

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. juni 2012

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 40/2012: GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 13. juni 2012

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte
Dato møte:	20. juni 2012
Møtetid:	Kl. 8.00 – 14.00
Møtested:	Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet, Forskningsbygget, Seminarrom 1 og 2.

Sak 40/2012	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 41/2012	Beslutning:	Godkjenning av protokoll styremøte 3.5.2012 og 14.5.2012
Sak 42/2012	Beslutning:	Ledelsens gjennomgang 1.tertial 2012
Sak 43/2012	Beslutning:	Rapport per mai 2012
Sak 44/2012	Beslutning:	Nummerert brev fra revisor
Sak 45/2012	Orientering:	Budsjett 2013 og Økonomisk langtidsplan 2013-2016
Sak 46/2012	Beslutning:	Revisjon av ventelistehåndtering og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF
Sak 47/2012	Beslutning:	Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF
Sak 48/2012	Beslutning:	Anskaffelse av pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal Unntatt offentlighet jf offentleglova § 23
Sak 49/2012	Beslutning:	Anskaffelse av økonomi- og logistikksystem
Sak 50/2012	Orientering:	Presentasjon av Klinikk for kirurgi og nevrofag
Sak 51/2012	Beslutning:	Samarbeidsavtale om forberedelse av storbylegevakten
Sak 52/2012	Beslutning:	Tidspunkt for styremøter og styreseminar i 2013
Sak 53/2012	Beslutning:	Etiske retningslinjer for Oslo universitetssykehus HF
Sak 54/2012	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	20. juni 2012
Saksbehandler:	Styresekretær
Vedlegg	Utkast til protokoll telefonstyremøte 3. mai 2012 Utkast til protokoll telefonstyremøte 14. mai 2012.

**SAK 41/2012: GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 3.
MAI 2012 OG TELEFONSTYREMØTE 14. MAI 2012.**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 3. mai 2012 og 14. mai 2012.

Oslo, den 13. juni 2012

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	3. mai 2012
Dato møte:	3. mai 2012 kl. 8.00-14.00 på Radiumhospitalet i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Anne Carine Tanum, Anders Utne, Nina Tangnæs Grønvold, Tor Ingebrigtsen, Merete Norheim Morken, Ole Petter Ottersen (kom kl. 1130), Svein Erik Urstrømmen, Rita von der Fehr, Bjørn Wølsted-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Raymond Robertsens, Tone Skogen

Forfall: Ane Willumsen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Tove Strand, Morten Reymert, Rolv Økland, Erik Carlsen, Einar Hysing, Eva Bjørstad, Christina Rolfheim Bye, m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget Nina Adolfsen og Heine Århus, Konsernrevisjonsdirektør Karl Helge Stjernen Storhaug under sak 28/2012, publikum

Sak 24/2012 Godkjenning av innkalling og saksliste

Administrerende direktør ba om at sak 28/2012 ble flyttet til behandling sent i møte og at tidspunkter for styremøter fremover ble satt opp under eventuelt.

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 25/2012 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokollen fra møtet 29. mars 2012.

Sak 26/2012 Rapport per mars 2012

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapporteringen per mars til orientering.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter utbedring og kapasitetsøkning ved Intensiv 3 ved Ullevål med en samlet kostnadsramme på 10,8 millioner kroner.

Sak 27/2012 Økonomisk langtidsplan

Økonomisk langtidsplan er en rullerende langtidsplan med årlig leveranse til Helse Sør-Øst RHF.

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelsen om arbeidet med innspill fra Oslo universitetssykehus HF til Helse Sør-Øst RHF's arbeid med økonomisk langtidsplan 2013-2016 til orientering.

Sak 28/2012 Revisjon og ventelistebehandling

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF presenterte rapport 5/2012 om Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 29/2012 Orientering om områdeplan IKT

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelsen for gjennomføring av Områdeplan IKT 2011-2015 og redegjørelsen om status for forprosjekt DIPS til orientering.

Sak 30/2012 Status arbeid med områdeplaner

Sykehusene i Oslo sykehusområde har i oppdrag å utarbeide områdeplaner for fem behandlingsområder.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar redegjørelsen om områdeplaner for Oslo sykehusområde innen habilitering (barn og voksne), rehabilitering, psykisk helsevern, Tverrfaglig

spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og svangerskaps-, fødsels - og barselomsorg til orientering.

2. Styret legger til grunn at områdeplanene revideres årlig i samarbeid med Oslo kommune, Sunnaas sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus.

Sak 31/2012 Presentasjon av Oslo sykehusservice

Direktør for Oslo sykehusservice orienterte om virksomheten.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 32/2012 Møte med Brukerutvalget

Styret møtte Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus for informasjonsutveksling og orientering om Brukerutvalgets virksomhet.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 33/2012 Årsrapport arbeidsmiljø

Oslo universitetssykehus utarbeider årsrapport for arbeidsmiljø – Helse, miljø og sikkerhet.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 34/2012 Årsoppgjør stiftelsen for Oslo hjemmenes Vel

Styret i Oslo universitetssykehus er styre i stiftelsen Gave fra Oslo hjemmenes Vel.

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2011 for stiftelsen Gave fra Oslo hjemmenes Vel.

Sak 35/2012 Utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus

Utdanning er et av foretakets ansvarsområder. Oslo universitetssykehus har utarbeidet en ”Utdanningsstrategi 2012-2015.

Enstemmig vedtak:

Styret ber om at Utdanningsstrategi 2012-2015 for Oslo universitetssykehus HF revideres etter de innspill som kom frem i styremøte og foretakets virksomhets- og fagstrategi før den legges frem for vedtak.

Sak 36/2012 Administrerende direktørs orienteringer

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 37/2012 Eventuelt

Enstemmig vedtak:

1. Styret setter opp telefonmøte 14. mai 2012 for å behandle økonomisk langtidsplan for Oslo universitetssykehus HF.
2. Neste styremøte etter 14. mai 2012 er møte 20. juni 2012.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Tone Skogen

Raymond Robertsen

Aasmund Magnus Bredeli

Nina Tangnæs Grønvold

Svein Erik Urstrømmen

Ane Willumsen
Deltok ikke

Anders T. Utne

Merete Norheim Morken

Ole Petter Ottersen

Bjørn Wølsted-Knudsen

Tor Ingebrigtsen

Rita von der Fehr

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	14. mai 2012
Dato møte:	14. mai 2012 kl. 12.00-12.50 på Ullevål sykehus i Oslo og per telefon.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Merete Norheim Morken, Svein Erik Urstrømmen, Rita von der Fehr, Bjørn Wølstad-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli

Deltok per telefon: Anne Carine Tanum, Anders Utne, Nina Tangnæs Grønvold, Tor Ingebrigtsen, Ole Petter Ottersen,

Forfall: Raymond Robertsen, Tone Skogen, Ane Willumsen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Tove Strand, Morten Reymert, Rolv Økland, Erik Carlsen, Einar Hysing, Eva Bjørstad, Christina Rolfheim Bye, m.fl.

Tilstede ellers: Publikum

Sak 38/2012 Godkjenning av innkalling og saksliste

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 39/2012 Økonomisk langtidsplan 2013-2016

Styremedlemmene Merete Norheim Morken, Svein Erik Urstrømmen, Rita von der Fehr, Bjørn Wølsted-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli ønsket følgende ført i protokollen:

”Ansatterepresentantene beklager at innspillet til økonomisk langtidsplan ikke har kommet på plass gjennom medvirkning og drøfting med tillitsvalgte, og at innspillet ikke er behandlet i sykehusets arbeidsmiljøutvalg. Det vises til brev til administrerende direktør fra de ansattes organisasjoner.

Ansatterepresentantene viser spesielt til den store usikkerhet og risiko knyttet til resultatutviklingsplanen i innspillet. En gjennomføring av denne planen vil gi uakseptabel høy risiko knyttet til arbeidsmiljø og pasientbehandling. Frem til vi har full økonomisk nytte av investeringer som gir samlokalisering, MTU og IKT-løsninger, vil det være nødvendig med ekstraordinære tilskudd (omstillingstilskudd) for å understøtte drift. Sykehusets driftsmodell er kostnadskrevende, og det er vanskelig å se at sykehuset kan gjennomføre de planlagte kostnadsreduksjoner gjennom nedbemanning, og samtidig ivareta sykehusets oppgaver. Det henvises til sak 51/2011 hvor dette er synliggjort av administrerende direktør. Ansatterepresentantene kan ikke se at realitetene knyttet til dette er vesentlig endret siden denne saken ble lagt frem. Ansatterepresentantene ber om at OUS i det videre arbeid med økonomisk langtidsplan går i dialog med HSØ om ekstraordinære tilskudd i en overgangsfase.

Ansatterepresentantene ser også med bekymring på den prekære situasjonen sykehuset er satt i som en følge av mye utdatert medisinsk utstyr (MTU) og manglende investeringsmidler til nytt utstyr. Dette gir oss en svært uhenksom drift, og det er nødvendig at også denne situasjonen søkes løst i samarbeid med HSØ.

Ansatterepresentantene viser forøvrig til ansattes protokolltilførsel til sak 5/2012, og i foretaksmøte 10 februar 2012.”

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar forslag til bidrag til Økonomisk langtidsplan 2013-2016 fra Oslo universitetssykehus HF til orientering og ber under henvisning til de merknader som fremkom i møtet, administrerende direktør oversende det til Helse Sør-Øst RHF.
2. Styret legger til grunn at videre prosess med langtidsplan 2013-2016 gjennomføres i overensstemmelse med de tolv prinsippene for medvirkning i omstilling som er vedtatt i Helse Sør-Øst.
3. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med forslag til Økonomisk langtidsplan 2013-2016 og resultatmål for 2013 for Oslo universitetssykehus HF til styremøtet 20. september.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Tone Skogen
Deltok ikke

Raymond Robertsen
Deltok ikke

Aasmund Magnus Bredeli

Nina Tangnæs Grønvold

Svein Erik Urstrømmen

Ane Willumsen
Deltok ikke

Anders T. Utne

Merete Norheim Morken

Ole Petter Ottersen

Bjørn Wølstad-Knudsen

Tor Ingebrigtsen

Rita von der Fehr

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	20. juni 2012
Saksbehandler:	Direktør for pasientsikkerhet og kvalitet
Vedlegg:	1. Risikovurdering 1. tertial 2012 2. Utdypende kommentarer til Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2011

SAK 42/2012 LEDELSENS GJENNOMGANG 1. TERTIAL 2012

Forslag til vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang for 1. tertial 2012 til etterretning.

Oslo, den 13. juni 2012

Bjørn Erikstein

Sammendrag

Ledelsens tertialvise gjennomgang skal sikre god styring og kontroll i virksomheten. Administrerende direktør med stabsdirektører har avholdt møter med alle klinikkens ledergrupper med gjennomgang av resultater, risikoforhold og tiltak for læring og forbedring. Klinikkene arbeider målrettet med å videreutvikle organisasjonen, og det er stor aktivitet innen samorganisering og forbedring av pasientlogistikken i og mellom klinikkene.

Ledelsens gjennomgang er en del av den tertialvise tilbakemeldingen til styret og må sees i sammenheng med øvrig resultatrapportering per mai 2012. Ref. styresak 43/2012.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktørs vurdering, etter ledelsens gjennomgang 1.tertial, er at det arbeides målrettet i klinikkene med å avdekke risikoforhold og sikre pasientene forsvarlig behandling, men at organisasjonen fortsatt er i en krevende situasjon. Spesielt gjelder dette kapasitetsutfordringer i flere fagmiljøer, behovet for omlegging av etablerte driftsformer til mer hensiktsmessig pasientbehandling, flyttinger innen og mellom klinikker og å tilpasse oppgaver og bemanning. Det er fortsatt store utfordringer i daglige arbeidsprosesser grunnet utilfredsstillende IKT støtte og integrasjon på viktige områder, samt kapasitets- og leveranseproblemer hos IKT tjenesteleverandør.

Grunnet den økonomiske situasjonen som fortsatt viser negativt resultat, men en noe bedre trend, har det ikke vært mulig å sikre tilstrekkelig med investeringer til utskiftning og modernisering av det medisinske tekniske utstyret. Det er iverksatt interne tiltak for bedre samordning og utnyttelse av den samlede utstyrsportefølje, men det er administrerende direktørs vurdering at det må etableres et forpliktende investeringsløp over de neste årene for å imøtekomme et stort og kostnadskrevende etterslep innen medisinsk teknisk utstyr.

Samordning og organisering av Oslo universitetssykehus sitt behandlingstilbud krever endringer for de fleste medarbeidere. Det utøves en god jobb av de ansatte, men det tar tid å innarbeide nye arbeidsprosesser og systemer i alle ledd.

Ulike funn fra sykehusets mange kontrollaktiviteter bekrefter at det er nødvendig med styrking av implementeringstiltak generelt og innenfor de pasientadministrative systemene spesielt.

Faktabeskrivelse

I samarbeid mellom ansatte, brukerutvalget og ledelsen er det i løpet av første tertial utarbeidet en virksomhetsplan for 2012. Administrerende direktør har videre initiert et arbeid med å utvikle en framtidig strategi for pasientbehandlingen ved Oslo universitetssykehus i 1. tertial. Dette er en bredt anlagt prosess som styret vil bli holdt løpende orientert om. Tydeliggjøring av oppgaver, mål og resultatforventning er viktige elementer for å bedre sykehusets styringsevne, samt å sikre et ledelsesmessig fokus på prioriterte oppgaver.

Ledelsens gjennomgang har tatt utgangspunkt i innhentet dokumentasjon fra klinikkene og resultatrapporteringen for tertialet.

Fokus for dialogen 1. tertial:

- Klinikkenes resultater med spesielt fokus på pasientbehandling, ventelister/ fristbrudd, pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og forskning, innføring av samhandlingsreformen.
- Klinikkenes risikobilde 1. tertial 2012.
- Bemanningstilpasning.

Innføring av samhandlingsreformen 1. januar 2012 fordret nye retningslinjer og rutiner i avdelingene. Erfaringene så langt, er at bydelene raskt tar over utskrivingsklare pasienter og at det er et godt samarbeid mellom sykehus og bydeler. Flere av bydelene har fagteam på sykehuset som fortløpende har dialog med ansvarlig avdeling for å sikre at et best mulig tilpasset tilbud står klart for pasientene ved utskrivelse. Det har også vært en mindre nedgang i antall utskrivingsklare pasienter innen psykisk helse og avhengighet selv om det ikke er innført betalingsordning på dette området.

Samarbeidet mellom sykehuset og 1.linjen vanskeliggjøres ved at det ikke er mulig på en enkel måte å utveksle informasjon elektronisk. Meldinger til og fra bydeler går via telefaks. Det er heller ikke etablert strukturerte sykehusovergripende systemer for elektronisk overføring av epikriser til fastleger og sykehjem.

Samordning og standardisering av behandlingsplaner/ prosedyrer skal sikre pasienten god behandling og er grunnlag for faglige revisjoner og interne kontroll aktiviteter. De faglige diskusjoner ved prosedyreutvikling er et vesentlig bidrag i å utvikle felles kultur i Oslo universitetssykehus. I løpet av første tertial har klinikkene arbeidet videre med nødvendig dokumentasjonsgrunnlag for å kunne utøve styring og kontroll, parallelt med stort fokus på å tilgjengeliggjøre pasientinformasjon på en pedagogisk måte.

Hendelsesregistrering og avvikshåndtering er et sentralt område i sykehusets internkontroll og vurdering av risikonivå. Også i første tertial 2012 fortsetter en positiv utviklingen når det gjelder antall registrerte avvikshendelser i avvikssystemet. En positiv utvikling i økt antall meldinger vurderes som bra i lys av åpenhet i sykehuset. Antallet registreringer er 9 % høyere enn i 1. tertial 2011. Det er ikke funn som tyder på at det begås flere feil, eller mer alvorlige feil enn tidligere. Antall klager fra pasienter og pårørende, samt henvendelser fra Fylkesmannen og Pasientombudet viser ingen alarmerende nye trender, men en generell jevn økning. Enkeltstående media oppslag, som for eksempel "HELFO-saken" kan i kortere perioder medføre en økning i antall henvendelser, men uten at dette over tid har medført noen vesentlig endring i antall registrerte klager.

I overkant av to tredjedeler av de registrerte klagesakene som ble avsluttet av Fylkesmannen 1. tertial konkluderte uten lovbrudd og uten vesentlig anmerkning til saken. I 11 av sakene fra Fylkesmannen ble det vurdert brudd på lov eller regelverk. Funnene gikk på brudd på informasjonsplikt (2), krav til journalføring (3), pasientrettigheter (3) og forsvarlighet (2). Alle saker følges særskilt opp gjennom linjeledelsen. 83 % av sykehusets meldte alvorlige pasienthendelser (uønskede hendelser som har eller kunne medført betydelig skade) ble avsluttet av Fylkesmannen uten anmerkning.

Hittil i 2012 er det gjennomført 12 tilsyn fra ulike tilsynsmyndigheter. Det er så langt mottatt tilbakemelding med tilsynsrapport på 11 av tilsynene. Syv av tilsynene er lukket, og de øvrige arbeides det med da fristene ligger frem i tid. Det utarbeides handlingsplaner for oppfølging av alle saker. Tilsynene sykehuset har hatt hittil i år har ikke avdekket funn som er forbundet med høy risiko, men det er identifisert flere forbedringstiltak. Det forventes at avvikene vil bli lukket med de tiltak som gjennomføres i henhold til plan.

Arbeidstilsynet ga i 2011 10 pålegg vedrørende mangler ved bygningsmassens tilstand og kjemikaliehåndtering. 8 av disse er nå lukket. Tiltak gjennomføres fram til fristen 1.mars 2015 og med fortløpende oppfølgingsmøter med tilsynsmyndigheten. (Ref.styresak 6/2012 vedrørende Vedlikeholdsplan – pålegg fra Arbeidstilsynet og brantilsyn).

Konsernrevisjonen har i løpet av 1. tertial utført 2 revisjoner i tilknytning til det pasientadministrative systemet og ventelistebehandling. Begge revisjonene har avdekket mangler og /eller svakheter. Funnene er forbundet med til dels høy risiko og bekrefter at kunnskap, opplæring, harmonisering og implementering av arbeidsprosesser er arbeidskrevende og til dels vanskelige i forhold til et komplisert regelverk. Ventelistebehandling og pasientrettigheter har vært et viktig område for ledelsen siden oppstart av Oslo universitetssykehus, og det arbeides systematisk med nye tiltak og forbedringer. Det vises for øvrig til styresak 46/2012 og 47/2012.

Foretakets risikobilde 1. tertial 2012:

Det er i 1. tertial gjennomført risikovurderinger i alle avdelinger, klinikker og i direktørens stab etter fastsatte retningslinjer. Denne første risikovurdering i året er en hovedgjennomgang som skal danne grunnlag for revurderingene i 2. og 3. tertial. Analyser og vurderinger bygger på tilgjengelige data og erfaringer fra drift og styring på bakgrunn av oppdrag og bestilling. Avdelingens risikoanalyser ledsages av handlingsplaner med tiltak som skal sikre at risikoer kan håndteres innen forsvarlige og akseptable rammer. Det samme gjøres på sykehusnivå.

Metoden for risikovurderinger har vært under utvikling fra etablering av helseforetaket. Med bakgrunn i prosess og innspill fra høringsrunder og arbeidsseminar er retningslinjen justert slik at avdelinger og klinikker vurderer risiko i forhold til sykehusets fire målområder. Dermed visualiseres identifiserte risikoer i risikokart for hvert målområde: Pasientbehandling, arbeidsmiljø, forskning (inkl. innovasjon og utdanning) og økonomi. Denne endringen har gjort det mulig å sette et tydeligere fokus på sykehusets hovedoppgaver og se et samlet risikobilde for hvert område. Arbeidet med risikovurderinger utvikles i positiv retning og sykehusets ledere har fått større innsikt og forståelse for å styre ut fra identifisert risiko.

Selv om sykehusets risikobilde presenteres noe annerledes denne gangen, er det ingen dramatisk endringer i risikosituasjonen for Oslo universitetssykehus HF. Risikokart og handlingsplaner er vedlagt saken i vedlegg 1.

Pasientbehandling

Manglende kapasitet innen flere fagområder og spesielt innen radiologi og patologi er forbundet med for høy risiko. Dette synliggjør seg for pasientene ved for lange ventelister og fristbrudd for enkelte pasientgrupper. Vedlikehold og oppdatering av medisinskteknisk utstyr er et annet risikoforhold som innvirker på pasientbehandlingen. Noen steder er disse problemene forsterket ved pågående ombygginger og flytteprosesser. Mangel på spesialsykepleiere og annet fagpersonell sees også i sammenheng med økt press på intensivaktivitet og redusert operasjonskapasitet innen enkelte områder. Pasientbehandlingen er avhengig av fungerende og effektive IKT-systemer, men dessverre er det fortsatt betydelig problemer innen IKT, bl.a. med fare for bortfall av kliniske systemer.

Arbeidsmiljø

Omstillings- og integrasjonsprosessen kombinert med den økonomiske situasjonen medfører behov for bemanningsreduksjoner og –tilpasninger. Flere steder oppleves økt arbeidsbelastning for den enkelte medarbeider. Flytte- og ombyggingsprosessene kan i tillegg gi vanskelige arbeidsforhold med for dårlige plassforhold. Arbeidstilsynet og brannvesen har påpekt betydelige mangler ved bygg- og branntekniske forhold. Alt dette gjør det viktig å ha tilstrekkelig fokus på systematisk HMS arbeid. Blant annet må det sikres tiltak mot kjemikalieksposering. På dette området har en allerede sett at tiltakene har effekt.

Forskning, innovasjon og utdanning

Innen forskning, innovasjon og utdanning ser en noen av de samme risikoområdene som innen pasientbehandling. Kapasiteten for kliniske studier er for dårlig blant annet på grunn av for få stillinger, for lite arealer, IKT-infrastruktur, for lite oppdatert utstyr m.m. Etterutdanningsaktiviteten er for lav og det er mangler på praksisplasser for sykepleierstudenter, bachelor- og videreutdanning. Innen biobankområdet er det behov for å sikre bedre lagringsfasiliteter og sporingssystemer IKT.

Økonomi

Status for gjennomføring av av oppdraget fra Helse Sør-Øst RHF for 2012 viser fortsatt stor risiko for ikke å nå det økonomiske resultatkravet for 2012. Utfordringsbildet varierer betydelig mellom klinikkene etter 1. tertial. Det er særlig fire klinikker som har store økonomiske utfordringer.

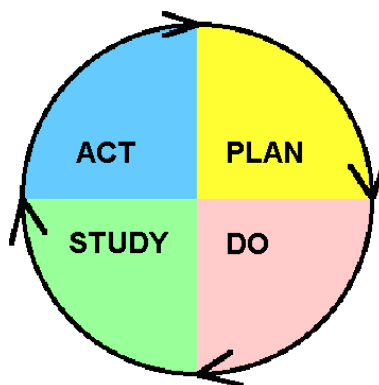
Vedlikeholdsetterslepet krever betydelige investeringer i bygningsmassen i årene framover, og i den forbindelse vurderes store prosjekter. Det vil være en risiko knyttet til oppfølging av disse i prosjektperioden og til å realisere de gevinstene i mer effektiv drift.

Det er en utfordring at Oslo universitetssykehus HF ikke har et felles system for innkjøp og logistikk. Manglende enhetlige systemer for ulike funksjoner er en risiko på også andre områder. Dette vil kunne ha negative konsekvenser for effektiv drift og representere en risiko for kvaliteten i pasientbehandlingen. Videre er det begrensninger knyttet til ledelsesinformasjonssystemet (LIS).

Det vises for øvrig til vedlegg 1.

Ledelsens gjennomgang

Risikovurdering
Vedlegg 1



1. tertial 2012
Vedlegg 1 til styresak 42/2012

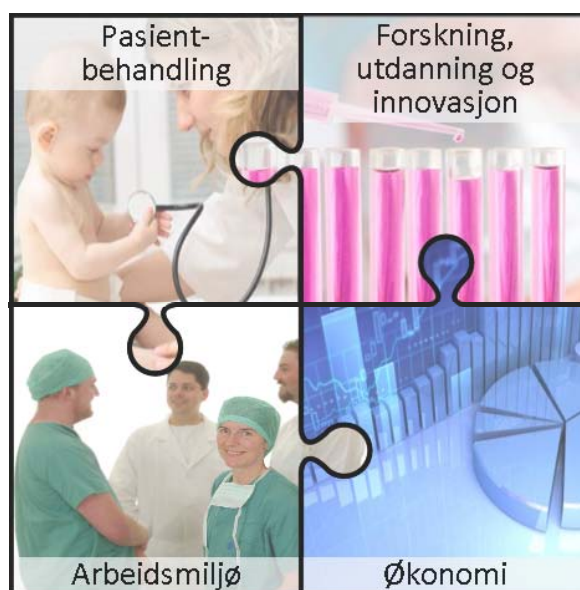
Innholdsfortegnelse

1	Risikovurdering.....	3
1.1	Pasientbehandling.....	3
1.2	Arbeidsmiljø.....	4
1.3	Forskning, innovasjon og utdanning.....	4
1.4	Økonomi.....	4
2	Risikomatriser.....	5
2.1	Risikovurdering av pasientbehandlingen.....	5
2.2	Risikovurdering av arbeidsmiljøet.....	6
2.3	Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning.....	7
2.4	Risikovurdering av økonomiområdet.....	8
3	Risikoreduserende tiltak.....	9
3.1	Pasientbehandling.....	9
3.2	Forskning, utdanning og innovasjon.....	12
3.3	Arbeidsmiljø.....	14
3.4	Økonomi.....	15

1 Risikovurdering

Det er i 1. tertial gjennomført risikovurderinger i alle avdelinger, klinikker og i direktørens staber etter fastsatte retningslinjer. Denne første risikovurdering i året er en hovedgjennomgang som skal danne grunnlag for revurderingene i 2. og 3. tertial. Analyser og vurderinger bygger på tilgjengelige data og erfaringer fra drift og styring. I alle enheter og nivåer er det utarbeidet handlingsplaner med tiltak som skal sikre at risikoer kan håndteres innen forsvarlige og akseptable rammer. Dette er det viktigste verktøyet for risikostyringen. I tillegg utarbeides det risikokart som enkelt synliggjør de viktigste risikoene slik at en tydelig kan se hva en bør ha fokus på i arbeidet for å redusere risiko.

Metoden for risikovurderinger har vært under utvikling fra etablering av helseforetaket. Med bakgrunn i prosess og innspill fra høringsrunde er retningslinjen justert slik at en bl.a. ser sykehusets fire målområder adskilt. Dermed visualiseres identifiserte risikoer i risikokart for hvert målområde: Pasientbehandling, arbeidsmiljø, forskning (inkl. innovasjon og utdanning) og økonomi. Denne endringen har gjort det mulig å sette et tydeligere fokus på sykehusets hovedoppgaver og se et samlet risikobilde for hvert område. For øvrig erfarer vi at arbeidet med risikovurderinger utvikles i positiv retning og at sykehusets ledere har fått større innsikt og forståelse for å styre ut fra identifisert risiko.



Selv om sykehusets risikobilde presenteres noe annerledes denne gangen, er det ingen dramatisk endringer i risikosituasjonen for Oslo universitetssykehus HF. Mye av det som ansees som risikoer er områder vi tidligere har vurdert som kritiske. Til tross for fokus og tiltak har en ikke lykkes med å få all risiko ned på rett nivå.

De fire risikokartene og en samlet handlingsplan for risikoreducerende tiltak er beskrevet nedenfor. Først en kort oppsummering av de viktigste risikoområdene.



1.1 Pasientbehandling

På flere områder ser vi at manglende kapasitet er kritisk for vårt behandlingstilbud. Dette synliggjør seg for pasientene ved for lange ventelister og gjentatte fristbrudd for enkelte pasientgrupper. Årsakene til fristbrudd og ventelister ser vi i mangler på flere områder. Kapasiteten innen radiologi og patologi er for liten, og dette i kombinasjon med problemer med vedlikehold og oppdatering av medisinsk-teknisk utstyr medfører en for dårlig behandlingsskapasitet. Noen steder er disse problemene forsterket ved pågående ombygginger og flytteprosesser og også mangel på spesialsykepleiere og annet fagpersonell. Mangel på spesialsykepleiere sees også i sammenheng med økt press på intensivaktivitet og redusert operasjonskapasitet innen enkelte områder. Pasientbehandlingen er avhengig av fungerende og

effektive IKT-systemer, men dessverre er det fortsatt betydelig problemer innen IKT, bl.a. med fare for bortfall av kliniske systemer.



1.2 Arbeidsmiljø

Omstillings- og integrasjonsprosessen kombinert med den økonomiske situasjonen medfører behov for bemanningsreduksjoner og –tilpasninger. Enkelte steder oppleves økt arbeidsbelastning for den enkelte medarbeider. Flytte- og ombyggingsprosessene kan i tillegg gi vanskelige arbeidsforhold med for dårlige plassforhold. Arbeidstilsynet og brannvesen har påpekt betydelige mangler ved bygg- og branntekniske forhold. Alt dette gjør det viktig å ha tilstrekkelig fokus på systematisk HMS arbeid. Bl.a. må det sikres tiltak mot kjemikalieksposering. På dette området har en allerede sett at tiltakene har effekt.



1.3 Forskning, innovasjon og utdanning

Innen forskning, innovasjon og utdanning ser en noen av de samme risikoområdene som innen pasientbehandling. Kapasiteten for kliniske studier er for dårlig bl.a. på grunn av for få stillinger, for lite arealer, IKT-infrastruktur, for lite oppdatert utstyr m.m. Etterutdanningsaktiviteten er for lav og det er mangler på praksisplasser for sykepleierstudenter, bachelor- og videreutdanning. Spesielt innen biobankområdet er det behov for sikre bedre lagringsfasiliteter og springssystemer IKT.



1.4 Økonomi

Det er fortsatt en betydelig risiko for at en ikke oppnår tilstrekkelig balanse i budsjettet. Vedlikeholdsetterslepet krever store investeringer i bygningsmassen. I den forbindelse igangsettes store prosjekter, og en ser at det er en risiko knyttet til oppfølging og gevinstberegninger. Likeledes er det kritisk at sykehuset ikke har et felles IKT-system for innkjøp og logistikk. Generelt sett er IKT-svakhetene en risiko for hele sykehuset, - ikke minst med tanke på de konsekvenser dette kan gi for pasientbehandlingen. Det at en ikke i tilstrekkelig grad har administrativ informasjon og styringsinformasjon tilgjengelig gjennom hensiktsmessige IKT-systemer gir også store utfordringer.

I handlingsplanen som følger etter de fire risikokartene, er det beskrevet tiltak for å sikre håndtering av risikoer innen akseptable rammer.



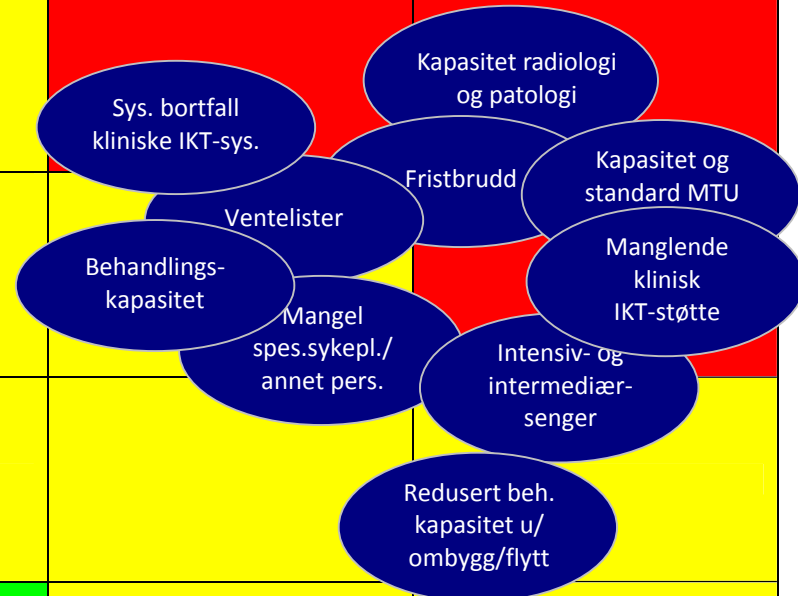
Pasient
behandling

2 Risikomatriser

2.1 Risikovurdering av pasientbehandlingen

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

KONSEKVENNS	Svært alvorlig					
	Alvorlig					
	Moderat					
	Lav					
	Ubetydelig					
		Meget liten	Liten	Moderat	Stor	Svært stor
1. tertial 2012	SANNSYNLIGHET					





2.2 Risikovurdering av arbeidsmiljøet

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid

KONSEKVENNS	Svært alvorlig					
	Alvorlig			Kjemikalie-eksponering	Integrasjons-/omstillingsprosessen	Bygg- og brannteknisk standard
	Moderat				Systematisk HMS-arbeid	Kulturutfordringer v/omorg.
	Lav					Bemanningsreduksjon/-tilpasninger
	Ubetydelig					Arbeidsbelastninger
		Meget liten	Liten	Moderat	Stor	Svært stor
1. tertial 2012	SANNSYNLIGHET					



2.3 Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning

Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.

KONSEKVENNS	Svært alvorlig						
	Alvorlig						
	Moderat			Etterlevelse helseforsknings-loven Utstyr til forskning	Klin. studier: Kapasitet, finansiering Praksisprasser sykepl.stud og videreutd.	Biobank-fasilitete lagring, sporing Etterutdannings-aktiviteter IKT-infrastruktur til forskning	Arealer til forskning Tid og stillinger forskn. og innovasjon
	Lav						
	Ubetydelig						
		Meget liten	Liten	Moderat	Stor	Svært stor	
1. tertial 2012		SANNSYNLIGHET					

3 Risikoreduserende tiltak



3.1 Pasientbehandling

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

	Risiko	Tiltak	Kommentar
1.	Sys. bortfall kliniske IKT-systemer Pasientinformasjon er ikke tilgjengelig for helsepersonell på en hensiktsmessig måte når de trenger det pga systembortfall.	Kontinuerlig sikring av serverpark/service i tett samarbeid med Sykehuspartner. Felles Pas/EPJ (M5). Gode manuelle rutiner er utarbeidet og implementert.	Viktig å få på plass trygg IKT-plattform.
2.	Ventelister / fristbrudd / behandlingsskapasitet	Egen innsatsgruppe (jurist, IKT-støtte og med.dir.). Fristbrudd fortsatt stor utfordring tross nye tiltak. Ledelsesfokus og kompetanseheving, gjennomgang av ventelister, tiltak for kapasitetsøkning innen enkelte fagområder. Produktivitet må bedres. Kartlegge endringer i henvisningsmønster og ventelister. Aktiv planlegging og håndtering av utskrivninger. Garantert transport bestilt før kl.11.00. Klinikkvise analyser av hvilke pasienter/tilstander som henvises og utvikling i ventelistesituasjonen for strategiske pasientgrupper. Behandlingslinjer kreftpasienter. AMD - stor risiko for manglende kapasitet med tap av sentralsyn. Vurdere behov for legestillinger og samarbeid med avtalespesialister. Implementere samhandlingsreformen. Vurdere behov for kapasitet / samarbeidsavtaler. <ul style="list-style-type: none">• Gjøre kjent og følge retningslinjer / prosedyrer.	Ca. 600 000 nyhenviste hvert år. De aller fleste får behandling i forhold til forsvarlighet og innen frist og rimelig tid. 7000 fristbrudd i 2011 dvs. 1,1 % av alle nyhenviste.
3.	Mangel på spesialsykepleiere	Igangsatt rekrutteringstiltak med virkemidler. Økt utdanningskapasitet i samarbeid med høyskoler, stipendordninger videreføres,	

	Risiko	Tiltak	Kommentar
		systematisk kompetansekartlegging og -planlegging. Planer for bibehold av ansatte. Følge opp krav i oppdragsdokument om større strategisk kompetansekartlegging og -planlegging i sykehuset.	
4.	Kapasitet radiologi og patologi	<p>Etablere kriterier for prioritering</p> <p>Klinikkene må tydeliggjøre radiologisk prioritet innen egne pasientgrupper</p> <p>Gjennomføre og monitorere vedtatte prioriteringer for bruk av radiologiske undersøkelser.</p> <p>Prioritere MTU som gir kapasitetsforbedringer</p> <p>Sammen med HSØ vurdere behovet for radiologiske tjenester som del av diagnostikk/behandling i primærhelsetjenesten</p>	Saken følges regelmessig både i oppfølging og ledermøtene. Kapasitetsutfordringene skyldes dels MTU og dels personellmangel? RIS/PACS er viktig for god ressursutnyttelse og dermed bedring i kapasitet.
5.	Intensiv- og intermediærsenger	<p>Øke antall intensivsenger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • overvåkningssenger i Med. klinikk • intensivsenger Akuttklinikken, Ullevål • intensivsenger Akuttklinikken, Rikshospitalet <p>Utvikle retningslinjer for hvem som skal behandles i OUS og hvilke pasienter som bør overføres til eget lokal- og områdesykehus</p> <p>Sikre tilfredsstillende kapasitet av intermediærsenger i klinikkene (avtakerapparat):</p> <ul style="list-style-type: none"> • eget prosjekt 	Legges opp til tett styring av intensiv/PO- ressursen, spesielt i forhold til utflytting fra Aker (medisin/gastrokirurgi).
6.	Kapasitet og standard på medisinsk teknisk utstyr	<p>Etablere en 3 års plan 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>	Gjennomsnittsalder på utstyr: 10,6 år. 39 000 MTU-enheter. Åpning for annen finansieringsordning utredes (Helse Sør-Øst).

	Risiko	Tiltak	Kommentar
7.	Redusert kapasitet i pasientbehandlingen under ombygging/flytting	<p>Etablere detaljerte tiltaksplaner for driften under ombygning eller ved flyttinger</p> <p>Følge opp problematikk knyttet til overbelegg/korridorsenger gjennom egne tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidlig planlegging av utskrivning • Tidlig/prioritert visittgang • Omstille pasientbehandling fra døgn → dag → poliklinikk • Egen tiltaksplan ved akuttmottaket Ullevål • Tidlig opplæring av personell som skal flytte • Etablere avlastningsmuligheter (buffer sengepost) ved ombygning <p>Disse tiltakene er også viktig for risiko knyttet til ventelister / fristbrudd / behandlingsskapasitet (se punktet ovenfor).</p>	<p>Vi vektlegger god planlegging og involvering i ombyggingsprosjekter og flyttingprosjekter.</p>



3.2 Forskning, utdanning og innovasjon

Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.

	Risiko	Tiltak	Kommentar
1.	<p> Lovgivning og etikk: Etterlevelse av krav i helseforskningsloven o.a. retningslinjer for forskning og etikk i forskning.</p>	<p> Nye internkontrollsystemer utarbeidet i 2011, aktivt arbeid med å kjøre prosedyrer kjent og forstått. Kont. prosess med å forbedre tilgjengelighet og presentasjonsform (herunder web-løsninger). Bistand til alle klinikker fra OSS Forskningsstøtte og stabsenheter (herunder personvern). Forskningsombudsfunksjon. Regional rådgivningsfunksjon på området tillagt OUS fra HSØ.</p>	
2.	<p> Utstyr forskning: mangel på oppdatert utstyr pga manglende investeringsmidler</p>	<p> Arbeide for bedre finansieringsløsninger av kjernefasiliteter, flere søknader om eksternt finansierte midler til stort utstyr (NFR), mer sambruk med UiO og mellom miljøer.</p>	<p> Prioritert område i overordnet handlingsplan forskning for Oslo universitetssykehus.</p>
3.	<p> Arealer: utilstrekkelige/for lite arealer til forskning i flere klinikker, ev. manglende ressurser til oppgradering av lokaler. Ev. også HMS-risiko (særlig i laboratorier)</p>	<p> Fokus på tilstrekkelige arealer til forskning og undervisning i alt arbeid med klinikkens forflytninger og strategisk arealplanlegging, fokus på klinikknære arealer. Prioritert område i vedtatt forskningsstrategi og handlingsplan, ytterligere konkretisert i klinikkens handlingsplaner. Arbeidsgruppe med UiO om forskningsarealer. Når klinikker støtter opp om forskningssøknader, også prioritert av sykehusledelse og eier, må dette samtidig planlegges arealmessig. Spilt inn til HSØ i forbindelse med innspill strategi 2020 samt i innspill til Økonomisk langtidsplan.</p>	<p> Prioritert område i overordnet handlingsplan forskning for Oslo universitetssykehus.</p>
4.	<p> Biobankfasiliteter - utilstrekkelige lagringsfasiliteter internt og sporingssystemer (IKT)</p>	<p> Avtale er inngått med Folkehelseinstituttet om leie av nye lokaler for biobank på Myren/Sandaker. Vil avhjelpe kapasitetsproblemer og modernisere løsninger. Arbeid med sporingssystemer igangsatt. Bevilgning nasjonalt tildelt til prosjekt. Arbeide for bedre utnyttelse av tilbudet samt utbedrede løsninger for materiale som fortsatt skal lagres lokalt i sykehuset.</p>	
5.	<p> Tilstrekkelig tid og stillinger til forskning og innovasjon i klinikkene - herunder begrensninger i ansettelsesmuligheter: Mangel på tid og driftsmidler til forskning i miljøer med særskilte forskningsforpliktelser.</p>	<p> Fokuseres i tertialoppfølgingsmøter med klinikkene og oppdrag. Får betydelig fokus i internt strategiarbeid og råd/utvalg for forskning. Identifisert konkrete tiltak handlingsplaner i klinikkene - skal følges opp. Øke omfang av og kvalitet på søknader om eksternt finansiering, utnytte finansieringskilder. Følge opp nasjonalt samarbeidsprosjekt med mulig eksternt finansiering av infrastruktur til kliniske studier. Ordninger med tydelig reservert tid for prof II/førstaman. til F og U prioritert i ny avtale om kombinerte stillinger. Forbedre ansettelsesprosesser kombinerte stillinger. Prioritere mellomstillinger (førsteamanuensis, seniorforskere) som rekrutterings- og karrierevei. Behov for intern diskusjon om begrensninger/avslag fra internt stillingsutvalg i forbindelse med prioriterte satsinger til forskning innenfor ordinært budsjett.</p>	<p> Prioritert område i overordnet handlingsplan forskning for Oslo universitetssykehus.</p>

	Risiko	Tiltak	Kommentar
6.	Kliniske studier: For dårlig infrastruktur, kapasitet og finansiering for kliniske studier , jf oppdragsdokument fra eier med krav til styrket tilrettelegging for gjennomføring av studier.	Styrke og avklare samarbeidet med Inven2 vedr. kliniske studier (arbeidsgruppe har utarbeidet forslag - ledelsesbehandles vår 2012). Bedre samarbeid med industrien (arbeidsgruppe etablert med LMI). Delta i nordisk samarbeidsprosjekt om søknad til EU om infrastrukturmidler (ECRIN).	
7.	Utdanning: Redusert etterutdanningsaktivitet for helsepersonell	Sette av tid og midler til etterutdanning i klinikkene. Skaffe bedre oversikt over dagens situasjon - bruke SWOT-analyser om utdanning (2011) i arbeidet med handlingsplaner som oppfølging av utdanningsstrategi. Planlegge fordeling av kurs og reiser, bedre intern kompetansedeling.	Budsjettering av etterutdanningstiltak er gjennomført spesifikt for klinikkene, som følge av bortfall av kurs tidl. betalt av industri. (System budsjettoppfølging ikke i regi av FIU - noe uklart systemansvar i stab).
8.	Utdanning: Mangel på praksisplasser for sykepleierstudenter, bachelor og videreutdanning	KVB: Tilstrekkelig antall praksisveiledere som kan ivareta adm. og tilretteleggingen av læresituasjoner for studentene, dette vil sikre kvalitet og kontinuitet på veiledningen av studentene. FIU: Vurdere internt system for fordeling av pålagte praksisplasser (bachelor). Sørg for at riktig grunnlag brukes i regional fordeling (oppdaterte KOSTRA-tall), slik at fordeling ml foretak blir riktig (jf redusert pasientgrunnlag og overføring andre sykehus).	Spilt inn fra KVB - også kjent problemstilling for Stab FIU - gjelder flere steder i foretaket.



3.3 Arbeidsmiljø

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid

	Risiko	Tiltak	Kommentar
1.	Kulturutfordringer ved omorganisering	Arealplan, plan for samlokalisering/flyttinger. Jobbe videre med kulturbyggende tiltak blant annet gjennom utvikling av felles fagstrategi og målprosess og videre arbeid med felles lederplattform (internt lederutviklingsprogram, program for ledergruppeutvikling)	
2.	Integrasjons- og omstillingsprosessen	Realistiske tidsplaner, gode og involverende omstillingsprosesser, tydelig og realistisk beskrivelse av situasjonen i kommunikasjonsarbeidet	
3.	Bemanningsreduksjon / bemanningstilpasninger	Gjennomgang av tjenesteplaner og turnus. God bemanningsstyring og realistiske planer for bemanningstilpasning. Innsatsgruppe og stillingsutvalg	
4.	Kjemikalieeksponering	Konsekvens alvorlig, risikoen er allerede redusert ved at mange tiltak er gjennomført etter tilsyn fra Arbeidstilsynet. Sørge for at alle avdelingene har oppdatert stoffkartotek. Gjennomgå rutinene for håndtering av kjemikalier.	
5.	Bygg-/brannteknisk standard	Branngjennomgang: Kartlegging av omfang og utarbeidelse av tiltaksplan. Med hensyn til oppgradering av sprinkler- og brannalarmanlegg. Branntetting og brannseksjonering. Oppfølging av prosjekter og oppgradering av branndokumentasjon. Lukking av kat 5-avvik gitt av Arbeidstilsynet. I henhold til tiltaksplan oversendt til Arbeidstilsynet. Gjennomgang av kritisk bygningsflate.	
6.	Systematisk HMS-arbeid	Økt fokus på opplæring, spesielt at alle ledere gjennomfører obligatorisk HMS-opplæring. Sikre at det opprettes HMS grupper alle steder.	
7.	Plassforhold	Nybygging/ombygging. Fokus på å få avklart flyttinger slik at enheter som hører sammen blir fysisk samlet. God planlegging og medvirkning ved samlokalisering.	
8.	Arbeidsbelastning	Bedre og mer riktig bruk av personalet. Forbedre arbeidsprosesser slik at en jobber smartere og får mer effekt av arbeidsinnsatsen. Gjennomgang av rutiner for å finne forbedrings- og forenklingpunkter. Bruke erfarent fagpersonale for å sikre tilgang til nødvendig kompetanse. Vurdere bemanning i forhold til arbeidsoppgaver.	



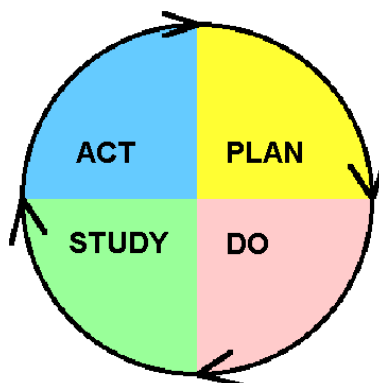
3.4 Økonomi

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

	Risiko	Tiltak	Kommentar
1.	Vedlikeholdsetterslep for bygningsmassen	Bedre planlegging. Vurdere mulighet for å prioritere disse investeringene høyere. Gjennomføre arealutviklingsplanen for sykehuset. Kfr. arealutviklingsplan OUS 2025 samt Multimaprapport (Tilstandsanalyse) Fase 1: Utarbeide idéfase og vedlikeholdsplan.	Se også økonomisk langtidsplan.
2.	Manglende felles IKT-system for innkjøp og logistikk	Innføring av felles innkjøps og fakturabehandlingsystem. Opplæring, internkontroll mv.	
3.	Store prosjekter gjennomføres uten at potensiell gevinst er beregnet og realisering følges opp	Stille krav til gevinster og oppfølging av disse i retningslinjer for gjennomføring av større prosjekter.	
4.	Ikke tilstrekkelig styringsinformasjon for sykehusets ledere	Gjennomføre vedtatt LIS-utviklingsplan (tom 2. tertial 2012)	
5.	Manglende administrativ støtte fra konsoliderte IKT-løsninger	Prioritere og følge opp pågående prosjekter.	Risikonivå vil først reduseres etter at prosjektene er ferdigstilte.
6.	IKT-systemsvakheter	Gjennomføre milepælen M5 som planlagt. Planlegge for feilrettinger knyttet til ventelisteoppfølging og for bedre prøvesvarsoppfølging. Aktivt melde systemavvik til Sykehuspartner.	
7.	Budsjettbalanse	Sikre gjennomføring av vedtatte tiltak og identifisere nye tiltak. Detaljere tiltaksplaner som grunnlag for gjennomføring som planlagt.	

Ledelsens gjennomgang

Indikatorer og kommentarer
Vedlegg 2



1. tertial 2012
Vedlegg til styresak 42/2012

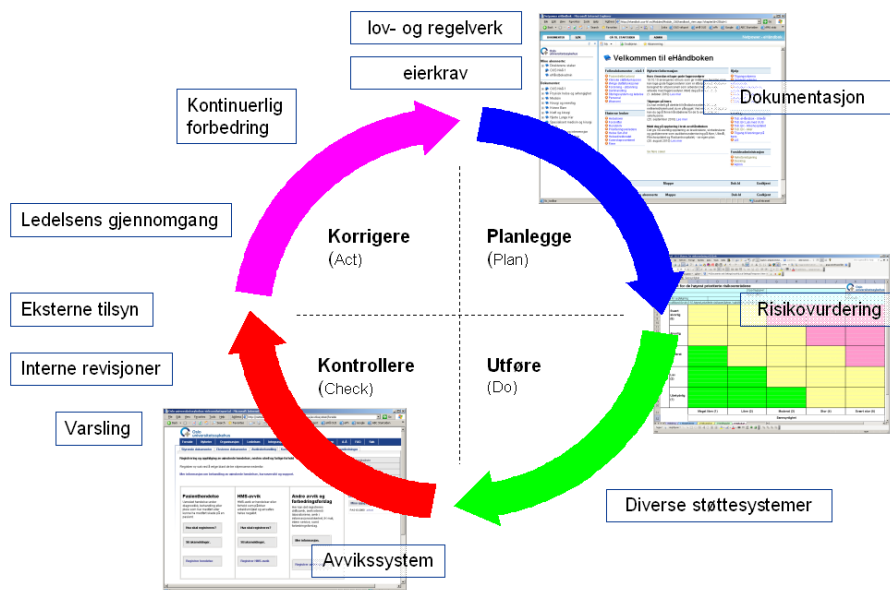
Innholdsfortegnelse

1	Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll.....	4
1.1	Styrende dokumentasjon	4
1.1.1	Avviksregistreringer av typen ”Annet”	6
1.2	Interne revisjoner og konsernrevisjoner	7
1.2.1	Revisjoner utført av Konsern revisjonen.....	8
1.2.2	Oppfølginger fra Konsern revisjonen.....	9
1.2.3	Interne revisjoner og oppfølginger	10
1.3	Eksterne tilsyn	10
1.3.1	Tilsynsbesøk gjennomført i 1. tertial 2012.....	10
1.3.2	Tidligere tilsyn – fortsatt arbeid med sak og/eller tiltak	10
1.4	Juridiske forhold.....	13
1.4.1	Rettssaker	13
1.4.2	Saker med risiko for rettslig prosess	13
1.4.3	Straffbare forhold	14
2	Pasientbehandling	15
2.1	Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)	15
2.2	Klager	16
2.3	Pasienthendelser	17
2.3.1	Hovedkategorisering av pasientrelaterte hendelser	19
2.4	Analyse av meldte dødsfall	23
2.5	Fylkesmannens konklusjon i § 3.3 saker.....	25
2.6	Varsler til Statens helsetilsyn	25
2.7	Endring i spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 fra 1. juli 2012	25
2.8	Pasientsikkerhetskampanjen.....	25
2.9	Nasjonale brukererfaringsundersøkelser (PasOpp) 2011	26
2.10	Samhandlingsreformen.....	26
3	Opplæring av pasienter og pårørende.....	28
4	Utdanning av helsepersonell.....	29
5	Forskning og utvikling	30
5.1	Vurdering av forskningsaktivitet.....	30
5.1.1	Antall publiserte vitenskapelige artikler	30
5.1.2	Antall publikasjonspoeng	31
5.1.3	Antall doktorgrader	31
5.2	Vurdering av innovasjonsaktivitet	31
5.2.1	Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken ..	32
5.2.2	Innovasjonsprosjekter i porteføljen	32
6	Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)	33
6.1	Brudd på arbeidstidsbestemmelsene	33
6.2	HMS (helse-miljø-sikkerhet) avvik.....	34
6.2.1	Registrerte HMS avvik.....	34
6.2.2	Registrerte HMS-avvik/årsverk.....	36
6.2.3	Reell konsekvens.....	37
6.2.4	Potensiell konsekvens	38
6.3	De hyppigst meldte HMS-avvikene	39
6.3.1	Skade på ansatt	39
6.3.2	Arbeidsmiljø	40
6.3.3	Klinikkvis meldeprofil	42

7	Kommunikasjon og omdømme	44
7.1	Pasienter og pårørende	44
7.2	Internt	45
7.3	I media.....	47
8	Referansetabeller.....	49
8.1	Tabell: Revisjoner utført av konsernrevisjonen	49
8.2	Tabell: Oppfølgingspunkter fra Konsern revisjonen.....	50
8.3	Tabell: Interne revisjoner - oppfølgingspunkter.....	52
8.4	Tabell: Tilsynsbesøk	53
8.5	Tabell: Tidligere tilsyn – fortsatt arbeid med sak og/eller tiltak	54

1 Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

Oslo universitetssykehus HF etablerte sitt styringssystem (kvalitetssystem) ved oppstart 1. januar 2010. Styringssystemet bygger på anerkjente prinsipper for kvalitetsstyring. Kjerneverdier som åpenhet, lærende og helhet er kjennetegn ved den kultur styringssystemet skal understøtte. Oppbygging av styringssystemet rettes mot pasientbehandlingen og sykehusets øvrige kjerneprosesser (forskning, utdanning, opplæring av pasienter og pårørende) og støtteprosesser. De standarder som er lagt til grunn for styringssystemet, og utøvelse av praksis, er i form av styringsdokumenter. Dokumentasjonsgrunnlaget ligger lett tilgjengelig for alle ansatte i et elektronisk format, e-håndbok.



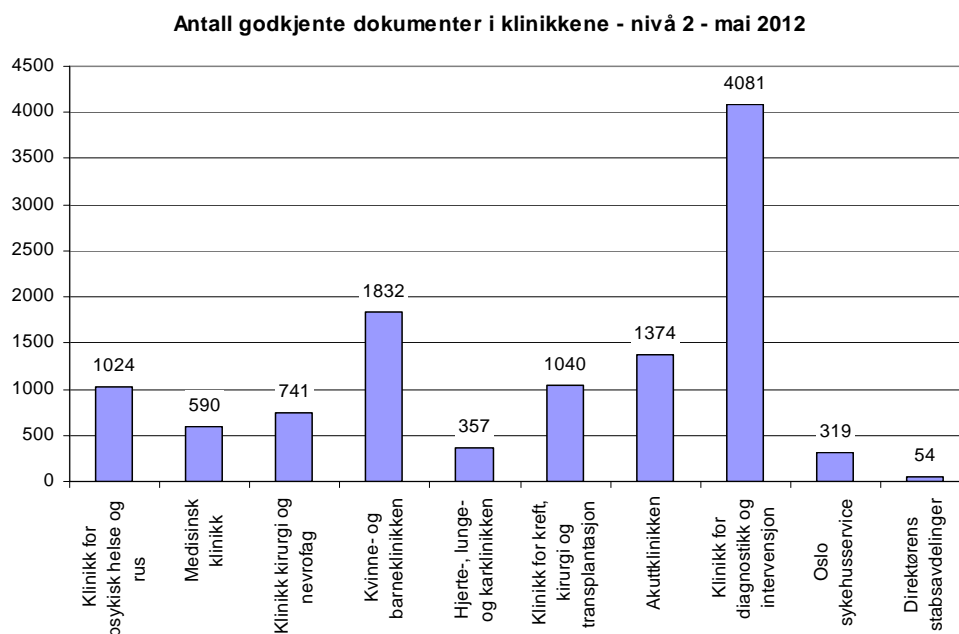
Figur 1. System for systematisk internkontroll i Oslo universitetssykehus HF.

Sykehuset arbeider med implementering og videreutvikling av ulike prosessene som skal bidra til god intern styring og kontroll; systematiserte risikovurderinger, system og plan for interne revisjoner, system for oppfølging og læring av avvik fra tilsynsmyndigheter og ulike kvalitetskontroller. Det er etablert struktur for rapportering, dialog og forbedringer. Sykehusets mål og oppgaver er konkretisert i oppdragsdokumenter for hver enkelt klinikk. Det er månedlige og tertialvise lederdialoger med oppfølging av resultater. I henhold til ISO 9001:2000 skal den øverste ledelse med planlagte mellomrom gjennomgå organisasjonens system for kvalitetsstyring for å sørge for at det fortsatt er hensiktsmessig, tilstrekkelig og virker effektivt. Dette gjennomføres i Oslo universitetssykehus HF i form av de tertialvise oppfølgingsmøtene med klinikkene – Ledelsens gjennomgang.

1.1 Styrende dokumentasjon

Lederne på de ulike nivåer skal sikre at det i nødvendig grad utarbeides styrende dokumentasjon i form av prosedyrer, retningslinjer, instruksjoner med flere. Hensikten er for systematisk å styre tjenester og aktiviteter, og for å sikre at medarbeiderne har nødvendig støtte ved gjennomføring av arbeidet. Dette er i tråd med myndighetenes krav om internkontroll. Dokumentene gjøres tilgjengelige og styres gjennom e-håndbok.

Siden etableringen av sykehuset i 2010 har sykehuset fått på plass stadig flere styrende dokumenter både på sykehusnivå (nivå 1) og i de enkelte avdelinger (nivå 2). Ved utgangen av mai 2012 er det opprettet totalt 11 412 dokumenter (mot 8 800 i desember 2011). Av disse er 370 dokumenter på virksomhetsomfattende nivå (nivå 1). Klinikkerne alene har derved over 11 000 dokumenter. Klinikken for diagnostikk og intervensjon har klart flest, men også Kvinne- og barneklirikken, Akuttliknikken, Klinikken for kreft, kirurgi og transplantasjon og Klinikken for psykisk helse og rus har mange dokumenter.



Figur 2. Kilde: Stab Pasientsikkerhet og kvalitet

Før sammenslåingen hadde Aker, Rikshospitalet og Ullevål egne dokumentstyringssystemer og fortsatt er deler av disse tidligere håndbokssystemene i drift. For å fjerne risikoen for motstridende planlegges de gamle håndbokssystemene koblet ut fra 1. september 2012. De fleste klinikkerne har gitt tilbakemelding om at dette er en realistisk frist. Det er etablert et nært samarbeid mellom nøkkelpersoner i klinikkerne og i direktørens stabsavdelinger for å understøtte arbeidsprosessene og for å bistå med standardisering av dokumenter. Samordning og standardisering av behandlingsplaner/ prosedyrer skal sikre pasienten god behandling og er grunnlag for faglige revisjoner og interne kontroll aktiviteter. De faglige diskusjoner ved prosedyreutvikling er et vesentlig bidrag i å utvikle felles kultur i Oslo universitetssykehus.

1.2 Avviksbehandling

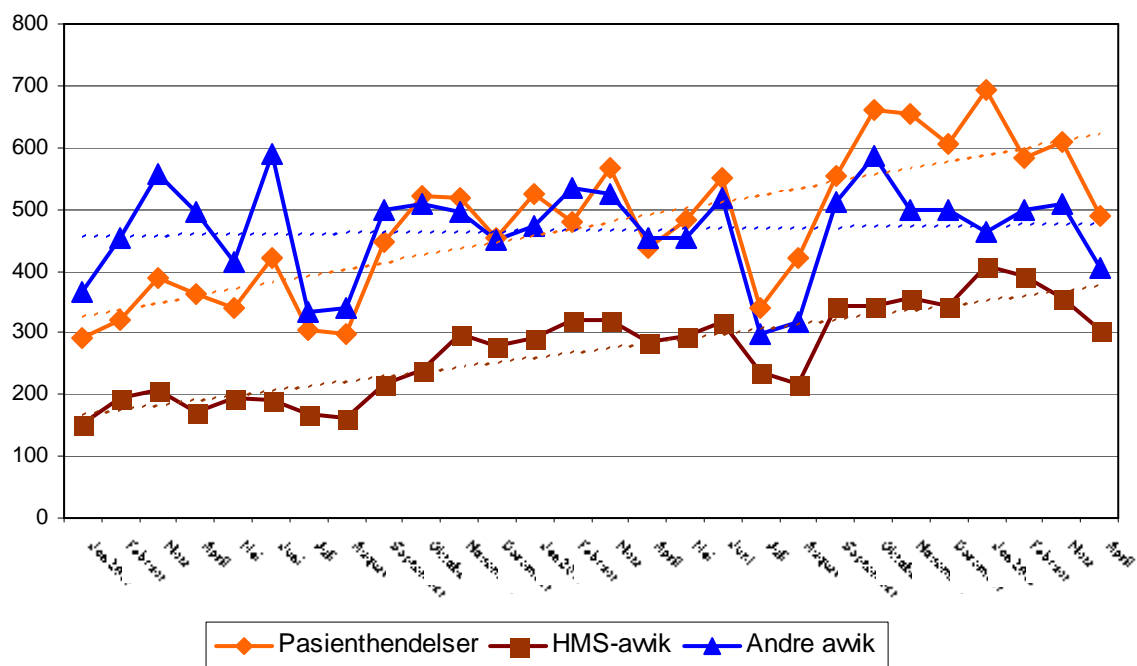
Hendelsesregistrering og avvikshåndtering er et helt sentralt ledd i sykehusets internkontroll og vurdering av risikonivå.

Også i første tertial 2012 fortsetter en positiv utviklingen når det gjelder antall registrerte avvikshendelser i avvikssystemet. En fortsatt positiv utvikling i økt antall meldinger vurderes som viktig i utvikling av en åpen meldekultur i sykehuset. Antallet registreringer er 9 % høyere enn i 1. tertial 2011 (Tabell 1).

T1 2011	T1 2012
0,29	0,34

Tabell 1. Antall registreringer pr ansatt (brutto årsverk). Kilde: Avvikssystemet og HR-kuben.

Gjennom perioden er det likevel en månedsvis nedgang som i noen grad ses i alle hendelses-kategorier (Figur 3). Helligdager med lavere aktivitet kan stå for noe av nedgangen i april. Foreløpige tall for mai måned (ikke presentert i saken) viser at man ikke med sikkerhet kan si at sykehuset står foran en endring i trend. Likevel er det grunn til å ha fortsatt høy oppmerksomhet på betydningen av hendelsesregistrering i en lærende og åpen organisasjon.

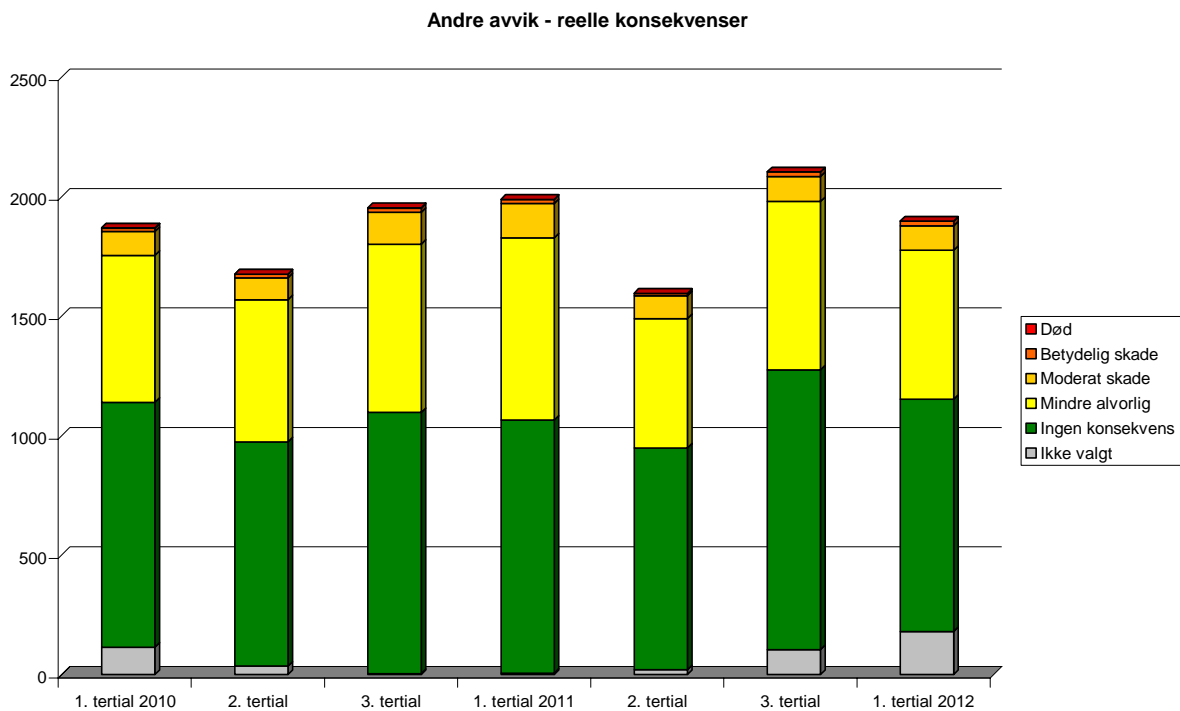


Figur 3. Antall registreringer i avvikssystemet pr måned

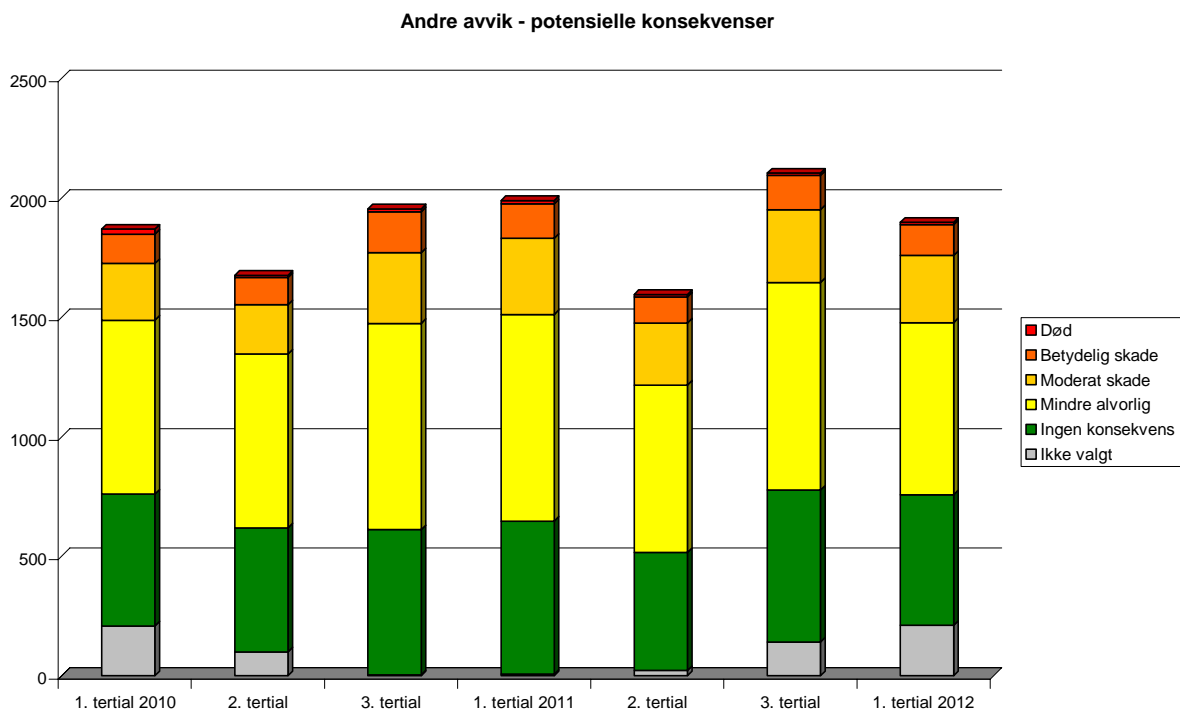
Å utvikle en lærende sikkerhetsorganisasjon basert på faktiske rapporterte taps- og avvikdata er en prosess som tar tid. Prosessen innebærer å utvikle holdninger og kulturer i tillegg til formelle strukturer og verktøy. Ledelsens prioriteringer vris nå gradvis fra et høyt fokus på å øke antall avviksregistreringer og sikre en god meldekultur, til et økt fokus på å lære av de hendelsene som er registrert ved å forbedre årsaksanalyse og gjennomføre risikoreducerende tiltak.

1.1.1 Avviksregistreringer av typen "Annet"

Pasienthendelser og HMS avvik omtales nærmere i de påfølgende kapitler. Registreringene i hovedkategorien "Andre avvik" (Figur 4 og Figur 5) viser ingen nye trender. Ca 30 % av registreringene er laboratorierelaterte avvik, i all hovedsak med ingen eller mindre alvorlig konsekvens.



Figur 4. Andre typer avvik (ikke HMS og pasientrelaterte avvik) - reell konsekvens



Figur 5. Andre typer avvik (ikke HMS og pasientrelaterte avvik) - potensiell konsekvens

1.2 Interne revisjoner og konsernrevisjoner

På grunnlag av identifisert risiko og innspill fra en rekke fag instanser blir det utarbeidet plan for gjennomføring av interne revisjoner på sykehusnivå. På tilsvarende måte legges det til

rette for egenrevisjoner i de ulike klinikker og avdelinger. Alle tilsyn og revisjoner blir fulgt opp og koordinert fra stab.

Oslo universitetssykehus HF og Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF samarbeider om den interne revisjonsvirksomheten i foretaket. Jevnlige møter setter fokus på internkontroll som virkemiddel for å oppnå målsettinger for virksomheten. Samarbeidet inkluderer rådgivning, koordinering av revisjonsoppdrag, felles utførelse av oppdrag og øvrige prosjekter. Hensikten med samarbeidet er å tilstrebe en bredest mulig dekning av interne revisjoner ved foretaket.

I tillegg til revisjoner på nivå 1 ved Oslo universitetssykehus HF, gjennomfører klinikkene sine egne revisjoner, kalt "egenrevisjoner". Det er variasjon i hvor langt klinikkene har kommet i dette arbeidet og i å benytte revisjon som metode. Det er etablert revisjonsnettverk ledet fra sentral stab og det bygges kompetanse i klinikkene. Klinikkenes revisjoner omtales ikke i denne styresaken.

1.2.1 [Revisjoner utført av Konsernrevisjonen](#)

En tabellarisk oversikt over revisjoner utført av Konsernrevisjonen er tilgjengelig i kapittel 8.1.

Det har vært utført to revisjoner av Konsernrevisjonen i perioden. Begge revisjonene har avdekket mangler og /eller svakheter i de reviderte prosesser. Funnene er forbundet med til dels høy risiko.

- Revisjon av ventelistehåndtering og fristbruddpasienter ble iverksatt etter flere oppslag i media hvor leger og tillitsvalgte ved Oslo universitetssykehus HF fortalte om omfattende triksing med ventelister ved sykehuset. Det ble videre hevdet at ledelsen ved sykehuset har instruert leger ved flere avdelinger om at pasienter, som etter å ha klaget til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) etter at frist for rett til behandling har vært overskredet, skal ha blitt prioritert foran andre rettighetspasienter. Hensikten skulle være å unngå at foretaket fra eget budsjett måtte dekke utgiftene til pasientenes behandling ved andre sykehus i Norge eller i utlandet.

Formålet med revisjonen har vært å fokusere på sykehusets håndtering av henvendelser fra HELFO, og hvordan behandlingen av disse pasientene har påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling.

Videre har revisjonen kartlagt og vurdert gjeldende praksis for håndtering av ventelister i foretaket, herunder håndtering av rettighetene til pasienter hvor det er fare for fristbrudd eller hvor det allerede har oppstått fristbrudd.

Funn fra revisjonen behandles som sak 46/2012 i styremøtet 20. juni 2012. Oppfølging av tiltak vil bli styrerapportert tertialvis gjennom ledelsens gjennomgang.

- Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF var utført av Konsernrevisjonen i samarbeid med et team fra Oslo universitetssykehus HF. Revisjonen har omfattet alle deler av det pasientadministrative arbeidet fra mottak av henvisninger til spesialisthelsetjenesten til all aktivitet knyttet til vurdering, utredning, behandling og oppfølging i spesialisttjenesten er avsluttet. Formålet med revisjonen har vært å bekrefte overfor det

Oslo universitetssykehus HF ved styret og foretakets eier, Helse Sør-Øst RHF, om det er etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas. Fokus har vært rettet mot det pasientadministrative arbeidet gjennom pasientforløpet, og ikke i mot de helsefaglige/medisinskfaglige vurderingene.

Formålet med revisjonen:

1. Å kartlegge og vurdere om pasienten kommer til riktig sted til rett tid, og om pasient og henvisende instans mottar riktig og fullstendig informasjon
2. Å identifisere eventuelle avvik/svakheter i det pasientadministrative arbeidet i foretaket og vurdere årsakene til at dette skjer

Funn fra revisjonen behandles som sak 47/2012 i styremøtet 20. juni 2012. Oppfølging av tiltak vil bli styrerapportert tertialvis gjennom ledelsens gjennomgang.

Resultatene viser at sykehuset må videreutvikle aktiviteter som sikrer god implementering av overordnede styringskrav i avdelingene og etablere systematiske opplæringsprogram. Videre vil sentral stab arbeide videre med å utvikle hensiktsmessige indikatorer for å styrke ulike kontrollrutiner.

1.2.2 Oppfølginger fra Konsernrevisjonen

I 1.tertial 2012 har det vært fire oppfølginger fra tidligere konsernrevisjoner;

- Revisjon styringskrav fra eier
Anbefalingene etter revisjon styringskrav fra eier (vektet som ”gule”) er fulgt opp av en arbeidsgruppe fra stab. De ulike tiltakene i handlingsplanen er utført, og effekt av tiltakene vil først kunne vurderes senere.
- Revisjonen av behandlingsreiser til utlandet (et fast tilbud som tilbys utvalgte diagnosegrupper) identifiserte noen forhold som umiddelbart ble korrigert, og de resterende tiltakene i handlingsplanen er under arbeid. Styret vil få en fullstendig status over oppfølgingen på styremøtet 20.9.2012 (ref beslutningssak 102/2011, styremøte 29. september 2011).
- Revisjon av kodepraksis var gjennomført i to faser med felles rapportering. Fase 1 som nasjonal elektronisk spørreundersøkelse til utvalgte personer i samtlige helseforetak. Fase 2 som nærmere undersøkelser ved 9 utvalgte helseforetak fordelt mellom alle helseregionene. Fase 2 har vært gjennomført i form av dybdeintervjuer med enkeltpersoner, samt en gjennomgang av dokumentasjon, fra helseforetakene. Oslo universitetssykehus var kun med i fase 1, og hadde en svarprosent på 12 %. Konsernrevisjonen har planer om å utføre fase 2 av denne revisjonen i løpet av 2012.
- Revisjon av lønnsområdet er fulgt opp med en ytterligere revisjon bestilt. Det er organisert et prosjekt vedrørende ”Transaksjonstunge HR prosesser”. Status på arbeidet og oppfølging av tiltaksplanen fra konsernrevisjonen vil bli presentert på et senere styremøte.

En tabellarisk oversikt over oppfølgingspunkter fra Konsernrevisjonen er tilgjengelig i Kapittel 8.2.

1.2.3 [Interne revisjoner og oppfølginger](#)

- Revisjon håndtering av humant ben - og senevev var et ønske om bistand fra klinikken. Det var ingen alvorlige avvik som ble avdekket og avdelingen arbeider med oppfølging av forbedringspunktene.

Oppfølging fra tidligere revisjoner:

- Revisjon av kodepraksis var utført ved en avdeling (fire seksjoner) og funnene derfra kan antyde praksisen ved helseforetaket. Det arbeides med å følge opp tiltakene etter funnene.

Det er ingen åpne avvik fra tidligere interne revisjoner ved Oslo universitetssykehus. Oppfølging av tiltak fra tidligere interne revisjoner vil imidlertid tas med nye revisjoner.

En tabellarisk oversikt over interne revisjoner og oppfølging av disse er tilgjengelig i Kapittel 8.3.

1.3 Eksterne tilsyn

Nærmere 20 ulike tilsynsmyndigheter fører tilsyn med sykehusets virksomhet. Alle tilsyn koordineres og styres via en tilsynskoordinator i direktørens stab som har bred kontakt med ledere og nøkkelpersoner i klinikker og enheter. Gjennom dette sikres systematisk gjennomføring og oppfølging av tilsyn og evt. avvik. Ved avvik utarbeider aktuelle avdeling/klinikk handlingsplan med konkrete tiltak og frister internt. Disse planene følges opp gjennom lederlinjen og koordineres sentralt. På denne måten gir også denne interne kontroll aktiviteten administrerende direktør god innsikt i risikonivå innen ulike deler av virksomheten.

1.3.1 [Tilsynsbesøk gjennomført i 1. tertial 2012](#)

I løpet av 2012 er det gjennomført 12 tilsyn fra ulike tilsynsmyndigheter. Det er så langt mottatt tilbakemelding med tilsynsrapport på 11. Sju av tilsynene er lukket, og de øvrige arbeides det med og fristene ligger frem i tid. Det utarbeides handlingsplaner for oppfølging av alle saker. Tilsynene sykehuset har hatt hittil i år har ikke avdekket funn som er forbundet med høy risiko men det er identifisert flere forbedringstiltak. Det forventes at avvikene vil bli lukket relativt greit med de tiltak som gjennomføres i henhold til plan.

Ved ett av tilsynene ble det pekt på behov for ombygging. Det gjelder tilsynet som Statens helsetilsyn gjennomførte ved Seksjons for reproduksjonsmedisin, Kvinne- og barneklivikken. Her ga tilsynsrapporten to avvik. Det ene gjaldt diverse interne forhold av relativt mindre karakter mens det andre beskrev lokalene er ikke egnet for seksjonens aktiviteter. Handlingsplan med en rekke tiltak er oversendt. Tiltak utføres innen 31. desember 2012. Fremdriftsplan for ombygging skal oversendes innen 15. oktober 2012.

Se fullstendig se oversikt i Kapittel 8.4.

1.3.2 [Tidligere tilsyn – fortsatt arbeid med sak og/eller tiltak](#)

Fortsatt arbeides det med ni tilsyn fra 2011 eller tidligere år. Tre av disse er avsluttet i forhold til tilsynsetaten, men det arbeides med gjennomføring og oppfølging av intern handlingsplan. For de øvrige seks tilsynene er det også utarbeidet handlingsplaner som det arbeides med, men her er det fortsatt dialog med tilsynsmyndighetene om ulike forhold. Flere av disse tilsynene er omfattende tilsyn med relativt alvorlige avvik. Disse er styre orientert om tidligere (Arbeidstilsynets pålegg og Brann og redningsetaten). Derfor er det behov for nøye oppfølging i hele sykehuset og bruk av nødvendige ressurser.

Blant disse tidligere tilsynene kan følgende nevnes:

- **Riksrevisjonen:**

- ***Undersøkelse av planleggingen av omstillingene ved Oslo universitetssykehus HF***

- Undersøkelsen omfatter hvorvidt planleggingen av sentrale deler av omstillingene i Oslo universitetssykehus HF er basert på nødvendige risikoanalyser og realistiske rammer.

- Riksrevisjonen vil se på planleggingen som er gjennomført på de tre nivåene i styringskjeden; Helse- og omsorgsdepartementet, Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF. Datainnsamlingen foregår fram til mai 2012, og hele undersøkelsen gjennomføres i forbindelse med Riksrevisjonens selskapskontroll for 2011. Sykehuset oversendte 13. januar 2012 de formelle dokumentene som ble etterspurt. Det ble ettersendt ytterligere opplysninger og dokumenter 13. mars 2012.

- **Brann- og redningsetaten i Oslo kommune:**

- ***Tilsyn med det systematiske arbeidet med brann sikkerheten ved Oslo universitetssykehus HF***

- Tilsynsbesøket ble gjennomført 7. november 2011 ved Medisinsk klinikk, Klinikk kirurgi og nevrofag, og det ble foretatt befarings ved alle sykehusområder. I tilsynsrapporten er det beskrevet sju avvik og to anmerkninger.

Det første avviket peker på betydelige brann- og bygningstekniske svakheter som kan utgjøre fare for tap av liv dersom det oppstår brann. I handlingsplanen som er under utarbeidelse, vurderes fullsprinkling av alle pasientbygg og oppgradering av brannseksjonering/branncelleinndeling.

De øvrige avvik gjelder ulike sider ved det systematiske arbeidet med brann sikkerhet: Manglende oppfølging av risikovurderinger, svakheter i rutiner/prosedyrer, manglende oppfølging og dokumentasjon av brannopplæring, mangler ved overvåkning av HMS-arbeidet og ikke tilstrekkelig oppfølging av sykehusets mål for brann sikkerhet. Det utarbeides nå tiltak i klinikker og for sykehusets som helhet.

Handlingsplan er oversendt 6. februar 2012. Her beskrives relativt omfattende brann- og bygningsmessige utbedringer, tiltak for å sikre risikovurderinger resulterer i gjennomførte planer og en rekke andre konkrete tiltak for å bedre de systematiske brannforebyggende arbeidet. I hovedsak skal alle tiltakene gjennomføres i løpet av 2012.

- **Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB):**

- ***Tilsyn med HMS, bruk og vedlikehold, elektro*** ved ulike avdelinger ved Akutt klinikken, Medisinsk klinikk, Kvinne- og barne klinikken og Oslo sykehusservice.

- I tilsynsrapporten beskrives fem avvik og seks anmerkninger. Fire av avvikene og alle anmerkningene gjelder elektroområdet (vedlikeholdsplaner, risikovurdering, samordning) og det siste avviket gjelder dokumentasjon av opplæring vedrørende medisinsk-teknisk

utstyr ved Medisinsk klinikk. I handlingsplanen som ble oversendt DSB 1. mars 2012 er det beskrevet ulike kontrolltiltak m.m. for å sikre systematisk oppfølging av elektroområdet. Videre er det tilrettelagt prosedyrer og tiltak for å sørge for dokumentasjon av opplæring innen medisinsk-teknisk utstyr. Alle tiltak skal være iverksatt innen 31. desember 2012.

- **Fylkesmannen i Oslo og Akershus (Helsetilsynet i Oslo og Akershus):**

- Tilsyn med behandling av eldre pasienter med hjerneslag (over 80 år)*

ved Medisinsk klinikk. Klinikk kirurgi og nevrofag var også direkte involvert (landsomfattende tilsyn). I tillegg var Akutt klinikken og Klinikk for diagnostikk og intervensjon med i åpnings- og sluttmøtet. Tilsynsbesøket ble gjennomført 10. oktober 2011 og i tilsynsrapporten pekes det på at flere pasienter blir lagt på andre poster før de flyttes til slagposten. Pasienter som legges på andre poster får ikke den samme behandling og omsorg som på slagposten.

Det er konkludert med ett avvik: Sykehuset sikrer ikke forsvarlig behandling av eldre pasienter med hjerneslag, de første 24 timene, for de som ikke legges inn på slagposten. Det er oversendt handlingsplan, men Fylkesmannen ønsker en tilbakemeling på hvordan ledelsen vil følge med på og kontrollere at tiltakene er iverksatt, samt en vurdering av om tiltakene har virket som planlagt. Dette blir fulgt opp innen fristen 15. oktober 2012.

- **Fylkesmannen i Oslo og Akershus (Helsetilsynet i Oslo og Akershus):**

- Stikkprøvetilsyn med behandling av sårbare eldre pasienter med hoftebrudd (over 80 år)*

ved Klinikk for kirurgi og nevrofag, Ortopedisk avdeling. Tilsynsbesøket ble gjennomført 28. september 2011. I tilsynsrapporten gis det ett avvik som er knyttet til ventetid for pasienter med hoftebrudd. I tilbakemeling fra Fylkesmannen ber de om analyser om praksis ved behandlingen av pasientgruppen samt svar på fire tilleggespørsmål. Dette arbeides med svar på dette innen fristen 15. juni 2012.

- **Hafslund DLE v/Infratek Elsikkerhet AS (det lokale el-tilsynet)**

utført "myndighetsbasert tilsyn mot alle typer virksomhet etter lov om *tilsyn med elektriske anlegg og utstyr*" ved Oslo universitetssykehus HF fra juni-september 2011. Rapporter er kommet for hver lokalisasjon og det var til sammen 47 avvik. Disse arbeides det systematisk med å lukke, og vi har fått utvidet frist på det gjenværende avvik til 1. januar 2013.

- **Arbeidstilsynet**

Tilsynsrapport fra statusmøte og befaring 15. juni 2011 er fulgt opp gjennom mye arbeid og dialog med Arbeidstilsynet. Dette har i hovedsak omfattet tre forhold ved hele helseforetaket: Bygningsmassens tilstand, kjemikaliehåndtering og arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Arbeidstilsynet har gitt 10 pålegg vedrørende mangler ved bygningsmassens tilstand og kjemikaliehåndtering. 8 av disse er nå lukket. Tiltak gjennomføres fram til fristen 01. mars 2015 i fortløpende oppfølgingsmøter med tilsynsmyndigheten. I tillegg vises til styresak 6/2012 vedrørende Vedlikeholdsplan – pålegg fra Arbeidstilsynet og branntilsynet.

Det er også gitt ett pålegg om tiltak for å sikre at arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser blir fulgt. Arbeidstilsynet ber om oversikt over tiltak som skal sikre arbeidstidsordninger i henhold til lov- og avtaleverk innen 28. september 2012. Videre ønskes en egen rapportering vedrørende overtid for 10 sykepleiere ved Akuttklinikken og 10 sykepleiere ved Medisinsk klinikk. Denne rapporten skal gis innen 2.

november 2012.

Se fullstendig se oversikt i Kapittel 8.5

1.4 Juridiske forhold

1.4.1 Rettssaker

Saker for domstolsapparatet: totalt 6

5 arbeidsrettssaker og 1 erstatningssak i pasientbehandling

Kommentar:

I samtlige saker er sykehuset stevnet. Prosessen i domstolsapparatet vil avklare sykehusets juridiske posisjon i rollen som arbeidsgiver og helseinstitusjon. Av arbeidsrettssakene er 3 individuelle og 2 berører overenskomster mellom partene i arbeidslivet og skal gå for Arbeidsretten.

Arbeidsrettssakene:

Av de individuelle sakene er tema:

- Lønnsreguleringsspørsmål i arbeidsavtalen
- Prinsipielt spørsmål for midlertidig ansatt, om leger i spesialisering lovlig kan ansettes midlertidig i henhold til lovens krav om unntak for praksisarbeid
- Avtale om spesialisering og gjengjeldelse etter varsling i arbeidsforhold

Av de kollektive sakene er tema:

- Spørsmål om lønnsjustering til de uorganiserte er tariffstridig etter tariffoppgjøret 2010, YS.
- Spørsmål om det er brudd på bestemmelsene om arbeidstid i overenskomst B, Tekna.
- Spørsmål om forståelse av overenskomstens del A og Del B vedrørende adgangen til å inngå hjelpeplaner sommeren 2011, Den norske legeforening

Krav om oppreisning etter feilbehandling av pasient

1.4.2 Saker med risiko for rettslig prosess

Kontraktsforhold: 5 saker

Tema i sakene:

- Uenighet om sluttoppgjør i en entreprise
- Mangler knyttet til prosjektering (elektro)
- Salg av eiendom og konsekvenser av omregulering og gjennomføring av salget
- Mangler knyttet til utstyrsentreprise - bygg
- Uenighet om krav til databehandleravtale som inngår i leveranse av medisinsk utstyr

Arbeidsrettssaker: 1 sak

Rettmessigheten av oppsigelse.

Erstatningssak i pasientforhold: 1 sak

Spørsmål om etterlatte har krav på erstatning i forbindelse med pasientskadesak.

Kommentar:

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

1.4.3 [Straffbare forhold](#)

1 sak:

Sykehuset er under etterforskning av straffesak vedrørende arbeidsforholdet til fillipinske ansatte. Sykehuset har status som mistenkt for overtredelse av straffeloven § 224, første ledd bokstav b (menneskehandel). Den videre etterforskning vil vise hvordan saken vil bli vurdert strafferettslig.

Kommentar:

Saker om straff gjelder brudd på samfunnets normer for hva som er definert som ulovlige straffbare handlinger. Dette er alvorlig i seg selv. Et negativt utfall for foretaket kan resultere i kostnadmessige konsekvenser og det vil berøre foretakets omdømme.

2 Pasientbehandling

Aktivitet, ventelister, fristbrudd, timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning og andel korridorpasienter blir rapportert gjennom månedsrapporten, ref. styresak 43/2012.

2.1 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

Oslo universitetssykehus HF registrerer rutinemessig status i erstatningssaker vurdert gjennom Norsk Pasientskadeerstatning. Tallene er stabile (Tabell 2). Det er vanskelig å kunne avlese trender bortsett fra at det kan tyde på at pasienter stadig blir bedre orientert om NPE som ordning, samtidig som nedgang i medhold er positivt utfra et pasientsikkerhetsperspektiv.

År	Totalt antall	Avslag	Medhold	Medhold %
Hele 2009	392	271	121	31 %
Hele 2010	459	327	132	29 %
1. tertial 2011	143	100	43	30 %
2. tertial 2011	145	105	40	26 %
3. tertial 2011	149	105	44	30 %
1. tertial 2012	140	113	27	19 %

Tabell 2. Avsluttede NPE-saker. Kilde: NPE

I perioden 2007 til 2011 har Norsk pasientskadeerstatning mottatt 14 510 krav om erstatning knyttet til behandling ved de fire regionale helseforetakene. Det har vært noe variasjon i saksmengden disse fem årene, men hovedtendensen ser ut til å være en utflating. Fra 2007 til 2011 har økningen i saksmengden kun vært på fire prosent. Antall mottatte saker i 2010 og 2011 er nærmest identisk. Antallet erstatningskrav knyttet til det enkelte regionale helseforetaket henger sammen med størrelsen på foretaket. Helse Sør-Øst står for 54 prosent av erstatningssakene, Helse Vest for 19 prosent, Helse Midt-Norge for 14 prosent mens Helse Nord står for 13 prosent av sakene.¹

I perioden 2007-2011 har Norsk pasientskadeerstatning fattet 13 051 vedtak om medhold eller avslag. I alt 4546 pasienter eller pårørende har fått medhold i kravet om erstatning. Dette gir en medholdsandel på 35 prosent. Medholdsandelen varierer fra 33 prosent for Helse Vest til 38 prosent for Helse Nord. Både for Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst er medholdsandelen 35 prosent. Ved Oslo universitetssykehus HF var medholdprosenten i femårsperioden på 30 % noe som da er under nivået både i Helse Sør-Øst og i landet for øvrig, og også lavest i Helse Sør-Øst hvis en kun ser på helseforetak med mer en 100 vedtak.¹

	2007	2008	2009	2010	2011	Totalt
Akershus universitetssykehus HF	144	108	131	144	140	667
Oslo universitetssykehus HF	439	381	444	432	431	2 127
Sykehuset Innlandet HF	192	187	209	197	215	1 000
Sykehuset Telemark HF	118	78	92	84	109	481
Sykehuset Østfold HF	134	143	137	133	147	694
Sørlandet sykehus HF	181	127	145	155	163	771
Vestre Viken HF	221	184	184	236	208	1 033
Helse Sør-Øst	1 628	1 404	1 555	1 584	1 633	7 804

Tabell 3. Antall mottatte saker i NPE fra et utvalg av sykehus i Helse Sør-Øst. Kilde: NPE – statistikk for regionale helseforetak 2011.

¹ Ref. Norsk Pasienterstatning – Statistikk for regionale helseforetak 2011.

En endring i antall erstatningskrav trenger ikke å ha noen sammenheng med kvaliteten på helsehjelpen som har vært gitt. Pasientenes kjennskap til Norsk Pasienterstatning betyr mye for saksmengden. I hvilken grad helsepersonell informerer om muligheten til å kreve erstatning, og hvor mye ordningen er omtalt i samfunnsdebatten, kan påvirke antallet meldte krav. I Oslo universitetssykehus HF er informasjon om Norsk Pasienterstatning til pasient ett definert oppfølgingspunkt som behandler må dokumentere i avvikssystemet.

Fordeling av saker for Oslo universitetssykehus HF 1. tertialperiode 2012 innen de medisinske områdene (Tabell 4) etter klassifikasjon av Norsk Pasienterstatning viser ingen nye trender.

Medisinsk område	Medhold	Avslag	Totalt
Udefinert	3	6	9
Anestesiologi		1	1
Endokrinologi og metabolske forstyrrelse		2	2
Føde	1	2	3
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	2	3	5
Gastroenterologisk kirurgi	2	4	6
Hjertesykdommer	4	10	14
Infeksjonssykdommer og venerologi		2	2
Karsykdommer	1	6	7
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer		1	1
Lungesykdommer	1	2	3
Nevrokirurgi	2	8	10
Nevrologi		4	4
Nyfødtmedisin		1	1
Nyresykdommer		2	2
Ortopedisk	4	7	11
Ortopedisk kirurgi	2	12	14
Plastikkirurgi og kosmetisk behandling		4	4
Psykiatri / psykologi		2	2
Revmatologi		1	1
Svulster og kreftsykdommer	5	26	31
Urologi		1	1
Øre-nese-halssykdommer		2	2
Øyesykdommer		4	4
Totalt	27	113	140

Tabell 4. Vedtak i avsluttede NPE-saker 1. tertial 2012. Kilde: NPE

2.2 Klager

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

	2010	2011			2012
	T3	T1	T2	T3	T1
Fra Fylkesmannen	44	63	65	65	77
Fra pasient / pårørende	103	85	69	96	112
Fra Pasientombud	14	18	17	32	27

Tabell 5. Klager og klagerrelaterte saker. Kilde: Avvikssystemet.

Antall klager fra pasienter og pårørende, samt henvendelser fra Fylkesmannen og Pasientombudet viser ingen alarmerende nye trender men en generell jevn økning. Enkelstående mediaoppslag, som for eksempel HELFO-saken, kan i kortere perioder medføre en økning i antall henvendelser men uten at dette over tid har medført en stor endring i antall registrerte klager.

Fordelingen av klagesaker mellom klinikkene virker naturlig i forhold til tidligere erfaringer med klager pr fagområde. Innholdsmessig er det heller ingen store endringer der hovedmengden av sakene består av misnøye med adferd og uenighet om behandling/ventetid. Alle saker følges opp i forhold til lovbestemt svarfrist, men sykehuset har en negativ utvikling med altfor mange saker som besvares etter frist. Dette er fulgt opp i tertialmøtene med klinikkene og det forventes bedring.

Fra og med dette tertial kategoriserer Stab pasientsikkerhet og kvalitet Fylkesmannens konklusjoner i saker som blir registrert som avsluttet i avvikssystemet.

	1. tertial 2012	
	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerking	31	69 %
Avsluttet med anmerking	4	9 %
Brudd: på informasjonsplikt	2	22 %
Brudd: på pasientrettigheter	3	
Brudd: på krav til journalføring	3	
Brudd: på forsvarlighet	2	
SUM	45	100 %

Tabell 6. Fylkesmannens konklusjoner i avsluttede klagesaker

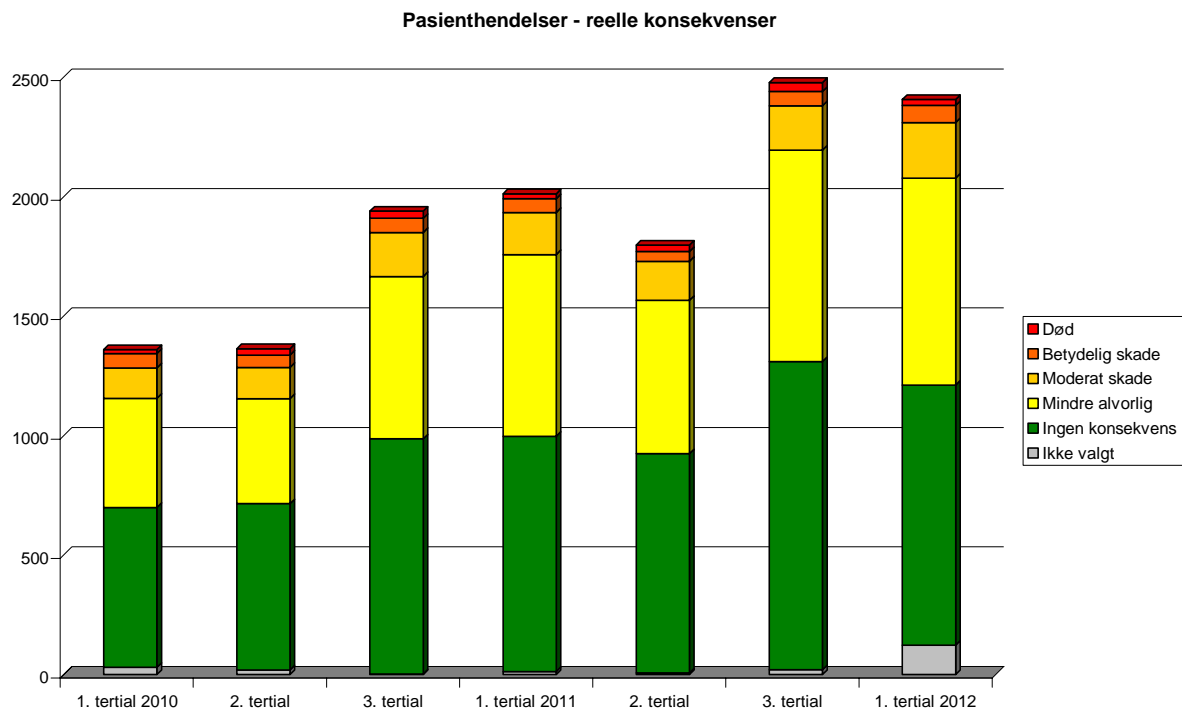
69 % av de registrerte klagesakene avsluttes uten at Fylkesmannen konkluderer med lovbrudd eller har vesentlig anmerking til saken. Fylkesmannen har i 11 av 45 saker vurdert brudd på lov- og regelverk, dette er tilsvarende 22 % av sakene. Der det er brudd gjennomgår Stab pasientsikkerhet og kvalitet årsak og vurderer eventuelt nye tiltak.

