

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. januar 2016
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Sakliste

SAK 1/2016 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 21. januar 2016

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 1/2016
Dato møte:	28. januar 2016
Møtetid:	Klokken 8.00 - 14.00
Møtested:	Radiumhospitalet, seminarrom 1 og 2.

1/2016	Beslutning :	Godkjenning av innkalling og sakliste
2/2016	Beslutning :	Godkjenning av protokoll styremøte 17. desember 2015
3/2016	Beslutning :	Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2015
4/2016	Orientering:	Rapport per desember 2015
5/2016	Beslutning :	Årlig melding 2015
6/2016	Beslutning :	Budsjett 2016
7/2016	Orientering:	Cøliakiforskning- forskning i verdensklasse
8/2016	Beslutning :	Idéfase, Oslo universitetssykehus
9/2016	Orientering:	Status oppfølging av styresaker
10/2016	Orientering:	Plan for styrets arbeid
11/2016	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer
12/2016	Beslutning :	Lønn til administrerende direktør

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

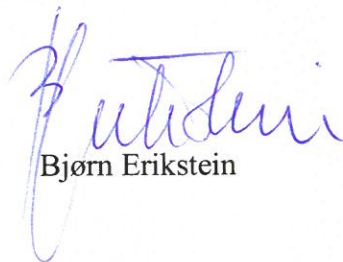
Dato møte: 28. januar 2016
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 17. desember 2015

**SAK 2/2016 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 17. DESEMBER 2015**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 17. desember 2015.

Oslo, den 21. januar 2016



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	17. desember 2015
Dato møte:	17. desember 2015 kl 8.00 – 13.45 på Radiumhospitalet, Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Anne Carine Tanum, Bjørg Månnum Andersson, Berit Kjøll, Aasmund Magnus Bredeli, Else Lise Skjæret-Larsen; Ole Petter Ottersen, Svein Erik Urstrømmen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Terje Rootwelt, Tove Strand, Erlend Smeland, Morten Meyer, Eva Bjørstad, Annelene Foss Svingen m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra brukerutvalget og publikum

Sak 75/2015 Godkjenning av innkalling og sakliste

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 76/2015 Godkjenning av protokoll

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 28. oktober 2015.

Sak77/2015 Rapport per november 2015

Vedtak:

Styret tar rapporteringen til orientering.

Sak 78/2015 Budsjett 2016

Vedtak:

1. Styret legger til grunn et positivt økonomisk resultat på 225 millioner kroner eller bedre som økonomisk styringsmål for 2016.
2. Styret ber administrerende direktør komme tilbake i neste møte med en redegjørelse om opplegg for driften av virksomheten. Herunder utviklingen i de viktigste kostnadselementene og konsekvensen av endringer i disse.
3. Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2016 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 78/2015. Styret ber samtidig spesielt om at aktivitetskrav for psykisk helse og avhengighet gjennomgås og kvalitetssikres.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter.
5. Styret ber administrerende direktør legge de vedlagte investeringsplanene til grunn for investeringene i 2016.
6. Administrerende direktør gis fullmakt til å ta opp langsiktige lån fra Helse Sør-Øst RHF og inngå nødvendige leieavtaler for å finansiere investeringer i samsvar med tabell 3 og innenfor gitte fullmakter gitt av Helse Sør-Øst RHF.
7. Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret-Larsen og Aasmund M. Bredeli ønsket følgende ført i protokollen til sak 78/2015:

”Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret-Larsen og Aasmund M. Bredeli stemmer imot med følgende begrunnelse:

Eier legger til grunn et overskudd på 225 millioner kroner eller bedre som styringsmål. Det innebærer en budsjettutfordring på om lag 600 millioner. Klinikken har fremlagt tiltak for om lag 300 millioner. Tiltakene er gjennomgående heftet med høy risiko for manglende gjennomføring. Erfaring fra tidligere gjennomføring av tiltak tilsier at vi kan forvente å nå om lag halvparten av innsparingstiltakene. Budsjettframlegget synliggjør således en betydelig underfinansiering av driftsbudsjettet i størrelsesorden 900 millioner gitt overordnet krav om effektivisering på 3 %.

Klinikken skal fortløpende utarbeide nye tiltak. Med tidspunkt for innslag senere i året må tiltakene gi en enda større innsparing for at budsjettmålet skal nås i 2016. Det anses som lite realistisk å nå styringsmålet kommende budsjettår. Budsjettbehandlingen må derfor utsettes i påvente av videre dialog med eier om

styringsmålet og reell saldering av budsjettet med tilhørende konsekvensanalyse for pasienttilbudet og arbeidsmiljøet.

Styresaken ble stemt over som helhet med styringsmålet som hovedpremiss. Vi vil derfor presisere støtte til vedtakspunktene om å sikre fremtidige investeringer innenfor tilgjengelige rammer etc. jfr. vedtakspunkt 2, 4, 5, 6 og 7.

I tillegg presiserer vi støtte til en nærmere gjennomgang og redegjørelse av OUS sitt ansvar for den gyldne regel ift. PHA.

Forøvrig henvises det til ansatteorganisasjonenes protokoller som er vedlagt saksfremlegget.”

Sak 79/2015 Valg av styre i Kreftregisteret

Vedtak:

Styret i Oslo universitetssykehus HF oppnevner følgende styre for Kreftregistertet med funksjonstid fra 1. januar 2016 til 31. desember 2017:

Øyvind Wøllo	Oslo universitetssykehus	Ny
Finn Henry Hansen	Helse Nord	Gjenoppnevning
Jo-Åsmund Lund	Helse Midt-Norge	Ny
Anne Grimstvedt Kvalvik	Helse Vest	Ny
Ole Tjomslund	Helse Sør-Øst	Ny
Eva Skovlund	Ekstern	Ny
Bjørge Veen	Ekstern	Gjenoppnevning

To medlemmer velges av og blant de ansatte ved Kreftregisteret

Sak 80/2015 Valg av styre i Barnestiftelsen

Vedtak:

Som representantskap i Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus velger styret i Oslo universitetssykehus HF følgende medlemmer i styret for Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus HF for perioden 1. januar 2016 til 31. desember 2019:

Erik Thyness	Leder
Sverre Olav Lie	Medlem
Kristin Helene Jahre Ramm	Medlem

Sak 81/2015 Salg av Sognsveien 9 A og 9 B

Vedtak:

1. Styret anbefaler salg av eiendommene Sognsveien 9 A, gnr 47 bnr 342 i Oslo kommune og Sognsveien 9 B, gnr 47 bnr 340 i Oslo kommune.

2. Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingene til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.

Sak 82/2015 Idéfase Oslo universitetssykehus HF, konkretisering etter høring

Vedtak:

1. Styret ber om at «Idéfase Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring» og ekstern kvalitetssikring, fremmes for endelig behandling i styremøtet 28. januar 2016, med sikte på etterfølgende oversendelse til Helse Sør-Øst RHF.
2. Styret ber videre om at idéfaserapporten for Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner og idéfaserapporten Radiumhospitalet inngår i en samlet behandling på idéfasenivå, men anbefales deretter ført videre som egne konseptfaser.

Sak 83/2015 Organisering av Oslo universitetssykehus

Vedtak:

Styret tar redegjørelse om organisasjonsprosjektet og oppdeling av klinikkene til orientering.

Sak 84/2015 Plan for styrets arbeid

Vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Sak 85/2015 Administrerende direktørs orienteringer

Administrerende direktør orienterte om anskaffelse i forbindelse med kjøp av utstyr til nasjonalt konsortium for sekvensering og persontilpasset medisin.

Vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Berit Kjøll

Bjørg Månum Andersson

Ole Petter Ottersen

Aasmund Magnus Bredeli

Svein Erik Urstrømmen

Else Lise Skjæret-Larsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. januar 2016

Saksbehandler: Direktør for pasientsikkerhet og kvalitet

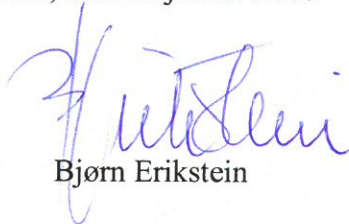
Vedlegg: Utvalgte områder og kommentarer fra 3. tertial 2015
Risikovurdering med handlingsplaner fra 3.tertial 2015

SAK 3/2016 LEDELSENS GJENNOMGANG 3. TERTIAL 2015

Forslag til vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang fra 3. tertial 2015 til etterretning.

Oslo, den 21. januar 2016



Bjørn Erikstein

Sammendrag

Med bakgrunn i omorganiseringen fra 9 til 15 klinikker fra 1. januar 2016, er det ikke avholdt klinikkvise møter i forbindelse med gjennomgangen etter 3. tertial. Indikatorer og resultatområder er innrapportert og vurdert og risikovurderingen er behandlet i foretakets ledermøte og i fora med verneombud og tillitsvalgte. Administrerende direktør vil avholde klinikkvise møter etter at Oppdraget til Oslo universitetssykehus formelt er mottatt.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Tett oppfølging av ventelister, fristbrudd, operasjonsaktivitet og aktivitet på poliklinikker og sengeposter er videreført gjennom 3.tertial. Det er arbeidet med automatisering og forbedring av aktivitetsrapporter som sendes alle ledere ukentlig og følges opp på ledermøter. Ved utgangen av 3. tertial er foretaket nær målsetningen for ingen fristbrudd. Antallet langtidsventende er også betydelig redusert. Målet om gjennomsnittlig ventetid på 65 dager er ikke nådd ved utgangen av året.

Det er pågående forbedringsarbeid i alle klinikker og positiv utvikling i innføringen av ulike tiltakspakker i pasientsikkerhetsprogrammet.

Høstens medarbeiderundersøkelse er et uttrykk for arbeidsmiljøet i den enkelte enhet og derigjennom et bidrag til lokalt forbedringsarbeid. Flere enheter har utfordringer, men de samlede resultatene for foretaket viser at medarbeiderne opplever en utvikling i retning av økt motivasjon og tilhørighet. Foretakets ansatte skårer høyere på tilhørighet og motivasjon, og pasientsikkerhetskulturen vurderes som bedre sammenlignet med gjennomsnittsskåren for de andre foretakene i regionen.

Risikovurderinger etter 3. tertial viser ingen større endringer.

Faktabeskrivelse

Pasientbehandling

Risiko knyttet til pasientbehandlingen har stor oppmerksomhet, og det gjennomføres mange tiltak for å redusere risiko. Foretaket har gjort et stort arbeid når det gjelder å redusere fristbrudd og antall langtidsventende, dels gjennom opplæring i korrekte registreringer i DIPS, dels gjennom en betydelig innsats for å korte ned ventetider gjennom økt aktivitet innen flere fagområder og dels gjennom etablering av bedre virksomhetsrapporter til bruk for lederne. Antall fristbrudd og langtidsventende er betydelig redusert ved inngangen til 2016. Situasjonen vil fortsatt bli fulgt nøye for å bedre resultatene ytterligere. Foretaket har en vedvarende utfordring knyttet til utilfredsstillende arealer.

Foretakets nye IKT-systemer har gitt forventede forbedringer. Ulike IKT-systemer innen radiologi er ikke hensiktsmessig. Elektroniske henvisninger fra fastleger er nå stort sett etablert. Fortsatt er det ikke mulig å motta elektroniske henvisninger fra andre sykehus, men det planlegges en pilot for dette. Sentralt henvisningsmottak, som mottar alle henvisninger og fordeler til de avdelingsvise henvisningsmottak, har hatt kapasitetsproblemer, men i bedring. Arbeidet med elektronisk utsending av laboratoriesvar og epikriser har pågått over lengre tid, med fokus på pasientsikkerheten. Papirutsendelser vil nå opphøre. Pakkeforløp for kreft stiller store krav til koordinering slik at pasientene får oppleve et forløp uten unødig ventetid, bedre kontinuitet i pasientbehandlingen, et godt tverrfaglig samarbeid mellom avdelingene og mot andre sykehus og fastleger. Det er i løpet av 2015 totalt implementert 28 pakkeforløp, 10 av disse ble innført fra 1. september. Det er etablert system for registrering av forløpstider i pakkeforløpene. Sykehuset får månedlige rapporter fra NPR og det har vært arbeidet med å utvikle rapporter i foretakets LIS for daglig monitorering. Foretaket har

etablert gode forløp innen mange kreftformer, spesielt er måloppnåelsen god innen tykk- og endetarmskreft og lungekreft. Imidlertid har foretaket større utfordringer innen andre forløp som prostatakreft, brystkreft og underlivskreft hos kvinner. I arbeidet med standardiserte forløp er det tydeliggjort fortsatt kapasitetsutfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og deler av behandlingen. Det arbeides med tiltak for å bedre situasjonen.

Det er tilsatt samhandlingsoverlege og praksiskonsulent som vil bidra til å forsterke samhandlingen med primærhelsetjenesten.

Andel sykehusinfeksjoner og infeksjoner med resistente bakterier gir grunn til bekymring, og det arbeides både med presentasjon av robuste data og med handlingsplaner som skal bidra til økt oppmerksomhet og forbedringstiltak.

Arbeidsmiljø

Høsten 2015 stod årets HMS-runde og medarbeiderundersøkelse på planen. Ved årsskiftet hadde 56 % gått HMS-runde, 76 % bevart medarbeiderundersøkelsen og 49 % utarbeidet HMS-handlingsplan.

Foretakets største fysiske arbeidsmiljøutfordringer er "bygningssmassens tekniske standard" (eksempelvis VVS-forhold og elektro) og "plassforhold". Både Arbeidstilsynet, Branntilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har gitt pålegg om tiltak. I perioden 2011 - 2015 er det innen arbeidsmiljøområdet gjennomført ca. 100 bygningsmessige tiltak. Det er etablert tiltaksplaner videre fram til 2019 for gjennomføring av de ca. 150 gjenstående arbeidsmiljøtiltakene. Dette dreier seg om midlertidige eller varige tiltak som vil bidra til en positiv arbeidsmiljøutvikling i et mellomlangt perspektiv. Tilsvarende planer er utarbeidet for elsikkerhet og brannvern.

Det ble meldt 1439 HMS-avvik i 2015, omtrent det samme som i 2014. Konsekvensprofilen holder seg ganske stabilt fra tertial til tertial, med ca. 15 % alvorlig reell konsekvens og ca. 40 % alvorlig potensiell konsekvens (oransje/rødt/mørkerødt). En gjennomgang av saksbehandlingen for de alvorligste avvikene viser at det jobbes seriøst med oppfølgingen av disse. Når det gjelder de moderate og mindre alvorlige avvikene er ikke oppfølgingen like god. Mange ledere har et forbedringspotensial her.

Antallet ansattskader holder seg omtrent på samme nivå i 2015 som 2014 (ca 500). Her er det det "stikkskader" og "fysisk vold" / "trusler" som topper statistikken. Det er innført nytt sikkerhetsutstyr som skal redusere risikoen for stikkskader, men så langt har vi ikke sett noen tydelig effekt av dette. Ellers arbeides det med ulike tiltak innen sikkerhet for å minimalisere risiko ved vold / trusler samt skape økt bevissthet på problemstillingen i foretaket.

Innen arbeidsmiljø er "smittevern" den største avviksgruppen. Alle aspekter meldes fra smittevernprosedyre ikke fulgt til manglende informasjon om smitte. Mange av disse avvikene omhandler også ulike nivåer av pasientsikkerhet. Disse HMS-avvikene kan derfor betegnes som "gråoneavvik" i feltet mellom HMS-avvik og pasienthendelser.

Arbeidspress og ikke tilstrekkelig bemanning er områder som rapporteres hyppig gjennom avvikssystemet. Avvikene omhandler både individuelt opplevd arbeidspress, ubalanse mellom antall ansatte versus pasientantall/pleietyngde, og ubalanse i enheters totale kompetanse ved at ansatte på vakt ikke alltid har riktig kompetanse. Her er det store forskjeller mellom enheter og klinikker, og det jobbes systematisk med å forbedre situasjonen i flere av enhetene der arbeidsbelastningen oppleves som høy.

I 3. tertial er det registrert totalt 9163 brudd på bestemmelsene om arbeidstid. Det er en nedgang på om lag 400 brudd siden andre tertial 2015. Sammenlignet med tilsvarende periode i 2014 er nedgangen 26,2 prosent. Alle klinikker viser nedgang i AML-brudd i forhold til 2014. Antall årsbrudd er på samme nivå, mens andre typer brudd går markant ned.

For å unngå brudd på arbeidstidsbestemmelsene er det blant annet gjennomført møter med avdelingsledere i hver klinikk vår og høst 2015. Nye møter i alle klinikker planlegges i 2016. I møtene diskuteres tiltak for å unngå brudd og behov for tettere oppfølging avklares for den enkelte enhet. Det er gjennomgående behov for opplæring i regelverk og ressursplanlegging. Videre rettes det innsats inn mot enheter med særskilte utfordringer, som eksempelvis kan skyldes kompetansemangel, sykefravær eller uhensiktsmessig turnus.

Foretaket som helhet har for fjerde gang gjennomført den årlige medarbeiderundersøkelsen som også gjennomføres i hele Helse Sør-Øst. Svarprosenten er på 76 %. En oppslutning som bare er fire prosentpoeng lavere enn rekordoppslutningen i 2013. Undersøkelsen er et viktig redskap for lokalt forbedringsarbeid i foretaket. I undersøkelsen har ansatte gitt tilbakemeldinger på hvordan de opplever arbeidsmiljøet. Medarbeiderundersøkelsen gir uttrykk for arbeidsmiljøet i den enkelte enhet og er et bidrag til lokalt forbedringsarbeid. Selv om en rekke enheter har sine utfordringer så viser de samlede resultatene for foretaket at medarbeiderne opplever en utvikling i retning av økt motivasjon og tilhørighet. Jobbtilfredshetsskåren i 2015 ligger to poeng høyere enn i 2013. Tilhørighetsskåren for foretaket som helhet er i 2015 tre poeng høyere enn i 2013. Innen temaene Mål og Motivasjon har skåren økt med to poeng fra 2013 til 2015. Foretaket som helhet har en økning på fra ett til tre poeng innen samtlige tema i undersøkelsen.

Foretakets ansatte skårer høyere på tilhørighet og motivasjon, og pasientsikkerhetskulturen vurderes som bedre sammenlignet med gjennomsnittet for de andre sykehusene i regionen.

Forskning, innovasjon og utdanning

Det pågår et omfattende arbeid for å forbedre IKT-situasjonen for forskere i både Oslo universitetssykehus (infrastrukturmoderniserings-programmet - IMP), Sykehuspartner og Helse Sør-Øst, som har opprettet et program for forskning under satsingen Digital fornying. På grunn av forsinkelse i IMP er risiko foreløpig uendret (ble redusert forrige tertial).

Helseforetaket har ansvar for 11 nasjonale kvalitetsregistre og er i tillegg forpliktet til å rapportere data til et stort antall registre som andre helseforetak har ansvar for (totalt 52 nasjonale registre). Den nasjonale dekningsgraden er fortsatt ikke tilfredsstillende for mange registre. God datakvalitet krever at det avsettes tilstrekkelige kliniske ressurser til innlegging og uttrekk av data. Det arbeides fortløpende med å få foretakets registre over på nasjonalt foretrukne IT-løsninger. Dette er en nasjonalt styrt prosess, men vil også medføre betydelig økte IKT-driftsutgifter for registrene. Å avsette tilstrekkelig tid og ressurser til kliniske studier, utdanning og innovasjon, kombinert med klinisk virksomhet, er fortsatt like krevende, gitt effektiviseringskravene klinikkene står overfor. Dette reflekterer foretakets totale ressursituasjon. Eier stilte i oppdragsdokument for 2015 særskilte krav til forbedret infrastruktur for kliniske studier. Det er et langsiktig arbeid å forbedre logistikk og infrastruktur for kliniske studier vesentlig. Prioritering av dette området er fremhevet i budsjettsskriv til klinikkene for 2016 og i arbeidet med ny forskningsstrategi.

Etterutdanningsaktiviteter, praksisplasser og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press. Mangelfull veiledning dokumenteres også i evalueringer av spesialistutdanning for leger, som viser mange problemområder ved foretaket. Det er fortsatt stor mangel på utdannede spesialsykepleiere innen flere områder, jf. risikobildet for pasientbehandling. Flere utdanningstiltak er iverksatt for å bedre situasjonen, jf.

handlingsplan for pasient-behandling. Det er tilført en ny risikofaktor som gjelder å gjennomføre strukturerte utdanningsløp for leger i spesialisering (LIS) som skal ha gruppe 1-tjeneste ved Oslo universitetssykehus. Problemstillingen er en konsekvens av at LIS-stillinger nå omgjøres til faste stillinger, der foretaket må inngå avtaler med andre foretak om å kunne levere tidsbegrenset, "skreddersydd" gruppe 1-tjeneste på 1,5 års varighet. Tjenesteplanen for gruppe 1-tjeneste er i dag i stor grad lagt opp etter driftsbehovet ved avdelingene og det vil få økonomiske og driftsmessige konsekvenser å lage mer skreddersyde utdanningsløp for gruppe 1-tjenesten.

Økonomi og infrastruktur

Aktiviteten etter 3. tertial er noe lavere enn budsjett innenfor somatikken. Det er risiko for at foretakets økonomiske resultat avviker negativt fra styringsmålet. Avvikene er noe redusert gjennom 2. og 3. tertial. På bakgrunn av at den økonomiske utviklingen gjennom 2015 ikke er tilfredsstillende, har administrerende direktør i ledermøter og i dialog med klinikkene understreket behovet for å lukke det økonomiske avviket. Virkemidlene vil være både bedre kapasitetsutnyttelse gjennom høyere aktivitet og reduksjon av kostnader. Gjennom prioriteringer i budsjettet er kapasiteten økt både innenfor radiologi, patologi og operasjon noe som gir muligheter for økt aktivitet. Innenfor poliklinikkene er det fokus på å utvide planleggingshorisonten ved å ha åpne timebøker lengre frem i tid, men også å redusere variasjonen i antall konsultasjoner mellom ukene. I tillegg til økt aktivitet er det nødvendig å redusere kostnadene, først og fremst gjennom bedre bemanningsstyring, avvikle ekstrabemanning fra sommeren og redusere bruk av ekstern innleie og variabel lønn.

Problemene med lav investeringsgrad og fornying av medisinsk-teknisk utstyr og utbedring av bygningsmassen er fremdeles betydelige selv om foretaket har hatt ett høyere investeringsnivå fra 2013. I behandling av økonomisk langtidsplan for årene 2016-2019 er det derfor lagt til grunn et betydelig investeringsnivå innenfor medisinsk-teknisk utstyr og bygg. For å sikre en god plan for forvaltning av bygg ble det søkt om lånefinansiering for utbedring og oppgradering av bygg for årene 2016-2019 (styresak 18. desember 2015). Lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet er nå innvilget. Svakere resultat enn budsjettet gir fremdeles en betydelig risiko for ikke å få tilstrekkelig finansiering av de planlagte investeringsnivåene for årene 2016 til 2019.

Det innføres og endres løpende en rekke kliniske- og administrative systemer. Eksterne krav medfører også løpende endringer i kodeverk med mer. I tillegg er det ett meget stort antall brukere av de ulike systemene. Dette gir betydelige utfordringer i forhold til å oppnå konsistens mellom systemene, registreringer og kunne bruke alle virksomhetsdata som ett samlet ERP-system. Felles organisasjonsforvaltningsløsning er etablert. Dette vil bidra til en mer koordinert og sammenhengende organisasjonsforvaltning.

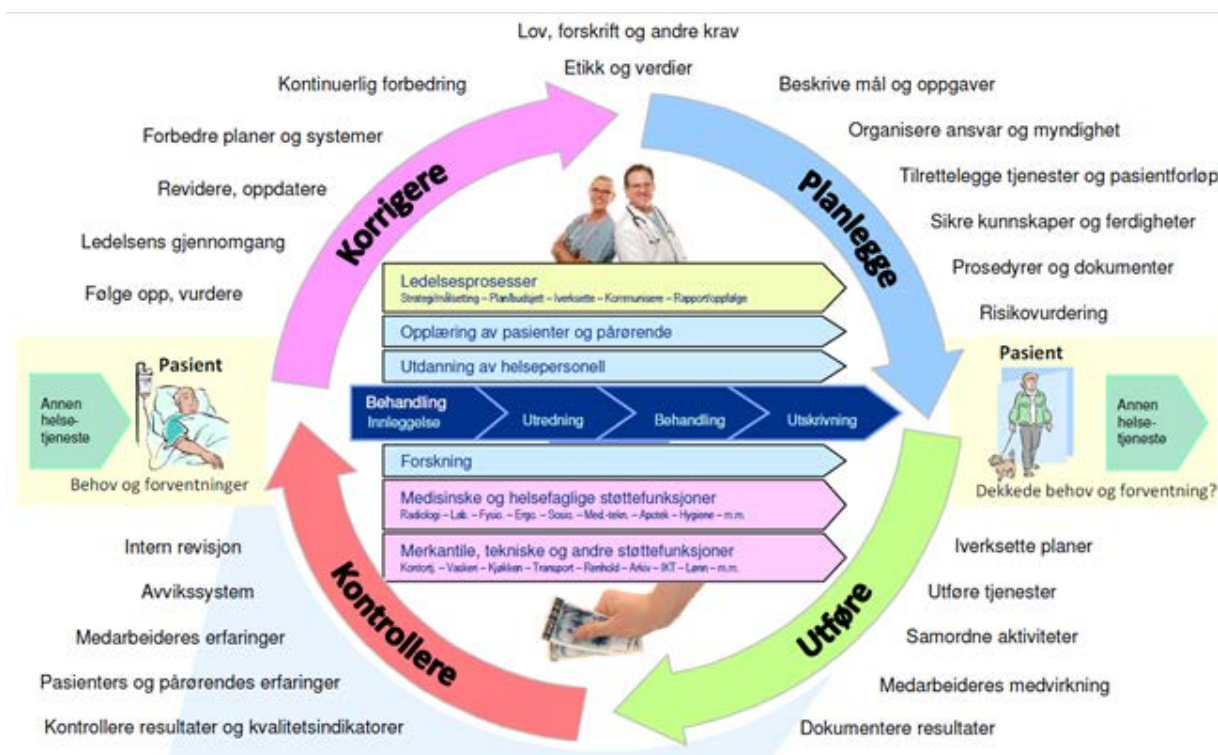
Det er et jevnt høyt antall kritiske feil i flere viktige IKT-applikasjoner. Dette vil først bedres når felles regionale prosjekter gjennomføres innen klinisk dokumentasjon og infrastruktur. Sykehusets hovedoperativsystem (ikke servere) støttes ikke lenger av Microsoft fra april 2014, og utskifting er nå i gang. Oppgradering av infrastruktur er kommet godt i gang og fullføres våren 2016. Sykehuspartners leveranser og oppfølging i den daglige drift vurderes som uforandret fra 2.tertial. Det er etablert et godt samarbeid mellom Sykehuspartner og foretaket innenfor området kvalitet/ virksomhetsstyring i løpet av 3. tertial.

Det vises for øvrig til vedlegg.



1 Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll	3
1.1 Oppdrag og bestilling.....	3
1.2 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll	4
1.3 Kontinuerlig systematisk forbedringsarbeid og LEAN.....	5
1.4 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering.....	7
1.5 Kontrolltiltak (revisjoner og tilsyn).....	9
1.6 Juridiske forhold - rettstvister.....	17
1.7 Beredskap.....	20
2 Brukermedvirkning.....	21
2.1 Brukerutvalg.....	21
2.2 Ungdomsrådet.....	22
2.3 Brukertilbakemeldinger.....	23
3 Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling.....	25
3.1 Uønskede pasienthendelser	25
3.2 Sykehusinfeksjoner.....	29
3.3 Sykehusobduksjon	32
3.4 Melding til Kunnskapscenteret etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3.....	33
3.5 Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a	33
3.6 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)	34
3.7 Dr Foster Global Comparators (GC) Programme	35
3.8 System for vurdering av dødsfall	36
3.9 Pasientsikkerhetsprogrammet.....	36
3.10 Pasientsikkerhetsvisitter	42
3.11 Klage og tilsynssaker om forsvarlighet i pasientbehandlingen.....	43
3.12 Etikk (Klinisk etikk komité).....	45
3.13 Metodevurdering	46
3.14 Pasientforløpsarbeidet.....	48
3.15 Samhandling.....	50
3.16 Pasienter til behandling i utlandet – håndtering på vegne av Helse Nord RHF	51
3.17 Pasientinformasjon.....	51
3.18 Samhandling.....	52
3.19 Likeverd.....	58
3.20 Internasjonalt samarbeid.....	61
4 Opplæring av pasienter og pårørende	64
4.1 Læringstilbud til pasienter og pårørende.....	64
4.2 Barn som pårørende.....	65
5 Forskning og utvikling.....	67
5.1 Forskning.....	67
5.2 Innovasjon.....	69
6 Utdanning av helsepersonell.....	71
7 Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)	73
7.1 Sykehusets vernetjeneste.....	73
7.2 Brudd på arbeidstidsbestemmelser	74
7.3 Helse Miljø Sikkerhet avvik.....	78
8 Kommunikasjon og profilering	86
9 Referansetabeller.....	90
9.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 3. tertial 2015	90
9.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid.....	91

1 Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll



Figur 1. Sykehusets modell for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

1.1 Oppdrag og bestilling

Virksomheten til Helse Sør-Øst er basert på lover og forskrifter, med særlig vekt på helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rammene for virksomheten er nærmere definert i vedtekter og avtaler. Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til det regionale helseforetaket konkretiseres og utdypes i Nasjonal helse- og omsorgsplan, oppdragsdokument og foretaksmøter.

Oppdragsdokumentet for Oslo universitetssykehus HF fra Helse Sør-Øst RHF ble mottatt i foretaksmøtet 12. februar 2015. Resultatene av arbeidet rapporteres nå tilbake til Helse Sør-Øst RHF i Årlig melding, styresak 5/2016.

1.2 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll

Med styrende dokumentasjon menes dokumenter som av ledere beskriver hvordan tjenester og aktiviteter skal planlegges, utføres, kontrolleres og dokumenteres. Eksempler på styringsdokumenter er retningslinjer, prosedyrer, instruksjoner, stillingsbeskrivelser, strategidokumenter, fullmakter og tiltakskort.

Alle styrende dokumenter i Oslo universitetssykehus HF er samlet i det elektroniske systemet eHåndbok som sikrer tilgjengelighet, oppdatering og godkjenning av dokumenter.

Styrende dokumenter i Oslo universitetssykehus HF inndeles i to nivåer:

- Nivå 1 dokumenter gjelder for alle ansatte uansett funksjon, tittel eller arbeidsplass. Dokumentene godkjennes av administrerende direktør, eventuelt en stabsdirektør etter delegasjon.
- Nivå 2 dokumenter gjelder for en begrenset mengde ansatte, gjerne begrenset til klinikk, avdeling eller enhet. Dokumentene godkjennes av lokal leder.

1.2.1 Interne styringsdokumenter

Sykehuset tilstreber å etterleve myndighetenes krav om å ta i bruk de prosedyrer, retningslinjer og andre styrende dokumenter som er nødvendige for å sikre forsvarlige tjenester. Ved utgangen av 2015 har sykehuset totalt 25 600 dokumenter. Klinikk for diagnostikk og intervensjon har alene ansvar for nærmere 11 500 av disse. Ellers har de største klinikkene over 2000 dokumenter mens de minste har 600-700 dokumenter. Selv om sykehuset nå har 1 200 flere dokumenter enn for ett år siden, er tilveksten nå mye lavere enn i tidligere år. Dette er positivt og videre arbeid vil ha større fokus på innholdet i dokumentene og på oppfølging i lederlinjen. Fra høsten 2015 har lederne hver måned fått rapporter om utviklingen. Rapportene viser at flere klinikker har for dårlig styring og oppfølging av sine dokumenter. Det er opparbeidet et etterslep med dokumenter som har passert frist for revidering. I 2015 har andelen av ikke-reviderte dokumenter ligget på ca. 13 %. I tillegg er det for mange dokumenter som er oppdatert, men som venter på ledernes godkjenning. Håndboksystemet sender automatiske e-poster med påminning om revidering til de ansvarlige en måned før utløp, og senere hver måned etter at fristen er passert. De fleste responderer på disse påminnelsene, og hver måned godkjennes i underkant av 1000 reviderte dokumenter.

Sykehusets ledermøte behandlet i desember status og oppfølgingen av styringsdokumentene. Det ble påpekt behov for et sterkere lederengasjement. Det ble vedtatt at klinikker og enheter som har prosedyrer og andre styrende dokumenter som ikke ligger i eHåndboken omgående skal starte arbeidet for å overføre dokumentene dit. Med disse tiltakene vil man sikre at medarbeidere i større utstrekning finner de nødvendige oppdaterte styrende dokumentene.

Det arbeides kontinuerlig med ulike prosjekter for å utvikle eHåndboken. Mer funksjonelt brukergrensesnitt er forsinket slik at denne forbedringen først kan gjennomføres på nyåret 2016.

1.2.2 Styringsdokumenter på internett

eHåndboken er nå publisert på internett (<http://ehandboken.ous-hf.no>) slik at andre kan ha glede av sykehusets dokumenter. I regjeringens Meld. St. 12 (2015-2016) pekes det på nødvendigheten av slike tiltak og at systematisk deling i større grad må inngå i utviklings- og forbedringsarbeidet. Det er tilfredsstillende at Oslo universitetssykehus er det første som i denne utstrekning gir andre fagmiljøer og allmenheten innsyn i sykehusets prosedyrer og retningslinjer.

I løpet av høsten er eHåndbokens internettutgave utviklet videre. Antallet publiserte dokumenter har økt. I tillegg er det sikret at siden er mer tilgjengelig for søk fra Google og andre søkemotorer. Dermed skal både samarbeidspartnere, pasienter og pårørende lett finne dokumenter og informasjon om behandling og tjenestetilbud.

Det er utviklet en applikasjon for visning av eHåndboksdokumenter fra internettutgaven. I første omgang gjennomføres dette som et pilotprosjekt for Avdeling for gastro- og barnekirurgi. Fra september har denne applikasjonen for gastrokirurgiske prosedyrer ligget tilgjengelig for nedlastning for bruk på iPhone, iPad og Android mobiltelefoner og lesebrett. Applikasjonen erstatter den papirbaserte metodeboken som tidligere ble distribuert til fagmiljøer på ulike sykehus i landet. I motsetning til tidligere papirhåndbok vil man nå alltid finne de sist oppdaterte dokumenter.

I 2016 vil dette utviklingsprosjektet videreføres med sikte på å gjøre alle eHåndboksdokumenter fra internettutgaven tilgjengelig i en og samme applikasjon.

1.3 Kontinuerlig systematisk forbedringsarbeid og LEAN

Kontinuerlig systematisk forbedringsarbeid er en del av sykehusets kvalitetspolitikk. Sykehuset har satt arbeid med kontinuerlig forbedring i system for å øke kvaliteten i virksomheten og utnytte ressursene best mulig, med god koordinering av utredning og behandling av pasienter og interne arbeidsprosesser. Lean er en tankemåte rundt kvalitetsforbedring hvor hensikten er å skape bedre flyt i tjenester og optimalisere prosesser. Lean arbeid må koples tett opp mot arbeidet med pasientforløp og pasientsikkerhet. Alle klinikker har i oppdrag å jobbe systematisk med forbedringsarbeid. Målet er at sykehuset skal ha nødvendig og tilstrekkelig kompetanse i egen organisasjon til å kunne benytte systemets ledelsesfilosofi, metoder og verktøy i kvalitetsforbedringsarbeid.

For å lykkes må sykehusets forbedringsfilosofi være tydelig forankret hos ledelsen og understøtte fokus på hva som er verdiskapende for pasienten, eliminere de 8 definerte «sløserier», samt at ansatte kontinuerlig og systematisk finner forbedringer i prosesser og organisering.

Nettverk for kontinuerlig forbedring er ledes fra Medisinsk klinikk og består av to personer fra alle klinikker og sentral stab. Nettverkets medlemmer er delt inn i fire underliggende arbeidsgrupper. Gjennom systematisk kompetansedeling og erfaringsutveksling har nettverksmedlemmene opparbeidet seg meget god intern kompetanse.

Resultater hittil:

- Nettverkets medlemmer har gjennomført 17 to-dagers Lean kurs for 277 ledere og ressurspersoner. Hver klinikk har to disponible plasser på hvert kurs.
- Det foregår systematisk forbedringsarbeid i alle klinikker. Forbedringsarbeid initieres og følges opp av nettverksmedlemmene.
- Nettverkets egne ressurser har utviklet interne undervisningspakker: to-dagers kurs, en-dagskurs og kurs av kortere varighet.
- Nettverksmedlemmene holder egne klinikkinterne kurs og forelesninger samt bistår hverandre på tvers av klinikkene.
- I desember ble det holdt et dagskurs spesielt for overleger, to fra hver klinikk og sentral stab.
- Det blir undervist i kontinuerlig forbedringsarbeid på førstelinjeleder programmet.

Planlagt videre arbeid og aktiviteter:

- En dags samling for sykehusets ledergruppe 2. februar
- To halve dager med sentral HR og Økonomi
- Nettverkskontaktene kartlegger omfang av klinikk intern opplæring og forbedringsarbeid som foregår
- Fortsette å holde kurs for ansatte for å dekke økende behov
- Imøtekomme avdelingens og seksjoners etterspørsel av tilpassede kurs og forelesning, og hjelp til å starte opp med forbedringsarbeid.
- Planlegge ny ledersamling for sykehuset
- Representanter fra nettverket skal fortsatt delta i læringsnettverket i Helse Sør-Øst for å sikre at det arbeidet som gjøres i sykehuset er i tråd med regionale føringer

Kontinuerlig forbedring er blitt et tydelig begrep i sykehuset. Det ble foreslått å benytte Lean metodikk for å kartlegge helseundersøkelser og asylsøkere. En omfattende flytkartlegging dannet grunnlag for å gjøre endringer basert på en helhetsoversikt.

Nettverkets medlemmer merker stadig større etterspørsel etter bistand, og det kan være vanskelig å følge opp og prioritere innenfor begrensede ressurser.

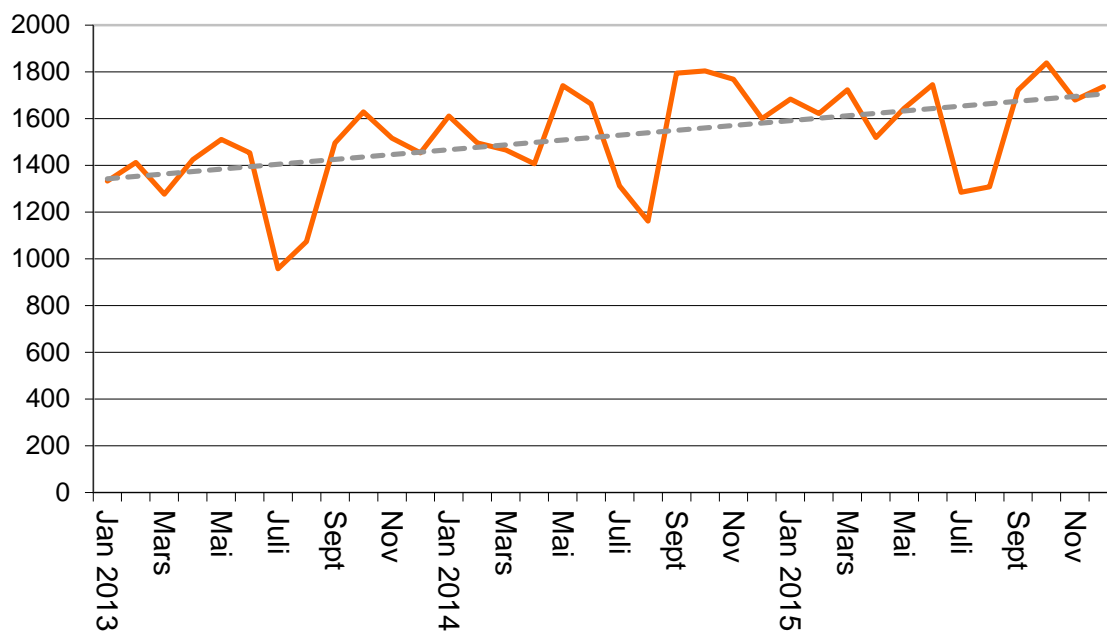
Nettverkets arbeid med kontinuerlig forbedring og Lean har resultert i omfattende positivt samarbeid på tvers av klinikker og sentral stab. Lean gir resultater i små og store forbedringsarbeid. Det finnes svært mange eksempler på dette i alle klinikker.

1.4 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering

Sykehuset og de enkelte enheters evne til å forbedre praksis som følge av uønskede hendelser og nesten-uhell er avhengig av en strukturert tilnærming med gode analyser, kartlegging av problemer, iverksetting av virkningsfulle forbedringstiltak og ledelse med fokus på kontinuerlig forbedring. I tillegg medfører mange hendelser en plikt til å varsle tilsynsmyndigheter. I sykehuset er dette arbeidet samlet i et elektronisk hendelsesregistreringssystem, Achilles.

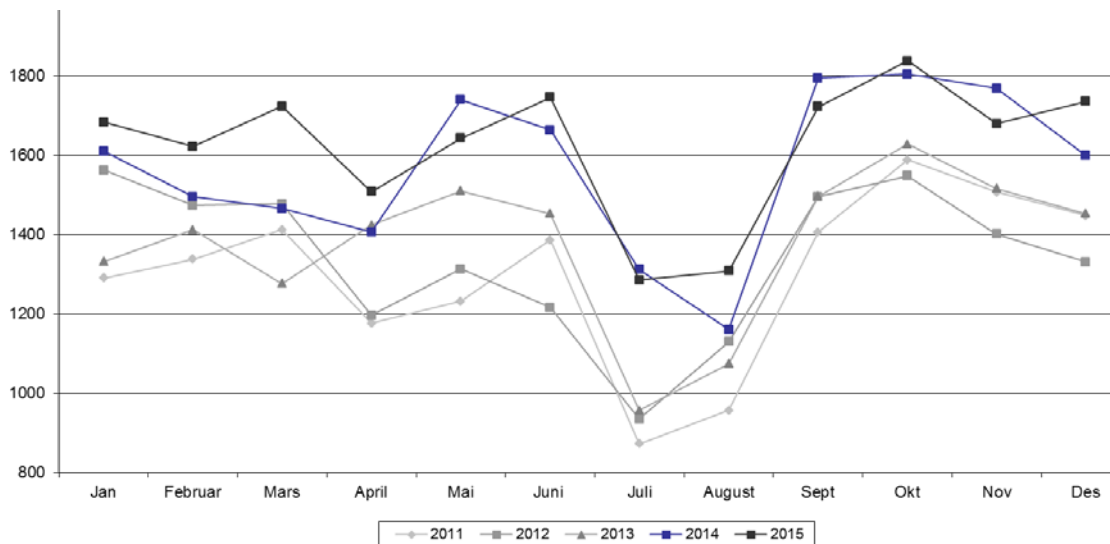
Alle avviksregistreringer kategoriseres i en av hovedkategoriene «Pasienthendelse», «HMS hendelse» eller «Andre avvik og forbedringsforslag».

Det har ved sykehuset i 2015 blitt registrert over 19500 uønskede hendelser/avvik og forbedringsforslag. Dette er en økning på 3,6 % i forhold til 2014. Antall dokumenterte tiltak er 5898, en økning på 5,0 % i forhold til 2014.



Figur 2. Uønskede hendelser og risikoforhold registrert i Achilles per måned med trendlinje. Kilde: Achilles

En fortsatt økning i antall registreringer er en ønsket utvikling så lenge antallet alvorlige hendelser ikke øker tilsvarende. Økningen kan tolkes som at sykehuset har en positiv meldekultur, og økningen vil i seg selv gi muligheter for å iverksette forebyggende risikoreduserende tiltak.



Figur 3. Antall registreringer i Achilles per måned - årlig variasjon. Kilde: Achilles

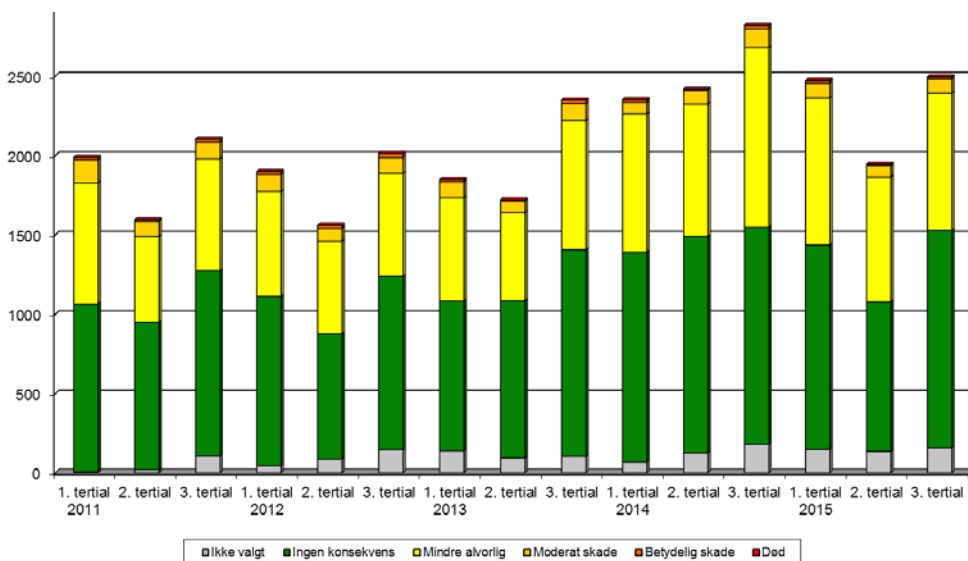
Figur 3 viser at antallet registrerte avvik/forbedringsforslag har vært noe høyere i ferieperiodene i 2015, noe som er positivt da dette var en periode med mange vikarer og ekstravakter uten dybdekunnskap om sykehusets forbedringssystemer.

1.4.1 Andre avvik og forbedringsforslag

Pasientrelaterte hendelser presenteres i kapittel 3.1 og Helse-miljø-sikkerhets hendelser i kapittel 7.3.

Alle avviksregistreringer kategoriseres i hovedkategoriene «Pasienthendelse», «HMS Hendelse» eller «Andre avvik og forbedringsforslag». Registreringene (Figur 4) viser at antall registreringer i kategorien «Andre avvik» er på samme nivå med tidligere tertialer.

28 % av registreringene er laboratorierelaterte avvik, i hovedsak med ingen eller mindre alvorlig konsekvens.



Figur 4. Fordeling av "Andre avvik" - faktisk konsekvens

1.5 Kontrolltiltak (revisjoner og tilsyn)

Med kontrolltiltak menes interne og eksterne strukturerte og planlagte handlinger som medvirker til å avdekke lovbrudd, svakheter eller uønsket risiko i sykehuset. Sykehuset har som ledd i egen lovpålagt internkontroll, jmf Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten og Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, interne revisjoner. Interne revisjoner skal se etter om prosesser for styring og kontroll fungerer som forutsatt og bidra til forbedringer.

Tilsynsmyndighetens rolle er på vegne av Stortinget å kontrollere om foretaksgruppens internkontrollsystemer faktisk er etablert, og om de virker som forutsatt (etterlever lov- og regelverk). Tilsynsmyndigheten har myndighet til å påpeke feil, mangler og svakheter ved arbeidet - som må rettes opp. Tilsynsmyndighetene har tilsynsrollen, men den skal også bidra til å skape læring og oppnå forbedringer.

1.5.1 Revisjoner

Internrevisjonen (Seksjon for interne revisjoner i Direktørens stab) ved Oslo universitetssykehus HF skal på vegne av Administrerende direktør kontrollere at det er etablert og gjennomføres tilfredsstillende intern styring og kontroll i linjen.

Revisjonsområdene blir prioritert på bakgrunn av risikoanalyser og aktualitet (Styresak 30/2015).

Revisjonene, som utføres etter en systematisert metode, skal bidra til læring og forbedringer i organisasjonen.

Linjeledelsen har et selvstendig ansvar for å utøve internkontroll i eget ansvarsområde. Ved revisjonsfunn skal linjeledelsen påse og følge opp at handlingsplanene som utarbeides, bidrar til forbedringer. Alle klinikker har etablert planer for klinikkvise interne revisjoner i 2016.

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

Siden 2010 har det vært et praktisk samarbeid mellom Konsernrevisjonen og Oslo universitetssykehus HF gjennom regelmessige møter. Et samhandlingsmål er å etablere revisjonsplaner hvor sykehusets interne revisjoner sees i sammenheng med Konsernrevisjonens revisjoner. På den måten kan det sikres god ressursutnyttelse og en best mulig dekning av revisjonsområder.

I perioden har det vært utført interne revisjoner innen «Behandlingsreiser til utlandet», «Medisinsk koding», «Pasientopplæring og tiltak i gruppe» og «Antibiotikaprocedyrer – profylakse ved kirurgiske inngrep». Totalt har det vært gjennomført 12 enkeltrevisjoner.

Revisjonsteamene fant ingen alvorlige avvik, men alle områder innen revisjonskriteriene kan forbedres.

Konsernrevisjonen har utført en revisjon i perioden: Revisjon Tilgjengelige helsetjenester. Heller ikke her var det alvorlige avvik, men alle områder innen revisjonskriteriene fikk anbefalinger.

I perioden har det også vært oppfølging av fem tidligere revisjoner.

Revisjoner utført av sykehusets internrevisjon i 3. tertial

Revisjon av Tilsynsprosessen ved behandlingsreiser til utlandet, behandlingssted Balcova, Tyrkia

Behandlingsreiser til utlandet er et fast tilbud som tilbys utvalgte diagnosegrupper. Helse- og omsorgsdepartementet stiller midlene til disposisjon for Helse Sør-Øst som deretter stiller midlene til disposisjon for Oslo universitetssykehus HF. Forvaltningen av ordningen er lagt til Seksjon behandlingsreiser, stab Samhandling og internasjonalt samarbeid i Oslo universitetssykehus HF.

Revisjonens problemstilling var:

«Arbeider Seksjon behandlingsreiser på en strukturert måte for å sikre tilfredsstillende håndtering av tilsyn med behandlingsstedet slik at pasientene får den helsehjelpen de har krav på, og at denne tilfredsstiller de faglige krav som stilles i Norge».

Revisjonen har kartlagt og vurdert hvordan seksjonen gjennom planlegging, tilrettelegging, gjennomføring, rapportering og evaluering av tilsynsprosessen, arbeider med å sikre at alle pasienter får den helsehjelpen de har krav på. Revisjonen har også sett på om andre deler av kontrakten er oppfylt, samt sentrale faktorer som ansvar og kompetanse hos de norske ansatte på Balcova. Revisjonsperioden var fra medio september til medio november 2015.

Sentrale observasjoner og funn:

- Revisjonen viste at det er gjennomført mange tiltak for å sikre at pasientene får god helsehjelp
- Revisjonsteamet fant ingen alvorlige avvik, men alle områder innen revisjonskriteriene kan forbedres

Store deler av kontrakten ble verifisert og det var ingen avvik. Behandlingsstedet Balcova Termal Terapy er sertifisert for tre ISO-systemer, og det gjøres en gjennomgang av EQA European Quality Assurance hver tredje måned for ISO 22000:2005, ISO 14001:2004 og ISO 9001:2008.

Revisjon av Medisinsk koding - området "Pasientopplæring og tiltak i gruppe"

Pasient- og pårørende opplæring er en av sykehusets fire lovpålagte oppgaver. Oppgaven omfatter både skriftlig og muntlig informasjon, veiledning, rådgivning og undervisning individuelt og i grupper, hvor forutsigbarhet, trygghet og mestring er målet. Pasienter og pårørende skal få tilstrekkelig kompetanse til å medvirke i egen behandling, til å ta egne valg og til å mestre sykdom og helse.

En sentral del av opplæringen er gruppebaserte læringstilbud. Sykehuset har registrert ca. 150 ulike gruppebaserte læringstilbud. Det skal være etablert en kvalitativ god og enhetlig praksis for registrering i DIPS av læringstilbud til pasienter og pårørende, både med hensyn til riktig registrering, men også for å dokumentere kvaliteten og omfanget av opplæring.

Revisjonen ble utført som en utvidet revisjon og ble gjennomført i fire klinikker; Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Medisinsk klinikk, Hjerter-, lunge- og karklinikken og Kvinne- og barneklinikken.

Revisjonsgjennomføringen besto av dokumentstudier, brevrevisjon av 20 kurs avviklet i 2015, stedlig revisjon i to klinikker og en revisjonsgjennomgang av dokumentasjon og kodingen i 100 journaler fra deltagerne i de 20 avviklede kursene.

Analysesenteret A/S ble innleid som uavhengig verifiseringsinstans og bistod i gjennomgang av i de 100 journalene.

Revisjonsperioden var fra september til desember 2015. Det foreligger delrapporter for alle involverte klinikker. Den overordnede rapporten blir først presentert på ledermøte i januar 2016.

Sentrale observasjoner og funn:

- Vedrørende overordnet system for utøvelse av kodevirksomheten.
Både stab, Oslo sykehusservice og lederne er kjent med egne oppgaver, men det er ikke gjennomgående avklart hva som inngår i stabens/OSS oppgaver som tilrettelegger/støttefunksjon.
Det er videre uklart hvilket systematisk kontrollmiljø klinikker har vedrørende koding og klassifisering.
Det er foreslått formalisering av kodeansvarlig lege, systematiske stikkprøver av epikriser for gjennomgang i fagmiljøene, etablering av klinikkvise kodeforum/nettverk med kodeansvarlige leger, kodeansvarlig rådgiver og kontorledere for gjensidig erfaringsutveksling, opplæring og veiledning og at kontrollrapportene i DIPS og LIS (SAS) aktivt brukes i den kontinuerlige oppfølging og forbedring av koding.
- Vedrørende funn i klinikkene.
Strengt vurdert er det mange av kursene som ikke fyller alle krav satt at Helsedirektoratet for å være berettiget ISF-finansiering.
For de fleste kurs er det mangler i konkrete planer for hvordan primærhelsetjenesten/primærleger trekkes inn i gjennomføringen av programmene. Flere kurs er feilaktig rapportert med kontakttype «behandling» og ikke «opplæring».
Noen kurs fremstår mer som et behandlingsopplegg enn opplæring, og fyller ikke kravene til innhold eller tverrfaglighet.
Det er også kurs hvor konsultasjonene er feilaktig rapportert og finansiert som individuelle konsultasjoner.
Det er også behov for å gjennomgå rutiner knyttet til henvisning og lagring av disse i pasientens journal.

Det vil snarlig bli utarbeidet handlingsplaner for området.

Revisjon Antibiotikaprocedyrer – profylakse ved kirurgiske inngrep

Revisjonen var en del av en fellesrevisjon i Helse Sør-Øst i 2015. Alle revisjonsfunnene vil inngå i en samlerapport for fellesrevisjon i Helse Sør-Øst som gir grunnlag for sammenligning på området med andre helseforetak i Helse Sør-Øst.

I samarbeid med Sykehusapotekene HF Oslo og sykehusets avdelinger for farmakologi og infeksjonsmedisin ble fem fagområder og avdelinger valgt ut for revisjon. Disse var:

- Nevrokirurgisk avdeling, Nevrokirurgisk sengepost, Rikshospitalet
- Thoraxkirurgisk avdeling, generell thoraxkirurgi, Ullevål
- Avdeling for urologi, generell urologi, Aker
- Avdeling for gastro- og barnekirurgi, sengepost, Ullevål
- Ortopedisk avdeling, seksjon for protesekirurgi, Rikshospitalet

Revisjonens fokus var om avdelingene har prosedyrer i henhold til nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikaprofylakse i forbindelse med kirurgiske inngrep, og om disse følges.

Revisjonskriteriene var knyttet til prosedyrer og etterlevelse, ansvar, opplæring, trygg kirurgi, ordinerings, dokumentasjon, avvik og oppfølging av avvik.

Alle de reviderte enhetene sendte 20 kurver og journaler til revisjonsteamet som ble gjennomgått før stedlig revisjon.

Sentrale observasjoner og funn:

- Funn: 7 avvik, 3 forbedringsområder og 2 bifunn.
- Avvikene er hovedsakelig knyttet til prosedyrer og etterlevelse, ordinerings og dokumentasjon. Konkret betyr det at flere av de reviderte enhetene ikke har prosedyre på området, eller at de har prosedyre som ikke er i tråd med de nasjonale retningslinjene.
- Noen avvik er knyttet til at profylakse ikke gis i henhold til nasjonale retningslinjers tidsintervaller.

Alle avvikene er lagt inn i avvikssystemet Achilles og følges opp av revidert enhet som skal utarbeide handlingsplaner innenfor gitte tidsfrister.

«Sjekkliste for Trygg kirurgi» benyttes i alle operasjonsstuer i de reviderte avdelinger. Et kontrollpunkt i sjekklisten er riktig ordinasjon av antibiotika.

Oppfølging fra tidligere interne revisjoner

Revisjon Organisering, intern styring og kontroll innen bruk av ekstravakter

Oslo universitetssykehus HF benytter i stor grad ekstravakter og i juni 2015 ble det gjennomført to revisjoner med fokus på innleie av vikarer, opplæring og forvaltning av

ekstravakter på seksjonsnivå. Det ble avdekket flere avvik ved revisjonene relatert til opplæring, kompetanseplanlegging og AML brudd.

Handlingsplaner for å utbedre forholdene ble oversendt revisjonsleder innen første september 2015. I oktober/november 2015 ble det avholdt møter mellom revisjonsleder, fagrevisor og de reviderte avdelingene.

Revisjonsteamet vurderer resultatene av avdelingenes arbeider som tilfredsstillende og anbefaler at videre oppfølging skjer via ledelsen.

Revisjon innen personvern og informasjonssikkerhet:

Det ble i februar/mars 2015 gjennomført en revisjon av informasjonssikkerhet og personvern på ledernivå 2, -3 og -4 i alle klinikker og i direktørens stab. Deler av revisjonen var grunnlag for å lukke avvik avdekket i forbindelse med Riksrevisjonens kontroll av tilgang til journal og opplæring i bruk av denne.

Revisjonens fokus var:

- Generell overholdelse av de styrende dokumenter innen informasjonssikkerhet og personvern. Behandling av sensitive personopplysninger utenfor etablerte fagsystemer / pasientjournal, eksempelvis kvalitetsregistre.
- Overholdelse av de styrende dokumenter innen informasjonssikkerhet og personvern i forskning. Lagring, bruk og tilgangsstyring knyttet til sensitive personopplysninger i forskning.

Rapporten pekte på flere avvik knyttet til ledernes oversikt over forskningsprosjekter, interne kvalitetsregistre og brede forskningsregistre innen egen enhet.

Gjennomføringen av det obligatoriske e-læringskurset «Personvern i praksis (PIIP)» er ikke tilstrekkelig ivaretatt.

Lederne svarte generelt tilfredsstillende på spørsmålene om utlevering av personopplysninger. Det samme gjaldt spørsmål om tilgang til journal for studenter og innleide, samt spørsmål om risikovurdering i forbindelse med innføring av nye systemer som involverer databehandling av sensitive personopplysninger. Flere oppga likevel at reglene for oppslag i journal ikke ble fulgt.

Det benyttes ikke-godkjente lagringsområder for sensitive personopplysninger og avvik meldes ikke i tilstrekkelig grad. Revisjonen viste at det er behov for mer informasjon og opplæring rundt rutineene for risikovurderinger, både på lokalt og sykehusomfattende nivå.

Arbeidet med å lukke avvikene pågår.

Revisjon «Tematisk område forskning cancer mammae og pankreascancer» med tilhørende forskningsbiobanker

Våren 2015 ble det gjennomført stedlig revisjon av:

- «Tematisk område forskning cancer mammae» og tilhørende forskningsbiobank ved Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken - Avdeling for kreftbehandling
- "Tematisk forskningsområde pankreascancer" med tilhørende forskningsbiobank ved Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken - Avdeling for gastro- og barnekirurgi.

Revisjonen avdekket flere funn og forbedringsområder knyttet til rutiner for godkjenning av forskningsprosjekter, melding til Personvernombudet, utlevering til eksterne og informasjon til inkluderte.

