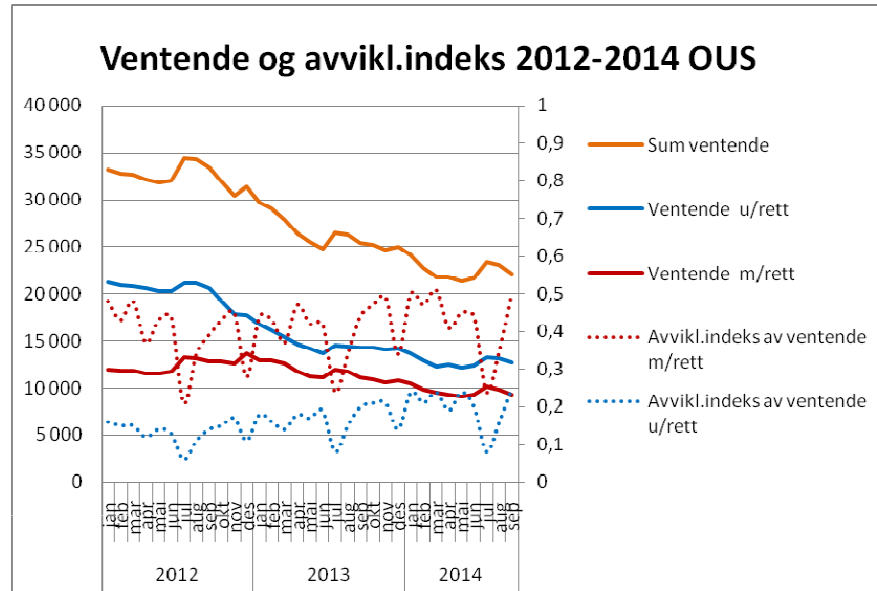
9 Aktivitetsdatarapport for 2014 Oslo sykehuservice									
Produksjon	Måleenhet	September		Avvik		Sum		Avvik	
		i fjor	i år	periode	periode i %	i fjor	i år	i år	i år i %
Kostnader pr. liggedøgn	Kr	3 719	3 920	201	5,4 %	3 604	3 887	283	7,9 %
Kostnader pr. liggedøgn m/dagbeh.	Kr	3 241	3 362	121	3,7 %	3 146	3 336	190	6,0 %
Arealer	Kvm	1 007 687	1 005 484	-2 203	-0,2 %	999 054	1 006 598	7 544	0,8 %
Forbruk av energi	KWH	18 120 000	19 950 000	1 830 000	10,1 %	213 200 000	218 840 000	5 640 000	2,6 %
Forbruk av tekstiler	Tonn	249	321	72	28,9 %	2 486	2 509	23	0,9 %
Middager	Antall	51 221	70 997	19 776	38,6 %	554 205	537 636	-16 569	-3,0 %
Sengevask/reing	Antall	11 475	13441	1 966	17,1 %	98 191	117 910	19 719	20,1 %
Hotellbelegg Pasienthotellet	%	77,2 %	88,6 %	11,4 %	14,8 %	82,3 %	83,5 %	1,1 %	1,4 %
Hotellbelegg Sykehotellene	%	74,3 %	83,3 %	9,0 %	12,1 %	77,0 %	77,9 %	0,9 %	1,2 %
Portøroppdrag	Antall	40 174	40 423	249	0,6 %	348 665	361 149	12 484	3,6 %
Faktura forfall u.anvisning	%	20,0 %	15,0 %	-5,0 %	-25,0 %	20,8 %	20,3 %	-0,5 %	-2,4 %
Antall bur i forskningsprosjekter/uke	Antall -snitt	2 649	2692	43	1,6 %	2 576	2 343	-233	-9,0 %
BHM - antall søknader	Antall	294	345	51	17,3 %	243	294	52	21,3 %
- pasienttilstrømmning	Antall	96	154	58	60,4 %	918	828	-90	-9,8 %
- utlån MTU	Antall	212	466	254	119,8 %	2 669	2 990	321	12,0 %
Kvalitet									
Avvik	Antall	129	179	50	38,8 %	1 120	1 201	81	7,2 %
Personskader	Antall	11	10	-1	-9,1 %	91	75	-16	-17,6 %
Tilsynsavvik	Antall	0	1	1	#DIV/0!	4	8	4	100,0 %
Klagesaker	Antall	1	2	1	100,0 %	4	8	4	100,0 %
OUS aktivitetsdata									
Opphold dgr dagbehandling	Antall	5 355	6 727	1 372	25,6 %	45 556	53 999	8 443	18,5 %
Liggedøgn somatikk	Antall	36 342	40 461	4 119	11,3 %	314 092	351 813	37 721	12,0 %

2.1 Aktivitet PO/Intensiv Akuttklinikken

Klinikk	Aktivitet	September 2014	Akkumulert aktivitet September 2014	September 2013	Akkumulert aktivitet September 2013	Akkumulert endring 2013-2014	Endring 2013-2014 i %
	Antall intensivpasienter	233	2 150	282	2 464	-314	-12,7 %
	Antall intensivdøgn	1 043	9 770	1 143	10 269	-499	-4,9 %
	Antall respiratordøgn:						
	Generell Intensiv UL	149	1 435	168	1 542	-107	-6,9 %
	Nevrointensiv, Ullevål	78	773	110	840	-67	-8,0 %
	Generell int 1, RH	191	1 661	198	1 849	-188	-10,2 %
	Barneintensiv, RH	67	814	79	685	129	18,8 %
	Generell int 2, RH	77	819	84	905	-86	-9,5 %
	PO, Aker	0	13	-	17	-4	-23,5 %
	PO, RH	1	4	-	-	4	
	PO, Ullevål	10	144	22	178	-34	-19,1 %
	PO, RAD	3	15	15	33	-18	-54,5 %
	SUM Antall respiratordøgn	576	5 678	676	6 049	-371	-6,1 %

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

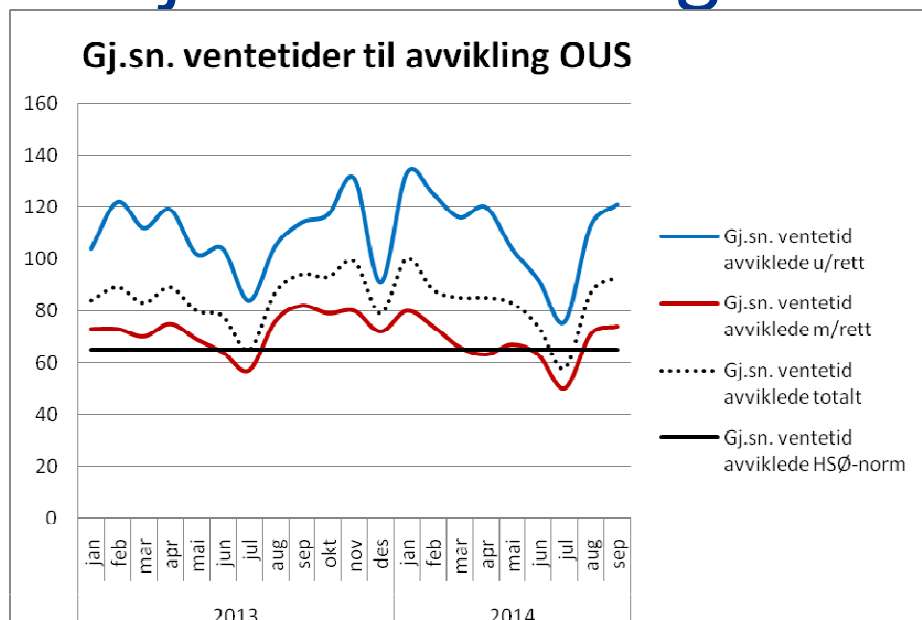
2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



Sum ventende	2013				2014			
	jun	jul	aug	sep	jun	jul	aug	sep
PHA	345	385	349	283	541	581	468	464
MED	2 867	3 146	3 253	3 123	2 602	2 908	3 003	2 728
KKN	12 590	13 215	13 048	12 599	9 215	9 948	9 702	9 447
KVB	2 249	2 421	2 334	2 345	2 281	2 567	2 597	2 460
KKT	3 431	3 743	3 752	3 774	3 547	3 851	3 755	3 764
HLK	2 300	2 497	2 448	2 299	1 624	1 813	1 800	1 630
AKU	186	190	186	115	350	342	305	253
KDI	708	794	819	851	1 489	1 389	1 379	1 333
Sum klinikker	24 676	26 391	26 189	25 389	21 649	23 399	23 009	22 079
Diff vs. 2013					-3 027	-2 992	-3 180	-3 310
Diff %					-12 %	-11 %	-12 %	-13 %

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

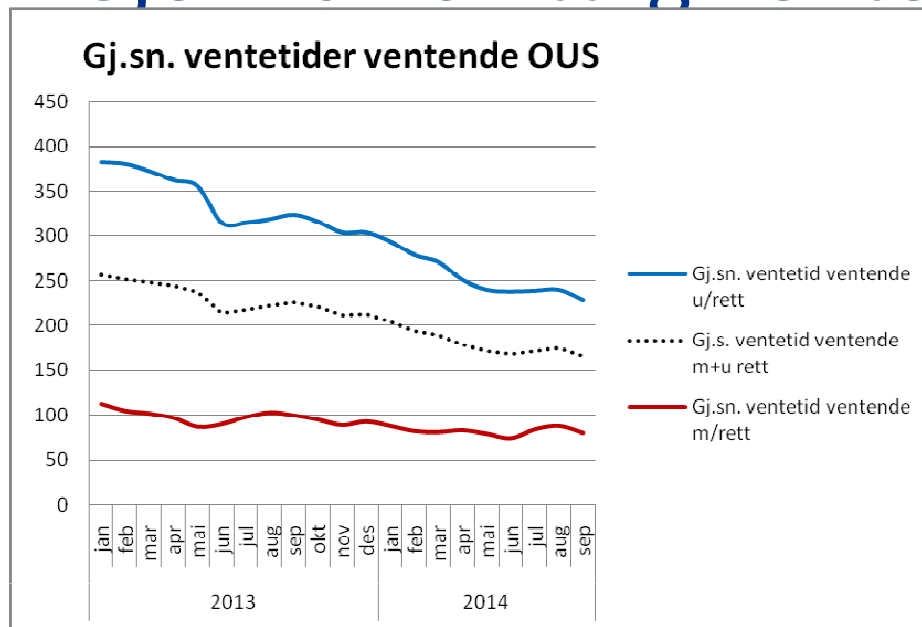
2.2 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling



Gj.sn. v.tid til avvikling	2013				2014			
	jun	jul	aug	sep	jun	jul	aug	sep
PHA	40	35	48	49	41	41	52	51
MED	60	40	60	64	57	40	64	63
KKN	113	98	127	124	103	83	113	122
KVB	54	36	60	69	48	31	65	78
KKT	65	57	78	91	68	57	90	85
HLK	85	89	101	116	90	60	100	111
AKU	70	92	77	96	146	144	134	159
KDI	45	22	28	31	54	44	57	90
OUS	78	65	87	94	74	58	87	93
Diff vs. 2013					-4	-7	0	-1
Diff %					-5 %	-11 %	0 %	-1 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

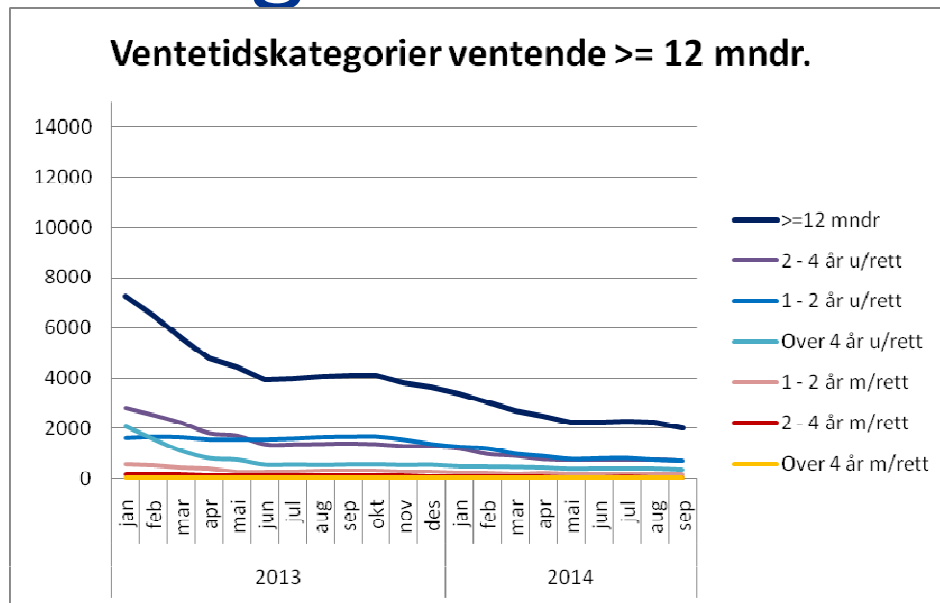
2.2 Gjennomsnittlig ventetid for ventende



Gj.sn. v.tid ventende	2013				2014			
	jun	jul	aug	sep	jun	jul	aug	sep
PHA	53	62	66	38	56	68	76	48
MED	78	90	91	90	61	75	76	69
KKN	339	340	346	357	288	282	295	279
KVB	74	87	90	85	78	84	86	72
KKT	61	73	79	78	68	81	80	75
HLK	113	123	133	129	91	101	110	102
AKU	85	97	100	132	108	118	131	118
KDI	132	139	152	162	124	134	106	110
OUS	214	217	222	224	168	171	175	165
Diff vs. 2013					-46	-46	-47	-59
Diff %					-21 %	-21 %	-21 %	-26 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)



Antall ventet ≥ 1	2013				2014			
	jun	jul	aug	sep	jun	jul	aug	sep
PHA	5	7	6	2	12	14	19	6
MED	52	48	57	48	18	21	16	8
KKN	3 695	3 724	3 729	3 774	2 015	2 040	2 059	1 904
KVB	21	22	34	32	42	21	27	17
KKT	31	39	55	76	64	78	52	62
HLK	59	64	71	63	22	19	26	24
AKU	3	3	2	2	0	0	0	0
KDI	61	70	83	99	64	70	3	1
Sum	3 927	3 977	4 037	4 096	2 247	2 270	2 207	2 026
Diff vs. 2013					-1 680	-1 707	-1 830	-2 070
Diff %					-43 %	-43 %	-45 %	-51 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

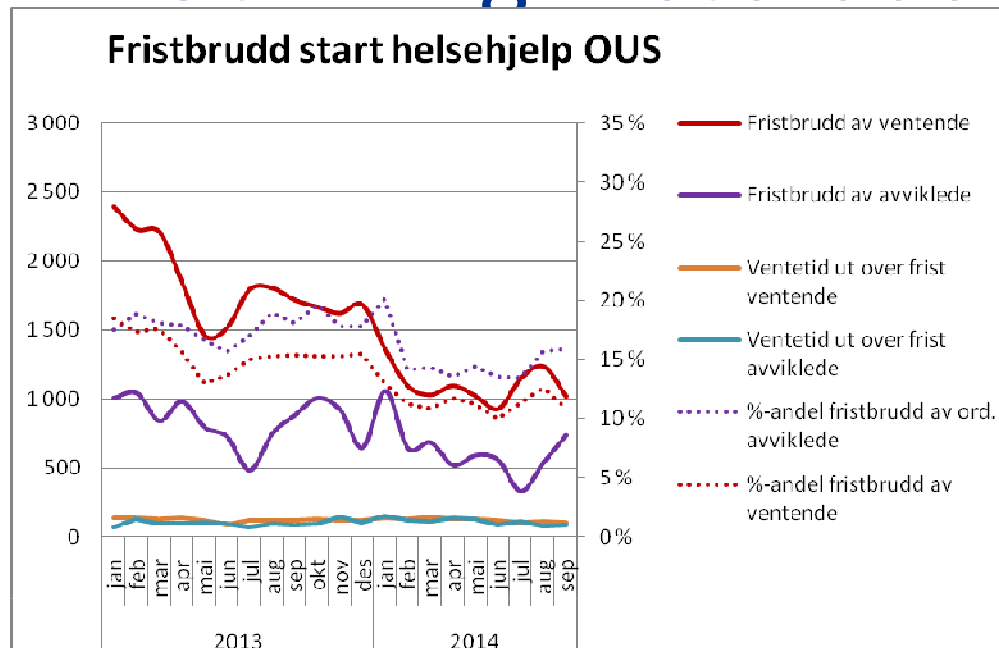
2.2 Antall langtidsventende (≥ 12 mnd) per fagområde

	06/14	07/14	08/14	09/14	Måltall	Avvik måltall
Fagområde	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	09/14	09/14
050 Ortopedisk kirurgi (inklusive revmakirurgi)	547	577	587	522	560	38
070 Urologi	39	52	38	46	-	-46
090 Plastikk-kirurgi	1 170	1 146	1 168	1 140	915	-225
250 Nevrologi	110	115	113	88	60	-28
290 Øre-nese-hals sykdommer	47	49	50	35	-	-35
300 Øyesykdommer	96	107	90	78	130	52
Sum for fagområder med mer enn 20 langtidsventende	2 113	2 138	2 067	1 909	1 666	(243)
SUM TOTALT	2 247	2 270	2 207	2 028		

Merknad:

Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 langtidsventende per 30. september 2014.

2.3 Utvikling fristbrudd



Fristbrudd ordinært avviklede	2013				2014				
	jun	jul	aug	sep	Antall				Andel
	Antall				jun	jul	aug	sep	sep
PHA	12	4	7	15	4	4	4	3	2 %
MED	33	14	93	77	107	35	99	96	9 %
KKN	371	218	325	393	283	155	271	384	23 %
KVB	56	44	47	90	28	17	33	53	12 %
KKT	199	156	181	192	114	107	104	153	15 %
HLK	55	48	96	111	22	14	29	48	15 %
AKU	0	0	0	3	-	1	-	-	0 %
KDI	0	0	0	0	0	0	0	0	0 %
Sum	726	484	749	881	558	333	540	737	15,9 %
Diff vs. 2013					-168	-151	-209	-144	
Diff %					-23 %	-31 %	-28 %	-16 %	

Fristbrudd ventende	2013				2014				
	jun	jul	aug	sep	Antall				Andel
	Antall				jun	jul	aug	sep	sep
PHA	12	26	16	2	1	11	8	7	2,3 %
MED	20	50	70	55	74	129	109	76	5,5 %
KKN	1 087	1 247	1 277	1 290	646	773	833	726	16,2 %
KVB	92	109	98	46	28	35	47	33	3,5 %
KKT	172	181	157	173	133	162	179	145	8,1 %
HLK	127	175	180	149	42	36	61	33	8,1 %
AKU	0	3	3	0	2	2	-	-	0,0 %
KDI	1	0	1	1	0	0	0	0	0,0 %
Sum	1 511	1 791	1 802	1 716	928	1 150	1 238	1 021	10,9 %
Diff vs. 2013					-583	-641	-564	-695	
Diff %					-39 %	-36 %	-31 %	-41 %	

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

Fristbrudd ventende: Antall ventende ved utgangen av perioden med fristbrudd.

2.3 Fristbrudd per fagområde

Antall per fagområde	Juni	Juli	Aug	Sep	Andel sep	Gj.snitt ventetid ut over frist
<u>050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)</u>	214	238	258	233	20,7	148
<u>070 Urologi</u>	45	81	101	83	13,4	62
<u>090 Plastikk-kirurgi</u>	74	81	82	72	27,6	266
<u>100 Nevrokirurgi</u>	164	226	234	240	40,3	76
<u>140 Fordøyelsesykdommer</u>	46	94	81	50	15,4	34
<u>150 Hjertesykdommer</u>	33	25	48	22	5	52
<u>250 Nevrologi</u>	52	57	83	37	7,9	98
<u>290 Øre-nese-hals sykdommer</u>	85	98	114	98	17,6	146
<u>853 Onkologi</u>	33	18	18	27	17,9	79
Sum fristbrudd av ventende pasienter for fagområder hvor det er over 20 fristbrudd	816	1 011	1 118	862		
Sum fristbrudd	928	1 150	1 238	1 021	10,9	106

Merknad:

Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 fristbrudd per 30. september 2014.