2.3 Pasienthendelser

Andel av registreringer med betydelig skade/død ligger på samme nivå som tidligere på 4 %. Andel registreringer med ingen eller liten konsekvens har en liten nedgang til 47 %.

Andel forbedringstiltak pr avvik er stabil på 34 %.

Figur 6 viser den tertialvise utvikling fra 2010 fordelt på vurdering av alvorlighetsgrad. Vi ser at spekteret er det samme som i tidligere tertial.

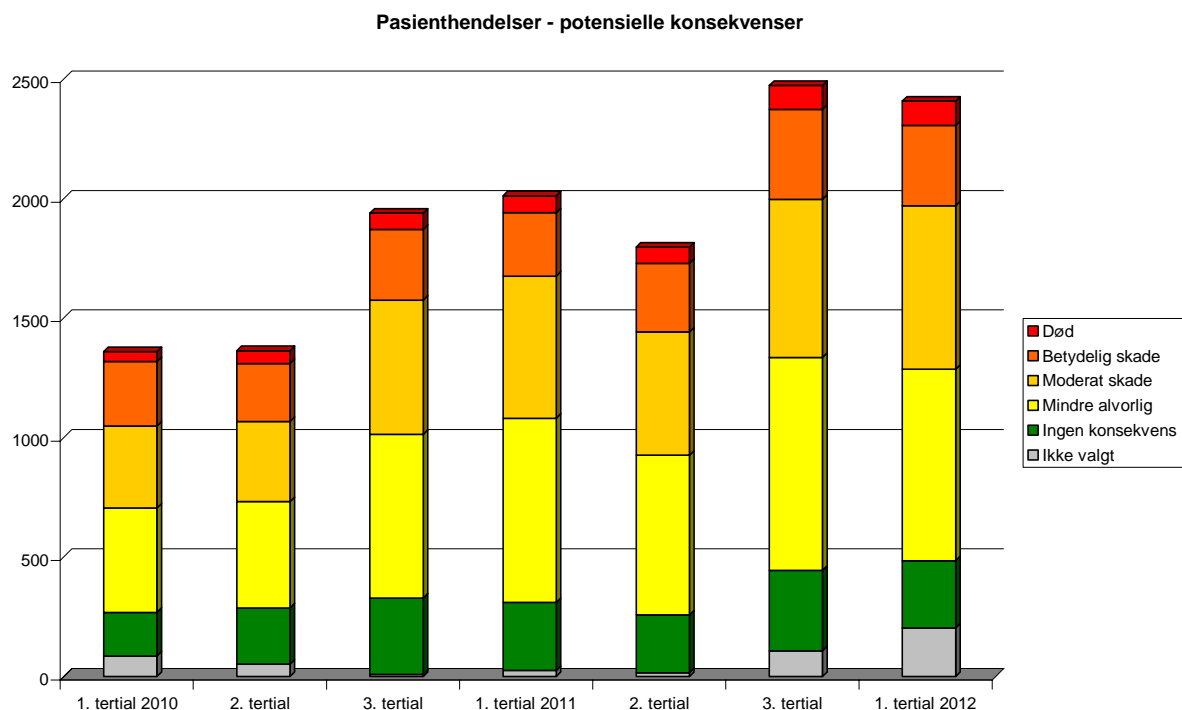


Figur 6. Pasienthendelser. Reell konsekvens. Kilde: Avikssystemet

Ca 50 % av registreringene har ikke medført skade på pasient. Dette viser at det er stor oppmerksomhet også på ”nesten hendelser” og påviste forbedringsforhold blant personalet. Slike ”nesten hendelser” avdekker ikke sjelden ugunstige systemfaktorer som ofte må løses på et mer overordnet plan enn det avdelingene selv kan løse. Her er ett eksempel:

*”Jeg skulle ta ut en ampulle med 10 ml **Fentanyl**. Det stod en ampulle 10 ml **Fenylefrin** (med lilla navnelapp klistret på toppen) sammen med Fentanyl ampullene. Etiketten og utformingen på disse to ampullene er for like. Kan det gjøres endringer?”*

Forveksling av legemidler på grunn av navnelikhet eller pakningslikhet er et kjent problem fra sykehus verden over og kan ikke løses av det enkelte sykehus alene. Oslo universitetssykehus HF har ved flere anledninger tatt opp dette med produsenter og Statens legemiddelverk



Figur 7. Pasienthendelser. Potensiell konsekvens. Kilde: Avvikssystemet

Også når det gjelder potensielle konsekvenser (Figur 7) og fordeling på årsakskategorier ser vi at mønsteret fra tidligere tertial gjentar seg. Vi kommenterer derfor ikke det ytterligere i denne tertialrapporten.

2.3.1 Hovedkategorisering av pasientrelaterte hendelser

	Andel	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Død	Ikke kategorisert
Diagnostikk, behandling og pleie	32 %	276	324	101	32	13	22
Dokumentasjon	9 %	120	83	7	1	0	13
Ernæring	0 %	5	1	1	0	0	0
Fall og andre ulykker	7 %	76	69	18	8	1	1
Legemidler og blodprodukter	18 %	290	119	15	3	0	3
Medisinsk utstyr	6 %	73	43	12	5	1	3
Pasientadferd	3 %	15	21	14	6	5	1
Pasientadm. / samhandling	16 %	168	136	40	9	2	20
Sykehusinfeksjon	0,5 %	5	5	0	0	0	1
Ikke kategorisert i undergruppe	9 %	71	67	22	6	3	51

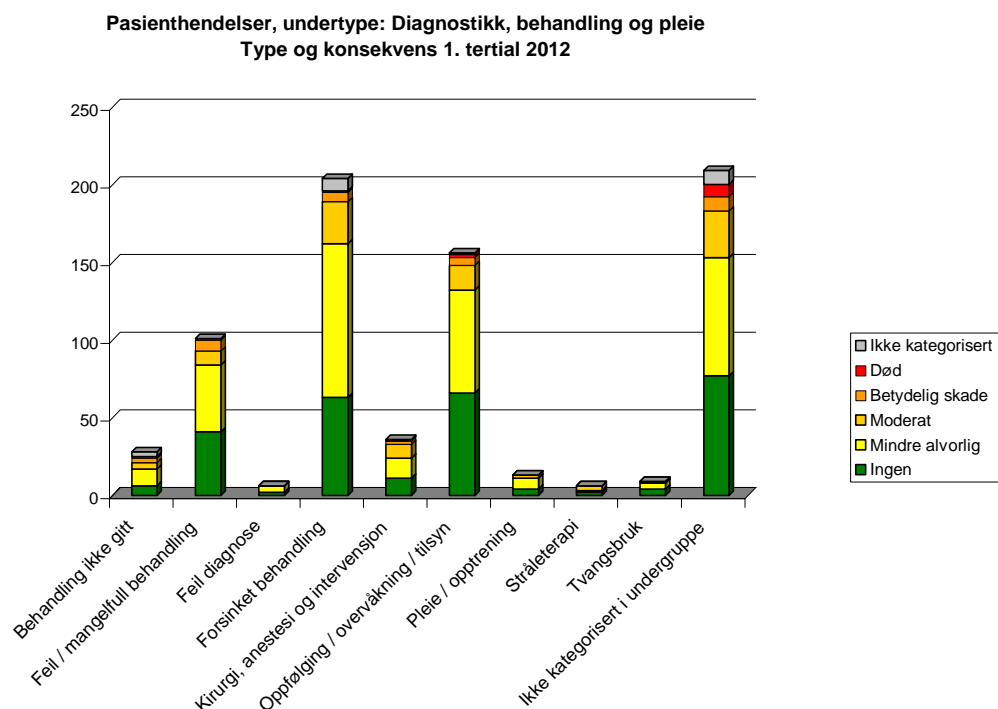
Tabell 7. Fordeling av pasientrelaterte hendelser i hovedgrupper og kategorisert i forhold til konsekvens 1 tertial 2012. Kilde: Avvikssystemet

Diagnostikk, behandling og pleie

Av hendelseskategoriene er kategorien ”diagnostikk, behandling og pleie” den største (32 %), som ved tidligere tertial. Her finner vi også de fleste alvorlige hendelsene.

Innenfor dette området ligger mange hendelser i grenseområdet mellom avvik eller påregnelige komplikasjoner. Medisinsk behandling medfører som regel risiko. Det generelle

kravet er at risiko kan aksepteres dersom risiko står i rimelig forhold til risiko ved å avstå fra behandlingen.



Figur 8. Type og konsekvens for kategorien ”diagnostikk, behandling og pleie”. 1. tertial 2012. Kilde: Avvikssystemet.

Behandling ikke gitt	4 %
Feil / mangelfull behandling	13 %
Feil diagnose	1 %
Forsinket behandling	27 %
Kirurgi, anestesi og intervensjon	5 %
Oppfølging / overvåkning / tilsyn	20 %
Pleie / opptrening	2 %
Stråleterapi	1 %
Tvangsbruk	1 %
Ikke kategorisert	27 %

Tabell 8. Kategorisering av registrerte pasientrelaterte hendelser i avvikssystemet innen undergruppen ”diagnostikk, behandling og pleie” – 1. tertial 2012. Kilde: Avvikssystemet.

	Ingen	Mindre alvorlig	Moderat	Betydelig skade	Død	Ikke kategorisert
Behandling ikke gitt	6	11	4	3	1	3
Feil / mangelfull behandling	41	43	9	7	1	0
Feil diagnose	2	4	0	0	0	0
Forsinket behandling	63	99	27	6	1	8
Kirurgi, anestesi og intervensjon	11	13	9	2	0	1
Oppfølging / overvåkning / tilsyn	66	66	16	5	2	1
Pleie / opptrening	4	7	2	0	0	0
Stråleterapi	2	1	3	0	0	0
Tvangsbruk	4	4	1	0	0	0
Ikke kategorisert i undergruppe	77	76	30	9	8	9

Tabell 9. Kategorisering av registrerte pasientrelaterte hendelser i avvikssystemet innen undergruppen "diagnostikk, behandling og pleie" – 1 tertial 2012. Kilde: Avvikssystemet.

Legemidler og blodprodukter

Feil i ordinasjon, klargjøring og fordeling av legemidler er nasjonalt og internasjonalt en av de mest vanlige uønskede hendelsene i forbindelse med pasientbehandling. Avvik i forordning av legemidler og blodprodukter er nest største kategori (18 %). Kjente bivirkninger står for høyest risiko. Langt de fleste hendelsene i denne kategorien har ingen eller lite alvorlige konsekvenser for pasientene, som er i tråd med internasjonale erfaringer.

I regi av Medisinsk klinikk, Generell indremedisinsk sengepost pågår et prosjekt for Samstemming av legemiddellister. Samstemming av legemidler handler om at sykehuset, fastlegen, hjemmetjenesten, sykehjemmet, pårørende og pasienten selv skal ha lik informasjon om pasientens faste medisiner. Prosjektet har vært gjennomført som en del av pasientsikkerhetskampanjen, men videreføres bredere i sykehuset der et mål også er å overføre kunnskapen og metodikken til sykehusets øvrige avdelinger.

Det benyttes i dag en rekke forskjellige skjema (kurver) for ordinasjon og administrering av medikamenter i Oslo universitetssykehus HF. Erfaringer med hensyn til tidsbruk, utvikling og pilotering av elektronisk anestesivkurve og intensivkurve i Metavision tilsier at en ikke kan forvente at en generell elektronisk pasientkurve (ukeskurve) er tilgjengelig for bruk av sengeposter før tidligst om 4–5 år. En felles og fungerende ukeskurve er et meget viktig verktøy for korrekt å kunne ordinere og administrere legemidler, og derved en forutsetning for å kunne redusere antall feilsituasjoner. Det er derfor påstartet et arbeid med å lage nye felles retningslinjer og prosedyrer for pasientkurve (ukeskurve) og å utvikle en ny felles ny pasientkurve i papir. Arbeidet skal være ferdig og til høring/godkjenning innen årsskiftet.

Pasientadministrative avvik og samhandlingsavvik

Den tredje største kategorien er pasientadministrative avvik og samhandlingsavvik (16 %). Innenfor denne kategorien meldes blant annet avvik i informasjonsflyt (henvisninger, prøvesvar etc.) eller funksjonssvikt i pasientadministrative systemer. Av årsaker er blant annet introduksjon av nye systemer, ulike IKT løsninger, såkalte "safety traps" i IKT systemene, endrede arbeidsprosesser og organisatoriske endringer.

Denne avvikskategorien er meget viktig og sannsynligvis underrapportert. En del av disse avvikene er imidlertid rapportert under kategorien AND (andre avvik) i systemet, slik at den faktiske andelen er høyere enn 16 %. Avvikene er vanskelige å utrede. Det er i perioden utført aktuelle revisjoner innen området (ref. kapittel 1.2.1)

Fall / andre ulykker

Fall / andre ulykker utgjør 7 % av pasienthendelsene. Kun en liten andel av fallskadene medfører bruddskader. Fall på sykehus som følge av nedsatt almenntilstand eller medikamentell påvirkning er en kjent årsak til uønskede hendelser på sykehus. Forekomsten varierer sterkt mellom avdelinger med ulikt pasientgrunnlag, til dels avhengig av pasientens diagnose og alder. Det er i flere omganger utredet og iverksatt fallforebyggende tiltak.

Medisinske dokumentasjon

Avvik og mangler i den medisinske dokumentasjon utgjør 9 % av pasienthendelsene. Manglende felles klinisk informasjonsgrunnlag i Oslo universitetssykehus HF er en utfordring. Dette gjelder både journal og flere fagsystemer som for eksempel innen radiologi.

Medisinsk utstyr

Hendelser i kategorien medisinsk utstyr utgjør 6 % av pasienthendelsene. Noen enkelthendelser og en rekke meldte forhold er registrert der en kan konkludere med at kvalitet og effektivitet innen diagnostikk og behandling lider under utdatert og utslitt/delvis fungerende utstyr.

Eksempel på dette er:

- Alle som vurderes for øsofagusreseksjon skal ha foretatt endoskopisk ultralyd (evidensnivå A). Dette forutsetter "staging" EUS skop (roterende). Sykehuset har kun ett eldre drenasje / punksjonsskop (terapiskop) som ikke er egnet til staging slik offisielle norske retningslinjer forutsetter.
- Utdatert og teknisk ufullkomment thorascopiutstyr
- Foreldet utstyr for scopisystemer for hjerteovervåkning, flere episoder knyttet til dette.

Utskiftningstakten for medisinsk teknisk utstyr er lav i sykehuset. Man kan anta at meldeprosenten på 6 % er for lavt fordi personalet formidler at de over tid har meldt svikt eller fare i medisinsk teknisk utstyr uten å føle at dette har medført en effekt.

En generell bekymring er at utstyr fremdeles brukes til tross for at det er foreldet og kan ha en for hyppig sviktfrekvens.

Sykehusinfeksjoner

Andelen av sykehusinfeksjoner som registreres i avvikssystemet er fortsatt for lavt i forhold til kunnskap om sykehusinfeksjoner i sykehuset.

Prevalensundersøkelser måler andel pasienter med helsetjenesteassosierte (nosokomiale) infeksjoner på et gitt tidspunkt. De fire vanligste typer helsetjenesteassosierte infeksjoner samt bruk av antibiotika registreres ved disse undersøkelsene. Oslo universitetssykehus HF er gjennom oppdragsdokumentet pålagt å gjennomføre fire prevalensundersøkelser i året.

Prevalensraten av sykehusinfeksjoner ble registrert 15. februar 2012 med følgende resultater:

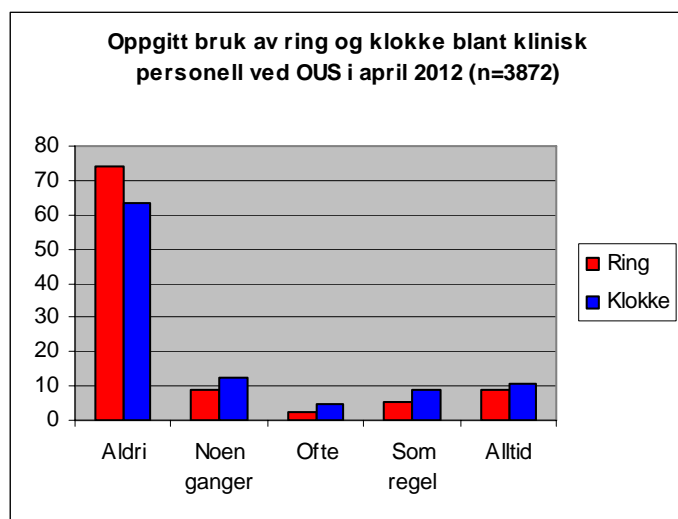
	Inneliggende heldøgns-pasienter	Nosokomiale infeksjoner, alle typer	Nosokomiale infeksjoner som skal meldes FHI	Prevalensrate av alle typer nosokomiale infeksjoner	Prevalensrate av nosokomiale infeksjoner som skal meldes FHI
Aker	110	6	5	5	4,5 %
Riks/Rad	598	36	29	27	4,8 %
Ullevål	658	47	41	41	6,2 %
Samlet	1366	89	75	73	5,5 %
Prevalensrate		6,5 %	5,5 %	5,3 %	5,5 %

Tabell 10. Prevalensundersøkelse utført 15. februar 2012. Kilde: Avdeling for smittevern

Målet i Helse Sør-Øst for sykehusinfeksjoner er et nivå på under 3 %.

I 1. tertial ble det gjort vedtak i styret for Helse Sør-Øst og Foretaksmøtes for Oslo universitetssykehus HF at ringer og armbåndsur ikke skal brukes i pasientrettet arbeid.

I april 2012 gjennomførte Avdeling for smittevern en spørreundersøkelse blant alle ansatte om håndhygiene. Det ble mottatt mer enn 5200 svar. På spørsmål om bruk av ringer og armbåndsur svarte 74,2 % av 3872 at de aldri bruker ring og 63,4 % at de aldri bruker armbåndsur i klinisk arbeid. Svarene var ellers fordelt som i Figur 9.



Figur 9. Spørreundersøkelse april 2012.

Det er altså et stykke frem til at vedtakene blir etterlevd i Oslo universitetssykehus HF. Avdeling for smittevern vil følge opp med nye undersøkelser i løpet av høsten. Det er et ledelsesansvar å sikre kravet, og temaet har vært behandlet i ledermøte og i dialogmøter med klinikkene.

Andre systemårsaker

En kategori systemårsaker er kapasitetsutfordringer innenfor ulike deler av pasientbehandlingen. Disse er meldt også som HMS forhold eller andre forhold.

Noen eksempler:

- Manglende kapasitet for å gjennomføre MR og CT undersøkelser. Går ut over ventetider på henviste og kvalitet.
- Lange svartider på patologisk-anatomiske prøvesvar.
- Manglende kapasitet ved Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK).
- Manglende kapasitet ved intensivavdelinger, gjelder flere enheter.
- Manglende kapasitet ved sengeavdelinger, flere eksempler.

Det iverksettes forbedringsprosjekter og ulike tiltak for å korrigere avvik. Oslo universitetssykehus HF er i dialog med Fylkesmannen om noen av disse utfordringene.

2.4 Analyse av meldte dødsfall

Det ble i 1. tertial 2012 registrert 25 dødsfall i forbindelse med en hendelse. En andel av disse hendelsene er vurdert som lite forebyggbare og forårsaket av kjente og påregnelige komplikasjoner eller at pasientens sykdom og korte leveutsikter er vesentlig for utfallet.

I forbindelse med styrebehandlingen av Ledelsens gjennomgang for 3. tertial 2011 ble det etterspurt en vurdering av årsaksforhold og forebyggbarhet ved registrerte hendelser med dødsfall. For å belyse dette nærmere har Stab pasientsikkerhet og kvalitet gått gjennom samtlige hendelser registrert med dødsfall i 2011 med sikte på å få mer kunnskap om påregnelighet og forebyggbarhet.

Som metode er det benyttet en skjønnsmessig klassifisering av dødsfallene i 6 forebyggbarhets kategorier. Kategoriene er hentet fra den kanadiske "Adverse Event Study" fra 2004, der siktemålet var å vurdere forebyggbarhet av uønskede hendelser ved kanadiske sykehus basert på journalstudier. I Tabell 11 er resultatene vist sammen med forebyggbarhetstallene fra den kanadiske undersøkelsen.

Preventability?		Canadian Study 2004		Oslo universitetssykehus HF 2011	
1	Virtually no evidence of preventability	106	41 %	25	31 %
2	Slight to modest evidence of preventability	31	12 %	21	26 %
3	Preventability not quite likely	12	5 %	8	10 %
4	Preventability more than likely	35	14 %	14	18 %
5	Strong evidence of preventability	32	12 %	9	11 %
6	Virtually certain evidence of preventability	39	15 %	1	1 %
SUM		255		78	

Tabell 11. Canadian study (journalgjennomgang) og forebyggbarhetsvurderinger ut i fra registreringer og saksbehandling i avvikssystemet i Oslo universitetssykehus HF. Merk at disse tallene ikke direkte kan sammenlignes da metodene som er benyttet er forskjellig.

Som det fremgår er 10 dødsfall (12 %, kategoriene 5 og 6) klassifiserbare som sikkert eller sannsynlig forebyggbare. Dette er hendelser som er meldt Politi, Fylkesmannen og Statens helsetilsyn i henhold til regelverk. Pasientsikkerhetsutvalgene i klinikkene gjennomgår hendelsene i samarbeid med sentral stab hvis hensikt er forbedring og læring. 46 dødsfall (57 %) er klassifiserbare som lite eller ikke unngåelige (kategoriene 1 og 2). 22 dødsfall tilhører kategorier der det er vanskelig å vurdere forebyggbarhet (kategoriene 3 og 4). En stor andel av hendelsene i kategoriene 1, 2, 3 og 4 er også meldt videre. Gjennomgangen indikerer at det er et potensial for å kunne forebygge alvorlige og katastrofale hendelser.

Det er også et pågående arbeid fra avdeling for hygiene og smittevern som gjennomgår alle dødsfall i 2011 relatert til infeksjoner. Resultater fra denne undersøkelsen vil gi ytterligere kunnskap om risikoforhold i pasientbehandlingen.

Oslo universitetssykehus HF skal forbedre det interne analysearbeidet som har fokus på å avdekke kjerneårsakene til dødsfall og alvorlige hendelser i sykehuset. Det arbeides med å innføre en standardisert forebyggbarhets kategorisering i avvikssystemet. Det er en strategi å benytte forebyggbarhetsvurdering ved alle typer hendelser. Dette er også nødvendig for å tilpasse systemet til endringer i eksterne meldeplikter.

Datagrunnlaget i avvikssystemet gir nå også et godt grunnlag for å kunne gjennomføre mer omfattende forskning med hensikt å kunne avdekke gjennomgående systemsvikt, avklare kjerneårsakene til disse og kunne anbefale overordnede risikoreducerende tiltak. Det arbeides med å etablere slike forskningsprosjekter.

2.5 Fylkesmannens konklusjon i § 3.3 saker

Fra og med dette tertial kategoriserer Stab pasientsikkerhet og kvalitet Fylkesmannens konklusjoner i saker som er meldt etter § 3-3 (Tabell 12).

	1. tertial 2012
Avsluttet uten anmerkning	91
Avsluttet med anmerkning	16
Bedt om tilleggsopplysninger	3

Tabell 12. Fylkesmannens konklusjoner i avsluttede uønskede hendelser meldt etter § 3-3

83 % av de meldte alvorlige pasienthendelsene (uønskede hendelser som har eller kunne medført betydelig skade) avsluttes av Fylkesmannen uten anmerkning.

2.6 Varsler til Statens helsetilsyn

4. mai 2010 påla Helseministeren de regionale helseforetakene med underliggende helseforetak å varsle Statens helsetilsyn ved alvorlige hendelser i en prøveperiode på to år fra 1. juni 2010. Med alvorlig hendelse menes i denne sammenheng dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko. Alvorlige hendelser med pasientskade skal derved varsles Statens helsetilsyn umiddelbart (snarest og senest påfølgende dag). Oslo universitetssykehus HF har i 1.tertial sendt 11 varsler om alvorlig pasientskade. Ett av disse varslene medførte utrykning fra Statens helsetilsyn.

2.7 Endring i spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 fra 1. juli 2012

1. juli 2012 blir meldeplikten til Fylkesmannen erstattet av en meldeplikt til Kunnskapssenteret. Meldingen skal sendes innen 24 timer for dødsfall og alvorlige pasientskader. Terskelen for melding skal være uforandret. Oslo universitetssykehus har i samarbeid med Kunnskapssenteret forberedt de praktiske og tekniske sider ved ordningen. Oslo universitetssykehus HF har for sin del forberedt tilpasninger i avvikssystemet som skal tilfredsstillende lovkravet. Det er tilrettelagt for at elektroniske meldinger sendes Kunnskapssenteret via et automatisk uttrekk fra avvikssystemet. En viktig føring har vært at det ikke blir vesentlige endringer i hvordan sykehusets medarbeidere bruker systemet. Løsningen er klar til testing og venter i skrivende stund på Sykehuspartners kommunikasjonsløsning mot Kunnskapssenteret.

Det har vært knyttet noen bekymringer og noe uklarhet til hvordan denne ordningen vil fungere i praksis også utover de rent tekniske forholdene. Oslo universitetssykehus HF vil kunne redegjøre mer oppdatert i forbindelse med ledelsens gjennomgang i 2. tertial 2012.

2.8 Pasientsikkerhetskampanjen

Oslo universitetssykehus deltar fortsatt aktivt i det regionale kampanjearbeidet.

Baseline for journalgjennomgang med "Global Trigger Tool" (GTT) registrerte hendelser i 2011 ble ferdigstilt og levert kampanjeledelsen i Kunnskapssenteret primo mai. Tallene er ennå ikke offentliggjort.

Innføring av sjekklister og metodikk for "Trygg kirurgi" er under innføring i alle deler av den operative virksomheten.

Det arbeides aktivt med innsamling av data i forbindelse med pasientsikkerhetskulturundersøkelsen.

2.9 Nasjonale brukererfaringsundersøkelser (PasOpp) 2011

Brukernes erfaringer med helsetjenestene er en viktig kilde for å vurdere kvaliteten på tjenestene. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte i 2011 en nasjonal undersøkelse blant personer som hadde hatt et opphold ved sengeposter på norske somatiske sykehus. Rapporten finnes i sin helhet på kunnskapssenterets hjemmeside.

72 % av pasientene hadde ganske høye eller veldig høye forventninger til Oslo universitetssykehus HF før innleggelse. 89 % svarer positivt på om pleien og behandlingen var tilfredsstillende. 84 % vil anbefale Oslo universitetssykehus HF til familie og venner.

Pasientenes forventninger formes i hovedsak gjennom egne erfaringer eller andres erfaringer med sykehuset. En ting er forventninger, en annen sak er pasientens opplevelse av den konkrete oppfølgingen eller behandlingen. 82 % av pasientene melder at de måtte vente noe, eller ikke ventet i det hele tatt. Da de ble innlagt opplevde pasientene tilfredsstillende pleie og behandling fra omsorgsfulle leger og pleiere.

Undersøkelsen viser også til elementer ved behandlingstilbudet som kan forbedres, blant annet pasientmedvirkning. Pasientene har rett til å være med i vurderingen både av utredning og behandling, men bare 50 % av pasientene opplever at de ble tatt med på råd eller ble involvert i avgjørelsene om behandlingen de skulle motta. Dette vil det bli fokus på i det videre arbeidet med utarbeidelse av en strategi for pasientmedvirkning.

2.10 Samhandlingsreformen

Som styret tidligere er orientert om, hadde Oslo-sykehusene og Oslo kommune etablert en samarbeidsmodell som i all hovedsak kunne videreføres ved innføring av Samhandlingsreformen. Den overordnede samarbeidsavtalen som ble godkjent i styremøtet 9. februar, bekreftet den etablerte strukturen. Det vil si at Samarbeidsutvalget og Direktørmøtene med Oslo universitetssykehus bydeler har fortsatt som tidligere. Det samme har Samarbeidsforum somatikk. Samarbeidsforum psykisk helse og avhengighet er ikke i gang. Der har de tidligere møteplassene, som var basert på DPSenes opptaksområde, blitt videreført. Det er imidlertid dialog med bydelene for å få etablert et forum slik samarbeidsavtalen forutsetter.

Departementets forskrifter i forhold til utskrivingsklare pasienter forelå så sent at først fra 12. januar 2012 var Oslo universitetssykehus HF i stand til å følge vedtatte retningslinjer i forhold til håndtering av utskrivingsklare pasienter. Dette er styret orientert om tidligere.

Erfaringene så langt, er at bydelene raskt tar ut utskrivingsklare pasienter og at det er et godt samarbeide mellom sykehus og bydeler. Flere av bydelene har fagteam på sykehuset som fortløpende har dialog med ansvarlig avdeling for å sikre at et best mulig tilpasset tilbud står klart ved utskrivelse. Fortsatt er det imidlertid for mange endringsmeldinger fra sykehus til bydel og det er også et fortsatt forbedringspotensial i forhold til utfylling av skjema og korrekt registrering. Dette arbeides det med.

Det har også vært en mindre nedgang i antall utskrivingsklare pasienter innen psykisk helse og avhengighet selv om det ikke er innført betalingsordning på dette området.

Samarbeidet mellom sykehuset og 1.linjen vanskeliggjøres ved at det ikke er mulig på en enkelt måte å utveksle informasjon elektronisk. Meldinger til og fra bydeler går via telefaks.

Det er heller ikke etablert strukturerte sykehusovergripende systemer for elektronisk overføring av epikriser til fastleger og sykehjem.

Oslo universitetssykehus HF har en rekke samarbeidsprosjekter med bydelene/andre sykehus. Et av de større prosjektene som er startet opp i første tertial, er et prosjekt kalt Akutt/subakutt funksjonssvikt hos eldre pasienter. Dette er et samarbeidsprosjekt med tre bydeler og prosjektet har stor deltakelse fra fastlegene. I tilknytning til prosjektet er det etablert et eget følgeforskningsprosjekt.

Prosjektet Ambulerende sårteam startet opp 1. januar 2012 og er et samarbeidsprosjekt med to bydeler.

Det har i 1. tertial også vært arbeidet med utforming av en praksiskonsulentordning for sykepleiere. Dette er i tråd med intensjonen i Samhandlingsreformen der det legges vekt på viktigheten av kompetanseoverføring og opplæring.

Sykehuset har i tråd med intensjonene i reformen arrangert fagdager og møter der kompetansedeling har vært formålet.

Samhandlingsarena Aker er under utvikling og har potensial til å bli en helt sentral modell for samhandling mellom kommune og sykehus. Særlig innen geriatri, rehabilitering og migrasjonshelse er mange aktiviteter under utvikling og det er et godt samarbeid mellom Oslo kommune og de sykehusene som betjener Oslos befolkning.

Rådet for samhandlingsforskning er etablert. Oslo kommune er invitert med i arbeidet.

3 Opplæring av pasienter og pårørende

Styret ved Oslo universitetssykehus vedtok Strategi for Pasient- og pårørende opplæring på styremøtet 29.mars. Strategien er utarbeidet i nært samarbeid med Brukerutvalget og legger et godt grunnlag for utarbeiding av handlingsplaner på området.

For å styrke kompetansen hos de som har ansvaret for pasient- og pårørende opplæring på klinikkene, er det etablert et eget Lærings- og mestringsforum der samtlige klinikker er representert. Det er også utarbeidet et kompetanseprogram innen helsepedagogikk. Det forventes at alle som arbeider innen dette området ved sykehuset, over tid gjennomfører dette utdanningsprogrammet. Programmet er godkjent av Norsk Sykepleierforbund (NSF) og kan inngå i Klinisk stige. En pilot vil starte opp før sommeren. Det er lagt stor vekt på å få med deltakere fra Brukerutvalget i denne første piloten.

Det er etablert et eget råd for Barn som pårørende. Mandatet er godkjent og samtlige klinikker har oppnevnt egne ansvarlige for dette arbeidet. En nivå 1 prosedyre er under utarbeidelse. Rådet har startet arbeidet.

Fra sykehusets side har det også vært fokus på unge som pasienter og det er besluttet opprettet et eget ungdomsråd for å få en direkte dialog med brukergruppen om deres spesielle ønsker og behov. Det er utarbeidet et forslag til mandat og invitasjon er sendt brukerorganisasjoner og klinikker. Ungdomsrådet vil starte opp før sommeren.

Arbeidet med en strategi for brukermedvirkning er startet opp og skjer i nært samarbeid med Brukerutvalget.

4 Utdanning av helsepersonell

Flere sentrale utdanningsaktiviteter har vært arbeidet med i 1. tertial 2012, blant annet:

Forslag til Utdanningsstrategi forelagt for styret 3. mai, jamfør sak 35/2012. Strategien skal revideres og fremlegges på nytt i forbindelse med virksomhets- og fagstrategi.

Forslag til revidert samarbeidsavtale med Høgskolen i Oslo og Akershus og Lovisenberg Diakonale høyskole – klare til forhandling og dialog med høyskolene.

Fokus på tiltak for å bedre utdanningskapasitet for videreutdanninger (spesialsykepleiere) og tilstrekkelig antall praksisplasser for bachelorstudenter (sykepleie) og videreutdanningsstudenter, jamfør risikoanalyse for 1. tertial 2012.

Inngått samarbeidsavtale med Høgskolen i Vestfold vedrørende praksisstudier i jordmorfag.

Samarbeidsmøter med Sykehjemsetaten i Oslo kommune i forbindelse med at sykehuset skal ta i mot helsefaglæringer høsten 2012.

Forslag til praksisveiledermodell for sykepleiere i videreutdanning innen fagfeltene anestesibarne- intensiv og operasjonssykepleie utarbeidet.

Omorganiseringen av sykehuset medfører at organiseringen av flere av spesialistutdanningene for leger er endret. Disse endringene medfører at sykehuset må søke Helsedirektoratet om godkjenning av endringene. Arbeidet med omorganiseringene og søknadsprosessene pågikk i første tertial og dette arbeidet fortsetter i neste tertial.

5 Forskning og utvikling

5.1 Vurdering av forskningsaktivitet

Etter flere år med jevn vekst i forskningsaktivitet samlet for Oslo universitetssykehus HF og summen av de tidligere helseforetakene, viser aktivitetstall for de siste årene og risikoanalyser fra klinikkene tegn til avflatende forskningsaktivitet. I tillegg viser tallene for publisering og doktorgrader ved landets øvrige helseforetak, at andre sykehus også i de foregående år har hatt en relativt sterkere økning i sin (registrerte) aktivitet. Det er den relative fordelingen mellom regionene (sum publikasjons- og doktorgradspoeng) som avgjør nivået på forskningstildelingene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene.

Antall registrerte *artikler* (Tabell 13) i 1. tertial 2012 er totalt sett høyere enn foregående år. Registreringene for 2012 har imidlertid ikke vært igjennom like nøye kontroll som 2011-tallene, slik at den reelle økningen trolig er noe mindre. Antall *publikasjonspoeng* (Tabell 14) viser en oppgang totalt, og større enn økningen i antall artikler skulle tilsi. Poengene vil antakelig gå noe ned når alle institusjoner har kontrollert materialet, fordi det skjer en korrigering og komplettering av adresser. Antall *doktorgrader*, med arbeid hovedsakelig utført ved Oslo universitetssykehus, øker fortsatt, som en konsekvens av økt ekstern finansiering i de foregående årene. I 1. tertial 2011 var det færre disputaser (naturlige svingninger) enn i 1. tertial 2012, og nivåforskjellen fremstår derfor som noe større enn det som forventes på årsbasis.

Det langsiktige målet for Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus er økt forskningsaktivitet og økt ressursbruk til forskning. Dersom sykehuset skal nå målene om økt forskningsaktivitet og ressursbruk, må særlig prioritet gis til planlegging av tid til forskning, skjerming av interne forskningsbudsjetter, økt kvalitet på søknader om ekstern finansiering samt tilstrekkelige forskningsarealer i de løpende omstillings- og flytteprosessene.

5.1.1 Antall publiserte vitenskapelige artikler

Klinikk	1. tertial 2010	1. tertial 2011	1. tertial 2012
Klinikk psykisk helse og avhengighet	39	43	40
Medisinsk klinikk	96	84	92
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	76	65	79
Kvinne- og barneklubben	64	72	73
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	163	151	154
Hjerte-, lunge- og karklubben	70	57	66
Akuttklubben	29	17	30
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	138	141	164
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	33	32	23
TOTALT (unike artikler)	529	518	542

Tabell 13. Antall publiserte vitenskapelige artikler

Det tas forbehold om endringer som følge av kvalitetssikring av tallene. Antall publikasjoner i perioden er målt via søk mot PubMed og Web of Science (WOS) som løpende oppdaterer helseforetakets database www.publika.no. Denne er basert på registrerte forskningsaktive personer ved Oslo universitetssykehus HF og adressering av artikler med Oslo universitetssykehus HF eller liknende. Kun kategoriene vitenskapelige artikler og vitenskapelige oversiktsartikler (reviews) inngår i tabellen. Tallene er tatt ut 8. mai 2012.

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 er dermed ikke summen av de andre tallene.

5.1.2 Antall publikasjonspoeng

Klinikk	1. tertial 2010	1. tertial 2011	1. tertial 2012
Klinikk psykisk helse og avhengighet	26,2	24,9	28,6
Medisinsk klinikk	49,1	41,6	45,8
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	46,3	38,1	44,4
Kvinne- og barneklubben	25,7	31,2	31,1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	97,8	97,2	106,2
Hjerte-, lunge- og karklubben	33	30,5	39,1
Akuttklubben	14,1	8,6	15,5
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	76,1	66,8	78,5
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	10,8	11,7	8,9
TOTALT (unike artikler)	370,2	338,2	398,0

Tabell 14. Antall publikasjonspoeng

Det tas forbehold om endringer som følge av kvalitetssikring av tallene. Tall er hentet fra helseforetakets database www.publika.no pr 8. mai 2012. NIFUs beregningsmetode for helseforetak benyttes, men nå basert på forfatterandeler. Nivåinndeling 1,2 og 2A, (henholdsvis 1, 3 og 10 poeng), 100 % ekstra for internasjonalt samarbeid (medforfatter med utenlandsk adresse).

5.1.3 Antall doktorgrader

Klinikk	1. tertial 2011	1. tertial 2012
Klinikk psykisk helse og avhengighet	5	3
Medisinsk klinikk	0	4
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	6	9
Kvinne- og barneklubben	6	3
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	5	15
Hjerte-, lunge- og karklubben	4	5
Akuttklubben	0	2
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	9	9
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	1	0
TOTALT	36	50

Tabell 3. Antall doktorgrader.

Tallene er basert på gjennomgang av Universitetet i Oslo sine disputasoversikter primo mai 2012. Det kommer normalt noen suppleringer vedrørende andre universiteter, samtidig som noen kan bli tatt ut av lista eller bli delt poengmessig, fordi innsatsen fra helseforetakssiden er begrenset/fordelt på flere.

5.2 **Vurdering av innovasjonsaktivitet**

Tallene for innovasjon for 1. tertial ser lovende ut når en sammenligner med totaltallene for 2011. Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben og Klinikk for diagnostikk og intervensjon utmerker seg fortsatt som klinikkene med høyest innovasjonsaktivitet.

Fra 2012 har HOD innført nye rapporteringsindikatorer for innovasjon fra helseforetakene, der kvalitative aspekter ved pågående innovasjonsprosjekter skal registreres; utviklingsfase (konseptualisering, verifisering/pilotering, implementering/lisensiering) og samarbeid med eksterne (øvrige helsetjeneste, næringsliv og pasientorganisasjoner).

Innovasjonsutvalg er etablert i sykehuset og handlingsplan er under utarbeidelse. Utvalget skal bidra til at å skape en god innovasjonskultur hvor ansatte bidrar til å utvikle, validere og ta i bruk de beste behandlingsprinsipper for dagens og fremtidens pasienter.

5.2.1 [Nye innmeldte oppfinnelser \(DOFI\) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken](#)

Klinikk	1. tertial 2012		Totalt 2011		Totalt 2010	
	Inven2	Idé poliklinikken	Inven2	Idé poliklinikken	Inven2	Idé poliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet				3	4	2
Medisinsk klinikk	1		4		2	
Klinikk for kirurgi og nevrofag		1	2	4	10	
Kvinne- og barneklivikken	1	1	2	1		
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	7	6	16	2	14	2
Hjerte-, lunge- og karklinikken			5		1	
Akutt klinikken	1		2	1	2	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	10		15	3	12	2
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	3	3	3	4	10	5
Utenfra – ikke ansatte ved sykehuset		4		8		2
SUM	23	15	49	26	55	14

Tabell 15. Alle patenterbare oppfinnelser sendes på eget skjema til Inven2 (DOFI, Disclosure of Invention) og håndteres av Inven2.

Idépoliklinikken mottar og viderefører ikke-patenterbare idéer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner.

5.2.2 [Innovasjonsprosjekter i porteføljen](#)

Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2	Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	2	1
Medisinsk klinikk	5	1
Klinikk for kirurgi og nevrofag	2	
Kvinne- og barneklivikken	1	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	16	1
Hjerte-, lunge- og karklinikken	4	
Akutt klinikken	2	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	12	4
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	7	5
SUM	51	14

Tabell 16. Alle pågående innovasjonsprosjekter, uavhengig av når innmeldt/startet.

6 Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)

Sykefravær rapporteres i månedsrapporten, ref. styresak 43/2012.

6.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Den positive utviklingen med reduksjon i antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene fortsetter inn i 2012. Samtlige klinikker viser en positiv trend i 1. tertial.

Sammenlignet med 3. tertial 2011 har antall brudd på reglene for tillatt arbeidstid per dag, uke og fire uker gått ned 25 %. Det har ikke vært brudd på årsregelen hittil i 2012. Det understrekes at utviklingen må tolkes som en trend og ikke et absolutt mål på nedgangen på grunn av usikkerhet i tallgrunnlaget.

KLINIKK	Dag	Uke	4-ukers	Sum brudd
Klinikk psykisk helse og avhengighet	418	345	242	1005
Medisinsk klinikk	415	307	150	872
Klinikk for kirurgi og nevrofag	213	268	305	786
Kvinne- og barneklubben	330	270	153	753
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	99	135	23	257
Hjerte-, lunge- og karklubben	336	155	69	560
Akuttklubben	1311	807	827	2945
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	60	206	89	355
Oslo sykehusservice	11	26	1	38
Totalt	3193	2519	1859	7571

Tabell 17. Antall brudd pr klinikk i perioden januar - april 2012.

Akuttklubben og Klinikk for diagnostikk og intervensjon hadde en betydelig økning i antall brudd i tredje tertial 2011. I første tertial 2012 er dette snudd til en nedgang, og begge klinikker har i første tertial 2012 et antall brudd som ligger under nivået på tilsvarende periode i 2011.

Den positive utviklingen i Akuttklubben skyldes i hovedsak at det er ansatt flere med kritisk kompetanse i budsjetterte stillinger, samt at endringer i turnuser gir slike positive utslag.

Klinikk for diagnostikk og intervensjon hadde høst 2011 utfordringer med en ekstraordinær driftssituasjon på grunn av innføring av nye kliniske systemer og ny maskinpark som nå er løst.

I 2011 ble det iverksatt retningslinjer og tiltak gjeldende for hele foretaket for å unngå overtid og brudd på arbeidstidsbestemmelsene sammen med rutiner for rapportering og oppfølging i linjen. For samtlige klinikker ser man nå resultater av disse tiltakene.

Det meldes fortsatt fokus på tiltak som riktig grunnbemanning, bedre tilgang på kompetente vikarer og ekstravakter, bruk av forskjøvet arbeidstid, inngåelse og korrekt registrering av avtaler for å hindre at brudd utløses, samt sykefraværarbeid.

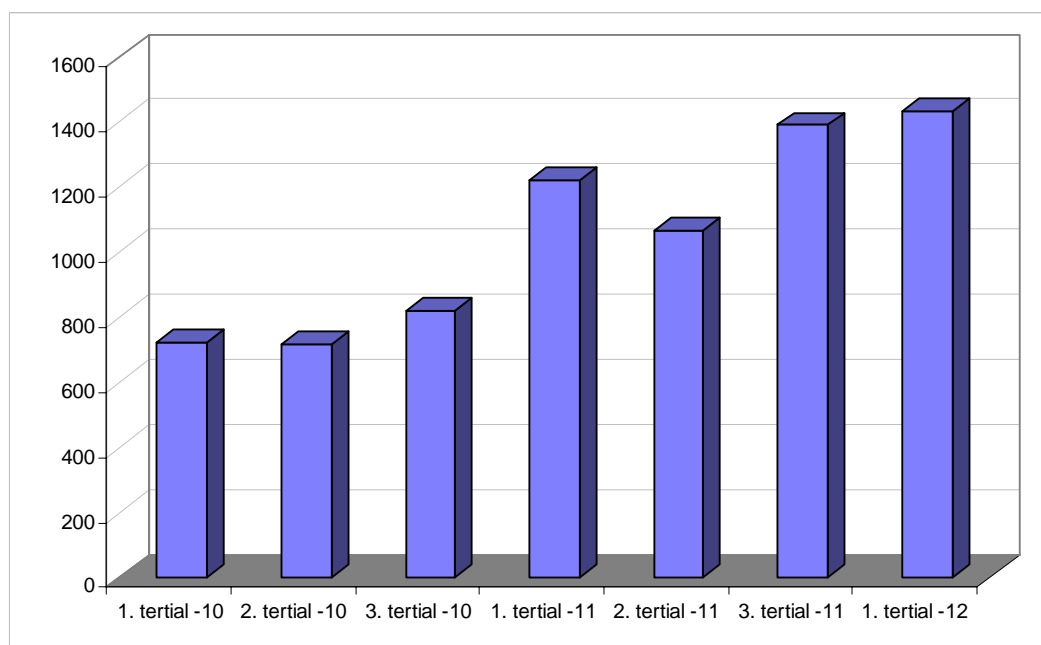
I 2012 vil det i tillegg fokuseres på kompetanseheving innen regelverk og ressursplanlegging. Informasjon i linjen vil også vektlegges sterkere.

6.2 HMS (helse-miljø-sikkerhet) avvik

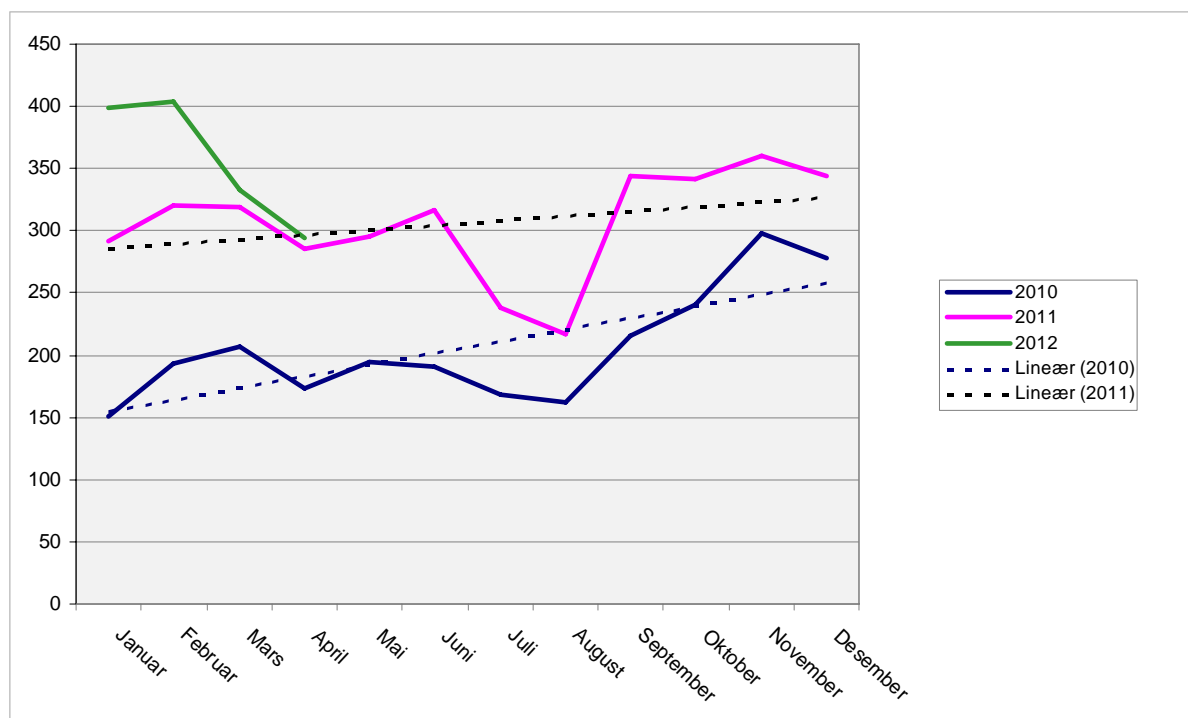
HMS avvik er forhold (uønskede hendelser, tilløp til slike og uønskede tilstander) som ikke er i tråd med de målsetninger Oslo universitetssykehus HF har for HMS. Det er også forhold som er i strid med HMS krav i lover og forskrifter eller forhold som på annen måte påvirker arbeidsmiljøet og/eller ansattes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

6.2.1 Registrerte HMS avvik

Under sees en oversikt over utviklingen i melding av HMS avvik for perioden 1. tertial 2010 til 1. tertial 2012:



Figur 10. Utviklingen i melding av HMS-avvik for perioden 1. tertial 2010 til 1. tertial 2012



Det ble meldt 1.430 HMS avvik i 1. tertial 2012 sammenliknet med 1.203 HMS avvik i samme periode i 2011, hvilket utgjør en økning på ca. 18 %. Snittøkningen i 2011 sammenliknet med 2010 var 60 %. Økningen ser således ut til å flate ut. Dette antas i hovedsak å skyldes at HMS registreringer i avvikssystemet blir stadig bedre kjent, og tas i bruk av flere i organisasjonen.

Et økende antall ledere gir uttrykk for at avvikssystemet er et godt verktøy for å følge opp uønskede hendelser og forhold hvor gjennomføring av tiltak fører til risikoreduksjon og arbeidsmiljøforbedring.

Fortsatt mottas imidlertid informasjon om ansatte som ikke kjenner til avvikssystemet, og også om ansatte, verneombud og ledere som angir meldetretthet, manglende tro på og delvis resignasjon på at det nytter å melde fra om forhold som har gitt eller kan medvirke til helsebelastninger for ansatte i deres arbeid i Oslo universitetssykehus HF. Andre begrunner fravær av avviksregistrering med arbeidspress og mangel på tid til slik aktivitet.

I likhet med 2010 og 2011 gjelder dette særlig avvik som krever vedlikeholds- og investeringsmidler eller er gjentakende avvik. Mange forhold kan vanskelig utbedres innenfor eksisterende bygningsmasse, eller faginstans skulle gjerne ha utbedret, men mangler økonomiske midler til nødvendig vedlikehold eller investeringer i ødelagt og gammelt utstyr. For eksempel gjelder dette forhold knyttet til innendørs klima som lys/luft/ventilasjon, plassforhold, gammelt utstyr som uregulerbare eller ødelagte senger og utstyr m.m.

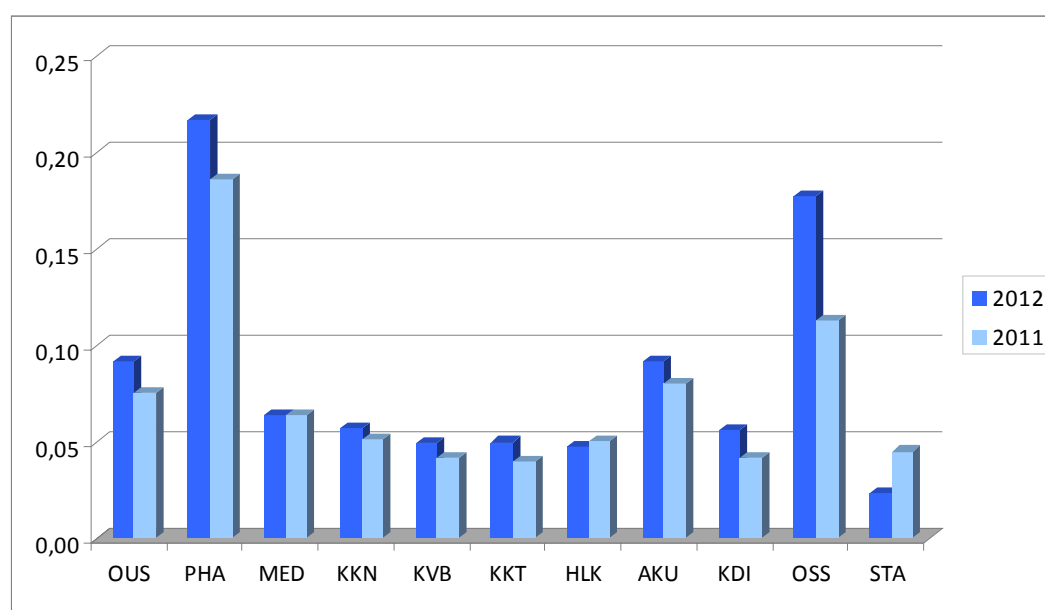
Enkelte ansatte og ledere lar også være å registrere HMS avvik fordi det oppleves ugreit eller utrygt å registrere helsebelastende arbeidsmiljøkonsekvenser, blant annet i forbindelse med omorganisering med måltall om nedbemanning.

Begrunnelser som oppgis er flere:

- Mulige ukjente negative konsekvenser for fortsatt eksistens av egen avdeling når det registreres avvik i omstillingstider.
- Mangelfull aksept og respekt for melding av avvik, herunder erfaring med at enkelte ledere lukker HMS avvik raskt uten at forbedringstiltak blir iverksatt.
- Forekomst av muntlige tilbakemeldinger som kan inneha både indirekte trussel og direkte budskap om konsekvenser for videre yrkeskarriere i Oslo universitetssykehus HF, eller andre former for sanksjoner overfor ansatte som registrerer avvik.

Slike erfaringer kan bidra til å skape usikkerhet og vegring hos enkelte mot å registrere avvik, særlig i en tid der mulige konsekvenser kan innvirke på beslutninger om fortsatt ansettelse/ videre karrieremuligheter i Oslo universitetssykehus HF. Av nevnte årsaker har vi grunn til å tro at det fortsatt er underreportering av HMS avvik i Oslo universitetssykehus HF.

6.2.2 Registrerte HMS-avvik/årsverk



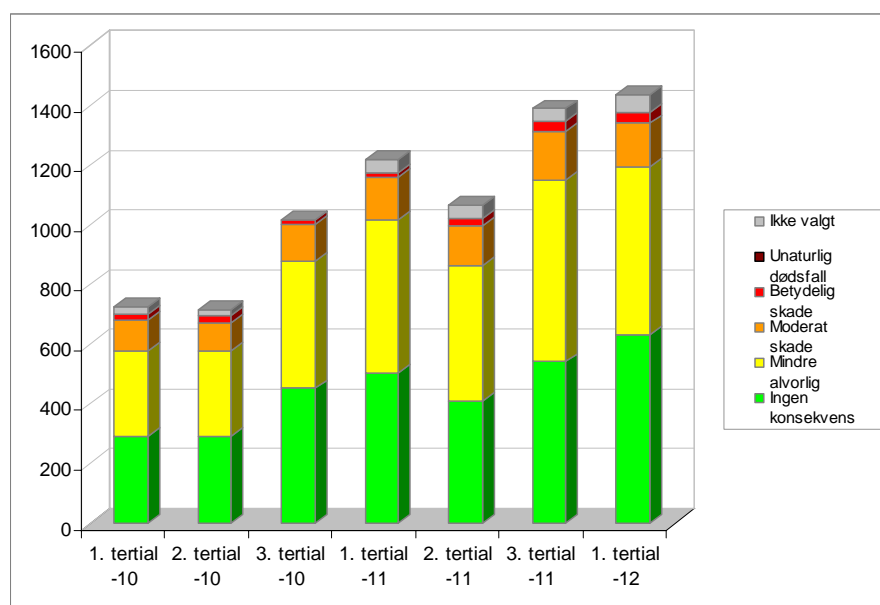
Figur 11. Totalt antall registrerte HMS avvik i 1. tertial 2012 sammenliknet med tilsvarende periode foregående år fordelt på årsverk.

Snittet for Oslo universitetssykehus HF har steget fra 0,08 avvik/årsverk til 0,09 avvik/årsverk. Det betyr at meldefrekvensen fortsatt er stigende.

Det er ganske store variasjoner klinikkene imellom. Fra 0,22 (Klinikk psykisk helse og avhengighet) til 0,05 (Kvinne- og barneklubben, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Hjerter-, lunge- og karklinikken). Aller lavest er stabene med 0,02 avvik/årsverk. Oslo sykehusservice ser ut til å ha en stor økning i 1. tertial, men dette skyldes i stor grad overføring av avvik til Oslo sykehusservice fra andre klinikker. Gjelder eksempelvis "Orden og renhold" og "Bygninger med tilhørende tekniske anlegg".

Forskjellene klinikkene imellom representerer nok i noen grad forskjellige arbeidsmiljøutfordringer, men sannsynligvis i hovedsak forskjeller i meldekultur og i daglig systematisk HMS aktivitet.

6.2.3 Reell konsekvens



Figur 12

For hele Oslo universitetssykehus HF:

Figur 12 viser en fordeling av hvor alvorlige konsekvenser avvikene har blitt vurdert til å ha hatt ut fra de fem gradene: ingen konsekvens, mindre alvorlig konsekvens, moderat skade, betydelig skade, og unaturlig dødsfall. Vi ser at ca. 83 % av de registrerte HMS avvikene i 1. tertial 2012 er vurdert av ansatt/leder å ha ingen eller mindre alvorlig reell konsekvens (grønn + gul). I 2011 var dette snittet 80 %.

Ingen HMS avvik medførte unaturlig dødsfall/ katastrofal faktisk konsekvens.

35 HMS avvik ble vurdert til betydelig faktisk skade/konsekvens, og 146 til moderat faktisk skade/konsekvens. I de fleste alvorlige avvikene anses det vurderte risikonivået som rimelig. Enkelte avvik er imidlertid ut fra informasjonen i avviket vurdert noe høyt. Dette kan ha sammenheng med at mulig konsekvens for pasient også er tatt med i vurderingen.

Tiltaksstatus er vurdert for de 35 HMS avvikene vurdert til betydelig faktisk skade/konsekvens:

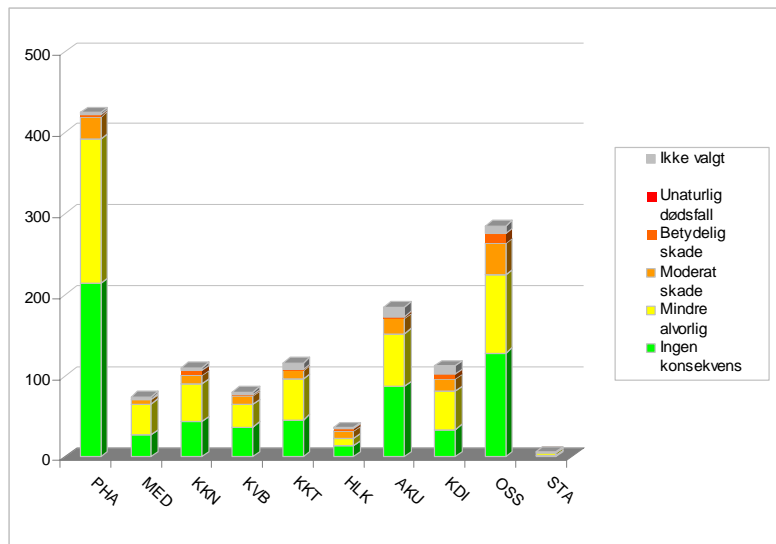
Avvikstype	Lukket	Lukket	I arbeid	I arbeid
	Tiltak OK	Ingen tiltak	Tiltak OK	Ingen tiltak
Arbeidspress	2			
Bemanningsproblemer	3			
Samarbeidsproblemer/konflikter	1			
Inneklima			2	1
Orden og renhold	2		1	1
Stikkskade med smitterisiko			1	
Kjemikalieeksponering			1	1
Muskel/skjelettskade	5		3	1
Skadet til/fra jobb	2			
Manglende vedlikehold av bygn. inkl. tekniske anlegg			1	

Avvikstype	Lukket Tiltak OK	Lukket Ingen tiltak	I arbeid Tiltak OK	I arbeid Ingen tiltak
Mangel på bygn. inkl. tekniske anlegg				1
Branntekniske anlegg			1	1
MTU	1			
IT-tilgang			1	
Manglende vedlikehold av uteområde	1			
Annet HMS	1			

Tabell 18. Vurdering av tiltaksstatus for 35 HMS-avvik som er vurdert med betydelig faktisk skade/konsekvens.

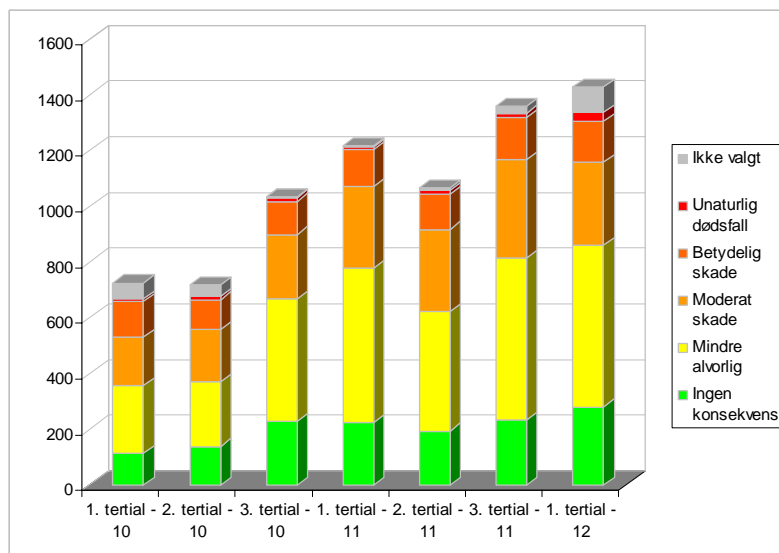
90 av de alvorlige avvikene er innen avviksgruppen "Skade på ansatt" med 28 "Fall, slag, støt, klem, stikk, kutt", 27 "Muskel/skjelettskade" og 15 "Fysisk vold". Mens 55 er innen "Arbeidsmiljø" med 12 "Bemanning", 9 "Arbeidspress" og 8 "Orden og renhold".

For klinikkene 1. tertial 2012:



Figur 13.

6.2.4 [Potensiell konsekvens](#)



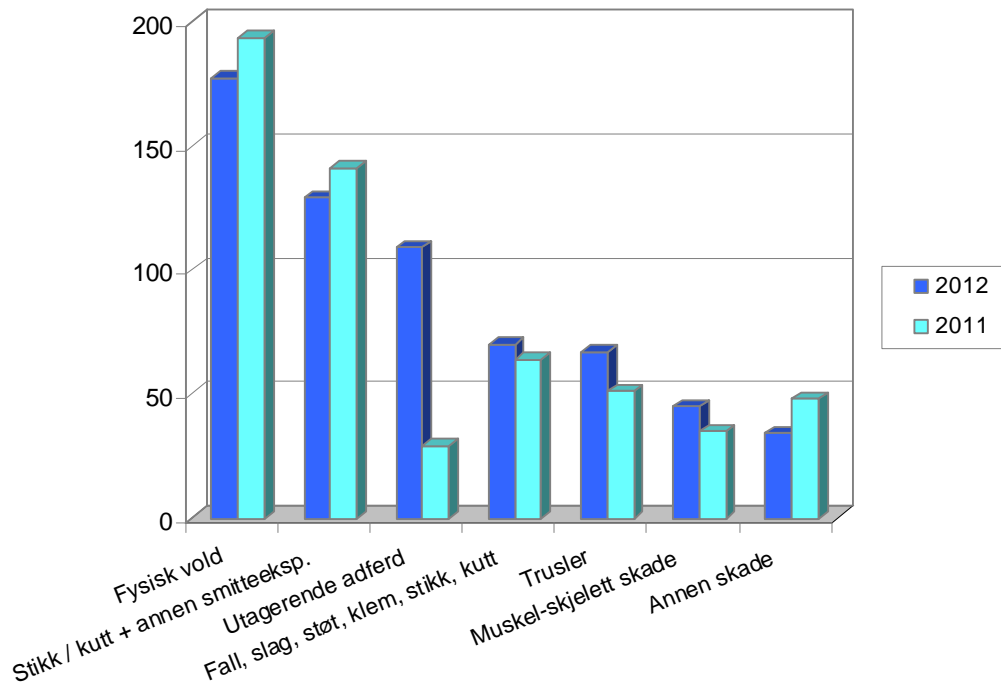
Figur 14.

Det potensielle skadepotensialet har derimot en mer alvorlig risikoprofil enn den reelle/faktiske profilen. Ca. 60 % er vurdert å ha ingen eller mindre alvorlig potensiell konsekvens (grønn + gul) – som snittet i 2011. Mens ca. 40 % av avvikene faller innenfor summen av gradene: Moderat skade, betydelig skade og unaturlig dødsfall/katastrofal skade (oransje + rød) – som snittet i 2011.

29 avvik ville i verste fall kunne medført unaturlig dødsfall/katastrofal skade. Utenom 10 ”Rømningsveier” fordeler de seg jevnt utover avvikstypene. 149 avvik kunne ført til betydelig skade. De største avvikstypene her er 16 ”Fysisk vold”, 13 ”Sikk/kutt med smitterisiko”, 12 ”Muskel/skjelettskade”, 9 ”Arbeidspress” og 8 ”Brudd på sikkerhetsrutiner”.

6.3 De hyppigst meldte HMS-avvikene

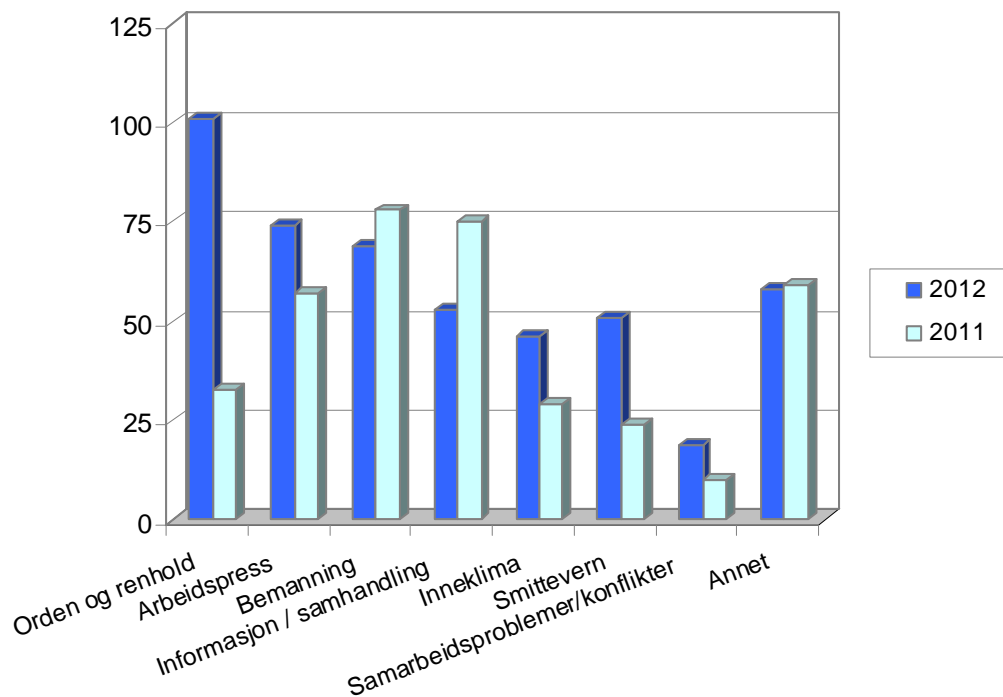
6.3.1 [Skade på ansatt](#)



Figur 15.

Totalt ble det registrert 631 avvik i hovedgruppen ”Skade på ansatte” i 1. tertial 2012 mot 561 i samme periode i 2011, hvilket er en økning på 12 %. Den største avviksgruppen var ”Fysisk vold” med 177 avvik. Sammen med avviksgruppene ”Utagerende adferd” (109 avvik) og ”Trusler” (67 avvik) reflekterer dette et betydelig antall hendelser hvor ansatte ble utsatt eller stod i fare for å bli utsatt for vold, trusler/utagerende atferd, primært fra pasienter innen psykiatri og rus (PHA). Dette har sammenheng med arbeidets art. Hendelsene utgjør en stor belastning for mange av de ansatte som regelmessig i arbeidet utsettes for slike forhold. Den nest største avviksgruppen var ”Stikk/kutt med smitterisiko og Annen smitteeksponering” hvor det ble meldt inn 129 avvik. Stikkskadene har ofte sammenheng med feil rutineutførelse, høy arbeidsmengde og tidspress som gir risiko for flere feilhandlinger. I kolonnen ”annen skade” inngår: kjemikalieeksponering, stråleeksponering og andre skader (hud, luftveier, sanseorganer etc.).

6.3.2 [Arbeidsmiljø](#)



Figur 16.

Totalt ble det registrert 471 avvik i hovedgruppen "Arbeidsmiljø" i 1. tertial 2012 mot 365 i samme periode i 2011, hvilket utgjør en økning på 29 %. Organisasjonen blir med andre ord stadig flinkere til å melde arbeidsmiljørelaterte avvik.

"Orden og renhold" er den største avvikstypen, og er også den som har økt mest. Totalt ble det meldt 101 avvik i 1. tertial 2012 mot 33 i samme periode i 2011, hvilket utgjør en tredobling. Nesten alle avvikene er relatert til renhold, kun noen få til orden. De fordeler seg slik mellom klinikkene:

	Avvik "Orden og renhold"
Klinikk psykisk helse og avhengighet	2
Medisinsk klinikk	13
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	13
Kvinne- og barneklubben	10
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	14
Hjerte-, lunge- og karklubben	1
Akuttklubben	22
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	19
Oslo sykehusservice	7
Direktørens stab	0

Tabell 19.

Det meldes avvik relatert til både pasientarealer og ansattearealer. Eksempler på avvikstitler er: Mangelfullt renhold, dårlig renhold, mangelfull vask av undersøkelsesrom, mangelfull vask av behandlingsrom, mye støv, mye støv og skitt, søppel ikke tømt, mangler hovedrenhold, manglende oppfølging av renholdsrutiner.

Nest største avviksgruppe er "Arbeidspress" som har gått opp med 30 %. Det var 74 avvik i 1. tertial 2012 mot 57 i samme periode i 2011. "Arbeidspress" var ellers den avviksgruppen som økte mest fra 2010 til 2011, hvor den økte med 500 %. Økningen ser nå ut til å flate noe ut. Eksempler på avvikstitler er: Stor arbeidsmengde, underbemanning, for lite ressurser, ikke tid til å ivareta personlige behov, overbelegg, mange dårlige pasienter, feilhandlinger på grunn av stress, mer belastning på grunn av feil i administrative systemer.

Tredjestørste avviksgruppe er "Bemanning" som hadde 69 avvik i 1. tertial 2012 mot 78 i samme periode i 2011. Det dreier seg oftest om ubalanse mellom ressurser og oppgaver. Eksempler på avvikstitler er: Mangelfull bemanning, underbemanning, for lav grunnbemanning, bemanning ikke i samsvar med aktivitetsnivå, for lite legeressurser, for lite sykepleierressurser, mangler pasientkoordinator/portør.

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

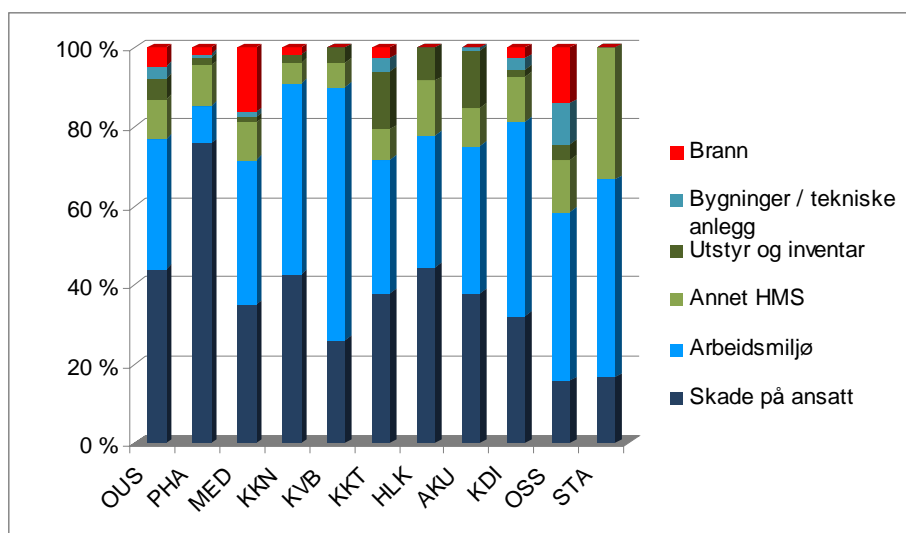
6.3.3 [Klinikkvis meldeprofil](#)

Tabellen under viser en oversikt over hvordan HMS avvikstypene fordeler seg på hovedkategorier i klinikkene:

	Totalt	Skade på ansatt	Arbeidsmiljø	Annet HMS	Utstyr og inventar	Bygninger/ tekniske anlegg	Brann
Klinikk psykisk helse og avhengighet	428	325	40	44	8	4	7
Medisinsk klinikk	74	26	27	7	1	1	12
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	110	47	53	6	2	0	2
Kvinne- og barneklubben	80	21	51	5	3	0	0
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	116	44	39	9	17	4	3
Hjerte-, lunge- og karklubben	36	16	12	5	3	0	0
Akuttklubben	185	70	69	18	27	1	0
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	112	36	55	13	2	3	3
Oslo sykehusservice	285	45	122	37	12	29	40
Direktørens stab	6	1	3	2	0	0	0
Oslo universitetssykehus HF	1430	631	471	143	76	42	67

Tabell 20

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



Figur 17

Figuren avspeiler forskjellige arbeidsmiljøutfordringer i klinikkene.

Nedenunder nevnes de største avviksgruppene i hver klinikk:

Klinikk	De største avviksgruppene
Klinikk psykisk helse og avhengighet	Fysisk vold, utagerende adferd, trusler, bemanning, brudd på sikkerhetsrutiner
Medisinsk klinikk	Orden og renhold, rømningsveier, arbeidspress, stikkskader
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	Stikkskader, informasjon/samhandling, orden og renhold, bemanning, arbeidspress
Kvinne- og barneklubben	Arbeidspress, bemanning, orden og renhold, stikkskader
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	Stikkskader, orden og renhold, arbeidspress, inneklima
Hjerte-, lunge- og karklinikken	Stikkskader, arbeidspress, muskel/skjelettskade, fall/slag/støt/klem/stikk/kutt
Akuttklubben	Orden og renhold, stikkskader, teknisk utstyr, bemanning, smittevern
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	Orden og renhold, stikkskader, inneklima, smittevern, fall/slag/støt/klem/stikk/kutt
Oslo sykehusservice	Rømningsveier, fall/slag/støt/klem/stikk/kutt, mangel på bygning/teknisk anlegg, inneklima
Direktørens stab	Enkeltavvik – ingen trender

Tabell 21. De største HMS avviksgruppene i hver klinikk.

7 Kommunikasjon og omdømme

7.1 Pasienter og pårørende

Sykehusets primære målgruppe er pasientene og deres pårørende. Den viktigste kommunikasjonskanalen overfor disse, i tillegg til den direkte pasientkontakten, er internett. Til sykehusets egen og regionens felles nettløsning leveres fortløpende felles helsefaglig pasientinformasjon om sykdommer, undersøkelser og behandlinger.

Den tekniske løsningen, som er felles for helseregionen, har hittil hatt mange feil, og en såpass krevende forvaltningsmodell at feil ikke rettes. Dette har gjort at utvikling av nettsiden har gått saktere enn ønsket siden oppstart i 2011, og at ferdigprodusert pasientkommunikasjon ikke er tilgjengeliggjort på nettsiden.

I januar startet avdelingen et prosjekt som arbeider særskilt med foredling av pasientkommunikasjonen, både på nett, papir og i andre kanaler (f eks sosiale medier). I første tertial har to pilotprosjekter startet opp: Klinik for kreft, kirurgi og transplantasjoner og Hjerter-, lunge- karklinikken. I april startet Klinik for kirurgi og nevrofag sitt prosjekt for å øke og bedre pasientinformasjonen. Status for det fagstoffet som er publisert ved utgangen av første tertial 2012 på nettsiden er:

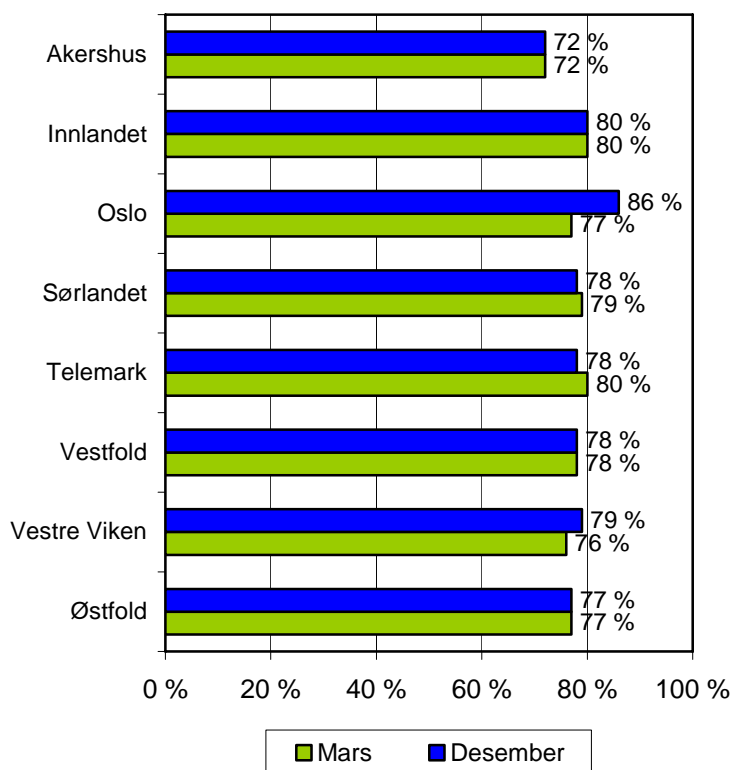
- 306 diagnoser
- 94 undersøkelser
- 158 behandlinger
- Eget nettområde for barn og ungdom bestående av 29 nettsider

Dette er publisert slik at de også er tilgjengelige for andre sykehus i regionen (og understøtter dermed regional løsning) og den offentlige helseportalen www.helsenorge.no. 343 enheter (Klinikker, avdelinger, sentre og seksjoner) presenterer seg på nett, inklusive 29 kompetansetjenester og fagmiljøer (nasjonale og regionale).

Sykehuset har hatt stor suksess med boken ”Meg også”, - bok til barn som pårørende ved sykehus som kommunikasjonsstaben ved sykehuset er ansvarlig for, og har inngått et samarbeid med Universitetsforlaget om et nasjonalt opptrykk slik at den nå blir tilgjengelig også for andre helseforetak. Boken er en oppfølger av Sykehusboka, for barn på sykehus.

Helse Sør-Øst gjennomfører kvartalsvise omdømmeundersøkelser for hele helseregionen. Undersøkelsen for årets tre første måneder viser følgende ”Andel med meget eller ganske stor tiltro til spesialhelsetjenesten brutt ned på sykehusområdene i Helse Sør-Øst²” og for første gang siden sykehuset fusjonerte, ser vi en nedgang i omdømmet, til nå å ligge på nivå med regionens andre sykehus:

² Undersøkelsen gjennomføres av Respons og har ca 3000 respondenter til sammen i helseregionen.



Figur 18. Helse Sør-Øst kvartalsvise omdømmeundersøkelser for hele helseregionen

Medieanalysen under viser også et spesielt negativt bilde for denne perioden. En naturlig antakelse er at svekkelsen i befolkningens tillit til sykehuset henger sammen med særlig de tre vanskelige og store mediasakene som dominerte mediebildet i samme periode:

- Høringen i kontroll- og konstitusjonskomiteen om omstillingen ved sykehuset.
- Håndtering av ventelister.
- Politianmeldelse i forbindelse med ansettelse av tre filippinske sykepleiere.

7.2 Internt

Intranettet er sykehusets primærkanal for informasjonsdeling, debatt og kulturbygging, og ukentlig oppsummering av nyheter sendes ut både elektronisk og på papir. I tillegg er intranettet inngangen til en rekke felles systemer og verktøy. Alle nyhetssaker har kommentarfelt for leserne, og en mulighet for å "like" saken (som f eks på Facebook). Kommentarfeltene brukes stadig hyppigere, men fortsatt er det mange saker som står ukommentert.

De mest brukte verktøysidene /infosidene i siste tertial var som følger (antall besøk på siden ytterst til høyre):

E-post på tvers av sykehus og PC'er - Webmail (fra snarveier)	Infoside	63467
Tjenester, systemer og andre nyttige ressurser (lenke fra forsida)	Infoside	49911
Registrering og oppfølging av uønskede hendelser, nesten-uhell og farlige forhold (Avvikssystemet)	Infoside	22960
Interne telefonkataloger (fra snarveier)	Infoside	21985
Styrende dokumenter (Ressurser)	Infoside	20341
Ledige stillinger (fra Snarveier)	Infoside	14740
Velkommen til Kundesenter OSS (Snarvei på forsida)	Infoside	12331
Tilbud og rabattavtaler til ansatte (MØTEPLASSEN -> TILBUD TIL ANSATTE)	Infoside	10612
Pasientreiser	Avd.side	8990
Velkommen til HR-Personal - et verktøy for din hverdag (fra Snarveier)	Infoside	8722
IKT i Oslo universitetssykehus (fra temasider)	Infoside	8707
Biblioteker i Oslo universitetssykehus	Infoside	7275
Spillet om Oslo universitetssykehus	Nyhet	4214
Sykehuset har behov for spesialkompetanse - har du lyst til å videreutdanne deg?	Nyhet	3278
Kurskatalog Våren 2012	Nyhet (lokal!)	3100
En kjedelig sak, dessverre	Nyhet	2917
Mirakelhendene	Nyhet	2475
Slutfører innplasseringsprosessen for 2011	Nyhet	2311
Olav Røise ansatt som leder av Klinikk for kirurgi og nevrofag	Nyhet	2112
Ansattpriser på Narvesen og andre tilbud til ansatte	Melding	1963
Behovsrettet renhold	Nyhet	1946
Felles GAT-database for hele sykehuset	Nyhet	1835
Cathrine Lofthus konstituert som viseadministrerende direktør	Nyhet	1799
Marit Bjartveit ny klinikkleder	Nyhet	1790

Tabell 22

De fem mest leste temaene på Diskusjonsforumet:

Økning i parkeringsavgift for de ansatte	7567
Grønnkledde på operasjon og alle andre steder!	6058
800 stillinger skal bort	4568
Jeg har kjøpt mitt siste måltid i kantina	4464
Dyre hytter i drift blir lite brukt.	4114

Tabell 23.

De tre diskusjonstrådene med mest innlegg i første tertial har vært:

- Økning i parkeringsavgift for de ansatte - 40 innlegg
- Grønnkledde på operasjon og alle andre steder! - 22 innlegg
- Huller (i veien) - 17 innlegg

Nyhetsbrev

Sykehusets ledelse har utgitt månedlige nyhetsbrev, altså tre, i perioden. I tillegg har klinikkene utgitt lokale nyhetsbrev:

- Klinikk for psykisk helse og avhengighet: 2
- Medisinsk klinikk: 1
- Klinikk for kirurgi og nevrofag: 1
- Hjerte- lunge-, karklinikken: 0
- Kvinne- og barneklubben: 2
- Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben: 3
- Akuttklubben: 1
- Klinikk for diagnostikk og intervensjon: 1 (rettet mot hele sykehuset)
- Oslo sykehusservice: 1

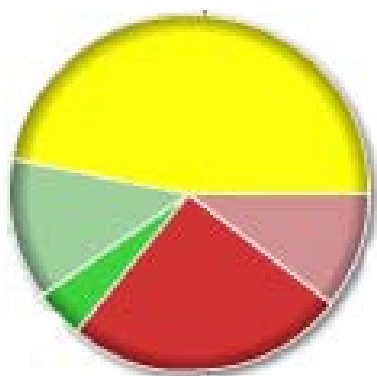
I perioden har Kommunikasjonsstab utviklet 6 kurs (ca 60 deltakere) for publisering på intranett.

Staben prøver denne våren ut et nytt tilbud med Åpen dag en gang i måneden. Tilbudet er for alle ansatte som jobber med sykehusets intra- og internettsider, og ansatte som har behov for bistand med maler for pasientinformasjon, brosjyrer, nyhetsbrev mm. Resultat fra brukerundersøkelsen for Åpen dag i april viser at 100 prosent fikk den hjelpen de trengte.

7.3 I media

Antall saker i mediene har økt fra 4637 i forrige tertial til 6051 i første tertial 2012. Prosentandelen saker som ble vektet negativt økte fra 30 prosent til 36 prosent.

Sakene i første tertial 2012 ble vektet slik:



Figur 19

Gult kakeestykke viser andel nøytrale saker (47 prosent). Grønne kakestykker er positive og svakt positive saker, og utgjør 17 prosent til sammen. De røde kakestykkene er svakt negative og negative mediesaker, og utgjør 36 prosent til sammen.

Av de 2170 negative sakene dominerte følgende temaer:

- Ventelister. Påstander om at Oslo universitetssykehus skal ha jukset bevisst med ventelistene for å spare penger
- Ansettelse av tre filippinske sykepleiere med beskyldninger om menneskehandel
- Sjefsleger sier opp i protest
- Frykter brannkatastrofe på sykehus. Brann- og redningsetaten har vurdert å stenge Oslo universitetssykehus fordi rømningsveier og slukkeutstyr er dårlig
- Halvparten av sykehusets utstyr er utrangert

Av de 1037 positive saker dominerer følgende temaer:

- Ekspertuttalelse om effekter av kokainbruk
- Immune mot antibiotika
- Raskere hjertehjelp
- Redusert ventetid for pasienter med prostatakreft
- Flere sier ja organdonasjon

De 2844 nøytrale sakene handler om svært mange ulike temaer. Ett av temaene er om Anders Behring Breivik og diskusjonene rundt Dikemark om han skulle bli dømt til behandling.

Sykehusets ledelse har revidert en retningslinje for filming på sykehuset, der ansvaret for å godkjenne tilgang til å filme inne på sykehuset tidligere lå delt mellom kommunikasjonsavdelingen og avdelingsleder, til å nå ligge ett sted; Hos klinikkleder. Dette er gjort for å sikre at ansvar er plassert ett sted, for at pasienter og pårørende ikke filmes i sårbare behandlingssituasjoner på sykehuset.

Samtidig har man liberalisert forventningene til mediehenvelser (på mediesiden på internett), fra tidligere å presisere at all mediekontakt *skal* gå via kommunikasjonsstab til nå å tilby at mediekontakt *kan* gå via kommunikasjonsstab. Slik tilbyr kommunikasjonsstaben bistand i å finne frem til fakta og til rette vedkommende, samtidig som media selv kan ta kontakt der de allerede har kontaktpersoner.

Dette er gjort i tråd med medieprosedyren som sier at ansatte selvsagt har ytringsfrihet, at mediehandling er et linjeansvar og for å understreke at det ikke er kommunikasjonsstab som beslutter hvem som kan uttale seg til media eller hvilke budskap som skal velges.

Oslo universitetssykehus har i perioden økt med 500 følgere og har nå 2000 følgere på Twitter (@oslounivsykehus). Sykehuset har også mange aktive medarbeidere på twitter som twitrer fag og deltar i samfunnsdebatten. Sykehuset har utarbeidet en veiledning for medarbeidere i sosiale medier som både understreker at sykehuset ønsker engasjerte medarbeidere i samfunnsdebatten og samtidig gir veiledning for situasjoner som kan oppleves vanskelige med hensyn til direkte pasientkontakt i sosiale medier.

8 Referansetabeller

8.1 Tabell: Revisjoner utført av konsernrevisjonen

Oversikt Klinikk	Revisjonstema	Formål	Fremdrift	Funn
Oslo universitets sykehus	Ventelistehåndtering og fristbrudd-pasienter	Formålet med revisjonen: kartlegge og vurdere sykehusets håndtering av henvendelser fra HELFO, samt kartlegge og vurdere sykehusets praksis for håndtering av ventelister	Handlingsplan er utarbeidet og satt i verk	Styresak 51/2012
Oslo universitets Sykehus (Klinikk for kirurgi og nevrofag. Klinikk for psykisk helse og avhengighet)	Intern styring og kontroll i pasientforløp (somatikk, psykiatri og rus), herunder venteliste-håndtering (pasient - administrativt arbeid)	Formålet med revisjonen: kartlegge og vurdere om pasienten kommer til riktig sted til rett tid, og om pasient og henvisende instans mottar riktig og fullstendig informasjon. Videre å identifisere eventuelle avvik/svakheter i det pasientadministrative arbeidet i foretaket og vurdere årsakene til at dette skjer	Handlingsplan er utarbeidet og satt i verk	Styresak 50/2012

Tabell 24. Revisjoner utført av Konsern revisjonen 1. tertial 2012

8.2 Tabell: Oppfølgingspunkter fra Konsern revisjonen

Dato styre-behandlet	Revisjonstema	Formål	Funn	Status mai 2012
Funn og tiltaksplan var orienteringssak på styremøte 15.12.2011 (sak 149/2011)	System for forankring, gjennomføring, rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier	Formålet med revisjonen: kartlegge og vurdere i hvilken grad styre og ledelse i helseforetakene har etablert effektive og pålitelige systemer for å forankre, gjennomføre, rapportere og følge opp styringskrav fra eier som følger av lov- og regelverk, foretaksprotokoll og oppdrags- og bestillingsdokumen	Det er 7 anbefalinger – Hvorav 3 er relatert til Oppdrag og bestilling (satt i system) 2 er relatert til Risikovurdering (som verktøy) 2 er relatert til Styrearbeid (riktig saker til behandling)	Alle funn er under oppfølging og det arbeides videre med ytterligere forbedringer på området
Funn og handlingsplan ble behandlet som beslutningssak på styremøte 29.09. 2011 (sak 102/2011)	Behandlingsreiser til utlandet	Formålet med revisjonen: kartlegge økonomiske og organisatoriske sider ved forvaltningen av tilskuddordningen for behandlingsreiser som følge av Stortingets bevilgninger over statsbudsjettets kapittel 733 post 72.	<u>Funn som inngikk i handlingsplanen:</u> -fullmakter og fullmaktsbruk -konkurranse etter lov og forskrift om offentlige anskaffelser for barneprogram -tilsyn med behandlingsstedene -papirjournaler og praksis med å frakte disse til behandlingsstedene -hjemmel for bruk av håndkasser ute ved behandlingsstedene -målformuleringer og styringsparametere -risikovurderinger	Funn av alvor karakter ble umiddelbart tatt tak i og rettet opp. De andre funnene arbeides det videre med. Styret vil få en fullstendig status over oppfølgingen på styremøtet 20.09.2012
Oslo universitets-Sykehus var kun med i en av to faser av revisjonen. Funnene ble presentert på leder møte i Oslo universitets-sykehus HF 25.10 2011 (sak 374/2011)	Medisinsk kodepraksis	Formålet med revisjonen: kartlegge og vurdere medisinsk kodepraksis i helseforetakene, herunder om det er etablert god intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at ukorrekt eller taktisk koding ikke forekommer. Mandatet for revisjonen er utarbeidet av internrevisjonene i de fire helseregionene i	De generelle funnene fra alle helseforetakene var sammenfallende med funn fra den interne koderevisjonen ved Oslo universitetssykehus HF	Arbeidet med tiltakene for avdelingen følges opp av klinikkleder. En arbeidsgruppe arbeider med de generelle tiltakene

Dato styre-behandlet	Revisjonstema	Formål	Funn	Status mai 2012
		Samråd med Helsedirektoratet.		
Funn og handlingsplan ble behandlet som beslutningssak på styremøte 31. 03. 2011 (sak 27/2011)	Lønnsområdet	Formålet med revisjonen: kartlegge og vurdere intern styring og kontroll i lønnsprosessene, pålitelig rapportering av styringsinformasjon og etterlevelse av lover og regler	19 forhold var tilfredsstillende, 35 forhold var vektet med middels risiko (gult) og 1 forhold var vektet med høy risiko (rødt).	Rødt forhold ble ordnet umiddelbart. De gule forhold arbeides de videre med i et større prosjekt. Styret vil få en fullstendig status over oppfølgingen på et senere styremøte

Tabell 25. Oppfølgingspunkter fra Konsern revisjonen

8.3 Tabell: Interne revisjoner - oppfølgingspunkter

Oversikt Klinikk	Revisjons tema	Formål	Fremdrift	Funn
Klinikk for kirurgi og nevrofag	Håndtering av humant ben- og senevev	Formålet med revisjonen: å bekrefte at Ortopedisk avdeling har en korrekt håndtering av ben- og senevev	Avdelingen arbeider med forbedringspunktene	2 forbedringspunkter
Oslo universitets Sykehus. Klinikk for kirurgi og nevrofag. Klinikk for psykisk helse og avhengighet	Intern styring og kontroll i pasientforløp (somatikk, psykiatri og rus), herunder venteliste-håndtering (pasient - administrativt arbeid)	Formålet med revisjonen: kartlegge og vurdere om pasienten kommer til riktig sted til rett tid, og om pasient og henvisende instans mottar riktig og fullstendig informasjon. Videre å identifisere eventuelle avvik/svakheter i det pasientadministrative arbeidet i foretaket og vurdere årsakene til at dette skjer	Flere tiltak er utarbeidet og satt i verk	Ref. Styresak 50/2012.
Klinikk for kreft og kirurgi; Gastrokirurgi	Koderevisjon	Formålet med revisjonen å vurdere kvaliteten av den medisinske kodingen innen feltet ved avdelinger lokalisert på Aker, Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet	Funnene ble presentert på leder møte i Oslo universitetssykehus HF 25.oktober 2011 (sak 374/2011) Oppfølging pågår	Funnene er relatert til: <ul style="list-style-type: none"> • organisering av kode-arbeidet og kontroll-funksjoner • opplæring • rutiner og prosedyrer Regelverket oppleves som komplisert

Tabell 26. Interne revisjoner – oppfølgingspunkter

8.4 Tabell: Tilsynsbesøk

Tilsyns- dato	Tilsyn	Tilsyns- myndighet	Klinikk/enhet	Avvik	Frist	Kommentar
25.04.12	Befaring av plasthall for håndtering av avfall Aker	Arbeids- tilsynet	Oslo sykehuservice	0		Lukket
24.04.12	Klinisk utprøving, effekt av interleukin-6 receptorantagonist	Statens legemiddel- verk	Hjerte-, lunge- og karklinikken			Ikke mottatt rapport.
19.04.12	Tilsyn med håndtering av humant bein- og senevev - ORT	Statens helsetilsyn	Klinikk for kirurgi og nevrofag	2	30.06.12	Rapport mottatt. Handlingsplan utarbeides og sendes innen frist.
22.03.12	Uanmeldt brann tilsyn	Branntilsyn	Oslo sykehuservice	0		Lukket
13.03.12	Inspeksjon - hovedkjøkken Rikshospitalet	Mattilsynet	Oslo sykehuservice	1		Lukket
28.02.12	Uanmeldt inspeksjon - kjøkken Radiumhospitalet	Mattilsynet	Oslo sykehuservice	1		Lukket
23.02.12	Oslo helikopterplass, Rikshospitalet	Luftfarts- tilsynet	Oslo sykehuservice	2	01.07.12	Rapport mottatt. Handlingsplan utarbeides og sendes innen frist.
02.02.12	Uanmeldt inspeksjon - hovedkjøkken Ullevål	Mattilsynet	Oslo sykehuservice	2		Lukket
02.02.12	Brannforebyggende tilsyn, Storgata 40	Branntilsyn	Oslo kommune (OSS)	1		Oslo kommune lukker avviket.
25.01.12	Tilsyn ved Seksjons for reproduksjons-medisin	Statens helsetilsyn	Kvinne- og barneklubben	2	31.12.12	Rapport mottatt. Handlingsplan oversendt. Tiltak utføres.
19.01.12	Varsel om tilsyn Prehospital divisjon, avd. Løresenkog	Branntilsyn	Oslo sykehuservice	0		Rapport mottatt. Tiltak vedr. anmerk. utføres.
02.01.12	Sikkerhetsnivået ved fyringsanlegget	Arbeids- tilsynet	Oslo sykehuservice	0		Lukket
13.12.11	Undersøkelse av planleggingen av omstillingene i Oslo universitetssykehus HF (postalt tilsyn)	Riksrevisjonen	Hele helseforetaket			Et stort antall dokumenter oversendt innen frist. Ingen tilbakemelding foreløpig.

Tabell 27. Tilsynsbesøk i Oslo universitetssykehus HF 1. tertial 2012. Kilde: Avvikssystemet

8.5 Tabell: Tidligere tilsyn – fortsatt arbeid med sak og/eller tiltak

Tilsyns-dato	Tilsyn	Tilsyns-myndighet	Klinikk/enhet	Avvik	Frist	Kommentar
Tilsyns-dato	Tilsyn	Tilsyns-myndighet	Tilsett enhet	Avvik	Frist	Status
07.11.11	Systemrevisjon brannsikkerhet	Branntilsyn	Hele helseforetaket	7	01.10.12	Sak avsluttet. Arbeider med gjennomføring av handlingsplan.
11.10.11	Revisjon av HMS-arbeid vedrørende elektromedisinsk utstyr og elektrosikkerhet	Direktoratet for samfunns- sikkerhet og beredskap	Oslo sykehusservice	5	31.12.12	Sak avsluttet. Arbeider med gjennomføring av handlingsplan.
10.10.11	Pasienter med hjerneslag- landsomfattende tilsyn	Fylkesmannen helseavdeling	Medisinsk klinikk	1	15.10.12	Handlingsplan oversendt. Tiltak gjennomføres. Bedt om ledelsens oppfølging og andre opplysn.
28.09.11	Behandling av sårbare eldre pasienter med hoftebrudd	Fylkesmannen helseavdeling	Klinikk for kirurgi og nevrofag	1	15.06.12	Handlingsplan oversendt. Tiltak gjennomføres. Bedt om analyse og beregninger.
20.06.11	Anleggskontroll mot nyanlegg, tavler og pasientområder og tekniske anlegg mht person og brannsikkerhet	Hafslund DLE/ Infratec	Oslo sykehusservice	47	01.01.13	Handlingsplan oversendt. Arbeider med gjennomføring innen frist.
15.06.11	Tilsynsrapport fra statusmøte og befaring Bygningsmassens tilstand Kjemikaliehåndtering	Arbeids- tilsynet	Hele helseforetaket	10	01.03.15	8 av 10 avvik lukket. Tiltak gjennomføres fram til 2015. Fortløpende dialog.
15.06.11	Tilsynsrapport fra statusmøte og befaring Arbeidstidsbestemmelser	Arbeids- tilsynet	Hele helseforetaket	1	28.09.12 02.11.12	Det arbeides med tiltak innen frist.
02.12.09	Høyblokka på Radiumhospitalet (i fusjonstid med Rikshospitalet)	Branntilsyn	Oslo sykehusservice	1	31.12.12	Sak avsluttet. Handlingsplan med brannteknisk oppgradering gjennomføres innen 2012.
02.11.09	Branntilsyn bygg 2, Søsterhjemmet, Ullevål	Branntilsyn	Oslo sykehusservice	1	31.12.13	Pågående sak. Handlingsplan med brannteknisk oppgradering gjennomføres innen 2013.