Klinikkleder og forskningsleder i klinikk har iverksatt et intensivt arbeid med å lukke avvikene i nær dialog med Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Dette arbeidet pågår fortsatt.

Revisjon: Overordnet vurdering av styring og kontroll i prosesser knyttet til byggeprosjekter ved Oslo universitetssykehus HF

Rapporten ble presentert for styret som egen orienteringssak i styremøte 28. oktober 2015 i sak 72/2015.

Sykehuset foretok en etterfølgende intern gjennomgang av funnene som gav et mer nyansert bilde enn det som ble beskrevet i rapporten og omtalt i etterfølgende medieoppslag. I mange tilfeller fantes det relevante årsaksforklaringer på de aktuelle funnene og at det likevel ikke har vært regel- eller rutinebrudd i det omfang eller av den karakter som først ble antatt.

Oslo universitetssykehus HF erkjenner likevel at det er funnet vesentlige svakheter og mangler i byggeprosjektene og at det i flere tilfeller ikke har vært tilstrekkelig styring og kontroll. Funnene tas alvorlig og det har vært arbeidet med vurdering og plan for tiltak for å følge opp revisjonen og rapportens anbefalinger. Handlingsplanen er vedtatt og tiltakene er under effektivering.

Flere tiltak er allerede gjennomført. Tiltakene er knyttet til struktur, rutiner, ledelse og opplæring. Tiltakene er videre prioritert etter alvorlighetsgrad samt antatt effekt over tid. Realisering av innhold og framdrift i planen følges opp av ledelsen i Oslo sykehusservice med rapportering til viseadministrerende direktør økonomi og finans. Det skal rapporteres jevnlig på framdrift i forhold til oppsatt plan.

Etter Pricewaterhouse Coopers AS sin anbefaling, ble det gjort en etterfølgende relasjonsanalyse, en statistisk analyse av prosjektledernes innkjøp fra de enkelte leverandører samt en nærmere gjennomgang av to konkrete prosjekter. Resultatet av disse undersøkelsene avdekket ingen ytterligere alvorlig kritikkverdige eller problematiske forhold som ikke allerede framgår av konklusjonene i hovedrevisjonen av byggeprosjektene. Oppfølgingspunktene faller innenfor den karakter/beskrivelse som allerede framgår av handlingsplanen.

Styret vil senere få forelagt en oppdatert status av oppfølging av funnene og gjennomgangen. Med de tiltak som allerede er igangsatt og de tiltak som er under effektivering er sykehuset av den oppfatning at det er igangsatt et arbeid som vil lede til at sykehuset håndterer og forvalter byggeprosjekter forsvarlig.

Revisjoner utført av Konsernrevisjonen

Revisjon Tilgjengelige helsetjenester

Fra august til november har konsernrevisjonen gjennomført revisjon innen området Tilgjengelige helsetjenester.

Formålet med revisjonen var å undersøke hvordan sykehuset planlegger og følger opp pasientforløpet for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter. På bakgrunn av dette hadde revisjonen følgende problemstilling:

«Arbeider Oslo universitetssykehus HF på en strukturert måte for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter i pasientforløpet?»

Revisjonen har kartlagt og vurdert hvordan helseforetaket gjennom ulike styringsinformasjon arbeider med å sikre at alle pasienter får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter. Videre har revisjonen kartlagt hvordan helseforetaket arbeider med å synliggjøre sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet. Revisjonen har satt dette i sammenheng med plan- og oppfølgingsprosessene i helseforetaket, samt andre sentrale faktorer som ansvar og kompetanse.

Revisjonen har sett på systemet som helhet, og er gjennomført på overordnet nivå og i tre klinikker. Innenfor hver av de tre klinikkene er tre avdelinger med fire tilhørende seksjoner inkludert i revisjonen.

Revisjonen har vist at det er gjennomført en rekke tiltak i Oslo universitetssykehus HF for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tider. Samtidig har revisjonen vist flere områder som kan forbedres.

Revisjonsrapporten vil bli presentert mer detaljert for Styret i et senere styremøte.

Revisjonsrapporter fra Konsernrevisjonen som har vært styrebehandlet i perioden

- Det har ikke vært styrebehandlet noen revisjonsrapporter fra Konsernrevisjonen i perioden.

Klinikkvise revisjonsplaner

God virksomhetsstyring bygger på god intern styring og kontroll. Som et ledd i å styrke klinikkens interne styring og kontroll, har alle klinikker, på bakgrunn av risikovurderingene fra 2. tertial 2015, utarbeidet planer for å gjennomføre egne interne revisjoner i 2016.

1.5.2 Eksterne tilsyn

Oslo universitetssykehus HF forholder seg til en rekke statlige tilsyn som har det overordnede faglige tilsynet innenfor sine fagområder, og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. Arbeidsområder, rettigheter, ansvar og myndighet er regulert gjennom lov eller forskrift.

De viktigste tilsyn for Oslo universitetssykehus HF er:

- Statens helsetilsyn
- Fylkesmannen i fylkene
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
- Det lokale el-tilsyn
- Mattilsynet
- Brann- og redningsvesen i kommunene
- Statens strålevern
- Statens legemiddelverk
- Arbeidstilsynet

I tertialperioden har det totalt vært åtte tilsynsbesøk fra følgende tilsynsmyndigheter:

- Mattilsynet (5)
- Statens legemiddelverk (1)
- Riksrevisjonen (2)

Det ble ikke gitt avvik etter de fem tilsynene fra Mattilsynet. Etter tilsynet fra Statens legemiddelverk ved Seksjon for celleterapi, Avdeling for kreftbehandling ble det gitt 13 avvik. Disse arbeides det nå med å lukke og svar oversendes innen de frister som er satt. I hovedsak går avvikene ut på å forbedre rutiner/prosedyrer.

Tidligere tilsyn – pågående prosess

Det er 9 tidligere tilsyn som ikke er helt avsluttet (se oversikt i kapittel 9).

Flere av disse er oppfølging av avvik hvor tiltak er iverksatt og hvor tilsynsmyndigheten ønsker evaluering eller beskrivelse av status. På enkelte områder kan det ta lengre tid å gjennomføre endringer. En del slike langsiktige prosesser følges opp gjennom dialogmøter med Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Arbeidstilsynet og Oslo Brann- og redningsetat.

1.6 Juridiske forhold - rettsvister

1.6.1 Rettsaker – endringer siden forrige tertial

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

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

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

- Oppsigelse i arbeidsforhold
Sykehuset er, etter å ha sagt opp en ansatt, stevnet av den ansatte med krav om at oppsigelsen er usakelig og ugyldig. Siden sist har saken fått sin løsning ved forlik.
- Pengekrav mot tidligere ansatt
Sykehuset har tatt ut forliksklage mot tidligere ansatt for å ha opptrådt lovstridig og urettmessig i tilknytning til sin tidligere stilling i sykehuset. Saken er henvist til tingretten og det arbeides med stevning. Ingen endring siden forrige rapportering.
- Pengekrav i arbeidsforhold
Sykehuset er stevnet av en ansatt med krav om dekning av utgifter til advokat og medierådgiver og ikke økonomisk tap. Saken er berammet for tingretten med start 7. januar 2016. Ingen endring siden forrige rapportering.
- Spørsmål om arbeidsavtale er inngått
Etter en rekrutteringsprosess er det tatt ut forliksklage overfor sykehuset med spørsmål om det er inngått bindende arbeidskontrakt. Det er påstand om ærekrenkelse og krav på erstatning. Siden sist er saken behandlet i forliksrådet og saken er innstilt.
- Avtalebrudd – erstatningskrav
Sykehuset er stevnet for tingretten av en lege i spesialisering med påstand om avtalebrudd og usaklig saksbehandling i arbeidsforholdet. Det er krav om å gjennomføre spesialisering og erstatning for økonomisk tap. Saken er under forberedelse og ennå ikke berammet.
- Siden forrige rapportering har en ansatt tatt ut forliksklage med krav om lønnsjustering og etterbetaling av lønn. Forliksrådbehandling avventes.

Erstatningskrav i kontraktsforhold.

- Oslo universitetssykehus HF har tatt ut forliksklage overfor leverandør (Edsbyn Senab AS) av kontormøbler. Saken gjelder mangel/utbedring av møbler som er

levert. Saken er behandlet av Forliksrådet og Oslo universitetssykehus HF fikk innfridd kravet. Siden sist har leverandør innfridd kravet.

- Siden sist har en leverandør tatt ut forliksklage overfor sykehuset i forbindelse med tvist om sluttoppgjør i entreprisesak. Sykehuset og leverandøren har over lengre tid forhandlet uten å komme til enighet. Saken ble innstilt i Forliksrådet.

Krav i pasientforhold

- Sykehuset er sammen med Statens helsetilsyn og Helse- og omsorgsdepartementet stevnet av en pasient for tingretten med krav om erstatning for en transplantasjon i utlandet og for påførte omkostninger. Saken har siden sist vært behandlet av tingretten i juni og dom ble avsagt 25. juni. Saken og kravene ble avvist. I etterkant har pasienten anket avgjørelsen til lagmannsretten. Siden forrige rapportering ble avgjørelsen anket direkte til Høyesterett. Høyesterett nektet ankesaken direkte til behandling og i etterkant har pasienten trukket saken fra lagmannsretten. Dette betyr at tingrettens avgjørelse blir stående.
- Sykehuset er av en pasient innklaget til forliksrådet med krav om erstatning for ikke å ha vurdert pasienten for behandling etter henvisning fra fastlegen med den følge at pasienten måtte ordne behandlingen privat i utlandet. Hovedkravet utgjør ca kr. 190 000,-. Saken har vært behandlet i forliksrådet og saken er innstilt.
- Sykehuset er av en pasient stevnet for tingretten med krav om oppreisning som følge av feildiagnostisering. Saken er under forberedelse og midlertidig innstilt som følge av behandling i Norsk pasientskadeerstatning.

Saker med risiko for rettslig prosess

- Sak om anbud på pasienttransport
I forbindelse med anbud på pasienttransport er en leverandør avvist og leverandøren mener at avvisningen er usaklig. Avvisningen er påklaget. Det kan bli midlertidig forføyning og rettslig prosess om avklaring av avvisningsgrunnen. Dette vil medføre risiko for at Oslo universitetssykehus HF ikke kan inngå kontrakter i tide, det vil si innen de någjeldende kontrakter utløper og at Oslo universitetssykehus HF, dersom en taper saken, blir idømt saksomkostninger.
- Søksmålsvarsel fra lege i spesialisering
Det er varslet rettslig prosess med krav på å slutføre spesialisering. Vedkommende hevder å være usaklig forbigått ved ansettelse.

1.6.2 *Straffbare forhold*

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

- Rekruttering av spesialsykepleiere til arbeid
Sykehuset har vært tiltalt for brudd på utlendingsloven (§ 108, tredje ledd bokstav b, jfr. straffeloven § 48 a) for medvirkning til utilbørlig utnyttelse av tre sykepleiere.
Dom ble avsagt i tingretten 6. desember med frifinnelse. Etter anke til lagmannsretten avsa Borgarting lagmannsrett dom 9. mars der det ble domfellelse for både sykehuset og de som gjennomførte rekrutteringen. Sykehuset er dømt til foretaksstraff ved å betale bot på kr. 1 million kroner til staten samt betale erstatning til sykepleierne. Erstatningen samlet utgjør kr. 947 749,- og gjelder tilbakeføring av deler av de beløp som sykepleierne har betalt til ekteparet. Sykehuset hefter solidarisk sammen med ekteparet for erstatningen. I etterkant har sykehuset betalt ut erstatningskravet og sammen med de øvrige partene anket rettsavgjørelsen til Høyesterett. Saken ble sluppet inn til behandling i Høyesterett og behandlet 13-14. oktober 2015. Siden sist har dom blitt avsagt (5. november 2015) med fellelse for ekteparet og Oslo universitetssykehus HF. Dommen ble avsagt under dissens 4-1.
Det ble gitt en detaljert orientering av saken for styret i styresak 85/2015, styremøte 17. desember 2015.

1.6.3 *Klagenemnda for offentlige anskaffelser – KOFA*

Siden sist er sykehuset innklaget til KOFA i to saker:

- Norlandia Care Norge AS har innklaget Oslo universitetssykehus HF i forbindelse med konkurranse med forhandling vedrørende kontrakt om hoteldrift ved sykehuset. Det er påstand om at det var begått flere feil ved gjennomføringen av konkurransen som må lede til at konkurransen avlyses. Klagen førte ikke fram.
- Sykehuset har gjennomført en anskaffelse av g-bue til Ortopedisk avdeling. Etter varsel om tildeling kom det inn klage fra en leverandør. Oslo universitetssykehus HF valgte å rette opp feilen i prosessen ved å avlyse konkurransen. Leverandøren har påklaget avlysningen. Saken er under behandling i KOFA.

1.7 Beredskap

Sykehuset plikter etter «Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)» å holde oppdatert beredskapsplaner for å legge om og utvide driften under kriser og katastrofer, og å avholde regelmessige øvelser.

Oslo universitetssykehus HF var i november i grønn beredskap et halvt døgn etter to strømbrudd i vanlig nettstrøm fra Hafslund og følgekonskvenser av dette i flere interne systemer.

Vakthavende beredskapssjef har i perioden også mottatt henvendelser om svikt i radiologiske IKT-systemer, feil på nødstrømanlegget, en større trafikkulykke og en hendelse med irriterende gass. Ingen av disse hendelsene har utløst økt beredskapsnivå i foretaket.

De virksomhetsomfattende beredskapsplanene er revidert og utvidet med flere nye planer i desember.

2 Brukermedvirkning

Styrets ansvar for å sikre god medvirkning fra brukerne og deres organisasjoner er nedfelt blant annet i vedtektene for Oslo universitetssykehus HF (§ 13) hvor det heter:

Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene.

Brukerutvalget i Oslo universitetssykehus HF ble opprettet 22. januar 2009 (Styresak 21/2009)

Ledermøtet besluttet i november at tidligere vedtatte handlingsplaner for brukermedvirkning, pasient- og pårørendeopplæring og det gode pasientmøtet 2014-2016, erstattes av den nye handlingsplanen «Det gode pasientmøte 2015-2017». Den nye handlingsplanen har samlet og spisset tiltak fra de tre tidligere planene og hensikten er å samles om konkrete og gjennomførbare tiltak som fremmer det gode pasientmøtet.

Brukerrepresentasjon er i perioden innført i administrerende direktørs pasientsikkerhetsvisitter. Hjerte-, lunge og karklinikken har i noen år praktisert denne type ordning med gode tilbakemeldinger fra alle parter. Dette er et godt eksempel på brukermedvirkning i praksis.

2.1 Brukerutvalg

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. Brukerutvalget skal være et rådgivende organ for styret og administrasjonen i saker som angår tilbudet til pasientene. Brukerutvalget skal ikke behandle enkeltsaker.

I oktober ble brukerutvalget invitert til felles møte med styret. Representanter fra utvalget holdt innlegg om brukerutvalgets rolle, migrasjonshelse ble løftet frem, og alkohol som bakenforliggende årsak til skader og sykdom i somatikken ble også presentert. Presentasjonene ga gode eksempler på brukerutvalgets bredde og engasjement.

Det nyutnevnte brukerutvalget har hatt fire møter i 3. tertial og har rukket å behandle et bredt utvalg av saker. Dette er noen av dem;

- *Samvalg i pakkeforløp:* I pakkeforløpene for kreft er det føringer for informasjon som skal gis til pasienten og for hvor i prosessen man skal gi mulighet for medvirkning og samvalg. Samvalg handler om at pasienter i større grad skal bidra i beslutninger og valg som påvirker egen helse. Samvalg gir ny kraft til målsettingene om pasientens helsetjeneste og gir bedre forklaring på hva som kan forventes mellom parter i et behandlingsforløp. Brukerutvalget er opptatt av at det tilrettelegges for gjennomføring av samvalg i pakkeforløpene.
- *Konsultasjons- og liaisonteam* er et supplerende tilbud til inneliggende pasienter i somatiske avdelinger, der det anses å være en sammenheng mellom pasientens

skade/sykdom og høyt inntak av alkohol eller andre rusmidler. Teamet er nå prosjektorganisert og brukerutvalget ønsker å se dette implementert i ordinær drift.

- *SMS-varslinger:* Brukerutvalget følger stadig arbeidet med å få på plass stedsangivelse i SMS-varslingene.
- *Kontrolltime:* Utvalget ønsker å bidra til at hele sykehuset har rutiner som sikrer at pasienter som skal til kontroll, forlater sykehuset med fastsatt kontrolltime.
Idefaseprosjektet: Prosjektledelsen i idfaseprosjektet har orientert brukerutvalget om status i prosjektet i tre av utvalgets møter i høst.
- *Forskning:* Brukerutvalget har vært i dialog med stab forskning, innovasjon og utdanning om revisjon av Oslo universitetssykehus sin forskningsstrategi. Brukerutvalget er med på søknader på noen pasientnære forskningsprosjekt med tanke på å systematisere erfaringer til videreutvikling av brukermedvirkning i forskning. Brukerutvalget har i perioden fått en plass i det regionale forskningsutvalget.

2.2 Ungdomsrådet

Ungdom og unge voksnes brukererfaringer skal som kunnskapskilde brukes systematisk for å forbedre sykehusets tilbud til denne gruppen av pasienter og pårørende. Rådet skal også bidra til å bedre tilbudet til ungdom og unge voksne i kommunehelsetjenesten.

Ungdomshelseuka arrangeres 12.-15. april 2016 på Oslo universitetssykehus HF. Ungdomsrådet er initiativtaker til dette arrangementet og er aktivt med i planleggingen. Dette er ungdomsrådets viktigste satsningsområde frem til gjennomført arrangement.

Helse Sør-Øst RHF har gitt ungdomsrådene ved Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF i oppdrag å gi innspill til en veileder for ungdomsråd i helseforetak. Sykehusene har nå sammen sendt inn et svar på dette oppdraget. Til grunn for besvarelsen ligger prosjektet «Hvordan lykkes med ungdomsråd i helseforetak». Akershus universitetssykehus HF og Unge funksjonshemmede sto bak prosjektet og ungdomsrådet på Oslo universitetssykehus HF var med i prosjektets referansegruppe. I tillegg til prinsippene og retningslinjene som prosjektet kom frem til, har de to ungdomsrådene bidratt med viktige presiseringer om representasjon, oppnevning, tilknytning til brukerutvalg, opplæring og godtgjøring.

Prosjektledelsen i Idefaseprosjektet har holdt ungdomsrådet oppdatert på utviklingen av prosjektet. Nestleder ble intervjuet om ungdomsrådets syn på prosessen. Intervjuet ble gjengitt i Dagens medisin.

Brukerutvalget inviterte ungdomsrådet med da de skulle presentere seg for styret. Ungdomsrådet hadde fokus på kommunikasjon med ungdom og unge voksne i sin presentasjon.

Representanter fra ungdomsrådet har holdt innlegg som følger:

- Nasjonal konferanse om friskliv, læring og mestring – med brukerne i sentrum
- Undervisning om pasientmedvirkning i tverrfaglig klinisk stige

- Fagkonferanse om samarbeidsprosjekter mellom Oslo universitetssykehus HF og Høgskolen i Oslo og Akershus
- Lanseringen av «Hvordan lykkes med ungdomsråd i helseforetak»

2.3 Brukertilbakemeldinger

Pasienter og pårørende kan via «Min journal» på internett gi en brukertilbakemelding til sykehuset. Alle tilbakemeldinger blir tilgjengelig i Achilles der leder også kan opprette forbedringstiltak.

I desember ble utsendelse av SMS-invitasjon om brukerundersøkelsen til pasienter testet. Det ble sendt SMS til 408 pasienter som var utskrevet fra sengepost eller hadde møtt til poliklinisk time, og hadde registrert sitt mobiltelefonnummer i Dips. Meldingene ble sendt om formiddagen dagen etter utskrivning. Fra disse 408 pasientene fikk sykehuset 96 svar, hvorav 34 med en kommentar.

Selv om det er tidlig å si noe sikkert, lover disse erfaringene godt for svarprosent og muligheten for å innhente pasientenes meninger ved hjelp av denne metoden. Svarene blir tilgjengelig for den aktuelle enhetens ledere i Achilles. Systemet tilrettelegger effektivt for å sette pasientens stemme inn i det systematiske forbedringsarbeidet, noe som kan bli et viktig supplement til andre former for brukermedvirkning. Det ventes nå på en endelig produksjonssetting i uke 5, 2016. Utrulling av SMS-tjenesten kan så starte for fullt i alle avdelinger der dette vurderes som en formålstjenlig metode.

Utvalgte kommentarer fra tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende:

- *Vi ventet i to timer, de fant ingen annen lege og vi gikk hjem uten konsultasjonen vi hadde time til. Hvis systemene som brukes ikke fanger opp legers fridager for den som sitter og kaller inn pasienter foreslår jeg at dere finner en teknisk løsning på det.*
- *Jeg ble tatt godt vare på før, under og etter operasjon. Alle har vært blide, hjelpsomme, og tålmodige - inkludert leger, anestesileger, sykepleiere, renholdsarbeidere og de som har kommet med mat :-). Takk!*
- *Fikk ikke snakke med kirurg før operasjonen. Måtte reopereres pga store blødninger. Lite informasjon underveis. Altfor lang ventetid for å komme til behandling. Alt i alt veldig skuffet over Ullevål.*
- *Fantastisk personale. Dyktige, positive, blide og rolige, betryggende i en spesiell situasjon. Glimrende service av alt og alle. De gjorde en potensielt vanskelig opplevelse om til en trygg og hjertevarm opplevelse jeg vil bære med meg resten av livet. På det dypeste av mitt hjerte tusen takk til alle ansatte som hjalp meg så mye! Jeg håper virkelig de får det de måtte trenge så de får ytt like god service til de som måtte trenge det enda mer enn jeg gjorde.*
- *Verdens styggeste pasientrom. Kun TV. Ingen kunst. Stygge gardiner. Leger som kommer, knapt sier hva de jobber med, utrente vil slite om det er turnuslege, student, kirurg eller overlege som har vært innom. Skulle tatt blodprøve 8:00. Flere har vært innom for svar på blodprøve, som ikke ble tatt før 10:45.*
- *Super løsning med matbuffeter! Gulvet er så skjevt at det er vanskelig å ta seg frem som nyoperert. Personalet er trivelige, bærer preg av at de har et godt arbeidsmiljø.*

- *På vegne av mitt barn: Hun har hatt maks utbytte av oppholdet, helsen har vært god og hun har fått deltatt på alt av fysiske aktiviteter. De voksne ved institusjonen har vært imøtekommende, positive, motiverende, profesjonelle og ikke minst inkluderende. Skolehverdagen har jeg et godt inntrykk av og den tette oppfølgingen har vært utviklende for min datter.*
- *Ingen fare å havne på sykehus når en kommer til en sånn avdeling, med det mest fantastiske personell du kan tenke deg. Helt topp pleie og stell. blide, hyggelige og alltid hjelpsomme. Helt klart terningkast 12.*
- *Ventet alt for lenge. Tidsbrudd noe som mest sannsynlig resulterte i stadium 2a, istedenfor 1b. Forskjellige leger hver time og samtale. Snakker legespråk ikke pasient språk. Uhøflig personale som svarte tlf på poliklinikken. "Vi har ikke tid til å ringe deg", "Du ringer og forstyrrer" de ringer ikke opp igjen selv om de lover og vet ikke hvordan de snakker med folk som er i krise. Helt skammelig og en svært arrogant oppførsel. Skylder på politikere og dårlig kapasitet. Opplevs svært uverdigg og frustrerende som pasient. Sykepleierne på B post i 3 etg er hjelpsomme og flinke. Særlig *****. Hun er en bauta, kunnskapsrik, varm og flink.*
- *Dårlig renhold av gulvene på badet og rommet, mye synlig støv i vinduspostene. Det jeg observerte av renhold kaller jeg "harelabb".*
- *Avdelingen trenger åpenbart både bedre lokaler og utstyr. Personalet gjør en kjempejobb på tross av arbeidsforholdene.*
- *Hei. Det er skandaløst at pasienter skal vente i over 30 minutter når de trykke på sykepleier alarmen. Dette skjedde 5 ganger i løper av 1 ukes opphold.*
- *Føler jeg er trygg på avdelingen og at alt blir gjort for å finne rett diagnose og behandling. I tillegg er alle fantastiske.*
- *Kontorpersonellet må berømmes for oppfølging ved reiser til og fra, god informasjon og serviceinnstilte. Altfor lang ventetid mellom de ulike konsultasjonene.*
- *Brev som omhandlet innkallelse til innleggelse burde vært tydeligere vedr hvilke medisiner man ikke skulle ta kvelden før behandling. Det ble en bomtur for meg pga at jeg hadde tatt blodfortynnende (et annet merke enn nevnt i brevet) kvelden før.*
- *Jeg lurte på hvor mange stjerner dette "Hotellet" har! Får ikke fullrost personalet, dette kan dere. Helproft. En rose til dere alle. Takk.*
- *Legene må jobbe mer med bed side maners, da jeg fikk verre og verre nyheter uten en sjanse til å vente på pårørende som støtte. Når man får sjokk beskjeder, burde det bli fulgt opp av psykiater senest to dager senere, ikke psykiatrisk sykepleier 1 mnd senere... Jeg gikk inn i en tung depresjon og dødsangst, som ikke sykepleierne var i stand til å håndtere, heller ikke mine pårørende, og det tok lang tid å få tilbake troen på at jeg kunne overleve dette her. Legene var etter min mening for direkte og ærlig uten å pakke det inn på noen som helst måte. Raskt inn på rommet med et kobbelt av sykepleiere i hælene og raskt ut så man sitter igjen i sjokk uten noen å prate med...*
- *Tusen tusen takk, dere var vennlige, forståelsesfulle, tålmodige og veldig hyggelige. Jeg skulle ønske det var en radio på gangen eller bedre lydisolering av samtalerommene, da man kunne høre alt som ble sagt hos legen, mens man ventet på tur til kontroller/samtaler.*
- *Vi vil ha wifi.....*
- *Vi er meget fornøyd med rask behandling når det gjelder legebesøk, forklaringer ang. sykdommen og kurset vi fikk være med på. Alle vi har vært i kontakt med har vært meget hyggelige og hjelpsomme. Av 100 poeng gir vi dere 150.*

3 Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling

Mennesker gjør feil fordi de systemer, oppgaver og prosesser som de arbeider med er dårlig utformet.
Professor Lucian Leape, Harvard School of Public Health

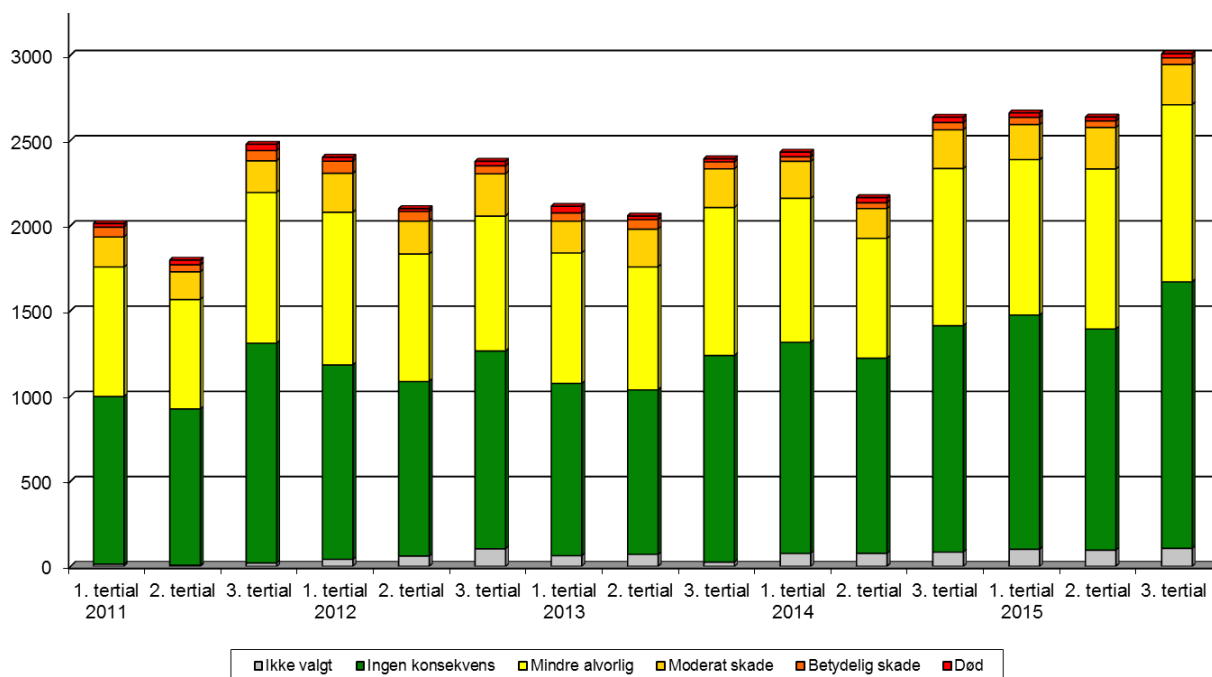
Pasientsikkerhet:

- Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser¹
- Pasientsikkerhet er å organisere helsetjenesten slik at uønskede hendelser forebygges²

Sykehus skal i henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 særlig ivareta «pasientbehandling».

3.1 Uønskede pasienthendelser

Det totale antallet registrerte uønskede pasienthendelser og forbedringsforslag øker som ønsket fremdeles, mens andelen betydelig skader og dødsfall er stabil.



Figur 5. Utvikling av pasientrelaterte hendelsesregistreringer med fargevisning av faktisk konsekvens.
Kilde: Achilles

De uønskede hendelser og risikoforhold som involverer pasienter er fordelt på følgende typer og alvorlighetsgrader:

¹ Hentet fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet

² Hentet fra Den norske legeförening

		Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Død	Ikke valgt
Pasienthendelse		3002	1554	1030	236	40	24	118
Diagnostikk, behandling og pleie	27 %	808	366	304	81	24	10	23
Dokumentasjon	8 %	226	150	65	6	0	0	5
Ernæring	1 %	24	13	7	2	0	0	2
Fall og andre ulykker	6 %	180	99	69	10	2	0	0
Legemidler og blodprodukter	15 %	454	295	140	12	2	0	5
Medisinsk utstyr	7 %	197	108	72	13	2	1	1
Pasientadferd	2 %	59	18	22	9	1	8	1
Pasientadministrasjon / samhandling	22 %	667	359	226	61	1	1	19
Sykehusinfeksjon	1 %	24	6	13	4	1	0	0
Ikke kategorisert	12 %	363	140	112	38	7	4	62

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

Risikoområder som over tid fremkommer i uønskede hendelser inngår i klinikkenes risikovurderinger og sykehusets samlede risikovurdering.

Eksempler på alvorlige uønskede pasienthendelser fra dette tertial:

- Luft ble sannsynligvis infundert til en pasients blodårer under en operasjon. Pasienten våknet uten tegn til skade. Tiltak er standardisering av utstyr, ny prosedyre og intensivert opplæring.
- Akutt nyresvikt som sannsynlig følge av antibiotika type Vancomycin, forsinket oppdaget. Gjennomføring av prosedyrer for kontrollprøver.
- Svakheter i formidlingsveien av røntgenfunn førte til forsinket behandling av kreft.
- Fall i forbindelse med toalettbesøk medførte lårhalsbrudd. Pasienten var vurdert til ikke å trenge fastvakt (fallforebygging), men hadde hyppige tilsyn.
- Hjerneslag under intervensjonsprosedyre.
- Alvorlig allergisk reaksjon etter injeksjon av kontrastmiddel.
- Nerver i klem etter kirurgisk inngrep på grunn av suturer, sterke smerter og nedsatt kraft i ben. Rask bedring etter fjerning.
- Pacemakerelektroder perforerte vev og ga smerter og infeksjon.
- Manglende donorhjerne ved hjertetransplantasjon

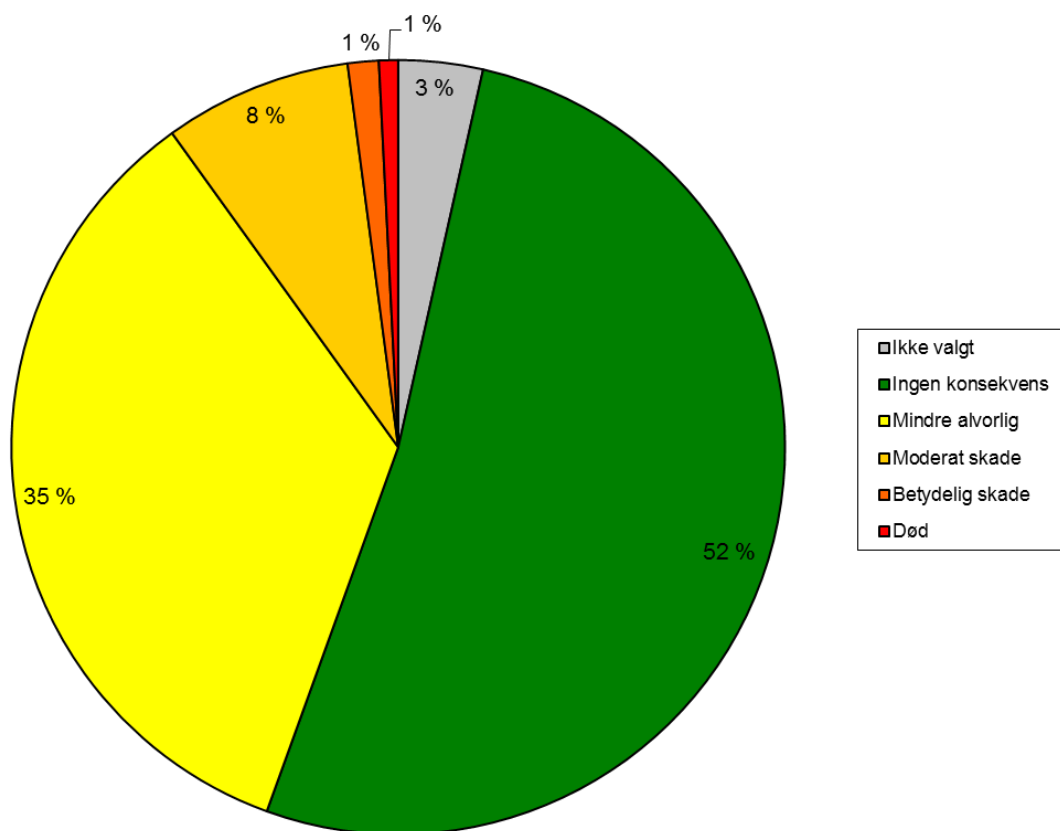
Når hendelsene blir registrert av melder og senere saksbehandlet av leder gjøres en vurdering av hendelsenes faktiske konsekvens for den aktuelle pasient. Inndelingen gjøres innen kategoriene:

- Ingen/ubetydelig konsekvens. Dette medførte ingen observerbar skade på pasienten, og benyttes også ofte i forhold til nesten-uhell og farlige forhold.
- Mindre alvorlig konsekvens. Dette medførte forbigående negativ helseeffekt/skade for pasienten som ikke krever omfattende behandling.
- Moderat skade. Dette medførte skade som krevet behandlingstiltak.

- Betydelig skade. Dette medførte betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet, skade som medførte reoperasjon, intensivbehandling eller ga vesentlig forlenget sykehusopphold, eller varig funksjonstap.
- Unaturlig dødsfall/katastrofal skade. Plutselig og uventet død som **kan** ha årsak i behandling/mangel på behandling.

Andelen «betydelig skade» og «død» er stabil. Det er og skal være registrering av dødsfall selv om de ikke har skjedd noe feil, da sykehuset skal ha en lav terskel for å vurdere om det er noe å lære av forløpet.

Mer en 97 % av registreringene er i kategoriene «ingen konsekvens» til «moderat skade», noe som gir sykehuset stor mulighet for å iverksette preventive tiltak for å redusere risiko for mer alvorlige hendelser.



Figur 6. Fordeling av hendelsesregistreringer og forbedringsforlag 3. tertial 2015 - faktisk konsekvens. Den summerte andelen innen kategorien «betydelig skade» og «død» er i tertialperioden 2.1 %. Kilde: Achilles

Å øke antallet tiltak, kvaliteten på disse og sikre spredning av læringsinformasjon også til andre behandlingenheter i- og utenfor sykehuset er nå et prioritert område. Strategien er opplæring, veiledning under saksbehandling, en forbedring av metodikken som brukes under saksbehandlingen samt en vurdering av ny tekniske funksjonalitet. Tilbakemeldingene fra brukerne om hendelses- og forbedringssystemet Achilles er meget positiv, slik at videre bruk av systemet kan anbefales og at en videreutvikling må gjøres i nært samarbeide med de ansatte.

I avvikkssystemet Achilles registreres i hvilken grad dødsfall er påregnelige eller kunne vært forebygget. Slike vurderinger baserer seg i stor grad på faglig skjønn.

I Tabell 2 vises en oversikt over forebyggbarhet knyttet til hendelser. Det er i 3. tertial 2015 registrert 24 hendelser i forbindelse med dødsfall og 63 hendelser som har medført betydelig skade. I tabellen er sakene fordelt på kategorier slik de er vurdert etter lederes vurdering av forebyggbarhet:

Forebyggbarhet	3 T. 2014		3 T. 2015	
	Katastrofal skade/død	Betydelig skade	Katastrofal skade/død	Betydelig skade
0. Ikke valgt / ikke ferdig behandlet	3	37	5	26
1. Ganske sikkert ikke forebyggbar	10	6	5	7
2. Sannsynligvis ikke forebyggbar	15	13	9	12
3. Sannsynligvis forebyggbar	5	11	3	7
4. Ganske sikkert forebyggbar	1	10	2	11
Totalt	34	77	24	63

Tabell 2. Klassifisering av forebyggbarhet av uønskede hendelser med alvorlighet «katastrofal skade/død» og «betydelig skade». Kilde: Achilles.

Det er en større andel av sakene kategorisert med «betydelig skade» som viser forebyggbarhet enn saker som har medført «katastrofal skade/død». Dette understøtter oppfatningen av at det er en lav terskel i sykehuset for å registrere dødsfall i Achilles, og uten at det derved i den videre saksbehandling blir konstatert svikt i behandlingen.

Både betydelighetsgrad og forebyggbarhet er vurderinger basert på skjønn. De betydelige skadene blir alle behandlet i klinikkens pasientsikkerhetsutvalg. Dette kan innebære en korrigering av det skjønnet som primært er lagt inn i sakene. Det er grunn til å tro at skjønnet gjort i denne behandlingen holder høy kvalitet.

De to hendelsene med «katastrofal skade/død» klassifisert som «ganske sikkert forebyggbar» i siste tertialperiode er;

- Pasient som blir betydelig sykere på sengepost. Forsinket legeoppfølging og overflytting til intensivavdeling
- Ikke tilgjengelig hjerte ved hjertetransplantasjon

3.2 Sykehusinfeksjoner

Sykehusinfeksjoner er komplikasjoner for alle typer sykehusinnleggelser. Slike infeksjoner påfører pasienter lidelser og har stor økonomisk og ressursmessig betydning for sykehusdrift. Sykehusinfeksjoner utgjør i følge ulike internasjonale kilder 25–40 % av den samlede pasientsikkerhetsutfordringen i sykehus. Med sykehusinfeksjon menes infeksjon som oppstår under institusjonsoppholdet hvor infeksjonen ikke var til stede eller var i inkubasjonstiden da pasienten ble innlagt sykehuset³.

Helsetjenesteassosierte infeksjoner

Gjennomsnittlig prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner var 7,1 % i 2015. Tallene inkluderer helsetjenesteassosierte infeksjoner hos pasienter overført fra andre sykehus, som utgjorde 0,9 %. Prevalensen av de infeksjonstypene som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt var 5,5 %.

År	Gjennomsnittlig prevalensandel av helsetjenesteassosierte infeksjoner i 2015	Klinikkvis variasjon	Daglig gjennomsnittlig antall helsetjenesteassosierte infeksjoner blant heldøgns pasienter
2015	7,1	3,6 – 26,8	102
2014	6,5	2,0 – 28,3	94
2013	5,6	1,7 – 22,9	78
2012	6,4	3,5 – 20,8	84

Tabell 3. Prevalensandel av helsetjenesteassosierte infeksjoner ved Oslo universitetssykehus HF i 2012 – 2015. Omfatter alle typer helsetjenesteassosierte infeksjoner, også de som ikke skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Antallet kirurgiske inngrep i 2015 som følges opp med insidensregistrering av infeksjoner vil ende på ca. 3.200. Insidensen av infeksjoner i operasjonsområde for 2014 og de to første tertialene i 2015 er vist i Tabell 3.

Inngrep	Nasjonalt 2014		Oslo universitetssykehus HF 2014 + 1. og 2. tertial 2015	
	Alle infeksjoner	Dype og organ/hulrominfeksjoner	Alle infeksjoner	Dype og organ/hulrominfeksjoner
Coronar bypass	4,4 %	1,3 %	4,7 %	0,6 %
Keisersnitt	3,2 %	0,9 %	4,4 %	0,7 %
Hofteprotese (total)	2,2 %	1,1 %	4,9 %	3,5 %
Hofteprotese (hemi)	3,9 %	2,5 %	7,6 %	6,1 %
Cholecystectomi	6,1 %	1,6 %	9,2 %	3,8 %
Colon	15,9 %	6,0 %	20,5 %	9,8 %

Tabell 4. Insidensandel av infeksjoner i operasjonsområde nasjonalt og ved Oslo universitetssykehus HF i 2014–2015 (1. og 2. tertial)

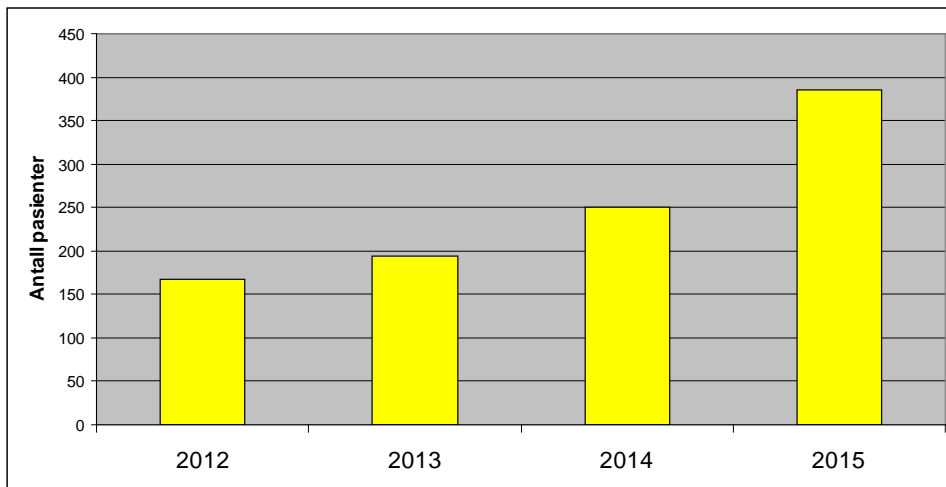
³ Kilde: Helsedirektoratet

Antibiotikabruk

I 2015 er kartlegging av antibiotikabruk utvidet til også å omfatte dosering og indikasjoner. Prevalensregistrering viser at 25 % av inneliggende pasienter ved sykehuset fikk antibiotika i 2015, mens landsgjennomsnittet var 28 %.

Resistente bakterier

Det er en økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier ved Oslo universitetssykehus HF. Figur 7 viser utviklingen i forekomst av ESBL-holdige Gram negative stavbakterier siden 2012.

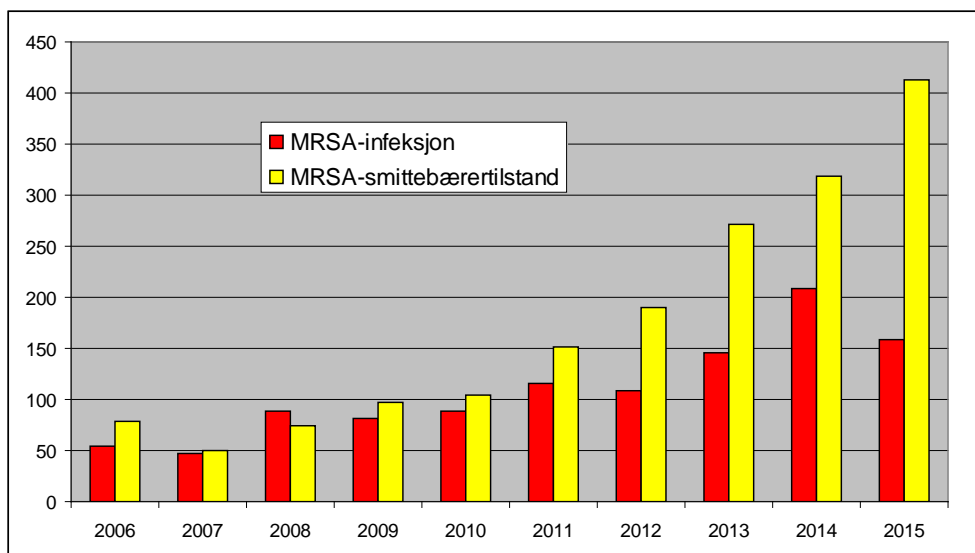


Figur 7. Antall pasienter med ESBL-holdige Gram negative stavbakterier ved Oslo universitetssykehus HF 2012 -2015

Det er også en stor økning av de mest resistente variantene i denne gruppen, såkalt ESBL_{CARBA}. Ved Oslo universitetssykehus HF ble det påvist slike bakterier hos 10 pasienter i 2015 (55 i hele Norge).

Det er også en fortsatt økning av forekomsten av MRSA⁴. Figur 8 viser forekomsten av MRSA i Oslo siste 10 år. Det ble påvist MRSA hos til sammen 571 pasienter i Oslo i 2015, som utgjør 26 % av alle tilfeller i Norge.

⁴ Meticillinresistente *Staphylococcus aureus*



Figur 8. Antall pasienter med MRSA i Oslo 2006 - 2015

Ved Oslo universitetssykehus HF ble det påvist MRSA hos 182 pasienter og 9 ansatte i 2015.

De fleste pasientene som får påvist resistente bakterier er smittet utenfor sykehuset, men det påvises også noen tilfeller av smitte etter innleggelse.

Resistente bakterier skaper økende utfordringer for det infeksjonsforebyggende arbeidet og driften av sykehuset, og tar nå så mye ressurser at det går på bekostning av det øvrige smitteforebyggende arbeidet. Mangel på enerom og isolater øker risikoen for smittespredning og reduserer kapasiteten på diagnostikk og behandling.

Basale smittevernrutiner

Basale smittevernrutiner er grunnmuren i det infeksjonsforebyggende arbeidet. Avdeling for smittevern har jobbet mye med basale smittevernrutiner i 2015, blant annet håndhygiene, renhold og dekontaminering av medisinsk utstyr. Det er fortsatt et behov for å bedre kvaliteten på basale smittevernrutiner i sykehuset. Blant annet viser registreringer i 2015 at 17,4 % av helsepersonellet i sykehuset benytter ring og/eller armbåndsurr sammen med uniform.

Influensavaksinasjon

Som tidligere år, har det vært jobbet aktivt med å få ansatte til å vaksinere seg mot influensa. Før influensasesongen er det brukt 5.500 doser av influensavaksine til ansatte i sykehuset. Antallet vaksinerte har vært nokså stabilt de siste årene, og det er en målsetting å øke dette.

Infeksjoner i operasjonsområde

Postoperative sårinfeksjoner utgjør den hyppigste infeksjonstypen i sykehuset. Avdeling for smittevern prioriterer derfor forebyggende arbeid høyt mot denne infeksjonstypen. I

2015 har det vær arbeidet spesielt med forebygging av hypotermi ved kirurgiske inngrep. Dette arbeidet vil fortsette i 2016.

Legionella og andre vannbårne infeksjoner

Legionellasituasjonen ved Radiumhospitalet er under kontroll, og etablerte tiltak blir videreført. Overvåking av vannet fortsetter, men med lavere frekvens enn i 2015. Det er påvist Legionella micdadei i 51 (7,6 %) av undersøkte tappepunkter på Ullevål i 3. tertial, hvorav 10 punkter (1,5 %) med mer enn 1000 bakterier per liter vann. Det er påbegynt et arbeid med forebyggende tiltak.

Avdeling for smittevern har også startet kartlegging av andre vannbårne bakterier ved risikoavdelinger. Det er planlagt å utvide denne kartleggingen i 2016.

3.3 Sykehusobduksjon

Sykehusobduksjon, også kalt klinisk, medisinsk eller akademisk obduksjon, rekvireres av lege ved sykehuset. Sykehusobduksjoner kan gi bedre innsikt i patologiske prosesser og bestemme faktorer som medvirket til pasientens død. Obduksjon har også en viktig rolle i å kontrollere behandling som er gitt pasienten og kan gi informasjon om forhold som kan forebygge liknende dødsfall senere.

Det gjennomføres i underkant av 450 obduksjoner pr år ved Oslo universitetssykehus HF. Fosterobduksjoner utgjør ca. 40 % av dette. En betydelig andel av obduksjonene rekvireres eksternt av lege ved annet sykehus, legevakt eller sykehjemsleger (ca. 25 %)⁵. I tillegg obduseres noen pasienter ved Rettsmedisinsk institutt etter begjæring fra politiet.

Antall obduksjoner i 3. tertial var 129, hvorav 53 fosterobduksjoner⁶. Antall fosterobduksjoner er konstant over tid mens antall ordinære sykehusobduksjoner er lavere enn i samme tertial i 2014 og har vist en synkende tendens de siste årene, som vist i tidligere tertialrapporter. En nedadgående trend i obduksjonsvirksomheten samtidig med økende fokus på pasientsikkerhet og feildiagnoser er uheldig. Sykehusobduksjon er en viktig del av kvalitetssikringen. Videre er det av nasjonal interesse å ha en obduksjonsfrekvens som er høy nok til å sikre et solid grunnlag for kvalitetssikrede dødsårsaker.

Sykehuset ønsker å øke antall sykehusobduksjoner⁷.

Ny lov om transplantasjon og obduksjon av 7. mai 2015 forventes å føre til økt antall obduksjonsbegjæringer, når den trer i kraft 1. januar 2016. Aktuelle paragrafer er:

- § 4 at «*Dei regionale helseføretaka skal sørge for nødvendig kompetanse og kapasitet til å gjennomføre medisinske obduksjonar*»

⁵ Patstat Oslo universitetssykehus HF

⁶ Patstat Oslo universitetssykehus HF

⁷ eHåndbok prosedyre: «Obduksjon», nr 48631.

- § 5 at «*Legen som konstaterer at døden har inntreft skal, så langt det er mogleg, vurdere om det bør gjennomførast ein medisinsk obduksjon og dokumentere at vurderinga er gjort.*»

Avdeling for patologi har kompetanse og kapasitet til å obdusere alle pasienter det sendes begjæring om per i dag og kan håndtere en eventuell økning i antall obduksjonsbegjæringer opp mot 500 per år.

Økt fokus på viktigheten av obduksjon i de kliniske avdelingene vil være den mest vesentlige faktoren for å øke obduksjonsfrekvensen.

Lange svartider er en generell utfordring for avdeling for patologi og gjelder også obduksjoner. Lang svarstid kan bidra til manglende interesse for å rekvirere obduksjoner fra klinikers side.

Administrerende direktør har gjennomført pasientsikkerhetsvisitt på enhet for obduksjon i tredje kvartal 2015. Avvikene som ble avdekket er under oppfølging.

3.4 Melding til Kunnskapscenteret etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal uten hinder av taushetsplikt straks sende melding til Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.

Oslo universitetssykehus HF sender meldepliktige hendelser som registreres i Achilles til Kunnskapscenteret (fra 1. januar 2016 Helsedirektoratet). Dette omfatter alle pasienthendelser som etter medarbeidernes initiale vurdering er kategorisert med «betydelig skade» eller «død» som faktisk eller potensiell konsekvens. Det er meldt 508 hendelser i 3. tertial 2015, mot 448 i 3. tertial 2014.

År	Antall saker
Hele 2014	1246
Hele 2015	1402
1. tertial 2015	447
2. tertial 2015	447
3. tertial 2015	508

Tabell 5. Antall hendelser videresendt til Kunnskapscenteret. Kilde: Achilles

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

For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

I 3. tertial 2015 er det etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a sendt 14 varsler til Statens helsetilsyn fra Oslo universitetssykehus HF. Varslene medførte tilsynsmessig oppfølging i 9 av sakene.

	3. tertial 2013	1. tertial 2014	2. tertial 2014	3. tertial 2014	1. tertial 2015	2.tertial 2015	3.tertial 2015
Ordinær varselhåndtering (ingen tilsyn)	9	6	8	10	12	16	4
Oppfølging - anmodning om redegjørelse	2	1	2	6	4	1	1
Tilsynsmessig oppfølging av fylkesmannen	3	4	5	7	3	1	5
Skriftlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	2	1	0	0	0	1	1
Stedlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	2	1	2	2	0	0	2
Ikke ferdigbehandlet	-	-	-	-	-	1	1
Totalt	18	13	17	25	19	22	14

Tabell 6. Antall varsler til Statens helsetilsyn med påfølgende oppfølging.

3.6 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

I henhold til Pasientskadeloven § 2;

Pasienten og andre som har lidt tap på grunn av pasientskade, har krav på erstatning når skaden skyldes

- a) svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes,
- b) teknisk svikt ved apparat, redskap eller annet utstyr som er brukt ved ytelsen av helsehjelp,
- c) smitte eller infeksjon, når dette ikke i hovedsak skyldes pasientens tilstand eller sykdom,
- d) vaksinasjon, eller
- e) forhold som medfører ansvar for helse- og omsorgstjenesten eller helsepersonell etter alminnelige erstatningsregler.

Det skal tas hensyn til om de krav skadelidte med rimelighet kan stille til virksomheten eller tjenesten på skadetidspunktet, er tilsidesatt. Utilstrekkelige ressurser skal ikke medføre ansvar dersom ressursfordelingen har vært forsvarlig og virksomheten i alminnelighet holder en forsvarlig standard.

Selv om det ikke foreligger grunnlag for erstatningsansvar etter første og annet ledd, kan det unntaksvis ytes erstatning når det har skjedd en pasientskade som er særlig stor eller særlig uventet, og som ikke kan anses som utslag av en risiko som pasienten må akseptere. Det skal legges vekt på om det er gitt tilstrekkelig informasjon på forhånd.

Antallet nye erstatningssøknader til Norsk pasientskadeerstatning for skader etter behandling på Oslo universitetssykehus HF er stabilt.

År	Antall saker
Hele 2010	430
Hele 2011	434
Hele 2012	506
Hele 2013	478
Hele 2014	452
Hele 2015	476
1. tertial 2015	168
2. tertial 2015	158
3. tertial 2015	150

Tabell 7. Antall nye saker til behandling i NPE, utvikling over tid.
Kilde: Norsk pasientskadeerstatning .

De største fagområdene i antall søknader er kreft og ortopedi.

År	Totalt antall	Avslag / avvist	Medhold	Medhold %
Hele 2010	459	327	132	29 %
Hele 2011	437	310	127	29 %
Hele 2012	896	637	259	21 %
Hele 2013	427	329	95	22 %
1. tertial 2014	144	105	39	27 %
2. tertial 2014	154	121	34	22 %
3. tertial 2014	178	136	39	22 %
Hele 2014				24 %
1. tertial 2015	156	115	41	26 %
2. tertial 2015	107	83	24	22 %
3. tertial 2015	157	125	32	20 %
Hele 2015	404	306	98	24 %

Tabell 8. Vedtak i behandlede NPE-saker, utvikling over tid. Kilde: Norsk pasientskadeerstatning.

Utmålt erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning for Oslo universitetssykehus HF var på 34 millioner kroner i 3. tertial 2015.

År	Erstatning	Egenandel
2010	110 959 022	6 409 190
2011	122 227 202	5 536 427
2012	106 952 489	4 580 641
2013	106 733 578	4 145 503
2014	158 011 016	8 157 069
2015	119 470 550	-
1. tertial 2015	21 700 000	1 036 000
2. tertial 2015	47 761 363	-
3. tertial 2015	34 359 981	4 778 031

Tabell 9. Samlet utmåling / erstatningssum i NPE-saker, utvikling over tid. Egenandel for 2. tertial 2015 foreligger ikke fra Norsk pasientskadeerstatning. Kilde: Norsk pasientskadeerstatning.

3.7 Dr Foster Global Comparators (GC) Programme

Programmet leverer kvalitetsindikatorer basert på anonymiserte NPR-data for sammenligning med medlemssykehus med tanke på forbedringsprosjekter. De fleste engelske sykehus deltar, samt en rekke amerikanske, australske og andre europeiske universitetssykehus, et saudi-arabisk og et sykehus i Shanghai, Kina.

Alle sykehus får tilgang til egne data i tillegg til aggregerte data fra de andre medlemssykehusene med tanke på 30 dagers dødelighet i sykehus, liggetid og 30 dagers reinnleggelse. En rekke forsknings- og forbedringsprosjekter, «GOALS», er etablert, og alle følges opp under felles halvårslige møter. I tillegg har deltakere kontinuerlig kontakt om egne prosjekter, oftest gjennom ukentlige nettmøter. På de halvårslige møtene deltar medlemssykehusenes ledelse i tillegg til fagfolk innen aktuelle prosjekter.

Oslo universitetssykehus HF deltok fra 2013 i dette internasjonale programmet innen ortopedi som en prøveordning. I dag har sykehuset kun aktiv deltakelse innen gastrokirurgi.

Etter at det i 2014 ble besluttet at alle sykehus i helseregion sør-øst skulle delta, har det vært jobbet med å få på plass en intensjonsavtale for å sikre at alle juridiske og personvernmessige aspekter ved virksomheten er på plass. I mellomtiden har Dr Foster fått ny eier, det australske Telstra Health. Man har lagt vekt på å sikre at GC-delen av virksomheten forblir «not for profit» og at alle deltakersykehus fortsatt eier sine egne data.

Helse Sør-Øst RHF underskrev i desember 2015 intensjonsavtalen med Dr Foster Limited og vil dekke medlemsavgift for alle sykehus i regionen. Når avtalen med Oslo universitetssykehus HF er underskrevet, vil det etter hvert bli tilgang til oppdaterte egne data, og en bred implementering av systemet planlegges gjennomført.

3.8 System for vurdering av dødsfall

Det elektroniske avvikssystemet, Achilles, er nå utvidet til å inkludere vurdering av alle dødsfall som skjer i forbindelse med innleggelse i sykehuset. Metoden er basert på et «Mortality Review System» utviklet over et tiår ved Mayo Clinic i Rochester, USA og et spørreskjema utviklet for bruk i England for retrospektiv vurdering av dødsfall.

Systemet er i ferd med å prøves ut på enkelte avdelinger med mange døde i løpet av et år, med tanke på gradvis implementering i hele organisasjonen. Lokale team bestående av en aktiv lege og sykepleiere vil gjennomgå journalene for alle døde i egen enhet og vurdere om det har vært problemer i helsehjelpen forut for døden der det er mulighet for forbedringer på systemnivå.

Knyttet til dette kvalitetsprosjektet innen pasientsikkerhet er også et forskningsprosjekt der det er innvilget midler i et samarbeid med Lovisenberg Diakonale Høgskole.

3.9 Pasientsikkerhetsprogrammet

Det femårige, nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten.

Programmet er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og viderefører arbeidet som ble startet under pasientsikkerhetskampanjen ved samme navn (2011-2013). Programmets styringsgruppe har besluttet at alle aktiviteter knyttet til tiltak og målinger fra kampanjen skal opprettholdes og spres i programmet.

Tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet følges opp i sykehuset som en integrert del av sykehusets «Handlingsplan for pasientsikkerhet 2015-2016».

Lederne rapporter på enhetens innføringsstatus- trenden er svakt positiv.

Sykehuset iverksetter tiltak med opplæring og støtte for at enhetene også skal kunne måle effekten. Sykehuset har i perioden gjennomført 3 halvdagskurs i Statistisk prosesskontroll for ansatte med hjelp av instruktører fra Vestre Viken HF.