2.3 Frister som forfaller

Rettighetsstatus	Periode for frist helsehjelp				
	Forfalt	2014-10	2014-11	2014-12	2015-01
SUM	1 097	2 073	2 271	2 085	801
Klinikk psykisk helse og avhengighet	4	121	110	52	5
Medisinsk klinikk	87	317	356	343	120
Klinikk for kirurgi og nevrofag	765	824	1 009	879	429
Kvinne- og barneklubben	45	193	274	282	130
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	152	554	390	446	97
Hjerte-, lunge- og karklubben	42	60	127	82	18
Akuttklubben	1	3	4		2

3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2014	September				Hittil i 2014			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	-11 151 802	974 769	973 329	1 440	0,1 %	8 275 946	8 271 626	4 320	0,1 %
Aktivitetsbaserte inntekter	-7 160 551	653 126	630 610	22 516	3,6 %	5 349 454	5 342 022	7 433	0,1 %
Andre inntekter	-1 807 922	199 879	168 145	31 734	18,9 %	1 513 646	1 359 052	154 594	11,4 %
Sum driftsinntekter	-20 120 275	1 827 774	1 772 084	55 689	3,1 %	15 139 047	14 972 700	166 347	1,1 %
Lønn -og innleiekostnader	13 884 836	1 243 557	1 208 493	-35 065	-2,9 %	10 410 707	10 274 351	-136 356	-1,3 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 578 750	235 945	226 493	-9 452	-4,2 %	1 982 854	1 925 043	-57 811	-3,0 %
Andre driftskostnader	3 636 059	310 279	306 924	-3 356	-1,1 %	2 722 874	2 705 164	-17 710	-0,7 %
Sum driftskostnader	20 099 645	1 789 782	1 741 909	-47 872	-2,7 %	15 116 435	14 904 558	-211 877	-1,4 %
Driftsresultat	20 630	37 992	30 175	7 817	0,4 %	22 611	68 141	-45 530	-0,3 %
Netto finans	20 630	-8 634	-1 519	-7 115	-468,4 %	17 800	-17 275	35 075	203,0 %
Resultat OUS ¹⁾	0	29 358	28 656	702	0,0 %	40 411	50 866	-10 455	-0,1 %

1) Resultat for foretaksgruppen

3.2 Kommentarer til økonomisk resultat

Art_ØBAK	Regnskap	Budsjett	Awik	Kommentarer til de største awikene
Basisramme	8 275 946	8 271 626	4 320	Awiket knyttes til tilleggsbevilgning som kompensasjon for reduserte takster for PET-analyser.
ISF egne pasienter	2 255 469	2 286 991	-31 522	De totale ISF-inntektene er 20,7 mnok lavere enn budsjettert. Awiket knyttes til lavere aktivitet enn budsjettert ved de somatiske enhetene hittil i år. Inntekt knyttet til budsjettert meraktivitet ut over HSØ-krav er budsjettert under Andre inntekter med omlag 5 mnok per måned. Estimert tap knyttet til flere konsultasjoner samme dag er hensyntatt i resultatet.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	345 477	338 480	6 997	
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	464 578	464 128	450	
ISF-inntekt kostnadskrevente	33 453	30 092	3 361	
Utskrivningsklare pasienter	1 140	3 053	-1 913	Antall utskrivningsklare pasienter er lavere enn forventet, derfor også lavere inntekt.
Gjestepasienter	457 109	439 009	18 100	Gjestepasientinntekter for pasienter fra andre regioner er 18 mnok høyere enn budsjettert. Det er positivt awik både innen somatikk og psykisk helse.
Salg av konserninterne helse tjenester	1 380 572	1 374 180	6 391	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er 6,4 mnok høyere enn budsjettert hittil i år. Det er et positivt awik innen psykisk helse, mens det innen somatikken er negativt awik innen dag-/døgnbehandling.
Polikliniske inntekter	411 656	406 088	5 568	De polikliniske inntektene er 5,6 mnok høyere enn budsjettert. Det er et positivt awik innenfor lab.rtg.-området, mens det er et negativt awik innenfor psykisk helse.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	29 160	31 322	-2 162	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettert for Raskere tilbake. Awiket skyldes i hovedsak lavere aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag og Klinikk for psykisk helse og avhengighet.
Andre øremerkede tilskudd	809 576	764 091	45 484	Nivå for inntektsføring av øremerkede tilskudd er høyere enn budsjettert. Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	674 911	563 639	111 272	Inntektsføring av refusjon for legemiddelet Ipiliumab med 28,3 mnok, inntektsført refusjon for frikjøp til DIPS-prosjektet med om lag 52 mnok (gir tilsvarende økt lønnskostnad) og gevinst ved salg av eiendom med 33 mnok, bidrar til positivt awik. Noe lavere aktivitet enn budsjettert gir isolert negativt awik.
Sum driftsinntekter	15 139 047	14 972 700	166 347	
Kjøp av off helse tjenester	41 594	32 065	9 529	Kostnadene til kjøp av offentlige helsetjenester er 9,5 mnok høyere enn budsjettert og gjelder i hovedsak kjøp av gjestepasienttjenester fra andre regioner.
Kjøp av private helsetjenester	189 538	188 854	685	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er om lag som budsjettert.
Varekostnader	1 709 390	1 676 507	32 883	Varekostnadene er om lag 33 mnok høyere enn budsjettert. Kostnader til Ipiliumab er ikke budsjettert og inngår med om lag 28,3 mnok (se også Andre inntekter). Dette i tillegg til høye kostnader blant annet til medikamenter (bl.a. dyre biologiske legemidler) og medisinske forbruksvarer i enkelte av klinikkene.
Innleid arbeidskraft	154 020	79 874	74 146	Innleiekostnadene er ikke redusert som forutsatt i budsjettert og er om lag 21 mnok høyere enn for samme periode i 2013. Merforbruket er størst innenfor nevrokirurgisk avdeling, nyfødtintensiv, PO/intensiv og barnemedisin. Det jobbes med tiltak for å redusere innleiekostnadene.
Kjøp av konserninterne helsetjenester	42 331	27 617	14 713	Kjøp av konserninterne helsetjenester er om lag 15 mnok høyere enn budsjettert. Awiket gjelder i all hovedsak psykisk helsevern (VOP og TSB).
Lønn til fast ansatte	7 017 016	7 017 008	8	For samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 62 mnok. Awiket må ses i forhold til at det er høyere lønnskostnader enn budsjettert for øremerkede midler på omlag 67 mnok. Awik for lønn til fast ansatte må også sees i sammenheng med innleiekostnadene. Det er refundert lønnskostnader til klinikkene knyttet til DIPS-prosjektet med omlag 52 mnok kroner. Pensjon er bokført som budsjettert i påvente av endelige NRS-beregninger for 2014.
Overtid og ekstrahjelp	826 111	684 182	141 929	
Pensjon	1 683 124	1 683 116	8	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-458 253	-397 318	-60 936	
Annen lønn	1 188 689	1 207 488	-18 799	
Avskrivninger	614 258	624 975	-10 717	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettert. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.
Nedskrivninger	20 057	0	20 057	Foreløpig vurdering.
Andre driftskostnader	2 088 559	2 080 189	8 370	I awik for andre driftskostnader inngår merkostnader knyttet til pasientreiser, vedlikehold av bygg mv. Tilbakebetaling fra Sykehuspartner fra 2013 (for mye fakturert) inngår også med 5,5 mnok og bidrar positivt, sammen med lavere energikostnader.
Sum driftskostnader	15 116 435	14 904 558	211 877	
Finansinntekter	81 987	73 395	8 592	Awiket skyldes lavere rentekostnader enn forutsatt i budsjettert, effekt av gevinst ved salg av Barnehaagebygg AS med tilhørende tomt (18 mnok) og positivt bidrag fra datterselskapene (3 mnok).
Finanskostnader	64 187	90 670	-26 483	
Netto finans	-17 800	17 275	35 075	
TOTALT	-40 411	-50 866	-10 455	

3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering September 2014 tall i hele 1000 kr	September				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	5 140	0	5 140	3,0 %	31 041	0	31 041	2,2 %
Medisinsk klinikk	-1 431	0	-1 431	-1,4 %	-20 305	0	-20 305	-2,3 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-7 696	0	-7 696	-3,7 %	-93 707	0	-93 707	-5,7 %
Kvinne- og barneklubben	-5 502	0	-5 502	-3,6 %	-26 175	0	-26 175	-2,1 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	-2 003	0	-2 003	-0,8 %	-30 640	0	-30 640	-1,6 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	4 998	0	4 998	5,0 %	-42 051	0	-42 051	-5,2 %
Akuttklubben	965	0	965	0,4 %	-15 436	0	-15 436	-0,9 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	11 945	0	11 945	6,1 %	48 100	0	48 100	3,0 %
Oslo sykehuservice	677	0	677	0,4 %	10 686	0	10 686	0,7 %
Konsern	-1 369	2 034	-3 403	-	7 160	4 176	2 984	-
Fellesposter	27 360	26 622	739	36,0 %	154 096	46 690	107 405	15,2 %
Direktørensstab	-3 728	0	-3 728	-2,7 %	17 644	0	17 644	1,6 %
Sum OUS	29 358	28 656	702	0,0 %	40 411	50 866	-10 455	-0,1 %

3.4 Kommentarer til klinikkenes avvik per september

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	+ 31	Avviket skyldes i hovedsak at driftsinntektene er 17 mnok høyere enn budsjettert. I dette inngår høyere gjestepasientinntekter med om lag 25 nok. Klinikkenes driftskostnader er nærmere 14 mnok lavere enn budsjettert. Hoveddelen av dette skyldes lavere kostnader enn budsjettert innenfor IKT, oppussing og vedlikehold av bygninger, samt budsjetterte kostnader for definerte områder og prosjekter som ennå ikke er igangsatt.
Medisinsk klinikk	- 20	Om lag 10 mnok av avviket skyldes lavere aktivitet enn budsjettert (vesentlig øyeblikkelig hjelp- virksomhet, som er vanskelig å styre). Aktiviteten følges nøye. Positivt avvik for andre inntekter. Øvrig avvik skyldes i stor grad høyere lønnskostnader (12 mnok) enn budsjettert og avvik på andre driftskostnader (4 mnok) som for eksempel tolketjeneste og kjøp av mindre utstyr mv.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	- 94	Klinikkenes avvik knyttes i stor grad til lavere aktivitet enn budsjettert. Dette følges tett opp samtidig som det er fokus på avvikling av fristbrudd og langtidsventende. Kostnadene til innleie er hittil i år om lag 22 mnok høyere enn budsjettert, sum lønnskostnader har et negativt avvik på 8 mnok. Videre er andre driftskostnader om lag 8 mnok høyere enn budsjettert mens varekostnadene er 6 mnok lavere enn budsjettert (cochleaimplantater og medikamentkostnader øye).
Kvinne- og barneklirikken	- 26	Hittil i år har klinikken et negativt avvik på 26 mnok som i hovedsak skyldes lavere aktivitet enn plan (13 mnok), merforbruk på innleie (15 mnok) og varekostnader/medikamenter (9 mnok), som delvis blir kompensert av mindre forbruk på lønn på 10 mnok.
Kreft-, kirurgi og transplantasjons-klinikken	- 31	Klinikken har en aktivitet som er 0,8 % over budsjettert nivå. Personalkostnadene er så langt i år noe høyere enn budsjettert, men har vesentlige avvik på innleid arbeidskraft pga. pleiekrevende pasienter og høy aktivitet i enkelte avdelinger. Varekostnadene er klart over budsjett, hovedsakelig er det merforbruk på medikamenter/cytostatika med 15 mnok. En del av dette gjelder kostnader til medikamentet ipilimumab som ikke er budsjettert. Det er også vesentlig avvik på instrumenter og medisinske forbruksvarer knyttet til operasjonsaktiviteten i klinikken.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	- 42	Hovedårsak til avvik er lavere aktivitet enn budsjettert. Dette skyldes i stor grad forsinkelser i levering av utstyr til Kardiologisk avdeling og nedgang i pasienter til operasjon innenfor hjertekirurgi, samt få transplantasjoner.
Akuttlinikken	- 15	Klinikken har et mindreforbruk på lønn (8 mnok) som må ses i sammenheng med merforbruk på innleie (14 mnok). Klinikken har fortsatt problemer med rekruttering på PO/Intensiv og Operasjon. Pasientreiser har et akkumulert merforbruk på 6,5 mnok. Dette skyldes nye anbudspriser fra februar og aktivitetsvekst.
Klinikk for diagn. og intervensjon	+ 48	Resultat bedre enn budsjettert i hovedsak som følge av høy aktivitet innenfor Avdeling for medisinsk genetikk og Avdeling for radiologi og nukleærmedisin. Lavere lønnskostnader enn budsjettert grunnet færre årsverk enn budsjettert.
Oslo sykehusservice	+ 11	Resultat noe bedre enn budsjettert.
Stab	+ 18	Avvik skyldes ubesatte stillinger og generelt lavere driftskostnader enn budsjettert.
Fellesposter mv	+ 110	Avvik skyldes i hovedsak budsjettert reserve, noe reversering av avsetninger fra 2013 (kostnad bokført på klinikk), tilbakebetaling fra Sykehuspartner, lavere avskrivningskostnader og netto finans. I tillegg bidrar gevinst fra salg av eiendom med 52 mnok. Estimert for nedskrivningsbehov er kostnadsført under Fellesposter med 20 mnok.
Samlet avvik	- 10	Gevinst fra salg av eiendom er inkludert i resultatet med nærmere 52 mnok.

3.2 Lønnskostnader ekskl. pensjon

ekskl. pensjon i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	sep 2014			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	129 197	-2 715	-2,1 %	1 048 132	603	0,1 %	1 001 779	46 352	4,6 %
MED	74 241	-570	-0,8 %	602 799	-15 429	-2,6 %	576 855	25 944	4,5 %
KKN	138 034	-7 016	-5,4 %	1 082 411	-10 061	-0,9 %	1 023 807	58 605	5,7 %
KVB	105 750	1 974	1,8 %	857 907	9 489	1,1 %	809 671	48 236	6,0 %
KKT	151 510	-11 482	-8,2 %	1 188 578	-44 325	-3,9 %	1 122 446	66 133	5,9 %
HLK	56 145	-651	-1,2 %	459 937	-6 348	-1,4 %	432 141	27 795	6,4 %
AKU	147 869	521	0,4 %	1 205 840	1 141	0,1 %	1 122 605	83 235	7,4 %
KDI	120 924	1 699	1,4 %	1 001 610	18 471	1,8 %	934 752	66 857	7,2 %
OSS	79 827	-899	-1,1 %	658 531	-11 234	-1,7 %	613 908	44 623	7,3 %
STAB	25 305	-2 325	-10,1 %	181 233	5 246	2,8 %	199 137	-17 904	-9,0 %
FPO	173	-6 813	102,6 %	221 068	-14 412	-7,0 %	93 570	127 498	136,3 %
OUS	1 037 507	-27 561	-2,7 %	8 573 562	-62 202	-0,7 %	7 987 021	586 542	7,3 %

3.2 Innleiekostnader

Innleie i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	sep 2014			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	798	-798	0,0 %	2 611	-2 611	0,0 %	310 480	2 301	741,1 %
MED	1 038	-32	-3,2 %	8 016	-463	-6,1 %	9 922	-1 905	-19,2 %
KKN	2 780	-1 901	-216,4 %	30 961	-22 096	-249,2 %	25 612	5 349	20,9 %
KVB	3 552	-1 095	-44,6 %	36 826	-15 126	-69,7 %	25 488	11 338	44,5 %
KKT	1 608	-696	-76,2 %	17 751	-9 967	-128,0 %	15 357	2 394	15,6 %
HLK	2 066	-1 059	-105,2 %	17 301	-8 565	-98,0 %	19 736	-2 435	-12,3 %
AKU	4 448	-1 731	-63,7 %	38 640	-14 017	-56,9 %	33 341	5 299	15,9 %
KDI	212	-144	-209,2 %	1 703	-1 090	-177,8 %	4 032	-2 329	-57,8 %
OSS	49	-49	0,0 %	210	-210	0,0 %	17	194	1163,9 %
STAB			0,0 %	379	-379	0,0 %	-	-	-
FPO							-4	4	
OUS	16 552	-7 504	-82,9 %	154 020	-74 146	-92,8 %	133 811	20 209	15,1 %

3.2 Varekostnader per klinikk

Varekostnader knyttet til FG i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	sep			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	5 131	358	6,5 %	45 413	3 605	7,4 %	47 582	-2 168	-4,6 %
MED	11 033	-396	-3,7 %	94 006	-925	-1,0 %	91 589	2 417	2,6 %
KKN	33 392	-1 506	-4,7 %	264 373	5 770	2,1 %	252 869	11 504	4,5 %
KVB	10 112	-1 166	-13,0 %	84 585	-8 876	-11,7 %	71 476	13 109	18,3 %
KKT	41 595	-5 845	-16,3 %	353 914	-49 449	-16,2 %	295 348	58 565	19,8 %
HLK	27 352	-1 461	-5,6 %	214 664	9 931	4,4 %	218 140	-3 476	-1,6 %
AKU	14 402	-1 273	-9,7 %	132 847	-5 480	-4,3 %	144 222	-11 375	-7,9 %
KDI	41 762	687	1,6 %	363 678	-3 585	-1,0 %	348 040	15 639	4,5 %
OSS	15 317	-2 557	-20,0 %	110 825	-1 955	-1,8 %	107 259	3 566	3,3 %
STAB	90	-25	-38 %	181	267	59,6 %	1 849	-1 668	-90,2 %
FPO	6 294	523	7,7 %	44 902	17 814	28,4 %	37 334	7 569	20,3 %
OUS	206 463	-12 646	-6,5 %	1 709 390	-32 883	-2,0 %	1 615 707	93 684	5,8 %

3.2 Andre driftskostnader per klinikk

Andre driftskostnader i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler.	sep			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	9 220	2 820	23,4 %	93 234	18 479	16,5 %	102 167	-8 933	-8,7 %
MED	3 044	-598	-24,4 %	24 416	-2 421	-11,0 %	27 464	-3 048	-11,1 %
KKN	5 719	-1 706	-42,5 %	45 864	-9 778	-27,1 %	43 272	2 592	6,0 %
KVB	6 212	586	8,6 %	55 815	3 653	6,1 %	36 090	19 725	54,7 %
KKT	11 337	-3 510	-44,8 %	78 391	-8 933	-12,9 %	75 334	3 057	4,1 %
HLK	1 421	1 462	50,7 %	19 207	5 062	20,9 %	19 436	-229	-1,2 %
AKU	25 551	-1 006	-4,1 %	202 755	-12 591	-6,6 %	191 392	11 363	5,9 %
KDI	8 783	8	0,1 %	82 856	-4 541	-5,8 %	72 634	10 222	14,1 %
OSS	66 887	5 379	7,4 %	650 272	5 404	0,8 %	654 936	-4 664	-0,7 %
STAB	98 793	-9 384	-10,5 %	801 040	-13 832	-1,8 %	668 802	132 238	19,8 %
FPO	-3 869	3 603	-1352,5 %	7 257	3 048	29,6 %	1 453	5 804	399,5 %
OUS	236 658	-1 677	-0,7 %	2 088 559	-8 370	-0,4 %	1 924 052	164 507	8,6 %

3.3 Resultat for AS'ene

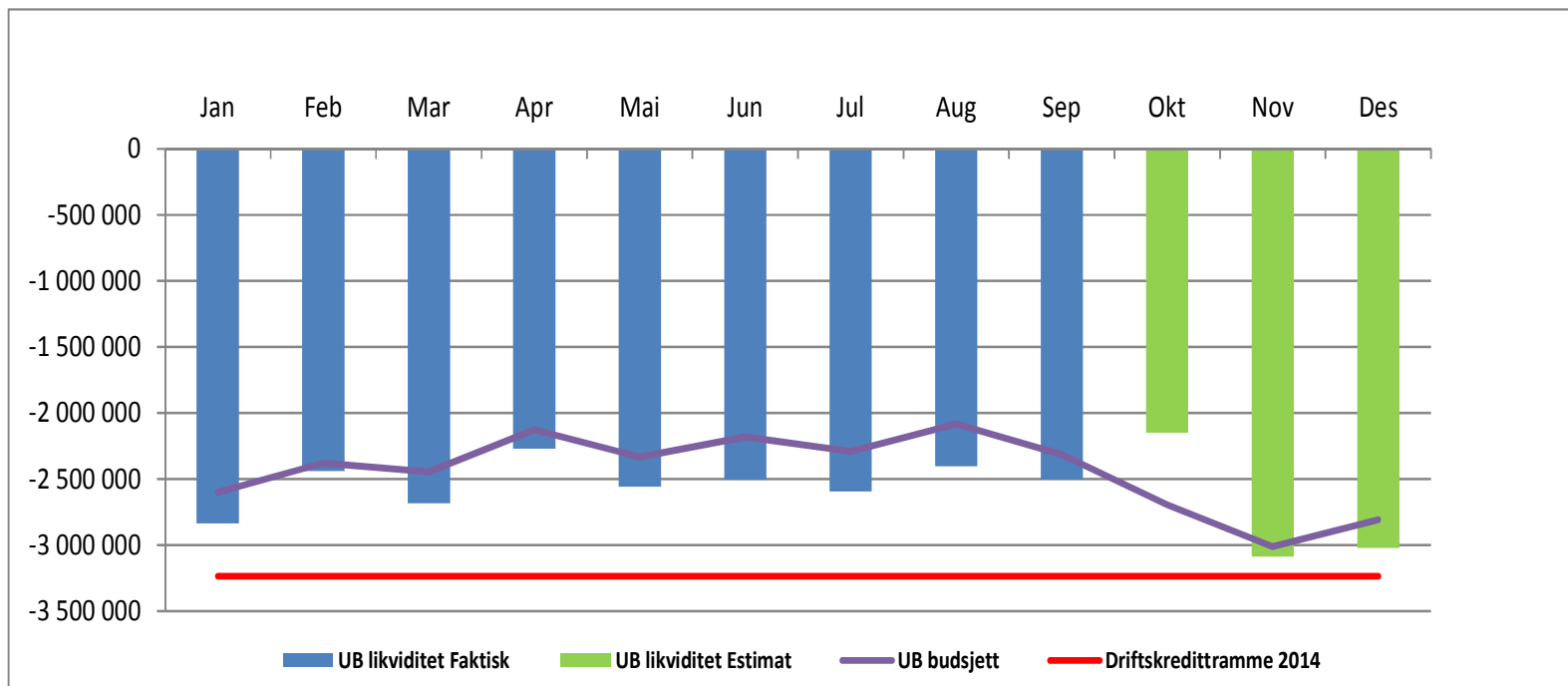
AS'ene i 1 000 kr	Budsjett		Regnskap	
	Årsbudsjett	HiÅ	HiÅ	Avvik HiÅ
Barnehagebygg AS	-374	-281	-297	16
MEDINNOVA	-1 440	-1 272		-1 272
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	-1 050	-630	-142	-488
Radpark AS	-1 959	-1 470		-1 470
SMOS	-6 617	-79	-6 721	6 642
Sykehotell AS	-592	-444		-444
Totalt	-12 032	-4 176	-7 160	2 984