Tabell 28. Ikke avsluttede avvik/pålegg fra tidligere tilsyn. Kilde: Avvikssystemet

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. juni 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: 1. Tabellvedlegg

SAK 43/2012 RAPPORTERING PER MAI 2012

Forslag til vedtak:

1. *Styret tar rapporteringen per mai til orientering*
2. *Styret konstaterer at driftssituasjonen hittil i år viser en risiko for et negativt resultatavvik i 2012 og ber administrerende direktør fortsette arbeidet med å finne nye tiltak for å redusere det negative avviket. Styret konstaterer videre at Oslo universitetssykehus HF er tildelt en samlet likviditet til drift og investeringer. På bakgrunn av risikoen for et negativt resultatavvik for driften vedtar styret å redusere investeringsbudsjettet (ordinære investeringer) fra 315 millioner kroner til 250 millioner kroner. Styret gir videre administrerende direktør fullmakt til å bestille utstyr for levering i 2013 innenfor en ramme av 100 millioner kroner.*
3. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt (finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer) som omfatter etablering av 2 operasjonsstuer på Rikshospitalet innenfor en samlet ramme på 49 millioner kroner.*
4. *Styret vedtar anskaffelse av MR ved Radiumhospitalet (finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer) og ber administrerende direktør forelegge saken for Helse Sør-Øst RHF for godkjenning*
5. *Styret gir administrerende direktør i samråd med styreleder fullmakt til å godkjenne forprosjekter til gjennomføring når disse foreligger i perioden frem til styremøte i september 2012, slik at fremdrift i omstillingsprosjekter sikres.*

Oslo, den 15. juni 2012

Bjørn Erikstein

1. SAMMENDRAG

Gjennomgangen av status og resultater per mai (årsverk per juni) viser kortfattet følgende:

- Somatikk:
 - Aktiviteten innenfor somatikken er høyere enn budsjettert.
 - Det er registrert færre liggedøgn for utskrivningsklare pasienter (somatikk) enn budsjettert.
- Psykisk helsevern og rusbehandling:
 - Aktiviteten innenfor psykisk helsevern for voksne er høyere enn planlagt både for døgnvirksomheten og poliklinisk aktivitet.
 - Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det skrevet ut flere pasienter enn budsjettert, mens poliklinisk aktivitet og dagbehandling er noe lavere enn budsjettert
 - Det er høyere døgnaktivitet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn lagt til grunn i budsjettet. Den registrerte polikliniske aktiviteten innenfor rusområdet er hittil i år lavere enn budsjettert.
- Utviklingen i ventetid for Oslo universitetssykehus er svakt positiv: Ved utgangen av mai var gjennomsnittlig ventetid til avvikling (for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp) redusert til 78 dager.
- Andel fristbrudd er omtrent på samme nivå som i samme periode i 2011 og viser en svak positiv utvikling hittil i 2012.
- Det økonomiske resultatet viser et negativt budsjettavvik per mai på 59 millioner kroner (justert for økte pensjonskostnader) inkludert gevinst fra salg av eiendom på 33 millioner kroner. Korrigert for denne salgsinntekten viser ordinær drift et negativt resultatavvik (justert for økte pensjonskostnader) på om lag 92 millioner kroner til og med mai.
- Antall brutto månedsverk er i juni 16.954 og har vært relativt stabilt de siste månedene etter en betydelig nedgang ved siste årsskiftet.
- Sykefraværet per februar er på 7,9 pst. Dette er en reduksjon på 0,3 prosentpoeng fra samme periode i 2011.

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Administrerende direktør konstaterer at aktiviteten hittil i 2012 er relativt høy både når det gjelder somatikk og deler av psykisk helsevern. Det forventes at denne meraktiviteten vil holde seg ut året. Blant annet på bakgrunn av lange ventelister er det ikke satt i verk tiltak for å begrense aktiviteten i somatikken. Sykehusledelsen har sterkt fokus på aktiviteten innenfor psykisk helsevern for barn og rusområdet for å bidra til at omstillingsarbeidet ikke fører til svekket tilbud til pasientene.

Administrerende direktør har organisert tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset. Det er etablert tre innsatsområder knyttet til henvisningshåndtering og ventelistedministrering som forventes å ha effekt på flere av styringsparametrene som omhandler ventelistene.

Administrerende direktør konstaterer at den negative økonomiske resultatutviklingen fortsatte også i mai. Det er svært bekymringsfullt at sykehuset har et betydelig negativt økonomisk avvik hittil i år, også på bakgrunn av kravet om ytterligere kostnadsreduksjoner inn i 2013. De tiltakene som så langt er identifisert vurderes ikke å være tilstrekkelige for å kunne nå det økonomiske resultatmålet, og samlet sett vurderes det å være en betydelig risiko for et negativt resultatavvik ved årets slutt selv om det arbeides for å identifisere ytterligere tiltak.

Med utgangspunkt i oppdragsdokumentet for 2012, hvor det tydeliggjøres at det stilles en samlet likviditet til disposisjon for drift og investeringer, ser administrerende direktør seg nødt til å foreslå å redusere de planlagte investeringene. Administrerende direktør vil understreke at dette isolert sett øker risikoen for driftsproblemer pga av utdatert medisinsk-teknisk utstyr. Blant annet av den grunn foreslår administrerende direktør en fullmakt til å anskaffe utstyr for levering tidlig i 2013.

3. PASIENTBEHANDLING

3.1. Aktivitet somatikk

Akkumulert per mai er aktiviteten innenfor somatikken målt ved DRG-poeng 1,4 pst (1.264 DRG-poeng) høyere enn budsjettet. Det er positivt avvik både for DRG-poeng som inngår i "sørge-for" ansvaret, dvs pasienter fra egen region, og for DRG-poeng knyttet til pasienter bosatt utenom egen helseregion. Sammenlignet med rapportert resultat per april (+1,0 pst) innebærer mai-tallene en økning i det positive avviket på 0,4 pst. Akkumulert avvik per mai er inkludert effekt av etterregistrert aktivitet for 1. tertial (utgjør om lag 1.000 DRG-poeng). Den rapporterte aktiviteten i mai er isolert sett noe svakere enn budsjettet. Det antas imidlertid at det gjenstår et visst etterslep av aktivitetsregistrering for mai, spesielt på bakgrunn av at hovedfokus i mai har vært kvalitetssikring av registrert aktivitet for 1. tertial for å sikre komplett aktivitets- og finansieringsgrunnlag for 1. tertial til Norsk Pasientregister.

Sammenlignet med de fem første månedene i 2011 er det registrert en reell aktivitetsreduksjon hittil i år på om lag 3 pst (aktivitet begge år målt med 2012-grupper). I forhold til fjoråret er aktiviteten redusert på flere områder som følge av at den såkalte haleaktiviteten etter aktivitetsoverføring til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF er avviklet. Innenfor noen områder er aktiviteten imidlertid økt fra 2011 til 2012, blant annet innenfor hjerteområdet hvor det er økt aktivitet knyttet til PCI og ablasjoner. Det er videre en betydelig økning i antall traumealmer.

Antall DRG-poeng som inngår i ordningen med kommunal medfinansiering (KMF) er 8 pst høyere enn budsjettet hittil i år. Dette skyldes at en noe større andel av aktiviteten faktisk er definert som KMF enn det som var lagt til grunn i budsjettet. KMF er først innført i år, og det ble i forbindelse med budsjettarbeidet kommunisert med Helse Sør-Øst RHF at det var usikkerhet knyttet til grunnlaget for budsjettering av KMF.

3.2. Aktivitet psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

For *voksenpsykiatrien* er antall utskrevne pasienter hittil i år 40 flere (8,7 pst) enn budsjettet, mens antall polikliniske konsultasjoner er 14,8 pst (4.528 konsultasjoner) høyere enn plantall. Den høye polikliniske aktiviteten skyldes to nye poliklinikker,

hvor aktiviteten er betydelig høyere enn planlagt hittil i år. Videre har det vært lite vakanser og god produktivitet per behandler innenfor voksenpsykiatrien. Større grad av poliklinisk behandling er en ønsket og planlagt endring av virksomheten. Sammenlignet med 2011 er det en reduksjon i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 23 pst (146 opphold). Antall polikliniske konsultasjoner er imidlertid økt med 29 pst, fra 27.226 til 35.187 konsultasjoner.

Innenfor *barne- og ungdomspsykiatrien* er den polikliniske aktiviteten per mai 0,4 pst (96 konsultasjoner) lavere enn plantall. Det er skrevet ut 15 flere pasienter enn budsjettert. Sammenlignet med 2011 er antall polikliniske konsultasjoner redusert med 121 (0,6 pst). Det er skrevet ut om lag samme antall pasienter fra døgnbehandling som i 2011. Det gjennomføres store omstillinger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Som det fremkommer av rapporteringen var det lave aktivitetstall innenfor området i mai isolert, og sykehusledelsen har særskilt fokus på barne- og ungdomspsykiatrien for å sikre at omstillingen ikke får konsekvenser for pasientbehandlingen.

Innenfor *tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)* er det hittil i år skrevet ut 11 pst (107 opphold) flere pasienter fra døgnbehandling enn plantall, mens antall polikliniske konsultasjoner er 12 pst (480) lavere. Sammenlignet med 2011 er det en reduksjon i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 24 pst (340 opphold). Endringen fra fjoråret henger sammen med et nedtrekk på 10 døgnplasser for avgiftning fra 16. 01.2012 og avvikling av 8 plasser ved Enheten Frogn i mai 2011. Antall polikliniske konsultasjoner er redusert med 16 pst (665 konsultasjoner). De forhold som kan ha bidratt til lav registrert poliklinisk aktivitet er høyt sykefravær, den pågående prosessen knyttet til bemanningsreduksjoner ved senteret, forsinket dreining fra døgn til dag- og poliklinisk aktivitet og endringer i registreringspraksis. Det arbeides med ulike tiltak for å øke den refusjonsbare polikliniske aktiviteten, og det arbeides med å kvalitetssikre registreringspraksis ifht HELFO. Sykehusledelsen har fokus på at omstillingen innenfor rusområdet ikke skal få negative konsekvenser for pasientbehandlingen.

3.3. Ventelisteutvikling

For 2012 er målet at gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter skal reduseres til 65 dager. Utviklingen i gjennomsnittlig ventetid ved Oslo universitetssykehus HF er svakt positiv sammenlignet med siste halvår 2011, og relativt stabil de fem første månedene av 2012. Per utgangen av mai var gjennomsnittlig ventetid til avvikling (for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp) 78 dager.

Tiltak i arbeidet med å redusere ventetid til helsehjelpen starter er bedre planlegging av aktivitet i avdelingene og mer aktivt bruk av ventelistene i planlegging av driften. Det vises forøvrig til styresak 26/2012 hvor det er omtalt tre innsatsområder som det fokuseres på knyttet til henvisningshåndtering og ventelisteadministrering. Disse tre innsatsområdene omfatter kompetanseheving og opplæring, rydding i ventelister og tiltak for å bedre kapasiteten innenfor enkelte fagområder. Det forventes at dette arbeidet vil gi effekt på flere av styringsparametrene som omhandler ventelistene

Når det gjelder fokus på kapasitet innenfor enkelte fagområder kan det spesielt nevnes at det innen ortopedi og nevrologi nå planlegges for en midlertidig kapasitetsøkning og en optimalisering av driften slik at ventelistene kan reduseres. I tillegg har det regionale helseforetaket nedsatt midlertidige fagråd innen disse to fagområdene som bl.a skal se på kapasitetsutnyttelse innen regionen.

Når det gjelder plastikk- og rekonstruktiv kirurgi pågår det et også et regionalt prosjekt som ser på behov, kapasitet og dimensjonering av plastikk-kirurgi i regionen. I tillegg er det i forslag til revidert nasjonalbudsjett avsatt midler til behandling av pasienter som står på venteliste for brystrekonstruksjon. Dette er to tiltak som vil bidra til en positiv utvikling i ventelistesituasjonen innen 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.

Ventelister og fristbrudd tas opp i alle oppfølgingsmøtene med klinikkene og det er også separat oppfølging av klinikken med de største utfordringene.

3.4. Fristbrudd

For 2012 er målet at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. Andelen fristbrudd var i mai 12,7 pst, hvilket representerer en svakt positiv utvikling for de fem første mnd av 2012. Gjennomsnittlig andel fristbrudd hittil i år er 13,2 pst, mens det i samme periode i 2011 var 13,5 pst.

Tiltakene som er omtalt under ventelisteutvikling vil også omfatte tiltak for fristbrudd. Kompetansen rundt pasienters rettigheter og korrekt håndtering av pasienter med rett til prioritert helsehjelp økes i tillegg til at det settes fokus på ajourførte ventelister og god planlegging av driften samt at man ser på tiltak for økning av kapasitet innenfor enkelte fagområder med høy andel fristbrudd.

3.5. Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Oslo universitetssykehus HF arbeider for at flest mulig pasienter får informasjon om time for utredning/behandling samtidig som det gis informasjon om vurderingen av henvisningen. Per dags dato har ikke foretaket data på hvor stor andel pasienter som får tidspunkt for helsehjelp i samme brev som det gis informasjon om henvisningsvurderingen. Dette vil først kunne rapporteres etter oppgradering av PAS/EPJ, som nå er planlagt i Q4 2012. I forbindelse med fokus på opplæring og kompetanseheving knyttet til henvisningshåndtering og ventelisteadministrering, vektlegges også målet om at pasienter skal få tidspunkt for helsehjelp sammen med informasjon om henvisningsvurderingen. Etableringen av timebøker minst 12 måneder fremover i tid vil muliggjøre en positiv utvikling på dette området.

3.6. Andel korridorpasienter

For 2012 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter var i mai 0,8 pst, hvilket er lavere enn gjennomsnitt hittil i år (0,9 pst), og lavere enn i samme periode i 2011 (1,2 pst). Tiltak i klinikkene for å redusere omfanget av korridorpasienter er økt fokus på planlegging av utskrivning, tidligere legevistter og dermed tidligere utskrivning av pasienter og bedre bruk av senger på tvers av de ulike sengepostene. Det er videre innført rutiner for bestilling av transport for utskrivningsklare pasienter, slik at dette skal være garantert.

3.7. Utskrivningsklare pasienter

Både antall og andel utskrivningsklare pasienter innen somatikken er redusert fra januar til mai. Det samme gjelder for antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter.

Gjennomsnittlig andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter har falt fra 1,5 pst i januar til 0,6 pst ved utgangen av mai. Dette er en forventet utvikling som reflekterer at samhandlingsreformen og kommunens betalingsplikt gir effekt. Det er forventes nå en fortsatt nedgang i antall utskrivningsklare pasienter innen somatikken, men dermed også lavere inntekter for utskrivningsklare pasienter enn budsjettert.

4. ØKONOMI

4.1. Resultat per mai

Per mai viser det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF et negativt resultat på 359 millioner kroner mot et budsjettert negativt resultat på 132 millioner kroner, dvs at resultatet er 227 millioner kroner svakere enn budsjettert. I dette inngår høyere pensjonskostnader enn budsjettert med 168 millioner kroner. Justert for økte pensjonskostnader er det negative akkumulerte budsjettavviket per mai 59 millioner kroner (0,7 pst av samlet omsetning i perioden). I akkumulert budsjettavvik inngår gevinst fra salg av eiendom med en engangsinntekt på 33 millioner kroner. Det negative budsjettavviket er økt med 12 millioner kroner i mai (fra 47 millioner kroner per april til 59 millioner kroner per mai). Hensyntatt gevinst fra salg av eiendom også i mai har det negative avviket knyttet til driften økt med nærmere 14 millioner kroner i mai. I regnskapet hittil i år er det forhold fra 2011 som bidrar med både positive og negative resultateffekter. Samlet sett har den ordinære driften vært om lag 92 millioner kroner svakere enn forutsatt i budsjettet hittil i år. Det negative avviket har vært noe lavere de siste månedene enn i årets første måneder.

Det er fortsatt noe usikkerhet til periodisering av både inntekter og kostnader. På inntektssiden relateres dette blant annet til innføring av ny løsning for innsending av refusjonskrav til HELFO (fra POLK til BKM – behandlerkravmelding). Usikkerheten er størst innenfor radiologi hvor det samtidig er innført nytt kodeverk. I henhold til plan skal det være sendt refusjonskrav på ny løsning før sommerferien fra alle 12 systemene som omfattes av endringen. Per i dag er status at syv av tolv systemer ved foretaket er ferdig testet og produksjonssatt. Oslo universitetssykehus HF vurderer det som helt nødvendig at det regionale prosjektet for innføring av BKM ikke avvikles før alle systemene er godkjent. Blant annet fungerer ennå ikke teknisk løsning for PasDoc, og foretaket har derfor den 1. juni varslet styringsgruppen for det regionale prosjektet om saken og bedt om at dette følges opp av prosjektet. Foretaket er 13.6 varslet om at prosjektet ikke avsluttes nå, men videreføres til det er ferdig.

Det er også noe usikkerhet knyttet til inntekter for utskrivningsklare pasienter fra Oslo kommune, særlig for første halvdel av januar. Dette skyldes at nye melderutiner først ble tatt i bruk fra 12.1, og at bydelene ikke vil betale ny pris for dagene før ny rutine ble tatt i bruk. Årsaken til at ny melderutine ikke var på plass tidligere skyldes at Forskrift om kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter ble sent vedtatt. Oslo universitetssykehus HF vil følge dette opp mot Oslo kommune.

Videre gjenspeiler driftsinntektene per mai at aktiviteten hittil i år er høyere enn budsjettert, jf omtale ovenfor.

På kostnadssiden er det fortsatt usikkerhet innenfor IKT-området, hvor tjenesteavtalen for 2012 mellom foretaket og Sykehuspartner fortsatt ikke er på plass. Det er også

noen uavklarte forhold fra 2011 som vil kunne få økonomiske implikasjoner. Sykehuspartner har lagt frem en kostnadsprognose for 2012 som nå blir kvalitetssikret. Videre er det usikkerhet knyttet til kostnadene til årets lønnsoppgjør. Det er i regnskapet til og med mai forutsatt at dette blir i samsvar med forutsetningene fra statsbudsjettet.

Pensjonskostnader er bokført ut fra NRS-beregningene fra januar i år. Dette gir en merkostnad per mai på 168 millioner kroner i forhold til budsjettet. Regjeringen har i revidert nasjonalbudsjett (RNB) 2012 foreslått bevilget basisinntekt til kompensasjon for økte pensjonskostnader. Helse Sør-Øst RHF har varslet at de vil komme tilbake til kompensasjon per helseforetak når RNB er vedtatt.

Det økonomiske avviket per mai må ses i forhold til at budsjettet er forholdsvis flatt periodisert. Gradvis økt gjennomføring av tiltak som forutsatt i budsjettet vil dermed isolert sett kunne redusere de negative budsjettavvikene. Det vurderes imidlertid fortsatt å ikke være tilstrekkelig med tiltak til å sikre et resultat i samsvar med budsjett. Det er etablert en tettere tiltaksoppfølging ovenfor klinikkene og en egen innsatsgruppe jobber blant annet med kvalitetssikring av dette og hjelper klinikkene i arbeidet med å identifisere ytterligere tiltak.

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

Kostnads- og inntekts type	Hittil i år		Kommentarer
	Avvik	Avvik i %	
Basisramme	0	0,0 %	Basisrammen inntektsføres som budsjettet.
Aktivitetsbaserte inntekter	-9 518	-0,4 %	Det er flere forhold som forklarer at aktivitetsbaserte inntekter samlet er lavere enn budsjettet til tross for at antall DRG-poeng er høyere enn budsjettet. Forhold som bidrar til lavere inntekter er utskrivningsklare pasienter, lave polikliniske innteter (eksternt finansiert aktivitet, radiologi mv), forhold mellom årene gjør at aktivitetsbaserte inntekter og andre inntekter delvis må ses i
Andre inntekter	56 610	8,2 %	Andre inntekter inkluderer gevinst fra salg av eiendom med 33 mnok og 14 mnok i høyere inntekter fra eksternt finansiert virksomhet enn budsjettet.
Sum driftsinntekter	47 092	0,6 %	Korrigert for gevinst fra salg av eiendom på 33 mnok, er driftsinntektene 15 mnok høyere enn budsjettet. Dette relateres blant annet til høyere aktivitet enn budsjettet og noe høyere inntekter fra øremerkede midler enn budsjettet.
Lønn- og innleiekostnader	297 027	-5,7 %	Det er en merkostnad for lønn- og innleie på 297 mnok. Av dette er 168 mnok relatert til merkostnader for pensjon som følge av endrede forutsetninger. Justert for økte pensjonskostnader er det et negativt avvik for lønn- og innleie på 228 mnok, tilsvarende 2,9 pst.
Varekostnader	11 805	-1,2 %	Varekostnadene er høyere enn budsjettet. Det er blant annet høye kostnader til dyre implantater og medikamenter. Gjestepasientkostnader er noe lavere enn budsjettet.
Andre driftskostnader	-35 952	2,6 %	Det er mindreforbruk på flere poster, blant annet er energikostnadene nærmere 10 mnok lavere enn budsjettet. Videre er det noe forsiktig budsjettering. Det knytter seg fortsatt usikkerhet til kostnadene til Sykehuspartner IKT da det ennå ikke foreligger tjenesteavtale for 2012.
Sum driftskostnader	272 880	-3,6 %	Justert for økte pensjonskostnader er det et negativt avvik forsum driftskostnader på 105 mnok.
Driftsresultat	-225 788	-2,9 %	
Netto finans	-1 465	-4,3 %	Avviket skyldes noe lavere rentekostnader enn budsjettet og effekt av interne elimineringsrelatert til AS'ene.
Resultat	-227 253	-2,9 %	
Resultat etter eks.ord. pensjonskostnader	-58 865	-0,7 %	

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

4.2. Vurdering av årsestimat

Et resultat i samsvar med vedtatt budsjett (justert for økte pensjonskostnader) forutsetter gjennomføring av både planlagte tiltak og nye tiltak utover dette. Utover

faktisk effekt av tiltak, er det usikkerhet knyttet til resultatet for 2012 på flere områder. Resultatusikkerheten gjelder særlig lønnsoppgjør og IKT-kostnader (herunder konsekvenser av utsettelse av milepæl 5 innenfor FKI-programmet). Videre er det ikke endelig avklart i hvilket omfang økte pensjonskostnader vil bli kompensert.

Alle klinikkene arbeider med gjennomføring av vedtatte tiltak samtidig som det planlegges nye tiltak for å redusere kostnadsnivået i 2012.

For den somatiske aktiviteten er det meldt et forventet positivt avvik for antall DRG-poeng på 1,5 pst. Denne meraktiviteten er forutsatt finansiert med ordinær ISF-refusjon og vil dermed isolert sett bidra til høyere inntekter. Samlet sett vurderes det likevel å være en betydelig risiko for et negativt resultatavvik i 2012. På bakgrunn av dette legges det opp til å begrense de planlagte investeringene i størrelsesorden 65 millioner kroner i 2012, jfr pkt 4.5 om investeringer.

4.3. Produktivitetsutvikling

Oslo universitetssykehus HF utarbeider tertialvise produktivitetsanalyser per (somatisk) klinikk. Produktiviteten er uttrykt som forholdstall mellom aktivitet, målt i form av DRG-poeng, og kostnader målt ved totale driftsutgifter korrigert for anslått lønns- og prisstigning. Ved sammenlikning av produktivitet i 1. tertial 2012 mot 1. tertial 2011 er analysene for første gang også foretatt på avdelingsnivå. De avdelingsvise resultatene er gått gjennom i tertialoppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og den enkelte klinikk.

For de somatiske klinikkene samlet viser analysen at produktiviteten (aktivitet ifht kostnader) er bedret med 0,6 pst fra 1. tertial 2011 til 1. tertial 2012. Dette gjenspeiler at kostnadene er redusert mer enn aktiviteten. Tilsvarende analyser er foretatt ved å sammenlikne aktivitet i forhold til bemanning. For de somatiske klinikkene er bemanningsreduksjonen større enn kostnadsreduksjonen og dersom man bruker bemanning som mål på innsatsfaktoren bedres den beregnede produktiviteten fra 1. tertial 2011 til 1. tertial 2012 med 0,9 pst i stedet for 0,6 pst når man bruker kostnader.

4.4. Gjennomføring av budsjett 2012 og oppfølging av tiltak

Sykehusledelsen og en egen innsatsgruppe har gjennomgått eksisterende tiltak med alle klinikker i forhold til realistisk fremdrift og avklaringer som må på plass i forhold til gjennomføring. Klinikkerne har etter dette rapportert ny prognose for gjennomføring av tiltak ut 2012 som innebærer en reduksjon på omlag 250 månedesverk fra mai og frem til årsskiftet 2012/2013. Dette er imidlertid ikke tilstrekkelig til å sikre et resultat i samsvar med budsjett for 2012 og en inngangsfart til 2013 som hensyn tar behovet for ytterligere kostnadsreduksjoner. Klinikkerne er derfor blitt bedt om å utarbeide og gjennomføre ytterligere tiltak i 2012. Det arbeides også med egne bestillinger til enkelte klinikker med pålegg om gjennomføring av konkrete endringer.

Det blir rettet særskilt oppmerksomhet på de klinikker som har de største avvik fra budsjett. I avsnittene under trekkes det frem eksempler på de mest sentrale tiltak som er under gjennomføring i disse klinikkene.

Klinikk for Kirurgi og Nevrologi (KKN)

Klinikken er i prosess med å utarbeide nye tiltak etter at de samlokaliseringstiltakene som ble skissert i budsjettprosessen ikke kan gjennomføres slik det var planlagt. Det

nedsettes nå to arbeidsgrupper som vil jobbe videre med de viktigste områdene for klinikken, både av økonomiske og medisinske hensyn. De viktigste områdene som vurderes er:

1. Flytting av mest mulig elektiv kirurgi til Rikshospitalet. I den forbindelse vil man også se på muligheten for å flytte noe dagkirurgi til Aker.
2. Vurdering av en felles øyeblikkelig hjelp sengepost på Ullevål.
3. Organiseringen av klinikkens intermediærenheter. Klinikken har mange, små intermediærenheter, og vil vurdere hvorvidt dette er hensiktsmessig eller om man skal gå for samling til større enheter.
4. Antall vaktlag skal vurderes. Reduksjon av vaktlag vil både kunne gi lavere kostnader samt mer dagarbeidstid som genererer mer pasientbehandling og inntekter.
5. Bedre utnyttelse av senger, samdrift Ullevål sykehus og Rikshospitalet.
6. Bedre kapasitet på CT/MR. Pasientgjennomstrømningen i klinikken er ikke optimal grunnet manglende radiologikapasitet. Rett kapasitet og planlegging gir mer effektive pasientforløp

Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken (KKT)

Klinikken gjennomfører et bemanningsnormeringsprosjekt for sengepostene i klinikken. Bemanning og belegg i alle sengeposter er kartlagt og det er innhentet data fra tilsvarende enheter nasjonalt og internasjonalt som ledd i en benchmarking. Etter at prosjektet leverte rapport 1. juni er klinikkens avdelinger bedt om å redegjøre for behov for senger, en bemanningsnorm for avdelingen, organisatoriske tilpasninger og andre prosessforbedringstiltak som kan gjennomføres for sengepostene. Klinikken foreløpige vurderinger er at det kan gjennomføres kutt av ytterligere 15 senger med tilhørende 20 årsverk. Bemanningsreduksjonen vil gjennomføres i henhold til retningslinjer for bemanningstilpasning og effektene kan gjennomføres i løpet av 2012.

Hjerte-, lunge- og karklinikken

Innenfor den thoraxkirurgiske virksomheten arbeides det nå med overføring av kompliserte hjerteoperasjoner fra Ullevål sykehus til Rikshospitalet. Det legges en plan for felles henvisningsmottak for hele Thoraxkirurgisk avdeling. Planen vil også omfatte organisering og rutiner for fordeling av aktivitet mellom Ullevål sykehus og Rikshospitalet for driftsoptimalisering. Det innarbeides ny tjenesteplan for overleger hvor antall vaktlag skal reduseres. Videre etableres det felles tjenesteplan for leger i spesialisering som sikrer rotasjon på begge lokalisasjoner og som dermed legger til rette for gode utdanningsløp.

Akuttklinikken (AKU)

Klinikken vil få effekt av overføring av fagområder fra Aker sykehus i sommer inkl. selve avviklingen av akuttmottak på Aker. Effekten blir imidlertid lavere enn tidligere beregnet ettersom mesteparten av ø-hjelp pasienter innen urologi og karkirurgi fortsatt vil tas i mot på Aker (fra sommeren av på urologisk sengepost på Aker). Akuttklinikken må således opprettholde en viss bemanning og beredskap på Aker sykehus. Estimert effekt av flytting fra Aker er dermed redusert fra 32 årsverk (15 millioner kroner) til 12 årsverk (7 millioner kroner).

4.5. Investeringer

Investeringer til drift

Investeringsbudsjettet for videreføring av drift er på 315 millioner kroner for 2012. Dette er basert på et årsresultat som budsjettet (-400 millioner kroner). Ifølge oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF skal foretaket styre samlet likviditet innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer. I oppdragsdokumentet er det presisert at et eventuelt årsresultat svakere enn -400 millioner kroner vil redusere foretakets investeringsmuligheter.

Per mai har foretaket et negativt resultatavvik på 59 millioner kroner (justert for økte pensjonskostnader). Denne situasjonen gjør det nødvendig å begrense investeringene i 2012, og det legges opp til å forskyve investeringer på om lag 65 millioner kroner til 2013. Det foreslås derfor at investeringsrammen reduseres til 250 millioner kroner. Investeringene som forskyves må finansieres på nytt innenfor investeringsrammen for 2013. Det er en risiko for at forskyvningene ikke er tilstrekkelig for å møte resultatkravet for 2012, men ytterligere reduksjoner i investeringene vurderes ikke å være forsvarlig og vil medføre at allerede bestilt utstyr (som kun er til erstatning for kassasjoner) må avbestilles. Hittil i år er det inngått forpliktelser for om lag 240 millioner kroner. Foretaket kan ut over andre halvår komme i en situasjon hvor anskaffelser utover det som nå er planlagt må gjennomføres for at kritisk drift ikke skal stoppe opp.

For så sikre rask levering av nytt utstyr tidlig i 2013 foreslås det at administrerende direktør får fullmakt til å beslutte anskaffelser i 2012 med leveranse som finansieres av investeringsrammen for 2013. Det forutsettes at likviditetsbelastningen først kommer i 2013.

Omstillingsinvesteringer

Det er gitt en investeringsramme på i alt 1,5 mrd kroner til samlokaliseringsprosjekter (Fase 1). Av disse er det hittil fattet vedtak om gjennomføring eller utredning av delprosjekter for om lag 1 mrd kroner som knytter seg til nytt akuttbygg på Ullevål sykehus og samlokalisering av virksomhet innen eksisterende bygningsmasse i Oslo universitetssykehus HF. Der det er satt i gang utredninger av mulige delprosjekter som bidrar til samlokalisering, er det foreløpig ikke er anslått endelige kostnadsrammer.

Oslo universitetssykehus HF har tidligere søkt Helse Sør-Øst RHF om ekstraordinær tildeling for å understøtte delprosjekter på Samhandlingsarena Aker. Regjeringen har i Revidert nasjonalbudsjett 2012 lagt opp til at Oslo universitetssykehus HF kan disponere inntil 75 millioner kroner i 2012 og 2013 av allerede innvilget låneramme til samlokalisering til nødvendige investeringer for å sikre gode samhandlingstiltak på Aker. Regjeringen har videre varslet at man vil komme tilbake på et senere tidspunkt med forslag til økt total lånebevilgning. På bakgrunn av dette har Oslo universitetssykehus HF i samarbeid med Oslo kommune igangsatt flere utredninger av mulige delprosjekter knyttet til Samhandlingsarena Aker. Prosjektene håndteres i samme beslutningsstruktur i Oslo universitetssykehus HF for å sikre helhetlig koordinering og kontroll over fremdrift og den totale økonomiske investeringsrammen til omstilling. Prosjektstruktur og rapportering følger også retningslinjer, metodikk og fullmaktstrukturer fra Helse Sør-Øst RHF.

Samhandlingsprosjektene på Aker og kommunens bruk av sykehusets lokaler vil isolert sett øke foretakets kostnader. Det arbeides med prinsipper og detaljer for leieavtaler med Oslo kommune. Det vil bli lagt til grunn at sykehuset isolert sett ikke skal ha netto kostnader som følge av kommunens og andres bruk av helseforetakets arealer.

Siden forrige rapportering til styret foreligger det nå en fullstendig forprosjektrapport knyttet til etablering av to operasjonsstuer på Rikshospitalet for understøttelse av allerede gjennomførte og planlagte samlinger av regionale funksjoner. Samlet investeringsramme for dette delprosjektet er 49 millioner kroner og det bes om at styret godkjenner forslaget om gjennomføring. Videre bes det om at styret gir administrerende direktør fullmakt til å innhente nødvendig godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF til anskaffelse av MR ved Radiumhospitalet for understøttelse av samling av gynekologisk onkologi. I tillegg bes det om at administrerende direktør i samråd med styreleder får fullmakt til å godkjenne forprosjektrapporter som ferdigstilles i perioden frem til neste ordinære styremøte for ikke å forsinke fremdriften. Disse er omtalt under.

Per utgangen av mai er det et mindreforbruk knyttet til omstillingsinvesteringer på 146 millioner kroner. Avviket skyldes blant annet forsinkelser i fremdriften av nytt akuttbbygg på grunn av behov for ny spuntemetode. Det legges til grunn at forsinkelsene i prosjektframdriften for dette bygget tas igjen. I forbindelse med klargjøring av akuttbbygget er det oppstått noen mindre sprekkdannelser i bygg 7 (kirurgisk bygg) på Ullevål. Dette er ikke uvanlig og skyldes trolig endringer i grunnen. Dette vil isolert medføre noen merkostnader som primært forsøkes dekket innenfor prosjektets ramme. Styret vil bli gitt en status når omfanget er avklart.

Nærmere om omstillingstiltakene og behov for fullmakter for gjennomføring frem mot styremøtet i september

Delprosjekter under utredning som har kommet lengst fremdriftsmessig dreier seg i stor grad om understøttelse av allerede overflyttet virksomhet til Ullevål sykehus inklusive diagnostisk kapasitet ved samme lokalisasjon. Delprosjekter knyttet til Helsearena Aker (Oslo universitetssykehus HF's egen virksomhet på Aker) inngår også som del av samlokaliseringstiltak og her er det flytting av mammascreening fra Oslo sentrum til Helsearena som må sikres fremdrift grunnet at leieavtale i Oslo sentrum utgår ved årsskiftet. Delprosjekter under utredning omfatter følgende hvor estimerte kostnader er på over 10 millioner kroner:

Navn	Status	Kostnads- estimat i millioner kroner
Pacemakerstue for overflyttet hjertevirksomhet til Ullevål fra Aker	Forprosjektrapport under utarbeidelse	11
Gjennomlysningslab. for samlokalisert gastromedisin ved Ullevål	Forprosjektrapport under utarbeidelse	12
Flytting av mammascreening fra Oslo sentrum til Helsearena Aker	Forprosjekt igangsatt	Ikke fullstendig estimert pt

Neste styremøte er berammet 20. september. For å sikre nødvendig fremdrift er det nødvendig at administrerende direktør, i samråd med styreleder, gis fullmakt til å godkjenne de delprosjekter som fremgår av tabellene over slik at disse kan videreføres til når det foreligger en forprosjektrapport som kan godkjennes.

Samhandlingsarena Aker dreier seg om virksomhet som ikke primært er foretakets egen, men delprosjekter som omfatter samarbeid mellom foretaket og andre, som Oslo kommune, Sunnaas med flere. Det delprosjektet som må sikres fremdrift ved Samhandlingsarena Aker er planlagt etablering av kommunal allmennlegevakt siden kommunens leieavtaler for nåværende lokalisering på Ryen og Lindeberg utgår ved årsskiftet. Her er forprosjekt i gang og total kostnadsramme vil kunne overstige 10 millioner kroner. Følgelig er dette også et delprosjekt hvor administrerende direktør i samråd med styreleder vil kunne ha behov for en fullmakt for videreføring i perioden frem mot styremøte i september.

4.6. Likviditet

Ved utgangen av mai var likviditetsbeholdningen for Oslo universitetssykehus HF på -2.631 millioner kroner (negativ, dvs bruk av driftskreditt fra Helse Sør-Øst RHF) mot budsjettet - 2.762 millioner kroner. Kontantstrøm fra drift bidro med et positivt avvik på om lag 60 millioner kroner og kontantstrøm fra investeringer og finansiering med om lag 70 millioner kroner. Det positive avviket på drift forklares i hovedsak med tidsforskyvning i betaling av arbeidsgiveravgift samt reduserte kundefordringer. Det positive avviket knyttet til investeringer og finansiering er i hovedsak knyttet til forskyvninger i tid for betaling av investeringer i forhold til det som ble lagt til grunn for budsjettet.

Estimatet for likviditetsbeholdningen ved utgangen av året er nå endret til om lag -3.300 millioner kroner mot budsjettet -3.164. Forskjellen skyldes i hovedsak tre forhold: Helse Sør-Øst RHF har bedt om at Oslo universitetssykehus HF ikke lenger fakturerer GOPP (regionalt gjestepasientoppgjørskontor) a konto. Det innebærer at innbetalingene fra GOPP blir utsatt med ca. en måned, noe som antas å redusere likviditetsbeholdningen ved Oslo universitetssykehus HF permanent med om lag 150 millioner kroner. Årsestimatet for likviditetsbeholdningen påvirkes også av at det er lagt til grunn at ISF-inntektene og driftskostnadene anslås å øke med 46 millioner kroner. Innbetalingen for de økte ISF-inntektene skjer imidlertid i 2013. For å dekke deler av resultatrisikoen legges det opp til å forskyve investeringer til drift på om lag 65 millioner kroner til 2013, noe som bedrer likviditetsbeholdningen ved utgangen av året tilsvarende.

5 BEMANNING, SYKEFRAVÆR

5.1 Utvikling månedsverk

Antall brutto månedsverk i Oslo universitetssykehus HF har vært relativt stabil hittil i 2012. Fra april til mai var det en økning på 36 månedsverk, mens det fra mai til juni er en reduksjon på 23 månedsverk til 16.954. Endringen siste måned inkluderer en økning i antall månedslønnede på 60, og en reduksjon i variabelønnede månedsverk på 83. Siste måned var det en økning på 9 eksternt finansierte månedsverk.

Samlet for foretaket har det vært en reduksjon i brutto månedsverk fra desember til juni på 277 månedsverk. Korrigeres tallet for virkningene av konvertert lønnsmodell for overleger (om lag 65 beregnede årsverk i økning for uendret lønnsmasse) og økningen i eksternt finansierte årsverk på 39 fra årsskiftet blir den samlede reduksjonen i ressursbruk knyttet til ordinær drift 381.

Selv om det samlede ressursforbruket målt i antall brutto månedsverk har vært relativt stabilt hittil i år, og er betydelig redusert fra desember 2011, er det samlede årsverksforbruket betydelig høyere enn det som følger av vedtatt budsjett for 2012. Sammenlignet med budsjetterte månedsverk er antall brutto månedsverk hittil om lag 400 høyere enn det klinikkene isolert har budsjett til. Dette må imidlertid delvis sees på bakgrunn av at det er noe udisponerte midler i budsjettet for 2012 som det naturlig nok ikke er budsjettert årsverk for.

Klinikkenes årsverksprognoser basert på bemanning per mai tilsier en reduksjon i antall månedsverk på 250 fra mai til desember (til 16.705 månedsverk i desember). Dette er ikke tilstrekkelig til å sikre et resultat i balanse, og det jobbes derfor med gjennomføring av tiltak som planlagt og planlegging av ytterligere tiltak. Se pkt 4.4. om gjennomføring av budsjett 2012 mv.

5.2 Fast og variabel lønn

Nivået for variabel lønn hittil i år er lavere enn i tilsvarende periode i 2011. Dette viser at revisjon av bemanningsplaner og systematisk arbeid for å redusere variabel lønn gir resultat. Det arbeides med tiltak for å unngå overtid og mertid. Eksempler på dette er bruk av ekstravaktpool, tilpasning av aktivitet, reduksjon av overbelegg, ressursbruk på tvers av enheter, styrt ferieavvikling og minimere vakanser. Videre arbeides det med å sikre rekruttering til riktig tid for å unngå ekstraarbeid ved ledige stillinger og endring av vaktlengde og bruk av forskjøvet vakt.

Den relative andelen fast og variabel lønn utbetalt i Oslo universitetssykehus HF på nivå med andre større helseforetak i Helse Sør-Øst RHF. Alle har om lag 90 pst fastlønn og 10 pst variabel lønn. Sammenligning av hovedstadsområdet viser at Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF har samme andel variabel lønn, mens andelen variabel lønn er noe høyere i Vestre Viken HF.

5.3 Eksternt finansierte årsverk

Det som betegnes om eksternt finansierte årsverk omfatter ansatte som finansieres ved øremerkede midler, dvs finansiering som kun kan benyttes til det aktuelle prosjektet. I hovedsak er disse midlene overførbare, og inntektene (bevilgningen til prosjektene) regnskapsføres i takt med forbruket. I den grad alle relevante kostnader inkluderes påvirker ikke omfanget av disse prosjektene foretakets økonomiske resultat og utviklingen i foretakets egenkapital over tid. Inntektene og kostnadene (og årsverk) inngår brutto i resultatregnskapet og kan dermed bidra til avvik innenfor henholdsvis samlede kostnader og samlede inntekter (men slik at resultateffekten blir null).

På bakgrunn av spørsmål fra styret i forrige møte er det i tabellvedlegget tatt inn oversikt over eksternt finansierte årsverk fordelt på finansieringskilde og på stillingsgrupper. Hoveddelen av de eksternt finansierte årsverkene gjelder forskning, som per mai 2012 utgjorde 587 årsverk (hvorav 288 stipendiater og 299 postdoktorer/andre forskere). Sammenlignet med mai 2011 er antallet årsverk med

ekstern finansiering økt med 68 til mai 2012. En del av økningen skyldes at foretaket fra sommeren 2011 overtok arbeidsgiveransvaret for ca 40 forskere som tidligere var ansatt i Inven2 AS. Økningen i eksternt finansiert forskningsvirksomhet er isolert sett en ønsket utvikling, jf foretakets forskningsstrategi.

Gruppen eksternt finansierte forskerstillinger inneholder ulike stillingskategorier (stipendiater, postdoktorer, støttepersonell etc) med ulike profesjoner/utdanningsbakgrunn (leger, sykepleiere, realister osv).

5.4 Utvikling i årsverk på stillingsgrupper

Fra desember 2011 har det vært en reduksjon i månedsverk for alle stillingsgrupper, med unntak av ambulanspersonell som har økt med 10 månedsverk (+ 2,1pst). Den enkelte stillingsgruppes andel av totalt antall månedsverk er relativt stabil når man sammenligner 2011 med 2012. Reduksjonen i brutto månedsverk er størst for sykepleier (reduisert med 170 fra desember 2011 til juni 2012). Andelen sykepleiere er imidlertid stabil per juni 2012 sammenlignet med hele 2011 (34 pst). Økningen som fremkommer for leger må ses i sammenheng med økning i antall årsverk som følge av konvertert lønnsmodell for overleger. Justert for denne tekniske økningen på 64 månedsverk fra årsskiftet (gitt uendret ressursbruk) er det en reduksjon på 7 legeårsverk fra desember 2011.

5.5 Nærmere om overlegeårsverk

I forbindelse med overføringen av pasientgrunnlag til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF skulle Oslo universitetssykehus HF nedbemanne med 119 overleger sammenlignet med nivå 1. halvår 2010 (benyttet som referansenivå). Gjenstående nedmanning per juni 2012 er på om lag 20 overlegeårsverk, når en tar hensyn til økning i fødselspermisjoner, overlegepermisjoner, vikarer ved sykdom og permisjoner, overtid og UTA.

I første halvår 2012 er brutto overlegeårsverk tilnærmet uforandret i forhold til desember 2011. I denne perioden har det vært ansettelse i tidligere godkjente overlegestillinger i radiologi og multitraume.

Oslo universitetssykehus HF viderefører arbeidet med tett oppfølging av overlegeårsverk gjennom sentral innsatsgruppe og stillingsutvalgets underutvalg for overleger.

5.6 Innleie av helsepersonell

Gjennomsnittlig beregnede innleide månedsverk hittil i år er 143, og 153 i mai. For perioden januar-mai er det en reduksjon på 41 sammenlignet med 2011. Trenden i 2012 viser nedgang i forbruk av innleid helsepersonell, til tross for en økning fra april til mai. Innleie av helsepersonell benyttes i hovedsak for å sikre særskilt kritisk kompetanse. Av de beregnede innleieårsverkene i mai er 122 pleiepersonell, 9 leger og 22 annet helsepersonell. Behov for kompetanse innen intensiv, thorax, nevrokirurgisk, operasjon, barne- og nyfødtmedisin representerer langt over halvparten av innleid pleiepersonell.

5.7 Sykefravær

Per april 2012 er sykefraværet 7,9 pst, fordelt på 2,8 pst kortidsfravær og 5,0 pst langtidsfravær. Sammenlignet med tilsvarende periode i 2011 er sykefraværet økt med

om lag 0,2 pst¹. Det er korttidsfraværet som har økt. Utviklingen i sykefravær 2012 følger naturlige svingninger og har for alle klinikker en nedadgående kurve fra februar måned.

Alle klinikker, med unntak av Klinikk for psykisk helse og avhengighet, viste i februar i år et høyere fravær sammenlignet med februar 2011. Kvinne- og barneklubben, Hjerte-, lunge- og karklubben og Oslo sykehusservice hadde relativt størst økning. En høy forekomst av sesonginfluensa og luftveisinfeksjoner som sammenfaller med enkeltenheters uvanlig høye fravær knyttet til langvarig sykdom og svangerskap, samt omstillinger, pekes på som årsaker til høyt fravær i vintermånedene og særlig for februar måned. Korttidsfraværet i februar utgjør 40 pst av totalt fravær som er en noe høyere andel av det totale fraværet enn normalt (30-35 pst).

I mars og april måned 2012 er sykefraværet i foretaket redusert til hhv 7,8 pst og 6,5 pst. Samtlige klinikker viser nedgang i perioden fra februar til april 2012 og de tre nevnte klinikken har redusert sitt fravær betraktelig de to siste månedene.

Arbeidsrelatert fravær håndteres med målrettede tiltak med bistand fra HR i klinikk og Arbeidsmiljøavdelingen. I klinikkene fokuseres det på opplæring i IA-arbeid, lederbistand i enkeltsaker, samt systematisk oppfølging og rapportering av sykefravær. I flere klinikker arbeides det særlig med å følge opp arbeidstakere med hyppig korttidsfravær og tilrettelegging for gravide arbeidstakere. Oslo sykehusservice samarbeider med NAV Arbeidslivssenter Oslo i et prosjekt med fokus på ledelse, nærværsfaktorer og holdningsarbeid. Inkluderende arbeidsliv blir fulgt opp i klinikk AMU og sentralt AMU og i HMS-rapporteringen.

¹ En økning fra 7,64 pst i 2011 til 7,85 pst i 2012.

Intern resultatrapport – vedlegg til styresak 43/2012

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Mai 2012
(Bemanningstall for juni)

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1 Overordnede nøkkeltall

2 Pasientbehandling

- 2.1 Aktivitet og DRG – somatikk
- 2.2 Aktivitet - psykisk helsevern
- 2.3 Ventelisteutvikling
- 2.4 Fristbrudd
- 2.5 Andre styringsparametre

3 Økonomi og finans

- 3.1 Økonomisk resultat
- 3.2 Kommentarer til økonomisk resultat
- 3.3 Økonomisk resultat - per klinikk
- 3.4 Kommentarer til klinikkens avvik

4 Bemanning

- 4.1 Bemanningsutvikling
- 4.2 Bemanningsindikatorer, inkl. innleie fra vikarbyrå
- 4.3 Brutto månedsverk på stillingsgrupper
- 4.4 Bemanningsutvikling per klinikk

- 4.5 Eksternt finansierte årsverk, fordelt på kilder og stillingsgruppe

- 4.6 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær

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 transplantasjonsklubben
HLK	Hjerte-, lunge- og karklubben
AKU	Akuttklubben
KDI	Klinikk for diagnostikk og intervensjon
KRG	Kreftregisteret
OSS	Oslo sykehuservice
STA	Direktørens stab
FPO (SPO)	Fellesposter
Konsern	Datterselskap
OUS	Oslo universitetssykehus HF

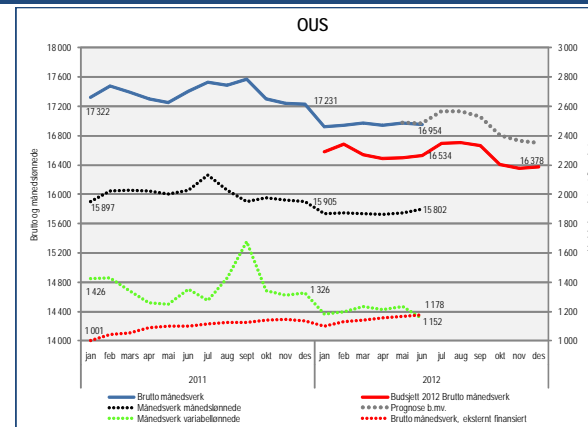
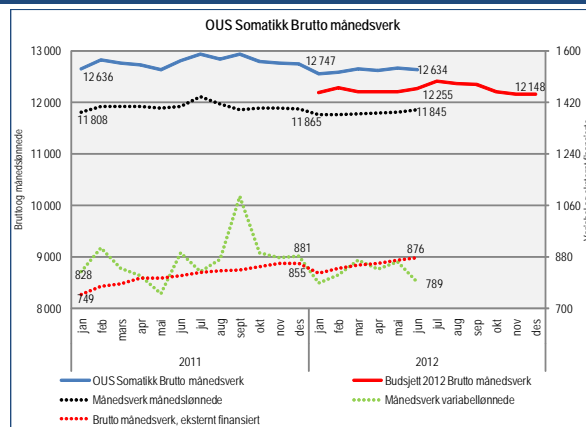
Andre forkortelser og begrep:

- HIÅ: Hittil i år
- Status per mnd: Akkumulerte tall

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

Rapportering 2012

Rapportering Mai 2012		Denne periode					Resultat hittil i år					Resultat hittil i fjor		
Gruppe	Indikator	Faktiske tall periode	Avvik		Vurdering	Faktiske tall	Avvik fra		Vurdering	Faktiske tall	Endring 11-12	Endring fra 2011 i %		
			Plantall	fra plantall			plan %	Plantall					plantall	plan i %
Pasientbehandling														
Somatikk	DRG-poeng totalt	18 569	18 042	527	2,9 %	🟡	90 066	88 802	1 264	1,4 %	🟡	93 154	-3 088	-3,3 %
	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	8 665	8 915	-250	-2,8 %	🟡	43 209	44 180	-971	-2,2 %	🟡	45 323	-2 114	-4,7 %
	Dagopphold	5 895	5 914	-19	-0,3 %	🟢	30 264	29 850	414	1,4 %	🟡	33 441	-3 177	-9,5 %
	Polikliniske konsultasjoner	69 158	66 272	2 886	4,4 %	🟡	334 795	327 371	7 424	2,3 %	🟡	348 485	-13 690	-3,9 %
Psykisk helsevern	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	137	98	39	39,8 %	🟢	544	489	55	11,2 %	🟢	691	-147	-21,3 %
	Liggedøgn	7 167	6 899	268	3,9 %	🟢	34 186	34 017	169	0,5 %	🟢	39 915	-5 729	-14,4 %
	Dagbehandling	282	265	17	6,4 %	🟢	1 528	1 337	191	14,3 %	🟢	2 501	-973	-38,9 %
	Polikliniske konsultasjoner	11 705	10 981	724	6,6 %	🟢	56 562	52 130	4 432	8,5 %	🟢	48 722	7 840	16,1 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	204	189	15	7,9 %	🟢	1 052	945	107	11,3 %	🟢	1 392	-340	-24,4 %
	Liggedøgn	2 487	2 370	117	4,9 %	🟢	12 265	11 794	471	4,0 %	🟢	16 404	-4 139	-25,2 %
	Dagbehandling	65	198	-133	-67,2 %	🔴	325	684	-359	-52,5 %	🔴	220	105	47,7 %
	Polikliniske konsultasjoner	720	792	-72	-9,1 %	🔴	3 530	4 010	-480	-12,0 %	🔴	4 195	-665	-15,9 %
Organisasjon og ledelse														
Andel korridor	Somatikk	0,8 %	0 %	0,8 %		🟡	0,9 %	0 %	0,9 %		🟡			
Liggedøgn UK-pasienter	Somatikk	0,6 %					0,9 %							
	Psykisk helsevern	6,7 %					6,0 %							
Andel fristbrudd	Somatikk/PHV/TSB	12,7 %	0 %	12,7 %		🔴	13,2 %	0 %	13,2 %		🔴	13,5 %	-0,3 %	
Økonomi og personell														
Økonomi	Resultat	-66 843	-21 722	-45 121	-2,8 %	🔴	-359 146	-131 893	-227 253	-2,9 %	🔴			
	Resultat etter eks.ord. pens.kost.	-34 088	-21 722	-12 366	-0,8 %	🔴	-190 758	-131 893	-58 865	-0,7 %	🔴			
Bemanning	Årsverk totalt (mai)	16 977	16 499	-478	-2,9 %	🔴	16 948	16 558	-391	-2,4 %	🔴	17 349	-401	-2,3 %



2.1 Aktivitet og DRG – somatikk

AKKUMULERT PER MAI	Status per MAI		Endring fra 2011	
	Korr avvik	Korr avvik i %	i antall	i %
Klinikk				
Medisinsk klinikk	620	5,5 %	-752	-5,9 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-173	-0,7 %	-1 228	-5,1 %
Kvinne- og barneklubben	281	1,9 %	-314	-2,1 %
Klinikk for kreft-, kirurgi- og transplantasjon	-279	-1,2 %	-1 280	-5,3 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	-59	-0,4 %	346	2,6 %
Akuttklubben	251	18,6 %	288	21,9 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	38	271,4 %	-9	-14,8 %
Stab, Utenlandskontoret	60		18	42,9 %
Biologiske legemidler	125	12,5 %	-	
Fellesposter	395	-101,0 %	-71	-94,7 %
SUM	1 260	1,4 %	-3 001	-3,3 %

Merknader:

- Sammenligning med 2011 (som 2012) er gjort eksklusiv Legevakten / Biologiske legemidler
- Resultat per mai inkluderer etterregistrering for 1. tertial

2.2 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapportering Mai 2012		Denne periode				Resultat hittil i år			
Klinikk		Faktiske tall periode	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %
Aktivitet	Indikator								
VOP	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	128	91	37	40,7 %	500	460	40	8,7 %
	Liggedøgn	6 836	6 508	328	5,0 %	32 431	32 093	338	1,1 %
	Dagopphold	48	0	48		243	0	243	
	Polikliniske konsultasjoner	7 460	6 414	1 046	16,3 %	35 187	30 659	4 528	14,8 %
BUP	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	9	7	2	28,6 %	44	29	15	51,7 %
	Liggedøgn	331	391	-60	-15,3 %	1 755	1 924	-169	-8,8 %
	Dagopphold	234	265	-31	-11,7 %	1 285	1 337	-52	-3,9 %
	Polikliniske konsultasjoner	4 245	4 567	-322	-7,1 %	21 375	21 471	-96	-0,4 %
TSB	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	204	189	15	7,9 %	1 052	945	107	11,3 %
	Liggedøgn	2 487	2 370	117	4,9 %	12 265	11 794	471	4,0 %
	Dagopphold	65	198	-133	-67,2 %	325	684	-359	-52,5 %
	Polikliniske konsultasjoner	720	792	-72	-9,1 %	3 530	4 010	-480	-12,0 %

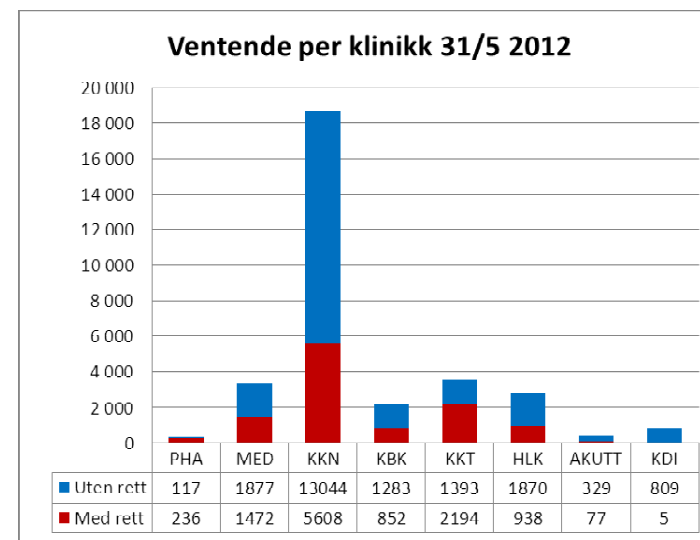
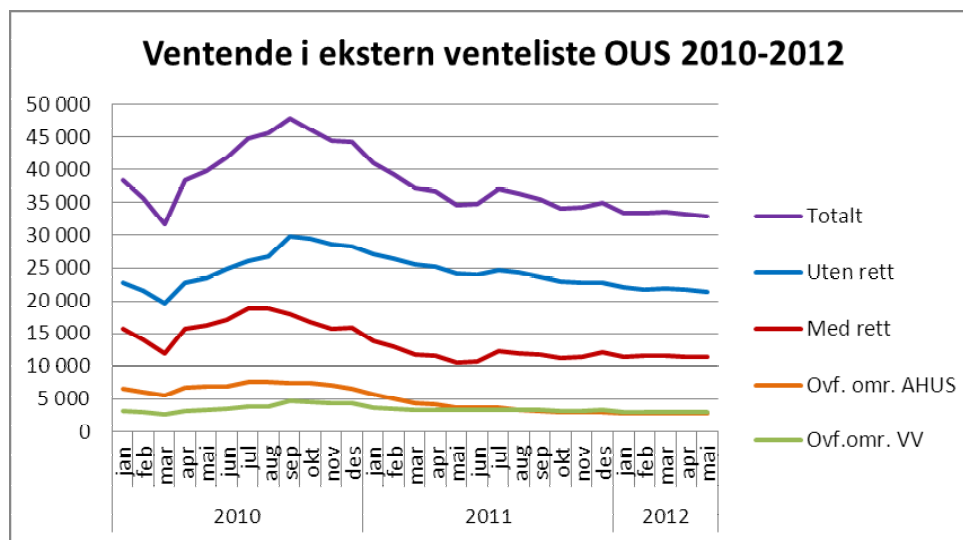
Forkortelser:

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

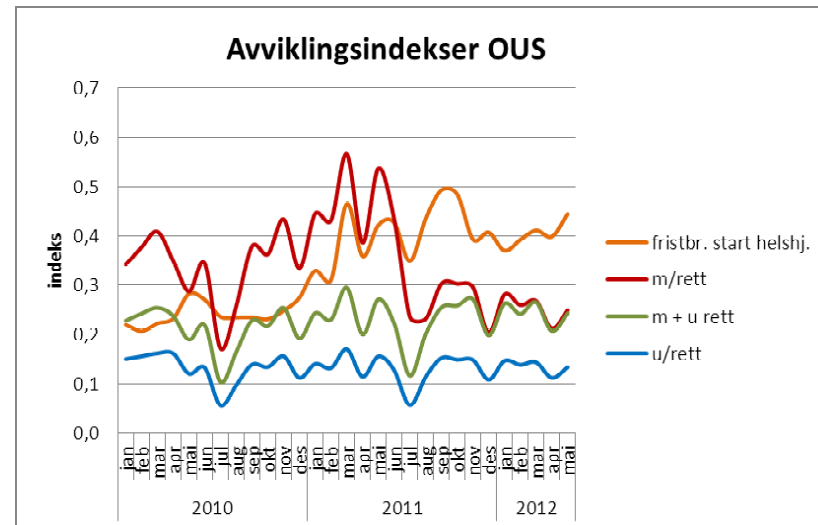
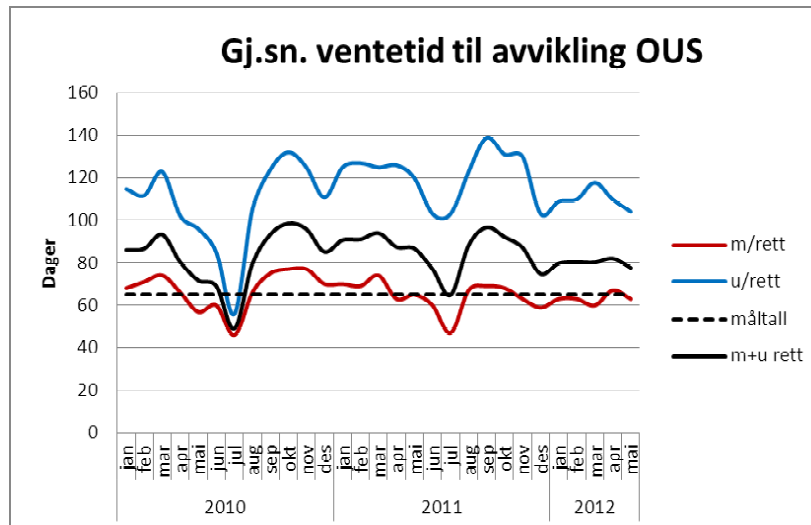
TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

2.3 Ventelisteutvikling – antall ventende



Sum ventende	2011												2012				
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai
PHA	502	479	493	434	439	447	474	431	401	389	372	416	337	375	325	312	353
MED	4 387	4 239	4 018	3 812	3 522	3 514	3 732	3 795	3 606	3 418	3 483	3 573	3 344	3 411	3 457	3 448	3 349
KKN	20 134	19 441	18 242	18 141	17 537	17 808	18 872	18 619	18 441	17 933	17 968	18 221	18 698	18 744	18 741	18 429	18 652
KVB	4 382	4 219	4 132	3 995	3 751	3 633	3 755	3 618	3 400	3 287	3 294	3 261	2 347	2 329	2 290	2 332	2 135
KKT	5 114	4 807	4 425	4 425	3 873	3 809	4 245	4 039	4 008	3 761	3 794	3 860	3 356	3 446	3 590	3 518	3 587
HLK	3 458	3 257	2 969	3 110	2 918	3 013	3 325	3 234	3 152	2 979	2 900	3 008	3 015	2 890	2 991	2 843	2 808
AKU	575	577	592	573	533	498	508	501	524	479	446	483	513	510	468	407	406
KDI	1 101	1 114	1 156	1 096	1 057	970	1 024	1 108	1 020	952	989	947	897	803	794	792	814

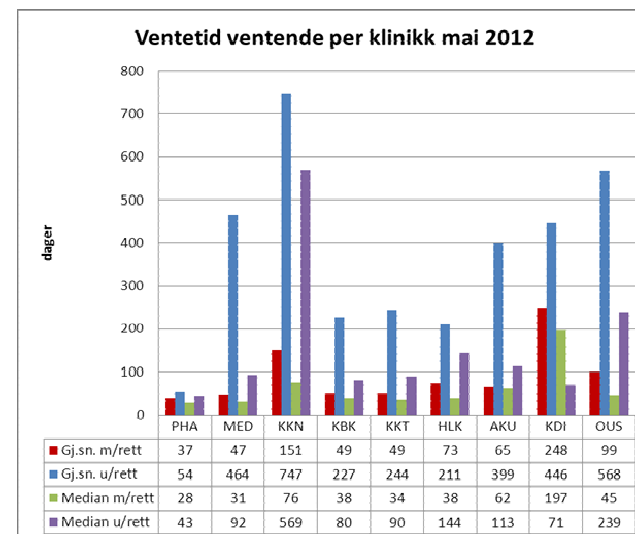
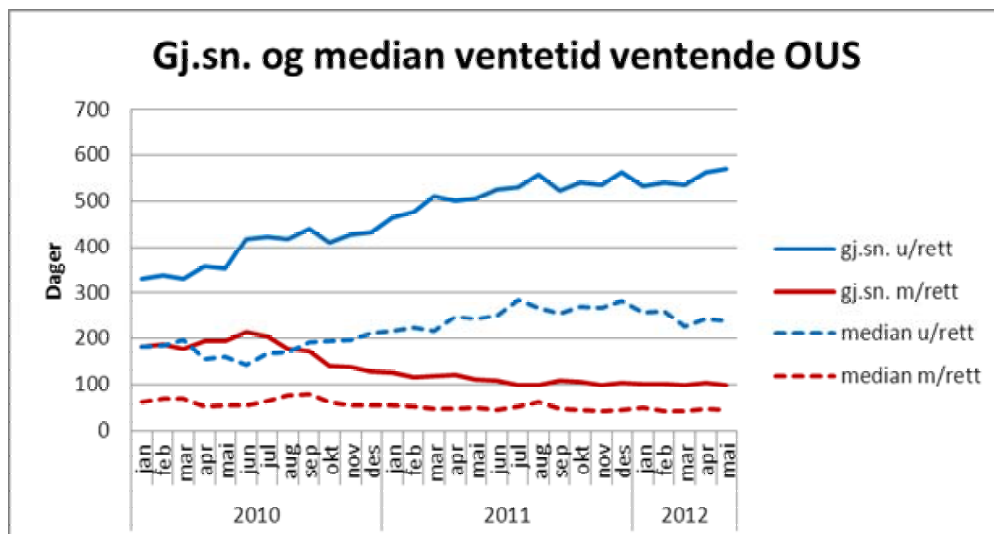
2.3 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling



Gj.sn. ventetid avvikling	2011												2012				
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai
OUS	91	91	94	88	87	77	65	88	97	92	87	75	80	81	80	82	78
PHA	56	51	56	43	43	52	46	40	51	42	40	35	47	56	43	37	41
MED	66	68	63	56	70	52	49	69	91	77	65	51	61	68	64	57	62
KKN	116	121	123	123	110	99	93	117	116	119	115	100	103	99	105	109	109
KVB	70	58	59	59	63	52	35	61	67	57	64	47	64	64	53	60	58
KKT	76	70	75	66	64	56	45	67	72	72	57	55	52	58	52	60	56
HLK	143	146	150	133	139	132	106	144	166	143	140	141	133	129	119	119	110
AKU	93	105	124	172	119	111	115	130	116	117	102	99	80	98	92	115	86
KDI	55	47	44	41	44	41	52	40	43	33	42	32	38	26	36	43	34

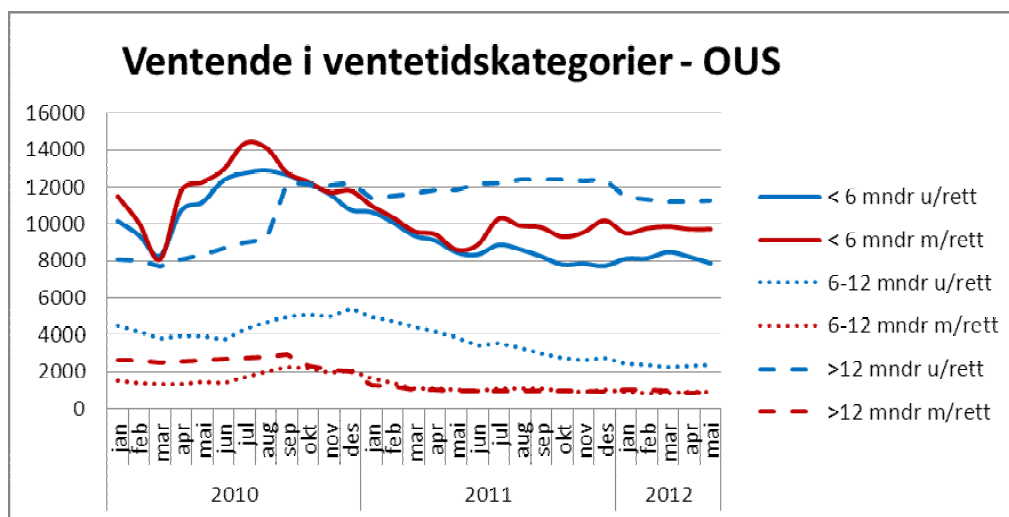
Avviklingsindeks: Avviklingsindeksen representerer forholdet (ratio) antall ordinært avviklede henvisninger i en periode og antallet ventende pasienter ved utgangen av perioden.

2.3 Gjennomsnittlig ventetid for ventende



Gj.sn. v.tid m + u rett	2011												2012				
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai
PHA	85	86	91	88	91	100	100	97	98	102	104	101	62	56	47	47	43
MED	318	314	332	325	323	322	295	295	286	304	272	290	290	290	269	288	281
KKN	436	458	492	490	496	512	507	530	526	501	544	561	521	531	538	567	568
KVB	287	295	299	332	329	350	380	363	371	393	398	395	186	180	170	177	156
KKT	198	198	202	203	190	142	141	142	141	132	127	118	106	109	115	123	125
HLS	210	190	201	205	205	202	189	186	184	195	166	164	179	173	159	161	165
AKU	306	323	361	361	371	356	360	392	314	350	314	348	357	286	305	338	336
KDI	310	330	358	346	353	385	386	397	416	371	442	460	424	461	466	479	445

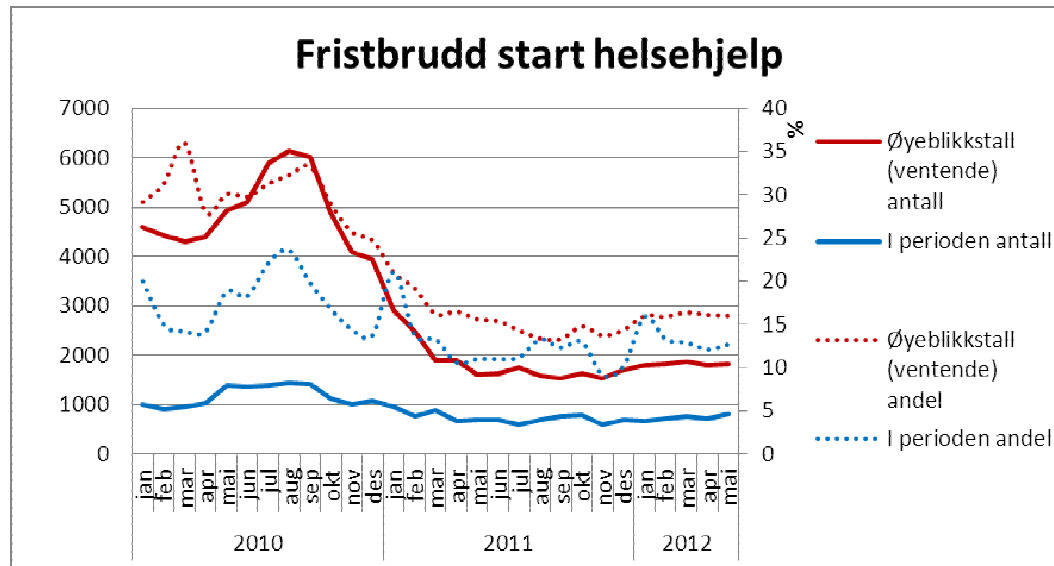
2.3 Langtidsventende (over 12 måneder)



Periode mai 2012	Antall ventet over 12 mnd, ekskl. pas.uts/uts. med årsak				Antall ventet over 12 mnd, inkl pas.uts/uts.med.årsak			
	Med rett	Uten rett	Sum	Andel *	Med rett	Uten rett	Sum	Andel *
PHA	0	2	2	1 %	0	3	3	1 %
MED	10	747	757	20 %	26	824	850	23 %
KKN	749	8 404	9 153	46 %	917	8 872	9 789	49 %
KVB	3	338	341	13 %	8	405	413	16 %
KKT	10	304	314	8 %	20	318	338	9 %
HLK	23	271	294	10 %	36	303	339	11 %
AKU	0	109	109	24 %	0	119	119	27 %
KDI	1	371	372	40 %	18	421	439	48 %

* Andel av ventende i klinikken

2.4 Utvikling fristbrudd



Periode mai 2012	Fristbrudd start helsehjelp													
	Periodetall (HSØ)						Øyeblikkstill ved utg. av perioden				Gj.sn. ventetid (dager) ut over frist			
	Inkludert utsettelse			Ekskludert utsettelse			Inkludert utsettelse		Ekskludert utsettelse		Inkludert utsettelse		Ekskludert utsettelse	
	Fristbrudd	Frist i periode	Andel %	Fristbrudd	Frist i periode	Andel %	Fristbrudd	Andel %	Fristbrudd	Andel %	Avviklet i perioden	Ventende	Avviklet i perioden	Ventende
PHA	33	240	13,8	27	200	13,5	24	9,3	15	6,4	9	28	10	13
MED	109	1 379	7,9	67	1 235	5,4	149	8,6	39	2,6	19	77	17	30
KKN	507	2 354	21,5	423	2 121	19,9	1 836	29,7	1 453	25,9	82	189	82	184
KVB	84	666	11,7	48	557	7,9	97	9,6	33	3,9	24	87	24	79
KKT	243	1 740	14,0	196	1 597	12,3	271	11,2	144	6,6	28	84	26	75
HLK	61	573	10,6	47	543	8,7	109	10,7	61	6,5	22	175	21	190
AKU	8	61	6,2	6	55	4,9	9	10,6	7	9,1		26		22
KDI	0	2	0,0	0	2	0,0	31	100,0	5	100,0		671		196

2.5 Andre styringsparametre

Månedlige styringsparametere	jan.12	feb.12	mar.12	apr.12	mai.12	HiÅ 2012
5a Andel korridorpasienter - somatikk	0,8 %	1,0 %	0,9 %	0,7 %	0,8 %	0,9 %
7a Antall utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	165	101	86	72	55	479
7b Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	659	394	331	284	235	1 903
7c Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk	1,5 %	0,9 %	0,7 %	0,9 %	0,6 %	0,9 %
7d Antall utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	14	20	19	14	20	87
7e Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	374	349	408	342	460	1 933
7f Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern voksne	5,9 %	5,8 %	6,0 %	5,3 %	6,7 %	6,0 %

3.1 Økonomisk resultat

ØBAK OUS	Denne periode				Hittil i 2012			
	Faktisk Mai	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	889 743	889 743	0	0,0 %	4 359 037	4 359 037	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	506 956	504 974	1 982	0,4 %	2 500 054	2 509 573	-9 518	-0,4 %
Andre inntekter	164 584	150 030	14 554	9,7 %	745 482	688 872	56 610	8,2 %
Sum driftsinntekter	1 561 283	1 544 746	16 536	1,1 %	7 604 574	7 557 481	47 092	0,6 %
Lønn -og innleiekostnader (se merknad)	1 146 598	1 073 478	73 121	-6,8 %	5 552 606	5 255 578	297 027	-5,7 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	211 621	212 739	-1 118	0,5 %	1 020 285	1 008 480	11 805	-1,2 %
Andre driftskostnader	262 544	272 569	-10 026	3,7 %	1 355 010	1 390 962	-35 952	2,6 %
Sum driftskostnader	1 620 763	1 558 786	61 977	-4,0 %	7 927 901	7 655 021	272 880	-3,6 %
Driftsresultat	-59 480	-14 040	-45 440	-2,9 %	-323 327	-97 539	-225 788	-2,9 %
Netto finans	-7 363	-7 682	319	4,1 %	-35 819	-34 354	-1 465	-4,3 %
Resultat OUS	-66 843	-21 722	-45 121	-2,8 %	-359 146	-131 893	-227 253	-2,9 %
Resultat etter eks.ord. pensjonskostnader	-34 088	-21 722	-12 366	-0,8 %	-190 758	-131 893	-58 865	-0,7 %

Kommentar: I resultat hittil i år inngår gevinst fra salg av eiendom med 33 mill kroner.

Eksklusiv økte pensjonskostnader er avvik for lønn- og innleie 128 mill kroner (2,9 pst) hittil i år.

3.2 Kommentarer til økonomisk resultat hittil i år (per ØBAK-linje)

Art. ØBAK	Regnskap	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	4 359 037	4 359 037	0	i/a
ISF egne pasienter	883 113	839 697	43 416	De totale ISF-inntektene er omtrent 16 mill høyere enn budsjettet. Se også kommentarer for aktivitet somatikk.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	121 517	169 753	-48 236	ISF-refusjon kommunal medfinansiering er høyere enn budsjettet. Dette skyldes at en noe større andel av aktiviteten rapporteres som KMF enn det som er lagt til grunn i budsjettet. Avvik mellom øvrige ISF-inntekter
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	255 756	236 834	18 922	skyldes at effekt av grupper 2012 gir større utslag for polikliniske aktivitet (stråle) enn forutsatt i budsjettet.
ISF-inntekt kostnadskrevede legemidler UTENFOR sykehus	17 194	15 286	1 908	
Utskrivningsklare pasienter	4 653	10 249	-5 596	Andelen utskrivningsklare pasienter hittil i år er lavere enn budsjettet, og per mai er det et negativt budsjettavvik på 5,6 mill kroner. Avviket forventes å øke.
Gjeste pasienter	214 423	206 038	8 385	Gjestepasientinntektene er noe høyere enn budsjettet. Dette må sees i sammenheng med øvrige aktivitetsbaserte inntekter.
Salg av konserninterne helsetjenester (gjeste pasienter)	842 815	861 002	-18 188	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er noe lavere enn budsjettet. Deler av dette må ses i sammenheng med avvik på andre linjer.
Polikliniske inntekter	160 584	170 713	-10 129	De polikliniske inntektene er noe lavere enn budsjettet. For laboratorie- og radiologinntekter det en mindreinntekt på 1,5 mnok. Avøvrige avvik er 5 mnok knyttet til øremerkede midler.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	19 898	10 205	9 694	Det er høyere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Dette skyldes i hovedsak høyere aktivitet innenfor Klinik for kirurgi og nevrofag, Nevrokirurgisk avdeling.
Andre øremerkede tilskudd	401 570	395 624	5 946	Det er inntektsført mer inntektsført mer investeringstilskudd enn budsjettet hittil, og nivå for øremerkede tilskudd hittil i år er noe høyere enn periodisert budsjett.
Andre driftsinntekter	324 014	283 043	40 971	I avvik for andre driftsinntekter inngår gevinst fra salg av eiendom med 33 mnok. Inntekter fra selvbetalende pasienter er lavere enn budsjettet. Deler av avviket må også ses i sammenheng med avvik for andre øremerkede tilskudd.
Totalt Driftsinntekter	7 604 574	7 557 481	47 092	
Kjøp av offentlige tjenester	28 720	53 135	-24 415	
Kjøp av private helsetjenester	79 242	59 540	19 702	Avvik mellom disse linjene må ses i sammenheng. Totalt viser disse en merkostnad på om lag 4,7 MNOK.
Varekostnader knyttet til aktiviteten i FG	893 897	871 352	22 545	Varekostnadene er høyere enn budsjettet. Det er avvik på flere arter og steder. Eksempelvis er det høye kostnader til dyreimplanter. Dette relateres delvis til prisøkninger. Deler av avviket relateres også til svært dyre medikamenter til enkeltpasienter.
Innleid arbeidskraft - del av kto 458	49 658	31 076	18 582	Innleiekostnadene er ikke redusert som forutsatt i budsjettet. Sammenlinget med fjoråret er innleiekostnadene redusert. Sett i forhold til budsjett er avviket størst innenfor operasjons- og intensivområdet og skyldes mangel på intensiv- og operasjonssykepleiere.
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjeste pasienter)	18 426	24 453	-6 027	Konserninterne gjestepasienter er noe lavere enn budsjettet.
Lønn til fast ansatte	3 666 439	3 566 508	99 931	
Overtid og ekstrahjelp	417 360	372 016	45 344	For de samlede lønnskostnadene er det et merforbruk (justert for økte pensjonskostnader på 168 mnok) på om lag 110 mnok. Avvik for lønn til fast ansatte, overtid/ekstrahjelp og annen lønn (vesentlig arbeidsgiveravgift) er isolert sett på 175 mnok men høyere off. tilskudd (sykelønnsrefusjoner) på 65 mnok reduserer dette avviket til omlag 110 mnok. Det er noe høyere lønnskostnader med ekstern finansiering (øremerkede midler) enn budsjettet. Dette forklarer 14 mnok av avviket på 110 mnok. Øvrige avvik skyldes høyere bemanning enn budsjettet.
Pensjon	1 018 744	850 358	168 387	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-265 218	-200 204	-65 014	
Annen lønn	665 623	635 824	29 799	
Avskrivninger	327 860	333 333	-5 473	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.
Andre driftskostnader	1 027 150	1 057 629	-30 479	Det er mindreforbruk på flere poster, blant annet er energikostnadene nærmere 10 mnok lavere enn budsjettet. Det samme gjelder for konsulentkostnader. Videre er det noe forsiktig budsjettering. Det knytter seg fortsatt usikkerhet til kostnadene til Sykehuspartner IKT da det ennå ikke foreligger tjenesteavtale for 2012.
Totalt Driftskostnader	7 927 901	7 655 021	272 880	
Finansinntekter	5 284	6 966	-1 682	Avviket skyldes inntekt på investering av datterselskap og effekt av interne eliminerings relatert til AS'ene.
Finanskostnader	41 103	41 320	-217	
Totalt Netto finansposter	-35 819	-34 354	-1 465	
Totalt	-359 146	-131 893	-227 253	
Herav økte pensjonskostnader			168 387	
Totalt justert for økte pensjonskostnader			-58 866	

3.3 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering Mai 2012	Denne periode				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	4 199	0	4 199	2,8 %	13 897	0	13 897	1,8 %
Medisinsk klinikk	-792	0	-792	-0,9 %	-9 296	0	-9 296	-2,1 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-8 333	0	-8 333	-5,1 %	-66 479	0	-66 479	-8,3 %
Kvinne- og barneklubben	-3 940	0	-3 940	-3,1 %	-8 086	0	-8 086	-1,3 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	-11 443	0	-11 443	-6,0 %	-66 042	0	-66 042	-7,2 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-13 612	0	-13 612	-16,6 %	-38 400	0	-38 400	-9,6 %
Akuttlinikken	-7 739	0	-7 739	-4,2 %	-43 171	0	-43 171	-4,8 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	1 281	0	1 281	0,8 %	2 646	0	2 646	0,3 %
Oslo sykehusservice	-1 109	0	-1 109	-0,7 %	-9 965	0	-9 965	-1,2 %
Konsern	567	-393	960	-	608	1 848	-1 240	-
Kreftregisteret (Inkl merkostnad pensjon)	0	0	0	0,0 %	0	0	0	0,0 %
Fellesposter	-33 390	-21 329	-12 061	-16,8 %	-157 603	-133 743	-23 860	-17,3 %
Direktørensstab	7 468	0	7 468	7,5 %	22 768	0	22 768	4,7 %
Eliminering innenfor OUS foretaksgruppen	0	0	0	0,0 %	-21	0	-21	0,3 %
Sum OUS	-66 843	-21 722	-45 121	-2,8 %	-359 145	-131 893	-227 251	-2,9 %
Justert for eks.ord. pensjonskostnader	-34 088	-21 722	-12 366	-0,8 %	-190 758	-131 893	-58 865	-0,7 %

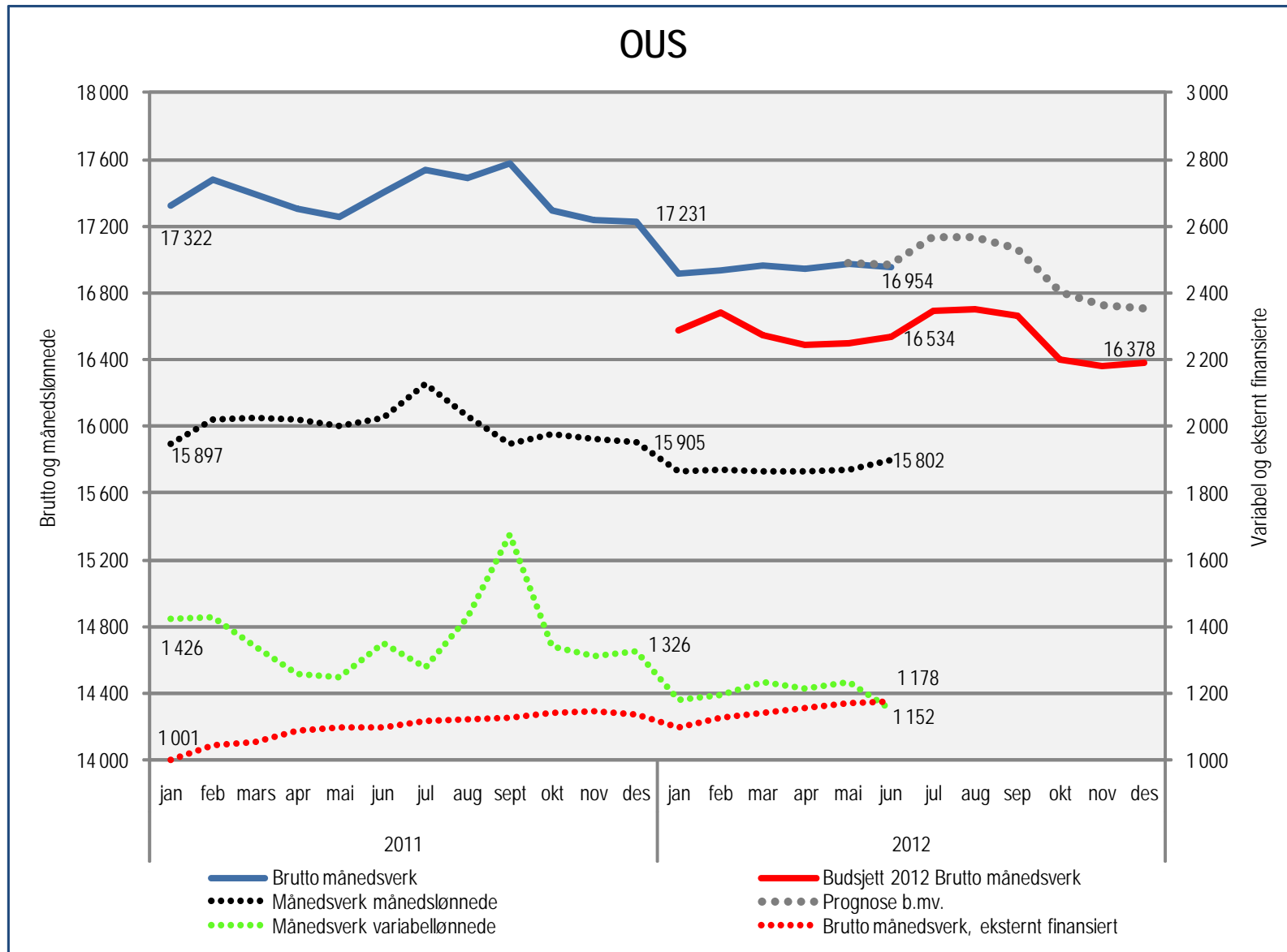
Rapportering Mai	Denne periode				Hittil i år			
Klinikk	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Økonomisk resultat								
Somatikk	-44 578	0	-44 578	-4,7 %	-228 830	0	-228 830	-4,7 %
Psykisk helsevern og rus	4 199	0	4 199	2,8 %	13 897	0	13 897	1,8 %
Stab og Oslo sykehusservice	6 359	0	6 359	2,4 %	12 782	0	12 782	1,0 %
Fellesposter mv (Inkl merkostnad pensjon)	-32 823	-21 722	-11 101	-5,9 %	-156 995	-131 893	-25 100	-2,8 %
Sum OUS	-66 843	-21 722	-45 121	-2,8 %	-359 145	-131 893	-227 252	-2,9 %
Justert for eks.ord. pensjonskostnader	-34 088	-21 722	-12 366	-0,8 %	-190 758	-131 893	-58 865	-0,7 %



3.4 Kommentarer til klinikkenes avvik per mai

Klinikk	Avvik i mnok	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	+ 13,9	Det framtidige kostnadsnivået og utfordringene knyttet til den nødvendige reduksjonen i antall årsverk, er avhengig av gjennomføringen av bemanningstilpasningen. Denne prosessen er forsinket og endret ift forutsetningene som er lagt til grunn i budsjettet. Sammen med utviklingen av framtidig drift, vil ytterligere kostnadsreducerende tiltak løpende vurderes og iverksettes for å oppnå budsjettbalanse.
Medisinsk klinikk	- 9,3	Resultat pr mai er omtrent som forventet. I mai 2012 er resultat forverret med 0,8 mnok, dette er vesentlig lavere enn i perioden jan - apr og skyldes regnskapstekniske justeringer. Positivt DRG resultat hittil i år er som forventet og skyldes et redusert DRG budsjett Lønnskostnader er høyere en planlagt og den økonomisk effekten reduseres noe ved økt inntekt knyttet til høyere enn planlagt aktivitet.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-66,5	Klinikken har i mai et merforbruk på 8,3 mnok og akkumulert 66,5 mnok. I tillegg er det 2 mnok som er knyttet til en feilperiodisering av lønnsbudsjettet. Noe av dette oppveies av at klinikken har fått bedret sin DRG-produksjon for første tertial med om lag 7 millioner kroner. Reelt merforbruk i perioden er dermed 13 mnok. Dette inkluderer et månedsavvik på DRG på ca 4 mnok. Dette er trolig for høyt (gjennomsnittlig DRG-index på klinikken ligger på 0,172 mens for mai er den 0,158. Derfor er det grunn til å forvente at det også i mai vil være en god del poeng som vil etterregistreres). Så det reelle bildet er nok nærmere et merforbruk på ca 10 mnok. Ser man på de forskjellige områdene så er det merforbruk på varekost på 1,2 mnok og merforbruk på lønn på 12,5 mnok (da inkludert 2 mnok knyttet til feilperiodisering, så reelt omtrent 10,5 mnok) som er de store driverne og så er det noe merinntekt på poliklinikkinntekter og kurdøgn.
Kvinne- og barneklubben	- 8,1	Aktiviteten i mai var som planlagt, og klinikken oppnådde et positivt inntektsavvik pga etterkoding fra jan-april. Til tross for et positivt inntektsavvik i mai hadde klinikken totalt sett et negativt resultatavvik i mai på ca -3,4 mnok pga overforbruk på innleie, medikamenter, medisinske forbruksvarer og lønn.
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	- 66,0	Avvik i mai på -11,4 mnok. Dette er en økning fra forrige måneds avvik (-8,8 mnok i april). Dette relateres til økte avvik på varekostnader og personalkostnader sammenliknet med hittil per april. Akkumulert avvik på DRG er -0,7 prosent hensyntatt etterregistreringer. Etterregistrering etter regnskapsføring av ISF er i overkant av 100 DRG-poeng.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	- 38,4	Klinikken har et forverret resultat på 13 mnok i mai. Av dette knytter 5 mnok seg til siktede DRG inntekter pgr. av færre herteoperasjoner, 3,5 mnok er andel av udefinert, 1 mnok er innleie på TKA og 1 mnok er overtid spredt på klinikken. Klinikken har akkurat kommet i gang med den store omstillingen på TKA. Innleie er redusert saml. med samme periode i 2011, men forverret med 1 mill siden forrige mnd. Det resterende avviket på lønn ligger på TKA og kan knyttes til at omstillingene av TKA er bakt inn i budsjettet men forsinket i oppstart.
Akuttklubben	- 43,1	Om lag halvparten av avviket skyldes høyere lønnskostnader enn budsjettet. Dette gjelder hovedsaklig tiltak som ikke er utført ennå. Videre er det et merforbruk på innleie på nærmere 8 mnok (vesentlig Intensiv og Operasjon) som skyldes økt aktivitet og mangel på spesialiserte pleiere. Merforbruk knyttet til innleie er redusert de siste månedene. Merforbruk på varekostnader på 7,3 mnok er inklusiv økt forbruk av engangstøy til robot- og laparoscopioperasjoner samt medisinske forbruksvarer til intensiv.
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	+ 2,6	Negativt avvik på inntekter i mai skyldes delvis feil periodisering i budsjett, noe som også reflekteres i lavere varekostnader. BC på MIK, samt labautomasjon på MBK (Ullevål) bidrar også til å redusere varekostnader. Det negative avviket på lønn er forventet med tanke på periodisering av tiltak og opprydding ØM. Tiltakene skal hente inn avvik ene, med unntak av PAT som sliter med for høy aktivitet. Mai har også en positiv engangseffekt på internhandel pga for lav avsetning på blodforbruk i april, samt opprydding av HSØ prosjekt der kostnader er ompostert.
Oslo sykehusservice	- 10,0	Akkumulert avvik knyttes vesentlig til høyere lønnskostnader enn budsjettet. Klinikken har store mindrekostnader på energi, og noe merkostnader knyttet til varekostnader.
Stab	+ 22,8	Forhold som bidrar til stabens positive avvik er mindre bruk av eksterne konsulenter enn budsjettet, reduserte forsikringskostnader (kollektiv ulykke/gruppeliv), tilbakebetaling 2011 fra Sykehuspartner innenfor HR mv.
Fellesposter mv	- 23,9	Avviket relateres til flere forhold, blant annet ikke-fordelte budsjettmidler, generelt fakturaetterslep, ISF-inntekter, gevinst fra salg av eiendom og økte pensjonskostnader.
Samlet avvik	- 227,2	I samlet avvik inngår økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger med 168 mnok.
Samlet avvik juster for økte pensjonskostnader	- 58,9	Gevinst fra salg av eiendom bedrer resultatet med 33 mnok. Justert for dette er det et negativt avvik knyttet til ordinær drift på om lag 92 mnok per mai.