Status og innhold i de enkelte tiltaksområdene er:

Redusere antallet kateterassosierte urinveisinfeksjoner

Tiltakene er:

- Legge inn kateter på riktig indikasjon
- Lukket urindrenasje/korrekt pleie etter innleggelse
- Fjern kateter så snart det er medisinsk forsvarlig
- Sjekk hvor godt pasienten tømmer blæren etter kateterfjerning
- Hvis pasienten må reise med kateter, send med skriftlig pasientinformasjon og eventuell time for kontroll/fjerning

Det er nå 75 enheter i sykehuset som har oppgitt at tiltakene er aktuelle å gjennomføre i enheten, derav 55 enheter (73 %) nå rapporterer at dette blir gjennomført rutinemessig.

Behandling av hjerneslag

Sykehuset har valgt ikke å ta i bruk denne tiltakspakken grunnet andre pågående prosesser.

De nasjonale anbefalingene er:

1. Pasient med mistanke om akutt hjerneslag innlegges på sykehus innen 4 timer fra symptomdebut
2. Pasienten blir vurdert for trombolysebehandling
3. Bildediagnostikk (CT eller MR) utføres som øyeblikkelig hjelp (umiddelbart hvis trombolyse er aktuelt og ellers senest innen 6-12 timer)
4. Pasient med akutt hjerneslag behandles i slagenhet etter ankomst til akuttmottak i sykehus
5. Pasientens nevrologiske utfall følges systematisk med et nevrologisk skåringskjema
6. Pasientens fysiologisk homeostase overvåkes, og puls, blodtrykk, oksygenmetning, temperatur, væskebalanse og blodsukker dokumenteres i henhold til sjekkliste
7. Pasienten mobiliseres første døgn
8. Vurdering og testing av svelgefunksjon utføres før per oral føde
9. Lavdose heparin gis pasienter som er lite mobiliserte og / eller pasienter med økt risiko for venetrombose
10. Sekundærprofylakse blir vurdert og igangsatt før utskrivelse fra sykehuset i henhold til sjekkliste i den nasjonale retningslinjen

Det er naturlig at det blir verifisert om disse tiltakene er tatt i bruk i 2016.

Forebygge infeksjoner fra sentrale venekatetre ved å sikre korrekt innlegging og bruk av sentrale venekatetre

Tiltakene er:

Innlegging:

- Velge optimalt innstikksted

- Desinfisere innstikksted
- Utføre håndhygiene
- Bruke steril frakk og hansker, munnbind og hette
- Dekke pasienten med sterilt dekke
- Dekke innstikkstedet med steril bandasje

Bruk:

- Vurder daglig om det foreligger indikasjon for CVK
- Fjern alle unødvendige CVK

Det er nå 73 enheter i sykehuset som har oppgitt at tiltakene er aktuelle å gjennomføre i enheten, derav 62 enheter (84 %) nå rapporterer at dette blir gjennomført rutinemessig.

Unngå trykksår

Tiltakene er:

- Vurder alle pasienter for trykksårrisiko ved innleggelse i sykehus og ved første møte med pasient i sykehjem
- Sikre nødvendig trykkfordelende utstyr/underlag hos alle risikopasienter
- Undersøk regelmessig huden til alle risikopasienter
- Sikre stillingsforandring og/eller aktivitet hos alle risikopasienter
- Kartlegg og vurder ernæringsstatus hos alle risikopasienter
- Involver pasient og pårørende i planlegging og gjennomføring av trykksårforebyggende tiltak
- Informer om trykksårrisiko og forebyggende tiltak ved henvisning, utskrivelse og overflytting

Det er nå 74 enheter i sykehuset som har oppgitt at tiltakene er aktuelle å gjennomføre i enheten, hvorav 54 enheter (72 %) nå rapporterer at dette blir gjennomført rutinemessig.

Redusere pasientskader knyttet til fall

Tiltakene er:

- Identifisere fallrisiko og dokumentere denne i journal
- Iverksette fallforebyggende tiltak

Det er nå 71 enheter i sykehuset som har oppgitt at tiltakene er aktuelle å gjennomføre i enheten, derav 48 enheter (67 %) nå rapporterer at dette blir gjennomført rutinemessig. Det ble registrert 334 pasientrelaterte fallhendelser i Achilles i 2015, derav 6 fallhendelser kategorisert med «betydelig skade».

Unngå at pasienter får feil legemidler

Legemiddeladministrasjon er et område med kjent høy risiko. Det ble i sykehuset i 2015 registrert 1442 hendelser i Achilles kategorisert som sakstype «Legemidler og blodprodukter»

Tiltakene skal sikre overføring av korrekt informasjon om pasientens aktuelle legemiddelbruk.

- Opptak av legemiddelanamnese ved innkomst
- Legemiddelsamstemming ved utreise, legemiddelavsnitt i epikrise.

Formålet med tiltakspakken til samstemming av legemiddellister er å forebygge pasientskader som følge av feil bruk av legemidler grunnet manglende overføring av legemiddelinformasjon når pasienten innlegges i eller utskrives fra sykehus eller bytter avdeling.

Det er nå 102 enheter i sykehuset som har oppgitt at tiltakene er aktuelle å gjennomføre i enheten, hvorav 73 enheter (71 %) nå rapporterer at dette blir gjennomført rutinemessig.

I tillegg har sykehuset iverksatt tiltak for å sikre at ansatte har nødvendig kunnskaper om gjeldene prosedyrer innen legemiddelhåndtering. Det er nå 132 enheter i sykehuset som har oppgitt at dette tiltakene er aktuelle å gjennomføre i enheten, hvorav 105 enheter (79 %) nå rapporterer at dette har blitt gjennomført.

Sjekkliste for trygg kirurgi

Hensikten er å unngå uønskede hendelser under inngrep. Tiltakspakken består av fire tiltak:

- Benytte sjekkliste for trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner
- Sikre at hårfjerning blir gjort korrekt før operasjon
- Sikre at pasient ikke blir nedkjølt
- Sikre forsvarlig valg av og administrering av antibiotika som profylakse

Det er nå 44 enheter i sykehuset som har oppgitt at tiltakene er aktuelle å gjennomføre i enheten, hvorav 35 enheter (79 %) nå rapporterer at dette blir gjennomført rutinemessig.

Unngå selvmord i psykiatriske avdelinger

Tiltaket er å etterleve rutiner og praksis for selvmordsrisikovurdering i alle psykiatriske avdelinger:

- Spesialistvurdering innen et døgn
- Iverksettelse av beskyttelsestiltak
- Selvmordsrisikovurdering
- Planlegging av permisjon inkludert kriseplan
- Involvering av pårørende
- Tiltak ved utskrivelse

Det er nå 25 enheter i sykehuset som har oppgitt at tiltakene er aktuelle å gjennomføre i enheten, hvorav 23 enheter (92 %) nå rapporterer at dette blir gjennomført rutinemessig.

Unngå overdosedødsfall etter utskrivning fra rusbehandling

Tiltaket er å etterleve tiltak for forebygging av overdose etter utskrivning i alle rusbehandlingssenheter:

- Spesialistvurdering innen et døgn
- Kriseplan
- Informasjon til pasienten
- Sikre kritiske elementer ved utskrivning

Det er nå 12 enheter i sykehuset som har oppgitt at tiltakene er aktuelle å gjennomføre i enheten, hvorav 10 enheter (83 %) nå rapporterer at dette blir gjennomført rutinemessig.

Ledelse av pasientsikkerhet

Sykehuset har ikke en strukturert tilnærming til tiltakspakken men registrerer at de fleste tiltak gjennomføres. De nasjonale tiltakspunktene er:

- Pasientsikkerhetsvisitter - Direktøren går pasientsikkerhetsvisitter på ulike avdelinger (blir gjennomført)
- I pasientens fotspor - Toppleder følger en av pasientenes møte med organisasjonen i praksis (ikke strukturert gjennomført)
- Gjennomgang av 50 siste dødsfall - En retrospektiv gjennomgang for å identifisere og forebygge skader i behandlingsskjeden (et kvalitetsprosjekt er igangsatt som har som mål kontinuerlig å gjennomgå alle dødsfall).
- Kartlegging av unødig ressursbruk i helsetjenesten - et verktøy for identifisering av ressurstap på institusjon (Se kapittel 1.3.)
- Klinisk forbedringsprosjekt - Lederen velger selv et klinisk forbedringsarbeid innenfor pasientsikkerhet i egen virksomhet (sykehuset gjennomfører allerede en rekke forbedringsprosjekter men strukturert oversikt etableres i 2016).
- Styreinvolvering i pasientsikkerhet.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet har også her gitt en rekke anbefalinger:

- Sett et konkret mål for forbedring av kvalitet og reduksjon av pasientskade.
- Sett pasientsikkerhet opp som første punkt på agenda, på alle styremøter.
- Etabler et «dashbord» med noen få utvalgte målinger av pasientsikkerhet.
- Skap en kultur for åpenhet og unnlatt å utpeke syndebukker ved håndtering av uønskede hendelser.
- Bygg kompetanse for pasientsikkerhet i styret, gjennom egen styreopplæring, og etterspør slik kompetanse blant organisasjonens ansatte.
- Lag en plan for å redusere pasientskade og etterprøv etterlevelse av tiltakene og resultatene av planen.

Sykehuset har også definert flere interne tiltakspakker ut over kravene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet:

Økt fokus på personlig smitteforebyggende tiltak

Det er nå 124 enheter i sykehuset som har oppgitt at tiltakene er aktuelle å gjennomføre i enheten, hvorav 100 enheter (80 %) nå rapporterer at dette blir gjennomført rutinemessig. Å sette fokus på smitteforebyggende tiltak gjøres også gjennom en rekke andre tiltak i regi av hygienearbeidet i sykehuset og i de enkelte avdelinger.

Sikre sikker pasient-Id ved all pasientkontakt

Målet er å sikre riktig pasientidentifisering ved all pasientkontakt og behandling av dokumenter/prøver.

Tiltakene er å:

- Følge prosedyre for pasientidentifisering i all pasientkontakt
- Sikre at alle innlagte pasienter har på seg navnearmbånd

Det er nå 137 enheter i sykehuset som har oppgitt at tiltakene er aktuelle å gjennomføre i enheten, hvorav 123 enheter (89 %) nå rapporterer at dette blir gjennomført rutinemessig.

I forbindelse med planlegging og gjennomføring av tiltakspakken har Klinikk for diagnostikk og intervensjon gjort målinger av antall pasienter uten pasientidentitetsarmbånd i forbindelse med prøvetaking og røntgenundersøkelser på Rikshospitalet, Ullevål og Radiumhospitalet.

	1.måling			2. måling			3.måling			4. måling		
	Antall pas	Antall rekv	%	Antall pas	Antall rekv	%	Antall pas	Antall rekv	%	Antall pas	Antall rekv	%
ARN Rikshospitalet	84	4518	1,86	58	3619	1,6	12	3165	0,38	25	4049	0,62
ARN Ullevål	56	4949	1,13	17	4514	0,38	30	3874	0,77	26	4923	0,53
MBK Rikshospitalet	194	12493	1,55	66	12373	0,53	33	12426	0,27	28	10874	0,26
MBK Radiumhospitalet	31	1651	1,88	13	2103	0,62	8	2128	0,38	8	2375	0,34

Tabell 10. Antall innlagte pasienter uten korrekt pasientidentitetsarmbånd registrert i forbindelse med en prøvetaking eller røntgenundersøkelse. Enkelt pasienter uten armbånd kan ha bli registrert flere ganger.

1. Måling ble utført våren 2013 før kampanjestart
2. Måling ble utført i oktober til november 2013 etter kampanjestart der en delte ut informasjonsbrosjyrer og plakater, samt satte opp roll-ups i fellesarealer
3. Måling ble utført som en første kontroll etter kampanjeperioden
4. Måling ble utført som en kontroll i uke 42, 43 og 44 i 2015. Målingen viser at effekten av tiltakene fortsatt er god selv ett år etter at kampanjen ble avsluttet

Den vedvarende gode effekten kan forklares ved at området fortsatt får månedlig fokus gjennom oppfølging av sykehusets Handlingsplan for pasientsikkerhet.

Sikre overføring av kritiske data ved overføring av pasientansvar

Målet er å tilstrebe at telefonhenvendelser og rapporter blir gitt strukturert og med tilstrekkelig innhold. Tiltaket er å innføre metode for sikker konsultasjon/ rapportering av kritiske data (ISBAR med SALSA).

Metoden er nå langt på vei innført ved en rekke avdelinger i alle klinikker, men innføringsstatus er ikke etterspurt ennå.

Metoden vil antatt bli innlemmet som en ny tiltakspakke i det nasjonale pasientsikkerhetsprogram i løpet av 2016.

3.10 Pasientsikkerhetsvisitter

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

Administrerende direktør har i tredje tertial gjennomført pasientsikkerhetsvisitter på følgende enheter:

- Elektroavdelingen, Ullevål
- Ortopedisk sengepost, Ullevål
- Føde/barsel A, Ullevål
- Nevrokirurgisk poliklinikk, Ullevål
- Obduksjonsenheten, Ullevål
- Histologilaboratoriet, Ullevål

Totalt 29 tiltak er planlagt innenfor følgende problemområder:

- Gjennomgang av intern organisering for bedret utnyttelse av ressursene og økt fokus på tverrfaglighet, samarbeid og kommunikasjon
- Behov for bedre rutiner rundt samarbeid med andre klinikker
- Det tas initiativ til bedret samarbeid med andre helseforetak og andre eksterne aktører innenfor konkrete problemstillinger
- Internrevisjon
- Tiltak rettet mot kompetanseheving
- Sikre bedret systematikk i pasientsikkerhetsarbeidet
- Ta i bruk brukerundersøkelser
- Behov for utskifting av diverse utsyr, blant annet fødesenger, CTG apparater og obduksjonsbord
- Vurdere muligheten for å kunne tilby lystgass til fødende
- Bedret tilgangskontroll
- Økt bemanning fødselslege og jordmødre
- Prosjekt vedrørende sentralisering av storlab
- Areal og bygningsmasse

Det er planlagt 8 pasientsikkerhetsvisitter i regi av Administrerende direktør i første halvår 2016.

3.11 Klage og tilsynssaker om forsvarlighet i pasientbehandlingen

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

	2013	2014			2015		
	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3
Fra Fylkesmannen	50	33	57	45	43	39	51
Fra Pasientombud	21	26	19	26	21	21	17

Tabell 11. Nye klager og klagerelaterte saker. Kilde: Avvikssystemet Achilles.

Fylkesmannens konklusjoner i tilsynssaker som er avsluttet i perioden:

	3. tertial 2014		1. tertial 2015		2. tertial 2015		3. tertial 2015	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerking	13	33 %	12	44 %	12	44 %	19	53 %
Avsluttet med anmerking	3	8 %	10	37 %	10	37 %	3	8 %
Brudd på informasjonsplikt	1	3 %	0	0 %	0	0 %	1	3 %
Brudd på pasientrettigheter	1	3 %	0	0 %	0	0 %	2	6 %
Brudd på krav til journalføring	1	3 %	0	0 %	0	0 %	1	3 %
Brudd på forsvarlighet	21	53 %	5	19 %	5	19 %	10	28 %
Brudd på taushetsplikt	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
SUM	40	100 %	27	100 %	27	100 %	36	100 %

Tabell 12. Fylkesmannens konklusjoner i avsluttede klagesaker.

Sykehuset har mottatt 36 avsluttede tilsynssaker fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus eller Statens helsetilsyn, hvorav 14 med brudd på helselovgivningen i tredje tertial.

Sykehuset har rutiner for å gjennomgå og drøfte et utvalg enkelte av sakene på ledermøtet etter avsluttet tertial med fokus på forbedring og iverksetting av tiltak. Nytt fra 2015 er at sykehuset følger opp hva klinikkene har gjort av forbedringsarbeid i disse tilsynssakene der det er påvist brudd på helselovgivningen.

Saker der tilsynsmyndigheten konkluderer med lovbrudd:

1. Brudd på forsvarlighetskravet grunnet mangelfull oppfølging etter pancreastransplantasjon. Klinikken har beklaget og endret sine retningslinjer.
2. Brudd på helseforskningsloven. En pasient oppdaget at det ble tatt blodprøver til forskningsbruk uten at denne var informert og hadde samtykket. Rutinene for samtykke er innskjerpet.

3. Å avvise henvisninger dersom pasienten ikke har vært til undersøkelse hos privatpraktiserende spesialist ga brudd på pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2.
4. En klage fra foreldre på at melding til barnevernet var på uriktig grunnlag fikk medhold. Brudd på taushetsplikt, brudd på bestemmelsen om opplysningsplikt til barnevernet og brudd på plikten til å ha internkontrollsystemer. Fylkesmannen forventer svar på hva avdelingen har gjort.
5. Klage fra pasient over at hun ble avvist fra Oslo universitetssykehus HF og henvist til Akershus universitetssykehus HF mens hun var i fødsel. To ansatte ble vurdert i forhold til kravet om forsvarlighet i Helsepersonelloven, og en ansatt fikk brudd på dette kravet.
6. Klage på manglende utredning og behandling innen psykisk helsevern. Uenighet om diagnose og bruk av tvang. Fylkesmannen konkluderer med brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven.
7. Alvorlig selvmordsforsøk der en pasient hoppet ut fra en bygning på Ullevål mens pasienten var innlagt til behandling for depresjon. Fylkesmannen konkluderer med brudd på journalforskriften og internkontrollforskriften.
8. Brudd på Psykisk helsevernloven. For mye bruk av mekaniske tvangsmidler (belter) ovenfor en pasient.
9. Klage fra pasient over mangelfull oppfølging av sin aortastenose. Fylkesmannen konkluderer med brudd på forsvarlighetskravet.
10. En pasient som var innlagt med magesmerter uten sikre funn, ble henvist til koloskopi, men henvisningen ble borte. Pasienten purret, og ca. syv måneder senere ble det påvist kreft som ikke kunne opereres. Sykehuset mener dette kan skyldes hvordan journalsystemet (DIPS) behandler interne henvisninger. Fylkesmannen ber Oslo universitetssykehus HF på denne bakgrunn om sykehusets vurdering av risiko for at noe tilsvarende vil kunne skje med DIPS, og om det er tiltak som bør iverksettes for å hindre tilsvarende svikt og ber om tilbakemelding innen 1. desember 2015.
11. Brudd på kravet til pasientinformasjon og kravet til journalføring i forbindelse med innoperering av nervestimulator som ikke fungerte tilfredsstillende. De unngikk å opplyse pasienten om feilen og journalførte heller ikke hva svikten bestod i. En lege fikk i tillegg brudd på forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven fordi ikke antikoagulantia (Marevan) ble dosert på en forsvarlig måte, og pasienten fikk atrieflutter der det ble påvist en trombe i hjertekammeret.
12. En gjenglemt 56 cm lang ståltråd i aorta etter innleggelse av et kateter. Fylkesmannen konkluderer med brudd på forsvarlighetskravet. Sykehuset endrer sine rutiner til alltid å ta røntgen etter bruk av kateter og alltid dokumentere at mandrengen er fjernet.
13. Samtidskonflikt på operasjonsstuen som medførte at en pasient måtte vente altfor lenge på operasjon. Sykehuset har gjennomgått saken og det er utarbeidet nye klarere rutiner for håndtering av samtidighetskonflikter.
14. En pasient som fikk utført fedmekirurgi i 2013 ble dårlig postoperativt. Man greidde ikke flytte raskt nok til Ullevål eller Rikshospitalet for reoperasjon. Pasienten døde. Statens helsetilsyn konkluderer med brudd på forsvarlighetskravet og brudd på internkontrollkravet, og ber sykehuset utarbeide en handlingsplan som skal sendes Statens helsetilsyn innen 1. februar 2016.

3.12 Etikk (Klinisk etikk komité)

Klinisk etikk komité skal bidra til at vanskelige spørsmål blir gjenstand for grundig gjennomtenkning, at pasienter/pårørende som er i tvil om avgjørelser skal kunne få drøftet disse, og at sykehusets ansatte skal ha et åpent «refleksjonsrom» for vanskelige og krevende avgjørelser. Arbeidet er organisert med en sentral- og tre lokale komiteer.

Drøftinger

Klinisk etikk komité har i perioden hatt 4 drøftinger av saker med følgende tematikk:

- Pasient med samtykkekompetanse møter ikke til behandling.
Når en pasient blir oppfattet å være samtykkekompetent, men allikevel ikke møter til behandling for alvorlig lidelse som kan helbredes med behandling, oppleves det som svært vanskelig for behandlerne å ikke foreta seg noe. Tvangsbehandling var det neppe grunnlag for. Ulike måter å forsøke å få til en ny allianse med pasienten ble drøftet.
- Pasient med usikker samtykkekompetanse med psykiatrisk diagnose nekter utredning og behandling. Virker konsistent i sitt ønske om å legge sin skjebne til høyere makter, og nekter videre utredning og behandling selv om det er gode muligheter for helbredelse. Det er tvilsomt om ønske er basert på et reelt samtykke. Problemstillingen er velkjent. Man kan tenke seg et tvangsvedtak for å få en sikker diagnose, men vil det hjelpe på pasientens behandlingsevillighet? Kanskje tvert i mot og en langvarig kreftbehandling under tvang vil uansett være vanskelig gjennomførbar, både av hensyn til pasientens opplevelse av langvarig tvang og manglende fasiliteter for slik behandling. Klinisk etikk komité oppfordret til å forsøke å bygge en allianse, via andre behandlere rundt pasienten. Pasienter med psykiatriske lidelser har høyere kreftdødelighet enn andre, selv om ikke kreft rammer denne gruppen hyppigere.
- Alvorlig syk pasient uten samtykkekompetanse og forståelse for situasjonen. Det dreier seg om rutinemessig høsting av egg i forkant av behandling. Man vet ikke sikkert hva hun selv ville ønsket, selv om pårørende kommer med sine opplysninger. Inngrepet innehar en viss risiko og belastning. Så lenge man ikke vet hva pasienten ønsker, tar man fra henne muligheten til å velge i ettertid hvis man ikke foretar inngrepet. Belastningen kan reduseres ved at inngrepet foretas samtidig med annen undersøkelse, og risikoen er antatt svært liten. Under drøftingen kom det frem at man vanskelig fant noen god grunn til å fravike rutinen.
- Informasjon til pasienter.
Den etiske problematikken ligger i hvorvidt pasienter skal informeres om mulige komplikasjoner eventuelt smitte, som det er svært liten sannsynlighet for og som det eventuelt ikke vil ha noen praktisk betydning få vite om på forhånd. Slike vurderinger må klinikere gjøre hele tiden. Åpenhet i helsevesenet, - pasientens rett til informasjon er av det gode. Men for pasienter kan åpenheten ha sin pris hvis helsepersonell over-informerer for sikkerhetsskyld, for å ha «ryggen fri». Det er en balanse i dette som man ikke må miste av syne, selv om helselovgivningen presiserer åpenhet.

Seminar

Klinisk etikk komité arrangerte seminar om «Filming av pasienter» 7. oktober 2015 på Ullevål. Klinisk etikk komité har lenge har vært opptatt av kommersiell filming av pasienter til bruk i for eksempel TV serier, fordi det er etisk problematisk. Personvern, «frivillig» samtykke, samtykke på barns vegne, senvirkninger av å bli eksponert i media er noen av utfordringene i dette. Komiteen har også blitt kontaktet av klinikere som har opplevd en slags forventning om at de skal åpne opp for filming i sin klinikk/avdeling og bedt om klarere ansvarslinjer og en overordnet strategi på dette. Seminaret ble godt mottatt, 50-60 deltagere og temaet ble tatt videre til det sentrale pasientsikkerhets utvalg 24. november 2015. Prosedyren «fotografering og filming» revideres på bakgrunn av innspill i kvalitetsutvalget og det skal dannes et bredt sammensatt råd som skal vurdere alle forespørsler om filming.

Presentasjoner

Klinisk etikk komité ledere og andre medlemmer har presentert arbeidet internt på sykehuset ca. 15 ganger. Det har vært på fagdager, nyansatt kurs, brukerutvalgssamling, sentralt pasientsikkerhetsutvalg m.m.

Eksternt har komiteens medlemmer undervist om arbeidet på kurs i legeföreningen, videreutdanning på Lovisenberg sykehus, Røde Kors arrangement og på en internasjonal konferanse i Kuala Lumpur «Bioethics and professional practice».

3.13 Metodevurdering

En mini-metodevurdering er en forenklet metodevurdering, som utføres lokalt på sykehusene. Mini-metodevurderinger kan benyttes for medisinsk utstyr og prosedyrerelatert diagnostikk og behandling, og utføres lokalt på sykehuset av de ansatte. Mini-metodevurdering utføres når det er klinisk relevant usikkerhet eller faglig uenighet vedrørende effekt eller sikkerhet ved en ny metode, eller når innføring av metoden reiser etiske spørsmål. Formålet med mini-metodevurderinger er å gi et bedre grunnlag for riktige beslutninger vedrørende innføring av nye metoder på et sykehus.
Kilde: Helsedirektoratet

Oslo universitetssykehus HF implementerte bruk av mini-metodevurdering i tråd med oppdragsdokumentet om dette i 2013. Det er opprettet et internt «Råd for metodevurdering» som godkjenner nye arbeider og vurderer ferdige metodevurderinger før beslutning i lederlinjen. Her er alle klinikker representerte og det er nå bare en klinikk som ikke har utført mini-metodevurdering.

Det er totalt gjennomført 18 mini-metodevurderinger siden oppstart av arbeidet i 2013 og det er flere nye metoder under vurdering. Oslo universitetssykehus HF har vært ledende innen implementering av mini-metodevurderinger, og har fått viktige erfaringer som vi aktivt deler med andre sykehus og ansvarlige i helseforvaltningen.

Erfaringene hittil er at lederlinjen etterspør metodevurderinger som beslutningsgrunnlag, og en oppdatert kunnskapsoppsummering gir det aktuelle ledermøtet et blikk inn i aktuell klinisk problematikk.

I sykehusets handlingsplan er det fastsatt at man ikke innfører nye metoder før de er vurderte i en strukturert metodevurdering. Sykehuset har også funnet det nyttig å vurdere mini-metodevurderinger utført ved andre sykehus.

Klinikk/HF	Innmeldte	Ferdige	Avviste	Under utarbeidelse	Til full metodevurdering
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	3	1		2	
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	13	9	3	0	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	4		3		1
Oslo sykehuservice	2	1		1	
Hjerte-, lunge- og karklinikken	2			2	
Kvinne- og barneklinikken	4	2		1	1
Medisinsk klinikk	5	3		2	
Akuttklinikken	2	2			
Klinikk psykisk helse og avhengighet	2		2		
Sum	37	18	8	8	3
Andre Helseforetak		9			

Tabell 13. Mini-metodevurderinger behandlet i Råd for metodevurdering ved Oslo universitetssykehus HF

På bakgrunn av sykehusets erfaringer har Helse Sør-Øst RHF etablert en regional kompetansetjeneste for metodevurdering ved Oslo universitetssykehus HF. Hovedoppgaven for kompetansetjenesten er å formidle og bygge opp kompetanse i helseforetakene. Dette gjøres gjennom metodestøtte, rådgivning, veiledning og drift av et faglig nettverk/referansegruppe der man har gjennomført to vellykkede halvdagsseminarer gjennom året. Dessuten har man lagt ned et betydelig arbeid i å etablere og formidle kontakt med relevante fagpersoner til å fylle rollen som fagekspert i ulike faser av nasjonale metodevurderinger.

I 3. tertial har kompetansetjenesten deltatt i arbeidet med videreutvikling av mini-metodevurderinger i en arbeidsgruppe i Kunnskapscenteret der man særlig har sett på:

1. Behov for å tydeliggjøre kriterier for medisinsk utstyr som bør til metodevurdering, og kanalisering til lokalt eller nasjonalt nivå
2. Mulighet for medisinsk utstyersindustri til å melde inn forslag om mini-metodevurderinger
3. Etablering av samarbeid med Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Noklus)
4. Behov for oppdatering av skjema og veileder for mini-metodevurdering

3.13.1 Kunnskapsbaserte fagprosedyrer

En prosedyre er et dokument som angir fremgangsmåte for å utføre en aktivitet eller en prosess. En fagprosedyre omhandler medisinske og helsefaglige aktiviteter eller prosesser i helsetjenesten. En fagprosedyre bør knyttes til pasientinformasjon og være basert på det samme kunnskapsgrunnlag. En kunnskapsbasert fagprosedyre er utarbeidet etter minstekravet for fagprosedyrer beskrevet på www.fagprosedyrer.no.

Sykehuset arbeider aktivt med at faglige prosedyrer og retningslinjer skal knyttes til og ha samme kunnskapsgrunnlag som pasientinformasjon om samme tema. Oslo universitetssykehus HF er ledende på forbedringsarbeid innen faglige prosedyrer og retningslinjer.

De fleste avdelinger i sykehuset er nå i gang med å lage en kunnskapsbasert, faglig prosedyre eller retningslinjer med pasientinformasjon. I tillegg pågår det et arbeid med oppdatering av de prosedyrer som allerede er laget og flytting av stadig flere dokumenter fra nivå 2 til nivå 1 slik at vi får færre og bedre dokumenter og mer lik praksis.

Parallelt skolerer stadig flere ansatte og ledere i kunnskapsbasert arbeidsmetode og fire avdelinger arbeider systematisk med å gjøre dette til en vanlig arbeidsmetode i avdelingen.

Planlegging av nye arbeider med kunnskapsbaserte prosedyrer med pasientinformasjon i avdelingene skal i det videre baseres på fagfelt og oppgaver der det er mange avvik og klager.

Oslo universitetssykehus HF har i flere år holdt kurs i implementering. Dette arbeidet skal videreføres i samarbeid med andre aktører i sykehuset slik at sykehuset får gode rutiner når det gjelder implementering.

I 2016 skal innførte nye metoder (etter metodevurderinger) som rutine beskrives i kunnskapsbaserte prosedyrer med pasientinformasjon i forbindelse med implementering.

3.14 Pasientforløpsarbeidet

Fokuset i tredje tertial har vært implementering av 14 nye pakkeforløp fra 1. september, samt oppfølging av de 14 pakkeforløpene som ble implementert 1. januar og 1. mai.

For hvert pakkeforløp angis nasjonal norm for forløpstider fra mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten til start utredning/pasientframmøte, til beslutning om behandling og til oppstart av behandling. Disse tidene skal registreres i DIPS, bli monitorert og rapportert til Norsk pasientregister (NPR), og senere bli publisert. I de 14 første pakkeforløpene som ble implementert i 1. januar og 1. mai, er registrering av forløpstider godt i gang. Det ble i løpet av høsten gjennomført kurs i registrering av forløpstider for de 14 pakkeforløpene som ble implementert 1. september. Flere av de siste pakkeforløpene er også godt i gang med registreringen av målepunkter, mens det

gjenstår å komme i gang med registreringen i enkelte avdelinger. Involverte i disse pakkeforløpene vil bli fulgt tett i løpet av vinteren 2016 for å sikre at kodingen av forløpstider også i disse pakkeforløpene er iverksatt. De 14 siste pakkeforløpene som ble implementert 1. september er i en pilotfase i 3. tertial 2015, og indikatorene publiseres først i 2016.

De første rapportene fra dette arbeidet viser at sykehuset er godt i gang spesielt med forløpene for tykk- og endetarmskreft og for lungekreft, men har større utfordringer innen andre forløp, spesielt innen brystkreft, prostatakreft og de tre gynekologiske pakkeforløpene. I arbeidet med standardiserte forløp er det tydeliggjort fortsatt kapasitetsutfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og kirurgisk behandling. Det arbeides med tiltak for å bedre situasjonen. Det er for tidlig å si noe helhetlig om erfaringene med pakkeforløpene, men tilbakemeldingene så langt er at det fungerer godt for de pasientene som er omfattet av ordningene og at det fører til ryddighet og bedre pasientforløp.

Resultatene skyldes i stor grad engasjementet til forløpskoordinatorerne. Forløpskoordinatorerne har en sentral oppgave i å være et kontaktpunkt mot pasientene og samordne forløpene på tvers av de ulike lokaliseringene og avdelingene i sykehuset. Mange av pakkeforløpene er svært komplekse og involverer flere lokalisasjoner, noe som krever betydelig koordineringsressurser, både innad i sykehuset, men også mot andre sykehus og fastlegene.

27 av pakkeforløpene har nå fått på plass forløpskoordinatorer som loser pasientene gjennom systemet. Kun ett av forløpene, pakkeforløp metastaser med ukjent utgangspunkt, mangler denne funksjonen, men det arbeides med å få denne på plass.

Forløpskoordinatorrollen er en sårbar funksjon ved sykehuset i dag, og det er foreløpig få slike koordinatorer i de ulike pakkeforløpene. Ved fravær (ferie, sykdom), er det krevende å få andre til å ta arbeidsoppgavene til forløpskoordinatorer og spesielt følge opp telefonkontakten med pasientene. Det er opprettet enkelte nye slike stillinger etter innføringen av pakkeforløpene, men flertallet av forløpskoordinatorfunksjonene er innarbeidet i allerede etablerte pasientkoordinatorressurser. Oversikt over pakkeforløpene med henvisnings- og kontaktinformasjon til involverte avdelinger og forløpskoordinatorer er publisert på sykehusets nettsider.

Registreringen av pakkeforløpsmålepunkter i DIPS er ressurskrevende og er en ny oppgave som er tillagt forløpskoordinatorerne. I DIPS Arena er det utviklet funksjonalitet som bedre støtter registrering av pakkeforløp, som forventes å testes for sykehuset i februar 2016. Det er utformet lokalt prosjektforslag til i bruktagning av denne funksjonaliteten, men implementeringen må koordineres med oppgradering av teknisk plattform (oppgradering til Windows 7 i IMP-prosjektet).

Et fåtall av henvisningene sykehuset mottar enten fra fastleger, avtalespesialister eller andre sykehus, er merket med «pakkeforløp kreft». Vurderingsansvarlig lege ved sykehuset skal vurdere om det likevel er begrunnet mistanke om kreft i henvisningen. Hvis det er det, skal pasienten inkluderes i et pakkeforløp. Foreløpig har ikke alle vurderingsansvarlige leger fått opplæring i registrering av pasienter i pakkeforløp, det er noe sykehuset må jobbe videre med.

Ansvar for gjennomføring av de ulike pakkeforløp ligger i dag i linjeledelsen. De enkelte avdelingsledere har således ansvar for «sin del» av pakkeforløpet. Når forløpene strekker seg over flere avdelinger og klinikker, gir dette en utfordring for gjennomføring av helheten i pakkeforløpene. Det er derfor behov for etablering av en struktur på tvers av linjeledelsen. Det ble i sykehusets ledermøte 10. februar 2015 besluttet å etablere et forløpsteam/en forløpsledelse i sykehuset for hvert pakkeforløp.

En slik forløpsledelse er opprettet i 27 av 28 pakkeforløp (gjenstår for pakkeforløp for metastaser med ukjent utgangspunkt). Det er gjennomført oppstartsmøter i forløpsteamene for pakkeforløpene som ble igangsatt 1. mai og tilsvarende oppstartsmøter gjennomføres i november, desember og januar for de 14 siste pakkeforløpene som ble implementert 1. september. I de fire første pakkeforløpene (bryst-, lunge, prostata- og tykk- og endetarmskreft) som ble implementert 1. januar, er forløpsledelsen for det enkelte pakkeforløp godt etablert. I disse teamene gjennomgås jevnlig rapportene fra NPR, kapasitets- og kvalitetsmessige utfordringer vurderes og det har vært iverksatt enkelte kvalitetsforbedrende tiltak.

Også ved andre sykdommer er det behov for å implementere bedre pasientforløp. I Danmark har arbeidet med kreftforløpene hatt en positiv, smittende effekt på enkelte andre pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF har nå iverksatt et arbeid for utarbeidelse av standardisert pasientforløp for Alkoholisme. Oppstartsmøte for dette arbeidet var høsten 2015.

3.15 Samhandling

Tjenesteavtaler

Arbeidet med å få på plass underavtaler tilknyttet tjenesteavtaler for ulike fagområder har fortsatt stort fokus. Helt siden samarbeidsavtalene ble inngått i 2012, har det vært et mål å ha avtalelighet i hele Oslo. Dette er viktig fordi bydelene forholder seg til flere sykehus avhengig av pasientens diagnose og alder.

Det arbeides også med å sikre at avtalene skal ha et tydelig utviklingsfokus knyttet til pasientforløpsarbeidet. På denne måten vil avtalene i større grad kunne benyttes som strategiske virkemiddel i samhandlingen. Samarbeidsutvalget har i perioden etablert en arbeidsgruppe med representanter fra de fire sektorsykehusene i Hovedstadsområdet og Oslo kommune for å gå gjennom det som til nå er utarbeidet av underavtaler, samt komme med forslag til hvordan avtalene kan implementeres. Det er foreløpig ikke fremlagt endelig rapport fra dette arbeidet.

En forpliktende samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF om svangerskaps, fødsels og barselomsorg er vedtatt i Direktørmøte for sykehusets sektor. Arbeidet har tatt utgangspunkt i Områdeplan for Oslo universitetssykehus HF opptaksområde 2013- 2017. Samarbeidsutvalget i Hovedstadsområdet har gitt sin tilslutning til avtalen.

Ytterligere en underavtale er vedtatt i Direktørmøte for Oslo universitetssykehus sektor:

«Avtale om fordeling av ansvar og utgifter – ledsagelse av kjent personell som er nødvendig av hensyn til gjennomføring av helsehjelpen»

Formålet med avtalen er å klargjøre fordelingen av ansvar, dekning av utgifter og fremgangsmåte når pasienten har behov for ledsagelse av kjent personell i forbindelse med innleggelse i sykehus.

Pasientens egne ønsker når det gjelder bistand fra pårørende under sykehusoppholdet skal respekteres så langt som mulig. Samarbeidsutvalget for Hovedstadsområdet har gitt sin tilslutning til avtalen.

3.16 Pasienter til behandling i utlandet – håndtering på vegne av Helse Nord RHF

Oslo universitetssykehus HF håndterer søknader om behandling i utlandet (på grunn av manglende adekvat helsetilbud i Norge) for Helse Sør-Øst RHF. Oppgaven innebærer saksbehandling av søknader i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven, klagesaksbehandling, koordinering av behandlingen i utlandet, samt økonomisk oppgjør med de utenlandske institusjonene.

Helse Sør-Øst RHF har også bedt Oslo universitetssykehus HF om å håndtere den såkalte «protonbroen» for regionens pasienter. Protonbroen ble etablert av Helsedirektoratet og de fire regionene i 2014, og innebærer at norske pasienter som har behov for protonterapi får dette tilbudet i utlandet.

Helse Nord RHF besluttet i 2015 at de ønsket at Oslo universitetssykehus HF skulle håndtere den administrative siden av protonbroen for sine pasienter, og fra 1. januar 2016 håndterer sykehuset også søknadene for disse pasientene. Helse Nord RHF kjøper denne tjenesten gjennom avtale forankret hos Helse Sør-Øst RHF.

3.17 Pasientinformasjon

Sykehusets primære målgruppe er pasientene og deres pårørende. Flertallet av pasientene er aktive brukere som ved hjelp av god informasjon selv ønsker å ta ansvar for å fremme egen helse. God pasientinformasjon vil gi befolkningen økt kunnskap om og realistiske forventninger til tilbud, behandling og pasientrettigheter.

Pasientinformasjon på sykehusets nettsider

Sykehusets hjemmesider, www.oslo-universitetssykehus.no, skal være et sted der pasienter, pårørende, helsepersonell og andre fagfolk, samt mediene, finner den informasjonen og de tjenestene de trenger i sin kontakt med sykehuset. Nettsidene skal sikre at brukerne kan holde seg oppdatert og finne relevant, kvalitetssikret og tilgjengelig (helse)informasjon om sykehuset.

Status for den medisinske pasientinformasjonen som er publisert på sykehusets internettsider er ved utgangen av tredje tertial 2015:

- 500 diagnoser (økt med 47 siden 2. tertial 2015)
- 185 undersøkelser (økt med 16 siden 2. tertial 2015)
- 362 behandlinger (økt med 125 siden 2. tertial 2015)
- 8 pasientforløp (økt med 1 siden 2. tertial 2015)

Pilot for pasientinformasjon

I 2. tertial 2015 ble det igangsatt et pilotprosjekt i to klinikker (Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken og Klinikk psykisk helse og avhengighet) for å styrke pasientinformasjonen på sykehusets nettsider. Hovedformålet er å oppdatere og kvalitetssikre informasjon til pasientene innen diagnose, undersøkelse og behandling. Arbeidet har vært intensivert i 3. tertial.

Per 8. desember 2015 har pilotarbeidet gitt en betydelig økning i antall kvalitetssikrede pasientinformasjonstekster på nett (dette gjenspeiles også i totaltallene over):

- 55 nye/reviderte tekster i Klinikk psykisk helse og avhengighet
- 198 nye/reviderte tekster i Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken

Evaluering av prosjektene med anbefaling for videre arbeid, presenteres på ledermøte i februar 2016.

Kommunikasjonsstrategisk satsing på ungdomshelse

Ungdomshelse har vært et strategisk satsingsområde for kommunikasjonsarbeidet i 2015. Valg av tema har dels sin bakgrunn i den nasjonale satsingen på ungdomshelse, dels et internt fokus på ivaretagelse av unges særskilte behov under sykehusoppholdet. I samarbeid med fagmiljøet og ungdomsrådet er det arbeidet spesielt med følgende tiltak:

- Utvikling av en nettbrettapplikasjon for pårørende barn/ungdom basert på boka «Meg også - bok til barn og ungdom som opplever sykdom i familien». Applikasjonen ble utviklet høsten 2015 og lanseres i februar-mars 2016. Utviklingen av applikasjonen er organisert som et tverrfaglig prosjekt med stor grad av brukermedvirkning, delvis finansiert med midler fra Extrastiftelsen.
- Nye nettsider for ungdom ved Oslo universitetssykehus HF. I tett dialog med Ungdomsrådet ble nye nettsider for ungdom publisert i desember 2015. Disse skal brukertestes før det legges opp til en større lansering under Ungdomshelseuka i april 2016 (se under). De nye nettsidene er i stor grad visuelle med bruk av film og foto. Det pågår et parallelt arbeid for å integrere psykisk helse, samt å oppgradere sykehusets nettsider for barn.
- Ungdomshelseuka 2016. Det er nedsatt et eget prosjekt som står ansvarlig for å arrangere en ungdomshelseuke ved sykehuset i april 2016.

Se også kapittel 4.2

3.18 Samhandling

3.18.1 Status for pågående samhandlingsprosjekt

Ambulerende palliativt team

Det arbeides fortsatt med videreføringen av prosjektet ambulerende palliativt team. Det vil bli lagt frem sak til Oslo universitetssykehus ledermøte med anbefaling om å etablere et ambulerende palliativt team som en del av daglig drift i løpet av februar 2016. For å

styrke sykehusledelsens beslutningsgrunnlag, er det utarbeidet et notat med særlig vekt på estimering av personellbehov for en palliativ, ambulerende virksomhet som har som mål å sikre lengre hjemmetid for alvorlig syke og økte muligheter for trygg hjemmedød. Her blir det også redegjort for et estimat av inntektsanslag. Inntekter kan komme fra takstsystemet, eventuelle kommunalt bidrag og ved eventuelle omorganiseringer av eksisterende personellressurser i aktuell avdeling ved sykehuset.

Tverrfaglig familiestøtte

Tverrfaglig familiestøtte er et samhandlingsprosjekt mellom Bydel Sagene, Barne -og familieetaten og Oslo universitetssykehus HF.

Ved siden av informasjonsrunder om tilbudet ute i bydel og aktuelle møteplasser, og rekruttering, arbeides det med hvordan prosjektet kan evalueres og implementeres, både med tanke på forebygging og nytteverdi for den enkelte bruker. Det er planlagt en undersøkelse på Sagene helsestasjon ved bruk av TWEAK skjema (utviklet for å kartlegge bruk av alkohol hos gravide). Ønsket er å få et tall på hvor mange gravide i bydelen som er i målgruppen for prosjektet.

Prosjektet søkte om tilskudd fra Helsedirektoratet 2015; Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte behov for tjenester og barn og unge med sammensatte hjelpebehov – psykisk helse og rus. Prosjektet fikk tildelt 1,1 millioner kroner. Tilbudet er under kontinuerlig evaluering og utvikling og det vurderes økt bruk av ressurser i teamet for å kunne være et lavterskeltilbud med kort ventetid.

Tilbudet er tenkt å kunne etableres også i andre bydeler.

«Vel hjem»- Brukersentrerte tjenester for den multisyke pasient

Prosjektet tar utgangspunkt i den multisyke pasienten som har sykdom i flere organsystemer og som krever aktiv behandling. Til nå har det blitt vektlagt tilnærminger som primært tar utgangspunkt i enkeltdiagnoser. Å fokusere på det sammensatte bildet krever en ny tilnærming.

Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus HF, Oslo kommune og Sykehusapotekene HF. Prosjektet er tildelt midler fra Samarbeidsutvalget og vil pågå frem til desember 2017.

Prosjektet vil se på hvordan primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste sammen med pasienten kan legge til rette for behandlingen. Fokuset vil være på det som pasienten oppfatter som viktig for sitt liv og sin funksjon.

Formålet er å sikre målrettede tjenester til denne pasientgruppen for å se om dette bidrar til økt tid hjemme mellom sykehusinnleggelsene for den enkelte pasient. Det er etablert prosjektorganisasjon, og iverksatt et forprosjekt som vil danne baseline for prosjektet. Formål med forprosjektet er:

1. Kostnadsberegne 4 multisyke pasienters forbruk av helsetjenester i et gitt tidsrom
2. Oppbygging av en økonomisk simuleringsmodell på basis av disse 4 pasientcasene
3. Kartlegge de 4 pasientenes behov for helsetjenester
4. Gi innspill på utfordringer i pasientforløpet for denne pasientgruppen. Disse skal igjen brukes som innspill på tiltak til forbedringer

Resultater fra forprosjektet vil foreligge ved utgangen av februar

Ambulante foreldreveiledningsteam

Ambulante foreldreveiledningsteam er et samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune

Sykehuset tilbyr årlig veiledning til ca 300 barn og unge bosatt i Oslo kommune med nevrologisk betingede utviklingsforstyrrelser, atferdsvansker og store sammensatte vansker. Dette er vansker som krever andre foreldreferdigheter enn det som er vanlig. For omtrent halvparten av disse barna er foreldreveiledning en del av henvisningsgrunnlaget. Familiene det dreier seg om vil i perioder har behov for intensiv bistand og oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Dette er imidlertid barn med langvarige oppfølgingsbehov og hvor det er viktig for mor og far at barnet bor hjemme.

På denne bakgrunn er det behov for å etablere og prøve ut et ambulerende foreldreveiledningsteam som et lavterskeltilbud. Teamet må etableres som et samhandlingsteam med ressurser både fra spesialisthelsetjenesten og fra bydelene. Prosjektet ble i juni tildelt midler fra Samarbeidsutvalget i Hovedstadsområdet. Prosjektplan er utarbeidet, prosjektorganisasjon er satt og implementeringsplan er skrevet. Prosjektperiode høst 2015 - høst 2017.

Prosjekt Sykehuspraksis

Prosjekt Sykehuspraksis, som består av kompetanseutveksling mellom sykehus og sykehjem, er i avsluttende fase.

Informasjon om resultater fra Questback og andre målinger:

Det er positive tilbakemeldinger både fra fag- og ressurspsykepleiere i sykehjem og de sykepleiere i sykehjemmene som har deltatt på aktiviteter som internundervisning. I alt 75 % av fag- og ressurspsykepleierne sier at det har lært mye i forhold til å undervise og veilede andre sykepleiere og blitt tryggere i rollen.

Fagsykepleierne som har deltatt fra sykehuset er ikke like positive, men over halvparten uttaler at de har lært noe som er nyttig. Alle har fått ny innsikt og kunnskap om hvordan det er å jobbe som sykepleier i sykehjem.

Konklusjonen er at sykepleierne både fra sykehuset og sykehjemmene er fornøyde med hospitering og internundervisning.

Ellers har det vært en gjennomgang av hvilke utfordringer de har på sykehjemmene: For dårlig legedekning og mye fravær blant legene er et problem i den daglige driften. Sykepleierne føler at de står mye alene i situasjoner med dårlige pasienter, samtidig med at de opplever press fra pårørende som vil ha sine innlagt i sykehus. Kunnskap er avgjørende for å kunne gi både pasienter og pårørende trygghet og stole på de avgjørelser som tas ved sykehjemmet.

Det er etablert et fagnettverk bestående av sykepleiere fra sykehuset og sykehjemmene som deltok i prosjektet. Fagnettverkets videre drift i 2016 er under planlegging samtidig med at det skal skrives sluttrapport for prosjektet.

3.18.2 Praksiskonsulentordningen

Fra 1. november 2015 er det i sykehuset tilsatt samhandlingsoverlege/praksiskoordinator i 100 % stilling og praksiskonsulent i 20 % stilling.

Praksiskoordinatorerne har gjenopptatt produksjon av informasjonsbladet «Fastlegenytt», som i tillegg til fastleger også sendes til andre leger i kommunehelsetjenesten i Oslo (sykehjemsleger, legevakt og kommunal akutt døgnetenhet).

Praksiskoordinatorerne deltar i forløpsprosjektet «Vel hjem» (foreløpig prosjektplanlegging) med særlig oppgave å synliggjøre fastlegens bidrag i pasientforløpene. Praksiskoordinatorerne vil bruke nettverksarbeid og etablerte møteplasser for å sikre fastlegenes medvirkning og felles eierskap til tiltakene som skal prøves ut.

Praksiskoordinatorerne deltar i arbeidsgrupper i Center For Connected Care (C3). Det er satt et særlig fokus på utbredelse og korrekt bruk av elektronisk henvisning. Praksiskoordinatorerne bidrar med informasjon. Det samarbeides også om feilsøking ved negative applikasjonskvitteringer på utsendte epikriser. Systematisk felles innsats på dette området kan begrense antall negative kvitteringer slik at parallell postutsendelse kan avvikles.

Praksiskoordinatorerne deltar i et nystartet arbeid for å oppdatere sykehusets nettsider, slik at samarbeidende helsepersonell lettere skal finne korrekt henvisningsinformasjon og tjenester i sykehuset, herunder informasjon om pakkeforløpene for kreft.

3.18.3 Elektronisk samhandling

Elektroniske henvisninger

Etter endt pilotering av mottak av elektroniske henvisninger fra noen utvalgte legekontor, ble muligheten for å sende elektroniske henvisninger åpnet for alle landets legekontor i starten av juni 2015. Sykehuset følger opp alle henvisninger som kommer inn og at det sendes en applikasjonskvittering tilbake. Antallet elektroniske henvisninger har økt betydelig, og pr 9. desember 2015 har henvisningsmottaket mottatt mer enn 15000 elektroniske henvisninger. Antallet er fortsatt økende, og henvisningsmottaket mottar nå ca 800 henvisninger i uken.

Elektroniske epikriser

Oslo universitetssykehus HF sender ut elektroniske epikriser til fastleger over hele landet. Antallet epikriser som er sendt og bekreftet mottatt har økt betydelig siden innføringen av DIPS, noe som styrker pasientsikkerheten og bidrar til tryggere pasientforløp. Antall eksterne mottakere av elektroniske epikriser har i løpet av høsten økt fra ca.1200 til ca.1850.

Overvåkningsløsningen «MTM» som er tatt i bruk ved Klinikk for diagnostikk og intervensjon for overvåking av laboratoriesvar, har foreløpig ikke god nok funksjonalitet til å kunne brukes til overvåking av epikriser. Disse vil derfor overvåkes i en sentralisert

enhet i Avdeling for kliniske systemer og hos Sykehuspartner. Oppstart av ny sentralisert enhet for forvaltning av digital samhandling har oppstart 1. januar 2016. Mye arbeid er gjort for å korrigere feilutsendinger av epikriser, spesielt knyttet til feiladressering. Per desember 2015 er andelen epikriser som avvises hos mottaker 1-2 %.

Pleie og omsorgsmeldinger

Det sendes nå elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger til alle bydelene i Oslo. Innføringen av elektroniske pleie og omsorgsmeldinger har gitt store forbedringer i samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjeneste.

Det sendes nå daglig ca. 180 meldinger og månedlig ca. 7700 meldinger mellom sykehuset og kommunene.

Arbeidet med å gjøre pleie og omsorgsmeldingsutveksling tilgjengelig for alle landets kommuner pågår, og pr 9. desember 2015 er systemet tatt i bruk i 340 av landets kommuner. Det er fortsatt utfordringer knyttet til utbredelsen til kommunene i Helse Vest fordi det er forskjellige oppfatninger om hvordan publiseringen i Norsk helsenett skal være. En løsning på dette er nært forestående.

Avviksmeldinger

Det ble i 2014 igangsatt en pilotundersøkelse i samarbeid med utvalgte fastlegekontor i Oslo om elektronisk innsending av melding om uønskede hendelser. Fastlegene kunne via «Min journal» registrere avvik via web. Innmeldte avvik ble da registrert automatisk i sykehusets avvikssystem Achilles.

Fastlegene er viktige samarbeidspartnere i pasientbehandlingen og inngår i alle pasientforløp. De opplever dermed mange av svakhetene i sykehusets systemer. Det vil antatt ha stor nytteverdi å få disse observasjonene registrert og fulgt opp gjennom Achilles på en strukturert måte. Planen var etter evaluering av systemet, en videre kontrollert utrulling av tilbudet til alle fastlegekontor i Oslo, Sykehjemsetaten og etter hvert bydelene. Dette er midlertidig stoppet da det er et behov for endringer i forhold til personvern samt behov for videreutvikling av det elektroniske meldeskjemaet som skal benyttes. Dette antas å være på plass i første kvartal 2016.

3.18.4 Koordinerende enhet (KE) Habilitering/rehabilitering

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har representanter fra sykehusets ulike klinikker, er tverrfaglig sammensatt og har brukerrepresentasjon.

Det siste året har satsningen vært å styrke samarbeidet mellom Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i Oslo universitetssykehus HF og Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i sykehusets 12 områdebydeler.

Felles fokus på tema barn og unge innen feltet psykisk helse og habilitering, er av både bydel og sykehusansatte evaluert som et viktig bidrag til et bedre samarbeid.

Koordinerende enhet har invitert Helse Sør-Øst RHF for å få informasjon om de nye avtalene med private rehabiliteringsinstitusjoner. Informasjonen er videreformidlet i klinikkene.

3.18.5 Status utskrivningsklare pasienter

Det er fortsatt god responstid fra bydeler og kommuner i forhold til 24 timers - melderutinen for utskrivningsklare pasienter innen somatikk. Sykehuset har et ubetydelig antall overliggerdøgn for somatiske pasienter meldt utskrivningsklare til primærhelsetjenesten.

Det er store utfordringer knyttet til utskrivning av kompliserte enkeltpasienter av utenlandsk opprinnelse.

Omorganisering til Helsehus i Sykehjemsetaten i Oslo kommune har ikke skapt mangel på sykehjems plasser, primært fordi det er gjort en fortetning av enerom til dobbeltrom. Kvaliteten på tilbudet i Helsehusene er imidlertid variabel. Oslo kommune arbeider for å bedre dette, og her har sykehuset en viktig veiledningsrolle.

Innen psykisk helse og avhengighet kompliseres fortsatt utskrivningsprosessene av mangelfulle botilbud eller spesialplasser i kommunene. Både Oslo universitetssykehus HF og sykehusets lokal- og områdebydeler ønsker at samhandlingen innen fagfeltet gjøres til satsningsområde for 2016. Dette gjelder også Barne- og ungdomspsykiatri.

3.18.6 Kommunal akutt døgnerhet

Det er fortsatt utvikling av tjenestetilbudene i den kommunale akutte døgnerheten i Oslo kommune. Plassutnyttelsen er god. Planlagt kapasitetsutvidelse er i rute. I alt 73 senger skal være i drift i løpet av 2016.

Sykehuset ser fram til å kunne benytte disse sengene som et alternativ for våre pasienter. Regelmessig påpekes dette for konfereringsvakter og LIS-leger i akuttmottaket.

Imidlertid har legene i akuttmottaket hatt en noe redusert rolle når det gjelder utnyttelse av disse sengene fordi Kommunal akutt døgnerheter ble etablert som et alternativ til sykehusinnleggelse, det vil si at det var fastleger og legevakt som primært skulle kunne henvise pasienter. Først i løpet av de siste månedene har sykehusene fått muligheter til å sende avklarte pasienter fra akuttmottaket.

Sykehusets oppfatning er for øvrig er at fastlegene benytter Kommunal akutt døgnerhet på en faglig forsvarlig måte. Kompetansen i enheten er i stadig utvikling både på lege- og sykepleiersiden. Det er en utpreget vilje til å ta imot de pasienter som henvises.

3.19 Likeverd

Tolkesentralen

Tolkesentralen har i 3. tertial mottatt 7394 bestillinger og levert 5917 oppdrag. 13 % av oppdragene ble avlyst av bestiller, mens de resterende avvikene (7 %) skyldes interne forhold. 37 % av oppdragene ble gjennomført av statsautoriserte tolker, mens 5 % av oppdragene ble gjennomført av tolker uten formelle kvalifikasjoner.

Det ble gjennomført flest oppdrag på arabisk (842), polsk (837), somali (762) og urdu (551). 5 % av oppdragene gjennomføres som telefontolking, resten som oppmøtetolking.

Satsningen på skjermtolking har de to siste månedene av året vist en svak oppgang i antall bestillinger, men antallet er fortsatt ubetydelig (11 oppdrag i desember).

Flyktnings situasjonen i høst førte til en økning i etterspørselen etter arabisk, dari og pashto og denne økningen ble stadig mer merkbar utover høsten. Tilgjengeligheten på tolker på de gjeldende språkene har vært god, men det har vært en utfordring å registrere henvendelsene fortløpende. Det har derfor vært gjennomført en vurdering av enhetens bemanningssituasjon og antall tolkeformidlere har blitt styrket.

Tolkesentralen har rammeavtale med 240 tolker på 60 språk.

Det har i samarbeid med leverandøren Proweb vært fokus på å videreutvikle saksbehandlingssystemet WebOfficeOne slik at dette gir en best mulig flyt i bestillingsprosessen og bidrar til å utnytte tolkeressursene mest mulig effektivt. Ved årets slutt ble 49 % av bestillingene gjennomført via elektronisk skjema, resten per telefon.

To av enhetens medarbeidere har deltatt på internkurs i Lean og det har vært gjennomført flere Lean-prosjekter med daglige puls-møter og gjennomgang av arbeidsflyt.

Det har vært gjennomført møte med styringsgruppen 27. november 2015.

Kompetanseutvikling:

Det er gjennomført to fagdager for tolker innen psykisk helse og sosialpediatri, med bistand fra fagpersoner ved Oslo universitetssykehus HF.

Det er gjennomført to introdager for tolker, hvor det er lagt vekt på å gjennomgå sykehusets forventninger til tolker, samt rutiner for samarbeid mellom Tolkesentralen og tolkene.

Det er gjennomført 23 fagmøter ved klinikker og avdelinger, hvor fokus har vært å informere om rutiner for bestilling av tolk og god kommunikasjon via tolk, i tillegg til faglig bidrag på internsertifiseringskurs for henvisningsperioden og Klinisk stige.

Tolkesentralen har også holdt innlegg om tolking på kurs om migrasjonshelse i regi av NAKMI⁸.

Tolkesentralen har deltatt med organisering av workshop på Helsedirektoratets dialogkonferanse om nasjonal strategi for innvandrerhelse.

Det ble levert faglig bidrag til veileder om tolking i abortnemder i samarbeid med Helsedirektoratet og deltatt med innlegg på Helsedirektoratets årskonferanse for abortnemdene.

Det har vært arrangert diverse møter med Norsk tolkeforening, Migrasjonsteamet til Helsedirektoratet, stiftelsen SIGNO/Rycon, Utlendingsdirektoratet og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.

Tolkesentralen har deltatt på to av undervisningsgruppene om tolking for medisinstudentene ved Universitetet i Oslo.