3.6 Tiltaksgjennomføring

	Kroner (i 1000)					Årsverk				
	Bud helår	Bud effekt per rapp mnd	Realisert økonomisk effekt	Avvik	sept	Bud red per des	Bud bem	Red årsverk	avvik	sept
KPHA	20 300	15 194	9 943	-5 251	1 119	19	19	19	-	19
MED	13 143	9 505	5 377	-4 128	796	11	11	6	-5	6
KKN	66 409	49 807	20 535	-29 271	1 267	15	15	2	-13	2
KVB	37 840	28 564	13 338	-15 226	921	5	5	2	-3	2
KKT	26 535	18 757	16 613	-2 143	1 564	18	6	2	-5	2
HLK	10 500	7 878	5 020	-2 858	780	0	0	-	-	
AKU	28 659	21 012	11 796	-9 216	1 567	17	17	8	-9	8
KDI	34 584	24 734	18 682	-6 052	1 567	0	0	-	-	-
OSS	17 275	12 674	11 846	-828	1 316	8	0	8	8	8
Totalt	255 246	188 124	113 150	-74 974	10 896	94	74	47	-27	47

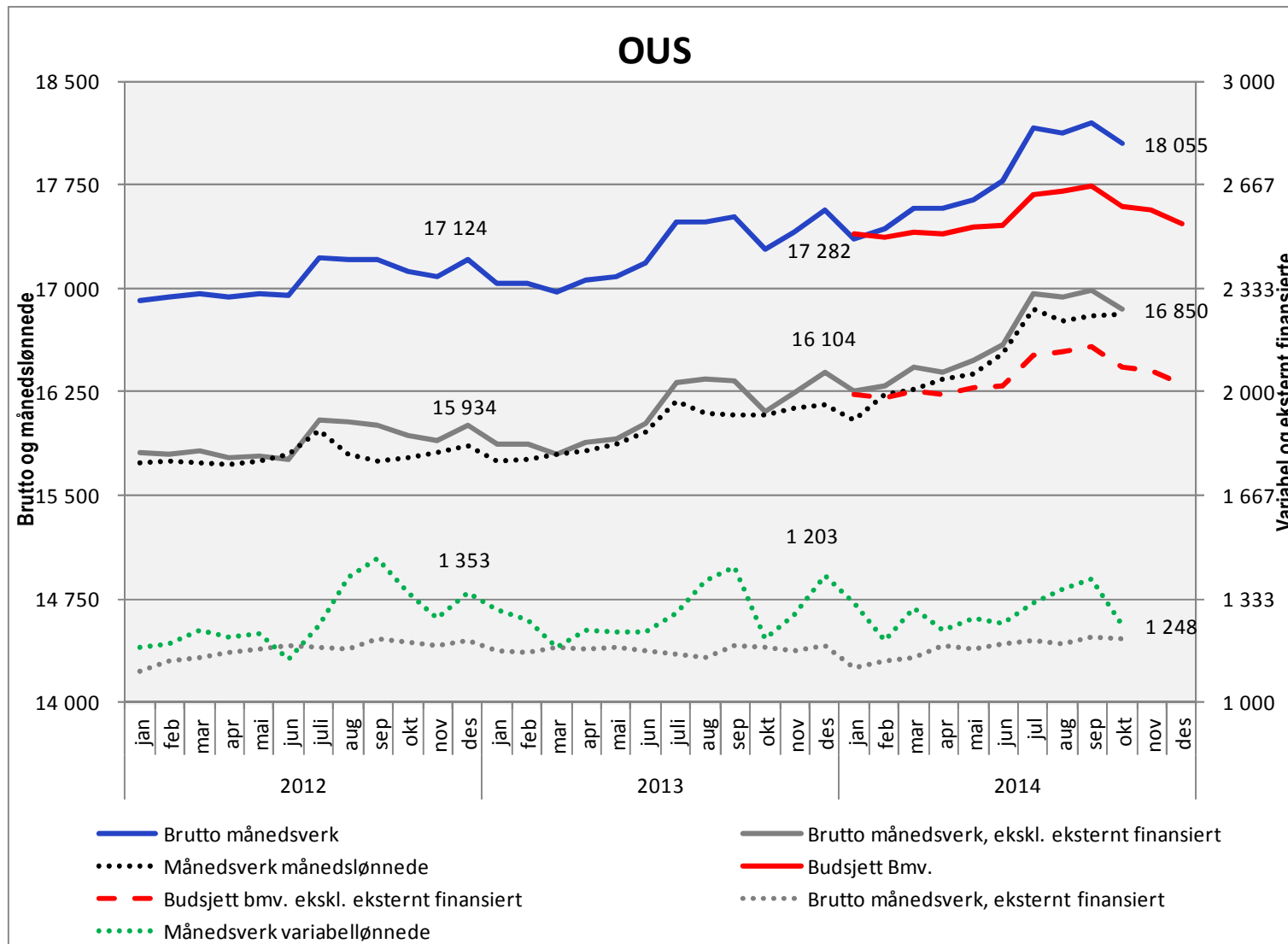
3.7 Likviditet

Utvikling likviditet
(utgående saldo ved periodeslutt)



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

4.1 Bemanningsutvikling



4.2 Bemanningsindikatorer

Indikator	Denne måned			Hittil i 2014				2014 mot 2013			
	okt 2014	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. okt	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ okt 2014 mot okt 2013	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsværk	18 055	17 594	461	17 790	17 517	273	1,6 %	773	4,3 %	577	3,2 %
Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert	16 850	16 432	418	16 616	16 355	261	1,6 %	746	4,4 %	570	3,4 %
Brutto månedsværk, eksternt finansiert	1 205	1 162	43	1 174	1 162	12	1,0 %	27	2,3 %	7	0,6 %
Innleie fra vikarbyrå	171	93	78	175	96	79	82,1 %	-5	-3 %	22	14,7 %
Månedsværk månedslønnede	16 806	16 415	391	16 499	16 343	156	1,0 %	728	4,3 %	561	3,4 %
Månedsværk variabellønnede	1 248	1 179	70	1 291	1 174	117	9,9 %	45	3,6 %	16	1,3 %
Netto månedsværk nasj. ind.	13 553	-	-	14 154	-	-	-	686	5,1 %	527	3,7 %
Sykefraværspersent	6,3	7,4	-1,1	7,1	7,4	-0,3	-4,4 %	-0,3	-2,5 %	-0,4	-5,6 %

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmene Arcplan og ProClarity. Indikator for innleie fra vikarbyrå er beregnet basert på regnskapsarter (se ny definisjon). Se for øvrig lysbilde 3.2 – Innleiekostnader der avvik fra budsjett fremkommer i KR.

Brutto månedsværk, Intern finansiering	Denne måned			Hittil i 2014				2014 mot 2013			
	okt 2014	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. okt	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ okt 2014 mot okt 2013	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
PHA	2 154	2 059	95	2 149	2 065	85	4,1 %	94	4,4 %	73	3,4 %
MED	1 261	1 193	69	1 246	1 196	50	4,2 %	75	5,9 %	44	3,6 %
KKN	2 197	2 107	90	2 149	2 108	41	1,9 %	89	4,0 %	65	3,0 %
KVB	1 674	1 667	7	1 644	1 651	-7	-0,4 %	52	3,1 %	27	1,7 %
KKT	2 264	2 194	70	2 228	2 173	55	2,5 %	80	3,5 %	78	3,5 %
HLK	826	810	16	819	801	18	2,2 %	32	3,9 %	24	2,9 %
AKU	2 351	2 317	34	2 321	2 309	11	0,5 %	105	4,5 %	70	3,0 %
KDI	2 022	2 017	5	1 980	2 009	-30	-1,5 %	98	4,8 %	78	3,9 %
OSS	1 881	1 842	39	1 869	1 824	45	2,5 %	134	7,1 %	123	6,6 %
OUS	16 850	16 432	418	16 616	16 355	261	1,6 %	746	4,4 %	570	3,4 %

4.3 Månedssverk fordelt på stillingskategorier

Brutto månedssverk OUS	Forrige periode	Denne periode	Hittil i 2014	Hittil i 2013	2014 mot 2013				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel		
	sep 2014	okt 2014	Pr. okt	Pr. okt	? okt 2014 mot okt 2014	%-vis endring	? hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel hele 2014	Andel hele 2013	Gj.snittelig endring 2014 mot 2013
(1) Administrasjon/Ledelse	3 088	3 078	3 044	2 958	69	2,2 %	86	2,8 %	17,1 %	17,2 %	2,5 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 602	1 511	1 520	1 500	72	4,7 %	21	1,4 %	8,6 %	8,7 %	1,6 %
(3) Leger	2 365	2 362	2 333	2 262	113	4,8 %	71	3,0 %	13,1 %	13,1 %	3,0 %
(3a) Overleger	1 443	1 440	1 419	1 376	75	5,2 %	43	3,0 %	8,0 %	8,0 %	2,9 %
(3b) LIS-leger	886	887	880	852	37	4,2 %	28	3,2 %	5,0 %	4,9 %	3,3 %
(3c) Turnusleger	35	35	34	34	1	2,7 %	-0	-1,3 %	0,2 %	0,2 %	-1,5 %
(4) Psykologer	269	267	264	253	13	4,7 %	10	3,8 %	1,5 %	1,5 %	3,8 %
(5) Sykepleier	5 809	5 890	5 713	5 502	312	5,3 %	211	3,7 %	32,1 %	32,0 %	3,4 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	570	561	569	572	7	1,3 %	-3	-0,6 %	3,2 %	3,3 %	-0,4 %
(7) Diagnostisk personell	1 486	1 480	1 449	1 365	95	6,4 %	83	5,8 %	8,1 %	7,9 %	5,7 %
(8) Apotekstillinger	3	3	3	2	-	0,0 %	1	16,9 %	0,0 %	0,0 %	23,9 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 569	1 506	1 522	1 483	36	2,4 %	39	2,5 %	8,6 %	8,6 %	2,5 %
(10) Ambulansepersonell	495	495	485	465	34	6,8 %	20	4,0 %	2,7 %	2,7 %	3,7 %
(11) Forskning	849	850	826	794	33	3,9 %	32	3,9 %	4,6 %	4,6 %	3,3 %
(99) Ukjente	78	36	51	54	-23	-64,2 %	-2	-4,7 %	0,3 %	0,3 %	3,7 %
SUM	18 196	18 055	17 790	17 212	773	4,3 %	577	3,2 %	100 %	100,0 %	3,0 %

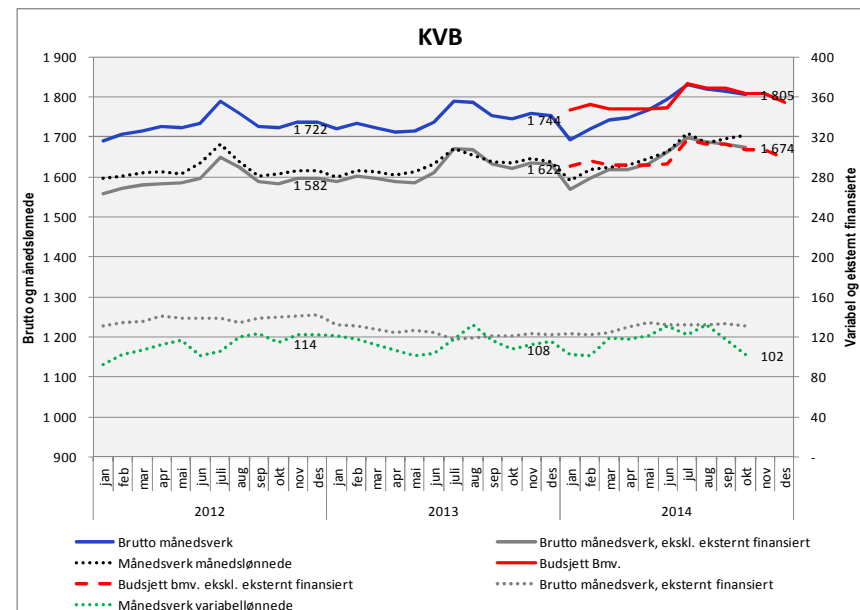
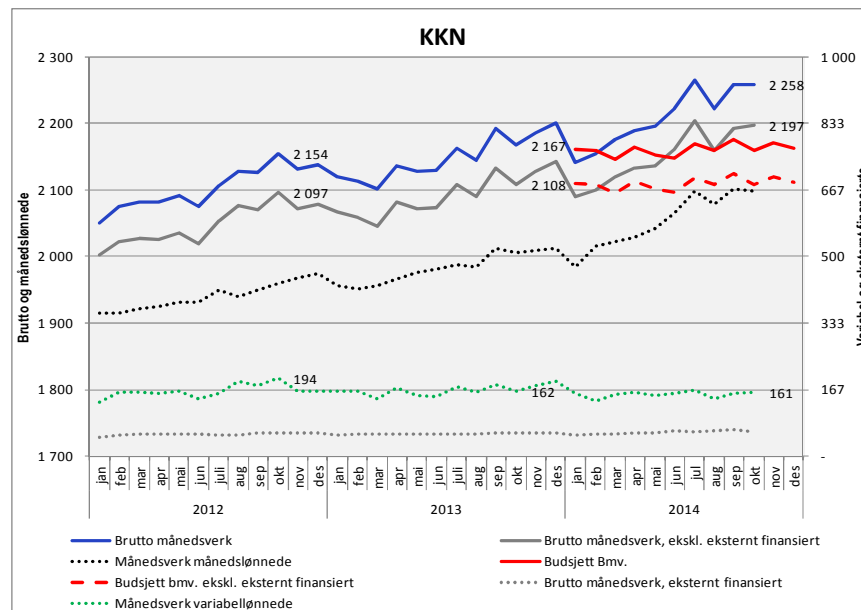
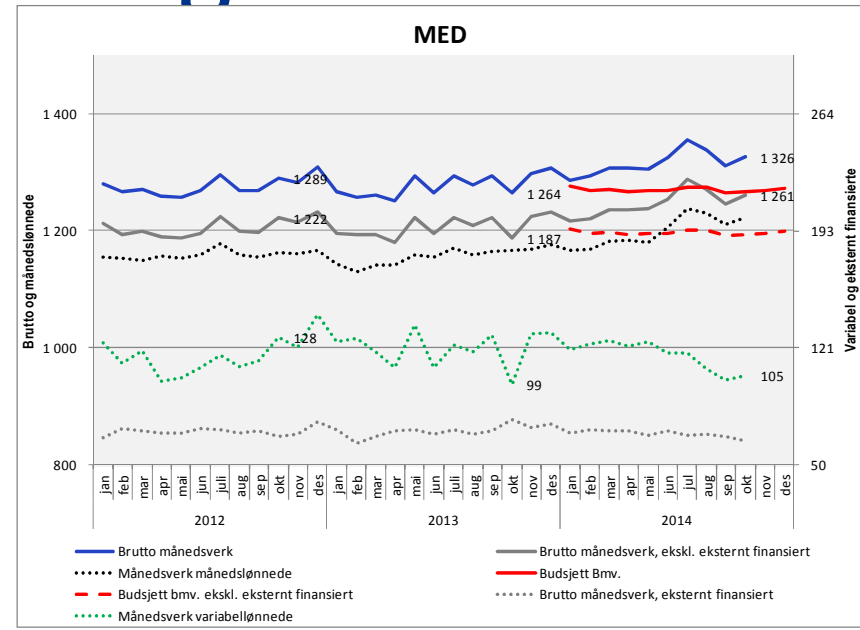
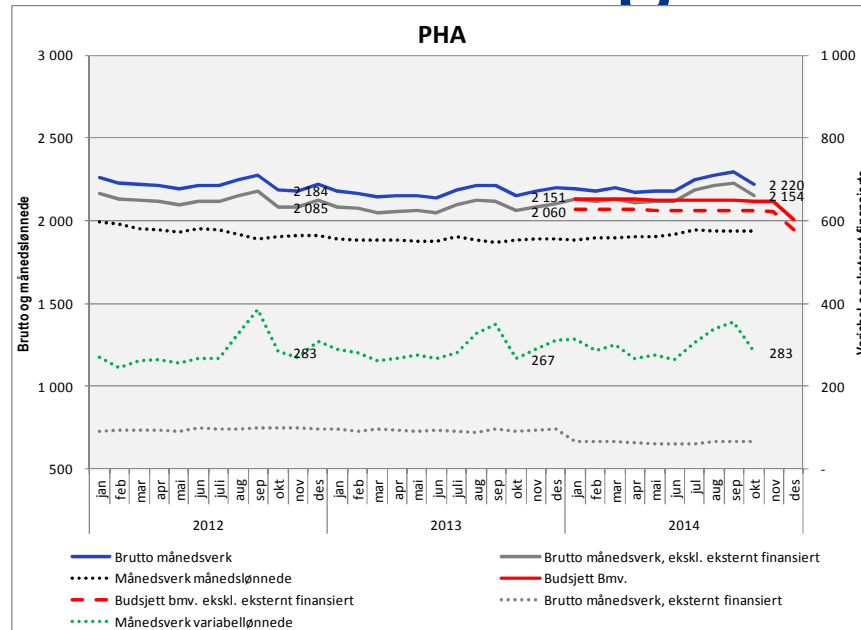
4.4 Andel deltid per klinikk

Deltid - fast ansatte - Totalt okt						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
PHA	1 923	456	23,7 %	93,2 %	15,9 %	94,1 %
MED	1 064	295	27,7 %	92,4 %	24,4 %	93,5 %
KKN	1 868	537	28,7 %	92,8 %	18,2 %	93,9 %
KVB	1 675	629	37,6 %	91,9 %	27,7 %	93,3 %
KKT	2 001	473	23,6 %	96,1 %	12,9 %	97,1 %
HLK	721	142	19,7 %	97,4 %	8,2 %	98,6 %
AKU	2 124	405	19,1 %	98,0 %	9,8 %	98,5 %
KDI	1 930	330	17,1 %	97,3 %	6,5 %	98,2 %
OSS	1 756	185	10,5 %	97,3 %	5,1 %	97,8 %
STAB	214	20	9,3 %	97,2 %	5,1 %	97,9 %
OUS	15 323	3 471	23 %	95,8 %	13,8 %	96,7 %

