

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 27. juni 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 34/2013 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 20. juni 2013

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 4/2013
Dato møte:	27. juni 2013
Møtetid:	Kl. 08.00 - 14.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, 1.etg., seminarrom 1 og 2.

34/2013	Beslutning : Godkjenning av innkalling og sakliste
35/2013	Beslutning : Godkjenning av protokoll styremøte 17.desember 2013
36/2013	Beslutning : Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2013
37/2013	Orientering: Rapport per mai 2013
38/2013	Beslutning : Budsjett 2014
39/2013	Beslutning: Oppgradering og vedlikeholdsplan bygg 3 Ullevål sykehus
40/2013	Beslutning : Legevakt 2015
41/2013	Beslutning : Partikkelterapi
42/2013	Beslutning : Ny pensjonskasse i Helse sør-øst
43/2013	Beslutning : Oppnevning i brukerutvalg
44/2013	Beslutning : Møteplan for 2014
45/2013	Orientering: Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 27. juni 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Protokoll fra styremøte 25. april 2013

**SAK 35/2013 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 25. APRIL 2013.**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 25. april 2013.

Oslo, den 20. juni 2013

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	25. april 2013
Dato møte:	25. april 2013 kl. 8.00-14.10 på Radiumhospitalet i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

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

Forfall: Ole Petter Ottersen, Anne Carine Tanum, Ane Willumsen

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

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget Heine Århus og Nina Adolfsen fra sak 27/2013, konsernrevisjon i Helse Sør-Øst RHF ved Storhaug, publikum

Sak 23/2013 Godkjenning av innkalling og saksliste

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 24/2013 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 10. april 2013.

Sak 25/2013 Rapportering per mars 2013

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen for mars 2013 til orientering.

Sak 26/2013 Økonomisk langtidsplan 2014-2017

Vedtak:

1. Styret slutter seg til at forslaget til økonomisk langtidsplan oversendes Helse Sør-Øst RHF, men konstaterer samtidig at kravet til resultatforbedring i 2014 er krevende.
2. Styret ber administrerende direktør innlede en dialog med Helse Sør-Øst RHF om opplæringskostnader i 2014 ved innføring av regional elektronisk pasientjournal basert på DIPS.
3. Det er fortsatt en utfordring å gjennomføre driften slik at det oppnås en bærekraftig økonomisk utvikling de neste årene. Styret ber administrerende direktør om kontinuerlig å arbeide med effektivisering av driften for å redusere risikoen knyttet til gjennomføringen av Økonomisk langtidsplan.

Punkt 1 ble vedtatt med seks mot fem stemmer. Punktene 2 og 3 ble vedtatt enstemmig.

Styremedlemmene Aasmund Magnus Bredeli, Bjørn Wølsted Knudsen, Rita von der Fehr, Merete Norheim Morken og Svein Erik Urstrømmen ønsket følgende ført til protokollen under sak 26/2013:

”Ansatterepresentantene mener at styresaken gir en god beskrivelse av sykehusets vanskelige økonomiske situasjon og utfordringer de nærmeste årene. Inntektsforutsetningene er bedret, men sykehuset er fortsatt betydelig underfinansiert.

Resultatbalanse og overskudd i driften danner grunnlag for fremtidige investeringer, men vi ser ikke at nåværende driftssituasjon gjør det mulig allerede i 2014. Aktivitetsvekst kombinert med nedbemanning er urealistisk fordi sykehuset fremdeles ikke har vesentlige effekter av investeringene i IKT og bygg. Implementeringen av DIPS høsten 2014 vil gi sykehuset ytterligere økonomiske utfordringer på grunn av opplæringskostnader og samtidig risiko for redusert aktivitet.

Ansattes representanter er bekymret for de konsekvenser det fremlagte forslag til økonomisk langtidsplan kan ha for kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen, og de ansattes arbeidsforhold. Det vises ellers til organisasjonenes protokolltilførsler i sykehusets drøfting.”

Sak 27/2013 Gjennomføringsprosjektet – rapport og gjennomføring

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar Gjennomføringsprosjektets sluttrapport og plan for videre arbeid til etterretning.
2. Styret understreker at ventelister og antall fristbrudd skal følges opp og ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppfølgingsplanen.

Sak 28/2013 Revisjonsplan internrevisjon

Enstemmig vedtak:

Styret tar forslag til revisjonsplan for Oslo universitetssykehus til etterretning.

Sak 29/2013 Årsrapport arbeidsmiljø 2012

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 30/2013 IKT for forskning i Oslo universitetssykehus HF

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret ber styreleder ta opp saken i neste oppfølgingsmøte med Helse Sør-Øst RHF.

Sak 31/2013 Møte med brukerutvalget

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 32/2013 Fordeling av oppgaver i hovedstadsområdet

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 33/2012 Administrerende direktørs orienteringer

Reservedato for møte 30. mai 2013 vil ikke bli benyttet.

Styreleder i Helse Sør-Øst RHF, med flere fra ledelsen i det regionale helseforetaket, vil møte styret i etterkant av styremøte den 27. juni 2013.

Det ble orientert om situasjonen i forbindelse med nyfødt intensiv.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder
ikke tilstede

Tone Skogen

Raymond Robertsen

Ole Petter Ottersen
ikke tilstede

Johan Arnt Vatnan

Svein Erik Urstrømmen

Ane Willumsen
ikke tilstede

Anders T. Utne

Rita von der Fehr

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølsted-Knudsen

Merete Norheim Morken

Nina Bachke

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	27. juni 2013
Saksbehandler:	Direktør for pasientsikkerhet og kvalitet
Vedlegg:	1. Risikovurdering med tiltaksplaner 1. tertial 2013 2. Utvalgte områder og kommentarer 1. tertial 2013

SAK 36/2013 LEDELSENS GJENNOMGANG 1. TERTIAL 2013

Forslag til vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang for 1. tertial 2013 til etterretning.

Oslo, den 20.06.2013

Bjørn Erikstein

Sammendrag

Administrerende direktør har avholdt dialog- og oppfølgingsmøter (ledelsens gjennomgang) med alle klinikkledere og deres avdelingsledere etter 1.tertial 2013. Hensikten med møtene er som tidligere å sikre god virksomhetsstyring med gjennomgang av resultater, risikoforhold og tiltak for læring og forbedring. Ledelsens gjennomgang må ses i sammenheng med den månedlige resultatoppfølgingen, ref. styresak 37/2013.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Sykehusets overordnede strategi viser retning for sykehuset. Ledere og ansatte har i løpet av 1.tertial arbeidet aktivt med utvikling av handlingsplaner, både overordnet og klinikkvise.

Et sentralt mål i strategien er synlige og gode ledere som tar ansvar for arbeidsmiljøet og evner å formidle og skape oppslutning om målene for sykehuset. Skal sykehuset lykkes i dette arbeidet er det administrerende direktørs vurdering at det krever økt satsing på ledelse og lederutvikling. Oslo universitetssykehus har startet arbeidet med å etablere en felles lederplattform gjennom forankring og utvikling i klinikkene. Administrerende direktør vil bygge en kultur som tar ledelse alvorlig og som ser det som naturlig å oppnå resultater og sikre faglig utvikling samt ivareta pasientsikkerhet, godt arbeidsmiljø og driftstabilitet gjennom tydelig ledelse.

Risikovurderinger gjennomføres regelmessig hvert tertial innen sykehusets kjerne- og støtteaktiviteter. Risikostyring er en integrert del av ledelse i Oslo universitetssykehus. Bedre kunnskap og forståelse for metode og verktøy medfører nyanser i rapporteringen over tid. Det er likevel slik at den risiko som rapporteres hvert tertial til styret er det bilde administrerende direktør mener er det mest korrekte på gitte tidspunkt. Årets første risikovurdering er en hovedgjennomgang ut fra nye krav og oppdrag fra eier samtidig som kjente risikoer vurderes og følges opp. Vurderingene baseres på innhenting av risikoanalyser fra avdelinger og klinikker, samt andre tilgjengelige rapporteringer. For å sikre medvirkning har hovedverneombud og hovedtillitsvalgte for de største fagorganisasjonene blitt trukket med i prosessen. Den overordnede risikovurderingen er presentert i dialogmøte med tillitsvalgte, i AMU, behandlet i administrerende direktørs pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg og i ledermøtet. Det er fortsatt høy risiko innen flere av sykehusets kjerne- og støtteprosesser, og det arbeides kontinuerlig med tiltak for å håndtere risiko slik at driften er innenfor forsvarlige rammer.

Faktabeskrivelse

Tilsyn og uønskede hendelser

Sykehuset har i løpet av 1.tertial hatt ni tilsynsbesøk fra ulike tilsynsmyndigheter. Ingen av de totalt 14 avvikene er vurdert til å være av høy risiko, men funn som bidrar til interne forbedringer.

Tilsvarende er det ikke påvist avvik forbundet med høy risiko gjennom administrerende direktørs interne kontrollaktiviteter eller fra konsernrevisjonen inneværende tertial. Av tidligere påviste avvik forbundet med høy risiko, er det fortsatt uavklart om sykehuset unngår tvangsmulkt fra Direktoratet for Samfunnsikkerhet og Beredskap (DSB) etter tilsyn høsten 2012. Avviket var innenfor elektroområdet. Sykehuset avventer tilbakemelding fra DSB.

Alle avvik følges opp gjennom linjeledelsen med tiltaksplaner.

Utviklingen av ansattes registrering av uønskede hendelser/avvik og forbedringsforhold viser en liten nedgang i antall registreringer. Totalt antall registrerte avvik i første tertial har gått ned med 6 % sammenliknet med samme tertial i 2012. Det er registrering av pasienthendelser i januar som var lavere enn normalt, uten at det er mulig å si noe om årsakene til dette. Antall HMS-avvik og andre avvik eller forbedringsforslag er på nivå med samme periode i fjor.

Andelen saker med "ingen/ubetydelig faktisk konsekvens" er 48 %, tilsvarende nivået i 2012. En høy andel av denne typen saker er en nødvendig komponent i en god sikkerhetskultur ved at man bruker læringsverdien i mindre alvorlige hendelser/risikoforhold med henblikk på å forebygge de mer alvorlige.

Det er registrert 2054 tiltak knyttet til de 5371 avvik som ble registrert i perioden, tilsvarende 38 % av avvikene. Dette er 4 prosentpoeng høyere enn samme periode i fjor, og en ønsket utvikling.

Det henvises for øvrig til vedlegg 2, 1.4-1.5.

Pasientbehandling

Det er noe reduksjon i antall registrerte pasienthendelser 1.tertial 2013 sammenliknet med 2012. Det er ikke mulig å tolke dette etter kun ett tertial og det er heller ikke sammenstilt med andre typer datasett, for eksempel analyser i forhold til aktivitet, bemanning mm. Fordelingen mellom de ulike tematiske områder og kategorier av alvorlighet viser ingen store endringer. Det er flere varslede hendelser til Statens Helsetilsyn dette tertialet, noe som er forventet etter at ordningen ble permanent innført.

For øvrig er det økning i antall klagesaker fra både Helse- og Sosialombudet og pasienter og pårørende. Det har ikke vært noe påfallende nye trender i innhold eller fordelinger i avdeling/klinikk, men det er verdt å følge dette nøye videre. Klagesakshåndteringen er forsterket fra sentralt hold 1.tertial med mål om at alle klagesaker skal besvares innen frist og bidra til interne forbedringer. Brukerundersøkelser innføres etter pilot som permanent ordning 2. tertial. Resultater herfra skal ytterligere bidra i internt forbedringsarbeid.

Satsningen i 2012/2013 innen det pasientadministrative arbeidet med Gjennomføringsprosjektet har gitt positive resultater for ventelistene, spesielt knyttet til langtidsventende og fristbrudd. Det opprettholdes fokus på dette området, slik at det fortsatt arbeides for forbedringer innen enkelte fagområder hvor det er lange ventetider. Prosjektet har bidratt til en markant bedring i korrekte aktivitetsdata og til en betydelig kompetanseheving i foretaket med fokus på lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og -system. Foretaket har nå på plass styrende dokumenter for hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet, og det er økt fokus på elektroniske arbeidsprosesser. Det planlegges interne revisjoner som skal følge opp vesentlige punkter fra Gjennomføringsprosjektet. Revisjonene vil foregå i alle aktuelle klinikker.

Sykehuset har fortsatt utfordringer med kapasiteten innen flere deler av virksomheten. Spesielt knytter dette seg til radiologi og svartider for patologi, hvilket får følger for pasientforløp innen flere fagområder. Det er også en utfordring med kapasiteten innen intensiv-/overvåkningsområdet både for voksne og nyfødte og begrenset operasjonsstuekapasitet, blant annet på grunn av mangel på spesialsykepleiere. Det pågår et

arbeid med kartlegging av både kortsiktige og langsiktige tiltak knyttet til rekruttering av spesialsykepleiere, og det arbeides med tiltak knyttet til radiologikapasitet og svartider for patologi samt intensiv-/overvåkningskapasitet og operasjonskapasitet med tanke på arealforhold.

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

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

Arbeidsmiljø

Utviklingen i brudd på arbeidstidsbestemmelser (AML) i første tertial 2013 viser en liten nedgang på om lag 100 brudd totalt sammenlignet med tredje tertial 2012. Man ser en økning i antall brudd på reglene for tillatt arbeidstid per dag mens brudd på ukesregelen ligger på samme nivå og brudd på fireukersregelen går ned. Brudd på årsregelen forekommer ikke i denne perioden.

Siden rapporteringen av brudd på arbeidstidsbestemmelsene startet i 2011 er det arbeidet med å sikre kvalitet i datagrunnlaget. En del av økningen i brudd første tertial 2013 knyttes til endring i datagrunnlaget etter klinikkens innføring av felles GAT. Inntil felles GAT er implementert for alle klinikkene vil det fortsatt være noe usikkerhet knyttet til rapportene om brudd.

Det ble meldt 1410 HMS-avvik i 1. tertial 2013 sammenliknet med 1430 HMS-avvik i samme periode i 2012, hvilket er omtrent det samme. Totalt ble det registrert 550 avvik i hovedgruppen "Arbeidsmiljø" i 1. tertial 2013 mot 471 i samme periode i 2012, hvilket utgjør en økning på 17 %. Største avviksgruppe i 1. tertial 2013 er "Arbeidspress" med 129 avvik – en 70 % økning sammenliknet med samme periode i 2012. Eksempler på avvikstitler er: Stor arbeidsbelastning, ikke tid til matpause, svekket beredskap, ressursmangel, slitasje på personalet og for lav bemanning. Det pågående prosjektet med bemanningsnorm vil kunne bidra til å få et riktig forhold mellom aktivitet og bemanning.

For å få til en god gjennomføring av ferieperioden ble arbeidet med planlegging av driftsendringer og ferieavvikling startet ved årsskiftet. Dette for å gi en forutsigbarhet for driften og for den enkelte ansatte. Planlegging og utarbeidelse av tjenesteplaner for legene sommeren 2013 har vært en krevende prosess for alle parter. Klinikkene er i prosess med de ulike vaktlagene for å sikre en forsvarlig ferieavvikling..

Det er for øvrig ingen større endringer fra tidligere risikorapporteringer innen arbeidsmiljøperspektivet. Fortsatt er det behov for bemanningsreduksjoner og tilpasninger, men gapet mellom faktiske og budsjetterte stillinger er mindre i 1.tertial og det dreier seg om færre klinikker. IKT-systemer som ikke er harmonisert skaper fortsatt merarbeid og irritasjon. Usikkerhet relatert til gammelt medisinskteknisk utstyr forventes redusert etter hvert som nytt utstyr anskaffes og tas i bruk.

Flytte- og ombyggingsprosessene gir merbelastning og trange arbeidsforhold mange steder. Sykehuset har utarbeidet tiltaksplaner i forhold til de betydelige mangler som Arbeidstilsynet og brannvesenet har påpekt ved bygg- og branntekniske forhold, og det forventes forbedringer i takt med gjennomføringen av tiltakene.

Forskning, innovasjon og utdanning

Sykehusets første utdanningsstrategi ble vedtatt av styret i februar 2013 (sak 8/2013). Det arbeides for tiden med utarbeidelse av en handlingsplan basert på denne.

Det er i 1. tertial ferdigstilt en samarbeidsavtale mellom Oslo universitetssykehus HF og Lovisenberg diakonale høyskole som omhandler samarbeid om praksisstudier for sykepleiere i videreutdanning i operasjonssykepleie.

Som et ledd i oppfølging av samarbeidsavtalen med Høgskolen i Oslo og Akershus er det etablert profesjonsrettet fagråd innen fysioterapi, ergoterapi og vernepleie i tillegg til det allerede etablerte fagrådet i sykepleie.

Høgskolen i Oslo og Akershus økte utdanningskapasiteten av spesialsykepleiere innenfor fagfeltene anestesi, barn, intensiv og operasjon i 2012, noe som var planlagt at skulle kontineres. Det starter et nytt kull januar 2014, et halvt år senere enn opprinnelig planlagt. Det er nylig gjennomført en behovskartlegging som viser stor mangel på spesialsykepleiere spesielt innenfor fagfeltene operasjon, intensiv, barn- og nyfødt. For å bedre rekrutteringen til videreutdanningene revurderes dagens stipendordning. Endring av stipendordning og nye tiltak for å øke antall spesialsykepleiere skal besluttes før sommerferien 2013.

Oslo universitetssykehus bidrar i en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet som skal vurdere behovet for endringer i spesialitetsstrukturen for leger, herunder vurdere om spesialistutdanningene er i tråd med fremtidige behov for helsetjenester.

Sykehuset har påbegynt arbeidet med systematisk kartlegging og oppfølging av rapporteringen til Legeforeningen om spesialistutdanning fra alle klinikker som gir spesialistutdanning i relasjon til spesialistreglene.

Sykehuset har for første gang utlyst og tildelt midler (0,5 mill) til å gjennomføre simuleringstrening og lage e-læringsprogrammer. Interessen for utlysningen var stor. Utdanningsutvalget mottok i alt 45 søknader.

Tall per 1. tertial 2013 viser at Oslo universitetssykehus fortsatt har god forskningsaktivitet, til tross for at det gjennom fjoråret og i dette tertiale risikoen er meldt om vedvarende press knyttet til tid, utstyr, IKT-systemer og arealer til forskning. Negative effekter av ressursmangel vil imidlertid gi utslag over tid.

Innen forskning, innovasjon og utdanning gjenspeiles flere av de samme risikoområdene som innen pasientbehandling, blant annet knyttet til kapasitet/bemanning, utstyr, arealer og IKT-systemer. Det er fortsatt store problemer med IKT-støtte til forskningsmiljøer, som over lengre tid synes nedprioritert regionalt på grunn av det prekære behovet knyttet til kliniske systemer, jf styresak 30/2013. Sykehuset har en aktiv dialog med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner om løsningsalternativer for blant annet forbedret brukerstøtte til forskere. Tilstrekkelig tid, stillinger og karriereveier i forskning rapporteres fortsatt som et problem, uten at det foreløpig har ført til reduksjon i forskningsaktiviteten. Dette er en risiko som på sikt kan gå utover faglig utvikling og kvalitet i pasientbehandling og diagnostikk. Kapasitet og logistikk for kliniske studier er for dårlig, og det er i samarbeid med Helse Sør-Øst iverksatt tiltak for å styrke infrastruktur for kliniske studier fra 2013. Etterutdanningsaktiviteten og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press, noe som er en risikofaktor

for kvalitet og pasientsikkerhet. Det er også vanskelig å skaffe til veie tilstrekkelig antall praksisplasser innen sykepleie. Det vises for øvrig til omtale under pasientbehandling vedrørende mangel på utdannede spesialsykepleiere, der virkemidler for rekruttering til disse utdanningene og vilkår under og etter fullført videreutdanning bør gjennomgås.

Økonomi og infrastruktur

Aktiviteten hittil i 2013 er lavere enn planlagt, både innenfor somatikken og deler av psykisk helsevern, samtidig som kostnader og årsverk ikke er tatt ned tilsvarende. Det arbeides med å levere en aktivitet som budsjettert på årsbasis både innenfor somatikk og psykisk helsevern. Dette skal gjennomføres samtidig som kostnadene reduseres. I dette arbeidet er fokus gjennomføring av budsjetterte tiltak samtidig som nye tiltak vil bli vurdert.

Reduksjon i antall årsverk til budsjettert nivå for 2013 er viktig for å forbedre produktiviteten og for å gjennomføre budsjettet. Utviklingen i bemanningstallene er fortsatt ikke tilfredsstillende og må fortsatt følges tett opp overfor klinikkene for å sikre at den samlede bemanningen tilpasses foretakets finansiering.

Sykehuset har rapportert et forventet årsresultat som budsjettert, dvs et regnskapsmessig underskudd på 200 millioner kroner etter 1.tertial, dog vurdert til høy risiko. Dette krever en betydelig produktivitetsforbedring gjennom resten av 2013.

For å bidra til riktig innhold i utviklingen av styringsdata er det etablert et LIS-forum med deltakere fra klinikkene.

Innenfor IKT-området er det risiko knyttet til gjennomføring av prosjekter både når det gjelder fremdrift og økonomi. Fortsatt har ikke sykehuset noe felles IKT-system for innkjøp og logistikk og dette påvirker arbeidsprosessene negativt. Problemene med for lav investeringsgrad og fornying av medisinskteknisk utstyr ser ut til å bedres ved at det nå er sikret tilgang på investeringsmidler til dette området over de neste årene.

Flere deler av bygningsmassen sliter med vedlikeholdsetterslep. Blant annet er det svakheter ved vannforsyningen ved Radiumhospitalet, og den nylige hendelse med Legionella er et eksempel på mulige alvorlige konsekvenser. Det arbeides med en rekke tiltak for å redusere denne og øvrig risikoer.

Det vises for øvrig til vedlegg 1 – Risikovurdering 1.tertial 2013 med tiltaksplaner



Ledelsens gjennomgang

Risikovurdering 1. tertial 2013

med plan for risikoreducerende tiltak

Vedlegg 1

Styresak 36/2013

Innholdsfortegnelse

Risikovurdering	3
Pasientbehandling.....	3
Arbeidsmiljø	3
Forskning, innovasjon og utdanning	4
Økonomi og infrastruktur.....	4
Risikokart	5
Risikovurdering av pasientbehandlingen	5
Risikovurdering av arbeidsmiljøet.....	6
Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning	7
Risikovurdering av økonomi og infrastruktur	8
Risikoreduserende tiltak	9
Pasientbehandling.....	9
Arbeidsmiljø	13
Forskning, innovasjon og utdanning	15
Økonomi og infrastruktur	18

Risikovurdering

Risikovurderinger gjennomføres regelmessig hvert tertial innen sykehusets kjerne- og støtteaktiviteter. Risikostyring er en integrert del av ledelsesutøvelse for å fokusere på områder forbundet med risiko for ikke måloppnåelse. Risikoområder identifiseres og vurderes med hensyn til sannsynlighet og konsekvens. Samtidig fastsettes risikoreduserende tiltak slik at ledelsen påser at all risiko holdes innen forsvarlige og akseptable rammer.

Risikostyring og ledes kunnskap og forståelse utvikler seg over tid og det vil således være nyanser i rapporteringen i de ulike tertialer. Forståelse og bruk av akseptansekriterier, samt vurdering av effekt av tiltak kan være medvirkende faktorer til variasjon i vurderingene. Det er likevel slik at den risiko som rapporteres hvert tertial til styre er det bilde øverste ledelse mener er det mest korrekte på gitte tidspunkt, ut fra tilgjengelige data fra ulike kilder, kunnskap og erfaringer.

Årets første risikovurdering er en hovedgjennomgang ut fra nye krav og oppdrag samtidig som kjente risikoer vurderes og følges opp. I løpet av tertialet har risikovurderinger blitt gjennomført i klinikkene. Med bakgrunn i de lokale risikovurderingene har direktørens stabsavdelinger i fellesskap gått gjennom sykehusets overordnede risikobilde. For å sikre medvirkning har hovedverneombud og hovedtillitsvalgte for de største fagorganisasjonene blitt trukket med i prosessen. Den overordnede risikovurderingen er presentert i dialogmøte med tillitsvalgte, i AMU og behandlet i ledermøte.

Inndelingen i fire ulike risikokart er videreført fra i fjor i følgende områder: Pasientbehandling, arbeidsmiljø, forskning/innovasjon/utdanning og økonomi/infrastruktur.

I hovedsak ser en at sykehuset har mange av de samme risikoene som ved utgangen av 2012. Noen nye risikoer er identifisert; spesialistutdanning av leger, infrastruktur for kvalitetsregistre og risiko for kritikkverdige handlinger innen økonomi. Enkelte risikoer er noe redusert fra forrige tertial. Manglende intensivkapasitet er noe justert opp. Alt i alt ser en at det fortsatt er flere områder med høy risiko.

Handlingsplanene for å sikre reduksjon av risikoene i de fire områdene er beskrevet på side 9 og utover.

Pasientbehandling

Sykehuset har fortsatt utfordringer med kapasiteten innen flere deler av virksomheten. Spesielt knytter dette seg til radiologi og svartider for patologi, hvilket får følger for pasientforløp innen flere fagområder. Det er også en utfordring med kapasiteten innen intensiv-/overvåkningsområdet både for voksne og nyfødte og begrenset operasjonsstuekapasitet, blant annet på grunn av mangel på spesialsykepleiere. Det pågår et arbeid med kartlegging av både kortsiktige og langsiktige tiltak knyttet til rekruttering av spesialsykepleiere, og det arbeides med tiltak knyttet til radiologikapasitet og svartider for patologi samt intensiv-/overvåkningskapasitet og operasjonskapasitet med tanke på arealforhold.

Satsningen i 2012/2013 innen det pasientadministrative arbeidet med Gjennomføringsprosjektet har gitt positive resultater i forhold til ventelister, spesielt knyttet til langtidsventende og fristbrudd. Det opprettholdes fokus på dette området, slik at det fortsatt arbeides for forbedringer innen enkelte fagområder hvor det er lange ventetider.

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

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

Arbeidsmiljø

Det er ingen større endringer fra tidligere rapporteringer. fortsatt er det behov for bemanningsreduksjoner og tilpasninger, men gapet mellom faktiske og budsjetterte stillinger er nå mindre, og det dreier seg om færre klinikker. Likevel oppleves fortsatt arbeidsbelastningen mange steder i

organisasjonen som for høy. Det meldes om stress relatert til både høy arbeidsmengde og høyt tempo. IKT-systemer som ikke er harmoniserte skaper merarbeid og irritasjon. Fortsatt ser vi at lederne er spesielt utsatt for belastninger ved at lederrollen har blitt mer kompleks og krevende. Usikkerhet relatert til gammelt medisinsk-teknisk utstyr forventes å synke etter hvert som nytt utstyr tas i bruk. Flytte- og ombyggingsprosessene kan gi vanskelige og trange arbeidsforhold. Sykehuset har utarbeidet tiltaksplaner i forhold til de betydelige mangler som Arbeidstilsynet og brannvesenet har påpekt ved bygg- og branntekniske forhold, og det forventes forbedringer i takt med gjennomføringen av tiltakene.

Forskning, innovasjon og utdanning

Innen forskning, innovasjon og utdanning gjenspeiles flere av de samme risikoområdene som innen pasientbehandling, blant annet knyttet til kapasitet/bemanning, utstyr, arealer og IKT-systemer. Det er fortsatt store problemer med IKT-støtte til forskningsmiljøer, som over lengre tid synes nedprioritert regionalt pga det prekære behovet knyttet til kliniske systemer, jf styresak 30/2013. Sykehuset har en aktiv dialog med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner om løsningsalternativer for blant annet forbedret brukerstøtte til forskere. Tilstrekkelig tid, stillinger og karriereveier i forskning rapporteres fortsatt som et problem, uten at det foreløpig har ført til reduksjon i forskningsaktiviteten. Dette er en risiko som på sikt kan gå utover faglig utvikling og kvalitet i pasientbehandling og diagnostikk. Kapasitet og logistikk for kliniske studier er for dårlig, og det er i samarbeid med Helse Sør-Øst iverksatt tiltak for å styrke infrastruktur for kliniske studier fra 2013. Etterutdanningsaktiviteten og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press, noe som er en risikofaktor for kvalitet og pasientsikkerhet. Det er også problematisk å skaffe til veie tilstrekkelig antall praksisplasser innen sykepleie. Det vises for øvrig til omtale under pasientbehandling vedrørende mangel på utdannede spesialsykepleiere, der virkemidler for rekruttering til disse utdanningene og vilkår under og etter fullført videreutdanning bør gjennomgås.

Økonomi og infrastruktur

Aktiviteten hittil i 2013 er lavere enn planlagt, både innenfor somatikken og deler av psykisk helsevern, samtidig som kostnader og årsverk ikke er tatt ned tilsvarende. Det arbeides med å levere en aktivitet som budsjettert på årsbasis både innenfor somatikk og psykisk helsevern. Dette skal gjennomføres samtidig som kostnadene reduseres. I dette arbeidet er fokus gjennomføring av budsjetterte tiltak samtidig som nye tiltak vil bli vurdert.

Reduksjon i antall årsverk til budsjettert nivå for 2013 er viktig for å forbedre produktiviteten og for å gjennomføre budsjettet. Utviklingen i bemanningstallene er fortsatt ikke tilfredsstillende og må fortsatt følges tett opp overfor klinikkene for å sikre at den samlede bemanningen tilpasses foretakets finansiering.

Sykehuset har rapportert et forventet årsresultat som budsjettert, dvs et regnskapsmessig underskudd på 200 millioner kroner. Dette krever en betydelig produktivitetsforbedring gjennom resten av 2013.

For å bidra til riktig innhold i utviklingen av styringsdata er det etablert et LIS-forum med deltakere fra klinikkene.

Innenfor IKT-området er det risiko knyttet til gjennomføring av prosjekter både mht fremdrift og økonomi. Fortsatt har ikke sykehuset noe felles IKT-system for innkjøp og logistikk og dette påvirker arbeidsprosessene negativt. Problemene med for lav investeringsgrad og fornying av medisinsk-teknisk utstyr ser ut til å bedres ved at det nå er sikret tilgang på investeringsmidler til dette området over de neste årene.

Flere deler av bygningsmassen sliter med vedlikeholdsetterslep. Blant annet er det svakheter ved vannforsyningen ved Radiumhospitalet, og den nylige hendelse med legionella er et eksempel på mulige alvorlige konsekvenser. Det arbeides med en rekke tiltak for å redusere denne og øvrig risikoer.

Risikokart

Risikovurdering av pasientbehandlingen

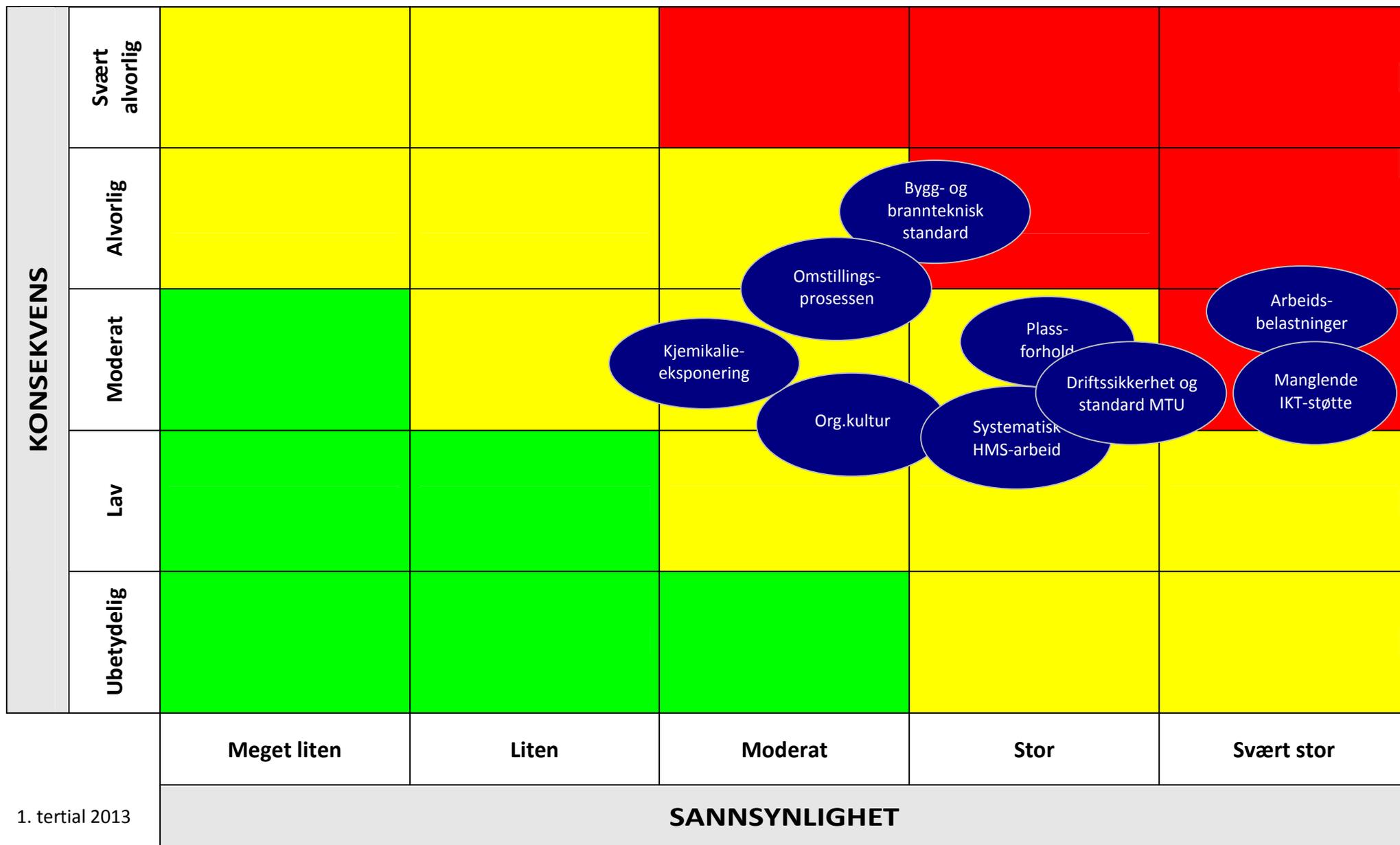
Gjelder all medisinsk og helsefaglig virksomhet: Diagnostikk, behandling, pleie og pasientopplæring samt MTU, samhandling, pasientadm. og annet pasientrelatert arbeid.

KONSEKVENNS	Svært alvorlig					
	Alvorlig			Forløpstider	Responstid AMK	
	Moderat			Sys. bortfall kliniske IKT-sys	Kapasitet radiologi og svartider patologi	Intensiv- og postoperative-senger
	Lav			Svikt v/overgang mellom beh.nivå internt/eksternt	Behandlingskapasitet	Mangel på spes. sykepl./ annet pers.
	Ubetydelig				Kapasitet og standard MTU	
		Meget liten	Liten	Moderat	Stor	Svært stor
1. tertial 2013	SANNSYNLIGHET					

Risikokartet viser identifisert risiko før iverksatte tiltak.

Risikovurdering av arbeidsmiljøet

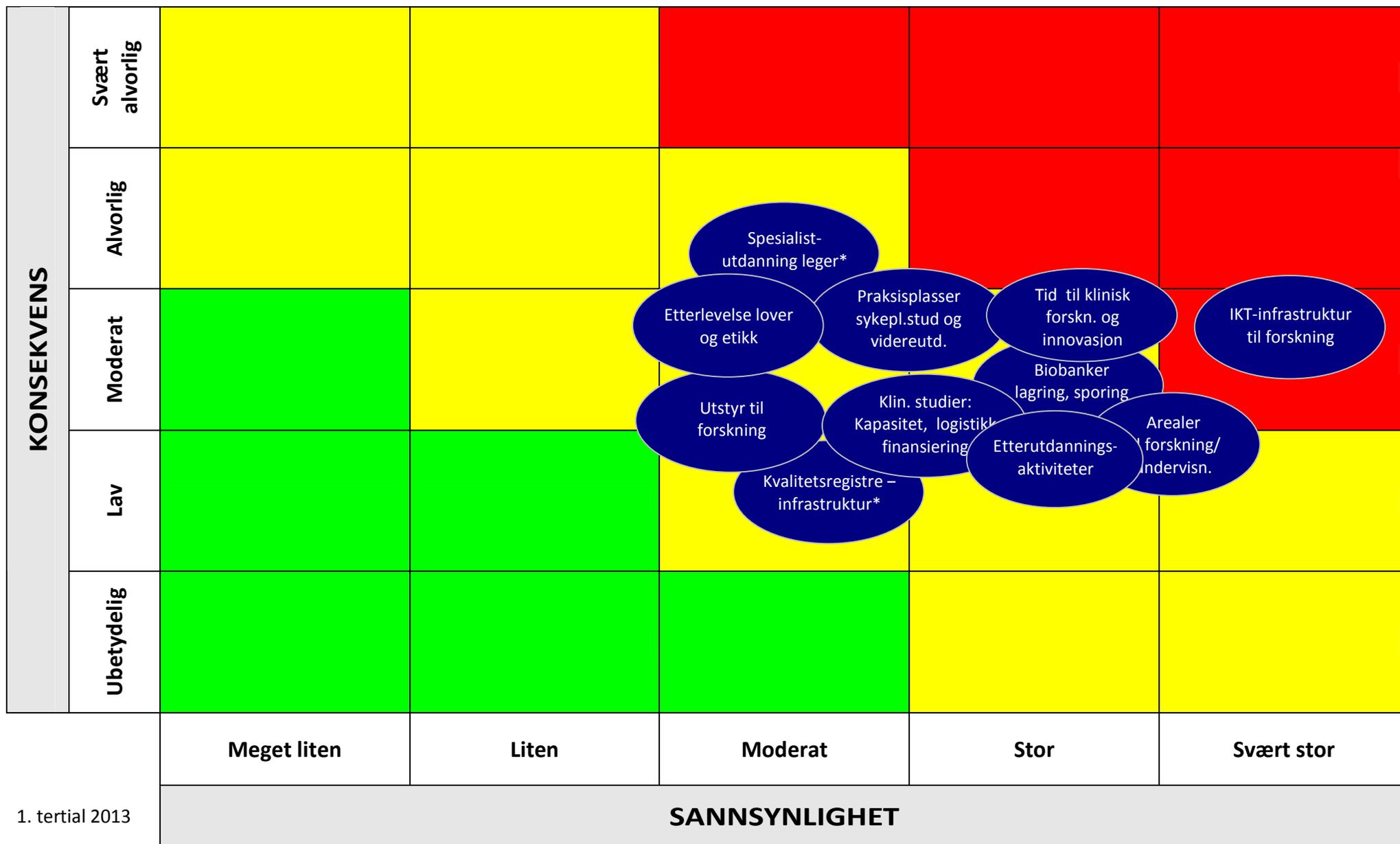
Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid



Risikokartet viser identifisert risiko før iverksatte tiltak.

Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning

Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.

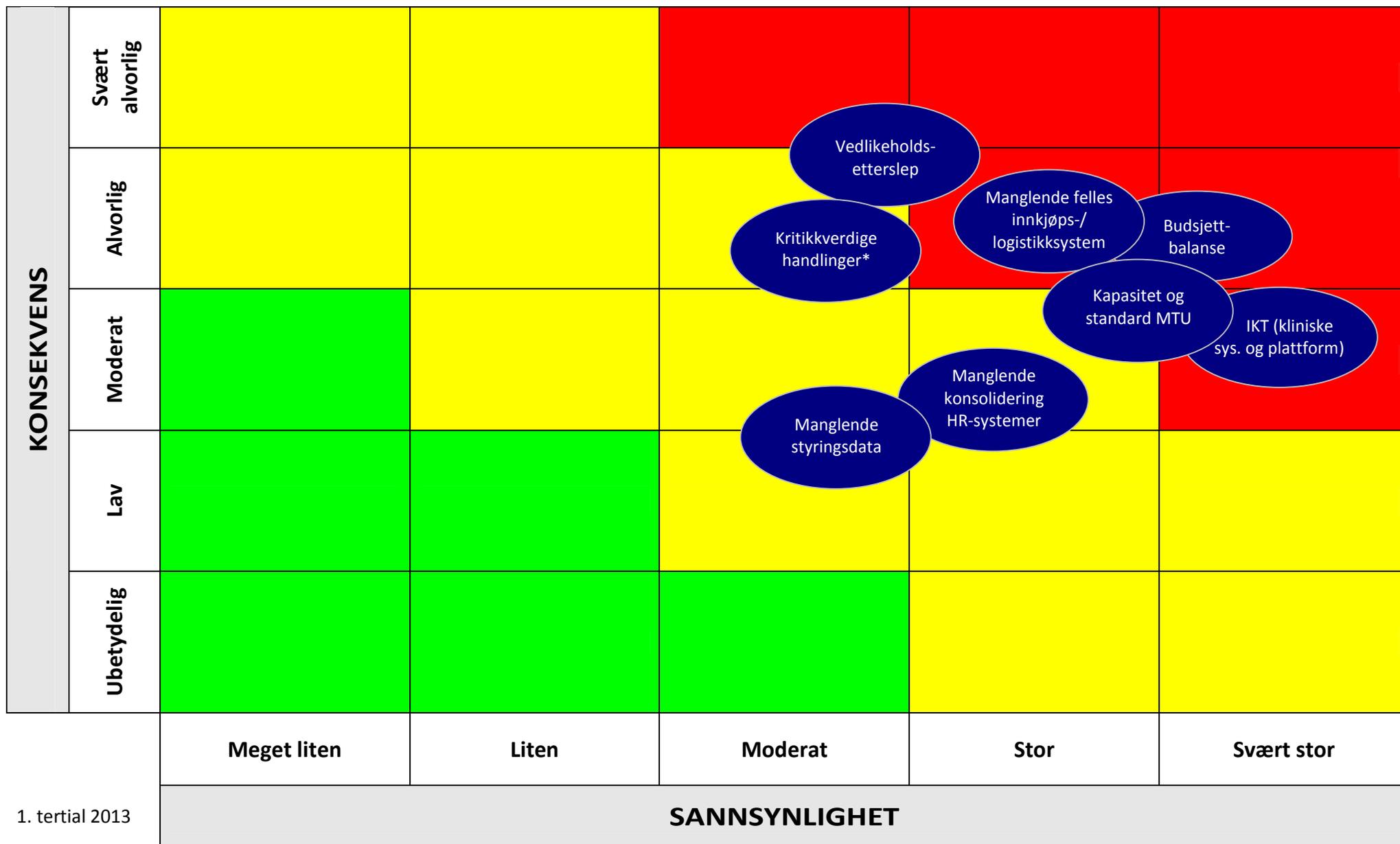


* Nyidentifisert risiko

Risikokartet viser identifisert risiko før iverksatte tiltak.

Risikovurdering av økonomi og infrastruktur

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



* Nyidentifisert risiko

Risikokartet viser identifisert risiko før iverksatte tiltak.

Risikoreducerende tiltak

Pasientbehandling

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

	Risiko	Tiltak	Kommentar
1.	Responstid - kapasitet AMK	<p>Det er utpekt egen leder til forbedringsarbeid knyttet til AMK og PHT.</p> <p>Det er etablert sammenhengende AMK-sentraler i Helse Sør-Øst som ser hverandres ressurser.</p> <p>Øke bemanningen ved AMK inkl. legestilling.</p> <p>Reduser svartid for innringere.</p> <p>Anskaffe nytt IKT-verktøy for beslutningsstøtte og flåtestyring, inkl. web-basert ambulansebestilling.</p> <p>Overføre flere rene transportere til pasientreiser.</p> <p>Etablere en sentral i Helse Sør-Øst som koordinerer luft-ambulanseressursene.</p>	<p>Betydelig økning av henvendelser til 113-telefonen, - ca. 5 % årlig de siste 10 årene. Dette har ført til en tilsvarende økning i ambulanseoppdrag som er akutte og haster.</p> <p>Helsetilsynet har i tilsynssak påpekt at grunnbemanningen i AMK Oslo og Akershus i perioder har vært så marginal at driften har blitt ansett å være i strid med kravet til forsvarlig virksomhet. Tiltakene som er beskrevet er en del av handlingsplanen i forhold til Helsetilsynet.</p> <p>Det ble fra uke 18 mulig å se hverandres ressurser ved AMK-sentralene i HSØ, men sentralene er foreløpig ikke sammenhengende.</p>
2.	Intensiv- og postoperative senger	<p>Øke antall intensivsenger:</p> <ul style="list-style-type: none">• Intensiv 3 ved Ullevål var ferdig i 2012 og arealet er utvidet med 2 plasser (bufferkapasitet)• Forprosjekt for omgjøring av sengesentral til intensivplasser på Rikshospitalet pågår• Bemanningen ved gen. intensiv 2 ved Rikshospitalet er økt• Bemanningen ved thoraxintensiv ved Rikshospitalet er økt• Postoperativ kapasitet ved Rikshospitalet ved er økt ved at enheten har utvidet med nattåpning• Prosjekt vedrørende kartlegging og utvidelse av intermedisær senger som på sikt vil kunne avlaste intensiv pågår• Bemanningen ved nyfødteintensiv ved Rikshospitalet og Ullevål er økt. Rekruttering pågår• Nytt akutttbygg Ullevål vil totalt sett gi flere	<p>Kontinuering oppfølging og styring av intensiv/PO-ressurser. Det pågår fortsatt arealprosjekter både ved Rikshospitalet og Ullevål. Sykehuset har rekrutteringsutfordringer til spesialsykepleierstillinger.</p> <p>Noe bedret situasjon pga. økt bemanning og endring av drift.</p> <p>Helse Sør-Øst vil starte kartlegging av samlet intensivkapasitet i regionen.</p> <p>Det vil være nødvendig med rokader og tilrettelegging av lokaler i forbindelse med</p>

	Risiko	Tiltak	Kommentar
		PO/ intensivplasser.	innflytting til nytt bygg på Ullevål. Full effekt av kapasitetsutvidelsen forventes sommeren 2014.
3.	Ventelister / fristbrudd / behandlingskapasitet /forløpstider	<p>Gjennomføringsprosjektet er avsluttet og handlingsplan for oppfølging er etablert. Det er fortsatt stort fokus på ventelister / fristbrudd og status vil inngå i AD sin ordinære oppfølging av klinikkene. Klinikklenderne har tilsvarende ansvar for slutføring og oppfølging av alle avd. i egen klinikk.</p> <p>Opplæring og kompetanseheving fra ressurspersoner i direktørens stab tilbys fortsatt.</p> <p>Kapasiteten er midlertidig økt innen enkelte fagområder, for eksempel gjennom skjerming av elektiv drift og/eller prosjekter for reduksjon av ventelister og håndtering av fristbrudd.</p> <p>Det er også etablert avtaler med andre sykehus innen enkelte fagområder for å avhjelpe med sykehusets ventelister.</p> <p>Det er etablert midlertidige fagråd i regionen for å se på kapasiteten innen områder med kapasitetsutfordringer (nevrologi, ortopedi, ØNH, plastikk-kirurgi og øyesykdommer).</p> <p>Etablering av egen AMD-klinikk vurderes siden AMD medfører utfordringer for den samlede kapasitet.</p> <p>Etablere og kvalitetssikre flere pasientforløp for kreftpasienter.</p> <p>Etablere samarbeid med kommunehelsetjenesten om pasientforløp og etablering av akutte døgnplasser i kommunal regi på Aker.</p>	<p>Ventelisteutviklingen viser at det er en klar nedgang i antall ventende og gjennomsnittstid for ventende fra mars 2012 til mars 2013. Primært er dette knyttet til pasienter uten rett til prioritert helsehjelp.</p> <p>Utviklingen av fristbrudd er varierende over tid - og foretaket har fremdeles utfordringer i forhold til fristbrudd, men antall avdelinger med fristbrudd er betydelig redusert. Reduksjonen er et resultat av rydding i aktivitetsdata og til dels bedre planlegging av driften samt midlertidig kapasitetsøkning innen enkelte fagområder.</p> <p>Andel henvisninger vurdert innen frist ligger på 97 % på foretaksnivå. Det er lite endring i vurderingstid.</p> <p>Sykehuset har etablert styringsparametre knyttet til forløpstider for 3 kreftdiagnoser (tykktarm-, bryst- og lungekreft). Det arbeides for å utvide dette til flere diagnosegrupper.</p>
4.	Kapasitet radiologi og svartider patologi	<p>Gjennomføre og monitorere vedtatte prioriteringer for bruk av radiologiske undersøkelser. Klinikklenderne må tydeliggjøre radiologisk prioritet innen egne pasientgrupper. KDI ser nå på muligheten for etablering av brukerstyrte slotter/økter som kan styres av fagavdelingene.</p> <p>Sammen med Helse Sør-Øst pågår det tilleggsanskaffelse av mammografiundersøkelser fra private leverandører, som vil redusere</p>	<p>Saken følges regelmessig både i oppfølgingsmøter med klinikken og i ledermøtene. Kapasitetsutfordringene skyldes dels MTU og dels personellmangel. I tillegg vil felles RIS/PACS være viktig for god ressursutnyttelse og dermed bedring i kapasitet.</p>

	Risiko	Tiltak	Kommentar
		<p>ventetider til mammografi.</p> <p>Prioritere medisinsk-teknisk utstyr som gir kapasitetsforbedringer. Det er siste mnd anskaffet og installert ny MR på Radiumhospitalet og anskaffelse av ny fremføringsmaskin til Patologisk avd. pågår.</p> <p>Øke bemanning innen radiologi med flere radiologstillinger.</p> <p>Sammen med Helse Sør-Øst vurdere behovet for radiologiske tjenester som del av diagnostikk/ behandling i primærhelsetjenesten.</p> <p>Ta initiativ til felles regionale prosedyrer og protokoller innen radiologi slik at antall reundersøkelser og regranskninger reduseres.</p> <p>Omstrukturere og bedre logistikk og arbeidsflyt knyttet til patologiske undersøkelser og svar.</p>	
5.	<p>Sys. bortfall kliniske IKT-systemer</p> <p>Ved systembortfall vil helsepersonell ikke ha tilgang til nødvendig pasientinformasjon.</p>	<p>Kontinuerlig sikring av serverpark/service i tett samarbeid med Sykehuspartner.</p> <p>Gode manuelle rutiner er utarbeidet og implementert.</p>	<p>Viktig å få på plass trygg IKT-plattform.</p> <p>Det er i uke 18 rettet opp feil spesielt knyttet til redundans (speilsystemet), slik at overgang til speilløsning kan sikres ved bortfall.</p> <p>Hyppigheten av svikt har vært økende, men risikoen for systembortfall forventes nå redusert grunnet redundansløsning.</p>
6.	<p>Mangel på spesialsykepleiere og annet personell</p>	<p>Det er fra mai opprettet en fast stilling for rekruttering i HR-stab.</p> <p>Det er etablert en samarbeidsgruppe bestående av HR-stab, stab MHU, stab FiU og OSS som ser på ulike tiltak for rekruttering inklusive stipendordning og utdanningsstillinger.</p> <p>Øke utdanningskapasiteten bl.a. ved fremskyndet studiestart (bl.a. nyfødttintensiv) i samarbeid utdanningsinstitusjoner.</p> <p>Det planlegges og tilrettelegges for strategisk kompetanseutvikling.</p>	<p>Forventet effekt når tiltakene er iverksatt.</p>

	Risiko	Tiltak	Kommentar
7.	Kapasitet og standard medisinsk-teknisk utstyr	<p>Det er under etablering en 3-års plan for utskiftning og anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr.</p> <p>Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV.</p> <p>Utvikle gode businesscase med forpliktende effektivisering.</p>	<p>Gjennomsnittsalder på utstyr: 11,1 år. 41 000 MTU-enheter med akkumulert anskaffelseskostnad 3,54 mrd. Finansieringsordning er fastsatt og avklart med Helse Sør-Øst, noe som vil gi en langt bedre situasjon fremover.</p>
8.	Svikt i overgang mellom behandlingsnivå, inn/ut fra/til sykehus – primærhelsetjeneste samt mellom interne enheter	<p>Det er utformet forslag til et eget henvisnings- og epikriseprosjekt med formål å bedre kvaliteten på henvisninger og sørge for gode og raskt utsendte epikriser.</p> <p>Det er tilrettelagt for elektroniske epikriser til sykehjemmene i Oslo.</p> <p>Koordinatorfunksjoner skal etableres i alle klinikker. Koordinator skal ivareta koordineringsarbeid i forhold til utskrivning av pasienter med behov for tjenester fra ulike forvaltningsnivåer.</p> <p>Aktiv opplæring av klinikkens ansatte i forhold til nivå 1-prosedyre - utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester, er igangsatt.</p> <p>Gjennom arbeidet med pasientforløp legges det til rette for gode samhandlingslinjer mellom involverte parter internt og eksternt.</p>	

Arbeidsmiljø

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid

	Risiko	Tiltak	Kommentar
1.	Arbeidsbelastning (Sees i sammenheng med tidligere eget punkt: Bemanning i forhold til aktiviteter og oppgaver)	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 forenklingspunkter. Bruke erfarent fagpersonale for å sikre tilgang til nødvendig kompetanse. Vurdere bemanning i forhold til arbeidsoppgaver. Innsatsgruppe støtte klinikkene (sentralt) Gjennomgang av tjenesteplaner og turnus. God bemanningsstyring og realistiske planer for bemanningstilpasning. Innsatsgruppe. Implementere ressursplanleggingssystem (Brasse) og hente ut effekter. Innsatsgruppe (sentralt) og lokale stillingsutvalg.	Effekt av tiltak må forventes på noe lengre sikt. Noe bedret situasjon.
2.	Manglende IKT-støtte medføre vanskelig arbeidssituasjon for ansatte	Gjennomføre planlagte og vedtatte tiltak.	Liten bedring foreløpig.
3.	Kapasitet og standard medisinsk-teknisk utstyr	Etablere en 3 årsplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr. Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV. Utvikle gode businesscase med forpliktende effektivisering. Informasjon til ansatte om positiv utvikling.	Gjennomsnittsalder på utstyr: 10,6 år. 39 000 MTU-enheter.
4.	Bygg-/brannteknisk standard	Branngjennomgang: <ul style="list-style-type: none"> • Kartlegging av omfang og utarbeidelse av tiltaksplan med hensyn til oppgradering av sprinkler- og brannalarmanlegg. • Branntetting og brannseksjonering. • Oppfølging av prosjekter og oppgradering av brann-dokumentasjon. Lukking av avvik vedrørende spesialventilasjon, generell ventilasjon, sikring av fasader/tak og oppgradering av generell slitasje. Gjennomgang av kritisk bygningsflate.	Delvis effekt av tiltak. Brannvesenet er tilfreds med igangsatte og planlagte tiltak. En er snart ferdig med lukking av kategori 5-avvik gitt av Arbeidstilsynet, og en har påbegynt lukking av kategori 4-avvik..
5.	Plassforhold	Nybygging/ombygging. Fokus på å få avklart flyttinger slik at enheter som hører sammen blir fysisk samlet. God planlegging og medvirkning ved samlokalisering.	Tiltak begynner å gi noe effekt.

	Risiko	Tiltak	Kommentar
6.	Gjensidig respekt og kulturforståelse	<p>Utarbeide arealplan, plan for samlokalisering/flyttinger (igangsatt).</p> <p>Kulturbyggende tiltak blant annet gjennom oppfølging av ny strategi for OUS og videre arbeid med felles lederplattform (internt lederutviklingsprogram, program for ledergruppeutvikling, kollegaveiledning, talentprogram mv) (igangsatt).</p>	Noe bedret situasjon.
7.	Integrasjons- og omstillingsprosessen	<p>Arealplan, plan for samlokalisering/flyttinger.</p> <p>Realistiske tidsplaner, gode og involverende omstillingsprosesser, tydelig og realistisk beskrivelse av situasjonen i kommunikasjonsarbeidet.</p> <p>Kulturbyggende tiltak.</p>	Tiltak begynner å gi noe effekt.
8.	Systematisk HMS-arbeid	<p>Ta i bruk eHMS i alle avdelinger.</p> <p>Økt fokus på opplæring, spesielt at alle ledere gjennomfører obligatorisk HMS-opplæring.</p> <p>Sikre at det opprettes HMS-grupper alle steder.</p>	
9.	Kjemikalieeksponering	<p>Vurderer substitusjon i alle avdelinger.</p> <p>Oppdatere stoffkartotek (igangsatt).</p> <p>Gjennomgå og gi opplæring i rutine for håndtering av kjemikalier.</p>	Konsekvens er potensielt alvorlig.

Forskning, innovasjon og utdanning

Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.

	Risiko	Tiltak	Kommentar
1.	IKT-infrastruktur til forskning: manglende brukerstøtte, ulikt tilbud i organisasjonen, manglende mulighet for sikker lagring av store datamengder	<p>Forskning fokuseres i OUS sin områdeplan for IKT.</p> <p>Etablere faste møter mellom Stab IKT (OUS), Stab forskning, innovasjon og utdanning (OUS) og Sykehuspartner (igangsatt).</p> <p>Etablere egen tjenesteansvarlig for Forskernett i Sykehuspartner.</p> <p>Kartlegging av applikasjoner (igangsatt av Sykehuspartner)</p> <p>Identifisering av IKT-behov hos Ullevål-forskerne (Stab IKT)</p> <p>Nedsette arbeidsgruppe i Helse Sør-Øst for kartlegging av IKT-behovene og forslag til tiltak hvor OUS deltar (iverksatt). Det vises også vedtak i styresak 30/2013, "Styret ber styreleder ta opp saken i neste oppfølgingsmøte med Helse Sør-Øst RHF".</p>	<p>Det er et stort investeringsbehov og behov for harmonisert og funksjonell IKT-støtte til forskere. Problemet omfatter også elementær brukerstøtte til forskere hos Sykehuspartner.</p> <p>Risiko er uendret fra 3. tertial</p>
2.	Infrastruktur kvalitetsregistre	<p>Sikre økte ressurser til bistand og rådgivning ved etablering og drift av kvalitetsregistre.</p> <p>Sikre søknadsbaserte sentrale forskningsmidler.</p>	Manglende IKT-ressurser for etablering av registerverktøy, datafangst og underfinansiering fører til tidkrevende innhenting og rapportering av data, og ufullstendige registre
3.	Tilstrekkelig tid og stillinger til forskning og innovasjon i klinikkene (særlig problem i kliniske enheter) - herunder begrensede karriereveier og ansettelsesmuligheter innen forskning	<p>Identifisere konkrete tiltak i klinikkens handlingsplaner. Får betydelig fokus i internt strategiarbeid og råd/utvalg for forskning.</p> <p>Øke omfang av og kvalitet på søknader om ekstern finansiering, utnytte finansieringskilder.</p> <p>Etablere tydeligere, felles ordninger med reservert tid for prof II/førstaman. til forskning og utdanning (avtale om kombinerte stillinger) (innføres gradvis over fem år fra 2012).</p> <p>Sikre riktigere bruk av D-stillinger (spesielle fordypningsstillinger for leger i spesialisering)</p>	Dette er også adressert i Forskningsrådets fagevaluering i 2011, og av sykehusets Scientific Advisory Board.
4.	Biobanksfasiliteter: utilstrekkelige lagringsfasiliteter internt og sporingssystemer (IKT)	Prosess for rydding og oppgradering ved Stab FIU og OSS, i samarbeid med klinikkene (igangsatt).	Flere av tidligere iverksatte tiltak og tiltak i prosess bør ha effekt slik at vi i løpet av 2014 bør ha en bedret situasjon og redusert risiko. Inntil vi

	Risiko	Tiltak	Kommentar
			ser effekt av dette holdes risiko uendret.
5.	Utstyr forskning: Mangel på oppdatert utstyr pga manglende investeringsmidler	Sikre bedre finansieringsløsninger av kjernefasiliteter, flere søknader om eksternt finansierte midler til stort utstyr (NFR), mer sambruk og strategisk koordinering med UiO og mellom miljøer.	
6.	Kliniske studier, herunder oppdragsforskning: For dårlig infrastruktur, logistikk, kapasitet og finansiering for kliniske studier , jf oppdragsdokument med krav til styrket tilrettelegging.	Styrke samarbeidet med Inven2 vedr. kliniske studier. Bedre samarbeid med industrien Delta i nordisk samarbeidsprosjekt om søknad til EU om infrastrukturmidler (ECRIN). Treårsprosjekt med særskilt finansiering til støttefunksjoner fra Helse Sør-Øst fra og med 2013, herunder internt nettverk av prosjektkoordinatorer/studiesykepleiere.	Preget av press på klinisk aktivitet i klinikkene, for dårlige støttefunksjoner mht planlegging og logistikk i studier, samt lavere lønnsomhet i oppdragsstudier enn tidligere. Inntil forbedrede støttefunksjoner er på plass holdes risiko uendret.
7.	Etterlevelse av lover og etikk	Legge til rette for at internkontrollsystemer blir tilstrekkelig kjent og forstått i klinikkene, på alle nivåer. Kontinuerlig forbedre tilgjengelighet og presentasjonsform gjennom kurs, eHåndboken, nettsider og møter. Sikre bistand til alle klinikker fra Forskningsstøtte og stabsenheter (herunder personvern). Kontinuere forskningsombudsfunksjon (iversatt). Tydeliggjøre interne meldesystemer ved alvorlige hendelser i forskning (igangsatt) – meldesystem gjennomgått med klinikkens forskningsledere i Forskningslederforum i mai. Må videre presenteres for klinikkens forskningsutvalg.	<p>Dette er også tatt opp som særskilt tema i Ledelsens gjennomgang med klinikkene i 3.</p> <p>Risiko holdes inntil videre uendret. I klinikkens handlingsplaner for forskning har klinikkene angitt egne, målrettede tiltak. Langsiktig og holdningsskapende arbeid.</p>
8.	Utdanning: Mangel på praksisplasser for sykepleierstudenter, bachelor og videreutdanning	Videreutvikle muligheten for å benytte poliklinikk som læringsarena og etablere flere "studenttette" poster. Vurdere internt system for fordeling av pålagte praksisplasser (bachelor). Vurdere ulike modeller for veiledning av studenter. Diskutere kombinerte stillinger med HiOA og andre samarbeidende høyskoler. Implementere harmonisert modell i OUS for praksisveiledning av sykepleiere i videreutdanning innen anestesi, barn, intensiv og operasjon.	Universitetet og høyskolene har ulike modeller for veiledning og undervisning av studenter i praksis ved sykehusene. Arbeidet mot høyskolene om justerte veiledermodeller og regional vedr. fordeling av studenter vil være tidkrevende - risiko er derfor ikke redusert fra forrige tertial.

	Risiko	Tiltak	Kommentar
9.	Utdanning: Etterutdannings- aktivitet og veiledningskapasitet	Sette av tid og midler til etterutdanning i klinikkene. Skaffe bedre oversikt over dagens situasjon. Planlegge fordeling av kurs og reiser, bedre intern kompetansedeling Fokus på styrket veiledningskapasitet (øke antall veiledningskurs).	Jf også Utdanningsstrategi, vedtatt i styremøte 14.2.2013
10	Spesialistutdanning leger: problemer knyttet til antall hjemler i enkelte fag, mangelfull veiledning og systematisk oppfølging, mangelfull nasjonal rapportering	Arbeide for flere LIS-stillinger i utsatte fagområder som f.eks. onkologi Forbedre utdanningsstruktur, veiledning og oppfølging av LIS-kandidater. Systematisk oppfølging av pålagt årsrapportering til helsemyndighetene (rapporteres til Legeforeningens spesialitetskomiteer) og tilbakemeldinger på årsrapportene. Systematisk oppfølging av evalueringsrapporter etter besøk fra nasjonale spesialitetskomiteer. Forbedre interne rotasjonsordninger i flere spesialiteter	Særlig fokusert område i Ledelsens gjennomgang med klinikkene for 1. tertialet.
11	Arealer: utilstrekkelige/for lite arealer til forskning og undervisning i flere klinikker, ev. manglende ressurser til oppgradering av lokaler. Ev. også HMS- risiko (særlig i laboratorier)	Sikre fokus på tilstrekkelige arealer til forskning og undervisning i arbeid med klinikkenes forflytninger og strategisk arealplanlegging, fokus på klinikknære arealer. Prioritert område i vedtatt forskningsstrategi og handlingsplan. Sikre arealmessig planlegging i tråd med klinikker støtte tilstore forskningssøknader. Stab FIU legger derfor frem oversikt over planlagte, omfattende søknader for Ledermøtet (SFF, SFI, Jebsen-sentre, infrastruktursøknader til NFR osv), som respektive klinikkledere må stille seg bak. Dette gjelder selv om søknaden sendes gjennom UiO.	Risiko er uendret. Svært ulik standard på forskningsarealer. Arealer vil være begrensende på hvilke større søknader OUS kan stille seg bak.

Økonomi og infrastruktur

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

	Risiko	Tiltak	Kommentar
1.	Budsjettbalanse	Sikre gjennomføring av vedtatte tiltak og identifisere nye tiltak. Detaljere tiltaksplaner som grunnlag for gjennomføring som planlagt.	Effekt av tiltak må forventes på noe lengre sikt.
2.	Manglende felles IKT-system for innkjøp og logistikk	Følge det felles ERP-prosjekt som nå iverksettes i regi av HSØ RHF Kvalitetssikring av fullmaktregistre og implementering i innkjøpssystemene. Implementering av felles Basware (fakturabehandling).	Tiltakene er i arbeid. Uendret situasjon.
3.	IKT-systemer (kliniske systemer og plattform)	Gjennomføre oppgradering av PasDoc mai 2013. Gjennomføring av DIPS innføringsprosjekt. Gjennomføring av øvrige regionale prosjekter.	Foreløpig liten effekt av tiltak.
4.	Vedlikeholdsetterslep for bygningsmassen	Bedre planlegging. Økt investeringsbudsjett 2013. Gjennomføre arealutviklingsplanen for sykehuset. Kfr. arealutviklingsplan OUS 2025 samt Multimaprapport (Tilstandsanalyse) Fase 1: Utarbeide idéfase og vedlikeholdsplan.	Se også økonomisk langtidsplan. En begynner å se noen effekter av tiltak.
5.	Kapasitet og standard medisinsk-teknisk utstyr	Etablere en 3 års plan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr (Økonomisk langtidsplan 2013-2016) Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV Utvikle gode businesscase med forpliktende effektivisering.	Gjennomsnittsalder på utstyr: 10,6 år. 39 000 MTU-enheter. Finansieringsordning er fastsatt (Helse Sør-Øst). Økt budsjett i 2013.
6.	Styringsdata. Ikke tilstrekkelig styringsinformasjon for sykehusets ledere	Arbeid i LIS-forum, herunder utarbeidelse av langtidsplan for LIS. Gjennomføre vedtatt LIS-utviklingsplan: <ul style="list-style-type: none"> a. HR-data b. Intensiv- og operasjonsdata c. Bredding av analyseverktøy 	LIS-forum er etablert og er i gang med gjennomføring av utviklingsplan. Sannsynlighet vurderes som noe redusert.
7.	Manglende konsolidering av adm. IKT-systemer (HR).	Innføring av felles GAT (sluttføres i juni).	Sannsynlighet vurderes som noe redusert.
8.	Økonomiske- og omdømmekonsekvenser av kritikkverdige handlinger.	Gjennomgang av lov- og regelverk med alle klinikker ved Juridisk seksjon. Handlingsplan for gjennomføring av kontrollhandlinger i 2013.	

Målgruppe: Foretaksstyret
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Dato: 25.06.2013
Revidert:



www.oslo-universitetssykehus.no

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



Ledelsens gjennomgang

Utvalgte områder og kommentarer

1. tertial 2013

Vedlegg 2
Styresak 36/2013

Innholdsfortegnelse

1. Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll	5
1.1 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll	5
1.2 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering	7
1.3 Utvikling av et felles regionalt system for avviksbehandling og dokumentstyring (RADS)	8
1.4 Eksterne tilsyn	8
1.5 Interne revisjoner og konsernrevisjoner	10
1.6 Juridiske forhold	13
2. Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling	15
2.1 Uønskede pasienthendelser	15
2.2 Sykehusinfeksjoner	17
2.3 Ny meldeordning til Kunnskapssenteret etter Specialisthelsetjenestelovens §3-3	18
2.4 Varsel til Statens helsetilsyn etter Specialisthelsetjenestelovens § 3-3a	19
2.5 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)	20
2.6 Pasientsikkerhetskampanjen	20
2.7 Kontinuerlige brukerundersøkelser	22
2.8 Pasientsikkerhetsvisitter	25
2.9 Publisering av uønskede hendelser på nett	25
2.10 Klager fra pårørende og deres representanter	26
2.11 Andre avvik og forbedringsforslag	27
2.12 Tro & livssynsprosjektet – samtalepartner	27
2.13 Tolketjenester	28
2.14 Tjenesteavtaler	29
2.15 Utenlandsbehandling	30
2.16 Status for pågående samhandlingsprosjekt	30
2.17 Praksiskonsulentordningen	34
2.18 Pasientforløpsarbeide	35
2.19 Elektronisk samhandling	37
2.20 Internasjonale prosjekter	39
3. Opplæring av pasienter og pårørende	41
3.1 Læringsstilbud til pasienter og pårørende	41
3.2 Handlingsplaner for brukermedvirkning og pasient- og pårørendeopplæring	41
3.3 Kompetanseheving i pasient- og pårørendeopplæring	41
3.4 Ungdomsrådet	42
3.5 Rådet for barn som pårørende	42
3.6 Pasient og pårørendeopplæring i pasientforløp	42
4. Utdanning av helsepersonell	43
4.1 Utdanningsstrategi 2013- 2018	43
4.2 Samarbeid med høyskoler	43
4.3 Utdanningskapasitet for spesialsykepleiere	43
4.4 Spesialistutdanning for leger	43
4.5 Sentrale utdanningsmidler	43
4.6 Veiledning i flerkulturelt helsearbeid – (Kulturveileder)	44
4.7 Norskkurs	44
5. Forskning og utvikling	45
5.1 Vurdering av forskningsaktivitet	45
5.2 Vurdering av innovasjonsaktivitet	48
6. Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)	50
6.1 Brudd på arbeidsmiljøbestemmelser	50
6.2 Helse Miljø Sikkerhet (HMS)-avvik 1. tertial 2013	51
7. Kommunikasjon og omdømme	61

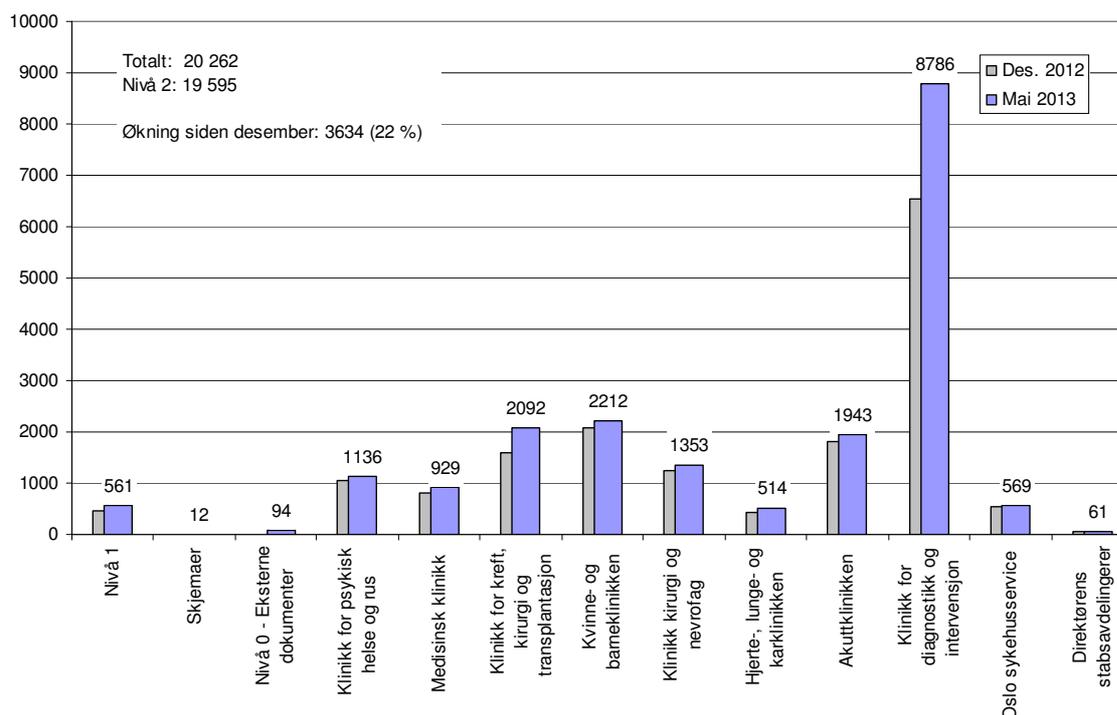
7.1	Pasienter og pårørende.....	61
7.2	Intranett.....	62
7.3	Øvrig internt kommunikasjonsarbeid.....	63
7.4	Andre prosjekter.....	64
7.5	Sykehuset i media	65
8.	Referansetabeller.....	67
8.1	Eksterne tilsyn gjennomført i 1. tertial 2013.....	67
8.2	Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid	68

1. Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

1.1 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll

Oslo universitetssykehus har høye mål for sin virksomhet. Sykehusets interne krav til utøvelse av praksis må nødvendigvis ligge over myndighetskravene for at sykehuset skal nå sine mål. Det er krav til utarbeidelse av nødvendige behandlingsplaner, prosedyrer, instruksjoner og andre styrende dokumenter. Denne dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig. Styringsdokumenter er grunnlaget for interne kontrollaktiviteter. Sykehusets dokumentstyringssystem, eHåndbok, legger til rette for både styring av dokumentasjonsarbeidet og for at medarbeiderne lett skal finne de dokumentene de trenger.

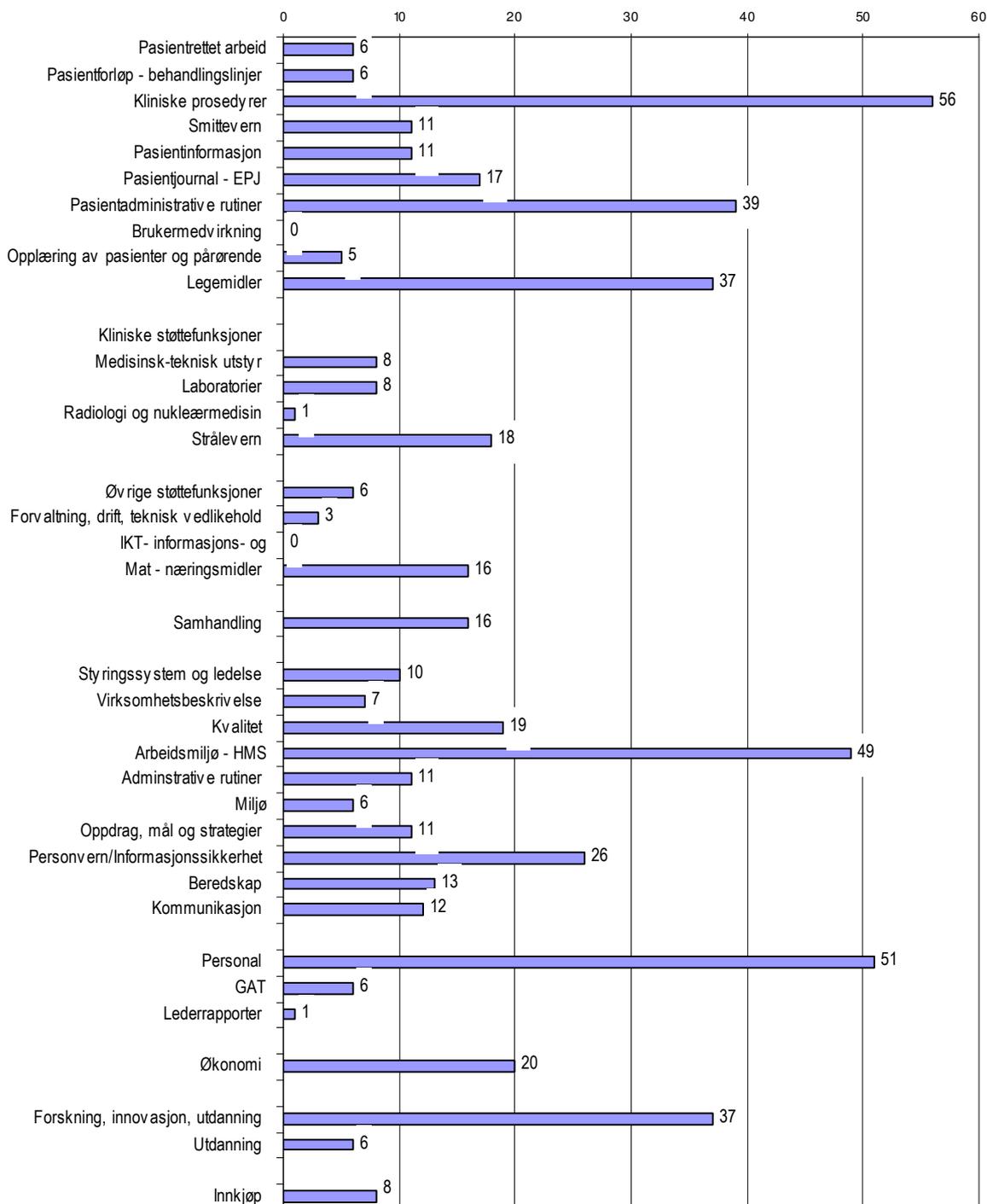
Selv om systemet ikke har vært i bruk mer enn i 2-3 år, er aktiviteten rundt håndboksystemet stort, og det blir stadig utarbeidet flere dokumenter. I løpet av 1. tertial har antall godkjente dokumenter økt med over 20 %, fra 16 630 dokumenter i desember 2012 til 20 260 i mai 2013. Flesteparten av disse dokumentene er utarbeidet for å styre og veilede aktiviteten i klinikkene. 560 dokumenter er overordnede og felles for alle på sykehuset.



Figur 1. Antall styrende dokumenter i eHåndbok fordelt pr klinikk.

De gamle håndbokssystemene fra de tidligere sykehusene (Elektronisk kvalitetshåndbok (EK) på Aker og Rikshospitalet, og gammel eHåndbok på Ullevål) ble som planlagt koblet ut 15. februar 2013. I disse systemene var det mange dokumenter (ca. 60 000). De gamle dokumentene er nå arkivert og ikke lenger gyldige styringsdokumenter for Oslo universitetssykehus HF (med unntak for fire avdelinger i Klinikk for diagnostikk og intervensjon som har fått utvidet frist til 1. september 2013 for sine interne dokumenter).

Figur 2 viser en oversikt over antall overordnede fellesdokumenter (nivå 1). Totalt sett utgjør disse dokumentene en liten del av alle dokumentene (3 %). Siden forrige tertial har det blir utarbeidet over 90 nivå 1-dokumenter. Økningen har vært størst innen forskning/innovasjon/utdanning, personal, mat/næringsmidler og kliniske prosedyrer.



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

1.2 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering

Utviklingen av ansattes registrering ved uønskede hendelser/avvik og forbedringsforhold viser en liten nedgang i antall registreringer. Totalt antall registrerte avvik i første tertial har gått ned med 6 % sammenliknet med samme tertial i 2012. Det er registrering av pasienthendelser i januar som var lavere enn normalt, uten at det er mulig å si noe om årsakene til dette. Antall HMS-avvik og andre avvik / forbedringsforslag er på nivå med samme periode i fjor.