Tolkesentralen hadde stand på sykehusets karrieredag i november.

Sammen med Aker Helsearena og Ressurssenteret for migrasjonshelse arrangerte Seksjon for likeverdig helsetjeneste og Tolkesentralen et seminar om tolking i gruppebasert terapi.

FOU-prosjekt: Skjermtolking - Når tolken er et annet sted:

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet har mottatt midtveisrapport og kunnskapsoppsummering.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste har gitt prosjektet forlenget frist for lagring av forskningsdataene til 2025, i tilfelle det skulle bli aktuelt å bruke samtaleopptakene til et doktorgradsprosjekt.

Prosjekt: «Vi tar hva vi har» - en rapport fra prosjektet "Kommunikasjonsverktøy for helsepersonell og minoritetspråklige - foranalyse"

På oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF har sykehuset laget en foranalyse om hvordan helsepersonell og minoritetspråklige kommuniserer når tolk ikke er til stede. Foranalysen vurderer blant annet hvilke relevante kommunikasjonsverktøy – fra digitale til ulike språkpermer – som er i bruk og som det er mulig å videreutvikle for å bedre kommunikasjonen når tolk ikke er tilstede. Rapporten gir en grundig vurdering av hva som er i bruk, hvordan helsepersonell og pasienter vurderer disse verktøyene, og anbefalinger om hvilke verktøy som best kan løse enkle kommunikasjonsutfordringer.

Rapporten ble overlevert oppdragsgiver 21. desember.

En viktig konklusjon er at helsepersonell primært ønsker seg tilgang til kvalifisert tolk på kort varsel hele døgnet. Siden dette ikke er tilgjengelig per i dag, ønsker de å løse

⁸ Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) ble opprettet i 2003 av Helse- og omsorgsdepartementet og administreres av Oslo universitetssykehus. NAKMIs oppdragsgiver er Helsedirektoratet.

hverdagsutfordringene med en enkel, universelt utformet og vaskbar digital pekebok. Det er viktig å presisere at hjelpemiddelet ikke skal erstatte tolk.

Aker helsearena - minoritetshelse: Dialogmøte med innvandrersorganisasjoner og Verksted om bruk av tolk i gruppebaserte tilbud

I tråd med handlingsplanen for Aker helsearena på området migrasjonshelse har sykehuset bidratt til gjennomføring av to aktiviteter i høst:

- I samarbeid med Rådet for innvandrersorganisasjoner ble det avholdt et dialogmøte med innvandrersorganisasjoner 15. september. Med god deltakelse fra ulike innvandrersorganisasjoner ble de bedre kjent med ulike tilbud på Aker helsearena. Innvandrersorganisasjonene fikk også anledning til å presentere sitt arbeid med helse. Sammen med Rådet for innvandrersorganisasjonene er det planlagt å gjennomføre årlige dialogmøter med innvandrersorganisasjoner i Oslo.
- Seminar den 8. desember med helsepersonell og tolker der fokus var på bruk av tolker i gruppebaserte tilbud. Formålet med seminaret var å bringe to profesjoner sammen for å diskutere hvordan organisere gode gruppebaserte tilbud der helsepersonell og bruker har behov for tolk.

Seminar om Oslo universitetssykehus HF som flerkulturell arbeidsplass

Det ble den 16. november arrangert et dagsseminar med fokus blant annet på hva som kjennetegner den flerkulturelle arbeidsplassen, hvilke erfaringer utenlandske helsearbeidere har med sykehuset som flerkulturell arbeidsplass og hvordan man kan skape en god arbeidskultur på tvers av kulturelle og språklige forskjeller. Over 70 deltakere deltok. Viktige innspill var behov for å utvikle mentorordninger for nyansatte med utenlandske bakgrunn og kursopplegg for utenlandske ansatte om norske arbeidskultur.

Prosjekt: FAFUS:

FAFUS (Familieplanlegging og forebygging av uønskede svangerskap og abort) var et poliklinisk tilbud drevet av Oslo universitetssykehus HF i Kvinneklinikkens lokaler på Ullevål. Prosjektet ble etablert av jordmødre ved Kvinneklinikken i 2010. FAFUS tilbød helseinformasjon, celleprøver og gratis prevensjon, også hormonell prevensjon og veiledning – for kvinner både med og uten timeavtale.

Prosjektet fikk midler fra Helsedirektoratet i 2015 for å videreføre tilbudet i en overgangsfase. Prosjektet ble avsluttet ved utgangen av september 2015. Som en del av oppfølgingen av de erfaringene som er gjort i prosjektperioden, arbeides det nå med en håndbok om hvordan etablere og drive et slikt tilbud. Mer enn 3000 kvinner har fått bistand i løpet av prosjektets levetid.

Prosjekt: «Mestring og likeverdige helsetjenester»:

Prosjektet er et samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus.

Utviklingsarbeidet handler om å utvikle en modell for refleksjonsgrupper som kan gi økt mestring av kulturutfordringer i det pasientrettede arbeidet. Fire refleksjonsgrupper på

sykehuset med 5-8 deltakere i hver gruppe har bidratt i arbeidet. Tre av refleksjonsgruppene er sammensatt av helsepersonell innenfor samme profesjon, en med psykologer, en med fysioterapeuter og en med sykepleiere. Den siste gruppen er sammensatt av ulike profesjoner ved Barnesenteret på Ullevål. I tillegg har det vært en egen studentgruppe (sykepleierstudenter), som var i praksis. Verktøyet vil bli ferdigstilt våren 2016.

Sykehusverter

Sykehusvert er en tjeneste som skal hjelpe pasienter og pårørende å finne frem på sykehuset.

Siden oppstart 4. mai 2015 ved Ullevål har 19 sykehusverter deltatt. Fra oppstart til 17. desember 2015 har sykehusvertene fått ca. 3780 henvendelser.

Siden oppstart 2. november 2015 ved Radiumhospitalet har 7 sykehusverter deltatt. Fra oppstart til 15. desember 2015 har sykehusvertene fått ca. 260 henvendelser.

Siden oppstart 10. november 2015 ved Rikshospitalet har 17 sykehusverter deltatt. Fra oppstart til 15. desember 2015 har sykehusvertene fått ca. 720 henvendelser.

Det er planlagt at tilbudet skal etableres ved Aker i løpet av 1.kvartal 2016.

Det er god rekruttering til oppgaven og tilbudet blir høyt verdsatt av pasienter og pårørende.

3.20 Internasjonalt samarbeid

India

De to indiske sykepleierne og legen som hospiterer på nyfødttintensiv avdeling på Ullevål er nå godt i gang med sin praksis. Ved JK Lone Hospital jobber en norsk sykepleier med veiledning. Hun rapporterer at ukentlige tverrfaglige samarbeidsmøter nå har begynt å bli en innarbeidet rutine ved avdelingen.

Leder av melkebanken ved Oslo universitetssykehus HF har vært på besøk på JK Lone Hospital for å følge opp melkebanken som ble åpnet i mars i år. Hun har i tillegg bidratt med veiledning i etablering av melkekjøkken i ved JK Lone Hospital.

I oktober var Seksjon for internasjonalt samarbeid på møter i Delhi vedrørende et nytt samarbeid etter invitasjon fra den norske ambassaden i New Delhi.

Norsk Helsenettverk for Utvikling

Styret i Norsk Helsenettverk for Utvikling har avholdt to styremøter etter at Stener Kvinnsland tiltrådte som styreleder. Styreleder og sekretariatet har i høst hatt møter med Fredskorpset og Utenriksdepartementet angående videre finansiering av sekretariatstillingen. Myndighetene er positive til Norsk Helsenettverk for Utvikling s arbeid, men det har så langt ikke vært mulig å få midler fra UD til videre finansiering av driften.

Sekretariatet til Norsk Helsenettverk for Utvikling har innledet et samarbeid og

planlegger en konferanse 20-21. april 2016 i samarbeid med Norsk forum for global helseforskning i Bergen og Haukeland universitetssykehus HF.

Etiopia

Onkologiutdanningsprosjektet

I løpet av høsten har det vært to leger fra Oslo universitetssykehus HF på Black Lion hospital for å lære opp leger i onkologisk behandling. Den ene var spesialist på sarkom og den andre var patolog, for øvrig den første patologen fra Oslo universitetssykehus HF på Black Lion hospital.

Fra uke 40- 51 var to av spesialistkandidatene fra Etiopia på hospitering i Oslo universitetssykehus HF. De hospiterte på Radiumhospitalet og på Kreftsenteret, Ullevål. I tillegg deltok de på Onkologisk Forum i Stavanger og de hospiterte 3 dager på Stavanger universitetssykehus HF.

Palestina

Opplæring og trening av gynekologer i laparoskopiteknikk:

Syv ansatte fra Oslo universitetssykehus HF har vært involvert i prosjektsamarbeidet med Makassed sykehus i Jerusalem og Shifa sykehus i Gaza. Gynekologer og operasjonssykepleiere har bidratt med opplæring av operasjonstekniker og laboratorieassistent som desinfiserer og steriliserer utstyret. Medisinsk bibliotek ved Oslo universitetssykehus HF har også vært involvert i prosjektet. Treningsbokser med utstyr til undervisning samt en instrumentvaskemaskin er innkjøpt som følge av prosjektsamarbeidet.

Opplæring og trening av ortopeder i traumekirurgi:

Fem ansatte ved Ortopedisk avdeling, Oslo universitetssykehus HF, har bidratt i trening i traumekirurgi ved Shifa sykehus i Gaza. Operasjonsteknikere og laboratorieassistenter har fått opplæring. Fysioterapeuter fra Sunnaas sykehus HF reiser sammen med ortopedteamet fra Oslo universitetssykehus HF. Utstyr for opplæring samt en instrumentvaskemaskin er innkjøpt til prosjektet.

Prosjektet samarbeider også med MAP/ IDEALS/ Kings College – London, som sender de samme profesjonene i team.

I begge prosjektene har faglig utveksling med hospitering og konferanser vært gjennomført.

Libanon

En operasjonssykepleier fra Oslo universitetssykehus HF har vært delaktig i videreutdanning av ni palestinske sykepleiere i operasjonssykepleie hos Palestinian Red Crescent Society. En urolog har bidratt med opplæring i en klinikk for ryggmargsskadde.

Det har deltatt en jordmor fra Oslo universitetssykehus HF i planlegging av undervisning i jordmorfag for palestinske sykepleiere.

Malawi

Blantyre – Oslo Neurosurgery Program:

Samarbeid mellom Oslo Universitets Sykehus HF og Queen Elizabeth Central Hospital i Blantyre, Malawi har nå foregått siden 2011. I Malawi er det for tiden en malawisk nevrokirurg, som jobber ved Queen Elizabeth Central Hospital. Det overordnede målet er å utdanne flere nevrokirurger gjennom College of Surgeons of East, Central and Southern Africa (COSECSA).

I desember 2015 ble den årlige COSECSA konferansen avholdt, i Blantyre, Malawi. Tilstede fra Norge var representanter fra prosjektet, nevrokirurg og leder for prosjektet, i tillegg til de to norske deltakerne i Malawi. Dessverre ble søknaden om akkreditering fra COSECSA avvist men søknad vil til neste år bli sendt hvor vi forhåpentligvis oppfyller kravene de stiller.

Siden oktober 2013 har utvekslings program vært på plass for utveksling av helsepersonell. I november kom tre nye personale fra QECH (en anesthesi tekniker, en medisin tekniker og en sykepleier fra sengepost) og med dem har vi til sammen hatt 15 Malawiske helsepersonell i Norge for 6 måneders utveksling. Samtidig er det kontinuerlig to sykepleiere til stede ved Queen Elizabeth Central Hospital på utveksling fra Norge.

Blantyre – Oslo Paediatric Surgery Project:

Et nytt samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og Queen Elizabeth Central Hospital er et barnekirurgi prosjekt med fokus på utvikling og utdanning av anesthesi- og intensivpersonale.

I september reiste tre anestesileger fra Oslo universitetssykehus HF til Queen Elizabeth Central Hospital som et ledd i forprosjekt til dette samarbeidet. Resultat av dette besøket var et ønske om fremtidig samarbeid.

I november besøkte en delegasjon fra Queen Elizabeth Central Hospital Norge og en avtale om videre samarbeid ble nådd. Søknaden til dette prosjektet er under arbeid og vil etter planen sendes FK Norway⁹ i begynnelsen av 2016.

I løpet av høsten 2016 vil et nytt barnekirurgi bygg være ferdig som skal inneholde tre operasjons stuer, egen intensiv avdeling med seks sengeplasser, postoperativ avdeling og sengepost (dette bygget er finansiert av artisten Madonna).

I løpet av 2016 vil sykehuset søke om et nytt samarbeidsprosjekt med Queen Elizabeth Central Hospital (Nevrokirurgi prosjekt og Barnekirurgi prosjekt) under en administrasjon og felles søknad: Blantyre–Oslo Surgery Program. Dette prosjektet vil etter planen starte med utveksling av personale i august 2016.

⁹ Fredkorpset

4 Opplæring av pasienter og pårørende

Sykehus skal i henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 særlig ivareta «opplæring av pasienter og pårørende»

4.1 Læringstilbud til pasienter og pårørende

Klinikkene utvikler nye tilbud om informasjon og opplæring til pasienter og pårørende.

I perioden har Klinikk for kirurgi- og nevrofag innført nytt kurstilbud: «Å leve med hydrocephalus» for voksne pasienter i region Helse Sør-Øst. Klinikken planlegger kurs om hydrocephalus for barn og ungdom samt å gjennomføre temakvelder for pasienter og pårørende om hydrocephalus for voksne. I tillegg har klinikken gjennomført kurset «Å leve med AMD¹⁰». Tilbakemeldinger fra deltakere har vært svært gode og kursene har vært fullsatte.

Akuttklinikken fikk prosjektmidler til utvikling av mestringskurset «Helt sjef», for ungdom med langvarige helseutfordringer, særlig knyttet til smertehåndtering, og deres foreldre. Første kursrekke er avholdt, med gode tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende.

Medisinsk klinikk har gjennomført nytt mestringstilbud: Temamøter for amputerte, et samarbeid mellom sykehus og brukerorganisasjoner.

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken har avholdt kurs for hjernesvulstpasienter siden 2012. På bakgrunn av erfaringer fra disse kursene, vokste det frem et ønske om å ha egne kurs for de pasientene som har svulst i hypofysen. Kurset ble gjennomført i perioden og fikk svært gode tilbakemeldinger. Konklusjonen av evaluering fra deltakerne er at dette skal bli et årlig tilbud.

Registrering av pasient- og pårørendeopplæring

Det er i perioden gjennomført revisjon av koding og registrering innen pasientopplæring og tiltak i gruppe som en del av sykehusets plan for interne revisjoner. Revisjonen er omtalt i kapittel 1.5.1

Det er grunn til å tro at det fremdeles er manglende koding tilknyttet opplæring til pasienter og pårørende. Arbeidet med å kvalitetssikre sykehusets rutiner for koding og registrering av denne aktiviteten fortsetter.

¹⁰ Aldersrelatert Macula Degenerasjon

	3. tertial
Antall personer som har gjennomført og avsluttet grupperettet pasientopplæring i henhold til kravene i særkoden A0099 (koden kan kun registreres én gang pr. pasient pr program/kurs når alle krav er oppfylt)	24
Antall pasienter som har deltatt i lærings- og mestringsaktivitet (WPCK00)	197
Antall personer som har deltatt i lærings- og mestringsaktivitet i gruppe. Dette gjelder uavhengig om det er pasienten selv eller pårørende som deltar på vegne av pasientene (ZWWA30)	395
Antall personer som har deltatt på lærings- og mestringsaktivitet der pårørende møter på vegne av pasienten (ZWWA40)	7

Tabell 14. Pasient- og pårørendeopplæring. Tallene er hentet ut 21. desember 2015 og rapportering for hele perioden er derfor ikke inkludert. Kilde: LIS

Kunnskapsutvikling

Kurs i pasient- og pårørendeopplæring inngår nå i et større prosjekt, et samarbeid om helsepedagogikk, mellom Oslo universitetssykehus og Høgskolen i Oslo og Akershus. Målet med prosjektet er å utnytte erfaringsbasert kompetanse i sykehuset med en mer teoretisk kompetanse ved høgskolen ved å se på modeller for samarbeid og utvikling av felles kompetanseheving i helsepedagogikk.

På bakgrunn av samarbeidsprosjektet og tidligere evalueringer er det i perioden gjort betydelige endringer fra tidligere kurs. Kurset ønsker å vektlegge hvordan ansatte og brukere kan arbeide med pasient- og pårørendeopplæring i egen praksis, og hvordan ulike pedagogiske verktøy kan bidra til mangfoldet av metoder for å lykkes med å legge til rette for god informasjon og opplæring til pasienter og pårørende. Nytt kurs avholdes våsemesteret.

4.2 Barn som pårørende

Alt helsepersonell har plikt til å ivareta barn og unge som pårørende. Oppnevningen av barneansvarlige er lovpålagt og gjelder innen spesialisthelsetjenesten. Oslo universitetssykehus HF har i 2015 ca. 180 barneansvarlige som er koordinert gjennom «Råd for barn som pårørende».

Sykehusets retningslinje: «Barneansvarlig og barn som pårørende» er nå revidert basert på 5 kunnskapsbaserte prosedyrer publisert på Nasjonalt kunnskapssenters sider. Høringsrunde ble gjennomført i november og plan for implementering videreføres i januar 2016. Ny tittel på retningslinjen; «Barn som pårørende».

Fagdag nr. 6 om barn som pårørende ble arrangert i september. Tema for dagen var søsken som pårørende, samt at teateret «Avvik» fremførte stykket «Meg og mamma» – om det å vokse opp med en mor med alkoholproblemer. Neste fagdag er under planlegging og arrangeres i februar 2016 med fokus på ungdom.

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)

Det ble gjennomført en undervisningsrekke for ansatte ved AMK i november. De understreket at det er lite kunnskap om hvordan de skal ivareta barn som pårørende og

foreslår selv at undervisningsrekken også bør tilbys ambulansetjenesten ute i distrikt. Det vil bli gitt et tilbud om dette i begynnelsen av 2016.

Applikasjon

Sykehuset er i gang med utvikling av en ipad-applikasjon for ungdom/barn som er pårørende. Applikasjonen er en videreutvikling av boka «Meg også» - bok for barn og ungdom som opplever sykdom i familien. Primærmålgruppen er pårørende fra 12-16 år. Applikasjonen skal være diagnoseuavhengig og vil være tilgjengelig for alle. Målet er at den lanseres i januar 2016. Råd for barn som pårørende har jevnlig bidratt med innspill til denne utviklingen.

Se også Kapittel 3.17

5 Forskning og utvikling

Sykehus skal i henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 særlig ivareta «forskning».

5.1 Forskning

Det gjøres spesielt oppmerksom på usikkerheten i tallgrunnlaget for 2015 på det nåværende tidspunkt, fordi tallene er hentet ut tidligere enn vanlig og før nødvendig kvalitetssikring er gjort. Da datagrunnlaget i den internasjonale databasen Web of Science har en viss tidsforsinkelse (minst en måned) for å få frem fullstendig registrering av alle medforfattere på artikler, vil både publikasjonspoeng og andel artikler med utenlandske medforfattere ikke kunne presenteres like etter periodeslutt. Heller ikke fra databasen PubMed kan sykehusets system importere fullstendig adresseoversikt (institusjonsadresser) for alle medforfattere – kun forfatternavn. I det følgende gis en omtale av de forskningsdata som på det nåværende tidspunkt kan gi en rimelig indikasjon på forskningsaktiviteten for 2015 (akkumulerte tall pr 3. tertial 2015).

Vitenskapelige artikler

Akkumulerte tall pr. 3. tertial er hentet fra Publika (sykehusets publikasjonsdatabase) 4.1.2016. Endringer i tallene må påregnes, men antall artikler i 2015 vil være på et høyere nivå enn de to foregående år.

Klinikk	2013	2014	2015
Klinikk psykisk helse og avhengighet	123	126	154
Medisinsk klinikk	269	291	321
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	240	282	290
Kvinne- og barneklubben	193	205	225
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	522	536	634
Hjerte-, lunge- og karklubben	140	156	208
Akuttklubben	62	67	113
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	474	538	605
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	85	81	111
TOTALT (unike artikler)	1610	1758	1982

Tabell 15. Antall publiserte vitenskapelige artikler, akkumulert pr 3. tertial. Antall publikasjoner i perioden er målt via søk mot PubMed og Web of Science (WOS) som løpende oppdaterer helseforetakets database www.publika.no. Denne er basert på registrerte forskningsaktive personer ved Oslo universitetssykehus og adressering av artikler med Oslo universitetssykehus. Kun kategoriene vitenskapelige artikler og vitenskapelige oversiktsartikler (reviews) inngår i tabellen. Tallene er tatt ut 4.1.2016, etter at en del ikke-tellende artikler er tatt ut. 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 lavere enn summen av klubkuttallene.

Publikasjonspoeng

Det vises til innledende kommentar vedrørende tallgrunnlag for publikasjonspoeng, som ikke foreligger like etter periodens slutt. I Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale poengberegningssystem for helseforetakene, basert på den nasjonale databasen CRISStin,

er det i tillegg vedtatt flere endringer som vil ha effekt for 2015¹¹. Rapportering på publikasjonspoeng utgår derfor ved rapporteringen i januar 2016. Akkumulerte tall for 2015 vil bli rapportert i forbindelse med neste tertialrapport.

Internasjonalt medforfatterskap

Det nødvendige datagrunnlaget i Web of Science ikke oppdatert med hensyn til registrering av samtlige artikkelforfattere. Rapportering på andel artikler med internasjonalt medforfatterskap utgår derfor ved rapporteringen i januar 2016. Akkumulerte tall for 2015 vil bli rapportert i forbindelse med neste tertialrapport.

Tidsskriftsnivå/klassifisering

Målesystemet er basert på en nivåinndeling av vitenskapelige tidsskrifter, ut i fra nasjonalt publiseringsutvalgs- og nasjonale faggruppers vurdering av kvaliteten på tidsskriftene:

- Nivå 2: Ledende tidsskrifter som utgir omtrent 20 % av publikasjonene. Vekt 3
- Nivå 1: Alle andre tidsskrifter som inngår i målesystemet. Vekt 1

Underliggende tall viser at *antallet* artikler på nivå 2 har økt også fra 2014 til 2015, men relativt mindre enn økningen i antall artikler totalt. *Andelen* er derfor litt redusert.

Klinikk	2013	2014	2015
Klinikk psykisk helse og avhengighet	28,5 %	26,2 %	30,5 %
Medisinsk klinikk	21,2 %	21,3 %	19,3 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	26,3 %	20,9 %	19,3 %
Kvinne- og barneklirikken	20,7 %	17,6 %	20,9 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	28,0 %	26,9 %	25,7 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	21,4 %	23,7 %	22,6 %
Akuttklinikken	16,1 %	19,4 %	15,0 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	21,7 %	25,8 %	23,0 %
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	18,8 %	19,8 %	11,7 %
TOTALT (ut fra unike artikler)	25,2 %	23,4 %	23,1 %

Tabell 16. Andel av artiklene som er publisert i tidsskrifter på nivå 2.

Doktorgrader avlagt ved universiteter og høyskoler og utført ved helseforetaket

Tallene for antall doktorgrader med arbeid hovedsakelig utført ved Oslo universitetssykehus er ikke klare fra universitetets side (hovedkilde til data), men det forventes en liten reduksjon også i 2015, da det har vært en vridning av ekstern finansiering bort fra doktorgradsstipend og over mot flere postdoktorstipend og annen støtte. Normalt ligger antall doktorgrader, som hovedsakelig er utført ved Oslo

¹¹ Det vil bli brukt en lavere multiplikator for internasjonalt samarbeid (ned fra 2,5 til 1,3), mens faktoren for interregionalt samarbeid med andre helseforetak (1,3) tas helt bort. Til gjengjeld vil poengdelingen mellom forfattere og institusjoner telle mindre (kvadratroten av forfatterandelen), noe som gjør at institusjonen får bedre uttelling for større samarbeidsprosjekter. Faktoren for publisering i nivå 2-tidsskrifter (3) vil ikke bli endret.

universitetssykehus, rundt 140-150 pr år. Tallene vil bli rapportert ved neste tertialrapportering.

5.2 Innovasjon

Alle ideer/oppfinnelser som kan kommersialiseres og/eller gi opphav til næringsutvikling vurderes og håndteres av Inven2¹². Idépoliklinikken i Oslo universitetssykehus HF mottar og viderefører øvrige ikke-patenterbare ideer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner. Idépoliklinikken og Inven2 bistår med innovasjonsarbeid også for andre sykehus i regionen.

Det er registrert en nedgang i antall oppfinnelser og ideer i 2015 sammenlignet med foregående år (Tabell 3). Til tross for dette er Oslo universitetssykehus HF og Inven2 fornøyd med innovasjonsaktiviteten totalt, da kvaliteten på innmeldte ideer og pågående prosjekter er høy. Antall nye, innmeldte ideer ved Idépoliklinikken ble ved 1. og 2. tertial 2015 rapportert feil (for lavt), grunnet ny rapporteringsfunksjon i idéportalen. Korrigerte, akkumulerte tall totalt gir 36 nye ideer i 2015 ved Idepoliklinikken (Tabell 16).

Klinikk	Totalt 2015		Totalt 2014		Totalt 2013	
	Inven2	Idépoliklinikk	Inven2	Idépoliklinikk	Inven2	Idépoliklinikk
Klinikk psykisk helse og avhengighet	8	2	0	4	2	6
Medisinsk klinikk	3	2	1	2	5	1
Klinikk for kirurgi og nevrofag	3	3	4	3	7	3
Kvinne- og barneklubben	2	1	3	1	5	2
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	13	0	18	3	17	3
Hjerte-, lunge- og karklubben	2	1	7	1	6	4
Akuttklubben	6	10	2	8	14	10
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	35	1	39	1	30	5
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	0	16	1	18	2	4
Totalt	65*	36	75	41	88	39

Tabell 17. Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus. Merk at ideer/DOFI telles hos flere klubber når ideen involverer flere klubber. I totalsum er hver DOFI kun talt én gang, og utgjør dermed ikke summen av de andre tallene.

* Det har kommet i alt 65 ideer fra Oslo universitetssykehus HF. For 38 av disse er Oslo universitetssykehus HF eneste eier, mens 25 er sammen med Universitetet i Oslo og 10 er sammen med andre helseforetak. Tallene viser antall per klinikk.

Økt antall ideer med høy kvalitet har ført til at en større andel av ideene videreføres til prosjektfase (Tabell 17). Dette kan gi økt sannsynlighet for implementering. Antall pågående interne prosjekter i regi av Idepoliklinikken har gått kraftig opp, fra 16 i 2014 til 27 i 2015, mens antall pågående prosjekter hos Inven2 er noenlunde stabilt. En ny og

¹² Inven2 er Norges største aktør innen kommersialisering av forskning og eies av Universitetet i Oslo og Oslo Universitetssykehus.

spennende tendens er at flere ideer kommer fra næringslivet (ca. 7 nye i 2015), og en del av disse går videre til klinikkene for utviklingssamarbeid (3 pågående prosjekter i 2015).

Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2	Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	3	4
Medisinsk klinikk	5	1
Klinikk for kirurgi og nevrofag	4	3
Kvinne- og barneklubben	1	2
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	30	2
Hjerte-, lunge- og karklubben	5	1
Akuttklubben	7	6
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	27	1
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	2	7
Totalt	76 (71)	27 (16)

Tabell 18. Pågående innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus HF. I likhet med DOFI telles prosjekter hos flere klubber når ideen involverer flere klubber. I totalsum er hvert prosjekt kun talt én gang. Tall i parentes er akkumulerte tall for 2014.

Det er fortsatt en utfordring at flere klubber melder om vedvarende tidspress og kapasitetsproblemer når det gjelder ressurser til forskning og innovasjon. Antall aktive ideer og prosjekter er delvis avhengig av kapasiteten til Inven2, Idépoliklinikken og klinikkene. Etter hvert som innovasjonskulturen og infrastrukturen i økende grad kommer på plass i sykehuset, vil Innovasjonsseksjonen iverksette tiltak for å øke idétilfanget, da man i større grad vil være i stand til å dedikere tiden som kreves til idéutvikling, testing og implementering.

Andre viktige innovasjonsaktiviteter 3. tertial

Innovasjonsseksjonen har i 3. tertial fortsatt stor oppmerksomhet på oppstart og organisering av et nytt Senter for forskningsdrevet innovasjon (SFI) (Centre for Connected Care - accelerating adoption and diffusion of innovation). Sentret ble offisielt åpnet 24.november 2015.

Innovasjonsseksjonen arbeider med å styrke innovasjonskontaktnettverket i sykehuset. Arbeidsgruppen har som mål å ferdigstille nye retningslinjer for nettverkets funksjon, det vurderes og tenkes nytt om kontaktenes rolle og funksjon i klinikkene og deres arbeidsoppgaver.

Innovasjonsseksjonen kan i nær fremtid legge frem en ny strategi for nytteevaluering med tilhørende veileder, Idépoliklinikkens satsning på verdivurderinger skal fremme innovasjon i helsesektoren gjennom synliggjøring av nytteverdier for pasient, pårørende, ansatte, sykehuset og samfunnet for øvrig. Det skal utvikles «state of the art» verktøy, «Health Innovation Assessment» for evaluering av innovasjoners nytteverdi. Hovedfokus er tjeneste- og prosessbaserte innovasjoner, da det finnes begrensninger på eksisterende metode for dette i dag. Innovasjonsseksjonen er også partner i et Nordisk testbedprosjekt (NoTeb) hvor seksjonen er ansvarlig for en arbeidspakke som gjelder nytteevaluering.

6 Utdanning av helsepersonell

Sykehus skal i henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 særlig ivareta «utdanning av helsepersonell».

Det har vært arbeidet med flere sentrale utdanningsaktiviteter i 3. tertial 2015, blant annet:

Spesialistutdanning av leger

Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt i oppfølgingen av ny spesialitetsstruktur for leger, som ledes av Helsedirektoratet, og hvor sentrale planleggingsoppgaver nå er delegert til de regionale helseforetakene.

Det ble i høst opprettet arbeidsgrupper i regi av Helsedirektoratet som skal foreslå læringsmål for indremedisin, kirurgi, psykiatri, felleskompetansemodulene og veiledning for Del 1 av spesialistutdanningen som starter mars 2017. Innspill skal leveres 21. desember og forslagene vil bli sendt på bred høring på nyåret. Oslo universitetssykehus HF er representert i flere grupper.

Utdanningsseksjonen deltar i arbeid med å forbedre spesialistutdanningen i større fag der rotasjonsordninger og vaktbelastning er en utfordring med hensyn til å oppnå læringsmål.

Helsefagarbeiderlærlinger

Oslo universitetssykehus HF har vedtatt å søke Oslo kommune om å bli lærebedrift og å ta i mot helsefagarbeiderlærlinger fra høsten 2016.

Kunnskapsbasert praksis

Det har vært avholdt et kurs i innføring kunnskapsbasert praksis for leger.

Utdanning av spesialsykepleiere

Sykehuset er i dialog med samarbeidende høgskoler om å tilpasse deres utdanningskapasitet innenfor de ulike fagområdene til sykehusets behov for kompetanse. Det er nylig gjennomført en behovskartlegging som synliggjør behovet for å øke utdanningskapasiteten totalt sett i regionen innenfor flere spesialsykepleiegrupper; særlig innen intensiv- og operasjonssykepleie.

Alderssammensetningen for anesthesisykepleiere er meldt som en bekymring og det er dialog med Høgskolen i Oslo og Akershus om å øke kulletts størrelse uten at det går på bekostning av de andre fagområdene. Akershus universitetssykehus HF har i samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus og Oslo universitetssykehus HF utviklet en ny

videreutdanning innen akuttstykkepleie for å styrke kompetansen i akuttmottakene. Denne utdanningen er godkjent og starter opp i januar 2017.

Grunnutdanning innen medisin

Ny revidert studiemodell for grunnutdanning i medisin er startet. Det foregår fremdeles en videreutvikling av modellen der Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt.

Simulerings- og ferdighetstrening

Behovet for simulerings- og ferdighetstrening er økende, både som elementer i utdanningsløp og i etterutdanningsvirksomhet. Det er derfor etablert et forprosjekt i samarbeid med Universitetet i Oslo for å vurdere behov opp mot nåværende kapasitet, samt foreslå en eventuell styrking av denne virksomheten.

Prosjekt «Kvalitet i praksisstudier»

Som oppfølging til Stortingsmelding nr. 13 «utdanning for velferd», har Universitets- og høgskolerådet fått i oppdrag å vurdere kvalitet og relevans for alle 19 helse- og sosialfaglige utdanninger som har ekstern praksis. Det er etablert et nasjonalt prosjekt som er likeverdig sammensatt fra ulike yrkesfelt og universitets- og høyskolesektoren. Oslo universitetssykehus HF har vært aktivt involvert i dette prosjektet, blant annet i de profesjonsspesifikke arbeidsgruppene.

7 Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)

7.1 Sykehusets vernetjeneste

Verneombudsordningen ved Oslo universitetssykehus HF er regulert av arbeidsmiljøloven kapittel 6. Bestemmelsene i nevnte kapittel pålegger virksomheter med mer enn 10 arbeidstakere å etablere en verneombudsordning.

Organisering

Målsettingen med organiseringen av vernetjenesten er at vi til en hver tid spiller sykehusets organiseringlinje. Dette for at linjeledere skal ha et verneombud som ressursperson og sparringspartner i alle spørsmål som angår arbeidsmiljø i sitt område (verneområde).

Verneombudet skal gjennom sin funksjon påse at virksomheten organiseres og driftes på en slik måte at hensynet til arbeidstakernes sikkerhet, helse og velferd er ivaretatt i samsvar med arbeidsmiljølovens bestemmelser.

På foretaksnivå har Oslo universitetssykehus HF to hovedverneombud (prøveordning – nedgang fra tre). Hovedverneombudenes hovedoppgave er å organisere og drifte verneombudsordningen i sykehuset. Videre representerer hovedverneombudene vernetjenesten i alle saker som er av virksomhetsovergrep/strategisk karakter. Hovedverneombudene håndterer saker gjeldende enkeltpersoner i spesielle tilfeller. For øvrig tilstrebes at saker håndteres på lavest mulig nivå i organisasjonen.

Alle klinikker har eget klinikkverneombud. Klinikkkverneombudets oppgave er å drifte verneombudsordningen i egen klinikk. Klinikkkverneombudet er i linje til klinikkleder. Rollen er ellers tilnærmet lik hovedverneombudet.

For øvrig er det ca 600 verneområder i sykehuset. Enkelte verneområder har i tillegg til verneombudet valgt stedfortreder, så totalt antall ombud er noe høyere. Verneombudene utdannes gjennom egne HMS grunnkurs. Disse kursene arrangeres av Arbeidsmiljøavdelingen, og arrangeres 4 til 6 ganger i året. Hvert kurs har ca 35 deltakere og er av høy kvalitet. Videre skoles verneombudene gjennom egne kurs og seminarer internt i vernetjenesten.

Budsjett

Budsjettprosessen i Oslo universitetssykehus HF har fanget mye oppmerksomhet i vernetjenesten. Gjennom året er det meldt inn mange og til dels alvorlige avvik knyttet til renhold/hygiene og elektro. Begge disse områder har betydning for arbeidsmiljøet hos berørte ansatte. Vernetjenesten har kommunisert klare forventninger til styrking av disse områdene i budsjettåret 2016.

Organisasjonsprosjektet

Antall klinikker er økt fra 9 til 15. Vernetjenesten tilpasser seg ny organisasjonsstruktur slik at den har et operativt verneapparat i alle klinikker innen gitte frister. Arbeidsmiljøutvalg i alle klinikkene skal opprettes innen 1. februar 2016 og klinikkverneombud skal være på plass i alle klinikker innen 1. mars 2016. Vernetjenesten bistår linjen i dette arbeid. Klinikkleder har det formelle ansvar for at ovennevnte utføres i henhold til lov og forskrift.

Det er for øvrig mye oppmerksomhet fra resten av sykehuset rettet mot prosjektgruppen som utarbeider forslag organisering av staber. Beslutningene i dette prosjektet vil kunne ha stor innvirkning på arbeidsmiljøet i stabene. Risikovurderinger av arbeidsmiljøforhold må derfor legges til grunn før endelig beslutning.

Bygningsmessige forhold

Det er lite endringer i bygningsmessige forhold fordi slike endringer er knyttet til langsiktige/strategiske planer. Finansieringssituasjonen i de kommende fire år er derimot positiv fordi lånefinansiering i forhold til lukking av avvik er imøtekommet og avklart inn mot Helse Sør-Øst RHF og departementet.

Arbeidstidsordninger

Det er en nedgang i antall brudd på AMLs arbeidstids reglement sammenlignet med samme tertial i 2014. Likevel har vi over 9000 brudd for denne rapporteringsperiode. Handlingsplan er utarbeidet og følges opp av HR.

Systematisk HMS-arbeid

Oslo universitetssykehus HF er betydelig på etterskudd i 2015 vedrørende innrapporterte gjennomførte vernerunder og handlingsplaner fra avdelinger/enheter i klinikkene. Det er usikkert om dette skyldes reell manglende gjennomføring eller om det er rapporteringssystemet som ikke klarer å fange opp hva som faktisk er gjennomført. Dette må følges opp i kommende tertialoppfølging. Dersom det er reell svikt i gjennomføring som ligger til grunn for de svake tallene i rapporteringssystemet, så er dette meget alvorlig.

7.2 Brudd på arbeidstidsbestemmelser

Brudd på arbeidstidsbestemmelsene referer til brudd på Arbeidsmiljølovens § 10-6. Dette gjelder:

- Dagregel: Samlet daglig arbeidstid
- Ukesregel: Samlet ukentlig overtid
- 4-ukersregel: Samlet overtid innen en 4-ukersperiode
- Årsregel: Samlet overtid innenfor et kalenderår

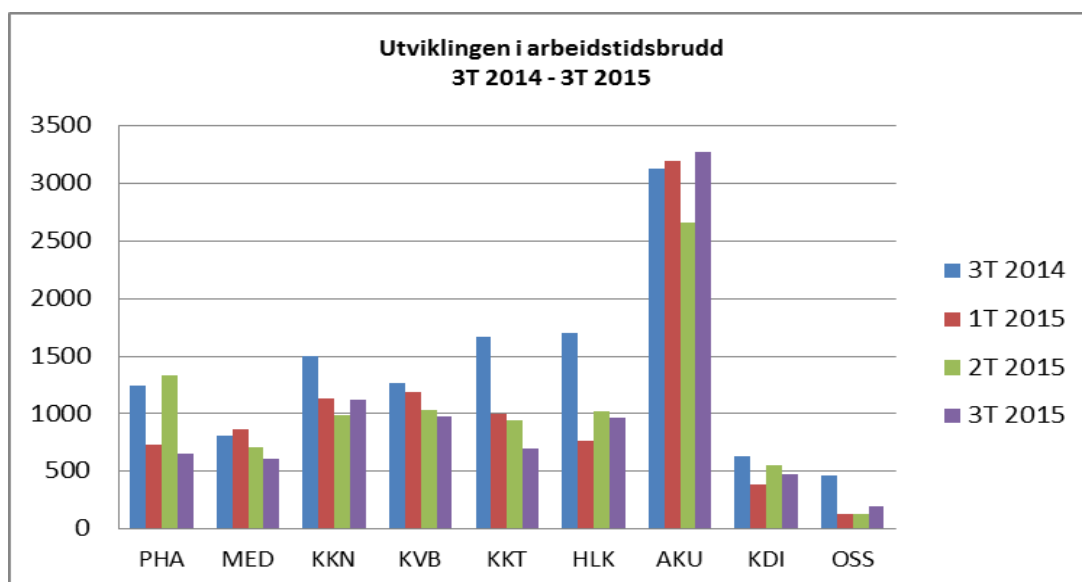
I tredje tertial 2015 er det registrert 9163 brudd på arbeidstidsbestemmelsene om daglig og ukentlig arbeidstid, samt per fire uker og år. Det er en nedgang på 26,2 % sammenlignet med tilsvarende periode i 2014. Alle klinikkene viser en betydelig nedgang, med unntak av Akuttklinikken som viser om lag 150 flere brudd enn tredje tertial 2014.

	DAG		UKE		4 UKER		ÅR		SUM	
	3T 2014	3T 2015	3T 2014	3T 2015	3T 2014	3T 2015	3T 2014	3T 2015	3T 2014	3T 2015
KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	569	342	367	144	283	86	29	85	1248	657
MEDISINSK KLINIKK	349	255	202	135	142	130	121	91	814	611
KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	842	623	296	230	269	191	96	81	1503	1125
KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	768	728	265	150	165	90	72	11	1270	979
KREFT-, KIRURGI- OG TRANSPLANTASJONSKLINIKKEN	651	275	334	207	384	150	297	64	1666	696
HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	765	312	430	276	349	209	155	174	1699	971
AKUTTKLINIKKEN	1388	1386	592	730	878	656	270	506	3128	3278
KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	160	151	267	147	208	145	0	30	635	473
OSLO SYKEHUSSERVICE	117	57	195	71	131	67	18	6	461	201
BRUDD IKKE FØRT MOT KLINIKK (RAPPORT 2015)		93		35		40		4		172
Totalt	5609	4222	2948	2125	2809	1764	1058	1052	12424	9163

Tabell 19. Antall brudd (dag, uke, 4-ukers og årsregel) per klinikk for tredje tertial 2015 samt tredje tertial 2014

Som forventet stiger antall brudd på årsregelen i tredje tertial sammenlignet med forrige rapporteringsperiode i år. I de øvrige kategoriene arbeidstidsbrudd ser man en nedgang på fra om lag 8 % til 20 % samme periode.

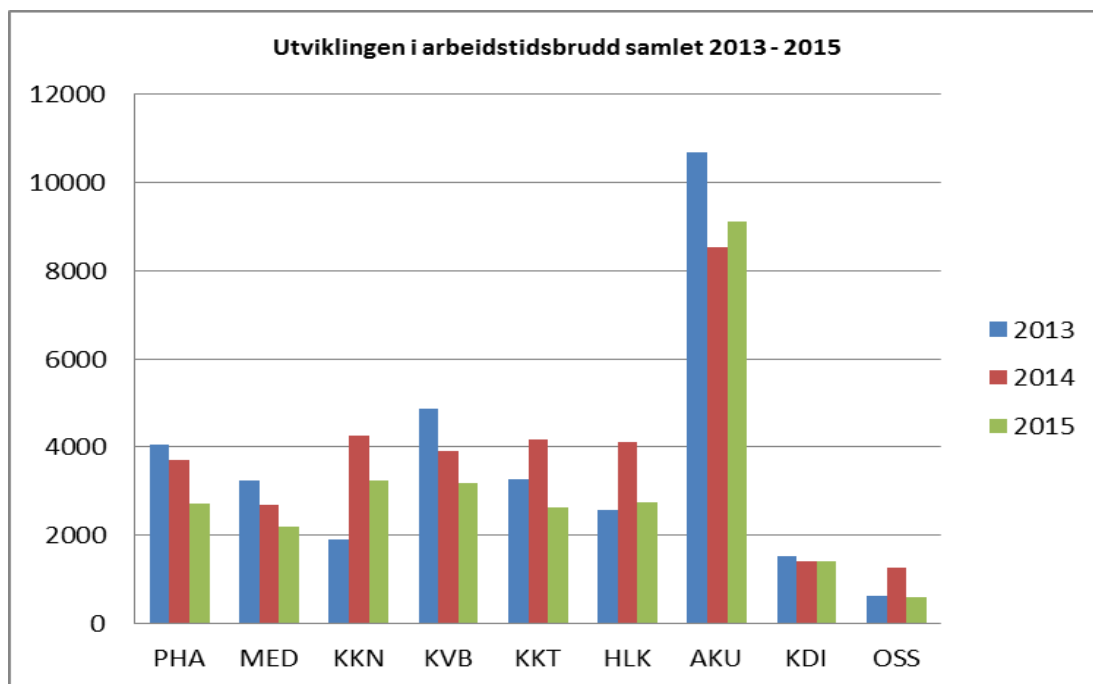
Figur 9 viser den samlede utviklingen tilbake til tredje tertial 2014.



Figur 9. Utvikling av arbeidstidsbrudd 3 T. 2014 - 3 T. 2015

Årsakene til brudd er mange og sammensatte. Kompetansekrav i kombinasjon med høy aktivitet er fremdeles hovedårsaken til brudd. Klinikkerne følger opp og undersøker årsaker til brudd i enheter med økende antall brudd. I Klinik for psykisk helse og avhengighet er det registrert et økende antall brudd ved to avdelinger som i sommerperioden har hatt et særskilt høyt aktivitetsnivå kombinert med en krevende pasientsituasjon. I Klinik for diagnostikk og intervensjon knyttet innføringen av nytt IKT-system og press på tilgjengelig spesialistkompetanse til en andel av bruddene.

Figur 10 viser brudd på arbeidstidsbestemmelsene per klinikk i perioden 2013-2015.



Figur 10 Utvikling av arbeidstidsbrudd samlet 2013-2015

Utviklingen i arbeidstidsbrudd viser en nedadgående trend. Åtte klinikker har en samlet nedgang i antall brudd sammenlignet med 2014, mens Klinikken for diagnostikk og intervensjon er uendret. Tett oppfølging av arbeidstidsbrudd, kompetanseheving innenfor regelverk og ressursplanlegging er sammen med rekruttering av spesialisert kompetanse er noen årsaker til den gode utviklingen.

Akuttklinikken går noe opp i antall brudd for 2015 samlet. Det er brudd på fireukersregelen og årsregelen som utgjør en samlet økning. Det er iverksatt tett oppfølging av enheter med slike brudd for å avdekke årsaker og iverksette målrettede tiltak for å unngå brudd.

Tiltak for å unngå overtid og brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Mange av tiltakene sykehuset og klinikkene har iverksatt, er av langsiktig karakter og pågår kontinuerlig. Rapporteringen for tredje tertial 2015 viser at mange av klinikkene har fulgt opp tiltakene, men at enkelte enheter fortsatt er utsatt i perioder.

Sommerperioden har vist seg krevende for enheter med behov for spesialisert kompetanse sammenholdt med et høyt belegg eller akutfunksjon. Man finner gjennomgående en høyere kompetanse innen regelverk og oppfølging av arbeidstidsbestemmelser i hele foretaket og arbeidet med kompetanseheving og oppfølging vil fortsette.

Tiltak på foretaksnivå for å unngå brudd:

- Kvalitetssikring og utvikling av AML-rapporter i GAT med leverandør
- Oppdatering av retningslinjer for utarbeidelse av turnus
- Obligatoriske kurs for ledere i arbeidstidsbestemmelsene

- Bedre ferieplanlegging
- Tett oppfølging fra sentral HR-stab i klinikker og avdelinger med store utfordringer

Klinikkvise tiltak:

- Kompetanseheving innen ressursplanlegging og regelverk hos linjeledere, og opplæring av leger (GAT) og tillitsvalgte
- Avvikling av planlagt arbeidstid som genererer brudd
- Inngåelse av dispensasjonsavtaler og villighetserklæringer der det er mulig, samt registrering av disse i GAT
- Økt kontroll av ønsketurnus og frivillige vaktbytter som generer brudd
- Benytte personalressurser på tvers og sikre kontroll på tvers av enheter
- Strategisk rekruttering og videreutdanning for å sikre spesialkompetanse
- Sykefraværsoppfølging og forebygging av sykefravær
- Målrettede tiltak innen ressurs- og turnusplanlegging i utsatte enheter

Brudd på arbeidstidsbestemmelsene er fast punkt på ledelsens tertialoppfølging med hver klinikk, og klinikkene har redegjort for status på tiltak for å unngå brudd. Direktørens HR-stab har hatt klinikkvise møter med alle avdelingsledere vår og høst 2015 om arbeidstidsbestemmelsene og oppfølging av arbeidstidsbrudd. Disse møtene fortsetter i 2016.

Arbeidstilsynet

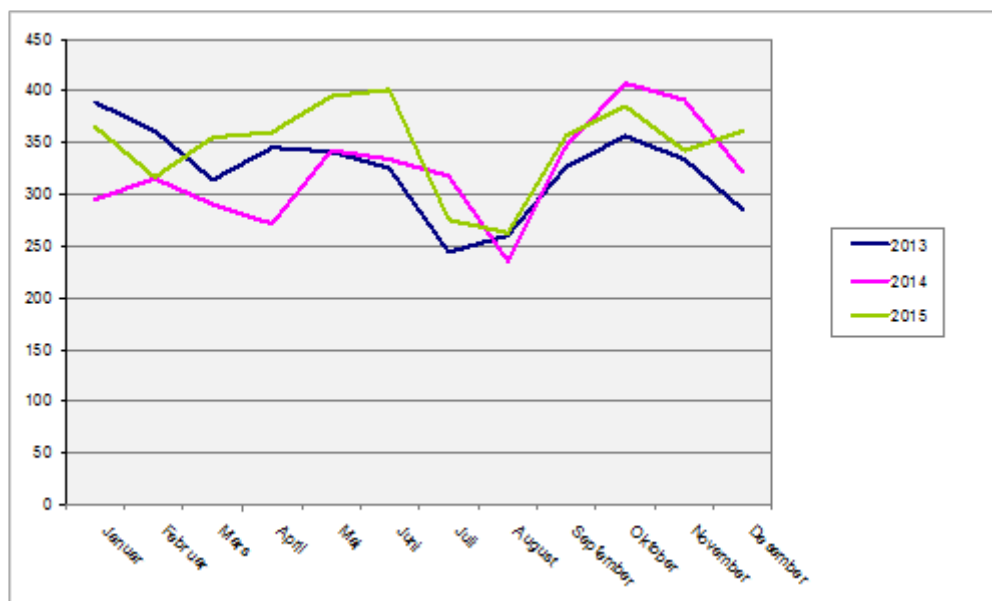
Oslo universitetssykehus HF har med bakgrunn i Arbeidstilsynets tilsyn i to perioder i 2014, vært underlagt to pålegg i 2015.

- Pålegg om «*vurdering av forsvarlighet*» er gjennomført per 1. september 2015. Prehospitalt senter, ved Ambulansetjenesten Oslo og Akershus og Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), var omfattet av pålegget. Senterledelsen, avdelingsledere og vernetjenesten lokalt og sentralt har i samarbeid med direktørens HR-stab vurdert at arbeidstidsordningene oppfyller forsvarlighetskravet slik at hensynet til helse, velferd og sikkerhet for den enkelte ansatte er ivaretatt. Det er ikke funnet at arbeidstidsordningene hindrer helse, velferd eller sikkerhet for de ansatte. Det er gitt en utførlig redegjørelse til Arbeidstilsynet, som anser pålegget som oppfylt. Pålegget er lukket.
- Pålegg om «*Arbeidsgivers overvåking og kontroll av at tiltakene fungerer som forutsatt*» følges opp ved at «arbeidsgiver skal, i samarbeid med hovedverneombudet, vurdere om tiltakene (handlingsplanen) som skal sikre at arbeidstidsbestemmelsene blir etterlevd, fungerer som forutsatt. Rapporteringen skjer i statusmøter med Arbeidstilsynet med rapportgrunnlaget fra ledelsens tertialmøter med hver klinikk. Pålegget gjelder hele foretaket og har løpt ut 2015. Videre er pålegget tema i statusmøte med Arbeidstilsynet i januar 2016.

7.3 Helse Miljø Sikkerhet avvik

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

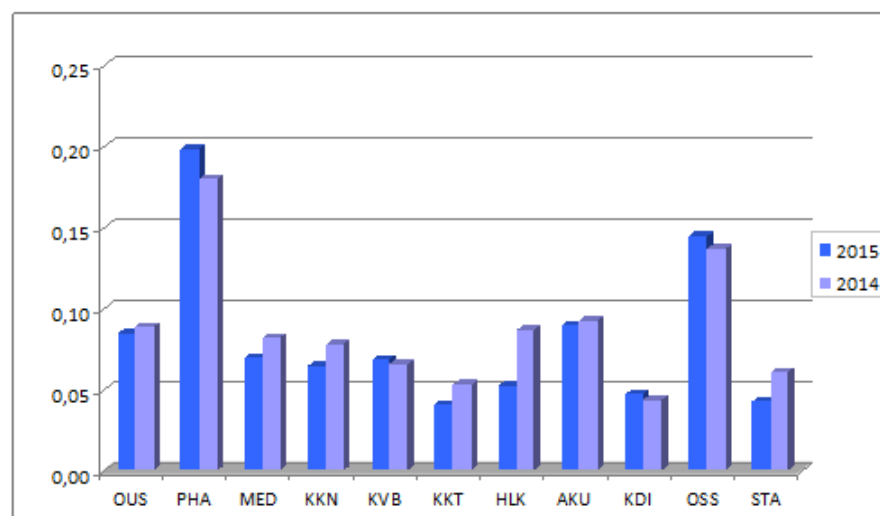
Antall registrerte meldinger



Figur 11. Utviklingen i melding av HMS-avvik for perioden 1. tertial 2013 til og med 3. tertial 2015.

Det ble meldt 1.439 HMS-avvik i 3. tertial 2015 sammenliknet med 1.467 HMS-avvik i samme periode i 2014, hvilket er omtrent det samme.

Registrerte HMS-avvik / årsverk



Figur 12. Totalt antall registrerte HMS-avvik/Årsverk i 3. tertial 2015 sammenliknet med samme periode i 2014.

Tertiansnittet for Oslo universitetssykehus HF er omtrent det samme. Det er ganske store variasjoner klinikkene imellom. Fra 0,20 (Klinikk psykisk helse og avhengighet) til 0,04 - 0,05 i Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Hjerter-, lunge- og karklinikken og Klinikk for diagnostikk og intervensjon. Forskjellene klinikkene imellom representerer i noen grad forskjellige arbeidsmiljøutfordringer, men sannsynligvis i hovedsak til dels betydelige forskjeller i meldekultur og i det daglige systematiske HMS-arbeidet.

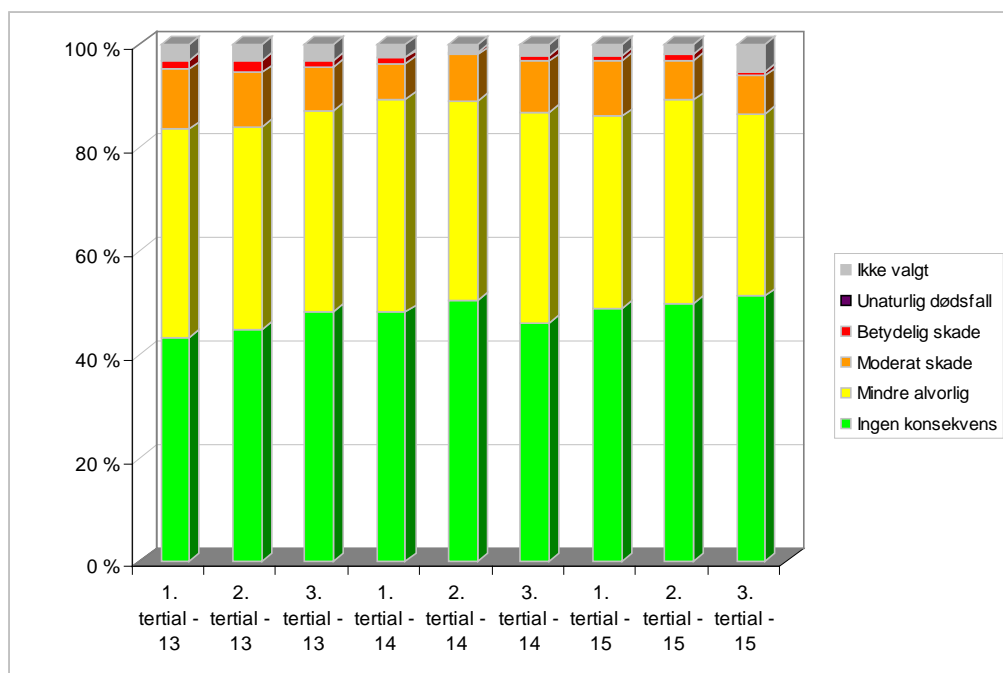
Tallene for Oslo sykehusservice er litt kunstig forhøyet fordi de andre klinikkene ofte overfører ansvaret for enkelte avvikstyper (gjelder eksempelvis bygningstekniske avvik, smittevern, brannvern og renhold).

Arbeidsmiljøavdelingen vurderer at det er forbedringspotensial på meldekulturen. Det er viktig at leder setter HMS på dagsorden, og følger opp HMS-avvikene som meldes. Underrapporteringen skyldes blant annet:

- Mangelfull kjennskap til avvikssystemet
- Utydelig kommunikasjon om viktigheten av å bruke avvikssystemet som forbedringsverktøy
- Meldetretthet og manglende tro på at det nytter å melde fra (gjelder særlig avvik som krever vedlikeholds- og investeringsmidler eller er gjentakende avvik)
- Arbeidspress og mangel på tid til å registrere
- At det oppleves ugreit eller utrygt å registrere helsebelastende arbeidsmiljøkonsekvenser
- At det oppleves mangelfull aksept og respekt for melding av avvik
- At avvik lukkes raskt uten at forbedringstiltak blir iverksatt (gjelder blant annet enkelte serviceavdelinger i Oslo sykehusservice, IKT og Sykehuspartner)
- At det forekommer muntlige tilbakemeldinger som kan innebære både indirekte trussel og direkte budskap om konsekvenser for videre yrkeskarriere i sykehuset
- At avvikssystemet oppleves som «plunder og heft»

Konsekvens

Alle uønskede hendelser registrert i Achilles blir klassifisert ut i fra faktisk konsekvens (for den aktuelle ansatte) og potensiell konsekvens (hva blir trolig konsekvensen hvis hendelsen oppstår på nytt).



Figur 13. Figuren viser en forholdsmessig fordeling av faktisk konsekvens innen de fem gradene: «Ingen konsekvens», «mindre alvorlig konsekvens», «moderat skade», «betydelig skade» og «unaturlig dødsfall».

Ca. 86 % av de registrerte HMS-avvikene i 3. tertial 2015 er vurdert av ansatt/leder å ha ingen eller mindre alvorlig reell konsekvens (grønn + gul). Denne fordelingen har holdt seg ganske stabilt mellom 85 % og 90 % de siste 2 år.