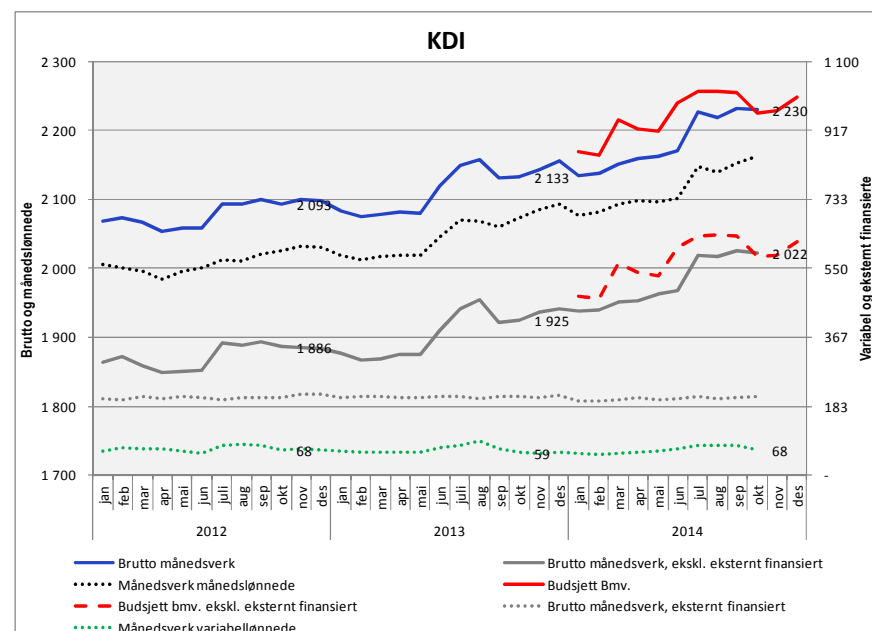
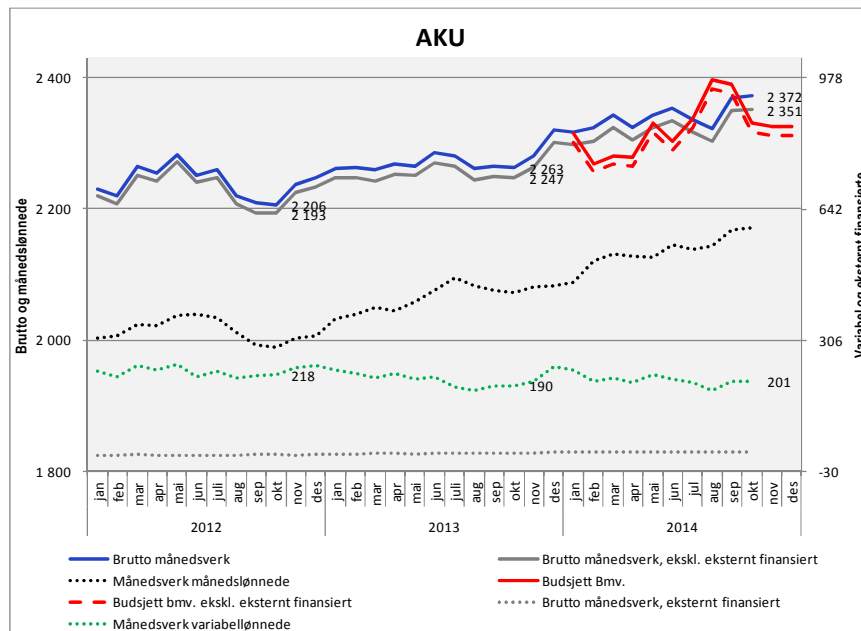
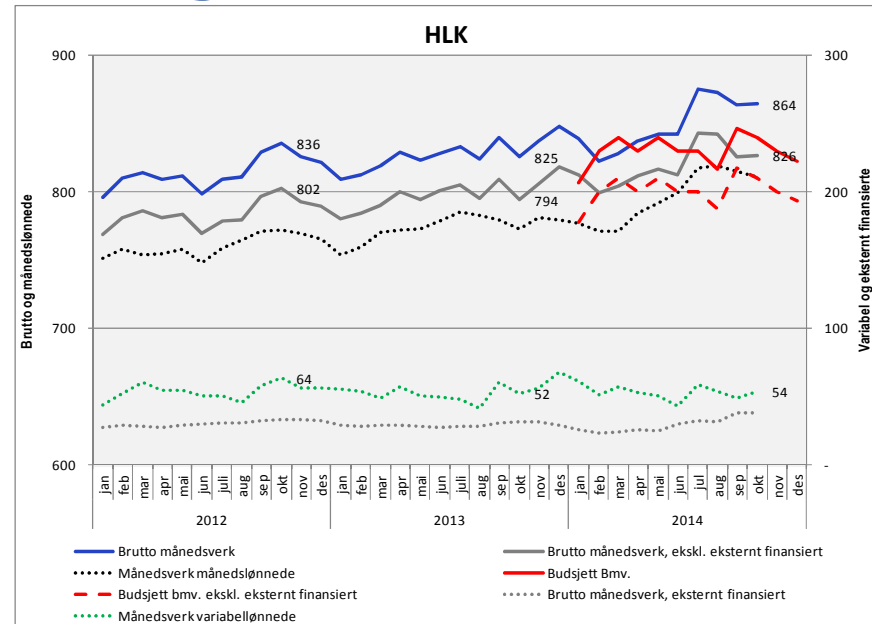
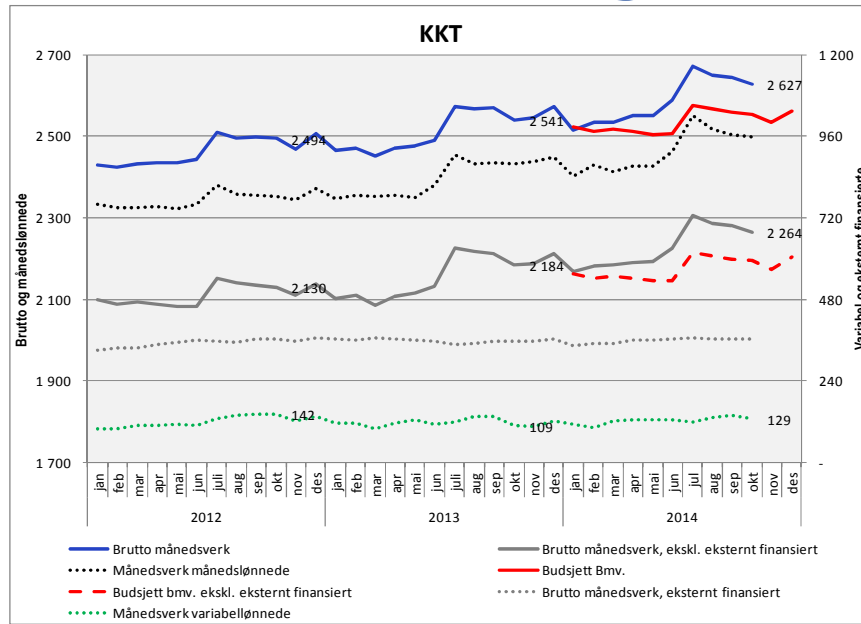
4.4 Utvikling andel deltid per klinikk

	201201	201206	201301	201306	201401	201406	201410
	Andel deltidsansatte%	Andel deltidsansatte%	Andel deltidsansatte%	Andel deltidsansatte %	Andel deltidsansatte %	Andel deltidsansatte %	Andel deltidsansatte %
Alle ansvarssteder	23,52	23,27	23,39	23,20	23,14	22,57	22,65
(A100) PHA	24,17	23,40	24,59	24,50	24,46	23,48	23,71
(A110) MED	26,05	26,49	27,48	27,77	27,34	26,80	27,73
(A120) KKN	29,71	29,76	29,97	29,30	29,31	28,92	28,75
(A140) KVB	38,95	39,27	38,31	38,56	38,25	37,95	37,55
(A150) KKT	25,88	25,50	24,13	23,75	24,36	23,13	23,64
(A160) HLK	18,48	17,06	17,93	18,48	20,14	19,02	19,69
(A210) AKU	21,08	20,36	21,10	20,27	19,99	19,58	19,07
(A220) KDI	18,54	18,21	18,38	17,88	17,56	16,89	17,10
(A230) KRG KREFTREG	9,57	10,64	9,57	11,34	9,01	9,17	8,00
(A300) OSS	9,11	9,50	10,06	10,52	10,02	10,07	10,54
(A400) STA STAB	9,25	9,72	7,11	8,21	9,09	10,33	9,35

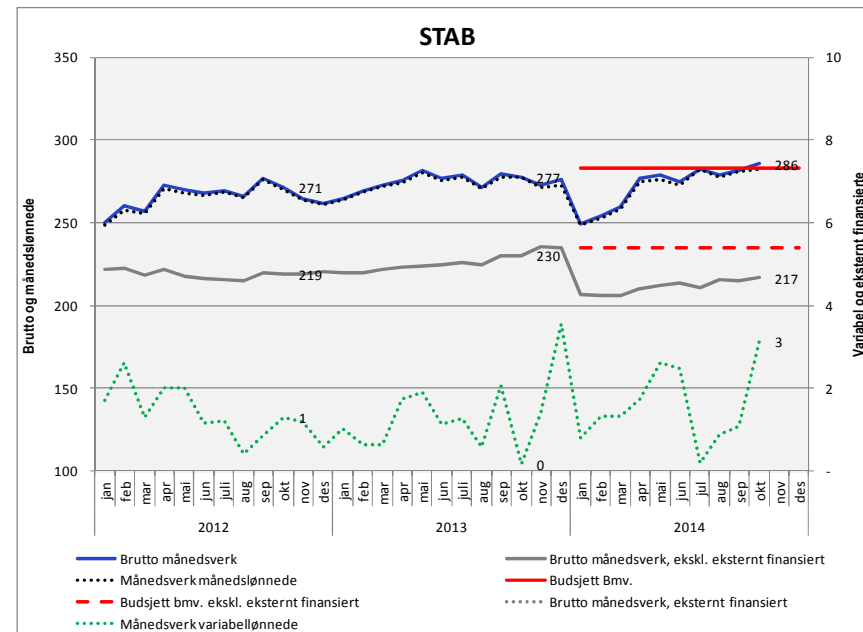
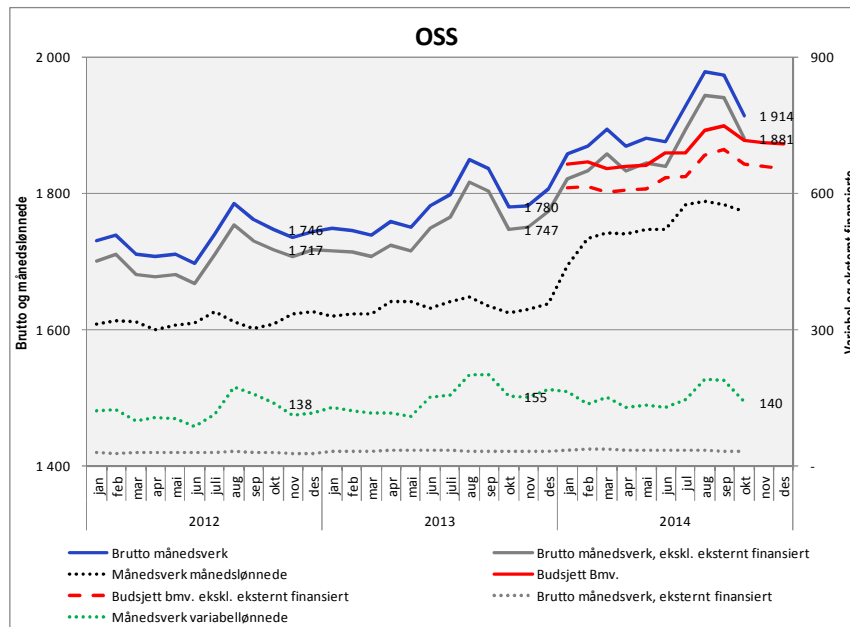
4.5 Bemanningsutvikling klinikk



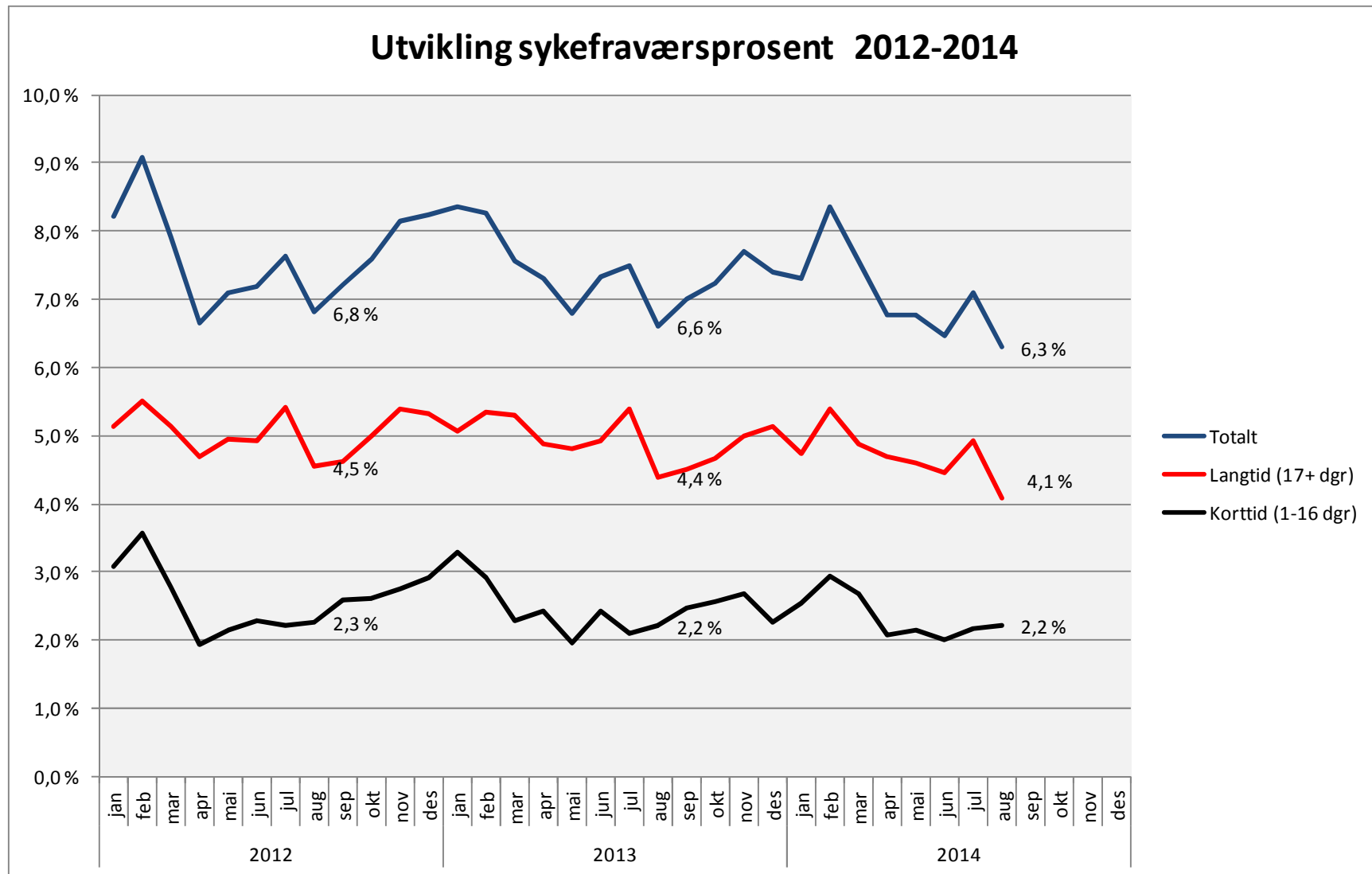
4.5 Bemanningsutvikling klinikk



4.5 Bemanningsutvikling klinikk



4.6 Sykefravær



4.7 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per august 2014							
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 %	1,2 %	2,6 %	1,5 %	3,4 %	4,8 %	7,4 %
MED	1,2 %	1,1 %	2,4 %	1,4 %	3,2 %	4,6 %	6,9 %
KKN	1,2 %	1,1 %	2,3 %	1,4 %	3,3 %	4,7 %	7,0 %
KVB	1,0 %	1,0 %	2,0 %	1,4 %	3,6 %	4,9 %	6,9 %
KKT	1,1 %	1,0 %	2,1 %	1,2 %	3,1 %	4,3 %	6,4 %
HLK	1,0 %	0,8 %	1,8 %	1,2 %	2,6 %	3,7 %	5,6 %
AKU	1,2 %	1,3 %	2,5 %	1,4 %	3,6 %	4,9 %	7,5 %
KDI	1,3 %	1,0 %	2,2 %	1,2 %	2,8 %	3,9 %	6,2 %
OSS	1,5 %	1,7 %	3,2 %	1,8 %	4,6 %	6,4 %	9,6 %
STAB	0,4 %	0,5 %	1,0 %	0,8 %	1,3 %	2,1 %	3,1 %
OUS	1,2 %	1,1 %	2,4 %	1,4 %	3,3 %	4,7 %	7,1 %

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 normaltids og hva som gjøres gjennom variabel lønnsinnsats (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 normaltids og hva som gjøres gjennom variabel lønnsinnsats (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: 30. oktober 2014

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

SAK 57/2014 BUDSJETT 2015

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelsen om budsjett 2015 til orientering.

Oslo den 23. oktober 2014

Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING

Denne saken gir en oppdatert status for behandling av budsjett 2015. Statsbudsjettet ble lagt frem den 8. oktober. Oppdaterte vurderinger knyttet til inntekts- og aktivitetsforutsetninger for budsjett 2015 legges derfor frem i denne saken sammen med en ny vurdering av kravet til effektivisering. Da denne styresaken ble sluttført forelå imidlertid ikke planforutsetningene fra Helse Sør-Øst RHF. Det tas sikte på å gi oppdatert informasjon på styremøtet.

2. TIDLIGERE VEDTAK

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 47/2014 Budsjett 2015 den 25. september 2014:

Styret tar saken til orientering.

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 39/2014 Budsjett 2015 den 26. juni 2014:

1. *Styret ber administrerende direktør fortsette en dialog med Helse Sør-Øst RHF om å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer i 2015.*
2. *Styret konstaterer at det fortsatt er en betydelig utfordring å gjennomføre driften slik at det oppnås en resultatforbedring med overskudd i 2015, men at dette er nødvendig for å sikre finansiering av investeringer.*

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 23-2014 Økonomisk langtidsplan 2015-2018 (35) den 24. april 2014:

3. *Styret gir sin tilslutning til forslaget til økonomisk langtidsplan.*
4. *Styret konstaterer at kravet til resultatforbedring er krevende, men nødvendig for å sikre tilstrekkelig finansiering av nødvendige investeringer i bygg og medisinsk teknisk utstyr.*
5. *Styret ber administrerende direktør innlede en dialog med Helse Sør-Øst RHF om å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer gjennom disponering av budsjettert overskudd og tilgang på ekstraordinære lån.*

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Regjeringen legger i statsbudsjettet for 2015 grunnlag for en aktivitetsvekst i sykehusene om lag som forutsatt i økonomisk langtidsplan 2015-2018. Enkelte andre forhold bidrar imidlertid til økt økonomisk utfordring for Oslo universitetssykehus HF. I statsbudsjettet foreslås underregulering av lønns- og priskompensasjon for den innsatsstyrte finansiering. Videre er gjennomføringen av driften i inneværende år svakere enn lagt til grunn i budsjettet. Disse to forholdene innebærer at kravet til effektivisering av driften er betydelig fra 2014 til 2015, og høyere enn det som ble vurdert når økonomisk langtidsplan ble behandlet av styret før sommeren. Sykehuset hadde da denne saken ble sluttført ikke mottatt rammer fra Helse Sør-Øst RHF, men forventer å motta disse før styremøtet. Styret vil derfor bli ytterligere orientert om rammeforutsetningene i møtet den 30. oktober.

Det er administrerende direktørs vurdering at arbeidet med budsjett 2015 er kommet godt i gang. Klinikkenes hovedoppgave er å oppnå en resultatforbedring fra 2013 til

2014, og helst ved at driften gjennomføres på en bedre og mer planlagt måte både for våre medarbeidere og pasientene. Klinikken har levert en første vurdering av tiltaksområder for budsjett 2015. Tiltakene er foreløpig ikke av ett tiltrekkelig omfang til å dekke kravet til effektivisering.

Oslo universitetssykehus HF har blitt gitt en foreløpig orientering om ramme til investeringer 2015. Denne er vesentlig lavere enn det som ble lagt til grunn i økonomisk langtidsplan. Det arbeides med prioritering av investeringsformål innenfor denne foreløpige rammen. Det vurderes også om inngåelse av leieavtaler innenfor eiendom og medisinsk teknisk utstyr kan være hensiktsmessig på enkelte områder.

4. FAKTADEL

4.1 Statsbudsjettet og inntekts- og aktivitetsforutsetninger for budsjett

Statsbudsjettet (Prop.1S) ble lagt frem 8. oktober og Oslo universitetssykehus HF mottok den 20. oktober budsjettskriv nr. 6 fra Helse Sør-Øst RHF. Under redegjøres for de viktigste forhold som innvirker på budsjettprosessen i Oslo universitetssykehus HF og enkelte forhold i statsbudsjettet der Oslo universitetssykehus HF er omtalt.

Ut over generell pris- og lønnsjustering foreslås det i statsbudsjettet 2 022 millioner kroner mer til drift (aktivitetsvekst) i alle helseforetakene. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering.

Aktivitet

Forslaget til statsbudsjett legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på opp mot 2,15 pst inkludert 0,15 pst til fritt behandlingsvalg. Dette er en høy vekst sammenlignet med tidligere år.

Statsbudsjettet legger til rette for en vekst på 6 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi. For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF), legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 pst. Til fradrag i vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått å utgjøre om lag 0,8 pst. av pasientbehandlingen omfattet av ISF.

Ordnningen med kommunal medfinansiering som ble innført i 2012 foreslås avvirket i 2015.

Departementet vil fra 2015 gå bort fra dagens system med streng aktivitetsstyring. Slik vil det bli lagt til rette for at sykehusene kan øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til dette. Aktivitet utover budsjettet aktivitet vil utløse ISF refusjon.

For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det gitt føringer i forslag til statsbudsjett om vridning fra døgn/dag til poliklinikk innenfor psykisk helsevern ved at midler er trukket fra basisramme og forventes generert fra polikliniske refusjoner.

DRG-vektendringer fra 2013 til 2014

Helsedirektoratet har den 14.oktober avholdt informasjonsmøte om foreløpig ISF regelverk for 2015. Det ble der indikert en bedring i vektene på om lag 0,4 pst (25

millioner kroner) for Oslo universitetssykehus. Et sikkert bilde på endringene er først på plass når første versjon av DRG-grupper 2014 er mottatt, trolig medio november.

Pris- og lønnsjustering

Det er i statsbudsjettet lagt til grunn en pris- og lønnsvekst på om lag 3,1 pst. fra 2014 til 2015.

Enhetsprisen for DRG foreslås satt til 41 494 kroner. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn at prisen for 2014 ble fastsatt 122 kroner for høyt. Enhetsprisen er videre prisomregnet med 3,1 pst. En enhetspris på 41 494 kroner tilsvarer en underregulering av enhetsprisen med 0,5 pst. i 2015. Det er videre tatt hensyn til redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Dette innebærer at enhetsprisen er redusert med ytterligere 0,5 pst.