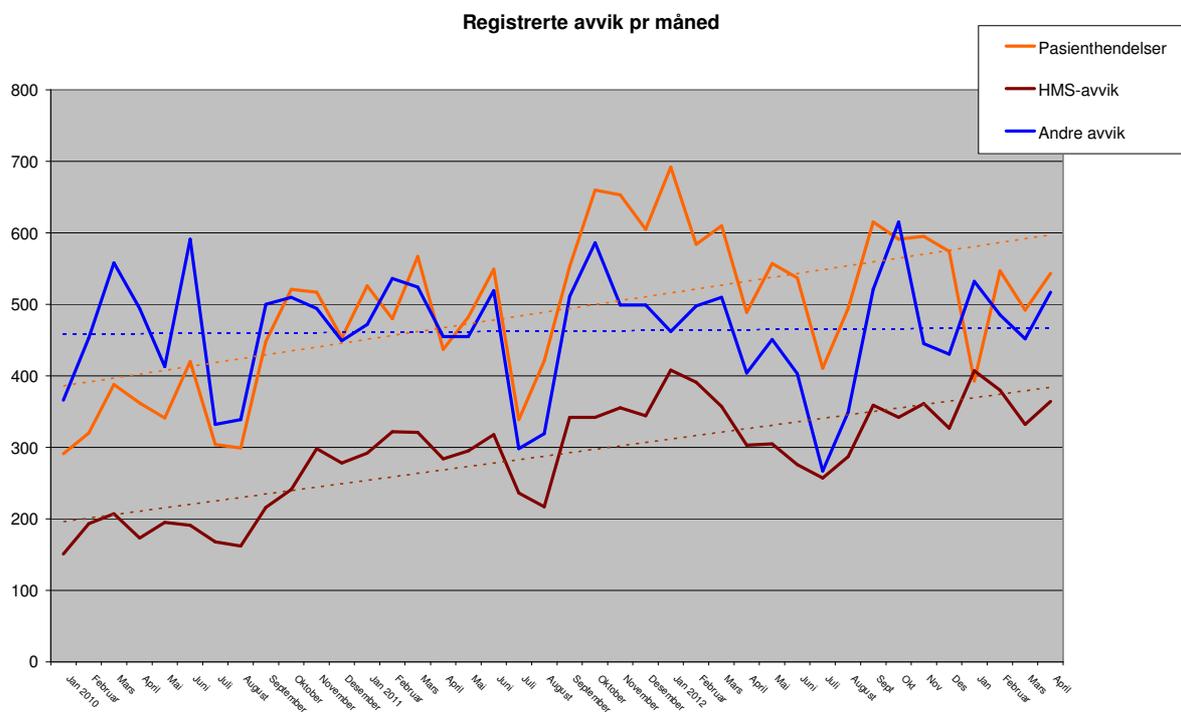
Antall registreringer per ansatt (brutto årsverk).

T1 2012	Tertial 2	Tertial 3	T1 2013
0,34	0,28	0,34	0,32

Tabell 1. Antall meldinger registrert pr ansatt i tertialene 2012-2013. Kilde: Avvikssystemet

Andelen saker med "ingen/ubetydelig faktisk konsekvens" er 48 %, tilsvarende nivået i 2012. En høy andel av denne typen saker er en nødvendig komponent i en god sikkerhetskultur ved at man bruker læringsverdien i mindre alvorlige hendelser/risikoforhold med henblikk på å forebygge de mer alvorlige.

Det er registrert 2054 tiltak knyttet til de 5371 avvik som ble registrert i perioden, tilsvarende 38 % av avvikene. Dette er 4 prosentpoeng høyere enn samme periode i fjor, og en ønsket utvikling.



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

1.3 Utvikling av et felles regionalt system for avviksbehandling og dokumentstyring (RADS)

Det regionale fagdirektørmøtet i Helse Sør-Øst RHF har, i forbindelse med at ikke alle helseforetak i regionen hadde sikker og varig tilgang på elektroniske løsninger, vedtatt å utvikle et felles regionalt system. Oslo universitetssykehus HF har bidratt tungt i å utarbeide et forprosjekt som ble lagt ut til innspill i tertial 1.

1.4 Eksterne tilsyn

1.4.1 Tilsynsbesøk gjennomført 1. tertial 2013

Det er gjennomført ni eksterne tilsyn i 1. tertial. Det er ikke rapportert nye avvik vurdert med høy risiko for virksomheten i løpet av 1. tertial.

Mattilsynet har stått for fem av de ni tilsynsbesøkene 1.tertial. Statens legemiddelverk har vært på to tilsyn og for øvrig har det vært tilsyn fra Arbeidstilsynet og Riksrevisjonen (dokument-/datainnhenting). Totalt har det vært gitt 14 avvik. Det arbeides med handlingsplaner for å lukke avvikene innen den frist tilsynsmyndigheten har gitt. To avvik er allerede lukket.

Mattilsynets oppfølging av internkontroll mat (IK-mat) på postkjøkken og hovedkjøkken

Gjennom Mattilsynets inspeksjoner på postkjøkkenet i 2012 ble det påpekt mangler ved innredning og vedlikehold og disse forholdene ble raskt rettet ved iverksatte tiltak. I tillegg ble det påpekt mangler ved etterlevelse av internkontrollkrav innen næringsmiddelområdet ved alle postkjøkken på sykehuset. Dette er et omfattende krav knyttet til all næringsmiddelhygiene og matservering. Det berører aktivitet og forhold innen produksjonskjøkkenet, transport, postkjøkkenet samt eiendom og teknisk vedlikehold. Under ledelse av hovedkjøkkenet (Oslo sykehusservice) er det startet utarbeidelse av grunnleggende prosedyrer og en handlingsplan for videre utvikling og implementering ovenfor medarbeidere i poster og alle andre aktuelle områder. Handlingsplan og dokumentasjon ble oversendt innen fristen 28. februar 2013. De meldte og uanmeldte inspeksjonene som er gjennomført i 1. tertial er oppfølging av sykehusets handlingsplan for sikring av IK-mat. Totalt har Mattilsynet gitt seks avvik ved de fem tilsynene. Disse avvikene er enten allerede lukket eller vil trolig bli det som følge av de planene som utarbeides. Foreløpig har en ikke funnet praktisk løsning for Mattilsynets krav om fluenetting ved lufting på postkjøkkenet.

Se oversikt over alle gjennomførte tilsyn i kapittel 8.1.

1.4.2 Tidligere tilsyn – pågående prosess

Fire tilsyn, DSB, Fylkesmann, Arbeidstilsynet, Statens legemiddelverk, fra siste tertial i 2012 har blitt fulgt opp i dette tertialet. I tillegg er det enkelte pålegg som innebærer større endringer og derfor er tiltakene innarbeidet i sykehusets langtidspaner. Det gjennomføres dialogmøter med Arbeidstilsynet og Oslo Brann- og redningsetat om oppfølgingen av slike langsiktige tiltak. Det er avtalt at en nå også skal ha slike møter med Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.

Arbeidstilsynet – pålegg som følges opp via kvartalsvis innrapportering og oppfølgingsmøter:

Sykehuset har flere aktive pålegg fra Arbeidstilsynet. Dette gjelder:

- Vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler - frist mars 2015
- Utbedring av ventilasjonsforhold – frist august 2014
- Kjemikaliesikkerhet i Patologiavdelingen – frist juni/juli 2013

Det er utarbeidet handlingsplaner for alle påleggene, og tiltak er under utførelse. Arbeidstilsynet følger opp fremdriften med kvartalsvis innrapportering og kvartalsvise oppfølgingsmøter, sist gang 15. mars 2013.

Det gis kommentarer til følgende tilsyn fra 2012:

- Fylkesmannen helseavdeling (tidligere Helsetilsynet i fylket):
Håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft
(gjennomført 08. oktober 2012)
Her gjenstod avviket om at sykehuset ikke sørger for at viderehenvisninger fra andre sykehus/HF håndteres i tråd med regelverket (ansiennitetsdato for opprinnelig henvisning ble ikke alltid brukt som utgangspunkt). Helse Sør-Øst RHF har nå påpekt ovenfor alle sykehus at ansiennitetsdatoen må følge ved videresending av henvisninger. Fra 27. mai 2013 oppgraderes sykehusets PasDoc slik at denne datoen kan registreres og brukes for å ivareta pasientenes rettigheter.
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB):
HMS/kvalitet, elektromedisinsk utstyr opplæring avvik
(gjennomført 5. november 2012)
Handlingsplan for lukking ble oversendt innen frist, men i svarbrev fra DSB 18. mars 2013 ble bare tre avvik beskrevet som tilstrekkelig lukket med de fastsatte tiltak. DSB hadde lagt særlig vekt på viktigheten av lukking av avvik 2, som omhandler elektriske anlegg.
DSB har 9. april 2013 varslet vedtak om en tvangsmulkt på kr. 500 000,- pr. måned da de ikke kan se at avvik 2 er lukket. Etter oversendelse av ny revidert risikovurdering med plan for risikoreduserende tiltak 30. april 2013 er det gjennomført et avklaringsmøte med DSB. Der ble det enighet om at sykehuset oversender dokumentasjon som mer presist viser at det straks gjennomføres tiltak som sikrer at sikkerheten for pasienter og ansatte er innefor forsvarlige og akseptable grenser. Denne dokumentasjonen utarbeides og oversendes innen 31. mai 2013. Det antas at DSB vil vurdere de to øvrige avvik (vedrørende regelmessig kontroll og vedlikehold av elektriske anlegg og legers dokumentasjon av opplæring i bruk av MTU) som tilstrekkelig lukket med den nye handlingsplanen som ble oversendt 30. april 2013.

Se oversikt over oppfølging av tidligere tilsyn i kapittel 8.2.

1.5 Interne revisjoner og konsernrevisjoner

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

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

De ulike kontrollaktiviteter utført 1.tertial har ikke avdekket nye avvik med høy risiko.

1.5.1 Revisjoner utført av konsernrevisjonen

I inneværende tertial har det ikke vært initiert nye revisjoner fra konsernrevisjonen. Den tidligere initierte revisjonen av tverrgående prosesser mellom pasientreisekontorene i helseforetakene og Pasientreiser ANS har ved tertialets slutt levert utkast til rapport.

1.5.1 Revisjoner som har vært styrebehandlet i perioden

Ingen konsernrevisjoner har vært styrebehandlet i perioden.

1.5.2 Styrehandlede oppfølginger fra konsernrevisjonen

- Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter (sak 50/2012 i styremøtet 20.juni 2012.)
- Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet (sak 51/2012 i styremøtet 20. juni 2012)

Saken ble styrebehandlet som egen sak i 2012 (styresak 65/2012) og omhandlet prosjektet og overordnet handlingsplan samt milepælsplan.

Saken ble igjen behandlet på styremøte 25.april 2013 (sak 27/2013) med sluttrapport.

Resultater fra Gjennomføringsprosjektet viser en betydelig bedring i antall langtidsventende, og det er generelt en bedring i andre styringsparametre. Prosjektet har bidratt til en markant bedring i korrekte aktivitetsdata og til en betydelig kompetanseheving i foretaket med fokus på lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og – system. Foretaket har nå på plass styrende dokumenter for hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet, og det er økt fokus på elektroniske arbeidsprosesser.

Det vil være kontinuerlig oppfølging av ventelister, fristbrudd og tiltak gjennom administrerende direktørs ordinære oppfølgingsmøter med klinikkene.

Det planlegges også interne revisjoner som skal følge opp vesentlige punkter fra Gjennomføringsprosjektet. Revisjonene vil foregå i alle aktuelle klinikker.

1.5.3 Andre oppfølginger fra konsernrevisjonen

- Revisjon styringskrav fra eier
Anbefalingene etter revisjonen er fulgt opp og tiltakene i handlingsplanen er utført. Et eksempel er vedrørende "Oppdrag og bestilling (satt i system)" hvor det er utarbeidet et elektronisk rapporterings- og oppfølgingsystem for hele HFet.
En kan ennå ikke forvisse seg om at iverksatte tiltak gir forventet effekt.
- Revisjonen av behandlingsreiser til utlandet (et fast tilbud som tilbys utvalgte diagnosegrupper)

Alle tiltakene på handlingsplanen etter revisjonen er utført.

1.5.4 Interne revisjoner

Det har i perioden vært utført to revisjoner, tema fra revisjonsplan 2012:

- Oppfølging av tilsynsavvik innen strålevernområdet.
Bakgrunnen for revisjonen var at flere tilsynsbesøk (Statens strålevern) avdekket avvik vedrørende intern styring og kontroll innen strålevernområdet. Det har vært iverksatt tiltaksplaner innen området, og revisjonen skulle se om tiltakene hadde ønsket effekt.

Enheter som arbeider med stråleterapi ble på dette grunnlaget valgt ut for revisjon. Seksjon for strålebehandling (i Avdeling for kreftbehandling) og Seksjon for stråleterapifysikk (i Avdeling for medisinsk fysikk) omfatter begge underliggende enheter både på Radiumhospitalet og Ullevål. Revisjonsteamet begrenset revisjonen til enhetene på Radiumhospitalet av ressursgrunner, men seksjonene selv kan dra nytte av revisjonens resultater i sitt videre arbeid, også på Ullevål.

Generelt er seksjonene opptatt av god og trygg behandling for pasientene samt sikre arbeidsforhold for ansatte. En ønsker å sikre god kvalitet ved å holde en høy faglig standard og arbeide med kontinuerlig forbedring.

Det ble imidlertid funnet grunnlag for å gi to avvik og to forbedringsforslag. Funnene er ikke forbundet med høy risiko, men viser at iverksatte tiltak ikke er helt implementert. Et funn er relatert til manglende formalisert opplæring i strålevern og dokumentasjon av denne, samt manglende dokumentasjon på gjennomført apparatspesifikk opplæring. Et annet funn er relatert til hvordan strålerelaterte uønskede hendelser blir håndtert.

Revisjonsleder følger opp revisjonsfunnene gjennom linjeledelsen.

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

Revisjonen har vært utført ved Kreft, kirurgi og transplantasjonsklinikken / Avdeling for urologi. Fokusområdet for revisjonen har vært den tematiske konsesjonen "Register og biobank for urologiske sykdommer", hvorav "Register for radikal prostatektomi" og "Prostatabiobanken" inngår. Rapport er ikke ferdigstilt ved tertialets slutt.

1.5.5 Oppfølging fra tidligere revisjoner:

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

Revisjon fant et alvorlig avvik som omfatter sårbarhet i IKT-tjeneste som medfører fare for stans i avdelingens virksomhetskritiske systemer. Øvrige avvik er knyttet til forbedring av elementer innen opplæring av nyansatte og repeterende opplæringstiltak, samt behov for prosedyre for elektronisk kommunikasjon med pasienter.

Oppfølging av funnene med tiltaksplaner blir ivaretatt gjennom linjeledelsen med verifikasjon av revisjonsleder innen gitte tidsfrister.

- Revisjon forsvarlig mottak og håndtering av patologiske prøvesvar.
Revisjonen var ad hoc revisjon besluttet på bakgrunn av ledermøtesak. Målsettingen med revisjonen var å kartlegge og å vurdere om avdelingene hadde forsvarlig håndtering av mottak av patologiske prøvesvar, og om pasientene dermed får forsvarlig behandling.

Funn fra revisjonene viste ingen høy risiko, men at det ikke er gode rutiner i alle enheter. Funnene er relatert til organisering av arbeidet, ansvar, dokumentasjon og opplæring/kompetanse. Det ble også avdekket en del dobbeltarbeid, svakheter knyttet til transport, intern post og sentralt skanningsenter.

I etterkant av revisjonen ble det gjort elektroniske endringer som medførte at alle patologisvar nå er elektronisk tilgjengelige - og skal kvitteres elektronisk. Det er også utarbeidet en virksomhetsomfattende prosedyre for håndtering av patologiske prøvesvar.

Oppfølging av hvordan prosedyren er implementert og fungerer i praksis er ennå ikke gjennomført.

Funn fra revisjonen relatert til lokalt nivå følges opp av linjeledelsen, med verifikasjon av revisjonsleder innen gitte frister.

- Revisjon forsvarlig tilsyn med behandlingssteder/behandlingsreiser i utlandet.

På bakgrunn av konsernrevisjonens funn ble det gjennomført en intern revisjon i november 2012 for å sikre at det er et forsvarlig faglig tilsyn med behandlingsstedene.

Seksjonen har arbeidet aktivt med tiltaksplaner innen tidsfrist. Saksansvarlig (leder av interne revisjoner) har jevnlig dialog med seksjonen og vil følge opp implementering av vedtatte tiltak. Det vil i løpet av året bli vurdert om iverksatte tiltak gir forventet effekt.

1.6 Juridiske forhold

1.6.1 Rettssaker – endringer siden forrige tertial

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

Endringer siden sist framgår under sakene.

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

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

- Assistentlege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling. Prinsipielt spørsmål for midlertidig ansatt, om leger i spesialisering lovlig kan ansettes midlertidig i henhold til lovens krav om unntak for praksisarbeid. Oslo universitetssykehus HF vant saken i lagmannsretten og fikk medhold i at det er hjemmel for å ansette LIS-leger midlertidig. Saken ble anket av saksøker til Høyesterett. Siden forrige periode er saken sluppet inn til behandling i Høyesterett og det legges opp til beramning tidlig høst.
- Oppsigelsessak. Sykehuset er stevnet av en ansatt etter endringsoppsigelse. Saken har sin bakgrunn i omstilling og omplassering. Tvisten står om oppsigelsen er formuriktig, usaklig og ugyldig. Siden forrige periode pågår det forhandlinger mellom partene med det formål å få saken løst.
- Forståelse av arbeidskontrakt i forhold til lønnskrav fra tidligere ansatt. Saken er anket til lagmannsretten av den tidligere ansatte. Det er anket over deler av dommen fra tingretten der sykehuset fikk medhold på to punkter og saksøker medhold på ett punkt. Status siden tidligere rapporteringer er uendret. Saken skal behandles i lagmannsretten i september.

Arbeidsrettssakene - kollektive saker:

- Den norske legeforening har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder spørsmål om tjenestepålegg som ble iverksatt ved Oslo universitetssykehus HF i forbindelse med sommerferien 2011 og 2012 er i strid med bestemmelser i Overenskomsten mellom foretaket og DNLF, del A2 og del B. (Forholdet var knyttet til Gynekologisk avdeling, Kvinne-barn.) I perioden har det vært hovedforhandling i saken og dom falt 22. april 2013. Oslo universitetssykehus HF og Spekter ble frifunnet.
- I perioden har Norsk sykepleierforbund (NSF) saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder tvist om hvilket virkningstidspunkt som skal komme til anvendelse ved overgang fra et system med vaktklasser som kompensasjonssystem for ubekvem arbeidstid ved Rikshospitalet, til et avtalt nytt system med en tradisjonell godtgjøring av ubekvem arbeidstid med lørdags- og søndagstillegg, samt kvelds- og nattillegg.

Erstatningskrav i kontraktsforhold.

- Mangler knyttet til prosjektering (elektro). Status siden sist er uendret. Saken har blitt innstilt fra Forlikrådet. Sykehuset vurderer fortsatt videre rettslige skritt.

1.6.2 Saker med risiko for rettslig prosess

Saken 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.

- Arbeidsrettforhold: I perioden har NITO varslet søksmål på vegne av 13 medlemmer. Søksmålsvarselet gjelder påståtte brudd på ferieloven § 5 (2) og det varsles krav om fastsettelsesdom for at arbeidstakere som har 6 ukers ferie etter individuell avtale også har rett til 6 ekstra virkedager i henhold til ferieloven. Det fremsettes også krav om erstatning.

1.6.3 Straffbare forhold:

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

- Rekruttering av spesialsykepleiere fra Filippinene. Siden sist har statsadvokaten opphevet politiets beslutning om tiltale mot foretaket for brudd på Utlendingsloven (§ 108, tredje ledd bokstav b). Statsadvokaten vurderer om foretaket skal tiltales etter bestemmelsen om menneskehandel og ytterligere etterforskning er gjenopptatt. Endelig tiltale antas å foreligge før sommeren. Straffesaken er berammet i oktober.
- Brudd på arbeidstidbestemmelser. Sykehuset er på grunnlag av anmeldelse fra Arbeidstilsynet under politietterforskning for brudd på arbeidstidbestemmelsene i arbeidsmiljøloven. Forholdet er knyttet til 12 ansatte. Siden sist har saken blitt henlagt etter nye opplysninger i saken fra sykehuset.
- I perioden er det igangsatt etterforskning (etter anbefaling fra fylkesmannen) i forbindelse med en pasient som døde etter hjerteoperasjon. Status er uendret.
- Hendelse som oppstod ved Oslo legevakt der en ansatt avverget en utagerende pasient i å utøve vold på to kvinnelige politibetjenter. Forholdet er fortsatt under etterforskning av Sefo.

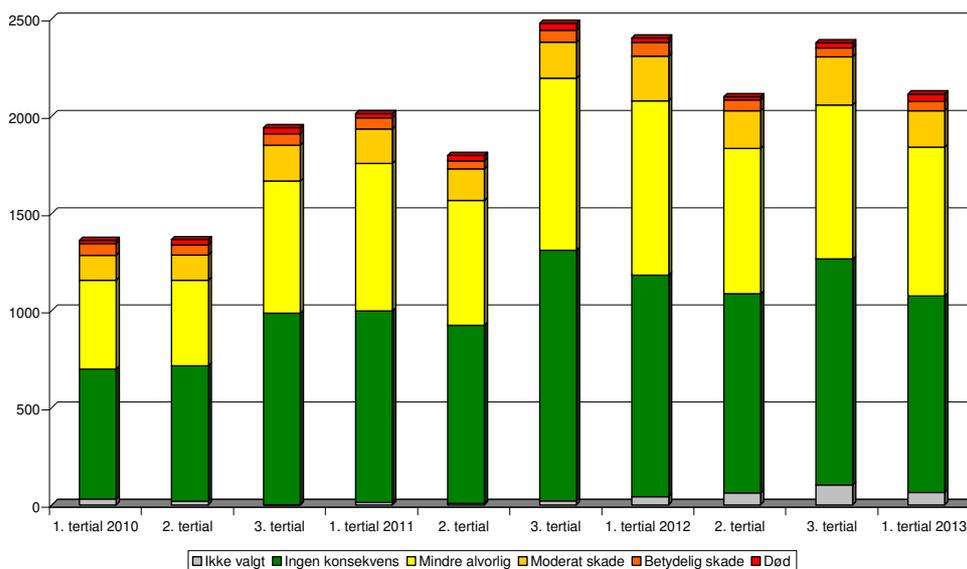
1.6.4 Klagesaker KOFA

Foretaket er innklaget til Klagenemnda for offentlige anskaffelser (KOFA) av en leverandør i sak som gjelder anskaffelse av defibrillatorer. Siden forrige rapportering er saken til behandling i KOFA.

2. Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling

2.1 Uønskede pasienthendelser

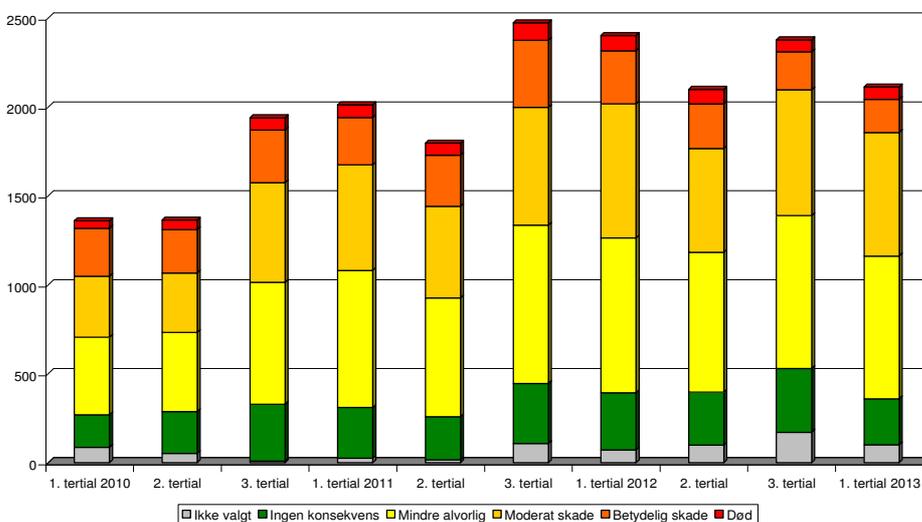
Det er en liten nedgang i antall registrerte uønskede pasienthendelser 1.tertialet 2013.



Figur 4. Pasienthendelser. Faktisk konsekvens. Kilde: Avvikssystemet

Figur 4 viser den tertialvise utvikling fra 2010 fordelt på vurdering av alvorlighetsgrad. Fordelingen på alvorlighetsgrad viser en nedgang på 10 % i antall registrerte hendelser uten konsekvens / nesten-uhell fra samme tertial i 2012. Andelen betydelig skade / død er på 4 %, og har ligget på 3-4 % siste 2 år.

Også ved vurdering av de potensielle konsekvenser (Figur 5) og fordeling på årsakskategorier ser vi at mønsteret fra tidligere tertial gjentar seg.



Figur 5. Pasienthendelser. Potensiell konsekvens. Kilde: Avvikssystemet

Mønsteret for fordeling av pasienthendelser på hovedkategoriene viser små endringer fra tidligere tertialer. Viktigste hovedkategori er knyttet til den pasientnære undersøkelse, pleie og behandling.

	Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Død	Ikke valgt	
Pasienthendelse	2113	1011	765	187	48	39	63	
Diagnostikk, behandling og pleie	625	231	277	62	20	18	17	30 %
Dokumentasjon	162	101	48	10	1	0	2	8 %
Ernæring	9	3	6	0	0	0	0	0 %
Fall og andre ulykker	160	78	62	14	5	1	0	8 %
Legemidler og blodprodukter	430	263	137	21	5	2	2	20 %
Medisinsk utstyr	134	71	47	9	2	0	5	6 %
Pasientadferd	79	19	21	18	6	14*	1	4 %
Pasientadministrasjon samhandling	367	182	129	32	7	4	13	17 %
Sykehusinfeksjon	21	12	4	2	1	0	2	1 %
Ikke kategorisert	126	51	34	19	1	0	21	6 %

Tabell 2. Fordeling av pasienthendelser i hovedkategorier. Kilde: Avvikssystemet.

* Dødsfall reg. under kategori pasientadferd er selvmord og andre dødsfall i hovedsak utenfor sykehuset.

Risikoområder som fremkommer i registreringene og som understøtter risikobilde (vedlegg 1):

Kapasitet intensivbehandling

Flere registreringer berører mangel på intensivkapasitet. Dette belaster ordinære sengeposter, medfører venting i akuttmottak, utsettelse av operasjoner og andre typer utfordringer knyttet til logistikk og sikkerhet.

Radiologikapasitet

Utilstrekkelig kapasitet (spesielt for CT og MR) fører til flaskehals og venting

Medisinsk teknisk utstyr

Hendelser knyttet til gammelt/slitt utstyr.

Prehospitale tjenester

Tilgjengelig kapasitet ved Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) er i perioder for lav og fører til for lang responstid.

Foreldelse og redusert teknisk standard i ambulanseflåten.

Et utvalg av enkeltsaker/områder:

- Intensivbehandling
 - Forlenget tid fra diagnostikk til behandling for en pasient med aneurismeblødning på grunn av plassmangel på intensiv.
 - Forsinket operasjon av kritisk syk pasient på Rikshospitalet på grunn av manglende tilgjengelighet av intensivtransport og intensivplasser.
 - Alvorlig leversyk pasient forsinket 8-10 timer til Oslo universitetssykehus HF intensiv grunnet kapasitetsproblemer her.

- Smittepatient med behov for intensiv behandling. Pga plassmangel på intensivene måtte ansatte drive intensiv behandling på vanlig sengerom.
- Pasienter blir flyttet fra intensivavdelingene for tidlig, de er ofte dårlige respiratorisk. Det er også vanskelig å få flyttet pasienter som har behov for det tilbake til intensiv. Det har vært flere hendelser hvor pasienter har vært flyttet tilbake til intensiv flere ganger.
- AMK
 - Forsinket besvarelse av anrop og tapte anrop til AMK ved sykefravær og belastningstopper.
 - Forsinket utrykning til alvorlig syk pasient da AMKs datasystem hang seg opp.
- Radiologi
 - Flere saker gjelder kapasitet til å utføre de CT- og MR-undersøkelser som er ønsket fra klinikerne. Konsekvenser er oppgitt som usikkerhet, forsinket vurdering av behandlingseffekt, utsatt behandling, tidsbruk og logistikk.
 - Etterslep av udikterte/usignerte beskrivelser og henvisninger som ikke er vurdert. Lokale tiltak er iverksatt (innleie, overtid og ekstraaktivitet på kveldstid og utlysning av overlegestilling) i en seksjon.
- Medisinsk teknisk utstyr
 - Ved oppkobling av overvåkningsutstyr til hjertepasient virket ikke skopet. Medisinsk teknikk tilkalt. I mellomtiden forsøkte vi å få koblet pasienten opp til vårt transportable skop. Det tok også tid før vi fikk det til å fungere tilfredsstillende. Dette medførte at pasienten var uten overvåkning i en lang periode. Det tok ca 1 1/2 time før det permanente skopet igjen fungerte. Det er bedt om fortløpende i saken om nytt anlegg. I mellomtiden må vi erstatte deler av utstyret som slutter å virke.
 - Pasient på respirator. Plutselig og uten observerbar grunn, gir maskinen en trigget inspirasjon og holder trykket i flere sekunder. Deretter går alarm for apnoe. Videre blir skjermen sort og vi får melding om systemsvikt på maskinen. Leverandør har konkludert med feil på et CPU-kort og skiftet dette.
- Fall i sykehus
 - Det er registrert totalt 160 pasientfall / fysiske ulykker i perioden. Tre fall førte til betydelig skade og ett medførte subduralt hematom og død. Fallforebygging pågår kontinuerlig.
- Legemiddelhendelser
 - Av 430 registrerte legemiddelhendelser har fem medført betydelig skade og to dødsfall. Et dødsfall var en sjelden, men alvorlig komplikasjon / bivirkning til kjemoimmunterapi. Det andre dødsfallet skyldes sannsynligvis blodpropp etter seponering av blodfortynnende medikamenter i forbindelse med et kirurgisk inngrep.
- Patologisvar
 - Flere saker gjelder svartid på patologiprøver. Ulike konsekvenser som venting / usikkerhet, forsinket behandlingsstart og forlenget liggetid.

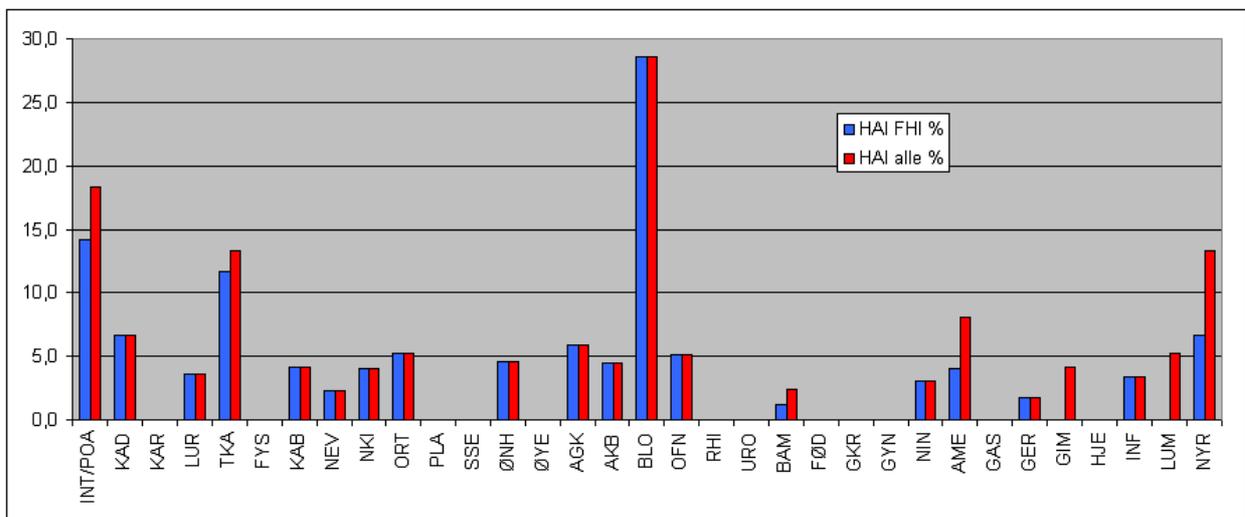
2.2 Sykehusinfeksjoner

Sykehuset er i Oppdragsdokumentet pålagt å registrere antall inneliggende pasienter med sykehusinfeksjon fire enkeltdager i året (prevalensundersøkelser) knyttet til en målsetting

om at andelen sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 %. I første tertial er det gjort én registrering (prevalensundersøkelse) av helsetjenesteassosierte infeksjoner 13. februar.

Prevalensraten av helsetjenesteassosierte infeksjoner for Oslo universitetssykehus HF samlet var 3,7 % (53 infeksjoner hos 1454 inneliggende heldøgns pasienter) for de infeksjonstypene som skal rapporteres til Nasjonalt Folkehelseinstituttet (urinveisinfeksjon, infeksjon i operasjonsområde, nedre luftveisinfeksjon og sepsis). Denne innmeldingen er grunnlaget for målsettingen om at prevalensraten skal reduseres til under 3 %.

Når alle typer sykehusinfeksjoner telles med, var prevalensraten 4,2 % (61 infeksjoner hos 1454 inneliggende pasienter).



Figur 6. Fordelingen av infeksjoner på de ulike avdelingene i Oslo universitetssykehus HF. "HAI FHI %" (blå) viser forekomst av de infeksjonstypene som skal meldes Folkehelseinstituttet, mens "HAI alle %" (rød) viser all forekomst av infeksjoner på registreringstidspunktet.

2.3 Ny meldeordning til Kunnskapscenteret etter Specialisthelsetjenestelovens §3-3

Oslo universitetssykehus HF har lagt ned et betydelig arbeid inn mot Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten (Kunnskapscenteret) for å tilrettelegge for automatisert elektronisk kommunikasjon om avvikshendeler. Som det første helseforetaket i regionen ble full elektronisk sløyfe til Kunnskapscenteret produksjonssatt i uke 19. Oslo universitetssykehus HF sender så langt også flest meldinger i regionen. Dette er naturlig i forhold til helseforetakets størrelse og viser at meldingsoverføringssystemet fungerer.

Virksomhet	3-3 melding sendt Kunnskapscenteret
Oslo universitetssykehus HF	919
Vestre Viken HF	638
Sykehuset Innlandet HF	179

Virksomhet	3-3 melding sendt Kunnskapssentret
Akershus universitetssykehus HF	316
Sykehuset Østfold HF	185
Sykehuset i Vestfold HF	247
Sykehuset Telemark HF	650
Sørlandet Sykehus HF	366
Lovisenberg Diakonale Sykehus	208
Diakonhjemmet sykehus	40
Martina Hansens Hospital	38
Revmatismesykehuset	16
Sunnaas sykehus HF	14
Betanien Hospital	
Sykehusapotekene HF	31

Tabell 3. Totalt antall meldinger sendt Nasjonalt kunnskapssentret for helsetjenesten ihht § 3-3 fra den nye meldeordningen ble etablert 1. juli 2012 til og med 1. tertial 2013. Alle foretak har ennå ikke fått etablert fullelektronisk overføring av meldinger.

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

I 1. tertial 2013 er det sendt 19 varsler til Statens Helsetilsyn fra Oslo universitetssykehus HF. Varslene medførte tilsynsmessig oppfølging i 8 saker, hvorav 1 medførte utrykning, 5 ble oversendt til Fylkesmannen som tilsynssaker og 2 anmodninger om redegjørelse.

	2010	2011	2012	1. tertial 2013
Ingen tilsynsmessig oppfølging	6	7	17	11
Oppfølging - anmodning om redegjørelse	0	0	0	2
Tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen		3	14	5
Utrykning		5	2	1
Totalt	6	15	33	19

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

Som det fremgår er antall varslinger økende. Lav terskel for melding er en ønsket utvikling etter at ordningen ble gjort permanent. Tilsvarende økning ses i andre helseforetak.

Virksomhet	3-3a melding 2012	3-3a melding 1. tertial 2012	3-3a melding 1. tertial 2013
Oslo universitetssykehus HF	33	11	19
Vestre Viken HF	15	6	12
Sykehuset Innlandet HF	4	1	3
Akershus universitetssykehus HF	27		12
Sykehuset Østfold HF	14	3	4
Sykehuset i Vestfold HF	9	1	2
Sykehuset Telemark HF	5	2	4
Sørlandet Sykehus HF	16	4	14
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0	0	0
Diakonhjemmet sykehus			
Martina Hansens Hospital	0	0	0
Revmatismesykehuset	0	0	0
Sunnaas sykehus HF	1	0	1
Betanien Hospital	0	0	0

Virksomhet	3-3a melding 2012	3-3a melding 1. tertial 2012	3-3a melding 1. tertial 2013
Sykehusapotekene HF	0	0	0

Tabell 5. Antall meldinger sendt Statens Helsetilsyn ihht §3.3a. Kilde: Helse Sør-Øst RHF.

2.5 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

Tall fra Norsk Pasientskadeerstatning viser at antallet nye saker og medholdsprosent ligger innenfor vanlig variasjon.

Foretakets egenandel i tertialet var på kr 1.673 078,-. Egenandelen for hele 2012 var på kr 4.655.535,-

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 %
Hele 2011	437	310	127	29 %
1. tertial 2012	140	113	27	19 %
2. tertial 2012	143	115	28	20 %
3. tertial 2012	185	139	46	25 %
Hele 2012	468	367	101	21 %
1. tertial 2013	168	123	45	27 %

Tabell 6. Avsluttede NPE-saker, utvikling over tid. Kilde: NPE.

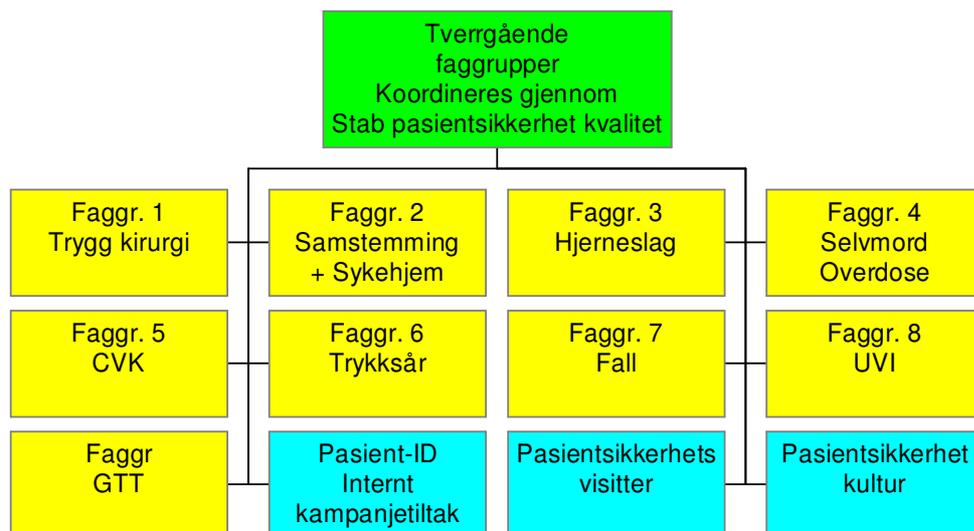
2.6 Pasientsikkerhetskampanjen

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen er inne i sitt tredje og avsluttende år. Helsedepartementet arbeider nå med et 5-årig nasjonalt pasientsikkerhetsprogram som vil videreføre en del av kampanjens virkemidler i en mer permanent form. Det er å anta at dette blir konkretisert i oppdragsdokumentene for 2014. Oslo universitetssykehus HF er representert i kampanjens Fagråd der videreføring av kampanjetiltakene er diskutert.

Dette er så langt gjennomført:

- Sykehuset har på virksomhetsnivå gjennomført journalundersøkelser i forhold til metodikken i "Global trigger tool (GTT).
- Sjekkliste for Trygg Kirurgi er tatt i bruk i de fleste operative enheter.
- Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen er gjennomført.
- Deltakelse i prosjekt legemiddelavstemming.
- Fallforebygging.

For å sikre sterkere fokus på kampanjetiltak i Oslo universitetssykehus HF er det vedtatt en handlingsplan for implementering. Det blir også etablert et støtteapparat med faggrupper som skal tilrettelegge og understøtte for innføring av tiltakspakkene i klinikkene.



Figur 7. Struktur for understøttende faggrupper i forbindelse med innføring av pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakker i Oslo universitetssykehus HF.

2.6.1 Målinger av pasientsikkerhet med Global Trigger Tool (GTT)

Global Trigger Tool er en arbeidsmetode/måleverktøy med sikte på å kunne måle pasientsikkerhet og følge endringer i pasientsikkerhet over tid.

Ved journalundersøkelse med GTT skiller man ikke mellom pasientskader som oppstår på grunn av feil og de som oppstår på grunn av risiko forbundet med behandlingen (komplikasjoner). Dette har medført en del misforståelser i media når det gjelder tolkning av tallene.

Ved GTT er metoden at to sykepleiere og en lege går gjennom et tilfeldig utvalg av pasientjournaler og ved hjelp av definerte triggere leter etter pasientskader. En trigger er en definert opplysning i journalen som kan tyde på at det har skjedd en skade.

Alle helseforetak rapporterer egne GTT-resultater. Oslo universitetssykehus HF leverte sine resultater for 2012, og har derved levert GTT-data for hele kampanjeperioden så langt.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) avstemmer og publiserer de nasjonale tallene senere på året etter at data fra alle helseforetak er innhentet. I sykehusets tall for 2012 kan det se ut som det er en liten økning i målt skadefrekvens gjennom perioden 2010 – 2012. En slik tendens er vanlig ved oppstart av bruk av metoden og knyttes til at man blir mer trent i bruk av verktøyet.

I 2012 er utvalget på 231 journaler hentet fra 70085 pasientopphold. Det ble funnet 33 pasientskader i utvalget.

To av de 33 pasientskadene har oppstått i annen institusjon innen spesialisthelsetjenesten der pasienten er overført Oslo universitetssykehus HF. En av pasientskadene har oppstått utenfor spesialisthelsetjenesten (fastlege).

Alvorlighet	Antall pasienter
Forbigående skade som krevde behandling	8
Forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold	19
Langvarig skade – varig mèn	2

Livreddende behandlingstiltak var nødvendig	0
Pasienten døde	0

Tabell 7. GTT-undersøkelse ved Oslo universitetssykehus HF i 2012. Fordeling av alvorlighet på funn.

Det er to pasienter som har opplevd å få påført ”en langvarig skade – varig men”:

- ØNH: Infeksjon etter fjerning av føflekk hos fastlege. Innlagt Oslo universitetssykehus HF via lokalsykehus. Operert med flere postoperative komplikasjoner. Primærårsak er infeksjonen som klassifiseres som skade oppstått utenfor spesialisthelsetjenesten.
- Thorax-kirurgi: Hjerteroperert. Hjerneslag postoperativt.

Nr	Type	Antall skader
1	Allergisk	0
2	Blødning	3
3	Fallskade	0
4	Fraktur	0
5	UVI	2
6	CVK infeksjon	0
7	Nedre luftveisinfeksjon	3
8	Postoperativ sårinfeksjon	4
9	Respiratorassosiert pneumoni	2
10	Annen infeksjon	5
11	Reoperasjon	0
12	Postoperativ blødning/ hematom	3
13	Postoperativ respiratorisk komplikasjon	1
14	Organskade	1
15	Forveksling ved operasjon	0
16	Annen kirurgisk komplikasjon	3
17	Legemiddelrelatert skade (inkl blod og iv væsketerapi)	0
18	Medisinsk teknisk skade	1
19	Postpartum/ obstetrisk skade	0
20	Trombose/ emboli	3
21	Trykksår	0
22	Forverring av kronisk sykdom	0
23	Øvrige skader (forsinket diagnose)	2

Tabell 8. GTT-undersøkelse ved Oslo universitetssykehus HF i 2012. Fordeling av skadetyper.

Nasjonale GTT-målinger vil sannsynligvis bli videreført, selv om det er rettet kritikk mot metodikken. Fagrådet i kampanjen har innsett at målene om reduksjon i skadetall innen utgangen av 2013 ikke er realistiske og at man kanskje må vente noe lengre for å se effekter av kampanjen. Videre er det lagt opp til en større varsomhet i tolkning av resultatene, særlig i forhold til forebyggbarhet, forekomst av betydelige skader og dødsfall, gitt mediedebatten på disse punktene. For Oslo universitetssykehus HF betyr det at vi fortsetter målinger etter dagens rutine og gjennom handlingsplanen for pasientsikkerhetskampanjen understøtter at metodikken også blir tatt i bruk på avdelingsnivå.

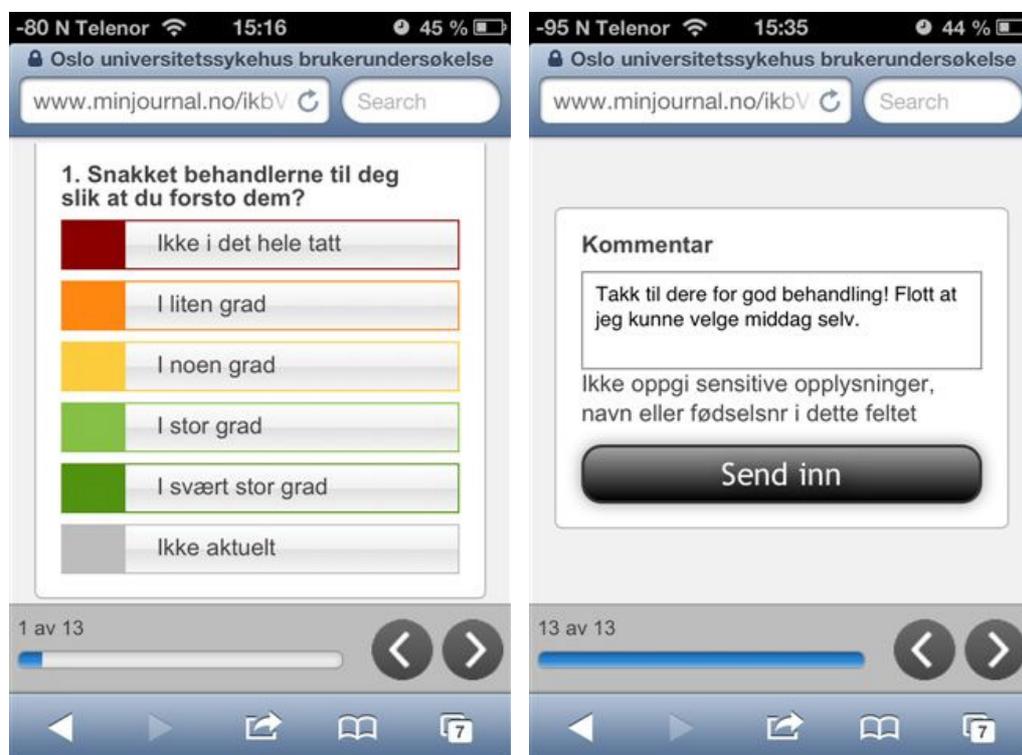
2.7 Kontinuerlige brukerundersøkelser

Oslo universitetssykehus startet pilotering av sin digitale brukerundersøkelse i februar og har innhentet erfaringer nok til å kunne målsette full utrulling i 2013 i tråd med oppdragsdokumentet.

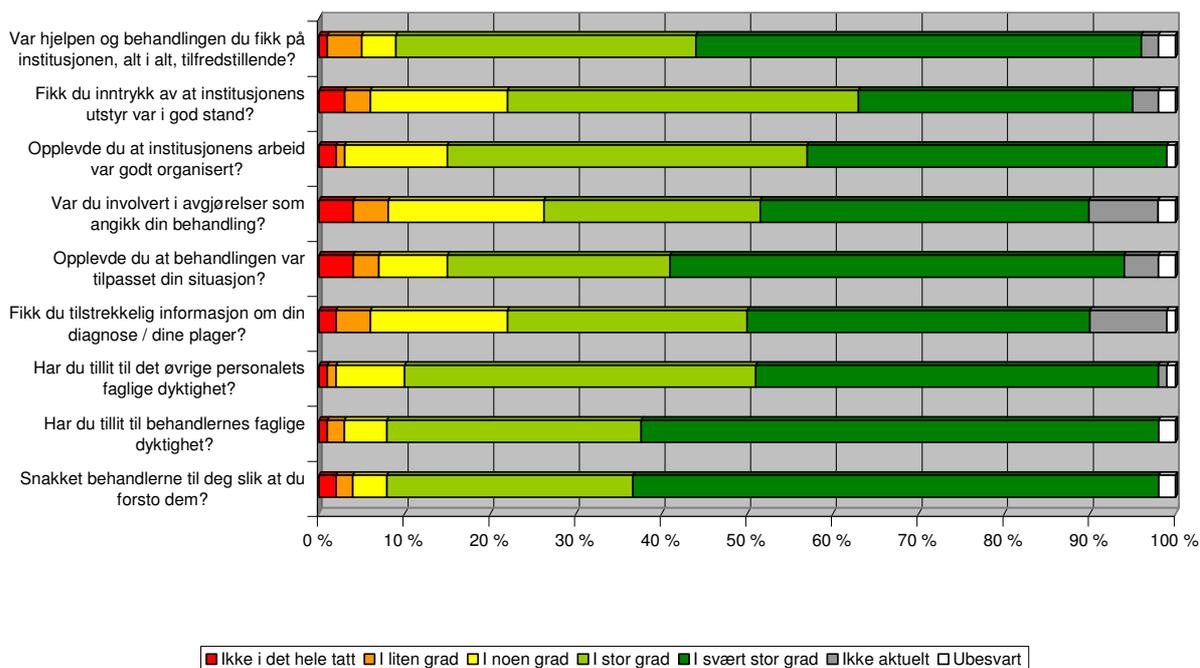
Undersøkelsen kan besvares av alle pasienter uansett kontaktform (innleggelse, dagkirurgi eller poliklinikk) via egen PC hjemme, elektronisk brett (for eksempel til bruk for pasienter som trenger bistand til å få besvart undersøkelsen før utskriving) eller via mobiltelefon. Avdelingen som pasienten har vært på registreres via QR-kode eller tallkode. I neste fase vil systemet også bli tilrettelagt for fremmedspråklige. Resultatene vises for ledere via avvikssystemet (Achilles).

Undersøkelsen består av

- 12 generelle spørsmål med relevans uavhengig av type sykdom / behandling og med fokus på det som er vesentlig for pasientene selv. Spørsmålene er utviklet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) og inngår i de nasjonale PasOpp – undersøkelsene.
- Et fritekstfelt for ris og ros der pasientene kan skrive en tilbakemelding til sykehuset.



Figur 8. Skjermbilder av brukerundersøkelsen på en "smart" telefon.



Figur 9. Svarfordeling fra 177 pasienter i pilotperioden. Vises i virksomhetsportalen (Achilles).

Planen er at alle kliniske avdelinger i løpet av året skal ta løsningen i bruk lokalt og benytte resultatene i sitt eget arbeide med kontinuerlig forbedring.

2.8 Pasientsikkerhetsvisitter

Administrerende direktør har i perioden avholdt 8 pasientsikkerhetsvisitter ved flere seksjoner der risiko- og forbedringsområder har blitt avdekket i samtaler med de ansatte. I etterkant av visittene er det avholdt møter med klinikk-, avdelings- og enhetslederene der ansvar for gjennomføring av konkrete forbedringstiltak har blitt fordelt. Det er planlagt ytterligere 10 pasientsikkerhetsvisitter i 2013.

2.9 Publisering av uønskede hendelser på nett

Sykehuset er nå i gang med å publisere informasjon om alvorlige hendelser på nett. På disse sidene trekker vi frem konkrete saker der man har registrert avvik, analysert situasjonen og gjennomført tiltak. Noen av sakene blir omskrevet for å ivareta anonymitet.

Oslo universitetssykehus HF har valgt å legge ut læringsaker som har opphav i konkrete pasienthendelser, men som også har læringsverdi ut over den konkrete hendelsen ved for eksempel å vise svikt/forbedringsbehov i systemer og rammebetingelser.

God og systematisk oversikt over årsakene til feil og uønskede hendelser bidrar til å forbedre praksis slik at ikke pasienter skades.

Selv om denne informasjonen først og fremst skal bidra til læring og forbedring hos fagfolk, har de også bredere interesse for pasienter, pårørende og befolkningen generelt.

Alle saker er fritt tilgjengelig på sykehusets internettside.
Eksempel på sak:

Kritisk informasjon – trygg kirurgi

En pasient fikk penicillin som infeksjonsforebyggende medisin under et kirurgisk inngrep til tross for at pasienten er overfølsom for legemiddelet.

Overfølsomhet for penicillin var på forhånd dokumentert i pasientens journal, både i fritekstjournal og i hovedkurve. I kirurgens oppmelding av pasienten til operasjon og narkose var overfølsomheten derimot ikke oppført.

Ved innledning til operasjonen ble det brukt sjekkliste for trygg kirurgi, men opplysning om allergi / overfølsomhet ble heller ikke da fanget opp.

Konsekvensen var at pasienten fikk pustevansker under operasjonen slik at narkosen måtte forlenges og ekstra medikamenter måtte gis. Pasienten kom i dette tilfellet uskadet gjennom inngrepet. En hendelse av denne typen kan bli meget alvorlige og sette pasientens liv i fare.

Læring / tiltak nr. 1

Alle relevante opplysninger med relevans for en operasjon skal være på plass i operasjonsforberedelsen. Slike hendelser skal ikke kunne skje. Da er det et viktig prinsipp som gjelder: Hvis noe aldri skal skje er det nødvendig at noe alltid må gjøres.

Det er avgjørende at skjema for oppmelding av pasient er komplett utfyllt. Dette skal det sørges for at alle operative enheter som melder opp pasienter i eget skjema.

Læring/tiltak nr. 2

En annen erfaring fra denne hendelsen er at sjekklister for trygg kirurgi må gjennomføres slik at man sikrer at pasientens er klar og våken når vedkommende skal svare på spørsmålene. Dette stiller noen krav til hvordan sjekklisten gjennomgås. Pasienten har ofte fått premedikasjon før gjennomgang av sjekklister og det må tas med i bildet ved gjennomgang av sjekklister. Kanskje skal pasienten forhåndsintervjues alene med sjekklisterens spørsmål slik at man sikrer seg pasientens svar. Dette kan også fungere som en forberedelse til den endelige sjekklisterprosedyren i operasjonsrommet. Disse foringene implementeres i prosedyre for gjennomføring av trygg kirurgi ved sykehuset.

2.10 Klager fra pårørende og deres representanter

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.

	2011			2012			2013
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1
Fra Fylkesmannen	63	65	65	77	73	51	57
Fra pasient / pårørende	85	69	96	112	128	122	170
Fra Helse og sosialombud	18	17	32	27	35	17	42

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

Det er økning i antall klagesaker fra Fylkesmannen og Pasientombudene siden forrige tertial. Hovedmengden av sakene handler om misnøye med informasjon / kommunikasjon og ventetid. Dette er de samme områder som er kjent fra tidligere klagesaker. Tolkning av den registrerte økningen er vanskelig da tallet ikke nødvendigvis sier noe om at flere er misfornøyde enn tidligere. Klagesakene følges opp med klinikkene på linje med andre uønskete hendelser og brukes internt i forbedringsarbeidet.

Sykehuset har kategorisert Fylkesmannens konklusjoner i saker som er registrert som avsluttet i avvikssystemet i perioden.

	1. tertial 2012		2. tertial 2012		3. tertial 2012		1. tertial 2013	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel		
Avsluttet uten anmerkning	31	69 %	28	60 %	17	50 %	27	60 %
Avsluttet med anmerkning	4	9 %	6	13 %	9	26 %	4	9 %
Brudd: på informasjonsplikt	2	22 %	-		2	6 %	0	0 %
Brudd: på pasientrettigheter	3		-		0	0 %	1	2 %
Brudd: på krav til journalføring	3		-		1	3 %	0	0 %
Brudd: på forsvarlighet	2		13	28 %	5	15 %	13	29 %
SUM	45	100 %	47	100 %	34	100 %	45	100 %

Tabell 10. Fylkesmannens konklusjoner i avsluttede klagesaker.

60 % av de registrerte klagesakene avsluttes uten at Fylkesmannen konkluderer med lovbrudd eller har vesentlige anmerkninger til saken. Fylkesmannen har funnet brudd på

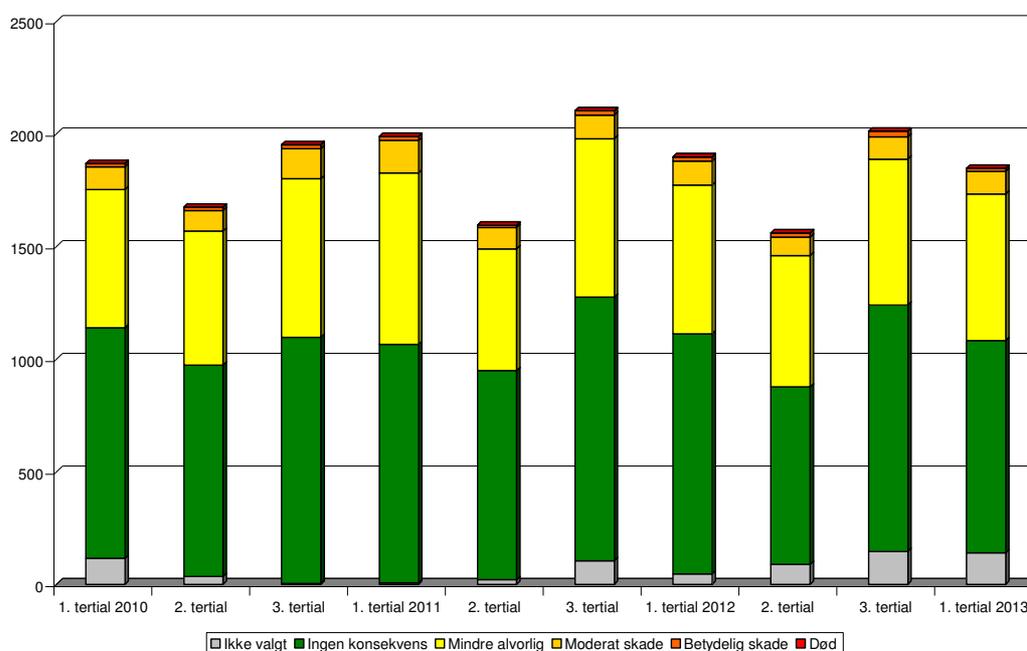
forsvarlighet i 13 av 45 avsluttede saker, en høyere andel enn i forrige tertial. Der det er brudd vurderes årsak og forbedringstiltak. Sakene gjennomgås også overordnet i det sentrale pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg.

2.11 Andre avvik og forbedringsforslag

Avviksregistreringer av typen " Andre avvik og forbedringsforslag" inkluderer:

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

Registreringene i hovedkategorien "Andre avvik" viser noe nedgang - ingen nye trender.



Figur 10. Avviksregistrering i hovedkategorien "Andre avvik". Faktisk konsekvens. Kilde: Avvikssystemet.

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

Ca 25 % av registreringene er laboratorierelaterte avvik, i all hovedsak med ingen eller mindre alvorlig konsekvens.

2.12 Tro & livssynsprosjektet – samtalepartner

Tro- og livssynsprosjektet med jobber aktivt med å markedsføre tilbudet. I løpet av de 4 første månedene har prosjektkoordinatort hatt oppsøkende virksomhet mot innvandrere- og frivillige organisasjoner i Oslo. Videre er det trykket opp visittkort på utvalgte språk

(arabisk, urdu, polsk, somali, vietnamesisk, engelsk), med info om tilbud og kontaktinformasjon.

Prosjektkoordinatoren har holdt 29 foredrag om prosjektet på ulike avdelinger. I tillegg har medlemmene i ressursteamet (samtalepartnerne) deltatt i markedsføringsdugnader på sykehuset, med stand ved inngangspartiet på Ullevål, samt besøk med informasjonsmateriell på ulike avdelinger.

Tro- og livssynsprosjektet har også opprettet en Facebookside – et ledd i å synliggjøre og bekjentgjøre samtaletilbudet. I første tertial er det arrangert to fagsamlinger for samtaleteamet samt to refleksjonskvelder med praktisk casebasert trening. I første tertial har det også inngått formell avtale med Lovisenberg diakonale sykehus om samarbeid i dette prosjektet, der Oslo universitetssykehus HF stiller sine samtalepartnere til fri disposisjon ut pilotperioden. Tilsvarende samarbeid er også etablert med Sunnaas sykehus HF og Diakonhjemmet sykehus.

2.13 Tolketjenester

På bakgrunn av anbefalinger fra Likeverdsprosjektet¹, ble Oslo universitetssykehus HF i november 2012 gitt i oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF "å påbegynne arbeidet med å forberede opprettelse av en Tolkesentral som en mulig område/ flerområdefunksjon for å dekke fremtidige behov for gode tolketjenester". Helse Sør-Øst RHF har bevilget midler til utrednings-/oppstartsfasen, oppad begrenset til 1 million kroner. Oppdraget hadde som en forutsetning "at alt påkrevd arbeid ivaretas, og at arbeidet også forankres ved Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF".

Over nyttår nedsatte Oslo universitetssykehus HF en tverrinstitusjonell arbeidsgruppe med representanter fra Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF, med Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF som observatører. Denne gruppen skulle konkretisere forslag fra et utredningsarbeide om etablering av en Tolkesentral med egenregi på tolkeformidling. I mars ble anbefalinger, inklusive kostnadsanalyser oversendt de respektive helseforetak. Anbefalingene fikk tilslutning fra Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF.

Det er stor interesse for dette prosjektet, som har vært presentert for Barne- likestillings og inkluderingsdepartementet, Helsedirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, m.fl. Det er i tillegg gjort en preregistrering blant tolker som eventuelt kunne være interessert i å ta oppdrag for Tolkesentralen. I april var det 500 registrerte på denne listen.

Oslo universitetssykehus HF har, parallelt med utredning av Tolkesentralen, gjennomført en anbudsrunde på tolkeformidling, i tråd med regler for offentlig anskaffelse. I april ble det inngått kontrakt med Noricom som første leverandør, og Semantix som eventuelt andreleverandør. Nytt i anbudet er at pris på honorar til tolk graderes i henhold til tolkens kategori i Nasjonalt tolkeregister (Tolkeportalen). Tilsvarende gjelder formidlingsgebyret som tilfaller tolkeleverandøren. Med denne endringen blir det mer attraktivt å sende gode tolker, noe som igjen øker sikkerheten for våre minoritetsspråklige pasienter.

¹ <http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/prosjekter/Sider/tolkeprosjektet.aspx>

2.14 Tjenesteavtaler

Oslo universitetssykehus HF har i ulike sammenheng fremmet forslag om at operasjonalisering av tjenesteavtalene bør tilstrebes å være så likt som mulig for hele hovedstadsområdet, slik avtalene er utarbeidet. Bydelsdirektørene i Oslo universitetssykehus HF sektor har gitt tilslutning til denne intensjonen. Både Oslo universitetssykehus HF og bydelene følger opp dette prinsippet i samarbeidsutvalg og ellers.

2.14.1 Tjenesteavtale 3

Tjenesteavtale 3 omhandler beskrivelse av kommunens døgnopphold for øyeblikkelig hjelp - Kommunal akutt døgnenhet (KAD).

Forutsetningen for etablering av denne virksomheten er et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og noe av intensjonen med etableringen er å redusere behovet for innleggelse i sykehus.

En egen arbeidsgruppe bestående av representanter fra spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste har vurdert og konkludert med følgende vedrørende opprettelse av kommunale akutte døgnplasser:

- Oslo kommune og helseforetakene/ sykehusene i hovedstadsområdet er enige om at kommunen søker om finansiering til etablering av 32 senger ved Aker tidligst mulig våren 2013. Organisering av tiltaket gjennomføres i tett samarbeid med legevakt Aker.
- Partene er enige om å søke en opptrapping av virksomheten ved Aker med ytterligere 22 senger fra 2014, under forutsetning av at de 32 første KAD-plassene viser seg å avlaste sykehusene i tråd med oppsatte mål.
- KAD skal bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser i spesialisthelsetjenesten.
- KAD er et kommunalt tilbud til pasienter som trenger innleggelse for behandling, observasjon og pleie og som kan behandles av lege med allmennmedisinsk kompetanse og følges opp av sykepleiere. Målgruppen for innleggelse i KAD defineres ut fra medisinsk problemstilling sett opp mot den kompetanse/ressurser som er tilgjengelige i KAD. Det er utarbeidet forslag til retningslinjer for hvilke pasienter som kan omfattes av det kommunale tilbudet. Disse vil bli jevnlig revidert i et samarbeid mellom partene.
- Partene er enige om at det opprettes en referansegruppe for etablering av tiltaket, med representanter for alle parter. Dette sikrer en hensiktsmessig dialog mellom partene.

Partene er enige om at det gjennomføres forskning som dokumenterer/evaluerer måloppnåelse for tiltaket. Evalueringen iverksettes parallelt med oppstart av de første KAD-plassene.

Det har vært gjort et omfattende forberedende arbeid i 1. tertial og Oslo kommune v/Helseetaten åpner en KAD-enhet på Aker sykehus 1. juni 2013. Full drift med 32 senger er beregnet fra september. I løpet av de neste årene er det et mål å etablere totalt 73 sengeplasser.

Enheten vil ha tilgang på lege hele døgnet, og overlege med spesialitet i allmennmedisin eller tilsvarende kompetanse er tilknyttet avdelingen. Den har tilgang på røntgen, CT og laboratorietjenester. Sykepleier er til stede hele døgnet.

Fastlege, ambulanse og legevakt kan legge pasienter direkte inn på KAD etter å ha konferert med KAD-ansvarlig lege.

Følgende pasientgrupper er aktuelle for KAD

- Nedsatt mobilitet – som stabile brudd og kontusjoner (bløtdelsskade og hevelser) som skal smertelindres og mobiliseres.
- Hud- og sårproblemer – som erysipelas (rosen) og infiserte leggsår. Pasienter som trenger noe mer oppfølging og behandling enn det hjemmesykepleien klarer å etablere.
- Urinveier – øvre og nedre urinveisinfeksjoner.
- Gastro (mage-tarm) – obstipasjon ved kjent og ofte kronisk årsak. Pasienter med gastroenteritt (betennelse/infeksjon) med behov for rehydrering (oppvæsking), og som ikke har alvorlige elektrolyttforstyrrelser.
- Funksjonssvikt – med kjent årsak, og som er avklart i spesialisthelsetjenesten.
- Luftveier og infeksjon – KOLS og lungebetennelser som trenger medisinsk behandling men ikke mekanisk respirasjonsstøtte eller der det er behov for blodgassanalyse.
- Kognitiv svikt – kjent kognitiv svikt med avklart tilleggsproblem.

Brystsmerte – kardiologi skal ikke behandles på KAD.

2.15 Utenlandsbehandling

Forslag til samarbeidsavtale mellom Oslo kommune sentralt, Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF om utenlandske pasienter uten trygderettigheter foreligger. Denne er supplert med et forslag til rutiner hvor det fremgår at avtalen skal omfatte utenlandske pasienter både med lovlig og ulovlig opphold.

Både overordnet notat/avtale og rutine er utarbeidet i fellesskap.

2.16 Status for pågående samhandlingsprosjekt

En rekke samhandlingsprosjekt mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF ble tildelt samhandlingsmidler for 2012/2013. Flere av prosjektene er svært godt i gang og kan også vise til gode resultater.

2.16.1 Akutt- og subakutt funksjonssvikt hos eldre

Bydelene Østensjø, Nordre Aker og Bjerke, og Oslo universitetssykehus HF ved Medisinsk klinikk (Generell indremedisinsk avdeling og Geriatrisk avdeling) deltar.

Prosjektets hensikt er å lage modeller for gode pasientforløp for eldre pasienter med akutt og subakutt funksjonssvikt, fra symptom oppstår i pasientens hjem, til diagnostikk og behandling hos fastlege og/eller på sykehus er igangsatt og situasjonen er under kontroll. Målet er så raskt som mulig å få en medisinsk vurdering av funksjonstapet på rett nivå, dels i samarbeid mellom pasient, pårørende, hjemmetjeneste og fastlege, dels i samarbeid mellom primærhelsetjeneste og sykehus. Legevakt og AMK er sikkerhetsnettet som bistår der det haster mer enn det bydelens helsetjenester kan imøtekomme.

Prosjektet er delt i 3 delprosjekt:

- Kvalitetsutvikling og rutiner i hjemmetjenesten. Systematisering av observasjon og tiltak ved tegn på funksjonssvikt. Utvikling av sjekklister for observasjon. Standardisering av rutiner for når lege skal kontaktes, og vurdering av hastegrad.
- Samarbeid mellom hjemmetjeneste, søknadskontor og fastleger. Etablere rutiner og avtaler mellom hjemmetjeneste, fastleger og søknadskontor for kontakt, prioritering, timebestilling og oppfølging for eldre med akutt funksjonssvikt.
- Samarbeid mellom fastleger og sykehus og mellom hjemmetjeneste og sykehus.. Etablere rutiner og modell for faglig rådgivning, tilgang til poliklinikker og planlagte innleggelser med kort ventetid for eldre med akutt og subakutt funksjonssvikt. Etablere rutine for kontakt mellom akuttmottak og fastlege og mellom akuttmottak og hjemmetjeneste når pasientgruppen innlegges.

Sykehusets praksiskonsulenter har gjennom dette prosjektet bidratt til at fastleger i Oslo tar i bruk PLO (pleie og omsorgs) meldinger. En enkel veileder om bruk av PLO meldinger ved funksjonssvikt er utviklet. Praksiskonsulentene har også bidratt i utvikling av en SAFE sjekkliste til bruk for hjemmesykepleien ved observasjon og tiltak for pasienter i målgruppen. Gjennom besøk på fastlegekontor, bruk av allmennlegeutvalg og gjennomslag for lønnet deltagelse av fastleger i ulike arbeidsgrupper, har praksiskonsulentene bidratt til stor grad av involvering av fastleger i prosjektet.

2.16.2 Ambulerende sårteam

Bydelene Nordre Aker, Bjerke og Nordstrand, Sykehjemsetaten og Oslo universitetssykehus HF ved Klinikk for Kreft, Kirurgi og transplantasjon (Hudavdelingen Villa Derma) deltar.

Villa Derma har etablert et eget sårteam som i stedet for å ta immobile pasienter fra sykehjem inn til poliklinisk behandling reiser ut til sykehjemmet. Her gjøres diagnostisering av sår, sårstell og sårbehandlingsplan utarbeides i samarbeid med personalet på sykehjemmet. Det foreligger en rapport som viser betydelig bedring i sårbehandlingen samtidig som denne samarbeidsformen gir reduserte kostnader for sykehjemmet og pasient. Også den samfunnsøkonomiske gevinsten er betydelig.

Det er kontakt med Oslo kommune for å finne fram til en modell for finansiering for å sikre en videreføring av samarbeidet på dette området. Dersom vi lykkes i å enes om en finansieringsmodell, kan det legges til rette for en endret arbeidsdeling også på andre områder.

Samfunnsøkonomisk konsekvensberegning ved innføring av ambulerende sårteam:

Sårteam for Oslo universitetssykehus HF per pasient	
Besparelse per pasient	- kr. 436,-
Relativt inntekststap ved redusert behandlingsskapasitet ved Oslo universitetssykehus HF	kr. 920,-
Totalkostnader for Oslo universitetssykehus HF ved innføring av sårteam per pasient	kr. 484,-

Sårteam for Sykehjemsetaten per pasient

Besparelse per pasient	kr. 566,-
Besparelse gjennom reduksjon av kontroller per pasient per år	kr. 1043,-
Total besparelse for SYE per pasient	kr. 1608,-

Sårteam for pasient	
Besparelse egenandel transport	Kr. 266,-

Totalgevinst per pasient	
Besparelse total per pasient	Kr. 1267,-
Besparelse ved reduksjon av antall kontroller per pasient	Kr. 3302,-
Total samfunnsøkonomisk besparelse per pasient	Kr. 4570,-

Tabell 11. Samfunnsøkonomisk konsekvensberegning ved innføring av ambulerende sårteam.

I et eget delprosjekt arbeides det med å utarbeide en modell for å benytte egne sårkontakter i bydelene for å øke kompetansen i hjemmesykepleien. Prosjektet skal:

- Etablere et undervisnings- og veiledningsprogram innen sårbehandling for sykepleiere i hjemmetjenesten. Programmet vil lede frem til spesialkompetanse i sår/sårbehandling.
- Utprøve en standardisert utstyrsliste for sårbehandling til bruk på legekontorer, i sykehjem og hjemmesykepleie.
- Måle kvalitative og økonomiske effekter av tiltakene som iverksettes, dette er utført i samarbeid med Oslo universitetssykehus HF Idé-poliklinikk.

En rapport skal foreligge i løpet av juni

2.16.3 Kompetanseutvikling i hjemmetjenesten i to bydeler

Bydelene Nordstrand og Østensjø og Oslo universitetssykehus HF deltar.

Prosjektet har som formål å:

- Arbeide for å skape helhetlige og koordinerte tjenester satt i system internt mellom 1. og 2. linjetjenesten
- Kompetanseheving for sykepleiere som er ansatt i hjemmesykepleien i Bydel Østensjø og Nordstrand gjennom å utarbeide prosedyrer og øke ferdigheter
- Utforme hensiktsmessige rutiner for samarbeid mellom sykehus og hjemmetjeneste
- Lage rutiner som sørger for gode utskrivelser fra sykehuset som blant annet kvalitetssikrer at sykepleierne i hjemmetjenesten har nødvendig kompetanse til å overta oppfølgingen av pasientene

Prosjektet er i rute i forhold til plan.

2.16.4 Unge med ervervede hodeskader

Bydel Sagene, NAV og Oslo universitetssykehus HF deltar.

Formålet er å utvikle en modell for samarbeid og kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for yngre personer med sammensatt funksjonssvikt etter gjennomgått hjerneskade, samt å evaluere denne modellen.

Prosjektets hovedelementer (delmål) er:

På systemnivå:

- Å etablere et undervisnings- og veiledningsprogram for helsepersonell
- Å utarbeide oversikt over relevant rehabiliteringstilbud på spesialisthelsetjeneste- og kommunalt nivå
- Å utvikle arbeidsrettet rehabilitering i samarbeid med det kommunale rehabiliteringsteamet og NAV.
- Å etablere mestringskurs for yngre personer med traumatisk hjerneskade og subaraknoidalblødning og deres pårørende.

På individnivå:

- Å etablere samhandlingsrutiner mellom TBI poliklinikken, fastlegene og kommunal rehabilitering i Sagene bydel samt NAV.
- Å utarbeide informasjonsmateriell til bruker om tilstanden og relevant rehabiliteringstilbud i tidlig og senere faser og oversette dette på nødvendige språk.
- Prøve ut felles webløsning for spesialist- og primærhelsetjeneste med hensyn på individuell plan.

Første tertial ble i stor grad brukt til å etablere samarbeidsmodeller.

2.16.5 Peritonealdialyse (PD) i sykehjem

Sykehjemsetaten v/Abildsø sykehjem og Oslo universitetssykehus HF v/Medisinsk klinikk (Nyremedisinsk avdeling) deltar.

Prosjektets hensikt er å samle PD-pasienter med behov for kort- eller langtidsopphold på et utvalgt sykehjem. Bydelsovergripende tilbud til denne pasientgruppen vil gi bedre kvalitet, kontinuitet og kompetanse.

Effekt mål:

1. Pasienter opplever økt livskvalitet i daglige aktiviteter og lindring av nyresviktsymptomer
2. Pasienter med PD i sykehjem får tilfredsstillende behandling i sykehjemmet over tid
3. Sykehjemmet får tilstrekkelig faglig oppfølging og kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten for pasienter med PD
4. Synliggjøring av ressursbruk i spesialisthelsetjenesten og sykehjemmet i behandlingsskjeden knyttet til nyreerstattende behandling

De første pasientene har nå vært etablert i PD på Abildsø sykehjem og prosedyrene har fungert tilfredsstillende.

2.16.6 Ambulerende palliativt team (APT)

Bydel Østensjø og Oslo universitetssykehus HF v/Klinikk for Kreft, Kirurgi og transplantasjon (Seksjon for lindrende behandling, SLB) deltar.

Målet med Ambulerende palliativt team er å øke tryggheten i hjemmet/sykehjemmet både for pasient og pårørende. Dette forutsettes kontinuitet og tett oppfølging fra de som tilbyr tjenester, helsepersonell som har riktig kompetanse og som er trygge og komfortable med sine arbeidsoppgaver. Det er derfor etablert et team som består av personell fra palliative enheter på sykehuset med ambulerende funksjon, kreftkoordinatorer i bydelene og spesielle ressursgrupper i kommunehelsetjenesten med spesiell kompetanse innenfor palliasjon.

Effekt mål:

1. Å bedre kvaliteten på behandling og omsorg til palliative pasienter og pasienter med kroniske lidelser som bor i eget hjem eller på sykehjem med økte muligheter for lengre hjemmetid og hjemmedød.
2. Å fremme samhandling mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten og etablere tilbud som kan bidra til at tjenester som tradisjonelt tilbys på sykehus kan overføres til kommunehelsetjenesten.
3. Å sikre kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

2.16.7 Det preventive budskap – familieplanlegging og forebygging av uønsket svangerskap og abort (FAFUS)

Oslo universitetssykehus og Oslo kommune deltar.

Prosjektets mål er å bidra til likeverdige helsetjenester for ikke-vestlige innvandrerkvinner i Oslo, slik at de har tilfredsstillende forståelse for familieplanlegging, mulighet for bruk av prevensjon, bedret seksuell helse og kontroll over egen kropp.

Tilbud med poliklinisk oppfølging for veiledning og gratis prevensjon videreføres i prosjektperioden, i svangerskapspoliklinikken på Oslo universitetssykehus HF, Ullevål. Det er imidlertid enighet i prosjektets styringsgruppe om at dette er en primærhelsetjeneste oppgave. Oslo kommune jobber nå med konkrete modeller for hvordan tilbudet kan videreføres i kommunal regi.

Prosjektet ble i april 2013 tildelt 500.000 kr i tilskudd til prosjekter over statsbudsjettet fra Helsedirektoratet, under posten Strategier for bedre seksuell helse.

2.17 Praksiskonsulentordningen

Praksiskonsulentordningen på Oslo universitetssykehus HF ble omorganisert senhøstes 2012. Frem til da var praksiskonsulentene plassert i 4 ulike klinikker. Praksiskonsulentene er nå samlet som et team i seksjon samhandling og bistår staber og klinikker etter bestilling.

Endret organisering gir praksiskonsulentene en tydeligere og mer koordinerende rolle. Det legges vekt på å utvikle og anvende felles metodikk i arbeid med pasientforløp, henvisninger og epikriser.

Omorganiseringen har ikke begrenset kontakten med klinikkene, men kontakten skjer nå mer målrettet. Det legges vekt på at arbeid i prosjekter og øvrige tiltak er forankret på relevante nivå i sykehuset.