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

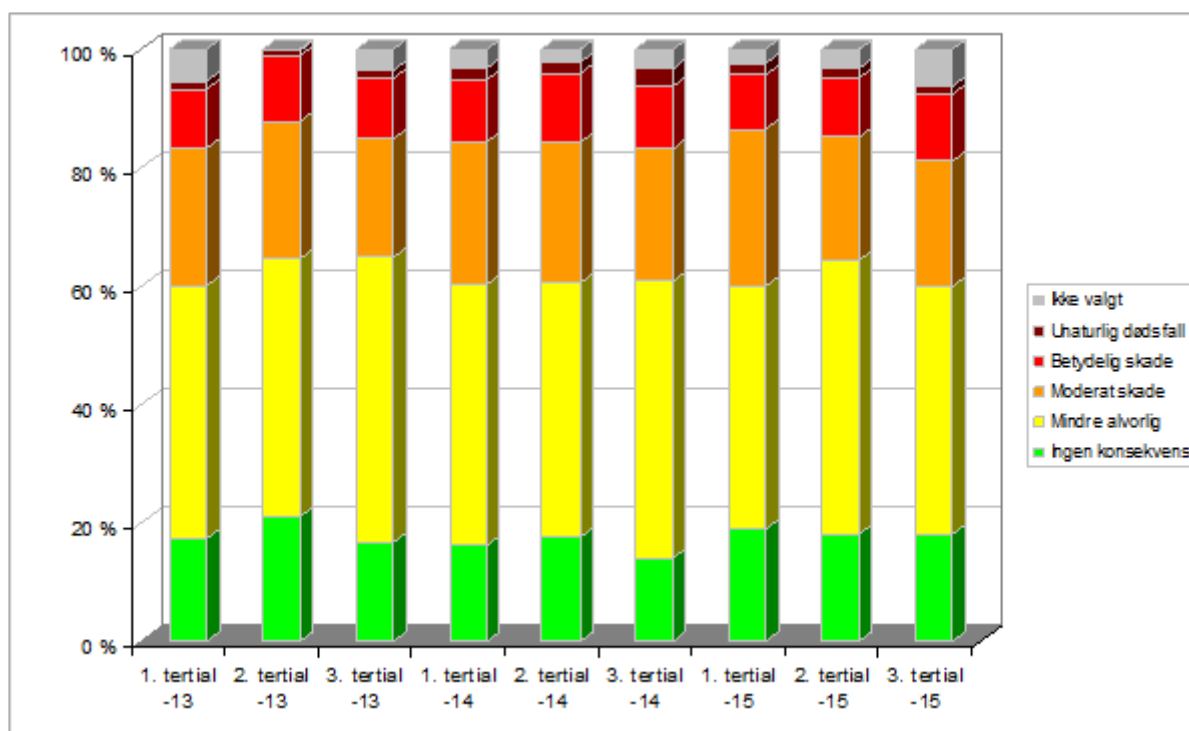
Avvikstype	Lukket Adekvate tiltak implementert	Lukket Ingen tiltak	I arbeid Adekvate tiltak igangsatt	I arbeid Ingen tiltak
Muskel/Skjelettskade			1	2
Bemannings			1	
Fysisk vold /Trusler	3			
Smittevern			1	
Arbeidspress				1
Lagerplass	1			
Brannvern			1	

Tabell 20. Tiltaksoppfølging av HMS-avvik der melder og leder har vurdert faktisk konsekvens som "betydelig faktisk skade/konsekvens"

106 HMS-avvik ble vurdert av melder til å ha «Moderat faktisk skade/konsekvens» (oransje).

I avviksgruppen «Skade på ansatt» er det 45 avvik, hvorav den største undergruppen er 12 «Muskel/skjelettskade». Mens det er 37 avvik innen «Arbeidsmiljø», og hvor 9 «Arbeidspress» og 8 «Bemannings» er de største undergruppene. Her er det forbedringspotensial på at enkelte enheter kan komme raskere i gang med å iverksette tiltak.

Potensiell konsekvens



Figur 14. Figuren viser en forholdsmessig fordeling av potensiell konsekvens innen de fem gradene: «Ingen konsekvens», «mindre alvorlig konsekvens», «moderat skade», «betydelig skade» og «unaturlig dødsfall».

Det potensielle skadepotensialet er større enn den reelle/faktiske skaden (jamfør forrige avsnitt). Summen av grønt og gult er 60 %. Som for reell konsekvens er profilen ganske lik over tid. For reell konsekvens summerer oransje, rød og mørkerød seg til 8 %, mens for potensiell konsekvens summerer de seg opp til 33 %.

22 avvik ville i verste fall kunne medført «Unaturlig dødsfall/katastrofal skade» (mørkerød).

10 (45 %) av disse avvikene er vurdert av melder og leder til å ha «Ingen eller ubetydelig faktisk konsekvens» (grønn), men de har et betydelig skadepotensial.

Tiltaksstatus for disse 22 avvikene er gjennomgått:

Avvikstype	Lukket	Lukket	I arbeid	I arbeid
	Adekvate tiltak implementert	Ingen tiltak	Adekvate tiltak igangsatt	Ingen tiltak
Bemanning			1	
Smittevern / stikkskader	1			1
Fysisk vold / Trusler	1		2	
Brannvern	3		1	1
Brudd på sikkerhetsrutiner	1			1
Bygning og tekniske anlegg	2		2	
Elsikkerhet	2		3	

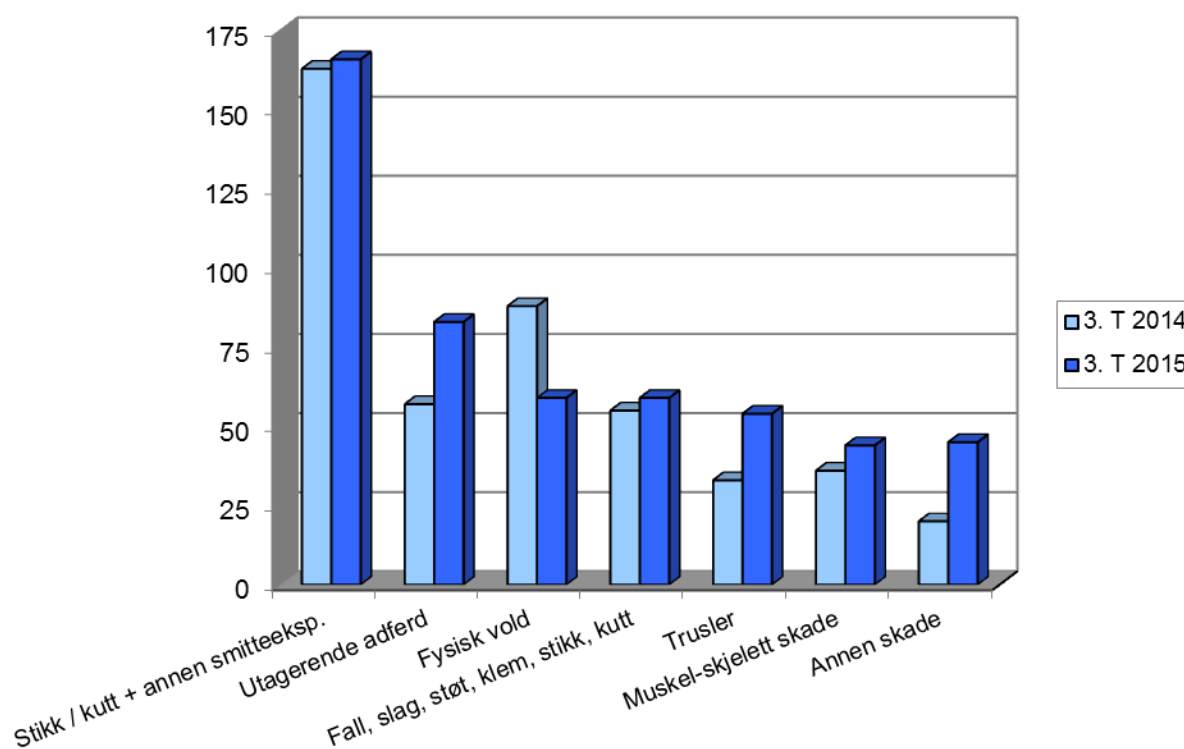
Tabell 21. Tiltaksoppfølging av HMS-avvik der melder og leder har vurdert potensiell konsekvens som "betydelig skade/konsekvens"

Det er 164 avvik som kunne ført til «Betydelig skade» (rød). De største avvikstypene her er 27 «Fysisk vold/Trusler/Utagerende adferd», 13 «Stikk / kutt med smitterisiko» og 12 «Smittevern».

Ved å iverksette tiltak for disse potensielt alvorlige forholdene kan vi forebygge faktisk alvorlige skader i fremtiden både for ansatte og pasienter.

De hyppigst meldte HMS-avvikene

Skade på ansatt:



Figur 15. HMS-avvik klassifisert som «Skade på ansatt»

Totalt ble det meldt 510 avvik i hoved-gruppen «Skade på ansatte» i 3. tertial 2015. Det er 10 % mer enn i samme periode i 2014.

Den største avviks-gruppen var «Stikk / kuttskader + Annen smitteeksponering» med 166 avvik. Omtrent det samme som i samme periode i 2014. Stikkskadene har for øvrig oftest sammenheng med feil rutineutførelse, høy arbeidsmengde og tidspress som gir risiko for flere feilhandlinger.

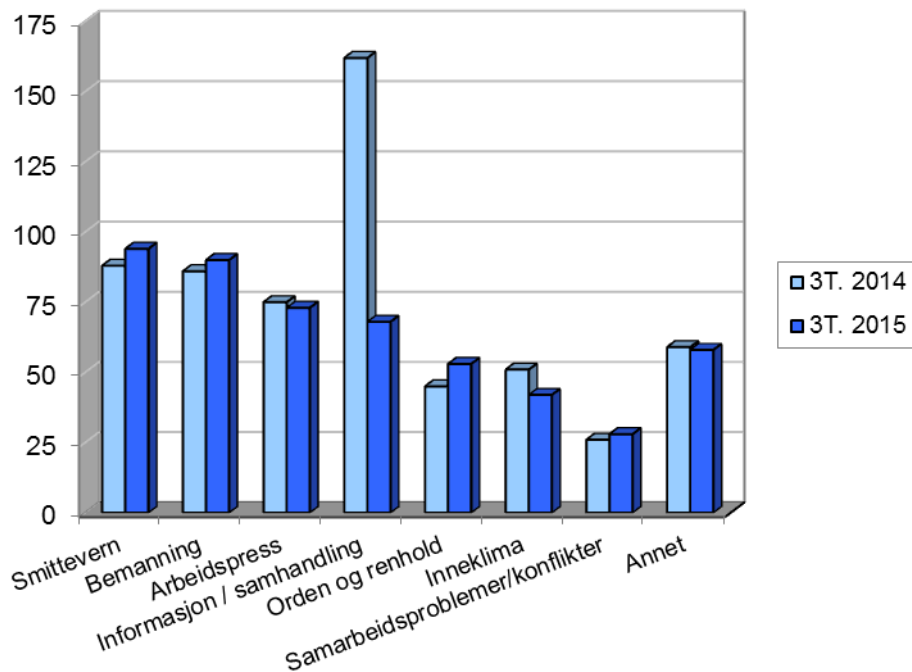
Nest størst avviksgruppe var «Utagerende adferd» med 83 avvik. Det er omtrent 50 % mer enn i samme periode i 2014, men omtrent det samme som forrige tertial. Deretter følger «Fysisk vold» med 59 avvik og «Fall, slag støt, klem, stikk, kutt» med 59 avvik.

Fysisk vold/trusler/utagerende adferd reflekterer til sammen et betydelig antall hendelser hvor ansatte ble utsatt for eller stod i fare for å bli skadet - primært fra

pasienter innen psykiatri og rus, men også i økende grad også i andre klinikker. Dette har sammenheng med arbeidets art. Hendelsene er en stor belastning for mange av de ansatte som regelmessig utsettes for slike forhold.

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

Arbeidsmiljø:



Figur 16. HMS-avvik klassifisert som «Arbeidsmiljø»

Totalt ble det registrert 506 avvik i hovedgruppen «Arbeidsmiljø» i 3. tertial 2015. Det er en nedgang på 15 % sammenliknet med samme periode i 2014.

Den største avviksgruppen er «Smittevern» med 94 avvik. Det er omtrent 10 % flere enn i tilsvarende periode i 2014. Eksempler på avvikstitler er: Ukjent smittevernprosedyre, prosedyre ikke fulgt, urene instrumenter, dårlig merking av smitte, mangelfullt smitteregime, manglende informasjon om smitte, ikke smittevasket.

Nest største avviksgruppe er «Bemanning» med 90 avvik, omtrent det samme som i tilsvarende periode i 2014. Eksempler på avvikstitler er: Bemanning helg, personellmangel, manglende kompetanse, mangel på ressurser, samtidighetskonflikt på legesiden, for få ansatte på vakt, høy arbeidsbelastning, overtid.

Tredje største avviksgruppen er «Arbeidspress» med 73 avvik, omtrent det samme som i tilsvarende periode i 2014. Eksempler på avvikstitler er: Hektisk vakt, ikke fått tatt spisepause, samtidighetskonflikt, overbelegg.

Arbeidspress og ikke tilstrekkelig bemanning er områder som rapporteres hyppig gjennom avvikssystemet. Avvikene omhandler både individuelt opplevd arbeidspress, ubalanse mellom antall ansatte versus pasientantall/pleietyngde, og ubalanse i enheters totale kompetanse ved at ansatte på vakt ikke alltid har riktig kompetanse. Her er det store forskjeller mellom enheter og klinikker. Det jobbes systematisk med å forbedre situasjonen i flere av enhetene der arbeidsbelastningen oppleves for høy.

Avviksgruppen «Informasjon/samhandling» er mer enn halvert siden samme periode i 2014. Det høye antallet avviksmeldinger hadde trolig sammenheng med innføringen av DIPS.

Dernest følger «Orden og renhold» (53), «Inneklima» (42) og «Samarbeidsproblemer/konflikter» (28).

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

Klinikkvis meldeprofil

Det varierer noe mellom klinikkene hva som meldes. Forskjellene avspeiler klinikkvise forskjeller i arbeidsmiljøutfordringer, avvikskultur og meldekultur.

Klinikk	De største avviksgruppene
Klinikk psykisk helse og avhengighet	Utagerende adferd, fysisk vold, trusler, brudd på sikkerhetsrutiner, bemanning
Medisinsk klinikk	Stikkskader, informasjon/samhandling, arbeidspress
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	Stikkskader, arbeidspress, bemanning
Kvinne- og barneklubben	Arbeidspress, bemanning, stikkskader
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	Stikkskader, smittevern, bemanning
Hjerte-, lunge- og karklubben	Stikkskader, bemanning
Akuttklubben	Stikkskader, smittevern, muskel/skjelettskade, informasjon/samhandling arbeidspress
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	Stikkskader, smittevern
Oslo sykehusservice	Orden/renhold, rømningsveier, manglende vedlikehold av bygning inkl. tekniske anlegg
Direktørens stab	IT-utstyr/IT-system

Tabell 22. De største avviksgruppene i hver klinikk. Tabellen gir en klinikkvis oversikt over hvordan HMS-avvikstypene fordeler seg på hovedkategoriene i 3. tertial 2015

Tiltaksstatus

I 3. tertial 2015 ble det totalt registrert 436 HMS-tiltak i avvikssystemet Achilles på 1.439 avvik. Dette representerer langt ifra alle gjennomførte tiltak, fordi alt for mange ledere bare bruker kommentarfeltet til å beskrive tiltak, og dette telles ikke opp av rapportfunksjonen.

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

For det totale systematiske HMS-arbeidet - og hvor tiltak relatert til HMS-avvik utgjør en liten andel - kan en bruke eHMS for å innhente status om sakstyper (både på planlagte og på gjennomførte tiltak). Tiltaksstatus i eHMS pr. 7. januar 2016 er at det er registrert 3.765 tiltak i 275 HMS-handlingsplaner. Det vil si at hver handlingsplan i snitt inneholder ca. 13 tiltak hvorav:

- 31 % er gjennomført (1.161)
- 35 % er i arbeid (1.332)
- 34 % ikke er påbegynt (1.272)

Dette fordeler seg på klinikkene med:

Klinikk	Tiltak gjennomført
Klinikk psykisk helse og avhengighet	25 %
Medisinsk klinikk	18 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	33 %
Kvinne- og barneklubben	26 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	34 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	15 %
Akuttklubben	23 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	39 %
Oslo sykehusservice	37 %
Direktørens stab	17 %
Oslo universitetssykehus HF	31 %

Tabell 23. Klinikkvise dokumenterte gjennomførte tiltak

Alle gjennomførte tiltak og påbegynte tiltak er skritt på veien til et bedre arbeidsmiljø. Andelen ikke påbegynte tiltak er imidlertid foruroligende høyt, og forsinker den planlagte arbeidsmiljøutviklingen i sykehuset.

Effekten av de tiltakene som faktisk er gjennomført er vurdert i eHMS som viser at de gjennomførte tiltakene hatt god effekt

Siden hele 69 % av tiltakene ikke er gjennomført, er det sett på hvilke grupper av tiltak dette gjelder. De største gruppene som det ikke er gjennomførte tiltak etter HMS-runden høsten 2015 er pr. 7. januar 2016:

- 198 Arbeidslokaler og fellesarealer
- 151 Faglig utvikling
- 133 Forbedringer
- 104 Verdier (kvalitet, trygghet og respekt)
- 101 Sosialt samspill
- 95 Inneklima
- 93 Arbeidsbelastning

8 Kommunikasjon og profilering

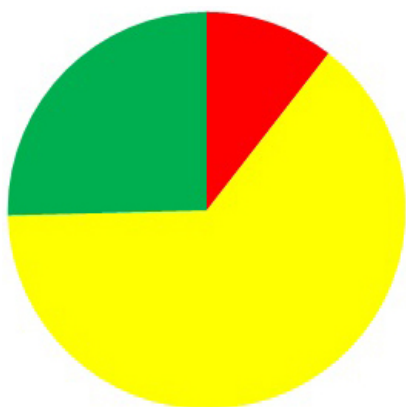
Kommunikasjonsarbeidet ved Oslo universitetssykehus retter seg mot pasienter, pårørende, medarbeidere og eksterne målgrupper og skal bidra til økt tillit og omdømme for sykehuset. Arbeidet skal synliggjøre sykehusets ledende rolle innen behandling, forskning, utvikling og innovasjon, og legge til rette for deltakelse i samfunnsdebatten. Kommunikasjonsstaben bistår staver og klinikker i å oppfylle disse målene.

Sykehuset skal gjennom sin kommunikasjon blant annet bygge trygghet og tillit i befolkningen. Mange av sykehusets fagpersoner og eksperter deltar aktivt i formidling og samfunnsdebatt.

Sykehuset bruker mange kanaler for å nå ut til pasienter, pårørende og strategisk viktige målgrupper. I tillegg til media og egne nettsider brukes nå i større grad også sosiale kanaler som Facebook, Twitter og Instagram.

Oslo universitetssykehus HF i media

Sykehuset hadde 348 registrerte mediehenvelseler fra 1. september til 31. desember 2015 (inklusive meldinger om pasientskade). Dette er jevnt med forrige periode, men færre enn tilsvarende periode i fjor, da henvendelser om og omtale av Ebola-smittet pasient ga et voldsomt medietrykk. Antall saker i mediene økte fra 4293 i 2. tertial til 4853 i 3. tertial 2015. Dette er imidlertid færre enn i samme periode i fjor. Medieomtalen i perioden er i det alt vesentlige vektet nøytralt:



Vekting i prosent:

Positiv: 25 %

Nøytral: 64 %

Negativ: 11 %

Figur 17

Andelen positive saker økte med 2 % og andelen negative saker økte med 5 % sammenlignet med forrige periode. Alle saker der sykehusets personell uttaler seg i kraft av sin ekspertise er vektet som positive.

I de negativt vektete sakene dominerer følgende temaer:

- Budsjettspørsmål, herunder psykisk helse og vedtak om ikke å gjenåpne bassengene på Radiumhospitalet og Rikshospitalet
- Tilsynssak mot ansatt (operasjon i beruset tilstand)
- Hjertetransplantasjon som feilet
- Video fra dødsfall på legevakten

I de positivt vektete sakene dominerer følgende temaer:

- Immunterapi
- Fokus på HIV/AIDS (ekspertuttalelser i media og gjennomføring av stor konferanse om temaet)
- Hjernen og hjernesykdommer
- Fremtidens Oslo universitetssykehus HF – idéfase
- Antibiotikaresistens
- Ulike forskningssaker

De nøytralt vektete sakene handler om svært mange ulike temaer. I mange av dem er sykehuset nevnt uten å spille noen sentral rolle. Omtale av skadde pasienter brakt til Oslo universitetssykehus utgjør en stor andel og omtale av Fremtidens Oslo universitetssykehus HF er gjengangere.

Oslo universitetssykehus HF i sosiale medier

Sykehusets Facebook-side har ved utgangen av året 6671 følgere, en økning på nesten femti prosent i 3. tertial. Mest sett og delt er saker om personer og enheter i sykehuset, og man har inntrykk av at de fleste leserne er ansatte og andre som har eller har hatt en yrkesmessig tilknytning til sykehuset.

Sykehuset har ved utgangen av året 1740 følgere på Instagram, en økning på førti prosent i 3. tertial, og 6847 følgere på Twitter, ca 10 % flere i løpet av tertialperioden.

Ny kommunikasjonsstrategi

Det er i 3. tertial vedtatt ny kommunikasjonsstrategi for Oslo universitetssykehus HF. Kommunikasjonsstrategien tar utgangspunkt i sykehusets overordnede strategi for 2013-2018, og er et overordnet styringsdokument for å ivareta og utvikle sykehuset sin kommunikasjonssevne,- innsats og -bevissthet internt og eksternt.

Kommunikasjonsstrategien skal:

- Bidra til at pasientene og pårørende er trygge og har tillit til Oslo universitetssykehus HF
- Bidra til at medarbeidere trives ved Oslo universitetssykehus HF og er stolte av arbeidsplassen sin
- Synliggjøre at Oslo universitetssykehus HF er ledende innen forskning, utdanning og innovasjon
- Legge til rette for at Oslo universitetssykehus HF deltar i samfunnsdebatten

Forskningsformidling

Forskningslederne i klinikkene samarbeider med direktørens Kommunikasjonsstab om profilering av forsknings saker. Det er også et samarbeid om forskningsformidling med kommunikasjonsmiljøene ved Medisinsk fakultet og Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo.

Forskning.no og bloggen «Forskningssykehuset»

Det publiseres i gjennomsnitt en blogg i uka på forskning.no. Forskningsbloggen er godt besøkt og vurderes som et vellykket tiltak. I perioden er det også publisert flere gode redaksjonelle saker på forskning.no, et tiltak som vil bli videreført.

Nasjonal portal for kliniske studier

29. september 2015 ble www.kliniskestudier.helsenorge.no lansert. Her publiseres informasjon om pågående kliniske studier fra hele sykehuset til pasienter, pårørende og fastleger. Hensikten er å gi pasienter bedre mulighet til å delta i kliniske studier og rekruttere pasienter til studiene. Totalt har sykehuset publisert 71 kliniske studier på portalen ved utgangen av tredje tertial.

Oslo universitetssykehus HF har fått det koordinerende ansvaret for portalen i Helse Sør-Øst.

Arbeidet med helsenorge.no

Sykehuset har i tertialperioden vært en aktiv samarbeidspartner og bidragsyter inn mot Norges offentlige helseportal <http://www.helsenorge.no>. Sykehuset er representert i både operativt og strategisk redaksjonsråd.

Sykehuset deltar i det nasjonale prosjektet «Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten – én helseportal» i regi av landets fire regionale helseforetak. Sykehuset bidrar særskilt i flere av prosjektets arbeidsgrupper, herunder i arbeidet for ny nasjonal standard for fremstilling av pasientforløp og kliniske studier på nett.

Viktige besøk

Oslo universitetssykehus har hatt flere eksterne besøk i perioden. Blant de viktigste nevnes:

- 1. september
Ordfører Fabian Stang åpnet Norges første utendørs «Pusterom» på Rikshospitalet
- 11. september
Helseminister Bent Høie og ordfører Fabian Stang besøker Ullevål i forbindelse med tilsagn om låneramme for ekstraordinært vedlikehold
- 7. oktober
Helseminister Bent Høie, leder av Stortingets helsekomité Torgeir Michalsen (Ap) med flere besøker Ullevål i forbindelse med fremleggelse av statsbudsjettet
- 3. november
Kronprinsesse Mette-Marit besøker Oslo universitetssykehus HF /Nye Pluss' konferanse HIV15

Omstillingsinformasjon

Sykehuset skal kommunisere godt om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser internt i foretaket, til berørte parter og offentligheten generelt.

Sykehuset har valgt en åpen og inkluderende strategi for alle utviklingsprosjekter på sykehuset. I 2015 har hovedfokus her vært Framtidens Oslo universitetssykehus HF - Idéfase og Organisasjonsprosjektet. Begge disse store prosjektene har jobbet intenst i 3. tertial og det er iverksatt mange ulike kommunikasjonsiltak rettet mot både interne og eksterne målgrupper.

9 Referansetabeller

9.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 3. tertial 2015

Tilsyns-dato	Tilsyns-etat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Kommentar - status	Avvik i forhold til internkontrollkrav													
							Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakers kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentasjon	Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygg/ anlegg/ utstyr						
18.12	Riksrevisjonen	Forvaltningsrevisjon om medisinsk koding (lungebetennelser og implantasjon av hofteproteser)	Infeksjons-medisin, MED og ORT klinikk			Spørreundersøkelse i januar 2016. Kun oversendt dokumentasjon														
11.12.	Riksrevisjonen	Helseforetakenes arbeid med uønskede hendelser (Føde-/barselavdelinger)	Fødeavdelingen, KVB			Spørreundersøkelse gjennomført i desember 2015 Ingen rapport mottatt.														
11.11.	Statens legemiddelverk	Tilvirkningstillatelse for legemidler	Seksjon for celleterapi. KKT	13	0	I arbeid. Besvares innen 12.01.16								13						
30.10.	Mattilsynet	Planlagt revisjon av virksomheten hovedkjøkken Ullevål (skadedyr, KKP, prøvetaking, intern revisjon, avvik, dok.styring).	Hovedkjøkken Aker/Ullevål	0	0	Lukket														
27.10.	Mattilsynet	Uanmeldt mattilsyn: Lokaler og hygiene rundt mathåndtering m.m.	Urologisk sengepost A, Aker	0	0	Lukket														
27.10.	Mattilsynet	Uanmeldt mattilsyn: Lokaler og hygiene rundt mathåndtering m.m.	Urologisk sengepost B, Aker	0	0	Lukket														
27.10.	Mattilsynet	Uanmeldt mattilsyn: Lokaler og hygiene rundt mathåndtering m.m.	Geriatrisk avdeling	0	0	Lukket														
07.10.	Mattilsynet	Vedlikehold av utstyr og merking/sporing av ferdigproduserte spiseklare salater	Hovedkjøkken RH	0	0	Lukket														
Totalt				13	0		0	0	0	0	0	13	0	0						

Tabell 24. Eksterne tilsyn gjennomført i 3. tertial 2015

9.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid

Tilsyns-dato	Tilsynsetat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Kommentar - status
25.08.15	Arbeidstilsynet	Arbeidsmiljølovens krav om å forebygge arbeids-relaterte sykdommer og skade	Renholdsavdelingen, Oslo sykehusservice	7	6	Oversendt dokumentasjon relatert til siste avvik 18.12.15. Avventer tilbakemelding
24.08.15	Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap	Utgangspunkt i tidligere avvik (elektro), sikring av kompetanse i bruk av MTU og hendelser ved aktive implantater som pacemakere og ICD	Elektroavdelingen, Oslo sykehusservice	4		Under arbeid. Besvares innen fristen 10.02.16
17.03.15	Riksrevisjonen	Selskapskontroll 2014: Kontroll av informasjons-sikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	VO Medisinsk teknologisk, Oslo sykehusservice			Personvern, MTV og IKT jobber med å lukke påpekte mangler.
09.03.15	Statens legemiddelverk	Blodbankens tilvirkning av blod og blodkomponenter	IMM Blodbanken felles, Klinikk for diagnostikk og intervensjon	5	1	Oversendt innen fristen. Venter på tilbakemelding
22.10.14	Helsedirektoratet	Tilsyn vedr. produksjon av vitamin D-analyse	Hormonlaboratoriet, Klinikk for diagnostikk og intervensjon			Venter på videre oppfølging av saken fra Helsedirektoratet
06.10.14	Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap	Oppfølging av DSB tilsyn i 2012 og 2013	Oslo Sykehusservice	9	5	Arbeides med og drøftes i de faste dialogmøtene. Frist for lukking er 31.12.15. Svarbrev sendes etter avtale januar 2016.
13.05.14	Fylkesmannen helseavdeling	Systemrevisjon - forsvarlig pasientforløp	Nevrokirurgisk avdeling, Klinikk for kirurgi og nevrofag	2	1	I arbeid og frist rapportering på avvik 2 er 15.03.16.
16.12.13	Branntilsyn	Branntilsyn ved OUS - Søsterhjemmet. Brann-tekniske tiltak.	Oslo Sykehusservice			Arbeides med og drøftes i de faste dialogmøtene.
01.07.11	Arbeidstilsynet	Tilsynsrapport fra statusmøte 15.06.11	Hele sykehuset	10	8	Arbeides med og drøftes i de faste dialogmøtene.

Tabell 25. Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid.

Målgruppe: Styret – Styresak 3/2016.

Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet

Saksbehandler: Spesialrådgiver Øystein Helland

Dato: 28. januar 2016

Fil: - LGG 3T 2015 v35.docx



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.



Innholdsfortegnelse

1. Risikovurdering 3. tertial 2015 – beskrivelse av områder	1
Pasientbehandling	2
Arbeidsmiljø	2
Forskning, innovasjon og utdanning	4
Økonomi og infrastruktur	4
2. Pasientbehandling	6
Pasientbehandling - risikoreduserende tiltak	7
3. Arbeidsmiljø	14
Arbeidsmiljø - risikoreduserende tiltak	15
4. Forskning, innovasjon og utdanning	16
Forskning, innovasjon og utdanning - risikoreduserende tiltak	17
5. Økonomi og infrastruktur	18
Økonomi og infrastruktur - risikoreduserende tiltak	19

1. Risikovurdering 3. tertial 2015 – beskrivelse av områder

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

Praksis følger av sykehusets *Retningslinje for risikovurdering og – styring*.

Hovedgjennomgangen av sykehusets totale risikobilde ble gjort i 1. tertial, og i 2. tertial ble denne risikovurderingen revidert. Nå er disse risikovurderingene enda en gang gjennomgått og oppdatert for situasjonen i 3. tertial 2015. Denne gangen har utkastet til risikovurderingen blitt utarbeidet i direktørens stabsavdelinger før det ble lagt fram for behandling for sykehusledelsen i ledermøtet. Hovedverneombud og tillitsvalgte har også bidradd i arbeidet.

Selv om dette er en forenklet gjennomgang er det gjort effektvurderinger av de risikoreduserende tiltak som ble fastsatt og gjennomført etter forrige tertial. Arbeidet med endrings- og forbedringstiltak tar tid, - særlig på sykehusnivå. Det er omfattende tiltak som må til for å gi varig effekt. Mange tiltak videreføres derfor og vil strekke seg over flere år. Særlig gjelder dette risikoer har sammenheng med sykehusets dårlige standard for bygg og infrastruktur.

Det er gjort noen justeringer i forhold på risikokartene, men det er ikke store endringer i identifiserte risikoer fra tidligere tertialer.

Pasientbehandling

Risiko knyttet til pasientbehandlingen har stor oppmerksomhet, og det gjennomføres mange tiltak for å redusere risiko. Sykehuset har gjort et stort arbeid når det gjelder å redusere fristbrudd og antall langtidsventende, dels gjennom opplæring i korrekte registreringer i DIPS, dels gjennom en betydelig innsats for å korte ned ventetider gjennom økt aktivitet innen flere fagområder og dels gjennom etablering av bedre virksomhetsrapporter til bruk for lederne. Antall fristbrudd og langtidsventende er betydelig redusert ved inngangen til 2016. Situasjonen vil fortsatt ha stor oppmerksomhet fremover for å bedre resultatene ytterligere. Sykehuset har fortsatt en vedvarende utfordring knyttet til utilfredsstillende arealer.

Sykehusets nye IKT-systemer har gitt forventede forbedringer. Ulike IKT-systemer innen radiologi er ikke hensiktsmessig. Elektroniske henvisninger fra fastleger er nå stort sett etablert. Fortsatt er det ikke mulig å motta elektroniske henvisninger fra andre sykehus, men det planlegges en pilot for dette. Sentralt henvisningsmottak, som mottar alle henvisninger og fordeler til de avdelingsvise henvisningsmottak, har hatt kapasitetsproblemer, men i bedring. Arbeidet med elektronisk utsending av laboratoriesvar og epikriser har pågått over lengre tid, med fokus på pasientsikkerheten. Papirutsendelser vil nå opphøre. Pakkeforløp for kreft stiller store krav til koordinering slik at pasientene får oppleve et forløp uten unødig ventetid, bedre kontinuitet i pasientbehandlingen, et godt tverrfaglig samarbeid mellom avdelingene og mot andre sykehus og fastleger. Det er i løpet av 2015 totalt implementert 28 pakkeforløp, 10 av disse ble innført fra 1. september. Det er etablert system for registrering av forløpstider i pakkeforløpene. Sykehuset får månedlige rapporter fra NPR og det har vært arbeidet med å utvikle rapporter i sykehusets LIS for daglig monitorering. Sykehuset har etablert gode forløp innen mange kreftformer, spesielt er måloppnåelsen god innen tykk- og endetarmskreft og lungekreft. Imidlertid har sykehuset større utfordringer innen andre forløp som prostatakreft, brystkreft og underlivskreft hos kvinner. I arbeidet med standardiserte forløp er det tydeliggjort fortsatt kapasitetsutfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og deler av behandlingen. Det arbeides med tiltak for å bedre situasjonen.

Det er tilsatt samhandlingsoverlege og praksiskonsulent som vil bidra til å forsterke samhandlingen med primærhelsetjenesten.

Andel sykehusinfeksjoner og infeksjoner med resistente bakterier er bekymringsfulle, og det arbeides både med presentasjon av robuste data og med handlingsplaner som skal bidra til økt fokus og forbedringstiltak.

Arbeidsmiljø

Høsten 2015 stod årets HMS-runde og medarbeiderundersøkelse på planen. Ved årsskiftet hadde 56 % gått HMS-runde, 76 % bevart medarbeiderundersøkelsen og 49 % utarbeidet HMS-handlingsplan.

Sykehusets største fysiske arbeidsmiljøutfordringer er "byggningsmassens tekniske standard" (eksempelvis VVS-forhold og elektro) og "plassforhold". Både Arbeidstilsynet, Branntilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har gitt pålegg om tiltak. I perioden 2011 - 2015 er det innen arbeidsmiljøområdet gjennomført ca. 100 bygningsmessige tiltak. Det er etablert tiltaksplaner videre fram til 2019 for gjennomføring av de ca. 150 gjenstående arbeidsmiljøtiltakene. Dette dreier seg om midlertidige

eller varige tiltak som vil bidra til en positiv arbeidsmiljøutvikling i et mellomlangt perspektiv. Tilsvarende planer er utarbeidet for elsikkerhet og brannvern.

Det ble meldt 1439 HMS-avvik i 2015, omtrent det samme som i 2014. Konsekvensprofilen holder seg ganske stabilt fra tertial til tertial, med ca. 15 % alvorlig reell konsekvens og ca. 40 % alvorlig potensiell konsekvens (oransje/rødt/mørkerødt). En gjennomgang av saksbehandlingen for de alvorligste avvikene viser at det jobbes seriøst med oppfølgingen av disse. Når det gjelder de moderate og mindre alvorlige avvikene er ikke oppfølgingen like god. Mange ledere har et forbedringspotensial her.

Antallet ansattskader holder seg omtrent på samme nivå i 2015 som 2014 (ca. 500). Her er det det "stikkskader" og "fysisk vold" / "trusler" som topper statistikken. Det er innført nytt sikkerhetsutstyr som skal redusere risikoen for stikkskader, men så langt har vi ikke sett noen tydelig effekt av dette. Ellers arbeides det med ulike tiltak innen sikkerhet for å minimalisere risiko ved vold / trusler samt skape økt bevissthet på problemstillingen i sykehuset.

Innen arbeidsmiljø er "smittevern" den største avviksgruppen. Alle aspekter meldes fra smittevernprosedyre ikke fulgt til manglende informasjon om smitte. Mange av disse avvikene omhandler også ulike nivåer av pasientsikkerhet. Disse HMS-avvikene kan derfor betegnes som "gråsoneravvik" i feltet mellom HMS-avvik og pasienthendelser.

Arbeidspress og ikke tilstrekkelig bemanning er områder som rapporteres hyppig gjennom avvikssystemet. Avvikene omhandler både individuelt opplevd arbeidspress, ubalanse mellom antall ansatte vs. pasientantall / pleietyngde, og ubalanse i enheters totale kompetanse ved at ansatte på vakt ikke alltid har riktig kompetanse. Her er det store forskjeller mellom enheter og klinikker, og det jobbes systematisk med å forbedre situasjonen i flere av enhetene der arbeidsbelastningen oppleves for høy.

I 3. tertial er det registrert totalt 9163 brudd på bestemmelsene om arbeidstid. Det er en nedgang på om lag 400 brudd siden andre tertial 2015. Sammenlignet med tilsvarende periode i 2014 er nedgangen 26,2 prosent. Alle klinikker viser nedgang i AML-brudd siden 2014. Antall årsbrudd er på samme nivå, mens de andre typer brudd går markant ned.

Direktørens HR-stab har fulgt opp arbeidet med å unngå brudd på arbeidstidsbestemmelsene blant annet med møter med avdelingsledere i hver klinikk vår og høst 2015. Nye møter i alle klinikker planlegges vår 2016. I disse møtene diskuteres tiltak for å unngå brudd og behov for tettere oppfølging avklares for den enkelte enhet. Det er gjennomgående behov for opplæring i regelverk og ressursplanlegging. Videre rettes det innsats inn mot enheter med særskilte utfordringer, som eksempelvis kan skyldes kompetansemangel, sykefravær eller uhensiktsmessig turnus.

Sykehuset som helhet har for fjerde gang gjennomført den årlige medarbeiderundersøkelsen som også gjennomføres i hele Helse Sør-Øst. Svarprosenten for sykehuset som helhet er på 76 %. Dette er meget god oppslutning og kun fire prosentpoeng lavere enn rekordoppslutningen i 2013. Undersøkelsen er et viktig redskap for å drive lokalt forbedringsarbeid i sykehusets avdelinger og enheter. 76 % av de 17390 ansatte som fikk tilsendt undersøkelsen har gitt tilbakemeldinger på hvordan de opplever arbeidsmiljøet.

Medarbeiderundersøkelsen er først og fremst et uttrykk for arbeidsmiljøet i den enkelte enhet og derigjennom et bidrag til lokalt forbedringsarbeid. Selv om en rekke enheter har sine utfordringer så viser de samlede resultatene for sykehuset at medarbeiderne

opplever en trend i retning av økt motivasjon og tilhørighet. Jobbtilfredshetsskåren i 2015 ligger også to poeng høyere enn i 2013. Tilhørighetsskåren for sykehuset som helhet er i 2015 tre poeng høyere enn i 2013. Innen temaene Mål og Motivasjon har skåren økt med to poeng fra 2013 til 2015. Sykehuset som helhet har en økning på fra ett til tre poeng innen samtlige tema i undersøkelsen.

Sykehusets ansatte skårer høyere på tilhørighet og motivasjon, og pasientsikkerhetskulturen vurderes som bedre sammenlignet med gjennomsnittsskåren for de andre sykehusene i regionen.

Forskning, innovasjon og utdanning

Det pågår et omfattende arbeid for å forbedre IKT-situasjonen for forskere i både Oslo universitetssykehus HF (infrastrukturmoderniserings-programmet - IMP), Sykehuspartner og Helse Sør-Øst, som har opprettet et eget program for forskning under satsingen Digital fornying. På grunn av forsinkelse i IMP er risiko foreløpig uendret (ble redusert forrige tertial).

Sykehuset har ansvar for 11 nasjonale kvalitetsregistre og er i tillegg forpliktet til å rapportere data til et stort antall registre som andre helseforetak har ansvar for (totalt 52 nasjonale registre). Den nasjonale dekningsgraden er fortsatt ikke tilfredsstillende for mange registre. God datakvalitet krever at det avsettes tilstrekkelige kliniske ressurser til innlegging og uttrekk av data. Det arbeides fortløpende med å få sykehusets registre over på nasjonalt foretrukne IT-løsninger. Dette er en nasjonalt styrt prosess, men vil også medføre betydelig økte IKT-driftsutgifter for registrene. Å avsette tilstrekkelig tid og ressurser til kliniske studier, utdanning og innovasjon, kombinert med klinisk virksomhet, er fortsatt like krevende, gitt effektiviseringskravene klinikkene står overfor. Dette reflekterer sykehusets totale ressursituasjon. Eier stilte i oppdragsdokument for 2015 særskilte krav til forbedret infrastruktur for kliniske studier. Det er et langsiktig arbeid å forbedre logistikk og infrastruktur for kliniske studier vesentlig. Prioritering av dette området er fremhevet i budsjettskriv til klinikkene for 2016 og i arbeidet med ny forskningsstrategi.

Etterutdanningsaktiviteter, praksisplasser og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press. Mangelfull veiledning dokumenteres også i evalueringer av spesialistutdanning for leger, som viser mange problemområder ved sykehuset. Det er fortsatt stor mangel på utdannede spesialsykepleiere innen flere områder, jf. risikobildet for pasientbehandling. Flere utdanningstiltak er iverksatt for å bedre situasjonen, jf. handlingsplan for pasient-behandling. Det er tilført en ny risikofaktor som gjelder å gjennomføre strukturerte utdanningsløp for leger i spesialisering (LIS) som skal ha gruppe 1-tjeneste ved Oslo universitetssykehus. Problemstillingen er en konsekvens av at LIS-stillinger nå omgjøres til faste stillinger, der OUS må inngå avtaler med andre HF om å kunne levere tidsbegrenset, "skreddersydd" gruppe 1-tjeneste på 1,5 års varighet. Tjenesteplanen for gruppe 1-tjeneste er i dag i stor grad lagt opp etter driftsbehovet ved avdelingene og det vil få økonomiske og driftsmessige konsekvenser å lage mer skreddersydde utdanningsløp for gruppe 1-tjenesten.

Økonomi og infrastruktur

Aktiviteten etter 3. tertial er noe lavere enn budsjett innenfor somatikken. Det er risiko for at sykehusets økonomiske resultat avviker negativt fra styringsmålet. Avvikene er


noe redusert gjennom 2. og 3. tertial. På bakgrunn av at den økonomiske utviklingen gjennom 2015 ikke er tilfredsstillende, har administrerende direktør i ledermøter og i dialog med klinikkene understreket behovet for å lukke det økonomiske avviket. Virkemidlene vil være både bedre kapasitetsutnyttelse gjennom høyere aktivitet og reduksjon av kostnader. Gjennom prioriteringer i budsjettet er kapasiteten økt både innenfor radiologi, patologi og operasjon noe som gir muligheter for økt aktivitet. Innenfor poliklinikkene er det fokus på å utvide planleggingshorisonten ved å ha åpne timebøker lengre frem i tid, men også å redusere variasjonen i antall konsultasjoner mellom ukene. I tillegg til økt aktivitet er det nødvendig å redusere kostnadene, først og fremst gjennom bedre bemanningsstyring, avvikle ekstrabemanninger fra sommeren og redusere bruk av ekstern innleie og variabel lønn.

Problemer med for lav investeringsgrad og fornying av medisinsk-teknisk utstyr og utbedring av bygningsmassen er fremdeles betydelige selv om foretaket har hatt ett høyere investeringsnivå fra 2013. I behandling av økonomisk langtidsplan for årene 2016-2019 er det derfor lagt til grunn et betydelig investeringsnivå innenfor medisinsk-teknisk utstyr og bygg. For å sikre en god plan for forvaltning av bygg ble det søkt om lånefinansiering for utbedring og oppgradering av bygg for årene 2016-2019 (styresak 18. desember 2015). Lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet er nå innvilget. Svakere resultat enn budsjettet gir fremdeles en betydelig risiko for ikke å få tilstrekkelig finansiering av de planlagte investeringsnivåene for årene 2016 til 2019.

Det innføres og endres løpende en rekke kliniske- og administrative systemer. Eksterne krav medfører også løpende endringer i kodeverk med mer. I tillegg er det ett meget stort antall brukere av de ulike systemene. Dette gir betydelige utfordringer i forhold til å oppnå konsistens mellom systemene, registreringer og kunne bruke alle virksomhetsdata som ett samlet ERP-system. Felles organisasjonsforvaltningsløsning er etablert. Dette vil bidra til en mer koordinert og sammenhengende organisasjonsforvaltning.

Det er et jevnt høyt antall kritiske feil i flere viktige IKT-applikasjoner. Dette vil først bedres når felles regionale prosjekter gjennomføres innen klinisk dokumentasjon og infrastruktur. Sykehusets hovedoperativsystem (ikke servere) gikk ut av support fra Microsoft i april 2014, og utskifting er nå i gang. Oppgradering av infrastruktur er kommet godt i gang og fullføres våren 2016. Sykehuspartners leveranser og oppfølging i den daglige drift vurderes som uforandret fra 2.tertial. Det er etablert et godt samarbeid mellom Sykehuspartner og sykehuset innenfor området kvalitet/ virksomhetsstyring i løpet av 3. tertial.

2. Pasientbehandling

Pasientbehandling <small>Gjelder all medisinsk og helsefaglig virksomhet: Diagnostikk, behandling, pleie og pasientopplæring samt MTU, samhandling, pasientadm. og annet pasientrelatert arbeid.</small>		Risikovurdering sykehushnivå - 3. tertial 2015						
		Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)	Anall røde	Anall gule
Konsekvens Svært alvorlig (5) Alvorlig (4) Moderat (3) Lav (2) Ubetydelig (1)		Legionella Radiumhospitalet / Ullevål	Responsitid/ambulansesyring AMIK Sykehusinfeksjoner - resistens Intern overflytning av kritisk syke Operasjonskapasitet	Kapasitet og standard - medisinsk- Byggstandard				
			Bruk av DIPS - PAS/EPJ Utsending av epikriser og løbsvar	Kapasitet radiologi og svar tider patologi Intensiv - og intermedisær senger Mangel på spesialsykepleiere og annet personell				
		Borfall kliniske IKT-systemer	Henvissningsmottak - elektroniske	Ventelister / fristrudd / beh.kapasitet Utskriving av pasienter / Forløpslister og pakkeforløp kreft Dokumentasjonen i el. pleie-og omsorgsmeldinger				
				Svik i oppfølging av pas. i overgang til primærh.jenesten				
							Sannsynlighet	
							2	10
							17	39

Pasientbehandling - risikoreduserende tiltak

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	Det arbeides videre med årlige investeringer i tråd med Områdeplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr som ble godkjent av styret i 2015.
	Sykehuset er i sluttfasen med å få på plass en finansiell leasingpartner. Anskaffelser som krever finansiering gjennom leie er satt i gang og søknad er sendt til HSØ.
Byggstandard	Egen vedlikeholdstiltaksplan for 2015 med 15 tiltak. Planen oppdateres og videreføres for 2016.
Legionella Radiumhospitalet/ Ullevål	Legionellasituasjonen på Radiumhospitalet er nå under kontroll, og det er ikke påvist Legionella siden oktober 2014. Det tas kontrollprøver regelmessig. Det er påvist lave til moderate mengder av Legionella micdadei noen steder på Ullevål. Det er satt i gang risikoreduserende tiltak som økt temperatur, gjennomskylling etc.
Ventelister / frist-brudd / behandlings-kapasitet	<p>Handlingsplan for ventetid, pasientforløp og effektivitet OUS 2015 følges opp. Som følge av feil i konverteringen fra gamle pasient-systemer til DIPS, samt innføring og riktig bruk av DIPS, har det i løpet av 2. tertial 2015 har det vært et særlig stort fokus på stabilisering og oppretting av ventelistedata. Det har vært iverksatt tiltak for å rette opp feilregistreringer av ventetider og frist-brudd, planlegge avvikling for pasienter som venter og forberede inn-føringen av Prio2. Det er gjort en grundig gjennomgang av alle restanselister og oppfølging av frister som forfaller. Arbeidet har ført til en betydelig bedre oversikt og kontroll over ventende pasienter. Feilregistrering av henvisninger er fortsatt en faktor som ikke er under kontroll og som med-fører at det ukentlig oppstår nye fristbrudd og langtidsventende. Feilregistrering som faktor er utslagsgivende for hvordan risikonivået for ventelister og fristbrudd presenterer seg på vår risikomatrise. Det pågår kontinuerlig ulike opplæringstiltak.</p> <p>Det har vært gjennomført opplæring til ledere, leger, ventelisterådgivere og kontorfaglig personell i håndtering av henvisninger og venteliste i perioden januar til juni. Opplæringsmateriellet (oversendt HSØ i mai 2015) er gjennomgått med ventelisterådgivere i klinikkene og for kontorfaglig nett-verk og klinikkene legger nå egne planer for sitt videre «interne» opplæringsprogram.</p> <p>I tillegg er det gjennomført opplæring i bruk av rapporter i DIPS for å sikre at det gjennomføres kontrollrutiner og kvalitetssikring av ventelistedata.</p> <p>Det er laget egen sjekklister for ajourhold av venteliste, til bruk for personell som har daglige arbeidsoppgaver og ansvar for venteliste-håndtering og pasientflyt.</p> <p>Ledermøtet i OUS har gjennomgått praksis for forebygging av frist-brudd ved riktig opprettelse av henvisningsperiode, vurdering av henvisning og opp-følgning av start helsehjelp/ventetid slutt. Styrende dokumenter er revidert og oppdatert.</p> <p>Det er gjennomført revisjoner, med håndtering av henvisninger og venteliste som tema, i alle klinikker.</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<p>Andre konkrete tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontoret for Fritt sykehusvalg bistår i å finne et alternativt tilbud til langtidsventende for fagområdet Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi. De kontakter også pasienten med det formål å undersøke om behandling fortsatt er aktuelt. Kontoret for Fritt sykehusvalg håndterer et volum på ca. 1 000 pasienter for Avdeling for plastikk-kirurgi. • Sikre at ansvarlige for de avdelingsvise henvisningsmottakene arbeider etter gjeldende prosedyre • Alle poliklinikker som bruker "SMS-påminnelse" sjekker at det er lagt inn SMS-varsling på pasienter som har time "neste uke", og alle poliklinikker har en "kort varsel" -liste, slik at avbestillinger kan fylles opp på kort varsel. • Pasientene tilskrives med time når henvisningen er vurdert slik at pasienten kan tilrettelegge tiden i sin kalender (økt andel direktebooking og reduksjon av "ikke møtt" og avbestillinger). Det kan tas ut oversikter over hvor stor andel som har en planlagt kontakt innen fastsatt frist. • Det er tilrettelagt for pasientadministrativt arbeid via foretakets ledelsesinformasjonssystem. • Regional prosedyre som beskriver praksis for viderehenvisninger og overføring av pasienter mellom HF'ene vil bli fulgt opp internt for å sikre at prosedyren etterleveres, og at informasjon om viderehenviste pasienter blir registret riktig i DIPS. • Løpende rapportering og økt ledelsesfokus på alle nivå. • Økt operasjonsaktivitet (nye stuer, tidligere oppstart, flere operasjoner per stue per økt mv). • Økt bruk av avtaler med private sykehus og avtalespesialister. • Samarbeid med andre helseforetak. <p>Det er gjennomført pilot på mottak av elektroniske henvisninger. Piloten er vellykket og tiltaket breddes i 2. tertial.</p> <p>Lukking av avvik er fulgt tett opp og det er fokusert på læringsoverføring i etterkant av konsernrevisjonens gjennomgang av virksomhetsstyring i Hjerte- lunge- karklinikken.</p> <p>Samarbeid med Helse Sør-Øst/SP vedrørende kortere ventetider, ingen fristbrudd og økt effektivitet på poliklinikkene («Tilgjengelighetsprosjektet»)</p> <p>Arbeidet med løsning på organisatoriske flaskehalser og kapasitetsutfordringer som hindrer effektiv flyt i behandlingstilbud fortsetter. Det er iverksatt prosjekter som kan se på mulige nye arealløsninger for å oppnå mer effektiv drift.</p>
Sykehusinfeksjoner - resistens	OUS følger handlingsplan for smittevern 2014 - 2018
Responstid/ ambulansestyling AMK	<p>Det initieres et arbeid for ny permanent AMK sentral fordi man på sikt vil få betydelige kapasitetsproblemer igjen.</p> <p>Etablere bedre teknologiske løsninger i AMK som elektronisk beslutningsstøtte og flåtestyring - midlertidig i OUS og varig i henhold til nasjonale prosesser. Dette inkluderer også EPJ.</p> <p>Vurdere ytterligere utvidelse av bemanningen i henhold til de øvrige tiltakenes effekt og tidspunkt for effektivering.</p>
Operasjonskapasitet	Rikshospitalet har økt operasjonskapasiteten med to operasjonsstuer på Operasjon 1, hvorav en innen gastrokirurgi / transplatasjonskirurgi

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<p>og en innen hjertekirurgi. En operasjonsstue i Operasjon 3 er midlertidig fristilt til bruk for ØNH- og plastisk kirurgi fram til innflytting av karkirurgi. I tillegg er en operasjonsstuedag i Operasjon 3 overført fra HLK til funksjonell nevrokirurgi.</p> <p>4 operasjonsstuer i bygg 17 på Ullevål er ferdigstilt, 3 av disse er tatt i bruk til gastrokirurgi og nevrokirurgi.</p> <p>Oppgraderingen av 5 operasjonsstuer ved legevakta er ferdigstilt i 2015. Operasjonsstuene tas i bruk uke 43. Operasjonsaktiviteten som i dag foregår på Aker, vil da flyttes tilbake. Dermed frigjøres 4 – 5 operasjonsstuer på Aker.</p> <p>Tiltak innen kompetanseutvikling og rekruttering, spesielt knyttet til spesialsykepleiere. Sykehuset har opprettet 100 nye utdanningsstillinger innen spesialsykepleie. Tiltaket videreføres.</p> <p>Turnusløsninger vurderes som tiltak for å beholde allerede tilsatte operasjonssykepleiere.</p> <p>Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov foregår årlig i et samarbeid mellom klinikkene og MTV.</p>
Intern overflytning av kritisk syke pasienter	<p>Det utredes omfanget av intern overflytting og identifiseres risikogrupper. Ansatte læres opp i National Early Warning Score. Det vurderes andre tiltak.</p>
Kapasitet radiologi og svartider patologi	<p>Gjennomføre og monitorere vedtatte prioriteringer for bruk av radiologiske undersøkelser. Klinikkene skal tydeliggjøre radiologisk prioritet innen egne pasientgrupper. Øket fokus på området fra 2. halvdel av 2015</p> <p>Overvåke effekter på kapasitet og mangler i forbindelse med innføringen av pakkeforløp i 2015. Kartlegge konsekvenser for andre pasientgrupper</p> <p>Erstatte RIS/PACS-løsningen på Radiumhospitalet med løsningen på Rikshospitalet i løpet av første halvår 2015 for å sikre forsvarlig drift der. Det forventes også å øke kapasitet gjennom økt stabilisering og redusert nedetid/responstid for brukere. Det vil også søkes å bedre tilgjengelighet for RIS/PACS til brystdiagnostikk på tvers av OUS for å bedre samlet kapasitet.</p> <p>Skifte ut MR på RH og Ullevål og CT på Aker i løpet av 2015.</p> <p>Prioritere opplæring av nyansatt personale i radiologi med sikte på å øke kapasiteten</p> <p>Kjøp av bildediagnostikk hos private der dette gir et faglig tilfredsstillende tilbud og bidrar til en samlet kapasitetsøkning i Helse Sør-Øst.</p> <p>Harmonisere protokoller for radiologi i regionen.</p> <p>Omstrukturere og bedre logistikk og arbeidsflyt knyttet til patologiske undersøkelser og svar. Ta i bruk nye lokaler og samle og samordne den faglige virksomheten.</p> <p>Sende ut foreløpige patologisvar til klinikere</p> <p>Anskaffe nye og bedre microtomer og mer automatisert fargeutstyr</p>
Intensiv- og intermediær-senger	<p>Øke antall po/intensiv-senger ved Ullevål med 2 buffersenger, samt vurdere intermediær-senger i PO2.</p> <p>Sykehuset har ikke lyktes med noen vesentlig økning i antall intensivsykepleiere. Det er isteden utviklet et trainèe-program hvor ordinære sykepleiere deltar i en intern opplæring på 6-8 mnd. Tiltaket videreføres.</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<p>Kartlegging av intermediærsenger er avsluttet. Intermediærkapasiteten utvides gradvis gjennom videreføring av foreslåtte tiltak og vil på sikt kunne avlaste intensiv. Tiltaket videreføres.</p> <p>Thoraxkirurgisk intensiv mangler fortsatt ca. 10 årsverk og kompenseres med innleide vakter spesielt i helgene. Det begynner 2 nye i juni, ingen slutter.</p> <p>Bemanningen ved gen. intensiv 2 ved Rikshospitalet er økt.</p>
<p>Mangel på spesialsykepleiere og annet personell</p>	<p>Koordineringsgruppe for strategisk kompetanseutvikling skal sikre at kompetanseutvikling i OUS samkjøres</p> <p>Et analysemiljø for strategisk kompetanseutvikling vil evt. bli etablert for å oppnå oversikt over sårbare fagmiljø og tilby prognoser for ledere i OUS. I dette arbeidet inngår både god utnyttelse av IKT-verktøy og optimal bruk av disse.</p> <p>Samarbeidsgruppe (etablert i 2013, ledet fra MHU) med representanter fra HR-stab, stab MHU, stab FIU og OSS har behandlet flere saker med hensyn til spesialsykepleiere.</p> <p>-Titler og funksjonsbeskrivelser på alle ansatte gjennomgås i regi av HR-stab. Systematisk bruk av titler som også synliggjør ansattes fagområder/ kompetansenivå vil gjøre det mulig for ledere å se antall ansatte innen de ulike spesialitetene som for eksempel de ulike spesialsykepleieres fagområde.</p> <p>-Årlig behovskartlegging for spesialsykepleiere i regi av HR-stab gjennomføres blant annet for å se behov for utdanningsstillinger fordelt på klinikker i OUS. Behovskartleggingens form og prosess vil bli vurdert forbedret.</p> <p>Relevans i utdanning</p> <p>-Videreutdanning i sykepleie som en del av et masterløp ved høyskolene er etter samarbeid med HiOA og LDH blitt mulig å avslutte etter 16 mnd. og gir da kvalifikasjon som spesialsykepleier innen det aktuelle fagområde, som for eksempel intensivsykepleie.</p> <p>-Fagråd og dialogmøter mellom OUS og aktuelle høyskoler gjennomføres systematisk og på den måten blir sykehusets behov for kompetanse, sykehusets kapasitet med hensyn til praksisplasser og høyskolenes utdannings-tilbud og utdanningskapasitet koordinert.</p>
	<p>Rekruttere og beholde ansatte</p> <p>-Videreføring av 100 utdanningsstillinger til sykepleiere i videreutdanning i fagområdene ABIO, N, K, P (Anestesisykepleie, Barnesykepleie, Intensiv-sykepleie, Operasjonssykepleie, Nyfødtsykepleie, Kreftsykepleie, Psykisk helsearbeid). Ansettelse pågår til nye kull med studiestart høsten 2015, mens nyfødt starter januar 2016.</p> <p>-Masterutdanning støttet økonomisk etter avtale med nærmeste leder ved de seksjoner det er aktuelt. Nivå-1 Retningslinje gir lederen føringer i prosessen og et grunnlag for den individuelle avtalen.</p> <p>-Traneestillinger med eget kursprogram utprøves ved Intensivenheter i Akuttklinikken. Målet er at flere søkere til intensivutdanning med et ønske om bindingstid ved Akuttklinikken.</p> <p>-Internkurs som tilbys i Akuttklinikken vil bli evaluert og vurdert som et mulig felles kurs hvor også sykepleiere ved intermediærenheter kan få hevet sin kompetanse.</p> <p>-HR-stab har egen ansatt som jobber med rekrutteringstiltak fra utlysningstekster til større prosjekt som omhandler Profilering av</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<p>OUS som arbeids-plass.</p> <p>Helsefagutdanning - Lærlingebedrift</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klinikkene er svært positive til å motta Helsefagarbeiderlæringer, disse opparbeider seg studiekompetanse og mange velger deretter å studere helsefag på høyere nivå. -Fagskoleutdanning etableres nå med spesialisering innen sterilisering -OUS deltar i HSØ prosjekt og ser på oppgavedeling i operasjonsstuer. Det kan her bli aktuelt å benytte spesialutdannet personell fra fagskolen til håndtering av sterilforsyning til operasjonsstuer. <p>Kvalitetssikring av studenter - fremtidige ansatte i samarbeid med høyskolen</p> <ul style="list-style-type: none"> -Autorisasjon som sykepleier før studiestart på videreutdanning er kvalitetssikret og det vil fremgå i samarbeidsavtalene at høyskolen tar ansvar for dette. -Vandelsattest kvalitetssikres og innhentes før studiestart for alle videreutdanningsstudenter som skal ha praksis ved sykehuset. Legges inn som eget punkt i samarbeidsavtalen mellom OUS og aktuelle høyskoler. -Politiattest fra studenter ved fagskolen er behov før praksis i OUS og kvalitetssikring pågår. -Skikkethetsvurdering av studenter dokumentasjon fra høyskolen gjennomgås. -Svake studenter og håndtering av prosess. <p>Praksisplasser ved OUS - Hvis høyskolen skal øke antall studenter må sykehusene tilby flere praksisplasser</p> <ul style="list-style-type: none"> -Det samarbeides kontinuerlig for å etablere flere praksisplasser ved sykehuset bla ved å benytte dagenheter og poliklinikker hvor også avansert behandling og sykepleie pågår. Incentivmidler fra HSØ benyttes i ulike prosjekt for å fremskaffe flere praksisplasser. Det arbeides også for at Helsearena Aker vil også bli brukt i større grad som praksisplass. -Det har blitt gjort en ekstra innsats for å tilby praksisplasser for studenter i operasjonssykepleie i en periode hvor høyskolene vil ha tre kull samtidig i praksis høsten 2015. <p>Bedre tilrettelagt mottak av studenter</p> <p>IKT-tilganger for studenter som skal dokumentere i journalen har blitt utsatt i påvente av nytt EPJ. Det har nå vært gjennomført en pilot med maskinell registrering som vil lette arbeidsflyt ved mottak av studenter.</p> <p>Ansettelse av sykepleiere med utenlandsk videreutdanning</p> <p>Det er utarbeidet en prosedyre og blitt anbefalt å etablere en ekspertgruppe som kan bistå mellomledere. Pilot pågår i Akuttklinikken mht. ansettelse av sykepleiere med utenlandsk videreutdanning i operasjonssykepleie.</p>
<p>Henvisningsmottak - elektroniske henvisninger</p>	<p>OUS har startet med mottak av elektroniske henvisninger, som går til sentralisert henvisningsmottak for videre fordeling til avdelingsvise henvisningsmottak. Det har vært en del tilfeller av direktesending av henvisninger til avdelingsvise henvisningsmottak, men dette gjelder henvisninger på papir og fax. Overgangen til elektronisk mottak av henvisninger med bruk av applikasjonskwittering regnes som en reduksjon av risiko.</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Forløpstider og pakkeforløp kreft	<p>Det er i løpet av 2015 totalt implementert 28 pakkeforløp, 10 av disse ble innført fra 1. september. Det er etablert system for registrering av forløpstider i pakkeforløpene. Sykehuset får månedlige rapporter fra NPR og det har vært arbeidet med å utvikle rapporter i sykehusets LIS for daglig monitorering. Sykehuset har etablert velfungerende forløp innen mange kreftformer, spesielt er måloppnåelsen god innen tykk- og endetarmskreft og lungekreft. Imidlertid har sykehuset større utfordringer innen andre forløp som prostatakreft, brystkreft og underlivskreft hos kvinner.</p>
	<p>Etablering av forløpskoordinatorer, samt etablering av tilstrekkelig utrednings- og behandlingsskapasitet, ledelse og samhandling i pakkeforløpene.</p>
	<p>Opplæring og monitorering av forløpstider i pakkeforløp som går på tvers av avdelinger i OUS og på tvers av sykehus.</p>
Dokumentasjonen i el. pleie- og omsorgsmeldinger	<p>Det er gjort en gjennomgang av sykehusets praksis vedrørende dokumentasjon i elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger som fortsatt viser forbedringsmuligheter</p>
	<p>Det er satt i gang et opplæringsprogram ved medisinsk klinikk vedrørende dokumentasjonskrav i pleie- og omsorgsmeldinger. Programmet vil bli evaluert og justert</p>
	<p>Det skal videre breddes et systematisk arbeid i hele sykehuset med opplæring av ansatte vedrørende dokumentasjonskrav i pleie- og omsorgsmeldinger.</p>
Bruk av DIPS - PAS/EPJ	<p>Bruken av DIPS er relativt bra, men det gjenstår en del opplæring og oppfølging på rett bruk av DIPS, dels for registrering av ventetid slutt, og dels for aktivitetsregistrering og timebokføring på poliklinikk. Det er en betydelig forbedring av signering av prøvesvar for de fleste brukere. Oppfølging av korrekt bruk videreføres i EPJ-prosjektets fase 2, ikke minst for å følge opp endringer som følge av ny pasient- og brukerrettighetslov. Risikoen for alvorlige konsekvenser er betydelig redusert.</p>
Utsending av epikriser og laboratoriesvar	<p>Utsending av epikriser og laboratoriesvar følges opp av overvåkningsverktøyet Message Tracking Monitor (MTM) ved Sykehuspartner, ved KDI, i EPJ fase 2 og i DigSam-prosjektet. Verktøyet har hatt visse svakheter som nå er i ferd med å rettes opp, og det arbeides med å overføre ansvar til linje. I tillegg arbeides det med å begrense muligheten til å benytte uriktige adresser for brukerne, og formidle korrekt bruk av tjenestebasert adressering. Målet for oppfølgingen er å kutte papir der det fortsatt sendes ut.</p>
	<p>Ferdigstille en avstemningsløsning for kontroll av patologisvar som sendes internt fra DL-Patologi til DIPS</p>
	<p>Gjennomføre revisjon/stikkprøvekontroll av svarutsendinger etter overgang til elektronisk utsending.</p>
Utskrivning av pasienter / legemiddelavstemming	<p>Opplæring i aktuelle Nivå1 prosedyrer.</p>
	<p>Fokus på legemiddelavstemming i alle klinikker.</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Bortfall kliniske IKT-systemer	<p>Det komplekse systembildet for EPJ er etter overgang til DIPS betydelig forenklet og forbedret. I gevinstarbeidet er det påvist positiv trend vedrørende oppetid for EPJ første kvartal 2015 sammenliknet med 2014. Det gjør overvåkning og vedlikehold av drift enklere. Risiko for bortfall av kliniske IKT-systemer vil aldri bli null, og er avhengig av en pågående prosess for overvåkning, analyse og tilpasning. Sykehuspartner arbeider systematisk med å holde risiko for systemsvikt på et minimum, og har fått gode virkemidler for å gjennomføre dette arbeidet. Stabiliteten av de kliniske IKT-systemene har vært god i denne perioden og sannsynligheten for uønskede hendelser reduseres gradvis.</p>
Svikt i oppfølging av pas. i overgang til primærhelsetjenesten	<p>Det er stort fokus på å sikre at epikriser og laboratoriesvar kommer frem til korrekt mottaker. Utsendelsene monitoreres via systemet MTM. Det arbeides aktivt for å redusere brukerfeil og bedre tekniske muligheter for feilutsendelser. Sykehuset har løpende dialog med primærhelsetjenesten og ulike journalleverandører for å løse problemer og feil i nåværende fase. Tiltaket videreføres ut året.</p> <p>Ny, lovpålagt funksjon som koordinator er testet i en egen pilot. Det skal etableres et nettverk av koordinatorene i alle klinikker som driver pasient-behandling. Koordinatorene kobles inn i arbeidet med pasient-forløpene fra hjem til hjem og skal spesielt ha fokus på overgangene i forløpene. De arbeider aktivt ut mot primærhelsetjenesten.</p> <p>Sykehuset fortsetter opplæring av klinikkens ansatte i forhold til nivå 1-prosedyre –« utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester». Innføringen av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) til kommunehelsetjenesten går bra, og sykehusets samhandlingsparter gir positive tilbakemeldinger. Det arbeides nå med å bre PLO-meldinger til alle landets kommuner. Arbeidet er planlagt slutført innen årets utgang.</p> <p>Det arbeides med å sikre at OUS ulike samhandlingsparter deltar i pasient-forløpsarbeidet fra "hjem til hjem". Dette arbeidet prioriteres i 2015. Også fastlegene blir trukket inn i arbeidet. De inngåtte Samarbeidsavtalene skal benyttes som strategiske virkemiddel i dette arbeidet. Det er utarbeidet felles handlingsplan for 2015-2016 mellom OUS seks sektorbydeler og Helseetaten, Velferdsetaten og Sykehjemsetaten i Oslo. Her er kompetanseutveksling betydelig vektlagt. Å sikre bedre kjennskap til hverandres arbeidsform og faglige tilbud er også prioritert.</p>