4.1 Bemanningsutvikling



4.2 Bemannings indikatorer

OUS Indikator	2012				2012 hittil i år				2012 mot 2011					
	Juni	Budsjett	Avvik	%-vis avvik	Resultat	Budsjett	Avvik	%-vis avvik	Δ juni til juni	%-vis endring	Δ des til juni	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk	16 954	16 534	421	2,5 %	16 949	16 554	396	2,4 %	-450	-2,6 %	-277	-1,6 %	-409	-2,4 %
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	15 776	15 368	408	2,7 %	15 804	15 388	416	2,7 %	-528	-3,2 %	-316	-2,0 %	-490	-3,0 %
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	1 178	1 165	12	1,1 %	1 145	1 165	-20	-1,7 %	78	7,1 %	39	3,5 %	81	7,6 %
Innleie fra vikarbyrå (mai)	152				143				-45	-22,8 %	-106	-41,1 %	-41	-22,5 %
Månedsverk månedslønnede	15 802				15 747				-251	-1,6 %	-103	-0,6 %	-269	-1,7 %
Månedsverk variabellønnede	1 152				1 202				-200	-14,8 %	-173	-13,1 %	-141	-10,5 %
Netto månedsverk nasj. ind. (april)	14 335				14 091				-446	-3,0 %	850	6,3 %	-588	-4,0 %
Sykefraværsprosent (april)	6,5				7,9				-0,3	-3,8 %	-1,7	-20,8 %	0,2	2,8 %

Brutto månedsverk, ekskl. ekst.fin.	2012			2012 hittil i år			2012 mot 2011		
	Jun	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik	Δ juni til juni	Δ des til juni	Δ hittil i år mot hittil i fjor
PHA	2 125	2 197	-73	2 131	2 228	-97	-156	-90	-162
MED	1 198	1 106	92	1 198	1 113	84	-71	-33	-101
KKN	2 017	1 889	128	2 020	1 884	136	-43	-15	-7
KVB	1 599	1 584	15	1 581	1 573	8	-41	-4	-37
KKT	2 075	2 049	25	2 082	2 011	70	-89	-44	-52
HLK	768	696	71	776	697	79	6	-13	11
AKU	2 245	2 192	53	2 243	2 181	62	2	-3	11
KDI	1 856	1 853	3	1 862	1 872	-11	-4	-22	-2
OSS	1 672	1 572	100	1 688	1 599	89	-99	-85	-119
STA	220	229	-8	222	229	-7	-33	-7	-29
Oslo universitetssykehus	15 776	15 368	408	15 804	15 388	416	-528	-316	-490

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

4.3 Brutto månedsverk (eks. e.f.) på stillingsgrupper

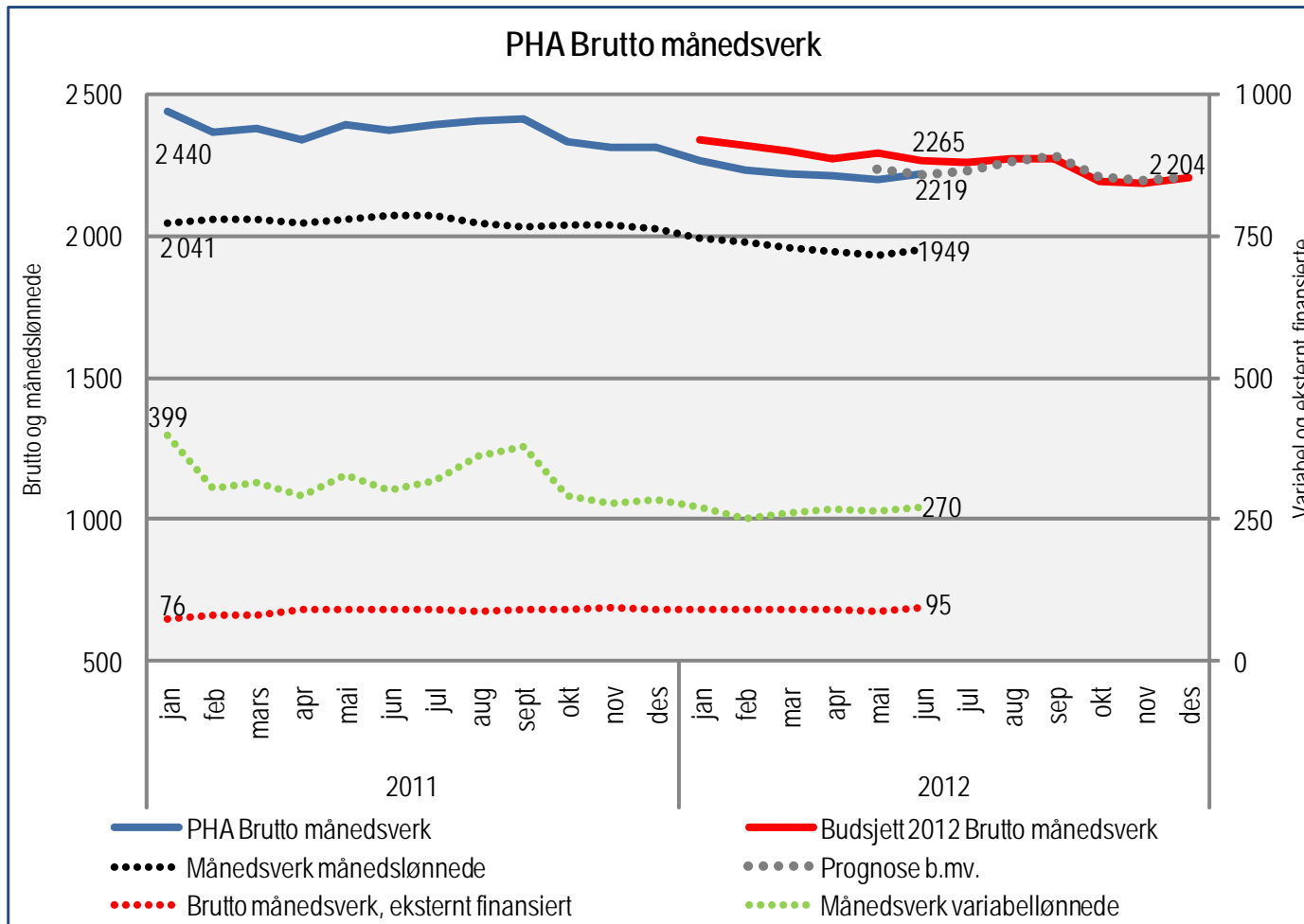
Brutto månedsverk, ekskl. ekst.fin.		2010	2011	2012						2012 mot 2011 og 2010			Andel av klinikk brutto			Avvik fra budsjett					
		Ref.nivå jan-jun	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	Δ ref.nivå 2010 til juni	Δ des 2011 til juni	%-vis des 2011 - juni	Andel hele 2011	Andel 2012	Endring i andel	jan	feb	mar	apr	mai	juni
OUS	(1) Administrasjon/Ledelse	3 115	2 728	2 691	2 688	2 678	2 686	2 680	2 682	-433	-46	-1,7 %	17,0 %	17,0 %	0,0 %	41	19	26	36	35	27
OUS	(2) Pasientrettede stillinger	1 588	1 447	1 393	1 377	1 405	1 382	1 392	1 394	-194	-53	-3,7 %	9,3 %	8,8 %	-0,5 %	239	250	278	277	259	280
OUS	(3) Leger	2 271	2 168	2 192	2 192	2 205	2 217	2 213	2 225	-47	57	2,6 %	13,3 %	14,0 %	0,6 %	-41	-55	-30	-18	-21	-20
OUS	(3a) Overleger	1 352	1 269	1 312	1 325	1 328	1 351	1 344	1 342	-10	73	5,8 %	7,9 %	8,4 %	0,6 %						
OUS	(3b) LIS-leger	871	857	842	835	842	831	834	847	-24	-10	-1,1 %	5,2 %	5,3 %	0,1 %						
OUS	(3c) Turnusleger	48	41	38	32	35	35	35	35	-13	-6	-15,5 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %						
OUS	(4) Psykologer	342	237	228	228	224	225	220	227	-115	-10	-4,2 %	1,5 %	1,4 %	-0,1 %	-34	-34	-36	-33	-34	-28
OUS	(5) Sykepleier	5 772	5 514	5 379	5 372	5 398	5 375	5 375	5 344	-427	-170	-3,1 %	34,0 %	34,0 %	0,1 %	144	99	161	147	145	85
OUS	(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	779	637	615	610	614	611	613	619	-160	-18	-2,8 %	4,0 %	3,9 %	-0,2 %	43	36	45	43	45	50
OUS	(7) Diagnostisk personell	1 274	1 289	1 263	1 268	1 253	1 252	1 263	1 260	-14	-29	-2,2 %	7,9 %	8,0 %	0,1 %	49	35	44	50	63	72
OUS	(8) Apotekstillinger	1	1	1	1	1	1	1	1	-0	-0	-20,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1	1	1	1	1	1
OUS	(9) Drifts/teknisk personell	1 547	1 392	1 344	1 372	1 344	1 342	1 342	1 334	-213	-58	-4,1 %	8,8 %	8,5 %	-0,3 %	-104	-100	-92	-86	-76	-88
OUS	(10) Ambulansepersonell	408	448	439	435	451	452	468	458	50	10	2,1 %	2,7 %	2,9 %	0,2 %	5	-4	15	19	38	21
OUS	(11) Forskning	220	206	207	209	211	209	207	206	-14	0	0,0 %	1,2 %	1,3 %	0,1 %	-2	-9	-5	-10	-13	-17
OUS	(99) Ukjente	44	25	63	57	42	31	31	22	-21	-3	-11,2 %	0,3 %	0,3 %	-0,1 %	63	57	42	31	31	22
SUM	Alle stillingsgrupper	17 362	16 092	15 816	15 809	15 825	15 784	15 805	15 773	-1 589	-320	-2,0 %	100,0 %	100,0 %	0,0 %	405	295	449	458	471	405

Kategoriseringen i stillingsgrupper er endret i 2012 ihht. nasjonal definisjon (NPSS).

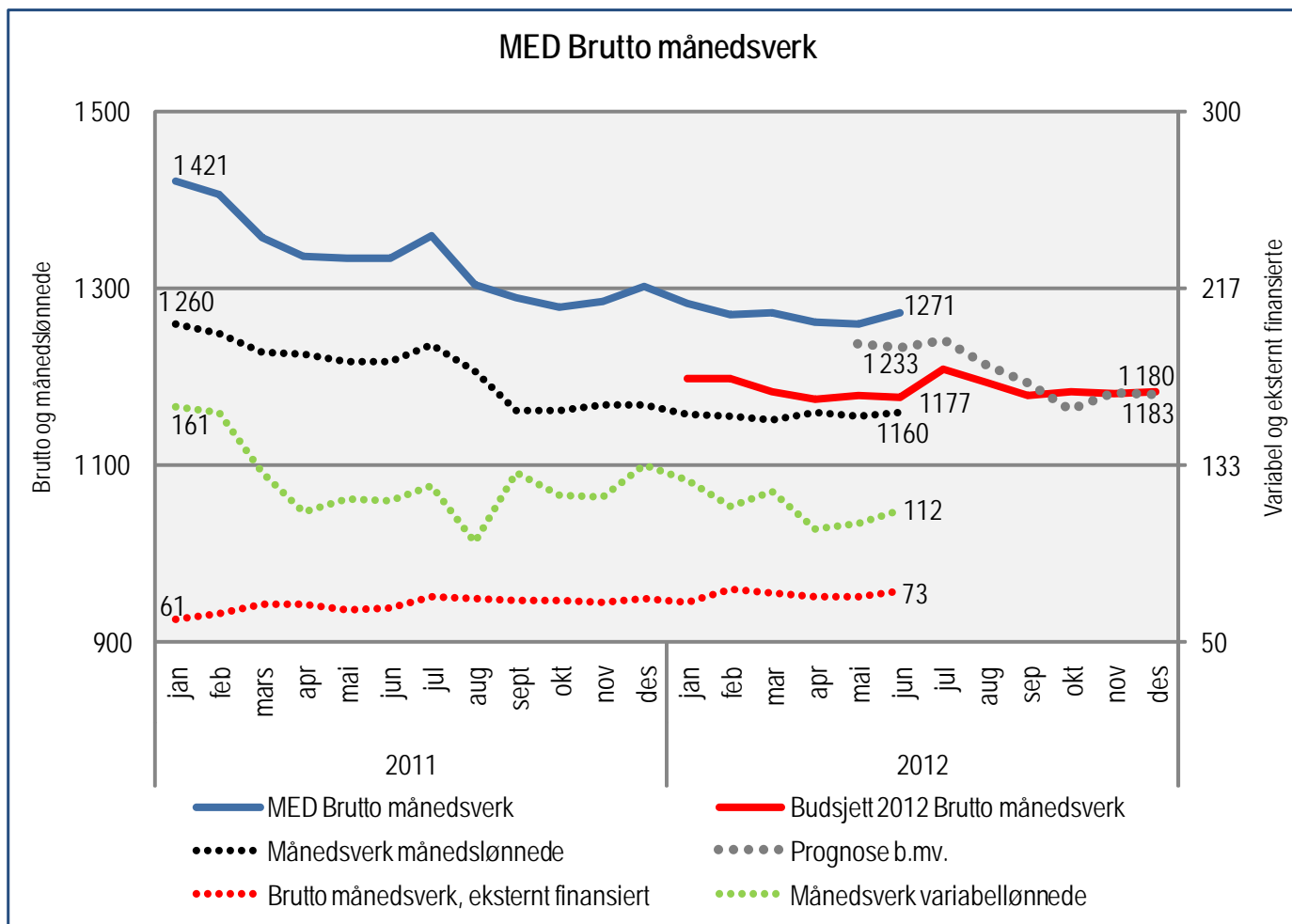
2012 tallene for Overleger er ikke sammenlignbare med 2010-2011 på grunn av konverteringer mellom hovedlønsmodell (A2) og alternativ lønnsmodell. Konverteringen mellom modellene er estimert med en økning på 63,99 månedsverk for overleger.

Dette betyr at det er **ikke noen økning** i overlege bemanningen, hverken målt i ressursbruk/timer eller kostnader. Se styresaken med beskrivelse av utvikling overlegeårsverk, med justeringer av ref.nivå 2010 og forklaringsvariable (fødselspermisjoner, overlegepermisjoner, vikarer og økt bruk av overtid).

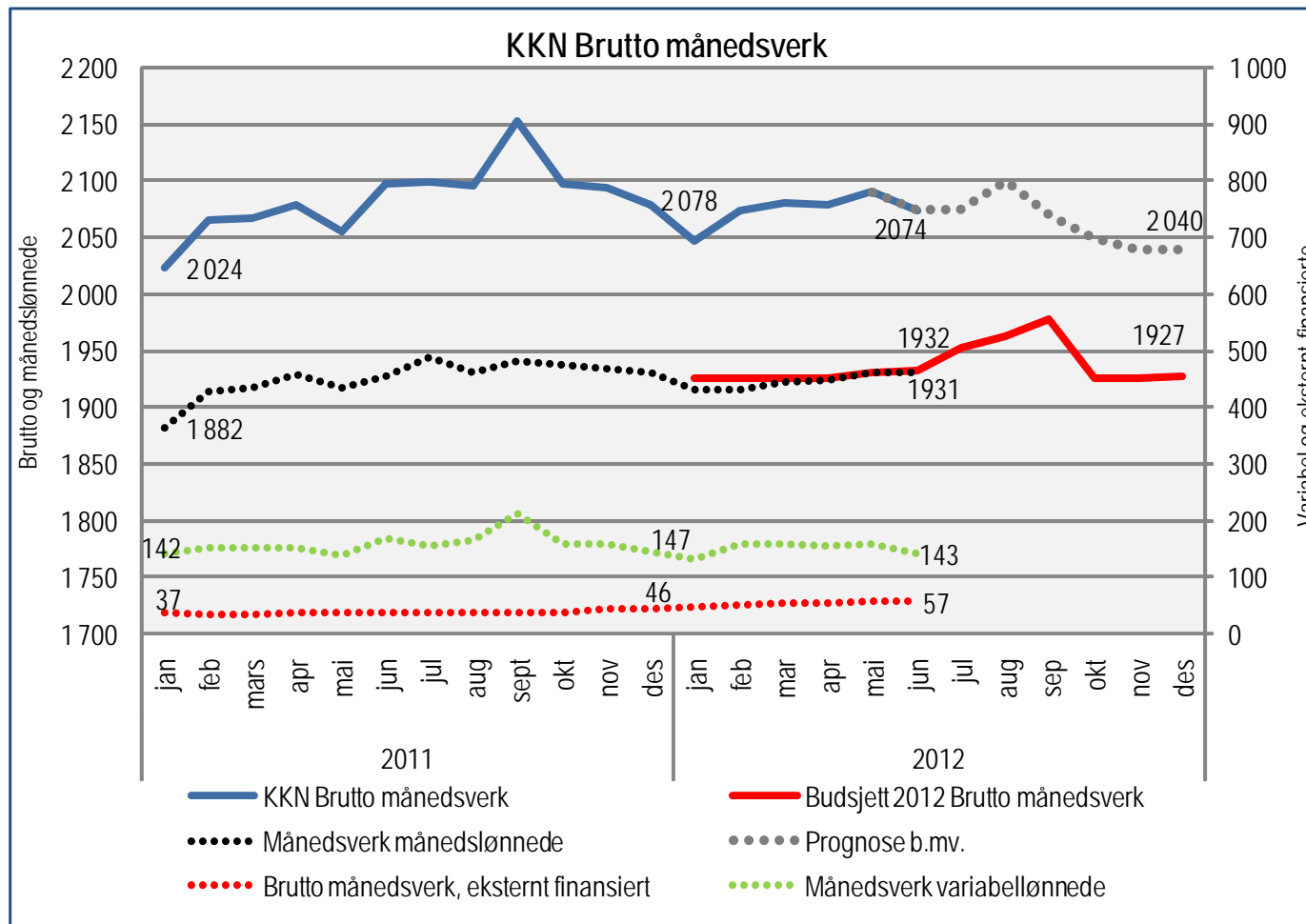
4.4 Bemanningsutvikling PHA



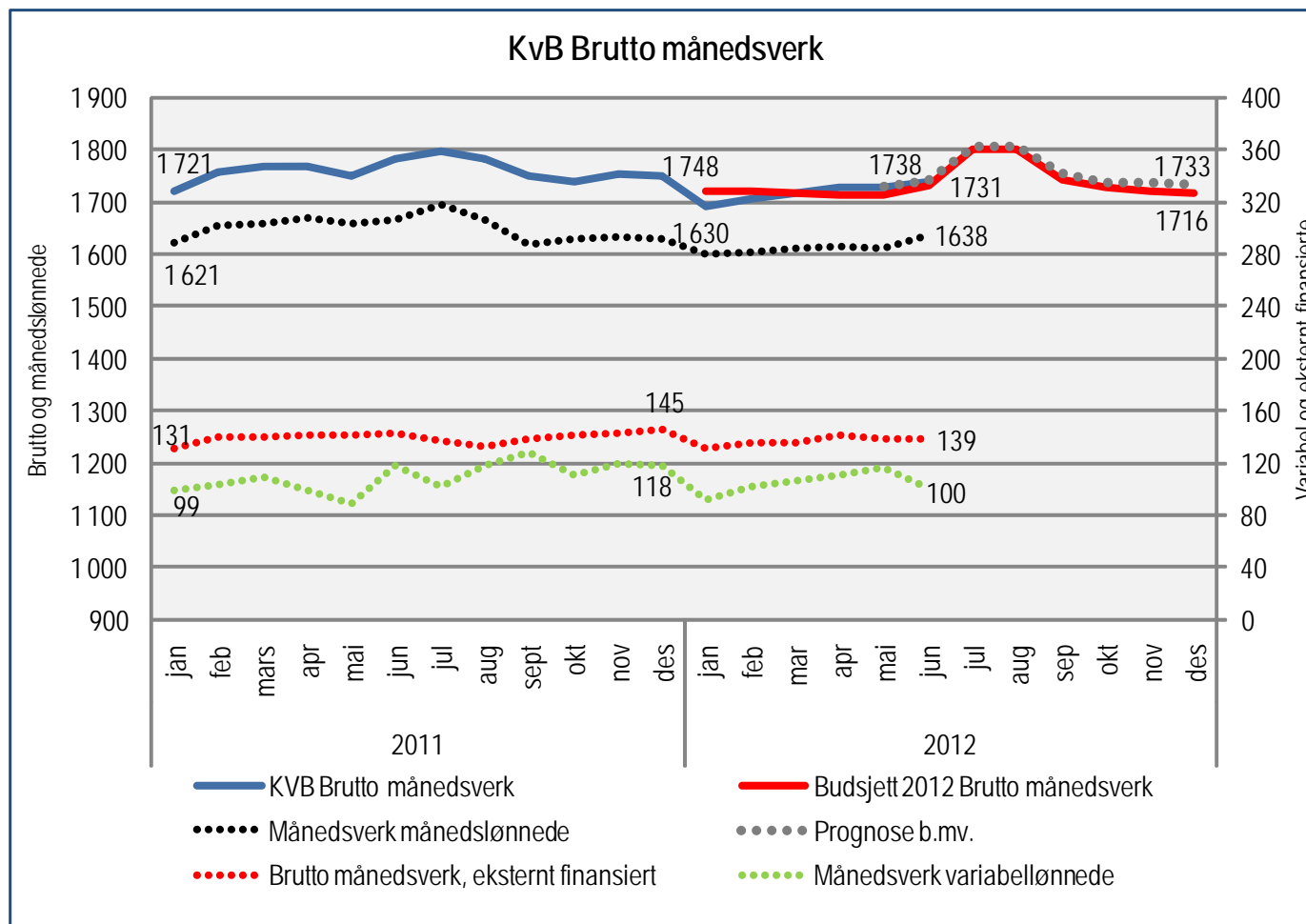
4.4 Bemanningsutvikling MED



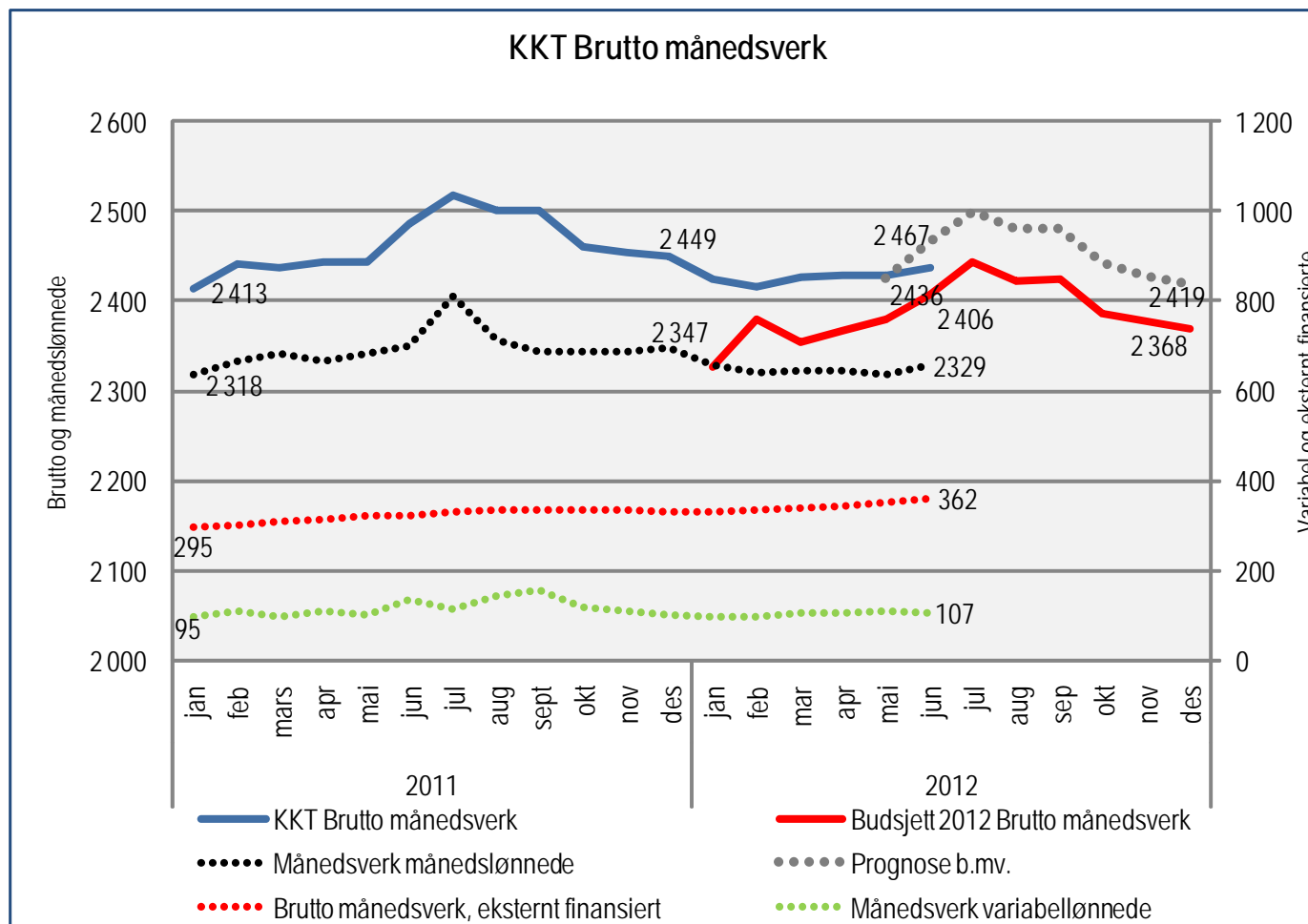
4.4 Bemanningsutvikling KKN



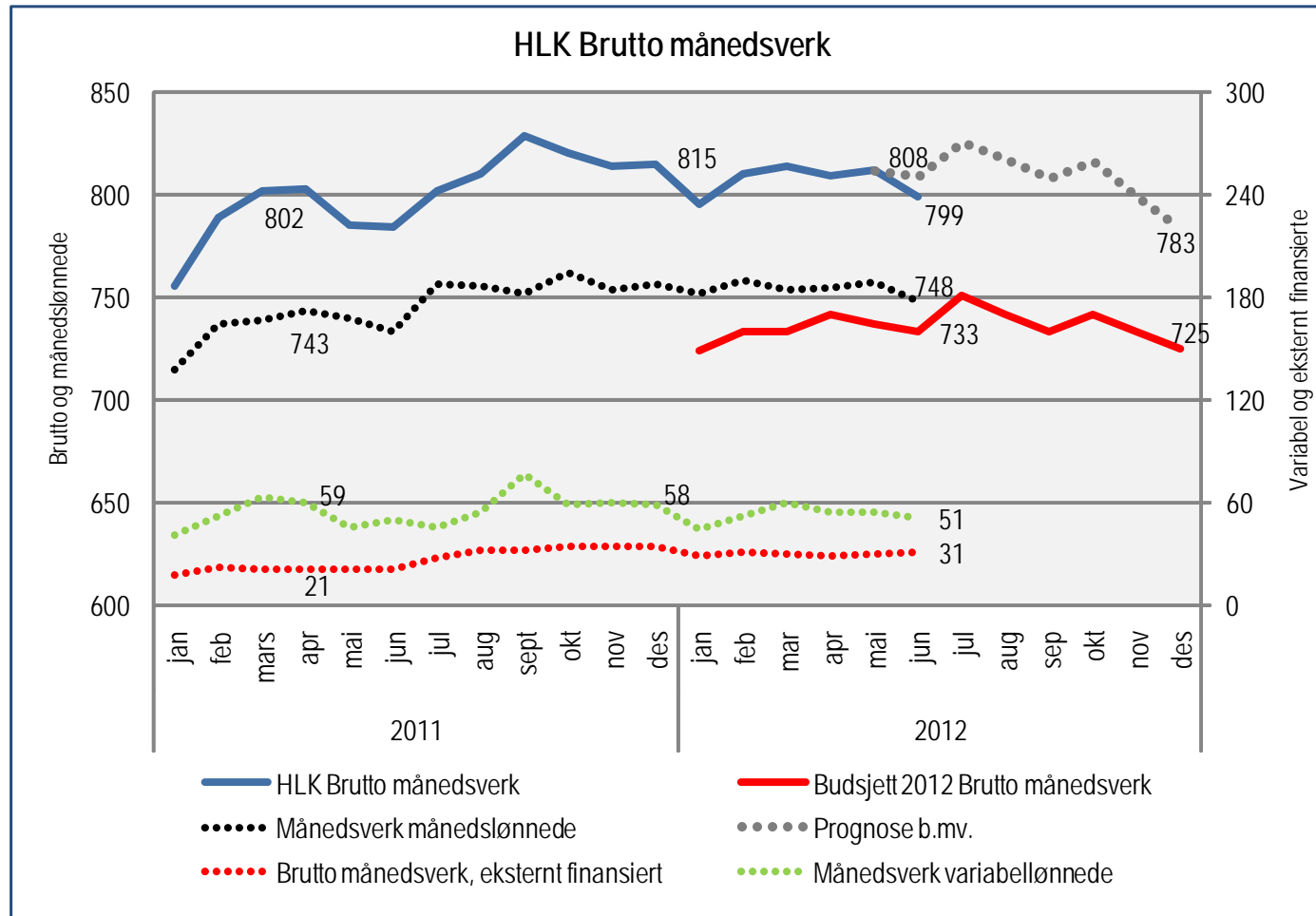
4.4 Bemanningsutvikling KVB



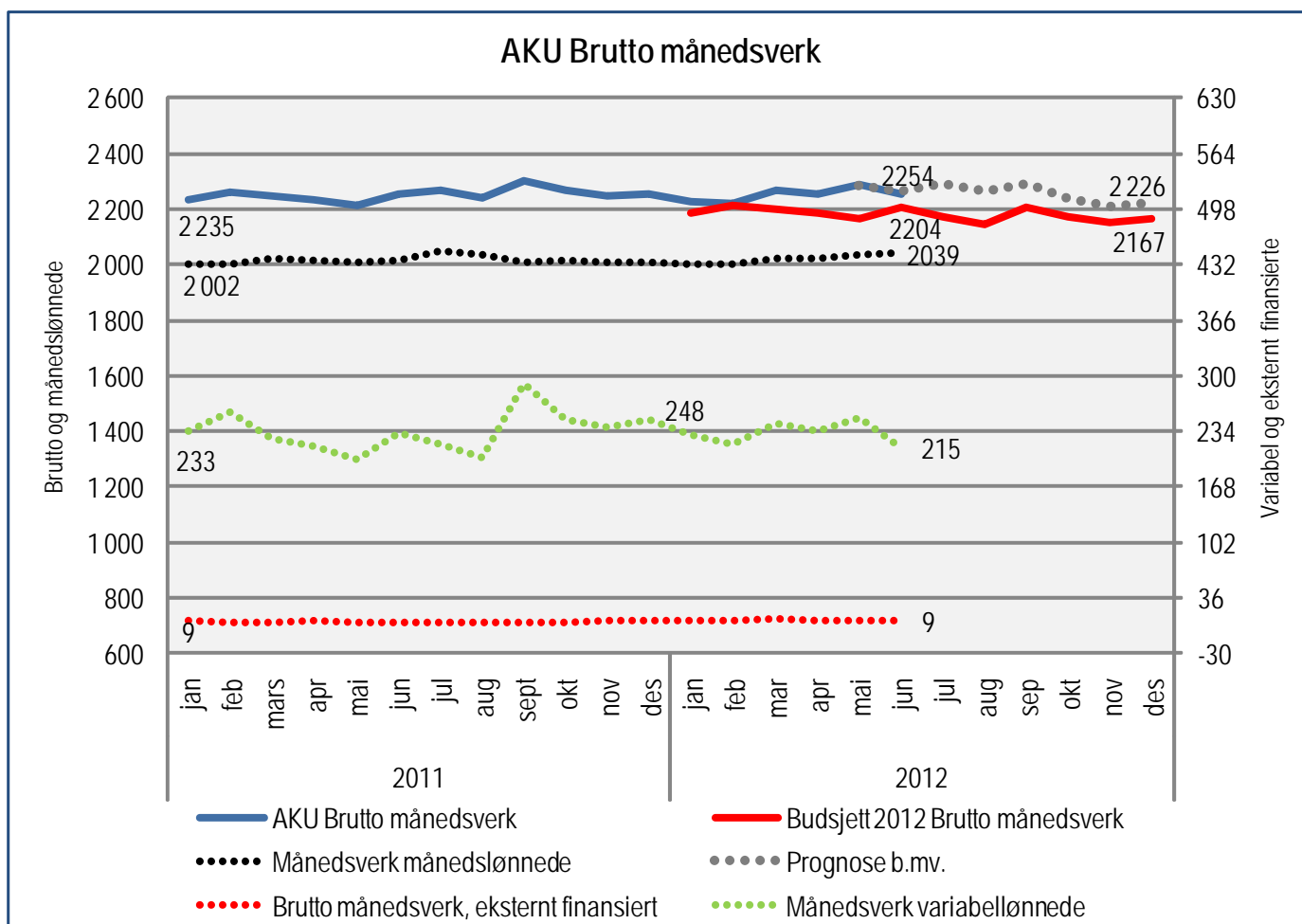
4.4 Bemanningsutvikling KKT



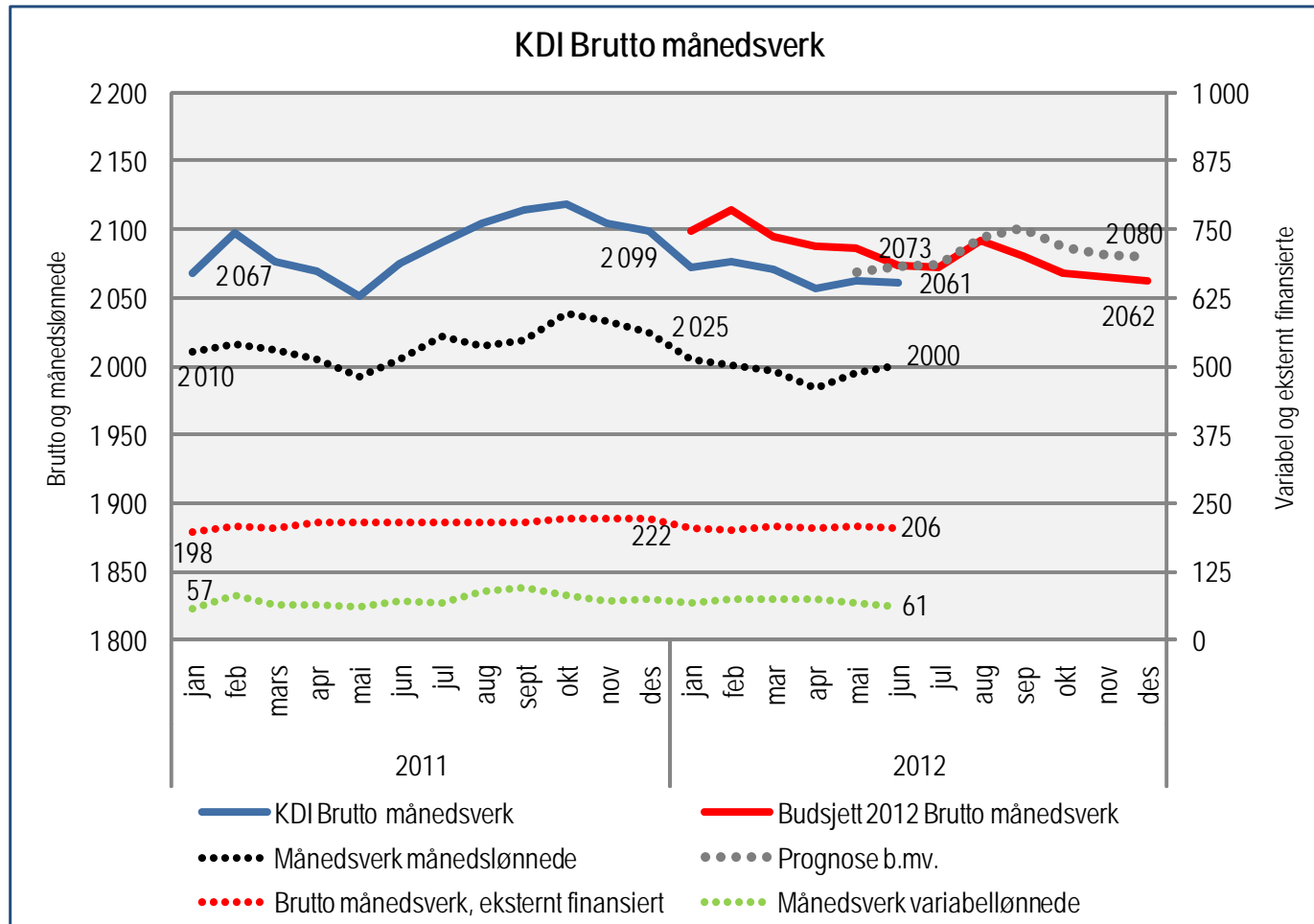
4.4 Bemanningsutvikling HLK



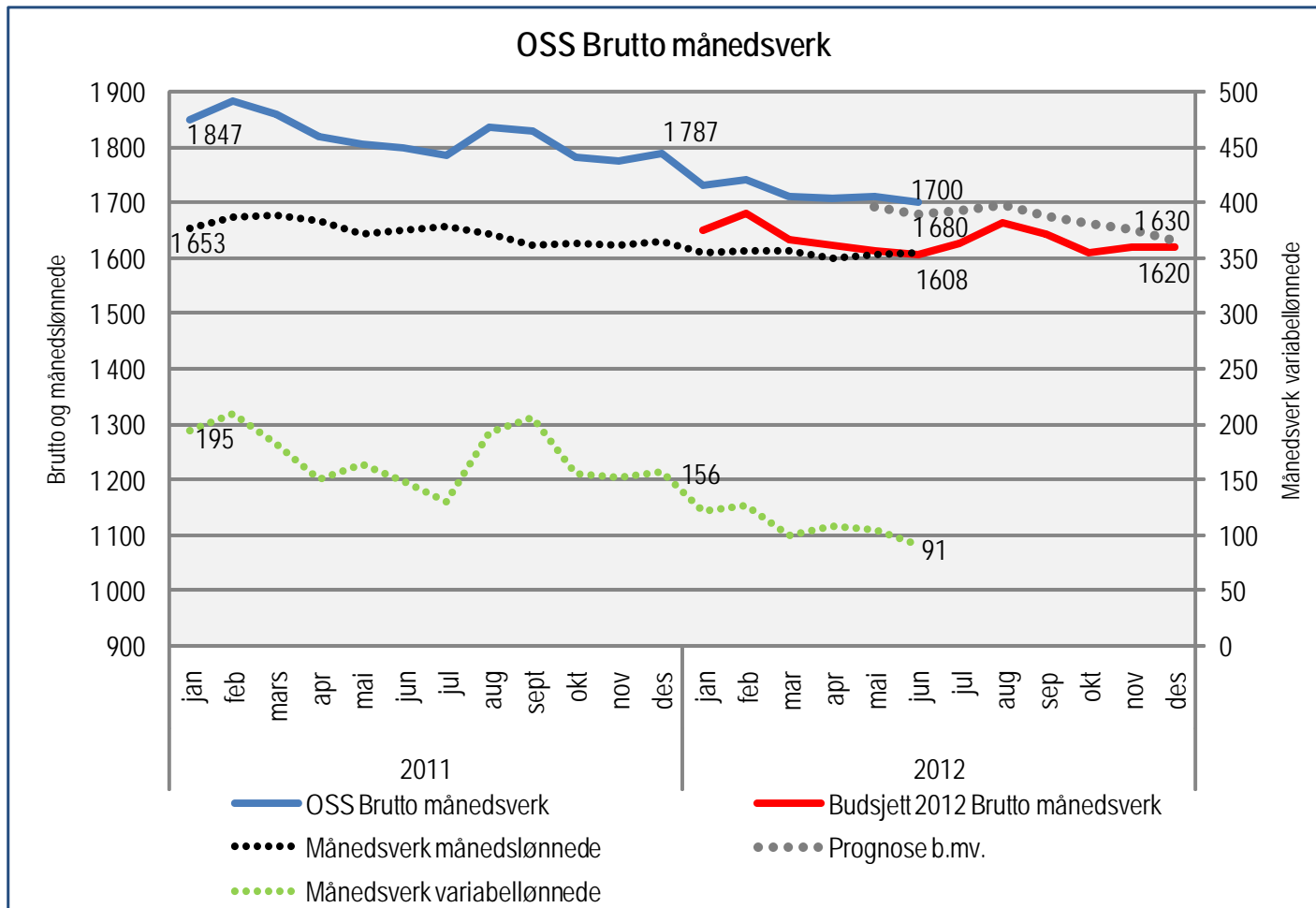
4.4 Bemanningsutvikling AKU



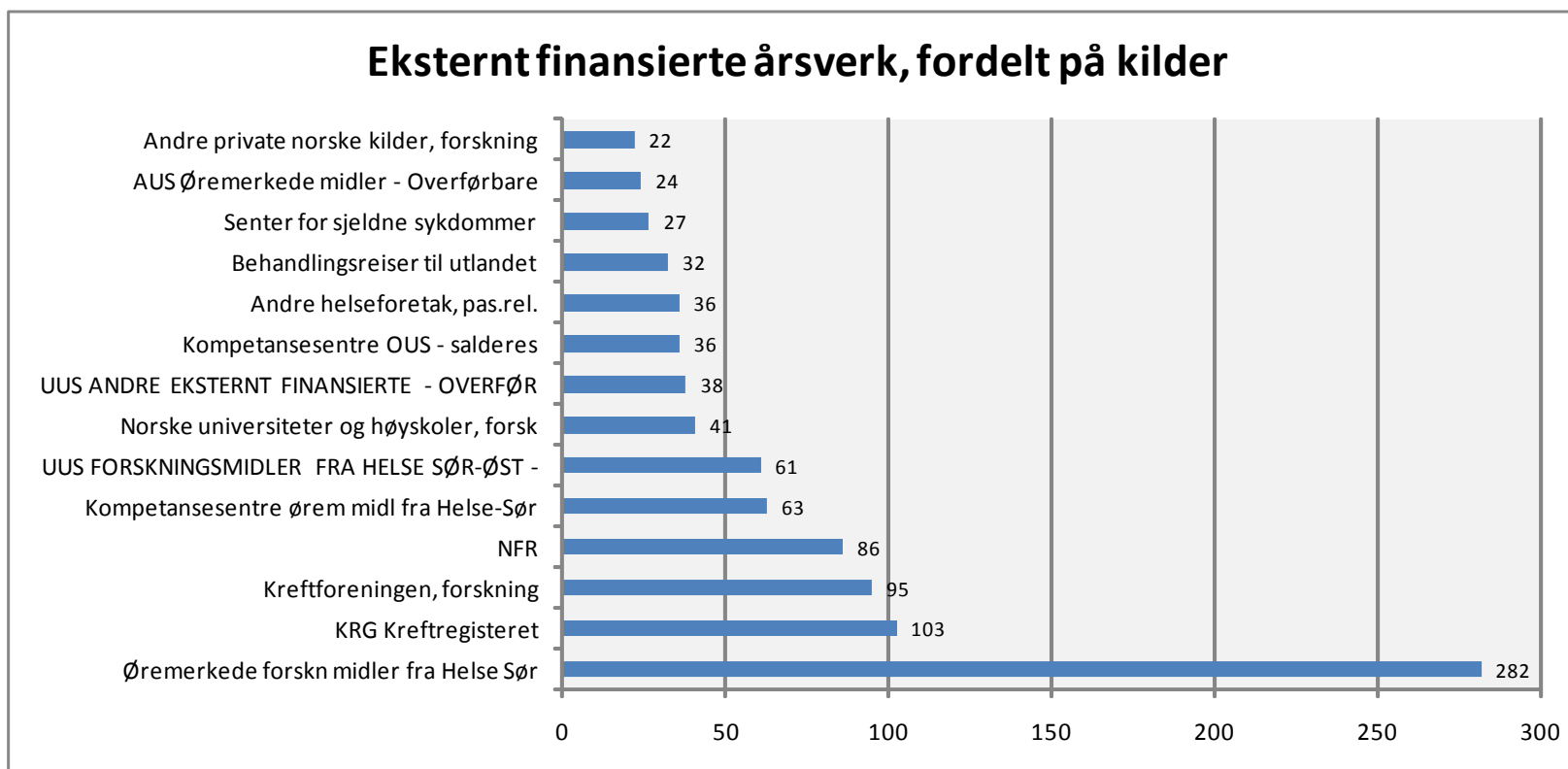
4.4 Bemanningsutvikling KDI



4.4 Bemanningsutvikling OSS



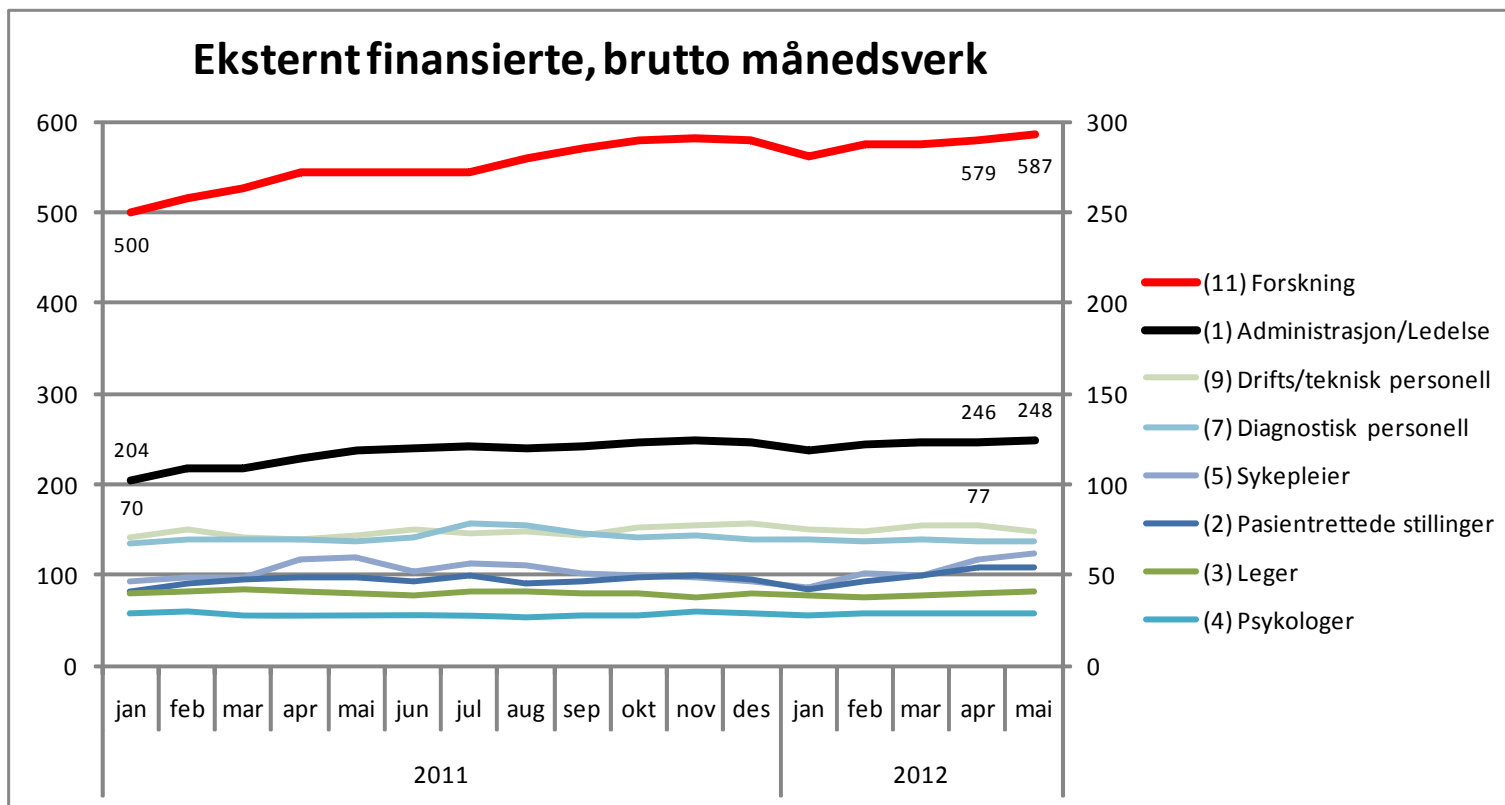
4.5 Eksternt finansierte årsverk (grunnlag fra 2012)



Andel forskningspersonell :

- Øremerkede forskningsmidler fra HSØ 226 av 282 årsverk
- KRG Kreftregisteret 35 av 103
- Kreftforeningen, forskning 67 av 95
- NFR 70 av 86
- Kompetansesentre øremerket m. fra HSØ 5 av 63
- UUS forskningsmidler fra HSØ 39 av 61 (hvorav 18 av 28 på PHA)

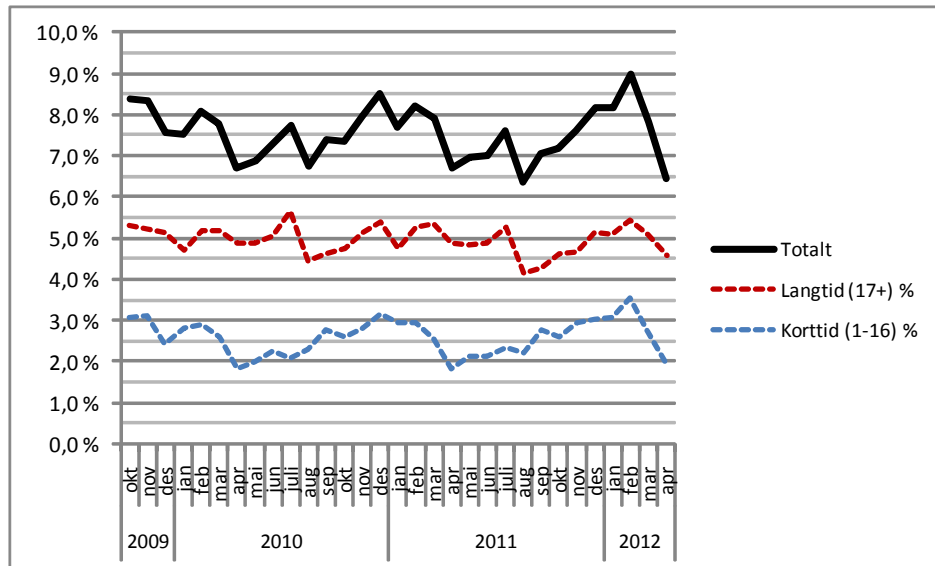
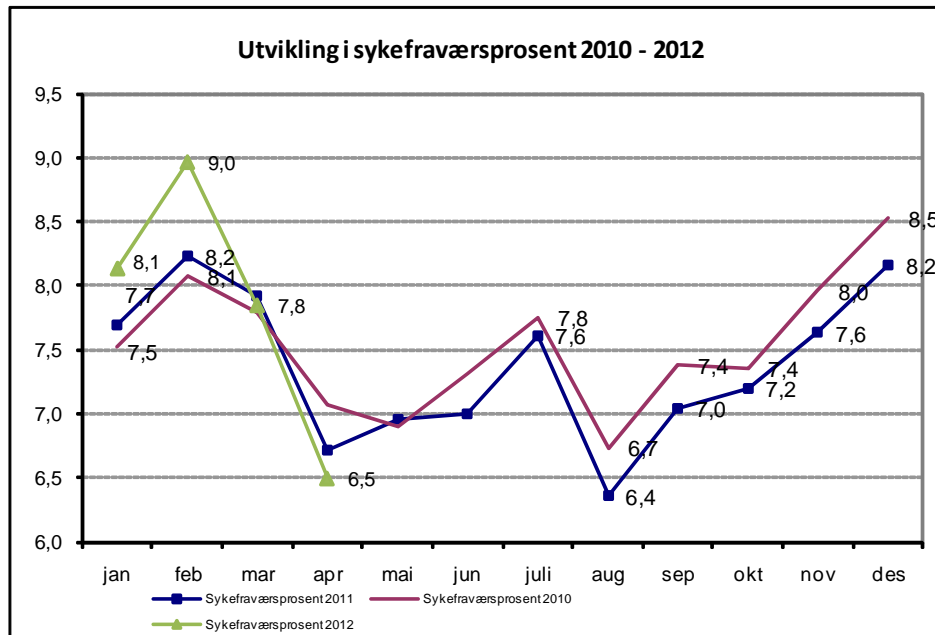
4.5 Utvikling eksternt finansierte årsverk per stillingsgruppe (grunnlag per mai)



Fordelt på stillinger:

- Forskning
 - Stipendiater 288 årsverk
 - Postdoktor 130
 - Andre forskere 169
- Administrasjon/Ledelse
 - Konsulent, rådgiver, prosjektleder 180 årsverk
 - Ledere 68

4.6 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær



4.6 Sykefravær per klinikk, per April 2011-2012

Sykefraværs lengde per april 2011	Korttid (1-16)			Langtid (17+)			Samlet sykefravær
	1-3 dager	4-16 dager	Sum	17-56 dager	> 56 dager	Sum	
PHA	1,4 %	1,3 %	2,7 %	1,3 %	4,4 %	5,6 %	8,4 %
MED	1,2 %	1,4 %	2,6 %	1,2 %	3,1 %	4,3 %	6,9 %
KKN	1,2 %	1,2 %	2,4 %	1,3 %	4,3 %	5,5 %	7,9 %
KVB	1,0 %	1,4 %	2,4 %	1,4 %	4,0 %	5,4 %	7,8 %
KKT	1,1 %	1,1 %	2,2 %	1,3 %	3,3 %	4,6 %	6,8 %
HLK	0,9 %	1,0 %	1,9 %	1,3 %	2,6 %	3,9 %	5,8 %
AKU	1,3 %	1,4 %	2,7 %	1,3 %	4,1 %	5,5 %	8,2 %
KDI	1,3 %	1,1 %	2,4 %	1,2 %	2,9 %	4,1 %	6,5 %
KRG	1,2 %	0,9 %	2,1 %	0,4 %	2,2 %	2,6 %	4,7 %
OSS	1,6 %	2,0 %	3,6 %	1,5 %	4,8 %	6,2 %	9,9 %
STA	0,6 %	0,7 %	1,3 %	0,5 %	1,7 %	2,2 %	3,5 %
OUS	1,2 %	1,3 %	2,6 %	1,3 %	3,8 %	5,1 %	7,6 %

Sykefraværs lengde per april 2012	Korttid (1-16)			Langtid (17+)			Samlet sykefravær
	1-3 dager	4-16 dager	Sum	17-56 dager	> 56 dager	Sum	
PHA	1,4 %	1,5 %	2,9 %	1,4 %	4,1 %	5,5 %	8,4 %
MED	1,2 %	1,2 %	2,4 %	1,3 %	3,2 %	4,5 %	7,0 %
KKN	1,4 %	1,3 %	2,6 %	1,6 %	3,3 %	4,9 %	7,6 %
KVB	1,1 %	1,4 %	2,5 %	1,7 %	4,4 %	6,1 %	8,6 %
KKT	1,2 %	1,3 %	2,5 %	1,3 %	3,1 %	4,4 %	6,9 %
HLK	1,1 %	1,2 %	2,3 %	1,6 %	3,3 %	4,8 %	7,1 %
AKU	1,4 %	1,5 %	2,9 %	1,4 %	3,6 %	5,0 %	7,9 %
KDI	1,4 %	1,4 %	2,8 %	1,1 %	2,9 %	4,0 %	6,9 %
KRG	1,4 %	0,8 %	2,2 %	0,7 %	2,6 %	3,3 %	5,5 %
OSS	1,7 %	2,4 %	4,1 %	2,0 %	4,3 %	6,3 %	10,4 %
STA	0,4 %	0,7 %	1,1 %	0,8 %	2,8 %	3,6 %	4,7 %
OUS	1,3 %	1,5 %	2,8 %	1,5 %	3,6 %	5,0 %	7,9 %

Definisjoner årsverksindikatorer

Brutto månedsverk	<i>Nasjonal definisjon</i>	All utbetalt arbeidstid er omgjort til månedsverk. Alle som har mottatt lønn ligger inne i dette tallet.
	<i>Forklaring/formål</i>	Brutto månedsverk uttrykker den potensielle arbeidsressursen inkludert permisjoner, sykdom og andre fravær. Dvs. faste ansatte, vikarer, engasjement, ansatte som har permisjon med lønn, utvidet arbeidstid leger, timelønn/merarbeid, overtid og innleid arbeidskraft. Ikke personer som har permisjon uten lønn. Brutto månedsverk nyttes fortrinnsvis til å vurdere inntekter og kostnader vedrørende bemanning All arbeidstid som er utbetalt omgjort til månedsverk. Alle som har mottatt lønn ligger inne i dette tallet. Dette tallet er så multiplisert med utbetalingsprosenten.
	<i>HR-kuben</i>	
Månedslønnede månedsverk	<i>Nasjonal definisjon</i>	Fast lønn som inngår i planlagt arbeidstid
	<i>Forklaring/formål</i>	Indikatoren viser forskjellen mellom den bemanningsressurs som gjøres med fastlønnedes normaltid og hva som gjøres gjennom variabellønnsinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv) Sum stillingsprosent/100 for de som lønnes på månedslønn og de som har fast utvidet arbeidstid. UTA-tid omregnes til årsverk. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
	<i>HR-kuben</i>	
Variabel lønn månedsverk	<i>Nasjonal definisjon</i>	Variabel lønn som ikke inngår i planlagt arbeidstid
	<i>Forklaring/formål</i>	Indikatoren viser forskjellen mellom den bemanningsressurs som gjøres med fast lønnedes normaltid og hva som gjøres gjennom variabellønnsinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv) Antall timer omregnet til årsverk for følgende lønnstyper: Utrykning, timelønn, overtid, uforutsett vakt lang og kort frist. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
	<i>HR-kuben</i>	
Netto månedsverk nasj. ind.	<i>Nasjonal definisjon</i>	Arbeidstid omgjort til månedsverk på ansatte som er på jobb
	<i>Forklaring/formål</i>	Skal vise den gjennomsnittlige bemanningen som faktisk er på jobb i foretaket. Dvs. brutto månedsverk minus alt fravær.
	<i>HR-kuben</i>	Brutto månedsverk minus alt fravær. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
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: 20. juni 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: Brev 2/2012 fra revisor datert 23. april 2011

SAK 44/2012 REVISORS NUMMERERTE BREV TIL LEDELSEN ETTER ÅRSOPPGJØRSREVISJONEN 2011

Forslag til vedtak:

Styret tar revisors brev til ledelsen om revisjonen for 2011 til etterretning og ber administrerende direktør følge opp revisors anbefalinger i samsvar med omtalen i styresaken.

Oslo den 13. juni 2012

Bjørn Erikstein

Sammendrag

Revisor har i brev av 23. april 2012 til Oslo universitetssykehus HF redegjort for forhold de ble kjent med under revisjonen av årsregnskapet for 2011 og som revisor etter revisorloven skal rapportere skriftlig. Det vises til den gjennomgang som ble foretatt av revisor i styremøte 29. mars d.å. I denne saken redegjøres det for oppfølging av de forhold revisor har tatt opp i sitt brev.

Administrerende direktørs vurdering

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

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

Faktagrunnlag

Oppsummert er de viktigste tiltakene for å forbedre internkontroll og legge til rette for god økonomistyring mv:

- Etablere skriftelige rutiner på områder som så langt ikke er godt nok dekket. Samle rutinene i en strukturert økonomihåndbok.
- Oppfølging på enkelte områder (øremerkede midler, analyser, anleggsmidler mv).
- Felles systemer for fakturabehandling og bestilling.

Revisors brev omfatter følgende hoveddeler:

- I. Foretaksstyring og internkontroll
- II. Avleggelse av årsregnskapet
- III. Spesielt om enkelte regnskapsposter

Nedenfor gis en oversikt over revisors merknader og de forbedringstiltak som det er arbeides med.

I. Foretaksstyring og internkontroll

Kommentar fra revisor	Tiltak i foretaket
<p>1. Våre konklusjoner er etter revisjonen er at foretaket kan vise til betydelige forbedringer i forhold til de vesentligste svakhetene vi rapportert etter fjorårets revisjon. Det er imidlertid fortsatt et behov for å styrke intern kontroll over finansiell rapportering. Våre viktigste observasjoner er:</p> <p>Det er fortsatt et forbedringspotensial i intern kontrollen knyttet til de sentrale prosessene for økonomistyring og regnskapsrapportering, men vi ser klare forbedringer sammenlignet med fjoråret og da spesielt knyttet til kritiske prosesser</p>	<p>Innenfor økonomiområdet har foretaket så langt prioritert å lage retningslinjer innenfor økonomistyring og finansiell rapportering som enkeltstående retningslinjer i foretakets eHåndbok. Disse er ikke samlet i en økonomihåndbok. Det igangsettes nå et arbeid for å:</p> <p>1) Samle de aktuelle retningslinjene i en økonomihåndbok (innenfor rammeverket til eHåndboken)</p> <p>2) Kvalitetssikre gjeldende retningslinjer og supplere der det er mangler.</p> <p>Plan for arbeidet utarbeides før sommeren skal ferdigstilles innen utgangen av oktober 2012.</p>

<p>som øremerkede midler, inntekter og klinikkposter. Vi ser videre at foretaket har kommet langt i å dokumentere og avklare ansvarsforholdet mellom regnskapsavdelingen og klinikkene.</p> <p>Det er fortsatt avgjørende for ytterligere forbedringer at det utarbeidet felles og enhetlige rutiner, og at det sikres at disse etterleves. Arbeidet med å avklare og dokumentere alle vesentlige ansvarsforhold knyttet til økonomistyring og finansiell rapportering bør fortsatt prioriteres fremover.</p>	<p>Videre vil det fokuseres på å sikre at gjeldende retningslinjer og rutiner etterleves i alle klinikkene og at det foretas vurderinger ut fra felles kriterier der det er mulig. Det vil blant annet gjennomføres felles samlinger for hele økonomimiljøet med fokus på utvalgte tema. Første samling er 19. juni.</p> <p>Foretaket har et stort antall prosjekter med ekstern finansiering (øremerkede midler). Ansvar og roller knyttet til dette området vil bli gjennomgått spesielt, og foretakets retningslinjer vil bli nærmere beskrevet.</p>
---	---

II. Avleggelse av årsregnskapet

Kommentar fra revisor	Tiltak i foretaket
<p>1. Det vesentligste av regnskapsdokumentasjonen var klart til oppstart av revisjon. Tilgjengelig dokumentasjon holdt generelt sett høyere kvalitet enn i fjor, og det var på flere områder tydeligere spor etter kvalitetssikring av dokumentasjonen. Til tross for den klare forbedringen i årsoppgjørsdokumentasjonen har også årets årsoppgjør vært tidkrevende, og vi har vært nødt til å utføre mye substanshandlinger. Dette skyldes tidligere avdekkede svakheter. Det er spesielt anleggsmidler, øremerkede midler, og analyser som har vært tidkrevende å revidere. Årsaken til at analyser har vært tidkrevende er mangelfull kvalitet i datagrunnlag og avviksforklaringer. I tillegg var det enkelte områder der avklaringer kom sent, men dette skyldes i stor grad forhold utenfor foretakets kontroll.</p>	<p><u>Anleggsmidler:</u> Det ble i 2011 foretatt en prinsippendring på hvordan nedskrivninger på enkelte anlegg skal reflekteres i anleggsregisteret og i foretakets balanse. I 2011 ble nedskrivninger klassifisert som avgang med ny netto verdi i balansen. Den pålagte endringen innebærer at foretaket i 2012 må opprette egne konti i balansen knyttet til anlegget som skal nedskrives, da blir dette korrekt klassifisert som en nedskrivning og ikke som avgang. Den gjenværende levetid blir ikke berørt av denne endringen. Foretakets økonomisystem (Oracle FA) håndterer ikke dette i dag, og det er sendt bestilling til Sykehuspartner IKT om gjennomføring av nødvendig oppgradering av økonomisystemet for å løse dette. På nåværende tidspunkt er det usikkert om og når dette blir prioritert og gjennomført.</p> <p><u>Øremerkede midler:</u> Se tiltak under pkt III.</p> <p><u>Analyser:</u> Se tiltak under pkt III.</p>

III. Spesielt om enkelte regnskapsposter

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

Kommentar fra revisor		Tiltak i foretaket
Gaver og øremerkede midler	<p>Prosjektarbeidet som ble igangsatt høsten 2010 for å rydde opp i problemstillingene knyttet til gaver og øremerkede midler er prioritert i 2011, og foretaket har foretatt et betydelig oppryddingsarbeid på området.</p> <p>Initiativet fra klinikkene har vært noe varierende, og vi har utført et større arbeid knyttet til regnskapsposten for å redusere risiko for vesentlig feil til et akseptabelt nivå.</p> <p>Fremover vil det være viktig å prioritere å utarbeide og implementere enhetlige rutiner som sikrer transparente ansvarsforhold, samt effektiv og velfungerende oppfølging og rapportering av alle vesentlige prosjekter på løpende basis</p>	<p>Regnskap fortsetter i 2012 arbeidet med oppfølging og informasjon mot sentrale ressurser i klinikk.</p> <p>Forskningsstøtte vil fra 2012 innføre felles samlinger rundt øremerkede midler med representanter fra klinikk, forskningsstøtte og regnskap.</p> <p>Som en del av arbeidet med økonomihåndbok vil roller og ansvar innenfor dette området bli tydeliggjort.</p>
Inntekter, svakheter i analyser	<p>En viktig del av årsoppgjørrevisjonen og det foretaksinterne arbeidet knyttet til kvalitetssikring av årsregnskapet, vil normalt være analyser og forklaringer av de enkelte regnskapsposter. I forbindelse med årets årsoppgjør har vi mottatt analyser fra alle klinikker, noe som er en klar forbedring fra fjoråret.</p> <p>Utfordringene i år var knyttet til svak kvalitet i avviksforklaringer fra klinikk, og liten grad av kvantifisering. I tillegg var analysene av begrenset verdi da analyserte tall ikke var de endelige tallene og det samtidig var mangelfull sammenheng mellom analysene og offisielt regnskap.</p> <p>Frem til neste årsoppgjør bør man</p>	<p>Som en del av årsoppgjørrevisjonen leverte klinikkene avviksforklaringer ned på et detaljert og omfattende nivå. Analysene fra klinikk var av noe varierende kvalitet, og erfaringene brukes til revidering og tydeliggjøring av metodikk inn mot en interimrevisjon medio 2012.</p> <p>Som en del at dette presiseres også detaljnivå og rapporteringsform på fremtidige analyser fra klinikk. Malverket for dette vil forbedres ut fra erfaringene i 2011.</p>

	<p>arbeide med å videreutvikle formatet på analysene, samt kvalitet i datagrunnlag og avviksforklaringer.</p>	
<p>Innkjøp, svakheter knyttet til internkontroll og overholdelse av LoA</p>	<p>OUS har også i 2011 benyttet 3 ulike fakturabehandlingssystemer, og det gjør det krevende å overvåke innkjøpsprosessen og om nøkkelkontrollen med korrekt attestant og anviser overholdes. Vår anbefaling er fortsatt at det innføres beløpsgrenser i systemet som velges for det fusjonerte foretaket.</p>	<p>Det er en utfordring at foretaket fortsatt har 3 bestillings- og fakturabehandlingssystemer hvor det er forskjellig funksjonalitet knyttet til fullmaktsrollen og beløpsgrenser. Foretaket ønsker å kunne redusere til 1 bestillings- og 1 fakturabehandlingssystem. Det vises for øvrig til styresak xx/2012.</p> <p>Med 3 bestillings- og fakturabehandlingssystem er det svært krevende å:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vedlikeholde og dokumentere hvem som har hvilke fullmakter og hvilke beløpsgrenser som er delegert - Ajourholde tre leverandørregistre - Ajourholde tre produktkataloger og avviksbehandle priser i tre fakturabehandlingssystem - Systemkontroller - Utarbeide felles arbeidsprosesser innenfor innkjøp og lagerdrift - Rapportere og følge opp klinikkene mht avtalelojalitet <p>Dette er svakheter som medfører behov for kompensierende tiltak på flere områder, og som gir dårlige muligheter for å sikre at foretaket får rette priser på kjøp av varer, og mangelfull styringsinformasjon for ledere på ulike / alle nivåer.</p> <p>Foretaket jobber med å tilpasse eksisterende systemer mest mulig inn mot en felles løsning rundt håndtering av anvisning og attestasjon. Først ved innføring av ny versjon av Basware vil få mulighet for å legge inn beløpsgrenser i systemet. Lisenser for innføring i hele foretaket er anskaffet.</p>

	<p>Når det gjelder Lov om offentlige anskaffelser (LoA) er det utarbeidet standardisert oppsett for dokumentasjon av avtaleinngåelser som skal benyttes for alle nye avtaleinngåelser fremover. Vi har avdekket at det gjennom 2011 har vært mangelfull oppfølging av LoA, og at systemet slik det er i dag med oppbevaring på (minst) tre ulike steder gjør prosessen svært omfattende og uoversiktlig. Vi anbefaler at man fortsetter arbeidet som er igangsatt relatert til utforming og implementering av rutiner som skal sikre overholdelse av LoA.</p>	<p>I påvente av felles systemer vil det også bli nye prosedyrer for delegering av fullmakter og det foretas en gjennomgang og kvalitetssikring av delegerede fullmakter i eksisterende systemer.</p> <p>Innkjøpsavdelingen har et felles område hvor alle konkurransegrunnlag og relevante dokument lagres på en ensartet måte. Alle originalkontrakter skal sendes innkjøpsseksjonen for fysisk arkivering og arkivering i e-phorte. Det pågår en kontinuerlig prosess for å redusere risiko for brudd på LOA gjennom anbudsprosesser. Hittil i år er 95 konkurranser enten i prosess eller avsluttet, herunder både lokale, regionale og nasjonale anbudskonkurranser.</p>
--	---	--



Oslo Universitetssykehus HF
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo

Att: Styrets leder Stener Kvinnsland
Kopi: Daglig leder Bjørn Erikstein

Journalnr. 2/2012

23. april 2012

Brev til ledelsen etter revisjon for regnskapsåret 2011

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

Vi har gjennomført revisjonen av årsregnskapet for regnskapsåret 2011 og vil med dette brev påpeke overfor selskapets ledelse de forhold vi er blitt kjent med under revisjonen som i henhold til revisorloven krever skriftlig rapportering fra selskapets revisor.

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

Innholdet i dette brevet er tidligere tatt opp med selskapets ledelse i møte. Vi har også gjennomgått de vesentligste forholdene i muntlig presentasjon for styret. Vi vil dessuten gjøre oppmerksom på at enkelte forhold er tatt opp og avklart direkte med den daglige ledelse fordi forholdet etter vår oppfatning ikke er av en så vesentlig betydning at det er nødvendig å omtale det i dette brevet.

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

Med vennlig hilsen
PricewaterhouseCoopers AS

Tom Henry Olsen
Statsautorisert revisor
tom.henry.olsen@no.pwc.com
T: 95 26 00 39



Innhold

Del I	Foretaksstyring og internkontroll	
	<i>Krav til revisor om å forstå foretaket, dets foretaksstyring og internkontroll</i>	3
	<i>Svakheter ved selskapets foretaksstyring og internkontroll</i>	3
Del II	Avleggelse av årsregnskapet	
	<i>Årsoppgjørprosessen</i>	4
Del III	Spesielt om enkelte regnskapsposter	
	<i>Gaver og øremerkede midler</i>	4
	<i>Inntekter, svakheter i analyser</i>	4
	<i>Innkjøp, svakheter knyttet til intern kontroll og overholdelse av LoA</i>	4
Avslutning	5

Del I Foretaksstyring og internkontroll

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

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

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

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

Svakheter ved selskapets foretaksstyring og internkontroll

Våre konklusjoner etter revisjonen er at foretaket kan vise til betydelige forbedringer i forhold til de vesentligste svakheterne vi rapporterte etter fjorårets revisjon. Det er imidlertid fortsatt et behov for å styrke intern kontroll over finansiell rapportering i konsernet. Våre viktigste observasjoner er:

Det er fortsatt et forbedringspotensial i intern kontrollen knyttet til de sentrale prosessene for økonomistyring og regnskapsrapportering, men vi ser klare forbedringer sammenlignet med fjoråret og da spesielt knyttet til kritiske prosesser som øremerkede midler, inntekter og klinikkposter. Vi ser videre at foretaket har kommet langt i å dokumentere og avklare ansvarsforholdet mellom regnskapsavdelingen og klinikkene.

Det er fortsatt avgjørende for ytterligere forbedringer at det utarbeides felles og enhetlige rutiner, og at det sikres at disse etterleves. Arbeidet med å avklare og dokumentere alle vesentlige ansvarsforhold knyttet til økonomistyring og finansiell rapportering bør fortsatt prioriteres fremover.

Del II Avleggelse av årsregnskapet

Årsoppgjørprosessen

Det vesentligste av regnskapsdokumentasjonen var klart til oppstart av revisjon. Tilgjengelig dokumentasjon holdt generelt sett høyere kvalitet enn i fjor, og det var på flere områder tydeligere spor etter

kvalitetssikring av dokumentasjonen.

Til tross for den klare forbedringen i årsoppgjørsdokumentasjonen har også årets årsoppgjør vært tidkrevende, og vi har vært nødt til å utføre mye substanshandlinger. Dette skyldes tidligere avdekkede svakheter. Det er spesielt anleggsmidler, øremerkede midler, og analyser som har vært tidkrevende å revidere. Årsaken til at analyser har vært tidkrevende er mangelfull kvalitet i datagrunnlag og avviksforklaringer. I tillegg var det enkelte områder der avklaringer kom sent, men dette skyldes i stor grad forhold utenfor foretakets kontroll.

Del III Spesielt om enkelte regnskapsposter

Gaver og øremerkede midler

Prosjektarbeidet som ble igangsatt høsten 2010 for å rydde opp i problemstillingene knyttet til gaver og øremerkede midler er prioritert i 2011, og foretaket har foretatt et betydelig oppryddingsarbeid på området.

Initiativet fra klinikkene har vært noe varierende, og vi har utført et større arbeid knyttet til regnskapsposten for å redusere risiko for vesentlig feil til et akseptabelt nivå.

Fremover vil det være viktig å prioritere å utarbeide og implementere enhetlige rutiner som sikrer transparente ansvarsforhold, samt effektiv og velfungerende oppfølging og rapportering av alle vesentlige prosjekter på løpende basis.

Inntekter, svakheter i analyser

En viktig del av årsoppgjørrevisjonen og det foretaksinterne arbeidet knyttet til kvalitetssikring av årsregnskapet, vil normalt være analyser og forklaringer av de enkelte regnskapsposter. I forbindelse med årets årsoppgjør har vi mottatt analyser fra alle klinikker, noe som er en klar forbedring fra fjoråret.

Utfordringene i år var knyttet til svak kvalitet i avviksforklaringer fra klinikk, og liten grad av kvantifisering. I tillegg var analysene av begrenset verdi da analyserte tall ikke var de endelige tallene og det samtidig var mangelfull sammenheng mellom analysene og offisielt regnskap.

Frem til neste årsoppgjør bør man arbeide med å videreutvikle formatet på analysene, samt kvalitet i datagrunnlag og avviksforklaringer.

Innkjøp, svakheter knyttet til internkontroll og overholdelse av LoA

OUS har også i 2011 benyttet 3 ulike fakturabehandlingssystemer, og det gjør det krevende å overvåke innkjøpsprosessen og om nøkkelkontrollen med korrekt attestant og anviser overholdes. Vår anbefaling er fortsatt at det innføres beløpsgrenser i systemet som velges for det fusjonerte foretaket.




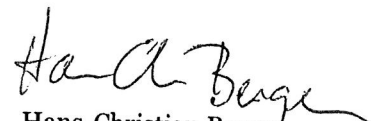
Når det gjelder Lov om offentlige anskaffelser (LoA) er det utarbeidet standardisert oppsett for dokumentasjon av avtaleinngåelser som skal benyttes for alle nye avtaleinngåelser fremover. Vi har avdekket at det gjennom 2011 har vært mangelfull oppfølging av LoA, og at systemet slik det er i dag med oppbevaring på (minst) tre ulike steder gjør prosessen svært omfattende og uoversiktlig. Vi anbefaler at man fortsetter arbeidet som er igangsatt relatert til utforming og implementering av rutiner som skal sikre overholdelse av LoA.

Avslutning

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

Med vennlig hilsen
PricewaterhouseCoopers AS


Tom Henry Olsen
Partner


Hans-Christian Berget
Partner

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. juni 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: Økonomisk langtidsplan 2013-2016

SAK 45/2012 BUDSJETT 2013 OG ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2013-2016

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo den 13. juni 2012

Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING

Denne styresaken gir en kort redegjørelse for oppfølging av økonomisk langtidsplan 2013-2016 etter styremøtet 14. mai 2012.

Styresaken inneholder videre tidsplan for utarbeidelse av budsjett 2013 med kort oppsummering av vesentlige momenter, inklusive inntektsforutsetninger og intern rammefordeling. Saken inneholder også en oppsummering av utfordringer i 2013.

Det legges opp til at styret tar en endelig beslutning om foretakets økonomiske langtidsplan for 2013-2016, herunder mål for 2013, på styremøtet 20. september. På septembermøtet vil også klinikkenes strategi for håndtering av budsjett 2013 legges frem. Endelig beslutning om budsjett for 2013 legges frem for styret den 17. desember 2012.

2. TIDLIGERE VEDTAK

Styret gjorde følgende vedtak 14. mai i sak 27/2012 Økonomisk langtidsplan 2013-2016:

- ”1. Styret tar forslag til bidrag til Økonomisk langtidsplan 2013-2016 fra Oslo universitetssykehus HF til orientering og ber under henvisning til de merknader som fremkom i møtet, administrerende direktør oversende det til Helse Sør-Øst RHF.*
- 2. Styret legger til grunn at videre prosess med langtidsplan 2013-2016 gjennomføres i overensstemmelse med de tolv prinsippene for medvirking i omstilling som er vedtatt i Helse Sør-Øst.*
- 3. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med forslag til Økonomisk langtidsplan 2013-2016 og resultatmål for 2013 for Oslo universitetssykehus HF til styremøtet 20. september.”*

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Ved behandlingen av økonomisk langtidsplan konstaterte administrerende direktør at Oslo universitetssykehus står overfor usedvanlig store økonomiske utfordringer i de nærmeste årene. Oslo universitetssykehus må som følge av dagens økonomiske situasjon og nødvendige og prioriterte investeringer, øke driftseffektiviteten betraktelig de kommende tre årene. Kravet til effektivisering er spesielt krevende fra dagens situasjon til budsjett 2013.

Denne styresaken gir en status for det arbeidet som skal utføres i forbindelse med budsjett 2013 og behandling av økonomisk langtidsplan 2013-2016 i styremøtet den 20. september. I saken inngår en kort presentasjon av det økonomiske utfordringsbildet for Oslo universitetssykehus, tidsplan for arbeidet med budsjett 2013, og den tilnærming som administrerende direktør foreslår for å oppnå større driftseffektivitet.

4. ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2013-2016

I telefonstyremøte 14. mai ble forslag til bidrag til Økonomisk langtidsplan 2013-2016 (sak 039/2012) forelagt styret til orientering. Dette bidraget ble justert med de kommentarer som fremkom i styremøtet og deretter oversendt til Helse Sør-Øst RHF den 16. mai (se vedlegg 1). Det er gjennomført dialog med Helse Sør-Øst RHF etter leveransen. Det er i den forbindelse ikke bedt om justeringer eller endringer i den fremstilling som er oversendt fra Oslo universitetssykehus. Helse Sør-Øst RHF har imidlertid bedt om tydeligere strategi for håndtering av den økonomiske driftssituasjon og en klar organisering av Oslo universitetssykehus sitt arbeid med store eiendomsinvesteringer.

Økonomisk langtidsplan for 2013-2016 for Helse Sør-Øst RHF skal behandles i styremøte 21. juni 2012, og det vil bli gitt tilbakemelding til foretakene etter vedtaket. Etter behandling i det regionale helseforetaket vil økonomisk langtidsplan bli forelagt styret i Oslo universitetssykehus for beslutning den 20. september 2012.

5. TIDSPLAN FOR UTARBEIDELSE AV BUDSJETT 2013

De viktigste milepælene for budsjett 2013 som involverer styret er:

- Ultimo juli - Foreløpig rammetildeling til klinikkene
- 20. september – Styremøte
 - Behandling av økonomisk langtidsplan 2013-2016, med plan for gjennomføring av driftseffektivisering
 - Oslo universitetssykehus strategi for gjennomføring av budsjett 2013.
 - Forankring av budsjett 2013 i den enkelte klinikk
 - Klinikkenes strategi for tilpasning av virksomheten til gjeldende kostnadsrammer
- 20. oktober – Styremøte
 - Klinikkenes detaljerte planer for gjennomføring av budsjett 2013
 - Vurdering av investeringsbudsjett for 2013
- 8. november – Rammetildeling fra Helse Sør-Øst RHF
- Medio november – Endelig rammetildeling til klinikkene
- 3. desember – Leveranse til Helse Sør-Øst RHF
 - Foreløpig årsbudsjett, uten periodisering. Økonomi, aktivitet, og bemanning
- 17. desember – Styremøte
 - Vedtak om budsjett 2013, økonomi, aktivitet, bemanning, tiltak og risikovurdering
 - Investeringsbudsjett 2013, videreføring av drift og omstillingsinvesteringer
- 7. januar – Leveranse til Helse_Sør-Øst RHF
 - Periodisert budsjett for 2013, økonomi, aktivitet og bemanning

Som det fremgår av tidsplanen over vil styret få en tidlig orientering om hvordan arbeidet med budsjett 2013 blir forankret i den enkelte klinikk. Det vil på et tidlig tidspunkt stilles krav til realisme, forankring og gjennomføringskraft ved gjennomføringen av budsjett for 2013.

6. ØKONOMISKE RAMMETILDELINGER FRA HELSE SØR-ØST RHF - UTFORDRINGSBILDE

Oslo universitetssykehus mottok foreløpige rammer i forbindelse med økonomisk langtidsplan. Disse rammebetingelsene er styret tidligere blitt orientert om. Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013 er marginal. Den store endringen er kravet om bedret resultat på 400 millioner kroner.

Helse Sør-Øst planlegger å tildele foreløpige rammer til helseforetakene i regionen ultimo juni. Endelig tildeling av rammene er planlagt til 8. november, etter framleggelse av statsbudsjettet og prioriteringer i Helse Sør-Øst.

Det er flere usikkerhetsmomenter knyttet til endelig rammetildeling. Per i dag er det spesielt to forhold som bør belyses, begge vedrører inntektsmodell i Helse Sør-Øst:

- Egen modell for prehospitale tjenester. Det er uttrykt at prosjektrapport med modell skal foreligge innen tildelingen av rammer den 8. november. Etersom denne tjenesten utføres som flerområdefunksjoner er det etter vår vurdering viktig å komme frem til en god løsning for avtale/oppgjør mellom sykehusområdene.
- Oppgaver som faller utenfor de etablerte modellene. Det pågår et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst om oppdatering av tidligere definert unntaksliste ift hvilke områder som skal inkluderes og med hvilket beløp.

Usikkerheten er likevel ikke større enn at det i hovedsak kan planlegges etter de rammer som foreløpig er blitt tildelt Oslo universitetssykehus.

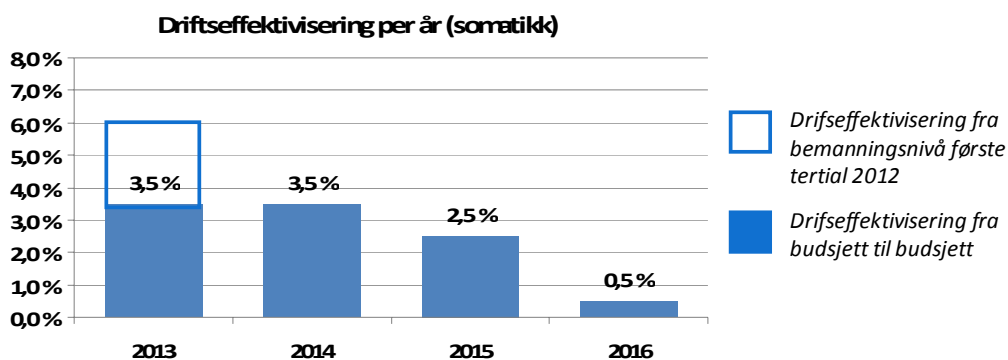
7. RAMMETILDELINGER TIL KLINIKKENE

Inntekts- og kostnadsrammer til klinikkene tar utgangspunkt i tildelingen for 2012. Disse vil bli justert for aktivitetsendringer, interne prioriteringer og endringer i Oslo universitetssykehus rammebetingelser (ekstern finansiering, lønnsoppgjør etc.). Resultatmål for 2012 var et underskudd på 400 mill kroner. Oslo universitetssykehus resultatmål for 2013 er et resultat i balanse. For 2013 budsjettet vil dermed den midlertidige finansiering som ble tildelt klinikkene for 2012 tilbakeføres. Utover dette må rammene tilpasses foretakets samlede økonomiske rammer og prioriteringer.

Klinikkene vil bli tildelt foreløpige rammer ultimo juni for å sikre rett forståelse av den utfordring som den enkelte klinikk står overfor. Endelig intern rammetildeling blir avgjort etter at Oslo universitetssykehus har mottatt rammetildeling fra Helse Sør-Øst.

8. TOTALT UTFORDRINGSBILDE FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Oslo universitetssykehus står overfor et betydelig krav til driftseffektivisering i kommende treårsperiode. I tabellen under fremgår beregnet behov for driftseffektivisering per år i planperioden. Effektivisering fra bemanningsnivå 1. tertial 2012 fremgår også i tabellen.



Tilpasningene som Oslo universitetssykehus må gjennomføre er så betydelige at dette krever en samlet innsats og tydelig omprioritering på alle nivåer i organisasjonen

9. STRATEGI FOR GJENNOMFØRING AV BUDSJETT 2013

Frem til utsendelse av budsjettsskriv nr 2 arbeides det med en tydeliggjøring av den strategi som foretaksledelsen forventes at gjennomføres når klinikkene planlegger arbeidet med budsjett 2013. Strategien skal tydeliggjøre kravet om å planlegge innenfor foreliggende kostnadsrammer. Det arbeides samtidig med en strategi for pasientbehandling og virksomhetsplan for Oslo universitetssykehus. Denne strategien vil samordnes med strategi for gjennomføring av budsjett som forelegges styret den 20. september.

10. MEDVIRKNING OG DRØFTING AV BUDSJETTET

Det vil som del av budsjettprosessen bli stilt tydelige krav til både involvering av tillitsvalgte og ansatte i gjennomføringen frem til endelig budsjettvedtak i styremøtet 17. desember. Det ble ved utarbeidelsen av budsjett 2012 gjennomgått de premisser som skulle ligge til grunn for involvering. Premissene ble tydeliggjort i budsjettsskriv til klinikkene. Det vil bli foretatt en ny gjennomgang av disse premissene før utsendelse av budsjettsskriv nr 2 til klinikkene ultimo juni. Ikke minst er den involvering som skjer på lavere organisatoriske nivåer viktig. Dette med særskilt tanke på endringer som påvirker arbeidstagers arbeidssituasjon og en omforent forståelse av utfordringene ved å etterleve de budsjetttrammer som er tildelt virksomheten. Det er et mål at tillitsvalgtes involvering i forbindelse med drøfting av de klinikkvise budsjetter og drøfting på sentralt nivå ift sykehusets totale budsjett vil bli planlagt slik at de tillitsvalgte vil ha tilstrekkelig tid til vurdering og tilbakemelding til sykehusets ledelse.

16.05.2012

Kommentarer til økonomisk langtidsplan 2013-2016

Oslo universitetssykehus HF

1. Innledning

Den økonomiske utviklingen de siste årene for Oslo universitetssykehus HF har ikke vært bærekraftig: Underskuddene er store og foretaket har pådratt seg stor kortsiktig gjeld. Samtidig øker gjennomsnittsalder for bygninger og utstyr og IKT-systemene er i stor grad knyttet til tidligere foretak og dermed ikke gjennomgående. Foretaket er stilt overfor krevende myndighetspålegg som krever omfattende investeringer for å komme ut av dagens situasjon.

Oslo universitetssykehus HF står dermed overfor usedvanlig store økonomiske utfordringer i de nærmeste årene: Lovpålagte og forventede oppgaver skal gjennomføres med god kvalitet samtidig som foretaket skal komme over i en økonomisk sett bærekraftig utvikling. Kombinasjonen av et stort investeringsbehov og krav til overskudd på drift med rask driftseffektivisering, vil bli krevende å gjennomføre innenfor planperioden.

I dette innspillet presenteres en tallfestet økonomisk strategi for å komme over i en mer bærekraftig situasjon for Oslo universitetssykehus HF. Det er tatt utgangspunkt i de oppgavene helseforetaket er pålagt og forventes å bli pålagt og i det man på dette tidspunkt kjenner til om de økonomiske rammebetingelsene. Tallene viser et svært krevende utfordringsbilde: Det er nødvendig med store investeringer i bygninger, IKT og MTU. Hoveddelen av disse investeringene vil i realiteten være lånefinansiert, og det er ikke mulig å håndtere de påfølgende kapitalkostnadene uten at de øvrige driftskostnadene reduseres betydelig og at effektiviteten i foretaket forbedres i høyt omfang hvert år framover.

Det understrekes at situasjonen slik den er beskrevet i denne planen bærer med seg en høy risiko i forhold til gjennomføring. Ambisjonsnivået for driftsforbedringer og kostnadsreduksjoner må settes svært høyt, og store deler av dette må realiseres før foretaket kan få full nytte av investeringer i samlokaliseringer og i nye gjennomgående IKT-løsninger.

2. Foretakets arbeid for å oppnå foretaksgruppens hovedmål og –krav med nødvendige tiltak

a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Oslo universitetssykehus vil ha et kontinuerlig fokus på ventelister og fristbrudd, og målet er at ventetidene skal reduseres og at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. Organisasjonen skal være oppdatert på lovverk og regler, og prioriteringsveilederne skal legges til grunn for enhetlig vurdering av rett til prioritert helsehjelp. Ventelistene skal være ajourførte slik at de representerer et godt verktøy i planleggingen av driften opp mot tilgjengelig kapasitet, og det skal arbeides for langtidsplanlegging hvor timebøker etableres minst 12 mnd frem i tid. Sykehuset vil også ha fokus på driftsendringer som bedrer kapasitet, inkl oppgavedeling med andre sykehus og tilpasning av kapasitet til behov ved overordnet prioritering.

b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %

Oslo universitetssykehus planlegger jevnlig registreringer av infeksjoner, hvor resultatene inklusive utvikling vil brukes i oppfølgingen av de enkelte avdelinger. Smittevernarbeidet ved sykehuset vil videre vektlegge kartlegging av risikofaktorer, styrket opplæring av personalet i smittevern, utarbeidelse av avdelingsvise infeksjonskontrollprogram, styrket håndhygiene ved å eliminere bruk av ringer og armbåndsur, riktig bruk av antibiotika og forebygging av infeksjoner med resistente bakterier. Dette forventes å gi god effekt slik at målet om sykehusinfeksjoner på under 3 % kan nås.

c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Oslo universitetssykehus arbeider for at flest mulig pasienter får informasjon om time for utredning/behandling samtidig som det gis informasjon om vurderingen av henvisningen. Etablering av timebøker fremover i tid vil muliggjøre en positiv utvikling på dette området. Ajourførte ventelister vil gi grunnlag for god planlegging og logistikk som også vil legge til rette for en positiv utvikling.

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

Oslo universitetssykehus har som mål at alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen. I 2012 er målsettingen å øke antall medarbeidere som har deltatt i tilbakemeldingsmøter til 60 pst, en økning på 26 pst poeng fra 2011. For å legge til rette for en slik økning i involvering i oppfølging vil foretaket jobbe med 3 hovedtiltak:

- Sikre at ledere som trenger støtte til gjennomføring, får dette. Dette gjør vi blant annet gjennom at klinikkene har dedikerte veiledere som har fått grundig opplæring i analyse av resultater og hvordan tilbakemeldingsmøter kan gjennomføres.
- Tett oppfølging av gjennomføring i klinikkene. Dette gjøres ved at det distribueres egne rapporter til klinikkledelsen over hvilke organisasjonsenheter i klinikkene som har lav score på en eller flere kritiske faktorer.
- Forenkle og forbedre arbeidet med utvikling og oppfølging av handlingsplaner. Dette skjer gjennom at alle ledere/enheter får sin egen elektroniske handlingsplan.

e. Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

Dette er omtalt under kapittel 5 og 6.

3. Aktivitetsvurderinger og forventede konsekvenser av Samhandlingsreformen.

a. Totalvurdering av aktivitetsnivået

Somatikk

Oslo universitetssykehus HF har med bakgrunn i budsjettskrivet fra Helse Sør-Øst RHF lagt til grunn 0,9 pst vekst i antall DRG-poeng i planperioden. Det er i henhold til planforutsetningene i budsjettskrivet lagt til grunn en vekst på 3% fra 2012 til 2013 i antall behandlede pasienter. Dette innebærer en dreining fra døgnbasert til dag- og poliklinisk behandling. Denne dreiningen er i tråd med Oslo universitetssykehus' strategi. Det er budsjettert med økte konserninterne gjestepasientinntekter på deler av aktivitetsøkningen.

Oslo universitetssykehus HF har en annen pasientsammensetning enn de andre foretakene i helseregionen (jfr tabellen på neste side). Knapt to tredeler av den somatiske virksomheten i Oslo universitetssykehus HF er spesialisert somatikk (lands- og regionsfunksjoner). Oslo universitetssykehus HF mottar finansiering for et omfang av vel 40 DRG-poeng per 1000

innbyggere innen helseregionen til Helse Sør-Øst. Det er forutsatt at omfanget av denne virksomheten vil vokse i takt med befolkningen i helseregionen i årene framover med en anslått vekst på 1,3 pst per år. Oslo universitetssykehus HF har de siste årene hatt relativt sterk vekst innenfor enkelte lands- og regionsfunksjoner, blant annet transplantasjoner, multitraume, regional kreftbehandling og deler av hjertebehandlingen (ablasjoner), mens på andre områder, f eks hjertekirurgi, har omfanget gått noe ned.

Oslo universitetssykehus HF utfører flerområde funksjoner for andre sykehusområder i Helse Sør Øst. Dette gjelder spesielt stråleterapi og en egen avtale med Akershus universitetssykehus HF om leveranse av områdefunksjon for Øye, hud og revmatologi. Det er lagt til grunn en vekst innen denne pasientbehandlingen på 2 pst i planperioden.

For lokalsykehusfunksjonene og områdefunksjonene for Oslo sykehusområde HF er det lagt til grunn en vekst på 1,2 pst i planperioden. Den relativt høye vekstraten skyldes to forhold:

- Oslo sykehusområde har en forventet befolkningsvekst på 2,3 pst pr år i planperioden. (Mellomalternativet for befolkningsframskrivning i Oslo)
- Det er lagt til grunn en fortsatt overføring av oppgaver fra Oslo universitetssykehus HF til Oslo kommune i samsvar med intensjonen i samhandlingsreformen. Oslo universitetssykehus HF betjener imidlertid flere områdefunksjoner (barn, øye, gynekologi, fødsler, stråle, kirurgisk akuttfunksjon) som i liten grad vil påvirkes av samhandlingsreformen. Områdefunksjonene omfatter en større andel enn lokalsykehusansvaret da sistnevnte deles med Lovisenberg diakonale sykehus AS og Diakonhjemmet sykehus AS.

Ut over det definerte pasientansvaret som er dekket i inntektsmodellen til Helse Sør-Øst RHF (lands- og regionsfunksjoner, flerområdefunksjoner og lokal- og områdefunksjoner) har Oslo universitetssykehus HF et høyere aktivitetsnivå særlig knyttet til høye pasientvolum fra sykehusområdene til Akershus universitetssykehus HF, Vestre Viken HF, Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Innlandet HF. Det er forutsatt at disse helseforetakene tar et større ansvar for lokal- og områdepasienter og at Oslo universitetssykehus HF dermed kan redusere kapasiteten, slik at dette volumet kan reduseres med om lag 5 pst per år i planperioden. Det vil bli utfordrende å gjennomføre denne dreiningen i pasientstrømmer fra Oslo universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus vil utarbeide ytterligere analyser i forhold til forbruksmønsteret for innbyggere i eget sykehusområde og pasienttilstrømningen fra de andre sykehusområdene. Analysene ønskes gjennomføres i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.

Oslo universitetssykehus HF vil ut over dette fortsette arbeidet med å overføre til andre områdesykehus de deler av pasientforløpene som ikke må være på regionsykehuset.

Aktivitet for:	DRG poeng 2012	Vekst faktor	Endring fra 2012 til 2013
Andre regioner (i hovedsak landsfunksjoner)	12 846	1,30 %	167
HSØ Lands- regionfunksjoner (Abonnementsordning)	107 000	1,30 %	1 391
Flerområde funksjoner (stråleterapi og Ahus avtale)	12 421	2,00 %	248
Fritt sykehusvalg etc.	11 621	-6,00 %	-697
Lokal- og områdefunksjoner	60 711	1,20 %	729
SUM DRG budsjett	204 599	0,90 %	1 838

Psykisk helsevern

Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) er det ut fra planforutsetningene til Helse Sør-Øst RHF lagt til grunn en vekst i antall behandlede pasienter på 3 pst i 2013. Også innenfor psykisk helsevern og TSB har Oslo universitetssykehus HF lagt til grunn en dreining fra dag og døgn til poliklinikk. På denne bakgrunn er hele veksten i planperioden lagt inn som økning i poliklinisk aktivitet. For 2013 gir dette følgende økning i antall polikliniske konsultasjoner per område:

Psykisk helsevern for voksne: 3,0 pst
Psykisk helsevern for barn: 3,2 pst
TSB: 4,3 pst

For 2014 og resten av planperioden har ikke Helse Sør-Øst RHF gitt spesifikke aktivitetsføringer. Som følge av videre implementering av ny inntektsmodell vil det komme en inntektsreduksjon også innenfor psykisk helsevern og rus. Oslo universitetssykehus HF har lagt til grunn en vekst på 1 pst i den polikliniske virksomheten i hvert av årene fra 2014-2016.

Oslo universitetssykehus HF har etter etableringen av nye opptaksområder fra 1.1.2011 opprettholdt noe døgncapasitet (28 døgnplasser) til Akershus universitetssykehus HF innenfor voksenpsykiatrien. Avtalen med Akershus universitetssykehus HF er forutsatt avviklet innen 31.12.2013, og det er fra 2014 lagt til grunn en reduksjon i antall utskrevne døgnpasienter på 45 per år. Dette er også hensyntatt ved budsjettering av konserninterne gjestepasientinntekter.

b. Andre lovpålagte oppgaver; forskning, utdanning av helsepersonell, samt opplæring av pasienter og pårørende.

Helse Sør-Øst har vedtatt et langsiktig mål om opptrapping av ressursbruk til forskning i helseforetaksgruppen samlet til 5 % av totalkostnader. Dette inkluderer både interne og eksterne forskningsmidler. Oslo universitetssykehus HF er i oppdragsdokumentet bedt om, i løpet av 2012, å legge fram for Helse Sør-Øst RHF en langsiktig plan for opptrapping av sykehusets ressursbruk til forskning, inkludert eksternt finansierte midler. Det er lagt til grunn en mindre økning av eksternt finansierte forskning i planperiodene. Det legges i planperioden opp til en skjerming av internt finansierte forskningsressurser. Økt eksternt finansiering forutsetter imidlertid en solid basisfinansiering og stillingsportefølje.

For de andre lovpålagte oppgavene (utdanning av helsepersonell og pasientopplæring) er det forutsatt om lag uendret aktivitet.

c. Faglige prioriteringer

Oslo universitetssykehus HF arbeider med en fag- og virksomhetsstrategi som skal danne grunnlag for utvikling i aktivitet og prioriteringer i helseforetaket.

d. Effekter av samhandlingsreformen

Det er innen somatikk forutsatt en nedgang i antallet utskrivningsklare pasienter. Dette er basert på den utvikling foretaket ser etter fire måneders drift i 2012. Budsjetterte inntekter er redusert

med 15 mill kroner fra et budsjett på 24 mill kroner for 2012. Det er dermed for perioden 2013 til 2016 forutsatt 9 mill i inntekter.

Oslo universitetssykehus HF opplever en økning i antallet utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern. Det er Oslo universitetssykehus HF sin vurdering at det bør innføres en oppgjørsordning også for denne pasientgruppen. I økonomisk langtidsplan er det ikke forutsatt endringer i aktivitet eller inntekter som følge av utviklingen i utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern.

Det vil være usikkerhet knyttet til gjennomføring og effekten av samhandlingsreformen de nærmeste årene. Etablering eller utvidelse av tilbud på kommunalt nivå forventes å ta tid - særlig med tanke på et kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud innen 2016. Oslo kommune har en målsetting om å starte opp et tilbud fra 2013. I hvilket omfang dette vil redusere antall innleggelses ved sykehuset er fremdeles ukjent.

Det er grunn til å anta at Oslo kommune som følge av samhandlingsreformen over tid vil redusere den relative andel av pasienter som innlegges på sykehuset. Dette vil være en konsekvens av økt satsing på forebyggende helsearbeid, etablering av en allmennlegevakt på Aker og etablering av observasjonssenger blant annet på Aker. Det er videre grunn til å forvente at kommunen/bydelene vil håndtere mer komplekse lidelser pga kompetanseoverføring og utvikling av nye arbeids- og samarbeidsformer.

Samtidig må det tas hensyn til at Oslos befolkning øker med 12-15 000 pr år. Det forventes flere i fertil alder, flere barn og flere med flerkulturell bakgrunn. Det kan derfor ventes en økning i antall fødsler, en økt pasienttilgang til barneavdelingene, en økning innen psykisk helse og rusbehandling, og et økt behov for tolketjeneste og andre tiltak for å sikre et likeverdig tilbud til Oslos befolkning.

4. Investeringer i ordinær drift og store byggeprosjekter

a. Investeringer i ordinær drift og særskilt fokus på Medisinsk teknisk utstyr (MTU)

Oslo universitetssykehus HF har medisinsk-teknisk utstyr i bruk til en samlet anskaffelsesverdi på om lag 3,1 milliarder kroner. Det lave investeringsnivået de siste årene har ført til at det medisinsk-tekniske utstyret (MTU) ved sykehuset får en stadig høyere gjennomsnittlig levetid (nå 10,6 år). De siste to årene er det med noen få unntak kun gjennomført investeringer for å erstatte kassasjoner. I tillegg kommer noen omstillingsinvesteringer. Det er forventet at omfanget av kassasjoner fremdeles vil tilta ettersom levealder på utstyret er så vidt høyt.