Praksiskoordinator har deltatt i arbeidsgruppen for overordnet strategi for Oslo universitetssykehus HF 2013 – 2018. Det ble gitt mange innspill og forslag til hvordan strategien kan gi føringer for godt samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og primærhelsetjenesten/fastlegene.

Praksiskonsulentene er etterspurt og deltar i de fleste av samhandlingsprosjektene.

2.18 Pasientforløpsarbeide

Sykehusets arbeid med å utvikle gode pasientforløp fortsetter. Aktuelle forløp med fokus i perioden har vært: affektive lidelser (voksne og barn), personlighetsforstyrrelser, alkoholisme, brystkreft, hjerneslag, KOLS, hematuri og nyrestein.

Det er utarbeidet veiledningsmaterieill til bruk i arbeidet, og sykehuset har hatt opplæring av prosessveiledere for de enkelte forløp. Det er veiledingsordninger for alle områder som pasientforløp skal inkludere:

- Utarbeidelse av gode prosedyresamlinger for forløpet med tilhørende pasientinformasjon
- SPC og målinger av resultater
- Pasient- og pårørendeopplæring
- Internettinformasjon om forløpene
- Finne relevante samhandlingsaktører
- Kontaktpunkter med akuttklinikken
- Søk i forskningsdatabaser og dokumentasjon av søk
- Idemyldring for å finne flaskehalser

Praksiskonsulentene og brukere deltar i arbeidet. Pasient- og pårørende opplærings inkluderer i alle pasientforløp og det er utarbeidet en egen prosedyre for "Pasientforløp – målinger av resultater".

Sykehuset er nå påstartet arbeidet med å finne et godt presentasjonsverktøy for pasientforløp på Internett, tilpasset pasienter og helsepersonell, som vi samhandler med.

Høstens arbeid vil også bestå i å fullføre de pasientforløp som er under utarbeidelse og som vil bli godkjent i eHåndbok:

Følgende pasientforløp er ferdigstilt og ligger i eHåndbok:

Kvinne-barn klinikken:

- Diabetes type 1 hos barn, nyoppdaget
- Endometriepolypper
- Spastisk hemiplegi
- Bronkiolitt hos barn, 0-2 år
- Klinik for psykisk helse og avhengighet
- ADHD – barn og unge

De andre klinikkene har foreløpig ingen ferdigstilte pasientforløp som er godkjent i eHåndbok.

Følgende 30 pasientforløp er under utarbeidelse:

Klinikk for psykisk helse og avhengighet

- Opiatavhengighet, akuttforløp
- Psykose – førstegang
- Affektive lidelser – barn og unge
- Affektive lidelser – bipolare lidelser
- Affektive lidelser – depressive tilstander
- Alkoholisme
- Personlighetsforstyrrelser
- Spiseforstyrrelser - aldersovergripende

Medisinsk klinikk

- Lungekreft (Sammen med 2-3 andre klinikker)
- Hjerneslag
- KOLS
- Subakutt funksjonssvikt hos eldre (Sammen med stab samhandling)

Klinikk for kirurgi og nevrofag

- Ca cerebri. Barn
- Epilepsi

Kvinne- og barnklinikken

- Hodeskader – ervervede. rehabilitering. Barn.
- Ca ovarie

Hjerte-lunge- og karklinikken

- Lungekreft (Sammen med 2-3 andre klinikker)
- Varicer
- Kreft, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
- HPB-kirurgi
- Ca mamma
- Ca prostata
- Hematuri
- Nyrestein
- Ca colonrecti

Akuttklinikken

- Hodeskader - alvorlig traumatisk hos voksne

Stab samhandling

- Pasient- og pårørendeopplæring

Stab medisin, helsefag og utvikling

- Døde

Disse pasientforløp skal ferdigstilles innen 15. desember 2013.

Sykehuset driver også en kartlegging av pasientforløp som er beskrevet før fusjonen og som kan gjenbrukes, revideres og forbedres etter ny metodikk. Sykehuset har i tillegg tatt initiativ til å dele pasientforløp, faglige prosedyrer, retningslinjer og pasientinformasjon med andre helsefag både internt i regionen og nasjonalt.

2.19 Elektronisk samhandling

Oppgaver knyttet til Meldingsløftet/digital samhandling:

Utarbeidelse av prosedyre Nivå 1 for utsendelse av elektronisk epikrise.

En arbeidsgruppe ble etablert våren 2011 som kartla praksis knyttet til utsendelse av elektronisk epikrise. Alle de 4 tidligere sykehusene i Oslo universitetssykehus HF har hatt funksjonalitet for utsendelse av elektronisk epikrise før fusjonen.

Det er papirversjon av epikrise som er det juridisk bindende dokument i Oslo universitetssykehus HF i og med at det ikke finnes applikasjonskwitteringsoppfølging i Doculive/DIPS.

Det ble utarbeidet en ny virksomhetsomfattende prosedyre: "*Utsendelse av elektronisk epikrise/brev*" etter at kartleggingen viste svikt både i forvaltning av adresseregister og brukerfeil ved riktig adressering.

Elektronisk epikrise til Oslo kommune (sykehjem)

I samarbeid med PROSIT Oslo kommune er det arbeidet med overføring av elektroniske epikriser til Gerica (Oslo kommunes EPJ system). Dette har fungert i lengre tid i DIPS fra Aker.

Elektronisk overføring av epikrise fra Doculive til Gerica før løsningen vil bli satt i produksjon i 2. tertial.

Organisering av elektronisk henvisningsmottak

Prosjektet Meldingsløftet har i 1. tertial utarbeidet en anbefaling om hvordan Oslo universitetssykehus HF skal organisere mottak av elektroniske henvisninger når dette blir etablert. Ansvar for videre saksbehandling knyttet til elektronisk mottak av henvisning er overtatt av systemeier for Doculive.

Prosjekt Felles EPJ vil ved oppstart av DIPS starte med elektronisk vurdering av henvisning, det vil si at henvisninger skannes ved mottak til Oslo universitetssykehus HF. Det vil være en for omfattende oppgave også å starte med samtidig mottak av elektroniske henvisninger, slik at dette vil komme som del av Fase 2 etter oppstart DIPS.

PLO – pleie- og omsorgsmeldinger, foranalyse

En arbeidsgruppe har våren 2013 gjort en foranalyse av alternativer for etablering av PLO meldinger i Oslo universitetssykehus HF.

Følgende alternativ ble utredet:

1. Starte med PLO meldinger i Doculive
 - a. Ta i bruk komplett PLO modul/alle meldinger i Doculive
 - b. Vurdere en begrenset bruk av PLO meldinger, med vekt på skjema/melding for Innlagt pasient og Utskrivningsklar pasient
 - c. Elektroniske PLO skjemaer, sende skjemaer ved bruk av epikrise melding
2. Starte med PLO meldinger ved oppstart DIPS – planlagt til oktober 2014.
3. Vente med innføring av PLO meldinger til DIPS er ferdig innført – tidligst 2015.

I tillegg er det også gjort en vurdering av null-alternativet som er å fortsette med dagens manuelle håndtering av PLO meldinger.

Styringsgruppa for prosjekt Felles EPJ har deretter bestemt at sykehuset innfører PLO-meldinger ved oppstart DIPS – planlagt til oktober 2014.

Applikasjonskwittering

Det ble av prosjektet Meldingsløftet gjort en foranalyse for å vurdere mulige alternativer for applikasjonssystemer med dagens kliniske IKT systemer. Underveis i denne prosessen ble det av Sykehuspartner besluttet å gå til anskaffelse av et eksternt applikasjonssystem for kliniske meldinger. Status pr 15.april 2013 er at sykehuset sammen med Sykehuspartner gjør en vurdering av MTM (Message Tracking Monitor) som er et verktøy for funksjonell overvåkning av meldingsflyt.

Det vurderes anvendbarhet for oppfølging av applikasjonskwittering i forhold til epikriser, hvilke prosedyrer som må etableres og hvordan oppfølgingsoppgavene fordeles mellom klinikk og Sykehuspartner.

Først når denne funksjonalitet er på plass vil det være aktuelt å vurdere om papirepikriser kan sannes.

Elektronisk samhandling - pasientrisiko

En arbeidsgruppe har vurdert: Pasientsikkerhet og risikovurdering ved manglende elektronisk meldingsutveksling mellom Oslo kommune og sykehus i helseregion SørØst.

Hovedfunn knyttet til bruk av PLO meldinger:

1. Raskere og vesentlig mer presis dialog for forberedelse av utskrivning. Man slipper å vente i telefon og lete opp folk.
2. Ved bruk av PLO meldingene oppleves samarbeidspartene som mye mer tilgjengelige enn tidligere. (best dokumentert i relasjonen lege – PLO).

Gruppen gjennomgikk ulike risiki som særlig tydeliggjør at manuelle rutiner innebærer stor risiko for at pasientopplysninger kommer på avveie eller ikke er tilgjengelig for behandler. Den største risikoen ble funnet der man har doble rutiner (det vil si at noe av virksomheten benytter PLO meldinger og noen benytter manuelle rutiner)

2.20 Internasjonale prosjekter

2.20.1 Etiopia

I april 2013 undertegnet Oslo universitetssykehus HF en avtale om finansiering av et utdanningsprogram for onkologer i Etiopia. Prosjektet er i sin helhet finansiert av Aktiv mot kreft. Etiopisk partner er Black Lion Hospital, universitetssykehuset i Addis Abeba og Det medisinske Fakultet i Addis. Sykehuset har over 1200 senger, de utdanner sine egne leger og har også utdanning av spesialister innenfor mange forskjellige felt. Etiopia har til nå ikke utdannet onkologer i eget land. De som er utdannet i utlandet, har med få unntak blitt ute. I et samarbeid med Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo skal Oslo universitetssykehus HF bidra til å bygge opp kompetanse slik at Etiopia kan utdanne sine egne onkologer i løpet av 6-7 år.

Opplegget er at Oslo universitetssykehus HF i samarbeid med Det medisinske fakultet, skal sende overleger i overlegepermisjon til Black Lion, for å undervise og veilede leger i utdanning. I tillegg til dette vil Oslo universitetssykehus HF/Universitetet i Oslo bidra til kurs innen Onkologi en gang i semesteret.

De første seks kandidatene fra Etiopia startet sin spesialistutdanning i april 2013. Planen er videre at spesialistkandidatene, når de har kommet til 3. året i utdanningen, skal hospitere 3 måneder ved Oslo universitetssykehus HF.

2.20.2 India

Oslo universitetssykehus HF har siden oktober 2011 samarbeidet med Universitetssykehuset i Kolkata, India. Kompetanseoverføring innen nyfødtmedisin og reduksjon av spedbarnsdødelighet har vært det overordnede målet. Samarbeidet har allerede resultert i en betydelig reduksjon av barnedødelighet gjennom økt kunnskap om ernæring, amming, hygiene samt demping av motorisk aktivitet hos premature.

I april 2013 bidro Oslo universitetssykehus HF til åpning av West Benegals første morsmelkbank.

På grunn av intern uro hos lokale helsemyndigheter i West Benegal har Oslo universitetssykehus HF besluttet å trekke seg ut av Kolkata. I samarbeid med Den Norske ambassade i Delhi videreføres aktivitet i India, men nå i samarbeid med NIPI (Norway and India Partnership Initiative).

Planen er å bidra til oppbygging av et ressurscenter i Jaipur for sykepleiere og leger som jobber i NIPI distriktene. Et forprosjektarbeid er startet opp.

Prosjektet planlegges å starte i oktober 2013.

2.20.3 Sekretariat for Norsk Helsenettverk for Utvikling (NHU)

Oslo universitetssykehus HF har i 2013 mottatt finansieringsstøtte fra Utenriksdepartementet, for å drifte sekretariat for NHU.

2.20.4 Rapport om norske aktørers engasjement for globalhelse i forhold til Stortingsmelding nr 11 om Global helse i utenriks og utviklingspolitikken.

Oslo Universitetssykehus HF har en presentasjon av sykehusets engasjement i institusjonssamarbeid i lavinntektsland i rapporten.

2.20.5 Malawi

I tillegg til mødrehelseprosjektet som har vært i drift siden 2007 har Oslo universitetssykehus HF en søknad til behandling i Fredskorpset angående utdanning av nevrokirurger.

Et av målene for dette prosjektet, er å bidra med faglige råd når universitetssykehuset nå skal bygge en hel Nevrokirurgisk avdeling. Malawi har pr dato ikke noe tilbud innen nevrokirurgi.

2.20.6 Palestina

Samarbeid mellom sykehus i Palestina og Oslo universitetssykehus HF videreføres. Blant annet arbeides det med planer om et senter for kikkhullskirurgi i Gaza. Det har også vært besøk fra Palestina til Oslo universitetssykehus HF i første tertial der en blant annet kom til enighet om å videreføre samarbeidet med Augusta Victoria, kreftsykehuset i Øst-Jerusalem. Dette samarbeidet har vart fra 2004 og har gitt svært gode faglige resultater.

3. Opplæring av pasienter og pårørende

3.1 Læringstilbud til pasienter og pårørende

Det er rapportert færre antall læringstilbud og antall pasienter og pårørende som har benyttet tilbudene i 1. tertial 2013 sammenlignet med 1. tertial 2012. Dette kan forklares ved nye kriterier for pasient- og pårørendeopplæring som gjør at noen av tilbudene som tidligere ble rapportert faller utenfor.

Pasient- og pårørendeopplæring	1. tertial 2013	1. tertial 2012	Hele 2012
Antall læringstilbud	87	106	359
Antall pasienter og pårørende som har gjennomført et tilbud	1501	2017	7314

Tabell 12. Aktivitet - Pasient- og pårørendeopplæring.

Som et ledd i å standardisere arbeidet med pasient- og pårørendeopplæring er det etablert et sett av felles kriterier for registrering av læringstilbud. Læringstilbudene skal ha brukermedvirkning i planlegging, gjennomføring og/eller evaluering. Tilbudene skal ha et bestemt formål knyttet til det å gi informasjon eller at deltakerne skal kunne mestre noe i etterkant. Tilbudene skal ha en definert lengde og målgruppe.

I henhold til oppdragsdokumentet for 2013 arbeides det med å etablere flere tilbud for pasientopplæring, likemannsarbeid og mestring, herunder pusterom og vardesenteret, innen kreftbehandling.

3.2 Handlingsplaner for brukermedvirkning og pasient- og pårørendeopplæring

Det foreligger styregodkjente strategier for brukermedvirkning og for pasient- og pårørendeopplæring. Det pågår arbeid med tilhørende klinikkovergripende handlingsplaner som samtidig skal bidra til å oppfylle sentrale mål i sykehusets Strategi 2013-2018, vedtatt i styremøte 17. desember 2012. Brukerutvalget har i 1. tertial utarbeidet en handlingsplan som en konkretisering av Strategi for brukermedvirkning. De klinikkvise brukerutvalgene er invitert inn i arbeidet.

3.3 Kompetanseheving i pasient- og pårørendeopplæring

Våren 2013 er det utviklet en opplæringsmodul for brukere som skal delta/deltar i pasient- og pårørendeopplæring. Modulen vil fra høsten 2013 inngå som en del av utdanningsprogrammet i pasient- og pårørendeopplæring ved Oslo universitetssykehus HF. Som en del av utdanningsprogrammet er det utarbeidet tre refleksjonsfilmer om kommunikasjon og tillit med fokus på ungdom og minoritetsspråklige og det er utarbeidet en egen informasjonsbrosjyre.

Én fagdag er gjennomført i perioden med 70 deltagere, hvor fokus var på barn, ungdom og pårørende. Fagdagen tydeliggjorde mangfoldet i arbeidet som gjøres ved sykehuset innen feltet pasient- og pårørendeopplæring. Fagdagen anses som en viktig arena for ansatte i Oslo universitetssykehus HF for å treffe andre som arbeider med pasient- og pårørendeopplæring.

3.4 Ungdomsrådet

I perioden har ungdomsrådet avholdt to møter. Rådet har ferdigstilt sitt mandat og utvidet rådet med nye representanter fra flere brukerorganisasjoner og diagnosegrupper. Et viktig arbeid har vært å kartlegge hvor i sykehuset det er flest ungdom (12-25 år) innlagt. Kartleggingen er et viktig verktøy for å vite hvor rådet skal henvende seg for å bistå sykehuset med tilrettelegging for ungdom som pasientgruppe.

Ungdomsrådet har levert en sak til sykehusledelsen der det foreslås trådløs internettilgang ved hele sykehuset. Dette vil gjøre det mulig for ungdom å følge undervisning og ha kontakt med sitt sosiale nettverk under innleggelse.

Ungdomsrådet opplever en stadig økning i antall henvendelser, noe som viser at sykehuset har behov for en arena der de kan treffe ungdom og bruke deres erfaringer i arbeidet med å tilrettelegge for denne pasientgruppen.

3.5 Rådet for barn som pårørende

Det ble arrangert en svært vellykket fagdag for alle barneansvarlige ved sykehuset med godt over 100 deltakere. Fagdagene er en del av de barneansvarliges opplæring og kompetanseheving.

Det var i perioden registrert 185 navngitte barneansvarlige, en betydelig økning fra 2012.

Rådets representanter har ansvaret for å følge opp og veilede barneansvarlig i sin klinikk.

For å synliggjøre og informere om pasienters rettigheter når de har omsorgsansvar for mindreårige barn er det utarbeidet en ny brosjyre – ”Når barn og ungdom er pårørende – tilbud om informasjon og oppfølging til voksne med omsorgsansvar”. I tillegg til å være en brosjyre til pasienter, er brosjyren tenkt som nyttig for barneansvarlige og helsepersonell for øvrig.

3.6 Pasient og pårørendeopplæring i pasientforløp

Det er et særskilt fokus på samhandling og pasient- og pårørendeopplæring i pasientforløpsarbeidet i 2013. I den forbindelse utarbeides det et klinikkovergripende forløp med mål om å være en veiledningsmodell til bruk for prosessveiledere og andre interesserte. Hensikten er å integrere og synliggjøre pasient- og pårørendeopplæring i pasientbehandling.

4. Utdanning av helsepersonell

Det har vært arbeidet med flere sentrale utdanningsaktiviteter i 1. tertial 2013, blant annet:

4.1 Utdanningsstrategi 2013- 2018

Sykehusets første utdanningsstrategi ble vedtatt i Styret i februar 2013 (sak 8/2013). Det arbeides for tiden med utarbeidelse av en handlingsplan basert på denne.

4.2 Samarbeid med høyskoler

Det er i 1. tertial ferdigstilt en samarbeidsavtale mellom Oslo universitetssykehus HF og Lovisenberg diakonale høyskole som omhandler samarbeid om praksisstudier for sykepleiere i videreutdanning i operasjonssykepleie.

Som et ledd i oppfølging av samarbeidsavtalen med Høgskolen i Oslo og Akershus er det etablert profesjonsrettet fagråd innen fysioterapi, ergoterapi og vernepleie i tillegg til det allerede etablerte fagrådet i sykepleie.

4.3 Utdanningskapasitet for spesialsykepleiere

Høgskolen i Oslo og Akershus økte utdanningskapasiteten av spesialsykepleiere innenfor fagfeltene anestesi, barn, intensiv og operasjon i 2012, noe som var planlagt at skulle kontinuieres. Uten å involvere helseforetakene ble dette tiltaket stoppet (opptak utsatt), noe som sykehuset har tatt opp med høyskolen. Det starter et nytt kull januar 2014, et halvt år senere enn opprinnelig planlagt.

Det er nylig gjennomført en behovskartlegging som viser stor mangel på spesialsykepleiere spesielt innenfor fagfeltene operasjon, intensiv barn- og nyfødt. For å bedre rekrutteringen til videreutdanningene revurderes dagens stipendordning. Utdanningskapasiteten innenfor fagfeltet nyfødsykepleie skal økes. Det er skissert en løsning hvor Lovisenberg diakonale høyskole starter videreutdanning i nyfødsykepleie et halvt år tidligere enn planlagt, øker antall studenter og fortetter studieløpet fra to år til 18 mnd. Dette forutsetter at Oslo universitetssykehus HF rekrutterer et tilstrekkelig antall studenter.

4.4 Spesialistutdanning for leger

Sykehuset har påbegynt arbeidet med systematisk kartlegging og oppfølging av årlig rapportering til Legeforeningen (på oppdrag fra Helsedirektoratet) om spesialistutdanning.

4.5 Sentrale utdanningsmidler

Sykehuset har for første gang utlyst og tildelt midler (0,5 mill) til å gjennomføre simuleringstrening og lage e-læringsprogrammer. Interessen var utlysningen stor, og Utdanningsutvalget mottok i alt 45 søknader.

4.6 Veiledning i flerkulturelt helsearbeid – (Kulturveileder)

4.6.1.1.1 Utdanning og nettverk

Studiet Veiledning i flerkulturelt helsearbeid åpnet høsten 2012 som et ordinært tilbud ved Høgskolen i Oslo og Akershus, etter å ha gjennomført 4 kull som Oslo universitetssykehus HF -ledet prosjekt.

Kull	1. 2009-10*	2. 2010-11	3. 2011	4. 2011-12	5. 2012-13	Total
Oslo universitetssykehus HF	13*	11	12	10	22	66

Tabell 13. Oslo universitetssykehus HF ansatte som har startet på denne utdanningen i de ulike kullene.

Etter endt utdanning inviteres "kulturveiledere" inn i et tverrgående nettverk, med samarbeidede parter i Likeverdsprosjektet, og også internt i Oslo universitetssykehus HF. Fra og med september 2012 har en nettverkskoordinator vært ansatt i 20 % stilling, med ansvar for faglig kompetanseutvikling for de som er i nettverket – samt å motivere dem til å dele erfaringer og kunnskap, enten gjennom mindre nettverk, eller i egenregi på egen arbeidsplass. I 1. tertial har det vært arrangert fagdag, med omvisning på Interkulturelt museum og innføring i tema Tro og Livssyn. I andre delen av dagen, ble det arbeidet med å danne mindre arbeidsgrupper, ut i fra den enkeltes arbeidsfelt (psykiatri eller somatikk) og geografisk tilhørighet.

Det er opprettet en Facebookside, som har jevnlig aktivitet. Det er en lukket side for medlemmer i nettverket. Her deles nyttig informasjon om relevant litteratur og artikler, refleksjoner eller aktuelle konferanser og foredrag.

4.7 Norskurs

Oslo universitetssykehus HF har blitt tildelt 480.000 kr i VOX BKA-midler (Basiskompetanse i arbeidslivet). I mars ble ansatte kartlagt i forhold til nivå, og inndelt i grupper. 3 klasser startet undervisning straks over påske. Kurset gjennomføres av Voksenopplæringen Skullerud, med Seksjon for likeverdig helsetjeneste som intern koordinator mot kursdeltakere og deres ledere. 50 ansatte har fått tilbud om kurs i norsk lesing og skriving, hverdagsmatte og data denne gangen. Kurset strekker seg over 120 undervisningstimer, og avsluttes i februar 2014.

5. Forskning og utvikling

5.1 Vurdering av forskningsaktivitet

Tall pr 1. tertial 2013 viser at Oslo universitetssykehus fortsatt har god forskningsaktivitet, til tross for at det gjennom fjoråret og i dette tertialets risikoanalyser er meldt om vedvarende press på tid, utstyr, IKT-systemer og arealer til forskning. Negative effekter av ressursmangel vil imidlertid gi utslag over tid. I det følgende presenteres et sett av ulike indikatorer som gir et bilde av forskningsaktiviteten. Det arbeides med supplering av indikatorsettet, blant annet med å fremskaffe egnede siteringsanalyser (nasjonalt prosjekt). Tallene er beheftet med usikkerhet og vil naturlig variere over tid. Sammenligninger av tertialtall må tolkes med varsomhet.

Antall publiserte vitenskaplige artikler pr 1. tertial

Klinikk	1. t. 2011	1. t. 2012	1. t. 2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	53	61	52
Medisinsk klinikk	105	125	142
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	70	87	106
Kvinne- og barneklubben	80	79	86
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	169	180	184
Hjerte-, lunge- og karklubben	63	78	44
Akuttklubben	19	31	22
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	163	199	188
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	34	26	28
TOTALT (unike artikler)	557	639	622

Tabell 14 Antall publiserte vitenskaplige artikler pr 1. tertial

Det tas forbehold om endringer som følge av gjenstående kvalitetssikring av tallene. Antall publikasjoner i perioden er målt via søk mot PubMed og Web of Science (WOS) som løpende oppdaterer helseforetakets database www.publika.no. Denne er basert på registrerte forskningsaktive personer ved Oslo universitetssykehus 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 15. mai 2013. Merk at artikler telles hos flere klubber når det er forfattere fra flere klubber. I tallet for TOTALT er hver artikkel kun talt én gang, og dette er dermed ikke summen av de andre tallene.

De foreløpige tallene for vitenskapelig publisering ligger noe lavere enn i fjor, men dette kan også skyldes naturlige variasjoner (tertialtall må tolkes med varsomhet).

Antall publikasjonspoeng pr 1. tertial

Klinikk	1. tert. 2011	1. tert. 2012	1. tert. 2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	33,8	43,9	36,0
Medisinsk klinikk	54,5	68,4	69,0
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	43,7	52,1	52,3
Kvinne- og barneklubben	40,3	41,1	39,3
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	100,8	118,5	92,5
Hjerte-, lunge- og karklubben	34,5	38	17,6
Akuttklubben	9,7	18,5	10,9
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	84,6	102,8	82,4
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	11,4	9,1	7,4
TOTALT	393,1	479,4	394,0

Tabell 15. Antall publikasjonspoeng pr 1. tertial

Det tas forbehold om endringer som følge av gjestående kvalitetssikring av tallene. Tall er hentet fra helseforetakets database "www.publika.no" pr 15. mai 2013. 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).

Antall publikasjonspoeng er en del av inntektsgrunnet til Helse Sør-Øst og til Oslo universitetssykehus HF. Poengene gjenspeiler både utvikling i antall artikler, nivåinndeling av artikler, antall forfattere pr artikkel og internasjonalt samarbeid. Utvikling i poeng er ikke det samme som utvikling i kvalitet. Kun vitenskapelige originalartikler og oversiktsartikler (reviews) inngår i målingen, men i tillegg gir konferanseartikler ("proceedings paper") uttelling når disse er publisert i tidsskriftene som inngår i målesystemet.

Andel av artiklene som inkluderer utenlandsk forfatteradresse

Klinikk	1. tertial 2011	1. tertial 2012	1. tertial 2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	47,2 %	34,4 %	36,5 %
Medisinsk klinikk	42,9 %	44,0 %	42,3 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	38,6 %	36,8 %	30,2 %
Kvinne- og barneklubben	53,8 %	40,5 %	39,5 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	49,7 %	49,4 %	44,0 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	36,5 %	35,9 %	40,9 %
Akuttklubben	21,1 %	19,4 %	13,6 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	50,9 %	40,7 %	37,8 %
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	13,3 %	16,0 %	26,9 %
TOTALT (unike artikler)	48,3 %	44,0 %	42,1 %

Tabell 16. Andel av artiklene som inkluderer utenlandsk forfatteradresse

Det tas forbehold om endringer som følge av gjestående kvalitetssikring av tallene. Tall er basert på helseforetakets database "www.publika.no" pr 15. mai 2013.

Helse Sør-Øst RHF har som mål for 2013 at minst 40 prosent av artiklene i regionen inkluderer én eller flere utenlandske forfatteradresser. De foreløpige tallene viser at Oslo

universitetssykehus HF bidrar godt til at regionen som sådan når dette målet, selv om andelen synes å falle noe (kan også skyldes helt naturlige svingninger). Dersom en artikkel blir publisert med internasjonalt samarbeid, blir resultatet av poengberegningen høyere.

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

Klinikk	1 tertial 2011	1 tertial 2012	1 tertial 2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	20,8 %	24,6 %	23,1 %
Medisinsk klinikk	23,8 %	26,4 %	19,7 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	20,0 %	21,8 %	18,9 %
Kvinne- og barneklubben	22,5 %	20,3 %	23,3 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	22,5 %	29,4 %	28,3 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	28,6 %	24,4 %	11,4 %
Akuttklubben	21,1 %	16,1 %	13,6 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	22,1 %	19,6 %	20,7 %
Oslo sykehussevice og Direktørens stab	13,3 %	24,0 %	23,1 %
TOTALT (ut fra unike artikler)	22,3 %	24,4 %	22,0 %

Tabell 17. Andel av artiklene som er publisert i tidsskrifter på nivå 2/2A

Helse- og omsorgsdepartementets målesystem for forskningsresultater er basert på en nivåinndeling av vitenskapelige tidsskrifter, ut i fra et nasjonalt publiseringsutvalgs og nasjonale faggruppers vurdering av kvaliteten på tidsskriftene. I målesystemet som omfatter helseforetakene er nivået tredelt, der nivå 2-tidsskrifter gir økt antall publikasjonspoeng:

Nivå 2A: En liten gruppe (seks²) generelle og særlig betydningsfulle tidsskrifter. Vekt: 10

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

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

Helse Sør-Øst har som mål at minst 20 % av artiklene fra regionen publiseres i tidsskrifter på nivå 2/2A, og ut fra de foreløpige tallene ser det ut til at Oslo universitetssykehus bidrar til at dette målet nås.

² De seks tidsskriftene med spesielt høy uttelling (2A) er: Journal of the American Medical Association (JAMA), Lancet, Nature, Nature Medicine, New England Journal of Medicine og Science

Antall doktorgrader pr 1. tertial

Klinikk	1 tertial 2011	1 tertial 2012	1 tertial 2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	5	3	3
Medisinsk klinikk	0	4	9
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	6	9	2
Kvinne- og barneklubben	6	3	4
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	3	15	12
Hjerte-, lunge- og karklubben	4	5	4
Akuttklubben	2	2	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	0	9	15
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	10	0	0
TOTALT	36	50	50

Tabell 18. Antall doktorgrader pr 1. tertial

Tallene er basert på gjennomgang av Universitetet i Oslo sine disputasoversikter primo mai 2013. Det kommer normalt noen suppleringer om grader utgått fra andre universiteter, samtidig som noen kan bli tatt ut av lista eller bli delt poengmessig, fordi innsatsen fra helseforetakssiden er begrenset/fordelt på flere. Tall for 2011 og 2012 er fra tellinger på tilsvarende tidspunkt disse årene, men det er trukket ut enkelte doktorgrader som i NIFUs (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdannings) årlige gjennomgang og krediteringssystem er vurdert hovedsakelig å være utført andre steder enn ved Oslo universitetssykehus HF.

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

5.2 Vurdering av innovasjonsaktivitet

Alle patenterbare ideer/oppfinnelser vurderes og håndteres av Inven2³, mens den interne Idépoliklinikken i Oslo universitetssykehus HF mottar og viderefører ikke-patenterbare ideer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner.

Det er i 1. tertial gjennomført to idékonkurranser som har gitt økt fokus på innovasjon i sykehuset. Inven2 utlyste Medtechprisen 2013, noe som ga 26 søknader. Medtechprisen er en idékonkurranse hvor de beste bidragene til et nytt medtech-relatert produkt eller tjeneste kåres. Idépoliklinikken i Oslo universitetssykehus HF utlyste i tillegg en konkurranse om beste innovasjonsidé. I denne konkurransen, som resulterte i 40 søknader, ville man prioritere ideer som kan bedre pasientflyt, logistikk og-/eller bedre pasientopplevelse. Alle klinikkene var godt representert og mange av ideene vil bli fulgt opp videre. Flere prosjekter har skapt stort engasjement med involvering av mange ansatte og pasienter i workshops for å skape bedre pasientflyt og reduserte ventetider.

³ Inven2 er Norges største aktør innen kommersialisering av forskning og eies av Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus HF.

Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken⁴

Klinikk	1. tertial 2013		1. tertial 2012		Totalt 2012	
	Inven2	Idépoli- klinikken	Inven2	Idépoli- klinikken	Inven2	Idépoli- klinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet		1			3	
Medisinsk klinikk			1		5	3
Klinikk for kirurgi og nevrofag	2	1		1		1
Kvinne- og barneklirikken	2	1	1	1	2	2
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	7	1	7	6	19	11
Hjerte-, lunge- og karklinikken	1	1			5	1
Akuttklinikken	3	3	1		6	3
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	11	3	10		27	
Oslo sykehusservice og Dir. stab	4	1	3	3	6	7
Totalt ⁵	30	11	23	11	68	28

Tabell 19. Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus HF

Pågående innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus HF pr 1.tertial 2013

Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2	Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	1	1
Medisinsk klinikk	7	2
Klinikk for kirurgi og nevrofag		
Kvinne- og barneklirikken	2	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	23	5
Hjerte-, lunge- og karklinikken	7	
Akuttklinikken	2	2
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	21	2
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	2	8
Totalt	65	21

Tabell 20. Pågående innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus HF pr 1.tertial 2013.

Antall aktive innovasjonsprosjekter (uavhengig av når ideen er innmeldt) er økende. Inven2 har i størrelsesorden 20 prosent flere prosjekter i porteføljen enn i 3. tertial 2012. For Idépoliklinikken er økningen enda større (14 prosjekter i 3. tertial 2012). Dette skyldes ikke minst engasjement fra klinikkene som har tatt et større ansvar for gjennomføringen. Alle prosjektene håndteres i en strukturert prosess i fasene konseptualisering, verifisering/pilotering og implementering/lisensiering.

⁴ Idépoliklinikken får inn mange ideer, men rapporterer kun de som vurderes som gjennomførbare med en nødvendig forankring.

⁵ Merk at ideer/DOFI telles hos flere klinikker når ideen involverer flere klinikker. I totalsum er hver idé/DOFI kun talt én gang, og utgjør dermed ikke nødvendigvis summen av de andre tallene

6. Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)

6.1 Brudd på arbeidsmiljøbestemmelser

Utviklingen i brudd i første tertial 2013 viser en liten nedgang på om lag 100 brudd totalt sammenlignet med tredje tertial 2012. Man ser en økning i antall brudd på reglene for tillatt arbeidstid per dag mens brudd på ukesregelen ligger på samme nivå og brudd på fireukersregelen går ned. Brudd på årsregelen forekommer ikke denne perioden.

Siden rapporteringen av brudd på arbeidstidsbestemmelsene startet i 2011 er det arbeidet med å sikre kvalitet i datagrunnlaget. En del av økningen i brudd første tertial 2013 knyttes til endring i datagrunnlaget etter klinikkens innføring av felles GAT. Inntil felles GAT er implementert for alle klinikkene vil det fortsatt være noe usikkerhet knyttet til rapportene om brudd.

Klinikk	Dag	Uke	4-ukers	Sum brudd
Klinikk psykisk helse og avhengighet	609	438	386	1433
Medisinsk klinikk	451	415	319	1185
Klinikk for kirurgi og nevrofag	98	148	106	352
Kvinne- og barneklubben	1045	390	315	1750
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	181	136	101	418
Hjerte-, lunge- og karklubben	219	247	184	650
Akuttklubben	1233	1020	800	3053
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	135	169	96	400
Oslo sykehusservice	153	162	74	389
Totalt	4124	3125	2381	9630

Tabell 21. Brudd på dag-, uke- og 4-ukersregelen første tertial 2013.

Utviklingen på foretaksnivå viser ingen markant endring i antall brudd fra forrige rapportering, mens det på klinikknivå er noe variasjon hvor noen klinikker øker mens andre viser nedgang.

Kvinne- og barneklubben, Hjerte-, lunge og karklubben, Akuttklubben og Oslo sykehusservice har økt i antall brudd sammenlignet med tredje tertial 2012. Akuttklubben viser kun 4 pst økning som knyttes til ekstraordinær aktivitet og sykefravær ved to enheter i april. Oslo sykehusservice viser en økning fra 50 brudd i tredje tertial 2012 til 399 brudd første tertial 2013 som skyldes bedre kvalitet i rapporteringen. De øvrige to klinikker som viser økning knytter dette til innføring av felles GAT men også til høyt belegg og en krevende bemanningssituasjon.

Klinikk psykisk helse og avhengighet, Medisinsk klinikk, Klinikk for kirurgi og nevrofag, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben og Klinikk for diagnostikk og intervensjon viser alle en nedgang i brudd sammenlignet med tredje tertial 2012. Klinikkerne arbeider målrettet med tiltak for å unngå brudd og sikre kvalitet i rapporteringen.

Tiltak for å unngå overtid og brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Høst 2012 ble generelle og målrettede tiltak for å unngå overtid og brudd formalisert i en tiltaksplan med tiltak på foretaksnivå og klinikknivå. Rapportering av status på tiltaksplanen er tatt med i ledelsens tertialsoppfølging med hver klinikk.

Status for tiltak for å unngå brudd på foretaksnivå

- Det er iverksatt opplæringstiltak for stab og ledere i linjen
- Implementeringen av nytt GAT skjer frem mot sommer 2013. Etter implementering vurderes tettere oppfølging av brudd i hver klinikk og forenklet rapportering i GAT.
- Det er innført to nye funksjoner i GAT som sikrer bedre kvalitet i rapporteringen:
 - justering av døgnskille
 - hovedarbeidsgiver
- Klinikken er i ferd med å avslutte arbeidet med bemanningsnorm 2013
- Det innføres en felles arbeidsgiver for ekstravakter innen sykepleie og helsefag

Status for klinikkvise tiltak

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

Klinikkovergripende tiltak er iverksatt mens det arbeides videre med spesielle og målrettede tiltak internt i klinikkene.

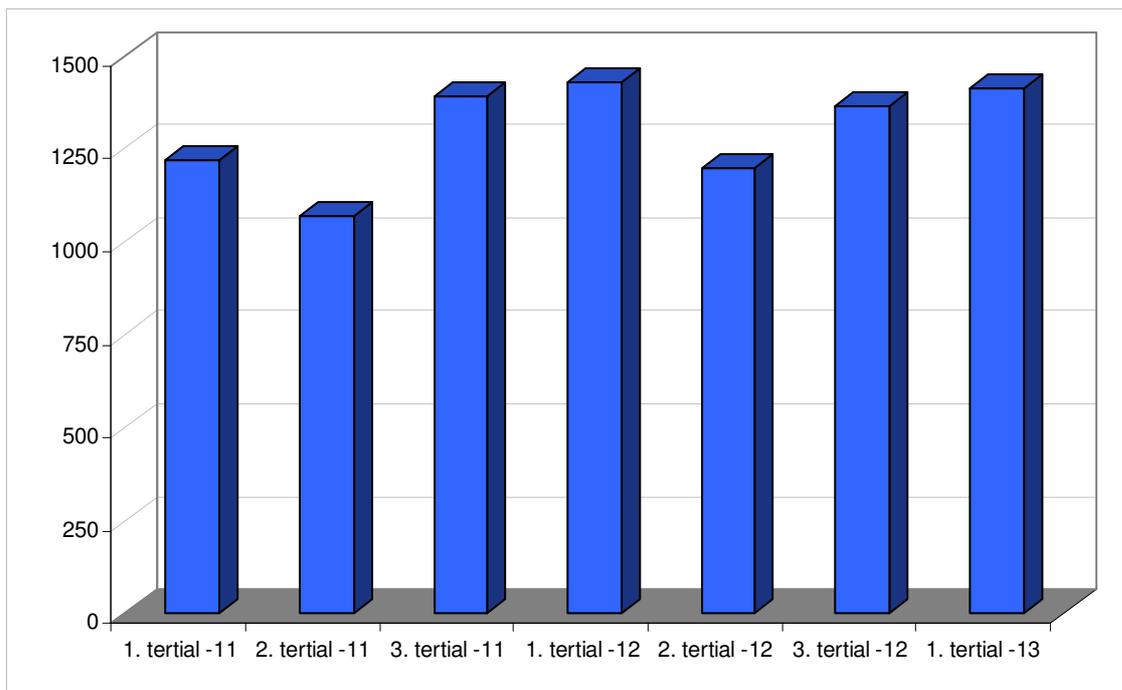
I tillegg til oppfølging og samarbeid med hver klinikk, har dialogen på foretaksnivå mellom HR-direktøren og foretakstillitsvalgte fortsatt inn i 2013. Målet er en overordnet diskusjon rundt felles tiltak for Oslo universitetssykehus HF for å unngå overtid og brudd. Oslo universitetssykehus HF har også et tett samarbeid med Arbeidstilsynet hvor brudd er tema.

6.2 Helse Miljø Sikkerhet (HMS)-avvik 1. tertial 2013

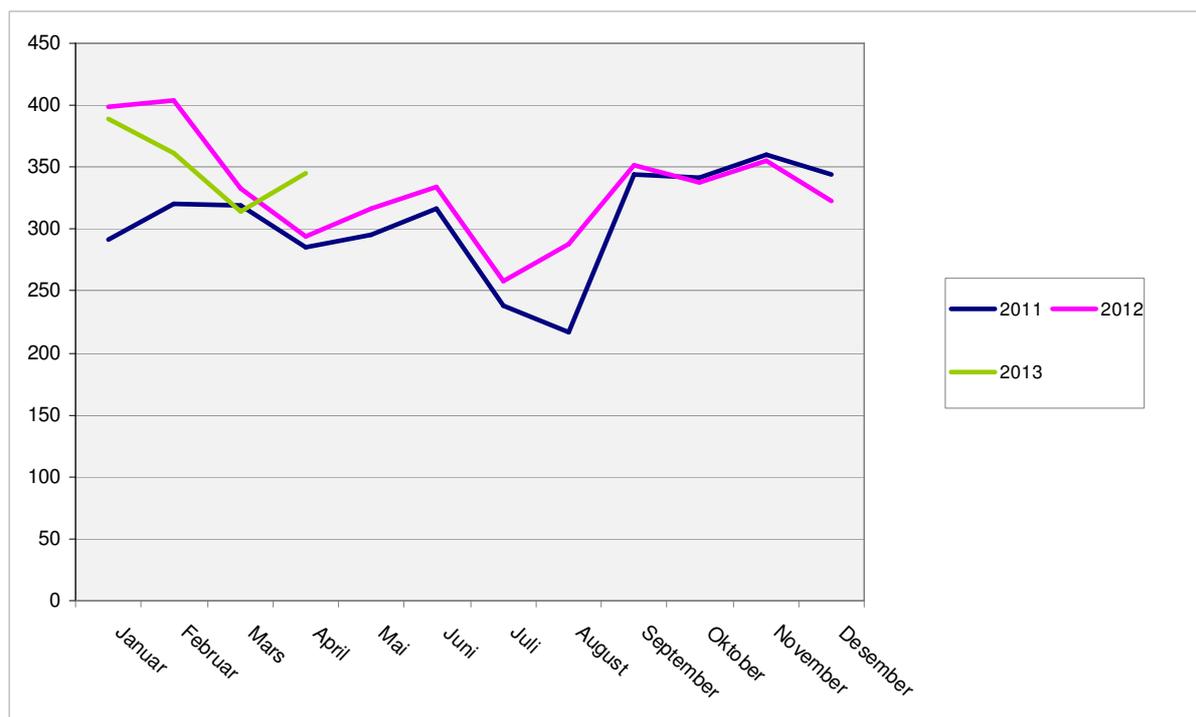
HMS-avvik er forhold (uønskede hendelser, tilløp til slike og uønskede tilstander) som ikke er i tråd med de målsetninger Oslo universitetssykehus HF har for HMS. Det er også forhold som er i strid med HMS-krav i lover og forskrifter eller forhold som på annen måte påvirker arbeidsmiljøet og/eller ansattes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

6.2.1 Registrerte HMS-avvik

Under sees en oversikt over utviklingen i melding av HMS-avvik for perioden 1. tertial 2011 til og med 1. tertial 2013:



Figur 11. Utvikling av antall HMS-avvik i perioden 1 tertial 2011 - 1 tertial 2013. Kilde: Avvikssystemet.

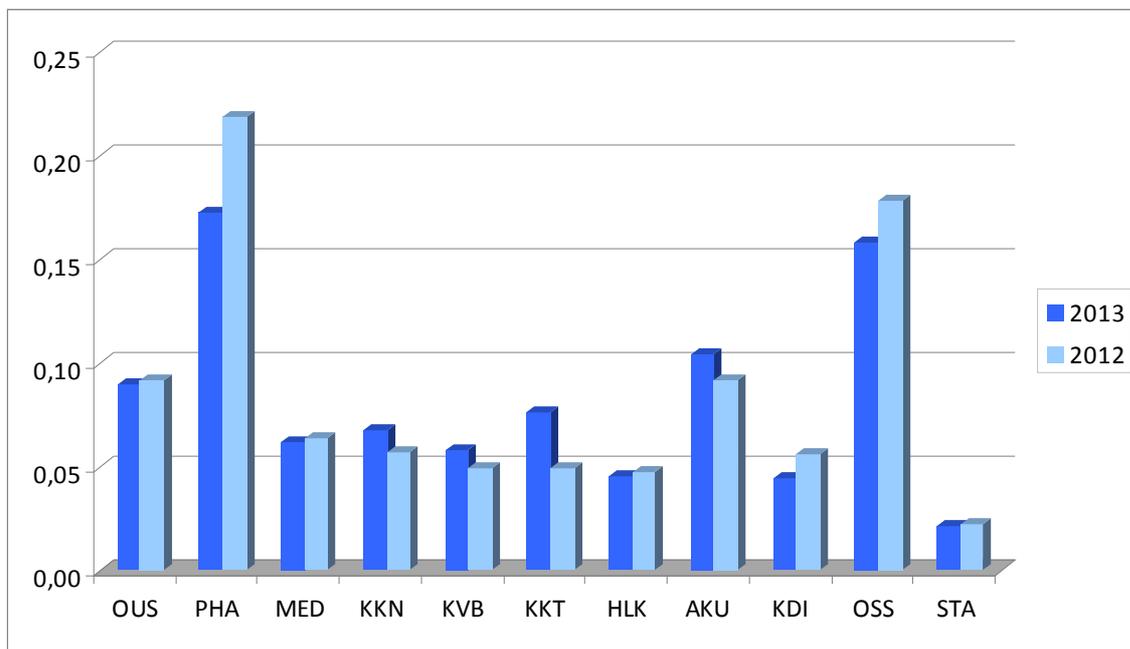


Figur 12. Utvikling av antall HMS-avvik i perioden 1 tertial 2011 - 1 tertial 2013. Kilde: Avvikssystemet.

Det ble meldt 1.410 HMS-avvik i 1. tertial 2013 sammenliknet med 1.430 HMS-avvik i samme periode i 2012, hvilket er omtrent det samme.

Avvikssystemet er et godt verktøy for å følge opp uønskede hendelser og forhold hvor gjennomføring av tiltak fører til risikoreduksjon og arbeidsmiljøforbedring.

Registrerte HMS-avvik / årsverk

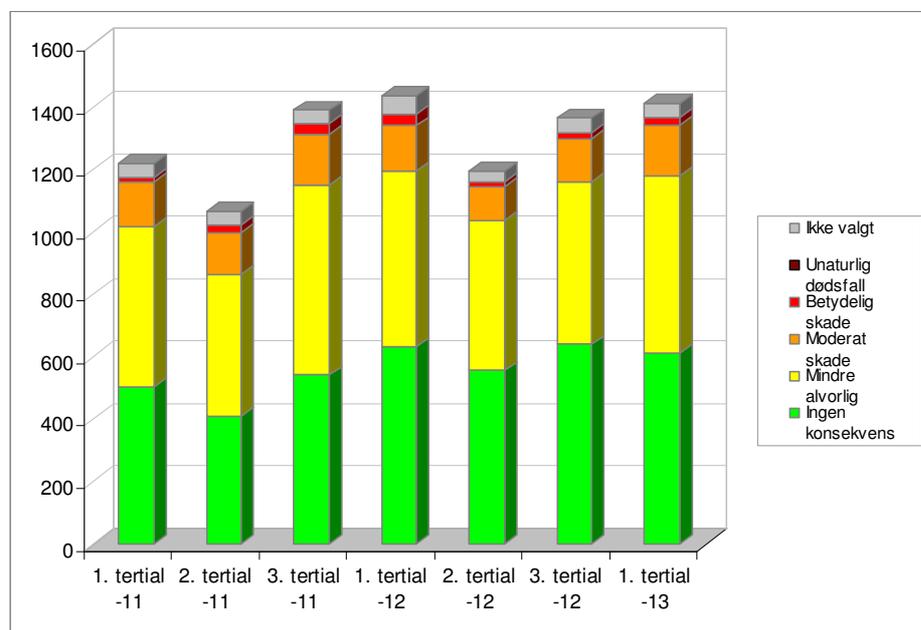


Figur 13. Figuren viser totalt antall registrerte HMS-avvik pr. årsverk i 1. tertial 2013 sammenliknet med samme periode i 2012.

Snittet for Oslo universitetssykehus HF er omtrent det samme 0,09 avvik/årsverk. Det er ganske store variasjoner klinikkene imellom. Fra 0,17 (Klinikk psykisk helse og avhengighet) til 0,05 (Hjerte-, lunge- og kar-klinikken). Aller lavest er stabene med 0,02 avvik/årsverk. Forskjellene klinikkene imellom representerer nok i noen grad forskjellige arbeidsmiljøutfordringer, men sannsynligvis i hovedsak forskjeller i meldekultur og i det daglige systematiske HMS-arbeidet. Unntaket er Oslo sykehuservice som er litt kunstig forhøyet på grunn av at klinikkene overfører ansvaret for enkelte avvikstyper til Oslo sykehuservice (gjelder eksempelvis bygningstekniske avvik, brann og renhold).

Reell konsekvens

For hele Oslo universitetssykehus HF:



Figur 14. Fordeling av konsekvens.

Figuren viser en fordeling av konsekvens innen de fem gradene: ingen konsekvens, mindre alvorlig konsekvens, moderat skade, betydelig skade, og unaturlig dødsfall. Vi ser at ca. 84 prosent av de registrerte HMS-avvikene i 1. tertial 2013 er vurdert av ansatt/leder å ha ingen eller mindre alvorlig reell konsekvens (grønn + gul). Tilsvarende var dette snittet i 2012 på 83 prosent.

Ingen HMS-avvik medførte unaturlig dødsfall/katastrofal faktisk konsekvens i 1. tertial 2013.

23 HMS-avvik ble vurdert til betydelig faktisk skade/konsekvens, og 165 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 sammenblanding av faktisk og potensiell konsekvens eller at mulig konsekvens for pasient også er tatt med i vurderingen.

Tiltaksstatus for de 23 HMS-avvikene som er vurdert med betydelig reell skade/konsekvens er gjennomgått:

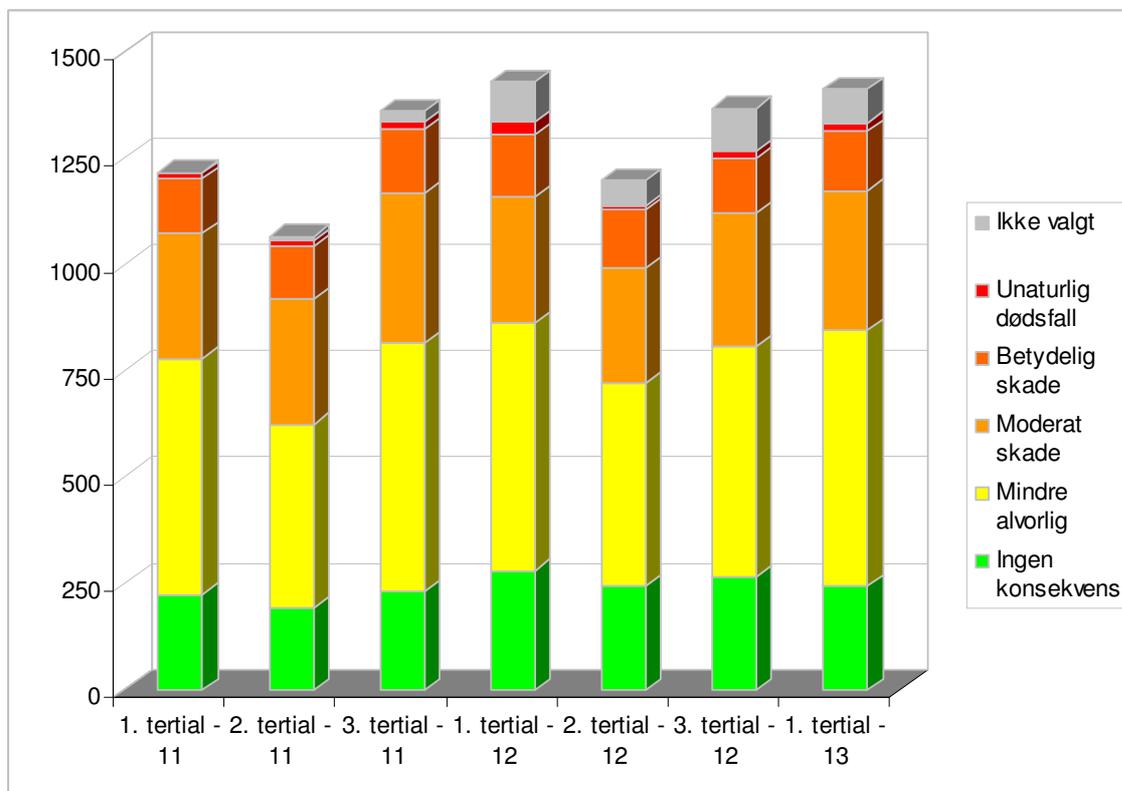
Avvikstype	Lukket Adekvate tiltak implementert	Lukket Ingen tiltak	I arbeid Adekvate tiltak igangsatt	I arbeid Ingen tiltak
Stikkskade			2	
Annen smitteeksponering	2			
Omstilling				1
Fysisk vold			1	
Fall, slag, støt, klem, kutt		2		1
Bemanning	2	2	1	
Kjemikalieeksponering			1	
Utslipp til vann/avløp	1			
Inneklima				1
Muskel/skjelettskade	2	2	1	1

Figur 15. Tiltaksstatus for de 23 HMS-avvikene som er vurdert med betydelig reell skade/konsekvens.

Noen skader har ulykkeskarakter, og det er ikke aktuelt med tiltak (markert med gul bakgrunn i tabellen ovenfor). Eksempelvis når man snubler i sine egne ben og faller.

Når det gjelder **moderat skade** er det 87 avvik innen avviksgruppen "Skade på ansatt" og hvor 30 "Fall, slag, støt, klem, kutt", 20 "Muskel/skjelettskade" og 15 "Fysisk vold" er de tre klart største undergruppene. Mens det er 43 avvik innen "Arbeidsmiljø" og hvor 15 "Arbeidspress" er den klart største undergruppen.

Potensiell konsekvens



Figur 16. HMS-avvik. Potensiell konsekvens. Kilde: Avvikssystemet.

Det potensielle skadepotensialet er større enn den reelle/faktiske skaden.

For reell konsekvens summerer oransje, rød og mørkerød seg til 16 %, mens for potensiell konsekvens summerer de seg til 35 %. Det er cirka det samme snittet som i 1. tertial 2012.

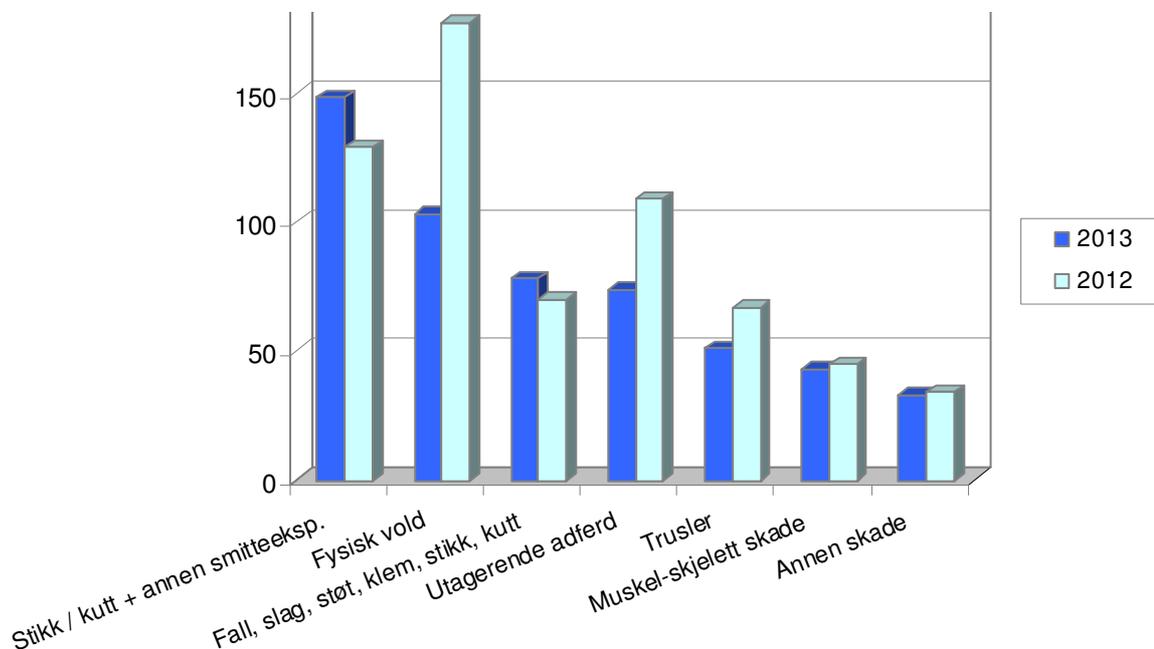
18 avvik ville i verste fall kunne medført unaturlig dødsfall / katastrofal skade. 4 av dem er kategorisert som "Brudd på sikkerhetsrutiner". Utover det fordeler de seg jevnt utover avvikstypene.

141 avvik kunne ført til betydelig skade. De største avvikstypene her er:

- 35 "Fysisk vold"
- 29 "Fall / slag / støt / klem / stikk / kutt"
- 27 "Stikk / kutt med smitterisiko"
- 24 "Arbeidspress"
- 22 "Smittevern"
- 18 "Bemanning"
- 16 "Utagerende adferd"
- 15 "Muskel/skjelettskade"
- 10 "Rømningsveier".

6.2.2 De hyppigst meldte HMS-avvikene

Skade på ansatte



Figur 17. HMS-avvik. Kategorisering i gruppen "skade på ansatt". Kilde: Avvikssystemet

Totalt ble det registrert 530 avvik i hovedgruppen "Skade på ansatte" i 1. tertial 2013 mot 631 i samme periode i 2012, hvilket er en nedgang på 16 %. Arbeidsmiljøavdelingen er ikke kjent med noen arbeidsmiljøforbedringer som skulle gi en slik nedgang, og antar

Avviksgruppene "Fysisk vold", "Trusler" og "Utagerende adferd" er betydelig redusert sammenliknet med 2012. Dette skyldes i hovedsak at avviksmeldingene fra Lands- og regionsfunksjonene i psykiatrien er halvert.

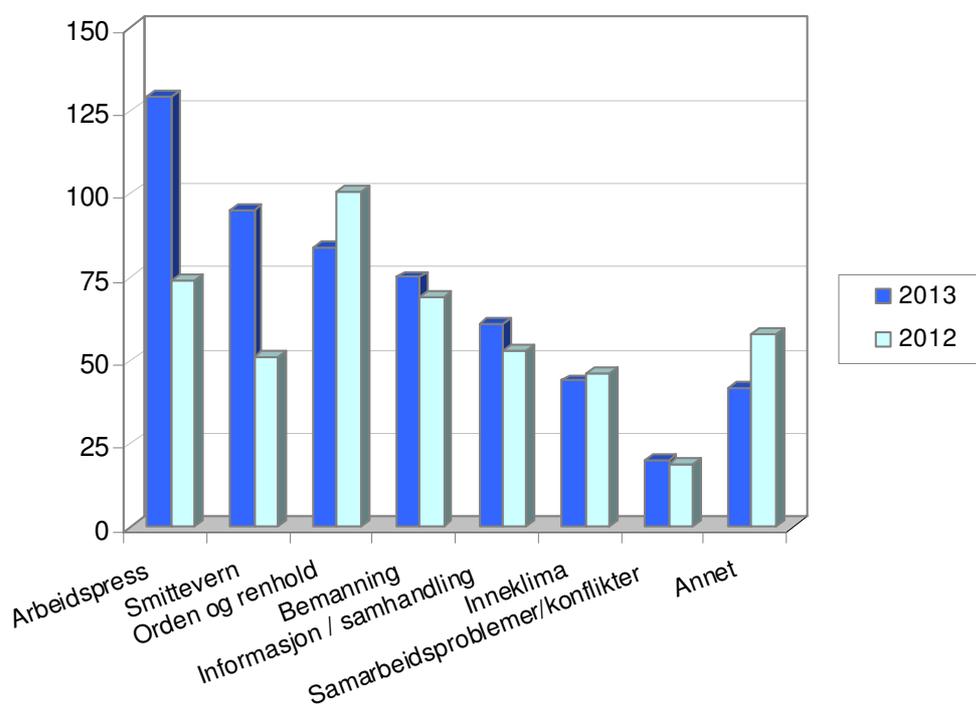
Den største avviksgruppen var "Stikk / kuttskader + Annen smitteeksponering" med 148 avvik. Nest størst var "Fysisk vold med" med 103 avvik, og deretter "Fall, slag, støt, klem, stikk, kutt" med 78 avvik.

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

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

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

6.2.3 Arbeidsmiljø



Figur 18. Figur 8. HMS-avvik. Kategorisering i gruppen "Arbeidsmiljø". Kilde: Avvikssystemet

Totalt ble det registrert 550 avvik i hovedgruppen "Arbeidsmiljø" i 1. tertial 2013 mot 471 i samme periode i 2012, hvilket utgjør en økning på 17 %. Organisasjonen blir med andre ord stadig flinkere til å melde arbeidsmiljørelaterte avvik.

Største avviksgruppe i 1. tertial 2013 er "Arbeidspress" med 129 avvik – en 70 % økning sammenliknet med samme periode i 2012. Eksempler på avvikstitler er: Stor arbeidsbelastning, ikke tid til matpause, svekket beredskap, ressursmangel, slitasje på personalet, for lav bemanning.

Nest største avviksgruppe er "Smittevern" med 95 avvik, en oppgang på 90 % sammenliknet med samme periode i 2012. Eksempler på avvikstitler er: Blodig utstyr, blodige instrumenter, ikke informert om smitte, manglende smittevask, opphopning av skittent tøy, blanding av rent og urent.

Tredje største avviksgruppe er "Orden og renhold" med 84 avvik – en nedgang på 20 % sammenliknet med samme periode i 2012. Nesten alle avvikene er relatert til renhold, kun noen få til orden. Det meldes avvik relatert både til pasientarealer og til ansattarealer. 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.

De største gruppene av avvik dernest er "Bemanning" (75), "Informasjon/samhandling" (61), "Inneklima" (44) og "Samarbeidsproblemer/konflikter" (20).

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

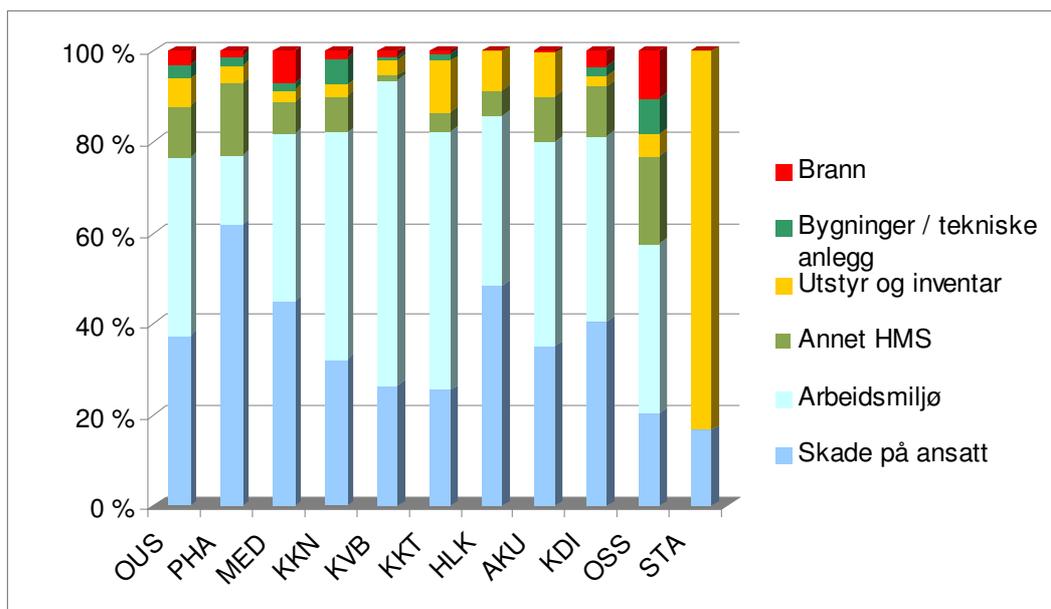
6.2.4 Klinikkvis meldeprofil

Tabellen under viser en oversikt over hvordan HMS-avvikstypene fordeler seg på hovedkategorier i klinikkene i 1. tertial 2013:

	Totalt	Skade på ansatt	Arbeids- miljø	Annet HMS	Utstyr og inventar	Bygninger/ tekniske anlegg	Brann
Klinikk psykisk helse og avhengighet	325	201	49	52	12	7	4
Medisinsk klinikk	71	32	26	5	2	1	5
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	133	43	66	11	3	8	2
Kvinne- og barne-klinikken	94	25	63	1	3	1	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjons-klinikken	181	46	103	8	20	3	1
Hjerte-, lunge- og kar-klinikken	35	17	13	2	3	0	0
Akutt-klinikken	214	75	96	22	20	0	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	91	37	37	10	2	2	3
Oslo sykehusservice	260	53	97	50	13	20	27
Stab	6	1	0	0	5	0	0
Oslo universitetssykehus HF	1410	530	550	161	83	42	44

Tabell 22. HMS-avvikstyper fordelt på hovedkategorier og klinikker. 1. Tertial 2013.

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



Figur 19. HMS-avvikstyper fordelt på hovedkategorier og klinikker. 1. Tertial 2013

Figuren avspeiler forskjellige arbeidsmiljøutfordringer, forskjellig avvikskultur og forskjellig meldekultur i klinikkene.

De største avviksgruppene i hver klinikk:

Klinikk	Avviksgrupper
Klinikk psykisk helse og avhengighet	Fysisk vold, utagerende adferd, trusler, brudd på sikkerhetsrutiner, bemanning
Medisinsk klinikk	Stikkskader, fysisk vold, smittevern, arbeidspress, informasjon/samhandling
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	Smittevern, stikkskader, orden og renhold, inneklime
Kvinne- og barne-klinikken	Bemanning, arbeidspress, stikkskader
Kreft-, kirurgi- og transplantasjons-klinikken	Arbeidspress, stikkskader, smittevern
Hjerte-, lunge- og kar-klinikken	Stikkskader, plassforhold
Akuttklinikken	Arbeidspress, stikkskader, informasjon/samhandling, fall/slag/støt/klem/stikk/kutt, bemanning
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	Stikkskader, smittevern, informasjon/samhandling, inneklime
Oslo sykehusservice	Orden/renhold, fall/slag/støt/klem/stikk/kutt, smittevern, rømningsveier
Stab	IT-systemer, ellers enkeltavvik – ingen trender

Tabell 23. De største avviksgruppene i hver klinikk. 1.Tertial 2013.

6.2.5 Tiltaksstatus

I 1. tertial 2013 ble det totalt registrert gjennomført 488 HMS-tiltak i avvikssystemet. I samme periode i 2012 var det 481, altså omtrent det samme. Dette representerer langt ifra alle gjennomførte tiltak fordi mange ledere bare bruker kommentarfeltet til å beskrive tiltak.

Oversikten kan allikevel brukes til å få et inntrykk av fordelingen av typer gjennomførte tiltak:

- 72 utstyr/tøy
- 69 bemanning
- 61 prosedyrer
- 47 forebygging
- 44 renhold
- 34 bygningsmessige tiltak
- 24 informasjon
- 137 diverse

7. Kommunikasjon og omdømme

7.1 Pasienter og pårørende

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

I første tertial har arbeidet med å få til aktivitet på dette området i alle klinikker fortsatt. Ved utgangen av tertialet ble arbeidet evaluert. Evalueringen peker på at noe gjenstår, men at den metodikk som er utviklet i en prosjektfase, nå kan inngå som hyllevare i linjen, på samme måte som øvrig kommunikasjonsrådgivning. I klinikkens arbeid med pasientinformasjon er det igangsatt tertialrapportering på området.

I tillegg er det nasjonale rammeverket for nettbasert kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten grundig analysert og det er forberedt en implementering av nye elementer i forbindelse med oppgradering av internettløsningen til høsten.

Status for det fagstoffet som er publisert ved utgangen av andre tertial 2012 på nettsiden er:

- 330 diagnoser
- 121 undersøkelser
- 199 behandlinger
- 26 kliniske studier

Det er i tillegg arbeidet med utvikling av mal for skriftlig utreiseinformasjon. Malen har til hensikt å sikre at alle pasienter som trenger det får med seg kvalitetssikret informasjon ved hjemreise. Det er også utviklet en mal for kliniske studier som har til hensikt å informere og rekruttere pasienter innen de tilbudene sykehuset har innen de ulike fagfelt.

Utreiseinformasjonen er publisert slik at de også er tilgjengelige for andre sykehus i regionen (og understøtter dermed regional løsning) og den offentlige helseportalen helsenorge.no.

Kliniske studier publiseres lokalt under Prosjekter.

421 enheter (klinikker, avdelinger, sentre og seksjoner) presenterer seg på nett, inklusive 36 kompetansetjenester og fagmiljøer (nasjonale og regionale).

I tillegg har den praktiske informasjonen fått nok et løft, og vil materialiseres både i form av bedre strukturerte nettsider samt opptrykk av en ny pasientrettet brosjyre om sykehuset.

7.2 Intranett

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

Alle nyhetssaker har kommentarfelt, som brukes stadig hyppigere. Når det kommer spørsmål og kommentarer som bør besvares, sørger Kommunikasjonsstaben for å varsle de(n) fagansvarlige.

Alle enheter kan og oppfordres til å etablere egne sider på intranettet. Antallet lokale redaktører øker jevnt. Intranettet er i tillegg inngang til ulike systemer og verktøy i sykehuset.

7.2.1 Utvikling og oppgradering

Det er satt i gang et prosjekt for forbedring av intranettet. Dette innebærer arbeid med både layout, brukervennlighet og søk. I løpet av første tertial er det blant annet gjennomført et arbeidsmøte med et utvalg brukere for å få innspill til ei bedre startside. En betaversjon av en integrert telefonkatalog ble lansert i slutten av april.

Mest brukte verktøysider/informasjonsider 1. januar – 30. april 2013 (antall besøk på sida):

	Type	Antall besøk på sida
E-post på tvers av sykehus og PC'er	Infoside	75196
Registrering og oppfølging av uønskede hendelser, nesten-uhell og farlige forhold (avvikssystemet)	Infoside	25629
Interne telefonkataloger	Infoside	21057
Pasientreiser	Avd.side	19559
Styrende dokumenter (Ressurser / transportside)	Infoside	18347
Ledige stillinger	Infoside	16166
Kundesenter i Oslo sykehusservice	Infoside	14298
Tjenester, systemer og andre nyttige ressurser	Infoside	13914

Tabell 24. Mest brukte verktøysider/informasjonsider 1. januar – 30. april 2013 (antall besøk på sida)

Mest leste nyheter og meldinger 1. januar – 30. april 2013 (antall besøk på sida):

	Type	Antall besøk på sida
Massevaksinasjon av ansatte	Nyhet	4637
Felles pensjonskasse for helseforetakene	Nyhet	3191
Uberettigede oppslag i pasientjournaler er forbudt	Nyhet	2721
Tyverier på sykehuset	Nyhet	2464

	Type	Antall besøk på sida
Åpning av ny Dagkirurgisk enhet på Aker	Nyhet	2419
OUS-leger reddet mange liv i Libya	Nyhet	2264
Trenger deltakere til klinisk studie	Nyhet	2126
Feil i lønnsutbetaling av variabel lønn i februar	Melding	2050

Tabell 25. Mest leste nyheter og meldinger 1. jan – 30. apr 2013 (antall besøk på sida)

Mest leste temaer i diskusjonsforumet 1. januar – 30. april 2013 (antall besøk på sida):

	Type	Antall besøk på sida
Røyking utenfor dørene	Diskusjon	6917
Ansattparkering dyrt og dårlig	Diskusjon	3020
Arbeidstøy	Diskusjon	2999
Kettlebell	Diskusjon	2958
Parkeringsbot på personalparkering i helgene	Diskusjon	2730

Tabell 26. Mest leste temaer i diskusjonsforumet 1. januar – 30. april 2013 (antall besøk på sida)

Mest aktive diskusjoner 1. januar – 30. april 2013:

	Antall innlegg i perioden
Ansattparkering dyrt og dårlig	64
Røyking utenfor dørene	51
Kantinen i 9 etg Radium stenges i mars. Hva sier man til det da?	33

Tabell 27. Mest aktive diskusjoner 1. januar – 30. april 2013

7.3 Øvrig internt kommunikasjonsarbeid

I perioden har sykehusets ledelse gitt ut tre nyhetsbrev.

I tillegg har klinikkene gitt ut lokale nyhetsbrev:

Klinikk	Antall
Klinikk for psykisk helse og avhengighet	2
Medisinsk klinikk	2
Klinikk for kirurgi og nevrofag	1
Hjerte-, lunge- og karklinikken	1
Kvinne- og barneklirikken	2
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	1
Akuttklinikken	Ukesrapporter på intranett
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	0
Oslo sykehusservice	2

Tabell 28. Klinikkene gitt ut lokale nyhetsbrev.

Informasjonskontaktmøter

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

Åpen dag

Kommunikasjonsstaben har arrangert fire åpne dager for medarbeidere i hele sykehuset i denne perioden. Tilbudet inneholder grunnkurs i internettpublisering og webcafé.

Totalt har 27 ansatte gått på internettpubliseringkurs i regi av Åpen dag, og 64 medarbeidere har deltatt på webcaféen. Vi har innhentet tilbakemeldinger fra deltagerne via verktøyet Questback. Mellom 90 og 100 prosent av de som har svart er tilfreds eller svært tilfreds med webcaféen, og mellom 50 og 100 prosent er tilfreds eller svært tilfreds med internettpubliseringskurset. Årsaken til nedgangen i tilfredshet med publiseringskurset skyldes blant annet at den tekniske løsningen for kurset ikke har fungert tilfredsstillende.

7.4 Andre prosjekter

Etiopia

I forbindelse med sykehusets arbeid for å starte et utdanningssamarbeid innen onkologi med Black Lions Hospital i Addis Ababa, Etiopia, har en kommunikasjonsrådgiver vært med Seksjon for internasjonalt samarbeid til Etiopia for å dokumentere samarbeidet i tekst og bilder. Det er skrevet artikler til nett og nyhetsbrev.

Besøk til sykehuset

15. februar 2013: Siv Jensen og FrP besøkte Radiumhospitalet (orientering om Oslo universitetssykehus HF generelt og kreftbehandling spesielt).

22. mars 2013: Helseminister J.G. Støhre overleverte "Oppdrag presisjonsmedisin" til Helse Sør-Øst RHF.

19. april 2013: Kunnskapsminister Kristin Halvorsen åpnet NORMENT (Norsk senter for forskning på mentale lidelser).

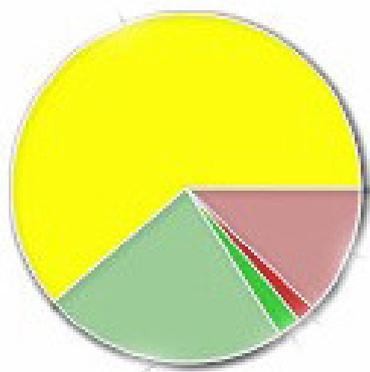
Overordnede prosjekter med særlig kommunikasjonsfokus i perioden

- Nytt akutthbygg – egen kommunikasjonsplan
- Overordnet strategi – egen kommunikasjonsplan
- Nytt, felles EPJ – kommunikasjonsstrategi for hele prosjektperioden samt en tiltaksplan for 2013
- Campus Oslo – kommunikasjonsplan for idfase er påbegynt
- Nytt GAT - egen kommunikasjonsplan

- Helsearena Aker – egen kommunikasjonsplan
- Utvalg for koordinering av fagprosedyrer og behandlingsforløp
- Gjennomføringsprosjektet

7.5 Sykehuset i media

Vi har hatt 282 registrerte henvendelser fra 1. januar til 30. april 2013 – inklusive meldinger om pasientskade. Antall saker i mediene sank fra 6812 i tredje tertial 2012 til 5099 i første tertial i år. I slutten av januar gikk vi over til nytt registreringssystem for mediahenvendelser, CIM, men dette har ingen påvirkning for mengden henvendelser som ble registrert. Det har i perioden vært arbeidet med fire dokumentarprogram sendt på NRK Puls.



Figur 20. Mediahenvendelser - fordeling

Sakene i første tertial 2013 ble vektet slik:

- Den gule andelen viser nøytrale saker (61 prosent).
- De grønne andelen viser positive og svakt positive saker (25 prosent).
- De røde andelen viser negative og svakt negative saker (14 prosent).

Andelen positive og svakt positive saker har økt med 11 prosent fra forrige tertial, mens andelen negative og svakt negative saker har gått ned med 10 prosent i forhold til forrige tertial.

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

Av de 700 negative sakene dominerte følgende temaer:

- Stengingen av operasjonsstuer på Legevakten
- Beltelegging av psykiatriske pasienter
- Debatt rundt nyfødteintensiv
- Skadet av diabetesvaksine
- Fortsettelse av nevrokirurgi-saken
- Sykehusets økonomi og budsjetter
- Rapport fra DSB

Av de 1274 positive sakene dominerte følgende temaer:

- NRK Puls' dekning av sin serie med operasjoner fra Oslo universitetssykehus HF. (denne har også gått sin seiersgang i sosiale medier)
- Ekspertuttalelser fra personell ansatt ved Oslo universitetssykehus HF.
- Mange saker om forskning, spesielt mye rundt kreft
- Sykehusrevyen

- Solråd for påsken

De 3125 nøytralt vektete sakene handler om svært mange ulike temaer. I mange av dem er sykehuset bare nevnt uten å spille noen sentral rolle i saken. Omtale av skadde pasienter brakt til Oslo universitetssykehus HF og tiltalte i Sigrid-sakens opphold på Dikemark har spilt en stor rolle i de nøytrale sakene.

Oslo universitetssykehus HF har i perioden økt med 501 følgere og har nå 2969 følgere på Twitter (@oslounivsykehus). Det har vært twitret 115 ganger fra denne profilen i tredje tertial.

Sykehuset har også mange aktive medarbeidere på Twitter som twitrer fag og deltar i samfunnsdebatten.