Arbeidsmiljø - risikoreduserende tiltak

Risiko	Tiltak
Arbeidstidsbrudd og oppfølging av disse	Tiltaksplan med både sentrale tiltak, klinikkgjennomgående tiltak og klinikkvise tiltak; tettere og hyppigere oppfølging av arbeidstidsbrudd, inkludert brudd på hviletidsbestemmelsene. Faste tertialsvis møter med alle avdelingsledere vedr status og tiltak for å unngå AML-brudd.
Byggstandard	Egen vedlikeholdstiltaksplan for 2015 med 15 tiltak som er meddelt AT.
Plassforhold	Klinikkstabene skal flytte ut av pasientnære lokaler for å frigjøre areal til klinisk personell.
Bemanningsstyring	Økt kunnskap om og lojalitet til regel- og avtaleverk gjennom kurs, veiledning og tettere oppfølging; full bruk av GAT som planleggings- og styringsverktøy.
Mangel på spesialsykepleiere	Flere rekrutteringstiltak; ordningen med 100 utdanningsstillinger i spesialsykepleie videreføres; strategisk kompetanseplanlegging og -styring; videreføring av prosjekt om frigjøring av tid for operasjonssykepleiere for økt operasjonskapasitet; styrke OUS' omdømme som en attraktiv arbeidsplass; videreføring av tiltakene for å beholde spesialsykepleiere, egen gruppe som arbeider med profilering av OUS.
Kulturutfordringer	Det skal arbeides med kulturbygging på flere nivåer og arenaer, og med forskjellige innfallsvinkler. Hovedinnsatsen skal gjøres i klinikkene. Overordnet er det planlagt et kulturkompetanseprogram og en metodebok for kulturbygging.
Systematisk HMS-arbeid	Sende ut påminnelser høsten 2015 om det systematiske HMS-arbeidet.
Kjemikaliesikkerhet	Sende ut klinikkrapporter om status vedrørende stoffkartoteket, lokale risikovurderinger og substitusjon.
Ansattikkerhet	Redusere antallet stikkskader ved å ta i bruk engangsutstyr med sikkerhetsmessige beskyttelsesmekanismer. Forebygge vold og trusler ved sikkerhetstiltak og opplæring.

Forskning, innovasjon og utdanning - risikoreducerende tiltak

Risiko	Tiltak
Spesialistutdanning leger - veiledning og supervisjon	Styrke kontakten med utdanningsutvalgene og delta i evalueringsmøter med spesialitetskomiteer. Oppfølging av komiteenes anbefalinger. OUS har gjennomført kurs i veiledning for overleger og planlegger nytt kurs i 2016.
Kliniske studier - kapasitet, finansiering og infrastruktur	Etablere styrkede kliniske forskningsstøttefunksjoner gjennom regionale og nasjonale (Norcrin) bevilgninger til kliniske studier. Følge opp internt i forbindelse med budsjett 2016 at det innenfor klinikkens forskningsressurser planlegges for en styrking av infrastruktur, utprøvingseenheter og støttefunksjoner for kliniske studier, i henhold til oppdrag fra eier.
IKT-infrastruktur til forskning	Forbedring gjennom IMP (regi av OUS) og det nyopprettede forskningsprogrammet under Digital fornying (regi av HSØ). Stab FIU deltar i månedlig oppfølging med Sykehuspartner vedr IKT for forskning.
Kvalitetsregistre - infrastruktur	Følge opp igangsatt dekningsgradsprosjekt for det nasjonale servicemiljøet for nasjonale registrene. Forprosjekt klinisk datavarehus ved OUS pågår. Bidra til å tilgjengeliggjøre tilfredsstillende databaseverktøy. Fremlegge sak for Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget om bruk av kvalitetsregisterdata som styringsverktøy for ledelsen.
Biobankvirksomhet	OSS arbeider med etablering av nytt felles biobanklokale på Rikshospitalet. Bidra til økt tilgjengelighet av eksisterende og fremtidige forskningsbiobanker.
Lover og etikk i forskning - avvikssaker	Økt kursaktivitet for forskningsgruppeledere og linjeledere fra OSS Forskningsstøtte. Opprettelse av forskningsetisk utvalg i 2016 i henhold til ny lov, samt revisjon og tydeliggjøring av forskningsombudets mandat.
Arealer til forskning og undervisning	Bidra i arbeidet med tilstrekkelige arealer til forskning og undervisning fim strategisk arealplanlegging/idefase, og i forbindelse med store forskningssøknader.
Leger i spesialisering - "skreddersydd" løp for gruppe 1-tjeneste på 1,5 års varighet.	Videre prosess må planlegges, herunder kan det være aktuelt å vurdere et pilotprosjekt for noen LIS, etter modell fra Ahus.
Etterutdanningsaktiviteter og veiledningskapasitet	Arbeide systematisk med tiltak i handlingsplan for utdanning, overordnet og i hver klinikk.
Mangel på praksisplasser for spesialsykepleiere.	Være i tett dialog med ledere på aktuelle enheter/seksjoner for å finne løsninger på kapasitetsproblematikken

Økonomi og infrastruktur - risikoreduserende tiltak

Risiko	Tiltak
Økonomisk bærekraft	Utarbeide og gjennomføre den plan som er lagt for krav til effektivisering i økonomisk langtidsplan med om lag 2 pst per pr i perioden 2016-2019 for å sikre finansiering av investeringer slik at sykehuset driftes i moderne og adekvate bygg og med oppdatert medisinsk teknisk utstyr
Resultat i forhold til budsjett i 2015	Særskilt oppfølging av bemanningsutvikling etter ferien for å sikre at økt bemanning i forbindelse med ferieavviklingen avvikles så raskt som mulig.
	Ukentlig gjennomgang av aktivitet og ventelister for å sikre økt aktivitet og bedre kapasitetsutnyttelse.
	Det gjennomføres utvidet oppfølging av medisinsk og administrativ koding i forbindelse med tertial-avslutninger. Dette rapporteres jevnlig til ledermøtet.
Gammelt medisinsk teknisk utstyr	Prioritere og gjennomføre investeringer som er driftsøkonomisk lønnsomme.
	Bruke finansiell leie for å få tilstrekkelig utskiftning på kort sikt.
	Arbeide for økt effektivisering av driften slik at mer midler kan disponeres til MTU.
Bemanningsstyring	Økt kunnskap om og lojalitet til regel- og avtaleverk gjennom kurs, veiledning og tettere oppfølging; Full bruk av GAT som planleggings- og styringsverktøy.
Ineffektiv bygningsmasse - Ikke tilpasset moderne sykehusdrift og stort vedlikeholds- etterslep	Lang sikt: Ferdigstille idfasearbeidet som første ledd i avklaring om erstatning av den gamle bygningsmassen.
	Fortsette gjennomføring av midlertidige oppgraderinger i gamle bygg for å imøtekomme de mest alvorlige tilsynskravene innen brann, HMS og elektro. Det er sendt lånesøknad til RHF/HOD des. 2014 for lånefinansiering av 1 265 mill. kroner for årene 2016- 2019.
Konsistens i kodeverk og organisasjon	Gjennomgå kildesystemene for registrert aktivitet og tilhørende ressurser. Vise tallgrunnlaget for ledelsen (anvendelse gir bedre kvalitet). Felles forvaltningsløsning er under innføring.
Kontrollmiljø (økonomi, juridisk)	Fortsette arbeidet med etablering av helhetlig internkontroll.
IKT infrastruktur	Oppgraderes i regi av fornyingsstyrets infrastrukturmoderniseringsprogram (IMP)
	Kontinuerlig oppdatering av kabling for å understøtte økt båndbreddebehov
	I samarbeid med EIE identifisere kritiske områder og oppgradere disse for å redusere ikke planlagt nedetid i kritiske IKT-systemer. Gjelder særlig manglende kapasitet på avbruddssikker strøm.
	Tett samarbeid med FPK og SP for å sikre at nødvendige ressurser er tilgjengelig for å gjennomføre prioriterte oppgaver.
IKT: Manglende konsolidering systemer	Tett samarbeid med FPK for å sikre at OUS behov blir ivaretatt, og iverksette lokale tiltak der hvor det er mulig ut ifra et økonomisk og ressursmessig perspektiv
Arealknapphet på sentrale arealer	Gjennomgang av helhetlig arealbruk.

Målgruppe: Ledermøtet
Faglig ansvarlig: Kst. stabsdirektør Sølvi Andersen
Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Dato: 21.01.2016

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. januar 2016

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

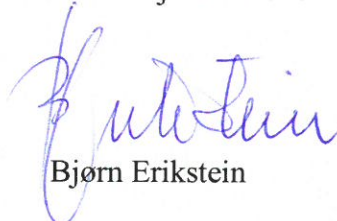
Vedlegg: Rapportvedlegg

SAK 4/2016 RAPPORT PER DESEMBER 2015

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen av foreløpig resultat for 2015 til orientering.

Oslo den 21. januar 2016



Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Resultat etter desember 2015 ble rapportert til Helse Sør-Øst RHF 20. januar, det vil si samme dag som denne styresaken ble ferdigstilt. Styret får av denne grunn kun en kortfattet rapporteringssak som beskriver status etter desember. Utfyllende kommentarer/vurderinger vil bli gitt i møtet.

Gjennomgangen av status og resultater per desember 2015 viser kortfattet følgende:

- Registert aktivitet innenfor somatikken var i 2015 0,4 prosent lavere enn budsjettert.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne var den rapporterte aktiviteten i 2015 høyere enn planlagt for alle aktivitetsindikatorne bortsett fra for antall liggedøgn døgntilrettelagt som var noe lavere enn lagt til grunn i budsjettet.
- Innenfor psykisk helsevern for barn og unge var den rapporterte polikliniske aktiviteten betydelig lavere enn budsjettert i fjor. En stor del av avviket skyldes overgang til nytt pasientadministrativt system (DIPS) fra tidligere BUP-data 20. oktober 2014. Konsekvensen av dette var ikke kjent når måltall for 2015 ble fastsatt, slik at dette har gitt avvik mellom budsjettert og faktisk aktivitet gjennom hele 2015. Konkret gjelder det problemer med å registrere telefonkonsultasjoner og at flere tiltak samme dag ikke telles på samme måte i DIPS som i BUP-data. Antall utskrevne døgnpasienter var i 2015 noe lavere enn budsjettert, mens antall liggedøgn var høyere enn budsjettert.
- Den registrerte døgnaktiviteten var lavere enn budsjettert innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, mens den polikliniske aktiviteten var betydelig høyere enn planlagt.
- Antall fristbrudd var per utgangen av desember redusert til 41 mot om lag 1 900 ved utgangen av 2014.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer var per utgangen av desember 501 mot om lag 2 100 ved utgangen av 2014.
- Regnskapet per desember (foreløpig årsregnskap for 2015) viser et positivt økonomisk resultat på 129 millioner kroner. Dette er et 46 millioner kroner lavere enn det budsjettert overskudd på 175 millioner kroner. Avviket er forbedret med 9 millioner kroner i forhold til avviket etter november.
- Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk i 2015 var 18 333. Det er 463 høyere enn i 2014.

2. Ventelister og fristbrudd

Det arbeides kontinuerlig med kvalitetssikring av ventelistedata. Dette arbeidet har hatt ekstra prioritet i hele 2015. Status for fristbrudd, langtidsventende og ventetider ved utgangen av desember fremkommer i teksten under.

Status fristbrudd av ventende pasienter

Per utgangen av desember var det 41 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2014 er dette en reduksjon på nærmere 1 900 fristbrudd. Fortsatt er øyeblikkstillene for fristbrudd for høye på grunn av for sen registrering av faktisk innfridd frist, samt andre feilregistreringer. Det er tilrettelagt styringsdata for klinikk- og avdelingsledere som bedre viser frister som forfaller per uke fremover i tid og hvorvidt time er tildelt eller ikke. I tillegg er det fokus på hvor langt frem i tid det er åpne timebøker, hvor godt disse faktisk er fylt med pasientavtaler langt frem i tid og hva den enkelte poliklinikks åpningstid er.

Status langtidsventende (ventet 12 måneder eller mer)

Per utgangen av desember var antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer 501. Sammenlignet med samme periode i 2014 er dette en reduksjon på om lag 2 100 langtidsventende. Det er flest langtidsventende innenfor fagområdene ortopedi og plastikkkirurgi, men også innenfor disse fagområdene har det vært stor reduksjon i antall langtidsventende siden starten av året. Foretaket har en spesiell utfordring innen plastikkirurgi, ettersom en del langtidsventende venter fordi de må nå en viss alder før inngrepet skal gjøres og retten til behandling da kan innfris. Det er således en medinsk begrunnet ventetid. Det arbeides med å avklare hvordan dette bør håndteres/registreres.

Informasjonstjenesten velg behandlingssted i Helse Sør-Øst har lagt inn en betydelig innsats for å ringe de pasientene med lengst ventetid for å avklare om de fortsatt trenger et tilbud og om dette kan skaffes et annet sted enn ved Oslo universitetssykehus HF.

Status ventetider

I desember var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 68 dager. Dette er en betydelig bedring sammenlignet med samme periode i 2014 (81 dager). Ventetiden for avviklede pasienter er alltid noe lavere i ferietider (da behandles i mindre grad langtidsventende). Det er derfor et stykke igjen før gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter er nede på måltallet på 65 dager. Dette henger sammen med at helseforetaket fortsatt "tar unna" langtidsventende, selv om det som det fremgår under har vært en stor fremgang innen dette området. I løpet av 2016 forventes det å komme ned på 65 dager i gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter.

For pasienter som fortsatt venter på behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av desember 86 dager, 46 dager for pasienter som venter med rett til behandling og 211 dager for pasienter som venter uten rett. Sammenlignet med samme periode i 2014 har det vært en stor reduksjon i ventetid både for pasienter med og uten rett, og gjennomsnittlig ventetid for alle ventende ble i løpet av 2015 redusert med 108 dager fra utgangen av desember 2014.

Tiltak innenfor ventelisteområdet

Arbeidet med å redusere og forebygge fristbrudd, langtidsventende og ventetider omfatter tiltak på flere områder, hvorav flere av tiltakene gjennomført i 2015 er nevnt nedenfor:

- Samarbeid med Informasjonstjenesten velg behandlingssted.
- Avtale om kjøp av 150 utredningskonsultasjoner innen nevrologi hos Volvat medisinske senter.
- Samarbeid med private leverandører innen ortopedi som Helse Sør-Øst RHF har inngått avtale med (hvor helseforetakene kan gjøre avrop på slik avtale).
- Det gjøres en gjennomgang av pasienter med ventetid over 300 ventedager i alle klinikker. Ved bruk av DIPS rapport 7219-Pasienter med lang ventetid og sykdomshistorikk fra journaldokumentasjon, kvalitetssikres slike forhold.

- Opplæring og kontinuerlig fokus på kvaliteten i ventelistedata, herunder riktig bruk av DIPS (også via Regional EPJ – Fase 2) inkl. spesielt å sikre at pasienter som allerede er rettighetsvurdert og inne i et pasientforløp, ikke rettighetsvurderes på nytt med ny frist.
- Følge opp at henvisninger blir fortløpende, det vil si daglig vurdert.
- Kontakte vurderingsansvarlig lege dersom det er forhold rundt fristfastsettelsen, tildelt rettighet eller annet som bør tilbakemeldes, diskuteres og evt rettes.
- Følge opp at forhåndsundersøkelser (lab/rad) bestilles når henvisningen er vurdert.
- Følge opp at det sendes ut riktig venteliste-brev til pasientene med riktig informasjon om utfallet av vurderingen og med tidspunkt for oppmøte i Oslo universitetssykehus HF.
- Bedre planlegging og tilgjengelighet ved å sikre at timebok er planlagt 12 måneder fram i tid, inkludert på lab/rad og at timebøkene faktisk fylles/planlegges med lang tidshorisont (direktebooking og oppfølging av pasienter som er i et forløp).
- Samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner om prosjekt for analyse og planlegging av poliklinikkdrift.
- Bedre utnyttelse av poliklinikker (særlig fokus ettermiddag og fredager) med definerte tidspunkt for åpningstider og konsultasjonsvarighet.
- Økt operasjonsaktivitet (nye stuer, tidligere oppstart, flere operasjoner per stue per økt mv).
- De fleste poliklinikker bruker "SMS-påminnelse" og har en "kort varsel" –liste, slik at avbestillinger kan fylles opp på kort varsel.
- Det er etablert prosedyre og felles verktøy (bruk av DIPS rapporter) for kvalitetssikring av ventelistedata. Det har pågått månedlige kurstilbud gjennom hele 2015 i rapportøkt og bruk av verktøyet.
- Det er tilrettelagt for pasientadministrativt arbeid via foretakets ledelsesinformasjonssystem.
- Regional prosedyre som beskriver praksis for viderehenvisninger og overføring av pasienter mellom HF'ene vil bli fulgt opp internt for å sikre at prosedyren etterleveres, og at informasjon om viderehenviste pasienter blir registrert riktig i DIPS.
- Løpende rapportering og økt oppmerksomhet om området i den interne styringsdialogen på alle nivå.
- Bedre samarbeid med andre helseforetak.
- Pasienter som ikke møter til avtalt tid to ganger vil (med visse unntak) tilskrives sammen med henvisende lege og fjernes fra ventelistene inntil ny henvisning er mottatt.

For 2016 oppdateres tiltak innenfor ventelisteområdet ut fra en oppdatert vurdering av utfordringsbildet.

3. Pasientbehandling

3.1. Aktivitet somatikk

Til og med desember 2015 er det så langt rapportert et negativt avvik i forhold til plantall på 819 DRG-poeng, tilsvarende 0,4 prosent. Avviket er redusert fra 0,5 prosent rapportert etter november. Isolert for desember har aktiviteten vært noe høyere enn budsjettert. Rapportert antall DRG-poeng inkluderer forventet etterregistrering frem til innsending av endelig aktivitetsgrunnlag til Norsk Pasientregister 2. februar 2016. Det er variasjoner i avvik mellom klinikkene. Aktiviteten var høyere enn budsjettert for Medisinsk klinikk og Klinikk for kirurgi og nevrofag, mens de øvrige klinikkene har negative aktivitetsavvik. I budsjettet for 2015 ble det lagt til grunn en positiv effekt av nytt ISF-regelverk/grupper 2015 på nærmere 1 000 DRG-poeng. Interne analyser viser at effekten av ISF-regelverket for 2015 var nær null. Det registrerte aktivitetsavviket i 2015 kan dermed i sin helhet sies å være knyttet til dette forholdet.

Sammenlignet med 2014 viser interne beregninger at aktiviteten i 2015 var om lag 2,9 prosent høyere. Sammenlignet med 2014 var det økt aktivitet i 2015 i alle de somatiske klinikkene. Når DIPS ble tatt i bruk oktober 2014, ble institusjonsnumrene fra DIPS Aker og PasDoc slått sammen, med den konsekvens at antall sykehusopphold lagt til grunn for aktivitetsbasert finansiering (ISF/KMF) og rapportering av antall DRG-poeng ble redusert. Det kom i oktober 2015 tilbakemelding fra Helsedirektoratet om at effekten av dette er beregnet til 539,5 DRG-poeng på årsbasis. Dette er større enn det Oslo universitetssykehus selv tidligere har beregnet, og bidrar også til å forklare noe av avviket i antall DRG-poeng. Ved sammenligningen ovenfor av faktisk aktivitet i 2015 med 2014, er dette ikke hensyntatt. Justert for dette forholdet var den faktiske økningen i antall DRG-poeng, noe større enn beskrevet.

3.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne

Innenfor voksenpsykiatrien ble det i 2015 skrevet ut 96 flere pasienter (5,6 pst) enn plantall mens antall liggedøgn var 1,7 pst (1 247 liggedøgn) lavere enn budsjettert. Sammenlignet med 2014 var det en reduksjon i antall utskrevne pasienter på 84 (4,5 pst), mens antall liggedøgn for døgnbehandling ble redusert med 1 817 (2,5 pst). Hovedårsaken til det negative avviket for døgnbehandling var en større midlertidig reduksjon i aktivitetsnivået i forbindelse med samlokalisering av døgnenheten ved Josefinegate DPS i januar og flytting av Søndre Oslo DPS til Mortensrud enn lagt til grunn i budsjettet. Fra 1. juli var det en reduksjon i antall døgnplasser som disponeres av Akershus universitetssykehus HF. Dette er hensyntatt i budsjettet, men gav en endring fra 2014.

Antall polikliniske konsultasjoner var i 2015 11,9 pst (9 849) høyere enn plantall og 12,9 pst (10 585 konsultasjoner) høyere enn i 2014. Økningen i antall konsultasjoner var blant annet en effekt av bedret organisering etter samlokalisering ved DPS'ene og at en økt andel av behandlerstillingene nå arbeider på poliklinikkene mens de tidligere arbeidet mer ambulant (gjelder Nydalen DPS).

I rapportert poliklinisk aktivitet innenfor voksenpsykiatrien inngår polikliniske konsultasjoner for en psykosomatisk enhet (Avdeling for nevropsykiatri og psykosomatisk medisin). Enheten

er søkt omgjort til en somatisk enhet. Helsedirektoratet har nå bedt om ytterligere informasjon før de behandler søknaden.

3.3. Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge

Antall utskrivninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien var 7 lavere enn budsjettet og 22 (15,1 pst) lavere enn i 2014. Antall liggedøgn var 368 (7,1 pst) høyere enn plantall og 42 (0,8 pst) lavere enn 2014. Flere liggedøgn enn planlagt skyldes flere unge med alvorlige tilstander som trenger lengre behandling i sykehus enn forutsatt. Antall oppholdsdager dagbehandling var i 2015 499 (16,7 pst) høyere enn plantall og 413 (13,4 pst) høyere enn 2014. Det var gjennomgående høyere belegg på dagenhetene enn forutsatt i budsjettet.

Den registrerte polikliniske aktiviteten for 2015 var 15,4 pst (7 799 konsultasjoner) lavere enn plantall og 2 707 (5,9 pst) lavere enn i 2014. Reduksjonen fra 2014 skyldes i hovedsak færre registrerte telefonkonsultasjoner og færre registrerte tiltak per pasient etter overgang til DIPS fra BUP-data i oktober 2014. Det arbeides fortsatt for å sikre at all aktivitet blir registrert i DIPS, selv om dette er mer tidkrevende enn registrering av aktivitet i BUP-data (tidligere pasientadministrativt system for barne- og ungdomspsykiatrien). Disse forholdene forklarer i hovedsak endringen i antall registrerte konsultasjoner fra 2014 og en betydelig del av budsjettavviket i 2015. Det har vært en økning i behandling i grupper, men også noe midlertidig kapasitetsreduksjon i forbindelse med flytting til nye lokaler. Videre har det ved enkelte enheter vært høyt sykefravær og stor turnover i deler av 2015. Det oppleves også økt pågang av alvorlige saker der barnet har behov for behandling av flere instanser som krever involvering av flere behandlere for å gi faglig god behandling og mye av behandlingen må også foregå hjemme hos barnet.

Klinikken har satt i gang følgende tiltak for å bedre aktiviteten:

- Vurderingssamtale før inntak for å bedre grunnlag for vurdering av pasientrettighet. Dette har medført økt antall avslag, men også en halvering i pasienter som ikke møter til konsultasjon.
- Stort fokus på DIPS-opplæring på alle enheter.
- Individuell oppfølging av medarbeidere med lav aktivitet.
- Styrt timedagbok.
- Effektivisert inntaksmøte.
- Felles ø-hjelpsordning ved BUP Syd.
- Raske ansettelser i ledige stilling – så langt det lar seg gjøre.
- Ansettelse av vikarer innenfor budsjetttramme.

3.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB var det i 2015 skrevet ut 151 færre pasienter (5,0 pst) fra døgnbehandling enn plantall, en reduksjon på 245 utskrivninger (7,9 pst) fra 2014. Dette skyldes en pasientgruppe som karakteriseres ved ustabilitet, der brudd i behandlingen rapporteres som utskrivning. For desember var det både postoverføringer til døgnenheten, samt flere inneliggende ved periodeslutt som medfører redusert antall utskrivninger. Det arbeides med bruddproblematikk og å sikre motivasjon hos pasientene.

Antall liggedøgn viste i 2015 et negativt avvik i forhold til plantall på 9,6 pst (2 629 liggedøgn). Sammenlignet med 2014 ble antall liggedøgn døgnbehandling redusert med 69 (0,3

pst). Klinikken arbeider med tiltak for å øke innsøkningen og for å sikre at pasientene gjennomfører behandlingen.

Antall polikliniske konsultasjoner innenfor TSB var i 2015 48,5 prosent (6 817 konsultasjoner) høyere enn budsjettet, hvilket var en økning på 70,5 pst (8 626 konsultasjoner) fra 2014. Fra oktober 2014 var det en økning i antall rapporterte polikliniske konsultasjoner som i noen grad fulgte av gjennomførte tiltak for å lydisolere alle kontorene ved Seksjon for ruspoliklinikk på Ullevål.

Det arbeides med ulike former for oppsøkende aktivitet som skal være et tilbud til unge pasienter med rusproblemer som nå ikke fanges opp og henvises til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med å rekruttere og å nå ut til brukere som ikke selv oppsøker hjelp har vært høyt prioritert.

4. Økonomi

4.1. Resultat

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter desember 2015 et regnskapsmessig overskudd på 129 millioner kroner mot et budsjettet overskudd på 175 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik på 46 millioner kroner.

Månedens resultat for desember er om lag 9 millioner kroner bedre enn budsjettet. Underliggende drift viser imidlertid et underskudd på nivå med tidligere måneder. Det er variasjoner mellom klinikkene. I desember hadde blant annet Klinikk for psykisk helse og avhengighet et betydelig økt negativt avvik sammenlignet med tidligere måneder. Det skyldes blant annet reduserte polikliniske inntekter og stor økning i andre driftskostnader. Det er videre bokført andre justeringer/særskilte avsetninger i desember. Blant annet er endelige nedskrivningskostnader redusert med 15 millioner kroner, fra 40 millioner kroner til 25 millioner kroner. Det er også flere forhold hvor resultatendring gjennom året bare vurderes i forbindelse med årsoppgjøret. Disse postene bidrar samlet til noe resultatforbedring i desember. Til og med november ble det lagt til grunn at helseforetakets kostnader til screening (tuberkulosekontroll) av flyktninger/asylsøkere ville bli finansiert fullt ut. Basert på dialog med Helse Sør-Øst RHF vurderes det nå som sannsynlig at påløpte screeningkostnader vil bli underfinansiert med om lag 5 millioner kroner i 2015. Dette er det tatt hensyn til i regnskapet for desember. Oslo universitetssykehus vil nå ta kontakt med UDI med sikte på å få etablert en avtale som sikrer fremtidig kostnadsdekning på dette området.

Endelig årsregnskap vil ikke foreligge før primo mars 2016 (legges frem i styremøte 17. mars 2016), og selv om det er tatt hensyn til alle kjente kostnader og inntekter, kan det komme endringer i rapportert resultat frem til dette. Det er blant annet store uavklarte fakturaer mot enkelte helseforetak i andre regioner knyttet til bruk av sykehotellene ved Oslo universitetssykehus HF. Dette vurderes å innebære en resultatrisiko på om lag 15-20 millioner kroner. Dersom denne saken ikke er avklart før avleggelse av endelig regnskap 2015 vil dette måtte bli tapsført. Under ellers like forhold vil i så fall det økonomiske resultatet for 2015 bli et positivt resultat på i størrelsen 110-115 millioner kroner, mot altså 129 millioner kroner i det foreløpige årsregnskapet som rapporteres nå.

Sum driftsinntekter for 2015 viser et positivt avvik på 409 millioner kroner (1,9 pst). I avviket for driftsinntekter inngår blant annet:

- Gevinst fra salg av eiendom (Pilestredet 77-79 og Josefinesgate 30) med 122 millioner kroner.
- Øremerkede inntekter er 117 millioner kroner høyere enn budsjettert
- Ikke-budsjetterte inntekter fra utleie av personell til prosjekter mv utgjør 61 millioner kroner.
- Forutsatte leieinntekter fra Folkehelseinstituttet i forbindelse med deres rettsmedisinske virksomhet lokalisert på Rikshospitalet (ref. Revidert nasjonalbudsjett 2015) bidrar positivt med om lag 15 millioner kroner i inntekt utover opprinnelig budsjettert.
- Korrigering av ISF-inntekter (under annen inntekt) som konsekvens felles rapportering i DIPS fra 3. tertial 2014 bidrar med nærmere 15 millioner kroner (se brev av 16.10.2015 fra Helsedirektoratet).

Justert for disse forholdene er inntekter fra ordinær drift noe bedre enn budsjettert. ISF-inntektene er imidlertid noe lavere enn budsjettert, mens det er høyere gjestepasientinntekter og polikliniske inntekter samt høyere salgs- og leieinntekter.

Sum driftskostnader for 2015 viser et negativt avvik på 479 millioner kroner, hvorav 117 millioner kroner er relatert til aktivitet med øremerket finansiering og 61 millioner kroner gjelder kostnader knyttet til personell som er frikjøpt til prosjekter og 25 millioner kroner er nedskrivningskostnader knyttet til endringer i arealbruk i 2015 (gjelder i hovedsak Dikemark). Avvik knyttet til øvrige driftsmessige forhold utgjør om lag 276 millioner kroner. Dette knytter seg til både høyere personalkostnader (både lønn til egne ansatte og eksternt helsepersonell), drifts- og varekostnader. Lønnsoppgjøret for 2015 ble noe lavere enn lagt til grunn i statsbudsjettet og kostnader til lønnsoppgjøret for 2015 er derfor noe lavere i regnskapet sammenlignet med budsjett. På årsbasis for 2015 utgjør dette om lag 65 millioner kroner. Avsetning knyttet til forskjøvet arbeidstid fra 2014 er i hovedsak løst opp. Dette bidrar positivt inn i regnskapet for 2015 med 20 millioner kroner. Avskrivninger er 12 millioner kroner lavere enn budsjettert og netto finans er 23 millioner kroner bedre enn budsjettert.

4.2. Investeringer

I styresak 66/2014 ble investeringsbudsjettet for 2015 lagt frem, og styret vedtok et investeringsbudsjett på 1 016 millioner kroner. Oslo universitetssykehus HF ble pålagt å utsette 76 millioner kroner av investeringsrammen for 2015 til påfølgende år. Investeringsbudsjettet for 2015 omfatter investeringer i medisinskteknisk utstyr for totalt 357 millioner kroner. Herav skulle 50 millioner kroner finansieres av omstillingsmidler, det skulle inngås nye leieavtaler for 200 millioner kroner og 107 millioner kroner skulle finansieres med ordinær likviditetstildeling og utvidet ramme fra Helse Sør-Øst RHF. Som følge av at rammeavtalen for leie først ble signert ultimo juni var det nødvendig å benytte 30 millioner kroner av det utsatte beløpet på 76 millioner kroner til investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i 2015. Dette ble avtalt med Helse Sør-Øst RHF. For at den totale bruk av likviditet i 2015 ikke skulle bli høyere enn det som var lagt til grunn i investeringsbudsjettet ble 30 millioner kroner av omstillingsinvesteringene utsatt til påfølgende år.

Ved utgangen av desember var de utførte investeringene i 2015 for 636 millioner kroner, herunder er det balanseført finansielle leieavtaler for 54 millioner kroner. Utførte investeringer

innenfor ordinær likviditetstildeling og utvidet ramme til medisinsk-teknisk utstyr og bygg er om lag som budsjettet. Utførte omstillingsinvesteringer er lavere enn budsjettet.

4.3. Finansiell leie

For 2015 er det lagt til grunn inngåelse av finansielle leieavtaler av utstyr og bygg med en anskaffelseskostnad på 292 millioner kroner, herav medisinskteknisk utstyr for 170 millioner kroner.

Helse Sør-Øst RHF har godkjent at Oslo universitetssykehus HF anskaffer medisinskteknisk utstyr med en verdi på 170 millioner kroner og ambulanser til en verdi på 10 millioner kroner ved inngåelse av finansielle leieavtaler i brev datert 1. juli 2015. Oslo universitetssykehus HF er i prosess for å anskaffe utstyret. Ved utgangen av 2015 var det inngått 44 finansielle leieavtaler for medisinskteknisk utstyr og syv avtaler for ambulanser. Disse avtalene har en total verdi på om lag 137 millioner kroner.

4.4. Likviditet

Periodisert kontantstrømbudsjett for 2015 ble lagt frem for styret i sak 8/2015. Budsjettet innebar en bedring av likviditeten på 56 millioner kroner gjennom 2015. Etter en ny vurdering av forventet investeringspådrag i 2015 ble dette økt til 96 millioner kroner, jmf styresak 17/2015. Stortinget vedtok i revidert nasjonalbudsjett (Prop 119 S (2014-2015)) å bevilge 1 148 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF som kompensasjon for økte pensjonskostnader. Oslo universitetssykehus HF ble tildelt 332 millioner kroner av dette, som isolert sett bedret likviditeten tilsvarende.

Ved utgangen av 2015 var benyttet driftskreditt 2 344 millioner kroner, mot budsjettet 2 980 millioner kroner. Avviket forklares i stor grad med ekstra utbetalinger fra HSØ RHF i desember og lavere pensjonspremier enn budsjettet.

4.5. Renter på langsiktig gjeld

Ved utgangen av 2014 var andelen fastrenteavtaler av låneporteføljen om lag 70 prosent. Etter utløpet av disse fastrenteavtalene er det nå gjort en ny vurdering av hva som er hensiktsmessig andel. Fastrenteavtaler gir større forutsigbarhet. På den annen side er rentesatsen som regel høyere enn flytende rente. Basert på en avveining mellom disse to forholdene og at Oslo universitetssykehus har en relativt lav gjeldsandel bør Oslo universitetssykehus ha en mindre andel fastrenteavtaler. Det er også vurdert hvordan andre eiendeler og forpliktelser påvirkes av fluktasjoner i rentenivået. Økt rentesats øker rentekostnaden for Oslo universitetssykehus. Økt rentesats har imidlertid motsatt effekt for pensjonskostnaden.

Ved inngangen til 2016 er Oslo universitetssykehus langsiktige lån om lag 1,9 milliarder kroner og for 2016 er det budsjettet med 23 millioner kroner i rentekostnader på langsiktige lån. Sistnevnte utgjør om lag 1 promille av de totale kostnadene for 2016. Primo 2016 mottok Oslo universitetssykehus følgende rentetilbud for fastrenteavtaler:

- 3 års rente 0,99 prosent
- 5 års rente 1,14 prosent
- 10 års rente 1,60 prosent

Flytende rente for første halvår 2016 er 1,02 prosent. Med disse betingelsene vil en økning av fastrenteandelen til 50 prosent isolert øke rentekostnaden for 2016 med om lag 0,6 millioner kroner. Basert på en helhetsvurdering er det inngått fastrenteavtaler for om lag 30 prosent av

låneporteføljen. Det er inngått fastrenteavtaler for låneporteføljen på henholdsvis tre år (16 pst), fem år (10 pst) og 10 år (5 pst).

5. Bemanning

For perioden januar - desember 2015 var antall brutto månedsverk 18 333 mot budsjettet 17 996, det vil si 337 (1,9 pst) høyere enn budsjettet. Dette innebærer en økning på 463 fra 2014. I januar 2016 er antall månedsverk 18 377, hvilket er en reduksjon på 232 fra desember 2015 hvor antall månedsverk var 18 609.

Til tross for kontinuerlig fokusering på å få redusert antall månedsverk etter sommeren 2015, har det vist seg å være svært krevende å redusere bemanningen som forutsatt. Når ferievikarene ble avvirket ble ikke samlet bemanning redusert i tilstrekkelig grad i løpet av høsten. Bemanning skal i det videre følges tett og nye tiltak iverksettes. Fra årsskiftet fremkommer HR-data (bemanning) i foretakets ledelsesinformasjonssystem, og det vil bli arbeidet videre med å samle relevant styringsinformasjon i en rapport som ser aktivitet og bemanning samlet.

Utsatte enheter vil få ekstra bistand til å tilpasse bemanningsutviklingen til budsjettsituasjonen. Hver klinikk utarbeider tiltak og gjennomføringsplan for å sikre bemanning i tråd med budsjett. I den forbindelse etableres et ressursstyringsteam som vil bistå blant annet i utarbeidelse av turnus og tjenesteplaner. Kompetanseheving er et kontinuerlig arbeid, og i 2016 skal det fokuseres på rekruttering, arbeidstidskurs og ressursplanlegging. Det vil også holdes HR-verksted med bemanning som tema. Videre utvikles nye prosesser rundt rekruttering i form av retningslinjer/prosedyrer samt maler og skjemaer.

Styresak 4/2016 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF

Forenklet månedsrapport desember 2015

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

3 Økonomi og finans

- 3.1 Økonomisk resultat OUS
- 3.2 Økonomisk resultat per klinikk

4 Bemanning

- 4.1 Bemanningsutvikling
- 4.2 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær
- 4.3 Sykefravær per klinikk

Definisjoner årsverksindikatorer

For investeringer lager OSS en egen månedsrapport.

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

PHA (A)	Klinikk psykisk helse og avhengighet
MED (B)	Medisinsk klinikk
KKN (C)	Klinikk for kirurgi og nevrofag
KVB (D)	Kvinne- og barneklubben
KKT (E)	Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben
HLK (F)	Hjerte-, lunge- og karklubben
AKU (H)	Akuttklubben
KDI (I)	Klinikk for diagnostikk og intervensjon
KRG	Kreftregisteret
OSS (J)	Oslo sykehuservice
STA	Direktørens stab
FPO (SPO)	Fellesposter
Konsern	Datterselskap
OUS	Oslo universitetssykehus HF

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år
Status per mnd: Akkumulerte tall

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

2.1 Aktivitet somatikk

Oppdatert med tall i LIS fra 14 01 2016										
RAPPORTERINGSPERIODE: DESEMBER	Denne periode				HITIL I ÅR				Sammenligning	
Klinikk	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	2 284	2 412	128	5,6 %	27 095	27 393	298	1,1 %	1 107	4,2 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	5 052	5 426	374	7,4 %	64 402	65 975	1 573	2,4 %	4 152	7,0 %
Kvinne- og barneklubben	3 051	2 934	-117	-3,8 %	37 890	37 195	-695	-1,8 %	430	1,2 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	4 871	5 048	177	3,6 %	62 472	61 405	-1 067	-1,7 %	455	0,8 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	2 643	2 595	-48	-1,8 %	31 882	31 647	-235	-0,7 %	468	1,5 %
Akuttklubben	333	142	-191	-57,4 %	4 130	3 660	-470	-11,4 %	-278	-7,1 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	13	12	-1	-7,7 %	161	151	-10	-6,2 %	-18	-10,7 %
SUM TOTALT	18 267	18 767	500	2,7 %	229 728	228 909	-819	-0,4 %	6 316	2,9 %

Antall DRG-poeng for 2014 er fremstilt ved vektor og regelverk for 2015.

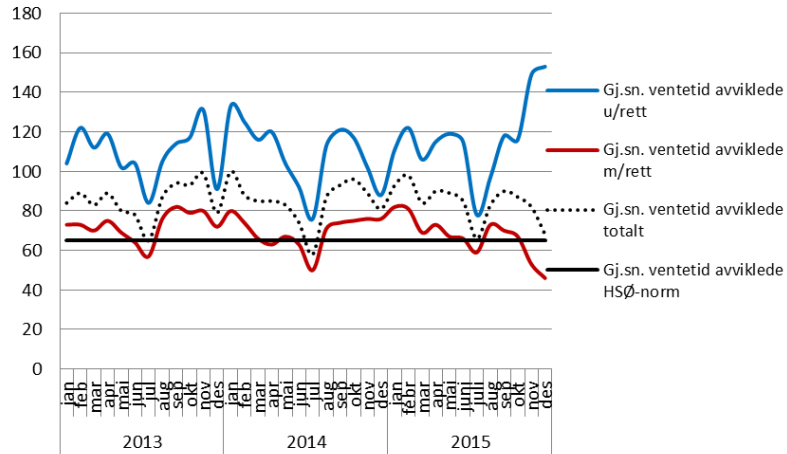
Estimat for etterregistrering er inkludert med 110 DRG-poeng.

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: DESEMBER 2015	Denne periode			Hittil i år			2015 mot 2014	
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Awik	%	Hittil i år	Awik	%	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen								
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	149	6	4,2 %	1 797	96	5,6 %	-84	-4,5 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	6 595	543	9,0 %	72 075	-1 247	-1,7 %	-1 817	-2,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner	7 233	302	4,4 %	92 381	9 849	11,9 %	10 585	12,9 %
Psykisk helsevern - barn og unge								
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	7	-5	-41,7 %	124	-7	-5,3 %	-22	-15,1 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	438	16	3,8 %	5 531	368	7,1 %	-42	-0,8 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	256	-6	-2,3 %	3 493	499	16,7 %	413	13,4 %
Antall polikliniske konsultasjoner	3 147	-1 176	-27,2 %	42 921	-7 799	-15,4 %	-2 707	-5,9 %
TSB								
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	181	-70	-27,9 %	2 848	-151	-5,0 %	-245	-7,9 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 173	16	0,7 %	24 819	-2 629	-9,6 %	-69	-0,3 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	0	-27	-100,0 %	131	-169	-56,3 %	-131	-50,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	1 782	413	30,2 %	20 869	6 817	48,5 %	8 626	70,5 %

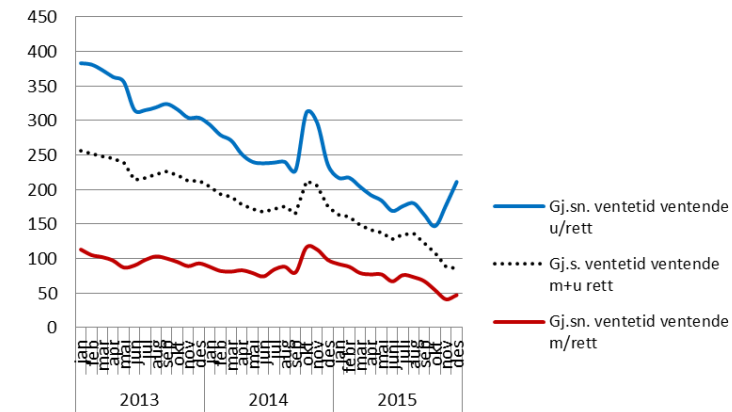
2.2 Gjennomsnittlige ventetider

Gj.sn. ventetider til avvikling OUS



Gj.sn. v.tid til avvikling	2014				2015			
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des
PHA	51	42	62	42	46	37	44	39
MED	63	77	82	65	64	61	66	54
KKN	122	131	113	103	124	115	101	86
KVB	78	72	74	63	76	71	70	60
KKT	85	109	91	82	75	71	70	63
HLK	111	104	103	78	130	120	124	85
AKU	159	94	89	95	84	69	60	64
KDI	90	94	41	62	38	31	29	33
OUS	93	96	89	81	90	87	82	68
Diff vs. 2014					-3	-9	-7	-13
Diff %					-3 %	-9 %	-8 %	-16 %

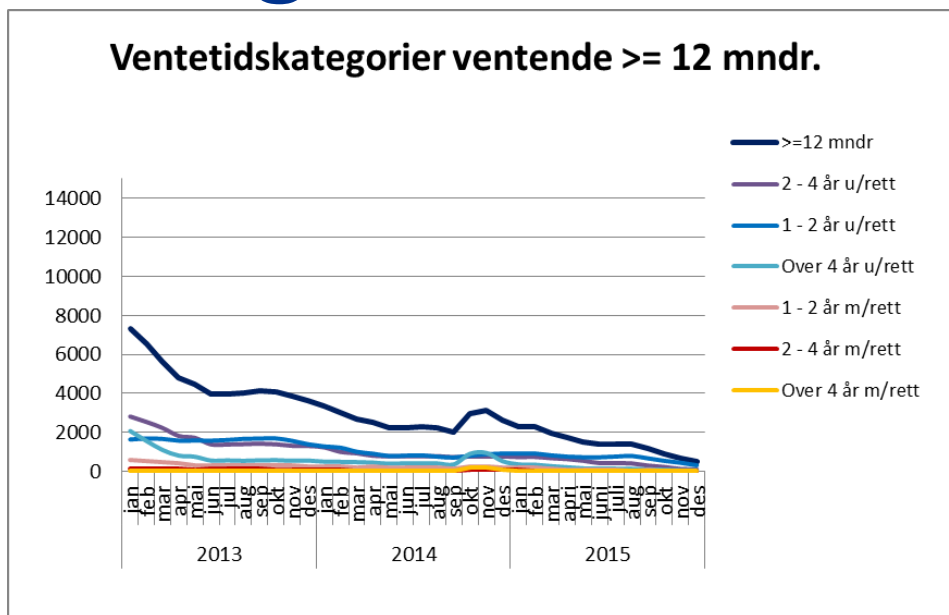
Gj.sn. ventetider ventende OUS



Gj.sn. v.tid ventende	2014				2015			
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des
PHA	48	70	67	45	39	38	38	39
MED	69	71	70	76	72	67	64	63
KKN	279	317	299	254	177	154	129	124
KVB	72	229	222	93	93	70	63	67
KKT	75	177	170	150	80	78	65	61
HLK	102	105	104	123	103	94	86	93
AKU	118	72	74	102	60	55	56	57
KDI	110	67	113	122	38	31	34	37
OUS	165	213	205	174	123	107	89	86
Diff vs. 2014					-42	-106	-116	-88
Diff %					-25 %	-50 %	-57 %	-51 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)

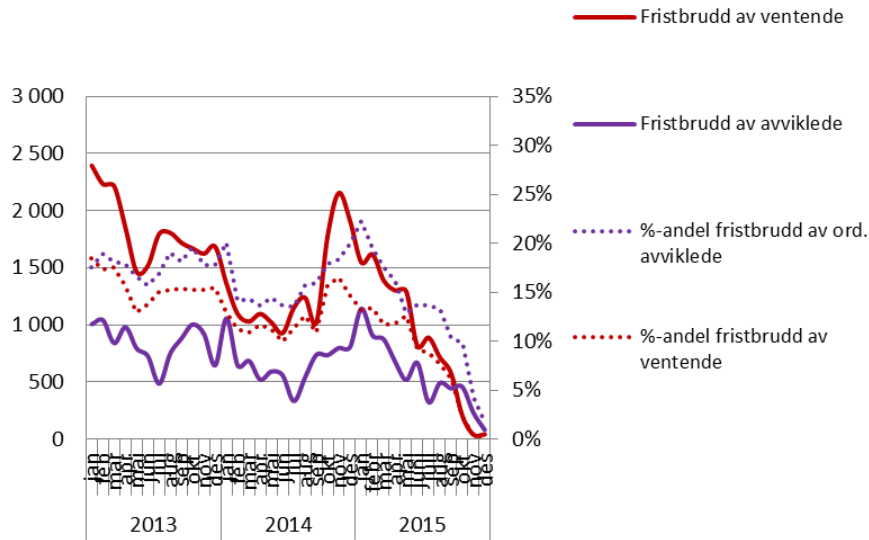


Antall ventet ≥ 1	2014				2015			
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des
PHA	6	8	11	3	1	1	3	2
MED	8	12	19	31	86	78	60	43
KKN	1 904	2 344	2 441	2 168	1 028	753	538	433
KVB	17	268	272	54	10	6	2	2
KKT	62	280	325	274	23	41	50	19
HLK	24	36	56	55	8	8	2	1
AKU	-	-	1	2	-	-	-	1
KDI	1	6	14	18	0	0	0	0
Sum	2 026	2 956	3 141	2 605	1 156	887	655	501
Diff vs. 2014					-870	-2 069	-2 486	-2 104
Diff %					-43 %	-70 %	-79 %	-81 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.3 Fristbrudd

Fristbrudd start helsehjelp OUS



Fristbrudd ordinært avviklede	2014				2015					
	Antall									Andel
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des	des	
PHA	3	7	8	4	2	-	2	-	0 %	
MED	96	85	123	108	24	17	11	11	2 %	
KKN	384	332	277	363	292	349	169	38	2 %	
KVB	53	79	97	84	22	17	7	1	0 %	
KKT	153	189	245	217	73	41	34	27	3 %	
HLK	48	43	48	29	31	33	6	2	2 %	
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0 %	
KDI	0	0	0	0	0	0	0	0	0 %	
Sum	737	735	798	805	444	457	229	79	2 %	
Diff vs. 2014					-293	-278	-569	-726		
Diff %					-40 %	-38 %	-71 %	-90 %		

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

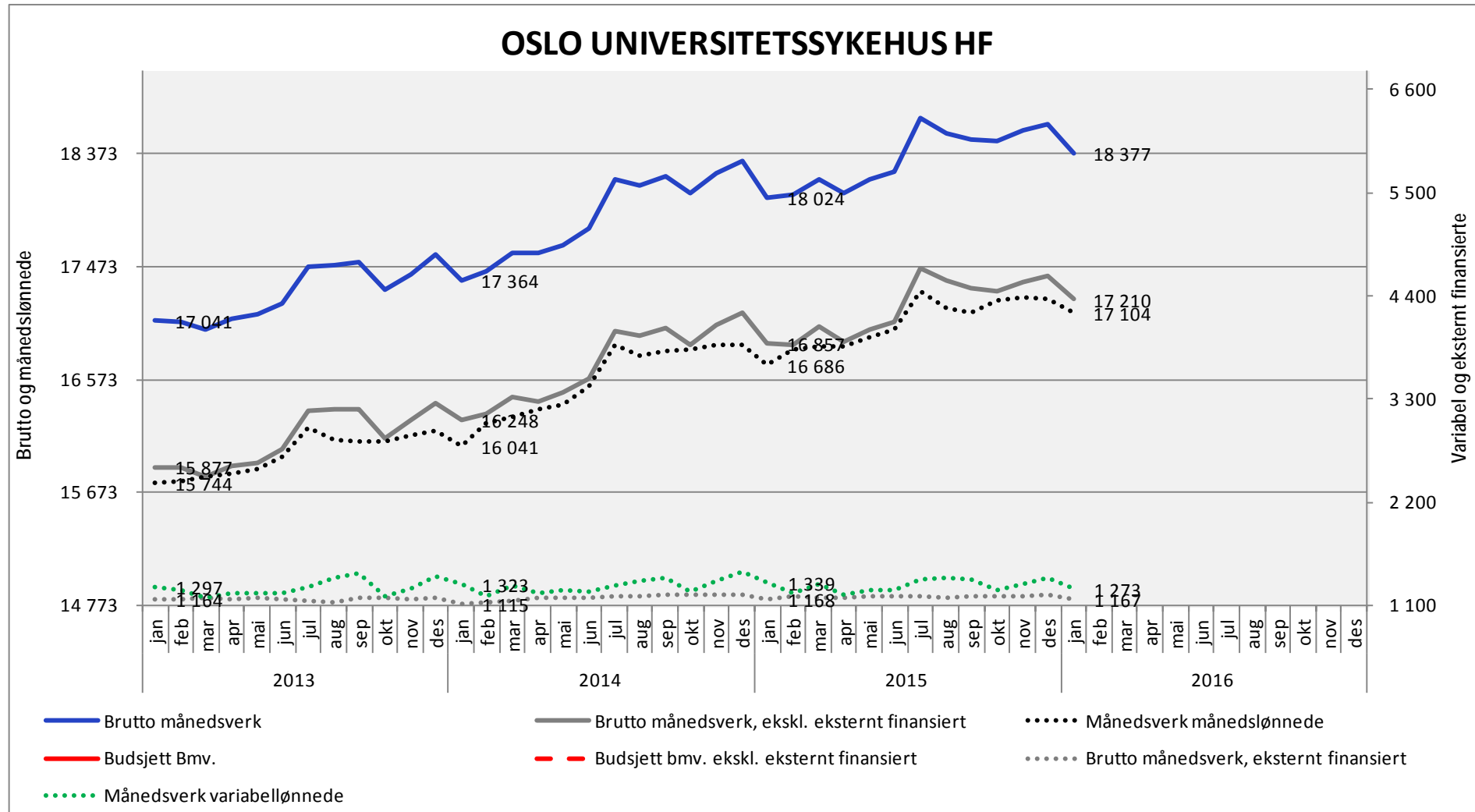
Fristbrudd ventende	2014				2015					
	Antall									Andel
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des	des	
PHA	7	8	14	8	3	1	1	3	1 %	
MED	76	102	142	130	3	4	3	-	0 %	
KKN	726	1 245	1 534	1 327	501	177	24	12	0 %	
KVB	33	105	89	87	14	5	1	2	0 %	
KKT	145	252	274	310	40	13	8	23	1 %	
HLK	33	63	101	51	14	5	2	1	0 %	
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0 %	
KDI	0	1	0	0	1	0	0	0	0 %	
Sum	1 021	1 777	2 155	1 913	576	205	39	41	0 %	
Diff vs. 2014					-445	-1 572	-2 116	-1 872		
Diff %					-44 %	-88 %	-98 %	-98 %		

3.1 Økonomisk resultat

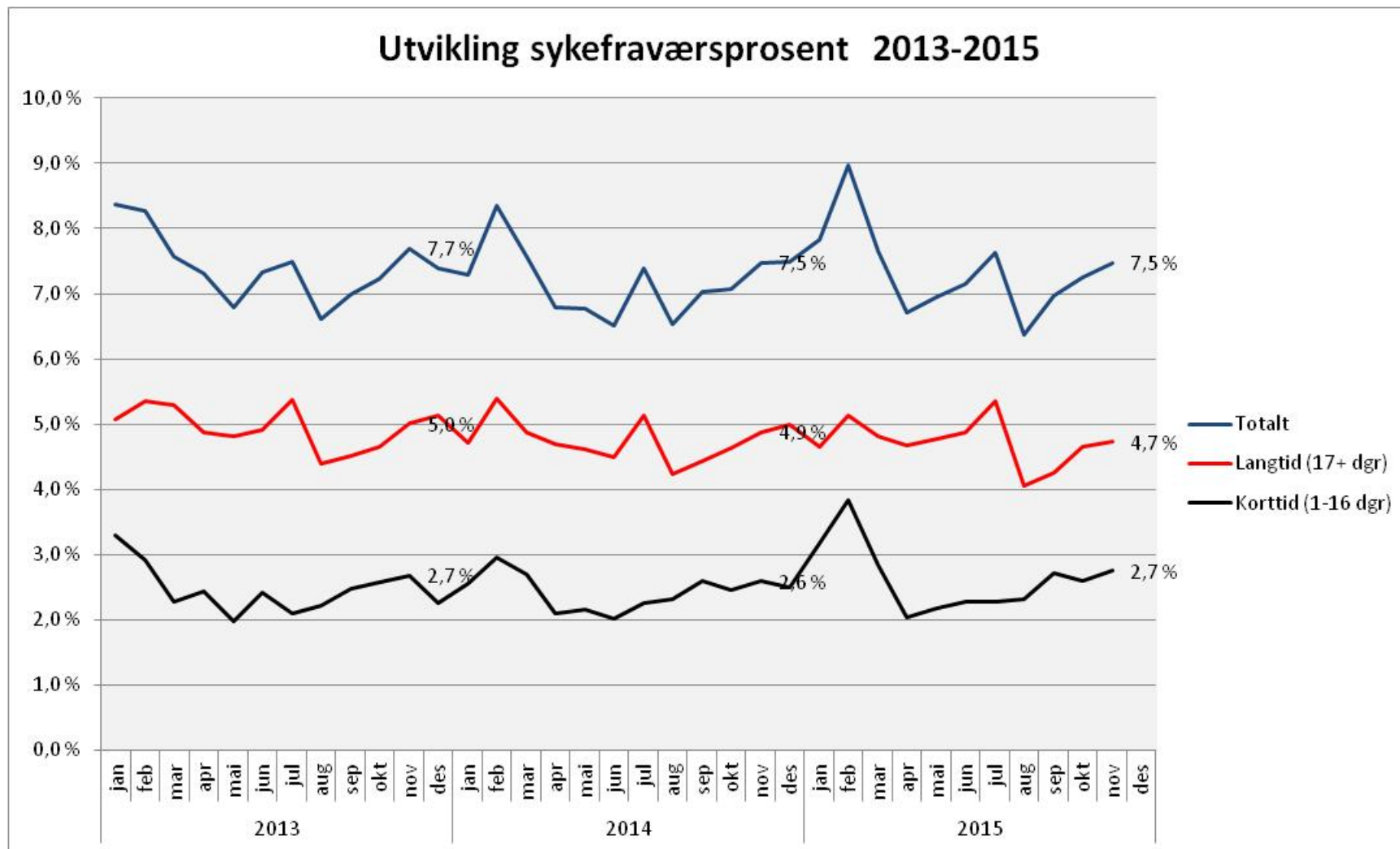
Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2015	Desember				Hittil i 2015			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	12 013 296	1 113 076	1 113 076	0	0,0 %	12 345 210	12 345 210	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	7 620 706	654 975	605 432	49 544	8,2 %	7 680 946	7 620 706	60 240	0,8 %
Andre inntekter	1 979 497	204 294	159 726	44 567	27,9 %	2 328 489	1 979 497	348 992	17,6 %
Sum driftsinntekter	21 613 499	1 972 345	1 878 234	94 111	5,0 %	22 354 644	21 945 413	409 231	1,9 %
Lønn -og innleiekostnader	14 914 195	1 337 981	1 321 436	-16 545	-1,3 %	15 406 652	15 246 109	-160 543	-1,1 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 786 770	287 537	224 268	-63 269	-28,2 %	2 993 663	2 786 770	-206 893	-7,4 %
Andre driftskostnader	3 724 975	325 469	316 509	-8 961	-2,8 %	3 836 333	3 724 975	-111 358	-3,0 %
Sum driftskostnader	21 425 940	1 950 987	1 862 212	-88 775	-4,8 %	22 236 648	21 757 854	-478 794	-2,2 %
Driftsresultat	187 559	21 358	16 022	5 336	0,3 %	117 997	187 559	-69 562	-0,3 %
Netto finans	12 559	1 709	-1 438	3 147	218,8 %	10 620	-12 559	23 179	184,6 %
Resultat OUS	175 000	23 066	14 584	8 482	0,4 %	128 617	175 000	-46 383	-0,2 %

4.1 Bemanningsutvikling

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF



4.2 Sykefravær



Definisjoner årsverksindikatorer

Brutto månedsværk	<i>Nasjonal definisjon</i>	All utbetalt arbeidstid er omgjort til månedsværk. Alle som har mottatt lønn ligger inne i dette tallet.
	<i>Forklaring/formål</i>	Brutto månedsværk 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 månedsværk nyttes fortrinnsvis til å vurdere inntekter og kostnader vedrørende bemanning All arbeidstid som er utbetalt omgjort til månedsværk. Alle som har mottatt lønn ligger inne i dette tallet. Dette tallet er så multiplisert med utbetalingsprosenten.
	<i>HR-kuben</i>	
Månedslønnede månedsværk	<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 variabellønnssinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv) Sum stillingsprosent/100 for de som lønnes på månedslønn og de som har fast utvidet arbeidstid. UTA-tid omregnes til årsværk. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
	<i>HR-kuben</i>	
Variabel lønn månedsværk	<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 variabellønnssinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv) Antall timer omregnet til årsværk for følgende lønnstyper: Utrykning, timelønn, overtid, uforutsett vakt lang og kort frist. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
	<i>HR-kuben</i>	
Netto månedsværk nasj. ind.	<i>Nasjonal definisjon</i>	Arbeidstid omgjort til månedsværk på ansatte som er på jobb
	<i>Forklaring/formål</i>	Skal vise den gjennomsnittlige bemanningen som faktisk er på jobb i foretaket. Dvs. brutto månedsværk minus alt fravær.
	<i>HR-kuben</i>	Brutto månedsværk minus alt fravær. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
Innleie månedsværk	<i>HSØ-indikator</i>	Alle kostnader og arbeidstid for innleid helsepersonell er omregnet til månedsværk
	<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 månedsværk 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: 28. januar 2016

Saksbehandler: Direktør pasientsikkerhet og kvalitet

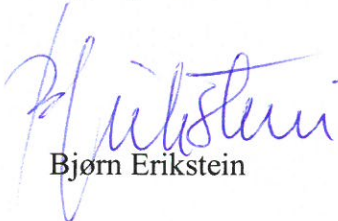
Vedlegg: 1. Utkast til Årlig melding for 2015
2. Brukerutvalgets Årsrapport 2015

SAK 5/2016 ÅRLIG MELDING 2015 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak:

1. *Styret slutter seg til utkast til Årlig melding for 2015 med de innspill som er gitt i møtet.*
2. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å justere Årlig melding ut fra de endelige driftsresultater for 2015 og de innspill som er fremkommet i møtet.*

Oslo, 21. januar 2016



Bjørn Erikstein

Bakgrunn

Etter § 14 i vedtektene til Oslo universitetssykehus HF skal styret i foretaket hvert år sende en melding til Helse Sør-Øst RHF. Årlig melding er Oslo universitetssykehus sin rapport for gjennomføring av oppdrag og bestilling i foregående år.