Utgiftene til laboratorietjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering foreslås det at refusjonstakstene for offentlige og private laboratorietjenester ikke prisjusteres i 2015.

Det legges til grunn at endringer i egenandelene følger forventet prisutvikling, og egenandelene videreføres dermed på samme reelle nivå som i 2014. Det foreslås videre en dobling av gebyr ved manglende oppmøte til poliklinikk fra 320 til 640 kroner. Denne inntektsøkningen for helseforetakene motsvares av tilsvarende redusert bevilgning. Gebyret kan kreves av alle pasienter, også av pasienter som er fritatt fra betaling av egenandel.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform

Regjeringen forutsetter at alle statlige virksomheter gjennomfører årlige tiltak for å øke produktiviteten. For å gi insentiver til mer effektiv statlig drift og skape handlingsrom for prioriteringer innføres det en avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform. Deler av gevinstene fra mindre byråkrati og mer effektiv bruk av pengene vil Regjeringen overføre i de årlige budsjettene til fellesskapet. Denne innhenting settes til 0,5 pst. av virksomhetenes driftsutgifter, som for helseforetakene utgjør 625 millioner kroner i 2015. Investeringsbehovet i bygg, utstyr og IKT er imidlertid fortsatt stort. Parallelt med avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen foreslår regjeringen derfor å tilføre vel 590 millioner kroner i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene i 2015 for å gi rom til bl.a. investeringer og anskaffelser. Dette legger til rette for at reformen ikke påvirker de regionale helseforetakenes muligheter til å investere i nytt utstyr og bygg i 2015.

Fritt behandlingsvalg

Reformen fritt behandlingsvalg skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Det tas sikte på å innføre fritt behandlingsvalg i 2015 innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og enkelte områder av somatikken.

Områder som omtales særskilt i statsbudsjettet og/eller vedrører Oslo universitetssykehus HF spesielt

Narkolepsi hos barn: Det er behov for å sikre god oppfølging av barn og unge som blir identifisert med narkolepsi med mulig tilknytning til influensavaksinen Pandemrix.

Det er etablert et prosjekt ved Oslo universitetssykehus HF for å utvikle tjenestetilbudet til barn og unge med narkolepsi med flere konkrete tiltak for familier, kurs for helseinstitusjoner og på skoler. Det er utarbeidet en retningslinje for utredning og behandling av barn og unge med narkolepsi for målgruppen fastleger og barneleger. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 3,2 millioner kroner i 2015.

Nasjonal koordineringsenhet for dom til behandling: I Helse Sør-Øst er det opprettet en koordineringsenhet for dom til behandling. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 1,6 millioner kroner i 2015.

Skadelig bruk av doping: I 2014 fikk Helse Sør-Øst RHF 4,1 millioner kroner til å styrke kunnskapen om behandling av personer med skadelig bruk av dopingmidler. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 4,2 millioner kroner i 2015.

Medisinske bibliotek: Det medisinske bibliotek ved Rikshospitalet ble virksomhetsoverdratt til Universitetet i Oslo i 1998. For å sikre at kvaliteten og omfanget av tjenesten blir lik for alle brukere, har Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus blitt enige om virksomhetsoverdragelse av de medisinske bibliotekene ved Ullevål sykehus og Radiumhospitalet. Det foreslås å overføre 16,2 millioner kroner fra basisramme og 1,6 millioner kroner fra kap. 732, post 78 til Kunnskapsdepartementets budsjett fra 2015.

Pusterom er aktivitetsrom hvor pasienter kan hente energi gjennom trening, avspenning, samtale eller avkobling. Midlene til Pusterom foreslås videreført i 2015.

Vardesentre: Vardesenteret er etablert av Kreftforeningen og Oslo universitetssykehus for å gi kreftrammede og pårørende et omsorgstilbud som møter dagens og framtidens behov for helhetlig kreftomsorg. Midlene til Vardesentre foreslås videreført i 2015

Ipilimumab: I 2013 og i 2014 er det bevilget 110 millioner kroner til forskningsstudie av nytt legemiddel for behandling av føflekkreft med spredning, til sammen om lag 220 millioner kroner. Den femårige studien startet opp i januar 2014. Kostnader knyttet til behandling av 100 pasienter som inngår i studien og forskning vil være fullfinansiert av bevilget beløp disse to årene. Det må avklares hvordan videre bruk av dette legemiddelet skal finansieres.

Rituell omskjæring av gutter: Det foreslås å lovfeste at de regionale helseforetakene skal organisere spesialisthelsetjenesten på en slik måte at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring av gutter. Det foreslås videre at det skal kreves egenbetaling dersom inngrepet utføres i regi av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Det tas sikte på at loven skal settes i kraft fra 1. januar 2015. I tråd med dette foreslår departementet en egenbetaling på 4000 kroner per inngrep. Egenbetalingen dekker om lag halvparten av kostnaden. ISF-refusjonen reduseres med egenbetalingen for omskjæring.

Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME): Helsedirektoratet har i en avtalt tidsperiode gitt driftsstøtte på 1 millioner kroner årlig i 5 år til å bygge opp en tematisk biobank for CFS/ME på Oslo universitetssykehus Aker, der blodprøver lagres og kan knyttes til diagnoseverktøy. Biobanken er også viktig for forskning på CFS/ME. Det foreslås å flytte tilskuddet for å sikre permanent drift av biobanken.

Leasing: Fra 2015 vil helseforetakene bli gitt økt fleksibilitet knyttet til å inngå langsiktige leieavtaler, og helseforetakenes vedtekter vil gi åpning for å inngå leieavtaler for inntil 100 millioner kroner per avtale. Departementet vil følge med på omfang og utvikling i bruken av slike avtaler.

Behandlingsreiser til utlandet: Behandlingsreiser til utlandet er et tilbud til kronikergrupper og da særlig revmatologiske pasient-grupper. Det foreslås bevilget 119,677 millioner kroner i 2015.

Kreftregisteret: Kreftregisteret, en enhet i Oslo universitetssykehus HF, har som overordnet mål å etablere viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom. Kreftregisterets hovedmål er registrering, forskning, rådgivning og informasjon. Kreftregisteret registrerer alle krefttilfeller samt en rekke forstadier til kreft i et landsdekkende register. Det foreslås et tilskudd på 105,4 millioner kroner i 2015

Endelige budsjetttrammer

Oslo universitetssykehus HF hadde da denne styresaken ble skrevet ikke mottatt endelige budsjettforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF. På dette tidspunkt er det ikke avklart når det vil skje, men det forventes at det skjer før styremøtet. Det tas derfor sikte på en nærmere redegjørelse i styremøtet.

4.2 Pensjons- og IKT- kostnader

Pensjons- og IKT- kostnader utgjør en stor andel av de totale kostnadene til Oslo universitetssykehus, henholdsvis 11 pst og 5 pst av totalt budsjett i 2014.

Pensjon

Styret ble i styresak 44-2014 Rapportering per august orientert om beregning av pensjonskostnaden for 2014. Pensjonsleverandørene har beregnet pensjonskostnaden for 2014 på nytt med ny tariff for dødelighet og nye utførereglene. Beregningene viser en redusert pensjonskostnad på om lag 160 millioner kroner i forhold til budsjettet pensjonskostnad for foretaket. Det er også nye regler for levealderjustering, og det forventes at de regnskapsmessige avklaringene knyttet til dette vil foreligge om kort tid. Det forventes at lavere pensjonskostnad vil medføre redusert basisinntekt i 2014 og for 2015. Helse Sør-Øst RHF har foreløpig bedt foretakene om å budsjettere pensjonskostnader for 2015 på samme nivå som budsjett 2014.

IKT tjenestekostnader fra sykehuspartner

Hoveddelen av IKT-kostnadene til Oslo universitetssykehus HF er basert på leveransene fra sykehuspartner og deres tjenestekostnader. Ved utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan 2015-2018 var det en dialog med Sykehuspartner om forventede tjenestekostnader for 2015. Beregninger utført av Sykehuspartner kom sent på plass og med store endringer tett inn mot endelig behandling av økonomisk langtidsplan.

Det er foreløpig ikke mottatt utkast til ikt-budsjett 2015 fra Sykehuspartner. Når Sykehuspartner oversender utkast vil dette kvalitetssikres i dialog mellom foretaket og

Sykehuspartner. IKT-budsjettet utgjør fremdeles en betydelig kilde til usikkerhet om fordeling av det totale kostnadsbudsjettet i Oslo universitetssykehus HF.

4.3 Investeringsbudsjett 2014

Som omtalt i styresak 39-2014 Budsjett 2015 ble det utarbeidet et investeringsbudsjett for 2015 som del av økonomisk langtidsplan, og dette ble oversendt til Helse Sør-Øst RHF. Utover den likviditet som tilføres som en del av den ordinære finansieringen av Oslo universitetssykehus HF er sykehuset forespeilet ekstraordinær likviditet på i området 2-300 mill kroner til investeringer. Dette er betydelig lavere enn innmeldt behov i økonomisk langtidsplan. Slik det vurderes nå vil investeringsrammen for 2015 ikke være tilstrekkelig til å dekke viktige prioriterte behov for oppgradering av bygningsmassen og samtidig sikre rask nok fornyelse av det medisinsk-tekniske utstyret. Det arbeides nå med å vurdere prioriteringer innenfor den forespeilte rammen.

Styret vil bli forelagt et endelig forslag til fordeling av investeringsbudsjettet på bygginvesteringer, medisinsk teknisk utstyr (MTU), IKT og annet til styremøtet den 18. desember.

4.4 Vurdering av utfordringsbildet for budsjett 2015 og status for arbeidet med resultatforbedring i Oslo universitetssykehus HF

Som følge av noe endrede rammebetingelser i forslag til statsbudsjett (særlig underreguleringen av DRG-prisen) og en svakere gjennomføring av driften i 2014 enn lagt til grunn i budsjettet er den økonomiske driftsutfordringen i budsjett 2015 betydelig høyere enn det som ble vurdert under behandling av økonomisk langtidsplan. Kravet til forbedring av resultatene i klinikk vurderes nå til om lag 3 pst av budsjettet, det vil si om lag det dobbelte av den vurdering som forelå ved utarbeidelse av økonomisk langtidsplan.

Klinikkene er nå i prosess med utarbeidelse av planer for å bedre resultatene. Det har vært en foreløpig rapportering fra klinikkene den 10. oktober som gjennomgikk drøfting med tillitsvalgte i klinikkene. Klinikkene rapporterte tiltak for om lag det omfang som ble krevet under behandling av økonomisk langtidsplan med resultatforbedring på 1,5 pst av budsjettet i klinikkene. Det er foreløpig ikke lagt planer som oppfyller kravet til resultatforbedring på 3 prosent.

Det avkreves derfor ytterligere tiltak fra klinikkene i forhold til det som nå er lagt fram. Klinikkene avleverer sine budsjetter ultimo november.

Styret er tidligere blitt forelagt sykehusovergrepene tiltaksområder som blir iverksatt. Fremdrift vil bli presentert for styret som del av tertialrapportering i 2015.

4.5 Tidsplan for budsjett 2015 i forhold til styret i Oslo universitetssykehus HF

I styremøte 18. desember fremlegger administrerende direktør forslag til vedtak om investerings- aktivitets- og driftsbudsjett.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 30. oktober 2014
Saksbehandler: Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling
Vedlegg: Utkast til avtale om virksomhetsoverdragelse

**SAK 58/2014 VIRKSOMHETSOVERDRAGELSE AV REGIONALT
RESSURSENTER OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG
SELMORDSFØREBYGGING, REGION ØST**

Forslag til vedtak:

- 1. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst fra Oslo universitetssykehus HF til Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalen om virksomhetsoverdragelse på vegne av Oslo universitetssykehus HF.*

Oslo, den 23. oktober 2014

Bjørn Erikstein

1. Bakgrunn

Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst (RVTS Øst) er en seksjon i klinikk psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus. Virksomheten flytter ved nyttår til nye lokaler i Nydalen sammen med Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør). De to ressurscenterne har til dels overlappende oppgaver og ser positive effekter av en samlokalisering og ønsker også en samorganisering. En samordning følger opp målsetninger fra Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet som ønsker tettere samhandling og tydeligere felles oppgaveløsning fra ressurscenterne på området.

I denne saken legges avtalen om overdragelse av virksomheten i seksjon RVTS Øst i Oslo universitetssykehus til RBUP Øst og Sør, frem for behandling i styret (vedlegg 1).

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Virksomheten i RVTS Øst er å støtte etater og andre enheter i kommune, politi, spesialisthelsetjenesten, UDI, NAV osv. i utviklingen av selvmords- og traumeforebygging. Virksomheten er rettet mot andre tjenesteleverandører gjennom blant annet undervisning, formidling og prosjekter. RVTS Øst driver ikke med forskning eller klinisk virksomhet og har ikke pasienter.

For virksomheten i RVTS Øst er det en vesentlig fordel å kunne arbeide tett med andre liknende kompetansegivende organisasjoner. RBUP Øst og Sør er den største av disse kompetansmiljøene og har delvis overlappende oppgaver med RVTS Øst. En samorganisering av disse to sentrene kommer etter initiativ og ønske fra sentrene selv og fra Helsedirektoratet som koordinerer og er tilskuddsforvalter for sentrene. Helsedirektoratet har orientert Helse- og omsorgsdepartementet om arbeidet med en samorganisering.

Etter en virksomhetsoverdragelse vil Oslo universitetssykehus fortsatt motta RVTS Øst sine tjenester som andre helseforetak i regionen. En overdragelse vil derfor ikke endre tilgangen på ressurscenterets tjenester for den øvrige virksomheten i Oslo universitetssykehus.

Virksomheten i RVTS Øst finansieres i all hovedsak gjennom tilskudd på statsbudsjettet. Ved en overdragelse til RBUP Øst og Sør vil tilskudd overføres fra Oslo universitetssykehus til det overtakende RBUP Øst og Sør. Oslo universitetssykehus vil etter det ikke ha noe økonomisk ansvar for driften av RVTS Øst.

Overføring av ansatte i RVTS Øst vil skje etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at arbeidstakerne som overføres tar med seg sine individuelle rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16.

Administrerende direktør anbefaler styret å gi sin tilslutning til avtalen om virksomhetsoverdragelse av virksomheten i seksjon RVTS Øst i Oslo universitetssykehus til RBUP Øst og Sør.

3. Faktabeskrivelse

3.1 Bakgrunn og begrunnelse

RVTS Øst er et kompetansesenter organisert som en seksjon i Forsknings- og utviklingsavdelingen i Klinikk psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus HF. RVTS Øst ble opprettet i mars 2007 som et av fem regionale kompetansesenter.

Sentrene er en tverrdepartemental satsing for å forebygge traumelidelser og selvmord. Helsedirektoratet har en koordinerende funksjon.

Seksjonen arbeider med kompetanseutvikling overfor etater og har ikke et klinisk tilbud til pasienter. Organisasjonens geografiske nedslagsfelt er fem fylker: Hedmark, Oppland, Østfold, Akershus og Oslo. Målgruppen er alle offentlige tjenester (innenfor og utenfor helsetjenesten) som har selvmords- og traumeforebygging som oppgave. Gjennom informasjon og undervisning støtter RVTS Øst fagfolk og ledere i kommunehelsetjenesten og i helseforetak. I tillegg tilbyr RVTS Øst sine tjenester til barnevern, familievern, ideelle organisasjoner, NAV, krisesentre og institusjoner som arbeider med flyktninger og asylsøkere. RVTS Øst har som del av rammebetingelsene at det ikke skal ha egne forskningsprosjekter.

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør) ble etablert i 1998 som det siste av fire regionsentre. Regionsentrene for barn og unges psykiske helse og barnevern har som oppgave å bidra til kvalitetsutvikling i alle tjenester som arbeider med barn og unges psykiske helse, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. RBUP Øst og Sør bidrar gjennom utdanning og formidling til å øke kompetansen hos de som arbeider i tjenestene og driver sammen med tjenestene forskning for forbedring.

RBUP Øst og Sør er organisert som en stiftelse og er som RVTS Øst finansiert gjennom tilskudd over statsbudsjettet. I de senere år har ressursentrene som har sin hovedfinansiering fra Helsedirektoratet arbeidet for en tettere samhandling og tydeligere felles oppgaveløsning. Dette har vært et ønske fra sentrene selv, men det er også gitt klare føringer for dette fra Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Både direktoratet og departementet er orientert om arbeidet med samorganisering av RVTS Øst og RBUP Øst og Sør og er positive til at dette skal gjennomføres.

Virksomheten i RVTS Øst er med sin oppgave på flere måter ulik kjernevirksomheten i helseforetaket. For RVTS Øst er det derfor nyttig å kunne arbeide tettere med andre liknende kompetansegivende organisasjoner. RBUP Øst og Sør er den største av disse kompetansemiljøene og har delvis overlappende oppgaver med RVTS Øst. RVTS Øst og RBUP Øst og Sør har utviklet et nært samarbeid og etter hvert et ønske om å hente ytterligere synergier gjennom samlokalisering og samorganisering. RVTS Øst flytter derfor 1. januar 2015 til RBUP Øst og Sør sine lokaler i Nydalen.

RVTS Øst og RBUP Øst og Sør har følgende formål med en virksomhetsoverdragelse:

- Fremme samarbeid med tjenesteapparatet, spesielt samarbeid innen tjenester for barn og unge.
- Utvikle en felles forståelse for, og tilnærming til tjenestene basert på moderne forståelse av kompetanseutvikling og implementering av ny kunnskap og praksis.
- Utnytte faglige synergier og utvikle gode felles økonomisk-administrative løsninger.
- Skape forpliktende samarbeid mellom alle kompetansesentre i regionen.

3.2 Ansatte

Det er 22 ansatte (20,2 årsverk) i seksjon RVTS Øst i Oslo universitetssykehus HF. Arbeidstakerne som overføres tar med seg sine individuelle rettigheter og plikter slik det følger av arbeidsmiljølovens kapittel 16.

RBUP Øst og Sør har 155 ansatte som utgjør om lag 90 årsverk.

Det er avholdt informasjonsmøte med de ansatte som omfattes av virksomhetsoverdragelsene. I tillegg vil de tillitsvalgte få skriftlig informasjon om de forhold som skal drøftes i henhold til § 16-5, herunder spørsmål om reservasjonsrett. Videre drøftelser med de tillitsvalgte gjennomføres før det går ut informasjon til hver enkelt ansatt i uke 45.

Dersom styret vedtar virksomhetsoverdragelse vil det i uke 45 det bli sendt ut informasjonsbrev til de ansatte om rettigheter og plikter ved virksomhetsoverdragelsen, herunder informasjon om konsekvenser ved utøvelse av reservasjonsrett. Fristen for å reservere seg settes til 14 dager i henhold til arbeidsmiljøloven §16-6.

Personell som omfattes av virksomhetsoverdragelse har en rett til å bli med over til RBUP Øst og Sør, men ingen plikt. Dersom enkeltansatte reserverer seg mot overføring, bortfaller imidlertid ansettelsesforholdet ved Oslo universitetssykehus HF ved overføringstidspunktet. Ut fra den informasjon som foreligger når styresaken skrives vil ingen ansatte reservere seg fra å bli med over i den sammenslåtte organisasjonen. Dette kan man imidlertid ikke konkludere på før informasjonen er gitt hver enkelt og 14-dagers-fristen for å komme med tilbakemelding er utløpt. I mellomtiden vil de ansatte være opptatt av å finne mest mulig ut av hvilken situasjon de vil få som ansatt i RBUP.

Ved overføringen blir ansatte innmeldt i, eller blir videreført i RBUPs eksisterende pensjonsordning i Kommunal landspensjonskasse (KLP). De tillitsvalgte vil få varsel om at RBUP Øst og Sør ikke ønsker å overta tariffavtaler. De ansatte vil imidlertid ha rett til å beholde sine individuelle rettigheter etter avtalen (f.eks permisjonsrettigheter) ut den gjeldende tariffperioden.

3.3 Ingen overføring av eiendom og utstyr.

Oslo universitetssykehus vil beholde møblerte kontorer med teknisk utstyr i bygg 12, 1. etg, Gaustad, når RVTS Øst flytter ut.

RVTS Øst vil etter en virksomhetsoverdragelse benytte IKT løsninger og telefon etc. i lokaler sammen med RBUP Øst og Sør i lokaler i Nydalen.

3.4 Økonomi

RVTS Øst har et årlig tilskudd fra Helsedirektoratet på om lag 20 millioner kroner. Disse tildeles etter søknad. Etter en eventuell virksomhetsoverdragelse vil RBUP Øst og Sør formelt være søker og mottaker av tilskuddet og ha det økonomiske ansvaret for driften.

Oslo universitetssykehus mottar om lag 9 millioner kroner i året fra Helse Sør-Øst RHF til det selvmordsforebyggende arbeidet i regionen. Pengene forvaltes gjennom virksomheten i RVTS Øst. Overføring av disse midlene til RBUP Øst og Sør avtales nærmere etter en avklaring av det videre ansvar og finansiering av dette arbeidet med Helse Sør-Øst og Helse- og omsorgsdepartementet.