8. Referansetabeller

8.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 1. tertial 2013

Tilsyns- dato	Tilsyns- etat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Frist	Kommentar - status
22.01.13	Mat- tilsynet	Rutineinspeksjon i forbindelse med ombygging	Oslo sykehuservice, Interne tjenester, Hovedkjøkken, Rikshospitalet	2	2		Avsluttet
Februar	Riks- revisjonen	Operasjonsaktivitet 2011 og 2012	Hele sykehuset				Oversendt data i henhold til plan. Ikke mottatt tilbakemelding.
18.03.13	Mat- tilsynet	Uanmeldt inspeksjon av postkjøkken	Kreft, kirurgi og transplantasjonsklinikken (dagkirurgi enhet, Radiumhospitalet) og Oslo sykehuservice, Interne tjenester, Hovedkjøkken	1	0	01.06.13	Plan for lukking under arbeid. Oversendes innen frist.
18.03.13	Mat- tilsynet	Uanmeldt inspeksjon av postkjøkken	Kreft, kirurgi og transplantasjonsklinikken (sengepost A6 t, Radiumhospitalet) og Oslo sykehuservice, Interne tjenester, Hovedkjøkken	0	0	-	Avsluttet
18.03.13	Mat- tilsynet	Uanmeldt inspeksjon av postkjøkken	Kvinne- og barneklirikken (sengepost A3, Radiumhospitalet) og Oslo sykehuservice, Interne tjenester, Hovedkjøkken	1	0	01.06.13	Plan for lukking under arbeid. Oversendes innen frist.
04.- 05.04.13	Statens legemiddel- verk	Blodbankens tilvirkning av blod og blodkomponenter	Klinikk for diagnostikk og intervensjon, Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin	4	0	11.06.13	Handlingsplan oversendes innen frist. Avvikene lukkes innen 6 mnd.
16.04.13	Mat- tilsynet	Revisjon hovedkjøkken	Oslo sykehuservice, Interne tjenester, Hovedkjøkken, Rikshospitalet	2	0	19.06.13	Plan for lukking under arbeid. Oversendes innen frist.
23.04.13	Statens legemiddel- verk	Tilvirkning av produkter til humant bruk utført ved Ex vivo cellelaboratoriet	Klinikk for diagnostikk og intervensjon, Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin	-	-	-	Rapport ikke mottatt.
30.04.13	Arbeids- tilsynet	Befaring infeksjons- medisinsk poliklinikk, Ullevål	Oslo sykehuservice og Medisinsk klinikk	4	0	29.05.13	Plan for lukking oversendt innen frist.

Tabell 29. Tilsynsbesøk i 1. tertial 2013.

8.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid

Tilsyns-dato	Tilsynsetat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Frist	Kommentar - status
19.12.12	Oslo brann- og redningsetat	Branntilsyn med fokus på fjordårets handlingsplan	Hele sykehuset			Følges opp fortløpende i dialogmøter	Tilsynet gjennomført som møte. Ikke mottatt rapport. Planer for brann- og bygningsmessige forhold følges opp ved dialogmøter.
05.11.12	Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap	HMS/kvalitet, medisinsk-teknisk utstyr, opplæring avvik	Akuttklinikken, Medisinsk klinikk, OSS, Hjerte-, lunge-karklinikken, Kreft, kirurgi og transpl.klinikken	6	3	15.03.13 (31.05.13)	Det er varslet tvangs-multt på 500 000 kr. pr. mnd. siden ett avvik ikke var tilfredsstillende lukket. Etter møte med DSB 16.05.13 oversendes ny dokumentasjon 31.05.13.
08.10.12	Fylkesmannen helseavdeling	Håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pas. med tykk- og endetarmskreft	Klinikk for kreft, kirurgi og transpl. og Medisinsk klinikk	2	1	01.10.13	Plan er utarbeidet. PasDoc oppdatert 27.05.13. slik at annsienitetsdato kan reg. fra henvisningen.
28.08.12	Statens legemiddelverk	Tilvirkertillatelse for legemidler	Kreft-, kirurgi- og transplantasjons-klinikken	5	-	20.03.13	Handlingsplan oversendt innen frist. Ikke mottatt svar.
20.06.11	Hafslund DLE	Anleggskontroll mot nyanlegg, tavler og pasientområder og tekniske anlegg mht person og brann-sikkerhet	Oslo sykehusservice	47	43		Handlingsplan oversendt. Gjenstående mer omfattende avvik lukkes med langtidsplan.
15.06.11	Arbeidstilsynet	Tilsynsrapport fra statusmøte	Hele sykehuset	10	8	Følges opp fortløpende i dialogmøter	I arbeid. Handlingsplan utarbeidet og følges opp.

Tabell 30. Ikke avsluttede avvik/pålegg fra tidligere tilsyn.

Målgruppe: Foretaksstyret – styresak 36/2013.
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Dato: 27. juni 2013.
Fil/versjon: - LGG-1- 2013 Indikatorer v23.doc

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 27. juni 2013

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

Vedlegg: Tabellvedlegg

SAK 37/2013 RAPPORTERING PER MAI 2013

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen for mai 2013 til orientering.

Oslo, den 20. juni 2013

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Gjennomgangen av status og resultater etter mai 2013 (bemanning for juni) viser kortfattet følgende:

- Somatikk:
 - Aktiviteten innenfor somatikken er omlag 1 pst lavere enn budsjettet i perioden januar – mai 2013.
- Psykisk helsevern og rusbehandling:
 - Aktiviteten innenfor psykisk helsevern for voksne har vært høyere enn planlagt både for døgnvirksomheten og for poliklinisk aktivitet.
 - Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien har aktiviteten hittil i år vært lavere enn budsjettet både for utskrevne pasienter og poliklinisk aktivitet. Antall liggedøgn er høyere enn budsjettet.
 - Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det skrevet ut flere pasienter enn budsjettet mens antall liggedøgn er lavere enn budsjettet. Den polikliniske aktiviteten er lavere enn planlagt, men økt fra 2012.
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i mai 80 dager og noe høyere enn i mai 2012 hvor gjennomsnittlig ventetid til avvikling var 78 dager. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy og variere til dels betydelig fra periode til periode.
- Det jobbes for å unngå langtidsventende. Fra mai 2012 til mai 2013 er antall langtidsventende redusert med omlag 60 pst fra om lag 11.000 til 4.400.
- Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i mai 794 (16 pst) og antall fristbrudd av ventende pasienter var 1.460 (13 pst).
- Det økonomiske resultatet etter mai 2013 viser et negativt budsjettavvik på 97 millioner kroner.
- Antall brutto månedsverk var i juni 17.179 og er hittil i år 17.062. I løpet av de seks første månedene i år er det i gjennomsnitt utført 196 flere månedsverk enn budsjettet.
- Gjennomsnittlig sykefravær i 2013 (til og med april) er 7,8 pst. Dette er noe lavere enn i samme periode 2012.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør registrerer at aktiviteten etter fem måneder i 2013 fortsatt er noe lavere enn planlagt, både innenfor somatikken og deler av psykisk helsevern, samtidig som kostnader og årsverk er økt. Det arbeides med å levere en aktivitet som budsjettet på årsbasis både innenfor somatikk og psykisk helsevern. Innenfor somatikken er det negative aktivitetsavviket redusert gjennom de siste månedene. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, hvor aktiviteten på enkelte områder har vært lav, har sykehusledelsen sterkt fokus på aktivitetsnivået for å bidra til at omstillingsarbeidet ikke fører til svekket tilbudet til pasientene

Administrerende direktør etablerte høsten 2012 en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset. Innenfor ventelisteområdet fortsetter reduksjonen av langtidsventende også i 2013, og det er nå flere fagområder enn tidligere hvor antall langtidsventende er under 20. Både antall og andel fristbrudd er redusert de siste

månendene, men er fortsatt for høyt, og det arbeides målrettet for å redusere disse. Rapportering på ventelister og fristbrudd inngår i administrerende direktørs ordinære oppfølgingsmøter med klinikkene.

Den økonomiske utviklingen i 2013 er svært bekymringsfull, selv om det relativt store avviket i mai trolig er mer en tilfeldighet enn en ny trend. Budsjettavvikene henger sammen med noe lavere inntekter innenfor somatikken enn lagt til grunn, men først og fremst klart høyere bemanning enn det er budsjett til. Videre ligger tiltaksgjennomføringen betydelig etter det som var forutsatt. Det økonomiske resultatet følges nå tett opp mot de enkelte enhetene på sykehuset, særlig overfor de med de største avvikene. Klinikkene er på nytt bedt om å vurdere nye tiltak som kan bedre den økonomiske gjennomføringen i 2013.

3. Pasientbehandling

3.1. Aktivitet somatikk

Foreløpige DRG-tall etter mai 2013 viser at aktiviteten innenfor somatikken var 1,1 pst (1.005 DRG-poeng) lavere enn budsjettet, hvorav 0,4 pst (307 DRG-poeng) er knyttet til "sørge-for" ansvaret. Avviket er redusert fra -2,2 pst ved rapporteringen for april. Det er erfaringsmessig noe etterslep i registrering av medisinsk informasjon (diagnoser og prosedyrer) på rapporteringstidspunktet. Estimert effekt er innarbeidet i tallene med 150 DRG-poeng.

Aktiviteten er lavere enn budsjettet i alle klinikkene, med unntak av Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken. Generelt er det utfordringer knyttet til kapasitet innenfor PO/Intensiv, og da særlig ved Rikshospitalet, hvilket innebærer strykninger av operasjoner innenfor flere fagområder. Innenfor enkelte fagområder har det vært noe lavere aktivitet enn budsjettet som følge av drift i midlertidige lokaler pga av vedlikehold/oppgradering av de lokaler driften vanligvis foregår i (gastrokirurgi) og som følge av nylig flytting og samlokalisering (gynekologisk kreft). For andre områder, som for eksempel plastikkkirurgi og PCI'er er det økt aktivitet i 2013. Det har også vært en forventet økning i antall pasienter som henvises til Oslo universitetssykehus HF innenfor Avdeling for kreftbehandling. Innenfor Nevrokirurgisk avdeling er det tatt i bruk en ny behandling "optiflow" som gir redusert antall tracheostomier og dermed redusert antall DRG-poeng. Ved Øyeavdelingen er aktiviteten lavere enn budsjettet blant annet som følge av at to av de mest erfarne kirurgene innenfor kataraktvirksomheten har sluttet, samt at det er noe vridning til annen refraktiv øyekirurgi. For 2013 sett under ett forventes aktiviteten innenfor somatikken å bli omtrent som budsjettet.

Rapportert resultat er korrigert ned med 750 DRG-poeng knyttet til feil rapportering av flere konsultasjoner samme dag og feil registrering av utførende helsepersonell. Dette er for 2013 estimert å utgjøre 1.537 DRG-poeng. I slutten av mai ble det gjennomført en oppgradering av PasDoc, som gjør det mulig å registrere og rapportere utførende helsepersonell i samsvar med gjeldende nasjonale retningslinjer. Fra og med mai er det forutsatt at utførende helsepersonell registres korrekt og korrigeringen er derfor justert ut fra dette.

Sammenlignet med 2012 er det foreløpig registrert en aktivitetsreduksjon i somatikken på 0,9 pst (aktivitet begge år målt med DRG-poeng ut fra 2013-grupper). Når all aktivitet er ferdig registrert forventes reduksjonen fra 2012 å være noe mindre enn dette.

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

For *voksenpsykiatrien* er det hittil i år skrevet ut 172 flere (31 pst) pasienter enn plantall og antall polikliniske konsultasjoner er 4 pst (1.357 konsultasjoner) høyere. Antall liggedøgn er 3,7 pst (1.407 liggedøgn) lavere enn budsjettert. Belegget i døgnavdelingene kan variere fra periode til periode, samt at det er planlagt endring fra døgnbehandling til dagbehandling og poliklinikk. Sammenlignet med 2012 er antall utskrevne pasienter økt med 207 (41 pst) og antall polikliniske konsultasjoner er økt med 0,9 pst (302 konsultasjoner).

Den polikliniske aktiviteten innenfor *barne- og ungdomspsykiatrien* er pr mai 9 pst (2.086 konsultasjoner) lavere enn plantall. Sammenlignet med 2012 er antall polikliniske konsultasjoner redusert med 785 (- 4 pst). Avviket skyldes flere forhold; hovedsaklig høyt sykefravær, høyt antall pasienter som ikke møter og vakante stillinger. Avdelingen gjennomfører flere tiltak for å øke aktivitetsnivået. Det arbeides kontinuerlig med å redusere sykefraværet og i tillegg gjennomføres det en kartlegging av arbeidsmiljøet. Videre arbeides det med økt rekruttering, og det er startet opp et pasientflytprosjekt som vil bedre de pasientadministrative rutineene og som forventes å redusere antall ikke møtt pasienter. Det er skrevet ut 8 færre pasienter (20 pst) enn budsjettert, samtidig som antall liggedøgn er 294 (16 pst) høyere enn budsjettert. Sammenlignet med 2012 er det skrevet ut 13 færre pasienter, og antall liggedøgn er økt med 347 (20 pst). Avdelingen har opplevd stor pågang og har hatt svært syke pasienter med sammensatte og kompliserte tilstander, hvilket har medført at det har vært vanskelig å skrive ut pasienter. Avdelingen opplever også et bekymringsfullt høyt antall henvisninger av alvorlig syke barn mellom 8 og 12 år. Det vurderes å ikke være forsvarlig å avvise disse, og dermed ender den aktuelle avdelingen med overbelegg. Klinikken jobber for å få til mer effektive og målrettede behandlingsforløp, for blant annet å raskere kunne skrive pasienten ut til lavere omsorgsnivå.

Innenfor *TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)* er det pr mai skrevet ut 2 pst (19) flere pasienter fra døgnbehandling enn plantall. Sammenlignet med 2012 er det en økning i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 12 pst (134) pasienter. Antall polikliniske konsultasjoner er 12 pst (552) lavere enn budsjettert, hvilket er en økning med 9 pst (321 konsultasjoner) fra 2012. Tallene for polikliniske konsultasjoner bærer preg av et stort antall ikke møtt pasienter. For ruspoliklinikkene er det uforholdsmessig høy andel ikke møtt pasienter, og det arbeides med å redusere denne andelen. Fra 1. juni overføres to ruspoliklinikker organisasjonsmessig til Avdeling for rus og avhengighet. Det forventes at dette vil gi et mer samordnet tilbud.

Det gjennomføres fortsatt store omstillinger innenfor både BUP og TSB. Omstillingene påvirker aktivitetstallene og gir negative avvik mot budsjett, spesielt for poliklinisk aktivitet. Sykehusledelsen følger områdene tett for å unngå at omstillingene får uheldige konsekvenser for pasientbehandlingen.

3.3. Ventelisteutvikling

Ventetid

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

Gjennomføringsprosjektet er nå avsluttet, og det er utarbeidet en sluttrapport som ble presentert for styret (sak 27/2013) i april. Resultatene fra prosjektet viser en betydelig bedring i antall langtidsventende og generelt en bedring i andre styringsparametre. Prosjektet har videre bidratt til en markant bedring i korrekte aktivitetsdata og til en betydelig kompetanseheving i foretaket med fokus på lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og –system. Foretaket har nå på plass kvalitetssikrede styrende dokumenter for hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet og det er økt fokus på elektroniske arbeidsprosesser. Pasienters rettigheter og interesser blir således bedre ivaretatt.

Det er lagt ned et stort arbeid i klinikkene og avdelingene i forbindelse med Gjennomføringsprosjektet. Arbeidet har gitt positive resultater knyttet til ventelister og fristbrudd. I tillegg har prosjektet gitt en økt forståelse av viktigheten av ajourførte ventelister og en økt kompetanse. Det gjenstår imidlertid oppfølgingspunkter som er satt opp i en handlingsplan som det jobbes kontinuerlig med. Klinikklederne har ansvar for videre gjennomføring og oppfølging av egne avdelinger. Linjeansvaret er lagt til Stab medisin, helsefag og utvikling, og oppfølging inngår i administrerende direktørs ordinære oppfølgingsregime med klinikkene.

Videre har administrerende direktør sterkt fokus på ventelister og fristbrudd i ledermøter.

I månedlig oppfølging av ventelister og fristbrudd inngår følgende parametre:

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

Antall ventende pasienter

Antall ventende ved Oslo universitetssykehus HF er per utgangen av mai omlag 25.340, herav er antall ventende som har ventet mer enn 1 år omlag 4.400 (dvs at langtidsventende utgjør omlag 17 pst av alle ventende). Gjennom det siste året har det vært en betydelig reduksjon både i totalt antall ventende og antall langtidsventende. Totalt antall ventende er redusert med over 6.000, mens antall langtidsventende er redusert med over 6.500 fra mai 2012 til mai 2013. Som en del av gjennomføringsprosjektet er kvaliteten i det pasientadministrative arbeidet og kompetansen knyttet til ventelistadministrering økt. Videre er det gjennomført både maskinelle og manuelle rettinger av tidligere feilregistreringer mv slik at ventelistene nå viser er mer riktig bilde enn tidligere. I tillegg er kapasiteten midlertidig økt innen noen fagområder og i enkelte avdelinger pågår det fortsatt et arbeid knyttet til rettinger og ajourføring av ventelister.

Langtidsventende

Som det fremkommer ovenfor har det vært en betydelig reduksjon i antall langtidsventende, og fra mai 2012 til mai 2013 er antall langtidsventende redusert med 60 pst (fra 11.000 til 4.400). Målsettingen er at det ikke skal være langtidsventende og det er særskilt oppfølging av de fagområder som fortsatt har dette (over 20). For de fleste av disse fagområdene er det utarbeidet periodiserte måltall for nedgang i antall langtidsventende. Det er innenfor fagområdene ortopedi, plastikkirurgi og nevrologi det er flest langtidsventende, men også innenfor disse fagområdene har det vært en reduksjon i antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer.

Ett av tiltakene for reduksjon av langtidsventende har vært å kontakte den enkelte pasient og/eller henvisende lege. Mange av pasientene som er kontaktet har ikke behov for å stå på venteliste, og er derfor tatt ut av ventelisten. Disse fremkommer i statistikken som ikke-ordinære avviklinger.

Videre er det innen ortopedi igangsatt et samarbeidsprosjekt med Kontoret for fritt sykehusvalg, for å arbeide for overføring av langtidsventende til foretak som har ledig kapasitet innen dette fagområdet.

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling

For 2013 er målet at gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter skal reduseres til 65 dager. Gjennomsnittlig ventetid (for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp) er i mai 80 dager og høyere enn i mai 2012. Økning i ventetid til avvikling kan i stor grad relateres til arbeidet med avvikling av langtidsventende. Det er først og fremst avvikling av pasienter uten rett til prioritert helsehjelp som gir dette utslaget. For flere av klinikkene/fagområdene er gjennomsnittlig ventetid til avvikling lavere enn måltallet på 65 dager. Reduksjon i antall som har ventet mer enn 1 år er også knyttet til ikke-ordinær avvikling fra venteliste. Ikke-ordinære avviklinger påvirker ikke gjennomsnittlig ventetid til avvikling. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy og variere til dels betydelig fra periode til periode.

Gjennomsnittlig ventetid for ventende

Ventetid for de som venter på start helsehjelp følges også tett opp. I mai 2013 er ventetid for alle ventende 238 dager, hvilket er en reduksjon fra 442 dager (46 pst) fra samme periode i 2012. Det er stor forskjell i ventetid for ventende med og uten rett til prioritert helsehjelp. Reduksjonen i ventetid for ventende pasienter gjelder i hovedsak for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp.

Tiltak i arbeidet med å redusere ventetid til helsehjelpen starter er bedre planlegging av aktivitet i avdelingene og mer aktivt bruk av ventelistene i planlegging av driften. I tillegg arbeides det med tiltak for å bedre kapasiteten innenfor enkelte fagområder, blant annet gjennom midlertidig kapasitetsøkning. Det regionale helseforetaket har dessuten nedsatt midlertidige fagråd innen ortopedi, nevrologi, ØNH og øyesykdommer som bl.a. skal se på kapasitetsutnyttelsen i regionen. Dette er fagområder hvor Oslo universitetssykehus HF har lange ventelister.

Innenfor plastikk- og rekonstruktiv kirurgi pågår det også et regionalt prosjekt som ser på behov, kapasitet og dimensjonering av dette fagområdet i regionen. I tillegg er foretaket tildelt ekstra midler til tiltak for å redusere ventelistene innenfor brystrekonstruksjon. 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. Gjennomsnittlig ventetid for ventende vil være høy inntil langtidsventende er avviklet.

3.4. Fristbrudd

For 2013 er målet at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. I rapportering og oppfølging er det fokus på :

- Antall og andel fristbrudd for pasienter hvor utredning/behandling er påstartet eller avsluttet (igangsatt helsehjelp/avviklede pasienter)

- Antall og andel fristbrudd for pasienter som fortsatt venter
- Antall fristbrudd i rapporteringsperioden
- Fristtid (viser hvor lange frister som gis)
- Ventetid ut over (individuell satt) frist

Status per mai

Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i mai 794 (16,6 pst). Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av mai var 1.460 (13 pst), og lavere enn foregående måneder i 2013 og redusert med nærmere 30 pst fra samme periode i 2012. Det er variasjoner i antall fristbrudd mellom klinikker og fagområder, og hovedutfordringen er innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag. For å nå målsettingen om null fristbrudd er det utarbeidet avdelingsvise måltall for reduksjon av antall fristbrudd innen de fleste fagområdene med fristbrudd (mer enn 20). Det er særskilt fokus på fristbrudd oppstått før 1.1 2013. De tiltak som er beskrevet under ventetid vil også ha en positiv innvirkning på antall fristbrudd.

3.5. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 pst

Sykehuset er i Oppdragsdokumentet pålagt å registrere antall inneliggende pasienter med sykehusinfeksjon fire enkeltdager i året (prevalensundersøkelser) knyttet til en målsetting om at andelen sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 pst. I første tertial er det gjort én registrering (prevalensundersøkelse) av helsetjenesteassosierte infeksjoner og denne ble gjennomført 13. februar.

Prevalensraten av helsetjenesteassosierte infeksjoner for Oslo universitetssykehus HF samlet var 3,7 pst (53 infeksjoner hos 1.454 inneliggende heldøgns pasienter) for de infeksjonstypene som skal rapporteres til Nasjonalt Folkehelseinstituttet (urinveisinfeksjon, infeksjon i operasjonsområdet, nedre luftveisinfeksjon og sepsis). Denne innmeldingen er grunnlaget for målsettingen om at prevalensraten skal reduseres til under 3 pst.

Alle typer sykehusinfeksjoner telles også med, og her var prevalensraten 4,2 pst (61 infeksjoner hos 1.454 inneliggende pasienter).

3.6. Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

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

I forbindelse med fokus på opplæring og kompetansehevning knyttet til henvisningshåndtering og ventelistedministrering i Gjennomføringsprosjektet, er det også vektlagt 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.

3.7. 100 pst av epikrisene skal være sendt ut innen 7 dager etter utskrivning

Etter gjennomføring av milepæl 5 (M5) i FKI-prosjektet (Felles klinisk informasjonsgrunnlag) den 15. oktober, hvor databasene for Doculive Ullevål og Doculive Rikshospitalet/Radiumhospitalet ble slått sammen, var det forutsatt at foretaket skulle kunne rapportere andel epikriser sendt ut innen 7 dager etter utskrivning. Status er at det tidligere tekniske miljøet som er benyttet for dette formål er avvirket, uten at dette er bestilt fra sykehuset. Problemstillingen er tatt opp med Sykehusparter, og saken følges tett opp for å kunne rapportere og følge resultatene av denne indikatoren fortløpende. Sykehuspartner har ennå ikke levert datagrunnlag for rapportering av dette.

3.8. Andel korridorpasienter

For 2013 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter er hittil i 2013 1,0 pst. Tiltak i klinikkene for å redusere omfanget av korridorpasienter er økt fokus på planlegging av utskrivning, tidligere legevisitter og dermed tidligere utskrivning av pasienter og bedre bruk av senger på tvers av de ulike sengepostene. Det er videre innført rutiner for bestilling av transport for utskrivningsklare pasienter, slik at dette skal være garantert.

3.9. Utskrivningsklare pasienter

Innenfor somatikken er det i mai rapportert 48 utskrivningsklare pasienter (271 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter var i mai 0,7 pst, og er hittil i år 0,5 pst.

Innenfor psykisk helsevern for voksne var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter 10,9 pst i mai, og hittil i år er andelen 6,5 pst.

Innenfor TSB var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter 1,3 pst i mai, og hittil i år er andelen 2,1 pst.

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

4. ØKONOMI

4.1. Resultat per mai

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter mai et regnskapsmessig underskudd på 187 millioner kroner mot et budsjettert underskudd på 102 millioner kroner, dvs at resultatet er 86 millioner kroner mer negativt enn budsjettert. Pensjonskostnadene er bokført ut fra sist oppdaterte NRS-beregninger (aktuarberegninger) som viser at pensjonskostnaden for hele 2013 blir om lag 25 millioner kroner lavere enn forutsatt i budsjettet, hvorav 11,3 millioner kroner per mai. Justert for det positive avviket for pensjon er det et negativt resultatavvik på 97 millioner kroner etter mai. Dette er en økning på 34 millioner kroner i mai (fra 63 millioner kroner per april). Periodens resultat viser dermed et høyere negativt avvik enn det som er rapportert for de foregående månedene.

Det er flere forhold som forklarer at avviket øker, til tross for at aktiviteten innenfor somatikken samlet viser et redusert negativt avvik etter mai.

To av klinikkene (Kvinne- og barneklubben, og Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben) har positive resultater i mai. Dette skyldes dels høy aktivitet i mai, og delvis etterregistrering av aktivitet for 1. tertial. Både Staben og fellesposter (inntekter og kostnader som ikke er fordelt på klinikkene) bidrar med positive avvik også i mai, men de positive avvikene for disse enhetene er mindre enn tidligere måneder. Flere av de andre klinikkene, og da særlig Klinik for kirurgi- og nevrofag, Hjerter-, lunge- og karklubben og Akuttklubben, har avvik i mai som er høyere enn foregående måneder.

Sum driftsinntekter viser et positivt avvik hittil i år på 11 millioner kroner. Per mai er inntektene fra prosjekter/aktiviteter med øremerket ekstern finansiering 10 millioner kroner høyere enn budsjettet. Justert for dette er inntektene knyttet til ordinær drift omlag som budsjettet. Det negative avviket for aktivitet innenfor somatikken (DRG) er på om lag 1 pst, og gir isolert sett et negativt inntektsavvik. Rapportert aktivitet inkluderer effekt av etterregistrering for 1. tertial som har vært noe større enn forutsatt i rapporteringen for april og forventet effekt av etterregistrering av diagnoser og prosedyrer for mai med 150 DRG-poeng, samt en inntektsavsetning på 3,6 millioner kroner. Isolert i mai har det vært svært høy transplantasjonsaktivitet, mens det har vært lavere aktivitet enn budsjettet på flere andre områder. Videre har det vært høy aktivitet ved SSE (kurdøgnsinntekter) og innenfor laboratorieområdet, noe som bidrar til høyere inntekter fra andre foretak enn budsjettet for disse områdene. Det er noe usikkerhet knyttet til avvik for aktivitetsbaserte inntekter som følge av at budsjettet salg til andre helseforetak har en noe avvikende periodisering fra klubbenes DRG-budsjetter. Dette medfører en risiko for at inntektsbudsjettet så langt er noe for lavt. Dette vil imidlertid jevne seg ut på årsbasis.

Hoveddelen av det negative resultatavviket i mai og akkumulert avvik til og med etter mai, skyldes at kostnadene er høyere enn budsjettet. Dette er i hovedsak innenfor lønnsområdet, inkludert innleie av helsepersonell.

I 1. tertial var det lavere avskrivningskostnader og lavere rentekostnader enn budsjettet. I mai viser disse kostnadstypene ikke samme overskudd som tidligere måneder. Konserninterne gjestepasientkostnader er også økt i mai. Utover disse forholdene er det kostnader til lønn og innleie som i hovedsak bidrar til økt avvik. Varekostnadene er imidlertid også høyere enn budsjettet i mai, selv om disse fortsatt akkumulert er noe lavere enn budsjettet. I varekostnadene inngår kostnader til kreftmedikamentet Ipilimumab med 1,6 millioner kroner hittil i år.

Det er fortsatt noe usikkerhet knyttet til resultatet for IKT. Dette relateres til uløste saker fra tidligere år og til usikkerhet til leveransetidspunkter for flere aktiviteter/prosjekter som har betydning for årsestimat 2013. Det er løpende dialog med Sykehuspartner om disse sakene.

Avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper

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

ØBAK OUS	Hittil i 2012			Kommentarer
	Faktisk	Budsjett	Avvik	
Basisramme	4 645 826	4 645 826	0	Basisrammen inntektsføres som budsjettet.
Aktivitetsbaserte inntekter	2 726 181	2 722 547	3 634	Lavere aktivitet (DRG-poeng) enn budsjettet innenfor somatikken gir isolert sett et negativt avvik for aktivitetsbaserte inntekter. Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er noe høyere enn budsjettet. Det positive avviket er i hovedsak relatert til kurdøgn og lab-/røntgenområdet som delvis er budsjettet under andre driftsinntekter. Dette utgjør per mai omlag 24 mnok, og justert for dette er det et reelt avvik for aktivitetsbaserte inntekter på omlag 20 mnok. Videre er det noe avvikende periodisering av internhandelsbudsjettet sammenlignet med DRG-budsjettet forøvrig. Dette vil ievnes ut på årsbasis
Andre inntekter	750 122	742 292	7 830	Som beskrevet ovenfor er deler av inntekter for kurdøgn og lab.rad. budsjettet under andre inntekter, mens bokføres som aktivitetsbaserte inntekter. Disse må derfor sees i sammenheng. Effekten av dette utgjør per mai om lag 24 mnok - dvs at reell merinntekt på andre inntekter er omlag 32 mnok.
Sum driftsinntekter	8 122 130	8 110 665	11 464	I sum driftsinntekter inngår en merinntekt for øremerkede midler på 10 mnok. Justert for dette er driftsinntekter knyttet til driften om lag som budsjettet.
Lønn -og innleiekostnader	5 833 322	5 705 229	-128 093	For de samlede lønns- og innleiekostnadene er det et merforbruk på om lag 139 mnok (tilsvarende 2,4 pst) når det korrigeres for lavere pensjonskostnader enn budsjettet. Avviket skyldes høyere bemanning enn budsjettet. Ut fra nye beregninger er pensjonskostnaden for 2013 om lag 25 mnok lavere enn forutsatt i budsjettet, hvorav 11,3 mnok kroner per mai.
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	1 028 911	1 034 225	5 315	Varekostnadene er lavere enn budsjettet og må sees i sammenheng med lavere aktivitet enn budsjettet.
Andre driftskostnader	1 410 556	1 433 480	22 923	Andre driftskostnader er 23 mnok lavere enn budsjettet. I dette inngår blant annet lavere avskrivningskostnader med 6,4 mnok og noe lavere IKT-kostnader enn budsjettet. Ut over dette er det positive og negative avvik på flere konti.
Sum driftskostnader	8 272 789	8 172 934	-99 855	I sum driftskostnader inngår en merkostnade for øremerkede midler på 10 mnok. Justert for dette er driftskostnader knyttet til driften om lag 90 mnok høyere enn budsjettet.
Driftsresultat	-150 659	-62 269	-88 390	
Netto finans	36 593	39 279	2 686	Hittil i 2013 er rentekostnadene om lag 8 mnok lavere enn budsjettet. I netto finans inngår i tillegg avvik for AS'ene. Per mai er det et positivt avvik for AS'ene på om lag 1,6 mnok. Interne eliminerings relatert til kjøp og salg fra AS'ene som er bokført på andre linjer (andre driftsinntekter og -kostnader) reduserer avvik for netto finans til 2,7 mnok.
Resultat OUS	-187 252	-101 548	-85 704	
Resultat ekskl ekstra pensjonskost.	-198 594	-101 548	-97 046	

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

4.2. Gjennomføring av budsjett 2013 og oppfølging av tiltak

Samlet rapporterer klinikkene at det er gjennomført tiltak for 12,5 millioner kroner i mai av en budsjettet effekt i samme periode på 22,6 millioner kroner. Dette betyr at det akkumulerte avviket mellom budsjett og faktisk tiltaksgjennomføring øker med om lag 12 millioner kroner, til totalt 48,5 millioner kroner hittil i år. Det er noe variasjon mellom klinikkens avvik og gjennomføring. Klinik for psykisk helse og avhengighet er den eneste klinikken som rapporterer at samtlige av klinikkens tiltak er gjennomført som planlagt. Akuttklinikken har størst avvik mellom budsjettet og faktisk tiltaksgjennomføring på 13,7 millioner kroner hittil i år, men de er samtidig den kliniske virksomhet som har det største tiltaksbudsjettet. Hjerter-, lunge- og karklinikken har det nest høyeste avviket på 8,7 millioner kroner og Klinik for kirurgi- og nevrofag med avvik på 6,9 millioner kroner.

Klinikkene har denne måneden blitt bedt om å forklare de viktigste endringene i gjennomføring av tiltak, prognosen for gjennomføringen av tiltak og om de jobber for å identifisere nye tiltak. Under følger en oppsummering av klinikkens vurderinger:

Klinikk for psykisk helse og avhengighet:

Klinikken har om lag full effekt av de tiltak som er planlagt gjennomført. Spesielt innenfor barne- og ungdomspsykiatrien har det vært gjennomført store omstillinger. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling arbeides det nå med en avklaring om apotekene kan fakturere særskilte gebyrer ved utlevering av medikamenter til legemiddel assistert rehabilitering (LAR) når apoteket ikke samtidig utfører tilsyn med at pasienten faktisk tar medikamentet. Innenfor lokalsykehusfunksjonene er det spesielt omfanget av variabel lønn som nå ettergås.

Medisinsk klinikk:

De vesentligste avvikene skyldes tiltak som krever samarbeid og koordinering med en annen klinikk eller kommunen. Et eksempel er gastromedisinsk avdeling sitt ønske om vaksamarbeid med seksjonen i Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken. Klinikken vurderer løpende tiltak for å kompensere for tiltak som ikke har gitt full effekt. Et eksempel på slike tiltak er å ikke erstatte årsverk som blir frikjøpt til gjennomføring av DIPS-prosjektet. Det vurderes nå å avvikle enkelte intermediære enheter og det gjennomføres tett oppfølging av drift i de enheter som har størst avvik fra planlagt budsjett.

Klinikk for kirurgi og nevrofag:

Klinikken har foretatt en gjennomgang av LUCAS-studien (Øyeavdelingen). Denne viser at tiltaket har hatt den forventede effekten, men at denne effekten er opphevet av generelle økninger i medikamentkostnader ved Øyeavdelingen. For å øke effekten av tiltakene er LEAN-arbeidet nå fast sak på ledermøtet i klinikken og avdelingene blir bedt om å redegjøre for realiserte forbedringer innen pasientlogistikk og hvilke fremtidige prosjekter avdelingene planlegger å gjennomføre. I tillegg pågår det et arbeid med å se på samlokalisering av seksjoner på Nevrokirurgisk avdeling og vurdering av bemanningsnormeringen fortsetter. Operasjonsplanlegging er et område for forbedring der klinikken vil følge tettere opp. Dette gjelder også mer generelt ift budsjettoppfølging med den enkelte leder på alle nivåer i klinikken. Det vil også gjennomføres en vurdering av behov sett opp mot kapasitet på enkelte utvalgte områder i klinikken.

Kvinne- og barneklubben:

Klinikken har i stor grad tilpasset kapasitet til reduksjonen i rammeforutsetninger etter overføring av virksomhet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Det gjennomføres generelt stram styring, men Barnemedisinsk avdeling og Nyfødtavdelingen har ikke fått til de reduksjoner i innleie og variabel lønn som var planlagt. Det arbeides nå med å ansette flere faste for å redusere de totale lønnskostnadene. Et annet vesentlig avvik i klinikken er lavere antall operasjoner enn det som var planlagt innen gynekologisk kreft, dette skyldes redusert PO-kapasitet på Radiumhospitalet og generelle overgangsutfordringer knyttet til flytting og samlokalisering. Det satses nå på flere LEAN- og kontinuerlige forbedringsprosjekter i klinikken og alle avdelingene utfordres på hvordan de ser at de kan jobbe bedre innenfor de rammebetingelser som gjelder.

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken:

Graden av gjennomføring av tiltak er ikke vesentlig endret fra aprilrapporteringen. Gjennomføring av planlagte tiltak gjennomgås med alle avdelinger i månedlige møter i

klinikken. Klinikken starter nå opp et prosjekt for gjennomgang av kirurgiske kostnader, og klinikken har også gjennomgått tjenesteplaner som har gitt noe reduksjon. Videre oppfølging av normeringsprosjektet for bemanning av sengeposter gir fremdeles enkelte justeringer i bemanning og kostnadsnivå når det fokuseres på at bemanningen skal følge aktiviteten. LEAN-seminar avholdes i klinikken før sommeren og alle avdelinger skal bidra med forbedringstiltak.

Hjerte-, lunge- og karklinikken:

Klinikken rapporterer en økonomisk effekt av tiltak som er uendret siden april. Klinikken jobber som forrige måned med å redusere strykninger, og øke intensivkapasiteten. Klinikken har nå endret en del turnusplaner for sykepleiere og omgjør en del behandling fra døgn- til dagbasert. Klinikken er avhengig av god pasientflyt og arbeider for bedre utnyttelse og forutsigbarhet ifm PO/intensivkapasiteten sett i forhold til planlagte operasjoner.

Akuttklinikken:

Graden av gjennomføring av tiltak er ikke vesentlig endret fra aprilrapporteringen. Klinikken arbeider videre med å øke PO/intensivkapasiteten og har stort fokus på gjennomføring av sommerferieplaner for legene. Innenfor prehospitale tjenester gjennomføres nå en intern vurdering av organisering av ambulansestasjonene. Det forventes levert 16 nye ambulanser før oktober, og dette vil redusere vedlikeholdskostnader knyttet til de gamle ambulansene. På sikt er det nødvendig med bedre IKT løsninger for bedre å kunne styre ambulanseressursene. Intensivenhetene vil sørge for at en større andel av bemanningen inngår i nødvendige vaktordninger. Innenfor operasjonsaktiviteten rulles det nå et planleggings- og rapporteringssystem (ALBERT) samtidig som det etableres stedlige driftsteam. Disse to tiltakene vil medføre en bedre bruk av operasjonsstuen. Ut over dette gjennomføres også en gjennomgang av vaktordninger og tjenesteplaner.

Klinikk for diagnostikk og intervensjon:

Klinikken rapporterer ingen endring siden forrige måned og jobber fortsatt videre for å oppnå full effekt av tiltak knyttet til innkjøp. Klinikkens hovedutfordring er å levere et høyere aktivitetsnivå med de ressurser de har. Dette gjelder særskilt innen radiologi og patologi. Det er nå gjennomført et systematisk innkjøpsarbeid for å avdekke alle avtaler og forbruk. Dette vil gi lavere varekostnader. Klinikken har fremdeles et stort potensiale for effektivisering, dette gjelder ikke minst innen laboratoriefagene der nytt utstyr kan erstatte tidligere manuelle prosedyrer.

Oslo sykehusservice:

Rapporterer noe høyere gjennomføringsgrad enn tidligere måneder og tilpasser tiltakene slik at budsjettet overholdes.

4.3. Investeringer

Investeringer til videreføring av drift

Styret har vedtatt et investeringsbudsjett til ordinære investeringer i 2013 på 414 millioner kroner, herav er 292 millioner kroner fordelt til investering i MTU. Ved utgangen av mai er det inngått forpliktelser for om lag 230 millioner kroner av investeringsbudsjettet, hvorav om lag 180 millioner kroner gjelder MTU. Investeringsbudsjettet for MTU på 292

millioner kroner skal både finansiere sammenbrudd og elektivt utstyr. Ved utgangen av mai er det inngått forpliktelser for hele sammenbruddspotten for 2013 på 136 millioner kroner.

Omstillingsinvesteringer

Totalt budsjett (2011-2015) for omstillingsinvesteringer Fase 1 er 1 575 millioner kroner (2012-kroner), inklusive 75 millioner kroner til samhandlingsarena Aker. Budsjett for 2013 er 462 millioner kroner. Det er satt i gang nye utredninger av mulige flyttinger innenfor Fase 1. Delprosjektene styres innenfor den totale budsjettammen. Budsjett for omstillingsinvesteringer Fase 2 ble i styresak 86/2012 den 17. desember vedtatt til 100 millioner kroner for 2013 og omfatter midlertidig oppgradering av eksisterende bygg inklusive myndighetspålegg. Styret ba samtidig administrerende direktør om følgende i vedtak 3:

Styret ber administrerende direktør utarbeide en flerårig plan og intensivere vedlikeholds- og utbedringsprosjekter på bakgrunn av de forhold som er fremkommet fra tilsyn. Administrerende direktør bes gjennomføre en dialog med Helse Sør-Øst RHF med sikte på å utvide investeringsrammen for 2013 dersom dette er nødvendig. Styret ber om å bli orientert om status for vedlikeholds- og utbedringsprosjektene.

Det er i første kvartal 2013 vurdert som nødvendig å utvide årets investeringsramme fra 100 millioner kroner til 160 millioner kroner for blant annet å kunne gjennomføre nødvendige infrastrukturiltak innen strømforsyning. I mail 25. april 2013 har Helse Sør-Øst RHF bekreftet at likviditet tilgjengeliggjøres for Oslo universitetssykehus HF slik at investeringer i tilsynspålegg mer videre kan beløpe seg til 160 millioner kroner.

4.4. Likviditet

Kontantstrømbudsjett for 2013 viser at benyttet driftskreditt vil øke med om lag 400 millioner kroner i løpet av året. Dette er avledet av budsjettert årsresultat på -200 millioner kroner og investeringsbudsjettet. I tillegg er det tatt hensyn til negative likviditetseffekter effekter knyttet til pensjonspremie og utbetalinger til Sykehuspartner for tidligere års planlagte investeringer i IKT. Kontantstrømbudsjettet er videre basert på en forutsetning om uendret arbeidskapital. Kontantstrømbudsjettet viser at det kan være nødvendig med midlertidig økt driftskredittramme i november.

Ved utgangen av mai var benyttet driftskreditt for Oslo universitetssykehus HF på om lag 2.640 millioner kroner mot budsjettert om lag 2.670 millioner kroner. Kontantstrøm fra drift bidro med et negativt avvik på om lag 50 millioner kroner. Dette forklares i stor grad med endringer i arbeidskapitalen. Kontantstrøm fra investeringer og finansiering bidro netto positivt med om lag 70 millioner kroner og skyldes at påløpte investeringer til videreføring av drift og midlertidig oppgradering av eksisterende bygg er lavere enn periodisert budsjett tilsier.

5 BEMANNING, SYKEFRAVÆR

5.1 Utvikling månedsverk

Antall brutto månedsverk har økt noe de siste månedene. I mai var antall brutto månedsverk 17.089 og økte i juni med 90 månedsverk, til 17.179. Det underliggende nivået på månedsverk med ekstern finansiering og månedsverk variabel lønn er noenlunde

stabil, og bidrar således ikke vesentlig til økningen. Økningen er således i hovedsak knyttet til internt finansierte faste månedsverk. Noe av økningen kan knyttes til månedsverk som skulle vært utbetalt i mai, og endringen mellom månedene er dermed reelt sett noe mindre.

Etter juni er antall faktiske månedsverk 196 høyere enn budsjettet. Avvik i forhold til budsjett må vurderes på bakgrunn av at antall årsverk med ekstern finansiering er 34 månedsverk lavere en budsjettet samtidig som det er frikjøpt om lag 40 månedsverk til DIPS-innføringsprosjektet (månedsverk finansierte av investeringer er ikke budsjettet).

Dersom man ser på faste månedsverk alene kan det spores en økning varierende mellom 20 og 40 årsverk per måned, og en mer markert økning i juni med nesten 90 årsverk. I perioden januar til april fremgår ikke økningen i faste månedsverk tydelig i tallene for brutto årsverk fordi nedgang i variable månedsverk til dels utlignet effekten.

Med unntak av Klinikk for psykisk helse og avhengighet og Medisinsk klinikk har årsverksforbruket målt mot januar økt i varierende grad for alle øvrige klinikker. Sett på hovedområdenivå er avviket i hovedsak innenfor somatikken, og relateres i stor grad til manglende gjennomføring av tiltak ut fra periodisert budsjett.

Sammenlignet med samme periode i 2012 (per juni) er det en økning i antall brutto månedsverk på 121, hvorav 23 gjelder årsverk med ekstern finansiering og resten er knyttet til ordinær drift. Deler av økningen kan relateres til frikjøpte månedsverk til DIPS-innføringsprosjekt. Klinikken får resultatmessig kompensasjon for dette, men årsverkene blir ikke korrigeret.

Antall innleide årsverk hittil i år er 67 høyere enn budsjettet. Dette kommer i tillegg til avviket for brutto månedsverk som er omtalt ovenfor.

5.2 Utvikling i årsverk på stillingsgrupper

Den relative andelen av månedsverk per stillingsgruppe forholder seg stabile så langt i 2013, og avviker heller ikke betydelig mot de relative andelene fra 2012.

5.3 Sykefravær

Per april 2013 er sykefraværet 7,8 pst, fordelt på 2,7 pst korttidsfravær og 5,1 pst langtidsfravær. Utviklingen av det totale fraværet viser en nedgang på 0,2 pst sammenlignet med samme tidsrom i 2012, og det er korttidsfraværet som minker noe, mens langtidsfraværet er uforandret. Utviklingen over tid viser en forventet utvikling med et synkende fravær i første tertial 2013.

Det arbeides kontinuerlig med sykefraværstiltak, spesielt ved enheter som har særskilt høyt sykefravær. Tiltak som er iverksatt er:

- rekruttering i utsatte yrkesgrupper
- oppfølging av arbeidstakere med hyppig fravær
- oppfølging av arbeidstakere med langtidsfravær og gravide arbeidstakere

I tillegg arbeides det med å sikre samarbeid mellom avdeling, HR og Arbeidsmiljøavdeling i håndteringen av arbeidsrelatert fravær. Avtalen om inkluderende arbeidsliv og

handlingsmålene under denne blir fulgt opp i klinikk AMU, sentralt AMU og i HMS-rapporteringen.

Sykefravær per stillingsgruppe

Sykefravær per stillingsgruppe viser variasjon mellom gruppene. Forskere og legegruppen har stabilt lavt sykefravær uten store utslag, mens driftsteknisk personell og helsefagarbeidere viser et relativt høyt fravær sammenlignet med gjennomsnittet for foretaket. De resterende gruppene følger samme utvikling som totalt sykefravær for foretaket. Sykefraværet for noen av disse gruppene viser noe større utslag i sesongbasert fravær. Dette gir seg eksempelvis utslag i at ambulansgruppen har hatt et høyt fravær i januar og februar 2013, mens psykologgruppen har større utslag ved sesongsvingninger fordi dette er en mindre gruppe av ansatte.

5.4 Status for arbeidet med å redusere deltid

Oslo universitetssykehus HF har fått i oppdrag å videreføre arbeidet med å redusere antall deltidsansatte i 2013.

Status mai 2013

Uønsket deltid er nå redusert til et svært lavt nivå ved Oslo universitetssykehus HF, og foretaket forventer i løpet av 2013 å kunne melde at alle som ønsker høyere stillingsandel kan få det, hvis de aksepterer stillinger på tvers av enheter eller stillinger i interne bemanningsenheter. Det viser seg vanskelig å redusere deltidsnivået ytterligere på grunn av at de resterende fastansatte i deltidsstillinger ønsker å jobbe deltid.

Deltid er en sammensatt utfordring og det jobbes derfor med flere typer tiltak. Dette inkluderer blant annet:

- Utlysning av faste, hele stillinger som hovedregel
- Bruk av fortrinnsrett ved nyansettelse
- Bruk av post-/avdelings-/klinikkovergripende stillinger (for eksempel utnytte mulighetene mellom sengepost, poliklinikk og tilsvarende)
- Bruk av intern vikartjeneste/bemanningscenter (som forvalter og fordeler kompetansen i helseforetakene)
- Øke kunnskap blant ledere om arbeidstidsplanleggingssystemer
- Endrede arbeidstidsordninger (for eksempel fleksibel turnus, lengre vakter, og mer helgearbeid for eksempel ved at ansatte som ikke arbeider helger (ved poliklinikker) kan få arbeidsplaner med helgearbeid)

Skal det realiseres markante forbedringer ift det nåværende nivå vil det kreve et skifte fra deltids- til heltidskultur blant de ansatte. Videre er det et poeng, at selv om foretaket ønsker å ha en heltidskultur, så er deltid fortsatt et viktig grep for en attraktiv og ansvarlig arbeidsgiver. Endringer i velferdspolitiske og personalpolitiske virkemidler har gitt nye rettigheter for den enkelte, men som konsekvens åpnet opp for økning i faktisk deltid. Dette har dels skjedd ved lov, dels ved tariffavtale og dels ved at virksomhetene selv eller i samarbeid med myndighetene har etablert fleksible personalpolitiske ordninger. Eksempler på dette er:

- Omsorgsfri etter arbeidsmiljøloven.
- Virkemiddel i IA- arbeid
- Utdanning og kompetanseheving
- Graderte pensjonsordninger
- Seniorpolitiske ordninger

Tabellen under viser status andel deltid per mai 2013:

Deltid fast ansatte						
Måned	Totalt antall ansatte	Herav deltid	Andel	Gj.snittlig juridisk st.prosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
Januar 2012	14732	2652	18 %	95 %	16 %	96 %
November 2012	14720	2584	17,60 %	95,80 %	14,70 %	96,80 %
Januar 2013	14794	2541	17,20 %	96 %	14,35 %	97 %
Mai 2013	14778	2519	17,00 %	96 %	14,40 %	97 %

Ansatte har siden 2011 hatt mulighet til å registrere ufrivillig deltid i personalsystemet. Per 13.06.2013 har 70 medarbeidere registrert at de har uønsket deltid.

Tabellen under viser status deltid per stillingsgruppe per mai 2013:

(I denne oversikten er det ikke korrigert for deltid grunnet pensjon, kombinerte stillinger m.v.)

	201201	201205	201301	201305
	Andel deltidsansatte%	Andel deltidsansatte%	Andel deltidsansatte%	Andel deltidsansatte%
(1) Administrasjon/Ledelse	13,15	13,26	12,97	12,87
(10) Ambulansepersonell	17,12	16,19	17,16	17,09
(11) Forskning	13,06	13,98	13,89	14,45
(2) Pasientrettede stillinger	13,73	13,36	16,51	16,14
(3) Leger	7,86	8,09	8,26	8,26
(4) Psykologer	16,62	18,24	18,45	19,67
(5) Sykepleier	27,29	27,7	29,12	29,53
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	27,9	27,56	30,34	30,74
(7) Diagnostisk personell	19,09	19,57	18,95	18,87
(8) Apotekstillinger	66,67	50	50	25
(9) Drifts/teknisk personell	8,11	8,73	9,44	10,1

Styresak 37/2013 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Månedsrappport mai 2013

(Bemanningstall for juni 2014)

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1 Innhold i tabellvedlegg

2 Pasientbehandling

- 2.1 Aktivitet
- 2.2 Ventelisteutvikling
- 2.3 Fristbrudd avviklede og ventende
- 2.4 Andre styringsparametre

3 Økonomi og finans

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

4 Bemanning

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

Definisjoner årsverksindikatorer

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

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

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år
Status per mnd: Akkumulerte tall

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

2.1 Aktivitet og DRG – somatikk

MAI	Budsjett	Status per MAI			Hittil i år			SAMMENLIGNING 2012 (ekskl LV + Biol)	
		Klinikk	2013	Resultat	Avvik	Avvik i %	Restultat	Avvik	Avvik i %
Medisinsk klinikk	26 720	2 186	-145	-6,2 %	10 993	-298	-2,6 %	-131	-1,2 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	60 253	4 852	-193	-3,8 %	25 134	-908	-3,5 %	-502	-2,0 %
Kvinne- og barneklirikken	35 314	3 089	55	1,8 %	14 768	-213	-1,4 %	-421	-2,8 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	58 364	5 166	579	12,6 %	24 920	487	2,0 %	564	2,3 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	31 709	2 602	-182	-6,5 %	13 584	-401	-2,9 %	-230	-1,7 %
Akuttklinikken	4 167	423	70	19,8 %	1 624	-144	-8,1 %	-29	-1,8 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	116	6	-5	-45,5 %	43	-12	-21,8 %	-13	-23,2 %
Stab, Utenlandskontoret		0	0	-	27			-31	-40,3 %
Biologiske legemidler	1 793	224	38	20 %	791	82	9 %		
Fellesposter	-1 151	171	173	-206 %	-237	364	-52 %		
SUM	217 285	18 637	390	2,1 %	91 781	-1 009	-1,1 %	-793	-0,9 %

Merknader:

- Sammenligning med 2012: 2012 fremstilt med 2013-logikk og vektor
- Tall for hittil i år inkluderer etterregistrering av aktivitet for 1. Tertial
- NB! Forutsatt riktig registrering av utførende helsepersonell (44 poeng mai)
- Lagt inn forventet effekt av etterregistrering (150 DRG-poeng) på sykehusnivå

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Pasientbehandling Oslo universitetssykehus HF	Budsjett	Denne periode				Hittil i år				2013 mot 2012			
	2013	Resultat	Budsjett	Bud.avvik	%	Resultat	Budsjett	Bud.avvik	%	HiÅ 2013	HiÅ 2012	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen (inkl private)													
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (VOP)	1 256	159	111	48	43,2 %	716	544	172	31,6 %	716	509	207	40,7 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (VOP)	84 815	7 013	7 785	-772	-9,9 %	36 633	38 040	-1 407	-3,7 %	36 633	37 034	-401	-1,1 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)	0	4	0	4		115	0	115		115	243	-128	-52,7 %
Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)	79 461	6 648	6 747	-99	-1,5 %	35 489	34 132	1 357	4,0 %	35 489	35 187	302	0,9 %
Psykisk helsevern - barn og unge (inkl. private)													
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (BUP)	96	8	7	1	14,3 %	31	39	-8	-20,5 %	31	44	-13	-29,5 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (BUP)	4 121	314	359	-45	-12,5 %	2 102	1 808	294	16,3 %	2 102	1 755	347	19,8 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)	3 041	264	257	7	2,7 %	1 368	1 318	50	3,8 %	1 368	1 285	83	6,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)	51 820	4 217	4 510	-293	-6,5 %	20 590	22 676	-2 086	-9,2 %	20 590	21 375	-785	-3,7 %
TSB (inkl. private)													
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (TSB)	2 815	265	233	33	14,0 %	1 186	1 168	19	1,6 %	1 186	1 052	134	12,7 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (TSB)	29 001	2 063	2 462	-399	-16,2 %	9 997	12 129	-2 132	-17,6 %	9 997	12 265	-2 268	-18,5 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)	948	92	89	3	3,4 %	312	445	-133	-29,9 %	312	325	-13	-4,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)	10 459	693	815	-122	-15,0 %	3 851	4 403	-552	-12,5 %	3 851	3 530	321	9,1 %

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

Modaliet	2012 Mai		2013 Mai		Akkumulert 2012		Akkumulert 2013		%vis endring 2012-2013 Mai		%vis endring 2012-2013 Akkumulert	
	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS
Angio	290	1	246	1	1 335	13	1 317	22	-15,2 %	0,0 %	-1,3 %	69,2 %
CT	5 016	1 134	4 913	1 181	23 824	5 802	23 493	5 933	-2,1 %	4,1 %	-1,4 %	2,3 %
MG	689	5	578	8	3 705	32	3 636	54	-16,1 %	60,0 %	-1,9 %	68,8 %
MR	2 348	776	2 316	720	11 511	3 894	11 677	3 960	-1,4 %	-7,2 %	1,4 %	1,7 %
NM	656	24	693	19	3 532	120	3 410	101	5,6 %	-20,8 %	-3,5 %	-15,8 %
PET	339	7	351	13	1 548	41	1 882	50	3,5 %	85,7 %	21,6 %	22,0 %
RG	14 207	324	14 628	240	71 113	1 513	72 114	1 451	3,0 %	-25,9 %	1,4 %	-4,1 %
Ukjent	1	0	5	0	6	0	38	2	400,0 %		533,3 %	
UL	3 322	74	3 523	65	15 958	400	16 383	447	6,1 %	-12,2 %	2,7 %	11,8 %

H = henvisninger

TS = tilsendte

2.1 Aktivitet Oslo sykehuservice

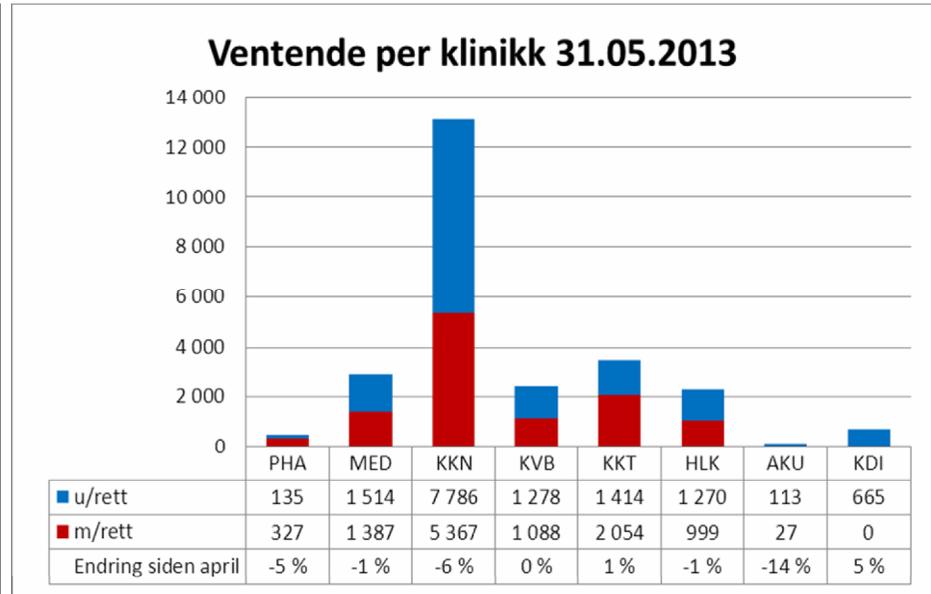
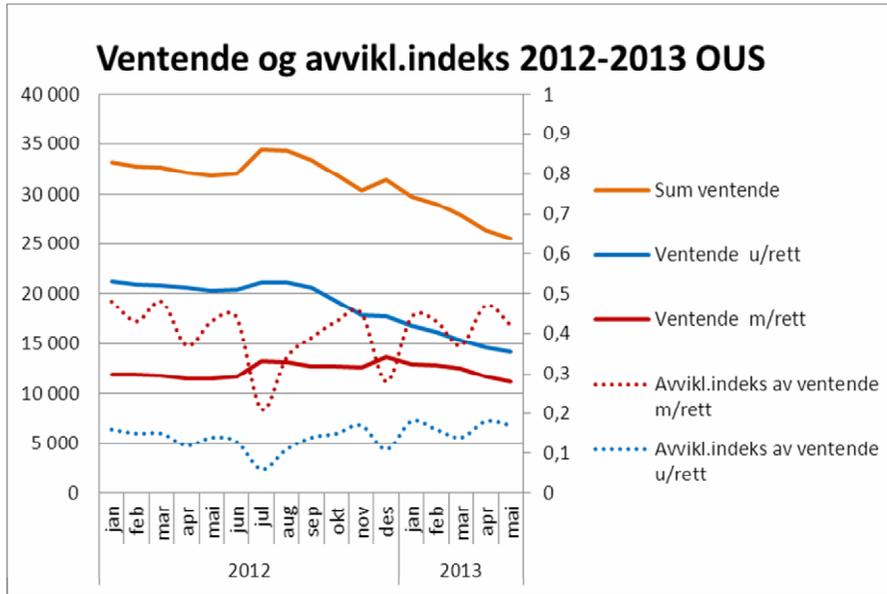
Aktivitetsdatarapport for 2013						Oslo sykehuservice			
Produksjon	Måleenhet	Mai i fjor	Mai i år	Endring Mai 2013 mot 2012	Endring Mai 2013 mot 2012 i %	Per Mai 2012	Per Mai 2013	Endring hittil i 2013 mot hittil i 2012	Endring hittil i 2013 mot hittil i 2012 i %
Kostnader pr. liggedøgn	Kr	3 278	3 372	94	3 %	4 337	4 596	259	6 %
Kostnader pr. liggedøgn m/dagbeh.	Kr	2 867	2 943	76	3 %	3 779	4 002	223	6 %
Arealer	Kvm	1 000 616	953 169	-47 447	-5 %	1 251 125	1 242 339	-8 786	-1 %
Forbruk av energi	KWH	22 910 000		-22 910 000	-100 %	137 692 000	119 420 000	-18 272 000	-13 %
Forbruk av tekstiler	Tonn	271	278	7	3 %	1 450	1 465	15	1 %
Middager	Antall	57 016		-57 016	-100 %	308 255	247 064	-61 191	-20 %
Sengevask/reing	Antall	11 205	12 743	1 538	14 %	55 246	57 313	2 067	4 %
Hotellbelegg Pasienthotellet	%	77 %	83 %	6 %	8 %	78 %	84 %	0	8 %
Hotellbelegg Sykehotellene	%	72 %	80 %	8 %	11 %	72 %	77 %	0	7 %
Portøroppdrag	Antall	42 771	37 922	-4 849	-11 %	214 644	194 090	-20 554	-10 %
Faktura forfall u.anvisning OUS	%	24 %	21 %	0 %	-13 %	0 %	24 %	-	-14 %
Antall bur i forskningsprosjekter/uke	Antall - snitt	2 532	2 819	287	11 %	3 083	3 181	98	3 %
Antall søknader BHM	Antall	235	249	14	6 %	1 144	1 337	193	17 %
Pasienttilstrømmning BHM	Antall	97	110	13	13 %	401	503	102	25 %
Utlån utstyr BHM	Antall	274	333	59	22 %	1 173	1 515	342	29 %
OUS aktivitetsdata									
Opphold dgr dagbehandling	Antall	6 092	6 171		0 %	31 768	30 367	-1 401	-4 %
Liggedøgn somatikk	Antall	41 468	42 312		0 %	213 205	204 599	-8 606	-4 %

Merknad: Medgått energiforbruk pr mai er ikke ferdige

2.1 Aktivitet PO/Intensiv Akuttklinikken

Aktivitet	Mai 2013	Akkumulert aktivitet Mai 2013	Mai 2012	Akkumulert aktivitet Mai 2012	Akkumulert endring 2012-2013	Endring 2012-2013 i %
Antall intensivpasienter	261	1 323	290	1 454	-131	-9,0 %
Antall intensivdøgn	1 182	5 914	1 222	5 988	-74	-1,2 %
Antall respiratordøgn:						
Intensiv, Aker	1	15	14	80	-65	-81,3 %
Intensiv 2, Ullevål	191	797	194	816	-19	-2,3 %
Intensiv 3, Ullevål	68	510	144	583	-73	-12,5 %
Generell int, RH	190	1 100	212	1 126	-26	-2,3 %
Barneintensiv, RH	88	407	84	483	-76	-15,7 %
Generell int 2, RH	108	570	40	270	300	111,1 %
PO, Radium	0	8	8	41	-33	-80,5 %
PO, Ullevål	12	80	18	88	-8	-9,1 %
SUM Antall respiratordøgn	658	3 487	714	3 487	0	0,0 %

2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende

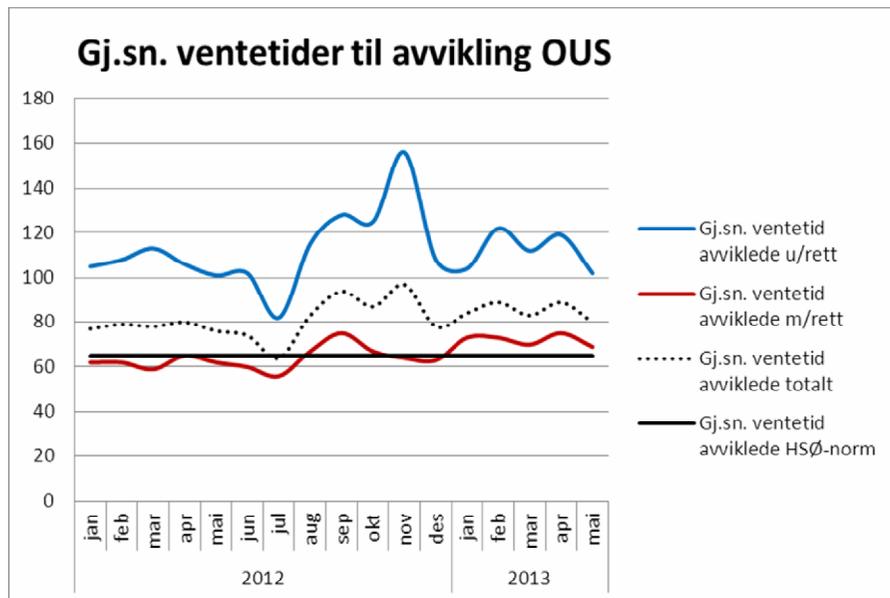


Tertial her = gj.sn. månedsverdier

Sum ventende	2012						2013						Utvikling
	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	
PHA	285	310	295	305	299	330	379	424	491	484	445	462	
MED	3 147	3 110	3 126	3 094	3 119	2 922	2 946	2 927	2 947	2 917	2 934	2 901	
KKN	19 247	19 231	19 138	18 869	19 121	18 991	15 351	15 008	15 121	14 030	14 878	13 153	
KVB	2 414	2 329	2 238	2 267	2 312	2 173	2 277	2 238	2 431	2 365	2 328	2 366	
KKT	3 449	3 435	3 500	3 428	3 453	3 336	3 618	3 520	3 559	3 450	3 537	3 468	
HLK	3 082	2 932	3 022	2 863	2 975	2 786	2 685	2 533	2 404	2 282	2 476	2 269	
AKU	416	409	372	330	382	266	182	165	172	163	171	140	
KDI	963	855	862	857	884	873	622	586	720	636	641	665	
Sum klinikker	33 003	32 611	32 553	32 013	32 545	31 677	28 060	27 401	27 845	26 327	27 408	25 424	
Diff vs. 2012							-4 943	-5 210	-4 708	-5 686	-5 137	-6 253	
Diff %							-15 %	-16 %	-14 %	-18 %	-16 %	-20 %	

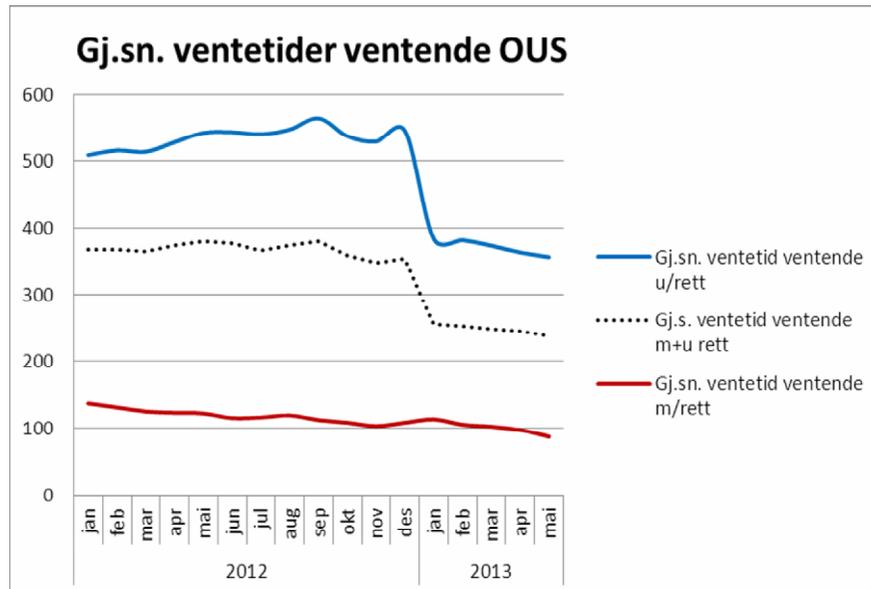


2.2 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling



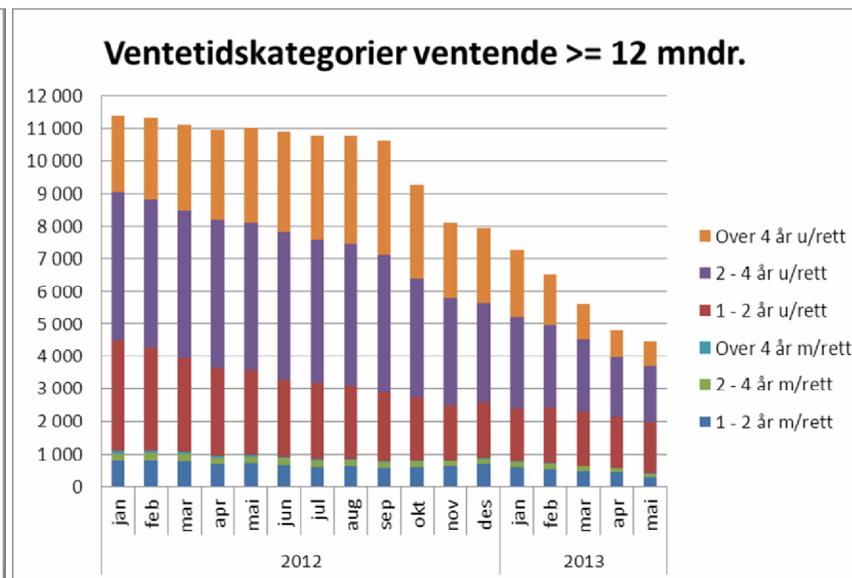
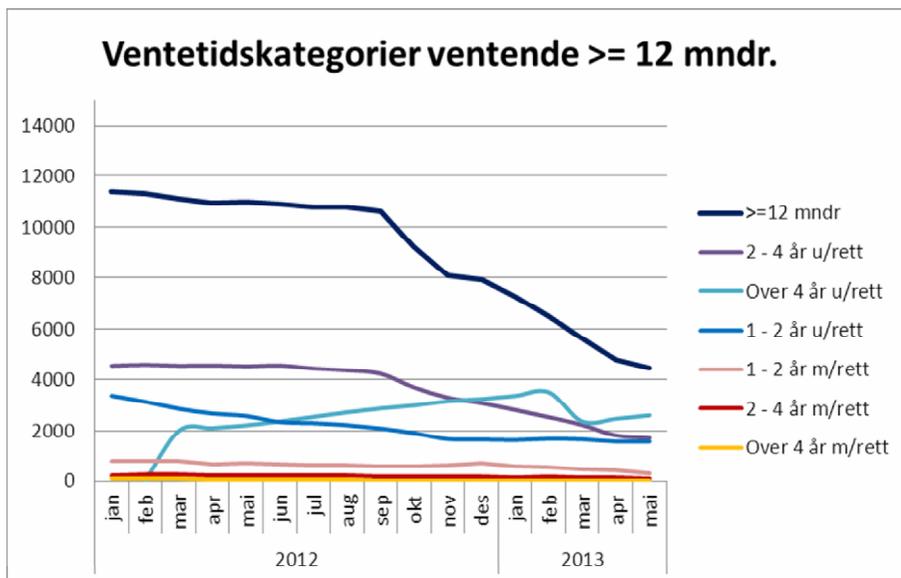
Gj.sn. v.tid til avvikling	2012						2013						Utvikling
	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	
PHA	48	55	42	41	47	38	56	44	43	45	48	38	
MED	65	67	66	59	65	62	66	52	59	73	64	55	
KKN	101	99	103	108	103	112	116	142	120	124	125	116	
KVB	64	64	53	60	60	60	63	59	57	65	61	65	
KKT	52	57	52	58	54	55	64	59	61	65	62	59	
HLK	133	130	121	119	126	108	115	98	107	100	105	86	
AKU	80	103	95	107	97	87	77	68	70	79	74	85	
KDI	37	27	38	44	36	39	37	49	52	32	42	26	
OUS	77	79	78	80	78	78	84	89	85	89	86	80	
Diff vs. 2012							7	10	7	9	8	2	
Diff %							9%	13%	9%	11%	10%	3%	

2.2 Gjennomsnittlig ventetid for ventende



Gj.sn. v.tid ventende	2012						2013						Utvikling måned
	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	
PHA	50	39	38	44	43	40	44	40	43	42	42	47	
MED	132	114	93	93	108	191	82	82	84	78	82	78	
KKN	503	510	517	531	515	609	391	389	386	388	389	384	
KVB	233	217	210	210	218	213	90	88	86	81	86	72	
KKT	116	111	104	107	109	111	66	62	62	56	62	59	
HLK	164	159	143	149	154	164	124	116	118	111	117	107	
AKU	97	95	89	94	94	92	79	81	100	100	90	97	
KDI	518	550	507	516	523	589	149	125	128	135	134	143	
OUS	368	368	364	373	368	442	256	252	248	245	250	238	
Diff vs. 2012							-112	-116	-116	-128	-118	-204	
Diff %							-30 %	-32 %	-32 %	-34 %	-32 %	-46 %	

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)



Tertial her = gj.sn. månedsverdier

Antall ventet ≥ 1 år	2012						2013						Utvikling måned
	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	
PHA	7	1	1	1	3	1	0	2	3	3	2	3	
MED	479	487	455	427	462	414	69	94	86	55	76	51	
KKN	9 115	9 210	9 242	9 159	9 182	9 292	6 782	6 218	5 284	4 538	5 706	4 208	
KVB	466	407	357	351	395	339	209	41	56	45	88	36	
KKT	280	283	260	265	272	249	24	30	30	22	27	22	
HLK	383	350	304	279	329	283	62	69	77	64	68	53	
AKU	11	12	11	10	11	9	2	2	3	2	2	3	
KDI	531	479	438	437	471	414	111	44	62	34	63	62	
Sum	11 272	11 229	11 068	10 929	11 125	11 001	7 259	6 500	5 601	4 763	6 031	4 438	
Diff vs. 2012							-4 013	-4 729	-5 467	-6 166	-5 094	-6 563	
Diff %							-36 %	-42 %	-49 %	-56 %	-46 %	-60 %	

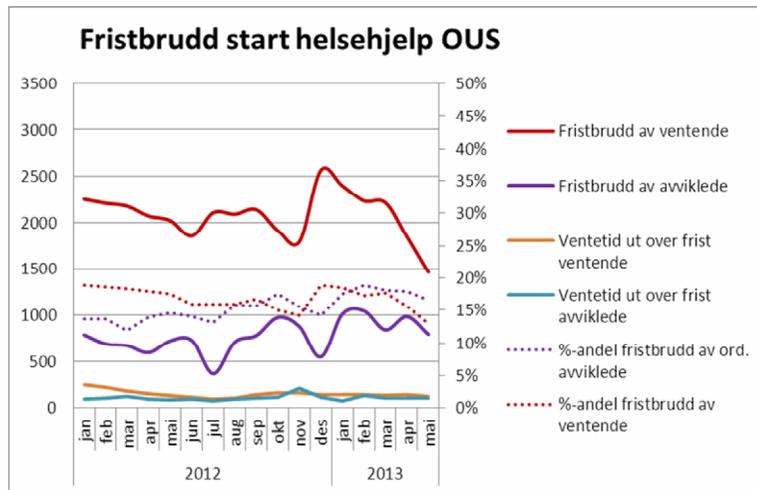
2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd) per fagområde

Fagområde	Per 31.1	Per 28.2	Per 31.3	Per 30.4	Per 31.5	Endring fra 31.1
	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år
050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	2 071	1 990	1 788	1 738	1 574	-497
090 Plastikk-kirurgi	1 529	1 547	1 501	1 467	1 430	-99
100 Nevrokirurgi	491	471	470	63	63	-428
130 Endokrinologi	37	35	37	30	28	-9
150 Hjertesykdommer (Hjerte-, lunge- og karklinikken)	39	39	46	41	32	-7
200 Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	10	11	7	16	21	11
250 Nevrologi	1 600	1 526	1 094	838	798	-802
290 Øre-nese-hals sykdommer	477	100	83	82	49	-428
300 Øyesykdommer	233	266	292	302	271	38
840 Medisinsk genetikk	110	43	61	33	61	-49
Sum for fagområder med mer enn 20 langtidsventende	7 092	6 328	5 442	4 619	4 327	-2 765
SUM TOTALT	7 430	6 517	5 615	4 764	4 458	-2 972

Merknad:

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

2.3 Utvikling fristbrudd



Fristbrudd avviklede	2012						2013						Utvikling måned
	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	
PHA	21	14	6	7	12	11	16	12	3	6	9	8	
MED	105	78	74	80	84	59	117	130	108	81	109	65	
KKN	349	346	335	307	334	350	539	587	489	587	551	454	
KVB	66	52	37	33	47	45	56	59	43	53	53	60	
KKT	166	129	136	120	138	175	168	140	115	163	147	134	
HLK	76	70	79	45	68	83	110	112	79	89	98	73	
AKU	1	1	2	2	2	1	0	1	2	2	1	0	
KDI	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
Sum	786	690	670	595	685	724	1 006	1 041	839	981	967	794	
Diff vs. 2012							220	351	169	386	282	70	
Diff %							28 %	51 %	25 %	65 %	41 %	10 %	

Fristbrudd ventende	2012						2013						Utvikling måned
	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	
PHA	12	10	3	4	7	7	6	7	8	13	9	21	
MED	110	104	97	74	96	51	101	143	115	58	104	21	
KKN	1 673	1 701	1 705	1 602	1 670	1 621	1 995	1 753	1 630	1 403	1 695	1 067	
KVB	110	80	68	64	81	56	56	71	81	71	70	51	
KKT	209	193	174	210	197	163	115	134	199	165	153	178	
HLK	90	86	103	96	94	104	116	116	170	146	137	122	
AKU	1	1	1	0	1	1	3	3	6	7	5	0	
KDI	20	15	13	12	15	12	1	1	1	0	1	0	
Sum	2 225	2 190	2 164	2 062	2 160	2 015	2 393	2 228	2 210	1 863	2 174	1 460	
Diff vs. 2012							168	38	46	-199	14	-555	
Diff %							8 %	2 %	2 %	-10 %	1 %	-28 %	

Tertialtall = gj.sn. månedstall jan-apr

2.3 Fristbrudd per fagområde

	Antall fristbrudd per 31. mai	Prosentandel fristbrudd
050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	438	25 %
070 Urologi	53	8 %
090 Plastikk-kirurgi	67	29 %
100 Nevrokirurgi	208	37 %
150 Hjertesykdommer	109	13 %
220 Barnesykdommer	44	8 %
240 Hud og veneriske sykdommer	25	6 %
250 Nevrologi	194	30 %
290 Øre-nese-hals sykdommer	123	16 %
853 Terapeutisk onkologi og radioterapi	71	21 %
Sum fristbrudd av ventende pasienter for fagområder hvor det er over 20 fristbrudd	1 352	19 %
Sum fristbrudd	1 465	13 %

Merknad:

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

2.4 Styringsparametre

Månedlige styringsparametere	F201301	F201302	F201303	F201304	F201305	HiÅ F2013
5a Andel korridorpasienter - somatikk	1,2 %	0,8 %	0,7 %	1,1 %	0,9 %	1,0 %
2h Andel med timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
7a Antall utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	85	84	46	64	48	327
7b Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	214	252	174	179	271	1 090
7c Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk	0,5 %	0,7 %	0,4 %	0,4 %	0,7 %	0,5 %
7d Antall utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	17	19	13	11	28	88
7e Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	351	419	361	307	677	2 115
7f Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern voksne	5,0 %	6,7 %	5,3 %	5,1 %	10,9 %	6,5 %
7g Antall utskrivningsklare pasienter totalt TSB	23	4	2	2	3	34
7h Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt TSB	93	41	33	19	26	212
7i Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter TSB	5,1 %	2,1 %	1,5 %	1,0 %	1,3 %	2,1 %
8a Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført	7	7	7	7	7	7
8b Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle	0	0	0	0	0	0
8c Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	0	0	0	0	0	0