Investeringsnivået på 315 mill kroner til videreføring av drift er isolert sett ikke tilstrekkelig til å sørge for en forsvarlig forvaltning av bygningsmassen og utskifting av medisinsk teknisk utstyr i planperioden. Ved gjennomføring av omstillingsprosjekter vil det imidlertid inngå omstillingsinvesteringer til ombygging og oppgradering av bygningsmassen og det vil også inngå investeringer i medisinsk teknisk utstyr og annet utstyr. Dette vil delvis kompensere for den lave investeringsrammen til ordinære investeringer. Over tid er det likevel nødvendig å heve investeringsnivået fra 315 mill kroner.

En foreløpig analyse tilsier at et investeringsnivå ved videreføring av ordinær drift bør ligge på om lag 500 mill kroner per år. Dette nivået blir delvis kompensert ved at det også gjennomføres omstillingsinvesteringer i planperioden. Disse forholdene er hensyntatt i investeringsplanen som er finansiert med overskuddslikviditet fra et positivt driftsresultat fra og med 2014. Slik det fremgår av kapittel 5 planlegges det med overskudd på drift fra 2014 for bl.a å finansiere økte investeringer i MTU. Disse midlene vil først komme til anvendelse i 2015. Oslo universitetssykehus HF løper en betydelig risiko for manglende investeringer i MTU i perioden 2013-2015. Det presiseres derfor at det kan bli behov for særskilte lån fra Helse Sør-Øst til finansiering av sammenbrudd i MTU i perioden 2013-2015.

b. Vedlikeholdsplaner for bygg

I Oslo universitetssykehus HF's styresak 6/2012 Vedlikeholdsplan – Pålegg fra Arbeidstilsynet og Branntilsynet, ble styret orientert om den tiltakslisten sykehuset har for å utbedre de forhold som tilsynene har påpekt. I økonomisk langtidsplan forutsettes det at en stor del av myndighetspåleggene vil kunne håndteres som del av den arealutviklingsplan som inngår i Fase 1, 2 og 3, jf nevnte styresak. Det vil likevel måtte utføres ytterligere enkeltinvesteringer/utbedringer som vil bli belastet budsjett for ordinære investeringer.

c. Store byggeprosjekter – Fase 1-3, Samhandling Aker og Storbylegevakt

Oslo universitetssykehus HF planlegger og gjennomfører omfattende omstillingsinvesteringer. Investeringene går i tre faser. Tabellen under viser omfang og periodisering for Fase 1-3.

	Fase 1	Fase 2	Fase 3
2012 akk	791	20	-
2013	569	479	-
2014	141	1 236	-
2015		1 994	-
2016		2 005	34
2017		2 227	86
2018		1 735	593
2019		907	1 100
2020		-	759
2021		-	667
2022		-	438
2023		-	491
2024		-	372
2025		-	-
SUM	1 500	10 602	4 541

Tabell 2: Påløpte/planlagte investeringer innen Fase 1, 2 og 3, ekskl byggelånsrenter. Tall i millioner kroner.

Fase 1

Det ble som del av økonomisk langtidsplan 2011-2014 bedt om finansiering for enkeltprosjekter som skulle sikre samlokalisering av en rekke fagområder ved sykehuset. Disse enkeltprosjektene skulle realiseres raskt og innenfor et budsjett på 1500 mill kroner. Helse Sør-Øst RHF har sikret finansiering for disse byggeprosjektene blant annet med en låneramme på 750 mill kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet. Resterende finansiering er gjennomførte eiendomssalg i Oslo universitetssykehus HF og kontantoverføring fra Helse Sør-Øst RHF.

Flere enkeltprosjekter er ferdigstilt og mange er i gjennomføring. Det forventes at om lag 50 pst av midlene vil være disponert i løpet av 2012, resterende vil disponeres i 2013 og 2014. Det

største enkeltstående prosjektet er nytt akuttbygg på Ullevål sykehus. En rekke prosjekter, blant annet for å gjennomføre flytting fra Ullevål sykehus til Rikshospitalet, er allerede gjennomført eller blir fullført i nær framtid. Av andre større prosjekter som skal gjennomføres i planperiodene inngår blant annet:

- Flytting av indremedisinsk, gastrokirurgisk og urologisk virksomhet fra Aker til Ullevål.
- Flytting av gynekologisk kreft fra Ullevål til Radiumhospitalet og etablering av et felles brystsenter ved Radiumhospitalet
- Samlokaliseringer innen psykisk helse
- Tilpasninger i kapasitet og utstyr innen diagnostikk og intervensjon på Ullevål, Radiumhospitalet og Rikshospitalet
- Tilpasninger innen operasjon, postoperativ og intensivkapasitet på Ullevål, Radiumhospitalet og Rikshospitalet

Fase 2 og fase 3

Arealutviklingsplan 2025 er behandlet i styresak 7/2011 og 18/2011. Denne planen danner grunnlag for det investeringsnivået som inngår i økonomisk langtidsplan. I tabellen under fremgår det investeringsnivået som følger Fase 2 og Fase 3. I tillegg til disse beløpene vil det påløpe byggelånsrenter i byggeperioden på i overkant av 800 mill kroner (gitt renteforutsetningene som benyttes av Helse Sør-Øst RHF – 3 pst).

De midler som disponeres i Fase 2 og Fase 3 er delt i fire investeringskategorier, nybygg, ombygging, oppgradering og riving. I tabellen under fremgår fordelingen av investeringene i disse kategoriene, der nybygg utgjør over 65% av de totale investeringene i fase 2 og fase 3.

	Nybygg	Ombygging	Oppgradering	Riving	SUM
Fase 2	7 304	1 351	1 765	182	10 602
Fase 3	2 546	328	1 605	62	4 541

De største investeringsprosjektene i fase 2 er:

- Ullevål: Erstatningsbygg (IKT, varme) og UiO-funksjoner. Nytt klinikkbygg med integrerte forsknings- og utviklingsarealer. I tillegg kommer oppgraderinger
- Rikshospitalet: Til- og påbygg for somatisk virksomhet, forskningsarealer og hotell
- Radiumhospitalet: Ombygning og oppgradering av kliniske/diagnostiske bygg
- Psykisk helse og avhengighet Gaustad: Nybygg for forsterkede plasser
- Psykisk helse og avhengighet Ullevål: Nybygg for samling av voksenalderpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det er i Fase 2 budsjettet med betydelige investeringer allerede i 2013. Disponering av så vidt store investeringsmidler fra 2013 i Fase 2 er betinget av rask avklaring av både idéfaser og forprosjektering. Dette gjelder særskilt erstatningsbygg for IKT på Ullevål.

De største investeringsprosjektene i fase 3 er:

- Rikshospitalet: Utvidelse av F-avsnittet (teknisk)

- Psykisk helse og avhengighet Ullevål: Nybygg for alderspsykiatri
- Psykisk helse og avhengighet Gaustad: Nybygg for langtidsbehandling av avhengighet
- Ullevål: Nybygg for geriatri og øye. I tillegg kommer ombygning og oppgradering

Tiltakene som inngår i Fase 3 er langt frem i tid. Generelt betyr dette at usikkerheten er størst når det gjelder disse prosjektene. Det kan i den videre planlegging vise seg at deler av de prosjekter som inngår i Fase 3 er mulige å integrere med prosjekter som går i Fase 2.

Samhandlingsarena Aker

Det er budsjettert med 50,5 mill kroner i 2012 og 25 mill kroner i 2013 i samhandlingsarena Aker. Dette er et foreløpig investeringsbudsjett for de områder der det så langt er kommet en avklaring av innholdet i tjenester som skal utføres ved Aker. Dette budsjettet vil derfor kunne øke ettersom nye funksjoner blir avklart. Nytt grunnlag vil foreligge i neste økonomiske langtidsplan 2014-2017.

Storbylegevakt

Investeringer i storbylegevakt er ikke inkludert i økonomisk langtidsplan 2013-2016. Det er behov for en avklaring av ansvar og finansiering av dette prosjektet før det inngår i planforutsetningene for Oslo universitetssykehus. I dialog med kommunen legger Oslo universitetssykehus til grunn at erstatningslokaler for de funksjoner som må flyttes ved en evt. storbylegevakt må inngå i prosjektet (sentrallager, kjøkken og parkering).

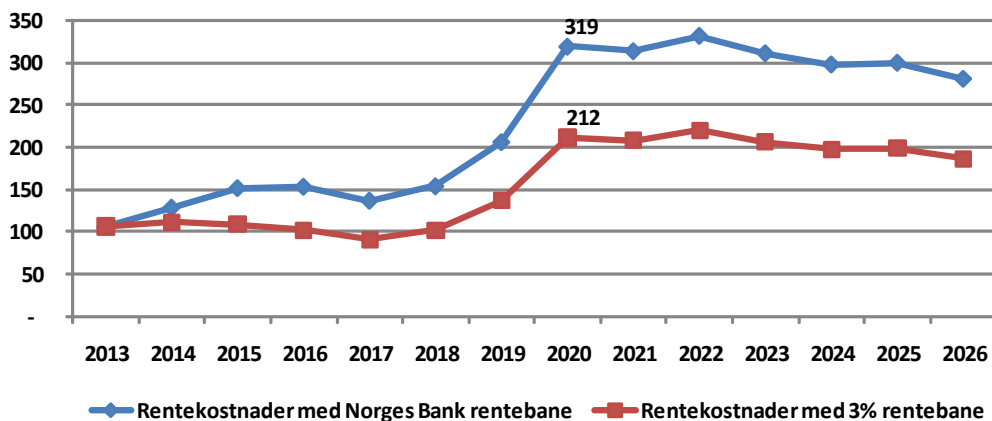
d. Finansiering av planlagte investeringer

Investeringsnivået er planlagt finansiert gjennom tre kilder. Investeringer til løpende drift håndteres gjennom historisk likviditetstildeling på om lag 300 mill kroner. Dette investeringsnivået er forutsatt å øke i samsvar med resultatutviklingen/tilgjengelig likviditet og en vurdering av behovet for ytterligere investeringer i MTU. Vurdering per april 2012 tilsier at en økning i investeringsrammen først vil være mulig fra 2015. I 2015 er det lagt til grunn et utvidet investeringsnivå med 150 mill kroner innen MTU.

Investeringer i Fase 1-3 er forutsatt finansiert med 50 pst låneopptak og 50 pst kontantoppgjør fra Helse Sør-Øst RHF (reduksjon av Oslo universitetssykehus HF fordring på Helse Sør-Øst RHF), tilsvarende håndtering i økonomisk langtidsplan 2012-2015. I byggeperioden for fase 2-3 vil det opparbeides byggelån. Når byggene tas i bruk konverteres lånene til avdragslån med nedbetalingstid 20 år. Nedbetaling av lån er likviditetsmessig håndtert med overskudd på drift. Dette overskuddet må økes fra 2019 når store deler av Fase 2 utbygging tas i bruk.

Investeringer i samhandlingsarena Aker er under avklaring. Det er sendt forespørsel om finansiering med konkrete beløp for 2012 og 2013. Oslo universitetssykehus avventer behandling i Helse Sør-Øst RHF. Det understrekes at det er usikkerhet knyttet til behovet for investeringer i Helsearena Aker i årene framover.

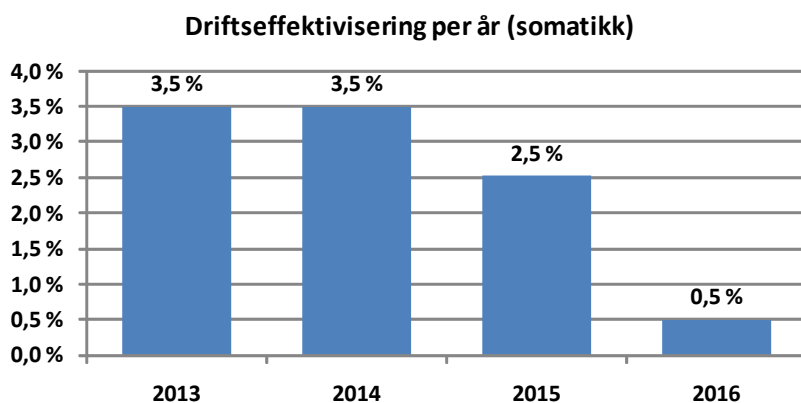
Gitt investeringer og de driftsresultater som er planlagt vil gjeldssituasjonen innvirke på kostnadsnivået de kommende år. I grafen under vises de totale rentekostnader for foretaket i planperioden. Det er vist utvikling med to rentebaner: Rentebane som foreligger fra Norges Bank, og en rente på 3 pst i hele planperioden. Helse Sør-Øst RHF har forutsatt at foretakene benytter 3 pst rente i økonomisk langtidsplan.



5. Foretakets resultatambisjoner

Resultatambisjonene til Oslo universitetssykehus HF er styrt av to sentrale forhold: Eksterne rammebetingelser i form av løpende inntekter og aktiva i form av bygningsmasse, medisinsk teknisk utstyr og IKT-systemer. Disse forholdene er i stor grad gitt når økonomisk langtidsplan for 2013-2016 utformes. Ny inntektsmodell ble vedtatt i styret for Helse Sør-Øst RHF den 19. april og beskaffenheten ved MTU og bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF er kjent og gjenstand for de vurderinger som er gjort i forhold til investeringsnivå.

Det er med bakgrunn i resultat per april og behovet for å etablere et høyere investeringsnivå lagt en ambisjon om å levere et resultat med overskudd fra 2014 på om lag 1 pst av omsetningen og 2 pst av omsetningen fra 2015. Behovet for økte investeringer er presserende, men det har ikke vært vurdert som mulig å oppnå positive resultater på drift før 2014. For å belyse den utfordring som foretaket står overfor er det prosentmessige kravet til driftseffektivisering (tilpasning av bemanning) innen somatikk og støtteklinikker vist i grafen under. Kravet til driftseffektivisering på 3,5% i 2013 forutsetter at Oslo universitetssykehus HF leverer et resultat i henhold til budsjett i 2012, og kommer dermed i tillegg til det effektiviseringskravet som ligger i budsjettet for 2012.



Driftseffektiviteten ved Oslo universitetssykehus sank etter reduksjon i opptaksområder ved overføringen til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Dersom Oslo universitetssykehus leverer et resultat i henhold til styringsforutsetningene i 2012 (underskudd på

400 mill kroner) vil foretaket ha oppnådd om lag den driftseffektivitet som tilsvarer nivået før overføringen (driftsåret 2010).

Årlige krav til effektivitetsforbedringer utover 2 pst har imidlertid erfaringsmessig vært vanskelige å realisere innenfor helseforetakene. Kravet til effektivisering hvert enkelt år fra 2013 til 2015 er derfor meget krevende å gjennomføre. Tiltak for å håndtere utfordringsbildet er skissert under kapittel 7.

Vurdering av likviditet i planperioden

Det er foretatt en gjennomgang av bygningsmassen/tomtearealene ved Oslo universitetssykehus HF med det formål å vurdere mulighet for realisering ved salg. Det vil i den økonomiske langtidsplan legges til grunn at deler av tomten ved Aker sykehus kan legges ut for salg. Eventuell salgssum vil være beheftet med stor usikkerhet ettersom det er mange uavklarte forhold. Dette gjelder blant annet regulering, fordeling av utbygging mellom bolig og næringsareal og Oslo universitetssykehus HF's strategi for realisering.

I denne sammenheng er det derfor i planperioden 2013-2016 forutsatt en reduksjon i driftskredittrammen på om lag 500 mill kroner totalt, knyttet til gjennomføringen av overnevnte salg. Alternativt kan likviditeten fra salget benyttes til å sikre gjennomføring av det foreslåtte investeringsnivået dersom det viser seg å være for krevende å gjennomføre de planlagte driftseffektiviseringene i tilstrekkelig omfang.

6. Vurdering av kostnadsreduksjonene og bemanningsreduksjonene i planperioden

Endringer i resultatposter i planperioden er i hovedsak avledet av de eksterne rammebetingelsene og Oslo universitetssykehus HF's investeringsbehov som medfører et krav om overskuddslikviditet fra drift. De kostnadsreduksjoner som følger av disse betingelsene er i økonomisk langtidsplan i hovedsak håndtert med lavere lønnskostnader, men det er også forventet noe reduksjon i andre driftskostnader. Det vil også arbeides med tiltak og kostnadsreduksjoner innen medisinkostnader og andre varekostnader. Basert på en risikovurdering er det imidlertid ikke lagt inn lavere kostnader på disse budsjettpostene, men en forventning om at tiltak skal begrense kostnadsutviklingen.

De vesentligste endringene i resultatbudsjettet er som følger:

- Reduksjonen i lønnskostnader på over 400 mill kroner fra 2012 til 2013 som følge av reduksjon i styringsmålet på 400 mill kroner
- Netto driftskostnader omtrent uendret fra 2012 til 2013, men det er reduksjon i driftskostnader eksklusive IKT som følge av samlokalisering og rasjonalisering for å finansiere økning i driftskostnader til IKT med om lag 60 mill kroner
- Reduksjon i lønnskostnader med ytterligere om lag 400 mill kroner fra 2013 til 2014 som følge av:
 - Redusert basisramme fra 2013 til 2014 med om lag 140 mill kroner (innføring inntektsmodell)
 - Redusert salg av interne helsetjenester til Ahus (psykisk helsevern) med om lag 90 mill kroner
 - Innføring av et overskuddskrav på 170 mill kroner for å muliggjøre bl.a. MTU-investeringer og investeringer for å håndtere myndighetspålegg
- Videre dreining med reduksjon i driftskostnader eksklusive IKT for å finansiere økning i driftskostnader til IKT med om lag 40 mill kroner fra 2013 til 2014

- Reduksjon i lønnskostnader med ytterligere om lag 180 mill kroner fra 2014 til 2015 som følge av
 - Overskuddskrav som øker fra 170 mill kroner til 350 mill kroner for å dekke investeringer i MTU, investeringer for å håndtere myndighetspålegg og avdrag på lån/sparing
 - Økning i IKT-kostnader med om lag 70 mill kroner, hvorav kun 20 mill kroner dekkes ved reduksjon i driftskostnader eksklusive IKT. Økning i basisramme med om lag 60 mill kroner (økt aktivitet)

IKT-kostnader

I vurderingen av fremtidige IKT-kostnader er det tatt utgangspunkt i de årlige endringer i kostnadsnivå som er beregnet av Sykehuspartner. Nivået fremkommer i tabellen under.

	Budsjett 2012	ØLP 2013	ØLP 2014	ØLP 2015	ØLP 2016
Oslo universitetssykehus	568	625	662	727	757

Tabell: IKT-kostnader 2012-2016 for tjenester utført av Sykehuspartner

Det kostnadsnivå som er lagt til grunn er basert på vurderinger fra Helse Sør-Øst RHF (Sykehuspartner). Det er betydelig usikkerhet knyttet til disse kostnadene framover iom at det på dette tidspunkt ikke er klart hvilke prosjekter som Helse Sør-Øst RHF skal gjennomføre, når disse eventuelt skal gjennomføres og hvilken prioritering som blir gitt til Oslo universitetssykehus HF. Det er tvilsomt om det beregnede kostnadsnivået i tilstrekkelig grad hensyntar total kostnad ved implementering av et eventuelt nytt PAS/EPJ (pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal).

Oppsummering reduksjon i lønnskostnader og innvirkning på bemanning

Samlet innebærer vurderingene et krav til reduksjon i lønnskostnadene på om lag 950 mill kroner fra 2012 (budsjett) til 2016, dvs en nedgang på om lag 8 pst. Dette vil medføre en reduksjon i antall årsverk i planperioden på over 1 100 årsverk. Vedlagt tabell 5 viser foreløpig fordeling av brutto månedsværk per tjenesteområde. Fordelingen gjenspeiler blant annet endringene per år knyttet til implementering av ny inntektsmodell. Fordelingen mellom tjenesteområdene er ikke endelig fastlagt og vil være gjenstand for ytterligere vurderinger ved utarbeidelse av budsjett 2013.

7. Foretakets vesentligste tiltak for å oppnå resultatutvikling i tråd med målsettingen for økonomisk langtidspan

Oslo universitetssykehus har arbeidet med en tilnærming for å oppnå resultatutvikling i tråd med økonomisk langtidspan. I denne strategien inngår 7 hovedsatsingsområder. Disse er kort omtalt under. Det arbeides allerede innenfor disse områdene og etter styrets behandling av økonomisk langtidspan vil det utvikles en oppdatert handlingsplan.

Samlokalisering – realisering av gevinster fra investeringer

Oslo universitetssykehus HF vil i planperioden 2013-2016 gjennomføre investeringer i Fase 1. Investeringene muliggjør flyttinger mellom lokaliseringer som har potensialet til å gi en bedre driftsøkonomi. Det vil gjennomføres særskilt oppfølging av de flytteprosjekter som realiseres ift gevinstuttak og hensiktsmessig drift i nye lokaler.

Døgn- til dag- til poliklinisk behandling og redusert antall senger

Oslo universitetssykehus HF skal forsterke utviklingen til mer dag- og poliklinisk basert behandling. Gjennomføring skal koordineres med støtteklinikker som leverer operasjonsressurser og diagnostisering (lab/rad). Dette skal redusere senge- og ressursbehovet i sykehuset.

Utviklingen vil monitoreres innen de enkelte fagområder og det er som et første ledd i denne utviklingen etablert et eget prosjekt for dagkirurgisk behandling.

Felles normering

Det vil gjennomføres tilpasninger på tvers av klinikker/lokaliseringer innen flere områder av sykehusets drift. Dette gjennomføres for å oppnå en større grad av likhet i praksis mellom de tidligere foretakene og fagområdene. Dette vil blant annet gjelde:

- Sengenormering (antall senger til disposisjon)
- Bemanningsnormering på sengepost (gitt pasientbelegg)
- Kjøp av legetid
- Ledelses- og støtteressurser

Effektivisering av pasientforløp

Kompetansenivået innen arbeidet med å utarbeide bedre og mer effektive pasientforløp skal styrkes. Dette vil være et ledd i å heve kvaliteten på helsetjenestene i Oslo universitetssykehus HF. Innføring av felles metodebruk innen forbedringsarbeid ved sykehuset er under vurdering og det vil etableres en koordinerende enhet som gjør det mulig å dra fordel av den gjennomføringskompetanse som finnes i Oslo universitetssykehus HFs klinikker og stabsapparatet.

Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser

Personalressursstyringen ved sykehuset skal styrkes. Mange avdelinger er gode innenfor dette området, men interne og eksterne gjennomganger viser at det er store variasjoner og et behov for økt ansvarliggjøring av lederne. Det er til vurdering å etablere en egen sentral enhet (alternativt nettverk) som både kan analysere, vurdere og styrke kompetanse og gjennomføring i klinikkene. Innføring av et nytt ressursstyringsverktøy (GAT) vil bidra til bedre oversikt og kontroll på området og vil også kunne kobles med aktivitetsdata.

Samhandling med Oslo kommune

Oslo universitetssykehus HF vil trekke opp tydeligere grenser for det ansvaret foretaket har i pasientbehandlingen opp mot førstelinjeansvaret til Oslo kommune. Oppgavedeling med Oslo kommune vil vurderes både innen psykisk helsevern og somatikk.

Samhandling med sykehusområdene

Oslo universitetssykehus HF vil utvide den praksis som eksisterer innenfor enkelte fagområder med tidlig utskriving av pasienter til lokalsykehusene. Oslo universitetssykehus HF vil endre praksis i oppgavedelingen i pre- og post-klinisk fase for pasienter som kommer til behandling på flerområde, regions- og landfunksjonsnivå. Endringene må skje i samarbeid med de andre foretakene og bygge på forbedringsinitiativ som gir bedre pasientforløp. Det er behov for støtte fra Helse Sør-Øst RHF i gjennomføringen.

Driftsorganisering – strukturelle endringer

Etter etablering av klinikkene 1.1.2010 er det gjennomført få justeringer i organisasjonen. Det er behov for å gjennomføre endringer i struktur på sykehus- og klinikknivå som gir mer optimal ledelses- og driftsstruktur.

8. Styrebehandling av økonomisk langtidsplan

Styret i Oslo universitetssykehus HF ble orientert om arbeidet med økonomisk langtidsplan i styremøtet 3. mai (se styresak 027/2012). Leveransen av 16. mai til Helse Sør-Øst RHF ble behandlet i styremøte den 14. mai.

Den foreløpige protokollen (godkjent av styreleder) er som følger:

Sak 39/2012 Økonomisk langtidsplan 2013-2016

Styremedlemmene Merete Norheim Morken, Svein Erik Urstrømmen, Rita von der Fehr, Bjørn Wølstaad-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli ønsket følgende ført i protokollen:

”Ansatterepresentantene beklager at innspillet til økonomisk langtidsplan ikke har kommet på plass gjennom medvirkning og drøfting med tillitsvalgte, og at innspillet ikke er behandlet i sykehusets arbeidsmiljøutvalg. Det vises til brev til administrerende direktør fra de ansattes organisasjoner.

Ansatterepresentantene viser spesielt til den store usikkerhet og risiko knyttet til resultatutviklingsplanen i innspillet. En gjennomføring av denne planen vil gi uakseptabel høy risiko knyttet til arbeidsmiljø og pasientbehandling.

Frem til vi har full økonomisk nytte av investeringer som gir samlokalisering, MTU og IKT-løsninger, vil det være nødvendig med ekstraordinære tilskudd (omstillingstilskudd) for å understøtte drift. Sykehusets driftsmodell er kostnadskrevende, og det er vanskelig å se at sykehuset kan gjennomføre de planlagte kostnadsreduksjoner gjennom nedbemanning, og samtidig ivareta sykehusets oppgaver. Det henvises til sak 51/2011 hvor dette er synliggjort av administrerende direktør. Ansatterepresentantene kan ikke se at realitetene knyttet til dette er vesentlig endret siden denne saken ble lagt frem. Ansatterepresentantene ber om at OUS i det videre arbeid med økonomisk langtidsplan går i dialog med HSØ om ekstraordinære tilskudd i en overgangsfase.

Ansatterepresentantene ser også med bekymring på den prekære situasjonen sykehuset er satt i som en følge av mye utdatert medisinsk utstyr (MTU) og manglende investeringsmidler til nytt utstyr. Dette gir oss en svært uheldig drift, og det er nødvendig at også denne situasjonen søkes løst i samarbeid med HSØ.

Ansatterepresentantene viser forøvrig til ansattes protokolltilførsel til sak 5/2012, og i foretaksmøte 10 februar 2012.”

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar forslag til bidrag til Økonomisk langtidsplan 2013-2016 fra Oslo universitetssykehus HF til orientering og ber under henvisning til de

merknader som fremkom i møtet, administrerende direktør oversende det til Helse Sør-Øst RHF.

2. Styret legger til grunn at videre prosess med langtidsplan 2013-2016 gjennomføres i overensstemmelse med de tolv prinsippene for medvirking i omstilling som er vedtatt i Helse Sør-Øst.
3. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med forslag til Økonomisk langtidsplan 2013-2016 og resultatmål for 2013 for Oslo universitetssykehus HF til styremøtet 20. september.

Følgende momenter kom fram i diskusjonen i styremøtet:

Oslo universitetssykehus HF gir innspill til Helse Sør-Øst RHF om å opprette en analysegruppe for å etablere et grunnlag for å fordele etter aktuelle størrelser og ikke historiske data.

Omtale muligheten for å ta ut kostnadsbesparelse ved å bedre kvalitet.

Rentebanen er optimistisk.

Presisere at effektiviseringen kommer i tillegg til de som er forutsatt i budsjett 2012.

Fortsatt behov for omstillingsmidler. OUS bør søke HSO om slike midler også videre.

Det er lagt opp til endelig styrebehandling av økonomisk langtidsplan for Oslo universitetssykehus HF, herunder resultatmål for 2013, i styremøtet den 20. september.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	20. juni 2012
Saksbehandler:	Direktør for pasientsikkerhet og kvalitet
Vedlegg:	Rapport 6/2012: Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF

**SAK 46/2012: REVISJON AV VENTELISTEHÅNDTERING OG
FRISTBRUDDPASIENTER VED OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar konsernrevisjonens rapport til etterretning.*
- 2. Styret ber om at det utarbeides en handlingsplan for forbedring og oppfølging av konsernrevisjonens anbefalinger.*

Oslo, den 13. juni 2012

Bjørn Erikstein

Sammendrag

Pasienter som opplever at helsehjelpen ikke påbegynnes innen avtalt frist og derfor opplever såkalt fristbrudd, kan ta kontakt med Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) for å få hjelp til behandling. Behandlingen kan enten gis ved det sykehus pasienten er henvist til hvis ledig kapasitet eller ved annen helseinstitusjon HELFO har avtale med. Helseforetaket pasienten er henvist til må uansett dekke kostnadene. Det er hevdet at ledelsen i Oslo universitetssykehus har instruert leger ved flere avdelinger om at pasienter, som etter å ha klaget til HELFO etter at frist for rett til helsehjelp har vært overskredet, skal prioriteres foran andre rettighetspasienter. Hensikten med dette skal ha vært å unngå at foretaket måtte dekke utgiftene til pasientenes behandling ved andre sykehus i Norge eller i utlandet.

Temaet ble tatt opp i den åpne høringen om Oslo universitetssykehus i Kontroll- og konstitusjonskomiteen den 2. mars 2012. Oslo universitetssykehus meddelte at saken ville bli nærmere undersøkt.

Etter dialog med Helse Sør-Øst ble konsernrevisjonen bedt om å organisere en gjennomgang av håndteringen av fristbrudd i Oslo universitetssykehus, med spesiell oppmerksomhet knyttet til henvendelser fra HELFO.

Konsernrevisjonen legger nå frem sin rapport 6/2012 fra gjennomgangen. Denne rapporten inneholder funnene i rapport 5/2012 som ble presentert for styret den 3. mai i sak 28/2012. Rapport 6/2012 er den samlede fremstilling av konsernrevisjonens gjennomgang.

Konsernrevisjonens rapport 6/2012 har sammenheng med styresak 52/2012 og Konsernrevisjonens rapport 4/2012 om "Revisjon intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet ved Oslo universitetssykehus HF.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør anser rapporten som et viktig bidrag for å sikre ivaretagelse av pasientene sine rettigheter. Saken har satt søkelys på foretakets praksis og årsaker til utfordringene som er knyttet til håndteringen av fristbrudd og HELFO-saker. Oslo universitetssykehus HF skal sikre pasientene et forsvarlig behandlingstilbud innenfor de rammer som er gitt og saken har bidratt til å belyse viktige problemstillinger.

Rapporten viser at det relativt beskjedne antall HELFO-pasienter trolig ikke har hatt betydning for behandlingstilbudet til de andre pasientene på venteliste. Den enkelte poliklinikk kan likevel midlertidig ha opplevd en viss kapasitetsbegrensning. Dette gjør at det ikke kan utelukkes at inntak av HELFO-pasienter kan ha påvirket behandlingstilbudet til andre ventende som i utgangspunktet har en høyere prioritet på ventelisten.

Rapporten viser flere svakheter i foretakets praktisering av gjeldende regelverk og svakheter i foretakets rutiner. Administrerende direktør registrerer samtidig konsernrevisjonens bemerkning om kompleksiteten ved gjeldende lov- og regelverk på området. Vesentlige rutineendringer er imidlertid allerede iverksatt

og resultatet av gjennomgangen ved de utvalgte enhetene vil overføres til foretaket som helhet, og forbedringsarbeidet vil bli sett i sammenheng med det pasientadministrative arbeidet for øvrig, ref. styresak 47/2012. Administrerende direktør vil sikre utarbeidelse av handlingsplan som vil bli fremlagt for styret på et senere tidspunkt.

Faktabeskrivelse

Revisjonen ble foretatt av konsernrevisjonen på oppdrag fra revisjonskomiteen i Helse Sør-Øst RHF. Formålet med revisjonen var å undersøke foretakets håndtering av HELFO-saker, årsakene til eventuelle avvik i forhold til regelverk eller rutiner og eventuelle konsekvenser av dette, samt hvilke tiltak foretaket bør vurdere for å skape forbedringer på området. Revisjonen skulle også se på generell ventelistebehandling og fristbruddpasienter.

Problemstillinger i revisjonen:

- Håndterer foretaket HELFO-sakene i samsvar med regelverket? Har Oslo universitetssykehus hatt en uriktig praksis hvor HELFO-pasienter er gitt tilbud om behandling foran andre fristbruddpasienter som har ventet lengre for samme forhold? Hvem har visst om en eventuell uriktig praksis?
- Hva er årsakene til feil, mangler og svakheter som er avdekket, herunder hvordan håndterer Oslo universitetssykehus pasienttilstrømmingen og ventelistene sine? Blir pasientenes rettigheter i tilfeller hvor det er fare for fristbrudd eller hvor det allerede har oppstått fristbrudd, ivaretatt i samsvar med gjeldende rettsregler?

Revisjonen har pågått i perioden fra medio mars – primo mai 2012. Gjennomgangen har omfattet kartlegging og vurdering av praksis ved disse klinikkene/avdelingene/seksjonene:

- Klinikk for kirurgi og nevrofag
 - Kirurgisk dagavdeling (KDA)
 - Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi
- Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
 - Seksjon for bryst og endokrin kirurgi
- Kvinne- og barneklubben
 - Avdeling for gynekologisk kreft

Faktisk tilstand innenfor problemstillingene som er gjennomgått, er vurdert opp mot kriterier som er avledet fra rettsregler og andre kilder som har vært relevante for gjennomgangen.

Konsernrevisjonens funn fra gjennomgangen har vist at:

- Foretakets håndtering av HELFO-pasienter har i flere tilfeller ført til at pasientene har fått behandlingstilbud ved Oslo universitetssykehus før andre fristbruddpasienter som har ventet lengre

- Antall tilfeller for 2011 er relativt lavt og konsernrevisjonens vurdering er at praksisen med sannsynlighetsovervekt ikke har fått medisinske konsekvenser for andre pasienter på listen
- Konsernrevisjonen har ikke funnet dokumentasjon som viser at det er gitt instruksjoner om å føre slik praksis
- Det er ikke funnet dokumentasjon som viser at tidligere administrerende direktør, konstituert administrerende direktør i 2011 eller nåværende administrerende direktør har hatt kjennskap til dette
- HELFO-sakene må ses i forhold til foretaket fristbruddsituasjon – det er fristbruddene som genererer HELFO-saker
- I tillegg til å korrigere praksis med håndtering av HELFO-pasienter, må foretaket sette inn tiltak for å håndtere tilstrømming av pasienter, søke etter alternative tilbud i tilfeller hvor det er åpenbart at fristbrudd vil oppstå, samt sette inn tiltak for å sørge for tilbud til pasientene som allerede har fått fristbrudd

Funnene i rapporten vil bli sette i sammenheng med Konsernrevisjonens rapport 4/2012 om ”Revisjon intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet ved Oslo universitetssykehus HF”. Funnene vil videre danne grunnlag for utarbeidelse av en konkret handlingsplan som vil bli fremlagt for styret på et senere tidspunkt.



Rapport 6/2012

Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF - sluttrapport

Rapport nr.	6/2012
Revisjonsperiode	Mars-mai 2012
Virksomhet	Oslo universitetssykehus HF
Rapportmottaker	Bjørn Erikstein, administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF
Kopi (av endelig rapport)	Stener Kvinnsland, styreleder Oslo universitetssykehus HF Bente Mikkelsen, administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonskomiteen Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF v/revisjonskomiteen
Revisjonsteam	Karl-Helge Storhaug, revisjonsdirektør konsernrevisjonen Helse Sør-Øst (oppdragsleder), Gunnar Hoff, director Deloitte (oppdragsleder), Hans Petter Eide, internrevisor konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, Irene Løken, manager Deloitte, Ole Magnus Karlsen, senioradvokat Deloitte, Per Gunnar Johnsen, director Deloitte, Stein Ove Songstad, partner Deloitte, Tom Inge Ørner sjefslege Klinikk Bergen (fagrevisor <i>plastikk og rekonstruktiv kirurgi</i>) og Henrik Andreas Sandbu, ass. direktør Helse, Forskning og Utdanning, Helse Midt-Norge RHF (fagrevisor <i>ortopedisk kirurgi</i>)

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	3
1 INNLEDNING	8
1.1 BAKGRUNN.....	8
1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER	8
1.3 PASIENTADMINISTRATIVT FORLØP – KONTEKST FOR REVISJONEN	8
1.4 KORT OM ”SØRGE FOR”-ANSVARET OG EIERS BESTILLING AV TJENESTER FRA OUS	12
1.5 DEFINISJONER.....	12
1.6 PROSESS OG METODE.....	13
1.7 REVISJONGRUNNLAG	14
1.8 VURDERINGSKRITERIER.....	16
1.9 FORHOLDET TIL ANDRE RAPPORTER FRA KONSERNREVISJONEN	16
2 FORETAKETS HÅNDTERING AV HELFO-PASIENTER	17
2.1 HELFO-SAKER I 2011 SETT I FORHOLD TIL FRISTBRUDDSSITUASJONEN VED OUS.....	17
2.2 REVISJONSKRITERIER	18
2.3 FORETAKETS HÅNDTERING AV HELFO-PASIENTER	19
2.4 SAMLEDE VURDERINGER	22
3 KARTLEGGING AV ÅRSAKER TIL FRISTBRUDD	24
3.1 REVISJONSKRITERIER	24
3.2 FORETAKETS VURDERING AV HENVISNINGER OG HÅNDTERING AV PASIENTTILSTRØMMING.....	27
3.3 FORETAKETS HÅNDTERING AV FRISTBRUDD.....	31
3.4 SAMLEDE VURDERINGER	37
4 VEDLEGG	41
4.1 DOKUMENTOVERSIKT.....	41
4.2 OVERSIKT OVER GJENNOMGÅTTE PROSEDYRER, RUTINER M.V.	42
4.3 INTERVJUOVERSIKT	44
4.4 SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING	45

SAMMENDRAG

Bakgrunn, formål og omfang

I flere nyhetsoppslag - første gang 1. mars 2012 i TV 2 - sto flere leger og tillitsvalgte ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) frem og fortalte om triksing med ventelister ved sykehuset. Det ble hevdet at ledelsen ved OUS har instruert leger ved flere avdelinger om at pasienter, som etter å ha klaget til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) etter at frist for rett til helsehjelp har vært overskredet, skal prioriteres foran andre rettighetspasienter. Hensikten med dette skal ha vært å unngå at foretaket har måttet dekke utgiftene til pasientenes helsehjelp ved andre sykehus i Norge eller i utlandet. Saken var også et av temaene som ble tatt opp i forbindelse med den åpne høringen om OUS i kontroll- og konstitusjonskomiteen fredag 2. mars 2012. OUS meddelte at saken ville bli nærmere undersøkt. OUS anmodet konsernrevisjonen Helse Sør-Øst om å foreta en uavhengig gjennomgang av saken. Styret for Helse Sør-Øst RHF v/revisjonskomiteen, som er konsernrevisjonens oppdragsgiver, har godkjent oppdraget.

Formålet med revisjonen har vært å undersøke OUSs håndtering av HELFO-saker, årsakene til eventuelle avvik i forhold til regelverk/rutiner og eventuelle konsekvenser av dette og hvilke tiltak foretaket bør vurdere å sette i verk for å skape forbedringer på området.

Revisjonen, som har pågått i perioden fra medio mars – primo mai 2012, har omfattet kartlegging og vurdering av praksis ved: Klinikk for kirurgi og nevrofag (Kirurgisk dagavdeling (KDA) og Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi), Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (Seksjon for bryst og endokrin kirurgi) og Kvinne- og barneklubben (Avdeling for gynekologisk kreft).

Alle undersøkte avdelinger/seksjoner benytter det pasientadministrative systemet PasDoc. Revisjonen bygger på analyse av styringsdata, dokumentanalyse, intervjuer og gjennomgang av et utvalg pasientjournaler. Gjennomgangen og vurderingene av utvalget av pasientjournaler og andre taushetsbelagte opplysninger er gjort med hjemmel i helsepersonelloven § 26, på oppdrag fra administrerende direktør for Oslo universitetssykehus HF. Faktisk tilstand innenfor problemstillingene som er belyst, er vurdert opp mot kriterier som er avledet fra rettsregler og andre kilder som har vært relevante for gjennomgangen.

Forholdet til andre rapporter

Denne rapporten må leses i sammenheng med rapport nr 4/2012 fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Rapport 4/2012 *Revisjon intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet ved Oslo universitetssykehus HF* har hatt som formål å undersøke om foretaket har god intern styring og kontroll gjennom det samlede pasientadministrative forløpet, som bidrar til å sikre at pasientene kommer til rett sted til riktig tid, samt om pasienter og henvisende instans mottar informasjon gjennom prosessen. Rapporten legges frem for behandling i OUS sitt styre 20.6.2012.

Konsernrevisjonen gjør for øvrig oppmerksom på at rapport 5/2012 *Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF*, som ble presentert for OUS sitt styre 3.5.2012, er inkorporert i rapport 6/2012. Dette for å oppnå en samlet fremstilling av både HELFO-saker og årsakene til at HELFO-saker oppstår. En behandling av rapport 6 vil således inkludere endelig behandling av rapport 5.

Oppsummering av konsernrevisjonens vurderinger av foretakets håndtering av HELFO-saker

Når det gjelder foretakets håndtering av HELFO-pasienter og spørsmålet om denne har påvirket tilbudet til andre som venter på helsehjelp, er det konsernrevisjonens vurdering at det ikke er i samsvar med gjeldende regelverk, dersom pasienter som har en tidligere juridisk frist enn HELFO-pasienten, men som ikke har kontaktet HELFO, forskyves. Tilsvarende vurderes det ikke å være i samsvar med gjeldende regelverk dersom HELFO-pasienten forskyver andre rettighetspasienter uten juridisk frist (som er i et behandlingsforløp) og som har et større behov for helsehjelp enn HELFO-pasienten. Det er konsernrevisjonens vurdering at OUS i de to siste tilfellene, med utgangspunkt i prinsippet om forsvarlig helsehjelp, bør si nei til HELFO-pasienten, selv om dette får økonomiske konsekvenser for foretaket.

Gjennomgangen viste at den overveiende andel HELFO-pasienter venter på poliklinisk utredning/behandling. Med utgangspunkt i poliklinikkens kapasitet og fleksibilitet, er det konsernrevisjonens vurdering at det relativt beskjedne antall HELFO-pasienter, ut i fra en generell betraktning, med sannsynlighetsovervekt ikke vil ha betydning for behandlingstilbudet til de andre pasientene på venteliste. Imidlertid vil den enkelte poliklinikk midlertidig kunne erfare en kapasitetsbegrensning som gjør at man ikke kan utelukke at inntak av HELFO pasienter vil kunne gi et dårligere tilbud til andre ventende som i utgangspunktet har en høyere prioritet på ventelisten. Det er konsernrevisjonens vurdering at rent logistikkmessige utfordringer vil kunne ha større betydning for tilbudet til pasienter på ventelister enn det relativt beskjedne antall HELFO pasienter det her er snakk om.

Kommunikasjon mellom HELFO og OUS

I forhold til foretakets kommunikasjon med HELFO, har gjennomgangen vist at foretaket ikke har ivaretatt denne på en tilfredsstillende måte. Verken gjeldende lovverk og foretakets interne rutiner har vært etterlevd. Konsernrevisjonen har imidlertid registrert at foretaket selv har iverksatt korrigerende tiltak og at praksis er endret fra april i år.

Kommunikasjon og vurderinger relatert til HELFO-pasienter internt i OUS

Konsernrevisjonens vurdering av innholdet i den foreliggende e-postkorrespondanse fra 2011, er at denne ikke inneholder formuleringer som kan tolkes som en direkte instruksjon om å prioritere HELFO-pasienter kun ut i fra økonomiske forhold og ikke i sammenheng med en medisinsk faglig vurdering. I 2012 foreligger derimot en slik instruksjon. Etter konsernrevisjonens vurdering var dette ikke i samsvar med gjelden lov- og regelverk. Konsernrevisjonen er samtidig kjent med at administrerende direktør iverksatte tiltak for å korrigere forholdet straks han ble kjent med det. Forholdet anses dermed å være brakt i orden.

Konsernrevisjonen vurderer videre at den beskrevne forekomst av personidentifiserbare helseopplysninger i e-post, er et regelbrudd i forhold til OUS sine interne bestemmelser om etterlevelse av personvern- og informasjonssikkerhet med bakgrunn i Norm for informasjonssikkerhet (Hdir, 2. juni 2010). Videre er konsernrevisjonens vurdering at foretakets tilbud om videre helsehjelp til enkelt-pasienter som allerede har fått oppfylt sin juridiske rett til nødvendig helsehjelp, indikerer at det i enkelttilfeller ikke gjøres en korrekt vurdering av rettighetsstatus ved henvendelser fra HELFO.

Forholdet mellom eksternt og internt henviste pasienter

Gjennomgangen har vist at eksternt henviste pasienter som allerede er i et pasientforløp, i flere tilfeller er gitt en ny rett til nødvendig helsehjelp med juridisk bindende frist. Dette er ikke i samsvar med Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b. Når i utgangspunktet like pasienttilfeller prioriteres ulikt avhengig av om de er eksternt eller internt henviste, innebærer det etter konsernrevisjonens vurdering at eksternt henviste pasienter som er i et pasientforløp gis en utilsiktet forrang ved å bli tildelt en rettighet med en juridisk bindende tidsfrist. Konsernrevisjonen er kjent med at dette er en praksis som

er gjeldene i hele OUS. Dette er knyttet til særlig 2 forhold; 1) Manglende informasjon i henvisningene mellom spesialisthelsetjenesten og 2) Oppsettet i de pasientadministrative systemene understøtter ikke lovverket ettersom den pasientadministrative historikken ikke kan registreres riktig inn i systemet.

Konsernrevisjonen er videre kjent med at Prosjektet ”Økt pasientsikkerhet gjennom pasient-administrativt arbeid”, også kalt ”Glemte av sykehuset”, som er etablert i regi av Helse Sør-Øst RHF, blant annet har kommet med forslag til krav til henvisende instanser i forhold til hvilken informasjon henvisningene må inneholde, samt krav til leverandør om at de pasientadministrative systemene understøtter regelverket.

Oppsummering av konsernrevisjonens vurderinger av årsaker til feil og svakheter på området

Foretakets vurdering av henvisninger og håndtering av pasienttilstrømming

Gjennomgangen viste at enhetene i varierende grad identifiserer og registrerer hvorvidt mottatte henvisninger gjelder tjenestetilbud innen henholdsvis lokal- (herunder område- region- eller landsfunksjoner). Det er konsernrevisjonens vurdering at dette reduserer foretakets mulighet for styring og kontroll med pasienttilstrømmingen til sykehuset. For å sette seg i bedre stand til å styre pasienttilstrømmingen til OUS må det etableres god oversikt over og kunnskap om hvilke pasienter som henvises til foretaket og bakgrunnen for dette. Pasienter som kan avvises bør avvises (gjelder pasienter fra andre helseregioner som henvises for behandling som hører til en regionsfunksjon).

Dersom OUS mottar mange henvisninger for eksempel på grunn av fritt sykehusvalg og disse får rettigheter, vil dette påvirke helseforetakets samlede kapasitet og kunne redusere foretakets muligheter til å gi helsehjelp innenfor de frister som regelverket setter. For pasienter som henvises til OUS etter fritt sykehusvalg, bør OUS – all den tid foretakets planlagte behandlingsskapasitet er sprengt – søke å motivere henvisere og pasienter til å velge behandling på annet sykehus med ledig og/eller bedre kapasitet.

Det var ikke etablert rutiner i forhold til å gi realistiske anslag med hensyn til ventetider for pasienter med behov for helsehjelp. Etter konsernrevisjonens vurdering er det viktig at det blir etablert rutiner for dette, slik at datoene som gis behovspasientene er realistiske og de eventuelt kan benytte datoen til å sammenligne ventetiden med andre sykehus og benytte seg av fritt sykehusvalg hvis det er lavere ventetider andre steder.

Foretakets håndtering av fristbrudd

Gjennomgangen viste at alle enhetene førte ventelister for pasientene før start helsehjelp. Gjennomgangen viste også at avdelingene/enhetene med de mest alvorlige diagnosene (kreftpasienter) i liten grad har pasienter med fristbrudd. Samtidig var det ved særlig to av avdelingene mange fristbrudd og at mange av fristbruddene på disse har vart over lang tid og at noen av fristene er betydelig overskredet. Konsernrevisjonen registrerer at fristbrudd har oppstått blant annet som en følge av at gjennomgåtte enheter ikke kan styre og kontrollere vesentlige elementer i behandlingsskjeden som påvirker behandlingsskapasiteten. Gjennomgangen viste også at avdelinger som har problemer med fristbrudd i liten grad kan dokumentere at de har rutiner/ prosedyrer for å fange opp pasienter som står i fare for at det oppstår fristbrudd med sikte på å gi de et annet tilbud i samsvar med gjeldende rettsregel. Disse enhetene har ikke informert om fristbruddet og rettigheter (kun ved mottak av brev med informasjon om vurdering av henvisning, jf. foretakets bruk av Helsedirektoratets maler) og hvilke medisinske konsekvenser dette kan få for pasienten. Sett opp mot rettsreglene på området, finner konsernrevisjonen det svært utilfredsstillende at foretaket, all den tid det er enheter med et betydelig antall fristbrudd som opplyses å skyldes kapasitet, i liten grad har søkt etter alternative behandlingstilbud og informert de det gjelder om dette.

Gjennomgangen viste videre at enkelte avdelinger stilte spørsmål ved sin egen praksis for hva som ble vurdert å være start helsehjelp (utredning/behandling eller kun behandling) og hva som var grunnlaget for registrering av start helsehjelp, ettersom disse forholdene hadde betydning for antall fristbrudd i avdelingene. Etter konsernrevisjonen vurdering bør avdeling for gynekologisk kreft undersøke sin praksis nærmere for å se om enhetens skille mellom rett til helsehjelp i form av utredning versus behandling er korrekt. Dersom det er korrekt at enkelte pasienter skal få rett til utredning, er det riktig at disse pasientene har fått første konsultasjon i form av utredning satt som start helsehjelp. Den juridiske fristen er da innfridd. Disse pasientene er imidlertid fortsatt rettighetspasienter og skal således gis videre prioritet i pasientforløpet som skal være styrt av medisinsk forsvarlighet.

Etter konsernrevisjonens vurdering bør også avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi undersøke sin praksis for hva som skal registreres som start helsehjelp. Hvis pasientene har fått rett til helsehjelp i form av utredning, og at utredningen og dermed helsehjelpen er påstartet, er dette korrekt praksis. Dette fordrer, som vist over, at enhetens skille mellom rett til helsehjelp i form av utredning versus behandling også er korrekt. Registreringen er imidlertid ikke korrekt dersom pasientene er gitt rett til helsehjelp i form av behandling hvor 1. konsultasjon ved poliklinikk kun har vært for innhenting av supplerende opplysninger.

Mange pasienter som er vurdert til behov for nødvendig helsehjelp fikk ikke helsehjelp innen fastsatt forventet dato, og gjerne langt over den datoen som foretaket informerte de om i vurderingsbrevet. Årsaken er at det, blant annet på grunn av mangelfull oversikt over ventelister og behandlingskapasitet, settes urealistiske datoer for behovspasienter når disse blir vurdert. Det var heller ikke rutiner for å informere pasientene hvis de ikke fikk time innen forventet dato.

Konsernrevisjonen vurderer praksisen som svært uheldig ettersom dette medfører feilinformasjon til pasientene og reduserer deres muligheter for å velge et annet behandlingstilbud, samt unødvendig støy for merkantilt personell som får en rekke telefoner vedrørende dette.

Gjennomgangen viste videre at det gjennomgående føres ventelister for pasienter som har fått startet helsehjelpen og som er inne i et behandlingsforløp. Ved enkelte av avdelingene var det imidlertid mange pasienter som ikke hadde fått time innen det som var fastsatt ut i fra en medisinskfaglig vurdering. Det var heller ikke etablert en rutine hvor pasientene ble informert når forventet dato ble overskredet. Konsernrevisjonen vurderer det som lite tilfredsstillende at det ikke er etablert rutiner og tiltak som sikrer at alle pasienter som skal til videre utredning, behandling eller kontroll får time innen fastsatt forventet dato.

Når det gjelder foretakets retningslinjer som er utarbeidet for håndtering av ventelister, er konsernrevisjonens vurdering at disse i all hovedsak i samsvar med regelverket og er dekkende for forskjellige stadier av ventelisteforløpet. Dette gjelder ved mottak av henvisninger, under ventetidsforløpet og forut for og ved fristbrudd. Dersom retningslinjene blir fulgt, skal det etter konsernrevisjonens syn ikke i særlig grad bli en opphopning av rettighetspasienter med fristbrudd, fordi disse pasientene da – om mulig – vil få tilbud om subsidiær behandling andre steder.

Det kan også særlig nevnes at det i retningslinjer for "Ventelisteadministrering" er fastsatt rutiner for håndtering av situasjoner hvor fristen til rettighetspasienter nærmer seg. Dette fremgår også av retningslinjene at personell med ansvar for ventelisteføring/oppfølging skal sjekke ventelisten daglig. I denne daglige sjekken skal rettighetspasientene overvåkes i forhold til deres respektive frister. Sjekklisten legger opp til at sykehuset skal opptre aktivt for å forhindre fristbrudd, eventuelt skaffe pasienten et alternativt tilbud – selv eller via HELFO. Pasientens rett til informasjon burde imidlertid vært omtalt og innarbeidet i retningslinjene.

I denne sammenheng kan det også nevnes at sistnevnte retningslinjer legger opp til at sykehuset skal kontakte pasienten når fristbrudd nærmer seg og avklare om forlenget ventetid kan aksepteres. I tilknytning til dette er det viktig å huske på at fristen til rettighetspasienter ikke kan forskyves og at sykehuset har hovedansvaret for at rettighetspasientene får helsehjelp innen den fastsatte fristen. En slik praksis kan derfor være tvilsom. Dersom en følger en slik praksis er det i alle tilfeller svært viktig at pasienten har full kunnskap om sine rettigheter, at sykehuset forsikrer seg om dette og kan dokumentere det.

I rutinen "Fristbrudd – forebygging og håndtering", som er av nyere dato enn "Ventelisteadministrering", er det ikke nevnt som et alternativ å ta kontakt med pasienten for å avklare om helsehjelpen kan vente. Det er mulig rutinen er endret og at "Ventelisteadministrering" ikke er oppdatert." I så fall bør den oppdateres eller eventuelt erstattes. Det er uheldig med overlappende retningslinjer med ulikt innhold.

Konsernrevisjonen har gjennom samtaler som er gjennomført i revisjonen merket seg noen av de ansattes egne betraktninger om årsaker til gjeldende praksis. I intervjuer fremkommer det at mange savner bedre opplæring i bruk av det pasientadministrative systemet for å kunne ivareta sine oppgaver på en tilfredsstillende måte, og å utnytte de muligheter som systemene gir for å sikre effektive arbeidsprosesser. Dette gjaldt både merkantilt personell, vurderingsansvarlige, behandlingsansvarlige og ledere på ulike nivåer. Avdelingene har påpekt at PasDoc er mer ressurskrevende å bruke i forhold til tidligere systemer og at konverteringen fra tidligere pasientadministrativt system har medført utfordringer. De viste også til at det er en utfordring at PasDoc og journalsystemet ikke er samkjørte, og at det ikke er tilgang på tvers av datasystemene på grunn av ulike databaser. Det ble videre påpekt at IKT-systemet ikke fungerte godt nok, blant annet fordi systemet ikke understøttet ansvarsfordelingen.

I intervjuene ble det påpekt at omleggingen til nytt pasientadministrativt system (fra PIMS til PasDoc ved Rikshospitalet, fra IMX til PasDoc på Radiumhospitalet, mens på Ullevål hadde man PasDoc og på Aker har de DIPS) har vanskeliggjort ventelisteadministreringen. Legene skal ha anledning til å se gjennom ventelistene og prioritere mellom pasienter. Imidlertid er det ikke god nok kompetanse til å hente ut disse dataene. Det har også vært en del brukerfeil i systemene i forhold til fristbrudd. Ikke alle er gode på å registrere i PasDoc. Spesielt begrepene «start helsehjelp» og «kritisk dato» er det viktig å forstå. Begrepene kan være forvirrende for de som håndterer dem. Det har skjedd at kritisk dato er satt etter juridisk fristdato. Det er nødvendig med opplæring på dette, fordi systemet ikke er intuitivt slik det er nå er satt opp.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

I flere nyhetsoppslag - første gang 1. mars 2012 i TV 2 - sto flere leger og tillitsvalgte ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) frem og fortalte om triksing med ventelister ved sykehuset. Det ble hevdet at ledelsen ved OUS har instruert leger ved flere avdelinger om at pasienter, som etter å ha klaget til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) etter at frist for rett til helsehjelp har vært overskredet, skal prioriteres foran andre rettighetspasienter. Hensikten med dette skal ha vært å unngå at foretaket har måttet dekke utgiftene til pasientenes helsehjelp ved andre sykehus i Norge eller i utlandet.

Saken var også et av temaene som ble tatt opp i forbindelse med den åpne høringen om OUS i kontroll- og konstitusjonskomiteen fredag 2. mars 2012. OUS meddelte at saken ville bli nærmere undersøkt.

OUS anmodet konsernrevisjonen Helse Sør-Øst om å foreta en uavhengig gjennomgang av saken. Administrerende direktør i OUS har gitt konsernrevisjonen nødvendig tilgang til journaler og annen taushetsbelagt informasjon i henhold til helsepersonelloven § 26. Styret for Helse Sør-Øst RHF v/revisjonskomiteen, som er konsernrevisjonens oppdragsgiver, har godkjent oppdraget.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med revisjonen har vært å undersøke OUSs håndtering av HELFO-saker, årsakene til eventuelle avvik i forhold til regelverk/rutiner og eventuelle konsekvenser av dette og hvilke tiltak foretaket bør vurdere å sette i verk for å skape forbedringer på området.

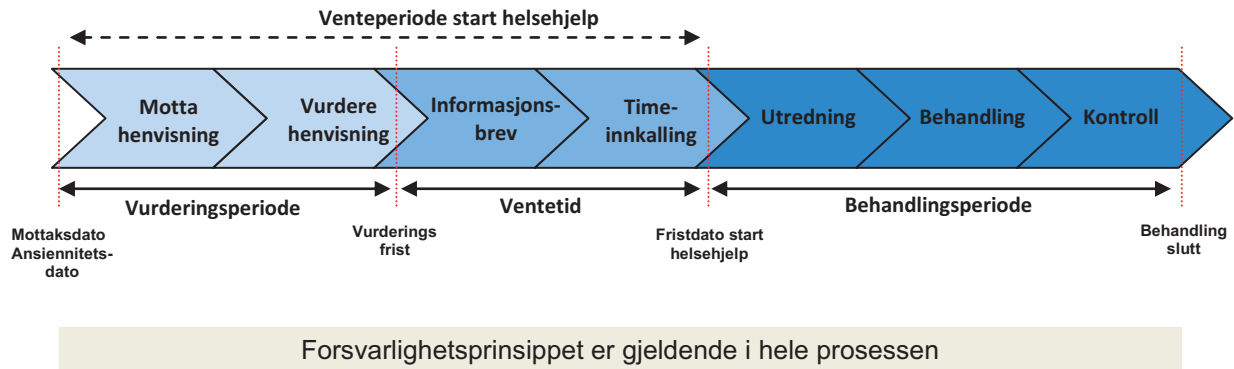
Følgende problemstillingene er belyst:

1. Håndterer OUS HELFO-sakene i samsvar med regelverket? Har foretaket hatt en uriktig praksis hvor HELFO-pasienter er gitt tilbud om helsehjelp foran andre fristbruddpasienter som har ventet lengre for samme forhold? Hvem har visst om en eventuell uriktig praksis?
2. Hva er årsakene til eventuelle feil, mangler og svakheter på området? Herunder hvordan håndterer OUS pasienttilstrømningen og ventelistene sine? Blir pasientenes rettigheter i tilfeller hvor det er fare for fristbrudd eller hvor det allerede har oppstått fristbrudd, ivaretatt i samsvar med gjeldende rettsregler?

1.3 Pasientadministrativt forløp – kontekst for revisjonen

For kontekst for problemstillingene som belyses i revisjonen, vil det innledningsvis blir redegjort for grunnleggende forhold ved den pasientadministrative prosessen og stegene denne består av. Det vises også til konsernrevisjonens rapport nr 4/2012, som gir en grundig belysning av intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet ved OUS.

Pasientforløpet omfatter 7 ulike prosessfaser som ut fra lovkrav og føringer kan knyttes opp til 3 sentrale perioder i prosessen: *vurderingsperioden*, *ventetid* og *behandlingsperioden*. Det administrative arbeidet tilknyttet pasientforløpet, omfatter alt fra mottak av henvisningen i spesialisthelsetjenesten, til alle aktiviteter for vurdering, informasjon til pasient og henviser, ventelistebehandling/timeinnkalling, utredning, behandling og kontroll i spesialisthelsetjenesten er avsluttet. Det samlede pasientforløpet med prosessfasene er illustrert i figur 1.



Figur 1: Pasientforløpet med prosessfaser

Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få en faglig vurdering av sin helsetilstand. Lovverket setter frister for når vurderingen skal være gjort. Maksimal vurderingstid er 30 virkedager (6 uker) fra mottak av henvisning. Det skal være raskere vurdering ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, og innen 10 virkedager (2 uker) for unge under 23 år ved mistenkt eller diagnostisert rusavhengighet eller psykiske lidelser.

Vurderingsfristen skal beregnes ut fra dato for mottak av førstegangs henvisning i spesialisthelsetjenesten. Det vil si hvis henvisningen er videresendt fra et annet sykehus, skal også mottaksdatoen ved dette sykehuset registreres. Mottaksdato ved første sykehus vil da være ansiennitetsdato.

Vurderingstiden i helseforetaket løper fra mottaksdato (førstegangs henvisning), eventuelt ansiennitetsdato (videresendt henvisning innen spesialisthelsetjenesten), uavhengig av manglende opplysninger fra henvisningsinstansen. Mangelfulle henvisninger kan ikke returneres uten vurdering. Ved mangelfulle henvisninger må foretaket innhente supplerende opplysninger eller pasienten må innkalles til undersøkelse der dette er nødvendig.

I tilknytning til vurderingen skal det foretas en rettighetsvurdering. Prioriteringsveilederne skal brukes som støtte ved rettighetsvurdering i forhold til prioriteringsforskriftens vilkår for prioritering. Det er 3 ulike utfall av vurdering av henvisningene:

1. Rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

- Det skal settes en individuell frist for når helsehjelpen senest skal starte

2. Behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

- Hvis pasienten vurderes å ha behov for spesialisert helsehjelp, tilbys helsehjelp innenfor rammen av de ressursene som er tilgjengelige
- Pasienten skal registreres på venteliste og gis en dato for når helsehjelpen forventes å bli gitt, men datoen er ikke juridisk bindende

3. Ikke behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

- Henvissende instans skal gis veiledende faglig tilbakemelding der dette er naturlig

Det skal informeres skriftlig til pasient og fastlege/henviser om resultatet av rettighetsvurderingen. For pasienter med rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal det gis informasjon om:

- Eventuelt rett til nødvendig helsehjelp og frist for når denne retten senest skal oppfylles
- Rettigheter ved et eventuelt brudd på frist for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp
- Sannsynlig tidspunkt for start helsehjelp for pasienter med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Omsorgsnivå/behandlingsnivå (poliklinikk, dagbehandling, innleggelse)

Det er utarbeidet egne brevmaler fra Helsedirektoratet som skal brukes ved svar på henvisningene. Pasienter som vurderes ikke å ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal informeres om dette. Det skal gis informasjon om retten til fornyet vurdering og klagerett, herunder klagefrist og klageinstans.

Start helsehjelp skal beregnes ut fra dato for mottak av henvisningen til spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder både for pasienter vurdert til rett for nødvendig helsehjelp (disse får en juridisk frist) og pasienter vurdert til behov for nødvendig helsehjelp (disse får en forventet dato).

Foretakene skal føre ventelister både over pasienter som har fått rett og pasienter som har fått behov for nødvendig helsehjelp. Det skal fremgå av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven. Den juridiske fristen er oppfylt når helsehjelpen som pasienten er informert om, blir påbegynt innen den oppgitte fristen for start helsehjelp. Ved eventuelle utsettelse skal det registreres om:

1. Institusjonen/sykehuset har bestemt utsettelsen av kapasitetsgrunner
2. Pasienten selv har bestemt utsettelsen eller ikke har møtt
3. Medisinske årsaker hos pasienten gjør utsettelsen nødvendig

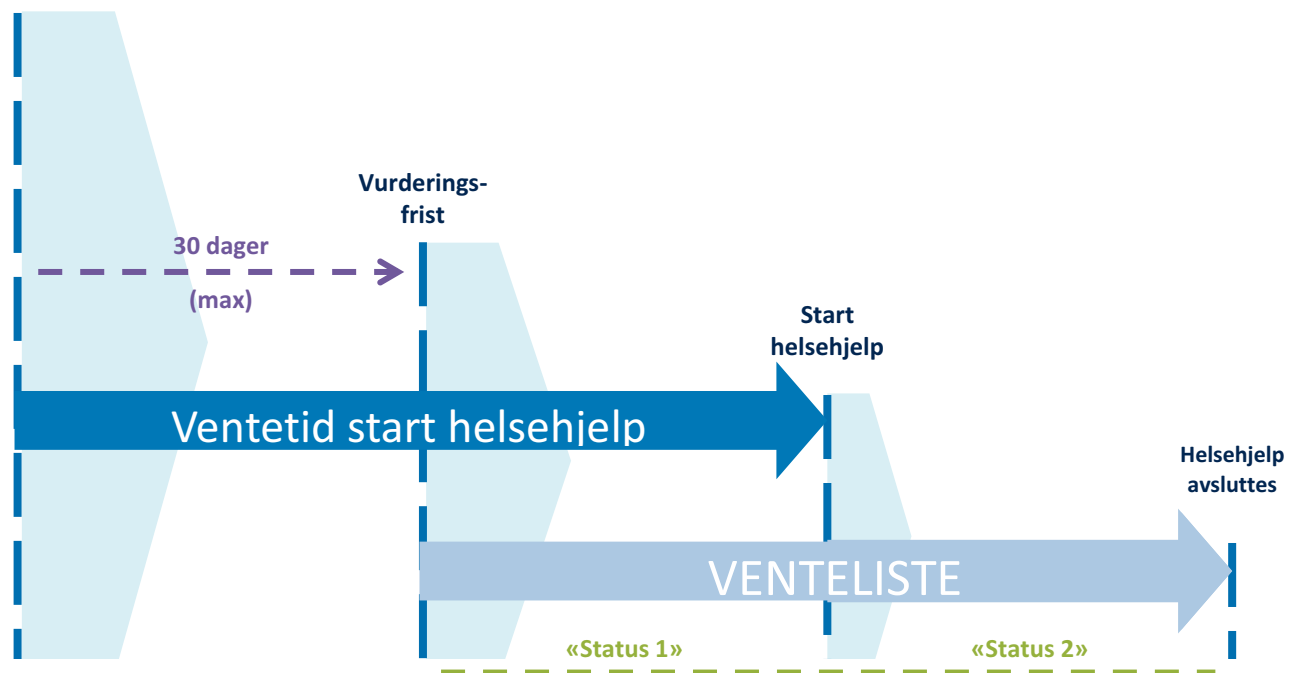
Utsettelse som følge av punkt 2 og 3 gir ikke fristbrudd. Ved brudd på den juridiske fristen kan pasienten henvende seg til HELFO pasientformidling som da vil hjelpe pasienten med å finne et tilbud uten opphold - om nødvendig hos privat tjenesteyter eller utlandet.

Ved siden av den juridiske fristen for start helsehjelp for rettighetspasienter¹ og forventet start helsehjelp for pasienter med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, må foretakene i tillegg sikre forsvarlig helsehjelp i det videre løpet for "aktive" pasienter som skal videre til utredning/behandling, eventuelt til kontroll. Rettighetspasienter skal imidlertid sikres prioritet, slik at forløpet reflekterer deres rettighetsstatus, selv om det ikke skal settes nye juridiske frister. Nødvendige kontroller eller andre oppfølgende tiltak skal derfor ikke nedprioriteres.

Når pasienten er ferdig utredet/behandlet og har vært til eventuell siste kontroll for tilstanden han/hun ble henvist for, skal henvisningsperioden lukkes.

¹ Pasienter som har fått rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp har status som *rettighetspasienter* og skal prioriteres for pasienter som ikke har fått rett til nødvendig helsehjelp (NPR rundskriv IS-10/2009)

Pasientforløpet kan også illustreres på følgende måte.



Figur 2: Pasientforløpet

Figur 2 viser ulike faser som det er viktig å ha styring og kontroll på i pasientforløpet. Den mørkeblå pilen viser ventetiden for start helsehjelp. Pasientene kommer først inn på ventelisten (lyseblå pil) etter at henvisningen er vurdert (enten å ha fått rett til helsehjelp eller behov for helsehjelp). På ventelisten blir nyhenviste pasienter lagt inn med det som karakteriseres som status 1 på ventelisten i det pasientadministrative systemet (PasDoc). Etter at pasientene har startet helsehjelpen, vil pasientene gå i status 2 på ventelisten hvis de skal til videre utredning/ behandling/kontroll. Foretaket har altså en venteliste som omfatter både pasienter som venter på start helsehjelp, enten med en juridisk frist eller en fastsatt forventet dato, og pasienter som er inne i et behandlingsforløp hvor de har fått en forventet dato (kritisk dato) for videre utredning/behandling/kontroll.

OUS har både lokal-, regional- og landsykehusfunksjoner. I forhold til andre helseforetak i regionen fører dette til at OUS har mer komplekse og sammensatte utfordringer i forhold til registreringspraksis og styring av ventelister gjennom pasientforløpet. For det første får OUS en stor del av henvisningene fra andre helseforetak, noe som blant annet innebærer at ventetiden for pasientene allerede har startet før OUS mottar henvisningen. I flere sammenhenger er det også slik at mange foretak både har gjort en rettighetsvurdering og startet helsehjelpen før henvisningen sendes videre til OUS. For å ivareta pasientenes rettigheter krever dette god samhandling mellom foretakene og at korrekt informasjon følger med fra foretaket som viderehenviser innen spesialisthelsetjenesten. For å kunne ivareta disse forholdene på en effektiv måte, krever det videre at de pasientadministrative systemene har god nok funksjonalitet og at de er satt opp på en slik måte at de kan understøtte en effektiv håndtering. Ved siden av at OUS mottar mange henvisninger fra andre foretak, er det også stor flyt av pasienthenvisninger mellom ulike avdelinger i OUS.

1.4 Kort om ”sørge for”-ansvaret og eiers bestilling av tjenester fra OUS

Vurdering og håndtering av henvisninger, foretakets styring og kontroll med ventelister og håndtering av fristbrudd, er regulert i flere lover og forskrifter, samt presisert i rundskriv og brev fra Helse- og omsorgsdepartementet.

De regionale helseforetakene har etter helseforetakslovens § 1 et ”sørge for”-ansvar for befolkningen i egne helseregioner. Dette innebærer å sørge for at befolkningen i egen helseregion tilbys spesialisthelsetjenester slik dette er nedfelt i spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 og krav/ føringer fra eier for øvrig.

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev til de regionale helseforetakene 28.1.2010, presisert ansvaret for planlegging og gjennomføring av tiltak, samt evaluering av om helsetjenestetilbudet er forsvarlig. I brevet vises det til RHFenes ansvar for korrigerende tiltak: *«For det fjerde er et helt grunnleggende element av ”sørge for ansvaret” at RHFet har ansvar for å korrigere uforsvarlige forhold. Ansvaret innebærer at RHFet på eget initiativ må iverksette korrigerende tiltak dersom det i helseregionen ikke tilbys eller ytes tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester».*

For å gjennomføre sitt ”sørge for”-ansvar gir de regionale helseforetakene sine underliggende helseforetak, herunder også private og ideelle sykehus som det er etablert avtaler med, i oppdrag å planlegge og sikre levering av spesialisthelsetjenester for befolkningen som tilhører det enkelte helseforetaks opptaksområde. Dette gjøres gjennom oppdrags- og bestillingsdokumentene som årlig stadfestes i foretaksmøter².

Helse Sør-Øst RHF ga i *Oppdrag og bestilling 2012 for Oslo universitetssykehus HF* som ble stadfestet i foretaksmøte 10. februar i år, overordnede mål, konkrete mål for 2012, styringsparametere, aktivitetsmål og økonomiske rammer for driften som OUS må planlegge og gjennomføre sitt spesialisthelsetjenestetilbudet innenfor. I tillegg til å planlegge og sikre kompetanse og kapasitet for spesialisthelsetjenester til pasienter fra OUS sitt eget opptaksområde, følger det av oppdrags- og bestillingsdokumentet at OUS også skal ivareta et tilstrekkelig behandlingstilbud for pasienter innenfor medisinske områder hvor OUS er tillagt landsfunksjonsoppgaver. Tilsvarende gjelder ivaretagelse av et tilstrekkelig behandlingstilbud for pasienter fra helseregionen innenfor fagområder hvor OUS er tillagt regionsfunksjonsoppgaver.

Etter konsernrevisjonens vurdering er OUS sitt ansvar for å sikre innhold, kvalitet og kapasitet i henhold til eiers bestilling for spesialisthelsetjenester til befolkningen som hører til sitt opptaksområde³, tydelig nedfelt i regelverk og styringsdokumenter. I den grad OUS ikke oppnår styringskravene som er satt, må foretaket etter konsernrevisjonens syn gå i dialog med eier for å drøfte mulige tiltak.

1.5 Definisjoner

Venteliste er i ventelisteforskriftens § 2 definert som et dataregister med ordnede opplysninger om pasienter som venter på utredning/behandling/kontroll. Med *håndtering av ventelister* menes her de nevnte avdelingenes registrering, oppdatering og anvendelse av ventelister, informasjon til pasienter,

² Foretaksmøter avholdes bare for helseforetak som det regionale helseforetaket eier.

³ Herunder lands- og regionfunksjonsoppgaver.

prioritering av pasienter og om situasjonen for enkeltpasienter hvor det er konstatert fristbrudd er medisinsk forsvarelig.

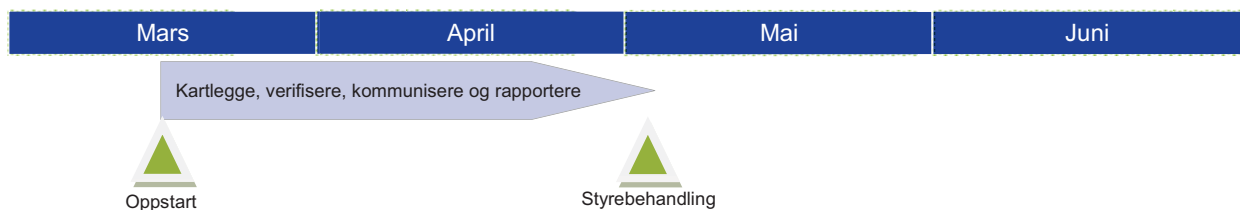
Med *fristbrudd* menes situasjonen som oppstår når fastsatt frist for start helsehjelp (for pasienter med rett til helsehjelp) ikke overholdes.

Med *HELFO-pasient* menes en person som er prioritert av spesialisthelsetjenesten, og som har fått en frist til start helsehjelp som er brutt, og på denne bakgrunn henvender seg til HELFO pasientformidling.

Med *fritt sykehusvalg* menes den enkelte pasient sin rett til å velge hvilket sykehus i Norge vedkommende ønsker å bli behandlet ved, slik som beskrevet i Lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-4 Rett til valg av sykehus m.m. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgtrett. Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

Med *lokalsykehusfunksjon* menes den spesialisthelsetjeneste et sykehus tilbyr til befolkningen i et spesielt opptaksområde. Med *regionsykehusfunksjon* menes en høyspesialisert funksjon som er lagt til ett sykehus i helseregionen (foretaksgruppen), der sykehuset altså har et regionalt ansvar for denne spesialisthelsetjenesten for befolkningen som er bosatt i regionen. Med *landsykehusfunksjon* menes en høyspesialisert funksjon som er lagt til ett sykehus i landet, der sykehuset altså har et nasjonalt ansvar for denne spesialisthelsetjenesten.

1.6 Prosess og metode



Figur 3: Revisjonsprosessen

Revisjonen har pågått i perioden fra medio mars – primo mai 2012. OUS har tilrettelagt for gjennomføringen og stilt til rådighet informasjon og ressurspersoner i arbeidet. Gjennomgangen har omfattet kartlegging og vurdering av praksis ved disse klinikkene/avdelingene/seksjonene:

- Klinikk for kirurgi og nevrofag
 - Kirurgisk dagavdeling (KDA)
 - Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi
- Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
 - Seksjon for bryst og endokrin kirurgi
 - Kvinne- og barneklubben
 - Avdeling for gynekologisk kreft

Alle undersøkte avdelinger/seksjoner benytter det pasientadministrative systemet PasDoc.

Revisjonen bygger på analyse av styringsdata, dokumentanalyse, intervjuer og gjennomgang av et utvalg pasientjournaler. Nærmere oversikt over informasjonsgrunnlag og gjennomførte samtaler fremgår av kapittel 4 Vedlegg.

Gjennomgangen og vurderingene av utvalget av pasientjournaler og andre taushetsbelagte opplysninger er gjort med hjemmel i helsepersonelloven § 26, på oppdrag fra administrerende direktør for Oslo universitetssykehus HF.

Faktisk tilstand innenfor problemstillingene som er belyst, er vurdert opp mot kriterier som er avledet fra rettsregler og andre kilder som har vært relevante for gjennomgangen.

I tråd med ordinær prosedyre er endelig rapport oversendt administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus HF for videre behandling i foretakets styre. Når rapport og helseforetakets handlingsplan er behandlet av foretakets styre, vil konsernrevisjonen legge rapporten frem for revisjonskomiteen i Helse Sør-Øst RHF til orientering.

1.6.1 Gjennomgang av styringsdata

Det er innhentet styringsdata fra 2011 og 2012 vedrørende ventelister direkte fra det pasientadministrative systemet (PasDoc) og fra Ledelsesinformasjonssystemet (LIS).

1.6.2 Dokumentanalyse

Konsernrevisjonen har bedt OUS om og fått tilgang til dokumentasjon som er relevant for undersøkelsen. Dette gjelder både kvalitative og kvantitative data. Oversikt over dokumenter som er hentet inn og gjennomgått, fremgår av kapittel 4.1 og 4.4.

1.6.3 Intervju

For å sikre riktig forståelse av sentrale rettsregler har konsernrevisjonen gjennomført intervju med relevant personell i Helse Sør-Øst RHF og OUS. For å kartlegge og belyse faktisk situasjon ved OUS har konsernrevisjonen gjennomført intervjuer med til sammen 28 ledere, ansatte og tillitsvalgte i de respektive avdelinger/enheter som er omfattet av revisjonen. Intervjuobjektene har vært ansatte som er sentrale i venteliste- og prioriteringshåndteringen, herunder både merkantilt personell og helsepersonell, vurderingsansvarlige leger og ledere for merkantile funksjoner, enhetsledere, avdelingsledere og klinikkledere. Konsernrevisjonen har benyttet en semistrukturert intervjuguide. Oversikt over personer som er intervjuet fremgår av kapittel 4.2.

1.6.4 Journalgjennomgang

Med utgangspunkt i oversikt over fristbruddpasienter meldt via HELFO i 2011 er det foretatt gjennomgang av et utvalg enkeltjournaler. Totalt er det gjennomgått 24 journaler av totalt 228 HELFO pasienter.

1.7 Revisjonsgrunnlag

Konsernrevisjon har utledet revisjonskriterier fra de rettsregler som gjelder for problemstillinger som er undersøkt. Følgende rettskildefaktorer er benyttet i utledningen av rettsreglene:

Lover og forskrifter

- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Lov om helsepersonell m.v.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Forskrift om ventelisterregistrering
- Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

Andre kilder

- Forarbeider
- Teori (juridisk teori mm)
- Rundskriv
- Veiledere
- Foretaksprotokoller
- Oppdrags- og bestillingsdokument
- Brev fra eier med presiseringer
- Interne rutiner og prosedyrer

Ut fra revisjonsgrunnlaget er det utledet revisjonskriterier som den kartlagte faktiske tilstanden er vurdert opp mot. Revisjonskriteriene er nærmere belyst i kapittel 2.2 og 3.1. Kriteriene er gjennomgått med juridisk avdeling i Helse Sør-Øst RHF og med det regionale prosjektet ”Glemte av sykehuset”.

Konsernrevisjonen vil bemerke at etter å ha foretatt en nærmere gjennomgang av regelverket knyttet til ventelister, herunder pasient- og brukerrettighetsloven og lov om spesialisthelsetjenesten – med tilhørende forskrifter og rundskriv, samt andre rettskilder, er det et klart inntrykk at regelverket på sentrale områder er uklart, og at rettskildene er fragmenterte.




Slik konsernrevisjonen ser det, er dette særlig uheldig når regelverk skal praktiseres daglig av personer som ikke har juridisk bakgrunn. Det er nærmest gitt at det vil oppstå usikkerhet og ulik tolkning og praktisering av regelverket. Selv sentrale forhold som hva en venteliste egentlig er, kan det være vanskelig å finne svar på. Er det for eksempel en statisk køordning, en dynamisk køordning, en fleksibel køordning eller er det ingen køordning? I den grad det er rom for omprioriteringer mellom pasienter på ventelisten – hvilke forhold kan det legges vekt på – praktiske, resursmessige, medisinske, m.v. – og i hvilken utstrekning? Videre er det vanskelig å finne svar på hvordan sykehusene skal forholde seg til rettighetspasientene når fristbrudd nærmer seg. Hvilken aktivitetsplikt har sykehusene?

Det er viktig at regelverket understøtter gode og effektive pasientforløp. Dagens regelverk fremstår som komplisert og fører til ulik praktisering. Det er derfor behov for en fornyet gjennomgang med sikte på forenkling. Konsernrevisjonen vil derfor bringe sin betraktning opp til Helse Sør-Øst RHF med anbefaling om evt. videre dialog med Helse- og omsorgsdepartementet.

Det må også være et mål at systemer som etableres blir mer oversiktlige og pasientvennlige. Likeså at det gjennomføres en systematisk opplæring av helsepersonell og at prosedyrer standardiseres.

1.8 Vurderingskriterier

Funn fra gjennomgangen er kategorisert ut fra en vurdering av vesentlighet og konsekvens i forhold til krav og målsettinger for området.

-  Grønn – det er ikke gjort funn som er vesentlige eller som vurderes å ha fått konsekvenser i forhold til krav og målsettinger for området..
-  Gul – det er gjort enkelte funn som kan være vesentlige i forhold til krav og målsettinger for området. Det bør settes i verk tiltak for å styrke områder.
-  Rød – det er gjort funn som er vesentlige i forhold til krav og målsettinger for området. Det må settes i verk tiltak for å styrke områder.

1.9 Forholdet til andre rapporter fra konsernrevisjonen

Denne rapporten må leses i sammenheng med rapport nr 4/2012 fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst.

Rapport 4/2012 *Revisjon intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet ved Oslo universitetssykehus HF* har hatt som formål å undersøke om foretaket har god intern styring og kontroll gjennom det samlede pasientadministrative forløpet, som bidrar til å sikre at pasientene kommer til rett sted til riktig tid, samt om pasienter og henvisende instans mottar informasjon gjennom prosessen. Rapporten legges frem for behandling i OUS sitt styre 20.6.2012.

Konsernrevisjonen gjør for øvrig oppmerksom på at rapport 5/2012 *Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF*, som ble presentert for OUS sitt styre 3.5.2012, er inkorporert i rapport 6/2012. Dette for å oppnå en samlet fremstilling av både HELFO-saker og årsakene til at HELFO-saker oppstår. En behandling av rapport 6 vil således inkludere endelig behandling av rapport 5.

2 Foretakets håndtering av HELFO-pasienter

Kapittel 2 omhandler problemstilling 1, dvs. konsernrevisjonens gjennomgang av OUS sin håndtering av HELFO-pasienter.

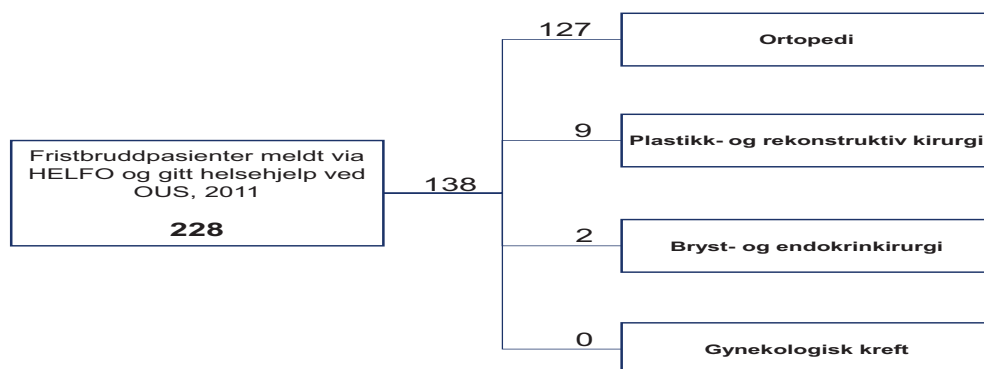
Innledningsvis gis det en redegjørelse av HELFO-sakene for 2011 og hvordan disse fremstår i relasjon til fristbruddsituasjonen ved OUS (kap 2.1). Dernest gjøres det rede for revisjonskriteriene som er lagt til grunn for vurderinger av foretakets håndtering av HELFO-pasienter (kap 2.2).

Videre belyses foretakets håndtering av henvendelser fra HELFO i 2011, herunder spørsmålet om gjeldende praksis har påvirket tilbudet til andre pasienter som venter på helsehjelp (kap 2.3). I samme kapittel belyses også kommunikasjon mellom OUS og HELFO og internt i OUS vedrørende håndtering av HELFO-pasienter og håndtering av henvisninger, herunder spørsmålet hva som faktisk er formidlet om praksis med håndtering av HELFO pasienter opp mot de faktiske ventelistene, til hvem dette er formidlet og hvilket ledelsesnivå som har vært kjent med denne praksisen.

Avslutningsvis følger samlede vurderinger (kap 2.4).

2.1 HELFO-saker i 2011 sett i forhold til fristbruddsituasjonen ved OUS

I 2011 var det omlag 7000 pasienter som ikke fikk startet sin helsehjelp innen fastsatt frist ved OUS. Samme år var det 244 pasienter som henvendte seg til HELFO. Av disse fikk 16 et tilbud via HELFO pasientformidling. De resterende 228 fikk helsehjelp ved OUS. Fordelingen av HELFO-pasienter er vist i figur 4.



Figur 4: Fordeling av HELFO-pasienter - 2011

I forhold til de reviderte enhetene tilhørte 127 av HELFO pasientene fagområdet ortopedi, ni plastikk- og rekonstruktiv kirurgi, to bryst- og endokrinkirurgi, og for gynekologisk cancer var det ingen HELFO pasienter. De 16 som fikk et annet tilbud via HELFO tilhørte fagområdet ortopedi. På denne bakgrunn er det i dette kapittelet valgt å se nærmere på antall ventende pasienter og fristbruddsituasjonen innenfor det ortopediske fagområdet og plastikk og rekonstruktiv kirurgi. I tabell 1 gis en oversikt fra 2011 over ventede og behandlede pasienter innenfor disse fagområdene, herunder antall ventende og avviklede med fristbrudd.

Antall ventende pasienter og fristbruddpasienter i 2011		
	Ortopedi	Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi
Antall ventende totalt, utgang 2011	5530	2503
Ventende med rett til nødvendig helsehjelp totalt, utgang 2011	2178	387
Ventende med fristbrudd totalt, utgang 2011	691	130
Ventende med fristbrudd poliklinikk, utgang 2011	662	123
Avviklede med rett til nødvendig helsehjelp totalt for 2011	2178	840
Avviklede med fristbrudd totalt for 2011	799	195
Antall ventende med fristbrudd som har ventet mer enn 1 år	471	59
Gj.snittlig ventetid for dem som har ventet mer enn 1 år	544 dager	708 dager

Tabell 1: Ventende og behandlede pasienter i 2011 innenfor ortopedi og plastikk- og rekonstruktiv kirurgi

2.2 Revisjonskriterier

Lov om pasient- og brukerrettigheter 1999-07-02 nr 63, fastslår at «dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får den nødvendige helsehjelpen innen tidspunkt fastsatt i medhold av annet ledd, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket».

Av merknadene til § 4 i Prioriteringsforskriften 2000-12-01 nr. 1208, fremgår det generelt at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal prioriteres foran andre pasienter, og at blant rettighetspasientene skal de alvorligst syke prioriteres foran de mindre syke.

I følge Prioriteringsforskriften 2000-12-01 nr. 1208 § 6, fremgår det at «når den fristen som er satt har gått ut uten at pasienten har fått et tilbud om den helsehjelpen vedkommende er vurdert å ha rett til etter pasientrettighetsloven § 2-1, kan pasienten henvende seg direkte til det organ som Helse- direktoratet bestemmer, som uten opphold skal skaffe et slikt tilbud fra offentlig tjenesteyter eller om nødvendig fra privat tjenesteyter i riket eller om nødvendig i utlandet. Pasienten kan ikke fritt velge tjenesteyter».

I merknad til § 6 i Prioriteringsforskriften 2000-12-01 nr. 1208 fremkommer det «etter fristbruddet har pasienten krav på helsehjelp uten opphold. Det vil si så snart som mulig».

Det er konsernrevisjonens vurdering at verken lover, forskrifter, rundskriv eller brev fra Helse- og omsorgsdepartementet inneholder konkrete bestemmelser som regulerer prioriteringen mellom pasienter etter at fristbrudd har inntrådt. Grunnleggende prinsipper som forsvarlighetsprinsippet og prinsippet om at den sykeste skal behandles først, må i utgangspunktet gjelde også da. Av merknadene til Prioriteringsforskriftens § 4 fremgår det generelt at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal prioriteres foran andre pasienter, og at blant rettighetspasientene skal de alvorligst syke prioriteres foran de mindre syke. Det er altså slik at den enkelte pasient som er innvilget rett til nødvendig helsehjelp og der det inntreffer fristbrudd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd, har rett til nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket.

I og med at rettighetspasientene ved fristbrudd har rett til helsehjelp uten opphold, skal det i utgangspunktet ikke være nødvendig for OUS å prioritere mellom pasientene etter rettighetsbrudd, fordi man blant annet skal kunne arbeide med å ta i bruk behandlingskapasitet ut over egen kapasitet. Dette

gjelder da kun for de pasientene som per definisjon er lokalsykehuspasienter og ikke de som er regions- eller landsfunksjonspasienter slik disse funksjonene er definerte. For de siste kategoriene er handlingsrommet begrenset ettersom helsehjelpen i stor grad skal ytes på OUS.

Rettighetspasienter med fristbrudd kan henvende seg til HELFO pasientformidling, som har ansvar for å sikre at pasienten da gis et tilbud uten opphold - om nødvendig hos privat tjenesteyter eller utlandet. Det er altså ikke nødvendig at pasienten først henvender seg til OUS hvor fristbruddet har skjedd. HELFO kan kontakte OUS og gi foretaket mulighet til senest i løpet av den påfølgende dag å fremskaffe et tilbud til pasienten. Det fremgår av forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven at sykehuset i utgangspunktet har rett til å tilby rettighetspasienter helsehjelp også etter fristbruddet, så sant helsehjelpen kan skje like raskt som ved et privat tilbud.

Selv om pasienten kontakter HELFO, er det fortsatt OUS som har det primære ansvaret for å skaffe pasienten helsehjelp. Dette innebærer bl.a. at OUS må dekke kostnadene ved privat helsehjelp dersom sykehuset ikke klarer å gi pasienten et tilbud selv.


Når OUS får henvendelser fra HELFO, må den aktuelle pasienten vurderes ut fra oppdatert venteliste som angir rettighetsstatus og fristdato (jf ventelisteforskriften §§ 3,4).

2.3 Foretakets håndtering av HELFO-pasienter

2.3.1 Har behandling av HELFO-pasientene påvirket tilbudet til andre pasienter som venter på helsehjelp?

Gjennomgangen, oppsummert i tabell 1 under kapittel 2.1, har vist at fristbruddpasienter ved de to undersøkte enhetene i 2011 i altoverveiende grad var polikliniske pasienter. Det samme forholdet var gjeldende for HELFO-pasienter.

Videre har gjennomgangen vist at det ikke foreligger en oversikt over hvilke(n) pasient(er) som er berørt av omprioritering som er forårsaket av at HELFO-pasienter tilbys helsehjelp. Imidlertid er det slik at deler av den store gruppen av ventende nødvendigvis vil forskyves når HELFO-pasienter gis forrang til helsehjelp.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none">Foretaket må etablere rutiner som sikrer at HELFO-pasienter ikke forskyver andre pasienter med en tidligere juridisk frist, og at man følger de prinsippene for prioritering som fremgår av merknadene til § 4 i Prioriteringsforskriften.

2.3.2 Kommunikasjon mellom HELFO og OUS

Gjennomgangen har vist at kontakten mellom OUS og HELFO var lagt til en stabsfunksjon ved direktørens kontor. Stabsfunksjon har mottatt henvendelsene fra HELFO, og opplysninger knyttet til lidelsens karakter, status og videre aksjon har vært loggført manuelt. Foretaket har overfor konsernrevisjonen bekreftet at denne praksisen har opphørt i løpet av april 2012.

Henvendelsen fra HELFO har vært formidlet videre til den respektive enhet, der den første aksjonen har vært å verifisere pasientens rettighetsstatus.

Dersom pasienten har vært en rettighetspasient, har enheten vært anmodet om innen den påfølgende dag å melde tilbake til kontaktpersonen ved stabsfunksjonen hvorvidt pasienten kunne tilbys helsehjelp innen en gitt frist, eventuelt når slik helsehjelp kunne tilbys. Kontaktpersonen ved OUS har deretter formidlet sykehusets respons til HELFO, som har meldt tilbake til pasienten. Dersom pasienten har vært tilbydd helsehjelp innen gitt frist og valgt å akseptere denne, har dette blitt bekræftet overfor OUS sin kontaktperson som igjen har meldt tilbake til den aktuelle enhet. Dersom pasienten har valgt ikke å akseptere tilbudet fra OUS, har HELFO håndtert saken videre og pasienten har da fortsatt stått på venteliste ved OUS inntil den aktuelle helsehjelpen er startet.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none">• Ingen

2.3.3 Kommunikasjon og vurderinger relatert til HELFO-pasienter internt OUS

Gjennomgangen har vist at det i forhold til HELFO-sakene i 2011 har foregått en betydelig administrativ e-post korrespondanse mellom HELFO-kontaktpersonen i OUS og klinikk- og avdelingsledelse i berørte avdelinger. I utvalget av e-poster som revisjonen er forelagt, forekommer det i tillegg til medisinskfaglige vurderinger, i flere tilfeller betraktninger knyttet til økonomiske hensyn ved at det skisseres alternative kostnader hvis helsehjelpen ikke skjer ved OUS. Revisjonen har videre avdekket at i det utvalget av e-post korrespondanse som revisjonen er blitt forelagt, forekommer personidentifiserbare helseopplysninger i flere e-poster.

Gjennomgangen av et utvalg journaler har også vist at enkeltpasienter som allerede har fått oppfylt sin juridiske rett til nødvendig helsehjelp, etter henvendelse til HELFO er gitt tilbud om videre helsehjelp uten opphold.

Praksisen med å finne plass til pasienter som har klaget til HELFO har vært kjent av flere i foretaket. For 2011 er det som ledd i konsernrevisjonens gjennomgang ikke funnet skriftlige instruksjoner om å føre slik praksis - verken fra foretaksledelse, klinikkledelse eller avdelingsledelse. Gjennomgang av e-postkorrespondanse mellom klinikkleder ved en av de utvalgte klinikkene, avdelingsledere og ventelisteansvarlige ved to av avdelingene som var omfattet av revisjonen, samt en person ved en av stabsavdelingene i foretaket, har vist at det har vært dialog om håndtering av HELFO-pasienter og hvor økonomiske hensyn har inngått i vurderingene om å finne plass til disse. Gjennomgangen av e-postkorrespondansen har vist at fra 2-4 (varierer) personer ved stabsavdelinger i foretaket har vært kopimottakere av slik e-postkorrespondanse. Praksisen har ført til at HELFO-pasienter i flere tilfeller har kommet til utredning/behandling foran andre ventende med fristbrudd som har vart lengre enn HELFO-pasientenes.

Konsernrevisjonen har ikke funnet dokumentasjon som viser at tidligere konstituert administrerende direktør og forrige administrerende direktør har vært kjent med praksisen. Det er heller ikke funnet dokumentasjon som viser at nåværende administrerende direktør har vært kjent med praksisen på det tidspunkt Kontroll- og konstitusjonskomiteen tok opp dette spørsmålet (2. mars 2012). Konsernrevisjonen er kjent med at nåværende administrerende direktør har iverksatt flere tiltak som ledd i sin oppfølging etter at saken ble kjent.

Konklusjon	Anbefalinger
■	<ul style="list-style-type: none"> Foretaket må etablere rutiner som sikrer at det ikke ytes helsehjelp ut fra rent økonomiske hensyn. Ved prioritering av pasienter som har behov for samme ytelse må det tas utgangspunkt i den fastsatte fristdatoen og andre datoer senere i pasientforløpet som settes ut i fra medisinsk forsvarlighet.

2.3.4 Forholdet mellom eksternt og internt henviste pasienter

Gjennomgangen har vist at i utgangspunktet like pasienttilfeller, har vært vurdert og prioritert ulikt avhengig av om de er eksternt eller internt henviste. Eksternt henviste pasienter som allerede har fått oppfylt sin juridiske rett til nødvendig helsehjelp utenfor og forut for henvisningen til OUS, har på grunn av manglende pasientadministrativ historikk⁴, blitt feilaktig rettighetsvurdert på nytt hvor utfallet har vært *rett til nødvendig helsehjelp og dermed fått ny juridisk bindende tidsfrist* (i det pasientadministrative systemet kalt «status 1»). Internt henviste pasienter i samme kategori, med tilsvarende lidelse og behandlingsbehov og som har fått oppfylt sin juridiske rett til nødvendig helsehjelp innenfor OUS, har vært korrekt vurdert som rettighetspasient på venteliste for videre utredning/behandling, og dermed ikke fått *ny juridisk bindende frist for når helsehjelpen skal ytes* (i det pasientadministrative systemet kalt «status 2»).