RVTS Øst har noen prosjekter som er eksternt finansiert av øremerkede midler. For prosjekter som ikke er avsluttet og som skal videreføres etter overdragelsen så vil prosjektets øremerkede finansiering overføres til Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør.

RVTS Øst har i dag tilhold i lokaler på Gaustad sykehus. Når virksomheten flytter til Nydalen vil lokalene bli ledige for annen benyttelse av Oslo universitetssykehus. Helsedirektoratet har godkjent leie av lokalene i Nydalen for å få samlokalisert kompetansesentrene.

3.5 Drøfting med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud

Saken ble med henvisning til hovedavtalen § 30 og § 32, jf. arbeidsmiljøloven kapitel 8, kapitel 16 drøftet med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud onsdag 8. oktober 2014. Arbeidstakersiden støtter virksomhetsoverdragelsen.

3.6 Prosess

Styret i Oslo universitetssykehus HF har kompetanse til å vedta denne virksomhetsoverdragelsen. Styret i RBUP Øst og Sør kan vedta overtagelsen på stiftelsens vegne. Av praktiske hensyn foreslås det at styret gir administrerende direktør fullmakt til å undertegne avtalen på vegne av helseforetaket.

Det vil bli opprettet en gruppe som forbereder og planlegger for en god gjennomføring av overdragelsen.

Avtale

om virksomhetsoverdragelse av

**Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og
selvmordsforebygging, region øst**

fra

Oslo universitetssykehus HF

til

**stiftelsen Regionsenter for barn og unges psykiske helse,
Helseregion Øst og Sør**

Dato:

Dato:

.....
**Regionsenter for barn og unges psykiske helse
Helseregion Øst og Sør**

.....
Oslo universitetssykehus HF

1. Innledning

Styret i Oslo universitetssykehus HF og styret i Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør, anbefaler at Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst overdras til Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.

Denne avtalen regulerer virksomhetsoverdragelsen mellom partene.

2. Virksomheten som overføres

Virksomheten i Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst overdras fra Oslo universitetssykehus HF fra og med overdragelsestidspunktet den 1. januar 2015.

3. Personalforhold

3.1. Overføring av personell

Personell overføres fra Oslo universitetssykehus til Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at arbeidstakere som overføres tar med seg sine individuelle rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16. Overdragelsen i seg selv er ikke oppsigelsesgrunn for de ansatte.

Partene vil sammen ivareta informasjonen til de ansatte om overføring av ansatte fra Oslo universitetssykehus til Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør. Hver av partene er ansvarlig for at det gjennomføres drøftinger og gis informasjon i tråd med arbeidsmiljølovens regler i kapittel 16.

3.2. Opplæring

Oslo universitetssykehus vil legge til rette for at personell kan få nødvendig opplæring i Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør sine rutiner med videre før overdragelsestidspunktet. Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør forplikter seg til å gi nødvendig opplæring.

3.3. Pensjoner

Ved overføringen blir ansatte innmeldt i, eller blir videreført i, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sørs eksisterende pensjonsordning i Kommunal landspensjonskasse.

3.4 Ansvar oppstått før overføring

Eventuelle ansvar knyttet til personell påført før overføringstidspunktet forblir Oslo universitetssykehus ansvarlig for.

4. Eiendom

Virksomheten i Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst vil samtidig med overdragelsen bli samlokalisert med Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør i Nydalen i Oslo.

Det overføres ikke fast eiendom eller lokaler som del av overdragelsen.

5. Utstyr

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør overtar ikke utstyr eller andre eiendeler i forbindelse med at de overtar virksomheten.

Oslo universitetssykehus vil ved overdragelsestidspunktet beholde de møblerte kontorer med teknisk utstyr i bygg 12, 1.etasje på Gaustad sykehus.

6. IKT

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør vil benytte egen maskinvare, egne systemer, fra overdragelsestidspunktet.

7. Immaterielle og opphavsrettslige rettigheter

Immaterielle og/eller opphavsrettslige rettigheter overføres ikke som del av virksomhetsoverdragelsen. Slik overføring skal avtales særskilt.

8. Overføring av virksomhetsinformasjon

Oslo universitetssykehus vil gi tilgang til informasjon og dokumentasjon slik at Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør er i stand til å videreføre forpliktelser og rettigheter knyttet til drift av alle deler av virksomheten som overføres.

9. Overføring av tjenesteansvaret for Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst

Fra overdragelsestidspunktet den 1. januar.2015, overtar Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør ansvaret for å yte oppgavene og tjenestene tillagt Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst.

Partene er enige om at overføringen skal skje på en slik måte at tjenesteytingen fra Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst oppbevares i overføringsfasen, uten unødvendig avbrudd.

For prosjekter som Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst viderefører etter overdragelsen, overtar Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør ansvaret for prosjektet (gjennomføring, ferdigstilling og økonomi osv.).

10. Økonomi

Driften av virksomheten finansieres hovedsakelig gjennom øremerkede tilskudd tildelt etter søknad til Helsedirektoratet. Partene er enige om at etter overdragelsestidspunktet vil Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør formelt være søker og mottaker av tilskuddet og ha det økonomiske ansvaret for driften av virksomheten til Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst.

Oslo universitetssykehus mottar midler fra Helse Sør-Øst RHF til det selvmordsforebyggende arbeidet i regionen. Overføring av disse midlene til Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør avtales særskilt etter en avklaring av det videre ansvar og finansiering av dette arbeidet med Helse Sør-Øst og Helse- og omsorgsdepartementet.

Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst har noen prosjekter som er eksternt finansiert av øremerkede midler. For prosjekter som ikke er avsluttet og som skal videreføres etter overdragelsen så vil prosjektets øremerkede

finansiering overføres til Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør.

Virksomhetsoverdragelsen medfører ikke andre økonomiske overføringer eller forpliktelser mellom partene.

11. Planlegging av overdragelsen

Det opprettes en gruppe med representanter fra partene, som forbereder og planlegger gjennomføringen av overdragelsen.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 30. oktober 2014

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør samhandling

Vedlegg: Ingen

SAK 59/2013 MØTE MED BRUKERUTVALGET

Styret har en gang i året møte med helseforetakets Brukerutvalg. Utvalget vil presentere sitt arbeid og kan ta opp tema med styret.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 23. oktober 2014

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 30. oktober 2014

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling
Medisinsk direktør/prosjektleder regional EPJ ved OUS

Vedlegg:

**SAK 60/2014 OPPFØLGING AV GJENNOMFØRINGSPROSJEKTET
OG INNFORING AV REGIONAL EPJ og PAS I OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS**

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelse om oppfølging av Gjennomføringsprosjektet og innføring av regional elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system til orientering.

Oslo, den 23. oktober 2014

Bjørn Erikstein

SAMMENDRAG

I denne saken orienteres det om status for tiltakene i Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet ved Oslo universitetssykehus og for innføring av felles pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal (EPJ) ved Oslo universitetssykehus.

Gjennomføringsprosjektet ble etablert for å følge opp to revisjoner som Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennomførte i Oslo universitetssykehus i 2011, og hvor revisjonsrapportene forelå våren 2012. Den ene revisjonen så på styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i sykehuset, mens den andre gjennomgikk ventelister og fristbrudd, spesielt i forhold til henvendelser fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) ved fristbrudd. Anbefalinger fra det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset" ble også inkludert i Gjennomføringsprosjektet.

Hovedfokus i Gjennomføringsprosjektet har vært opplæring og kompetanseheving samt kvalitetssikring av arbeidsprosesser knyttet til lovverk og interne retningslinjer. Hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet fra registrering og vurdering av henvisninger til ajourføring og oppfølging av ventelister har vært i fokus. Korrekte aktivitets- og styringsdata har således vært fokusområder, spesielt fristbrudd og lange ventetider.

De viktigste fokusområdene i Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet har vært:

- Arbeid med fokus på henvisninger, ventelister og fristbrudd
- Åpen henvisningsperiode uten ny kontakt
- Etablering av Sentralt henvisningsmottak
- Pasientbrev og pasientinformasjon
- Risikovurdering og planlagte internrevisjoner
- Signering av journaldokumenter og prøvesvar

Felles pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ) basert på DIPS ble innført ved foretaket som planlagt den 20. oktober 2014. I arbeidet med dette prosjektet har erfaringene fra Gjennomføringsprosjektet vært et av flere grunnlag og flere av tiltakspunktene i Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet har vært fulgt opp av EPJ-prosjektet

ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Administrerende direktør etablerte høsten 2012 en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset ved opprettelse av Gjennomføringsprosjektet. Dette har gitt resultater, og gjennom det siste året har det vært en betydelig reduksjon av antall langtidsventende pasienter og fristbrudd av ventende pasienter. Antall fristbrudd av ventende pasienter reduseres imidlertid ikke så raskt som ønskelig, og dette følges opp særskilt gjennom ordinært oppfølgingsregime. Alle tiltakspunktene i Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet har vært fulgt opp kontinuerlig av stab medisin, helsefag og utvikling og flere av punktene er adressert

av EPJ-prosjektet gjennom det arbeidet som er nedlagt i gjennomgang av arbeidsprosesser og opplæring.

Innføringen av DIPS som felles PAS/EPJ i Oslo universitetssykehus den 20. oktober var en viktig milepæl for Oslo universitetssykehus som har stor betydning for samordning av virksomheten innen foretaket og som representerer en heving av pasientsikkerheten gjennom standardisering av viktige arbeidsprosesser. Administrerende direktør vurderer innføringen som vellykket og konstaterer at det er nedlagt et formidabelt arbeid knyttet til gjennomføring, standardisering og opplæring i forbindelse med prosjektet. Dette er en stor endring for alle ansatte både i forhold til det IT-tekniske, men også og ikke minst hva angår endringer i arbeidsflyt og digitaliseringen av denne. Det er derfor viktig at man i den nærmeste tiden gir hjelp og støtte slik at alle klarer denne viktige overgangen til nye systemer og arbeidsmetoder. I tillegg må lederne gis gode muligheter til å følge opp driften ved et avpasset antall og standardisering av rapporter i ledelses- og informasjonssystemet.

Gode rutiner og resultater med fokus på pasientrettigheter i forbindelse med pasientadministrativt arbeid er en kontinuerlig prosess. Arbeidet som er nedlagt i Gjennomføringsprosjektet og i EPJ-prosjektet vil videreføres i fase II av EPJ-prosjektet og flere av tilakspunktene er innlemmet i administrerende direktørens ordinære oppfølgingsregime.

TIDLIGERE VEDTAK I STYRET PÅ SAKEN

Styresak 65/2012 – Oppfølging av konsernrevisjon av internkontroll og styring av det pasientadministrative arbeidet og ventelistehåndtering og fristbrudd i Oslo universitetssykehus. Her ble mandat for Gjennomføringsprosjektet og handlingsplan fremlagt for styret og enstemmig vedtak i saken var som følger:

Styret vedtar handlingsplan for ivaretagelse av anmerkinger og anbefalinger etter konsernrevisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet og ventelistehåndtering og fristbruddpasienter i Oslo univiersitetssykehus.

Styresak 27/2013 - Gjennomføringsprosjektet sluttrapport og plan for videre oppfølging. Her ble handlingsplan for videre oppfølging av Gjennomføringsprosjektet presentert og enstemmig vedtak i saken var som følger: *Styret tar Gjennomføringsprosjektet sluttrappport og plan for videre arbeid til etterretning.*

Styret understreker at ventelister og antall fristbrudd skal følges opp og ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppfølgingsplanen.

Styresak 7/2013 – Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus HF; gjennomføringsfasen. I saken ble direktiv for gjennomføringsfasen av regional EPJ fremlagt og enstemmig vedtak i saken var som følger: *Styret godkjenner leveransen fra forprosjektet regional EPJ ved Oslo universitetssykehus HF: Prosjektdirektiv Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus HF Gjennomføringsfasen med tilhørende prosjektdirektiver for delprosjektene. Styret vedtar gjennomføringsfasen i tråd med 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.*

STATUS OG RESULTATER FRA HANDLINGSPLAN FOR OPPFØLGING AV GJENNOMFØRINGSPROSJEKTET OG INNFORING AV REGIONAL EPJ

De viktigste fokusområdene i Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet har vært:

- Arbeid med fokus på henvisninger, ventelister og fristbrudd
- Åpen henvisningsperiode uten ny kontakt
- Etablering av Sentralt henvisningsmottak
- Pasientbrev og pasientinformasjon
- Risikovurdering og planlagte internrevisjoner
- Signering av journaldokumenter og prøvesvar

Arbeid med fokus på henvisninger, ventelister og fristbrudd inkludert åpen henvisningsperiode -resultater for sentrale målområder

Pasienten opplever ikke fristbrudd

Målet gjelder for både avviklede og ventende pasienter og etter Gjennomføringsprosjektet følges sykehuset enheter opp på faste indikatorer:

- Antall og andel fristbrudd for pasienter hvor utredning/behandling er startet eller avsluttet
- Antall og andel fristbrudd for pasienter som fortsatt venter (se tabell)
- Ventetid etter fristbrudd
- Fristbrudd som forfaller de neste månedene.

For å nå målsettingen ble det utarbeidet avdelingsvise periodiserte måltall med tiltaksplaner, som innebærer reduksjon og krav om fjerning av fristbrudd. Fokuset var innledningsvis på fristbrudd av ventende pasienter, slik at man fikk avviklet fristbrudd som allerede var oppstått. Under følger tabell som viser resultatet av dette arbeidet.

Fokuset nå er både på fristbrudd for pasienter som fortsatt venter samtidig som det fokuseres på forebygging av fristbrudd slik at ikke nye oppstår.

Fristbrudd ventende	2013				2014				
	jun	jul	aug	sep	Antall				Andel
	Antall				jun	jul	aug	sep	sep
PHA	12	26	16	2	1	11	8	7	2,3 %
MED	20	50	70	55	74	129	109	76	5,5 %
KKN	1 087	1 247	1 277	1 290	646	773	833	726	16,2 %
KVB	92	109	98	46	28	35	47	33	3,5 %
KKT	172	181	157	173	133	162	179	145	8,1 %
HLK	127	175	180	149	42	36	61	33	8,1 %
AKU	0	3	3	0	2	2	-	-	0,0 %
KDI	1	0	1	1	0	0	0	0	0,0 %
Sum	1 511	1 791	1 802	1 716	928	1 150	1 238	1 021	10,9 %
Diff vs. 2013					-583	-641	-564	-695	
Diff %					-39 %	-36 %	-31 %	-41 %	

De viktigste virkemidlene i arbeidet og for det videre forbedringsarbeid har vært å samstemme forholdet mellom kapasitet og antall pasienter som mottas på venteliste, bedre systematikken rundt fristfastsettelse og vurdering av hvilken type helsehjelp som skal tilbys (utredning /behandling), samt sikre kontinuerlig overvåking og oppfølging av ventelistene.

Oppfølgingen og ryddingen av langtidsventende har eliminert en del fristbrudd. Timebok, med oversikt over tilgjengelige ressurser og tilstedeværelse av fagpersoner, har gjort det mulig å følge opp kontinuitet i pasientbehandlingen og bidra til reduksjon av ventetider.

Åpen henvisningsperiode uten ny kontakt

Åpen henvisningsperiode uten ny kontakt følges opp og som hovedregel gis time til innkalling i forbindelse med at henvisningen bekreftes mottatt.

Andre konkrete tiltak som har vært gjennomført for å redusere fristbrudd og gi pasienter med åpen henvisningsperiode ny time:

- Økt utnyttelsesgrad ved poliklinikker på dagtid, inkludert benyttelse av ekstra rom.
- Ekstra kveldspoliklinikker (fordøyelsessykdommer, nevrokirurgi, ØNH, ortopedi).
- Omfordeling av ressurser på poliklinikk og reduksjon av antall kontroller
- Bedre utnyttelse av kapasitet på tvers av klinikker og lokalisasjoner
- Økt legekapasitet innenfor nevrologi.
- Økt operasjonskapasitet innen nevrokirurgi og ortopedi.
- Bedre koordinering og ressursutnyttelse knyttet til operasjonsstuekapasitet og postoperativ/intensiv – kapasitet
- Overføring av pasienter til andre helseforetak (Ringvoll-klinikken, Martina Hansens hospital).
- Bedre oppfølging av ventelister som inkluderer at pasienter får time før det oppstår fristbrudd.
- Driftsplanlegging i form av driftsmøter og pasientforløpsarbeid

Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

I arbeidet med reduksjon av langtidsventende ventet > 1 år er antall langtidsventende med rett til prioritert helsehjelp redusert fra 836 (august 2012) til 240 (september 2014) pasienter. Antall langtidsventende totalt sett er redusert fra 8771 (august 2012) til 2028 (september 2014). Reduksjon av langtidsventende påvirker øyeblikkstillene for gjennomsnittlig ventetid til avvikling som vil være unaturlig høy og varierende så lenge arbeidet med reduksjon av langtidsventende pågår.

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling er nå 93 dager (74 dager for pasienter med rett til prioritert helsehjelp).

Reduksjon av antall langtidsventende påvirker gjennomsnittlig ventetid for ventende og ventetiden reduseres i takt med avviklingen av langtidsventende.

Gjennomsnittlig ventetid for ventende er forbedret fra 373 dager (august 2012) til 165 dager (september 2014).

For å nå målsettingen om reduksjon av langtidsventende ble det fastsatt periodiserte måltall per fagområde (se tabell) med tiltaksplaner. Følgende tiltak har vært del av arbeidet med reduserte ventetider:

- Ventelistenettverk for koordinering på tvers av klinikkene
- Fast tema i oppfølgingsmøter.
- Opplæring og kompetanseheving
- Styrende dokumenter
- Rydding: Manuelt og maskinelt
- Økt aktivitet (operasjon og poliklinikk)
- Reduksjon av flaskehalser, for eksempel økt kapasitet radiologi
- Sikre at pasientene henvises direkte til riktig sykehus (tydelig informasjon mv)
- Samarbeid med Kontoret for fritt sykehusvalg
- Samarbeidsavtale med Martina Hansens Hospital
- Samarbeid avtalespesialister

Fagområde	06/14	07/14	08/14	09/14	Måltall	Avvik måltall	MÅLTALL PERIODISERT			I hvor stor grad helseforetaket skal nå mål-		
	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	09/14	09/14	Okt	Nov	Des	a) Eget HF	b) Annet HF	c) Private
050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	547	577	587	522	560	38	460	340	280	150	780	240
070 Urologi	39	52	38	46	-	-46	-	-	-			
090 Plastikk-kirurgi	1 170	1 146	1 168	1 140	915	-225	885	855	835	200	200	
250 Nevrologi	110	115	113	88	60	-28	60	20	-	220		
290 Øre-nese-hals sykdommer	47	49	50	35	-	-35				145		
300 Øyesykdommer	96	107	90	78	130	52	120	110	100	60	50	
Sum for fagområder med mer enn 20 langtidsventende	2 113	2 138	2 067	1 909	1 666	(243)						
SUM TOTALT	2 247	2 270	2 207	2 028								

Det er satt fokus på kvalitetssikring av interne ventelistedata, slik at data til fremstilling av ventetider på nettsidene til Oslo universitetssykehus er realistiske.

Alle ventetider på www.frittsykehusvalg.no er oppdatert månedlig.

For ventetider for behandlingstjenester registrert på www.frittsykehusvalg.no, er forventet ventetid ved Oslo universitetssykehus nå oppdatert med 100%.

Manglende oppmøte

Styrende dokument med veiledning for håndtering av pasienter som ikke møter eller avlyser til avtale er utarbeidet.

Det er utarbeidet en rapport i foretakets ledelsesinformasjonssystem (LIS) som angir status for antall pasienter som ikke møter til poliklinisk konsultasjon. Dette muliggjør oppfølging av eventuelle tiltaksresultater.

EPJ-prosjektets arbeid med henvisninger, ventelister og fristbrudd

Alle styrende dokumenter knyttet til arbeidsprosessene rundt henvisningshåndtering, oppfølging av ventelister og fristbrudd er gjennomgått av EPJ-prosjektet og oppdatert slik at de nå er tilpasset DIPS som PAS/EPJ. Henvisningshåndtering, ventelister og fristbrudd har også vært gitt særskilt fokus i opplæringen som del av EPJ-prosjektet.

Sentralisert henvisningsmottak

Hovedformålet med å etablere et sentralt henvisningsmottak er kvalitetssikring av arbeidsprosesser knyttet til pasientsikkerhet og ivaretagelse av lover og prosedyrer: All post skal mottas, registreres, skannes og videredistribueres via pasientadministrativt system fra ett mottakssted – Sentralt henvisningsmottak. Avdelingsvise henvisningsmottak ivaretar videre de administrative prosesser knyttet til henvisninger tilsvarende arbeidet som har vært utført i avdelingene tidligere. Henvisningsprosessen; mottak, registrering, vurdering og oppfølging, er grundig beskrevet i egen prosedyre.

Spesialrådgiver henvisninger og ventelister i direktørens stab

Spesialrådgiver tiltrådte stillingen 01.04.14. Stillingen ble opprettet etter anbefaling i fra Gjennomføringsprosjektet. Et sentralt ansvarsområde for spesialrådgiver er å samarbeide med klinikkene om å iverksette tiltak som fører til reduserte ventetider og ingen fristbrudd. Det er etablert en konkret plan for arbeidet, inkludert systematisk arbeidsmetodikk for oppfølging og med evaluering av resultater.