3.1 Økonomisk resultat

ØBAK OUS mai 2013	Budsjett 2013	Denne periode				Hittil i 2013			
		mai	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Pr. mai	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	10 769 438	938 233	938 233	0	0,0 %	4 645 826	4 645 826	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	6 430 275	567 590	538 327	29 263	5,4 %	2 726 181	2 722 547	3 634	0,1 %
Andre inntekter	1 692 235	160 931	155 983	4 947	3,2 %	750 122	742 292	7 830	1,1 %
Sum driftsinntekter	18 891 948	1 666 754	1 632 544	34 210	2,1 %	8 122 130	8 110 665	11 464	0,1 %
Lønn -og innleiekostnader	-13 136 508	1 214 920	1 163 697	51 223	-4,4 %	5 833 322	5 705 229	128 093	-2,2 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	-2 468 248	215 540	202 774	12 766	-6,3 %	1 028 911	1 034 225	-5 315	0,5 %
Andre driftskostnader	-3 406 743	283 083	280 536	2 548	-0,9 %	1 410 556	1 433 480	-22 923	1,6 %
Sum driftskostnader	-19 011 499	1 713 543	1 647 006	66 536	-4,0 %	8 272 789	8 172 934	99 855	-1,2 %
Driftsresultat	-119 551	-46 788	-14 462	-32 326	-2,0 %	-150 659	-62 269	-88 390	-1,1 %
Netto finans	-80 449	-6 123	-6 812	689	10,1 %	-36 593	-39 279	2 686	6,8 %
Resultat OUS	-200 000	-52 911	-21 274	-31 637	-1,8 %	-187 252	-101 548	-85 704	-1,0 %
Resultat etter eks.ord. pensjonskostnader	-200 000	-55 435	-21 274	-34 161	-2,0 %	-198 594	-101 548	-97 046	-1,2 %

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

Art ØBAK	Regnskap	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	4 645 826	4 645 826	0	i/a
ISF egne pasienter	964 481	959 248	5 233	De totale ISF-inntektene er omtrent 4,7 mnok lavere enn budsjettert, og har sammenheng med lavere aktivitet knyttet til DRG-produksjon på 1,1%. Estimert tap knyttet til avgrensingsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag og feil rapportert utføre
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	119 493	124 697	-5 204	
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	252 555	258 639	-6 084	
ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler	16 031	14 676	1 355	
Utskrivningsklare pasienter	2 652	1 830	822	Andelen utskrivningsklare pasienter hittil i år er noe høyere enn budsjettert.
Gjestepasienter	220 907	248 130	-27 223	Gjestepasientinntektene er noe lavere enn budsjettert. Dette må sees i sammenheng med øvrige aktivitetsbaserte inntekter som også er lavere enn budsjett hittil i år. Awiket i mai er mindre enn snittet 1. tertial.
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	953 291	908 349	44 941	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er noe høyere enn budsjettert. Det positive awiket er i hovedsak relatert til kurdøgn og lab-/røntgenområdet. Deler av dette må ses i sammenheng med negativt awik som inngår i andre driftsinntekter. Videre er
Polikliniske inntekter	196 771	206 977	-10 207	Per mai er de polikliniske inntektene 10 mnok lavere enn budsjettert. Awiket gjelder i hovedsak innenfor lab/røntgen og psykisk helse. I mai måned isolert er det et positivt awik på om lag 3 mnok.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	20 651	24 466	-3 814	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettert for Raskere tilbake. Awiket skyldes i hovedsak aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nefrologi, Nevrokirurgisk avdeling.
Andre øremerkede tilskudd	401 547	438 387	-36 840	Nivå for inntektsføring av øremerkede tilskudd er lavere enn budsjettert, men må sees i sammenheng med andre driftsinntekter.
Andre driftsinntekter	327 924	279 440	48 484	Nivå for inntektsføring av andre driftsinntekter er 48 mnok høyere enn budsjettert. Det er et relativt stort positivt awik på inntektsføring av tilskudd fra private institusjoner, men dette må sees i sammenheng med inntekter for andre øremerkede tilskudd
	8 122 130	8 110 665	11 464	
Kjøp av off helsetjenester	8 491	28 110	-19 619	Kostnadene til kjøp av offentlige helsetjenester er 20 mnok lavere enn budsjettert. Dette må sees i sammenheng med merforbruk for kjøp av private helsetjenester.
Kjøp av private helsetjenester	104 943	78 421	26 522	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er om lag 27 mnok høyere enn budsjettert. Dette må sees i sammenheng med tilsvarende mindreforbruk for kjøp av off. helsetjenester.
Varekostnader knyttet til aktiviteten i FG	894 432	908 081	-13 649	Varekostnadene er noe lavere enn budsjettert hittil, men høyere enn budsjettert i mai isolert. I resultatet for innleid arbeidskraft inngår blant annet kostnader til nye kreftmedikamenter.
Innleid arbeidskraft - del av kto 458	69 835	34 295	35 540	Innleiekostnadene er ikke redusert så mye som forutsatt i budsjettet. Kostnader til innleie er høyere per mai 2013 enn samme periode i 2012. Merforbruket er størst innenfor operasjons- og intensivområdet, men er også høyt ved thoraxkirurgisk avdeling, ort
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	21 044	19 613	1 431	Kjøp av konserninterne helsetjenester er noe lavere enn budsjettert hittil, men høyere enn budsjettert i mai isolert.
Lønn til fast ansatte	3 891 589	3 775 108	116 481	For de samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 103 (2,2 pst) mnok når det korrigeres for lavere pensjonskostnader enn budsjettert. Awiket skyldes noe høyere bemanning enn budsjettert, blant annet som følge av forsinkelser i gjennomføring a
Overtid og ekstrahjelp	438 771	436 642	2 130	
Pensjon	994 305	1 005 646	-11 342	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-256 633	-226 575	-30 058	
Annen lønn	695 455	680 113	15 342	
Avskrivninger	322 716	329 167	-6 450	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettert. Det er noe økte avskrivningskostnader i mai sammenlignet med tidligere perioder. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.
Nedskrivninger	0	0	0	i/a
Andre driftskostnader	1 087 840	1 104 313	-16 473	Det er små mindreforbruk på flere poster som til sammen utgjør om lag 16 mnok, blant annet er IKT-kostnadene øg konsulentkostnader noe lavere enn budsjettert.
	8 272 789	8 172 934	99 855	
Finansinntekter	1 029	6 412	-5 383	Awiket skyldes merinntekt på investering av datterselskap på om lag 1,2 mnok, samt effekt av interne elimineringer relatert til kjøp og salg fra AS'ene som er bokført på andre linjer (andre driftsinntekter og -kostnader).
Finanskostnader	37 621	45 691	-8 070	Rentekostnadene er 8 mnok lavere enn budsjettert.
Netto finans	36 593	39 279	-2 686	
TOTALT	-187 252	-101 548	-85 704	

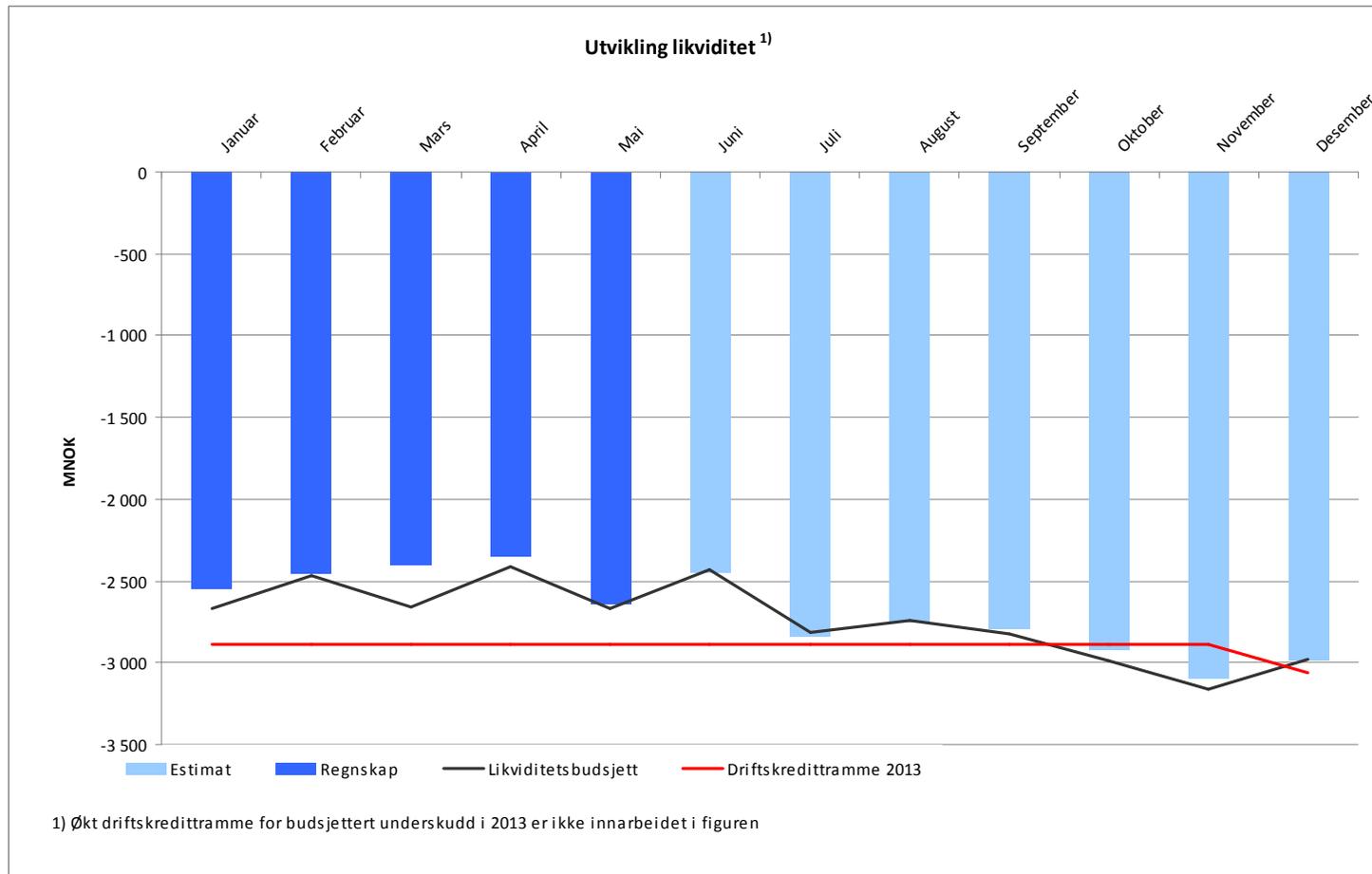
3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering mai 2013	Denne periode				Hittil i år			
Økonomisk resultat	mai	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Pr. mai	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-464	0	-464	-0,3 %	-7 158	0	-7 158	-0,9 %
Medisinsk klinikk	-4 164	0	-4 164	-4,2 %	-14 618	0	-14 618	-3,1 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-19 084	0	-19 084	-10,6 %	-78 871	0	-78 871	-9,1 %
Kvinne- og barneklubben	-400	0	-400	-0,3 %	-12 537	0	-12 537	-2,0 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	3 422	0	3 422	1,7 %	-28 491	0	-28 491	-2,9 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	-13 430	0	-13 430	-14,7 %	-42 529	0	-42 529	-9,6 %
Akuttklubben	-12 902	0	-12 902	-6,5 %	-41 172	0	-41 172	-4,3 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	-481	0	-481	-0,3 %	1 402	0	1 402	0,2 %
Oslo sykehuservice	-2 976	0	-2 976	-1,8 %	-3 935	0	-3 935	-0,5 %
Konsern	1 234	954	280	-	1 226	-439	1 665	-
Fellesposter	-5 200	-22 228	17 028	-2,6 %	14 727	-101 109	115 836	1,7 %
Direktørensstab	1 950	0	1 950	1,7 %	25 120	0	25 120	4,7 %
Sum OUS	-52 911	-21 274	-31 637	-1,8 %	-187 252	-101 548	-85 704	-1,0 %
Justert for eks.ord. pensjonskostnader	-55 435	-21 274	-34 161	-2,0 %	-198 594	-101 548	-97 046	-1,2 %

3.4 Kommentarer til klinikkenes avvik per mai

Klinikk	Avvik	Overordnet beskrivelse av avvik (avvik i mnok)
Klinikk psykisk helse og avhengighet	- 7,2	Regnskapet viser totalt sett et negativt budsjettavvik på 0,5 mill kr for perioden og et negativt akkumulert avvik på 7,2 mill kr. Bemanningstilpasningen knyttet til organisasjonsmessige endringer er ikke endelig avsluttet. Det er fortsatt overtallige som det ikke er funnet en endelig løsning for. Budsjettet inkluderer kostnader for disse etter definerte forutsetninger, samt at det er tilbakeført avsetninger foretatt pr 31.12 2012.
Medisinsk klinikk	- 14,6	Resultat for Medisinsk klinikk viser et avvik - 14,6 mnok. Resultat er avstemt med utfordringsbildet og er marginalt bedre enn forventet. Redusert DRG inntekt trekker ned resultatet og dette skyldes reduksjon i antall tracheostomier.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	- 78,9	KKN har i mai et negativt resultat på 16 mnok og akkumulert avvik er 79 mnok. Denne måneden er det et positivt avvik på inntekter, men en del av dette er knyttet til etterslep fra første tertial. I tillegg har det vært høy aktivitet ift kurdøgn. De generelle polikliniske inntektene har også vært ganske høye i mai. Innen varekostnader er det merforbruk på medikamenter, og da særlig ved øyeavdelingen. Stort avvik også for innleie, fortsatt særlig knyttet til Ortopedisk avdeling og Nevrokirurgisk avdeling. Lønnsavviket er i mai på 13 mnok. Kostnader for tillegg har økt de to siste månedene. Det gjelder særlig på RH-avdelinger og en del av det er nok knyttet til etterbetalinger knyttet til felles B-del. Det må jobbes videre med disse tallene for å isolere de forskjellige effektene.
Kvinne- og barnekliviken	- 12,5	I mai har klinikken et resultat omlag i balanse. Merforbruk på varekostnader, lønn og innleie blir oppveid av etterkoding fra tidligere måneder og god aktivitet i mai. Til nå i mai har klinikken etterkoding på ca 80 drg-poeng som ikke er med i regnskapet, slik at klinikken reelt sett har et positivt resultatavvik i mai.
Kreft-, kirurgi og transplantasjons-klinikken	- 28,5	Akkumulert resultat viser en klar forbedring sammenliknet med tidligere perioder, særlig pga. høye ISF-inntekter i mai. Varekostnader og innleie har et høyere nivå i mai enn tidligere perioder og må ses i sammenheng med høy aktivitet. Også personalkostnadene er høyere i mai enn i foregående perioder. Det ses imidlertid i sammenheng med særskilte forhold som feilperiodisering av budsjett for helligdagstillegg og regnskapsføring av kostnader til oppdragsundervisning fra 2012 som er gjort i mai 2013.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	- 42,5	Klinikken har sviktende DRG inntjening sett i forhold plantall på -412 DRG poeng. Avviket ligger på alle avdelingene, men i hovedsak på TKA og Lunge med 250 DRG poeng. TKA får ikke full kapasitetsutnyttelse av to intensivsenger på Akuttklinikken. I akuttsengene har det vært høyt belegg, og god pasientstrøm. DRG inntjeningen går ned på grunn av lavere kapasitet. Kard avd er ca 100 DRG poeng etter plan Dette knytter seg til PCI på UUS og antall ablasjoner. Kar avd. har redusert antall senger etter smn.slåing med Uro på Aker fra juli 2012.
Akuttklinikken	- 41,2	Pr mai har Akuttklinikken et underskudd i forhold til budsjett på 41,2 mnok hvorav 27,2 mnok gjelder innleie og lønnskostnader. 82 pst av avviket på innleie er på PO/Intensiv. Merforbruket på lønn er hovedsakelig på PO/Intensiv, men også Phs og anestesiområdet har et merforbruk. Innen lønnsområdet er merforbruket først og fremst på variabel lønn (overtid/ekstrahjelp). Det er også et merforbruk på implantater og instrumenter på Operasjonsavdelingen og Avdeling for smertebehandling. Merforbruket på medisinske forbruksvarer er hovedsakelig på PO/Intensiv. Pasientreiser har et merforbruk på transportoppgjør på 3 mnok i mai. Det er også et merforbruk på reparasjoner/drift av ambulanser. Det er fortsatt aktivitetsøkning innenfor prehospitale tjenester.
Klinikk for diagn. og intervensjon	+ 1,4	Estimat på inntektssiden økt pga økende aktivitet på Avd for medisinsk genetikk (overgang til Swisslab). Negativt avvik på inntektssiden veies opp av engangseffekter i april: budsjettjustering varekost 3,7", budsjettjustering/endret avsetningspraksis variable lønn.
Oslo sykehusservice	- 3,9	Av akkumulert resultat for OSS skyldes 3 mnok feil periodisering av budsjett knyttet til helligdagstillegg. Korrigert for dette har OSS 0% avvik fra budsjett per mai. OSS styrer mot budsjettbalanse for 2013. Gitt kjente faktorer så er årsprognose ihht budsjett 2013. Oslo sykehusservice tiltak for om lag 65 mnok som per mai som i all hovedsak gjennomføres ihht plan.
Stab	+ 25,1	Forhold som bidrar til avviket er mindre bruk av eksterne konsulenter enn budsjettet, ubesatte stillinger og noe lavere IKT-kostnader.
Fellesposter mv	+ 115,8	Avviket relateres til bla ikke-fordelte budsjettmidler, estimat for etterslep ISF, lavere rentekostnader, lavere avskrivningskostnader mv.
Samlet avvik	- 96,6	I samlet avvik inngår mindrekostnader for pensjon med om lag 11mnok.

3.5 Likviditet

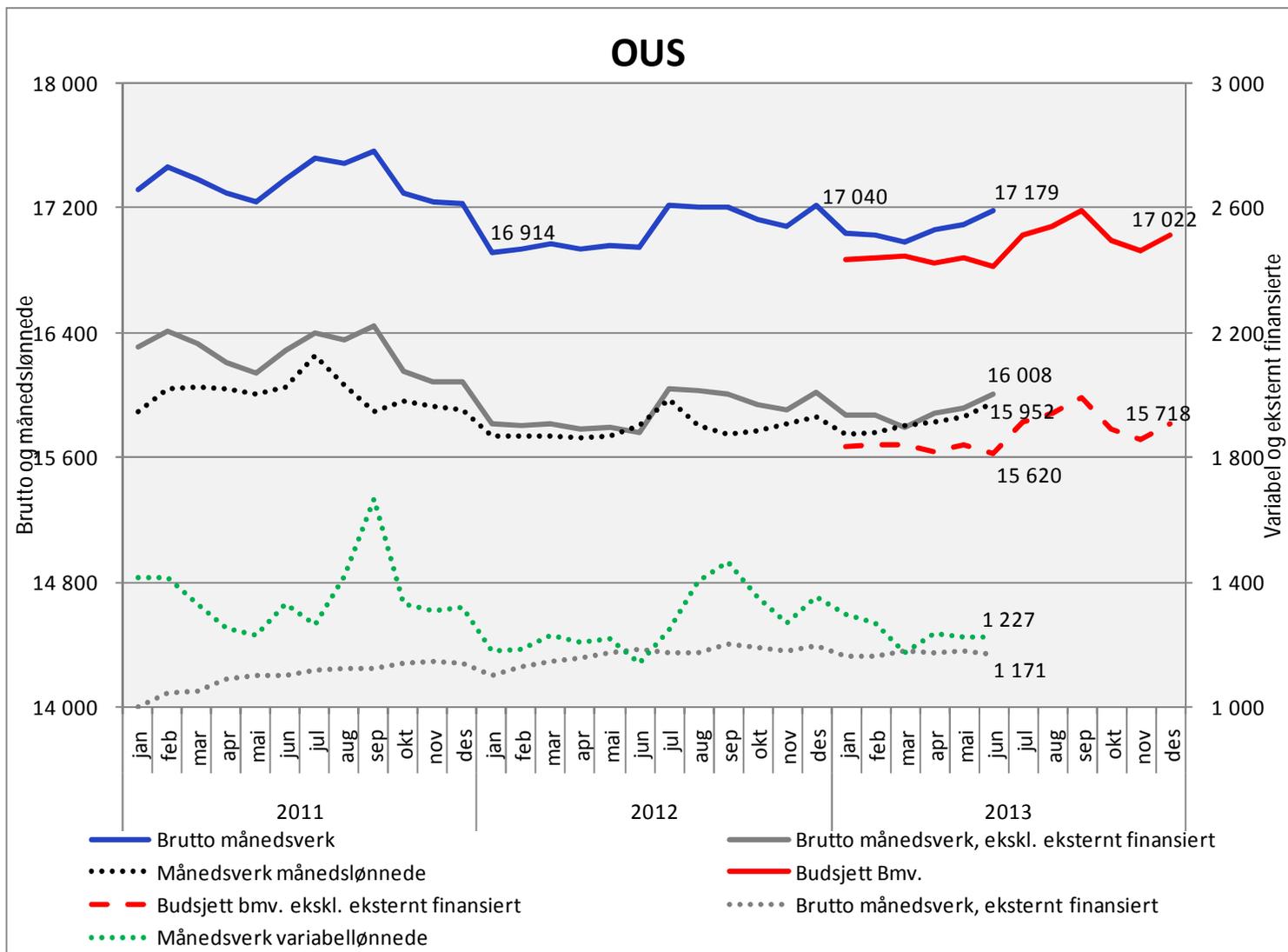


3.6 Samlet tiltaksgjennomføring OUS

Klinikk	Estimert økonomisk utfordring	Budsjettert økonomisk effekt av tiltak i 2013 (1000 kr)	Budsjettert økonomisk effekt av tiltak mai april 2013 (1000 kr)	Akkumulert økonomisk resultat i perioden (i 1000 kr)	Akkumulert avvik for i 1000 kr (per bud. - akk regnsk.)
PHA	-20 000	20 670	8 224	8 224	0
MED	-30 000	13 105	5 461	512	4 949
KKN	-85 000	22 600	7 722	3 966	3 756
KVB	-20 000	25 960	10 417	4 117	6 300
KKT	-75 000	37 578	16 036	12 334	3 702
HLK	-40 000	32 233	11 575	2 874	8 701
AKU	-80 000	46 449	18 137	4 436	13 701
KDI	-15 000	15 740	5 826	3 337	2 488
OSS	-70 000	64 428	23 056	20 148	2 908
Totalt		278 764	106 451	59 947	46 505

- Klinikkene rapportere hver måned effekt av tiltak
- For mai er det rapportert gjennomførte tiltak for 12,6 mnok mot budsjettert 22,6 mnok
- Hittil i år er det rapportert gjennomført tiltak for 60 mnok mot budsjettert 106 mnok

4.1 Bemanningsutvikling



4.2 Bemanningsindikatorer

OUS														
Brutto månedsverk	17 179	16 825	355	17 062	16 866	196	1,2 %	16 941	387	2,3 %	238	1,4 %	121	0,7 %
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	16 008	15 620	388	15 891	15 661	230	1,5 %	15 793	405	2,6 %	251	1,6 %	98	0,6 %
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	1 171	1 205	-34	1 171	1 205	-34	-2,8 %	1 148	-17	-1,5 %	-13	-1,1 %	23	2,0 %
Innleie fra vikarbyrå	164	103	61	164	97	67	68,9 %	143	-	-	-12	-	21	12,8 %
Månedsverk månedslønnede	15 952	15 767	185	15 825	15 785	40	0,3 %	15 747	-	-	150	0,9 %	78	0,5 %
Månedsverk variabelønnede	1 227	1 057	170	1 237	1 080	157	14,5 %	1 194	-	-	87	7,1 %	43	3,5 %
Netto månedsverk nasj. ind.	13 248	-	-	13 061	-	-	-	12 916	-	-	152	1,1 %	145	1,1 %
Sykefraværprosent	7,1	7,4	-0,3	7,8	7,4	0,4	5,4 %	8,0	-	-	0,5	3,4 %	-0,2	-2,0 %

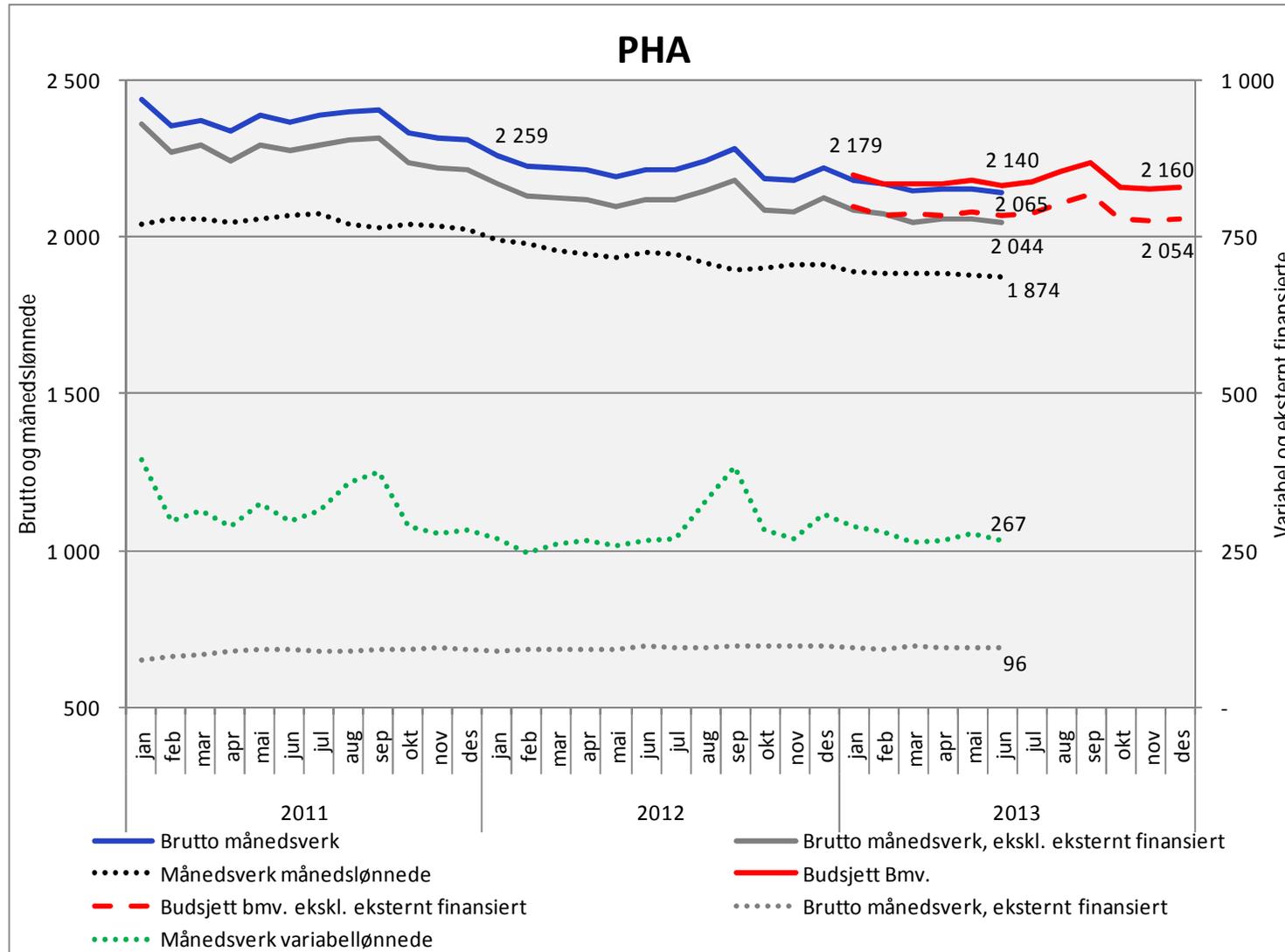
	2 044	2 065	-21	2 060	2 074	-13	-0,6 %	2 126	-102	-4,6 %	-73	-3,6 %	-66	-3,2 %
	1 192	1 156	36	1 197	1 168	29	2,5 %	1 196	83	7,4 %	-4	-0,3 %	1	0,1 %
	2 073	1 965	108	2 066	1 976	90	4,5 %	2 022	138	7,3 %	54	2,6 %	44	2,1 %
	1 612	1 594	18	1 593	1 577	17	1,1 %	1 579	6	0,4 %	15	0,9 %	14	0,9 %
	2 130	1 994	136	2 108	1 983	126	6,3 %	2 089	78	3,9 %	47	2,2 %	19	0,9 %
	801	779	22	792	778	13	1,7 %	778	81	11,6 %	32	4,0 %	14	1,7 %
	2 269	2 207	63	2 251	2 222	29	1,3 %	2 239	58	2,6 %	29	1,3 %	13	0,6 %
	1 910	1 884	27	1 878	1 893	-14	-0,8 %	1 858	-15	-0,8 %	58	3,1 %	21	1,1 %
	1 750	1 633	118	1 721	1 650	71	4,3 %	1 686	87	5,4 %	83	4,7 %	35	2,0 %

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

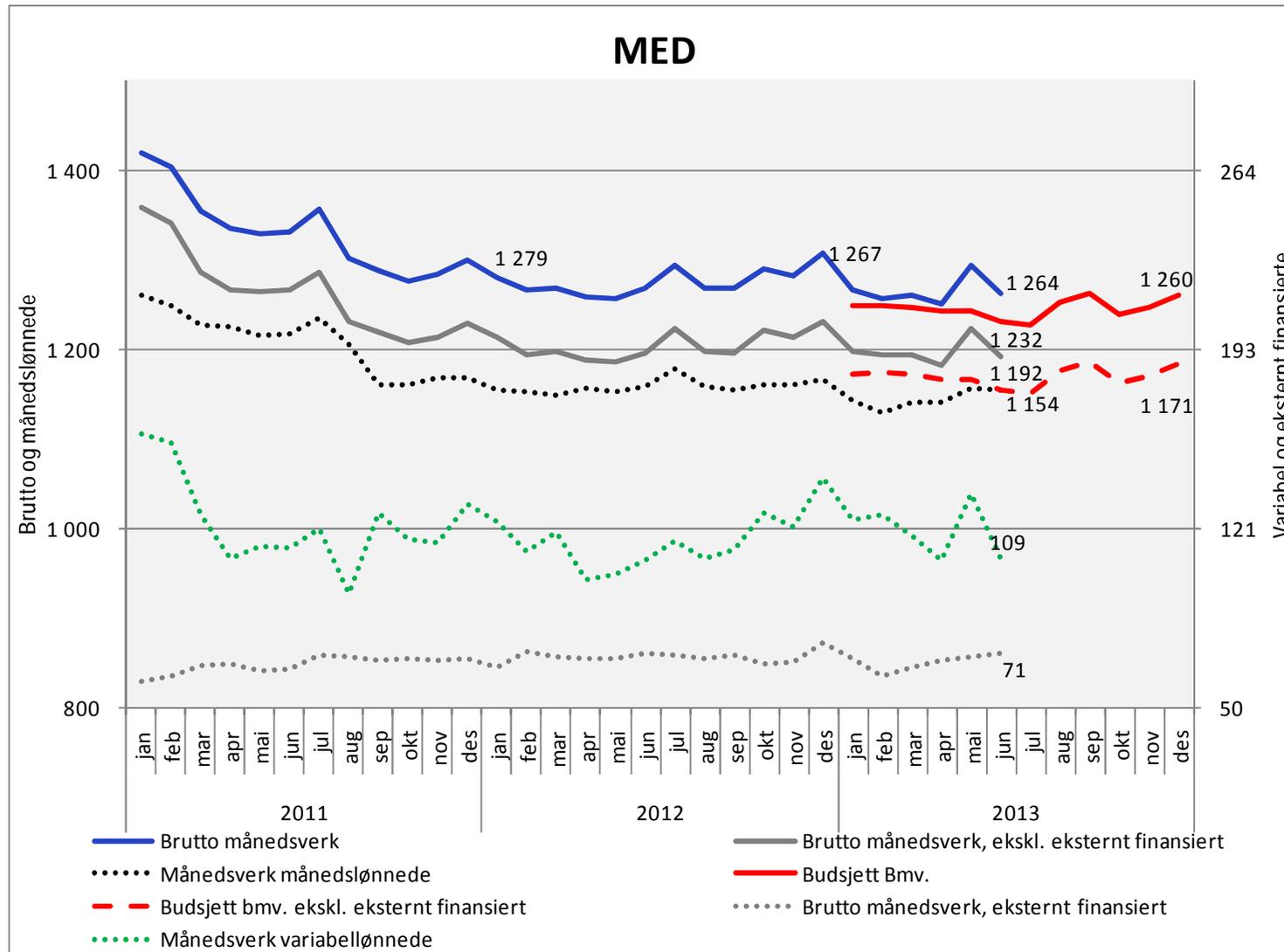
4.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

(1) Administrasjon/Ledelse	2 934	2 738	196	2 942	2 743	199	2 919	2 741	178	6,5 %	-6	-0,2 %	-6	-0,2 %	17,1 %	17,2 %	-0,3 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 476	1 417	59	1 472	1 416	56	1 464	1 413	51	3,6 %	13	0,9 %	13	0,9 %	8,6 %	8,7 %	-1,5 %
(3) Leger	2 274	2 265	9	2 304	2 212	92	2 268	2 255	13	0,6 %	24	1,0 %	24	1,1 %	13,3 %	13,3 %	0,1 %
(3a) Overleger	1 401	-	-	1 405	-	-	1 391	-	-	-	23	1,6 %	23	1,7 %	8,2 %	8,1 %	0,7 %
(3b) LIS-leger	837	-	-	864	-	-	843	-	-	-	2	0,2 %	2	0,2 %	4,9 %	5,0 %	-0,7 %
(3c) Turnusleger	36	-	-	36	-	-	34	-	-	-	-1	-2,7 %	-1	-2,8 %	0,2 %	0,2 %	-2,3 %
(4) Psykologer	253	241	11	252	245	7	252	242	10	4,1 %	-1	-0,4 %	-1	-0,4 %	1,5 %	1,5 %	0,4 %
(5) Sykepleier	5 482	5 510	-28	5 487	5 520	-33	5 473	5 507	-34	-0,6 %	48	0,9 %	48	0,9 %	32,1 %	31,9 %	0,5 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	579	601	-23	577	595	-18	579	595	-16	-2,7 %	-34	-6,0 %	-34	-6,0 %	3,4 %	3,6 %	-4,9 %
(7) Diagnostisk personell	1 348	1 343	5	1 369	1 341	28	1 343	1 341	2	0,1 %	19	1,4 %	19	1,4 %	7,9 %	7,9 %	0,2 %
(8) Apotekstillinger	2	2	-0	3	2	1	2	2	0	4,5 %	-0	-2,8 %	-0	-3,9 %	0,0 %	0,0 %	-36,4 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 442	1 389	53	1 488	1 379	109	1 459	1 393	67	4,8 %	36	2,4 %	36	2,5 %	8,6 %	8,5 %	1,0 %
(10) Ambulansepersonell	465	490	-25	470	493	-23	466	493	-26	-5,3 %	18	3,8 %	18	3,8 %	2,7 %	2,6 %	3,5 %
(11) Forskning	796	886	-90	796	882	-86	791	885	-94	-10,6 %	4	0,5 %	4	0,5 %	4,6 %	4,6 %	-0,1 %
(99) Ukjente	40	-	-	20	-	-	45	-	-	-	1	3,0 %	1	1,3 %	0,3 %	0,3 %	1,3 %
SUM	17 089	16 883	206	17 179	16 825	355	17 062	16 866	197	1,2 %	238	1,4 %	121	0,7 %	100 %	100,0 %	0,0 %

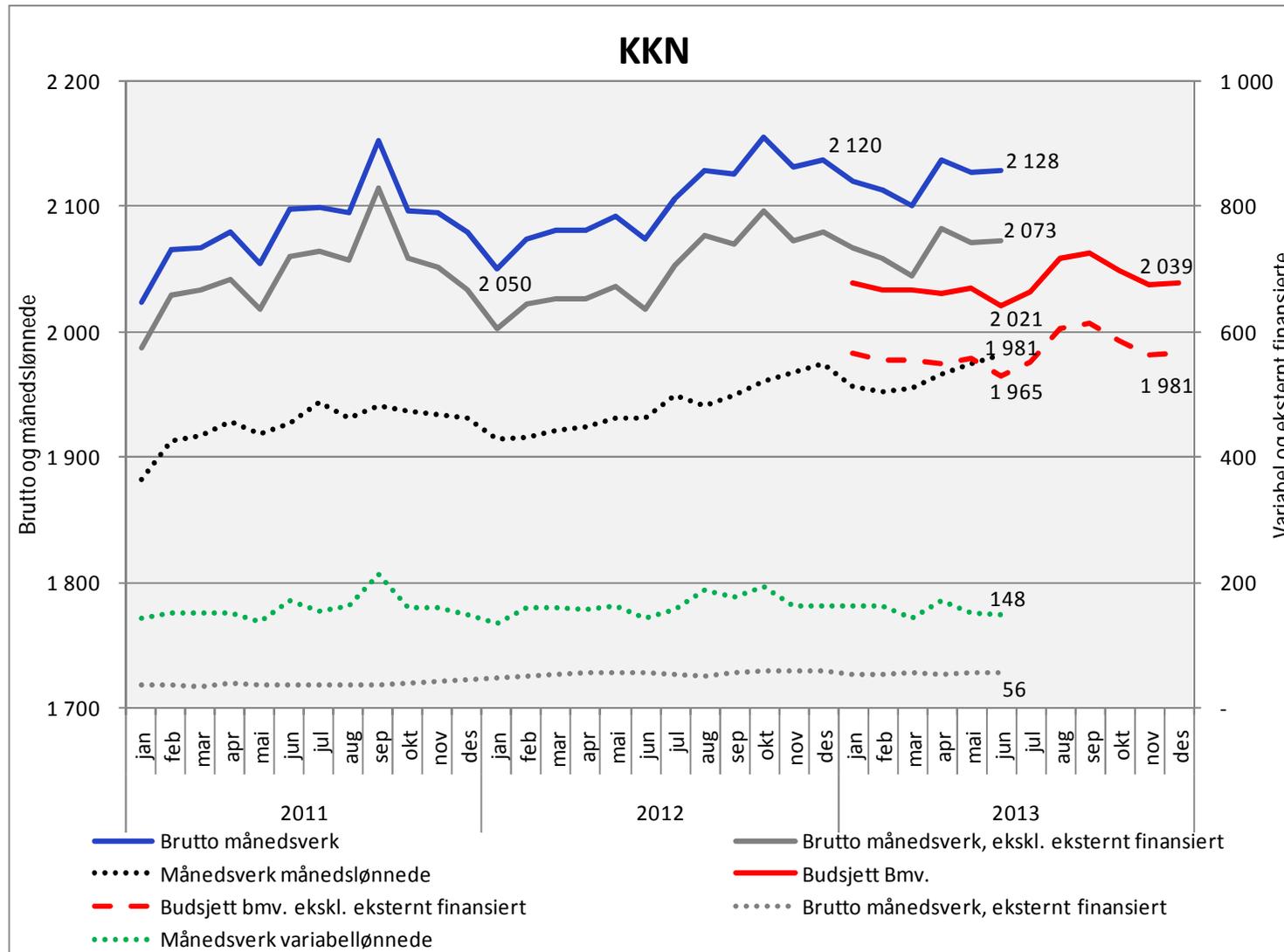
4.4 Bemanningsutvikling PHA



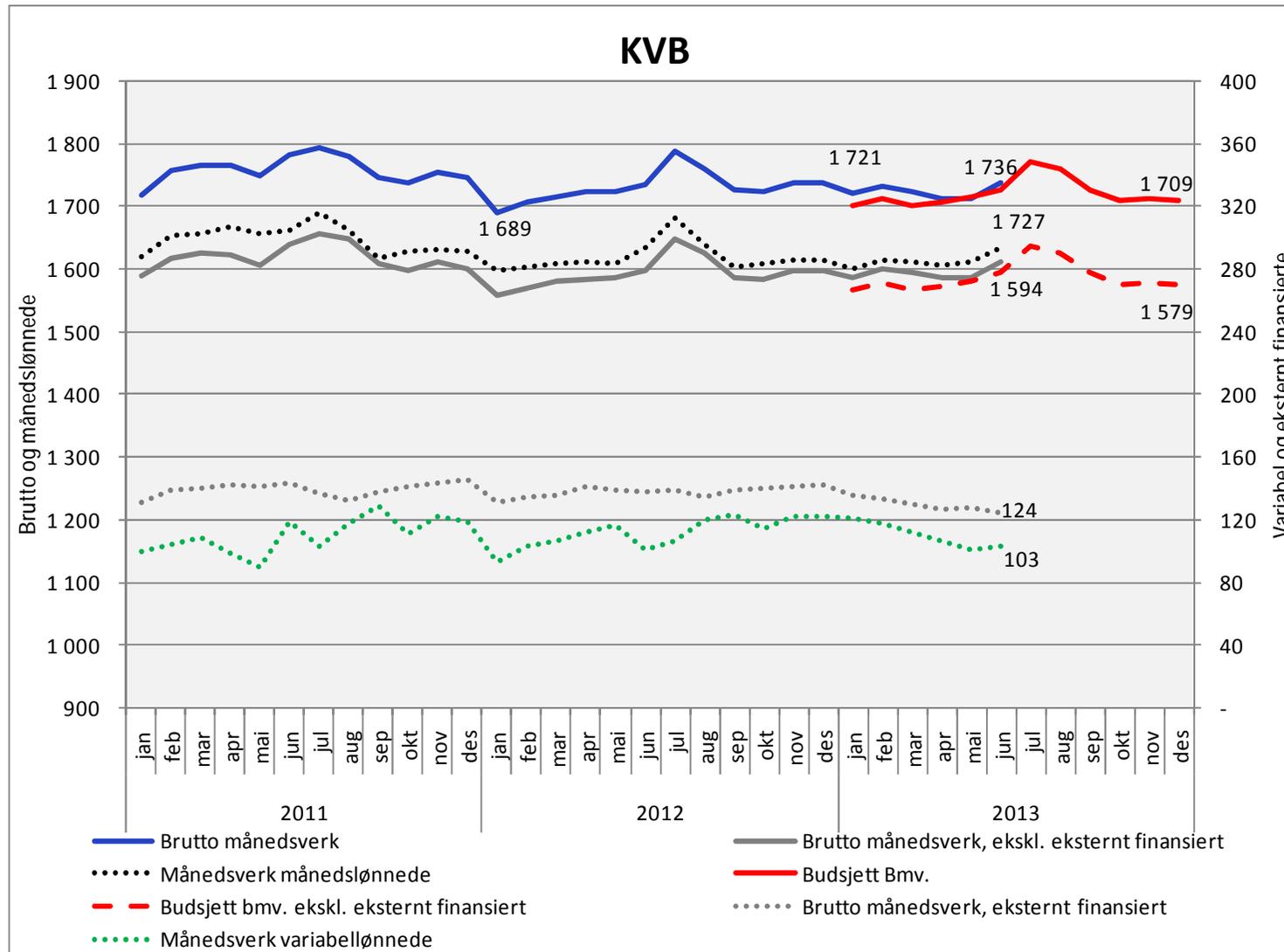
4.4 Bemanningsutvikling MED



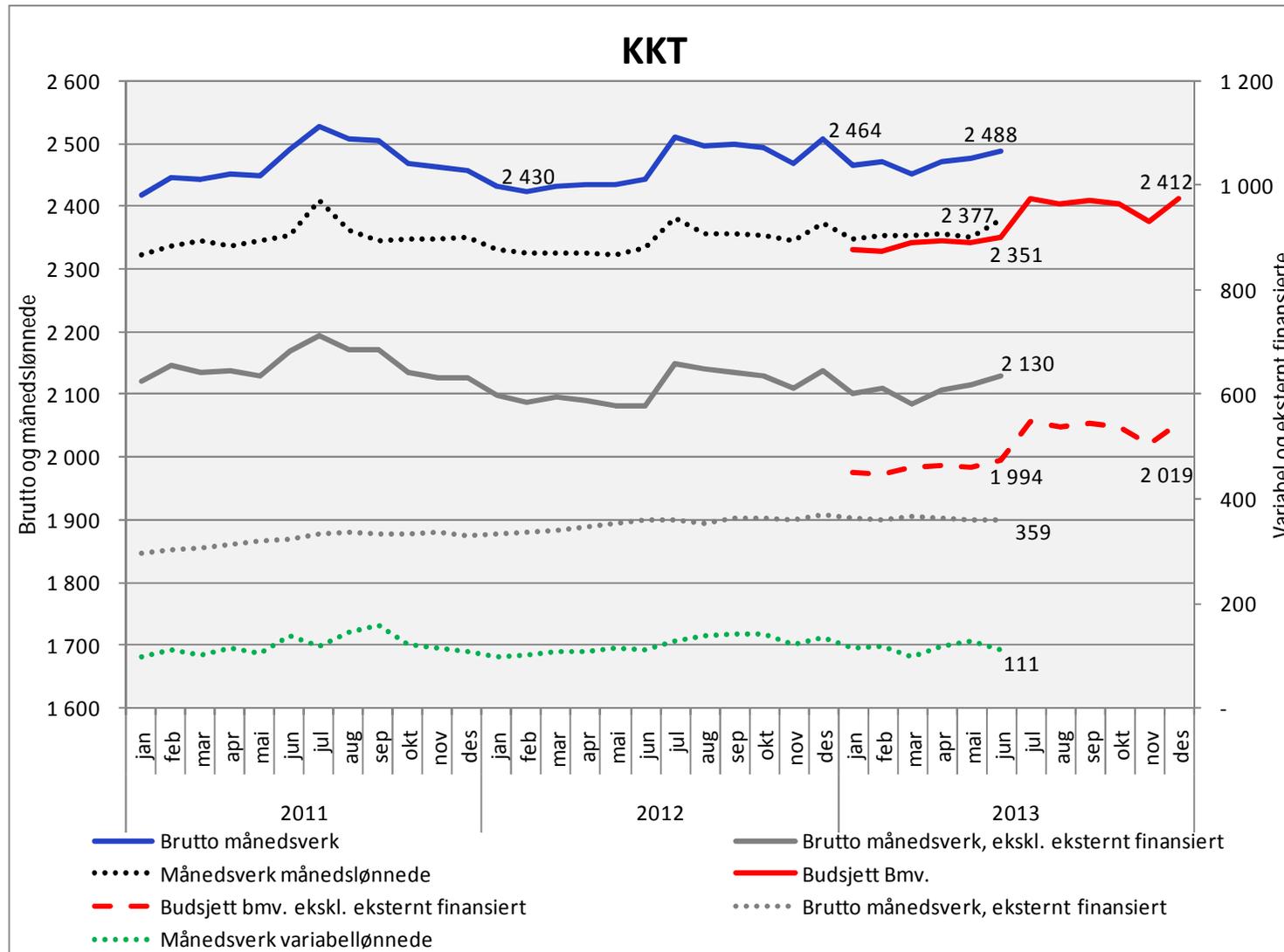
4.4 Bemanningsutvikling KKN



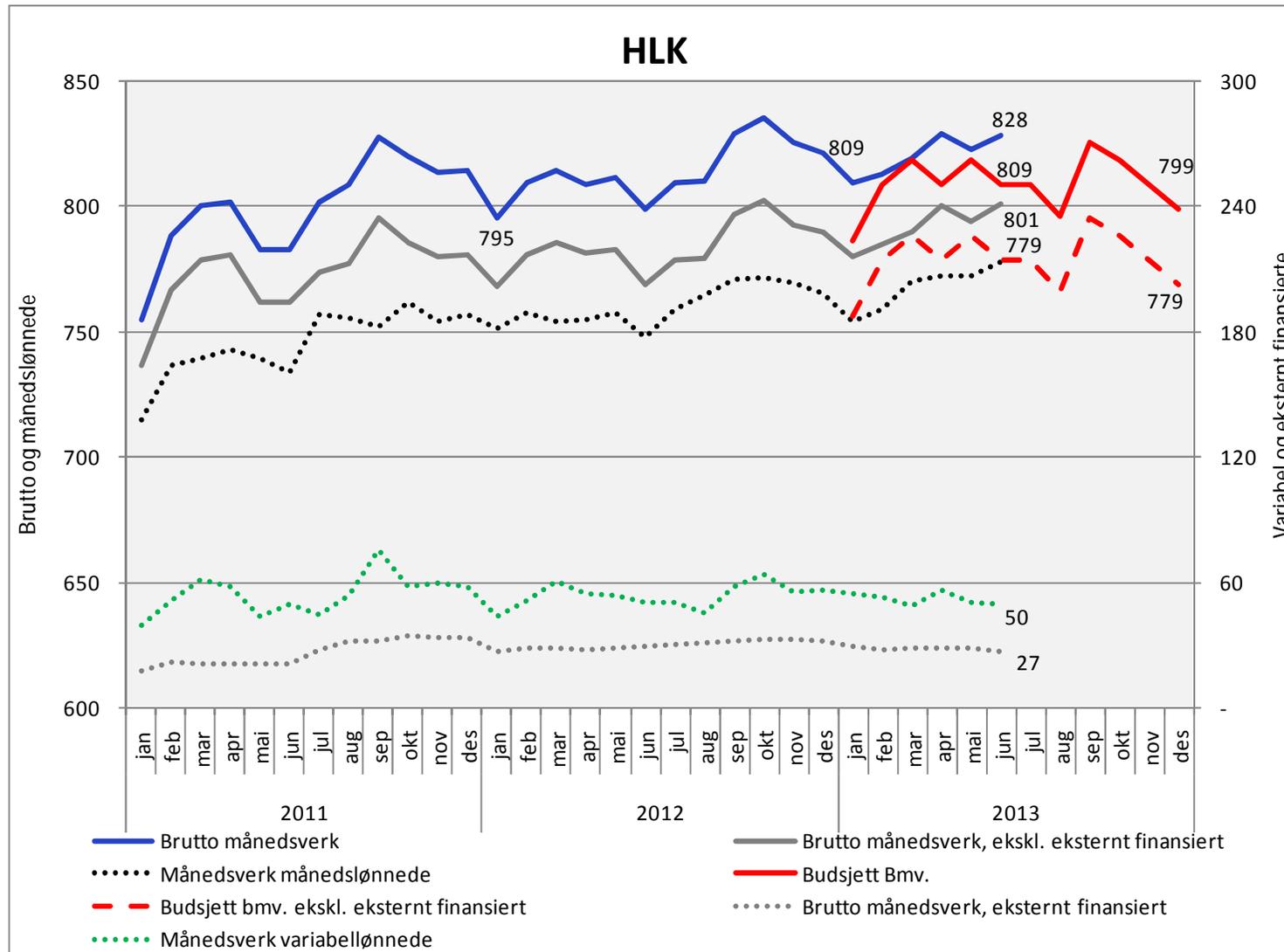
4.4 Bemanningsutvikling KVB



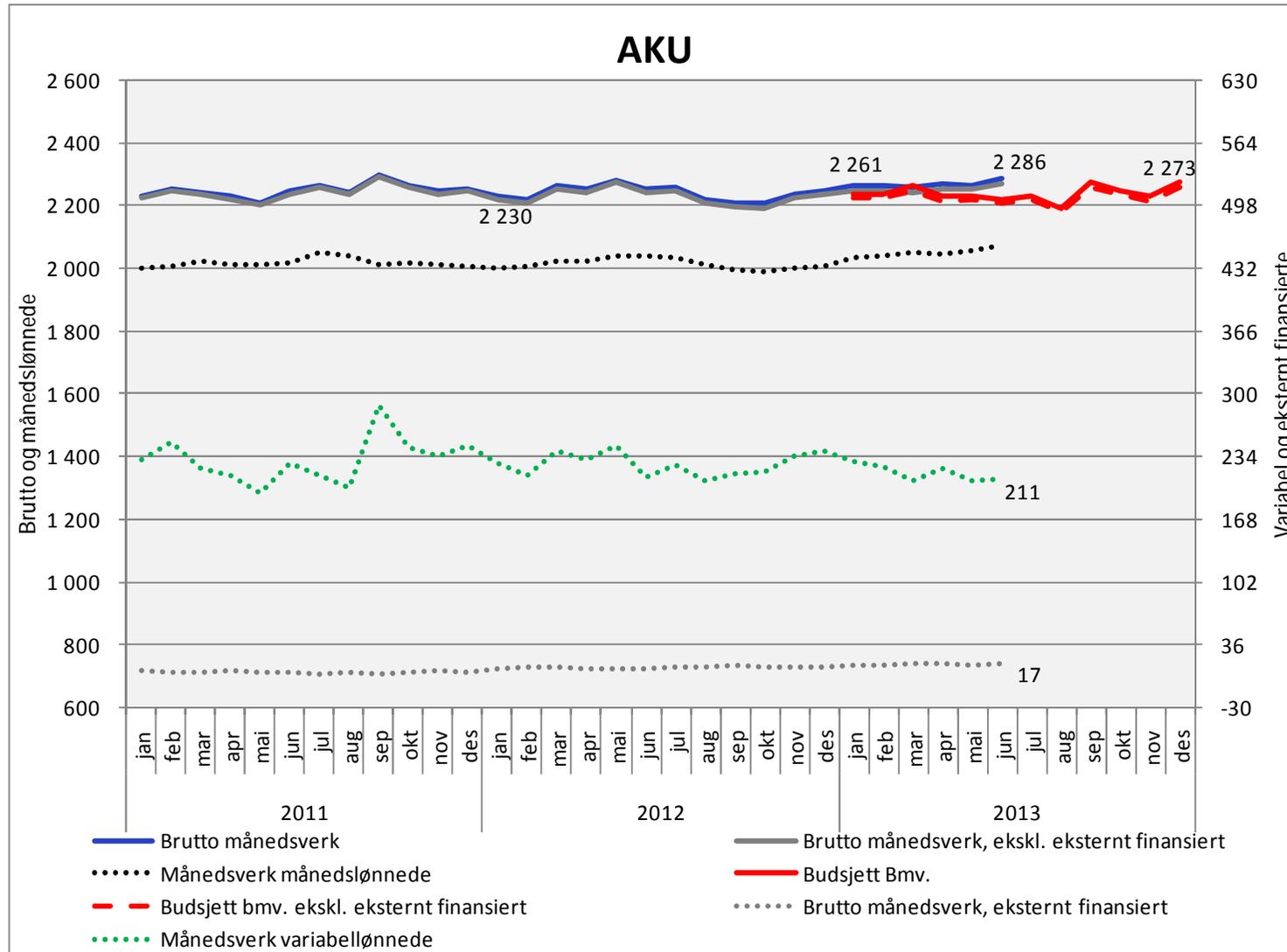
4.4 Bemanningsutvikling KKT



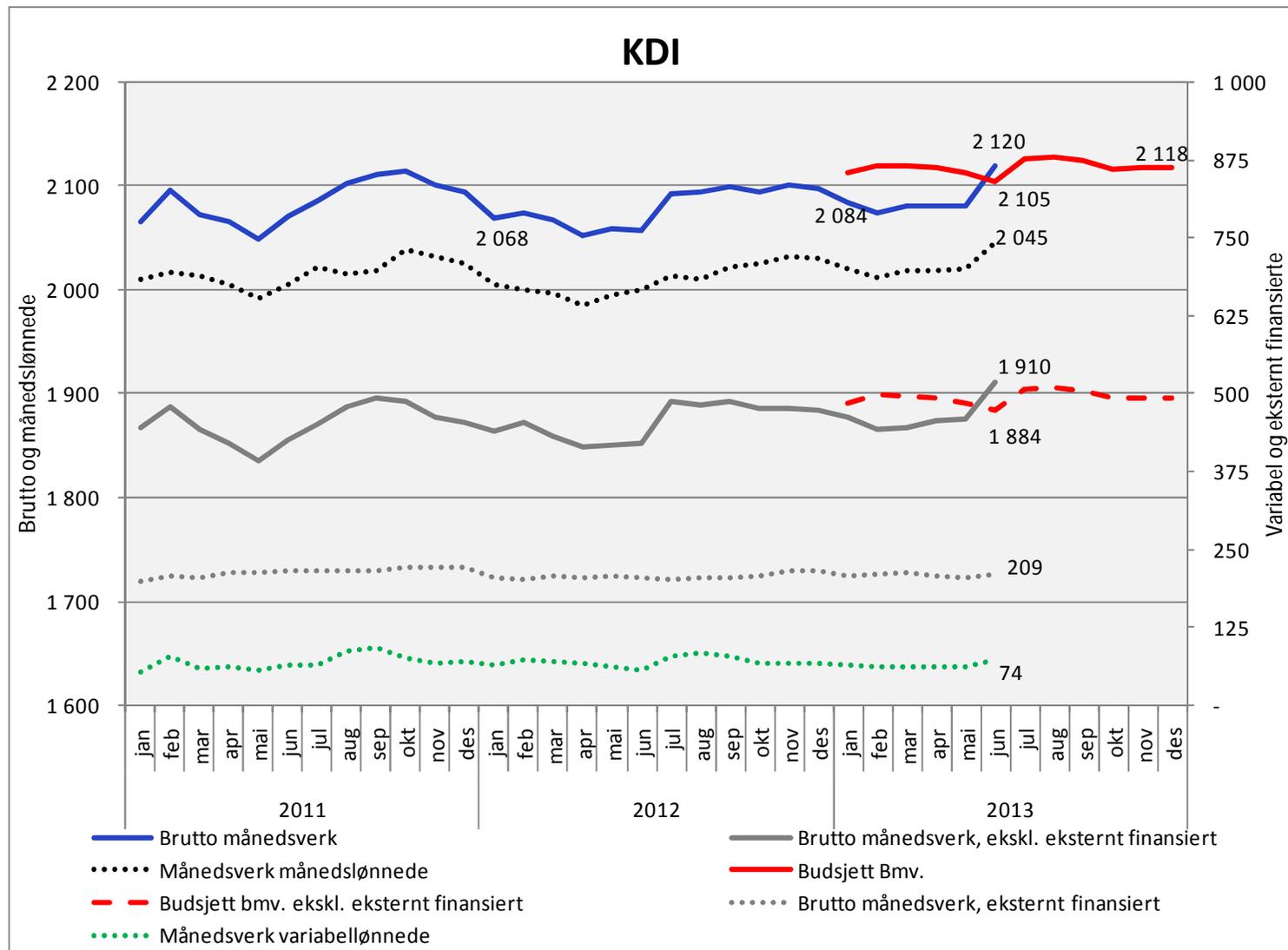
4.4 Bemanningsutvikling HLK



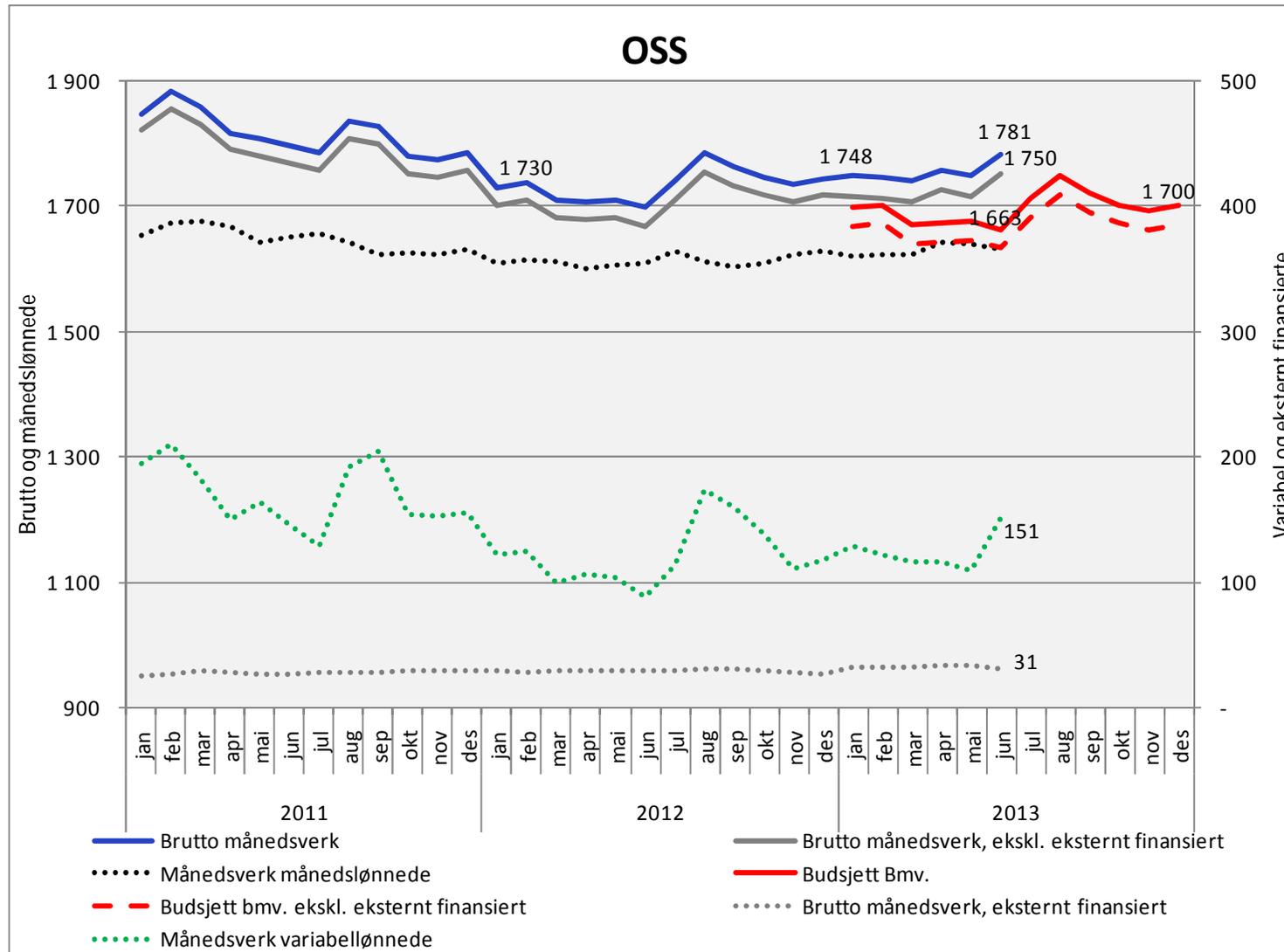
4.4 Bemanningsutvikling Akutt



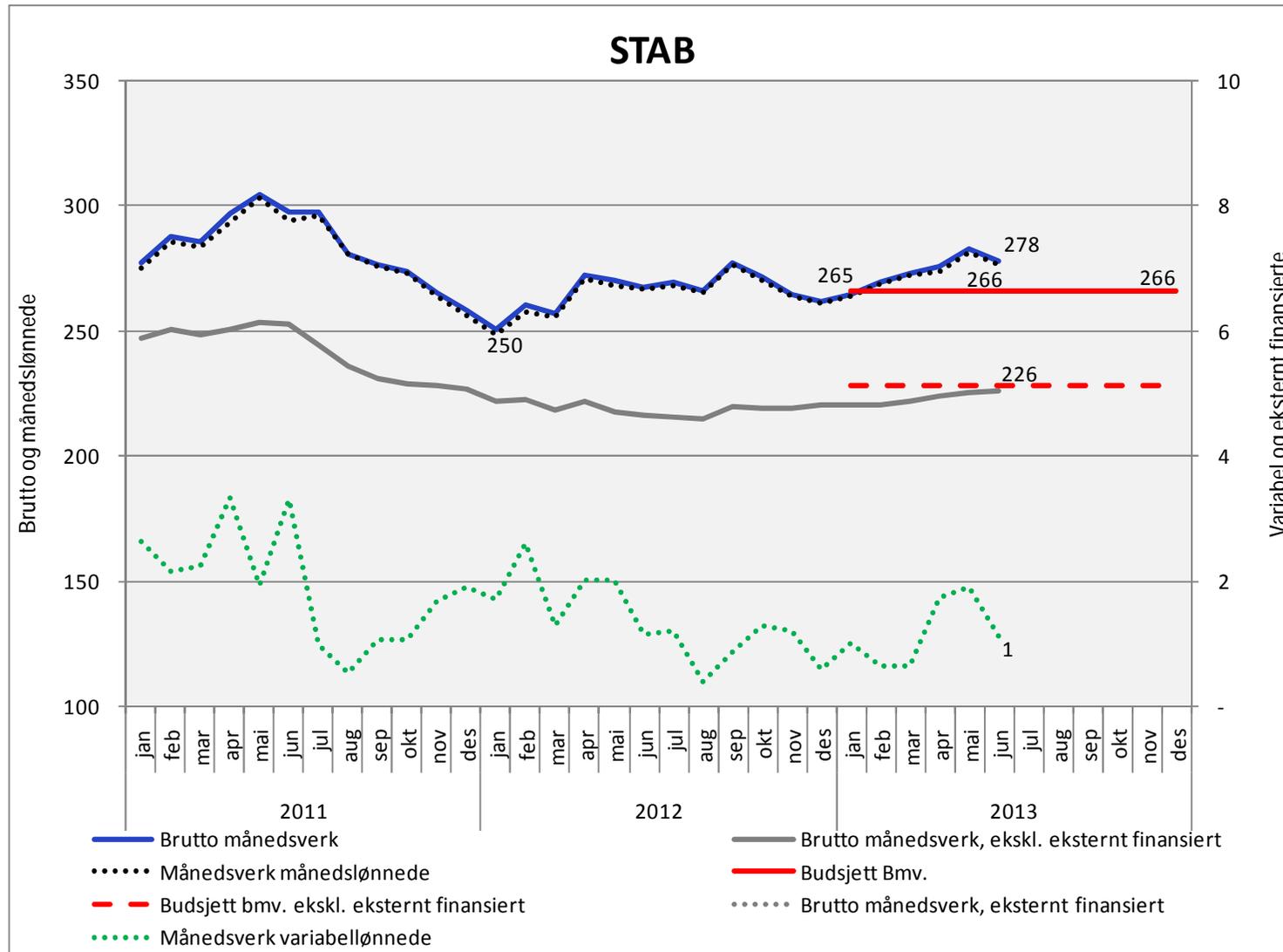
4.4 Bemanningsutvikling KDI



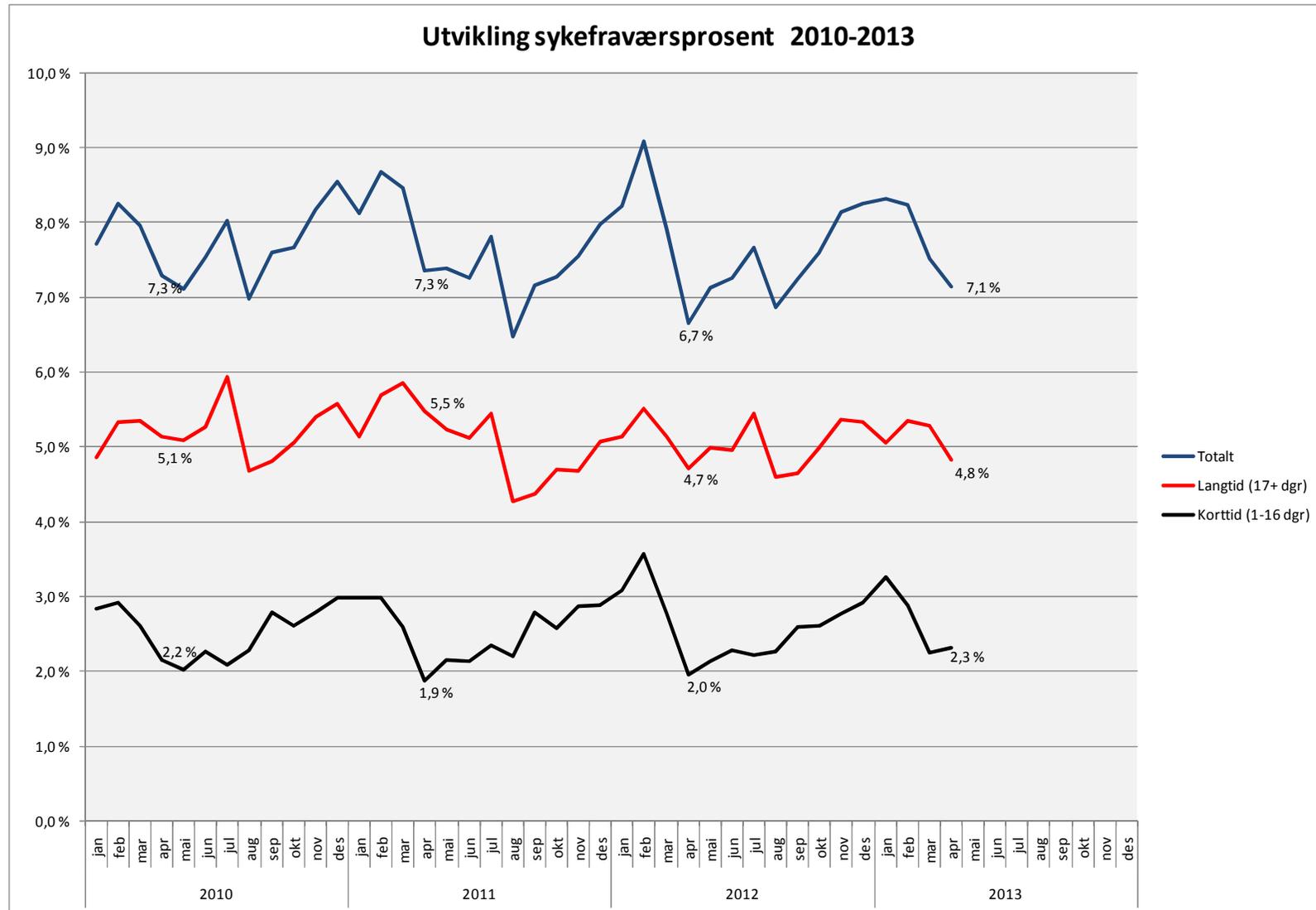
4.4 Bemanningsutvikling OSS



4.4 Bemanningsutvikling STAB



4.5 Sykefravær



4.6 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per april 2012

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

Sykefraværslengde per april 2013

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



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: 27. juni 2013

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: Ingen

SAK 38/2013: BUDSJETT 2014

Forslag til vedtak:

- 1. Styret gir sin tilslutning til strategien for utarbeidelse av budsjett 2014.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinsk teknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2014.*
- 3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å planlegge og inngå investeringsforpliktelser i eiendom innenfor en samlet beløp på 100 millioner kroner av investeringsrammen for 2014.*

Oslo den 20. juni 2013

Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING

Denne saken gir en oppdatert status for behandling av økonomisk langtidsplan i Helse Sør-Øst RHF. Styrepapirer ble sendt ut fra administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF den 14. juni og møtet avholdes den 20. juni. Styret i Oslo universitetssykehus HF vil på møtet den 27. juni bli forelagt eventuelle endringer fra behandlingen i Helse Sør-Øst RHF styre.

I denne saken blir styret også presentert et forslag til Oslo universitetssykehus HF strategi for utarbeidelse av budsjett 2014. For å sikre gjennomføring av investeringer i 2014 foreslås det fullmakter til administrerende direktør for å kunne inngå forpliktelser knyttet til investeringsrammen for 2014. I saken inngår også en timeplan for når styret får forelagt innholdet i budsjett 2014 til realitetsvurdering.

2. TIDLIGERE VEDTAK

Den 25. april ble styret forelagt sak 26-2013 Økonomisk langtidsplan 2014-2017 til beslutning. Som del av behandlingen av denne styresaken ble det fattet følgende vedtak i saken:

- 1. Styret slutter seg til at forslaget til økonomisk langtidsplan oversendes Helse Sør-Øst RHF, men konstaterer samtidig at kravet til resultatforbedring i 2014 er krevende.*
- 2. Styret ber administrerende direktør innlede en dialog med Helse Sør-Øst RHF om opplæringskostnader i 2014 ved innføring av regional elektronisk pasientjournal basert på DIPS.*
- 3. Det er fortsatt en utfordring å gjennomføre driften slik at det oppnås en bærekraftig økonomisk utvikling de neste årene. Styret ber administrerende direktør om kontinuerlig å arbeide med effektivisering av driften for å redusere risikoen knyttet til gjennomføringen av Økonomisk langtidsplan.*

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Det er administrerende direktørs vurdering at arbeidet med budsjett 2014 blir krevende, både innenfor drift og investeringer. Budsjettforutsetningene innebærer et betydelig krav til effektivisering av driften og administrerende direktør vil derfor arbeide for å få en tydeligere struktur for vurdering og oppfølging av hvordan driften i de ulike virksomhetene i Oslo universitetssykehus HF gjennomføres.

Oslo universitetssykehus arbeider det neste året med en idéfase for eiendomsutviklingen. Det er lang tid til nye eller totalrenoverte bygg vil kunne tas i bruk og tilstanden i store deler av dagens bygningsmasse er ikke tilfredsstillende. Det er derfor et behov for å gjennomføre betydelige investeringer for å sikre

forsvarlig pasientbehandling frem til nye eller renoverte bygg kan tas i bruk. På dette tidspunkt vurderes rammen til slike investeringer som svært knapp og det må gjøres krevende prioriteringer innenfor dette området.

Det er imidlertid viktig å ha trykk på både anskaffelser av medisinsk teknisk utstyr og investeringer i eiendom. Det tar tid å forberede anskaffelser og igangsetting av byggprosjekter. Administrerende direktør ber derfor om fullmakt både til å inngå avtaler om investeringer i medisinsk teknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2014 og til å planlegge og inngå investeringsforpliktelse i eiendom innenfor en samlet beløp på 100 millioner kroner av investeringsrammen for 2014.

4. FAKTADEL

a. Oppfølging av styrevedtak fra behandling av ØLP

Det er etter leveranse av økonomisk langtidsplan 2014-2017 til Helse Sør-Øst RHF gjennomført dialogmøter mellom administrasjonen i Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF. Det er i hovedsak tre tema som er blitt behandlet.

Opplæringskostnader ved implementering av felles PAS/EPJ

Se kapittel 2 og styrets vedtak nummer 2. Som del av innføring av felles PAS/EPJ er det beregnet et budsjett på 120 mill kroner til opplæring av om lag 12 500 brukere. Oslo universitetssykehus HF har hatt dialog med Helse Sør-Øst RHF om håndtering av dette i budsjettet for 2014. Det har også blitt ført dialog med revisor om hvorvidt alt eller deler av opplæringskostnadene kan aktiveres. Tilbakemeldingen på dette har imidlertid vært at disse utgiftene må kostnadsføres, og dette legges til grunn i den videre planleggingen av budsjettet for 2014.

Planlagt aktivitetsvekst

For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble det levert et forslag om nullvekst i aktivitet fra 2013 til 2014. Dette var begrunnet med at budsjettforutsetningene er så vidt innskjerpet at det ikke kan påregnes vekst i aktiviteten ved Oslo universitetssykehus HF. Eventuell vekst innenfor disse fagområdene i Helse Sør-Øst RHF må finne sted i andre sykehusområder i regionen.

For somatikk ble det levert et forslag om 1,5 pst vekst i antall DRG-poeng fra budsjett 2013 til budsjett 2014.

Helse Sør-Øst RHF har i de administrative møtene foreløpig akseptert dette som våre planleggingstall for 2014 budsjettet, men påpeker at føringene fra statsbudsjettet og Helse Sør-Øst RHF sin oppfølging av dette kan endre disse forutsetningene.

Investeringsnivået for 2014

Oslo universitetssykehus HF leverte et budsjett på 400 mill kroner knyttet til nødvendige tiltak innen eiendom for å lukke avvik fra tilsyn og gjennomføre nødvendige infrastrukturtiltak. Etter at dette ble levert inn er en blitt kjent med nye behov knyttet til infrastruktur for IKT. Det har vært avholdt eget møte mellom

Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF der nivået på investeringer for 2014 er blitt vurdert.

b. Nye forutsetninger for budsjett 2014 etter behandling av ØLP

Styresak 053-2013 Økonomisk langtidsplan 2014-2017 i Helse Sør-Øst RHF foreligger nå og skal behandles i møte den 20. juni.

Av styresaken fremgår ingen konkrete vedtak om aktivitetsnivå, driftbudsjett eller investeringsnivå for Oslo universitetssykehus HF for 2014. I saken er det gitt en omtale av bygningsmessig vedlikeholdsbehov i regionen. I denne sammenheng fremgår følgende tekst:

”Ved Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF Drammen sykehus, gjøres en løpende vurdering av vedlikeholdsbehovet som ikke lar seg håndtere innenfor foretakets egen likviditet grunnet svak resultatutvikling. For budsjett 2013 ble det bevilget 100 millioner kroner til Oslo universitetssykehus HF, og 87 millioner kroner til Vestre Viken HF. Inn mot budsjett 2014 vil det bli foretatt en vurdering av behov og mulighet for å reservere av likviditet også for 2014. Dette må sees som en midlertidig finansiell løsning, som vil fases ut i takt med bedret resultatutvikling.”

Oslo universitetssykehus HF følger opp innholdet i dette budsjettet med Helse Sør-Øst RHF inn mot endelig budsjett 2014.

c. Vurderinger av økonomiske forutsetninger for klinikkene som forberedelse til budsjett 2014

I forbindelse med arbeidet med Økonomisk langtidsplan ble klinikkene i Oslo universitetssykehus HF tildelt foreløpige planleggingsrammer for 2014. Det arbeides nå med ny vurdering av totalbudsjettet for 2014. I denne sammenheng arbeides det med justerte inntekts- og kostnadsrammer som klinikkene kan legge til grunn for planlegging av driften i 2014.

De viktigste områdene som vurderes er følgende:

- Totalt IKT-budsjett var estimert til om lag 1 milliard kroner da økonomisk langtidsplan 2014-2017 ble behandlet. Sykehuspartner kom imidlertid med nye anslag i slutfasen av dette arbeidet. Det pågår nå et arbeid med å kvalitetssikre budsjettet for 2014.
- ISF og DRG-vektene for 2014 er fremdeles under utarbeidelse. En foreløpig vurdering fra Helsedirektoratet er at vektene for Oslo universitetssykehus vil bli noe bedret. Helsedirektoratets vurdering inneholder ikke implikasjoner av logikkendringer og det er fremdeles for tidlig å si hva sluttresultatet vil bli.
- Det gjøres en vurdering av særskilte behov knyttet til medisinsk utvikling, utvikling av bygg mv.

Klinikkene vil bli meddelt justerte planleggingsforutsetninger for 2014 før sommeren.

d. Arbeidet med kostnadsreduserende tiltak i budsjett 2014

Ledermøtet i Oslo universitetssykehus har vurdert og behandlet sak om gjennomgående tiltak og prinsipper for utarbeidelse av budsjett 2014. Det er under

denne behandling foreslått og vedtatt følgende områder for særskilt oppfølging i 2014. Disse er:

Driftsområder:

- Normering bemanning sengeposter og størrelse sengeposter
- Effektivitet knyttet til operasjonsaktivitet
- Effektivitet poliklinikker
- Samlokaliseringer (synliggjøre mulighetsområdet)

Ressursbruk - arbeidsgiverrollen

- Tydeliggjøring av lederansvaret og særskilt leder-/arbeidsgiverrollen for fastsettelse av arbeidstid og reduksjon av brudd på arbeidstidsbestemmelsene (opplæring)
- Fastsette legebemanning/tjenesteplaner ut fra behov (i samarbeid m/MHU) og avkreve systematisk avstemt og oppdatert dokumentasjon for utbetaling av lønn til alle medarbeidere
- Bedre kunnskapsgrunnlaget og gjennomføring av ressursplanlegging (BRASSE/GAT)
- Tydeligere oppfølging av klinikkens bemanningsstyring, inkl variabel lønn og innleie (oppfølgingsmøter/Innsatsgruppe/ lokale stillingsutvalg)
- Styrke sentral rekrutteringsfunksjon – sikre rett kompetanse til riktig tid (unngå kostbar innleie etc.)