Gjennomgangen av enkeltjournaler tilhørende HELFO-pasienter indikerer at prioritering av disse pasientene i hovedsak har skjedd på bakgrunn av henvendelsen fra HELFO som sådan. Samtidig er det enkeltpasienter som er gitt en ny vurdering i forhold til medisinsk hastegrad og forsvarlighet. Gjennomgangen har også vist at det tidligere har eksistert en noe ulik forståelse og praksis mellom OUS/Rikshospitalet og OUS/Ullevål sykehus av hvorvidt brystrekonstruksjon ga ny rett til nødvendig helsehjelp, i og med at primærbehandlingen allerede er foretatt. Avdelingens vurdering er nå at brystrekonstruksjon ikke gir rett til nødvendig helsehjelp i og med at det er en del av et pasientforløp hvor frist er knyttet til primær utredning/behandling. Av gjeldende Prioriteringsveileder Plastikkirurgi (IS-1629) fremgår det også at sequele etter cancer mamma som hovedregel ikke skal gi rett til nødvendig helsehjelp.

Gjennomgangen har bekreftet at avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi også mottar henvisninger for pasienter fra andre sykehus i foretaksgruppen, som av plastikkirurg ved vedkommende sykehus er vurdert til å tilfredsstille kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp. I og med at rettighetsvurdering fra annet sykehus ikke kan revurderes, må OUS forholde seg til den behandlingsgaranti og tidsfrist som er gitt eksternt. Dette medfører at pasienter som i utgangspunktet har det samme medisinske behov, behandles ulikt avhengig av ved hvilket sykehus (hvilken spesialist) vurderingen er foretatt. Som en naturlig følge av dette vil pasientgruppen oppleve forskjellsbehandling.

Gjennomgangen har vist at HELFO-pasienter som tas inn til brystrekonstruksjon, kommer inn til behandling så snart det er ledig plass på det planlagte operasjonsprogrammet. Dette tar normalt fire til fem uker. Det foreligger således pasienter på ventelisten som har fått fristbrudd for de pasienter som går via HELF, men som altså ikke har krevet sin rett til behandling på samme måte.

Videre har journalgjennomgangen vist at av ni pasienter som av HELFO er registrert som fristbrudd, er det ikke åpenbart at alle var fristbruddpasienter. Blant annet har en av pasientene frist for start helsehjelp først til høsten 2012.

⁴ Det ble vist til at verken det pasientadministrative systemet PasDoc eller DIPS som blir benyttet i foretaket, støtter registrering av en allerede rettighetsvurdert pasient og hvor fristen alt er innfridd, uten at det legges inn ny juridisk fristdato frem i tid.

Konklusjon	Anbefalinger
■	<ul style="list-style-type: none"> Foretaket bør tilstrebe å innhente tilstrekkelig pasientadministrativ historikk og registrere dette i det pasientadministrative systemet, slik at eksternt og internt henviste pasienter kan vurderes på likt grunnlag ved prioritering for videre behandling. Dette fordrer dialog med det regionale helseforetaket og de andre helseforetakene, samt at det pasientadministrative systemet understøtter riktig registrering av mottatt informasjon.

2.4 Samlede vurderinger

Håndtering av HELFO-pasienter

Når det gjelder foretakets håndtering av HELFO-pasienter og spørsmålet om denne har påvirket tilbudet til andre som venter på helsehjelp, er det konsernrevisjonens vurdering at det formelt sett er mulig å ta inn HELFO-pasienter i det planlagte operasjonsprogrammet så lenge de fyller «hull i programmet». Dette gjelder også selv om det innebærer at andre pasienter på venteliste som ikke har juridisk fristbrudd (det vil si er i et behandlingsforløp) må vente litt lenger, forutsatt at dette er medisinsk forsvarlig. Konsernrevisjonen vurderer det derimot som ikke å være samsvar med gjeldende regelverk, dersom pasienter som har en tidligere juridisk frist enn HELFO-pasienten, men som ikke har kontaktet HELFO, forskyves. Tilsvarende vurderes det ikke å være i samsvar med gjeldende regelverk dersom HELFO-pasienten forskyver andre rettighetspasienter uten juridisk frist (som er i et behandlingsforløp) og som har et større behov for helsehjelp enn HELFO-pasienten. Det er konsernrevisjonens vurdering at OUS i de to siste tilfellene, med utgangspunkt i prinsippet om forsvarlig helsehjelp, bør si nei til HELFO-pasienten, selv om dette får økonomiske konsekvenser for foretaket.

Konsernrevisjonens gjennomgang viste at det i 2011 var omlag 7000 pasienter som ikke fikk startet sin helsehjelp innen fastsatt frist ved OUS. Av disse var det kun 244 pasienter som henvendte seg til HELFO, der 228 fikk helsehjelp ved OUS og de resterende 16 fikk et tilbud via HELFO.

Gjennomgangen viste at den overveiende andel HELFO-pasienter venter på poliklinisk utredning/ behandling. Med utgangspunkt i poliklinikkens kapasitet og fleksibilitet, er det konsernrevisjonens vurdering at det relativt beskjedne antall HELFO-pasienter, ut i fra en generell betraktning, med sannsynlighetsovervekt ikke vil ha betydning for behandlingstilbudet til de andre pasientene på venteliste. Imidlertid vil den enkelte poliklinikk midlertidig kunne erfare en kapasitetsbegrensning som gjør at man ikke kan utelukke at inntak av HELFO pasienter vil kunne gi et dårligere tilbud til andre ventende som i utgangspunktet har en høyere prioritet på ventelisten. Det er konsernrevisjonens vurdering at rent logistikkmessige utfordringer vil kunne ha større betydning for tilbudet til pasienter på ventelister enn det relativt beskjedne antall HELFO pasienter det her er snakk om. Deler av disse utfordringene er beskrevet i kapittel 3.

Videre er det slik at oppsetting og justering av vente- og operasjonslistene (programmet) er avhengig av en rekke innsatsfaktorer - pre-/per- og postoperativt. De viktigste innsatsfaktorene er personell (kompetanser), operasjonsteknisk utstyr og lokaler (operasjonsstuer, postoperativ- og intensivkapasitet og sengepostkapasitet). Det er konsernrevisjonens vurdering at disse faktorene hver for seg representerer en sårbarhet og risiko i forhold til den faktiske gjennomføringen. Alene det forhold at noen av prosedyrekompetansene i de høykompetente fagmiljøene dette gjelder er knyttet til enkeltpersoner, representerer en tydelig risiko for redusert behandlingsskapasitet, og konkret; strykninger og forskyvninger i en operasjonsskø.

Konsernrevisjonen vurderer det slik at innordningen i en venteliste har størst betydning tidlig i forløpet, og for fastsettelse av forsvarlig frist for start helsehjelp. Selve ventelisten mister sin betydning jo nærmere behandlingstidspunktet man kommer, der spesifikke forhold som pekt på over, får relativt større betydning. Det er konsernrevisjonens vurdering at dette oppsummert må forstås slik at andre faktorer og forhold vil ha større betydning og kunne representere en større risiko for tilbudet om operativ behandling til andre ventende pasienter, enn det relativt beskjedne antall HELFO pasienter det var snakk om i 2011.

Kommunikasjon mellom HELFO og OUS

I forhold til foretakets kommunikasjon med HELFO, har gjennomgangen vist at foretaket ikke har ivaretatt denne på en tilfredsstillende måte. Verken gjelde lovverk og foretakets interne rutiner har vært etterlevd. Konsernrevisjonen har imidlertid registrert at foretaket selv har iverksatt korrigerende tiltak og at praksis er endret fra april i år.

Kommunikasjon og vurderinger relatert til HELFO-pasienter internt i OUS

Konsernrevisjonens vurdering av innholdet i den foreliggende e-postkorrespondanse fra 2011, er at denne ikke inneholder formuleringer som kan tolkes som en direkte instruksjon om å prioritere HELFO-pasienter kun ut i fra økonomiske forhold og ikke i sammenheng med en medisinsk faglig vurdering. I 2012 foreligger derimot en slik instruksjon. Etter konsernrevisjonens vurdering var dette ikke i samsvar med gjelden lov- og regelverk. Konsernrevisjonen er samtidig kjent med at administrerende direktør iverksatte tiltak for å korrigere forholdet straks han ble kjent med det. Forholdet anses dermed å være brakt i orden.

Konsernrevisjonen vurderer videre at den beskrevne forekomst av personidentifiserbare helseopplysninger i e-post, er et regelbrudd i forhold til OUS sine interne bestemmelser om etterlevelse av personvern- og informasjonssikkerhet med bakgrunn i Norm for informasjonssikkerhet (Hdir, 2. juni 2010).

Det er konsernrevisjonens vurdering at foretakets tilbud om videre helsehjelp til enkeltpasienter som allerede har fått oppfylt sin juridiske rett til nødvendig helsehjelp, indikerer at det i enkelttilfeller ikke gjøres en korrekt vurdering av rettighetsstatus ved henvendelser fra HELFO.

Forholdet mellom eksternt og internt henviste pasienter

Gjennomgangen har vist at eksternt henviste pasienter som allerede er i et pasientforløp, i flere tilfeller er gitt en ny rett til nødvendig helsehjelp med juridisk bindende frist. Dette er ikke i samsvar med Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b. Når i utgangspunktet like pasienttilfeller prioriteres ulikt avhengig av om de er eksternt eller internt henviste, innebærer det etter konsernrevisjonens vurdering at eksternt henviste pasienter som er i et pasientforløp gis en utilsiktet forrang ved å bli tildelt en rettighet med en juridisk bindende tidsfrist. Konsernrevisjonen er kjent med at dette er en praksis som er gjeldene i hele OUS. Dette er knyttet til særlig 2 forhold; 1) Manglende informasjon i henvisningene mellom spesialisthelsetjenesten og 2) Oppsettet i de pasientadministrative systemene understøtter ikke lovverket ettersom den pasientadministrative historikken ikke kan registreres riktig inn i systemet.

Konsernrevisjonen er videre kjent med at Prosjektet "Økt patientsikkerhet gjennom pasientadministrativt arbeid", også kalt "Glemt av sykehuset", som er etablert i regi av Helse Sør-Øst RHF, blant annet har kommet med forslag til krav til henvisende instanser i forhold til hvilken informasjon henvisningene må inneholde, samt krav til leverandør om at de pasientadministrative systemene understøtter regelverket.

3 Kartlegging av årsaker til fristbrudd

Kapittel 3 omhandler problemstilling 2, dvs. konsernrevisjonens gjennomgang av årsaker til eventuelle feil, mangler og svakheter på området, herunder hvordan OUS håndterer pasienttilstrømningen og ventelistene sine, og om pasientenes rettigheter i tilfeller hvor det er fare for fristbrudd eller hvor det allerede har oppstått fristbrudd, blir ivaretatt i samsvar med gjeldende rettsregler.

Det gis innledningsvis en beskrivelse av revisjonskriteriene som er lagt til grunn for vurderinger av foretakets håndtering av ventelister og fristbrudd (kap 3.1). Dernest beskrives foretakets vurderinger av henvisninger, herunder tiltak som er etablert for å styre pasienttilstrømningen i forhold til OUS sine ulike roller som hhv. lokalsykehus, regionsykehus og landsfunksjonssykehus. Videre belyses tiltak for å etterleve regelverket når det gjelder føring og oppfølging av ventelister, håndtering av tilfeller hvor det er åpenbart at fristbrudd vil oppstå, og håndtering av fristbrudd (kap 3.2).

Avslutningsvis følger samlede vurderinger, konklusjoner og anbefalinger (kap 3.3).

3.1 Revisjonskriterier

Vurdering og håndtering av henvisninger, samt foretakets styring og vedlikehold av ventelister og fristbrudd, er regulert i flere lover og forskrifter. Det er også utarbeidet rundskriv og gitt presiseringer i brev fra Helse- og omsorgsdepartementet.

I Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64), § 4 er det angitt grunnleggende krav til forsvarlighet ved utøvelse av helsetjenester: *"Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig."*

Pasient- og brukerrettighetsloven LOV 1999-07-02 nr 63, understreker forsvarlighetskravet ved fastsettelse av individuell frist for start helsehjelp i § 2-1 annet ledd, som lyder: *"Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når faglig forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp."*

Etter Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 er den alminnelige vurderingsfristen 30 virkedager. Vurderingsfristen regnes fra den dato henvisningen er mottatt i helseforetaket. Dersom henvisningen kommer fra annet sykehus, skal fristen settes fra mottaksdato i det sykehuset henvisningen først ble mottatt i (ansiennitetsdato). Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering. I de generelle merknadene til bestemmelsen uttalte Sosialkomiteen at det bør være en maksimumsfrist på 15 dager ved slike tilfeller.

Lovbestemmelsen er utdypet i merknad til § 4 i Prioriteringsforskriften 2000-12-01 nr. 1208, hvor det fremgår at fristen på 30 virkedager er maksimumsfrist, og det må vurderes om det er forsvarlig å la pasienten vente så lenge. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. I de tilfeller hvor det er nødvendig for å kunne foreta en forsvarlig vurdering, skal supplerende opplysninger innhentes, eller pasienten innkalles til undersøkelse. Det beror på en konkret helhetsvurdering basert på medisinskfaglig eller tverrfaglig spesialisert skjønn om retten til vurdering er oppfylt i det enkelte tilfellet. Kravet til forsvarlighet i spesialisthelsetjenesteloven §

2-2 må veie tungt i vurderingen. Det skal vurderes om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp og eventuelt fastsettes en frist for oppfyllelse av rettigheten.

Rett til nødvendig helsehjelp er hjemlet i Lov om pasient- og brukerrettigheter 1999-07-02 nr 63 § 2-1b. Vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp bygger på sammenhengen mellom tilstandens alvorlighet, muligheten for å forbedre den ved helsehjelp og helsehjelpens kostnadseffektivitet, jf. merknader til § 2 i Prioriteringsforskriften 2000-12-01 nr. 1208.

I følge Prioriteringsforskriften 2000-12-01 nr. 1208 § 4, fremgår det at den som er forpliktet til å foreta vurdering av en pasient etter pasientrettighetsloven § 2-2, skal vurdere om pasienter som henvises oppfyller vilkårene i § 2 og eventuelt i § 3. Dersom en pasient har rett til nødvendig helsehjelp, skal det fastsettes en frist for når faglig forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp til vedkommende pasient for å oppfylle pasientens rettighet. Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal sørge for at pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp etter § 2, eller har rett til helsehjelp i utlandet etter § 3, får tilbud om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten innen den fristen som er fastsatt i medhold av første ledd.

Merknad til § 2 i Prioriteringsforskriften 2000-12-01 nr. 1208, beskriver nærmere forholdet mellom rettighetspasienter og behovspasienter. Her fremgår det at det regionale helseforetaket har plikt til å sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester til beboerne i helseregionen, selv om pasienten ikke har rett til nødvendig helsehjelp. De skal imidlertid prioriteres etter pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Dette er videre utdypet i merknad til § 4 i samme forskrift hvor det fremgår at i situasjoner hvor kapasiteten i helsevesenet ikke er tilstrekkelig til å dekke etterspørselen etter helsetjenester, skal pasienter med rett til nødvendig helsehjelp prioriteres foran andre pasienter. Blant rettighetspasientene skal de alvorligst syke prioriteres foran de mindre syke.

I merknad til § 4 i Prioriteringsforskriften 2000-12-01 nr. 1208, fremgår det at pasientens utrednings- og behandlingsbehov på bakgrunn av vurderingen skal kunne planlegges forsvarlig slik at pasienten kan informeres om dette. Videre heter det at tidspunktet vil bero på en konkret helhetsvurdering basert på et medisinsk eller tverrfaglig spesialisert skjønn.

Lov om pasient- og brukerrettigheter 1999-07-02 nr 63 § 2-4, hjemler rett til fritt valg av sykehus. Her fremgår det at pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus, distriktspsykiatriske senter eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett.

I merknad til § 3 i forskrift om ventelisteregistrering 2000-12-07 nr. 1233, fremgår det at retten til fritt sykehusvalg begrenses av noen faktorer. Det vises til at helseforetaket må foreta en vurdering av om pasienten skal undersøkes eller behandles ved institusjonen før pasienten registreres på ventelisten. I noen tilfeller vil ikke en henvisning føre til at utredning/behandling tilbys ved institusjonen. Dette kan være aktuelt i situasjoner hvor institusjonen må avvise pasienter fra andre regioner, fordi de står i fare for ikke å kunne oppfylle sin forpliktelse til å yte utredning/behandling innen fristen til egne pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, og/eller til å foreta vurdering av egne pasienter innen 30-dagers fristen. I slike tilfeller er det anledning til å avvise pasienter fra andre regioner som benytter seg av retten til fritt sykehusvalg.

Anledningen til å avvise gjelder bare før pasienten er registrert på venteliste. Dersom sykehuset mottar en pasient fra en annen region som det ikke har ansvar for, innebærer det altså ikke en plikt til å yte den behandlingen pasienten eventuelt måtte ha rett til eller behov for.

Lovverket setter videre krav til at pasienter med rett til og behov for helsehjelp skal føres på en venteliste ved helseforetaket. I merknad til § 3 i forskrift om ventelisteregistrering 2000-12-07 nr. 1233 vises det til at pasientene ikke skal stå på venteliste ved mer enn en institusjon. Forskrift om ventelisteregistrering 2000-12-07 nr. 1233 § 3, som er hjemlet i lov om spesialisthelsetjenesten LOV-1999-07-02-61 § 2-4, angir at institusjoner skal føre venteliste over pasienter som er registrert for undersøkelse eller behandling. Dersom den aktuelle undersøkelsen eller behandlingen ytes på flere, geografisk atskilte, behandlingssteder i institusjonen, skal det føres ventelister for hvert behandlingssted. Det skal fremgå av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1. Dersom pasienten har en slik rett, skal den fristen som er fastsatt fremgå av ventelisten. Videre skal det fremgå om det søkes om innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling.

Den samme forskriften legger til grunn at institusjonen til enhver tid skal holde ventelistene oppdatert. Ventetiden slutter den dato helsehjelpen påbegynnes.

I følge merknader til § 2 i forskriften fremgår det at institusjonene må legge forholdene til rette for føring og oppdatering av ventelister. Ventelistene skal fungere som et arbeidsredskap til bruk i pasientlogistikken i den enkelte institusjon. Ventelistene skal også bidra til å danne grunnlag for å avgjøre om retten til vurdering, og retten til nødvendig helsehjelp innenfor den fastsatte fristen, oppfylles ovenfor den enkelte pasienten. Videre skal ventelistene bidra til vurderingene av forholdet mellom behovet for helsetjenester og kapasiteten i helsetjenesten.

Lovverket forutsetter at pasientene gis informasjon og holdes oppdatert gjennom alle faser i pasientforløpet. I følge Prioriteringsforskriften 2000-12-01 nr. 1208 § 5, fremgår det at den som har foretatt rettighetsvurderingen skal informere pasienten og den som har henvist pasienten skriftlig om resultatet av vurderingene. Det skal også gis informasjon om retten til fornyet vurdering og klageretten etter pasientrettighetsloven, herunder om klagefrist og klageinstans. Er det fastsatt en frist skal det også informeres om rettigheter knyttet til eventuelt brudd på denne fristen.

Lov om spesialisthelsetjenesten LOV-1999-07-02-61 § 3-11, slår fast at « Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å gi videre den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b, § 2-2, § 2-3, § 2-4 og § 2-5.»

I følge lov om pasient- og brukerrettigheter 1999-07-02 nr 63 § 2-1b, fremgår det at «helse- og omsorgstjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett». Videre fremgår det i § 2-2 at «pasienter som har en slik rettighet, skal underrettes om dette og om fristen. I underretningen skal pasienten også gis opplysning om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved å klage. Henvissende instans skal også underrettes».

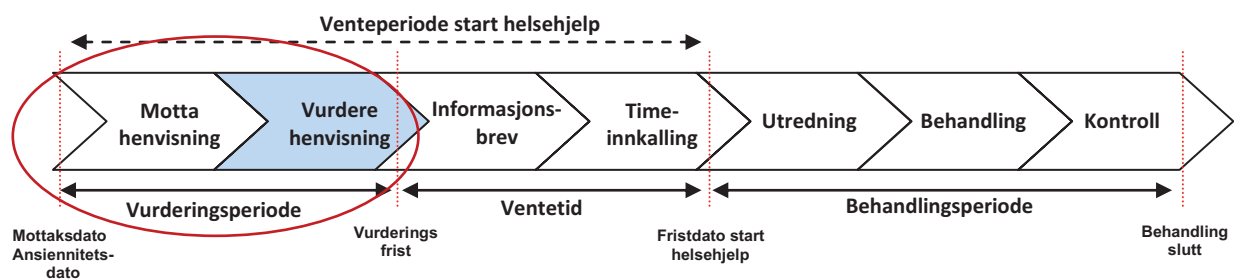
I § 3-5 første og annet ledd beskrives informasjonsplikten slik: *"Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. "*

I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene 20.09.2010 presiserer denne informasjonsplikten ytterligere: «Dette innebærer i praksis at spesialisthelsetjenesten må vurdere om den informasjon som pasienten får er gitt på en slik måte at pasienten har forstått innholdet. Et generelt informasjonsskriv om pasientens rettigheter ved tildeling av individuell frist for prioritert helsehjelp, vil ikke være tilstrekkelig for å oppfylle lovens krav til informasjon og forsvarlig behandling der helseforetakene ser at fristen vil bli brutt. I slike tilfeller må helseforetaket søke å skaffe pasienten et annet tilbud innen fristen. Dersom helseforetaket ser at frist for behandling vil bli brutt, skal de straks sørge for at pasienten blir informert. Pasienten må samtidig informeres om hvilke konsekvenser dette har for pasientens helse og hvilke rettigheter han/hun har i den forbindelse».

3.2 Foretakets vurdering av henvisninger og håndtering av pasienttilstrømming

3.2.1 Kort om vurderingsperioden i pasientforløpet

For å sikre oppfyllelse av kriteriene knyttet til vurdering av henvisninger og håndtering av pasienttilstrømming, må foretaket ha god styring og kontroll med prosessfasene for mottak av henvisning og vurdering av henvisning i pasientforløpet. Vurderingsperioden og prosessfasene tilknyttet denne er illustrert i figur 5.



Figur 5: Vurderingsperioden

På bakgrunn av kravene som stilles i vurderingsperioden er det her sett på følgende sentrale forhold når henvisningen vurderes:

- For bedre å kunne håndtere pasienttilstrømmingen, bør OUS identifisere og registrere hvorvidt mottatte henvisninger gjelder henholdsvis lokal- (herunder områdesykehus), region- eller landsfunksjonssykehus (gjelder somatikk)
- Prioriteringsveilederne skal benyttes
- Det skal vurderes om pasienten har rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten/ behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten / ikke behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Det skal gis en frist for nødvendig helsehjelp for pasienter med rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Det skal gis en forventet behandlingsdato for pasienter med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Denne dato skal være realistisk og ta utgangspunkt i foretakets kapasitet/ventelister

3.2.2 Klinikk for kirurgi og nevrofag, Ortopedisk avdeling – håndseksjonen (Rikshospitalet)

Driften av klinikk for kirurgi og nevrofag har et matrisepreg, hvor kirurgisk dagavdeling (KDA) drifter poliklinikk og dagkirurgisk enhet for en rekke av klinikkens avdelinger, blant annet for ortopedisk avdeling. Ortopedisk avdeling er alene ansvarlig for legeressurser for sin aktivitet ved KDA, hhv. poliklinikk og dagkirurgi.

I det følgende omtales seksjon for overekstremitet og mikrokirurgi, som er én av åtte fagseksjoner under ortopedisk avdeling, som håndseksjonen.

Gjennomgangen har vist at seksjonen ikke hadde etablert rutiner for å identifisere og registrere hvorvidt henviste pasienter var lokal- (herunder område-sykehus), region- eller landsfunksjons-sykehuspasienter. Det ble vist til at det har vært tradisjon for å vurdere og behandle de fleste pasienter uavhengig av bosted. Det ble vist til at antall henvisninger har økt i antall til OUS de seneste årene og at dette har ført til at seksjonen i større grad nå ser på muligheter for å avvise pasienter. Seksjonen mottok 3796 henvisninger totalt i 2011. Det ble vist til at det kunne forekomme at det ble henvist og behandlet pasienter ved OUS som kunne vært behandlet andre steder, men at dette utgjorde et marginalt antall. Dette hadde sammenheng med retten til fritt sykehusvalg og at de som henviste pasienter til OUS kjenner sykehusets spesialistkompetanse.

Det ble videre vist til at en viktig årsak til at et økende antall henvisninger/pasienter ble behandlet ved seksjonen, var utviklingen av faglige spesialiteter og betydelig grad av sentralisering av funksjoner over de siste årene. Det ble vist til at det tidligere ble utført mer frakturkirurgi lokalt, men at det nå henvises flere alvorlige skader til OUS. Det ble videre påpekt at det som andre sykehus oppfattet som komplisert, ble sendt til OUS. Gjennomgangen viste at seksjonen gjør en vurdering i hvert tilfelle om pasienten kan følges opp i en annen region. Som oftest blir pasienter henvist fordi legene lokalt står fast i den kliniske vurderingen og oppfølgingen.

Det ble opplyst at prioriteringsveilederne benyttes ved vurdering hvor pasienten får rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten/behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten/ikke behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det ble opplyst at anslagsvis 90 % av pasientene ved seksjonen var rettighetspasienter. Rettighetspasientene fikk fastsatt en frist for start helsehjelp. I tillegg fikk pasientene fastsatt en såkalt kritisk dato ettersom det ofte måtte innhentes informasjon etc. før start helsehjelp ble påbegynt. Pasienter med behov får fastsatt en forventet dato for start helsehjelp (kritisk dato).

Gjennomgangen viste at det ved fastsettelse av forventet dato for start helsehjelp for pasienter med behov for helsehjelp, ikke hadde vært sett hen til kapasitet/ventelistene, slik at det var gitt et realistisk anslag for hvor lang tid pasientene måtte vente. Det ble imidlertid vist til at enheten hadde økt fokus på dette ettersom de ikke hadde råd eller mulighet til å ta i mot pasienter som ikke var rettighetspasienter.

3.2.3 Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi (Rikshospitalet)

Gjennomgangen viste at avdelingen tar i mot omtrent 150 henvisninger per uke. Ved mottak av henvisning blir standard skjema fylt ut med informasjon om pasienten. Merkantil personell legger informasjon fra skjema inn i PasDoc. Vurderingsansvarlig lege gjør medisinfaglige vurderinger av henvisningene og setter blant annet en frist for rettighetspasientene eller forventet dato for behovspasientene.

Gjennomgangen viste at det ikke var etablert rutiner for å identifisere og registrere hvorvidt henviste pasienter var lokal- (herunder områdesykehus), region- eller landsfunksjonssykehuspasienter. Vurderingsansvarlig lege viste likevel til en praksis hvor adressen var det første som vurderes i henvisningen, slik at henvisningen med regionsfunksjon fra en annen region eventuelt kan sendes tilbake til henviser.

Det ble opplyst at avdelingen i liten grad mottar pasienter fra andre helseforetak i regionen eller pasienter fra andre regioner hvis det er opprettet tilbud der. Det ble vist til at det er foretak i regionen som ikke har tilbud innenfor enkelte fagområder som i utgangspunkt er lokalsykehusfunksjoner. Det ble opplyst at det generelt er et behov for å styrke kompetansen/kapasiteten på plastikkirurgi andre steder enn OUS, slik at OUS kan bli avlastet. Det ble også påpekt at det er en generell utfordring at primærleger sender én og samme henvisning til flere sykehus samtidig.

Det ble opplyst at prioriteringsveilederne benyttes ved vurdering hvor pasienten enten får rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten/behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten/ikke behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Gjennomgangen viste at rettighetspasientene får fastsatt en frist for start helsehjelp. I tillegg får pasientene fastsatt en såkalt kritisk dato ettersom det ofte må innhentes informasjon etc. før start helsehjelp blir påbegynt. Pasienter med behov får fastsatt en forventet dato for helsehjelp basert på medisinskfaglig vurdering.

Avdelingen opplyste at de stort sett kun har kapasitet til å ta imot rettighetspasienter. Det innebar at flere av pasientene som var vurdert til å ha behov for helsehjelp (uten juridisk frist) i realiteten ikke får helsehjelp på sykehuset.

Gjennomgangen viste at avdelingen ikke har som praksis å informere behovspasienter om realistisk ventetid, både på grunn av kapasitetsproblemer og fordi de opplever det uklart hva de kan informere om. Det er imidlertid enkelte pasientgrupper som er vurdert til behov for helsehjelp (ikke juridisk rett) som får helsehjelp. Dette gjelder eksempelvis leppe-gane operasjoner av barn.

Det ble videre påpekt at en del pasienter som var inne i et behandlingsforløp ble rettighetsvurdert på nytt og dermed fikk en ny juridisk frist, jf. kapittel 2. Dette gjaldt eksempelvis rekonstruksjon etter brystkreft, hvor pasienten gikk til sin fastlege og fikk sendt en ny henvisning om brystrekonstruksjon. Hvis henvisningen derimot kom fra en intern spesialist i OUS ble ikke henvisningen rettighetsvurdert på nytt ettersom den primære helsehjelpen allerede var utført. Dette bidrar til at to personer med samme diagnose kan få ulike rettigheter.

3.2.4 Seksjon for bryst og endokrin kirurgi (Ullevål)

Gjennomgangen viste at avdelingen har aktivitet ved tre ulike steder og henvisninger blir sendt til de ulike lokasjonene. Seksjonen har rundt seks eksterne henvisninger daglig, og rundt fem-seks sekundærhenvisninger/ internhenvisninger. Henvisningene skannes, stemples m.m. og legges i legenes posthylle. Henvisningene registreres i PasDoc. Legene vurderer henvisningene som regel samme dag, eller dagen etter.

Gjennomgangen viste at det ikke var etablert rutiner for å identifisere og registrere hvorvidt henviste pasienter var lokal- (herunder områdesykehus), region- eller landsfunksjons-sykehuspasienter.

Seksjonen opplyste at de fleste av de som var blitt henvist ble vurdert og fikk et tilbud på seksjonen. De viste til at dette skyldtes at seksjonen hadde kapasitet til å håndtere dette. Et fåtall av henvisningene kom fra andre regioner. Helsehjelpen som ble gitt av avdelingen var ganske lik de andre stedene som tilbød tilsvarende helsehjelp.

Seksjonen viste til en utfordring i forhold til enkelte av henvisningene de mottok: En del henvisninger går først til Røntgen og Brystdiagnostisk senter (BDS). Utfordringen var at disse henvisningene ikke ble stemplet og registrert inn i PasDoc med mottaksdato, det vil si datoen for når den første gang kom inn til OUS. Henvisningen ble først stemplet og registrert inn når henvisningen ble sendt videre fra røntgen og BDS til seksjon for bryst og endokrin kirurgi. Det ble her vist til at dette kunne ta opp til 10 uker ettersom røntgen og BDS hadde lange ventetider. Dette medførte at pasientenes rettigheter ikke ble ivarettatt ettersom fristdatoen bestemmes ut fra når henvisningen første gang ble mottatt i spesialisthelsetjenesten. Avdelingen opplyste at den fikk flere henvendelser og klager fra pasientene i forhold til ventetid. Det ble påpekt at praksisen var kjent for sykehuset.

Det er ikke utarbeidet nasjonal prioriteringsveileder for området. Avdelingen fulgte retningslinjene til Norsk Mamma Cancer Gruppe (NMCG). Alle pasientene på avdelingen er rettighetspasienter. Rettighetspasientene fikk fastsatt en frist for start helsehjelp. I tillegg fikk pasientene fastsatt en såkalt kritisk dato ettersom det ofte måtte innhentes informasjon etc. før start helsehjelpen ble påbegynt. Alle pasientene fikk ved siden av en fristdato, fastsatt en time som ble kommunisert i første brev som svar på vurderingen.

3.2.5 Avdeling for gynekologisk kreft (Radiumhospitalet)

Gjennomgangen viste at ventelisteansvarlig mottar post to ganger daglig og sorterer henvisningene i forhold til om det er en ny henvisning eller ikke. Nye henviste blir delt inn i to grupper på bakgrunn av hvilke krefttyper de tilhører, og henvisningene går videre til vurderingsansvarlige leger. Henvisningene registreres inn i PasDoc samme dag.

Gjennomgangen viste at det ikke var etablert rutiner for å identifisere og registrere hvorvidt henviste pasienter var lokal- (herunder områdesykehus), region- eller landsfunksjons-sykehuspasienter.

Det ble vist til at antall henvisninger hadde økt de siste årene, blant annet på grunn av sentralisering av funksjoner ved at de har fått flere regional- og landsdekkende funksjoner. Den klart største delen tilhørte regionsfunksjonen. Avdelingen hadde også landsfunksjon for tre svært spesialiserte deler. Avdelingen påpekte at gynekologisk kreftpasienter ikke kan behandles i det private helsevesenet og at det således ikke er noe alternativ til OUS.

Avdelingen viste videre til at de vurderer/behandler de fleste mottatte henvisninger. 90 % av de som kommer fra andre regioner er i et behandlingsforløp, men er ikke fornøyd med helsehjelpen de får. I denne situasjonen tar avdelingen pasienten inn til ny vurdering, ser gjennom journalen og vurderer om de kan tilby alternativ helsehjelp eller ikke. Avdelingen påpekte at de hadde en sterk stilling faglig sett. Dette gjør at mange pasienter ønsket å bli henvist til OUS fra flere steder i landet. Det ble videre opplyst at det var en god del mangler i henvisningene og at avdelingen ofte måtte supplere med flere undersøkelser, noe som koster tid og penger.

Det ble opplyst at prioriteringsveilederne benyttes ved vurdering av om pasienten får rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten/behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten/ikke behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Avdelingen viste til at nesten alle deres pasienter er rettighetspasienter. Rettighetspasientene får fastsatt en frist for start helsehjelp.

Avdelingen opplyste at de i stor grad setter en intern kritisk frist på to uker på alle kreftpasientene, selv om den juridiske fristen for start helsehjelp er på fire uker. Avdelingen gjør dette for å ha en intern sikkerhetsmargin; de operer med to-ukers fristen som en kritisk dato, slik at de skal klare å holde seg innenfor den juridiske fristen.

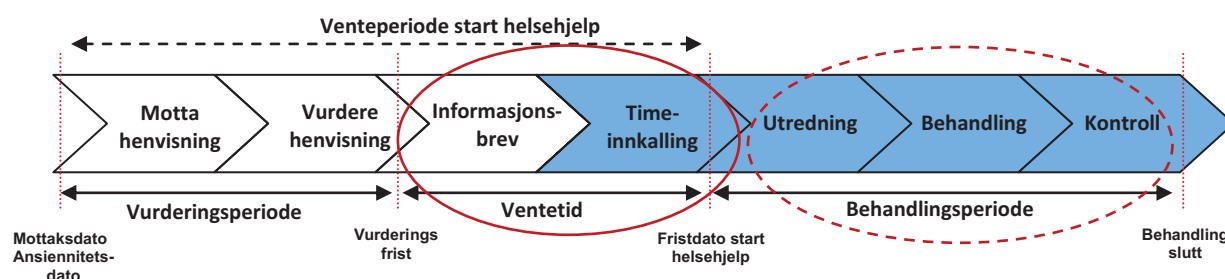
3.2.6 Konklusjoner og anbefalinger

Konklusjon	Anbefalinger
■	<ul style="list-style-type: none"> Foretaket må sette i verk tiltak for å sikre at avdelingene aktivt tar i bruk ventelistene ved fastsettelse av tidspunkt for forventet start helsehjelp for behovspasienter. Foretaket må sette i verk tiltak for å etablere en enhetlig praksis for registrering av henvisninger som kommer til røntgen/BDS, slik at pasientenes ventetid for start helsehjelp blir i samsvar med regelverket.
■	<ul style="list-style-type: none"> Foretaket bør sette i verk tiltak for å styrke kunnskapen om hvilke pasienter som ikke er forutsatt henvist til OUS i egenskap av dets lokal-, regions- og landsfunksjoner, slik at foretaket kan bidra til ivaretagelse av pasienter fra eget opptaksområde. Foretaket bør sørge for å få oversikt over dette slik at det kan gjennomføres målrettede tiltak.

3.3 Foretakets håndtering av fristbrudd

3.3.1 Kort om ventetid og behandlingsperioden i pasientforløpet

For å sikre oppfyllelse av kriteriene knyttet til fristbrudd og ventelister, må foretaket ha god styring og kontroll med pasientene både før og etter start helsehjelp, det vil si i det som kalles ventetidsfasen og behandlingsperioden:



Figur 6: Ventetid etter vurderingsfrist

I denne gjennomgangen er det sett på enkelte forhold knyttet til timeinnkalling, det vil si håndtering av de som står på venteliste hvor helsehjelpen ennå ikke har startet (heltrukket rød sirkel). I PasDoc står disse i status 1 på ventelisten. For å få helheten i forhold til ventelister er det også tatt med enkelte forhold knyttet til de pasientene som har startet helsehjelpen, og som står på venteliste til ny time for utredning, behandling eller kontroll (stiplet rød ring). I PasDoc står disse i status 2 på ventelisten. Når

det gjelder ventelisten er det viktig å se helheten i forhold til sammenhengen mellom forsvarlighetskravet, som gjelder gjennom hele prosessen, og enhetens styring og kontroll av denne. Dette må ses opp mot enhetens pasientstrøm og kapasitet.

På bakgrunn av krav som stilles i lovverket, og som fremgår av revisjonskriteriene (kap 3.1), har konsernrevisjonen delt kriteriene opp i forhold til om de gjelder før- eller etter start helsehjelp:

Før start helsehjelp

- Det må føres ventelister for pasienter med rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og for pasienter med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Det skal ikke være fristbrudd for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp
- Det må være oversikt over eventuelle fristbrudd for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp
- Dersom foretaket ser at fristen for rett til nødvendig helsehjelp ikke vil bli overholdt, må foretaket først søke å skaffe pasienten et annet tilbud innen fristen
- Dersom fristen likevel ikke kan overholdes, må det straks sørges for at pasienten blir informert om dette. Pasienten må ved fristbruddet informeres om hvilke konsekvenser dette har for hans/hennes helse og hvilke rettigheter (HELFO) han/hun har i den forbindelse
- Pasienter med behov for helsehjelp bør få time innen forventet dato
- Det må være oversikt over pasienter med behov for helsehjelp som har overskredet forventet dato for start helsehjelp
- Det må gis informasjon til pasienter med behov for helsehjelp som ikke får startet helsehjelpen innen fastsatt forventet dato

Etter start helsehjelp

- Det må føres ventelister for begge pasientkategorier (pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og pasienter med behov for helsehjelp) etter start helsehjelp (med utgangspunkt i forventet dato, det vil si det som benevnes som kritisk dato i PasDoc)
- Både pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og pasienter med behov for helsehjelp får time innenfor fastsatt tentativ dato (kritisk dato i PasDoc). Hvis forventet dato overskrides bør pasientene få skriftlig beskjed om dette

3.3.2 Klinikk for Kirurgi og Nevrologi, Ortopedisk avdeling – håndseksjonen (Rikshospitalet)

Før start helsehjelp

Gjennomgangen viste at det føres ventelister for pasienter med rett og behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som venter på start helsehjelp. Gjennomgangen viste videre at enheten har store utfordringer ved at det har vært og er mange fristbrudd for pasienter med rett til helsehjelp. Ved utgangen av 2011 var det eksempelvis 662 pasienter som stod på venteliste med fristbrudd. Av disse hadde 471 ventet mer enn ett år. Ved utgangen av mars 2012 var det eksempelvis 499 (ekskudert de pasientutsatte) pasienter som stod på venteliste (håndseksjonens pasienter ved KDA) med fristbrudd. Mange av disse pasientene hadde ventet både over ett og to år.

Det ble vist til at det ikke er noen prioritering mellom pasientene som står på ventelisten. Det er datoen som er styrende, det vil si at det er de som har ventet lengst som blir tatt inn først. Det ble vist til at legene har anledning til å se gjennom ventelistene og prioritere mellom pasienter, men at det i praksis sjelden blir gjort. Samtidig ble det vist til at det var slik at pasienter som ringte inn kunne få en tidligere time.

Gjennomgangen viste at i forhold til pasienter med behov for helsehjelp var den fastsatte forventede dato overskredet for mange av pasientene som stod på ventelisten. Dette henger trolig sammen med (som vist ovenfor i kapittelet vedrørende vurderingen av henvisningene) at fastsetting av forventet dato ikke er realistisk ettersom det ikke er kapasiteten/ventelistene det tas utgangspunkt i når denne datoen settes.

Det var ikke innført rutine for aktivt å hjelpe pasienter som nærmer seg fristbrudd, til et eventuelt annet behandlingssted som har kapasitet og kompetanse til dette. Det var heller ikke innført rutine for å informere om konsekvenser og rettigheter til pasienter når fristbrudd inntraff. Pasientene har kun fått informasjon om rettigheter ved mottak av brev relatert til vurdering av henvisning, jf. foretakets bruk av Helsedirektoratets maler.

Gjennomgangen viste at det ikke var innført rutine for å gi informasjon til pasienter med behov som ikke har fått time innen fastsatt tentativ dato.

Etter start helsehjelp

Gjennomgangen viste at det føres ventelister for pasienter som har startet helsehjelpen og som er i et behandlingsforløp. Gjennomgangen viste videre at det var en stor del av pasientene, både med rett og ikke rett, som hadde fått overskredet fastsatt forventet dato (benevnes som kritisk dato i PasDoc) for videre utredning/behandling/kontroll. Pasienter fikk skriftlig informasjon ved direkte time, men det ble ikke gitt skriftlig informasjon dersom det kun fastsettes en kritisk dato (forventet dato). Dersom fastsatt kritisk dato overskrides gis det ikke skriftlig informasjon om når pasienten kan forvente å bli innkalt.

3.3.3 Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi (Rikshospitalet)

Før start helsehjelp

Gjennomgangen viste at det føres ventelister for pasienter med rett og behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som venter på start helsehjelp. Gjennomgangen viste videre at enheten har store utfordringer ved at det har vært og er mange fristbrudd for pasienter med rett til helsehjelp. Ved utgangen av 2011 var det eksempelvis 123 pasienter som stod på venteliste med fristbrudd. Av disse hadde 59 ventet mer enn ett år. Gjennomsnitt ventetid for disse pasientene var 708 dager.

Det ble opplyst at legene diskuterer fristbruddpasienter med merkantilt personell. Det ble gjort en skjønnsmessig vurdering av hvilke pasientgrupper som skal prioriteres. Pasienter uten fristbrudd kan bli prioritert foran pasienter med fristbrudd når det blir vurdert at de har størst behov for medisinsk behandling. Det var en generell oppfatning i avdelingen at legene hadde kontroll med ventelistene, og kjente til hvilke pasienter det var som ventet. Avdelingen hadde gjort en intern prioritering av pasientgrupper som ble laget for omtrent ett år siden, da kapasitetsproblemene på avdelingen ble tydelige. Pasientene er sortert i 6 kategorier som ble lagt til grunn for prioriteringene. Det er kreft og barn som prioriteres høyst.

Det var i tillegg en rekke pasienter med behov på ventelistene, hvor den forventede datoen for start helsehjelp var overskredet for en stor del av dem. Dette hang trolig sammen med (som vist ovenfor i kapittelet vedrørende vurderingen av henvisningene) at fastsetting av forventet dato ikke var realistisk, ettersom det ikke var kapasiteten/ventelistene det tok utgangspunkt i når denne ble fastsatt.

Gjennomgangen viste at det ikke var innført rutine for aktivt å hjelpe pasienter som nærmer seg fristbrudd, til et eventuelt annet behandlingssted som har kapasitet og kompetanse til dette. Det var heller ikke innført rutine for å informere om konsekvenser og rettigheter til pasienter når fristbrudd

inntraff. Pasientene hadde kun fått informasjon om rettigheter ved mottak av brev relatert til vurdering av henvisning, jf. foretakets bruk av Helsedirektoratets maler.

Det var ikke innført rutine for å gi informasjon til pasienter med behov som ikke har fått time innen fastsatt tentativ dato.

Avdelingen opplyste at den ikke har kapasitet til å følge overordnede retningslinjer for å håndtere pasienter som nærmer seg fristbrudd. Det er blant annet ikke kapasitet til å følge utarbeidede prosedyrer eller rutiner for å sørge for alternative tilbud til pasienter hvor det er åpenbart at fristbrudd vil skje. I de tilfellene sykehuset skaffer til veie tilbud ved et annet helseforetak får sykehuset selv oppgaven med å organisere pasientens reiser, med følge etc. Avdelingsleder mener at avdelingen reelt sett hadde flere rettighetspasienter med fristbrudd enn det som fremgikk av ventelistene. Det ble vist til at mange pasienter har vært innom poliklinikk, og er derfor registrert som påbegynt helsehjelp (status 2) selv om kirurgisk behandling ikke er utført. Disse pasientene blir ikke registrert med fristbrudd. Gjennomgangen viste at avdelingen ikke sender ut noen informasjon til pasienter om fristbrudd, blant annet fordi det er uklart hva man skal informere om; ofte finnes det heller ikke alternative behandlingssteder.

Avdelingen viste selv til følgende fem sentrale årsaker til fristbrudd ved avdelingen:

- 1) Ny medisin og ny teknikk, noe som betyr at legene kan behandle flere
- 2) Nye store pasientgrupper, eks slankeoperasjoner
- 3) Økende antall tilfeller – for eksempel langt flere hudkreftpasienter nå enn før
- 4) Manglende avklaring i forhold til hvem som tar hånd om generell kirurgi
- 5) Ingen lokalsykehus innen Osloregionen, som avdelingen kan overføre pasienter til

Etter start helsehjelp

Gjennomgangen viste at det føres ventelister for pasienter som har startet helsehjelpen og som er i et behandlingsforløp. Gjennomgangen viste videre at det var en stor del av pasientene, både med rett og ikke rett, som hadde fått overskredet fastsatt forventet dato (benevnes som kritisk dato i PasDoc) for videre utredning/behandling/kontroll. Pasienter fikk skriftlig informasjon når de ble tildelt direkte time, men det ble ikke gitt skriftlig informasjon dersom det kun fastsettes en kritisk dato (forventet dato). Dersom fastsatt kritisk dato ble overskredet ble det ikke gitt skriftlig informasjon om når pasienten kunne forvente å bli innkalt.

3.3.4 Seksjon for bryst og endokrin kirurgi (Ullevål)

Før start helsehjelp

Gjennomgangen viste at det ble ført ventelister for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp (kun rettighetspasienter i seksjonen). Merkantil personell hadde ansvar for å følge opp ventelistene.

Gjennomgangen viste at enheten har utfordringer med at en del fristbrudd skyldes ventetid på BDS. Avdelingen viste til at enheten i fjor hadde 90 fristbrudd på grunn av ventetid på BDS. BDS har hatt opp til åtte ukers ventetid for billediagnostikk. De har imidlertid satt av noen akutt-timer slik at de har kunnet ta unna pasienter der det var kritisk. Seksjonen opplyste at kapasiteten ved BDS hadde vært et problem i lang tid og det ikke har vært noen tegn til forbedring, selv om dette var blitt tatt opp. Det ble videre påpekt at det var blitt sendt felles avviksmelding om utfordringen.

Seksjonen hadde rutiner for å overføre grupper av pasienter til andre sykehus når det nærmet seg den juridiske fristen. Enheten hadde kjøpt en del tjenester eksternt for å få behandlet pasientene innen

fristdato. Det lå medisinske vurderinger bak disse kjøpene. Seksjonen hadde også en avtale med Sykehuset Telemark HF i forbindelse med en spesiell pasientgruppe, slik at pasienter kunne overføres dit. Når det gjelder kritiske tilstander hvor det er fare for fristbrudd, var det en utfordring at det ikke finnes alternative tilbud i Norge.

Gjennomgangen viste at det ikke var innført rutiner for å informere om konsekvenser og rettigheter til pasienter når fristbrudd inntraff. Pasientene hadde kun fått informasjon om rettigheter ved mottak av brev relatert til vurdering av henvisning, jf. foretakets bruk av Helsedirektoratets maler. Hvis det inntreffer et fristbrudd ved seksjonen, skrives årsaken til bruddet inn i PasDoc. Det hender også at merkantilt personell noterer i pasientens journal at det har vært fristbrudd.

Avdelingsleder har laget en utredning om medisinskfaglige konsekvenser av fristbruddene. Utredningen viser at konsekvensene i utgangspunktet ikke er så stor, bortsett fra belastninger for pasienten ved at hun/han må vente noe lengre på helsehjelp.

Seksjonen viste til at klinikken de sorterer under har laget et godt system for å sørge for at ansatte holder seg oppdatert på føringer og regelverk, samt hvordan avdelingene skal følge opp ventelistene. Det har vært mangel på kunnskap om dette og det er en generell utfordring at informasjon ikke går lenger ned enn til lederne.

Seksjonen påpekte at det er ulik forståelse og praktisering av når helsehjelp starter. Er det når utredning starter eller når behandling starter? "Det ble vist til at hvis pasienten har fått en dato for helsehjelp, tenkes det denne datoen gjelder behandling, men med systemet slik det er nå kan det like gjerne være utredning. Hvis disse pasientene igjen klager til HELFO, blir det ikke en reell pasientklage, fordi pasienten har klagd på feil forutsetninger.

Etter start helsehjelp

Gjennomgangen viste at det føres ventelister for pasienter som har startet helsehjelpen og som er i et behandlingsforløp. Det ble opplyst at de fleste pasientene som var i et behandlingsløp fikk time direkte hvis helsehjelpen ikke blir avsluttet. Et uttrekk viste at det var en del pasienter som hadde fått en fastsatt tentativ dato/kritisk dato for videre utredning/behandling/kontroll og at denne var overskredet for noen av disse. Pasienter fikk skriftlig informasjon (time i hånden) ved direkte time, men det ble ikke gitt skriftlig informasjon dersom det kun ble fastsatt en kritisk dato (forventet dato). Dersom fastsatt kritisk dato overskrides, ble det ikke gitt skriftlig informasjon om når pasienten kunne forvente å bli innkalt.

3.3.5 Avdeling for gynekologisk kreft (Radiumhospitalet)

Før start helsehjelp

Gjennomgangen viste at det føres ventelister for pasienter med rett og behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som venter på start helsehjelp. Klinikkleder opplyste at avdelingen hadde på plass rammeverk og systemer for styring av ventelistene, og at avdelingen hadde god kontroll på ventelistene.

Avdelingen har koordinatormøter en gang i måneden, hvor ventelisteansvarlig, leder for merkantilt personell, en sykepleier, seksjonsoverlege og avdelingsleder møter. På møtet diskuteres praktiske og organisatoriske problemer med henvisninger og ventelisten. Kvalitetssjef i staben leder ventelistenettverket i klinikken.

Det vises til at det er en generell utfordring at pasienter forsøker å ”mase seg inn” tidligere enn hva plassen på ventelisten tilsier. Det opplyses om at avdelingen har en streng intern justis på ventelistene og at pasienter ikke rykker fremover i køen med mindre det er medisinske grunner til dette. Forskyvninger som skjer av medisinske grunner går ikke på bekostning av andre henviste pasienter ettersom avdelingen her prioriterer å skyve på 6 måneders kontroller. Kontrollpasientene får da beskjed om at deres time er flyttet og beskjed om ny dato. Det vises til at dette gjøres fordi det er noe slingsringsmonn medisinsk sett for når kontrollene bør gjennomføres.

Gjennomgangen viste at enheten hadde et fåtall juridiske fristbrudd. For pasientene med fristbrudd hadde helsehjelpen startet kun et par dager etter fristbruddet. Det ble opplyst at årsaken til slike fristbrudd ofte var at henvisningene ble vurdert litt sent, eller det skyldtes feilkoding av pasienter i PasDoc. Utover dette viste avdelingen til at det stort sett var eksterne faktorer (venting på prøver, røntgen etc.) som førte til fristbrudd.

Avdelingen opplyste at når pasienten ble tatt inn til første konsultasjon, definerte de dette som om helsehjelpen var startet for å holde seg innenfor den juridiske fristen. De viste videre til at den juridiske fristen kun speiler en liten del av pasientforløpet og at det har vært utfordringer i avdelingen med forsinkelser i behandlingsløpet etter at den juridiske fristen var innfridd. De fleste pasientene som er i et behandlingsforløp får time direkte etter en konsultasjon hvis helsehjelpen ikke er avsluttet. Et datauttrekk viste at det var en del pasienter som hadde fått en fastsatt tentativ dato/kritisk dato for videre utredning/ behandling/kontroll og at denne var overskredet for en del av disse.

Avdelingen viste til at forsinkelsene fra første konsultasjon (innfridd juridisk frist) til operativ behandling, i stor grad skyldtes at de ikke fikk raskt nok svar fra radiologi og patologi. En annen årsak var at avdelingen hadde utfordringer i forhold til operasjonskapasitet, og at det ofte var logistikkproblemer mot andre kirurgiske fag. Avdelingen påpekte videre at detaljering og gjennomføring av den interne praksisen ved radiologi i OUS om at kreft skal prioriteres var utfordrende på grunn av begrenset total kapasitet. Det ble også gitt uttrykk for at det hadde vært en fordel med føringer fra sentralt hold i forhold til hvilke tidsfrister de ulike gruppene skal ha inn mot radiologi.

Avdelingen viste til at de ikke hadde noe helhetlige system eller lister for å følge opp pasienter i behandlingsforløpet godt nok. I praksis klarer avdelingen å håndtere dette, men man mangler systemer og rutiner som kan understøtter arbeidet. Resultatet er forsinkelser i behandlingsforløpet, noe pasientene opplever som frustrerende.

I intervju ble det vist til at det ligger en klar politisk ambisjon fra Stoltenberg-regjeringen om at 80 % skal utredes/behandles innen 20 virkedager. De fleste pasienter forventer dermed at fire ukers fristen/ambisjonen, som er satt for denne diagnosen, gjelder fra det er konstatert kreft til operativ behandling. Det opplyses at det i perioder har tatt opp mot 6 uker etter 1. konsultasjon til operativ behandling er gjennomført.



På bakgrunn av få fristbrudd og at fristbruddene kun var noen dager over frist, hadde avdelingen ikke etablert rutiner for å skaffe pasienter et annet tilbud hvis de så at det ville bli fristbrudd og å informere om konsekvenser og rettigheter til pasienter når fristbrudd inntraff.

Etter start helsehjelp

Gjennomgangen viste at det føres ventelister for pasienter som har startet helsehjelpen og som er i et behandlingsforløp. De fleste pasientene som var i et behandlingsforløp fikk time direkte etter en konsultasjon hvis helsehjelpen ikke var avsluttet. Et datauttrekk viste at det var en del pasienter som hadde fått en fastsatt tentativ dato/kritisk dato for videre utredning/behandling/kontroll og at denne

var overskredet for en del av disse. Pasienter fikk skriftlig informasjon (time i hånden) ved direkte time, men det ble ikke gitt skriftlig informasjon dersom det kun ble fastsatt en kritisk dato (forventet dato). Dersom fastsatt kritisk dato ble overskredet, ble det ikke gitt skriftlig informasjon om når pasienten kan forvente å bli innkalt.

3.3.6 Konklusjoner og anbefalinger

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none"> Foretaket må sikre seg at pasienter både med rett- og behov til nødvendig helsehjelp får time, enten til start helsehjelp eller for videre utredning/behandling/kontroll, innen den frist eller forventet dato som foretaket har satt.
	<ul style="list-style-type: none"> Foretaket må sikre at pasienter får informasjon i samsvar med regelverket, dette omfatter informasjon både til rettighetspasienter som står i fare for å få fristbrudd, pasienter med fristbrudd, behovspasienter som ikke har fått time innen forventet dato, og for pasienter som er i behandlingsforløp.

3.4 Samlede vurderinger

Foretakets vurdering av henvisninger og håndtering av pasienttilstrømming

Gjennomgangen viste at enhetene i varierende grad identifiserer og registrerer hvorvidt mottatte henvisninger gjelder tjenestetilbud innen henholdsvis lokal- (herunder område- region- eller landsfunksjoner). Det er konsernrevisjonens vurdering at dette reduserer foretakets mulighet for styring og kontroll med pasienttilstrømningen til sykehuset. For å sette seg i bedre stand til å styre pasienttilstrømningen til OUS må det etableres god oversikt over og kunnskap om hvilke pasienter som henvises til foretaket og bakgrunnen for dette. Pasienter som kan avvises bør avvises (gjelder pasienter fra andre helseregioner som henvises for behandling som hører til en regionsfunksjon).

Dersom OUS mottar mange henvisninger for eksempel på grunn av fritt sykehusvalg og disse får rettigheter, vil dette påvirke helseforetakets samlede kapasitet og kunne redusere foretakets muligheter til å gi helsehjelp innenfor de frister som regelverket setter. For pasienter som henvises til OUS etter fritt sykehusvalg, bør OUS – all den tid foretakets planlagte behandlingsskapasitet er sprengt – søke å motivere henvisere og pasienter til å velge behandling på annet sykehus med ledig og/eller bedre kapasitet.

Gjennomgangen av seksjon for bryst og endokrin kirurgi viste uklarheter knyttet til henvisninger som først går til røntgen og brystdiagnostisk senter (BDS), da disse henvisningene ikke blir stemplet inn og registrert i PasDoc før den har kommet til seksjonen. Dette kan ta opp til 10 uker ettersom røntgen og BDS har lange ventetider. Dette medfører at pasientenes rettigheter ikke blir ivaretatt ettersom fristdatoen bestemmes ut fra når henvisningen første gang ble mottatt i spesialisthelsetjenesten. Henvisninger som mottas må stemples og registreres inn i PasDoc – slik at pasientenes rettigheter ivaretas.

Det var ikke etablert rutiner i forhold til å gi realistiske anslag med hensyn til ventetider for pasienter med behov for helsehjelp. Etter konsernrevisjonens vurdering er det viktig at det blir etablert rutiner

for dette, slik at datoene som gis behovspasientene er realistiske og de eventuelt kan benytte datoen til å sammenligne ventetiden med andre sykehus og benytte seg av fritt sykehusvalg hvis det er lavere ventetider andre steder.

Foretakets håndtering av fristbrudd

Gjennomgangen viste at alle enhetene førte ventelister for pasientene før start helsehjelp. Gjennomgangen viste også at avdelingene/enhetene med de mest alvorlige diagnosene (kreftpasienter) i liten grad har pasienter med fristbrudd. Samtidig var det ved særlig to av avdelingene mange fristbrudd og at mange av fristbruddene på disse har vart over lang tid og at noen av fristene er betydelig overskredet. Konsernrevisjonen registrerer at fristbrudd har oppstått blant annet som en følge av at gjennomgåtte enheter ikke kan styre og kontrollere vesentlige elementer i behandlingsskjeden som påvirker behandlingsskapiteten. Gjennomgangen viste også at avdelinger som har problemer med fristbrudd i liten grad kan dokumentere at de har rutiner/ prosedyrer for å fange opp pasienter som står i fare for at det oppstår fristbrudd med sikte på å gi de et annet tilbud i samsvar med gjeldende rettsregel. Disse enhetene har ikke informert om fristbruddet og rettigheter (kun ved mottak av brev med informasjon om vurdering av henvisning, jf. foretakets bruk av Helsedirektoratets maler) og hvilke medisinske konsekvenser dette kan få for pasienten. Sett opp mot rettsreglene på området, finner konsernrevisjonen det svært utilfredsstillende at foretaket, all den tid det er enheter med et betydelig antall fristbrudd som opplyses å skyldes kapasitet, i liten grad har søkt etter alternative behandlingstilbud og informert de det gjelder om dette.

Gjennomgangen viste videre at enkelte avdelinger stilte spørsmål ved sin egen praksis for hva som ble vurdert å være start helsehjelp (utredning/ behandling eller kun behandling) og hva som var grunnlaget for registrering av start helsehjelp, ettersom disse forholdene hadde betydning for antall fristbrudd i avdelingene. Etter konsernrevisjonen vurdering bør avdeling for gynekologisk kreft undersøke sin praksis nærmere for å se om enhetens skille mellom rett til helsehjelp i form av utredning versus behandling er korrekt. Dersom det er korrekt at enkelte pasienter skal få rett til utredning, er det riktig at disse pasientene har fått første konsultasjon i form av utredning satt som start helsehjelp. Den juridiske fristen er da innfridd. Disse pasientene er imidlertid fortsatt rettighetspasienter og skal således gis videre prioritet i pasientforløpet som skal være styrt av medisinsk forsvarlighet. Etter konsernrevisjonens vurdering bør også avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi undersøke sin praksis for hva som skal registreres som start helsehjelp. Hvis pasientene har fått rett til helsehjelp i form av utredning, og at utredningen og dermed helsehjelpen er påstartet, er dette korrekt praksis. Dette fordrer, som vist over, at enhetens skille mellom rett til helsehjelp i form av utredning versus behandling også er korrekt. Registreringen er imidlertid ikke korrekt dersom pasientene er gitt rett til helsehjelp i form av behandling hvor 1. konsultasjon ved poliklinikk kun har vært for innhenting av supplerende opplysninger.

Mange pasienter som er vurdert til behov for nødvendig helsehjelp fikk ikke helsehjelp innen fastsatt forventet dato, og gjerne langt over den datoen som foretaket informerte de om i vurderingsbrevet. Årsaken er at det, blant annet på grunn av mangelfull oversikt over ventelister og behandlingsskapitet, settes urealistiske datoer for behovspasienter når disse blir vurdert. Det var heller ikke rutiner for å informere pasientene hvis de ikke fikk time innen forventet dato.

Konsernrevisjonen vurderer praksisen som svært uheldig ettersom dette medfører feilinformasjon til pasientene og reduserer deres muligheter for å velge et annet behandlingstilbud, samt unødvendig støy for merkantilt personell som får en rekke telefoner vedrørende dette.

Gjennomgangen viste videre at det gjennomgående føres ventelister for pasienter som har fått startet helsehjelpen og som er inne i et behandlingsforløp. Ved enkelte av avdelingene var det imidlertid

mange pasienter som ikke hadde fått time innen det som var fastsatt ut i fra en medisinskfaglig vurdering. Det var heller ikke etablert en rutine hvor pasientene ble informert når forventet dato ble overskredet. Konsernrevisjonen vurderer det som lite tilfredsstillende at det ikke er etablert rutiner og tiltak som sikrer at alle pasienter som skal til videre utredning, behandling eller kontroll får time innen fastsatt forventet dato.

Når det gjelder foretakets retningslinjer som er utarbeidet for håndtering av ventelister, er konsernrevisjonens vurdering at disse i all hovedsak i samsvar med regelverket og er dekkende for forskjellige stadier av ventelisteforløpet. Dette gjelder ved mottak av henvisninger, under ventetidsforløpet og forut for og ved fristbrudd. Dersom retningslinjene blir fulgt, skal det etter konsernrevisjonens syn ikke i særlig grad bli en opphopning av rettighetspasienter med fristbrudd, fordi disse pasientene da – om mulig – vil få tilbud om subsidiær behandling andre steder.

Det kan også særlig nevnes at det i retningslinjer for "Ventelisteadministrering" er fastsatt rutiner for håndtering av situasjoner hvor fristen til rettighetspasienter nærmer seg. Dette fremgår også av retningslinjene at personell med ansvar for ventelisteføring/oppfølging skal sjekke ventelisten daglig. I denne daglige sjekken skal rettighetspasientene overvåkes i forhold til deres respektive frister. Sjekklister legger opp til at sykehuset skal opptre aktivt for å forhindre fristbrudd, eventuelt skaffe pasienten et alternativt tilbud – selv eller via HELFO. Pasientens rett til informasjon burde imidlertid vært omtalt og innarbeidet i retningslinjene.

I denne sammenheng kan det også nevnes at sistnevnte retningslinjer legger opp til at sykehuset skal kontakte pasienten når fristbrudd nærmer seg og avklare om forlenget ventetid kan aksepteres. I tilknytning til dette er det viktig å huske på at fristen til rettighetspasienter ikke kan forskyves og at sykehuset har hovedansvaret for at rettighetspasientene får helsehjelp innen den fastsatte fristen. En slik praksis kan derfor være tvilsom. Dersom en følger en slik praksis er det i alle tilfeller svært viktig at pasienten har full kunnskap om sine rettigheter, at sykehuset forsikrer seg om dette og kan dokumentere det.

I rutinen "Fristbrudd – forebygging og håndtering", som er av nyere dato enn "Ventelisteadministrering", er det ikke nevnt som et alternativ å ta kontakt med pasienten for å avklare om helsehjelpen kan vente. Det er mulig rutinen er endret og at "Ventelisteadministrering" ikke er oppdatert." I så fall bør den oppdateres eller eventuelt erstattes. Det er uheldig med overlappende retningslinjer med ulikt innhold.

Konsernrevisjonen har gjennom samtaler som er gjennomført i revisjonen merket seg noen av de ansattes egne betraktninger om årsaker til gjeldende praksis. I intervjuer fremkommer det at mange savner bedre opplæring i bruk av det pasientadministrative systemet for å kunne ivareta sine oppgaver på en tilfredsstillende måte, og å utnytte de muligheter som systemene gir for å sikre effektive arbeidsprosesser. Dette gjaldt både merkantilt personell, vurderingsansvarlige, behandlingsansvarlige og ledere på ulike nivåer. Avdelingene har påpekt at PasDoc er mer ressurskrevende å bruke i forhold til tidligere systemer og at konverteringen fra tidligere pasientadministrativt system har medført utfordringer. De viste også til at det er en utfordring at PasDoc og journalsystemet ikke er samkjørte, og at det ikke er tilgang på tvers av datasystemene på grunn av ulike databaser. Det ble videre påpekt at IKT-systemet ikke fungerte godt nok, blant annet fordi systemet ikke understøttet ansvarsfordelingen.

I intervjuene ble det påpekt at omleggingen til nytt pasientadministrativt system (fra PIMS til PasDoc ved Rikshospitalet, fra IMX til PasDoc på Radiumhospitalet, mens på Ullevål hadde man PasDoc og på Aker har de DIPS) har vanskeliggjort ventelisteadministreringen. Legene skal ha anledning til å se gjennom ventelistene og prioritere mellom pasienter. Imidlertid er det ikke god nok kompetanse til å

hente ut disse dataene. Det har også vært en del brukerfeil i systemene i forhold til fristbrudd. Ikke alle er gode på å registrere i PasDoc. Spesielt begrepene «start helsehjelp» og «kritisk dato» er det viktig å forstå. Begrepene kan være forvirrende for de som håndterer dem. Det har skjedd at kritisk dato er satt etter juridisk fristdato. Det er nødvendig med opplæring på dette, fordi systemet ikke er intuitivt slik det er nå er satt opp.

4 Vedlegg

4.1 Dokumentoversikt

Dokumentasjon
Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61 (spesialisthelsetjenesteloven).
Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasientrettighetsloven).
Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven).
Forskrift om prioritering av helsetjenesten, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemd av 12. desember 2000 nr. 1208 (prioriteringsforskriften).
Forskrift om intern kontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002.
Forskrift om ventelisterregistrering av 7. desember 2000.
Sosial- og helsedirektoratet 2004: Rundskriv IS-12/2004: Lov om pasientrettigheter.
Helsedirektoratet (2009): Rundskriv IS-10/2009: Ventelisterapportering til Norsk pasientregister.
Helsedirektoratet (2010). Ventetider og pasientrettigheter 2010, Norsk Pasientregister.
Helsedirektoratet (2010). Ventetider og pasientrettigheter 2010, Norsk Pasientregister.
Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene ang. fristbrudd, datert 20.09.2010.
Brev fra Helse Sør-Øst til foretakene ang. fristbrudd, datert 22.08.2008 og 06.10.2010.
Dokumentasjon på ansvars- og myndighetsfordeling knyttet til ventelisteføring og endring av ventelister i de utvalgte avdelingene.
Korrespondanse i form av notater, e-post, referater, informasjonsskriv m.m. mellom medlemmer i foretaksledelsen, herunder de sentrale strategiske stabsavdelingene og de respektive avdelingene mht håndtering av ventelister, prioritering av pasienter og fristbruddpasienter. Tilsvarende mellom klinikkledelsen og de utvalgte avdelingene.
Korrespondanse i form av notater, e-post, referater, informasjonsskriv m.m. på avdelingene som er valgt ut.
Referater fra oppfølgingsmøter mellom foretaksledelsen og klinikker som er valgt ut, og oppfølgingsmøter mellom klinikkledelse og avdelingsledelse i de utvalgte avdelinger.
Dokumenter/referater fra fagmøter som gjelder temaene som omfattes av revisjonen (ventelister, prioritering, fristbrudd).
Rutiner og prosedyrer for oppdatering og endring av ventelister ved OUS og ved de utvalgte avdelinger.
Rutiner og prosedyrer for prioritering av enkeltpasienter i avdelingene som er valgt ut.
Ventelister for foretaket som helhet og for de utvalgte klinikkene.
Oversikt over pasienter med fristbrudd p.t.
Avviksmeldinger i forhold til konsekvenser for fristbruddpasienter.
Oversikt over pasientklager
Interntrevisjonsrapporter som gjelder hvordan de utvalgte avdelingene planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer avdelingene sin virksomhet slik at pasienter sikres helsehjelp innen fastsatt frist.
Oversikt over hvordan de utvalgte avdelingene planlegger og gjennomfører sin daglige aktivitet mht. ventelistebehandling og fristbrudd.

4.2 Oversikt over gjennomgatte prosedyrer, rutiner m.v.

Nr.	Dokumentnavn	Dokumenttype	Dato	Sentralt innhold
1	Ventelisteadministrering	Retningslinje	12.10.10	Dokumentet inneholder overordnede retningslinjer for administrasjon av ventelister. Formålet er å sikre at ventelister blir håndtert korrekt og praktiseres likt ved alle avdelinger. Ansvar og oppgaver fordels mellom klinikkleder, medisinsk ansvarlig i avdeling og annet personell som håndterer ventelister. Dokumentet lister opp syv punkter som personell med delegert ansvar for ventelisteføring/oppfølging skal sjekke daglig. Sjekklisten dekker sentrale forhold for å sikre riktig behandling av pasienter i forløp og angir hvordan rettighetspasienter skal følges opp/håndteres for å sikre riktig ventelisteforløp. Vedlagt dokumentet følger et skjema for "Egenkontroll ventelisteføring/håndtering".
2	Uønskede hendelser og risikoforhold – registrering og analyse av avvik	Prosedyre	-	Ansattes registrering av uønskede hendelser og lederes årsaksanalyse og forbedringstiltak. Manglende oppfyllelse av pasientrettigheter er et av flere forhold som er angitt som registreringspliktig.
3	Saksbehandling ved HELFO pasientformidling	Rutine (for HELFO)	1.10. -	HELFOs retningslinjer for saksbehandling – til informasjon for ansatte OUS.
4	Kontaktpersoner knyttet til henvendelser fra HELFO, Kvinne- og barneklubben	Skjema	12.09.11	Skjema for kvinne og barneklubben med kontaktpersoner for HELFO.
5	Mål for kvalitetsarbeid 2012, Kvinne – og barneklubben	Avtale	17.03.12	Dokumentet inneholder statistikk om ventetider, pasientforløp, m.v., rapport og mål for kunnskapsutvikling og god praksis, mobilisering av medarbeidere og ledere, avvikshåndtering og forbedringsarbeid. Informasjon om egenrevisjon og tilsyn. Risikostyring og brukerfering.
6	Funksjonsansvar for personell som håndterer ventelister på enhetsnivå	Stillingsbeskrivelse	09.11.11	Dokumentet inneholder angivelse av rutiner, oppgaver, ansvarsområder og kvalifikasjons- og kompetansekrav for personell som håndterer ventelister på enhetsnivå.
7	Funksjonsbeskrivelse for ventelisteansvarlig på avdelingsnivå	Stillingsbeskrivelse	28.11.11	Dokumentet inneholder angivelse av rutiner, oppgaver, ansvarsområder og kvalifikasjons- og kompetansekrav for ventelisteansvarlig på avdelingsnivå.
8	Funksjonsbeskrivelse for ventelisteansvarlig på klinikknivå	Stillingsbeskrivelse	06.02.12	Dokumentet inneholder angivelse av rutiner, oppgaver, ansvarsområder og kvalifikasjons- og kompetansekrav for ventelisteansvarlig på klinikknivå.

9	Funksjonsbeskrivelse: Kontaktperson for ventelister og fristbrudd i sentral stab	Stillingsbeskrivelse	09.11.11	Dokumentet inneholder angivelse av rutiner, oppgaver, ansvarsområder og kvalifikasjons- og kompetansekrav for kontaktperson for ventelister og fristbrudd i sentral stab
10	Nettverk for henvisninger, ventelister og fristbrudd	Mandat	09.03.11	Nettverket er sykehusets overordnede nettverk i forhold henvisninger, ventelister og fristbrudd. Dokumentet inneholder beskrivelse av nettverkets sammensetning og oppgaver.
11	Ventelistenettverk KVB	Mandat	11.01.11	Nettverk for overvåking av ventelistebehandling i alle avdelinger i Kvinne- og barneklivnikken. Dokumentet inneholder beskrivelse av nettverkets oppgaver.
12	Mottak av henvisninger til Avdeling for bryst- og endokrinkirurgi	Retningslinje	29.03.12	Rutiner og ansvarsfordeling for praktisk håndtering av henvisninger til Avdeling for bryst- og endokrinkirurgi. (def. av ansiennitetsdato upresis/feil)
13	Kontroll av pasientaktivitet, Avdeling for bryst- og endokrinkirurgi	Retningslinje	15.03.12	Ansvar og fremgangsmåte for kontroll av pasientaktivitet ved Avdeling for bryst- og endokrinkirurgi.
14	Registrering av pasient i pasientadministrativt system	Prosedyre	26.01.12	Dokumentet angir ansvar for at prosedyre følges og fremgangsmåten ved registrering av pasient ved i pasientadministrativt system.
15	Start av helsehjelp – avslutte ventetid	Prosedyre	07.03.12	Dokumentet fordeler ansvar for at prosedyren er i tråd med regelverket, ansvar for forholdene i klinikken er slik at prosedyrer følges, ansvar for informasjon og opplæring av ansatte og ansvar for at prosedyre blir fulgt i den enkelte klinikk. Videre angis hovedlinjene for når behandling er startet/ventetid avsluttet.
16	Mottak og vurdering av eksterne henvisninger	Prosedyre	12.10.10	Prosedyre for alle som behandler eksterne henvisninger. Fastsetter ansvar og retningslinjer for fremgangsmåte ved mottak av eksterne henvisninger.
17	Fristbrudd – forebygging og håndtering	Instruks	06.02.12	Instruks for forebygging og håndtering av fristbrudd. Fullstendig ansvarsoversikt og beskrivelse av fremgangsmåte ved fare for fristbrudd og ved fristbrudd.

4.3 Intervjuoversikt

Navn	Rolle	Avdeling
Olav Røise	Klinikkleder	Klinikk for kirurgi og nevrofag
Trine Sand Kaastad	Avdelingsleder	Ortopedisk avdeling
Hebe Kvernmo	Seksjonsoverlege	Ortopedisk avdeling seksjon for o.ex
Lars-Eidar Myrseth	Vurderingsansvarlig lege	Ortopedisk avdeling seksjon for o.ex
Gry Sælid	Ventelisteansvarlig	Ortopedisk avdeling seksjon for o.ex
Astrid Berge Olsen og Inger-Lise Pedersen	Ledere for merkantilt personell	Ortopedisk avdeling seksjon for o.ex
Kim Alexander Tønseth	Avdelingsleder	Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi
Therese Bjørk	Vurderingsansvarlig lege	Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi
Kjartan Arctander	Vurderingsansvarlig lege	Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi
Mette Berg og Stein Groth	Ventelisteansvarlig	Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi
Anne Randi Hovie Attestog	Leder for merkantilt personell	Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi
Sigbjørn Smeland	Klinikkleder	Kreft, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
Kjell Tveit	Avdelingsleder	Avdeling for kreftbehandling
Ellen Schlichting	Seksjonsoverlege	Avdeling for kreftbehandling, seksjon for bryst og endokrinkirurgi
Ingvild Moberg	Vurderingsansvarlig lege	Avdeling for kreftbehandling, seksjon for bryst og endokrinkirurgi
Berit Trøgstad Bungum	Ventelisteansvarlig	Avdeling for kreftbehandling, seksjon for bryst og endokrinkirurgi
Kari Graue	Leder for merkantilt personell	Avdeling for kreftbehandling, seksjon for bryst og endokrinkirurgi
Terje Rootwelt	Klinikkleder	Kvinne- og barneklinikken
Erik Rokkones	Avdelingsleder	Avdeling for gynekologisk kreft
Gunnar Balle Kristensen	Seksjonsoverlege	Avdeling for gynekologisk kreft
Brynhildur Eyjófsdóttir	Vurderingsansvarlig lege	Avdeling for gynekologisk kreft
Svein Vossli	Vurderingsansvarlig lege	Avdeling for gynekologisk kreft
Mona Vinther Drivvoll	Ventelisteansvarlig	Avdeling for gynekologisk kreft
Marit Elise Lier	Leder for merkantilt personell	Avdeling for gynekologisk kreft
Ola Wiig	Overlege og tillitsvalgt	
Christian Grimsgaard	Overlege og tillitsvalgt	
Einar Hysing	Medisinsk direktør, systemeier kliniske systemer	Adm. direktørs stab
Roar Prydz	Seksjonsleder for risikostyring og internkontroll	Adm. direktørs stab
Michael Bjaanes	HELFO-kontaktperson	Adm. direktørs stab
Bjørn Magne Eggen?	Prosjektleder	Helse Sør-Øst RHF
Berit Herlofsen	Spesialrådgiver	Helse Sør-Øst RHF

4.4 Saksgang og rapportbehandling

Saksgang	Deltaker/Mottaker	Dato
Brev med varsel om revisjon	<ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF Kopi til: <ul style="list-style-type: none"> Styreleder Oslo universitetssykehus HF Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF 	27.03.2012
Innledende møtet med foretaket i forbindelse med planlegging av oppdraget	<ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF Konst. viseadministrerende direktør Oslo universitetssykehus HF Direktør for kvalitet og pasientsikkerhet Oslo universitetssykehus HF 	26.03.2012
Informasjon om revisjonen til tillitsvalgte OUS	<ul style="list-style-type: none"> Tillitsvalgte OUS og HR-direktør 	11.04.2012
"Underveisrapportering" om status for arbeidet	<ul style="list-style-type: none"> Styreleder Oslo universitetssykehus HF Administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF 	27.04.2012
Verifikasjon av faktagrunnlag	<ul style="list-style-type: none"> Klinikk for kirurgi og nevrofag, avdeling for ortopedi Klinikk for kirurgi og nevrofag, avdeling for plastikk og rekonstruksjon: 	03.05.2012 03.05.2012
Muntlig presentasjon av rapport 5-2012 (om OUS håndtering av HELFO-pasienter)	<ul style="list-style-type: none"> Styret for Oslo universitetssykehus HF 	03.05.2012
Oversendelse av rapport 5-2012 (om OUS håndtering av HELFO-pasienter)	<ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF Kopi til: <ul style="list-style-type: none"> Styreleder Oslo universitetssykehus HF Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF 	04.05.2012
Utsendelse av rapportutkast 6-2012 til verifikasjon	<ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør Oslo Universitetssykehus HF 	04.06.2012
Svar på utkast	<ul style="list-style-type: none"> Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst 	06.06.2012
Utsendelse av endelig revisjonsrapport til besvarelse og styrebehandling	<ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF Kopi til: <ul style="list-style-type: none"> Styret for Oslo universitetssykehus HF Administrerende direktør for Helse Sør-Øst RHF 	12.06.2012
Behandling i styret for OUS	<ul style="list-style-type: none"> Styret for Oslo universitetssykehus HF 	20.06.2012
Orientering til revisjonskomiteen for Helse Sør-Øst RHF	<ul style="list-style-type: none"> Revisjonskomiteens medlemmer 	Ikke fastsatt
Orientering til styret for Helse Sør-Øst RHF	<ul style="list-style-type: none"> Styret for Helse Sør-Øst RHF 	Ikke fastsatt

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte:	20. juni 2012
Saksbehandler:	Direktør for pasientsikkerhet og kvalitet
Vedlegg:	Rapport 4/2012: Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF

SAK 47/2012: REVISJON INTERN STYRING OG KONTROLL AV PASIENTADMINISTRATIVE ARBEIDET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar konsernrevisjonens rapport til etterretning.*
- 2. Styret ber om at det utarbeides en handlingsplan som følges opp for forbedring og oppfølging av konsernrevisjonens anbefalinger.*

Oslo, den 13. juni 2012

Bjørn Erikstein

Sammendrag:

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har, med bistand fra Oslo universitetssykehus, gjennomført en revisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet og forløpet for henviste pasienter for å undersøke om pasientene kommer til rett sted til rett tid. Det ble avdekket mangler og/eller svakheter innen flere prosesser og det er gitt anbefalinger til forbedringer.

Administrerende direktørs vurdering

Det er administrerende direktørs vurdering at revisjonen bidrar til et godt faktagrunnlag for arbeidet med samordning og implementering av det pasientadministrative systemet i Oslo universitetssykehus og gir verdifull kunnskap om foretakets praksis og arbeidsprosesser som skal sikre at pasientrettigheter ivaretas.

Anbefalingene fra revisjonen danner grunnlag for videre systematisk forbedringsarbeid i ivaretagelsen av pasientenes behandlingsbehov og rettigheter. Resultatet av gjennomgangen ved de utvalgte enhetene vil overføres til foretaket som helhet, og forbedringsarbeidet innenfor det pasientadministrative arbeidet vil foregå i hele foretaket.

Det er satt i gang noen umiddelbare forbedringstiltak. En handlingsplan som omfatter alle anbefalte områder, vil bli utarbeidet og iverksatt. Oppfølging av forbedringsarbeidet og resultatet av de gjennomførte tiltak vil bli lagt frem på et senere styremøte. Videre oppfølging av tiltak vil skje gjennom ledelsens gjennomgang.

Faktabeskrivelse

Revisjonen har omfattet alle deler av det pasientadministrative arbeidet fra mottak av henvisninger til spesialisthelsetjenesten til all aktivitet knyttet til vurdering, utredning, behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten er avsluttet. Formålet med revisjonen har vært å bekrefte overfor foretakets eier, Helse Sør-Øst RHF, og for Oslo universitetssykehus ved styret, om det er etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas. Tilsvarende revisjoner gjennomføres ved alle helseforetakene i regionen.

Revisjonen er basert på gjeldende situasjon, dvs. de IKT-løsninger, arbeidsprosesser og manuelle rutiner som benyttes i foretaket i dag, samt dagens lov- og regelverk. Gjennomgangen har ikke omfattet PasEPJ-systemenes funksjonalitet, brukervennlighet med videre, og heller ikke eventuelle spørsmål knyttet til hensiktsmessigheten i gjeldende lovverk på området.

Henvisning av pasienter til spesialisthelsetjenesten for utredning og behandling er underlagt en rekke krav i lov og forskrift. Dette krever et robust system som gir god intern styring og kontroll av prosesser og forløp, samt korrekt bruk av det

pasientadministrative system. Det pasientadministrative system i Oslo universitetssykehus er hovedsakelig PasDoc, men det er også avdelinger innen psykiatrien som benytter DIPS. Begge systemene innehar stor fleksibilitet i forhold til bruk og systemkontroller, og det betyr at systembrukerne må ha god kunnskap for å bruke systemene korrekt. Dette forutsetter at det er utviklet ensartede rutiner for arbeidsutførelsen, herunder kontroller som må gjennomføres for å sikre at data er registrert og behandlet korrekt. Det er også en forutsetning at det er gitt god opplæring og kompetanse til brukerne, som videre sikrer flyt av data og dokumenter mellom aktørene i prosessen slik at det ikke oppstår feil eller forsinkelser i pasientforløpet.

Revisjonens undersøkelser har omfattet både foretaket totalt sett, og utvalgte enheter for detaljert gjennomgang av noen deler av prosessen.

Disse enhetene er:

- poliklinikkene ved Ortopedisk- og Nevrokirurgisk avdeling Ullevål, Klinikk for kirurgi og nevrofag
- avhengighetspoliklinikk i Avdeling for spesialiserte poliklinikker ved Senter for rus og avhengighet, Klinikk for psykisk helse og avhengighet
- Josefinesgate DPS ved Senter for psykisk helse, lokalsykehusfunksjoner, Klinikk for psykisk helse og avhengighet

Funn fra revisjonen viser at det er mangler og/eller svakheter i det pasientadministrative arbeidet i flere av prosessfasene gjennom pasientforløpets vurderingsperiode, ventetid og behandlingsperiode. Dette gjelder spesielt i de reviderte enhetene tilhørende Klinikk for kirurgi og nevrofag. Tilsvarende funn er også gjort i enhetene som tilhører Klinikk for psykisk helse og avhengighet, men i vesentlig mindre omfang. I tillegg har revisjonen vist at de pasientadministrative systemene i varierende grad benyttes som et verktøy for ledere og medarbeidere til styring og oppfølging av pasientflyten i disse enhetene.

Hovedutfordringene slik konsernrevisjonen ser det, er at det gjennomgående ikke er integrert tilstrekkelige kontroller som gir trygghet for pålitelig, fullstendig og tidsriktig data- og dokumentflyt gjennom den samlede prosessen. Det er også risiko for at manglende etterlevelse av lovkrav og retningslinjer gjeldende for helseforetakets pasientadministrative arbeid, kan føre til at pasienter ikke kommer til riktig sted til rett tid, eller at pasient og henvisende instans ikke mottar riktig og fullstendig informasjon.

Av de undersøkte områdene som har mangler og/eller svakheter er disse kategorisert i fargekoder; hvor det enten *bør* iverksettes tiltak (gult) eller *må* iverksettes tiltak (rødt) for å forbedre områdene. Forhold hvor konsernrevisjonen ikke har anmerkninger er kategorisert grønt.

Funn fra gjennomgangen som knytter seg til pasientadministrativt arbeid i pasientforløpet er oppsummert i tabellen under

Del av pasientforløpet	Prosessfase	Ortopedisk poliklinikk Ullevål	Nevrokir. poliklinikk Ullevål	Poliklinikk Senter for rus og avhengighet	Josefines DPS
Vurderingsperioden	Mottak av henvisninger	■	■	■	■
	Vurdering av henvisninger	■	■	■	■
Ventetid	Informasjonsbrev	■	■	■	■
	Timeinnkalling/ventelistehåndtering	■	■	■	■
Behandlingsperioden	Utredning, behandling og kontroll	■	■	■	■
Proessen samlet	Data- og dokumentflyt i prosessen	■	■	■	■

Funn fra gjennomgangen som knytter seg til styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet er oppsummert i tabellen under.

IK-element	IK-faktor	Vurdering
Styrings- og kontrollmiljø	Holdninger til styring og kontroll	▲
	Organisering, rolle, ansvars- og oppgavefordeling	▲
	Kompetanse og opplæring	▲
Mål og vurdering av risiko	Etablering av målsettinger og risikovurderinger	▲
Tiltak for å ha styring og kontroll	Forebyggende tiltak – prosedyrer og arbeidsbeskrivelser	▲
	Forebyggende tiltak – tilgangsstyring	▲
	Korrigerende tiltak	▲
	Oppdagende tiltak	▲
Oppfølging og evaluering	Oppfølging	▲

Konsernrevisjonens samlede konklusjon er at foretakets interne styring og kontroll innenfor det pasientadministrative arbeidet ikke er tilstrekkelig utviklet.

Konsernrevisjonen understreker at det er en gjensidig avhengighet mellom de ulike elementene i et helhetlig system for intern styring og kontroll. Det er derfor avgjørende at foretaket setter inn tiltak som bidrar til å styrke intern styring og kontroll på det pasientadministrative området for foretaket som helhet og legger dette til grunn for det videre forbedringsarbeidet.



Rapport 4/2012

Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF

Rapport nr.	4/2012
Revisjonsperiode	Des 2011-mai 2012
Virksomhet	Oslo universitetssykehus HF
Rapportmottaker	Administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF
Kopi (av endelig rapport)	Styreleder Oslo universitetssykehus HF Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonskomiteen Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF v/revisjonskomiteen
Revisor	Torhild Liverud (oppdragsleder), Hans Petter Eide, Kjetil Berg og Karl- Helge Storhaug fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst Kari Årdal Bjercke, Helge Grimnes, Karin Borgen og Øystein Helland fra Oslo universitetssykehus HF

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING	7
1.1 BAKGRUNN OG FORMÅL MED REVISJONEN	7
1.2 OMFANG OG AVGRENSNING	7
1.3 PROSESS OG METODE	8
1.4 VEILEDNING TIL LESEREN	9
2. GJENNOMGANG AV DET PASIENTADMINISTRATIVE ARBEIDET	10
2.1 KORT BESKRIVELSE AV PASIENTFORLØPET	10
2.2 VURDERINGSPERIODEN	11
2.3 VENTETID	19
2.4 BEHANDLINGSPERIODEN	25
2.5 DATA- OG DOKUMENTFLYT GJENNOM DET SAMLEDE PASIENTFORLØPET	29
2.6 SAMLEDE VURDERINGER, KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER	32
3. INTERN STYRING OG KONTROLL – PASIENTADMINISTRATIVT ARBEID	34
3.1 KORT OM INTERN STYRING/KONTROLL OG OVERORDNEDE VURDERINGSKRITERIER	34
3.2 STYRINGS- OG KONTROLLMILJØ	35
3.3 MÅL OG VURDERING AV RISIKO	39
3.4 TILTAK FOR Å HA STYRING OG KONTROLL	40
3.5 OPPFØLGING OG EVALUERING	43
3.6 SAMLEDE VURDERINGER, KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER	44
4. INFORMASJONSGRUNNLAG, SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING	46
4.1 INFORMASJONSGRUNNLAG	46
4.2 GJENNOMFØRTE SAMTALER	47
4.3 SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING	48
VEDLEGG - BESKRIVELSE AV OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	49

Sammendrag

Bakgrunn, formål og omfang

Det pasientadministrative arbeidet i pasientforløpet har stor betydning for ivaretagelse av pasientsikkerheten i sykehusene. Med bakgrunn i dette har revisjonskomiteen for Helse Sør-Øst RHF fastsatt at konsernrevisjonen skal gjennomføre interne revisjoner av helseforetakenes interne styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet. Denne rapporten omhandler gjennomgang ved Oslo universitetssykehus HF (OUS). Formålet med gjennomgangen har vært:

- Å kartlegge og vurdere om pasienten kommer til riktig sted til rett tid, og om pasient og henvisende instans mottar riktig og fullstendig informasjon
- Å identifisere eventuelle avvik/svakheter i det pasientadministrative arbeidet i foretaket og vurdere årsakene til at dette skjer

Revisjonen har omfattet det pasientadministrative arbeidet for elektive behandlinger, både somatisk og psykiatri/rus. Både foretaksomgripende funksjoner (sykehusnivå) og klinikk/avdeling/seksjonsspesifikke funksjoner er gjennomgått.

Gjennomgangen er basert på gjeldende situasjon, dvs. de IKT-løsninger, arbeidsprosesser og manuelle rutiner som benyttes i foretaket i dag, samt dagens lov- og regelverk. Gjennomgangen har således ikke omfattet PasEPJ-systemenes funksjonalitet, brukervennlighet m.v., og heller ikke eventuelle spørsmål knyttet til hensiktsmessigheten i gjeldende lovverk på området.

Enhetene som var valgt ut for detaljert gjennomgang av utvalgte deler av prosessen var poliklinikkene ved Ortopedisk- og Nevrokirurgisk avdeling ved Ullevål i Klinikk for kirurgi- og nevrofag, avhengighetspoliklinikk i Avdeling for spesialiserte poliklinikker ved Senter for rus og avhengighet og Josefinesgate DPS ved Senter for psykisk helse, lokalsykehusfunksjoner i Klinikk for psykisk helse og avhengighet..

Gjennomgangen bygger på dokumentstudier, intervjuer, analyse av datauttrekk fra det pasientadministrative systemet og melde- og avvikkssystemet, stikkprøver av praksis for registrering i det pasientadministrative systemet, samt tilhørende arbeidsprosesser.

I gjennomgangen av det pasientadministrative arbeidet ved de utvalgte enhetene ble til sammen 19 problemstillinger med 66 ulike forhold undersøkt. Av disse var 16 forhold knyttet til pasientforløpets vurderingsperiode og prosessfasene for mottak og vurdering av henvisninger, 17 forhold knyttet til ventetid og prosessfasene for informasjonsbrev og timeinnkalling/venteliste-håndtering, 9 forhold knyttet til behandlingsperioden og prosessfasene for utredning, behandling og kontroll og 6 forhold knyttet til den samlede prosessen. I tillegg har 18 forhold knyttet til årsaker til eventuelle svakheter og mangler i den interne styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet blitt vurdert.

Gjennomgangen har vist at foretaket har mangler og/eller svakheter innenfor flere av områdene som er undersøkt, og hvor det enten *bør* (kategorisert som gult) eller *må* (kategorisert som rødt) utvikles tiltak for å forbedre hvert enkelt område og det pasientadministrative arbeidet som helhet. Forhold som etter konsernrevisjonens vurdering har vært ok, er kategorisert grønt.

Gjennomgang av det pasientadministrative arbeidet i pasientforløpet

Kort om pasientadministrativt arbeid

Gjeldende lovkrav og retningslinjer nedfeller en rekke kriterier som helseforetakene må etterleve for det pasientadministrative arbeidet i pasientforløpet. Med *pasientforløp* menes prosessen fra henvisning mottas i foretaket til pasientene er ferdig behandlet og eventuelt fulgt opp gjennom kontroll. I dette arbeidet benytter foretaket to pasientadministrative systemer, PasDoc og DIPS, som begge innehar stor fleksibilitet i forhold til bruk og systemkontroller. Dette har igjen betydning for hvor god kunnskap brukerne av systemene må ha for å bruke dem korrekt. Flexibiliteten påvirker også tilhørende manuelle arbeidsprosesser, herunder kontroller som må gjennomføres for å sikre at data er registrert og behandlet korrekt. Derfor er det for hvert av stegene i den pasientadministrative prosessen flere viktige forhold som det må tas hensyn til for å sikre at det ikke oppstår feil eller forsinkelser i gjennom pasientforløpet.

Funn

Gjennomgangen ved OUS har vist at det har forekommet feil og mangler i det pasientadministrative arbeidet i flere av prosessfasene gjennom pasientforløpets vurderingsperiode, ventetid og behandlingsperiode. Dette gjelder spesielt i enhetene tilhørende Klinikk for kirurgi og nevrofag. Tilsvarende funn er også gjort i enhetene som tilhører Klinikk for psykisk helse og avhengighet, men i mindre omfang.

Funn fra gjennomgangen som knytter seg til pasientadministrative arbeidet i pasientforløpet er oppsummert i tabellen under.

Del av pasientforløpet	Prosessfase	Ortopedisk poliklinikk Ullevål	Nevrokir. poliklinikk Ullevål	Poliklinikk Senter for rus og avhengighet	Josefines DPS
Vurderingsperioden	Mottak av henvisninger	■	■	■	■
	Vurdering av henvisninger	■	■	■	■
Ventetid	Informasjonsbrev	■	■	■	■
	Timeinnkalling/ventelistehåndtering	■	■	■	■
Behandlingsperioden	Utredning, behandling og kontroll	■	■	■	■
Proessen samlet	Data- og dokumentflyt i prosessen	■	■	■	■

Gjennomgangen har i tillegg vist at de pasientadministrative systemene i varierende grad benyttes som et verktøy for ledere og medarbeidere til styring og oppfølging av pasientflyten. Dette gjelder spesielt for PasDoc som brukes av de fleste enheter i foretaket.

Etter konsernrevisjonens vurdering har foretaket en vesentlig utfordring ved at det gjennomgående *ikke* er integrert tilstrekkelige kontroller som gir betryggelse for pålitelig, fullstendig og tidsriktig data- og dokumentflyt gjennom den samlede prosessen.

Som konsekvenser av dette kan bl.a. henvisninger bli vurdert senere enn kravene som er nedfelt i regelverket og styring og kontroll med ventelister kan være mangelfull, herunder bl.a. håndteringen av fristbruddpasienter og kontrollpasienter. Manglende etterlevelse av lovkrav og retningslinjer som gjelder for helseforetakets pasientadministrative arbeid, gir etter konsernrevisjonens en generelt sett for høy risiko for at pasientene ikke kommer til riktig sted til rett tid og at pasient og henvisende instans ikke mottar riktig og fullstendig informasjon.

Konsernrevisjonens samlede konklusjon er at rutinene generelt sett ikke er tilstrekkelige og at gjeldende praksis i det pasientadministrative arbeidet ikke er tilstrekkelig betryggende for å sikre etterlevelse av lovkrav og retningslinjer.

Konsernrevisjonen understreker at det er en gjensidig avhengighet mellom de ulike delene av prosessen både i de pasientadministrative systemene og tilhørende arbeidsprosesser. Derfor er det avgjørende at foretaket ikke avgrensar forbedringstiltak på området til deler av prosessen, men sørger for å se prosessen samlet for å sikre at pasientens rettigheter ivaretas gjennom omsorgsperioden.

Konsernrevisjonens vurdering er at resultatet av gjennomgangene ved de fire utvalgte enhetene i foretaket kan overføres til foretaket som helhet, og det anbefales derfor at dette legges til grunn for et forbedringsarbeid i hele foretaket.

Styring og kontroll innenfor det pasientadministrative arbeidet

Kort om styring og kontroll

En grunnleggende forutsetning for at det pasientadministrative arbeidet skal fungere tilfredsstillende er at det er etablert en tilfredsstillende intern styring og kontroll i foretaket. Med intern styring og kontroll menes ”prosesser, systemer og rutiner igangsatt av ledelsen og de ansatte for å gi rimelig sikkerhet for at Oslo universitetssykehus HF når sine målsettinger”. Et bærende prinsipp er at den interne styringen og kontrollen bør tilpasses den risiko og egenart som gjelder for virksomheten. Å fastsette et tilstrekkelig og hensiktsmessig opplegg for intern styring og kontroll innebærer derfor at det gjennomføres prosesser for å identifisere og håndtere risiko, herunder at relevante kontrolltiltak iverksettes med utgangspunkt i dette.

Funn

Gjennomgangen har vist at foretaket har flere mangler og svakheter i forhold til et helhetlig opplegg for styring og kontroll innenfor det pasientadministrative arbeidet. Disse knytter seg til flere forhold innenfor alle de fire grunnelementene som et helhetlig opplegg for styring og kontroll består av.

Funn fra gjennomgangen som knytter seg til styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet er oppsummert i tabellen under.