Råd for henvisninger, venteliste og fristbrudd.

Det er gitt eget mandat for Råd for henvisninger, venteliste og fristbrudd etter anbefaling i fra Gjennomføringsprosjektet. Rådet er sammensatt av spesialrådgivere fra stab medisin, helsefag og utvikling, representant fra virksomhetsområde Administrative fellesfunksjoner (avdeling for kliniske systemer og avdeling for aktivitetsdata og analyse), juridisk seksjon, stab kvalitet og pasientsikkerhet, EPJ-rådet, stab samhandling samt de ventelisteansvarlige fra klinikkene. Rådet har månedlige møter hvor følgende områder fra mandatet har fokus i det videre arbeidet:

- Høringsinstans for utarbeidelse og revidering av styringsdokumenter.
- Opplæringsprogram for håndtering av henvisninger, ventelister og fristbrudd, inkludert for sentralt henvisningsmottak.
- Følge utviklingen i kvalitet i interne ventelistedata og i ventelistedata til NPR.
- Følge opp implementering av nye regionale standardbrev/bruk av brevmalen.
- Initiere behov for endringer og nye funksjoner og anbefale prioriteringer til stabsdirektør medisin, helsefag og utvikling /administrerende direktør.
- Gi innspill til revisjonsplan for Oslo universitetssykehus

Det foreligger funksjonsbeskrivelse for ventelisteansvarlige og for kodefaglige rådgivere i klinikk. Hovedansvaret for rollene er, ved bruk av ulike virkemidler, å bidra til tilfredsstillende aktivitets- og ventelistedata i egen klinikk.

Innkallingsbrev og pasientinformasjon

Alle brevmalen knyttet til henvisninger og innkallinger er gjennomgått og utarbeidet i henhold til Regional standard og ble innført sammen med regional EPJ den 20. oktober.

Foretakets styrende dokumenter er tydelige på at timebøker skal være planlagt minimum ett år frem i tid, og at pasienter som hovedregel skal få innkalling sammen med rettighetsvurdering av henvisning.

SMS-varsling er tilgjengelig i foretakets pasientadministrative system, og alle avdelinger som finner det hensiktsmessig har mulighet til å bruke SMS-varsling. Det ble tilrettelagt for at alle pasienter ved Oslo universitetssykehus har tilgang til elektronisk epikrise i MinJournal fra 15.10.13. Fra 20.10.14 er alle polikliniske legenotater tilgjengelig for pasienter via MinJournal. .

Pasientadministrativt system – risikovurdering og planlagte internkontroller

I forbindelse med innføring av nytt pasientadministrativt system, DIPS, er det etablert en egen arbeidsgruppe som har belyst risikoer i pasientadministrative arbeidsprosesser. Erfaringer fra Gjennomføringsprosjektet er knyttet opp til dette arbeidet. To avdelinger er valgt ut til "beste praksis" og skal i læringsøymed revideres ift anmerkningspunkter i rapport 4/2012 og 6/2012 fra konsernrevisjonen. Videre vises det til EPJ-prosjektets Fase II, hvor det skal arbeides med oppfølging av prosedyrer og brukerveiledninger for henvisninger og ventetider, signering av prøvesvar, journaldokumenter og forbedret epikrisetid.

Det ble gjennomført internrevisjon i 2013 i forhold til tiltak i klinikkens handlingsplan som del av Gjennomføringsprosjektet, og internrevisjon av to avdelinger som ble revidert av konsernrevisjonen ble gjennomført i november 2013. Tiltak fra klinikkens handlingsplan ble fulgt opp ved punkt revisjon (verifikasjon av utvalgte parameter i PAS) i utvalgte avdelinger i alle klinikker januar 2014. Planlegging av ny punkt revisjon, med gjennomføring i mars 2015, har startet. Resultater fra revisjonsarbeidet er presentert i foretakets Kvalitetsutvalg, og alle avvik er registrert i foretakets avvikssystem med kopi til aktuelle lederlinjer. Funnene danner grunnlag for videre forbedringsarbeid og oppfølging gjennom ordinært oppfølgingsregime.

I brev fra Konsernrevisjonen, datert 14.3.2014, vedrørende oppsummering av revisjonene 4/2012 og 6/2012 avsluttes den spesifikke oppfølgingen av revisjonsrapportene. Konsernrevisjonen vil i nye revisjoner også gjennomføre revisjonshandlinger innenfor det pasientadministrative området i foretaket. Konsernrevisjonen forutsetter at styret i foretaket holdes informert om status for pågående tiltaksarbeid.

Mål- og resultatkrav mellom ledelsesnivåene for den pasientadministrative prosessen som helhet

Flere tiltak er i gjennomført:

- Ansettelse av fagansvarlig for felles kliniske systemer i stab Medisin, helsefag og utvikling
- Beslutningsdokument Forvaltning kliniske system er utarbeidet, har vært til høring og er under godkjenning. I forbindelse med innføringen av Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus skal forvaltningsplanen evalueres, samt koordineres med det planlagte regionale kompetansesenteret for kliniske systemer.

- Det er etablert et samarbeid mellom stab Medisin, helsefag og utvikling og avdeling for kliniske system vedrørende opplæring, og det er spesielt fokus på ivaretagelse av utøverrollen etter innføring av regional EPJ basert på DISP.
- Det er tilsatt spesialrådgiver for henvisninger og ventetider i stab medisin, helsefag og utvikling
- Det er tilsatt to ventelistecontrollere i Avdeling for analyse og aktivitetsdata.
- Stab Økonomi, IKT og juridisk har etablert samarbeidsforum som møtes jevnlig for å gjennomgå LIS/aktivitetsdata. Stab Medisin, helsefag og utvikling er representert i samarbeidsforumet.

Oslo universitetssykehus skal være organisert slik at sykehuset best mulig oppfyller mål og strategi ut fra de rammebetingelsene som blir gitt. Et prosjektmandat for Gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus er utarbeidet og godkjent. Dette prosjektet vil fokusere på sykehusets organisasjonsstruktur og organisasjonskultur, og se på muligheter og begrensninger for å få til en justering og endring i organisasjons- og ledelsesstrukturen slik at sykehuset blir bedre i stand til å nå de mål som er nedfelt i strategi 2013-18 og oppdragsdokumenter.

Kompetanseheving, opplæring og styring samt anbefaling fra prosjektgruppen

Det vises til punktene ovenfor som omhandler spesialrådgiver for henvisninger og ventelister, samt Råd for henvisninger, venteliste og fristbrudd, og funksjonsansvar for ventelisteansvarlige og kodefaglige rådgivere i klinikk.

Styrende dokumenter er oppdatert og kvalitetssikret i forbindelse med prosjektet Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus og Regional standard for klinisk dokumentasjon (RSKD) i Helse Sør-Øst.

I forbindelse med Prosjekt Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus er det gjennomført en opplæringsplan med generell og spesifisert opplæring for alle brukere av det pasientadministrative system.

Det foreligger regional anbefaling for lederansvar og opplæringsprogram, utarbeidet spesifikt for DIPS. Det gjennomføres eget kurs i DIPS for ledere, og det er foreslått ytterligere opplæring og gevinstrealisering i EPJ-prosjektets Fase II.

Signering av journaldokumenter og prøvesvar

Oppfølging av prøvesvar

I forbindelse med konvertering til nytt PAS/EPJ er det satt i gang et ryddeprosjekt for rydding av prøvesvar, dokumenter og arbeidsgrupper. Hver klinikk har oppnevnt ryddekoordinatorer som møtes ukentlig og følger opp ryddeaktiviteter i egen klinikk.

Foretaket har gjennomgått overordnet prosedyre: Elektroniske prøvesvar – mottak og kvittering, hele rutinen for håndtering av fritak fra kvitteringskrav er gjennomgått og nye krav satt opp i forbindelse med overgang til DIPS. Ved overgang til DIPS får Oslo universitetssykehus ny og felles funksjonalitet for oppfølging av prøvesvar, og dette er reflektert i prosedyrene som er gjeldende fra 20. oktober 2014.

Ryddeprosjektet har med hjelp av EPJ-prosjektet skaffet til veie statistikker for ukvitterte og kvitterte prøvesvar for hele Oslo universitetssykehus fra og med 19. mars 2014, og disse har vært rapportert i driftsmøte for klinikkledere hver 14.dag. Det har vært stort lederfokus på å redusere antall ukvitterte prøvesvar. Det ble initielt gjennomført maskinell kvittering av prøvesvar i PasDoc i overgangen mars-april 2014, etter retningslinjene fra det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset", og deretter ble de ukvitterte prøvesvarene fulgt opp manuelt.

For å unngå overbelastning av arbeidslistene i DIPS blir prøvesvar mottatt før 01.01.2014 maskinelt kvittert og tatt ut i separate elektroniske lister for distribusjon til oppfølging hos ryddekontakter. Etter oppstart estimeres følgende antall ukvitterte prøvesvar i DIPS:

Type undersøkelse	Antall pr.10.08
MBK/IMM/MIK/SBG*	131 000
Patologi	9 000
Radiologi	125 000

*Medisinsk biokjemi, immunologi, mikrobiologi, genetik

Det gjenstår betydelig arbeid med å redusere antall ukvitterte prøvesvar. Statistikkene suppleres med lokale rapporter i DIPS, og det startes opp med automatiske datauttrekk til LIS (ledelsesinformasjonssystem) for å sikre oppfølgingen. Videre er mekanismene for svaroppfølging bedre i DIPS, og det er lettere for både bruker selv og nærmeste leder å følge opp uferdige oppgaver.

Oppfølging av dokumenter

Ryddeprosjektet skaffet også til veie statistikker over usignerte dokumenter, dokumenter i kladd og ukurante postkasser i DocuLive, og har redusert dette betydelig før overgangen til DIPS.

Dokumenter i kladd er ikke overført til DIPS, og dette har medført et særlig fokus her. Antall dokumenter i kladd er blitt redusert med 60 000 fra februar 2013 til 1. oktober 2014. Over 30 % av disse var uten innhold, og sykehuset observerte at dokumenter med innhold ofte var duplikater av godkjente dokumenter eller hadde innhold forenlig med testformål. Brukerspesifikke lister over dokumenter i kladd ble formidlet til ryddekontakter i august 2014, og arbeidet ble intensivert frem mot oppstart. Antall epikriser med innhold var lavt (161), og alle ble håndtert før oppstart DIPS. Etter oppstart er DocuLive i lesemodus og vil være tilgjengelig frem mot sommeren 2015. Lister over resterende dokumenter i kladd vil bli formidlet til ryddekontakter i begynnelsen av november for avsluttende oppfølging.

Annen rydding i PasDoc

Fra april til september ble ryddeprosjektet ble utvidet med et kort prosjekt for å korrigere registreringer i PasDoc som ellers ville medføre at betydelige mengder data (bl.a. 183.000 kontakter) ikke ble overført til DIPS. Prosjektet ble ledet fra sentral stab, og involverte ressurser fra leverandøren CSAM og fra EPJ-prosjektet. Alle identifiserte pasienter, henvisninger, perioder, episoder og kontakter som måtte korrigeres for å sikre overføring ble håndtert av dette prosjektet.

Sammensmelting av nød- og hjelpenumre med permanente fødselsnumre

Ved oppstart av ryddeprosjektet ble det identifisert at 27996 pasienter hadde både permanent fødselsnummer og hjelpenummer i våre systemer, og et flertall hadde journalopplysninger på begge numre. Dette ble manuelt gjennomgått i klinikkene, og antallet redusert til 8535 (pr 13.09). I tillegg ble 10.400 ukurante pasientidentiteter sanert ved konvertering.

Innføring av regional EPJ

Innføring av regional EPJ har ivaretatt flere av oppfølgingspunktene knyttet til Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet og det har vært arbeidet systematisk og målrettet med gjennomgang av alle arbeidsprosesser knyttet til det pasientadministrative arbeidet. Innføringen av en felles PAS/EPJ gir en standardisering som øker pasientsikkerheten og det er vektlagt utarbeidelse av gode prosedyrer og brukerveiledninger. I tillegg er det pasientadministrative arbeidet vektlagt særskilt i opplæringen.

Status for prosjektet vil bli gitt i styremøtet.

Videre arbeid

Gode rutiner og resultater med fokus på pasientrettigheter i forbindelse med pasientadministrativt arbeid er en kontinuerlig prosess. Arbeidet som er nedlagt i Gjennomføringspunktet og i EPJ-prosjektet vil videreføres i fase II av EPJ-prosjektet og flere av tilakspunktene er innlemmet i administrerende direktørens ordinære oppfølgingsregime.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 30. oktober 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

SAK 61/2014 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 23. oktober 2014

Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
Reservetid 27. november 2014 kl 8 – ca 14		
18. desember 2014 kl 8 – ca 14	Budsjett 2015 Investeringer 2016 Områdeplan for anskaffelse av medisinskteknisk utstyr 2015-18 Idefase for Oslo universitetssykehus Mandat idefase arealtiltak OUS - RH Virksomhetsoverdragelse av stråleterapi til Innlandet Sykehus og Sørlandet sykehus	Rapportering Årsplan for styret Status investeringer i omstillinger
13. februar 2015 kl 12-16	Oppdrag for 2015 fra HSØ RHF Årlig melding til HSØ for 2014 Brystsenter	Rapportering Årsplan for styret Oppfølging styresaker
9. april 2015 kl 10-12	Årsoppgjør 2014 Økonomisk langtidsplan	Rapportering Årsplan for styret
30. april 2015 kl 8-14		Rapportering Årsplan for styret
Reservetid 28. mai 2015 kl 8 – ca 14		
25. juni 2015 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 1. tertial Prosess budsjett 2016	Rapportering Årsplan for styret
25. september 2015 kl 8-14	Rapportering Budsjett 2016 Eierskap i selskaper	Rapportering Årsplan for styret Oppfølging styresaker
25. september 2015 kl 14-19	Styreseminar	Rapportering Årsplan for styret
28. oktober 2015 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2016	Rapportering Årsplan for styret
Reservetid 25. november 2015 kl 8 – ca 14		
17. desember 2015 kl 8-14	Budsjett 2016 Områdeplan for anskaffelse av medisinskteknisk utstyr 2016-19	Rapportering Årsplan for styret

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte.:	30. oktober 2014
Saksbehandler:	Leder, Direktørens kontor
Vedlegg:	Protokoll fra Brukerutvalgets møte 22. september 2014

SAK 62/2014 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

Følgende legges frem til orientering:

1. Drift
2. Organisasjon og utvikling
3. Forskning, utdanning og innovasjon
4. Samhandling
5. Medieomtale 1. juli – 22. oktober 2014
6. Referater

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 23. oktober 2014

Bjørn Erikstein

Innledning

Det har gått mer enn to år siden vi bestemte oss for å foreslå for styret å gjøre avrop på regional løsning for elektronisk journalsystem og basere oss på siste versjon av DIPS. Det har vært et strålende samarbeid mellom de tre aktørene; Oslo universitetssykehus, Sykehuspartner og DIPS. En stor takk til prosjektledelsen ved Einar Hysing, Eli Stokke Rondeel og Jan Kåre Torrissen, som har gjort en formidabel innsats. Innsatsen deres har vært viktig for å få på plass en god og felles løsning så raskt som mulig.

DIPS er godt gjennomprøvd og nå får pasientene én journal i hele sykehuset, og helsepersonellet kan lese prøvesvar på samme måte uavhengig av hvor i sykehuset de oppholder seg. Men det er viktig å minne om at de første ukene er kritiske både for de teknologiske løsningene, men i høyeste grad også for driften. Derfor er det lagt opp til stort fokus på veiledning og støtte inn mot brukerne, slik at dette blir en god løsning for sykehuset og for å skape sikkerhet for at det fungerer.

1. DRIFT

• Ebola

Oslo universitetssykehus har i lang tid vært forberedt på å kunne ta i mot pasienter med ebolavirusykdom og har utarbeidet prosedyrer knyttet til prehospitalet transport og sykehusinnleggelse av ebolaviruspasienter. De ansatte har vært godt forberedt på en situasjon og har trent på bruk av utstyr og rutiner for smittevern samt at det har vært avholdt hyppige øvelser de siste månedene som følge av ebola-utbruddet i Vest-Afrika. Sykehusets CBRNe-senter (Nasjonale behandlingstjeneste for CBRNe-medisin) har vært sentrale i utarbeidelsen av nasjonale faglige råd for prehospitalet håndtering, transport og sykehusinnleggelse ved mistenkt eller bekreftet ebolavirusykdom (EVD – Ebola Virus Disease) og andre typer virus som gir hemoragisk feber (VHF) og som smitter mellom mennesker.

Søndag 5. oktober fikk sykehuset informasjon om at en norsk feltarbeider for Leger uten grenser som oppholdt seg i Sierra Leone var smittet av ebola og at det ble arbeidet med transportløsning hjem til Norge. Pasienten ankom Gardermoen militære flyplass tirsdag 7. oktober og Oslo universitetssykehus tok da over ansvaret for pasienten og stod for prehospitalet transport fra flyplassen og til Oslo universitetssykehus, Ullevål. Transporten av pasienten gikk helt etter plan. Ved ankomst Ullevål ble pasienten innlagt ved Infeksjonsmedisinsk avdeling, Medisinsk klinikk, og isolert i høysmitteisolat. De ansatte som arbeider ved denne enheten er ekstremt godt beskyttet, og det personlige beskyttelsesutstyret som brukes ved Oslo universitetssykehus er testet etter internasjonale standarder og har den høyeste beskyttelsesgraden mot smitte i henhold til disse standardene. Ved behov for tilsyn fra samarbeidende avdelinger er det kun ansatte som er trent og godkjent for bruk av høysmitteutstyr som slipper inn i smitteområdene. Ved høysmitteisolatet er det full kontroll på alt som forlater rommet der pasientbehandling pågår, og dette omfatter også luft og avløp. Alt av smittebærende avfall transporteres på sikker måte og destrueres i et hermetisk lukket miljø.

Pasienten var innlagt ved høysmitteisolatet frem til mandag 20. oktober. Da ble pasienten utskrevet og vedkommende var da frisk og smittefri.

Fagmiljøet i OUS var løpende i kontakt med andre utenlandske fagmiljøer for å utveksle erfaringer knyttet til behandling av ebolavirus-pasienter og hadde tilgang til eksperimentelle medikamenter for behandling av ebolavirusykdom. Kontakten med de utenlandske miljøene fortsetter for evaluering av behandlingsforløpet og sammenstilling av resultater fra flere pasientforløp.

Med en kombinasjon av best mulig utstyr, god opplæring, kompetent personale og strenge rutiner anser sykehuset risikoen for smitte til helsepersonell som svært liten. Våre rutiner og utstyr er høyere gradert enn kravene som de internasjonale standardene for høysmitte setter. Avkledningsrutiner av beskyttelsesutstyr er særlig viktig og rutinene i Oslo universitetssykehus tilsier 2 min dusj med virusdrepende middel, deretter 10 min virketid for kjemikalier og deretter dusj med vann. De ansatte går så inn til nytt rom for avkledning med bistand fra spesialtrent sykepleier og til nytt rom for desinfisering av hender med mer. Etter en slik prosedyre kan de ansatte gå ut i sykehusets arealer for øvrig.

Sykehuset har utarbeidet egen prosedyre som tydeliggjør og spesifiserer våre rutiner for oppfølging av eventuell sykdom hos personale etter arbeid med ebola. Denne inkluderer hvem man skal kontakte på døgnbasis ved symptomer.

Erfaringene med pasienten som var innlagt ved Oslo universitetssykehus viser at sykehusets rutiner fungerer som de skal.

- **Prosess for å vurdere virksomhetsoverdragelse av stråleterapivirksomhet til Sørlandet sykehus HF og Sykehuset Innlandet HF**

Stråleterapienheten ved Sørlandet Sykehus HF, Kristiansand tilbyr stråleterapi til kreftpasienter i Agderfylkene og tildels Telemark. Stråleterapienheten ved Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik tilbyr stråleterapi til kreftpasienter i Oppland og Hedmark. Fra oppstarten på begynnelsen av 2000-tallet har disse enhetene hatt et samarbeid med Oslo universitetssykehus HF og har vært organisert som satellitter under Oslo universitetssykehus HF i den forstand at de som har arbeidet ved enhetene har vært ansatt ved Oslo universitetssykehus HF. Perioden for inneværende samarbeidsavtaler er nå utløpt. Foretakene ønsker et fortsatt samarbeid for en effektiv, kompetent og samordnet strålebehandling.

Virksomheten ved de to stråleterapienhetene er Sørlandet sykehus og Sykehuset Innlandet sitt ansvar og etter 12-13 år er det nå nærliggende å vurdere om overgangsordningen med fast utøvende stråleterapipersonell fra Oslo universitetssykehus skal avvikles ved virksomhetsoverdragelse, slik at behandlingen ved de to foretakene utføres av foretakenes egne ansatte.

Det er derfor iverksatt en prosess for å vurdere en virksomhetsoverdragelse av ansatte ved Oslo universitetssykehus som arbeider ved stråleterapienheten ved Sørlandet sykehus og Innlandet Sykehus. Arbeidet gjøres i samarbeid med de to foretakene og skal kartlegge og utrede relevante forhold og konsekvenser ved en virksomhetsoverdragelse. Dersom arbeidet ender opp med at man går videre med en virksomhetsoverdragelse vil dette bli behandlet og forelagt styret på ordinær måte.