Annet:

- Resultatdialogen dreies mot oppfølging av endringsarbeid på avdelings- og seksjonsnivå
- Økonomistabene i klinikk setter av ressurser til en egen gjennomgang av alle innkjøpskostnader
- Økonomistabene bistår i måling og oppfølging av de prioriterte områdene innen drift og ressursbruk
- Deler av investeringsmidlene prioriteres ut fra avkastningskrav

Administrerende direktør har i denne sammenheng også skissert noen overordnede prinsipper for omstillingsarbeidet:

- Alle enheter (poster, seksjoner mv) må jobbe med effektivisering av virksomheten og alle enheter skal ha tiltak på tiltakslistene.
- Områdene det skal arbeides med styres ovenfra etter forutgående prosess i ledergruppen. Linjen får ansvar for å levere. Alle enheter forutsettes å gjennomføre det som besluttes i sykehusledelsen.

Det skal foreligge avstemte budsjetter på alle nivåer på starten av 2014

e. Investeringer – Inngåelse av forpliktelser i 2014 budsjettet

Planlegging, utlysning og gjennomføring av investeringer i både medisinsk teknisk utstyr og eiendom er tidkrevende. Det er derfor viktig å få på plass en god og forutsigbar prosess slik at anskaffelser og utbedringer som blir budsjettet for 2014 lar seg gjennomføre i praksis. Dette krevet at administrerende direktør allerede nå kan forplikte sykehuset innenfor 2014 investeringsrammen.

Styret i Oslo universitetssykehus HF ble i 2012 (sak 63/2012 og 74/2012) orientert om den tilstand medisinsk -teknisk utstyr (MTU) ved Oslo universitetssykehus HF befinner seg i. Med mål om å stanse opp aldringsprosessen av utstyrsparken og over tid redusere gjennomsnittelig alder, ga styret administrerende direktør i oppdrag å forberede en plan for å gjennomføre årlige investeringer i medisinsk teknisk utstyr i størrelsen 350 millioner kroner per år i perioden 2013-2015. Utstyrsanskaffelser er tidkrevende å gjennomføre. For å oppnå et investeringsnivå på 350 mill kroner i 2014 bør administrerende direktør i 2013 kunne gjennomføre enkelte bestillinger for leveranse i 2014. Det vil særlig være behov for å kunne foreta bestillinger av utstyr som er brutt sammen og som må erstattes så raskt som mulig. Erfaringene er at anskaffelse av enkelte enheter av medisinsk-teknisk utstyr kan ta om lag ett år.

Eiendomsinvesteringer til utbedringer av infrastruktur og mangler avdekket i tilsyn planlegges nå for kommende år. I 2013 er dette budsjettet fastsatt til 160 mill kroner. Oslo universitetssykehus HF har meldt behov for et betydelig høyere budsjett for 2014. Endelig omfang er på dette tidspunkt ikke avklart med Helse Sør-Øst RHF. For å kunne planlegge og få den nødvendige kontinuitet i dette arbeidet bør administrerende direktør i inneværende år kunne forplikte sykehuset med om lag 100 mill kroner innenfor 2014 investeringsrammen til eiendomsinvesteringer.

f. Tidsplan

Det foreslås følgende opplegg for behandling av budsjett 2014:

Styremøte 26. september: Utdypning av arbeidet med kostnadsreducerende tiltak som skal gjennomføres for å sikre en høyere driftseffektivitet i 2014. Til dette møtet blir det primært redegjort for administrerende direktørs valg om organisering av dette arbeidet på sykehusnivå og stabenes arbeid for å sikre gjennomføring på hele sykehuset.

Styremøte 31. oktober: Klinikkenes planer for gjennomføring av budsjett 2014 innenfor tildelte økonomiske rammer.

Styremøte 19. desember: Forslag til vedtak om investerings- aktivitets- og driftsbudsjett.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 27. juni 2013

Saksbehandler: Viseadm. direktør medisin, helsefag og utvikling

Vedlegg: 1. Tidsplan bygg 3 Ullevål
2. Tiltaksplan bygg 3 Ullevål

SAK 39/2013 OPPGRADERING OG VEDLIKEHOLDSPLAN BYGG 3, ULLEVÅL SYKEHUS

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tilslutter seg planen for utbedring og oppgraderinger i bygg 3 ved Ullevål sykehus slik at pasientdrift kan opprettholdes frem til eventuelle nye pasientbygg er på plass.*
- 2. Planen som er utarbeidet forutsetter et rokaideareal og administrerende direktør ber om fullmakt fra styret til å etablere en løsning som omfatter et samarbeid med fagmiljøer utenfor Oslo universitetssykehus.*

Oslo, den 20. juni 2013

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Det foreligger en rekke tilsynsavvik i bygg 3 ved Ullevål sykehus knyttet til arbeidsmiljø, elektro og brann. I tillegg er det også byggtekniske utfordringer ved grunnfundamenteringen som gjør at bygget synker og har behov for både overvåkning og stabilisering. Det pågår nå et idéfasearbeid knyttet til nytt sykehus, men det vil ta tid før nye bygg vil være på plass og kan erstatte eksisterende bygningsmasse. Dette betyr at det er behov for omfattende rehabilitering av bygg 3 ved Ullevål sykehus og det foreligger nå en flerårig totalrehabiliteringsplan for bygget. En gjennomføring av denne vil være belastende både for driften, pasientene og ikke minst personalet som arbeider der. Forutsetningen for gjennomføring av planen er at det etableres et egnet rocade-/bufferareal for virksomheten i Medisinsk klinikk. Da det ikke er tilgjengelige lokaler for bufferareal knyttet til sengedrift i sykehusets egen bygningsmasse utløser dette et behov for å finne andre løsninger. Dette innbefatter behov for samarbeid med fagmiljøer utenfor Oslo universitetssykehus.

2. Tidligere vedtak i styret på saken

Oppgradering og vedlikeholdsplan for bygg 3, Ullevål, ved Oslo universitetssykehus har tidligere vært omtalt i styresakene 6/2012 og 23/2012.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør ser behovet for omfattende vedlikeholdstiltak i bygg 3 ved Ullevål sykehus i flere år fremover, og mener at det har vært arbeidet godt med utredning av ulike alternativer og planlegging for å sikre dette.

Administrerende direktør konstaterer at vedlikeholdstiltakene ikke lar seg gjennomføre uten at det etableres egnet rocadeareal for sengedrift for Medisinsk klinikk. Når dette ikke lar seg løse innen sykehusets egen bygningsmasse er det nødvendig å søke andre løsninger, og på denne bakgrunn ønsker administrerende direktør nå å gå i dialog med fagmiljøer utenfor Oslo universitetssykehus. Dette er nødvendig for å opprettholde både fremdrift knyttet til lukking av tilsynsavvik og en forsvarlig drift frem til nye pasientbygg kan være på plass.

Administrerende direktør ber derfor styret om fullmakt til å gå i dialog med nærliggende sykehus, først om fremst Lovisenberg sykehus som har ledig kapasitet, om etablering av løsninger som sikrer tilstrekkelig areal og kapasitet for å kunne gjennomføre byggeprosjektene i Medisinsk klinikk.

4. Faktabeskrivelse

Behov for totalrehabilitering

Bygg 3 ved Ullevål sykehus, medisinsk bygg, er et av Ullevåls eldste bygg og er vel 100 år. Det foreligger en rekke tilsynsavvik i bygget knyttet til arbeidsmiljø, elektro og brann. Risikomessig er bygg 3 ved Ullevål det enkeltbygget i Helse Sør-Øst med størst risiko knyttet til brann (spredningsfare og

rømningsmuligheter). Gitt føringer for prioritering av tiltak for lukking av avvik i bygg som er sentrale for klinisk virksomhet, har gjennomføring av tiltak i dette bygg i første omgang vært rettet mot rom med døgnpasienter, rømningsveier, sprinkling av loft for å hindre spredning av en eventuell brann, samt brannseksjonering der dette er mulig. I tillegg er det også byggtekniske utfordringer ved grunnfundamenteringen som gjør at bygget synker og har behov for både overvåkning og stabilisering. Det er etablert en konstruktiv dialog med de ulike tilsynene, og dette skyldes i hovedsak at sykehuset kan vise til at det er utarbeidet en konkret plan for totalrehabilitering av bygget.

I arealutviklingsplanen som ble styrebehandlet den 29.03 2012, var det skissert en mulighet for erstatning av bygg 3 og 7 på Ullevål med et klinikkbygg som kunne stå ferdig i 2018. En kartlegging av tomten der bygget var tenkt plassert viste imidlertid det både ville være høy risiko knyttet til nyetablering av all infrastruktur som ligger i området per i dag og for driftsstans ved omlegging av infrastrukturen. I tillegg ville kostnadene for klargjøring av tomten komme opp mot 2 mrd NOK og det ville ta 6-7 år å klargjøre tomten.

Det pågår nå et idéfasearbeid knyttet til nytt sykehus, men det vil ta tid før nye bygg vil være på plass og kan erstatte eksisterende bygningsmasse. Dette gjør det derfor nødvendig å utbedre bygget slik at man muliggjør forsvarlig pasientdrift i bygget i et lengre tidsperspektiv. Et slikt arbeid er krevende og innebærer at man må totalrehabiliterer hele sengeposter av gangen, noe som igjen krever at man har et egnet sted for virksomheten i mellomtiden, et "rokade-/bufferareal". En flerårig rehabiliteringsplan foreligger og en gjennomføring av denne vil være belastende både for driften, pasientene og ikke minst personalet som arbeider der. I tillegg innebærer den et betydelig investeringsbehov med et foreløpig estimat på ca 90 mill NOK frem til 2018.

I tillegg til behovet for totalrehabilitering i hele bygget er det også to forhold som har oppstått i det siste som synliggjør de utfordringer man står overfor og som ytterligere viser at det er nødvendig med en plan som sikrer adekvat fremdrift i arbeidet med vedlikehold av bygget. Det ene forholdet er nye pålegg fra Arbeidstilsynet etter en befaring i Infeksjonsmedisinsk poliklinikk (u. etg i bygg 3) i slutten av april i år, som krever utbedring i løpet av sommeren.

Det andre forholdet er at deler av taket i et pasientrom i akuttgeriatrisk sengepost (1. etg i bygg 3) falt ned i slutten av april. Pasienten som befant seg i rommet ble ikke fysisk skadet og pasientrommet ble umiddelbart stengt. Befaring avdekket også at det i pasientrommet ved siden av var tydelig sprekk i taket. Dette pasientrommet ble også umiddelbart stengt. Det ble da tatt kontakt med Lovisenberg diakonale sykehus for å sikre at det fantes løsninger som umiddelbart kunne iverksettes dersom hele sengeposten måtte stenges, og det kom i denne forbindelse frem at Lovisenberg har tilgjengelig kapasitet til rokadeareal for en sengepost. Det er siden gjennomført befaring av teknisk personell i hele sengeposten og det er ikke funnet øvrige skader i taket i sengeposten. Skadene er nå under utbedring og det gjennomføres befaring av øvrige dekker og tak i resten av bygget for å sikre at lignende hendelser kan forebygges.

Arbeider som alt er utført i bygget

I forbindelse med overflytting av medisinsk virksomhet fra Aker i juni 2012 er det allerede gjennomført omfattende arbeider i bygg 3 på Ullevål. Arbeidet er gjennomført dels grunnet tiltak knyttet til omstilling/samlokalisering og dels som ivaretagelse av pålegg fra Arbeids- og branntilsyn. Utførte arbeider omfatter som følgende:

- Loft: Totalsprinkling av loftet. Nytt teknisk rom til UPS.
- 4. etasje: Tilrettelegging av arbeidsplasser med elektro og IKT samt nødvendig maling og flikkarbeid av kontorer og aktivitetsrom. Disse arbeidene har tilrettelagt for samlokalisering av fagområdene fysioterapi, ergoterapi, logopedi, sosionomtjeneste og ernæringsfysiologi.
- 3. etasje: Totalrenovert lungemedisinsk sengepost (post 1), hvilket har inkludert ny ventilasjon og sprinkling (arbeidsmiljø- & branntiltak). Tre kontorer er tilbakeført til sengerom, samt at et rom i tidligere dagpost er bygget om til et 3-sengs rom med bad (post 2). Hensikten med disse tiltak har vært å øke antall pasientplasser og derved tilrettelegge for flytting av Generell indremedisin fra Aker til Ullevål. Ombygging til større og bedre dialyseavdeling (post 3 + korridor) har vært utført som et eget prosjekt og har tilrettelagt for samlet dialyseaktivitet fra Ullevål og Aker.
- 2. etasje: Ombygging av kontorfløy til Hjertemedisinsk forskningslaboratorium. Etablering av ny operasjonsstue til ICD- og pacemakerinnleggelse og omrokking av arealer til ekkoaktivitet pågår som et eget prosjekt. Det tilrettelegges også med sprinkling (post 4), som forventes ferdig i uke 30.
- 1. etasje: Ombygging til ny medisinsk dagenhet i tidligere kontorfløy. Dette har tilrettelagt for samlokalisering av dagenheten fra Aker med enheten fra Ullevål som er flyttet ned fra 3. etasje. Videre er det etablert ny blodprøveenhet med 6 plasser og laboratoriefasiliteter, beliggende rett ved dagenheten. I inngangspartiet bygges det om til en driftseffektiv ventesone for pasienter som venter på transport.
- Underetasje: Maling/flikking og rundvask av lokalene, samt rensing av ventilasjonskanaler i kontorareal for infeksjonsmedisinsk personell (post 2). Rensing av ventilasjonskanaler, solavskjerming og utbedret fuktskade i infeksjonsmedisinsk poliklinikk (post 1). Ombygging av arkiv til kontorlandskap for personell som har flyttet fra Aker til Ullevål, med oppjustert ventilasjon og gode lysforhold. Garderobe til personell på infeksjonsmedisinsk sengepost og poliklinikk er totalrenovert.

I tillegg settes det opp solavskjerming og det oppgraderes samt tilrettelegges i diverse kontorer i hele bygget for å samle aktivitet og effektivisere drift. Til sammen har det påløpt 43 mill NOK for dette arbeidet.

Igangsett arbeid og videre planer

Det er bevilget vedlikeholdsinvesteringer til å brannsprinkle og renovere nyremedisinsk/gastromedisinsk sengepost i 3. etg. for ivaretagelse av påbud fra tilsynsmyndigheter. Dette arbeidet er nå i en forprosjektfase og det planlegges oppstart fra uke 26 (post 4) med forventet ferdigstilling over sommeren.

Videre planer avhenger at det etableres et rokaadeareal/ bufferareal slik at man får utbedret de øvrige sengepostene i bygget. Planene som er etablert er som følger:

2013:

- Oppgradere 2. og 3. etg, post 4, hhv område med ICD- og pacemakerstue og nyremedisinsk/gastromedisinsk sengepost. Dette gjennomføres i sommerperioden hvor det er redusert sengepostbehov, samt at isolatpost i KIS-bygget benyttes til gastromedisinsk sengepost.
- Etablere bufferareal for videre utbedringer av bygget.

2013 høst:

- Nyremedisinsk/gastromedisinsk sengepost flytter til bufferareal etter sommerperioden. Det er sent i prosjekteringsfasen avdekket større vedlikeholdsarbeid knyttet til ventilasjonen i 3.etg, post 4 enn først antatt. Konsekvensen av dette blir en noe lengre byggeperiode enn det som først var planlagt.
- Ferdigstille nyremedisinsk/gastromedisinsk sengepost og flytting tilbake til 3. etg, post 4.
- Oppstart prosjektering av oppgradering av hjertemedisinsk sengepost 2. etg, post 1.

2014 vår:

- Hjertemedisinsk sengepost flytter til bufferareal.
- Oppgradere hjertemedisinsk sengepost og flytting tilbake til 2. etg, post 1.
- Prosjektere oppgradering av infeksjonsmedisinsk sengepost 1. etg, post 1.

2014 høst

- Infeksjonsmedisinsk sengepost flytter til bufferareal.
- Oppgradere infeksjonsmedisinsk sengepost og flytting tilbake til 1. etg, post 1.
- Starte prosjektering av oppgradering av medisinsk intensiv og overvåkning (MIO) 1. etg, post 3 (ytterste arealet) og lungemedisinsk poliklinikk 4. etg, post 4.

2015

- Oppgradere medisinsk intensiv og overvåkning (MIO) og lungemedisinsk poliklinikk.
- Oppgradere/sprinkle resterende arealer/rømningsveier i 2. etg, post 3 (hovedskip) og gjenværende arealer 4. etg, post 1-3 (hovedskip) samt trappeløp.
- Prosjektere oppgradering av akuttgeriatrisk sengepost 1. etg, post 2.

2016/2017

- Oppgradere akuttgeriatrisk sengepost.
- Prosjektere oppgradering av thoraxkirurgisk postoperativ/stepdown og sengepost, 2. etg, post 2.
- Oppgradere throaxkirurgisk postoperativ/stepdown og sengepost.

2018

- Oppgradere infeksjonsmedisinsk poliklinikk.
- Sprinkle/oppgradere trappeløp (rømningsveier).

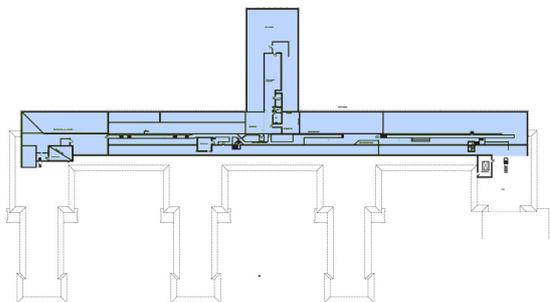
Vedlagt tegning illustrerer en tidsplan for når nevnte arealer er tenkt utbedret, videre viser vedlagte excelark en overordnet tidsplan med grove kostnadsoverslag, p.t. basert på erfaringstall, inklusive når kostnadene påløper. Ved utarbeidelse av forprosjekt og detaljprosjekt vil kostnader og omfang bli endelig kartlagt.

Forutsetninger for gjennomføring

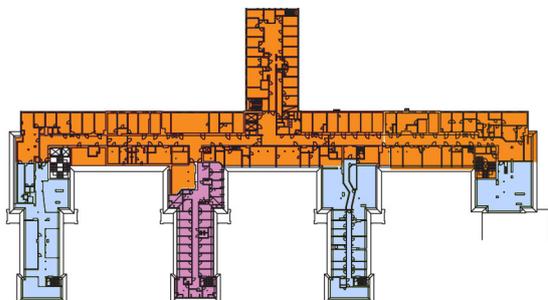
De byggetekniske inngrep som må til for å lukke myndighetsavvik er så omfattende at de ikke er forenlig med sykehusdrift mens oppgradering pågår. Følgelig må arealer som fremover skal utbedres dermed fraflyttes. Medisinsk klinikk ser at dette ikke lar seg gjennomføre uten at det frigjøres lokale til bufferareal i byggeperioden. Et slikt areal må være egnet for den pasientbehandling som drives, og hensyn både til pasientsikkerhet og godt arbeidsmiljø må ivaretas.

Det er gjennomført kartlegging av mulige interne erstatningsarealer for en sengepost, men det er ikke funnet løsninger som ivaretar hensynet til forsvarlig og hensiktsmessig drift samt godt arbeidsmiljø. Medisinsk klinikk ser ingen løsning for dette internt i klinikken, og er innforstått med at det ikke finnes et egnet bufferareal til sengepostdrift tilgjengelig i sykehusets bygningsmasse. Den eneste løsningen som finnes internt vil innebære bruk av stengte sengeposter i lavaktivitetsperioder (sommerferier i årene fremover). Dersom alt vedlikeholdsarbeid må skje i lavaktivitetsperioder vil dette innebære at det må gjennomføres arbeider i en sengepost per sommer. Dette vil i mange tilfeller ikke være tilstrekkelig med tid for gjennomføring av vedlikehold i en hel sengepost og vil også bety at det vil ta ekstremt mange år før alt vedlikehold kan være utført. Dette ansees ikke som forsvarlig ut fra de rådende forhold i bygget. På denne bakgrunn er det både Medisinsk klinikk og Oslo sykehusservice sin vurdering at det kan bli nødvendig å be om rokadearreal utenfor Oslo universitetssykehus. Ved etablering av en løsning eksternt vil dette innbefatte samarbeid med fagmiljøer utenfor Oslo universitetssykehus, og det vil da legges vekt på at det omfatter et fagmiljø som allerede er etablert ved et av de nærliggende sykehus slik at det finne kunnskap om fagmiljøet. På den måten kan fagmiljøet forsterkes og det kan legges til rette for faglige synergier, noe som vil bli vektlagt slik at løsningen også vil ha positive effekter. Det må også være forhold tilstede slik at synergieffekt i forhold til vaksamarbeid etc kan la seg etablere, slik at løsningen blir så driftseffektiv som mulig.

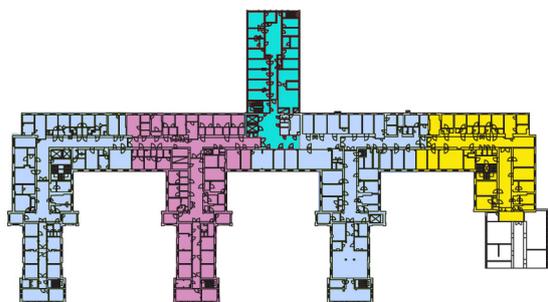
5. ETG



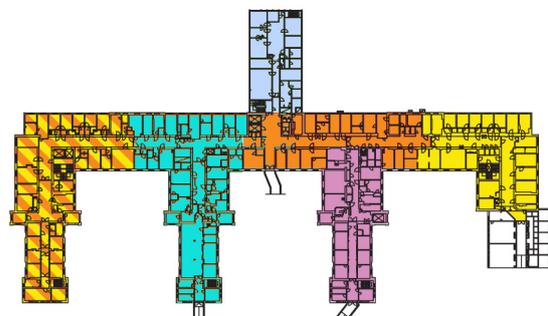
4. ETG



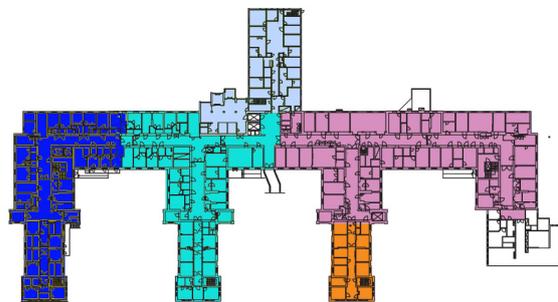
3. ETG



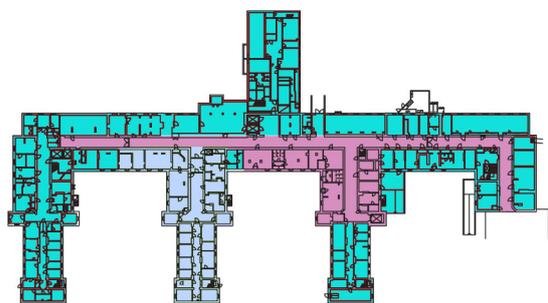
2. ETG



1. ETG



U. ETG



- Tidligere sprinklet areal
- 2012
- 2013
- 2013 / 2014
- 2014
- 2015
- 2016 / 2017

Nye kolonner

Sykehus	Byggid	Komponent	Bygningsdel beskrivelse	Beskrivelse av tiltak	Pasientbeh. døgn / kun dag	Risiko- klasse 6	2013 Kr	2014 Kr	2015 Kr	2016/2017 Kr	2018 Kr	Totalsum Kr	Slutt gjennomføring
Ullevål sykehus	Bygg 003 Med.	Brann	1. etg Post 1	Infeksjonsmedisinsk sengepost	Pasienter døgn	x		9 000 000				9 000 000	2014
Ullevål sykehus	Bygg 003 Med.	Brann	3. etg Post 4	Nyre - Gastromedisinsk sengepost	Pasienter døgn	x	9 000 000					9 000 000	2013
Ullevål sykehus	Bygg 003 Med.	Brann	2. etg Post 4	Hjertemedisinsk avdeling, PM og Ekko-seksjonene	Pasienter døgn	x	5 000 000					5 000 000	2013
Ullevål sykehus	Bygg 003 Med.	Brann	2. etg Post 1	Hjertemedisinsk sengepost	Pasienter døgn	x	3 000 000	15 000 000				18 000 000	2014
Ullevål sykehus	Bygg 003 Med.	Brann	1. etg Post 2	Akuttgeriatrisk sengepost	Pasienter døgn	x			500 000	7 500 000		8 000 000	2017
Ullevål sykehus	Bygg 003 Med.	Brann	1. etg Post 3	Medisinsk intensiv	Pasienter døgn	x		400 000	3 600 000			4 000 000	2015
Ullevål sykehus	Bygg 003 Med.	Brann	2. etg Post 2	Thorax PO/stepdown og sengepost	Pasienter døgn	x				9 000 000		9 000 000	2016
Ullevål sykehus	Bygg 003 Med.	Brann	4. etg Post 4	Lungemedisinsk poliklinikk	Rømningsvei	x		700 000	6 300 000			7 000 000	2015
Ullevål sykehus	Bygg 003 Med.	Brann	2 etg. post 3 (Hovedskip)	Gjenværende korridor / arealer (Hjertemedisinsk avdeling)	Rømningsvei	x			5 000 000			5 000 000	2015
Ullevål sykehus	Bygg 003 Med.	Brann	4. etg Post 1-3 (Hovedskip)	Gjenværende korridor / arealer Avdeling for klinisk service	Rømningsvei	x			5 000 000			5 000 000	2015
Ullevål sykehus	Bygg 003 Med.	Brann	Trappeløp	Sprinkle trappeløp / rømning	Rømningsvei	x					4 500 000	4 500 000	2018
Ullevål sykehus	Bygg 003 Med.	Brann	U. etg Post 1-2	Infeksjonsmedisinsk poliklinikk / kontorfløy		x				500 000	8 500 000	9 000 000	2018
Ullevål sykehus	Bygg 003 Med.	Brann	U. etg Post 3-4	Renholdsavd / lager / vaskeri / garderober		x				500 000	8 500 000	9 000 000	2018
Tot pr år							17 000 000	25 100 000	20 400 000	17 500 000	21 500 000	101 500 000	

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	27. juni 2013
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling
Vedlegg:	1. Sammendrag av rapport fra Norconsult om teknisk tilstand for infrastruktur ved Storgata 40 2. Legevakt 2015, mulighetsstudie for Oslo kommune og Oslo universitetssykehus, rapport fra en arbeidsgruppe

SAK 40/2013 LEGEVAKTFUNKSJON I OSLO FOR DE NÆRMESTE ÅRENE FRAMOVER OG VIRKSOMHETEN VED AKER SYKEHUS

Forslag til vedtak:

Styret slutter seg at operasjonsstuene i Storgaten 40 oppgraderes slik at de funksjoner Oslo universitetssykehus har hatt i Legevakten kan reetableres og ber administrerende direktør gå i dialog med Oslo kommune om dette.

Oslo, den 20. juni 2013

Bjørn Erikstein

Sammendrag

Arbeidet med å realisere storbylegevakten er lagt inn som en del av idéfasearbeidet til Oslo universitetssykehus HF. Oslo kommune og Oslo universitetssykehus har på denne bakgrunn samarbeidet om en mulighetsstudie for å kartlegge alternativer for bruk av Storgata 40 og Aker til legevaktsformål fram til en storbylegevakt kan stå ferdig. Mulighetsstudien har pågått siden januar/februar og det foreligger nå en rapport fra arbeidsgruppen. Denne peker på et mindre antall alternativer som gjennomførbare og gir et bilde av styrker og svakheter ved disse samt investeringskostnader knyttet til alternativene. Etter ønske fra Oslo universitetssykehus er det også vurdert muligheten for å gi rom for ytterligere ortopedi på Aker dersom ortopedien fra Storgata blir liggende der framover. Studien viser at det under visse forutsetninger er kapasitet for dette på Aker. Et slikt alternativ kan også bidra til å løse noen andre lokaliseringmessige utfordringer for Oslo universitetssykehus de nærmeste par årene. Løsningen innebærer imidlertid at antall operasjonsstuer for Oslo universitetssykehus blir redusert, hvilket vil være utfordrende. Parallelt med denne mulighetsstudien har Oslo universitetssykehus også måttet håndtere den akutte situasjonen som har oppstått i forbindelse med stengningen av operasjonsstuene i Storgata i mars. Den situasjonen dette har skapt og rapporten som foreligger knyttet til infrastruktur i Storgaten 40, må sees i en sammenheng med legevakt- og ortopediløsninger i denne saken. Det er viktig at Oslo kommune og Oslo universitetssykehus nå beslutter en løsning som ivaretar både legevaktsfunksjoner og ortopedivirksomheten ved Oslo universitetssykehus på en god måte i årene fremover. For Oslo universitetssykehus vil en løsning som sikrer fortsatt drift av storbylegevakt og ortopedifunksjoner i Storgaten 40 være å foretrekke basert på investeringskostnader og antall operasjonsstuer tilgjengelig for foretaket. En slik løsning må også innebære at sykehuset går i dialog med andre sykehus knyttet til overføring av ortopedivirksomhet, slik at det legges til rette for andre lokaliseringmessige utfordringer for Oslo universitetssykehus.

Tidligere vedtak i styret på saken

Styret fattet 17.12.2012, i sak 85/2012, vedtak om igangsetting av idéfaseprosjekt for nytt Oslo universitetssykehus og Campus Oslo. Styret ble i saken orientert om de konsekvensen dette arbeidet fikk for videreføring av arbeidet med planlegging av ny Storbylegevakt lokalisert til Ullevål.

I administrerende direktørs orienteringer på styremøtet 10.04.2013, i sak 22/2013, fikk styret informasjon om at Oslo universitetssykehus hadde opprettet et felles prosjekt med Oslo kommune, Prosjekt legevakt 2015, med mandat å beskrive hvilke muligheter som foreligger for å utnytte kombinasjonen av lokaler på Aker og i Storgaten 40 for å dekke Oslos behov for legevaktstjenester i perioden fram til Storbylegevakten står klar. Det ble opplyst om at mandatet også innholdt et punkt om å se på hvordan lokaler på Aker og i Storgaten 40 eventuelt kunne brukes i forhold til ortopedisk kirurgi for å oppnå en mer optimal funksjonsdeling mellom lokalisasjonene i Oslo universitetssykehus. Styret ble i samme sak også orientert om at det etter at mulighetsstudien Legevakt 2015 ble satt i gang, oppsto en akutt situasjon knyttet til bygningsmessig infrastruktur i Storgaten 40. Som følge av de bygningsmessige utfordringene måtte administrerende direktør stenge operasjonsstuene i Storgaten 40 og overføre aktiviteten primært til Aker, men også noe til andre sykehus.

I sak 145/2011 ble Oslo universitetssykehus' virksomhet på Aker, blant annet i lys av oppdraget om å etablere en samhandlingsarena sammen med Oslo kommune, behandlet. Etter denne saken er styret flere ganger blitt orientert om utviklingen av virksomheten på Aker under administrerende direktørs orienteringer.

I sak 10/2013 behandlet styret forslag til overordnet avtale om samarbeid med Oslo kommune i tilknytning til samhandlingsarena på Aker.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Etter administrerende direktørs vurdering har vedtaket om igangsetting av idéfasearbeid for Oslo universitetssykehus - Campus Oslo, ført til at Oslo universitetssykehus aktivt må være med på å finne lokaliseringstilbud for et samlet legevaktstilbud som er tilfredsstillende for det tidsrommet som følger av utsatt realisering av en Storbylegevakt lokalisert i nærheten av sykehusets akuttmottak. Sammen med kommunaldirektør i Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester kom administrerende direktør til at det var nødvendig å igangsette et prosjekt som kunne se på nødvendig kapasitetsøkning innenfor nåværende rammer med bruk av lokaler på Aker og i Storgaten 40.

Administrerende direktør vil samtidig understreke enigheten med Oslo kommune om at etablering av en Storbylegevakt med nærhet til akuttmottaket i Oslo universitetssykehus fortsatt er et felles mål, uavhengig av løsning som velges for legevakten nå.

For administrerende direktør har det vært viktig å se diskusjonen om bruken av Aker og Storgaten også i forhold til sykehusets totale løsninger for lokalisering og bruk av samlet kapasitet innen operasjonsstuer og senger. Stengningen av operasjonsstuene i Storgaten har forsterket motivet for å se på denne sammenhengen.

I vurderingen av det som nå er lagt frem av alternative løsninger gjennom mulighetsstudien Legevakt 2015 legger administrerende direktør vekt på følgende forhold:

- Det må utvikles et samlet legevaktstilbud som dekker den antatte veksten i behov for legevaktstjenester i Oslo i inntil ti år
- Dette tilbudet må ha en form som gjør at det ivaretar et tilfredsstillende faglig nivå og pasientlogistikk
- Den løsningen som velges bør bidra til en samlet god utnyttelse av lokaler for aktuelle aktiviteter i Oslo universitetssykehus i perioden fram til ny bygningsmasse kan være på plass, og den må skape tilfredsstillende rammer for de pasientforløp og de fagområder som blir berørt enten det er ortopedi eller andre fagmiljøer ved Oslo universitetssykehus
- Den løsningen som velges bør ta hensyn til behovet for investeringer generelt og en mest mulig langsiktighet i bruk av eventuelle investeringsmidler spesielt

Administrerende direktør vil peke på at det i årene framover vil være krevende for Oslo universitetssykehus å finne lokaliseringstilbud som ivaretar alle behov og tilrettelegger for en effektiv drift for alle fagområder. Mange enheter i sykehuset opplever utilfredsstillende arealløsninger, og dette kan også måtte prege de løsningene en velger for legevaktsdriften generelt og for ortopedien spesielt. Administrerende direktør er imidlertid av den oppfatning at mulighetsstudien Legevakt 2015 har vist at det fins rom for en utvidet bruk av Aker som sammen med Storgaten 40 gir Oslo et legevaktstilbud som vil være robust nok til å møte behov og utfordringer i de nærmeste årene framover. I tråd med tilrådingene bør en utvidet bruk av Aker som et minimum

innebære at en legger til rette for en utvidelse av den allmennlegevakten som allerede er i drift der.

Administrerende direktør er opptatt av å følge de planlagte intensjoner om overflytting av resterende døgnfunksjoner og mottak av akuttpasienter ved Aker i tilknytning til åpningen av det nye akuttbygget på Ullevål. Dette lar seg gjøre når den urologiske og karkirurgiske døgnvirksomheten kan flyttes fra Aker. Administrerende direktør konstaterer at den største begrensningen for Oslo universitetssykehus i forhold til å flytte gjenværende akuttrelatert kirurgisk virksomhet fra Aker ligger i begrenset sengekapasitet til å ta imot urologiske pasienter fra Aker på Ullevål. Tilrettelegging for en større satsing på ortopedi på Aker ville kunne skape rom for dette ved å frigjøre kapasitet tilsvarende en sengepost på Ullevål. Dette vil være en viktig tilleggseffekt for sykehuset dersom en legger hovedlegevakt og utvidet ortopedisk aktivitet til Aker.

Administrerende direktør vil imidlertid anbefale at også operasjonsstuen i Storgaten 40 blir oppgradert sammen med den oppgraderingen som må gjøres av resten av bygningsmassen her. Grunnen til dette er todelt. For det første vil de løsninger som innebærer bruk av Aker og som sees på som faglig tilfredsstillende for Oslo universitetssykehus innebære meget høye investeringskostnader knyttet til oppgradering og tilrettelegging av lokalene på Aker. For det andre mener administrerende direktør at det vil være begrenset kapasitet til å dekke behovet for operasjonsstuer innen bygg foretaket eier dersom en mister 5 operasjonsstuer i Storgaten og 4 operasjonsstuer på Aker. I tillegg er det faglige gevinster for pasientene ved en samlokalisering av skadelegevakt og ortopedisk virksomhet knyttet til denne.

I forbindelse med utnyttelse av arealressurser for ortopedisk virksomhet i Oslo universitetssykehus, legger administrerende direktør vekt på at kapasiteten i Storgaten 40 må utnyttes bedre samt at en også må søke samarbeidet med nærliggende sykehus om ortopedisk aktivitet. Det har i den siste tid vært utfordringer med ø-hjelpsvirksomhetene ved Ullevål og dette tilsier at man må se på en løsning som totalt sett ivaretar de ortopediske pasientene. Ved å samle mer ortopedisk virksomhet i Storgaten og utnytte operasjonsstuen der bedre vil en kunne samle store deler av protesekirurgien og ryggkirurgien hit, i tillegg til de ortopediske funksjoner som tidligere har vært i Storgaten 40. Samtidig bør sykehuset søke overføring av eldre med brudd til Diakonhjemmet sykehus. På denne måten kan man sikre bedre forhold for ortopedisk aktivitet også på Rikshospitalet og Ullevål. Dette vil være viktig tiltak for å møte ventelistene og utfordringene med øyeblikkelig hjelp innen fagområdet. En slik løsning vil også innebære at en ikke utvider antall steder det drives ortopedisk virksomhet ved Oslo universitetssykehus.

I forhold til lokalisering av ortopedi samlet sett i Oslo universitetssykehus vil administrerende direktør for øvrig understreke betydningen av å ha en tilfredsstillende tilstedeværelse på Ullevål for å ivareta den rollen ortopedi spiller i forhold til multitraumefunksjonen.

I den akutte situasjonen som har oppstått ved stengingen av operasjonsstuen på Legevakten, har sykehuset allerede tilrettelagt for en mer effektiv samlet bruk av operasjonskapasiteten på Aker slik at mesteparten av den kirurgiske driften i Storgaten 40 har kunnet flytte til Aker. Fra etter sommerferieavviklingen betyr de tiltakene som er satt i gang at også den ortopediske sengeposten i Storgaten kan flyttes til Aker. Dette er løsninger som vil måtte bestå inntil det er foretatt oppgraderinger i Storgaten 40.

Administrerende direktør har de siste to årene organisert et systematisk arbeid for å følge opp eiers oppdrag om å bidra til utvikling av en Samhandlingsarena på Aker, og legger vekt på at ambisjonene så langt er realisert i nært samarbeid med Oslo kommune. Administrerende direktør konstaterer at den utviklingen som skisseres i denne saken, ikke står i konflikt med dette prosjektets mål. I tillegg er det viktig å peke på at Oslo universitetssykehus og Oslo kommune gjennom dette samarbeidet har kommet frem til en omforent avtale om hvordan investeringer i areal Oslo kommune står som leietakere av, skal finansieres. Dette betyr at investeringskostnaden dekkes gjennom leieprisen.

Administrerende direktør understreker at alle valg og prosesser Oslo universitetssykehus må gjøre framover står i fare for å innebære risiko faglig og økonomisk dersom det ikke i tide legges vekt på god organisering av detaljplanlegging og gjennomføring. Det gjelder også akutt- og døgnfunksjoner ved Aker, fordeling av operasjons- og sengekapasitet og legevaktløsninger. Administrerende direktør har dessuten merket seg at selv om det blant ansatte kan være ulike meninger om alternative løsninger, er alle felles om å ønske snarlige avklaringer av hva løsningen blir. Gjennom beslutningene i etterkant av denne styresaken, vil administrerende direktør både legge grunnlag for god planlegging av tiltak knyttet til lokalisering og bygg samt en rask avklaring av premisser for og retning på de endringene som vil bli gjennomført i løpet av året som kommer.

Administrerende direktør vil anbefale at operasjonsstuene i Storgaten 40 oppgraderes slik at de funksjoner Oslo universitetssykehus har hatt i Legevakten kan reetableres og ber om fullmakt til å gå i samtaler med Oslo kommune om dette. Det legges i utgangspunktet til grunn at tilsvarende økonomiske forhold som ved Aker vil gjelde, det vil si at Oslo kommune står for investeringene og så dekkes disse kostnadene i leien Oslo universitetssykehus betaler.

Faktabeskrivelse

Bakgrunn for mulighetsstudien Legevakt 2015

Gjennom vedtaket om igangsetting av idéfasen for Oslo universitetssykehus - Campus Oslo, ble det åpnet opp for en framtidig lokalisering av akutt- og multitraumemottak på Gaustad. En premiss for å lokalisere en storbylegevakt for Oslo på Ullevål var at akuttmottaket til Oslo universitetssykehus skulle fortsette å være her langsiktig. Da Oslo universitetssykehus orienterte Oslo kommune om idéfasearbeidet, ble en samtidig enige om at arbeidet med detaljplanlegging av ny Storbylegevakt på Ullevål burde avvende idéfasearbeidet og legges inn som en del av dette. Uansett konklusjon, vil dette medføre en forsinkelse i realiseringen av Storbylegevakten, og dersom konklusjonen blir at mottaket på Ullevål på sikt legges ned og flyttes til Gaustad, vil utsettelsen kunne bli enda noe lenger enn dersom lokaliseringen på lang sikt fortsatt blir på Ullevål. I siste tilfelle kan en ta opp igjen arbeidet med det samme tegningsunderlaget som en hadde begynt å arbeide ut fra.

Oslo kommune og Oslo universitetssykehus ble enige om at forsinkelsen uansett ville bli såpass lang at det ville utfordre kapasiteten og bygningsmessige kvaliteter og slitasje i Storgaten 40, ikke minst sett i lys av befolkningsutviklingen i Oslo i årene fremover. En ble derfor enige om å starte arbeidet med det en har kalt en mulighetsstudie. Arbeidet har fått betegnelsen Legevakt 2015 med sikte på å beskrive mulige

legevaktsløsninger som kan være i drift senest i løpet av 2015 med mulighet for å ivareta funksjonene i inntil ti år. Rammene for denne studien ble at en primært skulle se på bygningsmessige muligheter til å utnytte både Aker og Storgaten 40 på andre måter enn i dag. Oslo kommune bygger sine perspektiver på at det i framtiden uansett skal være to steder med allmennlegevakt for Oslos befolkning, slik det er nå. I mandatet ble det også forutsatt at en fortsatt skulle bygge på den arbeidsdelingen mellom Oslo universitetssykehus og Helseetaten i Oslo kommune som har vært praktisert siden foretaksreformen i 2002, og at en fortsatt skal ha et legevaktsted der en har det som er kalt "en dør inn". Dette innebærer et legevaktsted hvor både skadelegevakt og allmennlegevakt er dekket, slik at pasientene kan være sikker på å få et tilbud uavhengig av hva slags legevaktfunksjon som er den rette til å gi tilbudet.

Skadelegevakten drives av Ortopedisk avdeling, Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus Klinikk. Skadelegevakten har vært drevet av fast ansatte allmennleger, men med tett samarbeid med ortopeder i Ortopedisk avdeling. Det siste har det vært lagt til rette for gjennom at Storgaten 40 i tillegg til legevaktfunksjoner har hatt fem operasjonsstuer, en liten sengepost og poliklinikk for ortopedisk virksomhet samt støttende terapifunksjoner knyttet til ortopediske funksjoner. Størstedelen av ortopedien som har vært drevet i Storgaten er ordinær elektiv kirurgi og har ikke vært knyttet spesielt til skadede som kommer inn som ø-hjelp i skadelegevakten. Når lokalisering av legevaktskapasitet skulle diskuteres, var det naturlig for Oslo universitetssykehus at også lokalisering av ortopediske funksjoner ble gjort til tema i mandatet for Legevakt 2015.

Stengningen av operasjonsstuene og Norconsults rapport

En rapport fra konsultentselskapet Norconsult i februar i år pekte på alvorlige mangler ved bygningsmessig infrastruktur i Storgaten 40. Ikke minst gjaldt dette operasjonsstuene i Storgaten. På bakgrunn av rapporten og egne undersøkelser av teknisk personell besluttet administrerende direktør i samråd med hovedverneombudet ved Oslo universitetssykehus, at operasjonsstuene i Storgaten ble stengt for drift fra 1. mars i år. I forbindelse med stengningen var det naturlig at sykehuset umiddelbart vurderte Aker som lokalisering av mest mulig av den ortopediske operasjonsvirksomheten fra Storgaten 40. For å få til dette ble det med kort varsel lagt nye premisser for bruk og fordeling av operasjonskapasitet på Aker, det ble tilrettelagt for bedre og mer fleksibel bruk av både operasjonsstuer og støtteareal i tilknytning til operasjonene og det ble gått til anskaffelse av utstyr som la til rette for dette. Resultatet er at kapasiteten i de tolv operasjonsstuene på Aker nå er fullt utnyttet. Ortopedisk avdeling bruker nå 17-18 stuedager pr uke og fra etter sommerferien vil de ha 20-21 stuedager pr uke til disposisjon på Aker. I tillegg til dette er noe ortopedisk aktivitet fra Storgaten også flyttet til Ullevål hvor det er satt av inntil tre stuedager pr uke. Oslo universitetssykehus har dessuten hatt en avtale med Diakonhjemmet sykehus om bruk av tre stuedager pr uke på dette sykehuset. Avtalen om det siste utfases trolig ved feriestart da det er tilrettelagt for ytterligere kapasitet ved Aker fra over sommeren. I tillegg legges det til rette for flytting av den ortopediske sengeposten fra Storgaten til Aker fra over sommeren, da dette vil legge til rette for bedre utnyttelse av den stuekapasiteten som er stilt til rådighet ved at første pasient kan klargjøres på post. Løsningen vil også innbære langt mindre transport av pasienter mellom Aker og Storgaten 40.

Som resultat av den første Norconsult-rapporten, fikk Norconsult utvidet sitt opprinnelige oppdrag knyttet til operasjonsstuene med å utrede hva som måtte gjøres for å utbedre kritisk infrastruktur i Storgaten generelt, og gi anslag om hva en slik utbedring ville koste.

Oslo kommune og Oslo universitetssykehus har i fellesskap vært oppdragsgiver for Norconsults vurderinger av Storgaten 40. I henhold til bestilling leverte de den 23. mai en teknisk tilstandsrapport for Storgaten 40. Rapporten er delt inn i følgende tre deler:

1. Overordnet teknisk vurdering av Storgaten 40
2. Vurdering av Ortopedisk avdeling, operasjon
3. Nødvendige elektroarbeider i øvrige medisinske arealer

Allmennlegevakten driver i hovedsak sin virksomhet i Kroghstøtten, mens skadelegevakt og ortopedi holder til i Legevaktsbygget. Første etasje i begge byggene benyttes i hovedsak til klinikkareal for hhv. allmennlegevakt og skadelegevakt. Sistnevnte to enheter har tilnærmet like stort areal i 1. etasje.

Rapporten fra Norconsult avdekker nødvendige tiltak for å ivareta et forsvarlig arbeidsmiljø; sikkerhet og helse. Tiltakene er beskrevet som «umiddelbart nødvendige» for å drifte Storgaten 40 i et 5-10 års perspektiv. Det umiddelbare investeringsbehovet i Storgaten er anslått til ca 100 mill NOK (inkl. mva). Av disse utgjør tiltak knyttet til operasjonsstuene ca 25 mill NOK (inkl. mva). Oversikten i vedlegg 1 viser nødvendige tiltak i hovedtrekk med inndeling tilsvarende rapportens deler.

Mulighetsstudien for alternativer i bruk av Storgata 40 og Aker

Arbeidsgruppen som gjennomførte mulighetstudien leverte sin rapport til styringsgruppen 5. juni. Denne følger som helhet som vedlegg 2 til denne saken. I rapporten har en gjort en gjennomgang av disse dimensjonene:

- *Ulike alternative modeller for lokalisering av allmennlegevakt og skadelegevakt.*
Noe forenklet har en operert med fem alternative modeller med benevnelse fra 1 til 5, samt null-alternativet. Alternativ 1 innebærer at hovedlegevakt (allmennlegevakt og skadelegevakt) fortsatt blir i Storgaten, mens det sammenlignet med i dag blir en utvidet allmennlegevakt på Aker. Alternativ 2 innebærer at hovedlegevakt legges til Aker, mens det er det forblir en legevaktsbase med lavterskeltilbud for rusmiddelmissbrukere og lignende i Storgaten. Det tredje alternativet innebærer, sammenlignet med i dag, også en utvidet allmennlegevakt på Aker, men her er en større allmennlegevakt fortsatt i Storgaten mens skadelegevakten flyttes til Aker. Det fjerde alternativet innebærer at størstedelen av allmennlegevakten flytter til Aker mens skadelegevakten forblir i Storgaten, og det femte og siste alternativet innebærer at det begge steder er både skade- og allmennlegevakt.

Ulike alternativer for operasjon og ortopedi i Storgaten og på Aker

Her har arbeidsgruppen operert med den tredeling. Et alternativ, kalt a, innebærer at ortopedien blir i Storgaten. Alternativ b, innebærer at ortopedien fra Storgaten er på Aker, og alternativ c betyr at det i tillegg til ortopedien fra Storgaten også flyttes ytterligere ortopedi til Aker fra andre lokaliseringer innen Oslo universitetssykehus. Det

blir da til sammen 15 teoretiske alternativer ved å kombinere denne tredelingen med femdelingen i forrige punkt. Noen av disse kombinasjonene blir lite meningsfulle eller nærmest umulige å drive i praksis - enten på grunn brudd med vesentlige forutsetninger, lite ønskelig pasientlogistikk eller rett og slett vansker med å finne tilfredsstillende arealløsninger for alle behov ut fra de arealområdene det er meningsfullt å bruke på Aker.

▪ *Muligheter, alternativer og eventuelle tiltak for utnyttelse av arealer på Aker*

En eventuell lokalisering av mer legevaktvirksomhet på Aker har tatt utgangspunkt i den nå etablerte Legevakt Aker i sykehusets gamle akuttmottak. Ut fra dette arealet har en delt arealer i nærheten og i etasjer over og under i ulike soner som så er fordelt på aktuell legevaktvirksomhet i hvert av de teoretiske gitte alternativene. Det samme gjelder også utvidet ortopedivirksomhet i de ulike teoretiske gitte alternativer.

▪ *Muligheter og behov for utvikling og bruk av arealer i Storgaten*

Også når det gjelder bruk og fordeling av arealer i Storgaten åpner det seg ulike bruksbehov og muligheter avhengig av de ulike alternativene.

▪ *Risikovurdering knyttet til en rekke faktorer som har kvalitet, kapasitet og tidsmessig realisering av ulike alternativer*

Dette har vært en nødvendig, men også ganske krevende øvelse å gjennomføre en risikovurdering i denne studien. Dette skyldes ikke minst at sammenhenger og mulige virkninger rører ved komplekse og til dels lite sammenlignbare dimensjoner.

▪ *Kostnadmessig vurdering av ulike alternativer med hensyn til investeringsbehov henholdsvis i Storgaten og på Aker*

Her er det skilt mellom investeringsbehov i Storgaten og på Aker. Selv om resultatet av dette er satt sammen i en søyle i studien, er det ikke nødvendigvis helt sammenlignbare tall. Dette fordi byggene har ulike eiere, og investeringene kan ha svært ulike tidsperspektiv for nedskrivning. Det konstateres at en del av infrastrukturiltakene i Storgaten nesten uavhengig av alternativ må gjennomføres. Når det gjelder Storgaten står Oslo kommune overfor et valg om det skal investeres i operasjonsstuene og så finnes det eventuelt en mulighet til unngå noen investeringer ut over det ved å velge et av alternativene som flytter mer virksomhet til Aker. En full flytting av hovedlegevakt til Aker er anslått til å ha et investeringsbehov på i overkant av 200 mill kr for Oslo universitetssykehus.

▪ *Kostnadmessige konsekvenser i forhold til drift som konsekvens av de ulike modellene*

Dette bildet arter seg noe forskjellig for Oslo kommune og Oslo universitetssykehus i de ulike alternativene. Dessuten er det i hvert alternativ variabler som både kan tale for økte og reduserte driftskostnader. Av faktorer som påvirker det driftsøkonomiske bildet for Oslo universitetssykehus, kan nevnes: gevinster eller merkostnader knyttet til hvor rasjonell den totale løsningen for billeddiagnostiske tjenester blir, konsekvenser ved å betjene flere eller færre steder knyttet til vaktarbeid og evt tjenester fra andre spesialister, gevinster ved nedleggelse av dagens døgnfunksjoner på Aker.

Arbeidsgruppen har pekt på at en viss utvidelse av allmennlegevakt på Aker og for øvrig uendret virksomhet i Storgaten, er en løsning som med sikkerhet ikke utfordrer noen kvalitetskriterier mer enn før (alternativ 1a). I tillegg til dette alternativet sier en at

følgende løsningene eventuelt med kompensatoriske mekanismer også kan fungere tilfredsstillende: Utvidet allmennlegevakt på Aker med ortopedisk aktivitet fra Storgaten også lagt til Aker (alternativ 1b), utvidet allmennlegevakt på Aker med ortopedisk aktivitet fra Storgaten og ytterligere ortopedi på Aker (alternativ 1c), samt en flytting av hovedlegevakt til Aker sammen med lokalisering av utvidet ortopedi der (alternativ 2c). Det siste alternativet (alternativ 2c) vil imidlertid bety at Oslo universitetssykehus mister tilgang til 9 operasjonsstuer, 5 operasjonsstuer i Storgaten og 4 operasjonsstuer på Aker som i dette alternativet må omgjøres til skadestuer til skadelegevakten. Generelt sett er det bare alternativet med lokalisering av ortopedisk aktivitet fra Storgaten sammen med ytterligere ortopedisk aktivitet fra andre lokalisasjoner (alternativ 1c), som kan sikre at den optimale senge- og operasjonskapasiteten på Aker blir tilgjengelig. Dette innebærer imidlertid en lite ønskelig deling av ortopedisk aktivitet og skadelegevakten, som vil medføre at det ikke finnes tilgjengelig ortopediske spesialiser i Storgaten for rask avklaring av skadelegevaktens pasienter i de tilfeller dette er nødvendig. Dette gjelder også for alternativ 1b. Alternativ 1a vil for Oslo universitetssykehus sin del kunne kombineres med økt ortopedisk operasjonsaktivitet ved Storgaten sammen med overføring av ortopedivirksomhet til andre sykehus, slik at det legges til rette for andre lokaliseringmessige utfordringer for Oslo universitetssykehus.

Det har i arbeidet med mulighetsstudien Legevakt 2015 vært lagt vekt på at tillitsvalgte skulle være informert og involvert i prosessen. Det har derfor vært opprettet en styringsgruppe for arbeidet der tillitsvalgte for de tre største forbundene ved Oslo universitetssykehus har vært representert sammen med tillitsvalgte fra Oslo kommune og samt hovedverneombud ved Oslo universitetssykehus og fra Oslo kommune. I prosjektforløpet har det dessuten vært et større seminar med deltakelse både av tillitsvalgte og brukerrepresentanter. I tillegg har sentrale tillitsvalgte i Oslo universitetssykehus vært løpende orientert om denne prosessen gjennom det faste kontaktmøtet i tilknytning til Prosjekt helsearena Aker. Legevakt 2015 har også vært en orienteringssak i Brukerutvalget for Oslo universitetssykehus og tatt opp i administrerende direktørs dialogmøte med alle foretakstillitsvalgte og hovedverneombud.

Vedlegg 1

Sammendrag av vurderingene som er lagt frem i Norconsults rapport:

	DEL 1 Overordnet [ca 60 MNOK*]			DEL 2 Operasjon [ca 25 MNOK*]	DEL 3 El. med, [ca 15 MNOK*]
	Kroghstøtten [Allmenn, OUS Håndterapi (3.etg)]	Legevaktsbygget [Skade og Orto]	Ambulanse- bygget	Orto Operasjon Lgv. bygg	Ektro i medisinske arealer
Bygg	Taklekkasjer Fasade (luftlekkasjer pga setningsskader) Innvendige overflater	Innvendige overflater	-	Himling og innvendige overflater	
VVS				Trykkvakt-sentral (O2/gass) Oppgradering og reserve-forsyning	
Ventilasjon	Etablere ventilasjon i 2. og 3. etg.	Rensing/utskifting av kanaler samt bytte av motor, vifter, batterier etc. i kjeller, 1. og 2. etg.	Bytte anlegg og kanalnett		
Sanitær	Anlegg for produksjon og tilførsel av klordioksid i drikkevann- system er inkl.				
Energisentral	Utbedring av nødvendig sikkerhetsbarriere ift trykk, samt oppgradering av energisentral og installasjoner.				
Elektro	Jording Fordeling Belysning – medisinske områder Strøm til ventilasjon Nødstrøm IKT ifm nye tek.inst	Jording Fordeling Belysning – medisinske områder Strøm til ventilasjon og kjøling SD Anlegg Nødstrøm IKT ifm nye tek.inst	Strøm til ventilasjon	Jording Alarm (gass) Fordeling UPS	<u>Lgv.bygg (1–5. etg):</u> - Jording - Belysning - Nødstrøm - Fordeling (3.5.etg) <u>Krogh (1.etg):</u> - Jording - Fordeling - Nødstrøm
Brann	Sprinkleranlegg Tetting Justering av dører	Utskifting og justering og av dører Utbedring av rømningsvei			

* Inkl. mva

Legevakten 2015

Mulighetsstudie for Oslo kommune og Oslo universitetssykehus

Referanse.:	Dato:	31.05.2013
Versjon: 1.0	Ansvarlig:	Jon Ørstavik

Innholdsfortegnelse

1	SAMMENDRAG OG ANBEFALING	2
	Innledning	2
1.1	Løsningsalternativer	3
1.2	Kostnader	5
1.3	Oppfyllelse av overordnede krav i mandatet	6
1.4	Kort om av alternativene	9
1.5	Arbeidsgruppens anbefaling	18
2	VEDLEGG	19
2.1	Dagens situasjon	19
2.2	Muligheter og begrensninger i Storgata 40	23
2.3	Muligheter for legevaktdrift på Aker	24
2.4	Muligheter for utvidet ortopedisk virksomhet på Aker	26
2.5	Nærmere beskrivelse av alternativene	29
2.6	Investeringskostnader	48
2.7	Driftsutgifter	52
2.8	Arbeidsform og mandat	53

Skisser over arealutnyttelse på Aker følger som separat vedlegg 2.9.

1 Sammendrag og anbefaling

Innledning

Bystyret har vedtatt at en Storbylegevakt skal samlokaliseres med akuttfunksjonene i Oslo universitetssykehus (OUS). Det er gjennomført konseptvalgutredning (KVU) om Storbylegevakt på Ullevålområdet i 2012. Før finansieringen ble avklart i samarbeid mellom kommunen og helseforetaket oppstod en ny situasjon høsten 2012, da OUS lanserte idéen om å lokalisere sykehusets akuttfunksjoner på Gaustad i stedet for på Ullevål. Dette vil det ta noe tid å avklare, og Storbylegevaktprosjektet har derfor stoppet opp inntil videre.

"Legevakten 2015" er en mulighetsstudie som skal vurdere hvordan legevaktens funksjoner best kan ivaretas i påvente av at Storbylegevakten kan realiseres. Oslo kommune v/Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester (EST) og Oslo universitetssykehus OUS står bak mulighetsstudien. Mandatet er vedtatt av styringsgruppen for Legevakten 2015 og vedlegges rapporten.

Vi har forutsatt at løsningen er midlertidig, og at det blir bygget en Storbylegevakt når det er avklart hvor byens store akutt sykehus skal ligge i fremtiden. Løsningene som foreslås er bærekraftige i en tiårsperiode, men har ulemper som først kan overkommes når Storbylegevakten realiseres.

Gjennom planleggingsarbeidet av ny Storbylegevakt ble det klart at det er faglige synergieffekter å hente dersom dagens samarbeid i legevakten i Storgata styrkes. Dette gjelder både beredskap, styring av samhandling mellom første og annen linje og etablering av nye "halvannenlinjetjenester". Fra fagsiden er det dermed et klart ønske om at akutt sykehus og storbylegevakt lokaliseres nær hverandre, men på grunn av størrelse og beredskapshensyn best i to adskilte bygninger.

Lokalisering av funksjoner gjør det nødvendig å ta stilling til noen dilemmaer. I denne mulighetsstudien har det tegnet seg flere forskjellige akser med sterke argumenter for samlokalisering. Disse aksene kommer delvis i konflikt med hverandre. De to første aksene slår ut i valgene mellom løsningsalternativene, og prioriteringen mellom dem varierer noe med ståstedet til den enkelte.

1. *Aksen mellom allmennlegevakten og skadelegevakten*
Denne aksene utgjør kjernen i det tverrfaglige tilbudet på Legevakten og begrepet "én dør inn", og sikrer pasienter med sammensatte behov. Psykososiale tjenester inngår her.
2. *Aksen mellom skadelegevakten og øvrig ortopedi*
Denne aksene er sentral for den faglige kvaliteten ved skadelegevakten som ivaretar all konservativ bruddbehandling for hele Oslo og enklere hånd- og fotkirurgi.
3. *Aksen mellom legevakten og akutt sykehuset*
Denne aksene er grunnlaget for å sikre umiddelbar høyspesialisert behandling i kritiske akuttsituasjoner. Denne aksene har ikke påvirket valg av alternativ i mulighetsstudien, fordi den bare kan løses ved å flytte legevakten til et akutt sykehus.
4. *Aksen mellom legevakten og sentrum*
Dagens legevakt spiller en sentral rolle for personer i Oslo som har akutte rusproblemer og sosiale problemer og ofte befinner seg i sentrum. Denne aksene er det tidligere tatt stilling til, og den skal ivaretas ved å opprettholde et lavterskeltilbud i sentrum. Dermed er den ikke avgjørende for valg av alternativ i denne mulighetsstudien.

1.1 Løsningsalternativer

Det presenteres seks hovedalternativer (nummerert fra null til 5) der legevaktens funksjoner er fordelt mellom lokalene i Storgata og på Aker. Operasjonsvirksomheten og tilhørende ortopedi er tatt ut som egen variabel.

- A-alternativene har operasjon i Storgata slik det har vært de senere årene.
- B-alternativene har flyttet operasjon til Aker.
- C-alternativene er som B, men med utvidet ortopedisk virksomhet flyttet til Aker fra andre steder i OUS (jfr. mandatets punkt 1c).

Arbeidsgruppen har i tillegg ønsket å synliggjøre hvordan et nybygg på Ullevål ville slå ut på de samme parameterne, og har lagt inn dette som et alternativ 6. Man kan innvende at dette i realiteten vil være å gå videre med storbylegevaktprosjektet, hvilket ligger utenfor Legevakt 2015 sitt mandat. Samtidig tenker noen at et nedskalert legevaktbygg på Ullevål kan være et første byggetrinn som eventuelt kan videreutvikles i faser. Arbeidsgruppen har valgt å legge frem alternativ 6, selv om det ikke kan gjennomføres innenfor den tidsrammen som ligger i mandatet.

Alternativ	Beskrivelse
Null	A Videreføre dagens avdelinger og tilbud uten noen strukturelle endringer. Operasjonsvirksomheten videreføres i Storgata.
1	A Videreføre hovedlegevakten i Storgata. Utvide allmennlegevakt 2 på Aker, flytte aktivitet dit.
	B Som 1A, men flytte operasjon fra Storgata til Aker.
	C Som 1B, med utvidet ortopedisk virksomhet på Aker (ortopedi fra andre steder i OUS).
2	B Flytte hovedlegevakten til Aker, inkludert operasjonsvirksomheten. Allmennlegevakt nr 2 i Storgata.
	C Som 2B, med utvidet ortopedisk virksomhet på Aker (ortopedi fra andre steder i OUS).
3	B Flytte skadelegevakten og operasjon til Aker med allmennlegevakt nr 2. Allmennlegevakten blir i Storgata.
	C Som 3B, med utvidet ortopedisk virksomhet på Aker (ortopedi fra andre steder i OUS).
4	A Flytte allmennlegevakten til Aker. Skadelegevakten blir i Storgata med allmennlegevakt nr 2.
5	A Skade- og allmennlegevakt i Storgata og på Aker, tilstrebe et mest mulig likt tilbud.
	B Som 5A, men flytte operasjon fra Storgata til Aker.
	C Som 5B, med utvidet ortopedisk virksomhet på Aker (ortopedi fra andre steder i OUS).
6	Nybygg på Ullevål for alle funksjoner i Storgata 40.

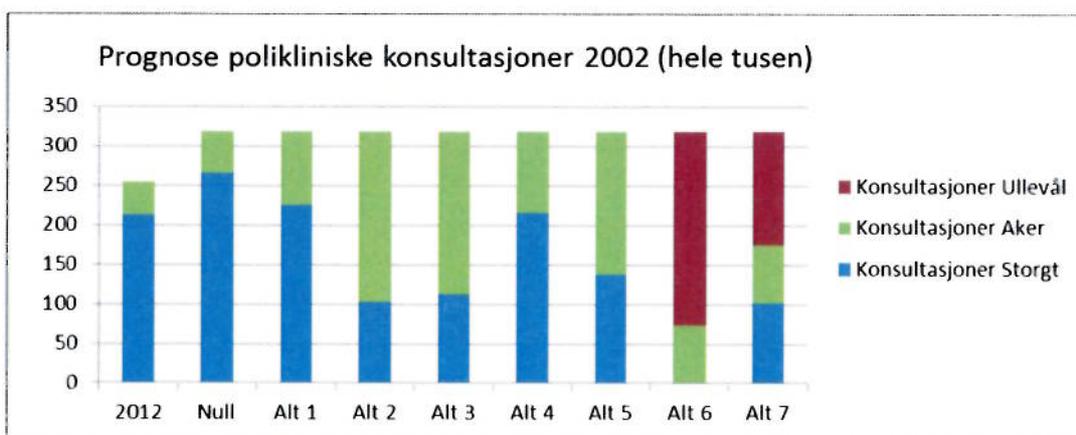
Alternativene er nærmere beskrevet og vurdert i vedlegg 2.5. Funksjonenes plassering er kort oppsummert i nedenstående tabell.

Funksjonsplassering i de forskjellige alternativene

Funksjon	Null	1A	1B/C	2B/C	3B	3C	4A	5A	5B/C	6
Allmenn	S+A	S+A		S+A	S+A		S+A	S+A		U+A
Psykiatrisk legevakt	S	S		A	A		A	S+A		U
Akutte forgiftninger	S	S		A	S		A	S+A		U
Obspost	S	S		A	S		A	S+A		U
LV-sentral	S	S		S	S		S	S		U
SAA sosialkontorfunksjon	S	S		S	S		S	S+A		Sentrum
SAA psykososiale funksjoner	S	S		S+A	S+A		S+A	S+A		U
Overgrepsmottak	S	S		A	S+A		S+A	S+A		U
Skade akutt	S	S		A	A		S	S+A		U
Røntgen	S+A	S+A		S+A	S+A		S+A	S+A		U+A
Skade kontroll	S	S		A	A		S	S+A		U
Ortopedisk poliklinikk	S	S	A	A	A	A	S	S	A	U
Håndterapi	S	S	A	A	A	A	S	S	A	U
Fysioterapi	S	S	A	A	A	A	S	S	A	U
Ort. operasjon	S	S	A	A	A	A	S	S	A	U
Ort.sengepost	S	S	A	A	A	A	S	S	A	U
Apotek	S	S		S+A	S+A		S+A	S+A		U

S=Storgata, A=Aker, U=Ullevål.

Fordelingen av polikliniske konsultasjoner mellom legevaktene er illustrert i figuren nedenfor. Tallene er fremskrevet 10 år fremover.



Estimerte konsultasjonstall i 2022

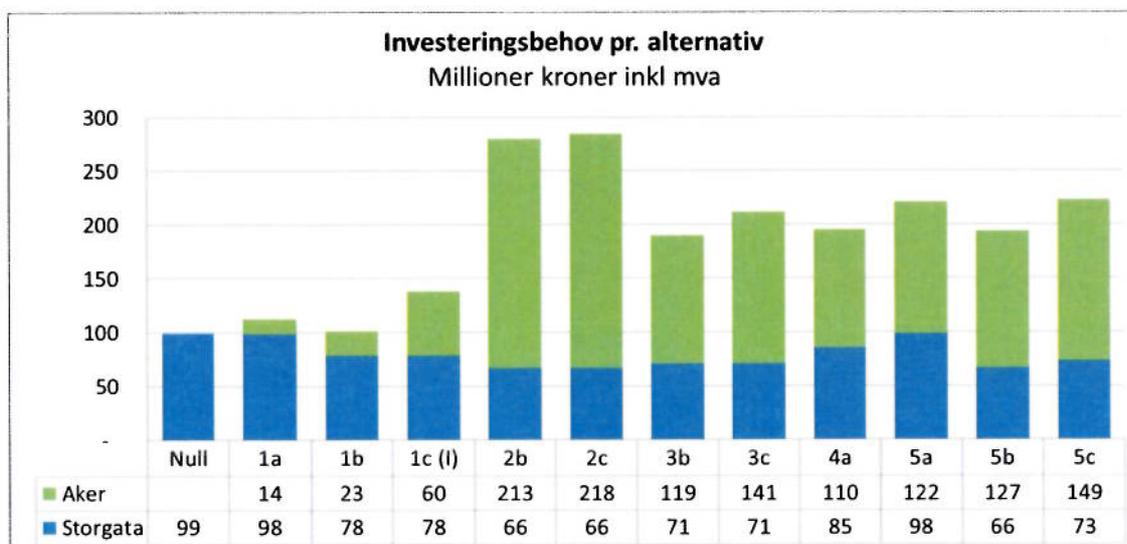
1.2 Kostnader

1.2.1 Investeringsestimater

Figuren nedenfor viser investeringsbehovet for de forskjellige alternativene. Investeringsbehovet er nærmere beskrevet i vedlegg 2.6. Kostnadene på Aker er basert på foreliggende tekniske rapporter og erfaringstall fra andre prosjekter på Aker de siste årene. Kostnadene i Storgata er basert på anbefalinger fra Norconsult 23.05.2013, der det anbefales investeringer for 100 millioner kroner hvorav 25 millioner er knyttet til operasjonsstuene.

Norconsult skiller mellom tiltak som er helt nødvendige nå for å ivareta et forsvarlig arbeidsmiljø (100 millioner) og kostnader som forventes å påløpe i løpet av 5-10 år. De 100 millionene er innarbeidet i mulighetsstudiens beregninger. Anbefalingene er foreløpig ikke bearbeidet i linjeorganisasjonene der det må avgjøres hvordan de skal følges opp videre. Det virker som om gjennomgang og avdekkede nødvendige tiltak er foretatt med nøkternhet, og kalkulerte kostnader ser ut til å inkludere forskriftsmessig nødvendige tiltak med tanke på sikkerhet og helse.

Arbeidsgruppens foreløpige vurderinger tilsier at store deler av utbedringene i Storgata uansett må iverksettes, fordi det uansett alternativ vil ta tid før man kan avvikle driften i vesentlige arealer i Storgata. Unntaket er operasjonsstuene. Dertil vil noen av alternativene innebære at man kan fraflytte noen etasjer/deler av Storgata 40, men besparelspotensialet der virker begrenset. Figuren nedenfor viser det totale investeringsbildet.



Estimert investeringsbehov.

Mulighetene for å hente ut effekt av investeringene avhenger av tiltakets levetid. Storgata 40 antas avviklet som helseinstitusjon når Storbylegevakten etableres. Aker sykehus antas å videreføres som helsebygg, men hvorvidt investeringene der kan gjenbrukes til annen fremtidig aktivitet avhenger av hvilke funksjoner man velger å ha der i fremtiden.

1.2.2 Driftsutgifter

Arbeidsgruppen har ikke kunnet estimere driftsutgiftene i alle alternativer. Sentrale kostnadselementer vi har identifisert er beskrevet i vedlegg 2.7.

1.3 Oppfyllelse av overordnede krav i mandatet

I mandatet ligger det føringer som avgrenser mulighetsstudiens omfang. Disse sentrale kravene og gruppens forståelse av dem er omtalt her.

1.3.1 Videreføre "én dør inn"

På minst én lokalisasjon skal det tilbys et samlet legevakttilbud ("en dør inn") med full faglig bredde (allmenn, skade, psykiatri og sosialt). Dette kravet innebærer at man skal ivareta den funksjonen legevakten har som et tverrfaglig sikkerhetsnett ved forskjellige typer akutsituasjoner som kan løses uten sykehusinnleggelse. Dette kommer pasientene til gode, særlig de som står i fare for å falle mellom stolene. Kjernen i begrepet er altså tverrfagligheten, at en legevakt kan ta imot og hjelpe pasienter med et bredt spektrum av behov, inkludert pasienter med sammensatte problemer.

Opprettholdelse av "én dør inn" innebærer at pasientene kan få det tilbudet de trenger, uavhengig av hvem som har sørge for-ansvaret. Allmennpasienter får tilgang til radiologi og psykiatri, skadde pasienter til obspost og sosialtjeneste, alle pasientgrupper til overgrepsmottaket og sosialhjelp. Denne spesielle kvaliteten ved legevakten i Oslo har utviklet seg gjennom mer enn 100 år, men må antas å kunne ødelegges hvis det gjøres ukloke valg for fremtiden.

Prinsippet om én dør inn ivaretas i alternativene 1, 2, 5 og 6. Alternativene 3 og 4 skiller allmennlegevakten og skadelegevakten, og kan ikke sies å tilfredsstille kriteriet fullt ut.

1.3.2 Beholde arbeidsdelingen ift legevaktspasienter

Arbeidsdelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenestedelen av akuttkjeden er annerledes i Oslo enn i landet for øvrig. Dette har historiske og faglige årsaker. Oslo kommune hadde inntil foretaksreformen i 2002 ansvar for begge tjenestenivåene, man har derfor kunnet bygge opp et hensiktsmessig tjenestetilbud rundt Storgata 40 uten å måtte skjele til ansvarsfordelingen mellom sykehus og kommune.

- Allmennlegevakten driver observasjonspost med 18 senger. 80 % av pasientene kommer fra kommunehelsetjenesten, 20 % fra spesialisthelsetjenesten.
- Kommunehelsetjenesten driver overgrepsmottak for Oslo og omkringliggende kommuner.
- Spesialisthelsetjenesten behandler alle akutte skader som henvender seg til legevakten..
- Spesialisthelsetjenesten har en fremskutt psykiatrisk legevakt på kveldstid og i helgedager som samarbeider tett med allmennlegevakten.

Alle alternativene viderefører denne arbeidsdelingen. Alternativ 3 og 4 kan medføre en viss oppgaveglidning hvis manglende samlokalisering fører til at skadelegevakten påtar seg noe mer allmennoppgaver enn i dag og omvendt.

1.3.3 To robuste allmennlegevakter

Oslo kommune ønsker to allmennlegevakter. Byen har nå 600.000 innbyggere og vokser. To legevakter er nødvendig for å sikre tilgjengelighet og av beredskapshensyn.

Alle alternativene ivaretar dette ved at allmennlegevakt nummer 2 tilrettelegges for å ivareta flere pasienter og bredere problemstillinger enn i dag.

1.3.4 Opprettholde et lavterskeltilbud i sentrum for rusmisbrukere

Legevakten i Storgata har en viktig funksjon som sikkerhetsnett for personer uten bolig, arbeid og sosialt nettverk. Legevakten er bl.a. døgnåpent sosialkontor og har vedtakskompetansen til å innvilge akutt overnattingsplass. Historisk sett har mange av dem som benytter disse tilbudene hatt tilhørighet i sentrum og til dels i legevaktens nærområde. En betydelig andel sliter med rusmiddelavhengighet.

Disse funksjonene ble i byråds sak 147/10 omtalt som "lavterskeltilbud i sentrum". I byråds saken står det bl.a: "Byrådet mener at kommunens del av rusakutten bør videreføres på Storbylegevakten. ... Enkelte tilbud til rusmisbrukere må imidlertid vurderes særskilt og byrådet foreslår utredning av et skreddersydd lavterskeltilbud til denne gruppen i sentrum. Dette må sees i sammenheng med de øvrige sentrumstilbud til denne gruppen. Tildeling av døgnovernatting som i dag ivaretas ved Legevakten foreslås videreført i sentrum uavhengig av hovedlegevaktens plassering".

Alle alternativene ivaretar denne funksjonen i Storgata, men unntak av alternativ 6 der lavterskeltilbud i sentrum må etableres på samme måte som ved etablering av Storbylegevakten. Sosial og ambulant akuttjeneste kommer i varierende grad "på strekk" ettersom alle alternativene medfører et visst behov for deres tjenester i Storgata og på Aker.

1.3.5 Respektere samhandlingsarena Aker

Samhandlingsarena Aker er et samarbeidsprosjekt mellom Oslo kommune og sykehusene i hovedstadsområdet om å etablere samhandlingsrelatert virksomhet på Aker sykehus. OUS har som eier av lokalene på Aker en sentral rolle i arbeidet. Det er bygget opp en prosjektorganisasjon som skal videreføres til og med 2014. En rekke tiltak er vedtatt og iverksatt, andre aktuelle tiltak er under utredning. Legevakten 2015 skal ikke fortrenge tiltak som er vedtatt gjennomført som en del av samhandlingsarena Aker.

Samhandlingsarena Aker respekteres i all hovedsak. Det er viktig at løsningen som velges for legevakten bør bidra til god funksjonalitet og kapasitet for kommunale akutte døgnenger (KAD) på Aker. Flere av løsningsalternativene i rapporten vanskeliggjør full utvidelse av KAD fra de avtalte 32 til de ønskede 54 senger. Fra et driftsmessig ståsted er det uheldig å spre KAD-sengene på mange fysisk atskilte områder.

Denne utfordringen løser seg hvis man lykkes med å flytte ut urologisk avdeling. Det kan skje ved å velge et C-alternativ, se neste avsnitt. Når OUS finner en løsning for å flytte urologi kan det åpne seg nye muligheter for utvidelse av antallet KAD-senger også i A- og B-alternativene.

Alternativ	Konsekvenser for Samhandlingsarena Aker
Null	Nullalternativet gir med våre forutsetninger 51 KAD-senger på tre områder.
1	1A og 1B gir 51 senger fordelt på tre områder. 1C gir 54 KAD-senger på ett område (41 senger på to områder hvis areal byttes med ortopedi).
2	2B gir 12 KAD-senger i infeksjonsposten (isolater) og ca 25 KAD-senger i bygg 6, (Sunnaas, må frigjøres og ombygges). 2C gir 54 KAD-senger på ett område.
3	3B gir 41 KAD-senger på to områder. 3C gir 54 KAD-senger på ett område (evt 41 på to hvis areal byttes med ortopedi).
4	4A gir 32 KAD-senger på to områder.
5	5A og 5B gir 41 KAD-senger på to områder. 5C gir 54 KAD-senger på ett område (evt 41 på to hvis areal byttes med ortopedi).
6	6 gir 51 senger fordelt på tre områder.

1.3.6 Vurdere muligheten for utvidet ortopedisk virksomhet på Aker

I følge mandatets punkt 1c) skal mulighetsstudien undersøke muligheten for "i tillegg å etablere tilbud innen ortopedi på Aker ut over det som i dag er i Storgata, med tydelig funksjonsdeling innen ortopedi internt i OUS". Dette handler ikke primært om å løse legevaktens oppgaver, men å undersøke om flytting av ortopedi fra Storgata til Aker kan åpne for andre muligheter for utnyttelse av arealer og kapasiteter innenfor OUS.