Årlig melding settes opp etter en mal utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF og består av tre deler:

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

Til Årlig melding vedlegges Brukerutvalgets årsrapport for 2015.

Frist for oversendelse av samlet Årlig melding er 1. mars 2015.

Rapporteringsdelen for 2015 (Del II) ble, slik Helse Sør-Øst RHF har bedt om, sendt det regionale foretaket 20. januar 2016.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

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

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Årlig melding 2015

til Helse Sør-Øst RHF

Oslo universitetssykehus HF

20.01.2016

Innhold

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING	3
2. SAMMENDRAG	12
2.1. POSITIVE RESULTATER OG ULØSTE UTFORDRINGER	12
2.2. EVALUERING AV EGEN VIRKSOMHET OG ORGANISERING	19
DEL II: RAPPORTERINGER	23
3. RAPPORTERING I FORHOLD TIL OPPDRAG OG BESTILLING 2015	23
3.1. VISJON, VERDIGRUNNLAG OG MÅL FOR HELSEFORETAKSGRUPPEN	23
3.2. RESULTATOPPNÅELSE FOR MÅL 2015	25
3.3. TILDELING AV MIDLER	25
3.4. AKTIVITET	27
3.5. PASIENTENES HELSETJENESTE	28
3.6. KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	34
3.7. PERSONELL, UTDANNING OG KOMPETANSE.....	44
3.8. FORSKNING OG INNOVASJON	45
3.9. STYRINGSPARAMETERE 2015	48
3.10. ORGANISATORISKE KRAV OG RAMMEBETINGELSER.....	52
3.11. ØVRIGE STYRINGSKRAV	56
4. RAPPORTERING I FORHOLD TIL ANDRE KRAV STILT I 2015	57
5. ANDRE RAPPORTERINGER FOR 2015	60
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT	61
6. UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER	61
6.1. FAGLIG OG DEMOGRAFISK UTVIKLING	61
6.2. FORVENTET ØKONOMISK UTVIKLING	63
6.3. PERSONELL- OG KOMPETANSEBEHOV	64
6.4. BYGNINGSKAPITAL OG ØVRIGE INVESTERINGSOMRÅDER – STATUS OG UTFORDRINGER	65
7. PLANER FOR UTVIKLINGEN	69
7.1. PASIENTBEHANDLING	69
7.2. FORSKNING OG INNOVASJON	76
7.3. KUNNSKAPSUTVIKLING OG GOD PRAKSIS	77
7.4. ORGANISERING OG UTVIKLING AV FELLESTJENESTER	78
7.5. MOBILISERING AV MEDARBEIDERE OG LEDERE.....	79
7.6. BÆREKRAFTIG UTVIKLING GJENNOM GOD ØKONOMISTYRING	80
DEL IV: VEDLEGG	82
8. VEDLEGG	82

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG

1. Innledning

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

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

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

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

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

Funksjonsfordeling

Alle regionsfunksjoner i Helse Sør-Øst er samlet ved Oslo universitetssykehus med unntak av reumakirurgi og deler av reumatologi. Disse er plassert ved Diakonhjemmet sykehus. Områdefunksjoner innen øre-, nese- og halssykdommer er fordelt mellom Lovisenberg diakonale sykehus og Oslo universitetssykehus. For øvrig er alle områdefunksjoner samlet ved Oslo universitetssykehus HF Diakonhjemmet sykehus dekker akuttkirurgi i eget område, og alt taler for at de vil fortsette med det. Det pågår nå en prosess i regi av Helse Sør-Øst RHF hvor man ser spesielt på kapasitet i hovedstadsområdet og i den forbindelse også på intern oppgavedeling i Oslo i hovedsak med tanke på at de to private sykehusene skal få noe økte oppgaver og øket egendekning.

Opptaksområde Oslo universitetssykehus

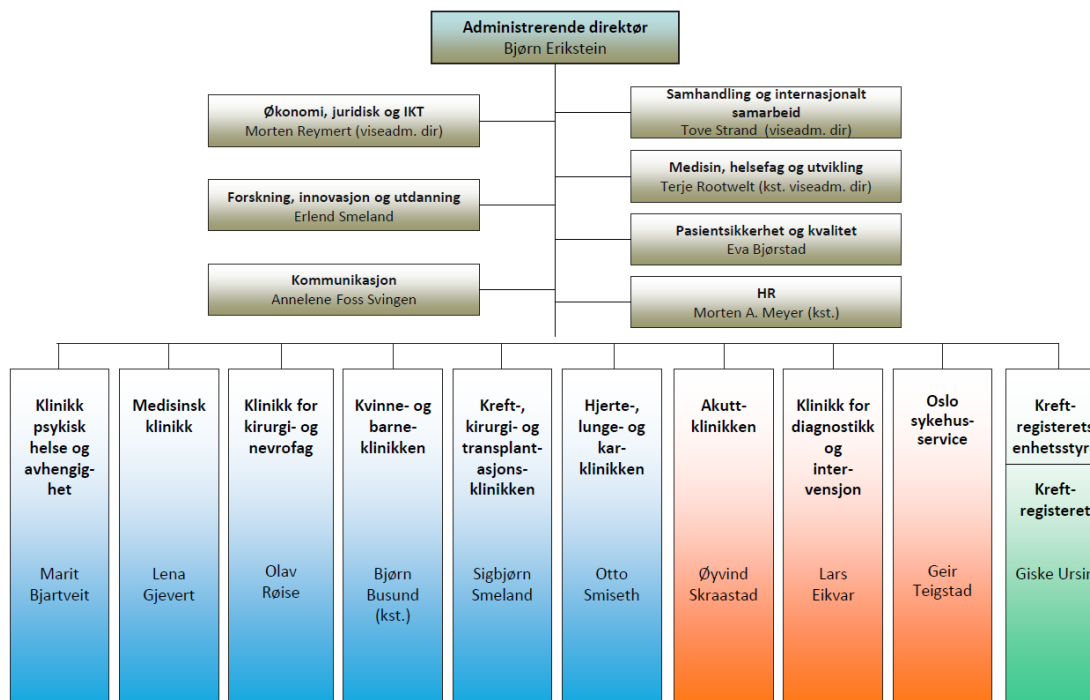
Foretaket har lokalsykehusansvar for bydelene Bjerke, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Nordre Aker, Østensjø og Sagene. Lovisenberg diakonale sykehus dekker indremedisin i bydel Sagene for Oslo universitetssykehus. I tillegg har Oslo universitetssykehus områdeansvar for bydelene Vestre Aker, Ullern, Frogner, St. Hanshaugen, Gamle Oslo og Grünerløkka. Dette innebærer et opptaksområde for

lokalsykehusansvaret på i overkant av 250 000 innbyggere og områdeansvar for en befolkning på mer enn 500 000 personer. For enkelte funksjoner som eksempelvis øye, strekker områdeansvaret seg utover Oslo og tilsvarer et befolkningsgrunnlag på nærmere en million.

Organisering

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

Organisasjonskart per desember 2015 - Oslo universitetssykehus HF



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

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

Oslo universitetssykehus skal:

- ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv
- være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon
- være en god samarbeidspartner en engasjert samfunnsaktør
- ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

Mål for Oslo universitetssykehus i 2015 følger blant annet av eiers Oppdrag og bestilling for 2015, andre vedtak i foretaksmøtene og sykehusets egne strategi- og handlingsplaner. I oppfølgingen av

dette har Oslo universitetssykehus blant annet arbeidet for at helseforetaksgruppen skal oppnå mål i Helse Sør-Øst sin Plan for strategisk utvikling 2013-2020, som er omtalt under punkt 2.2.

Ansatte og ledere i Oslo universitetssykehus arbeider kontinuerlig med å oppnå de mål som settes for virksomheten. Oppdrag og oppgaver er fordelt i organisasjonen og følges opp i foretakets styringssystem. Det rapporteres månedlig til eier og rapporter sendes også andre instanser.

Eiers Oppdrag og bestilling for 2015 med tilhørende tildelinger rapporteres i Årlig melding.

1.1.1 Arbeidet med god virksomhetsstyring

Utvikling av gode systemer for styring og kontroll har vært vektlagt siden helseforetaket ble etablert. Ved siden av myndighetenes krav om internkontroll følger også helseforetaket kravene fra Helse Sør-Øst RHF om god virksomhetsstyring, og interne føring for å ivareta best mulig kvalitet. Med intern styring og kontroll menes prosesser, systemer og rutiner som er igangsatt av ledelse og ansatte for å gi rimelig sikkerhet for at helseforetaket har en målrettet og effektiv drift, rapporterer pålitelig styringsinformasjon og etterlever lover og regler. Et sentralt prinsipp er at intern styring og kontroll skal tilpasses virksomhetens risiko og egenart.

Internkontrollansvaret ligger i linjen, og stabsenhetene har en vesentlig rolle i arbeidet med å understøtte resultatenehetenes arbeid med å etablere og gjennomføre intern styring og kontroll. I arbeidet har det også vært gjennomført egenkontroller og revisjoner som ledd i den enkelte leders oppfølging i egen enhet på de ulike nivå i foretaket.

Oslo universitetssykehus HF sin strategi 2013-2018 angir visjon, verdier og overordnede styringsmål. Denne strategien er i 2015 fulgt opp med en ny handlingsplan for 2015-2016. Virksomhetsstyringen følges opp regelmessig med månedlige oppfølgingsmøter og i utvidete tertialvise gjennomganger i forbindelse med ledelsens gjennomgang både innad i foretaket og med styret. For å gi bedre oversikt over sykehusets styrings- og planprosesser er det utarbeidet en årsplan med årshjul og linker til underliggende dokumenter.

Internkontroll

Alle ledere skal gjennomføre systematisk styring og kontroll for å tilrettelegge og følge opp tjenester og aktiviteter innen eget ansvarsområde. Dette skjer blant annet med utgangspunkt i regelmessige risikovurderinger og i den tertialvise oppfølging i ledelsens gjennomgang. Oppfølgingen av internkontrollen skjer i lederlinjen. Gjennom foretakets lederutviklingsprogram sikres opplæring av alle ledere. I tillegg gis det kurs om ulike deler av systemet for intern styring og kontroll.

Dokumenter som skal sikre god styring og kontroll er samlet i helseforetakets elektroniske dokumentstyringssystem (eHåndboken). Her kan ansatte finne de dokumentene de trenger i arbeidet med prosesser, pasientforløp og praktiske rutiner. Det er iverksatt flere utviklingsprosjekter for å sikre at verktøyet fungerer effektivt for brukerne. Før sommeren ble eHåndboken oppgradert med en ny og mer moderne modul for tekstbehandling samt et integrert verktøy for prosessmodulering (BPMN). Fra juli er det etablert en egen internettutgave. Her deles utvalgte prosedyrer og andre dokumenter med eksterne samarbeidspartnere og allmennheten for øvrig. Det er også utarbeidet en app for eHåndboksdokumenter på mobil og nettbrett, i første omgang som en pilot for medisinske prosedyrer ved Avdeling for gastro- og barnekirurgi (tilgjengelig for iPhone/iPad og Android).

Tilsyn

I 2015 har det vært gjennomført 27 tilsyn mot 33 i 2014. Mattilsynet gjennomfører klart flest tilsyn. Ellers har Arbeidstilsynet, Brann- og redningsvesenet, Det lokale el-tilsynet og Statens legemiddelverk vært på flere tilsyn i 2015. I løpet av året har sykehuset hatt besøk fra følgende tilsynsmyndigheter:

- Oslo Brann- og redningsetat

- Fylkesmannen ved Helseavdelingen og Miljøavdelingen
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
- Det lokale el-tilsyn (netteier)
- Riksrevisjonen
- Statens legemiddelverk
- Arbeidstilsynet
- Mattilsynet

En tilsynskoordinator koordinerer og sikrer oppfølging av alle tilsynsbesøk. Det sikrer samarbeid om gjennomføring samt tydelig rollefordeling for videre oppfølging av avvik, pålegg og øvrige tilbakemeldinger. Tilsyn med avvik eller anmerkninger følges opp med konkrete handlingsplaner. Tilsyn fra Arbeidstilsynet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Oslo brann- og redningsetat har medført omfattende planer og arbeid med bygninger, utstyr og infrastruktur. Noen av tiltakene strekker seg over flere år og følges opp med jevnlig dialogmøter. Styret holdes løpende orientert om tilsynsaktiviteten hvert tertial, og løpende etter hvert avsluttede tilsyn.

Avviksbehandling

Antall registreringer av uønskede hendelser, avvik og farlige forhold har vist en langsomt økende tendens de senere år og dette vedvarer i 2015. Antall alvorlige hendelser er i samme periode stabil. Tendensen bekrefter en ønsket utvikling i retning av god meldekultur.

Læring- og erfaringsoverføring samt tiltak fra konkrete hendelser sikres på flere måter:

- Uønskede hendelser gjennomgås og besluttede forbedringstiltak dokumenteres av aktuelle ledere
- Alvorlige pasienthendelser behandles i klinikkens Pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg
- Konklusjoner i pasientsaker behandlet av Statens helsetilsyn og Fylkesmannen legges frem og diskuteres i sentralt pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg
- Rutine for pasientsikkerhetsvisitter og andre tiltak i forbindelse med nasjonalt pasientsikkerhetsprogram er innført/under innføring

Interne revisjoner

Foretaket har en enhet som planlegger, organiserer og rapporterer interne revisjoner på foretaksnivå, samt bistår linjen med oppbygging av revisjonskompetanse. Klinikkenes revisjoner benyttes som ledd i den enkelte leders oppfølging i egen enhet på ulike nivå i foretaket.

Helseforetaket samhandler med Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennom regelmessige møter og i oppsettet av revisjonsplaner for å oppnå en best mulig revisjonsdekning av risikoområder ved foretaket. Revisjonsplanen bygger på vurderinger av risiko i virksomheten. Hensikten er å rette interne revisjoner inn mot områder hvor det er høy risiko for manglende måloppnåelse, manglende etterlevelse av lov- og regelverk og/eller utilstrekkelig eller upålitelig styringsinformasjon.

Områder som har vært revidert i 2015:

- Henvisninger og ventelister
- Organisering, intern styring og kontroll innen bruk av ekstravakter
- Intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet i forskning
- Tilsynsprosess ved behandlingsreiser til utlandet
- Medisinsk koding (Grupperettet pasient og pårørende opplæring)
- Antibiotika prosedyrer ved kirurgiske inngrep
- Overordnet vurdering av styring og kontroll i prosesser knyttet til byggeprosjekter (utført av PwC på oppdrag av sykehuset)

Alle reviderte enheter/klinikker følger opp og lukker de enkelte avvik. I tillegg blir det vurdert hvilke områder med gjentagende avvik som trenger ekstra ledelsesmessig fokus og hvordan en kan ha læringseffekt i hele foretaket.

Det har vært avholdt kurs i revisjonsteknikk og avholdt arbeidsseminar med alle klinikker med utarbeidelse av revisjonsplaner. Alle klinikker skal ha egne planer for revisjoner i 2016.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har i 2015 gjennomført revisjon av «Tilgjengelige helsetjenester». I tillegg har det vært oppfølging av tidligere revisjon «Virksomhetsstyring og Intern styring og kontroll i utvalgte prosesser». Revisjonen ble utført i Hjerter- Lunge- og Karklinikken. Det var vesentlig at de funn og anbefalinger som ble avdekket i revisjonen også skulle medføre forbedringer i sykehusets øvrige klinikker.

Foretaksstyret blir fortløpende orientert om funn etter konsernrevisjoner og interne revisjoner. Sakene behandles også av styret hvert tertial gjennom ledelsens gjennomgang hvor det redegjøres for resultatet av alle gjennomførte tilsyn og revisjoner samt status for lukking av avvik.

1.1.2 Risikostyring og vurdering av overordnet risikobilde

Arbeid med risikovurdering og risikostyring gjennomføres på alle nivåer i helseforetaket med bakgrunn i en egen retningslinje og tilrettelagt verktøy. I retningslinjen settes det krav til både regelmessige, tertialvise risikovurderinger og enkeltvise situasjonsbetingede risikovurderinger.

Gjennom identifisering og analyse av risiko utarbeides det på avdelings-, klinikk- og foretaksnivå egne handlingsplaner for risikoreduserende tiltak. Metoden og arbeidet med risikoanalyse og fastsettelse av risikoreduserende tiltak er under stadig evaluering og forbedring.

Tertialvise risikovurderinger

Den grundigste gjennomgangen av risikosituasjonen gjøres i 1. tertial. Da vurderes risiko i alle klinikker, avdelinger og i helseforetaket som helhet. Utgangspunktet er oppdragsdokumentet og andre bindende føringer og forutsetninger for virksomheten. Risikovurderingene gjøres på fire områder:

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

Alle identifiserte risikoer er fulgt opp med planer for risikoreduserende tiltak. I 2015 er det gjort effektvurdering av tiltak gjennomført i forrige tertial. Effektvurderingen har vist at mange tiltak på overordnet nivå må strekke seg over lengre tid.

I årets siste tertial gjøres en noe enklere gjennomgang. Da revurderes og oppdateres de overordnede risikokartene og planene. I forbindelse med budsjettprosessen for 2016 er det gjennomført en egen risikovurdering for å se hvordan helseforetakets risikobilde påvirkes av budsjetttiltakene. De tertialvise risikovurderingene er rapportert til styret og Helse Sør-Øst RHF innen fastsatte frister.

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

Risikovurdering - pasientbehandling

- Fortsatt er venteliste- og fristbruddsituasjon utfordrende, selv om det i 2015 har vært en svært positiv utvikling.
- En vedvarende utfordring knyttet til utilfredsstillende arealer, begrenset kapasitet, gammelt utstyr og mangel på kompetent personell innen enkelte områder.

- De registrerte svartider fra AMK-sentralen er nå innenfor forskriftens krav noe som medfører at Statens Helsetilsyn har avsluttet sin sanksjonering i form av bøter. Høyere aktivitet og et større geografisk område (innflyttingen av Østfold AMK) krever imidlertid bedre verktøy for styring av ressurser for å opprettholde effektivitet og responstid.
- Sykehusets nye IKT-systemer har gitt forventede forbedringer, men det kreves både opplæring og avlæring ved bytte av sentrale systemer som EPJ. Arbeidet med elektronisk utsending av laboratoriesvar og epikriser kontinueres og papirutsendelser opphører gradvis.
- Pakkeforløp for kreft stiller store krav til koordinering. Sykehuset er godt i gang spesielt med forløpene for tykk- og endetarmskreft og for lungekreft, men har større utfordringer innen andre forløp. Forløpsarbeidet viser at det fortsatt er kapasitetsutfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og kirurgisk behandling. Det arbeides med tiltak for å bedre situasjonen.
- Det ble i 3. tertial tilsatt samhandlingsoverlege og praksiskonsulent som vil bidra til å forsterke samhandlingen med primærhelsetjenesten.
- Interne avviksregistreringer viser noen uheldige og uønskede hendelser knyttet til intern transport av kritisk syke pasienter mellom sykehuslokalisasjonene. Det arbeides med å systematisere kunnskap om dette for å utlede tiltak som kan øke pasientsikkerheten.
- Andel sykehusinfeksjoner og infeksjoner med resistente bakterier er bekymringsfulle, og det arbeides både med presentasjon av robuste data og med forbedringstiltak.

Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning

- IKT-situasjonen for forskere har vært vanskelig over lang tid og er fulgt opp tett av sykehuset overfor Helse Sør-Øst RHF. Det pågår et omfattende arbeid for å forbedre situasjonen i både Oslo universitetssykehus HF (infrastrukturmoderniseringsprogrammet - IMP), Sykehuspartner og Helse Sør-Øst.
- Det er tid- og kompetansekrevende med innlegging og uttrekk av data i sykehusets 11 nasjonale kvalitetsregistre. Det arbeides med bedre IT-løsninger, men dette vil også medføre betydelig økte IKT-utgifter for registrene.
- Å avsette tilstrekkelig tid og ressurser til kliniske studier, utdanning og innovasjon, kombinert med klinisk virksomhet, er fortsatt like krevende, gitt effektiviseringskravene klinikkene står overfor.
- Etterutdanningsaktiviteter, praksisplasser, fagutvikling og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press.
- Det er fortsatt stor mangel på utdannede spesialsykepleiere innen flere områder.

Risikovurdering - arbeidsmiljø

- Arbeidspress og ikke tilstrekkelig bemanning rapporteres hyppig i avvikssystemet.
- Økning i meldinger om stikk-, kutt- og fallskader samt vold og trusler.
- Antall brudd på bestemmelsene om arbeidstid er fortsatt høyt, men likevel redusert med 12,2 % i forhold til 2014.
- Bygningsmassens tekniske standard og plassforhold er fortsatt utfordrende. Det er gjennomført mange bygningsmessige tiltak i perioden 2011 - 2015, og det er etablert tiltaksplaner videre fram til 2019 for å imøtekomme pålegg fra Arbeidstilsynet, Branntilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.
- I 2015 har det vært fokus på sammenhengen arbeidsmiljø – pasientsikkerhet i fagseminarer og ved drøfting av enkeltsaker. Dette vil videreføres i 2016.

Risikovurdering for Økonomi og infrastruktur

- Aktiviteten har i deler av året vært noe lavere enn budsjett.
- Det økonomiske resultatet har i flere av månedene vært svakere enn forventet. Selv om det har vært en bedring mot slutten av året, er det en reell risiko for ikke å kunne innfri på styringsmålet i 2015. Det er iverksatt tiltak for både å bedre kapasitetsutnyttelse gjennom høyere aktivitet og reduksjon av kostnader.
- Problemene med for lav investeringsgrad, for lite fornying av medisinsk-teknisk utstyr og utbedring av bygningsmassen er fremdeles betydelige. For å sikre en god plan for forvaltning av

bygg, ble det søkt om lånefinansiering for utbedring og oppgradering av bygg for årene 2016-2019.

- Innenfor prosjektering og gjennomføring av bygginvesteringer har det vært en meget stor utvikling og størrelse på volum, kostnad og komplekse styringsprosesser ansees som en risiko.
- Det innføres og endres løpende en rekke kliniske- og administrative systemer. Dette gir betydelige utfordringer i forhold til å oppnå konsistens mellom systemene, registreringer og kunne bruke alle virksomhetsdata som ett samlet økonomi og logistikk system.
- Det er et jevnt høyt antall kritiske feil i flere viktige IKT-applikasjoner. Dette vil først bedres når felles regionale prosjekter gjennomføres innen klinisk dokumentasjon og infrastruktur. Det rapporteres fortsatt om problemer knyttet til gjennomføringskraft i Sykehuspartner HF. For en del områder er det likevel blitt en bedring.

Situasjonsbetingede risikovurderinger

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

1.1.3 Styrets arbeid med god virksomhetsstyring

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

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

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

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

Styret for Oslo universitetssykehus HF hadde syv møter i 2015. Styret behandlet 85 saker. Det har vært fire foretaksmøter.

Styret har fremlagt beretning og årsregnskap for 2014, vedtatt i foretaksmøte 17. juni 2015.

Styret har vedtatt og fulgt opp plan og budsjett for 2015 og eiers oppdrag og bestilling og styringsbudskap for 2015. Arbeidsmiljørapport for 2014 er behandlet. Helseforetaket har rapportert til eier i henhold til gjeldende rutiner. Årlig melding for 2014 er oversendt Helse Sør-Øst RHF.

Styret har fulgt opp arbeidet med Idefase Oslo universitetssykehus HF.

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

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

Styret har vedtatt økonomisk langtidsplan 2016-2019 for foretaket. Planen ligger til grunn for budsjett 2016 som har vært gjenstand for flere behandlinger i styret.

Av andre saker som styret har behandlet kan nevnes:

- Samlokalisering
- Organisasjonsprosjekt
- Virksomhetsoverdragelser
- Areal og byggeprosjekter
- Beredskapsplan
- Vedlikehold og utbedring av bygninger.
- Valg av og møte med Brukerutvalget
- Valg av styret i Kreftregisteret

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning i Oslo universitetssykehus er på systemnivå organisert via det sentrale brukerutvalget, ungdomsrådet og i klinikkvise brukerråd. Det er kontakt og samarbeid mellom disse for å styrke brukerstemmen i sykehuset.

Fra høsten 2015 blir en av brukerrepresentantene invitert med på pasientsikkerhetsvisittene i klinikkene. Hjerne-, lunge og karklinikken har i noen år praktisert denne type ordning med gode tilbakemeldinger fra alle parter.

I 2015 har Oslo universitetssykehus satt i verk 28 pakkeforløp for kreft. I pakkeforløpene er det føringer for informasjon som skal gis til pasienten og for hvilke steg i prosessen man skal gi mulighet for medvirkning og samvalg. Pakkeforløpene gir forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende ved å sikre informasjon og brukermedvirkning.

Brukermedvirkning i forskning er et nasjonalt satsningsområde, hvor det overordnede målet er at det skal bidra til økt relevans og bedre kvalitet i forskningen. Det er en merkbar økning i involvering av brukere i forskningsprosjekter og Oslo universitetssykehus har fått en brukerrepresentant inn i det regionale forskningsutvalget.

Brukerutvalget

Det nåværende brukerutvalg er oppnevnt for perioden 2015-2017. Brukerutvalget har i 2015 avholdt 8 møter og har behandlet over 60 saker. Brukerutvalgets medlemmer har deltatt i et stort antall ulike prosjekter, råd og utvalg, samt deltatt på konferanser og seminarer. De har også vært representert i klinikkens brukerråd, det sentrale kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget og i ungdomsrådet.

Administrerende direktør og viseadministrerende direktør samhandling, møter fast på utvalgsmøtene. Videre har en rekke representanter fra ledelsen møtt brukerutvalget i forbindelse med ulike temaer. Leder og nestleder har deltatt som observatører på samtlige styremøter. Brukerutvalget har hatt et møte med sykehusets styre.

Utvalget har opprettholdt kontakten med regionalt brukerutvalget, blant annet ved deltagelse på regionale brukerkonferanser, samt via regional kontaktpersonordning for brukerutvalg.

Brukerutvalget vil spesielt trekke frem følgende saker fra 2015:

- *Modul 2.* Det ble avholdt en todelt opplæring for det nyutnevnte brukerutvalget høst -15. Del en var en introduksjon til Oslo universitetssykehus og erfaringsoverlevering fra det avtroppende brukerutvalget. Del to var en innføring i brukermedvirkning på spesifikke områder. Her var også brukerrådene og ungdomsrådet deltakere.

- *OUS Idéfase - Campus Oslo*. Brukerutvalget har vært representert i idéfase prosjektets styringsgruppe og faglig rådgivingsgruppe. Prosjektledelsen til idéfase prosjektet har vært på flere av utvalgets møter for å orientere om status.
- *Brukermedvirkning i forskning*. Brukerutvalget har vært i dialog med stab forskning, innovasjon og utdanning om OUS sin forskningsstrategi, som nå er til revisjon. Brukerutvalget har fått en plass i det regionale forskningsutvalget. Brukerutvalget deltar i noen pasientnære forskningsprosjekt, med tanke på å systematisere erfaringer til videreutvikling av brukermedvirkning i forskning.
- Kvalitet- og pasientsikkerhet. To representanter deltok og stilte ut poster på konferansen «International forum on quality and safety in healthcare» i London. Brukerutvalget var også representert på den nasjonale pasientsikkerhetskonferansen i Bergen.

Ungdomsrådet

Ungdomsrådet ble etablert 21. juni 2012. I 2015 har ungdomsrådet avholdt seks møter. Administrerende direktør har deltatt på ett av disse møtene. Ungdomsrådet vil spesielt trekke frem følgende saker fra 2015:

- Ungdomshelseuke. Ungdomsrådet er initiativtaker til og deltar aktivt i planleggingen av en ungdomshelseuke som vil bli arrangert i 2016.
- Prosjekt 18- års grense. Ungdomsrådet har fortsatt sitt samarbeid med Kvinne- og barneklubben om dette prosjektet og er opptatt av å følge opp erfaringene med den nye organiseringen.
- OUS Idéfase - Campus Oslo. Prosjektledelsen har vært representert på to av ungdomsrådets møter. En representant er intervjuet om ungdomsrådets syn på prosessen. Intervjuet ble gjengitt i Dagens medisin.
- Presentasjon for styret. Brukerutvalget inviterte ungdomsrådet med da de skulle presentere seg for styret. Ungdomsrådet hadde fokus på kommunikasjon med ungdom og unge voksne.
- Nye nettsider for ungdom. Ungdomsrådet har fulgt utviklingen av sykehusets hjemmesider for barn og ungdom som snart lanseres. De har gitt innspill i ulike faser av prosessen og er med på filmsnutter som skal brukes på siden.
- Barn som pårørende: Ungdomsrådet er nå representert i forum for barn som pårørende. Ungdomsrådet har også fulgt utviklingen og gitt innspill til «meg selv»; en app som utvikles av kommunikasjonsavdelingen.

Tillitsvalgte og vernetjenesten

Oslo universitetssykehus HF har en rekke fora som innebærer jevnlig møter mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud på foretaksnivå for å ivareta god medvirkning av ansatte. Tillitsvalgte og verneombud er involvert i registrerte prosjekter og omstillingsprosesser i overensstemmelse med Hovedavtalen, arbeidsmiljøloven og de 12 prinsipper for omstilling i Helse Sør-Øst.

Foretakstillitsvalgte melder at samarbeid og medvirkning fungerer godt på foretaksnivå, men er mer varierende ellers i organisasjonen. Det arbeides for å sikre medvirkning gjennom lederopplæring og bevisstgjøring av ledere. For eksempel et eget opplæringstilbud i arbeidsgiverrollen og leders samarbeid med tillitsvalgte for alle ledere.

2. Sammendrag

2.1. Positive resultater og uløste utfordringer

Pasientbehandling

Våren 2013 ble det utarbeidet en handlingsplan for gjennomføring av helseforetakets strategi 2013-2018. Denne ble oppdatert våren 2015, og vil igjen oppdateres i januar 2016. Arbeidet med konkrete tiltak for å bedre pasientenes møte med helseforetaket, tiltak for brukermedvirkning og pasient- og pårørendeopplæring har vært videreført. Gjennom 2015 har vi innført de 28 nasjonale pakkeforløpene for kreft. Alle forløp er innført og pasienter tas inn i forløpene i tilfredsstillende grad. Forløpstidene varierer mellom forløpene. Vi har tilfredsstillende forløpstider for bl. a. lungekreft og tykktarmskreft, mens vi har for lav andel behandlet innen angitt tid innen bl. a. brystkreft, prostatakreft og gynecologisk kreft. Videre arbeid med dette vil være et hovedsatsningsområde i 2016.

Aktiviteten ved Oslo universitetssykehus har vært høy i 2015 og DRG-produksjonen har økt ca 3 % sammenlignet med året før. Aktiviteten er i henhold til oppdragsdokumentet.

Arbeidet med reduksjon av langtidsventende og fristbrudd har pågått kontinuerlig i hele 2015. Arbeidet har vært koordinert med fase 2 av prosjektet for innføring av regional elektronisk pasientjournal (EPJ) ved Oslo universitetssykehus. Opplæring i korrekt bruk av EPJ har vært sentralt.

Antall langtidsventende var 30. november 2015 var 655, en reduksjon på 2500 fra samme tid i 2014. Avvikling av langtidsventende påvirker gjennomsnittlig ventetid til avvikling, og dette vil vedvare frem til alle langtidsventende er avviklet. Reduksjon i antall som har ventet mer enn 1 år er også knyttet til ikke-ordinær avvikling fra venteliste (det vil si rydding av ventelister). Gjennomsnittlig ventetid til avvikling var i november 2015 82, mot 89 dager i samme periode i 2014.

I november 2015 var gjennomsnittlig ventetid for alle ventende 89 dager, hvilket er en reduksjon på 116 dager fra samme periode i 2014. Det er stor forskjell i ventetid for ventende med og uten rett til prioritert helsehjelp.

For å nå målsetningen om at pasienten ikke opplever fristbrudd har det i 2015 vært arbeidet målrettet innen mange område med opplæring til alle samt målrettet opplæring og oppfølging der behovet har vært stort. Målet har vært å bedre systematikken rundt fristfastsettelse og vurdering av hvilken type helsehjelp som skal tilbys (utredning/behandling), samt sikre kontinuerlig overvåking og oppfølging av ventelistene. Vi har utarbeidet ukentlige rapporter over antall frister som forfaller hver uke de neste åtte ukene med angivelse av hvor mange av disse som ikke har time innen fristen. Disse rapportene sendes ut hver uke til lederne. Vi har arbeidet med effektiv utnyttelse av poliklinikker for å øke samlet behandlingsskapasitet. Timebok, med oversikt over tilgjengelige ressurser og tilstedeværelse av fagersoner, har gjort det mulig å sørge for at pasienter får time i god tid før fristbrudd oppstår. Det er iverksatt kveldspoliklinikker, omfordeling av ressurser på poliklinikk, reduksjon av antall kontroller, overføring av pasienter til primærhelsetjeneste avtalespesialister og andre sykehus, driftsplanlegging i form av driftsmøter og pasientforløpsarbeid. Det er økt legekapasitet og operasjonskapasitet innen flere fagområder og det gjort oppgavefordeling på tvers av lokalisasjoner. Videre følges rutiner knyttet til utsendte ventelistebrev og korrekt pasientinformasjon opp. Samlet har dette bidratt til en betydelig bedret kontroll på eksterne ventelister. 30. nov 2015 var det 39 fristbrudd blant ventende pasienter, en reduksjon på 2000 fra samme tid i 2014.

Operasjonskapasiteten er bedret noe gjennom 2015 ved at det er åpnet ytterligere en ny operasjonsstue på Rikshospitalet samt at nye operasjonsstuer i nytt Akuttbygg på Ullevål er tatt i bruk og den postoperative kapasiteten på Ullevål er økt etter at ombygginger i tilslutning til nytt Akuttbygg var ferdig. I tillegg er det tilrettelagt for bedret utnyttelse av tilgjengelige stuer. I november 2015 flyttet legevaktens operative virksomhet tilbake til Storgata slik at 5 operasjonsstuer ble tilgjengelige på

Aker. Disse vil gradvis tas i bruk. Samlet sett har Oslo universitetssykehus øket antall operasjoner med 4 % fra 2014. Kirurgisk driftsstyre og de lokale kirurgiske driftsrådene er sentrale i dette arbeidet.

Fra 2014 har det vært særskilt lagt til rette for en økning i kapasiteten innen radiologi og patologi. Dette arbeidet har hatt tydelig effekt i 2015 selv om det fremdeles gjenstår områder med for lav kapasitet. Antall undersøkelser innen CT, MR og PET har ved utgangen av november øket med henholdsvis 7 %, 10 % og 13 % fra samme periode i 2014.

Prehospital virksomhet har hatt en jevn aktivitetsøkning også i 2015 (tall per november). Det er en økning i antall 113-henvendelser på 5 % og en økning på 0,4 % i ambulanseoppdrag. Det har vært en økning på 3,3 % i akutte transporter, mens antall planlagte "grønne" turer er videre redusert med 3,5 %.

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral tok over ansvaret for Østfold i juni 2015. Dette ble gjennomført på en vellykket måte. Fra sommeren 2015 har over 90 % av alle henvendelser blitt besvart innen ti sekunder som er kravet fra Helsetilsynet.

Når det gjelder sengekapasitet har Medisinsk klinikk stort sett en beleggsprosent opp mot eller over 100 %. Ortopedisk avdeling har også hatt utfordringer med sengekapasitet, og dette har vært mest knyttet til et stort antall infeksjonspasienter som blokkerer øvrige senger i samme rom på grunn av isolasjonsbehov. Nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet har også ofte belegg opp mot eller over 100 % grunnet høy pågang og høy operativ aktivitet. For øvrig er sengekapasiteten ved Oslo universitetssykehus stort sett tilfredsstillende.

Den store tilstrømmingen av asylsøkere høsten 2015 medførte i hovedsak en stor belastning på tuberkulosescreening (Røntgen thorax og IGRA blodprøve). Det forventes en økende belastning av innlagte pasienter på sykehuset fremover med øket tolkebehov og isolasjonsbehov.

En tendens til øket andel sykehusinfeksjoner siste to år (nå på nivå med 2012) og økende antibiotikaresistens innen flere områder fremstår som store utfordringer for Oslo universitetssykehus, som for øvrige sykehus i Norge og internasjonalt. Videre arbeid med dette inkl. antibiotikastyring vil være helt sentralt i 2016.

Forskning

Forskningsaktiviteten har i 2015 vært stor og holder høy kvalitet. Det er særlig forskningsinstituttene som bidrar til å holde aktiviteten oppe. For lite tid til å drive forskning er utbredt i klinikker som driver klinisk aktivitet tett integrert med forskningen. Dette er en gjentakende risikofaktor i klinikkens risikoanalyser, og det fremkommer også av en intern undersøkelse av hvordan forskningsgruppene fungerer. Det har vært en markant økning i antall artikler og doktorgrader etter fusjonen. Dog er antall artikler relativt stabilt de siste tre årene, mens antall doktorgrader viser en svakt fallende tendens, i tråd med ønsket utvikling, der postdoktorstipender prioriteres noe høyere enn phd-stipender. Antall artikler ligger på om lag 1700-1800 årlig, og antall doktorgrader utført ved sykehuset er om lag 140-150 årlig. Forskningsgruppene konkurrerer godt nasjonalt og internasjonalt om prosjektmidler og har i 2015 økt sitt omfang av søknader til EU og det Europeiske forskningsrådet, slik regjeringen har satt som mål. Flere forskere har mottatt priser, nasjonalt og internasjonalt, for sitt arbeid. Oslo universitetssykehus har fortsatt sitt arbeid med å videreutvikle forskningsgrupper i alle klinikker og har gjennomført en undersøkelse med formål å forbedre gruppenes funksjonsmåte og lære mer på tvers av grupper om blant annet gruppedynamikk og arbeidsmåter. Dette er viktig med hensyn til både kvalitet og konkurransedyktighet, etikk, læringsmiljø og kultur. Undersøkelsen er gjennomført i samarbeid med Universitetet i Oslo, og tilbakemeldingene følges opp i hver klinikk.

Medisinske kvalitetsregistre og biobanker er svært viktig infrastruktur for forskning og har stor betydning for bedret behandlingskvalitet. Forbedret infrastruktur for registre er et viktig område som er fremhevet i risikoanalysene. Det er i 2015 igangsatt et forprosjekt på etablering av klinisk datavarehus, noe som vil kunne forenkle deler av datafangsten. Implementeringsfasen for springsverktøy for biobanker avsluttes i 2015, og løsningen vil bli tilgjengelig for forskere i 2016.

Det er igangsatt et arbeid med opprettelse av store tematiske forskningsbiobanker på flere klinikker, noe som vil øke tilgangen for flere forskere. Et viktig tiltak er en årlig utlysning av interne søknadsmidler til utvikling av forskningsbiobanker og lokale kvalitetsregistre.

Foretakets forskningsmiljøer har ulike IKT-løsninger for forskning, som gjennom de siste årene har vært rapportert som særlig problematisk med hensyn til nødvendig IKT-støtte. Det har gjennom 2015 vært arbeidet aktivt i samarbeid med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner med forbedrede løsninger gjennom et omfattende forprosjekt. Dette fortsetter i 2016 med konkrete løsningsforslag, som i stor grad er basert på sykehusets omfattende infrastrukturmoderniseringsprogram for IKT. Det er svært viktig å sikre tilstrekkelig programvare og funksjonalitet for forskerne innenfor disse løsningene.

Det er behov for bedre oversikt over eksisterende utstyr til forskning, herunder eierskap til utstyret (foretaket, universitet, stiftelser). Forbedrede systemer utvikles og samordnes nå med Universitetet i Oslo, som eier mye av forskningsutstyret som befinner seg i foretaket.

Utdanning

I 2015 har Oslo universitetssykehus fulgt opp vedtatt utdanningsstrategi (2013-2018) og overordnet handlingsplan (2014-2015). Klinikkene har også utarbeidet handlingsplaner for utdanning.

I 2015 er det arbeidet videre med å forbedre koordinering, organisering, synliggjøring og profilering av utdanningsaktiviteter i foretaket. Det jobbes fortsatt med å styrke samarbeidet med utdanningsinstitusjonene. Fokuset er fremdeles å lage gode systemer for samarbeid lenger ut i organisasjonen, der hvor utdanningen foregår.

Oslo universitetssykehus tildelte i 2015 sentrale midler til utdanningstiltak med vekt på kommunikasjon og kunnskapsbasert praksis. Det er stor interesse for disse midlene. Det ble også delt ut to utdanningspriser for å stimulere gode læringsmiljøer.

Oslo universitetssykehus har fått på plass en rammeavtale om spesialistutdanning av leger i spesialisering (LIS) hos privat avtalespesialist. Første LIS startet på Akershus hudlegesenter 1. mars 2015.

Oslo universitetssykehus har vedtatt å bli lærebedrift og å ta i mot helsefagarbeiderlærlinger fra høsten 2016.

Oslo universitetssykehus har bidratt til oppstart av en fagskoleutdanning i sterilforsyning høsten 2015. Målet er å kvalifisere helsepersonell til å beherske arbeidsoppgaver innen sterilforsyning og ha kompetanse innen hvordan smitteveier brytes og smittespredning hindres. Det er også et mål på sikt om å avlaste operasjonssykepleiere med ikke pasientnære oppgaver. Første kull består av 30 studenter.

Oslo universitetssykehus deltar aktivt i oppfølgingen av ny spesialisert struktur for leger, som ledes av Helsedirektoratet, og hvor sentrale planleggingsoppgaver nå er delegert til de regionale helseforetakene. Det ble opprettet en arbeidsgruppe i Helse Sør-Øst der Oslo universitetssykehus var representert. Helse Sør-Øst påtok seg et nasjonalt ansvar for å lede en nasjonal arbeidsgruppe der alle de regionale foretakene deltok, og gruppen har utarbeidet en samlet rapport som ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 30. august 2015.

Det er et vedvarende press på tid og midler til videre- og etterutdanningsaktiviteter, som er svært viktig for å opprettholde kvalitet og kompetanse. Ressurser til utdanning kan ikke leses eksplisitt ut av foretakenes budsjetter og regnskaper, da den største utdanningskostnaden er budsjettet som lønnskostnader. Dette bidrar til for dårlig oversikt over økonomiske konsekvenser av utdanningsaktivitet og i en del tilfeller for lite fokus på utdanningsaktiviteter som bl.a. veiledning, supervisjon og etterutdanningsaktiviteter.

Mangelen på spesialsykepleiere har nødvendiggjort tiltak for å rekruttere sykepleiere uten videreutdanning inn i stillinger for intensivsykepleiere. For å sikre nødvendig, likeverdig og kvalitetssikret opplæring av disse, har Akuttklinikken ved po- og intensivavdelingen igangsatt en traineeordning med overveldende søkertilstrømning. Hittil har 40 sykepleiere gjennomført programmet med gode tilbakemeldinger. Traineeordningen vil være et fortsatt satsningsområde for Akuttklinikken, og ordningen har potensiell for videre utvikling, f.eks i samarbeid med høyskolene som del av en formell videreutdanning. I tillegg kan ordningen utvides til å gjelde andre deler av foretaket f.eks intermediærseksjoner.

På bakgrunn av stor mangel på spesialsykepleiere har foretakets ledelse vedtatt å videreføre ordningen med hundre utdanningsstillinger. Oslo universitetssykehus har også bidratt til å øke utdanningskapasiteten av intensivsykepleiere i Osloområdet. Det er meldt til Helse Sør-Øst at utdanningskapasiteten for spesialsykepleiere må økes ytterligere, og at dette må meldes til departementet for å øke rammebevilgningene fra Kunnskapsdepartementet til høgskolene. Det har parallelt pågått et arbeid for å etablere en videreutdanning i akuttisykepleie, som er utviklet i samarbeid med Akershus universitetssykehus HF og Høgskolen i Oslo og Akershus med planlagt oppstart januar 2017.

Innovasjon

Oslo universitetssykehus har fokus på implementering av innovasjoner som bidrar til økt kvalitet, pasientsikkerhet, kostnadseffektivitet og mer helhetlige pasientforløp. Kunnskapsbasert utprøving og testing er viktig for kvalitetssikring av nye løsninger. Løsningene kan omfatte diagnostikk, legemidler, medisinsk utstyr, nye og bedre tjenester, tjenesteveier, interne prosesser informasjonsløsninger, og velferdsteknologi.

I samarbeid med Oslo kommune har Oslo universitetssykehus initiert et forprosjekt for utredning av behovet for en arena for preklinisk uttesting, hvor målet er å skape et utviklingslaboratorium for nye idéer, en tverrfaglig møteplass og et (virtuelt) kompetansesenter for forbedringsarbeid og brukermedvirkning i utvikling og uttesting av nye tjenester og produkter. Alternative organiseringsløsninger for testarenaen og mulig samarbeid og synergier mot eksisterende testarenaer og innovasjonsmiljøer vil bli kartlagt. Utredningen skal sees i sammenheng med det nye senteret for forskningsdrevet innovasjon (SFI) C3 – Center for Connected Care/Senter for fremtidig helse. Dette senteret skal sammen med næringsliv, forskere, kommuner og sykehus designe, utvikle, prototype og teste nye produkter og tjenester for morgendagen. Målet er å teste konkrete utviklingsprosjekter, spesielt innenfor IKT, samhandling og brukerorientert tjenesteutvikling.

Innovasjonsaktiviteten i foretaket er tilfredsstillende i 2015. Kulturtiltak og fokus på infrastruktur for tjenesteinnovasjon har gitt resultater i form av økt kompetanse, flere aktive innovasjonsprosjekter med stor innovasjonshøyde og flere implementerte innovasjoner. Idépoliklinikkens verdivurderinger av tjenesteinnovasjonsprosjekter er svært ressurskrevende, men nødvendig for å kunne gi råd i forbindelse med beslutning om implementering. Det er nedsatt en gruppe som skal se nærmere på finansiering av innovasjoner som omhandler samhandling og kunnskapsdeling mellom ulike helseinstanser, for å styrke sannsynligheten for implementering av slike innovasjoner når de har høy påvist nytteverdi. Det arbeides med videreutvikling av innovasjonskontaktens rolle og ansvarsområde, hvor målet er ytterligere styrking av innovasjonskompetansen ute i klinikkene.

Innovasjonsvirksomheten i klinikken har stort potensial, men begrenses blant annet av manglende øremerkede midler for innovasjon i klinikkene.

Felles IKT

Det har igjennom 2015 vært gjennomført flere større IKT prosjekter ved sykehuset. Disse aktivitetene har i hovedsak dreid seg om driftsstabiliserende prosjekter, konsolidering av systemer og videreutvikling av DIPS. I tillegg har sykehusets infrastruktur blitt oppgradert til en regional Windows 7 basert plattform.

I DIPS (Regional PAS/EPJ) er det gjennomført tre større oppgraderinger i løpet av året for å bedre funksjonalitet og ta i bruk nye moduler i løsningen. Det er blant annet breddet felles løsning for operasjonsplanlegging for hele OUS, det er utviklet og tatt i bruk ny løsning for Olafiaklinikken basert på DIPS Arena og flere nye DIPS Arena moduler er tatt i bruk til bl.a. rapportering. Som et ledd i de oppgraderingene som har vært gjennomført har det også blitt implementert nye integrasjoner mellom forskjellige fag-/ spesialistsystem og DIPS.

Sykehuset har måttet utsette oppgradering sitt system for Elektronisk kurve og medisinerings (Metavision) på grunn av prioritet til Nytt Østfoldsykehus. I november ble systemet oppgradert til ny regionale løsningen, og sykehuset planlegger å brekke kurve til alle AIO (akutt, intensiv og operasjon)- og sengeposter i løpet av 2016.

Innføring av nytt regionalt systemet for RIS/PACS (Carestream) er forsinket. Sykehuset har derfor vært nødt til å gjennomføre en migrering av Agfa RIS/PACS som var i bruk på Radiumhospitalet til Sectra RIS/PACS som er i bruk på Rikshospitalet for å kunne sikre stabil og forsvarlig drift av radiologitjenesten på Radiumhospitalet. I tillegg er det gjennomført en oppgradering av RIS/PACS løsningen på Refstad asylmottak og integrert denne i den eksisterende Siemens løsningen på Ullevål sykehus. Det er også pågående arbeid med oppgradering løsningen for brystscreening. Som en del av oppgraderingsarbeidet er det også breddet felles løsning for avansert bildebehandling på hele sykehuset.

Som en følge av forsinkelsen knyttet til den regionale løsningen for LIMS (Labvantage) har sykehuset vært nødt til å fase ut eksisterende system på Aker sykehus (Flexlab) og erstatte dette med løsningen som er i bruk på Rikshospitalet og Radiumhospitalet (Unilab). I tillegg er det tatt i bruk en løsning for tungregning/-lagring for genetikk i samarbeid med Universitetet i Oslo.

Innen administrative systemer er ny løsning for organisasjonsforvaltning tatt i bruk på hele sykehuset. Ut over dette er implementeringen av felles innkjøps- og logistikk-løsning ferdigstilt og felles elektronisk fakturaløsning innført.

På infrastrukturensiden vil nettverksoppgraderingen være ferdigstilt i 2015 og sykehuset får da en ny nettverksløsning med vesentlig høyere kapasitet enn den gamle løsningen og ett felles nettverk for hele sykehuset. Ved slutten av 2015 vil ca. 6.000 PCer være oppgradert til ny løsning basert på Windows 7 og en konsolidert og oppgradert applikasjonsportefølje. Implementering av sikker print for å hindre papirutskrifter på avveie blir gradvis innført etter som Windows 7 omlegging ferdigstilles. Det er i tillegg gjennomført store omlegginger på sykehusets lagringsstrukturer og det er foretatt en gjennomgang av sykehusets over 3.000 applikasjoner for å sikre forsvarlig lagring i tråd med gjeldende forskrifter. Det utvikles i tillegg en egen fjernaksesløsning med nivå 4 autentisering basert på Difi IDporten for fjernaksess til sykehusets tjenester. Som et ledd i infrastrukturoppgaderingene har flere av sykehusets sikkerhetssystemer blitt oppgradert.

Idéfaseprosjektet

Oslo universitetssykehus trenger nye sykehusbygg fordi store deler av bygningsmassen er gammel og dårlig, og det er behov for å samle virksomhet for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen og for å møte en betydelig befolkningsvekst.

Styret godkjente i desember 2012 mandat for idéfase Campus Oslo - somatikk, psykiske helse og avhengighet og prosjektet startet opp våren 2013. I prosjektet er det planlagt for fremtidens Oslo universitetssykehus med virksomhetsløsninger og fysiske løsninger tilpasset den medisinske utviklingen og befolkningsfremskrivninger. Foretaket ønsker å konsentrere sin virksomhet på færre lokaliteter da sammenslåing av likeartede aktiviteter ved sykehusene innen Oslo universitetssykehus HF er nødvendig for å oppnå bedre effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen. En første versjon av idéfaserapporten forelå i juni 2014 og styret vedtok enstemmig å sende rapporten på en bred høring med frist 1. november 2014. Samtidig ble det gjennomført en ekstern kvalitetssikring av prosjektet. På

bakgrunn av høring og kvalitetssikring ble alternativet med full samling på Gaustad ("Campus Oslo") lagt bort.

Videre ble som et resultat av både evaluering, kvalitetssikring og høring besluttet at alternativene med full samling på Ullevål, full samling Gaustad Øst, og tung utbygging nord for Rikshospitalet og Gaustad sykehus ble lagt til side.

Ett nytt alternativ ble konkretisert: Delvis samling Gaustad sør kombinert med et lokalsykehus utenfor Gaustad-området. I tillegg ble det pekt på behovet for en egen kreftutredning primært knyttet til å vurdere funksjoner lokalisert til Radiumhospitalet på mellomlang og/eller lang sikt (minst i de neste 15 år).