IK-element	IK-faktor	Vurdering
Styrings- og kontrollmiljø	Holdninger til styring og kontroll	▲
	Organisering, rolle, ansvars- og oppgavefordeling	▲
	Kompetanse og opplæring	▲
Mål og vurdering av risiko	Etablering av målsettinger og risikovurderinger	▲
Tiltak for å ha styring og kontroll	Forebyggende tiltak – prosedyrer og arbeidsbeskrivelser	▲
	Forebyggende tiltak – tilgangsstyring	▲
	Korrigerende tiltak	▲
	Oppdagende tiltak	▲
Oppfølging og evaluering	Oppfølging	▲

Når det gjelder styrings- og kontrollmiljø har gjennomgangen vist at foretaket på et overordnet nivå har fokus på oppfølging av ventetider og å unngå fristbrudd for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Konsernrevisjonen er av den oppfatning at det gjenstår et betydelig arbeid med å få en felles innretning på dette arbeidet for foretaket sett under ett, og at dette må forankres i tilstrekkelig grad i organisasjonen.

Videre har gjennomgangen vist at det er behov for å utvikle og implementere en sterkere forvaltningsmodell for PAS/EPJ-systemene som tydeliggjør ansvar, roller og oppgaver knyttet til det pasientadministrative arbeidet både i sentral stab, i linjen (klinikkene) og i forhold til Sykehuspartner. Konsernrevisjonen vil påpeke viktigheten av at forvaltningsmodellen får en tydelig forankring slik at det etableres en felles forståelse av viktigheten av de fora, funksjoner og arbeidsrutiner som er etablert og er under utvikling, og at dette implementeres på en hensiktsmessig måte i hele organisasjonen.

Gjennomgangen har også vist svakheter og mangler i foretakets arbeid med opplæring og kompetanseoppbygging innenfor området. Det er etter konsernrevisjonens vurdering behov for utvikling av standardiserte og tilpassede opplæringsprogrammer som kan bidra til å sikre at ledere og medarbeidere har den nødvendige kompetanse til å kunne ivareta sine arbeidsoppgaver og kontrollansvar på en tilfredsstillende måte. Opplæring bør være obligatorisk før tilgang til systemene gis.

I forhold til formalisering og etablering av målsettinger og bruk av risikostyring som verktøy, har gjennomgangen vist at foretaket i begrenset grad har fastsetting av mål- og resultatkrav for den pasientadministrative prosessen som helhet. Utvidet rapportering og risikovurdering av prioriterte mål gjøres hvert tertial i forbindelse med ledelsens gjennomgåelse (LGG) i foretaket. Det har imidlertid ikke vært foretatt en gjennomgang av risiko i forhold til helheten i det pasientadministrative arbeidet verken i klinikkene eller på sentralt nivå. Etter konsernrevisjonens vurdering har foretaket dermed ikke hatt et tilstrekkelig grunnlag for å fastsette og kommunisere riktig kontrollnivå innenfor det pasientadministrative arbeidet.

Når det ses på tiltak for å ha styring og kontroll, har gjennomgangen vist at foretaket ikke tydelig nok har definert hvilke rapporter som skal benyttes for oppfølging og kontroll med det pasientadministrative arbeidet, samt hvem som skal ha ansvar for å følge opp rapportene. Gjennomgangen har også vist at foretaket ikke i tilstrekkelig grad har etterlevd interne rutiner for oppfølging og avslutning av tilganger i PAS/EPJ-systemene. I tillegg har gjennomgangen vist eksempler på at avdelingene opplever at det kan være manglende samsvar mellom rapporterte styringsdata fra LIS og tilsvarende tall fra underliggende pasientadministrativt system (PasDoc) hvor datagrunnlaget er hentet fra.

Konsernrevisjonens samlede konklusjon er at foretakets interne styring og kontroll innenfor det pasientadministrative arbeidet ikke er tilstrekkelig utviklet.

Konsernrevisjonen understreker at det er en gjensidig avhengighet mellom de ulike elementene i et helhetlig system for intern styring og kontroll. Det er derfor avgjørende at foretaket setter inn tiltak som bidrar til å styrke den interne styring og kontroll på området for foretaket sett under ett.

Konsernrevisjonen anbefaler også her at OUS ser resultatet av gjennomgangen i forhold til foretaket som helhet og legger dette til grunn for det videre forbedringsarbeidet.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og formål med revisjonen

Konsernrevisjonen har i tråd med revisjonsplanen for 2010-2011 foretatt intern revisjon av intern styring og kontroll av helseforetakenes pasientadministrative arbeid. Dette har omfattet alle deler av det pasientadministrative arbeidet fra mottak av henvisninger til spesialisthelsetjenesten til all aktivitet knyttet til vurdering, utredning, behandling og oppfølging i spesialisttjenesten er avsluttet.

Formålet har vært å bekrefte overfor det enkelte helseforetak ved styret og foretakets eier, Helse Sør-Øst RHF, om foretakene har etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas. Fokus har vært rettet mot det pasientadministrative arbeidet gjennom pasientforløpet, og ikke i mot de helsefaglige/medisinskfaglige vurderingene.

Målsettingene for revisjonen har vært:

1. Å kartlegge og vurdere om pasienten kommer til riktig sted til rett tid, og om pasient og henvisende instans mottar riktig og fullstendig informasjon
2. Å identifisere eventuelle avvik/svakheter i det pasientadministrative arbeidet i foretaket og vurdere årsakene til at dette skjer

1.2 Omfang og avgrensning

Revisjonen ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) har omfattet vurderinger av hvordan foretakets interne styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet er etablert, gjennomføres og følges opp. Dette både på overordnet nivå, gjennom de prinsipper som er vedtatt som ledd i forvaltningen av det pasientadministrative systemet, og videre gjennom systemeierskap som tilrettelegger for bruk av systemet i tråd med vedtatte prinsipper. Det er innhentet informasjon fra stabsfunksjoner som har en rolle i tilrettelegging av det pasientadministrative arbeidet.

OUS har både en lokalsykehusfunksjon (inkluderer områdefunksjon innenfor spesifikke fagområder - omtales i mange sammenhenger som den 4. funksjonen), regionsykehusfunksjon og landssykehusfunksjon. Dette innebærer at foretaket mottar ulike typer henvisninger som skal fordeles innenfor disse funksjonene. Dette fordrer at OUS og tilhørende enheter har en oversikt over fordelingen på disse og forvalter dette i tråd med de føringer som er satt på dette området. Denne gjennomgangen er avgrenset til å undersøke hvorvidt foretaket har etablert rutiner for å ha en slik oversikt.

Praktisering av det pasientadministrative arbeidet i linjen er belyst ved poliklinikkene ved Ortopedisk- og Nevrokirurgisk avdeling Ullevål i Klinikk for kirurgi og nevrofag, samt ved avhengighetspoliklinikk i Avdeling for spesialiserte poliklinikker ved Senter for rus og avhengighet og Josefinesgate DPS ved Senter for psykisk helse, lokalsykehusfunksjoner i Klinikk for psykisk helse og avhengighet. For alle enheter er vurderingsgrunlaget hentet ut fra stikkprøver av henvisninger og tilhørende registreringer i det pasientadministrative systemet (PAS) for periodene mai, september og november 2011. Oversikt fremgår av tabellen under.

Enhet	Rett til prioritert helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	Behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	Internt henviste pasienter (både med og uten rett)	Avviste henvisninger
Ortopedisk poliklinikk (PasDoc)	12	12	2 (rett)	0
Nevrokirurgisk poliklinikk (PasDoc)	12	0	3 (rett)	0
Josefinesgate DPS (PasDoc)	12	6	0	6
Avhengighets-poliklinikk (DIPS)	12	0	0	0

Tabell 1: Oversikt stikkprøver

For poliklinikker som benytter det pasientadministrative systemet PasDoc har det ikke vært mulig å innhente registreringer om pasienter som ikke har behov for helsehjelp (avviste) fra spesialisthelsetjenesten. I Josefinesgate DPS var det mulig å identifisere avviste henvisninger, fordi det føres manuelle lister ved siden av listene som føres i PasDoc.

Det er i tillegg innhentet ulike grunnlagsdata og styringsinformasjon fra foretaket. Videre er det gjennomført 21 intervjuer knyttet til klinikkene (både enkeltintervjuer og gruppeintervjuer). Dokumentstudier er gjennomført i den grad det er funnet dokumenter i kvalitetssystemet som vedrører klinikkene.

Ved siden av intervjuer i linjen har 11 ansatte i diverse staber og OSS (Oslo Sykehusservice) blitt intervjuet. Det er gjennomført dokumentstudier i forhold til det arbeidet som foregår i Stab og Oslo sykehusservice.

Gjennomgangen er basert på gjeldende situasjon, dvs. de IKT-løsninger, arbeidsprosesser og manuelle rutiner som benyttes i foretaket i dag, samt dagens lov- og regelverk. Gjennomgangen har således ikke omfattet PasEPJ-systemenes funksjonalitet, brukervennlighet m.v., og heller ikke eventuelle spørsmål knyttet til hensiktsmessigheten i gjeldende lovverk på området. Konsernrevisjonen er kjent med at det pågår en prosess for vurdering av eventuell anskaffelse av nytt PasEPJ-system ved OUS, samt at departementet har lagt opp til gjennomgang av deler av lovverket på området.

Melde- og avvikssystemet er omfattet av revisjonen i forhold til om systemet benyttes for å melde fra om enkelthendelser eller systemmessige svakheter i forhold til det pasientadministrative arbeidet, slik at disse kan bli utbedret.

Konsernrevisjonen er kjent med at Riksrevisjonen har gjennomført en forvaltningsrevisjon på temaet "Fritt sykehusvalg" i 2011. Det er etablert dialog for å sikre tilstrekkelig informasjonsdeling der dette er aktuelt. Konsernrevisjonen er også kjent med at Riksrevisjonen har under planlegging ytterligere revisjoner ved OUS.

1.3 Prosess og metode



Figur 1: Revisjonsprosessen

Revisjonen har pågått i perioden desember 2011 – mai 2012 og er gjennomført i samarbeid med internrevisjonen ved OUS. Foretaket har stilt til rådighet ressurspersoner som har inngått i revisjonsteamet under konsernrevisjonens ledelse.

Revisjonen bygger på dokumentstudier, stikkprøver av henvisninger med tilhørende registreringer og datauttrekk fra de pasientadministrative systemene PasDoc/DIPS, samt intervju med ledere/medarbeidere i Oslo universitetssykehus HF. Nærmere oversikt over informasjonsgrunnlag og gjennomførte samtaler fremgår av kapittel 4.

Konsernrevisjonen har ikke hjemmel som åpner for innsynsrett i pasientopplysninger. For å få gjennomført stikkprøver i de pasientadministrative systemene PasDoc/DIPS har konsernrevisjonen hatt bistand fra merkantilt personell i foretaket.

Faktisk tilstand er vurdert opp mot kriterier som er basert på lover, regler, eksterne og interne mål, samt et rammeverk for intern styring og kontroll.

Observasjonene ble i første omgang verifisert på møter i mars gjennom presentasjon og dialog med foretaksledelse, aktuelle klinikkledere, andre ledere, behandlingspersonell, merkantilt personale og stabsansatte. I gjennomgangene med klinikkene har konsernrevisjonen, ved siden av det som står i rapporten, presentert og oversendt mer detaljerte funn som ligger til grunn for vurderinger og konklusjoner.

Endelig rapport sendes, i tråd med ordinær prosedyre, administrerende direktør ved OUS for videre behandling i foretakets styre. Etter at rapport og helseforetakets handlingsplan er behandlet av styret i OUS, vil konsernrevisjonen legge rapporten frem for revisjonskomiteen i Helse Sør-Øst RHF til orientering. For nærmere redegjørelse om saksgang vises det til tabell i kapittel 4.

1.4 Veiledning til leseren

I kapittel 2 beskrives og vurderes det administrative arbeidet i pasientforløpet. Det ses på hvordan de reviderte enhetene håndterer mottatte henvisninger og videre sikrer at pasientene kommer til riktig sted til riktig tid, og at ulike parter mottar den informasjonen de har krav på gjennom pasientforløpet. Innledningsvis i kapittelet gis en kort beskrivelse av pasientforløpet (kap 2.1). Deretter følger gjennomgang av *vurderingsperioden* og prosessfasene for mottak av henvisninger og vurdering av henvisninger (kap 2.2). Derneft følger gjennomgang av *ventetid* og prosessfasene for informasjonsbrev og timeinnkalling (kap 2.3). Videre følger gjennomgang av *behandlingsperioden* og prosessfasene for utredning, behandling og kontroll (kapittel 2.4). I kapittel 2.5 følger gjennomgang av data- og dokumentflyt gjennom det samlede pasientforløpet. Til slutt følger samlede vurderinger, konklusjoner og anbefalinger (kapittel 2.6).

I kapittel 3 beskrives og vurderes årsaker til eventuelle svakheter og mangler i den interne styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet. Det ses på utvalgte elementer som danner premissene for at det pasientadministrative arbeidet skal bli tilfredsstillende. Innledningsvis gjøres det rede for rammeverket for intern styring og kontroll som er lagt til grunn for revisjonen (kap 3.1). Derneft følger gjennomgang av *styrings- og kontrollmiljøfaktorer* (kapittel 3.2), *mål og vurdering av risiko* (kapittel 3.3), *tiltak for å ha styring og kontroll* (kapittel 3.4) og *oppfølgingsaktiviteter* (kapittel 3.5). Til slutt følger samlede vurderinger, konklusjoner og anbefalinger (kapittel 3.6).

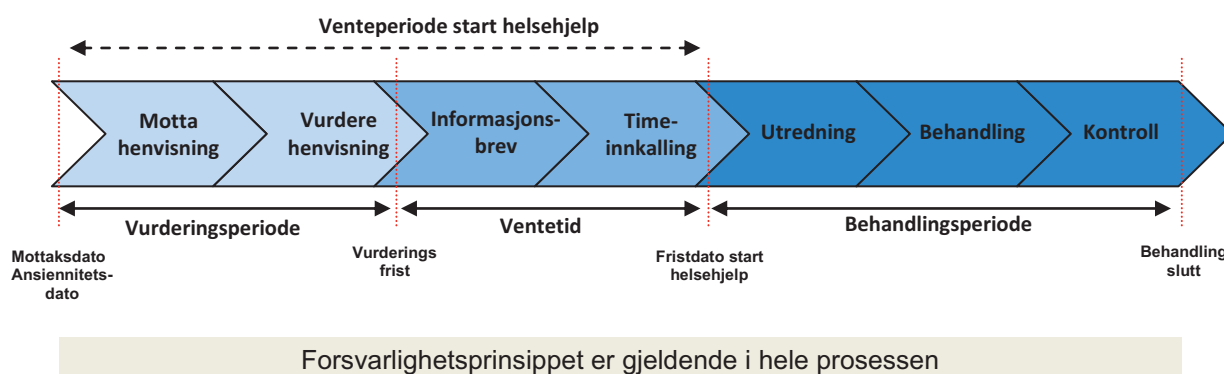
2. Gjennomgang av det pasientadministrative arbeidet

2.1 Kort beskrivelse av pasientforløpet

Det administrative arbeidet tilknyttet pasientforløpet, dvs. fra mottak av henvisningen i spesialisthelsetjenesten til all aktivitet knyttet til vurdering, informasjon til pasient og henviser, ventelistebehandling/tidspunktinnkalling, utredning, behandling og kontroll i spesialisthelsetjenesten er avsluttet, er regulert gjennom en rekke lover, forskrifter, føringer gitt i styrende dokumenter, styrevedtak og interne planer. Følgende lover, forskrifter og rundskriv har blant annet vært aktuelle for revisjonen:

- Lov om pasientrettigheter
- Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp
- Forskrift om ventelisterregistrering
- Forskrift om pasientjournal
- Personopplysningsloven
- Forskrift om habilitering og rehabilitering
- Lov om helsepersonell
- Lov om spesialisthelsetjenesten
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Rundskriv IS-12/2004: Lov om pasientrettigheter
- Rundskriv IS-10/2009: Ventelisterapportering til Norsk pasientregister

Figuren under viser pasientforløpet som helhet.



Figur 2: Pasientforløpet

Forløpet omfatter 7 ulike prosessfaser som ut fra lovkrav og føringer kan tilknyttes 3 sentrale perioder i prosessen: *vurderingsperioden*, *ventetid* og *behandlingsperioden*.

Kriteriene som er brukt for å vurdere i hvilken grad det pasientadministrative arbeidet bidrar til å sikre god styring og kontroll med at pasientene kommer til riktig sted til riktig tid og at det gis riktig og fullstendig informasjon, er ytterligere konkretisert i kapitlene 2.2-2.5, under beskrivelsene for hvert av prosessstegene i forløpet. Herunder hva som må til for blant annet å imøtekomme disse kravene.

Funn fra gjennomgangen er kategorisert ut fra en vurdering av vesentlighet og konsekvens i forhold til målet om å sikre at pasientene kommer til riktig sted til rett tid og/eller om pasient og henvisende instans mottar riktig og fullstendig informasjon. I det videre er hvert steg i prosessen oppsummert for seg og gitt en fargekode basert på status knyttet til det enkelte kriterium.

Følgende kategoriseringer er benyttet:

- Grønn – det er ikke gjort funn som er vesentlige eller som vurderes å ha fått konsekvenser i forhold til målet om å sikre at pasientene kommer til riktig sted til rett tid og/eller om pasient og henvisende instans mottar riktig og fullstendig informasjon.
- Gul – det er gjort enkelte funn som kan være vesentlige i forhold til målet om å sikre at pasientene kommer til riktig sted til rett tid og/eller om pasient og henvisende instans mottar riktig og fullstendig informasjon. Det bør settes i verk tiltak for å styrke områder.
- Rød – det er gjort funn som er vesentlige i forhold til målet om å sikre at pasientene kommer til riktig sted til rett tid og/eller om pasient og henvisende instans mottar riktig og fullstendig informasjon. Det må settes i verk tiltak for å styrke områder.

2.2 Vurderingsperioden

Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få en faglig vurdering av sin helse-tilstand. I tilknytning til dette er det satt en vurderingsfrist. Maksimal vurderingstid er 30 virkedager (6 uker) fra mottak av henvisning. Det skal være raskere vurdering ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, og innen 10 virkedager (2 uker) for unge under 23 år ved mistenkt eller diagnostisert rusavhengighet eller psykiske lidelser.

Vurderingsfristen skal beregnes ut i fra dato for mottak til spesialisthelsetjenesten. Vurderings-tiden i helseforetaket løper fra mottaksdato uavhengig av manglende opplysninger fra henvisningsinstans. Mangelfulle henvisninger kan ikke returneres uten vurdering.

I tilknytning til vurderingen skal det foretas en rettighetsvurdering. Prioriteringsveilederne skal brukes som støtte ved rettighetsvurdering i forhold til prioriteringsforskriftens vilkår for prioritering.

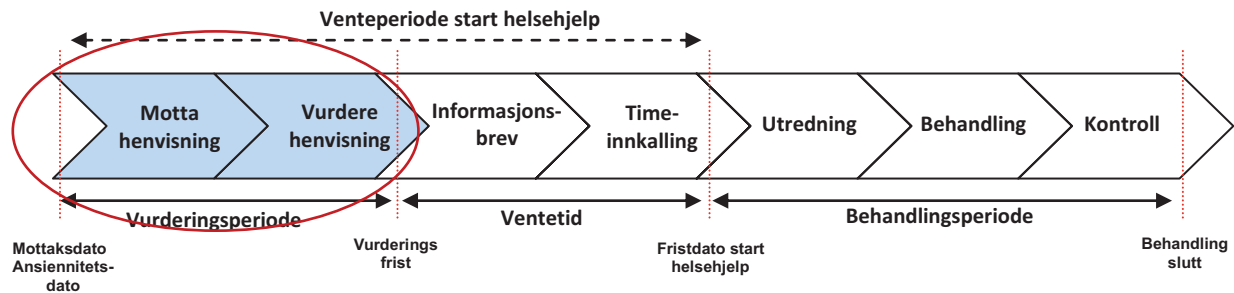
Det er 3 ulike utfall av vurdering av henvisningene:

1. Rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
 - Det skal settes en individuell frist for når helsehjelpen senest skal starte
2. Behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
 - Hvis pasienten vurderes å ha behov for spesialisert helsehjelp, tilbys helsehjelp innenfor rammen av de ressursene som er tilgjengelige
 - Pasienten skal registreres på venteliste og gis en dato for når helsehjelpen forventes å bli gitt, men datoen er ikke juridisk bindende
3. Ikke behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
 - Henvisende instans skal gis veiledende faglig tilbakemelding der dette er naturlig

For å sikre oppfyllelse av kriteriene knyttet til *vurderingsperioden*, må foretaket ha god styring og kontroll med to prosessfaser:

- Mottak av henvisning
- Vurdering av henvisning

Vurderingsperioden og prosessfasene tilknyttet denne er illustrert i figur 3.



Figur 3: Vurderingsperioden

2.2.1 Prosessfase – Motta henvisning

Selve postgangen pr. brev er ikke vurdert i revisjonen. Av hensyn til helheten i prosessen gis det likevel en beskrivelse av denne delen av mottaket av henvisninger.

Generelt for OUS

Henvisninger fraktes av Posten Norge fra brevsenteret i Nydalen til to interne postmottak ved OUS – ett ved Ullevål sykehus og ett ved Rikshospitalet. Ingen post åpnes ved disse to postmottakene, men fordeles i henhold til adressering. Dersom det er mangelfull adressering leveres post uåpnet til saksarkivet. I saksarkivet åpnes og stemples inngående post, rett mottager noteres på konvolutten, disse tapes igjen og returneres intern-postmottakene til videre fordeling. For å få et overblikk over antall henvisninger som ble forsinket grunnet mangelfull adressering har saksarkivet talt antallet i to perioder (en uke i desember og en uke i januar). Tellingene viste at i overkant av 100 henvisninger kom til saksarkivet i løpet av en uke.

Gjennom journalgjennomgang og intervjuer fremkom at henvisninger kan bli liggende ved enheter i OUS grunnet feilsending. En av årsakene til dette var at de ble sendt gammel adresse, det vil si til adresser opprettet før sammenslåingen av Aker, Ullevål og Rikshospitalet. Dette kan igjen medføre at vurderingsfristen ikke overholdes, og at pasienten ikke får startet utredningen eller behandlingen innen forsvarlig tid.

Ortopedisk poliklinikk Ullevål

Det er etablert et felles henvisningsmottak for ortopedisk avdeling som er plassert på Ullevål sykehus. Gjennom intervjuer fremkom at det sendes henvisninger direkte til aktuell geografisk enhet. Det forekom også at henvisninger ble adressert direkte til vurderingsansvarlige lege/ behandlende lege. Merkantilt personale på ortopedisk poliklinikk Ullevål, hadde ingen rutiner for å åpne post som ble adressert direkte til navngitt lege. Dette kunne både medføre at henvisninger ble liggende uåpnet en viss tid ved legers fravær og at henvisningene ikke håndteres og vurderes i samsvar med de ordinære rutinene.

Nevrokirurgisk poliklinikk Ullevål

Det er etablert et felles henvisningsmottak for nevrokirurgisk avdeling som er plassert på Rikshospitalet. Henvisninger som skal til Ullevål videresendes med internpost og skannes inn på nytt på Ullevål grunnet ulike journalsystem ved sykehusene. Pasientkoordinatorene har fått tilgang til journalsystemet på Rikshospitalet og kan hente ut eventuelle hastehenvisninger som er skannet inn der. Gjennom intervjuer fremkom at en del henvisninger sendes direkte til aktuell geografisk enhet. Det forekom også at henvisninger ble adressert til pasientkoordinator eller vurderingsansvarlig lege/ behandlende lege på Ullevål og registrert direkte inn i det pasientadministrative systemet PasDoc. Dette kunne både medføre at henvisninger ble liggende uåpnet en viss tid ved legers fravær og at henvisningene ikke håndteres og vurderes i samsvar med de ordinære rutinene.

Henvisningsmottaket på Rikshospitalet hadde i motsetning til Ullevål rutiner for å åpne privat post til legene (her skriver de ned dato og hvem som har åpnet på konvolutten).

Avhengighetspoliklinikk

Henvisninger sendes via internt postmottak Ullevål til et felles henvisningsmottak for Spesialiserte Ruspoliklinikker.

Josefinesgate DPS poliklinikk

De fleste henvisninger adresseres direkte til Josefines gate DPS, men enkelte henvisninger går også via de interne postmottakene ved OUS. Poliklinikken mottok kun henvisninger på papir.

Gjennom intervjuer fremkom at en del henvisninger ble sendt feil, både ved at de fikk henvisninger som ikke skulle til poliklinikken og at henvisninger til poliklinikken ble sendt til andre foretak, (eksempelvis Ahus som har andre bydeler i Oslo). Dette kunne medføre at vurderingsfristen ikke ble overholdt, og at pasienten ikke fikk startet utredningen eller behandlingen innen forsvarlig tid.

2.2.1.1 Vurderingskriterier

På bakgrunn av kravene som stilles til vurdering av henvisningene er følgende forhold sentrale når henvisningen mottas, registreres og videresendes til aktuell arbeidsgruppe i PAS for vurdering:

- Det må registreres riktig henvisningsdato og mottaksdato samt eventuell ansiennitetsdato
- Det må være rimelig forhold mellom henvisningsdato og mottaksdato
- Det må registreres navn på henvisende instans (fastlege/ annen henviser)
- Henvisningen må stemples og skannes inn i PAS
- Henvisninger med hast må fanges opp i en tidlig fase
- Det må være vurdering av om henvisningene er kommet til riktig enhet og dermed til riktig arbeidsgruppe for vurdering

2.2.1.2 Funn fra gjennomgangen

Ortopedisk poliklinikk Ullevål

Henvisninger som kom direkte fra primærhelsetjenesten stemples, skannes og registreres inn i PasDoc på en korrekt måte. For henvisninger som kom fra andre deler av spesialisthelsetjenesten (både ikke-vurderte, vurderte og pasienter i et behandlingsløp (sekundærhenvisninger)) mottas

som regel ikke pasientadministrativ historikk. Poliklinikken innhentet ikke opplysninger dersom pasientadministrativ historikk manglet. Det vil si ansiennitetsdato, eventuell vurderingsdato, eventuell rettighetsvurdering, eventuell start helsehjelp med videre. Dette medførte at alle henvisninger fra spesialisthelsetjenesten registreres administrativt som om de var nyhenviste. Konsekvensen av denne praksisen, som for øvrig gjaldt for store deler av OUS, er at vurderingstiden ikke ble korrekt/reell. Pasienten kan bli vurdert to ganger og kan dermed få flere og ulike rettighetsvurderinger og frister.

Journalgjennomgangen viste at for 4 av 24 henvisninger var det gått mer enn 14 dager mellom henvisningsdato og mottaksdato.

Ved mistanke om hast kontakter merkantilt personell sykepleier/ lege på poliklinikk.

Konklusjon	Anbefalinger
■	<ul style="list-style-type: none"> • Det anbefales å innføre rutiner for å innhente og registrere pasientadministrativ historikk i det pasientadministrative systemet slik at pasientenes rettigheter ivaretas • Det anbefales at <u>foretaket</u> ser på årsaker til at det ikke er rimelig forhold mellom henvisningsdato og mottaksdato (enten ligger årsaken hos henviser eller i OUS) og iverksetter nødvendige tiltak.

Nevrokirurgisk poliklinikk Ullevål

Henvisninger som kom direkte fra primærhelsetjenesten stemples, skannes og registreres inn i PasDoc på en korrekt måte. For henvisninger som kom fra andre deler av spesialisthelsetjenesten, (både ikke-vurderte, vurderte og pasienter i et behandlingsløp (sekundærhenvisninger)) mottas som regel ikke pasientadministrativ historikk.

Poliklinikken innhentet ikke opplysninger dersom pasientadministrativ historikk manglet. Det vil si ansiennitetsdato, eventuell vurderingsdato, eventuell rettighetsvurdering, eventuell start helsehjelp med videre. Dette medførte at alle henvisninger fra spesialisthelsetjenesten registreres administrativt som om de var nyhenviste. Konsekvensen av denne praksisen, som for øvrig gjaldt for store deler av OUS, er at vurderingstiden ikke ble korrekt/ reell, pasienten kan bli vurdert to ganger og kan dermed få flere og ulike rettighetsvurderinger og frister.

Journalgjennomgangen viste at for 2 av 12 henvisninger var det gått mer enn 14 dager mellom henvisningsdato og mottaksdato. Det ble opplyst at dette som oftest skyldtes at henvisningen ble liggende hos henvisende instans i påvente av elektronisk signatur fra henvisende lege (både fra annet helseforetak og fastlege) før den ble sendt poliklinikken.

Ved mistanke om hast kontakter merkantilt personell vurderingsansvarlig lege straks.


Konklusjon	Anbefalinger
■	<ul style="list-style-type: none"> • Det anbefales å innføre rutiner for å innhente og registrere pasientadministrativ historikk i det pasientadministrative systemet slik at pasientenes rettigheter ivaretas • Det anbefales at <u>foretaket</u> ser på årsaker til at det ikke er rimelig forhold mellom henvisningsdato og mottaksdato (enten ligger årsaken hos henviser eller i OUS) og iverksetter nødvendige tiltak.

Avhengighetspoliklinikk

Eksterne henvisninger stemples, skannes og registreres inn i det pasientadministrative systemet DIPS på en korrekt måte.


Det vises til at sekundærhenvisninger, dvs pasienter som var inne i et behandlingsløp og som sendes til videre utredning/behandling/kontroll til avhengighetspoliklinikken, hadde blitt registrert inn som primærhenvisninger i DIPS. På bakgrunn av at man ikke har kunnet sende henvisninger elektronisk mellom enheter som har ulike PAS-systemer og at systemet ikke har lagt til rette for å registrere inn pasientadministrativ historikk, har man lagt inn fiktive pasientadministrative data i systemet for å få registrert henvisningene inn i DIPS. Disse henvisningene var registrert inn som behovspasienter.

Inntakskoordinator gjennomgikk henvisninger daglig for å fange opp henvisninger med hast. Arbeidsflyten gikk elektronisk til arbeidsgruppen til vurderingsansvarlige som igjen vurderte henvisningene elektronisk. Sykehuspartner kontrollerte at det ikke ligger henvisninger i udefinert arbeidsflyt.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none">• Det anbefales at det gjennomføres tiltak for å sikre at pasientenes pasientadministrative historikk blir ivaretatt i DIPS slik at sekundærhenvisninger blir registrert inn på riktig måte

Josefinesgate DPS poliklinikk

Henvisninger stemples, skannes og registreres inn i PasDoc på en korrekt måte. Det var ikke rutine for å registrere inn eventuell ansiennitetsdato. For en henvisning fra journalgjennomgangen var det gått mer enn 14 dager mellom henvisningsdato og mottaksdato. Merkantilt personell gikk gjennom henvisninger fortløpende, ved spørsmål om hast legges henvisninger i leders posthylle samme dag.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none">• Det anbefales å innføre rutiner for å innhente og registrere ansiennitetsdato for pasienter som allerede har påbegynt en henvisningsperiode.

2.2.2 Prosessfase – Vurdere henvisning

2.2.2.1 Vurderingskriterier

På bakgrunn av kravene som stilles i vurderingsperioden er det sett på følgende sentrale forhold når henvisningen vurderes:

- Foretaket vurderer hvorvidt mottatte henvisninger gjelder som henholdsvis lokal- (herunder områdesykehus), region- eller landsfunksjonssykehus (gjelder somatikk)
- Ytterligere informasjon innhentes fra henvisende instans dersom henvisningen ikke er utfyllende
- Prioriteringsveilederne skal benyttes
- Følgende skal registreres i PAS:

- Vurderingsdato slik at man kan regne ut vurderingstid
- Konklusjonen i rettighetsvurderingen (rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten / behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten / ikke behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten)
- Omsorgsnivå (poliklinikk, dagbehandling, innleggelse)
- Henvisningstype (utredning, behandling eller kontroll)
- Frist for nødvendig helsehjelp for pasienter med rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Forventet behandlingsdato for pasienter med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Denne dato skal være realistisk og ta utgangspunkt i foretakets kapasitet/ventelister
- Vurderingstiden skal være innenfor kravene (30 virkedager/10 virkedager)
- Henvisningen skal vurderes av spesialist og registreres på dennes ID i PAS

2.2.2.2 Funn fra gjennomgangen

Ortopedisk poliklinikk Ullevål

Gjennomgangen viste at det ikke var etablert rutiner for å identifisere og registrere hvorvidt henviste pasienter var lokal- (herunder områdesykehus), region- eller landsfunksjons-sykehuspasienter.


Videre viste gjennomgangen at resultatet av rettighetsvurderingen ble registrert på en korrekt måte i PasDoc. Ved behov for ytterligere informasjon var det utarbeidet et skjema som ble sendt henvisende instans. Alle henvisninger ble vurdert av spesialist. Det ble opplyst at prioriterings-veilederne ble benyttet ved vurdering.

Gjennomsnittlig vurderingstid var 16 dager for poliklinikken. Et datauttrekk for perioden 01.08.11 til 31.12.11 viste at av totalt 1006 eksterne henvisninger var det 272 henvisninger som ikke var vurdert innen fristen på 30 virkedager. Det var ingen pasienter på ventelisten til vurdering per 01.02.12 hvor fristen på 30 virkedager var overskredet.

Gjennomgangen viste at ved fastsettelse av forventet behandlingsdato for pasienter med behov for helsehjelp tas det ikke hensyn til kapasitet. Alle henvisninger, herunder interne, vurderes på papir. Vurderingen registreres inn i PasDoc i ettertid av merkantilt personell på dennes ID.

Praksisen gir risiko for at informasjon ikke er oppdatert, informasjon kan komme på avveie og/eller at all informasjon ikke blir registrert inn i PasDoc.

Etter konsernrevisjonens vurdering er praksisen verken hensiktsmessig eller i tråd med intensjonen i foretaket ettersom gevinstene ved innføring av et pasientadministrativt system ikke hentes fullt ut.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none"> ● Det anbefales at det etableres rutiner for å ta stilling til om henvisningen gjelder lokal- region- eller landsfunksjonssykehuspasienter ● Det anbefales å innføre tiltak for å sikre at alle pasientene vurderes innenfor kravet (30 virkedager)

- Det anbefales å gjennomgå rutiner i forhold til hva som er utgangspunkt for fastsettelse av forventet dato for pasienter med behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at tidsangivelsen som pasientene får er realistisk, slik at det blir mulig for pasientene å vurdere om det er aktuelt å benytte seg av fritt sykehusvalg
- Det anbefales å gjennomgå rutinene for hvordan og hvem som registrerer data i PasDoc knyttet til rettighetsvurderingen

Nevrokirurgisk poliklinikk Ullevål

Gjennomgangen viste at det ikke var etablert rutiner for å identifisere og registrere hvorvidt henviste pasienter var lokal- (herunder områdesykehus), region- eller landsfunksjons-sykehuspasienter.


Gjennomgangen viste at resultatet av rettighetsvurderingen ble registrert på en korrekt måte i PasDoc.

Merkantilt personell innhentet bilder og annen informasjon før henvisningen vurderes, eventuelt i ettertid dersom ytterligere behov. Alle henvisninger vurderes av spesialist. Det ble opplyst at prioriteringsveilederne benyttes ved vurdering. Nevrokirurgisk avdeling har i all hovedsak pasienter med rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. For henvisninger med hastegrad - i denne enheten svulster i nervesystemet - vurderes alle henvisningene samme dag som de mottas. Det var videre etablert et tilbud der disse pasientene fikk time på Tumorpholiklinikken eller tid til innleggelse innen en uke.

Gjennomsnittlig vurderingstid var 7,5 dager for poliklinikken. Et datauttrekk for perioden 01.08.11 til 31.12.11 viste at av totalt 303 eksterne henvisninger var det 24 henvisninger som ikke var vurdert innen fristen på 30 virkedager. Det ble opplyst om at dette ofte skyldtes at henvisningene var mangelfulle og at enheten måtte innhente røntgenbilder og andre opplysninger fra henvisende instans. Det ble vist til at dette ble registrert inn i merknadsfeltet i PasDoc. Det var ingen pasienter på ventelisten til vurdering pr. 02.02.12 hvor fristen på 30 virkedager var overskredet.

Alle henvisninger, herunder interne, vurderes på papir. Praksisen ga risiko for at informasjon ikke var oppdatert, informasjon kunne komme på avveie og/eller all informasjon ikke ble registrert inn i PasDoc. Etter konsernrevisjonens vurdering er praksisen verken hensiktsmessig eller i tråd med intensjonen i foretaket ettersom gevinstene ved innføring av et pasientadministrativt system ikke hentes fullt ut.

Vurderingen registreres inn i PasDoc i ettertid av merkantilt personell på dennes ID.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none"> • Det anbefales at det etableres rutiner for å ta stilling til om henvisningen gjelder lokal- region- eller landsfunksjonssykehuspasienter • Det anbefales å innføre tiltak for å sikre at alle pasientene vurderes innenfor kravet (30 virkedager) • Det anbefales å gjennomgå rutinene for hvordan og hvem som registrerer data i PasDoc knyttet til rettighetsvurderingen


Avhengighetspoliklinikk

Gjennomgangen viste at resultatet av rettighetsvurderingen ble registrert på en korrekt måte i DIPS.

Ved behov for ytterligere informasjon innhentet inntakskoordinator relevante opplysninger og/eller behandler kalte inn til eventuell avklaringsamtale. Alle henvisninger vurderes av tverrfaglig vurderingsteam. Det ble opplyst at prioriteringsveilederne benyttes ved vurdering. Avhengighetspoliklinikken har i all hovedsak pasienter med rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Pasienter med dobbeldiagnose (psykisk helsevern/ rus) registreres inn som behovspasienter. Henvisninger som var registrert som avviste var henvisninger som var blitt feilsendt og deretter videresendt til rett enhet.

Et datauttrekk viste at av 195 henvisninger som var vurdert i 2011 var noen henvisninger ikke vurdert innen fristen på 30 virkedager og en henvisning ikke vurdert innen fristen på 10 virkedager (pasient under 23 år). Det ble her vist til at årsaken var manglende informasjon fra henviser og at det kunne ta lang tid før det oppnås kontakt med pasient for en avklaringsamtale.

Alle henvisninger vurderes elektronisk. Journalgjennomgangen viste at omtrent halvparten av vurderingene ble registrert inn i DIPS av merkantilt personell på dennes ID.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none">• Det anbefales å innføre tiltak for å sikre at pasientene vurderes innenfor kravene (30/10 virkedager)• Det anbefales å gjennomgå rutinene for hvem som registrerer data i DIPS knyttet til rettighetsvurderingen

Josefinesgate DPS poliklinikk

Gjennomgangen viste at resultatet av rettighetsvurderingen ble registrert på en korrekt måte i PasDoc.

Ved behov for ytterligere informasjon ringte merkantilt personale henvisende instans eller pasient. Det kunne også gjennomføres en vurderingssamtale med pasient som grunnlag for vurderingen. Alle henvisninger vurderes av spesialist. Det ble opplyst at prioriteringsveilederne benyttes aktivt ved vurdering.


Et datauttrekk for perioden 01.08.11 til 31.12.11 viste at tre henvisninger av 255 ikke var vurdert innen fristen på 30 dager, og fem henvisninger av 69 ikke var vurdert innen fristen på 10 virkedager. På ventelisten til vurdering per 01.02.12 var det to henvisninger med pasient under 23 år som ikke var vurdert innen 10 virkedager. Det var ingen på ventelisten til vurdering per 01.02.12 hvor fristen på 30 virkedager var overskredet.

I et datauttrekk per 01.02.12 var det imidlertid 257 pasienter som var i behandling og fire pasienter på ventelisten til start behandling som sto uten endelig vurdering. Gjennom intervjuene ble det vist til at årsaken skyldtes systemfeil i PasDoc (ikke mulig å slutføre vurdering, saken er meldt til Sykehuspartner).

Alle henvisninger vurderes på papir. Praksisen ga risiko for at informasjon ikke var oppdatert, informasjon kunne komme på avveie og/eller all informasjon ikke ble registrert inn i PasDoc. Etter konsernrevisjonens vurdering er praksisen verken hensiktsmessig eller i tråd med

intensjonen i foretaket ettersom gevinstene ved innføring av et pasientadministrativt system ikke hentes fullt ut.

Vurderingen registreres inn i PasDoc i ettertid av merkantilt personell på dennes ID.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none">• Det anbefales å innføre tiltak for å sikre at pasientene vurderes innenfor kravene (30/10 virkedager)• Det anbefales å gjennomgå rutinene slik at rettighetsvurdering registreres i PasDoc• Det anbefales å gjennomgå rutinene for hvordan og hvem som registrerer data i PasDoc knyttet til rettighetsvurderingen

2.3 Ventetid

Det skal informeres skriftlig til pasient og fastlege/henviser om resultatet av rettighetsvurderingen. For pasienter med rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal det gis informasjon om:

- Eventuelt rett til nødvendig helsehjelp og frist for når denne retten senest skal oppfylles
- Rettigheter ved et eventuelt brudd på frist for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp
- Sannsynlig tidspunkt for behandling/utredning for pasienter med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Omsorgsnivå/behandlingsnivå (poliklinikk, dagbehandling, innleggelse)

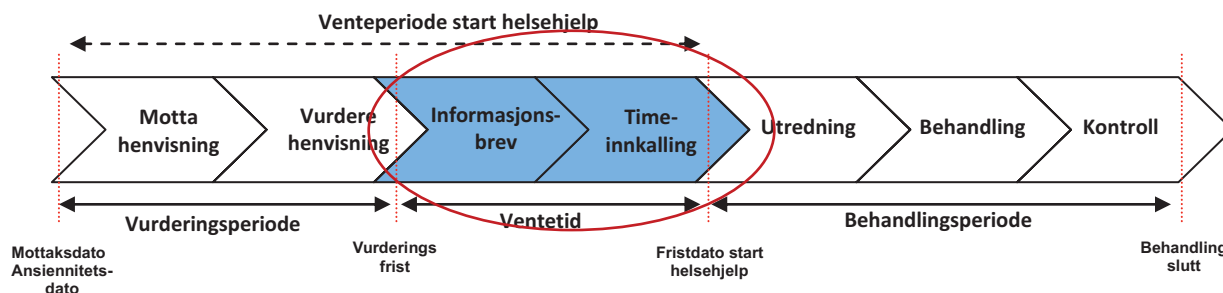
Pasienter som vurderes til ikke å ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal informeres om dette. Det skal gis informasjon om retten til fornyet vurdering og klageretten, herunder klagefrist og klageinstans. Det er utarbeidet egne brevmaler fra Helsedirektoratet som skal brukes ved svar på henvisningene.

Foretakene skal føre ventelister over pasienter som er registrert for utredning eller behandling. Det skal fremgå av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven. Den juridiske fristen er oppfylt når helsehjelpen som pasienten er informert om blir påbegynt innen den oppgitte fristen. Ved eventuelle utsettelse skal det registreres følgende:

1. Institusjonen/sykehuset har bestemt utsettelsen av kapasitetsgrunner
2. Pasienten har selv bestemt utsettelsen eller har ikke møtt
3. Medisinske årsaker hos pasienten gjør utsettelsen nødvendig

Utsettelse som følge av punkt 2 og 3 gir ikke fristbrudd.

For å sikre oppfyllelse av kriteriene knyttet til *ventetid*, må foretaket ha god styring og kontroll med to prosessfaser: *Informasjonsbrev* og *timeinnkalling og ventelisteføring*. Ventetid og prosessfasene tilknyttet denne er illustrert i figur 4.



Figur 4: Ventetid

2.3.1 Prosessfase – Informasjonsbrev

2.3.1.1 Vurderingskriterier

På bakgrunn av kravene som stilles til ventetid, er det sett på følgende sentrale forhold ved informasjon til pasienten om utfallet av rettighetsvurderingen:

- Det skal sendes skriftlig informasjonsbrev til henvisende instans og pasient vedrørende rettighetsvurderingen
- Det må sendes informasjonsbrev etter Helsedirektoratets brevmaler
- Omsorgsnivå/behandlingsnivå må fremgå i brevene
- Pasienter med rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal få opplyst fristdato, denne må stemme med dato satt i vurderingen
- Pasienter med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal få opplyst dato for når helsehjelp kan forventes gitt, denne må stemme med dato satt i vurderingen
- Det skal gis informasjon om retten til fornyet vurdering samt klagefrist og klagerett
- Det må opplyses om rettigheter ved et eventuelt brudd på fristen (HELFO)

2.3.1.2 Funn fra gjennomgangen


Ortopedisk poliklinikk Ullevål

Det ble sendt informasjonsbrev til alle pasienter som fikk rett til eller behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Henvisende instans fikk imidlertid ingen informasjon om resultatet av rettighetsvurderingen.

Brevene var i henhold til Helsedirektoratets anbefalinger, informasjon vedrørende rettigheter var vedlagt i form av eget skriv.

Opplyst fristdato i brevene stemte overens med dato satt i vurderingen. Behovspasienter fikk oppgitt en tentativ dato. For en seksjon var det utarbeidet en brevmal som oppfordret pasienter som var vurdert til behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og som hadde stått lenge på venteliste, å undersøke muligheten for raskere behandling et annet sted.

For pasienter som ikke hadde behov for helsehjelp, ble det i de fleste tilfeller sendt informasjonsbrev kun til henvisende instans. Vurderingsansvarlig lege avgjorde om brev også skulle sendes til pasient.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none"> • Det anbefales å gjennomgå rutinene for utsendelse av informasjonsbrev til pasient og henvisende instans for alle pasientkategorier (rett, behov, ikke behov (avvist))


Nevrokirurgisk poliklinikk Ullevål

Det ble sendt informasjonsbrev til alle pasienter som fikk rett til eller behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Henvisende instans fikk imidlertid ingen informasjon om resultatet av rettighetsvurderingen.

Brevene var i henhold til Helsedirektoratets anbefalinger, informasjon vedrørende rettigheter var vedlagt i form av eget skriv.

Opplyst fristdato i brevene stemte overens med dato satt i vurderingen, i enkelte tilfeller ble feil brevmal benyttet, dermed fikk ikke pasienten opplysning om fristdato.

For pasienter som ikke hadde behov for helsehjelp, ble det i de fleste tilfeller sendt informasjonsbrev kun til henvisende instans. Vurderingsansvarlig lege avgjorde om brev også skulle sendes til pasient.


Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none"> • Det anbefales å gjennomgå rutinene for utsendelse av informasjonsbrev til pasient og henvisende instans for alle pasientkategorier (rett, behov, ikke behov (avvist))

Avhengighetspoliklinikk

Det ble sendt informasjonsbrev både til pasient og henvisende instans angående resultatet av rettighetsvurderingen.

Brevene var i henhold til Helsedirektoratets anbefalinger, informasjon vedrørende rettigheter var vedlagt i form av eget skriv. På grunn av pasientgruppen gjennomgås informasjon/rettigheter gjerne muntlig ved første konsultasjon.

Opplyst fristdato i brevene stemte overens med dato satt i vurderingen.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen


Josefinesgate DPS poliklinikk

Det ble sendt informasjonsbrev både til pasient og henvisende instans angående resultatet av rettighetsvurderingen. Dette gjaldt også pasienter som ikke hadde behov for helsehjelp.

Brevene var i henhold til Helsedirektoratets anbefalinger, informasjon vedrørende rettigheter var vedlagt i form av eget skriv.

Opplyst fristdato i brevene stemte overens med dato satt i vurderingen.

Alle pasienter fikk direkte time, også behovspasienter. En utfordring var at brevene ble sendt opp til flere uker etter at vurderingen var utført. Dette skyldtes at vurderingene først ble sendt til de aktuelle behandlerne slik at de kunne sette dato for start helsehjelp – og deretter tilbake til merkantilt personale for utsendelse av brev.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none">• Det anbefales at informasjonsbrev vedrørende rettighetsvurdering sendes så snart vurderingen er gjennomført

2.3.2 Prosessfase – Timeinnkalling og ventelisteføring

2.3.2.1 Vurderingskriterier

På bakgrunn av kravene som stilles til ventetid, er det sett på følgende sentrale forhold ved innkalling av pasienter til time:

- Det må føres ventelister for pasienter med rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og for pasienter med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Brev angående time sendes til pasient og registreres i PAS
- Det skal ikke være fristbrudd for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp
- Det må være oversikt over eventuelle fristbrudd for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp
- Dersom foretaket ser at fristen for rett til nødvendig helsehjelp ikke vil bli overholdt, må foretaket først søke å skaffe pasienten et annet tilbud innen fristen
- Dersom fristen likevel ikke kan overholdes, må det straks sørges for at pasienten blir informert om dette. Pasienten må ved fristbruddet informeres om hvilke konsekvenser dette har for sin helse og hvilke rettigheter (HELFO) han/hun har i den forbindelse
- Det må registreres eventuelle utsettelse/ending av time for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i PAS og årsak til dette
- Pasienter med behov for helsehjelp bør få time innen forventet dato
- Det må være oversikt over pasienter med behov for helsehjelp som har overskredet forventet behandlingsdato
- Det må gis informasjon til pasienter med behov for helsehjelp som ikke behandles innen forventet behandlingsdato
- Det må være en tilgjengelig og oppdatert ventetidsoversikt (hver 4. uke) over seksjonens ventetider for pasienter med behov for helsehjelp (forventet ventetid)

2.3.2.2 Funn fra gjennomgangen

Ortopedisk poliklinikk Ullevål

Det ble ført ventelister for pasienter med rett til og behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, men fordi mye av arbeidet foregikk papirbasert ble ikke ventelistene brukt aktivt til styring av pasientstrømmen.

Det sendes timebrev i ettertid dersom pasienten ikke har fått direkte time i første brev.

Gjennomgangen viste at enheten har utfordringer ved at det har vært og er mange fristbrudd for pasienter med rett til helsehjelp (per 01.02.12: 285 fristbrudd av 708 på ventelisten). I tillegg var

forventet dato for pasienter med behov for helsehjelp overskredet for ca.75 % av pasientene (totalt 1845 pasienter). Dette henger trolig sammen med (som vist ovenfor i kapittelet vedrørende vurderingen av henvisningene) at fastsetting av forventet dato ikke er realistisk ettersom det ikke er kapasiteten/ventelistene det tas utgangspunkt i når det settes forventet dato for pasienter med behov for helsehjelp.

Det var ikke innført rutine for aktivt å hjelpe pasienter som nærmer seg fristbrudd, til annet behandlingssted. Det var heller ikke innført rutine for å informere om konsekvenser og rettigheter til pasienter ved fristbrudd.

Det var ikke innført rutine for å gi informasjon til pasienter med behov som ikke har fått time innen fastsatt tentativ dato.

Enhetens ventetidsoversikt på foretakets hjemmesider/websider var oppdatert mars 2012.

Konklusjon	Anbefalinger
■	<ul style="list-style-type: none">• Det anbefales å gjennomgå rutinene for oppfølging av ventelister• Det anbefales å benytte ventelistene aktivt i arbeidet med å få startet helsehjelpen enten innen frist eller innen forventet behandlingsdato• Det anbefales at enheten innarbeider rutine for å søke å skaffe pasienten et annet tilbud dersom fastsatt frist ikke overholdes• Det anbefales at enheten i oppfølgingen av ventelistene sørger for å sikre at pasienter med rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får informasjon de har krav på dersom frist overskrides• Det anbefales at enheten i oppfølgingen av ventelistene sørger for å sikre at pasienter med behov for helsehjelp, får informasjon dersom forventet behandlingsdato overskrides

Nevrokirurgisk poliklinikk Ullevål

Det ble ført ventelister for pasienter med rett til og behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, Ventelistene ble brukt aktivt til styring av pasientstrømmen.

Det sendes timebrev i ettertid dersom pasienten ikke har fått direkte time i første brev.

Gjennomgangen viste at enheten hadde enkelte fristbrudd for pasienter med rett til helsehjelp (per 02.02.12: 7 fristbrudd av 270 på ventelisten). Det ble vist til at fristbruddene ikke var ”reelle” ved at det enten skyldtes feilregistreringer fra akuttmottaket eller at pasienter ikke møtte til time. Det vises også til at det har vært tilfelle hvor fristen var brutt grunnet redusert MR kapasitet på Ullevål.

Det var enkelte pasienter med behov hvor tentativ/forventet dato var overskredet. Det var ikke innført rutine for å gi informasjon til pasienter med behov som ikke har fått time innen fastsatt tentativ dato.

Enhetens ventetidsoversikt på internett var ikke oppdatert på revisjonstidspunktet.

Konklusjon	Anbefalinger
■	<ul style="list-style-type: none"> • Det anbefales at enheten i oppfølgingen av ventelistene sørger for å sikre at pasienter med behov for helsehjelp, får informasjon dersom forventet behandlingsdato overskrides • Det anbefales å innføre rutine for å sikre at enhetens ventetidsoversikt på internett oppdateres hver 4. uke

Avhengighetspoliklinikk

Gjennomgangen viste at det føres ventelister i DIPS. Innkalling til time sendes enkelte ganger ut per brev, men som oftest via telefon/SMS eller oppsøkende virksomhet. Det varierte om denne kontakten ble registrert i DIPS.

Ingen av pasientene som var på venteliste stod med fristbrudd. For 2011 var det syv pasienter med fristbrudd. Per i dag er det ikke rutiner eller muligheter for å skaffe et alternativt tilbud dersom enheten ser at pasienten ikke vil få time innen fastsatt frist. Det var heller ikke innført rutine for å informere om konsekvenser og rettigheter til pasienter ved fristbrudd.

Det ble opplyst at denne pasientgruppen ikke har lignende tilbud å benytte seg av, og at dette gir poliklinikken et spesielt ansvar for å ivareta pasientenes interesser/rettigheter.

Enhets ventetidsoversikt på foretakets hjemmesider/websider var oppdatert mars 2012.

Konklusjon	Anbefalinger
■	<ul style="list-style-type: none"> • Det anbefales å gjennomgå rutinene for å registrere timeinnkalling av pasienter med hensyn til sporbarhet • Det anbefales å benytte ventelistene aktivt i arbeidet med å få startet helsehjelpen innen frist • Det anbefales at enheten i oppfølgingen av ventelistene sørger for å sikre at pasienter med rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får informasjon de har krav på dersom frist overskrides

Josefinesgate DPS poliklinikk

Det ble ført ventelister for pasienter med rett til og behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Alle pasienter fikk direkte timeinnkalling i første brev. Ni av de 47 pasientene med rett som var på venteliste sto med fristbrudd, men dette var imidlertid fristbrudd som skyldtes pasientbestemt utsettelse. Gjennom intervjuer fremkom at det ikke forekom fristbrudd i 2011 som skyldtes poliklinikken.

Av 11 pasienter på ventelisten med behov var det fire som hadde gått over forventet dato. To av disse hadde fått startet behandling, men glemt å krysse av i PasDoc for Start Helsehjelp. Det var ikke innført rutine for å gi informasjon til pasienter med behov som ikke hadde fått time innen fastsatt tentativ dato.

Enhets ventetidsoversikt på internett var ikke oppdatert på revisjonstidspunktet.

Konklusjon	Anbefalinger
■	<ul style="list-style-type: none"> • Det anbefales å benytte ventelistene aktivt i arbeidet med å få startet helsehjelpen enten innen frist eller innen forventet behandlingsdato • Det anbefales at enheten i oppfølgingen av ventelistene sørger for å sikre at pasienter med behov for helsehjelp, får informasjon dersom forventet behandlingsdato overskrides • Det anbefales å innføre rutine for å sikre at enhetens ventetidsoversikt på internett oppdateres hver 4. uke

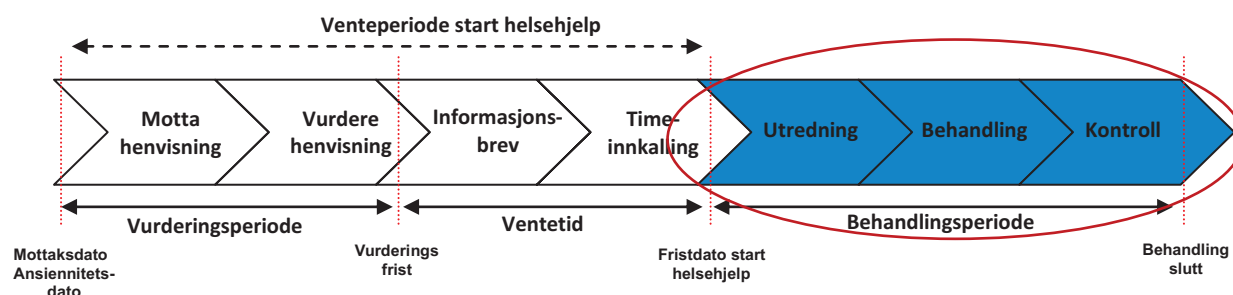
2.4 Behandlingsperioden

Ved siden av den juridiske fristen for start helsehjelp for rettighetspasienter¹ og forventet start helsehjelp for pasienter med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, må foretakene i tillegg sikre forsvarlig helsehjelp i det videre løpet for ”aktive” pasienter som skal videre til utredning/ behandling, eventuelt til kontroll. Rettighetspasienter skal imidlertid sikres prioritet, slik at forløpet reflekterer deres rettighetsstatus, selv om det ikke skal settes nye juridiske frister. Nødvendige kontroller eller andre oppfølgende tiltak skal derfor ikke nedprioriteres.

Når pasienten er ferdig utredet/behandlet og har vært til eventuell siste kontroll eller behandling for tilstanden han/hun ble henvist for, skal henvisningsperioden lukkes. Sykehuset skal sende epikrise innen 7 dager til henvisende instans.

For å sikre at oppfyllelse av kriteriene knyttet til *behandlingsperioden*, må foretaket ha god styring og kontroll med tre prosessfaser: Utredning, behandling og kontroll.

Behandlingsperioden og prosessfasene tilknyttet denne er illustrert i figur 5.



Figur 5: Behandlingsperioden

2.4.1 Prosessfasene – Utredning, behandling og kontroll

2.4.1.1 Vurderingskriterier

På bakgrunn av kravene som stilles til behandlingsperioden, er det sett på følgende sentrale forhold ved utredning, behandling og kontroll av pasienter:

- Start helsehjelp må registreres i PAS ved start utredning/behandling

¹ Pasienter som har fått rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp har status som *rettighetspasienter* og skal prioriteres for pasienter som ikke har fått rett til nødvendig helsehjelp (NPR rundskriv IS-10/2009)

- Det må settes opp ny time (direkte time) eller tentativ dato i PAS ("ny kontakt") for alle pasienter som skal til videre utredning/behandling/kontroll
- Pasienten må informeres skriftlig om tidspunkt for ny time (direkte time) eventuelt tentativ dato ("ny kontakt")
- Det må føres "ventelister" for begge pasientkategorier (pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og pasienter med behov for helsehjelp) etter start helsehjelp
- Det må være oversikt over rettighetspasienter som ikke får time innenfor fastsatt tidspunkt
- Det må føres oversikt over hvor mange pasienter med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, som ikke får time innen oppgitt tidspunkt
- Både pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og pasienter med behov for helsehjelp får time innenfor fastsatt tentativ dato ("ny kontakt"). Hvis forventet dato overskrides bør pasientene få skriftlig beskjed om dette
- Ved avsluttet behandling må dette registreres i PAS
- Ved avslutning må epikrise sendes innen 7 dager

2.4.1.2 Funn fra gjennomgangen


Ortopedisk poliklinikk Ullevål

Datauttrekk viste at det ikke bestandig krysses av i PasDoc for faktisk oppstart av helsehjelp. På ventelisten per 01.02.12 var det 68 pasienter som hadde startet behandling, men hvor Start Helsehjelp ikke var avkrysset. Av disse 68 pasientene sto 39 med fristbrudd, det vil si at antall fristbrudd blir høyere enn de i realiteten er.

Et datauttrekk viste at i enkelte tilfeller var det ikke satt opp ny time (liste-kontakter) for pasienter, flere av disse pasientene går tilbake til 2011. Ventelisten for pasienter både med rett til og behov for helsehjelp og som er i et behandlingsforløp er tilgjengelig i PasDoc, men var ikke oppdatert. Ventelisten benyttes ikke aktivt av enheten til kontroll og oppfølging av pasientene. Isteden ble det ført et papirbasert "skyggeregnskap".

Et datauttrekk fra 01.02.12 viste at av 3010 pasienter på ventelisten, og som var i et behandlingsløp, hadde 50 % av rettighetspasienter og 60 % av behovspasienter fått overskredet forventet dato (benevnes som kritisk dato i PasDoc) for videre utredning/behandling/kontroll.

Pasienter fikk skriftlig informasjon ved direkte time, men det ble ikke gitt skriftlig informasjon dersom det kun fastsettes en kritisk dato (forventet dato). Dersom fastsatt kritisk dato overskrides gis det heller ingen skriftlig informasjon om når pasienten kan forvente å bli innkalt. Journalgjennomgangen viste at avsluttet behandling registreres i PasDoc.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none"> • Det anbefales å gjennomgå rutinene for å sikre korrekt registrering av Start helsehjelp • Det anbefales å sette inn tiltak for å sikre at alle pasienter som skal til videre utredning, behandling eller kontroll blir satt opp i PasDoc med ny kritisk dato (kontakter). Listen Kontakter bør rutinemessig tas ut for å sikre eventuelle pasienter som ikke blir satt opp til ny kritisk dato • Det anbefales å rydde og oppdatere ventelistene i PasDoc så listene til enhver tid er à jour

- Det anbefales å aktivt benytte ventelister for å kalle inn pasienter innen fastsatt kritisk dato.
- Det anbefales å gi skriftlig informasjon til pasient når det settes opp ny kritisk dato
- Det anbefales at pasienter som ikke får time innen kritisk dato informeres skriftlig om dette og når de kan forventes å komme inn til ny time

Nevrokirurgisk poliklinikk Ullevål


Datauttrekk viste at det ikke bestandig krysses av i PasDoc for faktisk oppstart av helsehjelp. På ventelisten per 02.02.12 var det 50 pasienter som hadde startet behandling, men hvor Start Helsehjelp ikke var avkrysset. Av disse 50 pasientene sto 36 med fristbrudd, det vil si at antall fristbrudd blir høyere enn de i realiteten er. Et datauttrekk viste at i noen tilfeller var det ikke satt opp ny time (liste-kontakter) for pasienter, flere av disse pasientene går tilbake til 2011.

Ventelisten for pasienter både med rett til og behov for helsehjelp, og som er i et behandlingsforløp, er tilgjengelig i PasDoc. Ventelisten benyttes aktivt av enheten til kontroll og oppfølging av pasientene. I tillegg ble det ført et papirbasert ”skyggeregnskap” som en ekstra kvalitetssikring. Merkantilt personell kontaktet behandlende lege hvordan pasientene skulle prioriteres internt på ventelisten.

Et datauttrekk fra 02.02.12 viste at av 1023 pasienter på ventelisten og som var i et behandlingsforløp, hadde 60 rettighetspasienter og 102 behovspasienter fått overskredet forventet dato (benevnes som kritisk dato i PasDoc) for videre utredning/behandling/kontroll. Det ble vist til at dette kunne skyldes at pasientene ventet på MR eller andre undersøkelser. En annen årsak kunne være at pasient ønsket å få time hos en spesifikk lege og at de da selv ønsket å vente lenger enn fastsatt kritisk dato.

Pasienter fikk skriftlig informasjon ved direkte time, men det ble ikke gitt skriftlig informasjon dersom det kun fastsettes en kritisk dato (forventet dato). Dersom fastsatt kritisk dato overskrides gis det heller ingen skriftlig informasjon om når pasienten kan forvente å bli innkalt.

Journalgjennomgangen viste at avsluttet behandling registreres i PasDoc.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none"> • Det anbefales å gjennomgå rutinene for å sikre korrekt registrering av Start helsehjelp • Det anbefales å sette inn tiltak for å sikre at alle pasienter som skal til videre utredning, behandling eller kontroll blir satt opp i PasDoc med ny kritisk dato (kontakter). Listen Kontakter bør rutinemessig tas ut for å sikre eventuelle pasienter som ikke blir satt opp til ny kritisk dato • Det anbefales å aktivt benytte ventelisten for å kalle inn pasienter innen fastsatt kritisk dato. • Det anbefales å gi skriftlig informasjon til pasient når det settes opp ny kritisk dato • Det anbefales at pasienter som ikke får time innen kritisk dato informeres skriftlig om dette og når de kan forventes å komme inn til ny time

Avhengighetspoliklinikk

Datauttrekk viste at start helsehjelp ikke alltid registreres ved 1. konsultasjon på poliklinikken. På ventelisten per 01.02.12 var det seks pasienter som hadde startet behandling, men hvor Start Helsehjelp ikke var avkrysset. Det fremkom gjennom intervju og i et datauttrekk at ventetid slutt dato/start helsehjelp av og til registreres i DIPS når pasienten tildeles 1. time og altså ikke ved oppmøte.


De fleste pasientene fikk tildelt time direkte eller ble satt opp med en tentativ dato. Et datauttrekk viste imidlertid at 11 pasienter stod uten ny kontakt (det vil si ny tentativ dato i DIPS). Dette kunne enten være pasienter som var i et behandlingsløp og som i utgangspunktet skal være på arbeidslisten, eller pasienter som ikke hadde møtt til første time og som i utgangspunktet skal være på ventelisten. Gjennom intervjuene fremkom at det først nylig var innført at poliklinikken har satt opp ny tentativ dato for de som ikke får direkte time. Hvis pasienten fikk direkte time får pasienten informasjon samme dag. For de som fikk ny tentativ dato ble det ikke gitt skriftlig informasjon om når denne var satt til.

Det fremkom gjennom intervjuene at ventelistene ikke ble brukt samlet for enheten som et arbeidsverktøy for å holde orden på at pasientene kom inn innenfor tentativ dato. Dette ble styrt av den enkelte behandler gjennom egen timebok/”mine pasienter”.

Poliklinikken var ikke kjent med hvordan man tar ut arbeidslisten for alle pasientene som står på arbeidslisten i forhold til pasienter som var inne til behandling. Revisjonen har dermed ikke kunnet vurdere om pasientene blir innkalt innen tentativ dato eller ikke. Dersom fastsatt tentativ dato overskrides var det ikke rutine at det gis skriftlig informasjon om når pasienten kan forvente å bli innkalt.

Journalgjennomgangen viste at pasienter som var avsluttet ikke alltid avsluttes i DIPS (tre av 12). I et av tilfellene var det heller ikke sendt epikrise.

Det var enkelte utfordringer med å få sendt epikrise innen syv dager.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none">• Det anbefales å gjennomgå rutinene for å sikre korrekt registrering av Start helsehjelp• Det anbefales å sette inn tiltak for å sikre at alle pasienter som skal til videre utredning, behandling eller kontroll blir satt opp i DIPS med ny tentativ dato ”ny kontakt” (med unntak av de som får satt opp direkte time). DIPS-rapport D 7221 bør rutinemessig tas ut for å sikre eventuelle pasienter som ikke blir satt opp til ny kontakt i DIPS• Det anbefales å aktivt benytte arbeidslister for å kalle inn pasienter innen fastsatt tentativ dato• Det anbefales å gi skriftlig informasjon til pasient når det settes opp ny tentativ dato (”ny kontakt”)• Det anbefales at pasienter som ikke får time innen tentativ dato informeres skriftlig om dette og når de kan forventes å komme inn til ny time• Det anbefales at enheten gjennomgår rutinene ved avslutning av behandlingsforløp både i forhold til registrering og utsendelse av epikrise

Josefinesgate DPS poliklinikk

Datauttrekk viste at det ikke bestandig krysses av i PasDoc for faktisk oppstart av helsehjelp. På ventelisten per 01.02.12 var det 6 av 41 pasienter som hadde startet behandling, men hvor Start Helsehjelp ikke var avkrysset.

Et datauttrekk viste at det var satt opp ny time (enten direkte time eller ny kritisk dato) for alle pasienter (liste-kontakter). I mange sammenhenger var imidlertid kritisk dato satt til tallet 0 for å komme videre i PasDoc, det vil si at datoene som ble satt ikke er reelle. Ventelisten for pasienter både med rett til og behov for helsehjelp og som er i et behandlingsforløp er tilgjengelig i PasDoc, men var ikke oppdatert og som vist over ikke korrekt. Ventelisten ble ikke benyttet aktivt av enheten til kontroll og oppfølging av pasientene. Den enkelte behandler styrte det videre forløp gjennom egne timebøker.

Et datauttrekk fra 01.02.12 viste at omtrent halvparten av 369 rettighetspasienter og omtrent en tredel av 55 behovspasienter hadde fått overskredet forventet dato (benevnes som kritisk dato i PasDoc) for videre utredning/behandling/kontroll.

Pasienter fikk skriftlig informasjon ved direkte time, men det ble ikke gitt skriftlig informasjon dersom det kun fastsettes en kritisk dato (forventet dato). Dersom fastsatt kritisk dato overskrides gis det heller ingen skriftlig informasjon om når pasienten kan forvente å bli innkalt.

Journalgjennomgangen viste at avsluttet behandling registreres i PasDoc.

Konklusjon	Anbefalinger
■	<ul style="list-style-type: none">• Det anbefales å gjennomgå rutinene for å sikre korrekt registrering av Start helsehjelp• Det anbefales å gjennomgå rutinene for å sikre at alle pasienter som skal til videre utredning, behandling eller kontroll blir satt opp i PasDoc med ny reell kritisk dato. Listen Kontakter bør rutinemessig tas ut for å sikre eventuelle pasienter som ikke blir satt opp til ny time/kritisk dato• Det anbefales å rydde og oppdatere ventelistene i PasDoc så listene til enhver tid er à jour• Det anbefales å aktivt benytte ventelister for å kalle inn pasienter innen fastsatt kritisk dato. Hvis kapasitetsutfordringer bør det være en rutine som sikrer en prioritering mellom pasientene ut i fra hastegrad/diagnose• Det anbefales å gi skriftlig informasjon til pasient når det settes opp ny kritisk dato• Det anbefales at pasienter som ikke får time innen kritisk dato informeres skriftlig om dette og når de kan forventes å komme inn til ny time

2.5 Data- og dokumentflyt gjennom det samlede pasientforløpet

2.5.1 Vurderingskriterier

Informasjonen om pasienten (journal-, rettighets- og registreringsopplysninger) må følge pasienten /henvisningen gjennom hele pasientforløpet. Når det gjelder det ansvar hva gjelder

journalføring vises det til den plikt til forsvarlig yrkesutøvelse som følger av helsepersonelloven § 4 og den plikt til dokumentasjon som følger av § 39.

Hensikten med dokumentasjonsplikten er at det skal foreligge informasjon om pasienten og pasientbehandlingen for å bidra til forsvarlig behandling og oppfølging samt for å kunne etterprøve vurderinger og behandlinger. Pasientjournalforskriften § 7 viser derfor til at journalen skal føres fortløpende (uten ugrunnet opphold), og at nedtegnelsene skal dateres og signeres. Ved signatur blir journalnotatet endelig godkjent og kvalitetssikret av den som har skrevet/diktert det. Det enkelte helsepersonells manglende overholdelse av reglene om journalføring utgjør i utgangspunktet et brudd på gjeldende plikter.

For prosessen sett under ett er det vesentlig at det er etablert tilstrekkelige kontroller som sikrer en data- og dokumentflyt som ivaretar pasienten gjennom hele pasientforløpet. Registrering av data i det pasientadministrative systemet generer både oppgaver og ulike dokumenter og det er en gjensidig avhengighet mellom disse. Derfor er det avgjørende at det sikres fullstendige, korrekte, pålitelige, tidsriktige og tilgjengelige data i systemet. En kombinasjon av systemkontroller og manuelle kontroller må være etablert i et hvilket som helst system for å sikre dette. Omfanget av kontrollene må bestemmes ut fra en risikovurdering av prosessen i forhold til hvor kan det oppstå feil.

Det vises for øvrig til kapittel 3 som omhandler de overordnede forholdene som må være på plass i foretaket for å sikre en god forvaltning av virksomhetskritiske system, og de grunnleggende tiltakene for styring og kontroll som berører korrekte data (registrering), databehandling (faste parametre og regler) og dataflyt (adresser etc.).

2.5.2 Funn fra gjennomgangen

Et ønsket uttrekk av data i forbindelse med gjennomføring av revisjonen, viste at muligheten til å hente ut styringsdata/rapporter var forskjellig mellom PasDoc og DIPS. I PasDoc var det begrenset mulighet til å hente ut styringsdata, rapporter etc. for ulike nivåer i foretaket og knyttet til uthenting av spesifiserte data, eksempelvis;

- Det var ikke funksjonalitet for å hente ut oversikt over antall henvisninger som ikke er kommet i elektronisk arbeidsflyt
- Det var ikke funksjonalitet for å hente ut oversikt over arbeidsgrupper som er inaktive, eksempelvis der ansatte har sluttet eller gått i permisjon
- Det var ikke mulig å hente ut oversikt over antall pasienter som er vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (avviste)

Lite fleksibilitet i forhold til å hente ut rapporter og styringsdata fra systemet, gir samtidig mangelfull mulighet til å holde oversikt over og ha kontroll på den samlede data- og dokumentflyten som ivaretar pasienten gjennom hele pasientforløpet. På bakgrunn av de manglende muligheter for styringsdata/rapporter i PasDoc, har det for konsernrevisjonen heller ikke vært mulig å verifisere alle ønskede sentrale forhold (nøkkelkontroller i pasientadministrativ prosess) for å se om foretaket har tilstrekkelig styring og kontroll med disse.

Ortopedisk poliklinikk Ullevål

Gjennomgangen viste at det var store utfordringer knyttet til ikke signerte prøvesvar i ortopedisk avdeling (vi har ikke mottatt tall spesifikt for ortopedisk poliklinikk). Gjennomgangen viste videre at det var et relativt stort antall dokumenter på avdelingen som ikke er godkjent, og dokumenter som enten skulle vært skrevet ut og sendt på papir eller sendt elektronisk.

Konklusjon	Anbefalinger
■	<ul style="list-style-type: none"> • Avdelingen bør gjennomgå og rydde opp i restansene i forhold til signering av prøvesvar, godkjenning av dokumenter, utskrift og utsendelse av dokumenter så langt tilbake det vurderes som hensiktsmessig • Rutinene for oppfølging og kontroll av restanser bør gjennomgås og presiseres

Nevrokirurgisk poliklinikk Ullevål

Gjennomgangen viste at det var store utfordringer knyttet til ikke signerte prøvesvar i nevrokirurgisk avdeling (vi har ikke mottatt tall spesifikt for nevrokirurgisk poliklinikk).

Gjennomgangen viste videre at det var en god del dokumenter på avdelingen som ikke er godkjent, og dokumenter som enten skulle vært skrevet ut og sendt på papir eller sendt elektronisk.

Konklusjon	Anbefalinger
■	<ul style="list-style-type: none"> • Avdelingen bør gjennomgå og rydde opp i restansene i forhold til signering av prøvesvar, godkjenning av dokumenter, utskrift og utsendelse av dokumenter så langt tilbake det vurderes som hensiktsmessig • Rutinene for oppfølging og kontroll av restanser bør gjennomgås og presiseres

Avhengighetspoliklinikk

Gjennomgangen viste at det ikke var noen pasienter i poliklinikken hvor behandlingen ikke skulle vært registrert som avsluttet i DIPS, da pasienten ikke var ferdigbehandlet. (Jfr. DIPS-rapport)

Gjennomgangen viste at poliklinikken ikke hadde utfordringer knyttet til ikke signerte prøvesvar. Utfordringen i denne poliklinikken var at DIPS og laboratoriesystemet som brukes på Ullevål ikke "snakker sammen." Prøvesvar måtte skannes enkeltvis inn i DIPS, noe som medførte at det ble vanskelig å følge utviklingen av prøvesvar over tid. Gjennomgangen viste videre at det i liten grad var utfordringer vedrørende dokumenter som ikke er godkjent, og dokumenter som enten skulle vært skrevet ut og sendt på papir eller sendt elektronisk.

Gjennomgangen viste at det ikke var arbeidsgrupper (elektroniske postkasser) uten aktiv bruker i avhengighetspoliklinikken. Det ble her vist til at foretaket hadde utarbeidet en rutine der Sykehuspartner fulgte opp ansatte som hadde sluttet eller gått i permisjon for å avslutte arbeidsgrupper som ikke skulle være aktive. Rutinen gjaldt de som benyttet det pasientadministrative systemet DIPS.

Konklusjon	Anbefalinger
■	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen

Josefinesgate DPS poliklinikk

Gjennomgangen viste at det var noen få (ni) ikke signerte prøvesvar i poliklinikken.

Gjennomgangen viste videre at det var dokumenter (78) som ikke var godkjent, og dokumenter som enten skulle vært skrevet ut og sendt på papir eller sendt elektronisk.

Konklusjon	Anbefalinger
■	<ul style="list-style-type: none"> • Enheten bør gjennomgå og rydde opp i de få restansene i forhold til signering av prøvesvar, godkjenning av dokumenter, utskrift og utsendelse av dokumenter • Rutinene for oppfølging og kontroll av restanser bør gjennomgås og presiseres

2.6 Samlede vurderinger, konklusjoner og anbefalinger

De pasientadministrative systemene ved OUS er ulike og varierer i forhold til fleksibilitet og i forhold til programmerte kontroller. Dette har igjen betydning for hvor god kunnskap brukerne må ha for å bruke systemene korrekt. Fleksibiliteten påvirker også tilhørende manuelle arbeidsprosesser, herunder kontroller som må gjennomføres for å sikre at data er registrert og behandlet korrekt. Derfor er det for hvert av stegene i prosessen mange viktige forhold som det må tas hensyn til for å sikre at det ikke oppstår feil eller forsinkelser i forhold til pasientforløpet. På grunn av ulike pasientadministrative systemer og ulike muligheter i OUS, vil det også være ulike hensyn en må ta stilling til for å sikre at data er registrert riktig og behandlet korrekt.

Etter konsernrevisjonens vurdering har foretaket en vesentlig utfordring ved at det gjennomgående *ikke* er integrert tilstrekkelige kontroller som gir betryggelse for pålitelig, fullstendig og tidsriktig data- og dokumentflyt gjennom den samlede prosessen.

Det er heller ikke foretatt risikovurdering av hvilke nøkkelkontroller som må være på plass i den totale pasientadministrative prosessen enten den gjennomføres elektronisk eller manuelt. Gjennomgangen har vist at det har forekommet feil og mangler i det pasientadministrative arbeidet i flere av prosessfasene gjennom pasientforløpets vurderingsperiode, ventetid og behandlingsperiode.

Gjennomgangen har videre vist at det er ulikheter i hvordan systemene benyttes og hvilken informasjon som sendes pasient og henvisende instans. Gjennomgangen har også vist at de pasientadministrative systemene i varierende grad benyttes som et verktøy for ledere og medarbeidere til styring og oppfølging av pasientflyten.

Det er utfordringer i alle de fire undersøkte enhetene. Gjennomgangen ved de to somatiske poliklinikkene har vist at det har forekommet feil og mangler i det pasientadministrative arbeidet i alle prosessfasene gjennom pasientforløpet. Når det gjelder de to poliklinikkene i klinikk for psykisk helse og avhengighet er utfordringene ikke like store og utfordringene varierer sammenlignet med de somatiske poliklinikkene.

Vurderingen av funn fra gjennomgangen er oppsummert i tabellen på neste side.

Del av pasientforløpet	Prosessfase	Ortopedisk poliklinikk Ullevål	Nevrokir. poliklinikk Ullevål	Poliklinikk Senter for rus og avhengighet	Josefines DPS
Vurderingsperioden	Mottak av henvisninger	■	■	■	■
	Vurdering av henvisninger	■	■	■	■
Ventetid	Informasjonsbrev	■	■	■	■
	Timeinnkalling/ventelistehåndtering	■	■	■	■
Behandlingsperioden	Utredning, behandling og kontroll	■	■	■	■
Prosessen samlet	Data- og dokumentflyt i prosessen	■	■	■	■

Tabell 2: Vurdering av funn fra gjennomgang av det pasientadministrative arbeidet ved ortopedisk poliklinikk Ullevål, nevrokirurgisk poliklinikk Ullevål, poliklinikk for Senter for rus og avhengighet og Josefines gate DPS.

Som konsekvenser av dette kan bl.a. henvisninger bli vurdert senere enn kravene som er nedfelt i regelverket og styring og kontroll med ventelister kan være mangelfull, herunder bl.a. håndteringen av fristbruddpasienter og kontrollpasienter. Manglende etterlevelse av lovkrav og retningslinjer som gjelder for helseforetakets pasientadministrative arbeid, gir etter konsernrevisjonens en generelt sett for høy risiko for at pasientene ikke kommer til riktig sted til rett tid og at pasient og henvisende instans ikke mottar riktig og fullstendig informasjon.

Konsernrevisjonens samlede konklusjon er at rutinene generelt sett ikke er tilstrekkelige og at gjeldende praksis i det pasientadministrative arbeidet ikke er tilstrekkelig betryggende for å sikre etterlevelse av lovkrav og retningslinjer.

Konsernrevisjonen understreker at det er en gjensidig avhengighet mellom de ulike delene av prosessen både i de pasientadministrative systemene og tilhørende arbeidsprosesser. Derfor er det avgjørende at foretaket ikke avgrenser forbedringstiltak på området til deler av prosessen, men sørger for å se prosessen samlet for å sikre at pasientens rettigheter ivaretas gjennom omsorgsperioden.

Konsernrevisjonens vurdering er at resultatet av gjennomgangene ved de fire utvalgte enhetene i foretaket kan overføres til foretaket som helhet, og det anbefales derfor at dette legges til grunn for et forbedringsarbeid i hele foretaket.

3. Intern styring og kontroll – pasientadministrativt arbeid

3.1 Kort om intern styring/kontroll og overordnede vurderingskriterier

Som vist til i kap 1.4 gis det i kapittel 3 en beskrivelse og vurdering av årsaker til svakheter og mangler i den interne styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet. Denne gjennomgangen vil dermed kunne si noe om hva de bakenforliggende årsakene er til noen av de utfordringene vi har sett i prosessgjennomgangen ovenfor, både for foretaket som helhet og for de enhetene som ble valgt ut i denne gjennomgangen.

I styresak 016-2010 *God virksomhetsstyring og internkontroll i Helse Sør-Øst* fremlagt for styret i Helse Sør-Øst RHF 4. mars 2010, tydeliggjøres det gjennom foretaksmøtene et krav om et helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring gjennom prosesser for intern styring og kontroll. Dette kravet er videreført i styresak 092-2010 gjennom rammeverk for god virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, og ble inntatt i oppdrag og bestilling for 2011 i Helse Sør-Øst. Det forutsettes at risikostyring benyttes som verktøy inn i dette. Styrene i helseforetakene er ansvarlig for å påse at de samlede krav og forventninger kommuniseres og følges opp.

Med *virksomhetsstyring* menes ”prosessene og aktivitetene som OUS gjennomfører for å sette mål og definere oppgaver for å nå målene, å måle resultater mot målene og bruk av informasjonen til å ha styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre virksomheten”.

En effektiv virksomhetsstyring forutsetter at det er etablert en god intern styring og kontroll i virksomheten som kan bidra til å forhindre styringssvikt, feil og mangler. Med *intern styring og kontroll* menes ”prosesser, systemer og rutiner igangsatt av ledelsen og de ansatte for å gi rimelig sikkerhet for at OUS når sine målsettinger innenfor følgende kategorier: *Målrettet og effektiv drift, pålitelig styringsinformasjon og etterlevelse av lover og regler*”.

Et bærende prinsipp er at den interne styringen og kontrollen bør tilpasses den risiko og egenart som gjelder for virksomheten. Å fastsette et tilstrekkelig og hensiktsmessig opplegg for intern styring og kontroll innebærer derfor at det gjennomføres prosesser for å identifisere og håndtere risiko, dvs. risikostyring.

Et helhetlig opplegg for intern styring og kontroll består av 4 sentrale elementer:

1. Styrings- og kontrollmiljø
2. Etablere målsettinger og vurdere risiko
3. Tiltak for å ha styring og kontroll
4. Oppfølging/korrigerings/rapportering

Til grunn for definisjoner og kriterier for å vurdere innholdet i hvert av elementene, ligger anerkjente rammeverk for internkontroll² og helhetlig risikostyring³. Elementene innehar en rekke faktorer (figur 6) som henger innbyrdes sammen og må ses i relasjon til hverandre i arbeidet med

² Intern kontroll – et integrert rammeverk, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO), 1992

³ Helhetlig risikostyring - et integrert rammeverk (COSO ERM), Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO)/Norges Interne Revisorers Forening (NIRF), 2005.

å utvikle og forbedre intern styring og kontroll som ledd i virksomhetsstyringen. Rammeverket ivaretar krav nedfelt i internkontrollforskriften⁴, og har i tillegg økt fokus på styring og ledelse.



Figur 6: Elementer og faktorer i intern styring og kontroll som er undersøkt

Kriteriene som er brukt for å vurdere årsakene til svakhetene i styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet, er ytterligere konkretisert i kapitlene 3.2-3.5, under beskrivelsene for hvert av elementene i rammeverket.

- ▲ Grønn – det kan gis positiv bekreftelse av at tilstanden for intern styring og kontroll vurderes å være tilfredsstillende på tidspunktet for gjennomføringen av revisjonen. Det vurderes ikke å være behov for tiltak.
- ▲ Gul – det er funnet mangler og/eller svakheter ved intern styring og kontroll. Det bør settes i verk tiltak for å utvikle og forbedre området.
- ▲ Rød – det er funnet vesentlige mangler og/eller svakheter ved intern styring og kontroll. Tiltak må settes i verk.

3.2 Styrings- og kontrollmiljø

Styrings- og kontrollmiljøet er grunnforutsetningene for arbeidet med intern styring og kontroll i foretaket. Det danner grunnlaget for de øvrige elementene som inngår i et helhetlig system for intern styring og kontroll, og har således en sterk innvirkning på om arbeidet på dette området blir effektivt og av god kvalitet.

Styrings- og kontrollmiljøet består av flere faktorer, hvorav det i denne revisjonen har vært fokus på:

⁴ Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (FOR.2002-12-20 nr1731)

- Holdninger til styring og kontroll
- Organisering, rolle, ansvars- og oppgavefordeling
- Kompetanse og opplæring

3.2.1 Holdninger til styring og kontroll

3.2.1.1 Vurderingskriterier

Holdningene som ledelsen og de ansatte uttrykker i forhold til å ville ha god styring og kontroll med det pasientadministrative arbeidet, er en viktig forutsetning for effektiv intern styring og kontroll.

Holdningene må tydelig gjenspeiles i kommunikasjonen av målsettinger og krav/rammer som virksomheten skal bygge på.

3.2.1.2 Funn fra gjennomgangen

Gjennomgangen viste at forhold vedrørende arbeidet med kvalitetssikring av ventelistedata, harmonisering av rapportering mot NPR og ryddearbeid i klinikkene har vært oppe til behandling i ledergruppen og i styret for OUS, jf blant annet orienteringssak 118/2011 til styret.

Foretaksledelsen har satt fokus på rydding og kontroll av ventelister i klinikkene for å unngå fristbrudd. Klinikklederne følges månedlig opp av AD vedrørende ventetider og fristbrudd i egne enheter. Videre er det utvidet rapportering og risikovurdering av prioriterte mål og krav hvert tertial i forbindelse med ledelsens gjennomgåelse (LGG).

Program for områdene "Aktivitet, ventelister og organisasjonsstruktur" (AVO) ble etablert og gjennomført i 2010 med et prosjekt på hvert av disse 3 områdene. Målet for programmet var å sikre enhetlig registreringspraksis, gjennomgang og vedlikehold av ventelister og å sikre enhetlig konsistent organisasjonsstruktur i foretaket. Programmet er avsluttet og leveransene fra programmet er overført linja. Arbeidet med å videreutvikle prosedyrer og arbeidsprosesser knyttet til det pasientadministrative arbeidet, som skal bidra til å sikre ivaretagelse av pasientenes rettigheter og behandlingsbehov, er videreført i sentral stab og i klinikkene.

Konsernrevisjonen er av den oppfatning at det er satt fokus på å ha styring og kontroll på deler av det pasientadministrative arbeidet, og da med særlig fokus på oppfølging av ventetider og å unngå fristbrudd for pasienter med rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Konsernrevisjonen er samtidig av den oppfatning at det gjenstår et arbeid med å få en felles innretning på dette arbeidet for foretaket samlet, og at dette må forankres i tilstrekkelig grad i organisasjonen. Dette er nærmere omtalt i etterfølgende punkter i rapporten.

Konklusjon	Anbefalinger
▲	<ul style="list-style-type: none"> • For å styrke holdningene til styring og kontroll med det pasientadministrative arbeidet, anbefales det en felles innretning fra foretaksledelsen, samt at forankringsaktiviteter finner sted på alle nivåer i foretaket

3.2.2 Organisering, rolle-, ansvars- og myndighetsfordeling

3.2.2.1 Vurderingskriterier

Den enkeltes rolle, ansvar og oppgaver innenfor det pasientadministrative arbeidet må være definert og gjort kjent/tilgjengelig. Styringslinjene, oppgavefordelingen og ansvarsområdene må være klare. Prinsipper for hvordan systemet skal benyttes, adresser og systemkontroller er besluttet av foretaket.

3.2.2.2 Funn fra gjennomgangen

Gjennomgangen viste at det er etablert stillings-/funksjonsbeskrivelser for enkelte grupper, men at dette ikke er gjennomgående for hele foretaket. Det fremgår noen beskrivelser av roller, ansvar og oppgaver for den enkelte i forhold til det pasientadministrative arbeidet i prosedyrer og retningslinjer på foretaks- og klinikknivå (nivå 1 og 2 prosedyrer). Videre er det høsten 2011 utarbeidet funksjonsbeskrivelser for ventelisteansvarlige på klinikk-, avdelings- og enhetsnivå.

Gjennom intervjuer fremkom at det er ønskelig med bedre tydeliggjøring av roller, ansvar og oppgaver for den enkelte, i forhold til det pasientadministrative arbeidet, i de reviderte poliklinikkene i Klinikk for kirurgi og nevrofag. I de reviderte poliklinikkene ved Klinikk for Psykisk helse og avhengighet oppleves dette å være tydelig og godt nok forankret.

Gjennomgangen viste at det er ulikheter med hensyn til hvordan PAS/EPJ-systemene brukes i foretaket. Ved ortopedisk poliklinikk og nevrokirurgisk poliklinikk bruker ikke vurderingsansvarlige leger det elektroniske systemet (PasDoc) ved vurdering av henvisninger, men fyller ut et papirbasert vurderingsskjema. Vurderingsskjema benyttes som grunnlag for registrering i systemet av merkantilt personell på dennes ID. Gjennom intervjuer fremheves at systemet ikke oppleves å understøtte oppgaveløsningen i klinikken, og at det derfor er lite hensiktsmessig og effektivt for behandlerne å bruke dette. Ved Josefines gate DPS benytter behandlende personell også papirbasert vurdering av henvisninger, og merkantilt personell registrerer i systemet. Det er etablert manuelle oversikter ("skyggeregnskaper") ved siden av det elektroniske systemet for å holde oversikt over henvisningene og pasientene. Ved Avhengighetspoliklinikken er det etablert full elektronisk behandling og oppfølging av henvisninger og pasientflyt (DIPS). Ved alle de reviderte enhetene er merkantilt personell sentrale i forhold til å følge opp og ha kontroll på ventelistene.

Systemeierrollen i OUS er definert, jf ledermøtesak 27/2010. Systemeiere er gitt operasjonelt faglig ansvar for IKT-tjenestene innenfor eget område og skal fokusere på operasjonelle oppgaver rundt tjenester som er i produksjon. Systemeieransvaret for PAS/EPJ-systemene er lagt til medisinsk direktør. Nettverk for henvisninger, ventelister og fristbrudd og ventelisteansvarlige på klinikk-, avdelings- og enhetsnivå er etablert. Videre er det etablert et EPJ-råd som skal bidra til å sikre utvikling av den elektroniske pasientjournalen i henhold til pasientenes, klinikkens og foretakets behov. Alle enheter skal ha dedikerte superbrukere med kompetanse på de ulike kliniske systemene. Videre er IKT-forum etablert som en arena for informasjons- og erfaringsutveksling på tvers av applikasjoner. Oslo sykehusservice (OSS) og sentral stab har også viktige oppgaver inn mot det pasientadministrative arbeidet.

Gjennom intervjuene fremkom at det er positivt at det er kommet på plass mange felles prosedyrer, men at det er usikkerhet med hensyn til ansvars- og oppgavefordelingen innenfor det pasientadministrative arbeidet i foretaket, og at det i for stor grad blir opp til den enkelte klinikk hvordan arbeidet organiseres og gjennomføres, eksempelvis når det gjelder hvordan systemet med tilhørende arbeidsprosesser skal brukes, samt hvilken kontroll- og oppfølgingsstruktur som skal etableres.

Gjennomgangen viste at organisering og gjennomføring av det pasientadministrative arbeidet er for fragmentert og lite helhetlig i foretaket. Det er mange aktører (Klinikkene og avdelingene, stab i klinikkene, sentral stab, OSS, systemeier, superbrukere, ulike fora/råd, nettverk, IKT-avdeling, Sykehuspartner og leverandører) som har ulike roller og oppgaver inn i dette arbeidet, noe som kan føre til at det oppstår gråsoner mellom de ulike aktørene ved gjennomføring av oppgavene. Det er derfor behov for å utvikle og implementere en helhetlig forvaltningsmodell for PAS/EPJ-systemene som tydeliggjør ansvar, roller og oppgaver knyttet til det pasientadministrative arbeidet både i sentral stab, i linjen (klinikkene), i OSS og i forhold til Sykehuspartner med videre.

Konsernrevisjonen vil påpeke viktigheten av at en slik forvaltningsmodell får en tydelig forankring slik at det etableres en felles forståelse av viktigheten av de fora, funksjoner og arbeidsrutiner som er etablert og er under utvikling, og at dette implementeres på en hensiktsmessig måte i hele organisasjonen.

Konklusjon	Anbefalinger
▲	<ul style="list-style-type: none"> • Det anbefales at foretaket utvikler og implementerer en forvaltningsmodell for PAS/EPJ-systemene, herunder tydeliggjør og forankrer roller, ansvar og oppgaver i forhold til det pasientadministrative arbeidet i hele foretaket. • Det anbefales at foretaket fastsetter prinsipper for hva som skal være praksis for bruk av PAS/EPJ-systemene i klinikkene (papirbasert vs elektronisk bruk).

3.2.3 Kompetanse

3.2.3.1 Vurderingskriterier

I et tilfredsstillende styrings- og kontrollmiljø bør det være definert krav til kompetanse i forhold til ansvar og roller, som sikrer at ledere og medarbeidere har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta sine arbeidsoppgaver på en tilfredsstillende måte.

3.2.3.2 Funn fra gjennomgangen

Ressurser brukt til gjennomføring av opplæring i kliniske systemer ble overført til Sykehuspartner (SP) i forbindelse med tidligere gjennomført omstilling i Helse Sør-Øst (2009). Gjennom intervjuer fremkom at SP har tilbudt kurs for de kliniske systemene, men at dette av ulike grunner ikke har fungert tilfredsstillende. Det fremkom videre at OUS jobber med å bygge opp et eget felles opplæringstilbud i foretaket.

Det har vært gjennomført opplæring av ulike grupper i bruk av PasDoc i forbindelse med innføring av løsningen. Klinikene har etter dette selv tatt ansvar for opplæring gjennom nyansatt opplæring og skulder-ved-skulder opplæring der dette har vært aktuelt. For Avhengighetspoliklinikken som bruker DIPS, har det vært gjennomført opplæring i bruk av systemet ved hjelp av innleid personell fra DIPS ASA. Gjennom intervjuer fremkom at mange savner bedre opplæring i bruk av systemene for å kunne ivareta sine oppgaver på en tilfredsstillende måte, og å utnytte de muligheter som systemene gir for å sikre effektive arbeidsprosesser.

Konsernrevisjonen har ikke sett at det har vært utarbeidet prinsipper i forhold til hvilken kompetanse den enkelte skal ha i forhold til bruk av de pasientadministrative systemene, herunder hvordan systemene kan brukes som et ledelsesverktøy. Gjennomgangen viste at det er

stor risiko for feil eller ulik bruk av systemene og at det derfor er behov for å utvikle standardiserte og tilpassede opplæringsprogrammer.

Konklusjon	Anbefalinger
▲	<ul style="list-style-type: none">• Det anbefales at foretaket iverksetter systematiske opplæringstiltak for å sikre at ledere og medarbeidere har den nødvendige kompetanse til å kunne ivareta sine arbeidsoppgaver og kontrollansvar på en tilfredsstillende måte.

3.3 Mål og vurdering av risiko

Måloppnåelse i forhold til det pasientadministrative arbeidet kan ses i forhold til tre målkategorier:

- Gjennomføring av mål gitt gjennom overordnede styringsdokumenter og tjenesteavtaler, interne fastsatte mål, samt styrevedtak
- Etterlevelse av lov- og regelverk
- Produksjon av pålitelig styringsdata i det pasientadministrative systemet

Målsettingene kan både være en blanding av strategiske/overordnede mål og mer operative mål. Målene må dermed fordeles/eventuelt operasjonaliseres på det enkelte nivå i organisasjonen. For å sikre måloppnåelse på de ulike nivåene i organisasjonen må de ulike enhetene identifisere og vurdere risiko som kan hindre måloppnåelse (en del av arbeidet med risikostyringen). Man vurderer her sannsynlighet for at risikoen skal inntreffe og hvilke konsekvenser det får for måloppnåelse. På bakgrunn av risikovurderingen igangsetter man tiltak for å redusere risikoen på området, det vil si man håndterer/styrer risikoen, slik at man kan nå målsettingene som er fastsatt (mer om tiltak i 3.4).

3.3.1 Vurderingskriterier

For å sikre måloppnåelse er det i denne delen av revisjonen lagt følgende kriterier til grunn:

- Det foreligger en avtale mellom ledernivåene med mål og resultatkrav
- Det er tydelige og klare mål for det pasientadministrative arbeidet
- Målene er operasjonalisert/konkretisert i egne planverk i de ulike enhetene
- Risiko vurderes på det enkelte nivå og aktuelle tiltak iverksettes etter behov

3.3.2 Funn fra gjennomgangen

Når det gjelder mål- og resultatkrav er det utarbeidet generelle lederavtaler med faste målepunkter mellom administrerende direktør og klinikksefene og videre ned til avdelings-, seksjons- og enhetsledernivå i de reviderte enhetene.

Med utgangspunkt i blant annet Strategiske mål for Helse Sør-Øst RHF og Oppdrags- og bestillingsdokumentet er det i 2011 satt styringsparametere på overordnet nivå i forhold til deler av pasientforløpet (fristbrudd, ventetider). Det er imidlertid ikke fastsatt mål for den pasientadministrative prosessen som helhet.