OUS har vedtatt å flytte akuttfunksjonene (i hovedsak urologi og karkirurgi) fra Aker i 2014. Dette er en utfordring å få til i praksis, pga begrenset tilgjengelig areal på Ullevål/Rikshospitalet. Flytting av en sengepost (ca 18 senger) fra Ullevål til Aker kan, sammen med 16 senger i KIS-bygget som i dag er kontorer, frigjøre tilstrekkelig areal til at urologi kan flytte fra Aker til Ullevål. Et slikt bytte vil også frigjøre noen senger på Aker til annet bruk. Hvis virksomheten som flytter til Aker er fokusert på elektive operasjoner og dagkirurgi kan døgneredskapen på Aker reduseres.

Arbeidsgruppens undersøkelser viser at det er plass på Aker til å gjennomføre en slik rokade i alternativene 1, 2, 3 og 5. Dette frigjør altså lokaler til å etablere utvidet ortopedisk virksomhet på Aker i tråd med mandatets 1c. Neste skritt er å avklare i hvilken grad det finnes ortopediske funksjoner som gjør det hensiktsmessig å flytte tilstrekkelig antall senger til Aker. Dette påvirkes av en rekke forhold som arbeidsgruppen ikke har kunnet utforske i detalj: Fysiske krav til lokaler og operasjonsstuer, pasientvolumer, seksjonering, samarbeid med andre deler av sykehuset med videre. Ortopedisk avdeling fraråder å gå videre med en slik løsning. Mulighetene er kort drøftet i vedlegg 2.4. Nærmere avklaring må eventuelt foregå i regi av OUS.

1.3.7 Andre tiltak som kan være aktuelle

Arbeidsgruppen har diskutert forskjellige måter å avlaste legevakten på i de nærmeste årene, som ikke er nevnt i mandatet. Det åpnes for slike innspill i mandatets punkt 3 "Eventuelle andre tiltak". Styringsgruppen har bedt om at slike innspill noteres, men ikke utredes nærmere nå. Vi vil derfor bare kort omtale enkelte mulige tiltak.

Nybygg i påvente av Storbylegevakten

Arbeidsgruppen har diskutert muligheten for å etablere et nybygg på Ullevålområdet som kan dekke behovet for legevaktens kjernetjenester frem til et storbylegevaktbygg kan reises. Denne muligheten finnes også omtalt i analysen som alternativ 6. Et nybygg vil svare ut kvalitetskriteriene godt, men har høyere kostnad og vil ikke la seg realisere innen utgangen av 2015.

Tiltak for å redusere etterspørselen etter legevaktjenester

Arbeidsgruppen har også diskutert tiltak som kan redusere etterspørselen på Legevakten. Styringsgruppen har beskrevet det som utenfor arbeidsgruppens mandat å utrede slike tiltak nærmere, men sett positivt på at arbeidsgruppen kommer med noen kommentarer om hvilke muligheter som finnes. Gruppen vil derfor peke på noen mulige slike tiltak. Disse tiltakene kan eventuelt tas med i senere diskusjoner, men arbeidsgruppen har ikke lagt vekt på dem i dette arbeidet.

1. Øke fastlegenes øyeblikkelig hjelp-kapasitet. Ett tiltak kan være at legevakten disponerer akutt-timer ved alle legekantorene og setter opp pasienter til timer der når pasientene henvender seg til legevakten. En slik ordning bør avtales med Oslo legeförening.
2. Etablere legevaktordning ved utvalgte fastlegekontorer etter normalarbeidstid. Et slikt tiltak må utarbeides i samarbeid med Oslo legeförening og sannsynligvis også Helfo som finansierer deler av legevaktordningen.
3. Etablere legevakt ved enkelte av de få private legesentre som har tilgang til diagnostisk utstyr inkludert röntgen og som slik sett kan overta deler av oppgavene som i dag utføres av legevakten. Et slikt tiltak utradisjonelt og det må eventuelt undersøkes om det er i tråd med gjeldende lover og regler.

4. Gå i dialog med Akershus universitetssykehus om at legevaktfunksjon for en del av Oslos befolkning ivaretas der. Arbeidsgruppen har ikke diskutert dette med helseforetaket.
5. Etablere alternative tilbud til enkelte pasientgrupper som har dårlig tilgang til fastlegetjenester og derfor benytter legevakten mye. Aktuelle grupper er utlendinger både med og uten rett til fastlegetjenester i Oslo.
6. Redusere servicenivået ved legevakten.
En del subakutte skader og smertetilstander som i dag behandles på skadelegevakten kan henvises til fastlege. En del allmennpasienter kan vente til fastlegekontoret åpner neste arbeidsdag. Det finnes ikke i dag et sorteringsverktøy (tragesystem) som sikkert kan identifisere hvilke pasienter som trygt kan henvises til fastlege neste arbeidsdag. Hvis en andel av pasientene triagert som grønne skal avvises på legevakten innebærer dette skjønnsbruk, og dermed en viss medisinsk risiko.

1.4 Kort om av alternativene

Mulighetsstudien skal vurdere de forskjellige alternativene basert på kriteriene tid, kvalitet (delt i kapasitet og tilbudets medisinske kvalitet), kostnad og risiko. Arbeidsgruppen har forsøkt å visualisere de mange variablene i nedenstående tabell, der de forskjellige kriteriene er inndelt i tre kategorier.

- Grønt: Kriteriet kan løses på en tilfredsstillende måte.
- Gult: Kriteriet er utfordrende, men det finnes kompensatoriske tiltak som kan redusere problemet til et akseptabelt nivå.
- Rødt: Kriteriet er meget krevende, arbeidsgruppen har ikke funnet tilstrekkelige kompensasjonsmekanismer.

Under tabellen har vi kommentert alternativene kort. For en grundigere omtale vises til vedlegg 2.5 der det blant annet finnes skisser over de aktuelle arealene.

Som det fremgår har analysen inkludert mange alternativer og variabler i et sammensatt bilde med mange usikre elementer. Arbeidsgruppen har derfor ikke gått i dybden alle forhold ved de forskjellige alternativene. Den detaljerte arealdisponeringen må tas opp til ny vurdering når man har valgt ett eller flere alternativer å gå videre med. Skissene som presenteres i rapporten må betraktes som muligheter, og i videre arbeid må det være åpenhet for å justere arbeidsgruppens forslag.

Alternativvurdering

Hovedkriterier	Null	1A	1B	1C	2B	2C	3B	3C	4A	5A	5B	5C	6
Én dør inn													
Funksjonsdeling OK/OUS uendret													
To robuste allmennlegevakter													
Lavterskel i sentrum (rus)													
Samhandlingsarena Aker													
KAD sengetall	51	51	51	54 (41)	25 +isolat	54	41	54 (41)	32	41	41	54 (41)	51
Rusakuttposten må flyttes	nei	nei	nei	nei	ja	ja	nei	nei	nei	nei	nei	nei	nei
Sengetall urologi mv	54	54	54	0	54	0	54	0	54	54	54	0	54
Ortopedi potensielt sengetall	0	0	7+uro	35 (54)	16	41	7+uro	35 (54)	0	0	7+uro	35 (54)	0
Tid													
Ferdig i løpet av 2015													
Grad av usikkerhet, tid													
Kapasitet inntil 10 år													
Mottakelse													
Allmenn													
Ort.sengepost													
Ort. operasjon													
Øvrige avdelinger													
Pasientflyt, logistikk													
Parkering													
Apotek													
Medisinsk kvalitet													
Vanlige allmennpasienter													
Vanlige skadepasienter													
Kritisk syke/skadede													
24 timers observasjon													
Overgrepsofre													
Akutt rusproblem													
Personer i krise													
Psykisk syke													
Sikkerhet (pas og pers.)													
Likeverdig tilbud for hele Oslo													
Kostnad													
Investering Storgt (millions)	99	98	78	78	66	66	71	71	85	98	66	73	99+bygg
Investering Aker (millions)	0	14	23	60	213	218	119	141	110	122	127	149	0
Døgndrift, antall legevakter	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1
Risiko													
Gjennomføringsrisiko													
Effektrisiko													

Forklaring:

	Kan løses på en tilfredsstillende måte
	Krevende men kan gjennomføres med kompensatoriske tiltak
	Meget krevende, arbeidsgruppen har ikke funnet tilstrekkelige løsninger

Nullalternativet

Hovedutfordringen med nullalternativet er kapasiteten i Storgata, der antallet pasienter perodesvis er for høyt. I et tiårsperspektiv kan man forvente en konsultasjonsøkning på 24 %. Ved omdisponering kan antallet behandlingsrom økes noe, men kapasiteten i mottakelse, venterom, lab, fellesareal, parkering osv vil også bli utfordret. Utfordringen er størst for allmennlegevakten, som har de minst funksjonelle lokalene i Storgata. Arbeidsgruppen mener at nullalternativet ikke er levedyktig i et 10 års perspektiv med ytterligere befolkningsvekst. Avlastning er helt nødvendig. Spørsmålet er i hvilket omfang, og hvilke funksjoner som kan/bør flyttes til andre lokaler.

1.4.1 Alternativ 1: Hovedlegevakt i Storgata, utvidet allmennlegevakt 2 på Aker

Alternativet er i tråd med strategien de siste årene; å utvide allmennlegevakten på Aker så denne kan både avlaste allmennlegevakten i Storgata og ivareta økt etterspørsel pga befolkningsvekst. Man kan med begrensede tiltak flytte allmennlegevaktaktivitet fra Storgata til Aker: ta i bruk noe mer areal, utvide åpningstiden noen timer inn i natten, øke bemanning (sees også i sammenheng med kommunale akutte døgnenger) og innføre et element av fastlønn (ikke kun stykkprisfinansiering som på Aker i dag). Med økt allmennlegevaktaktivitet på Aker vil behovet øke for observasjonsmulighet (timer), psykososialt tilbud og apotekjeneste. Røntgenbehovet er ikke stort i volum, men bør tilpasses legevaktens åpningstid. For øvrig forblir funksjonene der de er i dag.

1B og 1C representerer en faglig utfordring fordi det oppstår et skille mellom skadelegevakten og resten av ortopedisk avdeling. Skadelegevakten har ansvar for sluttbehandling av all konservativ bruddbehandling i Oslo samt uavklarte ledd, sene og muskelskader og trenger mulighet for tilsyn av ortopedspesialist. Det må iverksettes kompensatoriske tiltak, for eksempel at ortopeder roterer til Storgata.

Alternativet tillater annen utvikling på Aker, både utvikling av KAD og evt etablering av utvidet ortopedi på Aker.

Investeringsbehovet er lavere enn i de andre alternativene. Driftsutgiftene antas å øke noe for kommunen, mens de for OUS er vanskeligere å fastsette.

Gjennomføringsrisiko	Liten for 1A og 1B, Høy for 1C (komplekst bytte urologi-ortopedi). Alternativ 1 har generelt lav kompleksitet og omfanget av bygningstilpasninger er lite.
Effektrisiko	Liten for 1A. Tilbudet på Aker styrkes samtidig som akutt-tilbudet i Storgata opprettholdes, dette burde la seg gjennomføre og kommunisere uten store utfordringer. Det er en viss risiko for at færre konsultasjoner enn skissert lar seg flytte til Aker. Middels for 1B og 1C. Risiko for kvalitetstap pga brutt samlokalisering med ortopedi.

Hovedkriterium	Oppfyllelse
Én dør inn	Oppfylt i Storgata
Arbeidsdeling ift legevakt	Ingen endringer
To robuste allmennlegevakter	Oppfylt ved at tilbudet blir mer likt enn i dag
Lavterskeltilbud i sentrum	Opprettholdes som i dag
Samhandlingsarena Aker	1A og 1B gir 51 senger fordelt på tre områder. 1C gir 54 KAD-senger på 1 område (41 senger på 2 områder hvis areal byttes med ortopedi).
Mulighet for utvidet ortopedi	1B gir 7 tilgjengelige senger ved postoperativ. Ortopediske pasienter ut over dette kan få plass i urologisk sengepost. 1C gir 35 tilgjengelige senger på 2 områder (54 hvis areal byttes med ortopedi)

Arbeidsgruppen anser alternativ 1 som gjennomførbart og anbefaler å gå videre med 1A. Løsningen vil styrke det faglige tilbudet ved å jevne ut forskjellen mellom dagens to allmennlegevakter, som i dag har forskjellig profil. Kostnadene er begrenset i forhold til de andre alternativene, og risikoen lav. Alternativet er forenlig med å etablere utvidet ortopedi på Aker.

1.4.2 Alternativ 2: Flytte hovedlegevakten til Aker, beholde en mindre allmennlegevakt i Storgata

Hovedlegevakten flytter til Aker, og det blir igjen i Storgata en allmennlegevakt med sosialkontorfunksjon og legevaktsentral. Begge legevaktene må være døgnåpne.

Alternativet innebærer en massiv omdisponering av bygningsmassen på Aker. For å sikre logistikk og kapasitet må lokalene bygges om en del og en ny intern forbindelse må til i atriet. Hele første etasje i bygg 4 benyttes til legevaktfunksjoner, inkludert dagens fire operasjonsstuer. Alternativ 2B strander på at operasjonskapasiteten blir for liten. Alternativ 2C finnes det areal til, men fordi legevaktens poliklinikker og observasjonspost vil fortrenge sengeposter må rusakuten flyttes. Hvis det skal oppnås mer enn 16 ortopedisenger må man også bygge om arealene til Sunnaas poliklinikk i bygg 6 til sengepost.

I prinsippet flytter hovedlegevakten i sin helhet, interne og eksterne avhengigheter forventes å fungere på samme måte som i dag. Arealene til poliklinikker kan trolig tilpasse godt i bygg 4, mens arealene mot vest er mer utfordrende i forhold til å oppnå god oversikt og effektivitet. En ny intern forbindelse kan delvis kompensere for det.

Sosial og ambulant akuttjeneste vil måtte dele seg på to tjenestesteder for å ivareta både lavterskeltilbud/ sosialkontorfunksjon i sentrum og funksjoner knyttet til legevaktens pasienter på Aker. En slik endring vil være nødvendig når storbylegevakten bygges, men dette alternativet fremskynder endringen. Ortopedisk avdeling vil få en akse Ullevål – Aker, mot dagens akse Ullevål – Storgata. Som i de andre alternativene vil arbeidsgruppen påpeke at legevakten og akuttpsykehuset på sikt må samlokaliseres for å kunne tilby et fullgodt tilbud til kritisk syke/skadde pasienter.

Alternativ 2 har de høyeste investeringskostnadene (med unntak av alt 6), hovedsakelig på Aker. Investeringene i Storgata er relativt begrenset, ettersom det blir liten restvirksomhet der. Driftsutgiftene for kommunen vil stige en god del pga døgndrift to steder, dublert sosialtjeneste og bortfall av samlokaliseringsgevinst mellom legevakten og helseetaten for øvrig. Sykehusets driftskostnader er vanskeligere å fastsette.

Gjennomføringsrisiko	Høy. Kompleks flytte- og ombyggingsprosess med stor usikkerhet ift gjennomføringstid og kostnader. Tilbudet må opprettholdes under flyttingen. IKT-tilrettelegging for skadelegevakten er en særskilt risikofaktor. Da de tok i bruk DLPasdoc i 2008 destabiliserte dette hele Ullevål i en lang periode.
Effektrisiko	Middels. En hovedlegevakt på Aker kan tiltrekke seg pasienter som i dag benytter fastlegen. Flytting av legevakten er mulig å kommunisere til befolkningen, og de fleste pasienter vil finne riktig legevakt. Samtidig er det grunn til å tro at skadde og kritisk syke fortsatt vil oppsøke Storgata så lenge de vet at det fortsatt finnes en legevakt der.

Hovedkriterium	Oppfyllelse
Én dør inn	Oppfylt på Aker
Arbeidsdeling ift legevakt	Ingen endringer
To robuste allmennlegevakter	Oppfylt ved at tilbudet blir mer likt enn i dag
Lavterskeltilbud i sentrum	Oppfylles i Storgata som i dag
Samhandlingsarena Aker	2B gir 12 KAD-senger i infeksjonsposten (isolater) og ca 25 KAD-senger i bygg 6, (Sunnaas, må frigjøres og ombygges). 2C gir 54 KAD-senger på 1 område.
Mulighet for utvidet ortopedi	2B kan gi 16 senger, men ikke tilstrekkelig operasjonskapasitet. 2C gir 41 tilgjengelige senger på 2 områder og tilstrekkelig op.-kapasitet.

Alternativ 2 er arealmessig og tidsmessig meget krevende. Arbeidsgruppen har konkludert med at 2B ikke vil la seg gjøre. 2C er arealmessig gjennomførbart, men forutsetter endringer i en rekke andre funksjoner enn legevakten. Ombygging på Aker og flytting av hovedlegevakten vil være en omfattende prosess. Gjennomføringsrisiko og forsinkelsesrisiko vurderes som høy. Arbeidsgruppen mener at en så omfattende endring kun bør gjennomføres hvis man har en god og varig løsning i sikte, ikke for å oppnå en midlertidig løsning som på mange områder ikke er vesentlig bedre enn dagens.

1.4.3 Alternativ 3: Flytte skadelegevakten til Aker

Alternativet innebærer å skille skadelegevakten fra hoveddelen av allmennlegevakten. Skadelegevakten kan etableres på tilsvarende måte arealmessig som i alternativ 2.

Alternativ 3B gir som 2B for liten operasjonskapasitet, og lar seg derfor ikke gjennomføre. I alternativ 3C oppnås 35 senger til ortopedi og 54 senger til KAD (evt 54 til ortopedi og 41 til KAD).

3C går opp arealmessig. Ulempen er at det oppstår et skille mellom funksjoner. Skadepasientene vil miste direkte tilgang til sosialtjeneste/overgrepsmottak, observasjonspost og psykiatrisk legevakt og de allmennlegevakt-funksjoner som ikke finnes på Legevakt Aker. En del pasienter med kombinert skade og rus/sykdom kan få et redusert tilbud. Det bør bygges opp et psykososialt tilbud på Aker.

Allmennlegevakten på Aker anbefales døgnåpen, ettersom pasienter med slike behov må antas å oppsøke hovedlegevakten hele døgnet.

Investeringskostnadene ligger midt på treet i forhold til de øvrige alternativene. Investeringer i Storgata kan reduseres noe fordi allmennlegevakten kan flytte fra Kroghstøtten inn i legevaktbygget.

Driftsutgiftene for kommunen antas å stige en god del pga døgndrift to steder, dublert sosialtjeneste og bortfall av samlokaliseringsgevinst mellom legevakten og helseetaten for øvrig. Sykehusets driftskostnader er vanskeligere å fastsette. Faktorene som bidrar sterkest er samlet i avsnitt 2.7.

Gjennomføringsrisiko	3B: Middels. Ombygging og flytting av skadelegevakt antas å ha en kompleksitet som kan medføre forsinkelser og uforutsette kostnader. 3C: Høy (komplekst bytte urologi-ortopedi).
Effektrisiko	Middels. Flytting av skadelegevakten er mulig å kommunisere, og de fleste pasienter vil finne riktig legevakt. Noen pasienter må sendes fra Storgt til Aker, andre fra Aker til Storgt (obspost, overgrepsmottak, psykiatrisk legevakt). Det blir nødvendig med to døgnåpne legevakter. IKT-tilrettelegging for skadelegevakten er en særskilt risikofaktor.

Hovedkriterium	Oppfyllelse
Én dør inn	Ikke oppfylt fullt ut.
Arbeidsdeling ift legevakt	Uendret.
To robuste allmennlegevakter	Ivaretatt ved at legevakt Aker styrkes noe.
Lavterskeltilbud i sentrum	Ivaretatt i Storgata som i dag.
Samhandlingsarena Aker	3B gir 41 KAD-senger på 2 områder 3C gir 54 KAD-senger på 1 område (evt 41 hvis areal byttes med ortopedi).
Mulighet for utvidet ortopedi	3B gir ikke tilstrekkelig operasjonskapasitet. Sengekapasiteten kan løses (7 senger ved postoperativ og plasser integrert i urologisk sengepost). 3C gir 35 tilgjengelige senger på 2 områder (evt 54 hvis areal byttes med KAD).

Arbeidsgruppen mener at 3B ikke vil la seg løse arealmessig, fordi operasjonskapasiteten blir redusert før man kan påregne å flytte ut urologi og annen operativ virksomhet fra Aker. 3C er arealmessig mulig, her er hovedutfordringen at allmenn- og skadelegevakten skilles og at pasienter med sammensatte behov dermed mister tilgang til en del tjenester. Blant disse pasientene finner vi flere utsatte grupper. Alternativet anbefales ikke videreført.

1.4.4 Alternativ 4: Flytte allmennlegevakten til Aker, skade og allmennlegevakt 2 i Storgata

Dette alternativet innebærer at de sentrale funksjonene i allmennlegevakten i Storgata flyttes til Aker, og det etterlates kun en mindre legevaktbase i Storgata sammen med skadelegevakten. Det er gjort unntak for legevaktsentralen, som er en teknisk tung virksomhet som ikke bør flyttes før det finnes en varig løsning (storbylegevakten). Arealmessig går alternativet greit opp.

Alternativene 4B og 4C ansees som uaktuelle og er ikke nærmere vurdert. Hvis ortopedi og operasjon er på Aker anser vi det som lite hensiktsmessig å flytte allmennlegevakten fremfor å flytte skadelegevakten samme sted.

Ulempen med alternativet er som for alternativ 3 er at det oppstår et skille mellom funksjoner. Skadepasienter vil miste direkte tilgang til sosialtjeneste/overgrepsmottak, observasjonspost og psykiatrisk legevakt og de allmennlegevakt-funksjoner som ikke finnes på Legevakt Aker. En del pasienter med kombinert skade og rus/sykdom kan få et redusert tilbud. Det bør bygges opp et psykososialt tilbud på Aker slik som beskrevet i alternativ 2.

En annen konsekvens er at allmennlegevakten på Aker anbefales døgnåpen, ettersom pasienter med slike behov må antas å oppsøke denne hovedlegevakten hele døgnet.

Investeringskostnadene i dette alternativet er midt på treet sammenliknet med alternativene.

Driftsutgiftene antas å øke betydelig for kommunen, som må drive to døgnåpne legevakter. For OUS antas driftsutgiftene å øke litt, pga økt behov for radiologitjenester på Aker på døgnbasis.

Gjennomføringsrisiko	Middels. Ombygging og flytting av allmennlegevakten antas å ha en kompleksitet som kan medføre forsinkelser og uforutsette kostnader.
Effektrisiko	Høy. En døgnåpen allmennlegevakt på Aker kan tiltrekke seg pasienter som i dag benytter fastlegen. Det kan vise seg vanskelig å få til en reell avlastning av Storgata så lenge det fortsatt er både allmenn- og skadelegevakt i sentrum. En del vil måtte videresendes til obspost, overgrepsmottak, psykiatrisk legevakt eller andre tilbud på Aker. Det blir nødvendig med to døgnåpne legevakter.

Hovedkriterium	Oppfyllelse
Én dør inn	Ikke oppfylt fullt ut.
Arbeidsdeling ift legevakt	Uendret.
To robuste allmennlegevakter	Oppfylt.
Lavterskeltilbud i sentrum	Oppfylt i Storgata som i dag.
Samhandlingsarena Aker	4A gir 32 KAD-senger på 2 sengeområder.
Mulighet for utvidet ortopedi	4B og 4C ansees som uaktuelle (skadelegevakt i Storgt, ortopedi på Aker).

Alternativ 4 er arealmessig gjennomførbart, men det er stor risiko for at man ikke oppnår den ønskede effekten. Driftsutgiftene antas å øke, spesielt for kommunen. Dertil vil allmenn- og skadelegevakten skulle lag, og pasienter med sammensatte kan få et svekket tilbud. Blant disse pasientene finner vi flere utsatte grupper. Sengetallet for KAD er begrenset til 32. Alternativet anbefales ikke videreført.

1.4.5 Alternativ 5: Fordele allmenn- og skadebehandling likt på begge legevaktene

Dette alternativet tilstreber et likt tilbud ved begge legevaktene. Arbeidsgruppen har ikke foreslått endret arbeidsdeling mellom kommune og foretak. Dette innebærer at også de avdelingene som i dag driver på ett sted må drifte to lokalisasjoner: skadelegevakten, psykiatrisk legevakt, observasjonsposten, overgrepsmottak, sosial/ambulant akuttjeneste. Arbeidsgruppen har rendyrket prinsippet om to legevakter med full bredde i tilbudet, det vil si at også de minste funksjonene deles.

Hvis det etableres to like legevakter som i dette alternativet kan den ene stenge om natten, det skulle ikke være nødvendig å ha døgnåpent begge steder.

Alternativet kan kombineres med utvidet ortopedi på Aker (5C). 5B lar seg ikke gjennomføre pga operasjonsstuekapasiteten, jfr diskusjon om alternativene 2B og 3B.

Investeringskostnadene er midt på treet i forhold til de øvrige alternativene. Driftsutgiftene antar å øke for OUS i alternativ 5A, mindre i alternativ 5B og antas å endres lite i alternativ 5C. Kommunens utgifter antas å øke noe.

Gjennomføringsrisiko	5A og 5B: Middels. Noe kompleks prosjektering. Duplisering av faglig tilbud kan medføre utfordringer. 5C: Høy (komplekst bytte urologi-ortopedi).
Effektrisiko	Middels. Det kan ta tid å bygge opp kompetanse til å yte fullgode tjenester på begge legevakter og alle fagområder.

Hovedkriterium	Oppfyllelse
Én dør inn	Oppfylt i Storgata og på Aker.
Arbeidsdeling ift legevakt	Uendret.
To robuste allmennlegevakter	Oppfylt.
Lavterskeltilbud i sentrum	Oppfylt i Storgata.
Samhandlingsarena Aker	5A og 5B gir 41 KAD-senger på 2 sengeområder. 5C gir 54 KAD-senger (evt 41 hvis areal byttes med ortopedi).
Mulighet for utvidet ortopedi	5B gir ikke tilstrekkelig operasjonskapasitet. Sengekapasiteten kan løses (7 senger ved postoperativ og plasser integrert i urologisk sengepost). 5C gir 35 tilgjengelige senger på 2 områder (54 hvis areal byttes med KAD).

Alternativ 5 kan gjennomføres, men gir økning i driftskostnader og praktiske utfordringer. Det er krevende å fordele kompetanse og ressurser på flere lokalisasjoner. Arbeidsgruppen vurderer det som mer fornuftig i dagens situasjon å innrette seg med én hovedlegevakt og en legevakt nr 2 med noe mindre spesialisert tilbud. Pasientene med spesielle behov må da ivaretas ved henvisning til riktig legevakt, og kompetanse kan overføres ved personellrotasjoner i mindre omfang. Arbeidsgruppen mener at tilgjengeligheten til legevaktjenester blir god nok for de nærmeste årene selv om tilbudet ikke er likt på de to legevaktene.

1.4.6 Alternativ 6: Nybygg på Ullevål

Alternativet kan bestå i at man bygger et bygg som kan romme alle funksjonene i Storgata 40. Arbeidsgruppen har sett på dette alternativet på liknende måte som de øvrige alternativer, for å få frem hvordan en slik løsning ville slå ut i forhold til de samme parameterne som de øvrige alternativene.

Man kan innvende at dette i realiteten vil være å gå videre med storbylegevaktprosjektet, hvilket ligger utenfor Legevakt 2015 sitt mandat. Samtidig tenker noen at et nedskalert legevaktbygg på Ullevål kan være et første byggetrinn som eventuelt kan videreutvikles i faser til storbylegevakt på Ullevål. Hvis man om noen år skulle beslutte å gå for et legevaktbygg på Gaustad kan et første byggetrinn eventuelt gjenbrukes til andre sykehusfunksjoner på Ullevål.

Kostnadene til et nybygg på Ullevål som kun inneholder kjernefunksjoner og er nedskalert 20 % i forhold til Storbylegevaktprosjektet kan beregnes til i størrelsesorden 1 mrd kroner. Beregningen er kun et enkelt overslag basert på KVV for storbylegevakten, og må betraktes mer som en pekepinn enn en faglig vurdering av kostnad.

Gjennomføringsrisiko	Middels. Etablering av nybygg er en krevende prosess, men man kan benytte seg av arbeid som allerede foreligger fra Storbylegevaktarbeidet.
Effektrisiko	Lav. I forbindelse med flytting fra Storgata vil det være store informasjonsoppgaver og viktig å sikre beredskapen i Storgata slik at ikke kritisk syke personer ikke får øyeblikkelig hjelp.

Hovedkriterium	Oppfyllelse
Én dør inn	Oppfylt på Ullevål.
Arbeidsdeling ift legevakt	Uendret.
To robuste allmennlegevakter	Oppfylt ved at legevakt Aker trappes opp parallelt.
Lavterskeltilbud i sentrum	Reetableres i sammenheng med velferdsetatens tilbud.
Samhandlingsarena Aker	6 gir 51 senger fordelt på tre områder.
Mulighet for utvidet ortopedi	6 innebærer at ortopedi flytter til nybygg på Ullevål.

Alternativ 6 er kostbart og vil ikke kunne realiseres innen utgangen av 2015. Kvalitetsvurderingen viser imidlertid at nybygg vil kunne løse utfordringene som er skissert i mandatet på en god måte.

Hvis man om noen år skulle beslutte å bygge Storbylegevakten på Gaustad kan et bygg på Ullevål eventuelt gjenbrukes til andre sykehusfunksjoner der. Slike betraktninger må imidlertid gjøres når man vet mer om hvordan arbeidet med lokalisering av OUS akutfunksjoner utvikler seg.

1.5 Arbeidsgruppens anbefaling

Arbeidsgruppens foretrukne alternativ er alternativ 1A (Ivaretar best legevaktens kjernefunksjoner).

Alternativer som er arealmessig mulige men har vesentlige ulemper:

- Alternativ 1B (Kan vurderes av økonomiske grunner, men har faglige ulemper i aksens skade-ortopedi.)
- Alternativ 1C (Ulemper i aksens skade-ortopedi og utfordrende flytting av ortopedi fra Ullevål. Kan være aktuelt ut fra en overordnet vurdering av sykehusets mulighet til å flytte akutfunksjoner fra Aker til Ullevål.)
- Alternativ 2C (Høy investering, kompleksitet og risiko. Utfordrende flytting av ortopedi fra Ullevål. Kan være aktuelt ut fra en overordnet vurdering av sykehusets mulighet til å flytte akutfunksjoner fra Aker til Ullevål.)
- Alternativ 6 (Høy investering og imøtekommer ikke tidskriteriet.)

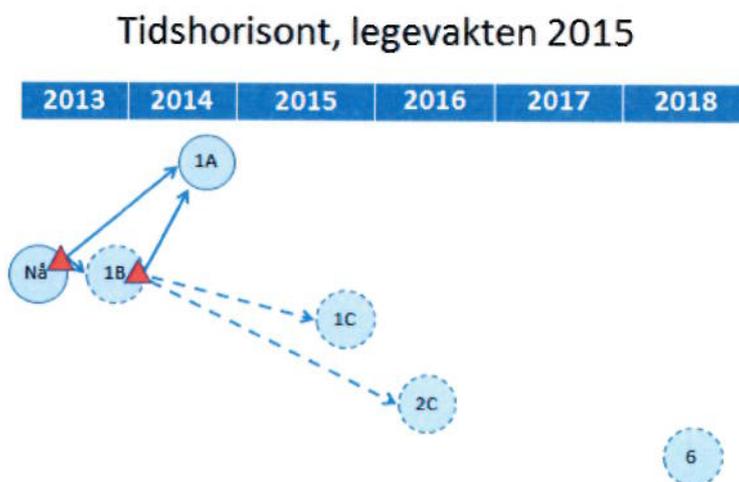
Resten av alternativene mener arbeidsgruppen at man ikke bør gå videre med:

- Alternativ 3C (Brudd i aksens allmennlegevakt-skadelegevakt og utfordrende flytting av ortopedi fra Ullevål.)
- Alternativ 4A (Høy effektrisiko og faglige ulemper i aksens allmennlegevakt-skadelegevakt.)
- Alternativ 5A og 5C (Kostnader og praktiske utfordringer som gruppen ikke finner nødvendige i dag. Et slikt alternativ vil eventuelt kunne utvikles i fremtiden innenfor den løsningen som velges.)
- Alternativene 2B, 3B og 5B (Arealene på Aker strekker ikke til pga operasjonskapasitet.)

Tidshorisont

Tidsaksen er sentral for beslutningene. Mest akutt i øyeblikket er situasjonen for ortopedien, fordi ortopedisk operasjon foreløpig er flyttet til Aker mens ortopedisk sengepost, poliklinikk og hånd/fysioterapi er igjen i Storgata. Dette kan gjøre det aktuelt å ta stilling til operasjonsstuen i Storgata raskt, og evt resten noe senere.

Alternativ 1B kan på sikt kombineres med de andre alternativene. Hvis man velger 1A (gjennomføringstid i underkant av ett år) vil investeringen i operasjonsstuer i Storgata tale for å holde fast ved den løsningen frem til Storbylegevakten realiseres. Dette kan illustreres som følger:



Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	27. juni 2013
Saksbehandler:	Direktør forskning, innovasjon og utdanning
Vedlegg:	Nasjonalt partikkelterapisenter i Oslo

SAK 41/2013 NASJONALT SENTER FOR PARTIKKELTERAPI

Forslag til vedtak

- 1. Styret tar saken om planlegging av utbygging og bruk av partikkelterapi i Norge til orientering.*
- 2. Styret støtter at Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF melder sin interesse for lokaliseringen av et nasjonalt partikkelsenter til Oslo.*

Oslo, den 20. juni 2013

Bjørn Erikstein

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet ba i foretaksmøte den 15. oktober 2012 Helse Vest om å lede planlegging av et norsk senter for partikkelterapi, med frist for levering i juni 2013. På bakgrunn av oppdraget ble det opprettet et samarbeidsprosjekt mellom de fire regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus har vært Helse Sør-Østs representert i styringsgruppen for det nasjonale prosjektet. Det vises for øvrig til administrerende direktørs orienteringer i styremøtet 17. desember 2012, sak 95/2012.

En omfattende rapport¹ ble levert Helse- og omsorgsdepartementet 15. juni 2013. I forbindelse med rapporten har de fire regionale helseforetakene også utarbeidet en felles styresak til sine respektive styrer. Helse Sør-Øst behandlet saken 20. juni 2013, sak 60-2013, med følgende forslag til vedtak:

1. Styret tar saken om planlegging av og utbygging og bruk av partikkelterapi i Norge til orientering.
2. Styret støtter at Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus melder sin interesse for lokalisering av et nasjonalt partikkelterapisenter til Oslo.

Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør viser til vurderingene fra den nasjonale gruppen og styrevedtak i Helse Sør-Øst, sak 60-2013. Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst har, i samarbeid med Universitetet i Oslo, meldt sin interesse for lokalisering av et nasjonalt partikkelterapisenter til Oslo. Det vises til vedlegg, med skisse til et slikt senter lokalisert på Gaustad, i tilknytning til Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, og Universitetet i Oslo.

Administrerende direktør understreker at Oslo har verdifulle og nødvendige forutsetninger knyttet til personellbehov, utdanning, forskning og innovasjon for å kunne løfte partikkelterapi inn i klinikken som en sentral behandlingsmetode. Oslo har det mest komplette kompetansemiljøet i landet og kreftforskning i verdensklasse. Sammen med pasientmengden som tilhører helseregionen er en lokalisering av et nasjonalt partikkelsenter i Oslo det klart beste alternativet, etter administrerende direktørs vurdering.

¹ Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet <http://www.helse-sorost.no/SiteCollectionDocuments/060-2013%20Vedlegg%201%20-%20Planlegging%20av%20norsk%20senter%20for%20partikkelterapi-%2013.juni%202103.pdf>

Nasjonalt partikkelterapisenter i Oslo

INFRASTRUKTUR OG STØTTEFUNKSJONER

Nord-Europas største sykehus

KOMPETANSE

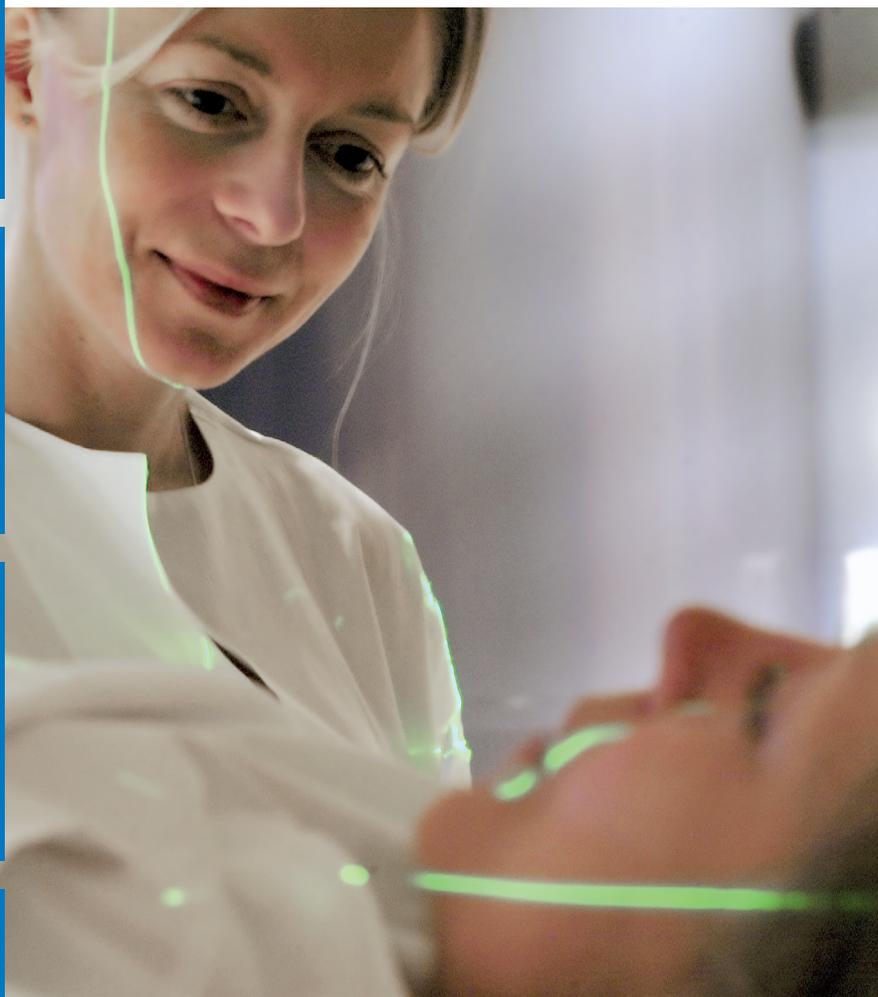
Kreftforskning i verdensklasse og sterkt universitetsmiljø

TOMTENS PLASSERING

Attraktiv tomt i direkte tilknytning til OUS, Rikshospitalet og Universitetet i Oslo

KOMMUNIKASJON

Norges største kommunikasjonsknutepunkt



Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus melder med dette sin interesse for lokaliseringen av et nasjonalt partikkelterapisenter til Kunnskapsbyen Oslo.

Oslo har en attraktiv tomt, godt kompetansemiljø, nødvendig infrastruktur, støttefunksjoner og kommunikasjon.



Illustrasjonsfoto: OUS



Peder Olsen
Adm. direktør i Helse Sør-Øst

“En samlet helseregion står bak et nasjonalt partikkelsenter lokalisert i Oslo, med Norges dyktigste fagfolk samlet for å fremme dagens og morgendagens høyteknologiske kreftbehandling.”



Bjørn Erikstein
Adm. direktør i Oslo universitetssykehus

“Et partikkelsenter i Oslo vil gi et kraftig løft til den nasjonale kreftomsorgen, og det solide fagmiljøet ved Oslo universitetssykehus er rede til å gjøre dette til et landsdekkende tilbud.”



Ole Petter Ottersen
Rektor ved Universitetet i Oslo

“Universitetet i Oslo ønsker et partikkelsenter i Oslo velkommen, som en samarbeidsarena mellom kliniske og basale forskningmiljøer på universitet og sykehus.”



Illustrasjonsfoto: Oslo universitetssykehus

Partikkelterapi har vist seg som en skånsom og effektiv kreftbehandling.

NASJONALT PARTIKKELSENTER

OSLO-ALTERNATIVET I KORTVERSJON

Tomt på Gaustad, i tilknytning til Oslo universitetssykehus (OUS), Rikshospitalet og Universitetet i Oslo (UiO). Tomten vil kunne romme et kombinert anlegg eller nedskaleres til et rent protonanlegg, og samtidig ha stort utviklingspotensiale.

Senteret foreslås med et mindre antall avanserte konvensjonelle strålemaskiner (lineærakseleratorer), for å være et senter for høypresisjonsbehandling og ivareta behovet for backup-funksjon for partikkelbehandlingen.

Per i dag har OUS eksisterende pasienthotellkapasitet som kan dekke behovet til et partikkelsenter, og sammen med sitt enestående foreldreovernattingsbygg vil OUS kunne gi et meget godt tilbud for pasientene.

Kompetansemiljøet på partikkelseneteret vil bygges opp rundt de allerede eksisterende høykompetente fagmiljøene som finnes i Oslo-området, med spesiell vekt på onkologi og stråleterapi, strålebiologi, medisinsk- og partikkelfysikk.

Senterets sentrale beliggenhet i Norge vil gi de beste forutsetningene for nasjonal kompetanseoppbygning og god kommunikasjon mellom nordiske og europeiske proton- og partikkelsenetre.

PRIORITERTE MÅL FOR ET NASJONALT PARTIKKELSENTER I OSLO

1. Likeverdig, nasjonal og høykompetent pasientbehandling
2. Klinisk forskning som er ledende i Norden og med tett europeisk samarbeid, samt translasjonsforskning og teknologiutvikling

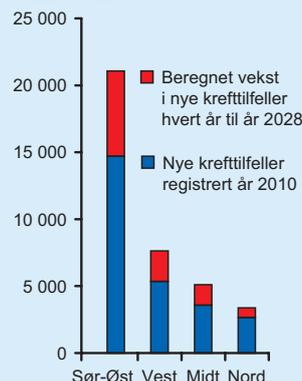
KOMMUNIKASJON

56% av alle kreftpasientene er bosatt i Helse Sør-Øst. Kostnadene ved pasienttransport i landet som helhet vil dermed være lavest ved å legge et senter til Oslo, som tyngdepunktet i Helse Sør-Øst. Oslo skiller seg ut som det mest **miljøvennlige** alternativet for et partikkelterapisenter!

Som landets største kommunikasjonsknutepunkt har Oslo **de beste transportmulighetene** i landet – og vil være lettest tilgjengelig fra alle landsdeler sammenlignet med andre alternativ. Jernbane, flyplass, flytog og utallige bussruter sikrer dette. I tillegg er OUS, Rikshospitalet lett tilgjengelig internt i Oslo, med trikk, t-bane eller buss.

Nye krefttilfeller hvert år fordelt på helseregioner

Antall krefttilfeller



KILDE: NORDCAN 21.01.2013

BESKRIVELSE AV

NASJONALT PARTIKKELTERAPISENTER VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Oslo universitetssykehus er Nord-Europas største sykehus og har ett av verdens største stråleterapisentre, med sine 17 strålemaskiner pluss 4 på satelittsentrene i Gjøvik og Kristiansand. Infrastrukturen som legges til grunn for et vertssykehus for et partikkelsenter er dermed så komplett som mulig, med høykompetente fagmiljøer innenfor alle disipliner.



Plassering av partikkelterapi senter (rødt bygg) på Gaustad i Oslo, ved innkjøring til Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet fra Ring 3. 3D-skisse til høyre.

TOMTENS PLASSERING

OUS er per i dag lokalisert på 4 hovedområder; Rikshospitalet, Ullevål sykehus, Radiumhospitalet og Aker. Stråleterapivirksomheten ved sykehuset foregår på Radiumhospitalet og på Ullevål sykehus, men vil i fremtiden kunne bli flyttet til Gaustad-området. Dette sammen med nærheten til det nye Livsvitensenteret ved UiO gjør dette til en ideell lokalisering av et nasjonalt partikkelsenter i Oslo, og vil kunne være starten på denne fremtidige utviklingen.

Lokaliseringen på Gaustad vil også fremstå som meget godt med tanke på nærheten til Universitetet i Oslo og de sterke fagmiljøene som finnes der. Tomten som stilles til rådighet av OUS, i samråd med Helse Sør-Øst, ligger sentralt plassert ved østenden av Rikshospitalet. Senteret vil integreres i landskapet og gi enestående muligheter for pasientrekreasjon i den store parken som senteret vil ligge under. Det er også plass til et karbondantrøy (utstyr for å styre karbonstrålen), og senteret vil være sentralt plassert i et fremtidig storsykehus som inkluderer all stråleterapi og kreftomsorg i OUS. Bygget vil være et behandlingssenter for høypresisjonsbehandling, og i tillegg til partikkelterapi vil det ha 2-4 av de mest avanserte konvensjonelle strålemaskinene som finnes. Disse vil i tillegg fungere som backup-løsning for eventuelle problemer med levering av partikkelterapi. Det allerede eksisterende solide stråleterapimiljøet ved OUS vil også kunne fungere som backup ved behov.

INFRASTRUKTUR OG STØTTEFUNKSJONER

OUS, Rikshospitalet har alle de nødvendige støttefunksjoner som behøves, bl.a. anestesi, radiologi, ulike laboratorier, sterilforsyninger, administrative tjenester og systemer.

Intervensjons senteret ved OUS, Rikshospitalet er også et høykompetent fagmiljø innen diagnostikk og ulike bilde-modaliteter, og vil kunne støtte opp under behovet et partikkelterapi senter har for fagkompetanse innen diagnostikk, både for CT, PET/CT og MR.

Pasienthotellkapasiteten i Oslo-området er meget god, og vil per i dag kunne dekke et ekstra behov på rundt 60 sengeplasser. I tillegg har OUS et helt nytt eget foreldre-overnattingsbygg med 108 senger for foreldre til alvorlig syke barn under 18 år. Dette gjør at tilbudet til familiene rundt alvorlig syke barn som trenger partikkelbehandling over lang tid er ivaretatt. Det tilbys også et godt utviklet eget barne- og ungdomsprogram som ivaretar det friske i barna og inkluderer daglig musikkterapi og klovner og en rekke andre aktivitetstiltak.



KOMPETANSE

Partikkelterapi har vist seg som en skånsom og effektiv kreftbehandling. Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo har til sammen høykompetente fagmiljøer innen stråleterapi og onkologi, samt medisinsk fysikk, teknologi, kjerne- og partikkelfysikk, strålebiologi og andre relevante miljøer som er en forutsetning for en vellykket nasjonal etablering av et partikkelsenter. Institusjonene i Oslo-regionen er også meget sentrale i utdanningen av hovedprofesjonene innen stråleterapi; onkologer, medisinske fysikere og stråleterapeuter.

Fagmiljøene i Oslo er en garanti for god og moderne pasientbehandling og best mulig utnyttelse av fasilitetene til forsknings- og utviklingsformål. For fagmiljøene vil en slik etablering bety et betydelig løft innen en allerede sterk kreftforskning, med tilskudd av dagens og fremtidens kreftbehandling.

KLINISK KOMPETANSE INNEN STRÅLETERAPI

Etter fusjonen i 2009, ble en av verdens største stråleterapiavdelinger dannet. På tross av de utfordringene fusjonsprosessen medførte, klarte stråleterapimiljøet ved OUS å opprettholde og øke, stråleterapiproduksjonen frem til dags dato. OUS har et komplett stråleterapitilbud, med unntak av partikkelterapi, og leverer alt fra høyypresis strålekirurgi-behandling av de minste områder i hjernen til totalbehandling av hele kroppen. Det kliniske kreftbehandlingsmiljøet ved OUS er høykompetent og deltar i mangfoldige internasjonale studier innen alle diagnosegrupper.

OUS er søsterinstitusjon med *MD Anderson Cancer Center* (MDACC), Houston, Texas, som er verdens største stråleterapisenter, også med et av verdens mest velrenommerte protonsentre. OUS og MDACC har et godt samarbeid om kompetanseutveksling, også på partikkelterapifeltet. Flere innen yrkesgruppene medisinske fysikere og onkologer ved OUS har deltatt i opplæring vedrørende protonterapi, bl.a. i regi av MDACC.

Avdeling for medisinsk fysikk (AMF) ved OUS har en lang tradisjon som nasjonalt ledende innen fagutvikling og erfaring i å anvende ulike typer utstyr og programvare til pasientbehandling. Ved innføring av ny teknologi for partikkelbehandling vil denne kompetansen være meget nyttig, samt for å videreutvikle partikkelterapiteknologien til mer effektiv og kvalitetssikker pasientbehandling. Den største andelen publikasjoner innen stråleterapi i Norge kommer fra AMF og avdelingen har flere veletablerte internasjonale samarbeidslinjer.

OUS er ansvarlig for avviklingen av fire av totalt seks kurs innen onkologi for leger under spesialisering innen dette fagfeltet. Disse kursene omfatter strålefysikk del 1 og del 2, strålebiologi og praktisk strålebehandling. Kursene undervises av lokale eksperter innen strålefysikk, strålebiologi og onkologi, og inneholder blant annet flere timer om partikkelbehandling. Her legges det vekt på de biologiske effektene av slik type stråling, og hvordan slik strålebehandling kan realiseres i praksis. Ingen slik undervisning tilbys onkologer noe annet sted i Norge.

Ved Fysisk institutt på UiO har gruppen for *biofysikk og medisinsk fysikk* siden 1970 hatt et systematisk tilbud innen forskningsbasert undervisning i strålingsfysikk av relevans for medisin og helse. Siden år 2000 er tilbudet utvidet med forskningsbasert undervisning innen stråleterapi og diagnostikk. Gruppen utdanner medisinske fysikere i tett samarbeid med OUS og Statens Strålevern. Siden 2000 har gruppen utdannet 70 MSc-kandidater og 20 PhD kandidater, og om lag halvparten av alle norske medisinske fysikere innen stråleterapi og diagnostikkfysikk utdannes ved UiO.

OUS er, sammen med *Høgskolen i Oslo*, ansvarlig for den ett-årige videreutdanningen av radiografer innen stråleterapi. Også her benyttes lokale krefter til teoretisk og praktisk undervisning innen strålebehandling, og undervisningen dekker også partikkelterapi. Det utdannes årlig omtrent 20 stråleterapeuter, og undervisningstilbudet er enestående i Norge.

FORSKNINGSKOMPETANSE

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken og Det medisinske fakultetet

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (KKT) er en av ti klinikker som sammen med Kreftregisteret utgjør OUS. Kreftregisteret, Institutt for kreftforskning på OUS, Radiumhospitalet og KKT er sammen et komplett kreft-senter (CCC = Comprehensive Cancer Centre). Klinikken har et tett samarbeid med *Det medisinske fakultetet* ved UiO.

OUS har forskning som en av fire hovedoppgaver. Dette omfatter både basal-, klinisk- og translasjonsforskning. OUS har størst forskningsaktivitet i Norge med mer enn 1800 artikler i 2012. KKTs andel av forskningen utgjorde rundt 1/3 av publikasjoner og doktorgrader ved OUS, der majoriteten er basal-, klinisk- og translasjonskreftforskning. Norges Forskningsråd evaluerte i 2011 all biologisk og medisinsk forskning vha internasjonale paneler og KKT fikk meget gode evalueringer, fra "very good til excellent".

Det drives mer enn 130 fase II og III studier i klinikken, dels forskerinitierte og dels industristøttede. KKT har en egen utprøvningsenhet (fase 0/I enhet) som har stor erfaring med utprøving av nye behandlingsprinsipper. Dette er den eldste og største enheten i landet. Over 50 av de kliniske studiene som foregår ved KKT har stråleterapi som et vesentlig forskningselement. Det er også stort fokus på ny diagnostikk med gensekvensering av tumor og behandling med nye molekyler, og KKT er koordinerende miljø for nasjonal satsingsområde innen dette feltet. Gensekvensering av tumor vil også kunne bidra til diagnostikk som vil kunne predikere tumors følsomhet for strålebehandling.

Det er for de fleste kreftdiagnosene etablert multidisiplinære team både innen KKT (sarkom, lymfom, urogenitalkreft, etc) men også på tvers av klinikkgrensene som f.eks: øre-nese-halskreft, kreft i sentralnervesystemet, lungekreft, barnekreft m.fl.). De multidisiplinære teamene sørger for optimal vurdering av pasientene mht klinisk presentasjon, bilde og morfologisk diagnostikk. Alle eksperter er til stede på samme tid for planlegging av et godt pasientforløp og god omsorg. Det vil være naturlig at det bygges videre på denne erfaringen ved innføring av partikkelterapi som behandlingsmodalitet i et ellers komplekst sykdomsbilde.

Forskningen som drives gjennom OUS og KKT gjøres i stor grad i samarbeid med *Det medisinske fakultet* ved UiO, og er det desidert sterkeste kreftforskingsmiljøet i landet med forskning av meget høy internasjonal kvalitet. Dette er godt dokumentert i Forskningsrådets nylige evaluering av biomedisinsk forskning i Norge, der både de basale og kliniske kreftforskingsmiljøene kom meget godt ut. Likeledes har

disse kreftforskningsmiljøene et *Senter for fremragende forskning* (CCB), som i midtveiseevalueringen fikk karakteren «exceptionally good» fra den internasjonale evalueringskomiteen. Det er også etablert 3 *K. G. Jepsen-sentre* for fremragende forskning.

Innovasjon er et viktig mål ved forskningen og KKT er blant de største innovatørene i sykehuset med over halvparten (26) av de innsendte patentsøknadene fra OUS (47) i 2012. Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark (OCC) er under bygging, og vil bidra til en betydelig økning av innovasjon og patenter.

Institutt for Kreftforskning

Institutt for kreftforskning har siden opprettelsen i 1954 spilt en sentral rolle innen kreftforskning, både i Norge og internasjonalt. Instituttet har 7 seksjoner med 320 medarbeidere. Rundt 70 % av de ansatte og forskningsprosjektene er eksternt finansiert. Instituttet har sterke grupper innen biokjemi, genetikk, immunologi og sist, men ikke minst, *strålebiologi*. Instituttet har laboratorier for basalforskning og egen dyrestall, og det er et tett samarbeid mellom forskere ved instituttet og onkologer, kirurger, patologer og andre yrkesgrupper ved OUS i de kliniske forskningsgruppene. I 2012 bidro instituttet til 192 vitenskapelige artikler, der nesten 30 % er publisert i ledende tidsskrifter (nivå 2/2A). Videre ble 18 doktorgradsarbeider fullført i 2012. Ved *avdeling for strålebiologi* gjøres relevant stråleforskning, både klinisk (vevsmaterialer fra pasienter), preklinisk (dyremodeller) og basalt (cellulære systemer). Instituttet vil dermed være en meget sentral aktør i både grunnforskning og klinisk forskning rundt partikkelterapi.

Relevant forskning i Oslo

For å kunne dokumentere forskningskompetansen til miljøet i Osloregionen ble det gjort et søk over forskningsartikler publisert de siste 10 år i den internasjonale Web Of Science databasen. Søkeord som ble benyttet er relevante for partikkelterapi. Videre ble det skilt mellom artikler der Osloregionen har én eller flere medforfattere, og artikler der Osloregionen ikke har noen medforfattere ("De andre regionene").

Artikkeltema	Osloregionen	De andre regionene
Kreft	4485	2594
Strålebehandling	435	237

KILDE: Web Of Science 2013

Det fremgår tydelig at Osloregionen kan dokumentere en mye høyere forskningsaktivitet innen disse fagfeltene enn de andre regionene, både innen klinisk kreftforskning og mer basal strålerelatert forskning. Den høyspesialiserte kompetansen, som er en nødvendighet for partikkelterapi, er dermed i stor grad lokalisert til Helse Sør-Øst.

Fysisk Institutt

Ved Fysisk Institutt, UiO, er det fire faggrupper som arbeider og underviser innenfor fagområder direkte relatert til et mulig senter innen partikkelterapi. De ulike faggruppene er *biofysikk og medisinsk fysikk*, *kjerne- og energifysikk*, *høyenergifysikk og elektronikk*. Fysisk institutt har betydelig forsknings- og utdanningsamarbeid med en rekke institusjoner i Osloregionen. De viktigste av disse er OUS, IFE,

SINTEF, FFI, Unik og Statens Strålevern. Samarbeidet omfatter fagområder som stråleterapi, medisinsk bildebehandling, medisinsk diagnostikk, medisinsk instrumentering, aksele-
rorteknologi, detektorer og halvlederteknologi.

Gruppen for biofysikk og medisinsk fysikk har forskningsaktivitet innen effekter av ioniserende stråling på biologiske systemer, som spenner fra molekyl- til organismenivå. Gruppen deltar i store internasjonale forskningsnettverk og har utført flere prosjekter som har omfattet ulike typer partikkelbehandling med relevans for partikkelterapi siden midten av 90-tallet. Samarbeidet med OUS er tett og det er etablert et eget utdanningsprogram på master/PhD nivå innen medisinsk fysikk – strålingsfysikk- og biologi, stråleterapi, medisinsk diagnostikk (røntgen, CT, MR, PET) og bildebehandling. Det publiseres årlig rundt 20 artikler i internasjonale tidsskrift innen disse fagfeltene fra gruppen.

Kjerne- og energifysikkgruppen er en del av senteret SAFE (Senter for akseleratorbasert forskning og energiteknikk) og disponerer Norges eneste partikkelakseleratoranlegg til forsknings- og utdanningsøyemed. Det er tett samarbeid med Institutt for energiteknikk (IFE) innenfor reaktorteknologi og reaktorsikkerhet og gruppen er involvert i en rekke eksperimenter ved CERN, det Europeiske laboratoriet for partikkelfysikk.

Høyenergifysikkgruppen er den største norske deltakergruppe i den nasjonale CERN-satsningen og arbeider innenfor instrumentering, sensorteknologi, dataanalyse og utdanning. En ansatt ved Fysisk institutt leder et CERN prosjekt i retning av neste-generasjons superakselerator.

Gruppen for elektronikk har forskning innen medisinsk instrumentering, sensorutvikling og sensorteknologi for medisin, romfart og akselerorteknologi og er knyttet til et avansert elektronikklaboratorium. De har også et tett samarbeid med OUS.

Institutt for informatikk

Institutt for informatikk ved UiO er det største og faglig bredeste IKT instituttet i Norge, med store forskningsaktiviteter i samarbeid med kreftforskere, og med forskning rettet mot intervensjon (skånsom kirurgi) og helseinformasjonssystemer. Instituttet er lokalisert i Forskningsparken, kun noen få hundre meter fra det planlagte partikkelterapi-senteret. Instituttet står sentralt innen nasjonale og internasjonale problemstillinger med hensyn på prosessering, formidling og lagring av store datamengder, slik en finner i bl.a. helsesektoren.

OPPSUMMERING

Oslo har verdifulle og nødvendige forutsetninger knyttet til personellbehov, utdanning, forskning og innovasjon for å kunne løfte partikkelterapi inn i klinikken som en sentral behandlingsmetode.

Oslo har det mest komplette kompetansemiljøet i landet og kreftforskning i verdensklasse. Sammen med pasientmengden som tilhører helseregionen, er en lokalisering av et nasjonalt partikkelsenter i Oslo det klart beste alternativet.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	27. juni 2013
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg:	Bakgrunn og informasjon om ny pensjonskasse i Helse Sør-Øst

SAK 42/2013 NY PENSJONSKASSE I HELSE SØR-ØST

Forslag til vedtak:

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå nødvendige avtaler, avvikle eksisterende avtaler, og avgi nødvendige erklæringer for å gjennomføre foretaksmøtets vedtak av 8. februar 2013 om at helseforetaket forutsettes å overføre egne ansatte med tilhørende kapital til den egne pensjonskassen som er under etablering i henhold til de vedtak styret for Helse Sør-Øst RHF fastsetter.

Oslo, den 20. juni 2013

Bjørn Erikstein

1. Innledning

Administrerende direktør orienterte styret om arbeidet med ny pensjonskasse i Helse Sør-Øst i styremøtet 20. september 2012, se styresak 69/2012.

Helse Sør-Øst RHF fikk i foretaksmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet 30. september 2011 i oppdrag å etablere en egen pensjonskasse for helseforetakene Oslo universitetssykehus HF, Vestre Viken HF, Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF. I protokollen fra møtet fremgår det at fremtidige pensjonsordninger for ansatte i helseforetakene skal videreføres innenfor systemet med offentlig tjenestepensjon/bruttopenasjoner, og at omleggingen ikke skal medføre endringer i ytelsesplanene for det enkelte medlem.

Etablering av pensjonskasse for hovedstadsområdet er organisert som et prosjekt under Helse Sør-Øst RHF, der helseforetaket er representert i styringsgruppen.

Foretaksmøtet for Oslo universitetssykehus HF fattet 8. februar 2013 følgende vedtak:

”Oslo universitetssykehus HF forutsettes å medvirke til gjennomføring av vedtak i foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 30. september 2011 ved å bistå med og legge til rette for etableringen av den egne pensjonskassen.

Oslo universitetssykehus HF forutsettes å medvirke ved å overføre egne ansatte med tilhørende kapital til pensjonskassen i henhold til de vedtak styret for Helse Sør-Øst RHF fastsetter.”

For å gjennomføre foretaksmøtets vedtak, må helseforetaket avvikle avtaler med eksisterende pensjonsleverandører og inngå nødvendige avtaler med den nye pensjonskassen.

2. Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør vurderer at endring av pensjonsleverandør og inngåelse av nødvendige avtaler som følge av det, som utgangspunkt er utenfor administrerende direktørs alminnelige fullmakt. Endringene skjer imidlertid som følge av eierbeslutning, og fordrer derfor ikke ytterligere vurderinger fra helseforetakets side. Det tilrås at styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå nødvendige avtaler med avgivende leverandører og den nye pensjonskassen, samt til å avgi de erklæringer som trengs for å gjennomføre foretaksmøtets beslutning.

3. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF forutsatte at medlemmene i Akershus fylkekommunale pensjonskasse (AFPK) og Vestre Viken pensjonskasse (VVPK) skal overføres til den nye pensjonskassen. Videre forutsatte foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF at ordningen i Statens pensjonskasse (SPK) skal lukkes slik at det fra etableringen av den nye pensjonskassen ikke skal meldes inn flere ansatte i SPK.

Styret for Helse Sør-Øst RHF fikk i oppdrag fra foretaksmøtet å vurdere hvorvidt ordningen i Oslo Pensjonsforsikring AS (OPF) skal overføres til den nye pensjonskassen, og hvordan avtaler inngått etter 1994 skal håndteres. Avtaler inngått etter 1994 er i hovedsak relatert til avtaler med Kommunal landspensjonskasse (KLP) til erstatning for ordningen i OPF. Ordningen i i OPF ble i forbindelse med helsereformen lukket for opptak nye medlemmer. I tillegg er det en liten ordning i

DnB Liv som det av administrative hensyn kan være aktuelt å overføre til den nye pensjonskassen. Sykepleiere som i dag er i andre ordninger skal, i henhold foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF sitt vedtak, overføres til den lovfestede Sykepleierordningen som forvaltes av KLP. Unntatt fra dette er sykepleiere som er i SPK, da denne ordningen skal lukkes 1. januar 2014.

Styret for Helse Sør-Øst RHF besluttet på styremøtet 23. mai 2013 at pensjonskassens medlemmer skal være følgende:

- a) Nyansatte ved de helseforetakene og medlemmer i de ordninger som i henhold til foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF's vedtak av 30. september 2011 skal omfattes av den nye pensjonskassen.
- b) Ansatte, pensjonister og tidligere ansatte med opptjente pensjonsrettigheter i fellesordningen i KLP og DnB Liv tilhørende Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Vestre Viken HF, Sunnaas sykehus HF og Helse Sør-Øst RHF inkluderes i den egne pensjonskassen.
- c) Nyansatte i Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner unntatt nyansatte som eventuelt omfattes av egne lovfestede ordninger.

I henhold til vedtak fra foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF av 30. september 2011 og styret i Helse Sør-Øst RHF, skal derfor pensjonskassen i tillegg til samtlige fremtidige nyansatte, også omfatte samtlige ansatte per 1. januar 2014, pensjonister og tidligere ansatte, med opptjente pensjonsrettigheter i AFPK, VVPK, DnB Liv og fellesordningen i KLP. Unntatt fra dette er sykepleiere som skal overføres til Sykepleierordningen. Ansatte med medlemskap i SPK beholder sitt medlemskap der, og ordningen lukkes fra 1. januar 2014.

Hvorvidt ansatte, pensjonister og tidligere ansatte med opptjente pensjonsrettigheter i OPF skal overføres til den nye pensjonskassen er foreløpig ikke avklart. Det pågår dialog med Legeforeningen i forhold til om medlemmene fra helseforetakene i hovedstadsområdet skal overføres fra den tariffbaserte legeordningen til den nye pensjonskassen.

Pensjonskassen planlegges stiftet på styremøtet i Helse Sør-Øst RHF. For ytterligere informasjon om status i arbeidet med etablering av pensjonskasse og de valg som er gjort vises det til sak 091-2012, 019-2013 og 041-2013 fra styret for Helse Sør-Øst RHF.

For å gjennomføre foretaksmøtets vedtak om overføring av egne ansatte med tilhørende kapital til den nye pensjonskassen, må helseforetaket si opp eksisterende avtaler og inngå nødvendige avtaler med avgivende pensjonsleverandører og den nye pensjonskassen. Dette innebærer:

- Oppsigelse av eksisterende avtaler
- Inngi anmodning om lukking av ordning i SPK
- Inngå avtaler om fordeling av kapital i pensjonsinnretninger der helseforetaket er sponsor
- Inngå forsikringsavtale med den nye pensjonskassen
- Inngå tilslutningsavtale for sykepleiere som overføres fra Akershus fylkeskommunale pensjonskasse til den lovfestede ordningen forvaltet av KLP
- Avgi tilslutningserklæring til overføringsavtalen i forhold til den nye pensjonskassen
- Øvrige forhold som er en direkte følge av vedtakene om overføring av pensjonsordningene til den nye pensjonskassen.

Bakgrunn og informasjon om ny pensjonskasse i Helse Sør-Øst

1. Bakgrunn for etablering av ny pensjonskasse i Helse Sør-Øst

Spørsmålet om pensjonsleverandører ble omtalt i Ot.prp. Nr 66 (2000-2001) om helseforetaksloven, der det står: "Etter departementets oppfatning er det behov for en nærmere vurdering av spørsmålet om pensjonsleverandører. Det er nødvendig med mer tid både på utredningssiden og ikke minst når det gjelder å ta beslutninger." Spørsmålet om pensjonsleverandør er aktualisert både gjennom sak for EU-domstolen og fordi Helse Sør-Øst RHF har gjennomført omorganisering som har resultert i ulike pensjonsleverandører innen samme helseforetak.

Det ble satt ned en interdepartemental arbeidsgruppe i april 2010, som avga en rapport mai 2011. Rapporten er en juridisk utredning og vurdering av hva som er mulige løsninger for valg av framtidig pensjonsleverandør for ansatte i helseforetak. Rapporten omtaler også økonomiske og administrative konsekvenser.

I foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 30. september 2011 ble det vedtatt at Helse Sør-Øst RHF skal gjennomføre en prosess med sikte på å etablere en felles pensjonskasse for helseforetakene Oslo universitetssykehus HF (OUS), Vestre Viken HF, Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF.

2. Om ny pensjonskasse

Arbeidet med å etablere felles pensjonskasse i Helse Sør-Øst pågår. Pensjonskassen planlegges stiftet på styremøtet i Helse Sør-Øst RHF 20. juni 2013 og planlagt oppstart er 1. januar 2014. I oppdraget som er gitt av Helse- og omsorgsdepartementet presiseres det at framtidige pensjonsordninger for ansatte i helseforetak skal videreføres innenfor systemet med offentlig tjenstepensjon/bruttopenasjoner, og at omleggingen ikke skal medføre endringer i ytelsesplanene for det enkelte medlem.

Den nye pensjonskassen skal, med enkelte unntak, omfatte samtlige ansatte i de aktuelle helseforetakene, samt pensjonister og tidligere ansatte som har opptjente pensjonsrettigheter. Som det fremgår nedenfor skal medlemmene i SPK ikke overføres til den nye pensjonskassen og det er ikke avklart hvorvidt medlemmene i OPF skal overføres.

Tabellen nedenfor viser antall ansatte, tidligere ansatte med og uten opptjente pensjonsrettigheter og pensjonister for OUS ved begynnelsen av 2013 som kan bli berørt av overføringen.

(Bestand 1.1.2013 ekskl. SPK og sykepleiere i KLP)	OPF	KLP	AFPK	DNB	Sum
Ansatte (aktive)	3 412	4 610	180	-	8 202
Tidligere ansatte (med og uten opptjening)	14 563	8 098	122	69	22 852
Pensjonister	6 865	1 012	60	6	7 943



Ny pensjonskasse skal også omfatte Vestre Viken HF, Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF. Tabellen nedenfor viser antall ansatte, tidligere ansatte med og uten opptjente pensjonsrettigheter og pensjonister for alle helseforetakene som skal overføre medlemmer til den nye pensjonskassen. Dersom OPF skal inngå i ny pensjonskasse vil bestanden fra OUS utgjøre om lag 47% av totalen. Uten OPF utgjør bestanden fra OUS om lag 25%.

<i>(Estimert bestand i HSØ ekskl. SPK og sykepleiere)</i>	Inklusive OPF	Eksklusive OPF	Andel OUS (inkl. OPF)	Andel OUS (ekskl. OPF)
Ansatte (aktive)	18 000	14 000	46 %	34 %
Tidligere ansatte (med og uten opptjening)	50 000	34 000	46 %	24 %
Pensjonister	15 000	8 000	53 %	13 %

Ny pensjonskasse skal organiseres slik at medlemmenes og helseforetakenes behov for nær kontakt med pensjonskassen ivaretas når det gjelder service og oppfølging. For å ivareta dette skal som et minimum ledelsen av pensjonskassen og kontakt mot medlemmene ivaretas av pensjonskassen selv, mens forvaltnings- og administrasjonsoppgaver kan konkurransesettes. Det tas sikte på at administrerende direktør for pensjonskassen skal være på plass medio juni 2013. Det tas også sikte på å annonsere stillingene for rekruttering av øvrige medarbeidere til pensjonskassen i juni.

Det er utarbeidet utkast til vedtekter og forsikringsavtale for ny pensjonskasse. Vedtektene inneholder i hovedsak regler som gjelder mellom pensjonskassen og ansatte i helseforetakene, tidligere ansatte som har opptjente pensjonsrettigheter og pensjonister. Det skal også utarbeides forsikringsvilkår. Forsikringsvilkårene skal normalt regulere forholdet mellom helseforetakene og pensjonskassen, herunder blant annet medlemskap, forsikringsytelsene og pensjonspremie.

3. Konsekvenser for ansatte, pensjonister og tidligere ansatte med opptjente pensjonsrettigheter

3.1. Medlemmenes rettigheter

Arbeidet med ny pensjonskasse endrer ikke på medlemmenes pensjonsrettigheter. I protokollen fra foretaksmøtet 30. september 2011 for Helse Sør-Øst RHF fremgår det at fremtidige pensjonsordninger for ansatte i helseforetakene skal videreføres innenfor systemet med offentlig tjenstepensjon/bruttopenasjoner, og at omleggingen ikke skal medføre endringer i ytelsesplanene for det enkelte medlem.

3.2. Medlemskap

Statens pensjonskasse (SPK) lukkes for nye medlemmer fra OUS fra det tidspunktet den nye pensjonskassen er i drift. Dagens medlemmer i SPK overføres ikke til den nye pensjonskassen, det vil si at disse medlemmene opprettholder sitt medlemsforhold til SPK og de ytelsene og medlemsfordelene de har via ordningen.

Oslo Pensjonsforsikring AS (OPF), som ble lukket for nye medlemmer fra 2002, forblir lukket. Det vil si at det ikke meldes nye medlemmer inn i pensjonsordningen. Hvorvidt medlemmene i OPF skal overføres til den nye pensjonskassen er ikke avklart.

Sykepleierne har en lovfestet pensjonsordning som forvaltes av Kommunal landspensjonskasse (KLP). Når den nye pensjonskassen er i drift meldes nyansatte sykepleiere fortsatt inn i den ordningen. Dagens medlemmer i sykepleierordningen fortsetter medlemskapet der.

Dagens medlemmer i KLP, som ikke er medlemmer sykepleierordningen, vil bli overført til den nye pensjonskassen. Dette omfatter hovedsakelig leger og administrativt personell.

Alle medlemmer av Akershus fylkeskommunale pensjonskasse (AFPK) vil bli overført til den nye pensjonskassen, med unntak av sykepleiere. Alle sykepleiere flyttes til sykepleierordningen som forvaltes av KLP. Dette omfatter aktive medlemmer, pensjonister, og tidligere ansatte som har opptjente pensjonsrettigheter.

Pensjonister og tidligere ansatte med opptjente pensjonsrettigheter i DNB overføres til ny pensjonskasse.

Inntil den nye pensjonskassen er på plass, videreføres dagens praksis for innmelding av nyansatte. Fra det tidspunktet den nye pensjonskassen er i drift, vil alle nyansatte, med unntak av sykepleierne, bli innmeldt i den nye pensjonskassen.

3.3. Tilleggstjenester/medlemsfordeler

Prosjektgruppen har gjennomført en kartlegging av tilleggstjenester/medlemsfordeler i de eksisterende pensjonskassene. Tabellen nedenfor viser resultat av kartleggingen.

Medlemsfordeler		KLP	AFPK	VVPK	SPK	OPF	Privatmarkedet
Bank	Lån	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja
	Innskudd	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Ja
	Kredittkort	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Ja
	Fond	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Ja
Forsikring	Gjeldsforsikring	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
	Bil, hus, skade, reise m.m	Ja	Nei	Nei	Nei	Ja	Ja
Andre tjenester	Kurs	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Alle pensjonsleverandørene som OUS har avtale med tilbyr lån, men vilkårene varierer. Ingen vil miste lån eller andre medlemsgoder de har i dag som en konsekvens av etableringen av ny pensjonskasse. Lån i AFPK overføres til ny pensjonskasse og rentebetingelsene fastsettes av pensjonskassens styre. Lån i KLP overføres ikke til ny pensjonskasse, slik at medlemmer som overføres fra KLP til ny pensjonskasse kan fortsette sitt låneforhold til KLP. Det må imidlertid legges til grunn at KLP kan komme til å justere rentebetingelser og priser.

Det er pensjonskassens styre som avgjør hvilke medlemsgoder/tilleggstjenester som skal tilbys medlemmene.

3.4. Sophies Minde Ortopedi AS

Sophies Minde Ortopedi AS er et heleid datterselskap av OUS. Selskapet er totalleverandør av ortopediske hjelpemidler og tar imot pasienter fra hele landet. Selskapet har en pensjonsordning i SPK.

Det er foreløpig ikke gjort en særskilt vurdering om datterselskap av helseforetakene skal inngå i ny pensjonskasse.

4. Konsekvenser for Oslo universitetssykehus HF

Endring av pensjonsleverandør skjer som følge av eierbeslutning og fordrer derfor ikke

ytterligere vurderinger fra helseforetakets side. For å gjennomføre foretaksmøtets vedtak om overføring av egne ansatte med tilhørende kapital til den nye pensjonskassen, må helseforetaket si opp eksisterende avtaler og inngå nødvendige avtaler med avgivende pensjonsleverandører og den nye pensjonskassen. Dette innebærer:

- Oppsigelse av eksisterende avtaler
- Inngi anmodning om lukking av ordning i SPK
- Inngå avtaler om fordeling av kapital i pensjonsinnretninger der helseforetaket er sponsor
- Inngå forsikringsavtale med den nye pensjonskassen
- Inngå tilslutningsavtale for sykepleiere som overføres fra AFPK til den lovfestede sykepleierordningen
- Avgi tilslutningserklæring til overføringsavtalen i forhold til den nye pensjonskassen
- Øvrige forhold som er en direkte følge av vedtakene om overføring av pensjonsordningene til den nye pensjonskassen.

Etter etableringen av ny pensjonskasse vil OUS fortsatt ha et kunde-/leverandørforhold til SPK, KLP (sykepleieordningen) og OPF. Nyansatte sykepleiere skal fortsatt meldes inn i sykepleieordningen og så lenge det er medlemmer i SPK og OPF må OUS sende endringsmeldinger og lønnsfiler til disse. Det må også betales pensjonspremier og pensjonsleverandørene må utarbeide pensjonskostnadsberegninger mer videre.

Prosjektgruppen for ny pensjonskasse har kartlagt premie- og forsikringsmessige konsekvenser, samt regnskapsmessige konsekvenser ved etablering av ny pensjonskasse. Dette er omtalt nedenfor. Det er ikke gjort særskilte vurderinger for OUS.

5. Premie og forsikringsmessige konsekvenser ved etablering av ny pensjonskasse

Prosjektgruppen for ny pensjonskasse har kartlagt premie- og forsikringsmessige konsekvenser av ny pensjonskasse. Pensjonsordningene i OPF og SPK er holdt utenfor i vurderingen. Med forsikringsmessige konsekvenser menes effekter på pensjonsforpliktelse, fremtidige premier og kostnadselementer. Det presiseres at i dette kapittelet omtales likviditetsmessige størrelser og ikke pensjonskostnader som går inn i regnskapene. De regnskapsmessige konsekvensene er omtalt i kapittel 6 nedenfor.

Grunnet tidslinjen i prosjektet har prosjektgruppen ikke hatt mulighet til å kvantifisere alle effektene. Vurderingene er derfor av prinsippmessig karakter.

Pensjonsytelsene som ligger til grunn for premie- og avsetningsberegningene kan være forskjellige i pensjonskassene. Dette vil kunne medføre en over- eller underfinansiering når de forsikrede ytelsene skal beregnes av samme leverandør.

Tariffmessige forskjeller i dagens pensjonsinnretninger kan medføre over-/underreservering på deler av pensjonsforpliktelsene. Eventuell over-/underreservering avhenger av tariffen(e) som innføres i den nye pensjonskassen. Spesielt uføretariffene og administrasjonsreserveavsetningene avviker fra hverandre.

Pensjonsleverandørene har benyttet ulik rente for beregning av historisk pensjonsopptjening. Basert på medlemsdata fra KLP er det estimert et behov for oppreservering på ca. 20 mill kroner.

Basert på en forsikringsteknisk beregning (kontoutskrift) for 2011 har en reduksjon i totale

premier på ca. 21 mill kroner blitt estimert. Dette synes å skyldes premieutjevningsselskapet i KLP. Siden man endrer premieutjevningsselskap fra flere til ett premieutjevningsselskap i ny pensjonskasse vil også premiene som helseforetakene betaler for de ulike delene av den totale pensjonsforpliktelsen forskyves noe.

Det som kan bli den største endringseffekten på premiene i ny pensjonskasse, er de eventuelt nye tariffene i pensjonskassen. Denne effekten lar seg ikke kvantifisere før de nye tariffene er vedtatt at styret i ny pensjonskasse.

6. Regnskapsmessige konsekvenser ved etablering av ny pensjonskasse

Prosjektgruppen for ny pensjonskasse har kartlagt regnskapsmessige konsekvenser av ny pensjonskasse. De regnskapsmessige konsekvensene er så langt det lar seg gjøre kartlagt ut fra ulike scenarieperspektiv. Konsekvensene påvirkes av hvilke demografiske forutsetninger som legges til grunn og hvilken kapital som inngår i pensjonsmidlene. God kapitaldekning gir rom for å kunne ta høyere risiko og således høyere forventet avkastning, noe som reduserer netto pensjonskostnad.