2. ORGANISASJON OG UTVIKLING

- **Protonterapisenter**

Helse- og omsorgsdepartementet har i felles foretaksmøte bedt om at de regionale

helseforetakene i fellesskap gjennomfører idéfase for etablering av regionale protonterapisentre lokalisert i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Arbeidet skal utføres som en nasjonal utredning med frist 1. desember 2014. Det har i denne prosessen blitt gjennomført regionsspesifikke idéfaser som et tillegg til det nasjonale idéfasearbeidet.

Oslo universitetssykehus har gjennomført en idéfase og utarbeidet en rapport om etablering av protonterapi i Helse Sør-Øst ved Oslo universitetssykehus som er levert Helse Sør-Øst. Denne rapporten er utarbeidet på mandat fra fagdirektør i Helse Sør-Øst RHF og prosjektet er ledet av Oslo universitetssykehus HF. Idéfaserapporten er Helse Sør-Øst sitt regionsspesifikke bidrag til det nasjonale idéfasearbeidet, og er utarbeidet etter mal fra Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter.

Rapporten beskriver nåsituasjonen, utviklingsmuligheter og alternativsvurderinger. Protonterapi er en form for strålebehandling som gir bedre avgrensning av strålingen enn tradisjonell strålebehandling. Strålebehandling med fotoner, som i hovedsak benyttes i dagens strålebehandling, har god effekt på mange krefttyper. Protonstråler har en tilsvarende effekt som fotoner på svulster og i tillegg en fordel fordi de har en annen vekselvirkning med det friske vevet som omgir en kreftsvulst. Følgen er mindre stråleinduserte skader i det friske vevet. Dette har stor betydning spesielt for barn og unge voksne som på lang sikt kan utvikle alvorlige skader innen tidligere bestrålt område. Det fører til økt sykkelighet, nedsatt livskvalitet og redusert levetid etter helbredende behandling. Derfor er det svært viktig at våre pasienter kan få denne behandlingen i Norge så snart som mulig.

Det har vært en rivende teknologisk utvikling i feltet, og utbredelsen av protonterapi internasjonalt er sterkt økende. Det er pågående nasjonale prosesser for å etablere protonterapi i europeiske land som Sverige, Østerrike, Danmark, England og Nederland. Hovedmålet med å etablere protonterapi ved Oslo universitetssykehus er å gi pasientene i Helse Sør-Øst et komplett og fremtidsrettet stråleterapitilbud. Tidsfaktoren for etablering er kritisk, da dagens tilbud om behandling i utlandet gir mange utfordringer. Rask etablering vil dermed komme de norske pasientene til gode, med særlig vekt på barnekreftpasientene. Det er en målsetning at Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo sammen skal være en nasjonal drivkraft innen utdanning, kompetanseheving, forskning og innovasjon rundt protonterapi og annen partikkelbehandling. Lokalisering i sykehuset bør ivareta et fleksibelt tilbud med utvidelsesmuligheter (utvidelse til et større protonterapitilbud, flere lineærakseleratorer, senere utvikling av karbonterapi), og bør gi muligheter for utvikling av fremtidens sykehus med spesiell vekt på kreftomsorgen.

Rapporten utreder dimensjoneringsbehov og det er i hovedsak lagt til grunn to dimensjonerende alternativ, hvert med to underalternativ. Byggene som vurderes har 3 eller 4 bunkere for protonbehandling, og byggene kan enten fylles med utstyr i alle rom fra starten av, eller ett rom kan stå tomt for senere kapasitetsøkning.

Når det gjelder lokalisering er det i rapporten utredet to hovedalternativer med til sammen fem underalternativer i tillegg til O-alternativet. Et O-alternativ vil si at pasienter fortsatt må sendes til utlandet for behandling med protonterapi. Alternativ 1 forutsetter utvidelse av eksisterende stråleterapibygg ved Oslo universitetssykehus, og har underalternativ 1a: utvidelse av stråleterapibygg ved Radiumhospitalet, og 1b: utvidelse av Kreft- og isolatsenteret ved Ullevål sykehus. Alternativ 2 forutsetter etablering av stråleterapivirksomhet på Rikshospitalet/Gaustad – og har underalternativ 2a: utvidelse av dagens bygningsmasse, 2b: frittliggende bygg på Gaustad-området og 2c: protonterapisentre som del av Campus Oslo-utbygging. De ulike alternativene vil gi forskjellige føringer og behov for følgebeslutninger, og har ulike fordeler og ulemper.

Det anbefales en videre nasjonal prosess rundt plan- og innkjøpsprosess, samt kompetanseoppbygging innen bygging og pasientbehandling. Konseptfasen bør dermed bestå av en regional og en nasjonal del, der blant annet dimensjonering og lokalisering i Oslo universitetssykehus blir en viktig del av Helse Sør-Øst sin konseptfase.

3. FORSKNING, UTDANNING OG INNOVASJON

• Nye utdanningspriser tildelt ved Oslo universitetssykehus

Som landets største helsearena innen utdanning, bidrar Oslo universitetssykehus (OUS) årlig i utdanningen av om lag 3600 studenter, elever, lærlinger samt videreutdanninger av eget helsepersonell. OUS har, siden 2009, hatt et eget utdanningsutvalg, med representasjon fra universitetet og nært samarbeidende høyskoler. I 2011 fikk sykehuset også en egen utdanningsseksjon, som en del av Stab forskning, innovasjon og utdanning. I 2013 vedtok styret i OUS sykehusets første utdanningsstrategi, som er konkretisert både gjennom en overordnet handlingsplan for sykehuset, og som videre skal konkretiseres i klinikkvise handlingsplaner innen utgangen av 2014. Et strategisk mål i utdanningsstrategien er at ”Utdanningens betydning skal synliggjøres og utgjøre en tydelig del av sykehusets profil”. Ett av flere tiltak i handlingsplanen, knyttet til dette målet, er årlig tildeling av en utdanningspris. Nytt i 2014 er derfor tildeling av to utdanningspriser á 50.000 kroner, som skal belønne enheter på sykehuset som har fremmet et godt læringsmiljø. Midlene skal benyttes til utdanningstiltak i fagmiljøene.

Det var fremmet hele 24 kandidater til de to prisene og det ble plukket ut fem finalister.

Utdanningsprisene gikk til (likeverdige vinnere):

- *Kvinne- og barnklinikken, ved gruppen ”Kvinneklinnkens gruppe i ferdighetstrening” og*
- *Hjerte-, lunge- og karklinikken, v/Lungeavdelingen.*

Kvinneklinnkens gruppe i ferdighetstrening driver praktisk gjennomføring, forskning og tverrprofesjonell utvikling av ferdighetstrening i obstetikk og gynekologi. Sengepost for lungesykdommer ved Hjerte-, lunge- og karklinikken har gjennomført et pilotprosjekt for kompetanseheving i kunnskapsbasert praksis. Dette er et foregangsprosjekt som vil få betydning for lignende kompetanseoppbygging i hele OUS. Begge miljøene bidrar til å gjøre OUS til et fremragende universitetssykehus.

Øvrige finalister var:

- Avdeling for kreftbehandling, som siden 2009 har jobbet systematisk med å implementere kunnskapsbasert praksis, slik at dette blir en integrert del av fagutviklingsarbeidet i avdelingen. De har et tverrprofesjonelt perspektiv og har samarbeidet med ulike høyskoler.
- Renholdsavdelingen, som har innført opplæring - og renholdsplaner på nettbrett for alle ansatte på renhold. Avdelingen har som målsetting at alle renholdere i OUS skal ha denne løsningen innen utgangen av 2015.
- Seksjon for hjerteultral lyd ved Hjerte-, lunge- og karklinikken. Seksjonen legger stor vekt på opplæring, utdanning og forskning i sin virksomhet. De har bl.a. et unikt utdanningsopplegg i klinisk hjerteultral lyd for alle utdanningskandidater i kardiologi

Prisene ble delt ut av viseadministrerende direktør, Tove Strand, i stabsmøtet ved Rikshospitalet den 10. oktober og tildelingen ble svært godt mottatt.

4. SAMHANDLING

- **Brukerutvalget**

Styret oppnevnte 27. juni 2013 (sak 43/2013) nytt brukerutvalg for Oslo universitetssykehus HF, med funksjonstid på to år. Medlem Øyvind Arntzen, meddelte nylig at han er nødt til å tre ut av sitt verv i brukerutvalget på grunn av tidspress i forbindelse med jobb.

Øyvind Arntzen representerte Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO).

Administrerende direktør mener det er viktig at denne pasientgruppen fortsatt er representert i brukerutvalget, og har derfor oppnevnt Tommy Sjøfjell som nytt medlem. Tommy Sjøfjell er oppnevnt fra A-larm og er leder av brukerråd i avdeling for rus- og avhengighet i klinikk for psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus.

- **Storbylegevakt**

Oslo kommune har nylig revitalisert utredningen av Storbylegevakt. Kommunen er i utgangspunktet bundet opp av bystyrets vedtak om å legge Storbylegevakten ved et akuttmottak. Imidlertid vil utredningen som kommunen nå gjennomfører se på andre alternativer for lokalisering. Som tidligere planlegger kommunen å bygge, eie og drive nybygget mens Oslo universitetssykehus kan leie. Dersom sykehuset vil videreføre leieforholdet også i et nybygg, må dette bli i et langsiktig perspektiv på grunn av de store investeringene som gjøres.

I tillegg til at prosjektet skal utrede lokalisering, skal det også se på virksomhetsmessig innhold. Sykehuset ønsker videreføring av det konseptet som finnes i Storgaten 40 per i dag og legger opp til at en Storbylegevakt skal inneholde psykiatrisk legevakt, skadelevakt, ortopedisk virksomhet og radiologiske støttedfunksjoner.


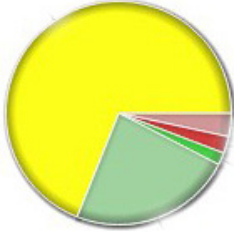
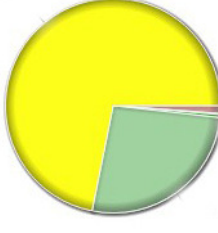
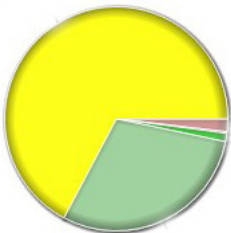
Prosjektet vil i høst kartlegge løsningsmodeller og alternativer med tilhørende behandling i Byrådet før nyttår. Våren 2015 velges løsning som behandles i Byrådet i juni 2015.

Oslo universitetssykehus er representert i prosjektets styringsgruppe ved administrerende direktør. En spesialrådgiver i sentral stab er utpekt som Oslo universitetssykehus sin prosjektkoordinator inn mot Oslo kommune. I tillegg er det oppnevnt en faglig rådgivningsgruppe hvor Oslo universitetssykehus har fire representanter, en representant fra klinikk for psykisk helse og avhengighet, en representant fra klinikk for diagnostikk og intervensjon og to representanter fra klinikk for kirurgi og nevrofag.

Styret vil bli holdt orientert om arbeidet.

5. MEDIEOMTALE 1. JULI – 22. OKTOBER 2014

Antall saker i mediene har økt fra 1403 i juli, til 2106 så langt i oktober, totalt 6422 for hele perioden. Oktober ligger så langt an til å få noe flere mediesaker som tilsvarende måned i fjor, dette på grunn av behandlingen av ebola-smittet pasient. Medieomtalen er i det alt vesentlige vektet nøytralt, noe som har holdt seg stabilt siden forrige periode. Rødt viser andel svært negative/svakt negative saker, grønt viser andel svært positive/svakt positive saker, mens gult viser andel saker som er vektet nøytralt.

Periode	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
1.-22.oktober 2014	2106		Positiv: 40 Nøytral: 59 Negativ: 1	Den store økningen i positive saker er på grunn av mye positiv omtale rundt behandling av ebolapasient.
September 2014	1470		Positiv: 25 Nøytral: 69 Negativ: 6	Perioden ble preget av flere historier om kreftpasienter og ekspertuttalelser om soppforgiftning.
August 2014	1443		Positiv: 27 Nøytral: 72 Negativ: 1	Måneden ble preget av saker om ebola og tv-serien "Født i feil kropp".
Juli 2014	1403		Positiv: 31 Nøytral: 67 Negativ: 2	Den store økningen av positive saker skyldes mange ekspertuttalelser om sommerhelse, varme og ebola.

Mediebildet har i perioden vært preget av omtale av ebola, flere krefthistorier og skadde pasienter brakt til sykehuset.

Ebola

Rundt 85 prosent av medieomtalen så langt i oktober er anslått å handle om ebola. Gjennom sommeren og deler av høsten stilte flere av våre fagfolk, hovedsakelig Arne Brantsæter og Dag Kvale, opp som eksperter på ebola, noe som genererte mye positiv omtale. Da det 6.oktober ble kjent at det skulle komme en norsk, ebolasmittet pasient til sykehuset snudde fokus litt. Medieinteressen eksploderte og journalistene spurte om sykdommen, sykehusets beredskap, behandling og pasienten med alle mulige vinklinger. Fagfolkene våre var en periode noe mer utilgjengelige da de drev med behandling av pasienten, men de fikk svært mye oppmerksomhet da de stilte på i alt fem pressekonferanser i løpet av perioden pasienten var på sykehuset. Medias omtale dreide etter hvert til teamet rundt pasienten, hvordan hun ble behandlet, hvilken behandling hun skulle få og mye spekulasjon rundt medisiner. Våre fagfolk, spesielt Dag Kvale og Espen Nakstad i denne fasen, fremsto som trygge og gode fagfolk, som bidro til å forklare godt

og dempe frykten for smitte. Omtalen som kom ut av dette var nesten utelukkende positiv, og fraser som "super-teamet som behandler ebola-pasienten" var en gjenganger. 20.oktober ble pasienten skrevet ut og det meste handlet naturlig nok om henne, men sykehuset fikk også mye positivt, da hun nevnte hvor takknemlig hun var for behandlingen av et "fantastisk team". I etterkant av utskrivelsen har flere fagfolk fra oss stilt opp i alle de intervjuene som var ønsket underveis, men som det ikke var tid til. Igjen fremstår Arne Brantsæter, Morten Rostrup og flere som har vært involvert i behandlingen som gode fagpersoner. Når alt nå er over virker det etterlatte inntrykket å være at sykehuset hadde full kontroll på situasjonen. Det er ingen negative saker knyttet til dette temaet. En del saker fra perioden er nøytrale da de kun omtaler at pasienten er til behandling på Ullevål.

Krefthistorier

Tidlig i september dukket det i to løpet av to dager opp to historier i Aftenposten om to kreftpasienter. I begge historiene har pasienten måtte vente svært lenge på utredning, prøver og behandling. Den ene pasienten døde. I artiklene er både Fylkeslegen, Kreftforeningen og generalsekretær i Norsk Pasientforening på plass med kritikk av sykehuset. Dagen etter retter også Aftenposten kritikk mot sykehuset på lederplass og trekker frem behovet for pasientkoordinatorer. I artiklene får klinikkleder komme til orde og legger seg helt flat for kritikken, men likevel er det etterlatte inntrykket av disse sakene negativt.

Samme uke tok også TV2 opp saken om pasienten som døde. Gangen var ikke helt ulik Aftenposten, men noe mer fokus på pårørende, og det etterlatte inntrykket er fortsatt negativt. I samme periode dukker det opp en blogg der en av sykehusets pasienter kommer med kraftig kritikk av sykehuset og systemet etter å ha blitt sendt mellom fire institusjoner i Oslo før hun ble operert. Flere store medier publiserte hele eller deler av denne bloggposten på siden, med Nettavisen i front, og den har generert mye debatt både i sosiale og tradisjonelle medier. Sykehuset har svart på kritikken i flere omganger, men det etterlatte inntrykket av denne saken er negativt.

6. REFERATER

- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 22. september 2014 (vedlegg)

PROTOKOLL

Møtetema: Brukerutvalgsmøte 22. september 2014

Til: Tove Nakken, Heine Århus, Kim Fangen, Ghazala Naseem, Kolbjørn Forfang, Grete Müller, John Bjørnøy, Helga Skåden, Twinkle Dawes, Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud, Tommy Sjøfjell, Ane Ringstad Næss

Kopi: Eva Bjørnsborg, Tove Strand, Anne Margrethe Svanes

Dato dok: 25.9.2014

Dato møte: 22.9.2014

Referent: Ingrid Birgitte Møller Ekne

Tilstede: Tove Nakken, Heine Århus, Kim Fangen, Ghazala Naseem, Kolbjørn Forfang, Grete Müller, John Bjørnøy, Helga Skåden, Twinkle Dawes, Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud, Tommy Sjøfjell
Fra Ledelsen: Eva Bjørnsborg

Forfall: Ane Ringstad Næss
Fra Ledelsen: Tove Strand

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Sak nr	
Sak 029-14	<p>Godkjenning av innkalling Tommy Sjøfjell, fra brukerorganisasjonen A-larm, ble ønsket velkommen som nytt medlem av brukerutvalget, etter at Øyvind Arntzen trakk seg fra sitt verv. Saker til eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revidering av "Vi tar vare på deg" brosjyre, ved Bjørnsborg • Arbeidsform på møte i november 2014 • Oppmøte og forfall i råd og utvalg • Orientering fra representant i klinikk psykisk helse og avhengighet <p>Vedtak Innkalling ble godkjent med en rettelse om saksnummer</p>
Sak 030-14	<p>Administrerende direktør sin time Administrerende direktør gjennomgikk styresakene og besvarte spørsmål fra medlemmene. Blant temaene var Pakkeforløp, MR utstyr og økning av brukermedvirkning i sykehuset.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget tok sakene til orientering</p>
Sak 031-14	<p>Styresaker Det var ingen uttalelser til styresakene. Leder og nestleder representer utvalget i styremøtet 25.9.2014.</p>
Sak 032-14	<p>Andre råd, utvalg og prosjekter/konferanser Medlemmene orienterte hverandre fra råd og utvalg. Medlemmene ble oppfordret til å sende referater fra møter til koordinator som fortløpende videresender til resten av utvalget.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget tok sakene til orientering</p>

<p>Sak 033-14</p>	<p>Brukerstyrt ressursgruppe- tiltak i Handlingsplanen for brukermedvirkning 2014-2016 Brukerutvalget skal nedsette en brukerstyrt ressursgruppe med fokus på læringstilbud for pasienter og pårørende. Bjørnsborg orienterte om arbeidet med kartlegging av læringstilbud på sykehuset utført i regi av seksjon for pasient- og pårørendeopplæring.</p> <p>Vedtak Medlemmene lager liste over tema for læringstilbud de mener sykehuset bør ha, med utgangspunkt i egen pasient- og/eller pårørendeerfaring. Medlemmene oppfordres til å ta med denne oppgaven til sine respektive brukerråd</p>
<p>Sak 034-14</p>	<p>Orientering om 3. 3. Avviksmeldinger på internett v/ seksjonsleder Anders Baalsrud, seksjon pasientsikkerhet Baalsrud orienterte brukerutvalget om arbeidet som gjøres regionalt med å etablere en felles kultur og retningslinje for helseforetakene, omkring uønskede hendelser som publiseres på nett.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget tok informasjonen til orientering og vil følge opp det videre arbeidet</p>
<p>Sak 035-14</p>	<p>Forberedelse til fellesmøte med styret 30. oktober Brukerutvalget er invitert til fellesmøte med styret i oktober. Medlemmene diskuterte hvem som skulle holde innlegg fra sine respektive områder.</p> <p>Vedtak Medlemmene forbereder sine innlegg til neste møte, hvor presentasjonen gjennomgås</p>
<p>Sak 036-14</p>	<p>Orientering om Elektronisk pasient journal (EPJ) v/ Gunhild Rognstad leder Delprosjekt Løsning og Thomas Hansen Rognstad og Hansen orienterte om prosessen med planlegging og innføring av DIPS og fordelene ved det nye elektroniske pasient journal systemet, som skal lanseres mandag 20. oktober.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget tok saken til orientering</p>
<p>Sak 024-14</p>	<p>Høringssvar fra brukerutvalget til Idéfase-rapporten Opphenting av sak fra sist utvalgsmøte. Brukerutvalget har fått anledning til å skrive en egne uttalelse til Idéfase rapporten, Campus Oslo. Leder har skrevet utkast til innspill og gjennomgikk hovedpunktene utvalget bør vektlegge.</p> <p>Vedtak Medlemmene sender sine innspill til leder på e-post innen mandag 13. oktober</p>
<p>Sak 037-14</p>	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bjørnsborg informerte om revidering av sykehusets brosjyre, "Vi tar vare på deg" • Arbeidsutvalget foreslo at møte 24. november holdes som et internt arbeidsmøte, uten besøk fra eksterne, for å fordype seg i evaluering av året og planlegging av 2015 • Leder orienterte utvalget om regler for oppmøte og forfall i råd og utvalg • Skåden, orienterte fra brukerråd i klinikk psykisk helse- og avhengighet, at nestleder i brukerrådet er involvert i et forskningsprosjekt som medforsker <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalget sender innspill til "Vi tar vare på deg" brosjyren, til koordinator innen 13. oktober • Møte i november holdes som internt arbeidsmøte