Oppdragsdokument utarbeides for klinikkene og avdelingene med utgangspunkt i Oppdrags- og bestillingsdokument og foretaksprotokoller fra Helse Sør-Øst RHF, samt vedtak fattet av eget

styre. Det er i varierende grad utarbeidet virksomhets-/handlingsplaner for de reviderte enhetene. Opplegg for operasjonalisering av mål og krav og løpende oppfølging av disse er under utvikling i foretaket (2012).

Utvidet rapportering og risikovurdering av prioriterte mål gjøres hvert tertial i forbindelse med ledelsens gjennomgåelse (LGG) i foretaket. Alle klinikker og avdelinger gjennomfører, med utgangspunkt i oppdragsdokument, foretaksprotokoll, fastsatte mål, samt intern strategi- og budsjettprosess, en vurdering av eget ansvarsområde. Som en del av dette arbeidet gjennomføres risikovurdering i forhold til pasientbehandling med særskilt fokus på fristbrudd og ventetider. Ved større omstillinger/endringer gjennomføres risikovurderinger fortløpende.

Konsernrevisjonen kan ikke se at det er foretatt en gjennomgang av risiko i forhold til helheten i det pasientadministrative arbeidet i klinikkene eller på sentralt nivå, som grunnlag for å fastsette og kommunisere riktig kontrollnivå innenfor dette området.

Konklusjon	Anbefalinger
▲	<ul style="list-style-type: none">• Det anbefales at det gjennomgående settes mål- og resultatkrav mellom ledelsesnivåene for den pasientadministrative prosessen som helhet, ettersom denne er en sentral gjennomgripende prosess som berører hele organisasjonen på alle nivåer.• Det anbefales at det gjennomføres risikovurderinger av den pasientadministrative prosessen som helhet og iverksettes aktuelle tiltak på bakgrunn av dette. Dette for å identifisere, vurdere og håndtere både foretaksovergripende, klinikk- og avdelingsvise utfordringer/risikoer.• Det anbefales at det utarbeides virksomhetsplaner/handlingsplaner på de ulike nivåene som tydeliggjør hvilke tiltak som skal prioriteres (med utgangspunkt i risikovurderingene) for å sikre måloppnåelse

3.4 Tiltak for å ha styring og kontroll

God intern styring og kontroll forutsetter at OUS fastsetter og iverksetter tiltak som sikrer at fastsatte mål nås. Tiltak bør være etablert ut fra risiko- og vesentlighetsvurderinger. De bør være tilstrekkelige og virke som forutsatt. I tillegg er det konkrete krav i lover og forskrifter som må dekkes opp gjennom konkrete kontrollaktiviteter i det pasientadministrative system, både i form av systemkontroller og manuelle kontroller.

Kriterier knyttet til vurderinger av tiltak for å ha styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet er her delt inn i forebyggende tiltak, korrigerende tiltak og oppdagende tiltak.

3.4.1 Forebyggende tiltak

3.4.1.1 Vurderingskriterier

Med forebyggende tiltak menes her tiltak som iverksettes for å hindre at feil/mangler oppstår.

- Det er utarbeidet tilstrekkelige prosedyrer og arbeidsbeskrivelser som støtte til registrering av pasientinformasjon i PasDoc/DIPS - og at disse faktisk benyttes

- Fullmakter i forhold til lese- og skriveadgang er i tråd med de ansattes rolle og ansvar

3.4.1.2 Funn fra gjennomgangen

Prosedyrer og arbeidsbeskrivelser

Foretaket benytter dokumentstyringssystemet e-Håndbok som blant annet inneholder prosedyrer for det pasientadministrative arbeidet. En rekke prosedyrer på nivå 1 (foretaksnivå) og nivå 2 (klinikkene) for det pasientadministrative arbeidet ble utarbeidet gjennom AVO-prosjektet (2010). Dette arbeidet er i ettertid videreført i sentral stab og i klinikkene. Videre er det i noen av de reviderte enhetene utarbeidet prosedyrer på lavere nivå i organisasjonen der det er behov for dette. Nye prosedyrer som utarbeides forankres gjennom det etablerte Ventelistenettverket i foretaket.

Brukerhåndbok for PasDoc er utarbeidet og er tilgjengelig på intranettet, tilsvarende er det utarbeidet brukerhåndbok for DIPS.

Gjennomgangen viste at det er utarbeidet flere prosedyrer for det pasientadministrative arbeidet på nivå 1 og 2 som skal bidra til å sikre standardiserte arbeidsprosesser i foretaket. Konsernrevisjonen påpeker viktigheten ved at disse prosedyrene blir tilstrekkelig forankret i foretaket for å sikre en felles forståelse og bruk.


Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen anbefalinger

Tilgangsstyring

Retningslinjer for tildeling, oppfølging og avslutning av tilgangsrettigheter er etablert og det er den enkeltes leders ansvar å sørge for at disse retningslinjene etterleves som forutsatt. Det er etablert en arbeidsdeling med Sykehuspartner som oppretter, endrer og sletter profilene på bakgrunn av melding fra den enkelte leder i foretaket.

Gjennom intervjuer i de reviderte enhetene fremkom at det i en del tilfeller kan være en utfordring å få lederne til å endre og avslutte tilganger til riktig tid, da det ikke er etablert en automatisert løsning for å følge opp dette.

I DIPS foreligger en rapport som gir oversikt over alle inaktive brukere i systemet, jf rapport D-2358. Sykehuspartner har etablert en rutine der de følger opp at ansatte som har sluttet eller gått i permisjon blir slettet som aktive brukere i systemet. Konsernrevisjonen er ikke kjent med at det finnes en tilsvarende rapport i PasDoc som gir oversikt over inaktive brukere, og det har derfor ikke vært mulig å avklare omfanget av dette for de enhetene der dette systemet benyttes.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none"> • Det anbefales at foretaket gjennomgår rutinene for oppfølging og avslutning av tilganger.

3.4.2 Korrigerende tiltak

3.4.2.1 Vurderingskriterier

Med korrigerende tiltak menes ulike former for løpende og oppdagende korrigeringer gjennom hele pasientforløpet for å kunne fange opp og korrigere feil. I denne sammenheng er det sett på

om rutiner for å melde feil, mangler, avvik etc. er etablert, samt om disse benyttes til læring og forbedring i virksomheten i forhold til det pasientadministrative arbeidet

3.4.2.2 Funn fra gjennomgangen

OUS benytter et felles elektronisk melde- og avvikssystem som er en integrert del av sykehusets virksomhetsportal. Det er utarbeidet rutiner for hvilke avvik som skal meldes og hvordan dette skal følges opp. Foretaket har etablert egen kategori for avviksmeldinger knyttet til det pasientadministrative arbeidet (pasientadm/ samhandling), med flere tilhørende underkategorier.

I Klinikk for psykisk helse og avhengighet er det meldt 87 hendelser innenfor denne kategorien i 2011. Tilsvarende tall for Klinikk for kirurgi og nevrofag er 152 hendelser i 2011. For foretaket samlet var det registrert 1150 hendelser.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none">Ingen anbefalinger

3.4.3 Oppdagende tiltak

3.4.3.1 Vurderingskriterier

Med oppdagende tiltak menes kontroller som skal fange opp feil på et tidlig stadium slik at uønskede hendelser i forhold til pasienten ikke oppstår (fange opp hvis henvisning ikke blir vurdert, om pasienten ikke blir innkalt osv).

- Det er etablert informasjons- og rapporteringssystemer som måler graden av måloppnåelse i forhold til det pasientadministrative arbeidet
- Det er etablert kontrollfunksjoner som overvåker status på henvisningsflyt og dokumentflyt i det pasientadministrative system.

3.4.3.2 Funn fra gjennomgangen

Det tas løpende ut data fra ledelsesinformasjonssystemet (LIS) som følger av krav i Oppdrag og bestilling, eksempelvis data for ventetider og fristbrudd og som benyttes i rapporterings- og oppfølgingsarbeidet (ledelses-rapportering).

Det er etablert funksjonalitet i PasDoc for å hente ut ulike typer styringsdata som kan brukes for å sikre god styring og kontroll med den pasientadministrative prosessen. Eksempler er henvisningsliste, kontaktliste, BOS-liste, prøvetakingsliste, ryddeliste. Det er imidlertid ikke gitt overordnede føringer for hvilke rapporter og lister som løpende skal benyttes i kontroll- og oppfølgingsammenheng for å sikre god styring og kontroll med det pasientadministrative arbeidet, ut over det som rapporteres i forhold til ventetider og fristbrudd.

Gjennom intervjuer fremkom at det ikke oppleves å være samsvar mellom tall som hentes ut fra LIS og tilsvarende tall fra PasDoc, der datagrunnlaget er hentet fra. Blant annet fremstår pasientutsatte timer som fristbrudd i rapporterte data fra LIS, mens det i realiteten ikke er det. Dette fører til mye frustrasjoner i enhetene samt mye bruk av ressurser for å avklare innholdet i de rapporterte tallene. Videre bidrar dette til å skape usikkerhet med hensyn til om tallene som rapporteres eksternt og internt er korrekte.

I DIPS er det mulig å ta ut et stort antall rapporter som kan benyttes i kontroll- og oppfølgingssammenheng for å sikre god styring og kontroll. Det er heller ikke her gitt noen overordnede føringer for hvilke rapporter som løpende skal benyttes til oppfølging. Gjennomgangen viste at det er etablert rapporteringssystemer som i noen grad viser måloppnåelse og status på henvisningsflyten. Samtidig er det opp til den enkelte klinikk med underliggende enheter å sikre at det er tilstrekkelig kunnskap om de rapportmuligheter som finnes i de aktuelle systemene (DIPS, PasDoc), samt selv bestemme hvilke av rapportene som skal benyttes. Gjennom intervjuer fremkom at det er varierende kunnskap om hvilke rapportmuligheter som finnes i disse systemene, samt ulik praksis for hvilke av rapportene som faktisk benyttes i kontroll- og oppfølgingssammenheng.

Konklusjon	Anbefalinger
▲	<ul style="list-style-type: none"> • Det anbefales at det på overordnet nivå vurderes etablert måleindikatorer som grunnlag for en helhetlig monitorering av den pasientadministrative prosessen. • Det anbefales at foretaket tydeliggjør hvilke rapporter som skal benyttes for oppfølging og kontroll, frekvens på rapportuttak og hvem som skal ha ansvar for oppfølging • Det anbefales at opplegg for rapportering og uthenting av statistikk- og styringsdata for det pasientadministrative området gjennomgås for å sikre en felles forståelse av dette i foretaket. • Det anbefales tiltak for å styrke ledernes kompetanse på det pasientadministrative arbeidet, slik at de settes i stand til å ivareta sitt kontroll- og oppfølgingsansvar på en tilfredsstillende måte

3.5 Oppfølging og evaluering

Det siste elementet i helhetlig intern styring og kontroll er å følge opp det pasientadministrative arbeidet, vurdere resultater, rapportere resultater og eventuelle avvik, og iverksette korrigerende tiltak ved behov.

3.5.1 Vurderingskriterier

- Det gjennomføres en løpende og systematisk oppfølging av:
 - Resultatet av systemkontroller som gir kontinuerlig overvåking
 - Melde- og avviksrapporteringen
- Ledelsesoppfølging og rapportering
- Frittstående evalueringer og/eller revisjoner av det pasientadministrative arbeidet

3.5.2 Funn fra gjennomgangen

Sentrale styringsparametere/indikatorer som inngår i den ordinære virksomhetsrapporteringen følges opp på foretaksnivå. Gjennomgangen viste videre at det er oppfølging av utvalgte styringsparametre for pasientbehandling i forbindelse med lederrapportering, men det er ikke systematisk og helhetlig oppfølging av hele arbeidsprosessen/arbeidsflyten samlet.

Personell med delegert ansvar for ventelisteføring og oppfølging i klinikkene sjekker ventelistene daglig og rapporterer videre i linjen. Ventelisteansvarlige på klinikknivå har videre et ansvar for å

følge opp ventelistene månedlig og iverksette nødvendige tiltak der det er behov. I tillegg er det etablert en funksjon som venteliste-controller i OSS (aktivitetsdata og analyse) som følger opp og gjør fristbrudd- og ventelistedata tilgjengelig på intranettet for klinikkene. Kontaktperson for HELFO i sentral stab håndterer interne og eksterne henvendelser vedrørende venteliste-håndtering og fristbrudd i foretaket, når fristbrudd har inntruffet og pasienten har kontaktet HELFO.

Det er etablert et system for rapportering av feil og mangler knyttet til det pasientadministrative arbeidet i foretaket, jf pkt 3.4.2.2. Tall fra avvikssystemet vurderes i linjen, i klinikkens kvalitetsutvalg og i forbindelse med tertialrapportering/LGG.

Gjennomgangen viser at det gjennomføres flere manuelle kontroller i linjen, men at det ikke er etablert kontrollfunksjoner som følger opp og overvåker status på henvisnings- og dokumentflyten samlet for den pasientadministrative prosessen..

Konsernrevisjonen har fått opplyst at det i Klinik for psykisk helse og avhengighet er gjennomført egenkontroller innenfor det pasientadministrative arbeidet i 2011. Konsernrevisjonen er ikke kjent med at det er gjennomført tilsvarende egenkontroller/interne revisjoner i Klinik for kirurgi og nevrofag.

Konklusjon	Anbefalinger
▲	<ul style="list-style-type: none"> Det anbefales at linjeledelsen har en systematisk oppfølging og gjennomfører nødvendige tiltak for å sikre etterlevelse av lover og regler, oppnåelse av interne mål, sikre riktig styringsinformasjon m.v.

3.6 Samlede vurderinger, konklusjoner og anbefalinger

En grunnleggende forutsetning for at det pasientadministrative arbeidet fungerer tilfredsstillende er at det er etablert en tilfredsstillende intern styring og kontroll. Med *intern styring og kontroll* menes ”prosesser, systemer og rutiner igangsatt av ledelsen og de ansatte for å gi rimelig sikkerhet for at OUS når sine målsettinger”.

Gjennomgangen har vist at foretaket har mangler og/eller svakheter innenfor flere av områdene som er undersøkt, og hvor det enten bør eller må utvikles tiltak for å forbedre områdene.

Vurderingene av funn fra gjennomgangen er oppsummert i tabellen under:

IK-element	IK-faktor	Vurdering
Styrings- og kontrollmiljø	Holdninger til styring og kontroll	▲
	Organisering, rolle, ansvars- og oppgavefordeling	▲
	Kompetanse og opplæring	▲
Mål og vurdering av risiko	Etablering av målsettinger og risikovurderinger	▲
Tiltak for å ha styring og kontroll	Forebyggende tiltak – prosedyrer og arbeidsbeskrivelser	▲
	Forebyggende tiltak – tilgangsstyring	▲
	Korrigerende tiltak	▲
	Oppdagende tiltak	▲
Oppfølging og evaluering	Oppfølging	▲

Tabell 3: Vurdering av funn fra gjennomgang av intern styring og kontroll knyttet til det pasientadministrative arbeidet

Når det gjelder styrings- og kontrollmiljø er konsernrevisjonens oppfatning at det på et overordnet nivå er fokus på å ha styring og kontroll på deler av det pasientadministrative arbeidet, og da med særlig fokus på oppfølging av ventetider og å unngå fristbrudd for pasienter med rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Konsernrevisjonen er samtidig av den oppfatning at det gjenstår et arbeid med å få en felles innretning på dette arbeidet for foretaket samlet, og at dette må forankres i tilstrekkelig grad ut i organisasjonen.

Gjennomgangen viste at det er behov for å utvikle og implementere en forvaltningsmodell for PAS/EPJ-systemene som tydeliggjør ansvar, roller og oppgaver knyttet til det pasientadministrative arbeidet både i sentral stab, i linjen (klinikkene) og i forhold til Sykehuspartner. Konsernrevisjonen vil påpeke viktigheten av at forvaltningsmodellen får en tydelig forankring slik at det etableres en felles forståelse av viktigheten av de fora, funksjoner og arbeidsrutiner som er etablert og er under utvikling, og at dette implementeres på en hensiktsmessig måte i hele organisasjonen.

Gjennomgangen viste videre at det var utfordringer knyttet til opplæring og kompetanse. Det er behov for utvikling av standardiserte og tilpassede opplæringsprogrammer, for å sikre at ledere og medarbeidere har den nødvendige kompetanse til å kunne ivareta sine arbeidsoppgaver og kontrollansvar på en tilfredsstillende måte. Opplæring bør være obligatorisk før tilgang til systemene gis.

I forhold til formalisering og etablering av målsettinger og bruk av risikostyring som verktøy, viser gjennomgangen at det er utfordringer i forhold til fastsetting av mål- og resultatkrav for den pasientadministrative prosessen som helhet. Utvidet rapportering og risikovurdering av prioriterte mål gjøres hvert tertial i forbindelse med ledelsens gjennomgåelse (LGG) i foretaket, det er imidlertid ikke foretatt en gjennomgang av risiko i forhold til helheten i det pasientadministrative arbeidet i klinikkene eller på sentralt nivå, som grunnlag for å fastsette og kommunisere riktig kontrollnivå innenfor dette området.

Når det ses på tiltak for styring og kontroll er det utfordringer i forhold til tydeliggjøring av hvilke rapporter som skal benyttes for oppfølging og kontroll og hvem som skal følge opp rapportene. Det er videre utfordringer i forhold til etterlevelse av rutiner for oppfølging og avslutning av tilganger. Videre er det utfordringer knyttet til at det oppleves å være manglende samsvar mellom rapporterte styringsdata fra LIS og tilsvarende tall fra underliggende pasientadministrativt system (PasDoc) hvor datagrunnlaget er hentet fra.

Konsernrevisjonens samlede konklusjon er at foretakets interne styring og kontroll innenfor det pasientadministrative arbeidet ikke er tilstrekkelig utviklet.

Konsernrevisjonen understreker at det er en gjensidig avhengighet mellom de ulike elementene i et helhetlig system for intern styring og kontroll. Det er derfor avgjørende at foretaket setter inn tiltak som bidrar til å styrke den interne styring og kontroll på området for foretaket sett under ett.

Konsernrevisjonen anbefaler også her at OUS ser resultatet av gjennomgangen i forhold til foretaket som helhet og legger dette til grunn for det videre forbedringsarbeidet.

4. Informasjonsgrunnlag, saksgang og rapportbehandling

4.1 Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61 (spesialisthelsetjenesteloven)
Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasientrettighetsloven)
Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven)
Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001 nr. 93 (helseforetaksloven)
Forskrift om prioritering av helsetjenesten, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemd av 12. desember 2000 nr. 1208 (prioriteringsforskriften)
Forskrift om intern kontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002
Forskrift om ventelisterregistrering av 7. desember 2000
Forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000
Forskrift om habilitering og rehabilitering av 28. juni 2001
Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-54/2000 Meldeplikt til fylkeslegen om betydelige personskafer – spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 – justeringer av meldeordningen
Helse- og omsorgsdepartementet: Oppdragsdokument for 2010/2011 og 2011/ 2012
Sosial- og helsedirektoratet 2004: Veileder IS-1200/2004: Skjønnsmessig fastsettelse av forventet ventetid for rapportering til Fritt sykehusvalg Norge
Sosial- og helsedirektoratet 2004: Rundskriv IS-12/2004: Lov om pasientrettigheter
Helsedirektoratet (2009): Rundskriv IS-10/2009: Ventelisterapportering til Norsk pasientregister
Helsedirektoratet (2010): Forslag til brevmal til pasientene som svar på vurdering av henvisning til Spesialisthelsetjenesten
Helsedirektoratet (2010); Dine rettigheter i spesialisthelsetjenesten. IS-1182
Helsedirektoratet (2010). Informasjon til pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten
Helsedirektoratet (2010), Ventetider og pasientrettigheter 2010, Norsk Pasientregister
Helsetilsynet (2008): Rapport fra tilsyn med virksomhetens meldeordning i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 ved Sykehuset Asker og Bærum, Kirurgisk avdeling
Helsetilsynet (2011): Årsrapport fra Meldesentralen 2010
Håndtering av avvik og uønskede hendelser, versjon 1 (2009)
Helse Sør-Øst RHF: Protokoller fra foretaksmøter for årene 2007-2010/ 2011
Helse Sør-Øst RHF (2007): Retningslinjer for fullmakter
Helse Sør-Øst RHF: Styresak 108/2008
Helse Sør-Øst RHF: Brev av 22.06.2009 til Helseforetakene: IKT-organisering og operasjonalisering av premissgiverrollen i helseforetakene
Helse Sør-Øst RHF (des. 2010): God virksomhetsstyring, grunnlag for god pasientbehandling
Helse Sør-Øst RHF-styresak 016-2010 Helhetlig virksomhetsstyring (2010)
Oslo universitetssykehus HF: Protokoller fra foretaksmøter for årene 2009-2012
Oslo universitetssykehus HF: Styreprotokoller og dokumenter fra styremøter for 2011-d.d.
Oslo universitetssykehus HF: Utvalg av dokumenter fra foretakets kvalitetssystem
Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til pasientombudskollegiet, datert 04.07.2008
Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene ang. fristbrudd, datert 20.09.2010
Brev fra Helse Sør-Øst til foretakene ang. fristbrudd, datert 22.08.2008 og 06.10.2010

4.2 Gjennomførte samtaler

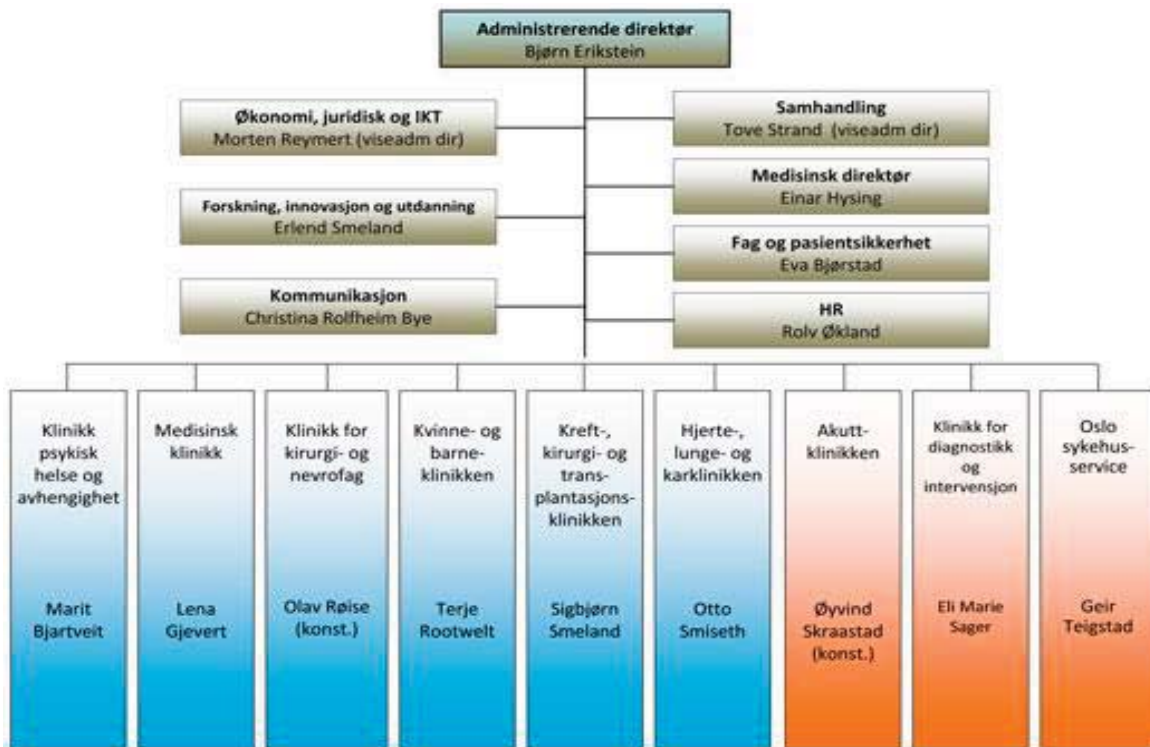
Navn/stiling	
Einar Hysing	Medisinsk direktør og systemeier kliniske systemer
Eva Bjørstad	Direktør, stab fag og pasientsikkerhet
Sølvi Andersen	Leder Seksjon Fag, virksomhetsplanlegging og utvikling, Stab fag og pasientsikkerhet
Anders Baalsrud	Leder Seksjon for pasientsikkerhet, stab fag og pasientsikkerhet
Roar Prydz Christensen	Leder Seksjon risikostyring og internkontroll, stab fag og pasientsikkerhet
Heidi Thorstensen	Leder Seksjon Informasjonssikkerhet, personverneombud, stab fag og pasientsikkerhet
Morten Reymert	Viseadm. direktør for juridisk, økonomi og IKT
Kenneth Solstrand	IKT-direktør
Magnus Weiby	Avdelingsleder, avdeling for kliniske system OSS
Bjørn Helle	Leder for administrative fellesfunksjoner, OSS
Eli Hanna Husby	Spesialrådgiver, avdeling for kliniske system
Sissel Jor	Seksjonsleder, stab økonomi, juridisk og IKT
Michael Bjaanes	Spesialrådgiver, stab fag og pasientsikkerhet (HELFO-kontaktperson)
Cathrine M. Lofthus	Konst. viseadministrerende direktør
Olav Røise	Klinikkleder, klinikk for kirurgi og nevrofag
Marianne Hægh Martiniussen, Bente Børsum Bru	Rådgiver, klinikk for kirurgi og nevrofag Kvalitetsrådgiver, klinikk for kirurgi og nevrofag
Sissel Reinlie	Avd. leder, avd. for nevrokirurgi
Eva Ruud	Pasientkoordinator, avd. for nevrokirurgi
Haldor Slettebø	Vurderingsansvarlig lege, avd. for nevrokirurgi
Jofrid Engeset Moe	Leder inntakskontor, avd. for nevrokirurgi
Lise Knalstad	Sekretær, inntakskontor, avd. for nevrokirurgi
Linn Hellen	Merkantilt ansatt, poliklinikk, avd. for nevrokirurgi
Trine Sand Kaastad	Avdelingsleder, ortopedisk avdeling
Gunn Marit Tobiassen	Seksjonsleder poliklinikk, ortopedisk avdeling
Astrid Berge Olsen Øivind Kvamme	Ventelisteansvarlige avdelingsnivå, ortopedisk avdeling
Kjetil Hvaal, Stein Arne Øvre	Vurderingsansvarlige leger, ortopedisk avdeling
Benthe Hansen	Helsesekretær, poliklinikk, ventelisteansvarlig enhetsnivå, ortopedisk avdeling
Marit Bjartveit	Klinikkleder, klinikk for psykisk helse og avhengighet
Ewa Næss	Fag- og kvalitetsleder, klinikk for psykisk helse og avhengighet
Morten Wolmer	Leder IKT-forum + IKT-ansvarlig i klinikk for psykisk helse og avhengighet
Øystein Kjos	Leder for senter for psykisk helse, lokalsykehusfunksjoner
Britt Vaccaro	Avdelingsleder, Josefinesgate DPS
Inger Selvaag	Seksjonsleder, Josefinesgate DPS
Hilde Røhmer	Ventelisteansvarlig på senter for psykisk helse, lokalsykehusfunksjoner
Anne Beate Sætrang	Leder for senter for rus- og avhengighetsbehandling (nivå 3-leder)
Kari Bussesund	Avd. leder spesialiserte ruspoliklinikker (nivå-4 leder)
Anne Sund	Seksjonsleder avhengighetspoliklinikken (nivå-5 leder)
Jens Steinheim Johannessen	Vurderingsansvarlig lege
Marit Solrud, Trine Lise Johannessen	Ventelisteansvarlige, avhengighetspoliklinikken

4.3 Saksgang og rapportbehandling

Saksgang	Deltaker/Mottaker	Dato
Brev med varsel om revisjon	<ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF Kopi til: <ul style="list-style-type: none"> Styreleder Oslo universitetssykehus HF Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Bente Mikkelsen 	01.09.2010
Oppstartsmøte	<ul style="list-style-type: none"> Klinikkjef, avdelingsledere, seksjonsledere, representanter fra revidert enhet og representanter fra stab/støtte. 	12.01.2012 16.02.2012
Presentasjon av observasjoner fra revisjonen	<ul style="list-style-type: none"> Fagdirektør, klinikkjef, avdelingsledere, seksjonsledere, representanter fra revidert enhet og representanter fra stab/støtte. 	23.03.2012 28.03.2012
Utsendelse av rapportutkast til verifikasjon	<ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør Oslo Universitetssykehus HF 	16.04.2012
Svar på utkast	<ul style="list-style-type: none"> Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst 	26.04.2012
Utsendelse av endelig revisjonsrapport til besvarelse og styrebehandling	<ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF Kopi til: Styret for Oslo universitetssykehus HF Administrerende direktør for Helse Sør-Øst RHF	01.06.2012
Behandling i styret for Oslo Universitetssykehus HF	<ul style="list-style-type: none"> Styret for Oslo universitetssykehus HF 	20.06.2012
Orientering til revisjonskomiteen for Helse Sør-Øst RHF	<ul style="list-style-type: none"> Revisjonskomiteens medlemmer 	Ikke fastsatt
Orientering til styret for Helse Sør-Øst RHF	<ul style="list-style-type: none"> Styret for Helse Sør-Øst RHF 	Ikke fastsatt

Vedlegg - beskrivelse av Oslo Universitetssykehus HF

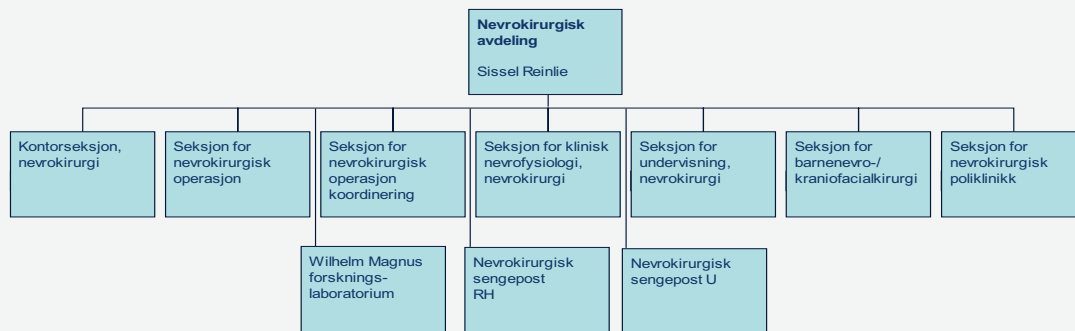
Oslo universitetssykehus har ni klinikker og enheten Oslo sykehusservice som leverer ikke-medisinske tjenester til resten av sykehuset. Sykehuset eies av Helse Sør-Øst og består av de tidligere helseforetakene Aker universitetssykehus, Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus.



Nevrokirurgisk avdeling er en del av Klinikk for kirurgi og nevrofag ved OUS. Avdelingen behandler voksne og barn med akutte hjerne-/hjernehinneblødninger, hjernesvulster, medfødte misdannelser i sentralnervesystemet og degenerative sykdommer og skader i spinalkanalen hvor nervevevet er truet.

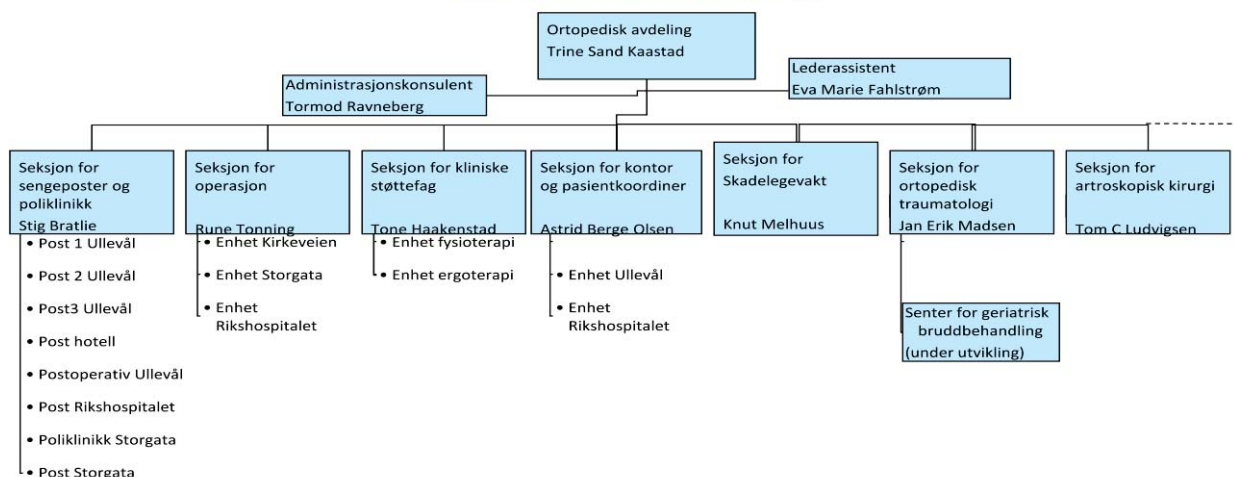
Enheten i Kirkeveien, Ullevål sykehus har regionsansvar for nevrotraumatologi. Enheten i Sognsvannsveien, Rikshospitalet har landsfunksjoner i craniofacial kirurgi, epilepsikirurgi, og behandling av cerebrale vaskulære malformasjoner, i tillegg til flerregionale funksjoner for barnenevrokirurgi og Parkinson-kirurgi.

Organisasjonsstruktur N3-N5 Neurokirurgisk avdeling

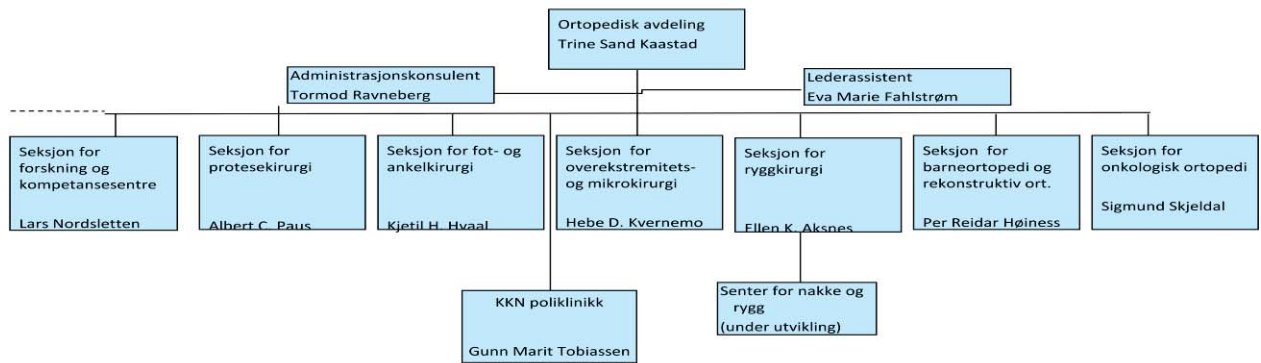


Ortopedisk avdeling er en del av Klinik for kirurgi og nevrofag ved Oslo universitetssykehus. Avdelingens aktiviteter foregår på seks lokalisasjoner. Avdelingen har skadelegevakt, storbysykehusfunksjoner, regions- og landsfunksjoner innen ortopedi.

Ortopedisk avdeling



Ortopedisk avdeling



Klinikk for kirurgi og nevrofag

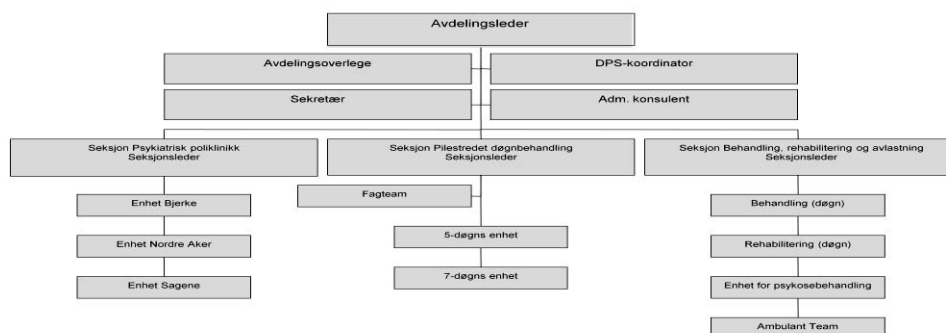
Josefinesgate DPS gir spesialisthelsetjenestetilbud innen psykisk helsevern til innbyggere i bydelene Sagene, Nordre Aker og Bjerke.

Josefinesgate DPS er inndelt i tre seksjoner:

- Seksjon Psykiatrisk poliklinikk, Josefinesgate 30
- Seksjon Behandling, rehabilitering og avlastning, Geitmyrsveien 67
- Seksjon Pilestredet døgntilbud, Pilestredet 77

DPSen tilbyr utredning og diagnostisering, poliklinisk behandling individuelt eller i gruppe, medikamentell behandling, ambulant oppfølging, krisehjelp, rehabilitering og individuelt tilpasset døgntilbud.

Josefinesgate DPS Organisasjonskart 01.01.2011



Lederteam

Fagråd

Brukerråd

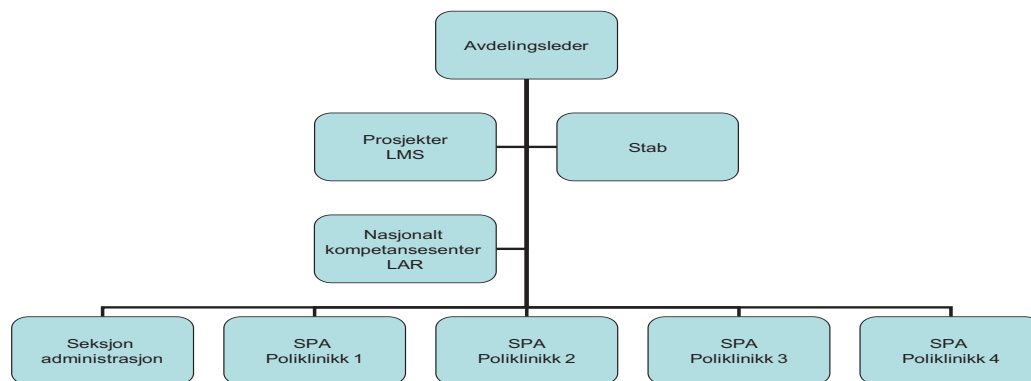
Kvalitetsråd

HMS

Inntaksmøter

Avdeling spesialiserte ruspoliklinikker har ansvar for spesialisert utredning og poliklinisk behandling. Avdelingen består av flere kliniske enheter med ansvar for spesialisert utredning og behandling av pasienter med avhengighet av rusmidler og anabole androgene steroider. Det gis også tilbud til pårørende av rusavhengige. Avdelingen behandler også henvisninger til legemiddelassistert substitusjonsbehandling av opiatavhengige i Oslo.

Avdelingen har funksjon som regionsenter med ansvar for å godkjenne oppstart av Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i tidligere Helse Øst, samt ansvar for veiledning og opplæring til samarbeidspartnere, spesielt fastleger og sosialtjeneste. Avdeling spesialiserte ruspoliklinikker har funksjon som et nasjonalt kompetansesenter og arrangerer bl.a. nasjonale møter, konferanser og gjennomfører en årlig statusundersøkelse i samarbeid med SERAF. Avdelingen har en sentral rolle som rådgiver overfor regionalt helseforetak og direktorat. Avdelingen er tverrfaglig bemannet.



Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. juni 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

**SAK 49/2012 BESTILLING AV NYTT ØKONOMI- OG
LOGISTIKKSYSTEM**

Forslag til vedtak:

- 1. Oslo universitetssykehus HF er positiv til at det etableres en regional løsning for økonomi- og logistikksystem i Helse Sør-Øst.*
- 2. Styret ber administrerende direktør i samråd med styreleder å gå i dialog med Helse Sør-Øst RHF med hensyn på å dekke Oslo universitetssykehus HF sine behov for systemer innenfor økonomi, innkjøp og logistikk.*

Oslo, den 13. juni 2012

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Oslo universitetssykehus HF har ikke et enhetlig økonomi- og logistikksystem i dag. Manglene er primært knyttet til innkjøps- og logistikkområdet hvor foretaket fortsatt har tre ulike systemer.

Regional anskaffelse av økonomi- og logistikksystem er varslet som sak på foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF 20. juni (etter styremøtet i Oslo universitetssykehus HF). I foretaksmøtet forventes det presisert at helseforetak som skal ha nytt økonomi- og logistikksystem skal foreta avrop på den regionale avtalen når den er inngått. Det forventes også presisert at dersom et helseforetak har behov for vesentlige endringer/oppgraderinger i eksisterende systemer i påvente av at regional løsning kommer på plass, skal dette godkjennes av Helse Sør-Øst RHF først.

2. Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør er i utgangspunktet positiv til at det etableres en regional løsning for økonomi og logistikk i Helse Sør-Øst RHF.

Administrerende direktør konstaterer at den nåværende økonomi- og logistikk-løsningen samlet i Oslo universitetssykehus HF har mangler og er ressurskrevende, først og fremst knyttet til at det er tre ulike innkjøps- og logistikk-løsninger. Løsning på dette krever en ny anskaffelse.

Anskaffelse av nytt økonomi og logistikksystem er satt på dagsorden for foretaksmøtet 20. juni i Oslo universitetssykehus HF som vil finne sted etter styremøtet. Administrerende direktør foreslår at Oslo universitetssykehus HF med utgangspunkt i protokollen fra nevnte foretaksmøte går i dialog med Helse Sør-Øst RHF for å sikre foretakets behov.

I vurderingene må det tas hensyn til at den regionale løsningens omfang og kostnadsbilde. Samtidig må det hensyntas at det vil bli arbeidet med en rekke store IKT-prosjekter på klinisk side de nærmeste årene i Oslo universitetssykehus HF. Dette vil ha konsekvenser for både foretaksgruppens finansieringsevne, Sykehuspartner IKTs leveringsevne samt eget foretaks endringskapasitet.

3. Bakgrunn og faktagrunnlag

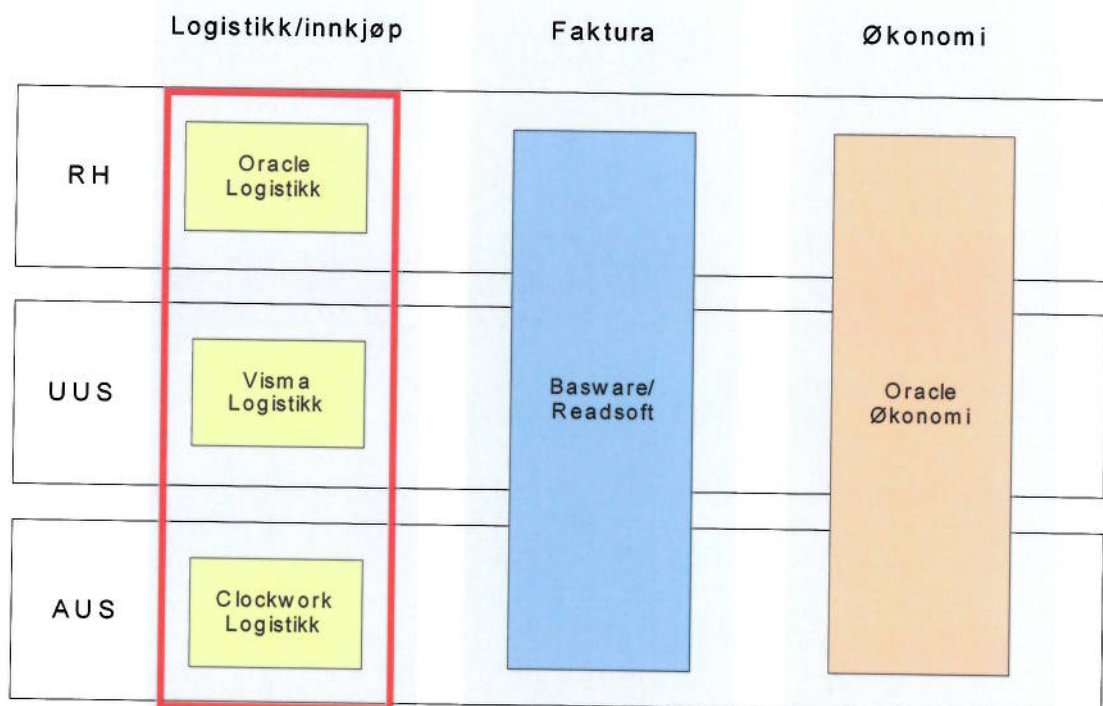
3.1 Status vedr økonomi og logistikk system i Oslo universitetssykehus HF

De tre tidligere helseforetakene Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF hadde ulike løsninger innen økonomi og logistikk ved sammenslåingen. Etter fusjonen 1.1.2009 har det blitt gjennomført ulike tiltak på økonomiområdet for å understøtte at de tre tidligere sykehusene skal fungere som ett foretak. Av større tiltak kan nevnes konsolidering til Oracle eBS som felles økonomiløsning med utgangspunkt i Rikshospitalets eksisterende løsning. Konsolideringen av økonomiløsningen ble gjort innenfor rammen av eksisterende programvarelisenser.

Konsolideringen av løsningene innenfor logistikk og fakturahåndtering ble utsatt i påvente av anskaffelse av felles nasjonal løsning innen økonomi og logistikk i regi av Nasjonalt program for stabs- og støttefunksjoner (NPSS LØ).

NPSS LØ inngikk rammeavtale med IBM for leveranse av SAP/Basware høsten 2010, og Oslo universitetssykehus HF gjorde i juni 2011 et avrop på rammeavtalen på lisenser for Basware Invoice som felles fakturaløsning. Innføringen av Basware Invoice som felles fakturaløsning er ikke ferdigstilt ettersom Sykehuspartner IKT ikke har prioritert å gjøre løsningen tilgjengelig i hele Oslo universitetssykehus HF. Helse Sør-Øst RHF har imidlertid bedt Sykehuspartner sette i gang innføring av nytt fakturasystem i henhold til intern plan, og forventningen er dermed at Basware skal være tilgjengelig for alle brukere og lokalisasjoner i Oslo universitetssykehus HF i løpet av 2012.

Figuren viser den forventede systemporteføljen for økonomi-, innkjøp og logistikkområdet ved utgangen av 2012. Områdene som da har behov for harmonisering befinner seg innenfor det røde rektangelet.



Figur 1. Systemlandskap på økonomi, innkjøp og logistikkområdet

Dagens situasjon med ulike løsninger for logistikk oppleves som ressurskrevende, og gjør det vanskelig å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak. Samtidig vurderes driftssituasjonen ved løsningen som brukes ved Ullevål sykehus som meget krevende, og sannsynligheten for at løsningen skal bryte sammen har økt den siste tiden. Risikoen er knyttet til at Ullevål sykehus sin løsning ikke lenger supporteres, og at det finnes lite kompetanse både i eget foretak og hos Sykehuspartner på løsningen. Oslo universitetssykehus HF kan derfor komme i en

situasjon der dagens løsning bryter sammen før ny regional løsning er klar til å innføres, og må handle ut fra dette.

Etablering av ny storbylegevakt ved Ullevål sykehus medfører at bygningen som huser sykehusets sentrallager må rives. Dette gjør at logistikken ved Ullevål sykehus må legges om slik at varene leveres direkte fra regionalt forsyningscenter og eksterne leverandører. Logistikk løsningen som er installert ved Ullevål sykehus i dag støtter ikke prosessene som er nødvendige for å implementere nye logistikkprosesser, og følgelig kan heller ikke det nevnte byggeprosjektet startes før en ny løsning er på plass.

Oslo universitetssykehus HF har estimert at en harmonisering av innkjøp- og logistikk løsningene kan gjøres for en kostnad i størrelsesorden opp mot 10 millioner kroner. Ettersom den nasjonale rammeavtalen med IBM i regi av NPSS LØ ble avbestilt høsten 2011, startet Oslo universitetssykehus HF utarbeidelse av et konkurransegrunnlag slik at det kunne gjennomføres nødvendige anskaffelser for etablering av en felles løsning på innkjøp og logistikkområdet. Konkurransegrunnlaget var klart våren 2012. I mellomtiden hadde imidlertid Helse Sør-Øst RHF utarbeidet en strategi som impliserer at det kun skal gjennomføres regionale anskaffelser for etablering av regionale løsninger på dette området. Konsekvensen er at den planlagte anskaffelsen for Oslo universitetssykehus HF ikke så langt er videreført.

3.2 Nærmere om den regionale anskaffelsen av nytt økonomi- og logistikk system

Helse Sør-Øst RHF har i styresak 028-2012 gjort rede for vurderingene som ligger til grunn for beslutningen om å gjennomføre en regional anskaffelse. Sentrale problemstillinger har vært å understøtte umiddelbare behov ved Sykehuset Østfold HF, Sykehuspartner og Oslo universitetssykehus HF for nye systemløsninger.

I korte trekk anbefales det å gjennomføre en regional anskaffelse ettersom dette er vurdert å gi mer positiv kost/nytte enn om hvert foretak skulle anskaffe og implementere hver sine løsninger. Samtidig legges det vekt på at den regionale anskaffelsen skal reflektere erfaringene fra NPSS LØ slik at en vellykket gjennomføring sikres.

For å redusere risikoeksponeringen legger styresak 028-2012 til grunn bruk av rammeavtale som en forutsetning i arbeidet med anskaffelsesstrategi. En slik tilnærming ble vurdert som mest riktig i en periode med knappe investeringsmidler og vanskelige prioriteringer blant behovene for investeringer, da dette innebærer at det må utvises forsiktighet med forpliktelsesomfanget i de kommende årene.

I etterkant av styrebehandlingen i april er det etablert et prosjekt for den regionale anskaffelsen. Oslo universitetssykehus HF er representert i styringsgruppen for det regionale prosjektet og er bedt om å bidra med ressurser til prosjektet.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. juni 2012

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg:

SAK 50/2012 PRESENTASJON AV KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG

I møte vil det bli gitt en presentasjon av Klinikk for kirurgi og nevrofag.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 13. juni 2012

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. juni 2012

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg: Brev av 16.5 til Oslo kommune fra Oslo universitetssykehus HF

SAK 51/2012 INTENSJONSAVTALE OM FORBEREDELSE AV STORBYLEGEVAKT PÅ ULLEVÅL SYKEHUS

Forslag til vedtak:

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå en intensjonsavtale med Oslo kommune vedrørende bygging av ny storbylegevakt på Ullevål sykehus.

Oslo, den 13. juni 2012

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Oslo kommune ønsker å bygge ny storbylegevakt og avvikle den nåværende legevakten i Storgata. I dialog mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus er tomt for ny storbylegevakt utpekt i det området som ligger mellom Kirkeveien og Nordre gravlund på Ullevål sykehus. Utgangspunktet for helseforetaket har vært at den planlagte etableringen vil berøre foretakets skadelegevakt som nå er samlokalisert med den kommunale legevakten. Videre har Oslo kommune ønsket å legge storbylegevakten i nærheten av foretakets akuttfunksjoner som etter gjeldende planer vil være konsentrert på Ullevål sykehus. Oslo universitetssykehus har på sin side ønsket å videreføre samlokaliseringen mellom den kommunale legevakten og skadelegevakten samt å bidra til at disse kan lokaliseres i nærheten av foretakets akuttfunksjoner. På denne bakgrunn har Oslo universitetssykehus også bidratt aktivt i å utrede en egnet lokalisering på sykehusets tomter på Ullevål sykehus.

Styret ble i desember 2011 (sak 149/2011) orientert om at det er utarbeidet et ukast til intensjonsavtale om innhold (på funksjonsnivå), tomteoverdragelse og en løsning for flytting av kjøkken/sentrallager. Med fokus på å sikre at helseforetakets interesser ivaretas på en god måte, angir avtalen premissene for senere avtaler mellom partene, lokalisering av bygget, foretakets funksjonsbehov, fremdrift, samarbeid/organisering og prinsippene for fastsettelse av vederlag mellom partene. Styret orienteres her om at foretaket har til hensikt å inngå denne intensjonsavtalen med Oslo kommune og belyser i denne sak de viktigste hovedelementene.

2. Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør mener at bygging av ny storbylegevakt på Ullevål sykehus er en god løsning og et viktig tiltak som kan løse kapasitetsutfordringen framover både for kommunen og for helseforetaket. Den nye storbylegevakten vil bidra til å samle funksjoner og åpne opp for nye og mer fleksibel utnyttelse av personell og bygningsressurser.

Administrerende direktør ber om fullmakt fra styret til å inngå en intensjonsavtale med Oslo kommune om etablering av storbylegevakten. Endelig avtale med Oslo kommune om storbylegevakten, som også regulerer de økonomiske forpliktelsene for Oslo universitetssykehus HF, vil på et senere tidspunkt bli forelagt styret for godkjenning.

3. Funksjon og arealkrav

Tilbudet ved dagens legevakt i Storgata 40 ytes i samarbeid mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus. Kommunen eier lokalene og foretaket leier. Helseforetakets tilbud består i skadelegevakt (110 000 konsultasjoner per år), ortopedisk poliklinikk, ortopedisk elektiv operasjonsvirksomhet med femdøgnspost (seksjoner for håndkirurgi, fot/ankel, arthroskopi og traumebehandling) og psykiatrisk legevakt. I tillegg ligger ambulansestasjonen på samme område, men denne funksjonen berøres ikke i denne saken.

Kommunens tilbud består i allmennlegevakt (90 000 konsultasjoner per år), psykososiale tjenester, observasjonspost og legevaktsentral for telefonhenvendelser og sykebesøk. Omorganiseringen av sykehusene i Oslo har

medført økt press på eksisterende legevakt. Kommunen ser videre at dagens situasjon i Storgata ikke vil kunne dekke behovet for et døgnåpent akutt helsetilbud i forhold til den befolkningsøkning som er forventet i hovedstaden. Av denne grunn har Oslo kommune behov for å realisere Storbylegevakten så raskt som mulig.

Foretaket har arbeidet videre med å avklare hvilke sykehusfunksjoner som med fordel kan samlokaliseres med Storbylegevakten. Med unntak av ambulansestasjonen (det er forutsatt at ambulansene vil benytte eksisterende ambulansebase på Ullevål), planlegger sykehuset å videreføre dagens funksjoner i legevakten til ny storbylegevakt, dog justert for befolkningsutviklingen. I tillegg ønsker sykehuset at rusakuttmottak med sengeplasser, AMK – sentral, arealer for diagnostikk og FOU samt et begrenset, fleksibelt areal til spesialistpoliklinikk legges til storbylegevakten.

I henhold til prognostisert befolkningsutvikling, vil arealbehovet for disse funksjoner utgjøre om lag 5000 kvm (nettoareal). I tillegg kommer kontorer og oppholdsrom for personalet etc. Det forutsettes videre en forholdsmessig fordeling av fellesarealer som resepsjon, ventearer, triage-arealer og ambulanshall, samt tekniske rom/arealer og parkering. Endelige arealbehov vil klargjøres i den videre prosjekteringen og sees i sammenheng med øvrige virksomhets- og arealplaner ved Oslo universitetssykehus.

4. Prinsipper for vederlag for lokaler

I forbindelse med diskusjon om prinsippene for fastsettelse av vederlag mellom partene, har det i arbeidet med et bygg som skal huse både den kommunale allmennlegevakt og foretakets skadelegevakt, vært lagt til grunn kommunal finansiering gjennom rammetildelig.

Begge parter har vurdert tre alternative modeller for finansiering av ny storbylegevakt:

1. Staten/foretaket bygger og eier, Oslo kommune inngår leiekontrakt for arealer til legevakten.
2. Staten/foretaket og Oslo kommune stifter et felles utbyggingsselskap som bygger og eier, og som deretter inngår leiekontrakter med foretaket og Oslo kommune.
3. Oslo kommune bygger og eier, foretaket inngår leiekontrakt for sine arealer i bygningen.

Alternativ 1 og varianter av alternativ 2 vil kreve en finansiering av bygget fra Oslo universitetssykehus. Ved alternativ 3, hvor Oslo kommune står for finansiering av prosjektet og leier ut til helseforetaket etter avtale, vil en husleie kunne inngå i foretakets ordinære drift.

Sykehuset har ikke sett ”1” som et mulig alternativ da finansiering av dette prosjektet ikke inngår i noen foreliggende finansieringsplan verken for Oslo

universitetssykehus eller Helse Sør-Øst RHF. Helseforetakene er underlagt begrensninger når det gjelder kapitalanskaffelser. I realiteten medfører dette at eventuell finansiering av et slikt bygg vil fortrenge finansiering av planlagte sykehusutbygginger for Oslo universitetssykehus eller for andre helseforetak i helseregionen. Samme innvendinger vil i stor grad gjelde for alternativ 2.

Av denne grunn mener Oslo universitetssykehus at det vil være mest aktuelt å gå videre med alternativ 3. Alternativet er i tråd med dagens situasjon i Storgata 40 og er på dette tidspunkt mest realistisk dersom prosjektet skal kunne realiseres innen de tidsfrister kommunen arbeider etter. Det vises til vedlagte brev av 16. mai 2012 som ble utarbeidet i samråd med Helse Sør-Øst RHF og sendt Oslo kommune i sakens anledning.

Ved alternativ 3 skal det inngås en leieavtale hvor sykehuset betaler for sine arealer i henhold til selvkostprinsippet. Leieavtalene må ligge innenfor de begrensninger sykehuset har med hensyn til å inngå finansielle leieavtaler etter helseforetaksloven og retningslinjer gitt i medhold av dette.

5. Vederlag for byggetomten

Med et ønske om å plassere storbylegevakten i tilknytning til akuttmottaket på Ullevål sykehus, har Oslo kommune gjennomført en mulighetsstudie for utnyttelse av dette området. De utvalgte tomter benyttes i dag til parkering for ansatte samt kontorlokaler i midlertidig oppsatte brakker (*tomt 47/ 325, 47/326*). Anbefalte alternativ for etablering av ny Storbylegevakt berører også tomten som i dag huser Sentralkjøkkenet og sentrallageret på Ullevål sykehus (*tomt 47/327*). Denne løsningen forutsetter at nåværende bygg som huser disse funksjonene rives og at funksjonene retableres et annet sted. Oslo kommune vil bidra til å kompensere for bortfall av funksjoner og parkeringsplasser.

Tomtene gnr/bnr 47/325, 47/326 og 47/328 skal overføres fra foretaket til Oslo kommune, eventuelt i kombinasjon med makeskifte av tomter Oslo kommune eier i tilknytning til Ullevål sykehus. Det forhandles om detaljene.

6. Fremdrift

Oslo kommune har behov for å realisere Storbylegevakten innen 2016. For å klare det må oppstart være senest første halvår 2014. Dette forutsetter at arbeidet med å retablere sykehusets funksjoner på utpekt område må settes i gang i begynnelsen av 2013.

Det er planlagt at bystyret skal behandle saken i oktober 2012. Det betyr at dersom Oslo kommune skal ha nødvendig rom for å forberede saken, må en signert intensjonsavtale være på plass i begynnelsen av august.

Oslo kommune
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester
Rådhuset 0037 Oslo

Vår ref.: 2011/1645

Deres ref.:

Saksbeh.: Geir Teigstad

Dato: 16.5.2012

Sak: Etablering av ny storbylegevakt i Oslo

Det vises til pågående prosess om etablering av ny storbylegevakt i Oslo, herunder foreliggende forprosjekt og diverse møter mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF.

Oslo kommune har siden høsten 2010 arbeidet med planlegging av en ny storbylegevakt i Oslo. Oslo universitetssykehus HF har deltatt aktivt i dette arbeidet. Utgangspunktet for helseforetaket har vært at den planlagte etableringen av en ny storbylegevakt vil berøre foretakets skadelegevakt som nå er samlokalisert med den kommunale legevakten. Videre har Oslo kommune ønsket å legge storbylegevakten i nærheten av foretakets akutfunksjoner som etter gjeldende planer vil være konsentrert på Ullevål sykehus. Oslo universitetssykehus HF har på sin side ønsket å videreføre samlokaliseringen mellom den kommunale legevakten og skadelegevakten samt å bidra til at disse kan lokaliseres i nærheten av foretakets akutfunksjoner. På denne bakgrunn har Oslo universitetssykehus HF også bidratt aktivt i å utrede en egnet lokalisering på sykehusets tomter på Ullevål sykehus.

I arbeidet med et bygg som skal huse både den kommunale legevakten og foretakets skadelegevakt har det til vært lagt til grunn finansiering gjennom kommunal tildeling. Oslo kommune henvendte seg imidlertid i april 2012 (jf e-post fra Prosjektleder av 21. mars 2012) til Oslo universitetssykehus HF og ba foretaket bidra med å vurdere tre alternative modeller for finansiering av ny storbylegevakt. I en ekstern utredning av 30. mars 2012 ble grunnlaget for disse utdypet nærmere. De tre alternativene som var ønsket vurdert var:

- a. Oslo universitetssykehus HF bygger og eier, Oslo kommune inngår leiekontrakt for arealer til legevakten.
- b. Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune stifter et felles utbyggingselskap som bygger og eier, og som deretter inngår leiekontrakter med Oslo universitetssykehus HF US og Oslo kommune.
- c. Oslo kommune bygger og eier, Oslo universitetssykehus HF inngår leiekontrakt for sine arealer i bygningen.

Som det fremgår ovenfor vil alternativ a og varianter av alternativ b kreve en finansiering av bygget fra Oslo universitetssykehus HF. Ved alternativ c, hvor Oslo kommune står for finansiering av prosjektet og leier ut til helseforetaket etter avtale, vil en husleie kunne inngå i foretakets ordinære drift.

Oslo kommune har bedt om en vurdering av disse alternativene medio mai.

Med den korte tid som har vært til rådighet har det vært begrenset mulighet til å vurdere alle sider ved de foreslåtte alternative finansieringsformene. Med utgangspunkt i de vurderingene som er gjort så langt er det imidlertid vanskelig å se noen mulighet for alternativ a, dvs at Oslo universitetssykehus HF finansierer oppføring av bygget. Finansiering av dette prosjektet inngår ikke i noen foreliggende finansieringsplan verken for Oslo universitetssykehus HF eller Helse Sør-Øst RHF. Videre må det tas utgangspunkt i at helseforetakene er underlagt begrensninger når det gjelder kapitalanskaffelser. I realiteten medfører dette at eventuell finansiering av et slikt bygg vil fortrenge finansiering av planlagte sykehusutbygginger for Oslo universitetssykehus HF eller for andre helseforetak i helseregionen.


Samme innvendinger vil i stor grad være gjeldende for alternativ b. Dette gjelder direkte dersom det er egenkapital som forutsettes skutt inn. Dersom alternativ b) baseres på fremmedkapital (banklån) vil også liknende problemstilling kunne være aktuell. Foretaket har ikke anledning til å låne eksternt (utenom Helse Sør-Øst RHF) og heller ikke anledning til å gå inn på arrangementer som kan oppfattes som omgåelse av denne begrensningen. En vil i denne sammenheng kunne komme opp i et grenseland inn mot finansiell leasing.

På denne bakgrunn vil det eneste aktuelle alternativ fra Oslo universitetssykehus sin side være å gå videre med alternativ c, et alternativ som for helseforetakets del vil være mer i tråd med dagens situasjon i Storgata 40.

Oslo universitetssykehus HF understreker sykehusets behov for areal i tilknytning til en storbylegevakt og vi anser en utbygging av ny storbylegevakt på Ullevålområdet som en god løsning og et viktig tiltak som kan løse kapasitetsutfordringen framover, bidra til å samle funksjoner og åpne opp for nye og mer fleksibel utnyttelse av personell og bygningsressurser.

Oslo universitetssykehus HF vil avslutningsvis understreke at helseforetaket ønsker å videreføre det nære samarbeidet med Oslo kommunes legevakt i en ny storbylegevakt, og at helseforetaket dermed har som intensjon å bli leietaker i det nye legevaktsbygget. Det tas sikte på å legge fram resultatet av det pågående arbeidet med intensjonsavtale mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF om en storbylegevakt i styremøte i Oslo universitetssykehus HF den 20. juni.

Med vennlig hilsen


Bjørn Erikstein
Adm. direktør
Oslo Universitetssykehus HF


Morten Reymert
Viseadm. direktør

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. juni 2012

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg:

SAK 52/2012 MØTEPLAN FOR STYRET 2013

Forslag til vedtak:

Styret vedtok følgende møteplan for 2013:

Onsdag 13. februar 2013	Styreseminar	17-21
Torsdag 14. februar 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 25. april 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 27. juni 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 26. september 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 31. oktober 2013	Styremøte	8-14
	Styreseminar	14-19
Torsdag 19. desember 2013	Styremøte	8-14
<i>Reservetider:</i>		
Torsdag 30. mai 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 28. november 2013	Styremøte	8-14

Oslo, den 13. juni 2012

Bjørn Erikstein

Forslag til møteplan for 2013 tar utgangspunkt i at styrets møter bør legges slik at styret kan behandle årlige saker til rett tid og raskt etter at behandlingsgrunnlaget er på plass. Dette gjelder for eksempel årlig melding og årets oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF i februar, årsoppgjør i april, budsjett i desember etc.

Det er en målsetning at styret får oppdaterte og kommenterte resultater fra virksomheten til sine møter. For å oppnå dette, uten ettersendelser, bør styremøtene legges til slutten av måneden i perioden fra den 25. til den 31. En ytterligere fordel ved at styret behandler resultatene fra virksomheten raskt og før månedsskifte er at det gir bedre sammenheng med oppfølgingen av virksomheten i Oslo universitetssykehus HF fra Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.

Dersom styremøtene legges til torsdag eller fredag vil det gi mulighet for å fremlegge viktige saker i foretakets ledermøter før utsendelse.

Det er lagt opp til seks møter. I tillegg foreslås det at det reserveres to møtetidspunkter som kan brukes om det er behov.

Klokketid for oppstart og slutt av møtene vil som hovedregel være 08.00 – 14.00 med mindre annet framgår av innkallingen.

I styrets arbeid skal det gjøres plass til seminar hvor styret mer uformelt kan drøfte utvalgte tema. Styret skal også ha anledning til å gjennomføre egenvurdering av styrearbeidet.

Det foreslås følgende tidspunkter for møtene i 2013:

Dato	Samling	Tidspunkt
Onsdag 13. februar 2013	Styreseminar	17-21
Torsdag 14. februar 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 25. april 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 27. juni 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 26. september 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 31. oktober 2013	Styremøte	8-14
	Styreseminar	14-19
Torsdag 19. desember 2013	Styremøte	8-14
<i>Reservetider:</i>		
Torsdag 30. mai 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 28. november 2013	Styremøte	8-14

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. juni 2012

Saksbehandler: HR-direktør

Vedlegg: Etske retningslinjer fra Helse Sør-Øst RHF

SAK 53/2012 IMPLEMENTERING AV ETISKE RETNINGSLINJER FRA HELSE SØR-ØST VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak:

Styret vedtar at de fremlagte etiske retningslinjene for Helse Sør-Øst RHF skal gjelde for Oslo universitetssykehus HF.

Oslo den 13. juni 2012

Bjørn Erikstein

I brev av 6. mars 2012 fra Helse Sør-Øst RHF til Oslo universitetssykehus ble det informert om følgende styrevedtak i det regionale foretaket:

- 1. Styret slutter seg til de framlagte etiske retningslinjene for Helse Sør-Øst som gjøres gjeldende fra 16.02.12.*
- 2. Retningslinjene oversendes helseforetakene for styrebehandling og videre oppfølging og implementering.*
- 3. Administrerende direktør gis ansvar for jevnlig revisjon av de etiske retningslinjene og får fullmakt til mindre justeringer.*
- 4. Retningslinjene offentliggjøres på det regionale helseforetakets hjemmeside.*

Med dette legges de vedlagte etiske retningslinjene for Helse Sør-Øst RHF frem for styret med forslag om at de gjøres gjeldende for Oslo universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. juni 2012

Saksbehandler: Leder direktørens kontor

Vedlegg: Utkast til møteprotokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 24. mai 2012
Utkast til referat fra brukerutvalgets møte 4. mai

SAK 54/2012 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

Følgende legges frem til orientering:

1. Rikets tilstand
2. Drift
 - IKT-problemer i uke 23
3. Utvikling
 - Overordnet strategi for Oslo universitetssykehus 2013-2018
4. Forskning
5. Pasientsikkerhet
 - Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-3 - nytt: meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fra 1. juli 2012
6. Rettstvister – status per d.d.
7. Eiendom
 - Orientering om status for salg av eiendommer i Bærum kommune: Lindelia 41-51, Vallerveien 146
8. Mediebildet mai og 10. juni 2012
9. Referater
 - Utkast til møteprotokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 24. mai
 - Utkast til referat fra brukerutvalgets møte 4. mai (utrykt vedlegg)

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 13. juni 2012

Bjørn Erikstein

1. Rikets tilstand

Det er nettopp avsluttet møter med ledelsens gjennomgang – 1- tertial som er en 3 timers gjennomgang med ledergruppene i hver av våre 9 klinikker gir et godt bilde av sykehusets mangfoldighet og engasjement omkring pasientbehandling og kvalitet. Slike møtepunkt er av stor verdi i en travel hverdag og gir god innsikt i sykehusets kompleksitet.

Kong Olav Vs Kreftforskningspris 2012 gikk til professor og overlege Clas Tropé ved Avdeling for gynekologisk kreft, Radiumhospitalet. Tropé fikk prisen for en omfattende innsats innen gynekologisk kreft, nasjonalt og internasjonalt. Han har gått i bresjen for innføring av nye behandlingsregimer og sentralisering av kirurgien. Resultatet av utviklingsarbeidet er at pasienter i dag har fått en mer nøyaktig diagnose og behandling som er bedre tilpasset den enkeltes kreftsykdom. Dette har dels bedret overlevelsen og dels redusert skader og bivirkninger hos kvinner som får behandling for gynekologisk kreft, først og fremst kreft i livmorhals, livmor og eggstokker.

Like viktig er mange møter med pårørende, ansatte, fagmiljøer, avdelinger, brukerutvalget, osv som alle har hver sine små biter i det store puslespillet som utgjør Oslo universitetssykehus.

2. Drift

• IKT hendelser i uke 23

Oslo universitetssykehus har i uke 23 vært rammet av flere hendelser som har medført at deler av IKT tjenestene til sykehuset har vært utilgjengelig for våre medarbeidere. Dette har spesielt rammet brukere på Ullevål sykehus, men har vært merkbart også for de andre lokalisasjonene. Hendelsene kan deles i to hovedfeilsituasjoner;

- nettverksoppdatering på Ullevål som forårsaket flere følgefeil
- feilsletting av brukerkontoer som gjorde at medarbeidere ikke fikk tilgang til IKT tjenester

Det er allerede iverksatt tiltak som skal sikre gjentakelse av hendelsene, samt at det er iverksatt prosesser for å se på ytterligere tiltak. Hendelsene vil bli rapportert til tilsynsmyndighet etter vanlig prosedyre

3. Utvikling

• Overordnet strategi for Oslo universitetssykehus 2013-2018

Oslo universitetssykehus har per i dag ikke noen samlet overordnet strategi for virksomheten og pasientbehandlingen. Det har siden 2007 foregått en rekke arbeider som helt eller delvis har vært av strategisk karakter, med det mangler en samlet overordnet strategi for hele sykehuset hvor sykehusets satsningsområder og overordnede mål fremkommer. En slik strategi vil gi en ramme for fagutvikling, samtidig som fremtidens behov for endring av måten vi leverer helsetjeneste på kan vektlegges. Gjennom arbeidet med Arealutviklingsplan 2025 for Oslo universitetssykehus ble det også tydelig at Oslo universitetssykehus mangler en samlet overordnet strategi. Styret i Oslo universitetssykehus ba ved behandlingen av Arealutviklingsplanen om at arbeidet med overordnet strategi skulle prioriteres og slik danne det faglige grunnlaget for videre arealutvikling.

Prosess

Gjennom april ble alle arbeider av overordnet strategisk art som har vært utført ved Oslo universitetssykehus samlet. Dette inkluderer "Prosjekt innholdsstrategi fra januar 2011", strategier for andre lovpålagte oppgaver som forskning, utdanning, opplæring av pasienter og pårørende, og andre felles strategier (innovasjon, likeverdige helsetjenester med flere). Man har også samlet og vurdert tilsvarende strategier fra de andre norske regionssykehusene, Sørlandet sykehus, Karolinska og Rikshospitalet i København. Disse planene er svært heterogene i fokus og oppbygging, og spenner i omfang og karakter.

Oslo universitetssykehus ser for seg en overordnet strategi bygd opp av tre deler:

1. En virksomhetsomfattende strategi som beskriver ønsket utviklingsretning for organisasjonen frem mot 2018. Denne vil være kvalitativ og si noe om "hvem" vi ønsker å bli og de overordnede prinsippene som legges til grunn for å komme dit.
2. En overordnet handlingsplan for Oslo universitetssykehus. Her vil man peke på felles fokusområder for sykehusets faglige utvikling og særlig vektlegge tverrgående prosesser mellom dagens organisasjonsenheter. En slik plan vil være en tydeliggjøring av hva Oslo universitetssykehus skal ha som sin kjernevirksomhet og hvordan man ser for seg at de oppgavene som da ikke prioriteres løses sammen med andre samarbeidspartnere.
3. Klinikkspesifikke handlingsplaner som uttrykker klinikkens planer for fagutvikling, igjen med fokus på tverrgående prosesser og basert på sykehuset overordnede prioriteringer.

Organisering

Organiseringen av arbeidet har vært diskutert i ledergruppen. Det er et ønske om å involvere bredest mulig, samtidig som man må forholde seg til at det foreligger ulike varianter av klinikkvise strategier allerede og at mange ansatte har deltatt i tidligere strategiske arbeider. Man har derfor ikke foreslått en struktur med mange arbeidsgrupper, men vil organisere arbeidet som et sentralt prosjekt med en åpen arbeidsform som gir mulighet til innspill fra dem som ønsker det. Sykehusets ledergruppe sammen med foretakstillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentanter vil utgjøre prosjektets styringsgruppe. Prosjektgruppen ledes av dr. med Tone Ikdahl og består av representanter fra alle klinikker og fra stabene sammen med tillitsvalgte, hovedvernombud og brukerrepresentant. Prosjektgruppen rapporterer til styringsgruppen.

Det er ønskelig å benytte den sterke fagkompetansen som er samlet i sykehusets ledergruppe på nivå tre (N3), og denne ønskes brukt både som premissleverandør og som referansegruppe i arbeidet. Denne gruppen vil også inkludere representanter fra Oslo Kommune, Diakonhjemmet og Lovisenberg samt representanter fra Universitetet i Oslo og Høyskolen. Erfaringene fra Arealutviklingsplanen, der utkast ble lagt på intranett til kommentar og gjennomføring av allmøter underveis for å få innspill, vil bli videreutviklet i arbeidet med overordnet strategi. Arbeidet med å sette sammen prosjektgruppe og styringsgruppe ferdigstilles uke 25.

Status for arbeidet

Det praktiske arbeidet startet med N3-ledersamling den 22.mai (der også foretakstillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentanter deltok). Administrerende direktør Morten Skjørshammer fra Diakonhjemmet, administrerende direktør Lars Erik Flatø fra Lovisenberg og avdelingsdirektør og kommuneoverlege Kari Sletnes for Oslo Kommune deltok i det faglige programmet med sine innspill til felles tenkning rundt utviklingen i vårt område. Ønsket fra

Oslo universitetssykehus om nå i større grad å arbeide for felles løsninger ble tatt godt imot, og partene vil melde inn deltagere til den videre strategiprosessen.

Samlingen bestod også av gruppearbeid hvor det ble arbeidet med hvilke kjennetegn vi ønsker Oslo universitetssykehus skal ha innen disse områdene i 2018:

- Pasientmedvirkning
- Pasientbehandling
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Samarbeid med andre
- Forskning
- Utdanning
- Kvalitet
- Omdømme
- OUS som arbeidsplass

Innspillene herfra vil være grunnlaget for prosjektgruppens videre arbeid. Styret vil bli holdt løpende orientert og planlegges involvert for direkte innspill til strategien.

Tidsplan

Oslo universitetssykehus har som mål at det skal foreligge en overordnet strategi i løpet av 2012. Parallelt med utviklingen av denne skal prosjektgruppen starte forberedelse til og utarbeiding av handlingsplan for sykehuset

4. Forskning

Helse Sør-Øst støtter seks forskningsprosjekter som skal belyse ulike sider ved helsetjenestens innsats etter terrorangrepet 22. juli. Fire av seks prosjekter som får midler er fra Oslo universitetssykehus. Midlene som er tilknyttet forskningsprosjektene etter terrorangrepet, kommer i tillegg til den ordinære utlysningsspotten for 2012. De fire som er tildelt midler fra Oslo universitetssykehus er:

Professor Trond H. Diseth ved Kvinne- og barnklinikken som er tildelt midler til et doktorgradsstipend for 2 år for å kartlegge hvordan fysisk skadde barn og unge, samt deres pårørende fungerer psykisk og psykososialt i etterkant av terrorhandlingene.

Avdelingsoverlege Christine Gaarder ved Avdeling for traumatologi er tildelt midler til et halvt doktorgradsstipend for 2 år for å belyse forskjellige aspekter av behandlingen i en masseskadesituasjon fra ankomst sykehus og frem til utskrivelse eller overflytting.

Professor Øivind Ekeberg ved Klinikk for rus og avhengighet er tildelt midler til et postdoktorstipend for 2 år. Prosjektet skal blant annet belyse i hvilken grad direkte rammede og deres pårørende er plaget med posttraumatisk stress, hvordan de fungerer og i hvor stor grad de har søkt hjelp. Prosjektet skal også ta for seg funksjon, livskvalitet og helseproblemer blant innsatspersonell i tiden etter 22. juli.

Professor Johan Ræder ved Avdeling for anesthesiologi som er tildelt midler tilsvarende en halv stilling i ett år for blant annet å undersøke forekomsten av kronisk smerte blant de som ble rammet av 22.juli-handlingene.

5. Pasientsikkerhet

- **Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-3 - nytt: meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fra 1. juli 2012**

I henhold til oppdrag og bestilling 2012 skal helseforetaket påse at styret er gjort kjent med nye helselover og forskrifter. Her orienteres styret om lovendring som gjelder meldeplikt om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Dagens lov krever at melding skal sendes Helsetilsynet i fylket. Orienteringen omfatter hvordan Oslo universitetssykehus HF har lagt til rette for å gjennomføre endringen.

Meldeplikten om personskade som nevnt skal fra 1. juli 2012 ikke lenger skje til Helsetilsynet i fylket men til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Bestemmelsen pålegger helseinstitusjoner en plikt til å gi skriftlig melding om betydelig personskade på pasienter dersom årsaken er knyttet til ytelse av helsetjenester eller at en pasient skader en annen. Melding skal sendes straks. Med straks menes innen 24 timer, jf. merknad til bestemmelsen. (Prop.91 L (2010-2011). (Dette er en endring i forhold til tidligere da det ble lagt til grunn at melding skulle sendes innen to måneder. Det var forutsatt at virksomheten skulle behandle avviket og at meldingen skulle inneholde informasjon om avviksbehandlingen.) Plikten omfatter også hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Det er altså ikke avgjørende for om meldeplikt skal foreligge at en pasient faktisk er påført skade. Det er skadepotensialet i selve hendelsen som er utslagsgivende for om meldeplikt utløses eller ikke. Bestemmelsen må ses i sammenheng med kravet om å ha rutiner for avviksbehandling som følge av internkontrollplikten, jfr lov om spesialisthelsetjenesten § 2-1a, jf. lov om statlig tilsyn (helsetilsynsloven) § 3 om internkontroll og forskrift av 20. desember 2002 nr.1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

Bestemmelsen omfatter alle helseinstitusjoner, også private, som dermed har et ansvar for å etablere systemer som sikrer at meldeplikten kan ivaretas i de aktuelle situasjonene. Terskelen for melding skal være uforandret. Oslo universitetssykehus HF har i samarbeid med Kunnskapssenteret forberedt de praktiske og tekniske sider ved ordningen. Oslo universitetssykehus HF har for sin del forberedt tilpasninger i avvikssystemet som skal tilfredsstillende lovkravet. Det er tilrettelagt for at elektroniske meldinger sendes Kunnskapssenteret via et automatisk uttrekk fra avvikssystemet. En viktig føring har vært at det ikke blir vesentlige endringer i hvordan sykehusets medarbeidere bruker systemet. Løsningen er klar til testing og venter i skrivende stund på Sykehuspartners kommunikasjonsløsning mot Kunnskapssenteret.

Det har vært knyttet noen bekymringer og noe uklarhet til hvordan denne ordningen vil fungere i praksis også utover de rent tekniske forholdene. Oslo universitetssykehus HF vil kunne redegjøre mer oppdatert i forbindelse med ledelsens gjennomgang i 2. tertial 2012.

Eiendom

- **Orientering om status for salg av eiendommer i Bærum kommune: Lindelia 41-51, Vallerveien 146**

Det vises til salget til Nordisk Husprosjekt AS i tidligere orienteringer, sist i styremøte 23.3.2012 (sak 23/2012) der det ble orientert om Nordisk Husprosjekt AS, omregulering av området til offentlig formål med klageprosess og resultatet av denne samt kommunens forkjøpsrett til den ene eiendommen. Sykehuset er i dialog med Bærum kommune og Nordisk

Husprosjekt AS om en felles løsning av saken med tanke på gjennomføring av et salg. Det vil bli gitt nærmere orientering i møte.

7. Rettstvister

Ass.lege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling.

Spørsmålet er om leger i spesialisering lovlig kan ansettes midlertidig i henhold til lovens krav om unntak for praksisarbeid. Foretaket samarbeider med Spekter i saken på grunn av sakens prinsipielle karakter. Helseministeren har uttalt at flest mulig skal ansettes fast. Dette utfordrer dagens utdanningsmodell i foretakene. Arbeidslivets parter arbeider med dette spørsmålet. Dom er avsagt av Oslo tingrett og foretaket vant saken. Avgjørelsen er svært viktig for foretaket som utdanningsinstitusjon og stadfester utdanningsystemet for leger i spesialisering. Saksøker har anket saken til lagmannsretten. Saken er berammet til 18-19. oktober.

Forståelse av arbeidskontrakt i forhold til lønnskrav fra tidligere ansatt.

Saken er berammet for lagmannsretten i 2013. Sykehuset fikk i tingretten medhold på to punkter og saksøker medhold på ett punkt. Saksøker dvs. den tidligere ansatte, har anket deler av dommen til lagmannsretten. Det har vært gjennomført rettsmekling i lagmannsretten uten at løsning ble oppnådd. Saken går videre til ordinær lagmannsrettbehandling.

Advarsler i arbeidsforhold

Saken gjelder advarsler som tidligere er gitt for opptreden i tjenesten og som ved stevning anføres er urettmessige og i realiteten framstår som gjengjeldelse av varsling. Saken er løst ved utenrettslig forlik og hevet fra domstolbehandling.

Gjengjeldelse etter varsling i arbeidsforhold m.m.

Sykehuset er stevnet av tidligere ansatt. Saken gjelder påstand om gjengjeldelse fra arbeidsgiver etter varsling av kritikkverdige forhold i pasientbehandling. Gjengjeldelsen skal være knyttet til ulike forhold ad. spesialisering.

Pasientskadesak

Sykehuset er stevnet av pasient med krav om oppreisning/erstatning. Kravet er knyttet til påstand om feilbehandling. Saken har vært behandlet og avslått av NPE og Pasientskadenemnda.

Kollektive arbeidsrettssaker:

I tillegg foreligger det tre kollektive arbeidsrettssaker som skal gå for Arbeidsretten:

Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS) og Delta – en arbeidstakerorganisasjon i YS har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder om lønnsjustering til uorganiserte arbeidstakere ved Oslo universitetssykehus er tariffstridig. Grunnlag: forståelse av overenskomsten mellom Spekter og YS-Spekter ved lønnsjustering av de uorganiserte etter tariffoppgjøret 2010. Saken føres av Spekter på vegne av foretaket. Saken er berammet i september.

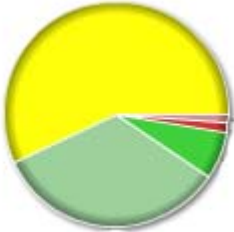

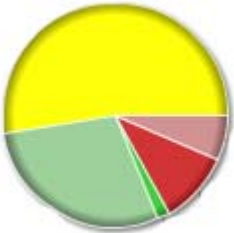

Tekna – Teknisk-naturvitenskapelig forening har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder brudd på bestemmelsene om arbeidstid i overenskomst del B mellom Tekna og Oslo universitetssykehus. Den lokale overenskomsten inneholder bestemmelser om arbeidstid og når en kan fravike ordinær arbeidstid. Det er uenighet i forståelse av dette ved planlagt pasientbehandling ut over kl. 17.00 på hverdager. Spekter fører saken på vegne av foretaket.

Saken er berammet i september.

Den norske legeforening har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder tvist om forståelse av overenskomstens del A2 og overenskomstens del B vedrørende adgangen til å inngå hjelpeplaner om sommeren. Konkret er forholdet knyttet til hjelpeplan sommeren 2011 ved Gynekologisk avdeling, Kvinne-barn. Spekter vil føre saken på vegne av foretaket.

8. Medieomtale 1.mai – 10.juni 2012

Antall saker i mediene har økt svakt fra 1083 i april, til 1150 i mai, totalt 1552 for hele perioden. Juni ligger så langt an til å få omtrent samme antall mediesaker som de to foregående månedene. 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.

<i>Periode</i>	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
1. – 10.juni 2012	402		Positiv: 40 Nøytral: 57 Negativ: 3	Den høye andelen positive saker er stort sett ekspertuttalelser i saker relatert til "sommerhelse".
Mai 2012	1150		Positiv: 21 Nøytral: 51 Negativ: 28	Den økende andelen negative saker skyldes saken om senaborter, kritikken rundt flytting av barnemedisin og mer ventelisteproblematikk.
April 2012	1083		Positiv: 30 Nøytral: 53 Negativ: 17	De positive sakene er i det alt vesentlige ekspertuttalelser, mens de negative handler om ventetider. Den store andelen nøytrale saker er saker der sykehuset bare er nevnt kort.
Mars 2012	2199		Positiv: 11 Nøytral: 32 Negativ: 57	Stor andel negative saker skyldes saken om ventelister og saken om ansettelse av tre filippinske sykepleiere.

Mediebildet ble i perioden preget av senaborter, kritikk mot flytting av barnemedisin og noe mer ventelisteproblematikk.

Senaborter i mediene

Saken om senaborter dukket første gang opp i Vårt Land 8. mai og plukkes raskt opp av de fleste andre store mediene. I løpet av de første to dagene ble det registrert 34 saker, samtlige med negativt fokus. Det store presset var over rundt 12. mai da debatten begynte å dreie over til abortloven. Det fremkom i de fleste mediene at det var ansatte og ledelse ved sykehuset som varslet om en praksis man var i tvil om lovligheten av. Likevel er sakene vektet negativt for sykehuset i og med at det også var her de ulovlige abortene ble gjennomført.

Kritikk av flytting av barnemedisin i mediene

Omtrent når forestående sak er over, setter Dagsavisen fokus på flytting av barnemedisinske funksjoner og behandlingstilbud til barn. 14. mai har Dagsavisen overskriften ”- Bryter barns rettigheter hver dag”, hvor flere tillitsvalgte sykepleiere uttrykker sin bekymring over hvordan barn blir behandlet i fusjonen og flyttinger av ulike funksjoner. Klinikkleder Terje Rootwelt får komme til orde i en sidesak, men det etterlatte inntrykket av denne saken er negativt. Saken sprer seg raskt og det settes i mange medier fokus på manglende pasientomsorg under fusjonen og det etterlatte inntrykket er at Oslo universitetssykehus ikke bryr seg om pasientene sine.

Ventelister i mediene

I begynnelsen av mai er det også flere saker om venting på behandling. Da handler det om lang ventetid på svar på vevsprøver på grunn av manglende laboratoriekapasitet. Det er Dagens Næringsliv som starter saken, men flere medier henger seg raskt på, og flere overskrifter gir inntrykk av at folk dør i påvente av prøvesvar. Saken er initiert av en kronikk i Dagens næringsliv med flere forfattere fra flere sykehus. En medarbeider ved Oslo universitetssykehus er intervjuet i sakens anledning hvilket knytter saken nærmere til Oslo universitetssykehus enn andre sykehus.

22. mai innstilte Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité sin sak til Stortinget, hvor Oslo universitetssykehus fikk kraftig kritikk for sin behandling av ventelistesaker. De fleste store mediene dekker saken kort.

9. Referater

- Utkast til møteprotokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 24. mai 2012.
- Utkast til referat fra brukerutvalgets møte 2. mai 2012.

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato:	Styremøte 24. mai 2012
Tidspunkt:	Kl 0900 – 1530

Følgende medlemmer møtte:

Per Anders Oksum	styreleder		
Ansgar Gabrielsen	nestleder		
Turid Birkeland			
Kirsten Brubakk			
Trine Dønhaug			
Terje Bjørn Keyn		Forfall	Vara: Mette Vilhelmshaugen
Andreas Kjær			
Irene Kronkvist			
Bernadette Kumar			
Anita Ihle Steen			
Dag Stenersen			
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen			
Svein Øverland			
Signe Øye			

Fra brukerutvalget møtte:

Alf Magne Bårdslett
Geir Bornkessel

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Bente Mikkelsen
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, konserndirektør Atle Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, fagdirektør Alice Beathe Andersgaard, konsernrevisor Liv Todnem

Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent. Administrerende direktør opplyste at det ville bli gitt noen tilleggsorienteringer under administrerende direktørs orienteringer.

Saker som ble behandlet:

032-2012	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 19. APRIL 2012
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra styremøtet 19. april 2012 godkjennes.

033-2012	AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER MARS 2012
-----------------	--

Konserndirektør Atle Brynestad og fagdirektør Alice Beathe Andersgaard presenterte i møtet tall for april.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar aktivitets- og økonomirapport per mars 2012 til etterretning.

Styret ber administrasjonen fortsatt ha et særlig oppfølgingsfokus på foretakene i hovedstadsområdet. Styret ber også om at konsekvensene av samhandlingsreformen følges nøye og at evt behov for kapasitetstilpasninger forberedes.

034-2012	GJENNOMFØRING AV FORETAKSMØTER MED HELSEFORETAKENE I JUNI 2012
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret ber styreleder avholde foretaksmøter i juni 2012 med behandling av følgende saker:

- Godkjenning av helseforetakenes årsregnskap, og årsberetning 2011
- Honorar til revisor
- Årlig melding 2011
- Stadfesting av styrehonorar for styrene i de enkelte helseforetakene

035-2012	DELEGERING AV RETTSLIGE FULLMAKTER TIL ADMINISTRERENDE DIREKTØR
-----------------	--

Saken ble trukket.

036-2012	VALG AV REVISOR 2012
-----------------	-----------------------------

Saken var unntatt offentlighet, jf offentleglova § 23 første ledd, jf § 12, litra c og ble behandlet i lukket møte.

Vedtak fremgår i egen B-protokoll

037-2012	MØTEPLAN FOR STYRET I HELSE SØR-ØST RHF I 2013
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner møtekalender 2013 der følgende styremøter inngår:

- Onsdag 6. - torsdag 7. februar - Hamar
- Torsdag 14. mars - Oslo
- Torsdag 25. april – Hamar
- Torsdag 23. mai – Oslo
- Torsdag 20. juni – Oslo
- Onsdag 11. - torsdag 12. september – Hamar
- Torsdag 24. oktober – Oslo
- Torsdag 21. november – Hamar
- Torsdag 19. desember – Oslo

038-2012	ORIENTERINGSSAK: OPPFØLGING AV RAPPORT OM MEDISINSK-TEKNISK UTSTYR
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar administrerende direktørs redegjørelse om oppfølging av rapport om medisinsk-teknisk utstyr til orientering.

Styret understreker at det enkelte helseforetak har ansvaret for å ivareta behovet for nødvendig medisinsk teknisk utstyr. Styret ber om at Helse Sør-Øst RHF tar en aktiv rolle i arbeidet med økt standardisering av utstyrsparken og i anskaffelsesprosessene.

039-2011

ORIENTERINGSSAK: STYRESAKER I HELSE SØR-ØST RHF – STATUS OG OPPFØLGING

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til mai 2012 til orientering.

040-2011

ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2012

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

1. Driftsorienteringer fra administrerende direktør
2. Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 18. april 2012, inkl muntlig orientering om pågående revisjoner
3. Ny helikopterbase i Telemark – uttalelse fra Telemark fylkesting
4. Brev fra Hurum, Lier og Røyken kommune vedr. valg av sykehustomt i Nedre Buskerud og svarbrev fra Helse Sør-Øst RHF
5. Brev fra ordfører i Kongsberg kommune vedr. lokalisering av nytt sykehus i Buskerud
6. Organisering av prosjekt "Etablering av ny pensjonskasse i hovedstadsområdet" (delt ut i møtet)
7. Foreløpig innstilling fra Kontroll- og konstitusjonskomiteen om sak om deler av omstillingen ved Oslo universitetssykehus
8. Organisering av prosjekt "Etablering av ny pensjonskasse i hovedstadsområdet". Brev av 14.05.2012

TEMASAK

- TEMA vedr. rullering av plan for strategisk utvikling – Samhandlingsreformen v/direktør Knut Even Lindsjörn
- Fellesmøte med Brukerutvalget kl 0900-1000

Møtet hevet kl. 15:10

Oslo, 24. mai 2012

Per Anders Oksum
styreleder

Turid Birkeland

Trine Dønhaug

Andreas Kjær

Bernadette Kumar

Dag Stenersen

Svein Øverland

Ansgar Gabrielsen
nestleder

Kirsten Brubakk

Terje Bjørn Keyn

Irene Kronkvist

Anita Ihle Steen

Lizzie Irene Ruud Thorkildsen

Signe Øye

Tore Robertsen
styresekretær

Godkjent møtereferat

Møtetema: Brukerutvalget Oslo universitetssykehus

Til:

Kopi:

Dato dok: 04.05.2012

Dato møte: 02.05.2012

Referent: Nina Malme Gulbrandsen

Tilstede: Arve Nordlie, Grete Müller, Heine Århus, John Bjørnøy, Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud, Faridah Shakoor, Kolbjørn Forfang

Administrerende direktør Bjørn Erikstein deltok i møtet til sak 044
Eva Bjørnsborg deltok for Tove Strand

Forfall: Shoab Sultan, Dag Omholt, Nina Adolfsen og Jon Storaas.

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Saksnr.:	Sakstittel/-innhold	Ansvar	Frist
040-2012	Godkjenning av referat fra 02.05.2012 Referatet ble godkjent med noen endringer.		
041-2012	Samhandlingsavtalene Brukermedvirkning ivaretatt i samarbeidsutvalgene som utformertjenesteavtalene. I pkt 8 i den generelle avtalen er teksten stikk i strid med lovverket på hvordan brukermedvirkning skal brukes. Det står heller ikke noe om universell utforming. Avtalene vil bli forelagt brukerutvalget på møtet den 18. juni for kommentarer. Viktig at avtalene blir sendt ut for gjennomlesning i forkant av møtet. John lager et utkast til uttalelse fra brukerutvalget. Bør få være med på utformingen av retningslinjer på tjenesteavtale 2, pkt 6.		
042-2012	Strategiplan brukermedvirkning 2020 Hva bør en strategi inneholde? Lovverket sier en god del om hva brukerutvalgene skal jobbe med. Bør ha med både individ-nivå og system-nivå. Brukermedvirkning er: Synliggjøring, åpenhet, brukeren i sentrum gir kvalitet. Gruppeoppgave, summing. Nina MG sammenstiller alle de gule lappene og lager en oppsummering som sendes ut for bearbeidelse. Eva Bjørnsborg sammenstiller og kommer tilbake neste møte.	Nina MG Eva Bjørnsborg	Neste møte
043-2012	Rapport fra medlemmenes deltakelse i prosjekter, møter etc. John og Heine:		

	<p>Vært i møte med SAFO/FFO sammen med Tove Strand og Eva Bjørnsborg. Gjennomgang av hvordan de tenker rundt brukermedvirkning og opplæring. Sender ut presentasjon. Det er avtalt et nytt møte med ledelsen i OUS senere.</p> <p>Grete: Deltok på styremøte den 03.05.12. Positivt og nyttig møte.</p> <p>Lilli-Ann: Deltok på styremøte den 03.05.12. Positivt. Var på Modul 3-kurs i uke 20. Bra og positivt kurs.</p> <p>Veslemøy: Deltok på styremøte den 03.05.12. Den 09.05.12 var det nettmøte med brukerråd i klinikk HLK. Thorax har en egen "kvalitetslink". Sender denne ut til alle.</p> <p>Kolbjørn: Modul 1-kurs i slutten av april.</p> <p>Løs diskusjon rundt åpenhet, avvik, kvalitet og definisjonen på utskrivningsklare pasienter. Alle enige om at kvalitet og åpenhet rundt dette er viktig. Det er viktig at brukernes interesser blir ivaretatt på best mulig måte. Vi setter av tid på et møte for grundig diskusjon av disse tema. Kolbjørn lager noen punkter.</p>		
044-2012	<p>Administrerende direktør sin time ved Bjørn Erikstein</p> <p>I morgen er det N3-samling hvor også de tillitsvalgte og brukerrepresentanter er invitert. Strategi for pasientbehandling er tema på denne samlingen.</p> <p>IKT-forprosjekt for innføring av DIPS. Må bestemmes før 20. august. Innebærer store kostnader.</p> <p>Tilgjengelighet av regelverk rundt helseopplysninger. Kan brukerutvalget ta en diskusjon på hvordan håndtere dette, eventuelt invitere noen til et møte som kan informere om regelverket?</p> <p>Spørsmål fra brukerutvalget: Artikkel i avis om utskrivningsklare pasienter. Svar: Kjenner ikke til dette, må undersøke videre. Ser dilemmaet.</p> <p>Artikkel i avis om vakt på to sykehus. Svar: Dette er et forslag som det har vært gode prosesser rundt. Legene har selv gått med på å prøve dette mot at det ligger gode rutiner for håndtering av eventuelle samtidighetskonflikter. Igangsettes sannsynligvis til høsten. Transportproblemet må også løses først. Inviter Terje Rootwelt til neste møte for å informere om dette.</p>		
045-2012	<p>Eventuelt</p> <p>Det er laget en brosjyre om Virksomhetsplanen 2012</p> <p>Det er kommet et brev fra HSØ om kontakt mellom brukerutvalgene i helseforetak og regionalt helseforetak.</p> <p>Nina sender ut brevet. Det bes om tilbakemelding.</p>		

	Det er kommet skriftlig svar på spørsmålet vårt om radiologitjenestene og strålebehandling. Nina sender ut svaret til alle.		
--	---	--	--