Helseforetakene har bedt om å bli involvert i arbeidet med forutsetninger for de regnskapsmessige beregningene. Arbeidet påbegynnes etter at tariffene for den nye pensjonskassen er fastsatt, det vil si ultimo august, og de økonomiske konsekvensene forutsettes inntatt i budsjettene for 2014.

7. Informasjon om arbeidet med ny pensjonskasse

Helse Sør-Øst RHF har ansvaret for å informere om arbeidet med ny pensjonskasse. Dette er gjort ved å publisere informasjon på hjemmesiden og i møte med HR-ansatte i helseforetakene. OUS er representert i styringsgruppen for prosjektet og OUS har etablert en intern prosjektgruppe som skal gi råd og koordinere det interne arbeidet i OUS. Tillitsvalgte deltar i denne prosjektgruppen.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	27. juni 2013
Saksbehandler	Viseadministrerende direktør stab samhandling og internasjonalt samarbeid
Vedlegg:	Mandat for brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF

SAK 43/2013 OPPNEVNING AV NYTT BRUKERUTVALG VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF 2013-2015

Forslag til vedtak:

1. Styret velger følgende medlemmer til Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus for perioden juni 2013 – juni 2015:

<i>Grete Müller (f.1950)</i>	<i>Norsk Forbund for utviklingshemmede/SAFO</i>
<i>Veslemøy Ruud (f.1957)</i>	<i>Norges Astma- og allergiforbund/FFO</i>
<i>Lilli-Ann Stensdal (f.1959)</i>	<i>Norges Handikapforbund/SAFO</i>
<i>Heine Århus (f.1959)</i>	<i>Foreningen for hjertesyke barn/FFO</i>
<i>John Bjørnøy (f.1953)</i>	<i>Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke/FFO</i>
<i>Kolbjørn Forfang (f.1935)</i>	<i>Pensjonistforbundet</i>
<i>Ghazala Naseem (f.1961)</i>	<i>Interkulturell Kvinne Gruppe</i>
<i>Tove Nakken (f.1942)</i>	<i>Kreftforeningen</i>
<i>Helga Skåden (f.1940)</i>	<i>Mental Helse Norge/FFO</i>
<i>Anna Barlund (f.1989)</i>	<i>Rådgivning for spiseforstyrrelse/FFO</i>
<i>Øyvind Arntzen (f.1965)</i>	<i>Rusmisbrukernes interesseorganisasjon</i>
<i>Twinkle Dawes (f.1957)</i>	<i>Kreftforeningen</i>
<i>Kim Fangen (f.1960)</i>	<i>Nye Pluss - Hivpositives landsforening</i>

2. Styret gir styreleder fullmakt til å oppnevne leder og nestleder for Brukerutvalget for perioden 2013-2015.

Oslo, den 20. juni 2013

Bjørn Erikstein

Bakgrunn

I henhold til gjeldende mandat for brukerutvalget, vedtatt i desember 2011, skal det nå oppnevnes nytt brukerutvalg.

Brukerutvalget er et rådgivende organ for styret og administrerende direktør i saker som angår tilbudet til brukere, pasienter og pårørende i virksomhetsområder. Utvalget er et forum for systematisk tilbakemelding fra brukere, pasienter og pårørende om erfaringer med helsetjenesten mer på systemnivå og er også et samarbeidsforum mellom helseforetaket og representanter fra bruker- og pasientorganisasjoner.

Brukerutvalgets funksjonstid er 2 år. Medlemmer til utvalget kan reoppnevnes, dersom de forslås på nytt fra egne organisasjoner.

Brukerutvalget konstituerer seg ved å velge et arbeidsutvalg på inntil fire personer. Administrerende direktør eller den administrerende direktør gir fullmakt til det, intervjuer medlemmene av arbeidsutvalget og foreslår kandidater til leder og nestledervervet for styret. Styret oppnevner leder og nestleder.

Brukerutvalget har i perioden 2011-2013 hatt 13 medlemmer. I følge mandatet skal brukerutvalgets medlemmer bidra til brukermedvirkning i prosjekter, råd og utvalg i regi av Oslo universitetssykehus HF, ved egendeltaking eller fremme forslag om andre representanter.

Brukerutvalget er også representert i de klinikkvise brukerrådene slik at det er en gjennomgående struktur.

På bakgrunn av stor etterspørsel av brukerrepresentanter og for at det ikke skal bli for stor belastning på den enkelte, vurderes det at også utvalget i neste periode bør ha 13 medlemmer.

Nominering og oppnevning er foretatt i henhold til gjeldende mandat og veileder fra Helse Sør-Øst utarbeidet i 2012.

Prosess/saksgang

Forslaget til kandidater har vært gjenstand for følgende prosess: Invitasjoner til å foreslå kandidater ble sendt ut til aktuelle brukerorganisasjoner i henhold til gjeldende retningslinjer gitt i mandatet. Totalt ble 21 brukerorganisasjoner kontaktet og i alt 19 organisasjoner besvarte henvendelsen med nominasjon til kandidater. Invitasjonen ble sendt til både store og små organisasjoner slik at utvalget totalt sett har en god forankring i en bredde av organisasjoner. I tillegg har sykehuset kontaktet enkelte andre miljøer for å sikre et noe større mangfold i sammensetningen

Kandidater foreslått til brukerutvalg for Oslo universitetssykehus HF 2013-2015:

- | | | |
|---------------------------|--|--------------|
| 1. Grete Müller (f.1950) | Norsk Forbund for utviklingshemmede/SAFO | Reoppnevning |
| 2. Veslemøy Ruud (f.1957) | Norges Astma- og allergiforbund/FFO | Reoppnevning |

3. Lilli-Ann Stensdal (f.1959)	Norges Handikapforbund/SAFO	Reoppnevning
4. Heine Århus (f.1959)	Foreningen for hjertesyke barn/FFO	Reoppnevning
5. John Bjørnøy (.1953)	Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke/FFO	Reoppnevning
6. Kolbjørn Forfang (f.1935)	Pensjonistforbundet	Reoppnevning
7. Ghazala Naseem (f.1961)	Interkulturell Kvinne Gruppe	NY
8. Tove Nakken (f.1942)	Kreftforeningen	NY
9. Helga Skåden (f.1940)	Mental Helse Norge/FFO	NY
10. Anna Barlund (f.1989)	Rådgivning for spiseforstyrrelse/FFO	NY
11. Øyvind Arntzen (f.1965)	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon	NY
12. Twinkle Dawes (f.1957)	Kreftforeningen	NY
13. Kim Fangen (f.1960)	Nye Pluss - Hivpositives landsforening	NY

Administrerende direktørs vurdering:

Etter administrerende direktørs vurdering, møter det framlagte forslaget de kriteriene som er lagt til grunn for nominasjon i de nasjonale føringer i veileder fra Helse Sør-Øst. Forslaget er også i tråd med mandatet for brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF.

Alle kandidatene har pasient- og/ eller pårørendeerfaring. Den flerkulturelle representasjonen er styrket med økning fra to til tre representanter. Forslaget til brukerutvalg gjenspeiler også bredden i helseforetaket gjennom representasjon fra somatikk, psykisk helsevern og fra rus- og avhengighet.

Administrerende direktør vil også nevne at det i forslaget til nytt brukerutvalg er forslag til medlemmer som har en særlig erfaring som pårørende til syke barn. Dette er et område som har stort fokus i sykehuset og som det er viktig at også brukerutvalget engasjerer seg i.

Administrerende direktør bemerker videre at det også er lagt vekt på å få en god fordeling mellom kjønn, alder og geografi.

Seks medlemmer er foreslått reoppnevnt og det foreslås oppnevning av syv nye medlemmer. Denne sammensetningen gjør at hensynet til fornyelse og kontinuitet anses ivaretatt. På grunn av ønsket om at nytt brukerutvalg skal komme i arbeid raskt, foreslår administrerende direktør at styret gir styreleder fullmakt til å oppnevne leder og nestleder i det nye brukerutvalget.

 Oslo universitetssykehus	Mandat Mandat Brukerutvalget OUS Nivå 1 / Samhandling		
	Dokument-ID: 17173 Versjon: 1 Status: Gått ut på dato. Under arbeid.	Dokumenteier: Ingrid Birgitte Møller Ekne	Godkjent av:

1. Endringer siden forrige versjon

Endringer er gjort på bakgrunn av ny veilder for brukerutvalg fra Helse Sør-Øst- mai 2013. Endringer er gjort under avsnittet oppnevning/konstituering, vedrørende antall medlemmer i utvalget samt konstituering av leder og nestleder. Utvidet referanseliste.

2. Hensikt og omfang

Brukerutvalget skal være et rådgivende organ for styret og administrasjonen i saker som angår tilbudet til pasientene. Brukerutvalget skal ikke behandle enkeltsaker.

Overordnede føringer

I lovgrunnlag, vedtekter og styringsdokument kreves det at det etableres gode ordninger for brukermedvirkning på ulike nivå: Helseforetaksloven og vedtekter for Oslo universitetssykehus HF hjemler brukernes rett til medvirkning i planlegging og gjennomføring av tjenestetilbudet.

Vedtektene omhandler medvirkning for pasienter og pårørende og fastslår styrets plikt til å påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner. Styret skal også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt. Videre skal styret også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i planleggingen og i driften av virksomheten.

Det skal fremgå av oversendelsen av årlig melding at brukerutvalget er blitt forelagt meldingen før denne sendes Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF ønsker å gjøre Helse Sør-Øst til et nasjonalt utstillingsvindu for brukermedvirkning, og Oslo universitetssykehus HF er en viktig bidragsyter i dette arbeidet. Brukerutvalget er en sentral aktør i arbeidet med å realisere dette målet.

3. Innhold

Oppnevning / konstituering

Oslo universitetssykehus HF ønsker en bred representasjon i brukerutvalget som er sammensatt etter følgende kriterier:

Alle virksomhetsområder er representert. Det legges særlig vekt på at de nasjonalt prioriterte pasientgruppene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er tilstrekkelig representert i utvalget.

Det legges videre vekt på representasjon fra brukergrupper med bred erfaring innen kreftomsorgen, pårørendeperspektivet, med særlig vekt på foreldre til syke barn samt at eldre og etniske minoriteter er representert.

Alminnelige prinsipper for kjønnsmessig og geografisk representasjon ivaretas.

Kandidater til brukerutvalget foreslås fra sammenslutningene av brukerorganisasjonene FFO, SAFO, Kreftforeningen, organisasjoner med virksomhet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og fylkeskommunale eldreråd. For å nå nasjonale føringer om representasjon for prioriterte pasientgrupper i brukerutvalget, kan andre organisasjoner enn de som er nevnt over forespørres. Sammensetningen må gjenspeile bredden i Oslo universitetssykehus HF sitt ansvarsområde.

Utvalget oppnevnes av styret i Oslo universitetssykehus HF og har til sammen inntil 15 medlemmer som er personlig oppnevnt på bakgrunn av sine erfaringer, kompetanse, nettverk, verv og organisasjonstilknytning.

Brukerutvalget konstituerer seg selv ved å velge et arbeidsutvalg på inntil fire personer. Administrerende direktør eller den administrerende direktør gir fullmakt til, intervjuer medlemmene av arbeidsutvalget og foreslår kandidater til leder og nestledervervet for styret. Styret oppnevner leder og nestleder.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Mandat Mandat Brukerutvalget			Utskriftsdato: 18.06.2013
Utarbeidet av: Ingrid Birgitte Møller Ekne	Godkjent av:	Dokument-Id: 17173 - Versjon: 1	Side 1 av 3

Brukerutvalgets funksjonstid er 2 år. Medlemmer til brukerutvalget kan re-oppnevnes, dersom de foreslås på nytt fra egne organisasjoner. Administrerende direktør har fullmakt til å oppnevne nye medlemmer i perioden dersom noen fratrer.

Brukerutvalgets rolle

Brukerutvalget skal:

- være et rådgivende organ for styret og administrasjonen i saker som angår tilbudet til pasientene. Brukerutvalget skal ikke behandle enkeltsaker
- arbeide for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester uavhengig av alder, kjønn, bosted, etnisk opprinnelse, sosial status, sykdom/diagnose og funksjonshemming
- arbeide for god samhandling på tvers av tjenester og forvaltningsnivå
- bidra til god medvirkning fra pasienter, deres pårørende og deres organisasjoner på alle nivå i spesialisthelsetjenesten

Brukerutvalgets formål:

Brukerutvalgets oppgaver er å bidra til kvalitetsforbedring, primært på systemnivå slik at pasienter og pårørende opplever et velfungerende sykehus med god kvalitet på helsetjenestene. Mer spesifikt:

- bidra i plan - og budsjettprosesser og i arbeidet med årlig melding
- ta initiativ til å fremme saker av betydning for pasienter og pårørende
- avgi høringsuttalelser til planer og utredninger
- uttale seg i styresaker som utvalget finner relevante
- bidra med brukermedvirkning til prosjekter, råd og utvalg som oppnevnes av Oslo universitetssykehus HF
- delta som observatører i styrets møter med anledning til å uttale seg i saker som angår pasienttilbudet
- medvirke med innspill til pasientundersøkelser og kvalitetsarbeid

Mandatet evalueres før ny oppnevning av brukerutvalget, det vil si hvert annet år.

Habilitet og konfidensialitet

- Medlemmer i brukerutvalget kan ikke samtidig ha økonomiske interesser/eierinteresser i virksomheter med forretningsmessige bindinger til Oslo universitetssykehus HF
- Utvalgets medlemmer eller andre som eventuelt deltar i utvalgets behandling har taushetsplikt om de forhold som etter bestemmelser i forvaltningslovens (jfr § 13) og personopplysningsloven (jfr §1-3) er taushetsbelagte. Utvalgets leder eller den som innkaller til møter, kan for øvrig pålegge taushetsplikt i saker hvor det er hjemlet i lov
- Medlemmer i brukerutvalget bør ikke samtidig være medlem i brukerutvalget ved andre helseforetak innenfor Helse Sør-Øst eller private sykehus med driftsavtale
- Medlemmer i brukerutvalget bør ikke være ansatt i helseforetak
- Ved eventuell dobbel representasjon eller habilitetsproblemer, er medlemmet selv ansvarlig for å fremlegge eventuell habilitetskonflikt for utvalget. Utvalgets leder skal være orientert om dette i forkant og kan for øvrig avgjøre eventuelle habilitetsproblemer ved bruk av skjønn
- Brukerutvalgets medlemmer skal for øvrig følge alminnelige etiske regler i samfunnet

Administrasjon, arbeidsform og kompetanse

Møter ledes av brukerutvalgets leder, eller dennes stedfortreder.

Oslo universitetssykehus HF sørger for sekretærfunksjon.

Brukerutvalget skal innenfor budsjettammen ha minst 8 møter i året, herav minst ett fellesmøte med styret og ett fellesmøte med foretaksledelsen.

Administrasjonen, utvalgets leder og øvrige medlemmer kan foreslå saker til utvalget.

Oslo universitetssykehus HF er representert i brukerutvalget med administrerende direktør og/eller dennes representant fra foretaksledelsen.

Brukerutvalget forelegges rullert oversikt over årsplaner for styret og årsplan for planleggings- og rapporteringsarbeidet i Oslo universitetssykehus HF som grunnlag for eget arbeid.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Mandat Mandat Brukerutvalget			Utskriftsdato: 18.06.2013
Utarbeidet av: Ingrid Birgitte Møller Ekne	Godkjent av:	Dokument-id: 17173 - Versjon: 1	Side 2 av 3

Referat godkjennes av utvalgets leder før utsendelse og godkjennes endelig i brukerutvalget på påfølgende møte i Brukerutvalget. Møtereferat/protokoll legges ut på nettsiden så snart som mulig.

Årsrapport fra brukerutvalget skal innarbeides i årlig melding for Oslo universitetssykehus HF.

Brukerutvalget uttaler seg i media gjennom leder eller etter avtale med leder.

Alle brukerrepresentanter skal gjennomføre kursopplegg utarbeidet for brukerrepresentanter. Oslo universitetssykehus HF dekker kostnadene med opplæring for utvalgets medlemmer. Oslo universitetssykehus HF sørger for opplæring om virksomheten, dets organisering, oppdragsdokumenter, planprosesser og eventuelle andre styrende dokumenter. Opplæringsprogram utarbeides av brukerutvalget og Oslo universitetssykehus HF i fellesskap.

Økonomi

Det utarbeides et budsjett for brukerutvalget som endelig fastsettes av styret i forbindelse med den årlige budsjettbehandlingen. Beløpet skal dekke reise- og møtegodtgjørelse, kostnader i forbindelse med dialogkonferanser og andre aktiviteter som seminarer, kurs o.l.

Reisegodtgjørelse og medgått tid i møter dekkes etter statens satser, spesifisert i eget reglement. Dessuten dekkes dokumentert tap av arbeidsinntekt, utgifter til nødvendig ledsager og tolk, samt nødvendig hjelp i hjemmet etter nærmere avtale.

Evaluering

Brukerutvalget evaluerer sitt arbeid og gir innspill til reviderte retningslinjer og mandat for arbeidet hvert annet år.

4. Referanser

[Brukerutvalgets internettside](#)

[Brukermedvirkning i Helse Sør-Øst: Veileder for brukerutvalg](#)

[Hjemmesiden til brukerutvalget Helse Sør- Øst](#)

[Brukermedvirkning i helseforetak- med hjemmel i lov om helseforetak § 35](#)

[Strategi for brukermedvirkning ved Oslo universitetssykehus HF 2013-2018](#)

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 27. juni 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Ingen

SAK 44/2013 MØTEPLAN FOR STYRET 2014

Forslag til vedtak:

Styret vedtok følgende møteplan for 2014:

<i>Torsdag 13. februar 2014</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Torsdag 24. april 2014</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
	<i>Styreseminar</i>	<i>14-19</i>
<i>Torsdag 26. juni 2014</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Torsdag 25. september 2014</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Torsdag 30. oktober 2014</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
	<i>Styreseminar</i>	<i>14-19</i>
<i>Torsdag 18. desember 2014</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Reservetider:</i>		
<i>Torsdag 10. april 2014 (årsoppgjør)</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-12</i>
<i>Torsdag 28. mai 2014</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Torsdag 27. november 2014</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>

Oslo, den 20. juni 2013

Bjørn Erikstein

Forslag til møteplan for 2014 tar utgangspunkt i at styret har seks møter i året. I tillegg foreslås det at det reserveres tre møtetidspunkter som kan brukes om det er behov.

Styrets møter bør legges slik at styret kan behandle 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.

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 2014:

Dato	Samling	Tidspunkt
Torsdag 13. februar 2014	Styremøte	8-14
Torsdag 24. april 2014	Styremøte	8-14
	Styreseminar	14-19
Torsdag 26. juni 2014	Styremøte	8-14
Torsdag 25. september 2014	Styremøte	8-14
Torsdag 30. oktober 2014	Styremøte	8-14
	Styreseminar	14-19
Torsdag 18. desember 2014	Styremøte	8-14

Reservetider:

Torsdag 10. april 2014 (årsoppgjør)	Styremøte	10-12
Torsdag 28. mai 2014	Styremøte	8-14
Torsdag 27. november 2014	Styremøte	8-14

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	27. juni 2013
Saksbehandler:	Leder Direktørens kontor
Vedlegg:	Protokoll fra HSØ RHF styremøte 23.5.13 Referat fra Brukerutvalgets møte 22.4.2013

SAK 45/2013 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

Følgende legges frem til orientering:

1. Drift
2. Utviklingsprosjekter
3. Forskning
4. Samhandling
5. Rettstvister – status per d.d.
6. Annet
7. Mediebildet - medieomtale
8. Referater

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 20. juni 2013

Bjørn Erikstein

Innledning

Det føles noen ganger som om sommeren kommer stadig raskere. Sykehuset går inn i en lenger periode med ferieavvikling, og det er utfordrende å planlegge mht senger, poster, bemanning og vaktbelastning. Ikke minst fordi vi erfarer fra tid til annen at Oslo universitetssykehus blir en back-up når andre sykehus avvikler ferie i samme periode. Vi vet at mange mennesker er på reise fot og at det skjer ulykker på veien og på sjøen som krever vår bistand og kompetanse.

Vi vet heldigvis også at sykehuset har mange utrolig flinke og dedikerte medarbeidere som bidrar til at sommerferieavviklingen skjer på best mulig måte. Like viktig er det at våre ansatte får velfortjente ferieuker til å være sammen med familiene sine, koble av og gjøre andre aktiviteter, i et forhåpentligvis deilig sommervær.

1. DRIFT

• Mammografitilbudet ved Oslo universitetssykehus HF

Helse Sør-Øst inngikk våren 2012 avtaler med private leverandører om kjøp av radiologitjenester. Kjøpet på 192 mill. kroner utgjorde til sammen 665 100 undersøkelser per år innenfor feltene MR, CT, ultralyd og konvensjonell røntgen. Det ble i avtalene ikke stilt spesielle krav til leverandørene om å etablere et mammografitilbud, da kapasiteten ved helseforetakene ble vurdert som tilstrekkelig. Utviklingen den siste tiden har imidlertid vist at det i alle fall i Oslo er behov for styrking av kapasiteten.

Situasjonen ved de brystdiagnostiske sentra (BDS) ved Oslo universitetssykehus er nå at pasienter med nyoppstått kul i brystet blir undersøkt i løpet av 2-3 uker dersom det er mistanke om ondartet svulst, innen 4-5 uker dersom forholdene er mer usikre og innen 2-3 mnd. dersom det sannsynligvis dreier seg om noe godartet. Disse vurderingene er basert på de kliniske opplysninger fra henvisende lege.

Den pasientgruppen ved Oslo universitetssykehus som særlig har fått øket ventetid, er de som skal kontrolleres etter behandlet brystkreft, det vil si kontroll av behandlet og gjenværende bryst. Faglige vurderinger tilsier at 3 måneders utsettelse av årskontroll er medisinsk forsvarlig, selv om det kan oppleves ubehagelig for den det gjelder. Mange årskontroller våren 2013 er på grunn av manglende kapasitet blitt forskjøvet til høsten 2013, og for noen av disse kan utsettelsen dreie seg om 4-5 måneder. En avtale med private leverandører vil redusere denne ventetiden.

Tiltak for å øke kapasiteten

Helse Sør-Øst har i samråd med Oslo universitetssykehus, startet arbeidet med å inngå avtale om kjøp av mammografikapasitet hos private leverandører. Når avtale er på plass vil tilbudet til pasienter som har behov for mammografikontroll, etter gjennomgått behandling, bedres.

I tillegg har Oslo universitetssykehus våren 2013 opprettet en ny overlegestilling ved brystdiagnostisk enhet for å styrke bemanningen. Det har så langt bare meldt seg én kompetent søker til stillingen, og vedkommende er allerede vikar ved enheten. En annen mammariolog har meldt sin interesse, foreløpig uten å søke, men dersom vedkommende gjør det blir det en reell oppbemanning tidligst fra september 2013.

Det kan dessuten nevnes at Oslo universitetssykehus har et pågående prosjekt med mål om bedret forløp for pasienter med klinisk problem bryst, og etter planen skal de praktiske sidene ved dette prosjektet implementeres fra høsten 2013. Prosjektet som mål å redusere ventetid for utredning fra 1 - 12 uker ned til fire dager. Prosjektet er avhengig av den tilleggsanskaffelsen som nå pågår overfor private leverandører for å få de ønskede forbedringene.

En samling av de to brystdiagnostiske sentra ved Oslo universitetssykehus vil også bedre kapasiteten ved foretaket. Muligheten for en snarlig samlokalisering av brystdiagnostikk utredes nå. Målet for Oslo universitetssykehus er so kjent et fullverdig brystkreftsenter på Radiumhospitalet.

- **Legionella ved Radiumhospitalet – redegjørelse for håndtering av situasjonen**

En pasient som ble behandlet for lymfom og var inneliggende på Radiumhospitalet i over en måned utviklet pneumoni i begynnelsen av mai 2013. Kvelden 16. mai ble det påvist Legionella med PCR fra skylleveske etter bronkoskopi. Legionella urin antigen, som bare er positiv ved den vanligste typen legionellose, Legionella pneumophila serotype 1, har vært negativ. Det er nå avklart at pasienten er smittet med Legionella micdadei. Siden pasienten hadde vært inneliggende fra midten av april, ble det antatt at smitten med stor sannsynlighet hadde skjedd på Radiumhospitalet. Den 20. mai var pasienten i langsam bedring og det er ikke oppdaget nye tilfeller. I tillegg viste det seg at en pasient innlagt ved Akershus universitetssykehus i april hadde legionellapneumoni. Nærmere undersøkelser viste at pasienten var innlagt ved Radiumhospitalet tidligere i april og at inkubasjonstiden passet overens med at smitte antagelig hadde funnet sted ved Radiumhospitalet. Denne pasienten døde dessverre. Det er utført videre undersøkelser av dette tilfellet og det er avholdt samtale med pårørende for nærmere informasjon og gjennomgang av pasienthistorien. Videre ble det undersøkt for diagnosen legionella for alle innlagte pasienter ved Radiumhospitalet (og resten av OUS) i perioden 2012 og 2013. Det er i denne forbindelse oppdaget at to pasienter innlagt ved Radiumhospitalet i 2012 var diagnostisert med Legionella micdadei. Begge fikk antibiotika og kom raskt i bedring.

Både Fylkesmannen og Folkehelseinstituttet er varslet om saken og pasienttilfellene.

Informasjon om Legionella

Legionella er bakterier som omfatter minst 54 forskjellige arter og undergrupper og finnes utbredt i naturen, spesielt i vannkilder og fuktige miljøer. Noen av artene gir sykdom hos mennesker, viktigst er Legionella pneumophila, som er årsak til mer enn 90 % av alle legionellainfeksjoner. Legionella micdadei forekommer i mindre enn 2 % av tilfellene, og da først og fremst hos pasienter med svekket immunforsvar, slik som pasienter med kreft, transplantasjoner o.a. Den vanligste måten å bli smittet på er inhalasjon av forstøvet vann i dusjer (aerosoler), fra air-condition-anlegg, kjøletårn, boblebad, overrisslingsanlegg etc. Noen ganger er smitte oppstått ved at man har fått vann ned i luftveiene i forbindelse med svelgning (aspirasjon). Legionella spres ikke fra person til person. Forholdsregler for å hindre vann/aerosolsmitte er derfor fokus for smitteverntiltak. Inkubasjonstiden er vanligvis mellom 2 og 10 dager, men kan noen ganger være lengre.

Legionella pneumophila gir lungebetennelse av forskjellig alvorlighetsgrad. Andre sykdomsutslag kan forekomme hos personer med svekket immunforsvar (for eksempel blodforgiftning, bukhinnebetennelse, bløtdelsinfeksjon). En mildere form er såkalt Pontiac-feber som gir feber, hodepine, kroppssmerter, men lite luftveissymptomer. Denne formen kommer raskere etter eksponering for Legionella, gjerne i løpet av de første par dager. Pontiacfeber er en godartet forløpsform uten lungebetennelse, og går som oftest over på få dager uten behov for antibiotikabehandling. Selv om Legionella typisk er en vannbåren infeksjon, gir den ikke diaré eller andre mage-tarm-symptomer om man har drukket vann med Legionella-bakterier. Legionella behandles med antibiotika.

I motsetning til en del andre bakterier, kan Legionella ikke påvises før sykdom bryter ut, så testing av personer som ikke har symptomer på lungebetennelse (feber, hoste, tung pust) er ikke mulig.

For ytterligere informasjon, se Folkehelseinstituttets hjemmeside: www.fhi.no.

Informasjon til pasienter og ansatte

Det ble utarbeidet egne informasjonsskriv til pasienter og ansatte som inneholdt følgende:

- Informasjon om at det på aktuelle tidspunkt var problemer med å opprettholde tilstrekkelig temperatur på varmtvannet ved Radiumhospitalet, og at dette medførte en viss risiko for oppvekst av bakterier i vannet som en sjelden gang kan forårsake lungebetennelse.
- Informasjon om at foretaket innførte midlertidige tiltak:
 - For sikkerhets skyld ble alle dusjene ved Radiumhospitalet midlertidig stengt.
 - Fordi en eventuell oppvekst av bakterier i varmtvannet også kunne forurense kaldt vann i kraner, skulle vann fra springen heller ikke brukes som drikkevann. "Flaskevann" eller vann som ble kokt skulle brukes.
 - All annen bruk av vann kunne foregå som normalt (håndvask, rengjøring, bruk av toaletter o.a.)
 - For dem som måtte dusje i forbindelse med en operasjon, ble det lagt til rette for det i andre bygg (Forskningsbygget og Pasienthotellet ble ikke omfattet av begrensningene).
 - Begrensingene ville bli opphevet så snart det kunne installeres filterenheter på dusjer og tappepunkter. Forhåpentligvis ville dette kunne være på plass rett over pinse.

Alle sengeposter, røntgen og laboratoriet fikk utdelt informasjonsskriv til pasienter og ansatte. Informasjonsskrivet til pasienter ble også lagt ut på nett.

I tillegg ble det utarbeidet et eget informasjonsskriv som ble sendt ut til pasienter som var utskrevet fra Radiumhospitalet i perioden fra 9. mai til 18. mai. Brevet inneholdt informasjon om tiltak hvis det oppstod symptomer på lungebetennelse de første 10 dagene etter utskrivelse fra sykehuset.

Alle fagdirektører i Helse Sør-Øst ble i telefonmøte 22.mai informert om situasjonen mtp at pasienter var overført fra Radiumhospitalet til andre helseforetak. Det ble også sendt informasjon til de regionale fagdirektørene i de andre helseregionene, mtp informasjon til fagdirektører i helseforetak utenfor vår region.

Vannrør og temperaturmålinger

Det ble samme helg som Legionella ble oppdaget, gjennomført befarings på Radiumhospitalet. Det ble målt temperatur på varmtvannet i 8., 7. og 6. etasje og maksimale temperaturer nådde ingen steder kravet (kravet er at temperaturen skal komme opp i minst 50 grader etter maksimalt 60 sekunder). Det ble videre konstatert at sirkulasjonsledningen for varmt vann for 7. og 8. etasje var avstengt. I fyrhuset viste termometeret på utgående varmtvann en temperatur på 44 grader, og temperaturen fra varmekjelen omkring 60 grader, mens returvannet fra sirkulasjonsledningene viste omkring 34 grader.

Temperaturen på varmtvannet var for lavt og sammen med manglende sirkulasjon av varmt vann i 7. og 8. etasje innebar dette en risiko for oppformering av Legionella. Inntil alle

tekniske forhold var avklart ble det umiddelbart iverksatt strakstiltak som om det perifere varmtvannssystemet på hele Radiumhospitalet kunne være kontaminert med Legionella.

Etter justeringer samme helg ble temperaturen på utgående vann fra fyrhuset økt til 55 grader, hvilket tilfredsstillte kravet om at vanntemperaturen på sirkulerende vann må være 55 grader.

Det ble også gjennomført systematisk legionelladyrkning for ytterligere å kartlegge situasjonen.

Det ble i den forbindelse tatt vannprøve fra dusj i rom i 7. og 8. etasje, samt penselprøve fra dusjhode i rom i 7. og 8. etasje til legionelladyrkning. Vannprøvene som ble tatt fra dusj i rom i 8. etasje til påvisning av legionella (PCR-undersøkelse) ga positivt resultat.

Dusjing: Samme helg som smitten ble oppdaget ble det konstatert at det var risiko for at rørsystemet og perifere tappepunkter var kolonisert med Legionella. Dette kunne innebære en risiko for pasienter spesielt i forbindelse med dusjing, og inntil andre forebyggende tiltak ble igangsatt ble det umiddelbart innført forbud mot at pasienter dusjet på Radiumhospitalet.

Det ble bestilt 200 dusjhoder med filtreringsfunksjon for Legionella fra England. Disse ble levert ved Radiumhospitalet om ettermiddagen/kvelden den 21.05.13 og ble samme kveld montert i hele A- og B-blokken ved Radiumhospitalet (bygningene som huser sengepostene). Dusjforbudet ble så opphevet.

Drikkevann: Selv om risikoen knyttet til kaldtvann anses som lav, ble det samme helg som smitten ble oppdaget innført rutine som tilsa at pasienter og ansatte ikke skulle drikke vann fra springen, men tilbys "flaskevann". Etter at filtre var levert ble det også satt opp dette på noen sentrale vannkraner (postkjøkken) slik at man kunne begynne å bruke drikkevann fra springen.

Basseng: Bruk av bassenget for inneliggende og polikliniske pasienter er stoppet inntil videre.

Tannlegekontoret: Tannlegekontoret er inntil videre stengt for prosedyrer som medfører bruk av vann fra tannleeeenheten.

Videre planer

Vanntemperaturen i kjele og rørsystem overvåkes grundig. Temperaturen på utgående varmtvann fra fyrkjelen er minst 60 grader. Dette er en temperatur som er tilstrekkelig for å hindre oppvekst av legionella, men fordi temperaturen faller noe utover i rørsystemet, regnes dette likevel ikke som tilstrekkelig til å fjerne alle bakterier i rørene. Derfor må man inntil videre sikre seg med å bruke de monterte filtrene i tillegg.

Det er nedsatt en gruppe fra avdeling for smittevern, klinikken og teknisk avdeling som ser på plan for videre utredning og gjennomføring av varige tiltak. Dette innebærer bl.a full gjennomgang av hele vannforsyningssystemet på Radiumhospitalet, ytterligere tiltak og kontroll av vanntemperatur, reetablering av sirkulasjonssystemene og plan for systematisk desinfeksjon av hele rørsystemet. Ideelt sett skulle dette vært gjort med varmtvann, men på grunn av rørsystemenes beskaffenhet og varmekjelenes kapasitet lar dette seg ikke gjennomføre med tilstrekkelig effekt.

Det vurderes nå flere metoder, blant annet kjemisk rensing av vannet og rutiner for tapping av vann ved lite eller intet forbruk. Full kjemisk desinfeksjon av hele rørsystemet er en svært krevende prosess, ikke minst når sykehuset skal holdes i drift samtidig, og OUS får

bistand av internasjonal ekspertise i planleggingen av dette. Det er foreløpig ikke klart når dette kan gjennomføres.

Avdeling for smittevern og teknisk avdeling påbegynte i februar 2013 arbeidet med å etablere en vannsikkerhetsplan for hele Oslo universitetssykehus med bistand av internasjonal ekspertise. Rapporten fra første fase av prosjektet forelå i slutten av april, med identifikasjon av en rekke nødvendige forbedringstiltak både for Radiumhospitalet, Ullevål og Rikshospitalet. Vannsikkerhetsplanen vil ikke bare omfatte tiltak mot Legionella, men også mot andre vannbårne mikroorganismer som kan innebære en risiko for sykehusets pasienter. Dette arbeidet vil fortsette parallelt med de akutte tiltakene som nå settes i verk mot Legionella ved Radiumhospitalet.

- **Status vedlikehold og oppfølging av tilsynspålegg**

Oslo sykehusservice har arbeidet videre med å sammenstille en flerårig plan for vedlikeholdsinvesteringer. Utgangspunktet for denne planen er tilsynsavvik knyttet til brann, arbeidsmiljø og elektro. Til sammen utgjør tilsynsavvik alene en investeringsutfordring på vel 3 mrd NOK fordelt på de ulike lokalisasjonene og over år. Underveis i dette arbeidet er det blitt tydeliggjort at det også må gjøres utbedringer i infrastruktur som vanntilførsel, ventilasjon, kjøling etc. for å kunne understøtte drift og muliggjøre øvrige investeringer som IKT, MTU osv.

Kartleggingsarbeidet er ikke ferdigstilt, men det vil være snakk om betydelige beløp som må investeres i sykehuset fremover for å sikre driften. Det krevende i denne situasjonen er at man mtp nytt sykehus kun er i en idéfase, slik at man pt ikke vet når det kommer nye bygg som erstatning for dagens bygningsmasse. Dette gjør at man ikke vet tidshorizonten for det enkelte tiltak eller om det aktuelle bygget inngår i det fremtidige målbildet. Uansett vil det ta tid før det kommer nye bygg, og driften i alle virksomhetskritiske bygg må understøttes i mellomtiden.

I 2013 er det lagt opp til et investeringsnivå på vel 190 mill NOK i vedlikeholdsinvesteringer til lukking av avvik og for tilrettelegging av drift. Per mai er det vedtatt prosjekter for 152 mill NOK. Uforutsette hendelser som legionella-situasjonen ved Radiumhospitalet, sammenbrudd i bygg 3 på Ullevål etc tilsier at det er en krevende prioritering mellom de ulike tiltakene og gjennomføringen av disse. Det er derfor tidligere kommunisert til styret at planen er og må være dynamisk, slik at tiltak som var planlagt ett år skyves til påfølgende år dersom finansieringen ikke er tilstede.

Arbeidet med plan for de kommende år pågår også og tiltakene omfatter i hovedsak lukking av avvik, prosjektering av en rekke større elektroinvesteringer samt etablering av infrastruktur for å understøtte innføring av PAS/ EPJ.

God dialog med tilsynsmyndigheter

Det er gjennomgående en god og konstruktiv dialog med de ulike tilsynsmyndighetene. Årsaken til dette er at det arbeides aktivt og konkret med lukking av tilsynsavvik, både gjennom omstillingsprosjekter og øvrige driftinvesteringsprosjekter, og at det i tillegg nå foreligger konkrete planer per år. Som nevnt kan uforutsette hendelser rokkere på opprinnelig plan, og dette gjør at fremdriftsrapportering til tilsynsmyndighetene er krevende.

Koordinering

I arbeidet med gjennomføringen av investeringene ser Oslo sykehusservice et behov for en

mye tettere koordinering av de ulike investeringsprosjektene og har lagt tilrette for en struktur som sikrer dette. Dette gjelder alle investeringsprosjekter knyttet til MTV og IKT, samt alle omstillings- og driftsinvesteringsprosjekter knyttet til bygg og infrastruktur. Det er en rekke avhengigheter og forutsetninger mellom disse på hver lokalisasjon, og innen de ulike porteføljene. På bakgrunn av dette engasjeres det i disse dager en egen porteføljekoordinator.

- **Organisatorisk plassering i OUS av samlet Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser og funksjonshemninger**

De fem nasjonale kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger innenfor Oslo universitetssykehus, er siden 2011 samlet i en felles avdeling i Kvinne- og barneklubben. De fem sjeldnesentrene som ikke er hjemmehørende i OUS, ligger i forskjellige organisasjoner og på flere lokalisasjoner. Helse Sør-Øst har gitt Oslo universitetssykehus ansvar for å organisere og lede den nasjonale kompetansetjenesten på "sjeldenområdene". Den skal være i funksjon fra 1.1.2014. Kvinne- og barneklubben fikk mot slutten av 2012 ansvaret for å gjennomføre et prosjekt for å samorganisere alle de 10 nasjonale sjeldnesentrene. Prosjektgruppen som er etablert for å planlegge den samlede sjeldentjenesten, har blant annet drøftet alternativer for intern organisering innen OUS, og la i slutten av mai fram sine vurderinger på dette området.

På basis av dette har ledelsen i Oslo universitetssykehus nylig behandlet saken og bestemt at samlet Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser og funksjonshemninger organisatorisk blir plassert i Kvinne- og barneklubben. Den interne organiseringen av tjenesten bestemmes senere med grunnlag i et forslag fra klubben.

Kvinne- og barneklubben skal dermed ivareta den utvidede oppgaven med å lede og forvalte også de øvrige nasjonale sjeldnesentrene på vegne av OUS. Kvinne- og barneklubben ønsker denne oppgaven, den har lang erfaring innen feltet, herunder med de fem sentrene som i dag er samlet i en felles avdeling, og den har god dialog med de nasjonale aktører, inkludert Helsedirektoratet.

I sammenheng med den nye organiseringen er det presisert at det er viktig at klubben og Oslo universitetssykehus under videreføring og videreutviklingen av tjenesten legger vekt på å ta hensyn til og ivareta de særskilte forholdene som er knyttet til de nasjonale sjeldnesentrene: det nasjonale oppdraget, øremerket budsjett, livsløpsperspektivet, lavterskeltilbud, brukermedvirkning og det faglige samarbeidet mellom dagens kompetansesentre, og at det arbeides for at de 10 sentrene blir likestilte i den samorganiserte tjenesten.

2. UTVIKLINGSPROSJEKTER

- **OUS Idèfasearbeid, status per 14. juni 2013**

Arbeidet med idèfaseutredningen går som planlagt. Prosjektleder og tre nøkkelressurser har i innledende fase jobbet med organisering og planlegging for å kunne gjennomføre idèfasearbeidet. Det er videre utarbeidet konkurransegrunnlag og gjennomført mini-konkurranse for å anskaffe eksterne ressurser. Mini-konkurransen er gjennomført med leverandører som har rammeavtale med Helse Sør-Øst for tidligfasearbeider. Konkurransen er begrenset til å omfatte arbeidene som følger av mandatet for idèfasen. Deltagelsen i konkurranse har vært god og det er mottatt tilbud fra mange av leverandørene og med et bredt spekter av godt, kvalifiserte ressurser. Vinnerne av konkurranse har mottatt brev med

informasjon om tildeling (med enkelte forbehold). Det pågår avklaringsmøter og kontrakter forventes inngått uke 25. Da vil eksterne nøkkelressurser kunne være på plass før ferien og dette er i tråd med planlagt fremdrift. Det vil således skje en gradvis oppbemanning med interne og eksterne ressurser.

Det er avholdt to møter i arbeidsutvalget og to møter i styringsgruppen. Per 14. juni er blant annet følgende saker behandlet og vedtatt:

- Styringsdokument, versjon 1.0.
- Organisasjonskart, versjon 1.0. Prosjektet deles inn i tre delprosjekter med hver sin prosjektleder; étt for «Virksomhetsavklaringer», ett for «Analyse og fysiske løsninger» og ett for «Byutvikling og innovasjon». Delprosjektene vil jobbe tett sammen for koordinering av leveranser og tversgående avhengigheter. Delprosjektene rapporterer til prosjektdirektør som igjen rapporterer til en bredt sammensatt styringsgruppe inkl. representanter for Oslo kommune og Universitetet i Oslo. Styringsgruppen ledes av administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus som også er prosjekteier. Et arbeidsutvalg underlagt styringsgruppen med representanter fra Oslo universitetssykehus vil bistå med avklaringer av saker før styringsgruppemøter og også være bindeledd mot linjen.
- Prosjektnavnet er vedtatt og er "Idèfase OUS – Campus Oslo".
- Idèfaseutredningen for nytt sykehus er prosjektets hovedoppgave og skal gjennomføres i henhold til tidligfaseveilederen for sykehusprosjekter. Delprosjektene «Virksomhetsavklaringer» og «Analyse og fysiske løsninger» vil omhandle idèfaseutredningen for nytt sykehus. Delprosjektet «Byutvikling og innovasjon» vil omhandle Campus Oslo som er definert som en mulighetsstudie innenfor byutvikling, næringsutvikling, forskning, utdanning og innovasjon. Mulighetsstudien skal gå parallelt med idèfaseutredningen. Slik det fremgår av mandatet er arbeidene nært knyttet sammen og må ses i sammenheng. Arbeidene skal pågå parallelt og være tett koordinert og integrert.
- Begrepet Campus Oslo skal fylles med innhold som del av det arbeidet som gjøres.
- Overordnede prinsipper for kommunikasjon er vedtatt. Det vil bli nedsatt en arbeidsgruppe sammen med Oslo kommune og Universitet i Oslo for å utarbeide en felles kommunikasjonsstrategi og etablere rutiner for samarbeid. Prosjektet skal utarbeide sin egen kommunikasjonsplan for idèfaseprosjektet og for den interne kommunikasjonen.
- Prosjektbeskrivelser for delprosjektene "Virksomhetsløsninger" og "Byutvikling og innovasjon" er under utarbeidelse, og en foreløpig utgave har vært drøftet med arbeidsutvalget og styringsgruppen. Disse vil bli slutført etter at aktuelle interne og eksterne aktører har fått kommet med innspill og tatt del i arbeidet og etter at koordinering mot eksterne prosesser er sikret. Dette gjelder spesielt prosesser knyttet til kapasitetsutfordringer i hovedstadsområdet hvor Helse Sør-Øst nå starter en prosess for å se på hovedstadsområdet og bruk av de private sykehusene, egendekning, opptaksområder og funksjonsfordeling etc. Dette arbeidet skal være slutført i oktober i år hvilket passer godt med fremdriften for idèfaseutredningen. Delprosjektet "Byutvikling og innovasjon" skal også ha på plass en delprosjektleder før denne prosjektbeskrivelsen slutføres.
- Det siste delprosjektet, "Analyse og fysiske løsninger", vil bli detaljert ut i samarbeid med de eksterne nøkkelressursene som kommer inn for å forestå den delen av idèfaseprosjektet.

3. FORSKNING

• Finansiering av stillinger på Universitetet i Oslo

Som et ledd i å redusere bruk av midlertidige stillinger i academia har Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, besluttet å tilsette fast i sine nå midlertidige og tidsbegrensede akademiske stillinger som professor II og førsteamanuensis i 20 % stillinger. Normalt har professor II og førsteamanuensis i 20 % stilling hatt stillinger av fem års varighet, der i praksis alle stillinger forlenges etter stillingens utløp når stillingsinnehaver ønsker det og fortsatt fyller sine arbeidsforpliktelser. En stor del av de kombinerte stillingene ved Det medisinske fakultet, Institutt for klinisk medisin, er av strategiske årsaker finansiert av universitetssykehusene (eventuelt andre sykehus, stiftelser etc) for fem år av gangen. Dette har bidratt til å styrke universitetssykehusenes forskningsmessige posisjon og muligheter for å tiltrekke seg ekstern forskningsfinansiering. Lignende ordninger finner man andre steder i Norge og i utlandet. Oslo universitetssykehus finansierer pr juni 2013 ca 90 av totalt ca 250 kombinerte stillinger (tall vil være i noe bevegelse pga turnover og lang tilsetningstid).

Fornyelser av et stort omfang midlertidige stillinger medfører betydelig administrativt arbeid hos begge parter, med faglig vurdering av professorens arbeid (vurderes av UiO), fornyet arbeidskontrakt og krav om nye finansieringstilsagn fra sykehuset.

Universitetet i Oslo har, i takt med sine planlagte endringer i ansettelsespraksis, bedt Oslo universitetssykehus om å avvikle tidsbegrenset finansiering av både de fremtidige og de eksisterende stillinger som sykehuset i dag betaler (årlig faktura for lønnsmidler og driftsmidler). Finansieringen vil da bli en permanent ordning, med samme årlige faktureringsordning, så lenge stillingen er besatt av samme stillingsinnehaver. Dersom stillingsinnehaver pensjoneres eller slutter vil universitetet stå fritt til å avgjøre videreføring av stillingen og sykehuset vil på sin side stå fritt til å vurdere videre finansiering av stillingen. En slik endret praksis vil speile realiteten i dagens ansettelse og finansieringsordning, men vil medføre en betydelig ressursbesparelse i administrering av stillingene. De ansatte vil dessuten få en større grad av jobbsikkerhet. I avtale mellom Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo om kombinerte stillinger av 30.3.2012 slås det også fast at arbeidsgiver over tid vil vurdere å avsette tid og driftsmidler til forskning for universitetet og Oslo universitetssykehus ut i fra oppnådde resultater. Vurderingen skjer da regelmessig og som del av medarbeidersamtalen. I dette ligger en reell føring om tettere resultatmessig oppfølging, enn slik praksis har vært til nå med vurderinger hvert femte år.

Oslo universitetssykehus ønsker å etterkomme anmodningen fra universitetet, men vil supplere dagens avtale med universitetet med tydeligere ordninger for fakturering samt krav til jevnlige, oppdaterte stillingsoversikter og saldo over driftsmidler finansiert av sykehuset (øremerkede midler ved universitetet). Det må også tydeliggjøres hvordan partene går frem ved ledighet i sykehusfinansierte stillinger. En eksternt finansiert stilling ved universitetet koster i dag sykehuset i størrelsesorden 300.000 kroner årlig i direkte kostnader (lønn og sosiale kostnader, overhead på personalkostnadene samt driftsmidler). Den direkte kostnaden vil fremover bli noe lavere for hvert år, som følge av avtalt reduksjon i driftsmidlene sykehuset betaler for den enkelte stilling (reduksjon fra satser for driftsmidler til 100.000 kroner pr år). For å harmonisere ordningene med driftsmidler vil universitetet samtidig trappe opp satsene for sine internt finansierte stillinger til samme nivå, da dette har ligget betydelig lavere hittil. Professorer og førsteamanuenser i samme forskningsmiljøer vil med dette få likere ordninger enn tidligere, og ikke avhengig av finansieringskilde. Personer i kombinerte stillinger vil samtidig få tydeligere skjermet tid til forsknings- og undervisningsarbeid, i tråd

med nasjonale anbefalinger fra blant annet fagevalueringen fra Norges forskningsråd i 2011, der tid til forskning i kliniske, kombinerte stillinger ble vurdert å være et gjennomgående problem, både nasjonalt og i miljøene ved Oslo universitetssykehus (også omtalt i tertialvise risikoanalyser og tilhørende tiltaksplaner).

4. SAMHANDLING

- **Prosjekt kjøp av protonterapi i utlandet**

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere et forutsigbart tilbud om protonterapi til norske pasienter som oppfyller indikasjon for slik behandling. Helsedirektoratet har bedt Helse Sør-Øst RHF v/Sykehuspartner om å bistå i gjennomføringen av en anskaffelse på vegne av de regionale helseforetakene i Norge, med sikte på kjøp av 50-100 behandlingssletter de nærmeste årene.

Utenlandskontoret, Stab samhandling og internasjonalt samarbeid ble av Sykehuspartner bedt om å lede delegasjonen som skulle besøke og fremforhandle avtaler med mulige behandlingssletter i USA og Europa. Utenlandskontoret har bidratt med kontaktnett i USA, samt juridisk og forhandlingskompetanse. Besøkene i USA ble foretatt primo juni, og besøkene i Europa blir gjennomført ultimo juni.

Helse Sør-Øst RHF har også gitt Oslo universitetssykehus ved Utenlandskontoret i oppdrag å administrativt håndtere regionens pasienter som skal reise til utlandet for protonterapi. Utenlandskontoret vil dermed avlaste henvisende leger for administrativt arbeid, samt bistå pasienter og pårørende slik at reise til og behandlingen i utlandet kan gjennomføres på en så enkel måte som mulig.

- **Konferanse om Utenlandske pasienter i norske sykehus**

I mai 2013 arrangerte Utenlandskontoret, i samarbeid med Helfo Utland, landets første konferanse om utenlandske pasienter i norske sykehus. Konferansen hadde i overkant av 130 deltagere fra 16 av landets helseforetak. Tilbakemeldingene viser at konferansen var både nyttig og svært etterspurt.

- **Barneombudet deltok på møtet i ungdomsrådet ved Oslo universitetssykehus 4. juni.**

Ombudet ble orientert om ungdoms erfaringer med å være pasient på OUS samt hva ungdomsrådet har fokus på for å sikre god tilrettelegging ved heving av aldersgrense til 18 år på barneavdelingene.

Ungdomsrådets forslag om internettilgang på for alle ungdomspasienter ved sykehuset, følges opp av sykehuset. Det arbeides med mulige modeller for tilrettelegging. Ungdomsrådet begrunner behovet for internettilgang med mulighet for oppfølging fra skole, men også viktigheten av tilgang til sosiale medier.

Stab samhandling og internasjonalt samarbeid får nå stadig flere henvendelser til Ungdomsrådet fra klinikker som ønsker innspill på hvordan det best kan tilrettelegges for dem som pasientgruppe. Dette er svært positivt, og er et signal på at ungdomsrådet som ressurs begynner å bli kjent for klinikkene.

5. RETTSTVISTER – status per d.d.

Ass.lege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling. Ankesak til Høyesterett
Saken gjelder spørsmålet om en lege i spesialisering (LIS), ansatt i midlertidig stilling, har krav på fast ansettelse.

Oslo universitetssykehus HF vant saken, både i tingretten og lagmannsretten, og fikk dermed medhold i at det er hjemmel for å ansette LIS-leger midlertidig. Lagmannsretten la til grunn at LIS-legene utfører praksisarbeid som gir anledning til midlertidig ansettelse i medhold av arbeidsmiljøloven § 14-9 første ledd bokstav c.

Nåværende praksis med adgang til å ansette LIS-leger i midlertidige stillinger fortsetter. Spekter og Legeforeningen arbeider imidlertid med å endre ordningen, slik at flest mulig kan få fast ansettelse.

Lagmannsretten uttaler i den forbindelse at iverksetting av en ny ordning med fast ansettelse av LIS-leger forutsetter utarbeidelse av et nytt rettslig rammeverk og ulike praktiske tiltak.

Etter anke fra saksøkers side har Høyesterett sluppet saken inn til behandling. Saken er berammet til 8-9. oktober 2013.

Forståelse av arbeidskontrakt i forhold til lønnskrav fra tidligere ansatt.

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. Etter nye forhandlinger utenrettslig har saken fått sin løsning. Saken er hevet fra lagmannsrettbehandling.

Oppsigelsessak

Sykehuset er stevnet av en ansatt etter endringsoppsigelse som har sin bakgrunn i omstilling og omplassering av stilling. Tvisten står om oppsigelsen er formuriktig, usaklig og ugyldig. Saken har fått sin løsning gjennom rettsmekling.

Arbeidsrettssakene - kollektive saker:

Den norske legeforening har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder spørsmål om tjenesteplaner som ble iverksatt ved Oslo universitetssykehus i forbindelse med sommerferien 2011 og 2012 er i strid med bestemmelser i Overenskomsten mellom foretaket og DNLF, del A2 og del B. (Forholdet var knyttet til Gynekologisk avdeling, Kvinne-barn.)
Dom falt 22.04.2013. Oslo universitetssykehus og Spekter ble frifunnet.

Norsk sykepleierforbund (NSF) har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder tvist om hvilket virkningstidspunkt som skal komme til anvendelse ved overgang fra et system med vaktklasser som kompensasjonssystem for ubekvem arbeidstid ved Rikshospitalet, til et avtalt nytt system med en tradisjonell godtgjøring av ubekvem arbeidstid med lørdags- og søndagstillegg, samt kvelds- og nattillegg.

Prinsipiell sak for Høyesterett

Foretaket var indirekte berørt i en sivil tvist som gikk for Høyesterett 17-18. april. Saken gjaldt tvist om tilgang til bevis, nærmere bestemt biologisk materiale som finnes i sykehusets behandlingsbiobank. Sykehuset oppbevarer biologisk materiale fra en avdød pasient. Materialet ble innsamlet i forbindelse med pasientbehandling. Etter pasientens død ønskes utlevert biologisk materiale for å innhente DNA som bevis i farskapssak. Det sentrale rettslige spørsmålet er lovgrunnlag for å utlevere biologisk materiale som er innsamlet i behandlingsøyemed, til annet formål og som i saken er å fastslå farskap. Nærmere bestemt

gjelder det harmonisering av barneloven § 24 og behandlingsbiobankloven § 15. Høyesterett kom til at biologisk materiale fra en avdød person kan brukes som DNA bevis i farskapssak når det biologiske materialet er lagret i en biobank, jfr. barneloven § 24.

6. ANNET

- **Vedr. pågående dialog med Det norske kartselskap**

Oslo universitetssykehus har brukt ca 1,4 millioner på karttjenester fra Det Norske Kartselskap i perioden 2009-2012.

Det er to seksjoner ved OUS som har hatt avtaler med selskapet. Juridisk seksjon har nå gjennomgått korrespondanse og annen dokumentasjon i saken, og mener det ikke er samsvar mellom de avtaler som faktisk er inngått og de beløp som er fakurert. Oslo universitetssykehus har derfor sendt brev til Det Norske Kartselskap med krav om tilbakebetaling av NOK 1.304.526 kroner. Dette beløpet utgjør differansen mellom det beløp Oslo universitetssykehus har betalt og det sykehuset mener skulle vært fakturert i henhold til inngåtte avtaler.

Oslo universitetssykehus har gitt Det Norske Kartselskap frist til 26. juni med å gi en skriftlig tilbakemelding på kravet samt en bekreftelse på at krav som ikke er foreldet uansett ikke foreldes før 1. oktober 2013. Dersom slik tilbakemelding ikke mottas innen fristen vil Oslo universitetssykehus iverksette søksmål. Det vil da fremmes krav til hvordan avtalene er fremkalt, manglende samsvar mellom avtaler, fakturaer og oppfyllelse, samt mangler ved ytelsene.

- **Reinvestering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse**

I styresak 131/2011 fattet styret vedtak om at plassering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse (SPK) har som intensjon at man på sikt skal ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Basert på vedtaket replaserte foretaket om lag 1,9 mrd. kroner i desember 2011, herav ble om lag 1,4 mrd. kroner plassert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid. Ved forfall året etter ble beløpet på om lag 1,4 mrd. kroner nok en gang replasert i statsobligasjoner med ett års løpetid. Beslutningen om replaseringen ble gjort av administrerende direktør i samråd med styreleder etter fullmakt fra styret, jamfør styresak 86/2012. Administrerende direktør orienterte styret om replaseringen i styremøtet 17. desember 2012, jamfør styresak 95/2012.

I mai 2013 forfalt nye statsobligasjoner på 394 millioner kroner. På bakgrunn råd fra KLP Kapitalforvaltning AS og råd fra Stab økonomi, juridisk og IKT ble hele beløpet replasert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid.

De neste forfallene som skal replaseres er om lag 1,4 mrd. kroner ved utgangen av 2013, 394 millioner kroner i mai 2014 og om lag 700 millioner kroner i mai 2015.

- **Anskaffelse av lisenser for lokal konsolidering av innkjøp og logistikk-løsningen**

Helse Sør-Øst RHF besluttet i 2012 å gå til anskaffelse av en regional ERP-løsning for å dekke foretaksgruppens behov for systemløsninger på innkjøps- og logistikkområdet.

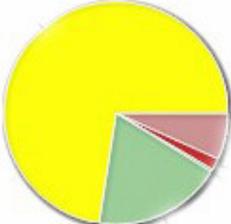
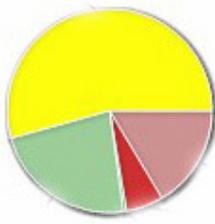
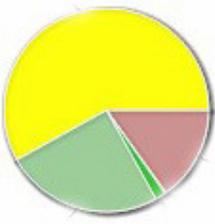
Foretaksmøtet i Oslo universitetssykehus HF vedtok 20. juni 2012:

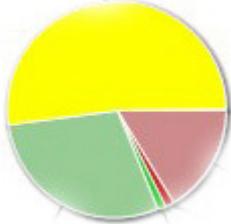
Foretaksmøtet tar den regionale anskaffelsen av økonomi- og logistikksystem og de føringer dette legger for helseforetakets virksomhet til etterretning.

Primo mai 2013 inngikk Helse Sør-Øst RHF en kjøpsavtale med Accenture om leveranse av Oracle eBusiness Suite og Basware fakturaløsning som grunnlag for en regional økonomi- og logistikk-løsning. På bakgrunn av dette og foretaksmøtets beslutning rettet Oslo universitetssykehus HF en søknad til Helse Sør-Øst RHF om å kjøpe lisenser til innkjøps- og logistikk-løsningen for bruk ved foretaket. En slik godkjenning ble gitt 18. juni. Målsetningen er å muliggjøre etablering av én felles innkjøps- og logistikk-løsning i hele foretaket i påvente av fremtidig inntreden i den nye, regionale løsningen for økonomi og logistikk. Investeringskostnadene knyttet til lisenskjøpet dekkes av det regionale ERP-prosjektet. Tidspunkt for ibruktagelse av regional løsning for økonomi- og logistikk ved Oslo universitetssykehus HF er ikke fastsatt.

7. MEDIEOMTALE 1. APRIL – 17. JUNI 2013

Antall saker i mediene har sunket noe fra 1320 i april, til 1270 i mai, totalt 3122 for hele perioden. Juni ligger så langt an til å få noe færre mediesaker enn tilsvarende måned i fjor. Medieomtalen er i det alt vesentlige vektet nøytralt, noe som har holdt seg stabilt siden forrige periode. Rødt viser andel svært negative/svakt negative saker, grønt viser andel svært positive/svakt positive saker, mens gult viser andel saker som er vektet nøytralt.

Periode	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
1. – 16.juni 2013	532		Positiv: 19 Nøytral: 73 Negativ: 8	Den store andelen nøytrale saker er i hovedsak artikler der Ous er omtalt som eksempel uten å spille noen hovedrolle i saken.
Mai 2013	1270		Positiv: 23 Nøytral: 54 Negativ: 23	Den økte andelen negative saker er i hovedsak oppslag om legionella.
April 2013	1320		Positiv: 27 Nøytral: 58 Negativ: 15	Den økte andelen nøytrale saker er oppslag der sykehuset er nevnt, men ikke spiller noen sentral rolle

Mars 2013	1467		Positiv: 30 Nøytral: 52 Negativ: 18	Den økte andelen positive saker er i stor grad saker der sykehusets personell benyttes som eksperter, og den økte negative delen er stegningen av operasjonsstuer på Oslo skadelegevakt.
-----------	------	---	---	--

Mediebildet har i perioden vært preget av legionella, NRK Puls på operasjonsstuene, gentesting i forbindelse med brystkreft, og nevrokirurgi.

Legionella på Radiumhospitalet

17.mai ble det kjent at en pasient var smittet av legionella og at smitekilden var Radiumhospitalet. Dette spredte seg raskt til en rekke medier med negativt fortegn for sykehusets del. Det ble lenge spekulert i årsaken til smitten, uten at noe ble konkludert. En av de fremste spekulasjonene i så måte var dårlig vedlikehold på Radiumhospitalet. Smittevernoverlege Egil Lingaas er den som har uttalt seg for sykehuset i saken, og det har han gjort nøkternt og faktabasert, selv om det etterlatte inntrykket i en slik sak normalt alltid vil bli negativt for sykehuset.

NRK Puls på operasjonsstuene

I april hadde NRK Puls en serie på fire programmer med operasjoner filmet på OUS, deriblant en lungetransplantasjon og en epilepsioperasjon. Serien fikk mye positiv oppmerksomhet og spredte seg også utenfor NRKs egne plattformer. Klippene og oppslagene fra disse programmene har også blitt mye spredt i sosiale medier og fremstiller sykehuset på en svært god måte.

Gentesting i forbindelse med brystkreft

I mai sto Hollywood-stjernen Angelina Jolie frem og fortalte at hun hadde fjernet brystene fordi hun var bærer av BRCA1-genet. Dette førte til en stor debatt i media, særlig rundt gentesting. Mediene var i denne perioden hyppige brukere av våre eksperter både på gentesting og brystkreft, noe som er positivt for sykehuset.

Nevrokirurgi

Tidlig i juni hadde en NRK en større sak om kapasitet på Nevrokirurgisk avdeling på OUS. Det ble poengtert at avdelingen hadde en stor mengde strykninger av operasjoner. Det var i hovedsak bare NRK som hadde denne saken, men den dekket nær hele NRKs nyhetsflate tirsdag 4.juni, med debatt og en rekke nyhetsinnslag. Fungerende Klinikkleder Kim Tønseth og Adm dir Bjørn Erikstein kommenterte saken i flere kanaler. Det etterlatte inntrykket i saken er at pasienter som burde hatt behandling må vente lenger enn de burde på grunn av manglende ressurser til avdelingen.

8. REFERATER

- Foreløpig møteprotokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 23.05.2013 (vedlegg)
- Utkast til referat fra Brukerutvalgets møte 22.04.2013 (vedlegg)

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Oslo
Dato:	Styremøte 23. mai 2013
Tidspunkt:	KI 1100-1600

Følgende medlemmer møtte:

Per Anders Oksum	Styreleder	
Ansgar Gabrielsen	Nestleder	
Turid Birkeland		
Kirsten Brubakk	Forfall	varamedlem Karin Solfeldt
Trine Dønhaug	Forfall	
Terje Bjørn Keyn	Forfall	varamedlem Else Lise Skjæret
Andreas Kjær		
Irene Kronkvist	Forfall	varamedlem Mette Vilhelmshaugen
Bernadette Kumar		
Anita Ihle Steen	Forfall	
Dag Stenersen		
Svein Øverland		
Signe Øye		

Fra brukerutvalget møtte:

Alf Magne Bårdslett
Torkel Bache

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Peder Olsen
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, fagdirektør Alice Beathe Andersgaard, konserndirektør Atle Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og konsernrevisor Liv Todnem

Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent.

Saker som ble behandlet:

038-2013	GODKJENNING AV PROTOKOLL OG B-PROTOKOLL FRA STYREMØTE 25. APRIL 2013
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll og B-protokoll fra styremøtet 25. april 2013 godkjennes.

039-2013	AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER APRIL 2013
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per april 2013 til etterretning.

040-2013	BRUKERUTVALG I HELSE SØR-ØST
-----------------	-------------------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret vedtar mandat for brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF med angivelse av kriterier for oppnevning og øvrige føringer for utvalgets virksomhet, slik det fremgår av vedlagte dokument.
2. Styret slutter seg til intensjonen om likeverdige rammebetingelser for alle brukerutvalg i helseforetak og tar vedlagte veileder om brukerutvalgenes mandat, oppnevning og virksomhet til orientering.

041-2013

ETABLERING AV PENSJONSKASSE

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Pensjonskassens medlemmer skal være følgende:
 - a. Nyansatte ved de helseforetakene og medlemmer i de ordninger som i henhold til foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF's vedtak av 30.09.2011 skal omfattes av den nye pensjonskassen
 - b. Ansatte (medlemmer), pensjonister og medlemmer med oppsatte rettigheter i Fellesordningen i KLP og DnB Liv tilhørende Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Vestre Viken HF, Sunnaas sykehus HF og Helse Sør-Øst RHF inkludert Sykehuspartner inkluderes i den egne pensjonskassen.
 - c. Nyansatte i Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner unntatt nyansatte som eventuelt omfattes av egne lovfastsatte ordninger.

2. Administrerende direktør gis fullmakt til å inngå nødvendige avtaler, avvikle eksisterende avtaler samt avgi nødvendige erklæringer for å overføre de ansatte og tidligere ansatte tilhørende Helse Sør-Øst RHF inkludert Sykehuspartner med tilhørende kapital til pensjonskassen.

3. Styret forutsetter at det før neste styremøte 20. juni 2013 foreligger en avklaring fra Helse- og omsorgsdepartementet om at pensjonskassen vil sikres et tilstrekkelig kapitalmessig grunnlag, slik at aktivaallokering og kapitalforvaltning kan innrettes på en måte som gir konkurransedyktig avkastning på pensjonsmidlene. Dette for å sikre at fremtidige pensjonspremier for helseforetakene i hovedstadsregionen opprettholdes på et nivå som er sammenlignbart med øvrige helseforetak i Norge. Styret forutsetter at de kapitalmessige forutsetninger er på plass før pensjonskassen etableres.

042-2013

GJENNOMFØRING AV FORETAKSMØTER MED
HELSEFORETAKENE I JUNI 2013

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret ber styreleder avholde foretaksmøter med helseforetakene i Helse Sør-Øst i juni 2013 med behandling av følgende saker:

- Godkjenning av helseforetakenes årsregnskaper og årsberetninger for 2012
- Honorar til revisor i 2012
- Godkjenning av helseforetakenes årlige meldinger 2012

043-2013

MØTEPLAN FOR STYRET I HELSE SØR-ØST RHF I 2014

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner møtekalender 2014 der følgende styremøter inngår:

- Onsdag 5. og torsdag 6. februar - Hamar
- Torsdag 13. mars - Oslo
- Torsdag 24. april - Oslo
- Torsdag 19. juni – Hamar
- Torsdag 11. september og fredag 12. september - Oslo
- Torsdag 23. oktober - Hamar
- Torsdag 20. november - Hamar
- Torsdag 18. desember - Oslo

044-2013

SYSTEM FOR INNFORING AV NYE METODAR I
HELSETENESTA – ETABLERING AV «BESTILLARFORUM
RHF»

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret i Helse Sør-Øst RHF sluttar seg til systemet for innføring av nye metodar i helsetenesta og etableringa av «Bestillerforum RHF».

Stemmeforklaring fra Solfeldt, Vilhelmshaugen, Øverland og, Skjæret:

I drøftingsprotokollen med de ansattes organisasjoner fremkommer det sterke innvendinger både til prosess og innhold. Det forutsettes at de punktene som er påpekt finner en god løsning i samarbeid med de ansattes organisasjoner og det er viktig å finne en løsning som ikke fører til en unødvendig byråkratisering. Det er svært viktig at HFene involveres på en god måte i utforming og gjennomføring og at man har en god kommunikasjon internt i foretaksgruppen i forhold til alle berørte ansatte. Ordningen må evalueres senest innen 2015 i forhold til om den fungerer godt og på en god måte tar hensyn til fag, etikk, pasientsikkerhet og god forsvarlig praksis.

045-2013	HELSETILSYNETS NASJONALE TILSYN MED HÅNDTERING OG VURDERING AV HENVISNINGER OG UTREDNING AV PASIENTER MED TYKK- OG ENDETARMSKREFT 2012 I HELSE SØR-ØST
----------	---

1. Styret tar til orientering at styrene i helseforetakene har behandlet resultatet av det nasjonale tilsynet av pasienter med tykk- og endetarmskreft i 2012.
2. Styret forventer at alle helseforetak/ sykehus bruker rapportene aktivt for læring, både i forhold til det konkrete tilsynsområdet og til generell bedring av pasientbehandling og -sikkerhet.

046-2013	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2013
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

047-2013	ORIENTERINGSSAK: STYRESAKER I HELSE SØR-ØST RHF – STATUS OG OPPFØLGING
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til mai 2013 til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

1. Driftsorienteringer fra administrerende direktør
2. Referat fra møte i Brukerutvalget 23. og 24. april 2013
3. Protokoll fra drøftinger den 22. mai 2013 mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte

TEMASAKER

TEMA: Digital fornying. Masterplan fornyingsprogrammet. Presentasjon v/Steinar Marthinsen og Thomas Bagley

Møtet hevet kl. 14:05

Oslo, 23. mai 2013

Per Anders Oksum
styreleder

Ansgar Gabrielsen
nestleder

Turid Birkeland

Kirsten Brubakk

Trine Dønhaug

Terje Bjørn Keyn

Andreas Kjær

Irene Kronkvist

Bernadette Kumar

Anita Ihle Steen

Dag Stenersen

Svein Øverland

Signe Øye

Tore Robertsen
styresekretær

Møtoreferat – Utkast

Møtetema: Brukerutvalgsmøte 22.april 2013
 Kl 13:00- 17:00

Til: Kolbjørn Forfang, Arve Nordlie, Dag Anton Omholt, Grete Müller, Heine Århus, John Bjørnøy, Lilli-Ann Stensdal, Richard Madsen, Veslemøy Ruud, Faridah Shakoor, Nina Adolfsen, Jon Storaas, Shoaib Sultan

Kopi: Eva Bjørnsborg, Tove Strand

Dato dok: 23.04.2013

Dato møte: 22.04.2013

Referent: Ingrid Birgitte Møller Ekne

Tilstede: Nina Adolfsen, Kolbjørn Forfang, Dag Anton Omholt, Grete Müller, Heine Århus, John Bjørnøy, Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud, Faridah Shakoor (borte i sak 027-030) . Fra Ledelsen: Eva Bjørnsborg

Forfall: Jon Storaas, Shoaib Sultan, Richard Madsen, Arve Nordlie, Tove Strand

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Saksnr		Ansvar	Frist
Sak 026-13	<p>Godkjenning av innkalling og referat Gjennomgang av sakslisten. Sakslisten ble godkjent.</p> <p>Saker til Eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalgsmøtet på Aker • Kontaktpersonordning • Orientering om røykehøring • Retningslinjer for honorering • Møteplan <p>Referat fra 18.03.13 ble godkjent med to tilføyelser.</p>		
Sak 027-13	<p>Administrerende direktør sin time Bjørn Erikstein gjennomgikk sakslisten til førstkommende styremøte. I tillegg besvarte han spørsmål fra brukerutvalget.</p> <p>Spørsmål angående sikkerheten ved OUS Ullevål i påsken. Direktøren forsikret om at sikkerheten på sykehuset ble ivaretatt på en god måte.</p> <p>Spørsmål vedrørende ventetid i standardbrev som blir sendt til pasienter etter henvisning til OUS. Direktøren svarte at OUS er pålagt fra helsedirektoratet å bruke slike</p>		

<p>Sak 028-13</p>	<p>standardbrev. Han forteller videre at det jobbes med ordlyden i pasientbrevene, innenfor helsedirektoratets rammer.</p> <p>Det ble diskutert om hvorvidt brukerutvalget kunne være med i påvirkningsprosessen av brevmalens innhold.</p> <p>Spørsmål vedrørende prosessen i utvikling av fagstrategien. Direktøren svarte at den jobbes med og ikke er ferdig enda.</p> <p>Spørsmål til direktøren angående flytting av dato for brukerutvalgsmøte fra mai til august da saken om nytt brukerutvalg ikke skal opp i styret før i juni. Dette var OK for direktøren.</p> <p><i>Vedtak: Saken om brevmalens innhols skal tas opp igjen på neste brukerutvalgsmøte. Koordinator sender ut kopi av malen til medlemmene, som sender inn innspill til koordinator før neste møte. Brukerutvalget vil deretter utarbeide en uttalelse til helsedirektoratet vedrørende innholdet i slike standardbrev. Saken om fagstrategien skal tas opp igjen på neste brukerutvalgsmøte. Videre ble det besluttet at mai møtet ble avlyst og august møte ble avtalt.</i></p> <p>Orientering om lindrende og palliativ behandling v/ professor Nina Ass, seksjonsleder for lindrende behandling</p> <p>Nina Ass orienterte brukerutvalget om seksjons arbeid og om organisering av det palliative tilbudet ved sykehuset. Pr i dag er det sengepost, palliativt team og poliklinikk på Ullevål og et palliativt team på Radiumshospitalet.</p> <p>På bakgrunn av informasjonen presentert av Nina Aas samt diskusjonen som fulgte, besluttet brukerutvalget å komme med en uttalelse til ledelsen:</p> <p><i>"Brukerutvalget ved Oslo Universitetssykehus ønsker at tilbudet for palliativ og lindrende behandling på Rikshospitalet bedres og at det blir et likt tilbud for pasienter ved hele Oslo Universitetssykehus".</i></p> <p>Leder for brukerutvalget, Nina Adolfsen vil ta saken med videre til ledelsen.</p>		
-----------------------	---	--	--

<p>Sak 029-13</p>	<p>Innstilling av Brukerutvalgets handlingsplan.</p> <p>Handlingsplanen 2013 ble fylt ut av medlemmene, ledet av Nina Adolfsen, på bakgrunn av målene for 2013.</p> <p>Handlingsplanen er ment som et verktøy for det nye brukerutvalget, samt et bakteppe for generell presentasjon av brukerutvalgets arbeid til førstkommende styremøte.</p>		
<p>Sak 030-13</p>	<p>Andre råd/utvalg/prosjekter</p> <p>Referat fra Sentralt kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg ble sendt ut til medlemmene i forkant av møtet til informasjon.</p> <p>Videre leste medlemmene gjennom et innspill som hadde blitt sendt inn på e-post av en brukerrepresentant som sitter i Forskningsrådet. I innspillet reflekteres det rundt hva slags rolle brukerrepresentanter skal ha i forskningsråd.</p> <p>Det ble gitt tilbakemelding fra møte i Styringsgruppen for Barne- og Ungdomsprogrammet. Veslemøy Ruud, brukerutvalgsrepresentanten i styringsgruppen ønsket å sitte videre i denne gruppen dersom hun blir reoppnevnt til å sitte i det nye brukerutvalget.</p> <p>Vedtak: Besluttet å invitere Erlend Smeland til neste brukerutvalgsmøte for en dialog rundt tema brukerrepresentanters rolle i forskningsråd.</p>		
<p>Sak 031-13</p>	<p>Orientering om pasientsikkerhet v/ Anders Baalsrud</p> <p>Anders Baalsrud orienterte brukerutvalget om pasientsikkerhet ved OUS, med spesielt fokus på avviksregistrering og på Oslo Universitetssykehus sine hjemmesider. Videre informerte han om Brukerundersøkelse OUS, et elektronisk tilbakemeldingstilbud via Internett.</p> <p>Koordinator vil sende ut powerpoint presentasjonen Anders Baalsrud la frem til medlemmene av</p>		

<p>Sak 032-13</p>	<p>brugerutvalget.</p> <p>Standardbrev til pasienter v/ Kolbjørn Forfang</p> <p>Denne saken ble diskutert med Administrerende direktør under sak 027-13.</p>		
<p>Sak 033-13</p>	<p>Forberedelse av møtet med styret v/ Nina Adolfsen</p> <p>Nina Adolfsen la arbeidet med Handlingsplanen for brukerutvalget som bakteppe i planleggingen av presentasjonen av brukerutvalget til styremøte. Videre ble det besluttet at flere av brukerutvalgets medlemmer skal delta på styremøte for å informere kort om brukerutvalgets deltagelse i andre råd og utvalg. Følgende medlemmer skal delta på styremøtet: Dag Omholt, Grete Müller, Kolbjørn Forfang, Heine Århus, Lilli-Ann Stensdal, Faridah Shakoor og Nina Adolfsen.</p>		
<p>Sak 034-13</p>	<p>Eventuelt</p> <p><u>Brukerutvalgsmøte på Aker:</u> På brukerutvalgsmøtet 11.02.13 ble det diskutert om å eventuelt legge et brukerutvalgsmøte på Aker.</p> <p><i>Vedtak: Det ble besluttet å ha overgangsmøte med det nye og gamle brukerutvalget på Aker i august.</i></p> <p><u>Kontaktpersonordning mellom Oslo Universitetssykehus brukerutvalg og Helse Sør-Øst brukerutvalg:</u> Det ble i 2012 opprettet en kontaktpersonordning mellom brukerutvalget ved Oslo Universitetssykehus HF og brukerutvalget ved Helse Sør Øst RHF med hensikt om å være i dialog om saker samt gjensidig erfaringsutveksling.</p> <p><i>Vedtak: Det ble besluttet å invitere kontaktperson Bjørn Moen, til neste brukerutvalgsmøte i juni. Koordinator vil sende invitasjon.</i></p>		

	<p><u>Orientering om Høring av "Røykfritt sykehus".</u> Eva Bjørnsborg orienterte brukertutvalget om at Høringen vedrørende "røykfritt sykehus" hadde vært oppe på ledermøte, og at den ble godt mottatt.</p> <p><u>Retningslinjer for honorering:</u> Eva Bjørnsborg orienterte brukertutvalget om nye retningslinjer ved oppnevning av brukerrepresentanter til råd/utvalg og prosjekter initiert av stabsenhetene.</p> <p><u>Møteplan:</u> På bakgrunn av at oppnevning av nytt brukertutvalg ikke skal opp i styret før i juni, besluttet brukertutvalget å avlyse mai møtet og å sette opp ny dato for møte etter sommeren. Det ble foreslått at ny møtedato ble 26. og 27. august 2013, og da med både nytt og gammelt brukertutvalg på Aker sykehus.</p>		
--	---	--	--