Disse to områdene dannet utgangspunkt for en videreføring av idéfasen etter høring med tilleggsutredninger knyttet til kreftområdet og knyttet til lokalsykehus, og deretter en konkret etappeanalyse med vekt på konkretisering av innholdet i første etappe. Dette arbeidet benevnes «Idéfase OUS, konkretisering etter høring».

Denne saken danner oppfølgingen av styrets vedtak 9. april 2015 om konkretisering av idéfaseutredningen etter høring. På bakgrunn av styrets vedtak 9. april 2015 og de utredningene som er foretatt i idéfase OUS foreligger det nå reelt sett tre alternative framtidige målbilder for bygningsmassen i Oslo universitetssykehus HF. Disse er prinsipielt ulike både når det gjelder fysisk struktur og tilhørende konsekvenser for organisering og lokalisering av sykehusets funksjoner.

1. 0-alternativet innebærer å forbli på dagens lokalisasjoner med oppgradering av dagens bygg og bare nybygg for å dekke behovet for økt kapasitet.
2. I Alternativ 2, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, vil Ullevål være en kombinasjon av lokalsykehus for alle bydeler OUS har ansvaret for, et områdesykehus for store deler av den kirurgiske virksomheten, samt regionsykehus med spisset akuttvirksomhet inkludert multitraume.
3. I Alternativ 3, delvis samling på Gaustad, utvikles et regionssykehus med ansvar for tre bydeler og som derfor har både lokale, område-, regions- og nasjonale funksjoner. Akutfunksjonen med multitraume legges til dette sykehuset. I tillegg etableres det et lokalsykehus for tre av OUS seks bydeler mest trolig på Aker.

"Idéfase OUS, konkretisering etter høring" legges frem for styret 17. des. 2015 med plan om å fremmes for behandling i styremøte 28. januar 2016, med sikte på etterfølgende oversendelse til Helse Sør-Øst RHF. Fornyet ekstern kvalitetssikring vil fullføres medio jan. 2016 og vil være tilgjengelig før styrebehandling.

Kapasitets- og arealtiltak

Det vil ta tid å realisere nybygg og ansatte ved Oslo universitetssykehus må forvente å drifte i eksisterende lokaler i mange år fremover. Det foreligger en plan for utbedring og forvaltning av bygningsmassen i denne mellomperioden. Planen skal bidra til god pasientbehandling, gode arbeidsforhold, sikkerhet for pasienter og ansatte og økonomisk og god drift. Oslo universitetssykehus søkte i desember 2014 om finansiering på 1,8 milliarder til arbeidet med bygningstiltak basert på ulike tilsyn de neste 4 årene (2016-2019). Dette er nå innvilget med 30 % egenfinansiering. For å sikre tilstrekkelig behandlingsskapasitet i årene frem mot nybygg står ferdig etablerer sykehuset nå et internt kapasitetsprosjekt med bred deltagelse fra klinikker, tillitsvalgte og vernetjeneste samt bruker representanter.

Det arbeides gjennom dette fortsatt med samlokaliseringstiltak for å legge til rette for samling av fagmiljøer og bedring av pasientforløp. Dagens arealer er imidlertid lite fleksible og tilrettelegger ikke i tilstrekkelig grad for effektiv pasientbehandling.

Medisinskteknisk utstyr

I 2015 vært et høyt antall sammenbrudd av medisinskteknisk utstyr og budsjettert investeringsramme ble brukt opp tidlig i 2015. Tilstanden på deler av sykehusets medisinske tekniske utstyr er et av de største risikoområdene i sykehuset. Gammelt og ustabil utstyr gir vidtgående konsekvenser for kapasitet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljøet til personalet som opplever forsinkelser, plunder og heft med påfølgende frustrasjon og demotivasjon. Styret ga på denne bakgrunn fullmakt til å bruke av investeringsmidler for 2016 slik at sammenbrudd kontinuerlig har blitt erstattet. Enkelte anskaffelser ble utsatt til den regionale avtalen med finansielle partner for leieavtaler ble signert 30. juni 2015. Det ble avsatt en andel av investeringsmidlene til prosjekter for å effektivisere driften. Det ble lagt vekt på å prioritere en planlagt utskifting av truende sammenbrudd for å få ned sammenbruddsraten i utstyrsparken. På grunn av et betydelig etterslep, er det fortsatt store utfordringer knyttet til mye gammelt medisinskteknisk utstyr.

Økonomi

Den økonomiske utviklingen gjennom 2015 viser at det er risiko for et visst negativt resultatavvik i 2015 selv med betydelige engangsgevinster i regnskapet som ikke var budsjettert. Dette innebærer at endelig resultat kan bli noe svakere enn det budsjetterte overskuddet på 175 millioner kroner tilsier. Isolert sett burde det økonomiske resultatet for 2015 bli klart bedre enn det nå ligger an til, blant annet fordi resultatet omfatter gevinst fra salg av eiendom mv. Aktivitetsøkningen gjennom 2015 har resultert i for mye vekst i bemanningen og for lite produktivitetsvekst. Konsekvensene av dette er at sykehusets evne til å finansiere nødvendige investeringer vil bli svekket.

Oppfølging av mål for Helse Sør-Øst

Følgende mål for helseforetaksgruppen er i oppdrag og bestilling videreført i 2015:

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

Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Oslo universitetssykehus har gjennom de siste årene arbeidet iherdig for å redusere antall langtidsventende og fristbrudd. For antallet langtidsventende er resultatene svært positive fra 8.771 (2012) – 4.000 (2013) – 2.200 (2014) – 655 (2015). Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i 2014 89 dager, men er nå per november 2015 redusert til 82 dager. Gjennomsnittlig ventetid for alle ventende er også betydelig redusert fra 373 (2012) – 212 (2013) – 175 (2014) – 89 dager (2015). Antall ventende pasienter med fristbrudd var november 2104 ca 2000. November 2015 var tilsvarende tall kun 39.

Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent

Prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner ved Oslo universitetssykehus HF i 2015 er ca 5,5 %.. Dette omfatter urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, blodbainfeksjoner og infeksjoner i operasjonsområde, som er de infeksjonstypene som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Tallene inkluderer sykehusinfeksjoner hos pasienter overført fra andre helseforetak. Andelen har økt noe siste to år. Dette er en utfordrende situasjon for sykehuset som vil kreve spesielt fokus i 2016. Med dagens pasientsammensetning, en til dels nedslitt bygningsmasse og annen suboptimal infrastruktur er 3 % et krevende mål for Oslo universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus har regionalt ansvar for mottak av pasienter med krevende infeksjonssykdommer. I tillegg utføres omfattende og høyspesialisert behandling som medfører stor infeksjonsrisiko. Sykehuset anser en reduksjon av infeksjonsprevalensen til angitte nivå som et godt bidrag til å nå målet på under 3 prosent i regionen som helhet.

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

Det er en økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier ved Oslo universitetssykehus HF. Det gjelder både meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA), vankomycinresistente enterokokker (VRE) og multiresistente Gram negative stavbakterier.

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

Sykehusinfeksjoner meldes i liten grad i avvikssystemet Achilles, og følgelig heller ikke videre i henhold til Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 og 3-3a. Det er behov for bedre rutiner for registrering, analyse, læring og tiltak for å redusere forekomst av sykehusinfeksjoner.

Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Det er etablert mekanismer for å måle planleggingshorisont gjennom bruk av elektronisk timebok ved poliklinikker. De fleste avdelingene har tilrettelagt for seks måneders planleggingshorisont eller mer i det løpende oppsettet av sine timebøker. Oslo universitetssykehus har som mål at 80 % av pasientene får timeavtale sammen med svar på vurdert henvisning. Per november 2015 var resultatoppnåelsen for denne indikatoren 65 %.

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

Det ble gjennomført medarbeiderundersøkelse for alle medarbeiderne i oktober-november og resultatrapportene fra den elektroniske spørreundersøkelsen ble sendt ut medio november. Svarprosenten var på 76 % og alle klinikkene hadde en svarprosent på 70 eller høyere. Dette gir et godt utgangspunkt for lokalt forbedringsarbeid. Enheter og ledergrupper i alle klinikker gjennomfører i november 2015 til januar 2016 gruppesamtaler og gjennomgår og reviderer tiltak i HMS-handlingsplanen. Handlingsplanen skal være ferdig utarbeidet innen 30. januar 2016.

2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering

Oslo universitetssykehus fortsetter arbeidet med utvikling av organisasjonen med sikte på en stabil og bærekraftig driftssituasjon. Målet er en organisering av klinisk virksomhet som gir grunnlag for god pasientbehandling, gode pasientforløp, forskning og undervisning og en økonomi i balanse. I 2015 har Oslo universitetssykehus gjennomført et prosjekt for utvikling av organiseringen av helseforetaket. Det er besluttet å dele fem klinikker fra 1. jan 2016 slik at antallet klinikker øker fra ni til 15. Deling av klinikkene er besluttet for å gi en tydeligere og mer ensartet inndeling av klinikkene, redusere kontrollspenn for klinikkene, øke styrbarheten på avdelings- og seksjonsnivå og skape kortere organisatorisk avstand til den kliniske virksomheten for direktøren. Målet er å skape en situasjon hvor god tilgjengelighet, god kvalitet og sikkerhet for pasientene, sammen med god økonomi gir helseforetaket et tilstrekkelig handlingsrom som også muliggjør fremtidige investeringer. Strukturen for stab og støtte utredes også, og vil etter planen komme på plass i løpet av første halvdel av 2016.

- **Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken** deles i en kreftklinik og en kirurgi- og transplantasjonsklinik. Følgende avdelinger inngår i Kreftklinikken: Kreftbehandling,

Medisinsk fysikk, Institutt for kreftforskning, Klinisk service, Institutt for kreftgenetikk og informatikk, Blodsykdommer, samt Gynekologisk kreft, som flyttes fra Kvinne- og barneklubben til Kreftklubben. Følgende avdelinger inngår i Kirurgi- og transplantasjonsklubben: Transplantasjonsmedisin, Urologi, Gastro- og barnekirurgi, Revma, hud og infeksjon, Institutt for indremedisinsk forskning.

- **Klinikk for diagnostikk og intervensjon** deles i en laboratorieklinikk og en radiologiklinikk. Følgende avdelinger inngår i Laboratorieklubben: Medisinsk biokjemi, Farmakologi, Medisinsk genetik, Mikrobiologi, Immunologi og transfusjonsmedisin, Patologi, Intervensjonssenteret. Følgende avdelinger inngår i Radiologiklubben: Dagens Avdeling for radiologi og nukleærmedisin. Intervensjonssenteret plasseres i Laboratorieklubben, men vurderes videre i delprosjekt 3 sammen med andre utviklingsenheter. Innhold og oppgaver for Intervensjonssenteret skal ligge uendret inntil permanent organisatorisk plassering av senteret er vedtatt.
- **Akuttklubben** deles ved at Prehospitalt senter skilles ut i en egen klinikk, Prehospital klinikk. Akuttklubben for øvrig er foreløpig uendret.
- **Klinikk for kirurgi og nevrofag** deles i Ortopedisk klinikk, Hode- halsklubben og Nevroklubben. Følgende avdelinger inngår i Ortopedisk klinikk: Dagens Ortopedisk avdeling. Følgende avdelinger inngår i Hode- halsklubben: Øre- nese- hals, Øye, Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi, Kjeve- og ansiktskirurgi, Kirurgisk avd. for barn, Kirurgisk dagavdeling. Følgende avdelinger inngår i Nevroklubben: Nevrologi, Nevrokirurgi, Kompleks epilepsi, Nevrohabilitering, Psykosomatisk avd., Fysikalsk medisin, FOU-avdeling.
- **Kvinne- og barneklubben** deles i en barneklubben og en kvinneklubben. Følgende avdelinger inngår i Barneklubben: Barnemedisinsk avd., Nyfødt intensiv, Barneavd. for nevrofag, Avd. for kvinne- og barnehelse, Nasjonalt kompetansesenter for sjeldne diagnoser. (Gynekologisk kreft flyttes fra KVB til Kreftklubben.). Følgende avdelinger inngår i Kvinneklubben: Fødeavdeling, Gynekologisk avdeling.
- **Hjerte - lunge og karklubben** og **Medisinsk klinikk** deles ikke, men organiseringen av disse klinikkene skal vurderes videre med henblikk på bedre å kunne ivareta den helhetlige koordinering av fagområdene kardiologi og lungemedisin.
- **Klinikk psykisk helse og avhengighet** og **Oslo sykehusservice** deles ikke. En eventuell deling av OSS vurderes som en del av Organisasjonsprosjektets gjennomgang av stabs- og støttefunksjoner.

Oslo universitetssykehus har en stor utfordring i å gjenvinne produktiviteten fra før overføring av opptaksområder i 2011. Det er også en stor utfordring å prioritere bruken av de begrensede ressursene riktig mellom pasientgrupper, funksjonsnivåer, innad i klubber, på tvers av klubber samt bruken av medisinske serviceklubber. Det har i 2015 vært arbeidet videre med å redusere flaskehalsen innen blant annet radiologi og patologi samt å øke den totalt operative kapasiteten. Dette arbeidet forsetter i 2016. For bedre koordinering og utnyttning av ressurser innen operasjon og postoperativ-/intensivområdet ble det i 2013 etablert et kirurgisk driftstyre og deretter lokale driftsråd på hvert av de fire hovedsykehusene. Mer generelt i sykehuset satses det aktivt på kontinuerlig forbedring gjennom opplæring av ansatte og ledere i lean-metodikk. Målsettingen er å bidra til et løft i klubbenes kvalitetsarbeid på alle nivå i sykehuset.

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

arbeidsforhold, sikkerhet for pasienter og ansatte og økonomisk drift. Dagens arealer er imidlertid lite fleksible og tilrettelegger ikke i tilstrekkelig grad for effektiv og moderne pasientbehandling.

Etter flere år hvor bare utstyr som er brutt sammen er erstattet, gjennomfører foretaket nå en treårig plan for utbedring av medisinsk teknisk utstyr. Planen som er etablert innebærer mulighet også for planlagt elektivt innkjøp av utstyr som fornyer sykehuset og bedrer effektiviteten og hindrer flaskehals.

Utkast

Rapport for del II i årlig melding 2015

til Helse Sør-Øst RHF

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

20.01.2016

DEL II: RAPPORTERINGER

3. Rapportering i forhold til oppdrag og bestilling 2015

3.1. Visjon, verdigrunnlag og mål for helseforetaksgruppen

- *Helse Sør-Østs visjon er å skape:*

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi

For å spisse og tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen er det vedtatt målformuleringer som en del av Plan for strategisk utvikling 2013-2020. Målene uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:

- *Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.*

Oslo universitetssykehus ved Hjerter-, lunge- og karklinikken (HLK) var i 2014 del av konsernrevisjonen om intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen. I etterkant av revisjonen ble det laget handlingsplaner med tiltak for lukking av påpekte områder. Det var imidlertid flere anmerkninger som var av generell karakter og gyldig for flere i sykehuset, så tiltakene ble besluttet iverksatt i alle klinikker. Forbedringsarbeidet har pågått siden med stor intensitet og effekten av tiltakene har blitt fulgt opp av ledere, ventelisterådgivere, kvalitetsrådgivere og Råd for henvisninger, venteliste og fristbrudd.

Samlet sett kan sykehuset nå vise til gode resultater og reduksjon av antall ventende, ventetider og fristbrudd. Ved utgangen av oktober ble 92,8 % av alle henvisninger vurdert innen 10 dager i sykehuset. 62 % av alle henviste fikk også timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning, informasjon om rettigheter og frister.

I Hjerter-, lunge- og karklinikken var status per november 2015: ingen fristbrudd, 2 langtidsventende uten rett til helsehjelp, gjennomsnittlig ventetid til avvikling 124 dager og gjennomsnittlig ventetid for alle ventende 84 dager. Samlet for sykehuset er ventetiden for alle ventende redusert fra 174 dager til 86 dager fra november 2014 til november 2015. Reduksjonen av langtidsventende er redusert fra om lag 2600 pr utgangen av desember 2014 til 500 per utgangen av desember 2015. Reduksjon av pasienter som har ventet lenge er en av de viktigste faktorene til reduserte ventetider. Antall fristbrudd er redusert fra om lag 1900 per utgangen av desember 2014 til 41 per utgangen av desember 2015. Det jobbes systematisk videre med ytterligere forbedring av disse resultatene.

- *Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent.*

Prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) de tre første kvartalene i 2015 var 5,6 %. Det gjelder de infeksjonene som skal meldes til Nasjonalt folkehelseinstitutt: urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, blodbainfeksjoner og infeksjoner i operasjonsområde. Det inkluderer også infeksjoner hos pasienter som hadde helsetjenesteassosiert infeksjon ved overflytting fra andre helseforetak. Det er antall infeksjoner som registreres, ikke antall pasienter med infeksjon. Siden noen

pasienter har mer enn én infeksjon, er andelen pasienter med helsetjenesteassosierte infeksjoner litt lavere enn den oppgitte prevalensandelen.

Prevalensandel av infeksjoner og antibiotikabruk registreres kvartalsvis og rapporteres til klinikker og avdelinger. Antibiotikabruk og forekomst av utvalgte resistente bakterier rapporteres til klinikker og avdelinger en gang per år. Handlingsplanen for smittevern 2014 - 2018 følges.

I tillegg til prevalensregistrering, blir det også registrert insidensandel etter kirurgiske inngrep.

Sykehusets resultater er ikke tilfredsstillende og det jobbes videre med tiltak for å redusere risiko for sykehusinfeksjoner. Det må anføres at det er en krevende oppgave med dagens pasientsammensetning, til dels nedslitte bygg og annen suboptimal infrastruktur.

- *Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.*

Før innføringen av nytt pasientadministrativt system (20.10.14) var det ikke mulig å hente ut oversikter over hvor stor andel pasienter som fikk tildelt time i forbindelse med bekreftet mottatt henvisning. Etter innføringen av nytt PAS/EPJ har det vært mulig å følge opp dette via DIPS-rapporter som bl.a. prosessindikatoren *Timeavtale sammen med svar på vurdert henvisning* (direkte time). Arbeidet med å sikre pasienter timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning fortsetter og intensiveres i forbindelse med EPJ-prosjektets optimaliseringsarbeid i 2015.

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

Med oppfølging av Medarbeiderundersøkelsen menes oppfølgingsmøter og planlegging av tiltak i etterkant av gjennomført medarbeiderundersøkelse, det vil si tilbakemelding av resultatene, prioritering av forbedrings- og bevaringsområder og utarbeidelse av tiltak. Når medarbeiderne svarer på spørsmålet «involvering i oppfølging av forrige års MU», som inngår i den elektroniske spørreundersøkelsen, så svarer de ut fra sin opplevelse av om de har vært involvert i oppfølging og etablering av forbedringstiltak.

Oslo universitetssykehus har i 2015 en skår på 46% på indikatoren "Involvert i oppfølgingen av forrige Medarbeiderundersøkelse". I 2013 hadde sykehuset en tilsvarende skår på 51%. I 2014 gjennomførte kun to av ni klinikker ved sykehuset digital spørreundersøkelse og tilbakemeldingsmøte, mens sju klinikker gjennomførte gruppesamtale uten input fra digital spørreundersøkelse. Det er de sju klinikkene som ikke gjennomførte digital spørreundersøkelse og tilbakemeldingsmøte i 2014 som trekker ned involveringsskåren i 2015. De to andre klinikkene, i tillegg til direktørens stab, har økt sin skår.

Mulige årsaker til redusert involveringsskår i sju klinikker fra MU 2013 til MU 2015:

- Gruppesamtalen som i 2014 ble gjennomført som erstatning for digital spørreundersøkelse og tilbakemeldingsmøte oppfattes ikke som oppfølging av Medarbeiderundersøkelsen, det vil si at det kan skje underrapportering som følge av dette.
- Mindre oppmerksomhet omkring Medarbeiderundersøkelsen når det ikke gjennomføres digital spørreundersøkelse fører til at de som trenger ekstra drahjelp for å gjennomføre oppfølgingen på en involverende måte ikke får den drahjelpen de trenger.
- Enheter velger å gjennomføre gruppesamtalen med færre medarbeidere involvert fordi gruppesamtalen primært ses som en oppfølging av handlingsplanen, en oppfølging som kan skje mellom leder og verneombud.
- *Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.*

Oslo universitetssykehus har hatt fokus på å gjennomføre virksomheten innenfor tildelte midler gjennom hele året. Per utgangen av november er det imidlertid en risiko for at helseforetaket ikke klarer å levere et overskudd i samsvar med resultatkravet. Den overordnede oppgaven for økonomisk styring de neste årene vil være å bidra til at driften i sykehuset kan gi positive likviditetsbidrag til fremtidige investeringer.

Oslo universitetssykehus står fortsatt overfor store økonomiske utfordringer i langtidspanperioden og det skal gjennomføres store investeringer for å oppgradere eksisterende eiendomsmasse i samsvar med krav fra tilsyn, sikre oppdatert medisinsk teknisk utstyr og implementere nye IKT-løsninger. Dette vil øke avskrivningskostnadene og fakturerte IKT-kostnader fra Sykehuspartner.

Sykehuset fikk ved fremleggelse av Statsbudsjettet for 2012 og 2014 stilt til rådighet 1 575 millioner kroner til omstillingsinvesteringer (Fase 1). For 2016 er det planlagt investeringer for 163 millioner kroner innenfor denne tildelingen. I tillegg er det ved fremleggelse av Statsbudsjettet for 2016 stilt til rådighet 1 260 millioner kroner til oppgraderings- og vedlikeholds-investeringer (Fase 2). Investeringene inkluderer tiltak for å håndtere de viktigste og mest tidskritiske pålegg fra ulike tilsynsmyndigheter. Styret behandlet investeringsbudsjett den 17. desember 2015.

Det er en tett dialog med Helse Sør-Øst RHF om investeringsbehovet knyttet til både omstillingen og det løpende behovet for utskiftninger og oppgraderinger. Sykehuset har som del av behandling av Økonomisk langtidspan 2016-2019 fremmet ønske om å gjennomføre en forsert plan for både utskifting av medisinsk teknisk utstyr og utbedring av bygningsmassen i påvente av nye klinikkbygg. Med bevilget lån for oppgraderings- og vedlikeholds-investeringer er det sikret nødvendig finansiering for utbedring av bygningsmassen. Likviditetssituasjonen i Helse Sør-Øst RHF begrenser fremdeles Oslo universitetssykehus sin mulighet for å gjennomføre en forsert plan for utskifting av medisinsk teknisk utstyr.

3.2. Resultatoppnåelse for mål 2015

Tabelloversikt er under utarbeidelse.

3.3. Tildeling av midler

Drift og investering

- *Oslo universitetssykehus skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Oslo universitetssykehus skal i 2015 basere sin virksomhet på de tildelte midler.*

Oslo universitetssykehus har planlagt å gjennomføre virksomheten i 2015 innenfor tildelte midler. Per utgangen av november er det imidlertid en risiko for at helseforetaket ikke klarer å levere et overskudd i samsvar med resultatkravet på 175 millioner kroner.

- *Oslo universitetssykehus skal ansette nødvendige midler til utbygging og drift av kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud i henhold til avtalte utbyggings- og opptrappingsplaner med bydeler i helseforetakets opptaksområde.*

Det er avsatt 24 millioner kroner til å finansiere Oslo universitetssykehus sin andel av 50 senger ved Kommunal akutt døgnenhet på Aker.

- *Virksomheten innen "Raskere tilbake" skal videreføres i henhold til de rammebetingelser som er gitt fra Helse Sør- Øst RHF. Midler til finansiering av "Raskere tilbake" omfattes ikke av tabellen over, men kommer i tillegg.*

Virksomheten 'Raskere tilbake' i Oslo universitetssykehus er videreført i henhold til rammebetingelsene. Det leveres egen rapportering til Helse Sør-øst om aktivitet og inntekter fra ordningen med 'Raskere tilbake'.

Ved overgangen til tjenestebasert adressering og støtte for mottak av elektronisk henvisning fra 16.april 2015, ble 'Raskere tilbake' ble etablert som egne tjenesteadresser innen onkologi, muskel/skjelett og nevrofag, psykiatri og annet. Dette gir tilbudet en klar profil i det nasjonale adresseregisteret i Norsk helsenett og i elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ) ved henvisning til sykehuset, bl.a. fra kommunehelsetjenesten.

- *Virksomheten knyttet til nasjonale og regionale kompetansetjenester skal videreføres minst på samme nivå som i 2014, jf. vedlagte oversikt. Det samme gjelder tiltak som tidligere ble finansiert over særskilte tilskudd, og som nå er innarbeidet i basisrammen.*

Nasjonale tjenester er videreført på minst samme nivå som i 2014.

- *Overføring av midler knyttet til overføring av AMK-sentral fra Sykehuset Østfold til Oslo universitetssykehus i løpet av 2015 skal være avtalt mellom de to helseforetakene.*

Overføring av midler er avtalt mellom helseforetakene. For 2015 er det overført 10,1 millioner kroner fra Østfold HF til Oslo universitetssykehus HF. Helårseffekten i 2016 er 18,5 millioner kroner.

- *Årsresultat 2015 for Oslo universitetssykehus HF skal være på minimum 175 millioner kroner.*

Den økonomiske utviklingen gjennom 2015 viser at det er risiko for et visst negativt resultatavvik i 2015. Dette selv med betydelige engangsgevinster i regnskapet som ikke var budsjettert. Dette innebærer at endelig resultat kan bli noe svakere enn det budsjetterte overskuddet på 175 millioner kroner tilsier.

Likviditet og investeringer

- *Foretakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.*

Oslo universitetssykehus følger regionale prinsipper for styring av likviditet.

- *Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2015 skal ikke benyttes til investeringer i 2015 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.*

Prinsippene for likviditetsstyring er fulgt opp. Budsjettert resultat for 2015 inngår ikke som kilde for finansiering av investeringsbudsjettet for 2015, men som kilde for finansiering av investeringsbudsjettet 2016.

- *Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.*

Det tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før nye investeringsforpliktelser etableres.

- *Egenkapitalinnskuddet til pensjonsinnretningen skal salderes innenfor helseforetakets tilgjengelige investeringsmidler i 2015.*

Det er budsjettert med egenkapitalinnskudd for pensjon i 2015.

Investeringer med regional likviditet

- *Iverksatte investeringsprosjekter skal videreføres i henhold til plan, med riktig kvalitet og innenfor økonomiske rammer.*

Iverksatte investeringsprosjekter videreføres i henhold til plan, med riktig kvalitet og innenfor økonomiske rammer.

- *Det skal gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser for investeringsprosjekter.*

For alle større investeringsprosjekter, enten de er innenfor IKT, Medisinsk teknisk utstyr (MTU) eller bygg gjennomføres det risikoanalyser under planlegging og gjennomføring. Det gjennomføres også sammenhengs-vurderinger om hvordan prosjekter innen et av disse områdene påvirker andre områder. Eksempler på dette er tyngre elektroprosjekter i bygg, der sammenhengen mot MTU, IKT og drift skal vurderes nøye før igangsetting, og i tillegg følges tett underveis.

- *Prosjektene fremdriftsplan skal tilpasses tilgjengelig likviditet til investeringer*

Prosjektene fremdriftsplan er i overensstemmelse med Helse Sør-Øst RHF rammer for tilgjengelig likviditet.

Overføring av likviditet – driftskreditt

- *Oslo universitetssykehus skal styre innenfor tilgjengelig driftskredittramme fastsatt av Helse Sør-Øst RHF.*

Oslo universitetssykehus HF styrer innenfor tildelt likviditetsramme fra eier.

- *Helseforetaket skal forespørre Helse Sør-Øst RHF i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon for dette behovet.*

Oslo universitetssykehus har løpende oppfølging av likviditet og varsler Helse Sør-Øst RHF middelbart ved behov.

3.4. Aktivitet

- *Budsjettert aktivitet skal være i tråd med oppdrag og bestilling 2015.*

Budsjettert aktivitet er som i oppdrag og bestilling 2015.

- *Aktiviteten i 2015 skal være innrettet for å ivareta mål om tilgjengelighet og mål om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå.*

Oslo universitetssykehus har gjennom året fokusert på å bedre tilgjengelighet for pasientene gjennom tiltak utviklet i 'Plan for ventetid, pasientforløp og effektivitet OUS 2015'. Resultatene er gode med en svært stor reduksjon i ventetid både for pasienter med og uten rett til helsehjelp.

Innen barne- og ungdomspsykiatrien har tiltakene for å redusere ventetid vært:

- Styrt timedagbok i poliklinikk for å effektivisere behandling.
- Nye rutiner for jevnlig gjennomgang av saker for så sikre at behandlingsforløpene er effektive, slik at man ikke får lange forløp, avslutter saker og dermed kan ta inn flere nye pasienter.

- Omorganisert poliklinikk slik at team med tilpasset kompetanse tar saker som krever spesielt høy intensitet.
- Samtaler med henviste familier på poliklinikk før inntak, for å avklare om de trenger og ønsker hjelp i BUP. Dette har ført til at flere saker avvises og henvises til tiltak i bydel.

Flere forhold bidrar til økt ventetid:

- Økt antall henvisninger i poliklinikk, og mer alvorlig psykopatologi hos barn og ungdom med lengre behandlingstid i kompliserte saker.
- BUP poliklinikkene blir værende med pasienter som skulle vært på et høyere omsorgsnivå på grunn av for liten kapasitet på døgn-, dag – og arenafleksible tjenester.
- Stillinger blir holdt vakante for å møte budsjetttramme. Med en tverrfaglig tilnærming til behandling vil mangel av en profesjon påvirke fremdrift i pasientforløp.

Ventetiden for pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2015 er som i 2014, med bare helt minimal forskjell. Ventetiden varierer mellom seksjonene. I avgiftningsenhetene er for eksempel ventetiden planlagt i henhold til at pasienten har videre behandling i døgninstitusjon. Avdelingen prioriterer pasientene etter hastegrad og pasientene venter dermed ulikt etter tilstand og situasjon derfor er gjennomsnittlig ventetid isolert sett ikke et godt mål for tilbudet til pasientene.

Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter innenfor alle kategorier dvs barn, unge og voksne < 65 dager ved utgangen av året. Klinikken har pr. 21. desember ingen fristbrudd.

Hovedtilnærmingen når det gjelder aktivitet og økonomisk resultat har vært å sikre en aktivitet i samsvar med forutsetningene i budsjettet og samtidig arbeide med tiltak for å redusere kostnadsnivået, og da primært lønnskostnader (årsverk). På flere områder er det fortsatt utfordringer knyttet til registrering av utført aktivitet i DIPS. Dette gjelder særlig innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Det utføres blant annet en del aktivitet innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, for eksempel behandling i grupper, som ikke fremkommer i rapporteringen. For å kunne vurdere tilbudet til innbyggerne og utført aktivitet som en del av den „gyldne regel“, har sykehuset ønsket en dialog med eier om hvordan dette på en bedre måte kan synliggjøres i rapporteringen. Per november var rapportert aktivitet innenfor psykisk helsevern og TSB på flere indikatorer høyere enn veksten innenfor somatikken. Det er særskilt fokus både på å øke aktiviteten og på å få registrert utført aktivitet innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Dette gjelder særlig for antall polikliniske konsultasjoner.

3.5. Pasientenes helsetjeneste

- *Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager.*

Ved utgangen av november 2015 var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 82 dager (53 dager for pasienter med rett til helsehjelp og 149 dager for pasienter uten rett til helsehjelp).

I løpet av hele 2015 har det vært arbeidet systematisk med avvikling av langtidsventende. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår, vil indikatorens resultat variere fra periode til periode. Reduksjonen i ventetid gjelder både for pasienter med og uten rett til helsehjelp, og gjennomsnittlig ventetid for alle ventende er redusert med 80 dager fra utgangen av november 2014 til utgangen av november 2015.

Det har vært avvirket 1763 langtidsventende i perioden november 2014 til november 2015. Ved utgangen av året er det fortsatt noen utfordringer med langtidsventende spesielt innen Plastisk kirurgi og Ortopedi. Sykehusets målsetting om «ingen langtidsventende over ett år» ligger fast også i 2016, og med siste måneders positive utvikling i alle fagområder, vurderes målet å være innen rekkevidde.

- *Oslo universitetssykehus skal gjennomføre tiltak for å redusere variasjoner i effektivitet og ventetid mellom sykehusene, berunder sikre læring mellom avdelinger og sykehus ut fra kunnskap om beste praksis og særskilt vurdere hvilke konkrete tiltak som er nødvendig for å redusere ventetider og øke effektiviteten hos enbeter som er mindre effektive enn gjennomsnittet, implementere faglige retningslinjer og standardisere pasientforløp, identifisere flaskehalsar i pasientbehandlingen og konkrete tiltak for å anvjelpe disse, sikre tiltak for bedre planlegging og organisering slik at kapasiteten ved poliklinikker og operasjonsstuer samt utstyr utnyttes bedre gjennom døgnet samt identifisere tiltak for hvordan private aktører kan benyttes mer målrettet.*
- Erfaringen fra lukking av avvik etter påpekninger fra konsernrevisjonen 'Intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringer i Hjerte-Lunge- Karklinikken', har ført til organisatorisk læring. Deltagelse i Helse Sør-Øst nettverkene 'Glemte av sykehuset' og 'Tilgjengelighetsprosjektet' har bidratt til det samme. Den interne læringen i sykehuset har skjedd i et samarbeid mellom stab, linje, støtteavdelinger, kontorlaglig nettverk og Råd for henvisninger, venteliste og fristbrudd. I forbindelse med oppfølgingen av ventende er det gitt særskilt stabsstøtte til avdelinger som er identifisert til å ha de største utfordringene. EPJ- prosjektet har vært operative i klinikkene med formidling av beste praksis.
- Det er arbeidet godt med deling av prosedyrer og pasientinformasjon i 2015 og dette vil sykehuset dra nytte av framover. Det er holdt kurs i kunnskapsbasert praksis og implementeringskurs. Alle avdelinger i sykehuset er nå i gang med kunnskapsbaserte prosedyrer og rydder gamle dokumenter i eHåndboken. Det vil bli ferdigstilt en internettside fra årsskifte der alt læringsmaterieil blir tilgjengelig for alt personell slik at læring om beste praksis blir bedre.
- Det har ikke vært kapasitet til å arbeide generelt med pasientforløp utover den store innsatsen med pakkeforløpene. I tillegg jobbes det i et regionalt prosjekt med struktur på sykepleiefaglig dokumentasjon og behandlingsplaner.
- I 'Plan for ventetid, pasientforløp og effektivitet OUS 2015' er utfordringsbildet synliggjort, og de iverksatte tiltakene har vært grunnlag for oppfølgingsmøtene mellom sykehuset og Helse Sør-Øst gjennom hele året. Planen er basert på oppfølging av nasjonale ventelisteindikatorer, effektive driftsplaner, innføringen av pakkeforløp og standardisering av pasientforløp. Erfaringene fra arbeidet med handlingsplanen videreføres i 2016.
- Oslo universitetssykehus har identifisert følgende tiltak for hvordan private aktører kan benyttes mer målrettet:
 1. Det foreligger oppdaterte ventetider for de lavest prioriterte pasientene på nettsiden www.helsenorge.no - velg behandlingssted.
 2. Identifisere hvilke pasientgrupper innen bestemte fagområder som kan få et tilsvarende behandlingstilbud utenfor sykehuset.
 3. Direkte samarbeid med Informasjonstjenesten velg behandlingssted om enkeltpasienter eller pasientgrupper.
 4. Lage samarbeidsavtaler med avtalespesialister som har avtale med Helse Sør-Øst.
 5. Gjøre avrop og lage samarbeidsavtaler med private aktører som har avtale med HelseSør-Øst RHF.
- Det foreligger kortsiktige og langsiktige planer for reduksjon av ventetider og fristbrudd, hvor ventelisteindikatorerne er styrende for arbeidet. Det er tilrettelagt for et godt brukergrensesnitt i Ledelsesinformasjonssystemet i OUS, og det er definert hvilke rapporter i DIPS som skal benyttes til kvalitetssikring av ventelistedata. Endringene i Pasient- og brukerrettighetsloven har ført til et ennå større fokus på utnyttelse av ressurser i poliklinikkene med tilhørende planer for drift. Det pågår kontinuerlig opplæring i lov og regelverk og riktig bruk av pasientadministrativt system til

personell som håndterer henvisninger og ventelister. Arbeidet skjer i samarbeid mellom stab og linje og tverrfaglige nettverk.

- Linjeledere og ventelisterådgivere får ukentlig oversikt over antall pasienter på venteliste som ikke har planlagt kontakt. Fokus på forebygging av fristbrudd fører til at ny-henviste planlegges inn i henhold til tentativ dato. Pasienter på 'Intern venteliste' planlegges inn i henhold til tentativ dato. For å sikre at sykehuset overholder de frister som er satt, arbeides det målrettet med å øke andel direktebooking fra 62% til 80 % .
- *Det regionale helseforetaket er pålagt å legge fram for departementet en plan med konkrete tiltak for å redusere ventetider og implementere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for hvert enkelt helseforetak og regionen samlet, innen 1. april 2015. Departementet vil legge planene til grunn for oppfølgingsmøtene gjennom 2015. Helseforetaket vil i eget brev bli gitt nærmere anvisning om hvordan en slik plan skal utarbeides og frist for innsending av bidrag til Helse Sør-Øst RHF.*

I 'Plan for ventetid, pasientforløp og effektivitet OUS 2015', er utfordringsbildet til OUS og tiltaksplan beskrevet. Planen har vært førende for å nå målet om god flyt i alle deler av pasientforløpet, inkludert implementering av pakkeforløpene. Planen har også vært et verktøy for alle klinikkene, og det er gitt særlig støtte fra sentral stab og EPJ- prosjektet til avdelingene med de største utfordringene. Effekten av tiltakene er beskrevet i forbindelse med redegjørelse for reduksjon av ventetider og fristbrudd og for forløpstider. Tiltakene fra handlingsplanen videreføres i 2016.

- *Ingen fristbrudd.*

Det har vært avvirket 1605 fristbrudd i perioden november 2014 til november 2015. Svært mange av disse var feilregistreringer i DIPS med manglende registrering av 'ventetid slutt'. Ved utgangen av november 2015 hadde foretaket 40 pasienter med fristbrudd, alle med tildelt tid for avvikling innen 2015. Det er innført rutiner slik at henvisningene som mottas vurderes fortløpende og at pasientene får brev med informasjon om rettigheter og tildelt tid for oppmøte i første brev. Med henblikk på endringer i Pasient- og brukerrettighetsloven, er det etablert internkontrollrutiner for å sikre videre overholdelse av frister.

- *Det skal etableres flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer.*

Sykehuset har gjennom året hatt høyt fokus på pakkeforløp for kreft og har innført 28 nye pasientforløp i henhold til nasjonal standard. Pasientforløp for personlighetsforstyrrelser ble implementert i begynnelsen av 2015 og er publisert i eHåndbok og på sykehusets nettside. Det har også vært arbeidet med pasientforløp for pasienter med hjerneslag og enkelte andre forløp, men dette arbeidet er ikke avsluttet.

Vurderinger av resultatene på pakkeforløp

Det er etablert system for registrering av forløpstider i pakkeforløpene. De første rapportene fra dette arbeidet viser at sykehuset er godt i gang spesielt med forløpene for tykk- og endetarmskreft og for lungekreft, men har større utfordringer innen andre forløp, spesielt innen brystkreft, prostatakreft og de tre gynekologiske pakkeforløpene. I arbeidet med standardiserte forløp er det tydeliggjort fortsatt kapasitetsutfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og kirurgisk behandling. Det arbeides med tiltak for å bedre situasjonen. Det er for tidlig å si noe helhetlig om erfaringene med pakkeforløpene, men tilbakemeldingene så langt er at det fungerer godt for de pasientene som er omfattet av ordningene og at det fører til ryddighet og bedre pasientforløp. Resultatene skyldes i stor grad engasjementet til forløpskoordinatorene. Forløpskoordinatorene har en sentral oppgave i å være et kontaktpunkt mot pasientene og samordne forløpene på tvers av de ulike lokaliseringene og avdelingene i sykehuset. Mange av pakkeforløpene er svært komplekse og involverer flere lokalisasjoner, noe som krever betydelig koordineringsressurser, både innad i Oslo universitetssykehus, men også mot andre sykehus og fastlegene.

Spesielle forhold knyttet til registrering av pakkeforløp kreft

I de 14 første pakkeforløpene som ble implementert i 1. januar og 1. mai, er registrering av forløpstider godt i gang. Det ble i løpet av høsten gjennomført kurs i registrering av forløpstider for de 14 pakkeforløpene som ble implementert 1. september. Flere av de siste er også godt i gang med registreringen av målepunkter, mens det gjenstår å komme i gang med registreringen i enkelte andre avdelinger. Involverte i disse pakkeforløpene vil bli fulgt tett i løpet av vinteren 2016 for å sikre at kodingen av forløpstider også i disse pakkeforløpene er iverksatt.

Et fåtall av henvisningene sykehuset mottar enten fra fastleger, avtalespesialister eller andre sykehus, er merket med «pakkeforløp kreft». Vurderingsansvarlig lege ved sykehuset skal vurdere om det likevel er begrunnet mistanke om kreft i henvisningen. Hvis det er det, skal pasienten inkluderes i et pakkeforløp. Foreløpig har ikke alle vurderingsansvarlige leger fått opplæring i registrering av pasienter i pakkeforløp, det er noe sykehuset må jobbe videre med. Pasienter blir dermed i stor grad etter-registrert inn i pakkeforløp.

Kravet om forløpskoordinator er fulgt opp.

27 av pakkeforløpene har nå fått på plass forløpskoordinatorer som loser pasientene gjennom systemet. Kun ett av forløpene, pakkeforløp metastaser med ukjent utgangspunkt, mangler denne funksjonen. Det arbeides med å få denne på plass. Forløpskoordinatorrollen er en sårbar funksjon ved sykehuset i dag, og det er foreløpig få slike koordinatorer i de ulike pakkeforløpene. Ved fravær (ferie, sykdom), er det krevende å få andre til å ta arbeidsoppgavene til forløpskoordinatoren og spesielt følge opp telefonkontakten med pasientene. Det er opprettet enkelte nye slike stillinger etter innføringen av pakkeforløpene, men flertallet av forløpskoordinatorfunksjonene er innarbeidet i allerede etablerte pasientkoordinatorressurser. Registreringen av pakkeforløpsmålepunkter i DIPS er ressurskrevende og er en ny oppgave som er tillagt forløpskoordinatorene. I DIPS Arena er det utviklet funksjonalitet som bedre støtter registrering av pakkeforløp, som forventes å være ferdig testet for sykehuset i løpet av våren 2016. Det er utformet lokalt prosjektforslag til i bruktagning av denne funksjonaliteten, men implementeringen må koordineres med oppgradering av teknisk plattform (oppgradering til Windows 7 i IMP-prosjektet)

- *Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp skal være 70 prosent.*

Andel kreftpasienter som er registrert i et pakkeforløp ved Oslo universitetssykehus per 30. november 2015 er 78 %. Høyest andel er i pakkeforløp for brystkreft der 85 % av brystkreftpasientene inngår i pakkeforløpet. Lavest andel er i pakkeforløpene for blærekreft og nyrekreft med rundt 40 %. De 14 siste pakkeforløpene som ble implementert 1. september er i en pilotfase i 3. tertial 2015, og indikatorene publiseres først i 2016.

- *Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp skal være 70 prosent.*

Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid er 58 % per 30. november 2015. 70 % er innenfor forløpstidene i pakkeforløpene lungekreft, tykk- og endetarmskreft, hodehalskreft, lymfom og kreft i spiserør- og magesekk. Forløpstidene innfris ikke i de tre gynekologiske pakkeforløpene, pakkeforløp for brystkreft og prostatakreft. I pakkeforløpene for blærekreft, nyrekreft og testikkelkreft er det usikre tall pga. utfordringer i registreringen av målepunktene.

- *Pasienter som henvises til pakkeforløp skal få god informasjon fra sykehuset om forventede forløpstider for de ulike fasene i pasientforløpet. Terminologien i de nasjonale pakkeforløpene skal være førende for alle informasjonstekster.*

Avdelinger involvert i pakkeforløp er oppfordret til å dele ut Helsedirektoratets pasientbrosjyrer som er utarbeidet for hvert pakkeforløp. Pasientbrosjyrene inneholder blant annet informasjon om veiledende forløpstider. Enkelte avdelinger stempler pasientbrosjyren med kontaktinformasjonen til involverte forløpskoordinatorer, mens andre avdelinger fester på visittkort.

- *Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter skal ha forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.*

27 pakkeforløp har forløpskoordinatorer som løser pasientene gjennom ulike steg i utredning og behandling. Det arbeides for å få på plass den siste forløpskoordinatoren innen 'pakkeforløp metastaser med ukjent utgangspunkt'. Forløpskoordinatorerne sørger for kontinuitet i pasientbehandlingen, et godt tverrfaglig samarbeid mellom interne avdelinger og mot andre sykehus og fastleger.

- *Alle helseforetak som behandler kreft skal ha kontaktinformasjon til forløpskoordinatorer tilgjengelig på internett slik at både pasienter som er henvist til pakkeforløp og fastleger vet hvor de skal henvende seg.*

Henvisnings- og kontaktinformasjon til forløpskoordinatorer ved OUS er publisert på www.oslo-universitetssykehus.no/pakkeforlop

- *Helseforetaket skal delta i arbeidet med å videreutvikle prostatasentrene i regionen slik at det sikres kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen.*

Prostatasenteret er etablert som et sentralt element i pakkeforløpet for prostatakreft. Pasientforløpet er utviklet i tråd med nasjonal standard, og prostatakreftpasienter registreres nå inn i pakkeforløpet. Det er på plass en felles poliklinikk der pasienter får møte både urolog og onkolog for å drøfte behandlingsoalternativene. Forløpskoordinator er på plass og løser pasientene gjennom systemet. Det er imidlertid fortsatt for lange ventetider for biopsitaking og til behandling.

- *Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.*

Sykehuset har utviklet en egen løsning for innhenting av pasienters og pårørendes opplevelse av en behandling eller et sykehusopphold. Tilbakemeldingene gis elektronisk via PC, nettbrett eller mobiltelefon via 'Min journal' og fordeles automatisk i forbedrings- og avvikssystemet til aktuelle leder der pasienten har fått sin behandling. Undersøkelsen pågår kontinuerlig, og leder kan opprette forbedringstiltak direkte fra rapportsidene. Sykehuset følger også opp nasjonale undersøkelser om pasientopplevd kvalitet gjennom fordeling og oppfølging av resultater på alle ledernivå.

Indikatorer knyttet til kvalitetsbasert finansiering og regionens /sykehusets resultatoppnåelse i den forbindelse har gjennom året blitt presentert i sykehusets ledermøter. Utilfredsstillende resultatoppnåelse ligger blant annet til grunn for tiltakene som sykehuset har beskrevet i 'Plan for ventetid, pasientforløp og effektivitet OUS 2015'. Et målbart resultat av disse tiltakene kommer til uttrykk gjennom reduserte ventetider og færre fristbrudd.

Det er mot slutten av året påbegynt et mer systematisk arbeid med oppfølging av flere indikatorer knyttet til kvalitetsbasert finansiering. Det utvikles i den forbindelse en egen plan for tiltak og oppfølging av disse.

- *Alle helseforetak som har barneandeler skal opprette ungdomsråd.*

Oslo universitetssykehus etablerte et eget ungdomsråd i 2012 som første sykehus i Norge. Ungdomsrådet er nå inne i sin andre periode og består av 11 ungdommer i alderen 13-26 år, med pasienterfaring eller bakgrunn fra brukerorganisasjoner. I tillegg har ungdomsrådet knyttet til seg en ressursgruppe av helsepersonell fra sykehusets klinikker som deltar på to møter i året. Ungdomsrådet har som navnet sier en rådgivende funksjon og fungerer som høringsinstans for sykehuset i arbeidet med å utvikle og opprettholde gode helsetjenester for ungdom. I 2015 har ungdomsrådet avholdt 6 møter og har blant annet behandlet saker om nye nettsider for ungdom, app for ungdom som

pårørende og evaluering av 18-årsgrense på barneavdelingene. De har gitt innspill til sykehusets idefaseprosjekt og handlingsplaner for pasientsikkerhet. Ungdomsrådet har tatt initiativ til og er nå med i planleggingen av en ungdomshelseuke på OUS i 2016.

- *Helse Sør-Øst RHF er tildelt 6,2 mill. kroner til en forsøksordning for tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø. Midlene er fordelt med 2,9 mill. kroner til Oslo universitetssykehus og 3,3 mill. kroner til Lovisenberg Diakonale Sykehus. Formålet er å få kunnskap om behovet for odontologiske tjenester hos sykehuspasienter, og gi nødvendig undersøkelse og behandling. I tillegg skal det gis spesialiserte odontologiske tjenester til direktebenviste pasienter. Helsedirektoratet gir faglig bistand ved etablering. Forsøket finansieres gjennom tilskudd fra kap. 770, post 21. Behandlinger kan finansieres etter poliklinikkforskriften eller gjennom folketrygdens stønadsordning etter Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom (kap. 2711, post 72). For behandling finansiert over kap. 770 eller kap. 2711, post 72 er det ikke et vilkår at pasient er henvist fra lege. Tjenester som finansieres over disse kapitler gis vederlagsfritt. I forsøksperioden rapporteres aktiviteten direkte til Helsedirektoratet.*

Statusrapport fra «Forsøksordning med orale helsetjenester i tverrfaglig sykehusmiljø ved Oslo Universitetssykehus»

I 2014 fikk ØNH avdelingen i oppdrag å sette i gang en «forsøksordning med orale helsetjenester i tverrfaglig sykehusmiljø». Samme året ble det ansatt en allmenntannlege / prosjektkoordinator, og spesialtannlege i oral protetikk og tannpleier i deltid. Dermed kunne sykehuset øke tilbudet av tannpleiertjenester til kreftpasienter som gjennomgår strålebehandling på Radiumhospitalet. På Rikshospitalet ble det satt i gang protetisk rehabilitering av kreftpasienter etter munnhulereseksjoner i forbindelse med kreftbehandling i hode- og halsområdet. Tidligere måtte disse pasientene søke egne private tannleger for å få utført den type behandling. På Ullevål sykehus økte tannhelsetjenester med en fast dag i uken. Videre startet avdelingen med planlegging og innkjøp av utstyr til tannbehandling i narkose på Rikshospitalet.

I januar 2015 hadde sykehusledelsen et møte med Helsedirektoratet hvor man tok opp utfordringene knyttet til gjennomføring av forsøksordningen. Mangel på behandlingsrom og kontorplass for den nye tannhelsegruppen, og utfordringene i forbindelse med registrering av HELFO-takster og innslagspunkt i DIPS for å få HELFO-refusjon var blant de viktigste punktene som ble tatt opp.

I første kvartal av 2015 ble det opprettet kontakt med barneavdelingen på Ullevålssykehus, og som ledd i utredningsfasen ble det sendt spørreskjema til alle leger og sykepleiere på barneavdelingen. I tillegg ble det gjort kliniske undersøkelser av innlagte barn.

Tilbudet tannbehandling i narkose på Rikshospitalet ble økt. Hoved andelen av pasientene er barn med alvorlig hjertefeil, hvor tannbehandling i lokalanestesi ikke lar seg gjennomføre. Tidligere måtte sykehuset leie inn egen tannlege for dette. I tillegg økte vi tannbehandlingstilbudet til en del andre pasientgrupper, også voksne pasienter, som pga. sin hoveddiagnose måtte få narkosebehandling på Rikshospitalet.

Det har blitt opprettet samarbeid med onkologisk seksjon, Barneavdelingen ved Rikshospitalet, og satt i gang rutinemessig tannlegetilsyn av barn før oppstart av kreftbehandling.

I august fant man ut at det var større behov for tannpleier og protetikere enn tidligere antatt, og derfor ble det økt stilling spesialtannlege i oral protetikk, en ny tannpleier og en tannhelsesekretær.

Tannpleietilbudet økte på Radiumhospitalet fra en til to faste dager i uken. Tannpleietjeneste er på Rikshospitalet de øvrige dagene.

I desember ble det sammen med avd. for barnemedisin på Rikshospitalet lagt en plan for oppstart av behovsundersøkelse og klinisk screening av pasientene i løpet av januar 2016.

Oversikt over de ansatte i «Forsøksordning med tannhelsetjenester på Oslo Universitetssykehus».

Stillingsbeskrivelse	Stillingsprosent
Tannlege / prosjektkoordinator	80 %
Spesialtannlege i oral protetikk	40 %
Tannpleier	80 %
Tannhelsesekretær	80 %

Prosjektet avdekker nye behov for utredning og behandling for pasienter i sykehuset, og er et verdifullt tilskudd i det tverrfaglige miljøet.

3.6. Kvalitet og pasientsikkerhet

- *Helse Sør-Øst RHF vil videreføre arbeidet for å sikre tilstrekkelig kapasitet i Oslo og Akershus sykehusområder. Potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus skal utnyttes for å bidra til en avlastning av Akershus universitetssykehus og redusere fremtidig arealbehov ved Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus skal bidra i arbeidet med å utarbeide en plan for tiltak og gjennomføring, samt bidra i gjennomføringen av planen.*

Oslo universitetssykehus har deltatt aktivt i Helse Sør-Øst sitt kapasitetsprosjekt gjennom 2015, både i faggrupper og prosjektgrupper. Sykehuset vil også bidra til gjennomføring av det som besluttes og er allerede i gang med et samarbeid med Lovisenberg Diakonale Sykehus om infeksjonsortopedi.

- *Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status skal ha nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet. Helseforetaket skal bidra til dette ved å rapportere til disse i henhold til krav.*

Oslo universitetssykehus har ansvaret for 11 nasjonale kvalitetsregistre. Enkelte av kvalitetsregistrene er fortsatt under omstilling/oppstart, og ett register er ikke igangsatt på grunn av manglende konsesjon (HIV-registret). Innenfor mange av registrene arbeides det for å sikre bedre nasjonal dekningsgrad. Seks av registrene i sykehuset har i dag en dekningsgrad på 80 % eller mer. Det er i den forbindelse satt i gang et dekningsgradsprosjekt fra servicemiljøet for nasjonale kvalitetsregistre, ledet av det regionale senteret i Helse Sør-Øst. Fagdirektører og linjeledere er informert om status for deres enheters innrapportering til nasjonale kvalitetsregistre og krav til innregistrering i 'Sykehusvis innrapportering til nasjonale medisinske kvalitetsregistre', Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre.

Registtermiljøene følger tett opp det nyetablerte nasjonale servicemiljøets (SKDEs) PROM-senter for å kunne igangsette systematisk registrering av PROM-data, dvs pasientrapporterte utfallsmål. I flere av kvalitetsregistrene jobbes det aktivt med kartlegging av relevante PROM- og PREM-variabler (pasientrapporterte erfaringsmål).

De nasjonale kvalitetsregistrene følger opp relevante kvalitetsmål på sykehusnivå og rapporterer disse regelmessig tilbake til det enkelte helseforetak. Resultater, inklusive forbedringsområder og mulige tiltak, diskuteres på årlige samlinger med fagmiljøene, og resultatene på helseforetaksnivå legges ut på kvalitetsregistre.no.

- *Helseforetaket skal bidra i Helsedirektoratets arbeid med daglig oppdaterte data i Norsk pasientregister.*

Oslo universitetssykehus leverer data til NPR ut fra gjeldende rutiner for denne dataleveransen. Det var ikke etablert daglig innsending av data i 2015.

- *Helseforetakene skal formidle og kommunisere kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten på egnet måte.*

Utvalgte saksbehandlede avvikssaker med læring og anbefalinger legges fortløpende ut på sykehusets nettsider. I tillegg publiseres tertialvise omfattende rapporter (Ledelsens gjennomgang) med aggregerte data og eksempler fra avvik, klager, revisjonsfunn, Norsk pasientskade-erstatning(NPE) og rettsavgjørelser med mere. Kvalitetsresultater rapporteres på helsenorge.no. Sykehuset presenterer i tillegg en rekke faglige saker på nettiden forskning.no og gjennom presentasjoner og foredrag på en rekke konferanser i inn- og utland.

- *Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Innen psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatri prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.*

Oslo universitetssykehus HF har arbeidet for å gjennomføre driften i 2015, innenfor de rammer som er satt i budsjettet, både når det gjelder aktivitet og økonomisk resultat. Hovedtilnærmingen til dette har vært å sikre en aktivitet i samsvar med forutsetningene i budsjettet og samtidig arbeide med tiltak for å redusere kostnadsnivået, og da primært lønnskostnader (årsverk). På flere områder er det fortsatt utfordringer knyttet til registrering av utført aktivitet i DIPS. Dette gjelder særlig innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Det utføres blant annet en del aktivitet innenfor blant annet barne- og ungdomspsykiatrien, for eksempel behandling i grupper, som ikke fremkommer er rapporteringen. For å kunne vurdere tilbudet til innbyggerne og utført aktivitet som en del av den „gyldne regel“ har derfor Oslo universitetssykehus HF ønsket en dialog med eier om hvordan dette på en bedre måte kan synliggjøres i rapporteringen. Per november var rapportert aktivitet innenfor psykisk helsevern og TSB på flere indikatorer høyere enn veksten innenfor somatikken. Det er særskilt fokus både på å øke aktiviteten og på å få registrert utført aktivitet innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Dette gjelder særlig for antall polikliniske konsultasjoner.

Fordelingen av kostnadene i Psykisk helse og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Tabellen under viser fordelingen av kostnadene mellom voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og TSB innen Klinikken for psykisk helse og avhengighet. I klinikkens totale tall inngår også de regionale funksjonene. For områdefunksjonene innenfor voksenpsykiatrien er det beregnet at 50 % tilhører de lokale funksjonene. Sammenlikningene er basert på årsregnskap 2014 og prognosen for 2015. I prognosen for 2015 er det lagt inn årets lønnsoppgjør som i gjennomsnitt ligger på 3 %.

Endringer i kostnader	Regnskap 2014	Prognose 2015	Endring 2014-2015
DPS	215 881	223 473	3,5 %
Lokal andel av områdefunksjoner	43 045	42 456	-1,4 %
Lokale sykehusfunksjoner	383 181	382 002	-0,3 %
Barne- og ungdomspsykiatri	243 449	256 280	5,3 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	354 858	351 393	-1,0 %
Totalt for klinikken	1 906 908	1 914 233	0,4 %

Aktivitet

Datagrunnlaget for tabellen under er rapporterte data i LIS for periodene 1.1. – 31.10 2014 og 1.1.- 31.10.2015.

		Døgn- opphold	Dag- behandling	Polikliniske konsultasjoner
Prosentvis endring fra 2014 til 2015	DPS	-7 %	-70 %	2 %
	BUP	9 %	19 %	-10 %
	TSB	2 %	-37 %	22 %
1. jan - 31. okt 2014	NDPS	7 252	4	18 963
	SODPS	3 875	6	23 215
	BUP	4 188	2 489	35 168
	TSB	19 284	207	17 991
1. jan - 31. okt 2015	NDPS	6 930	2	22 143
	SODPS	3 409	1	21 066
	BUP	4 567	2 963	31 685
	TSB	19 640	131	21 886

For DPSene viser tabellen en reduksjon i antall døgnopphold på 7 %, og en liten økning på 2 % for polikliniske konsultasjoner. Reduksjonen på 70 % for dagopphold er ønsket. Utviklingen i de to DPSene er ikke lik:

- Aktiviteten ved Nydalen DPS (NDPS) har økt betydelig sammenlignet med samme periode i 2014. Antall liggedøgn er noe lavere i 2015 enn i 2014, men dette skyldes nedleggelse av en døgnenhet. Antall polikliniske konsultasjoner har økt svært mye sammenlignet med 2014. Per 31. oktober 2015 var det 3180 flere konsultasjoner enn samme periode i fjor. Dette utgjør en økning på 17 %.
- Søndre Oslo DPS (SODPS) flyttet i 2015 til nye lokaler og har i perioder hatt færre pasientsenger. Det har resultert i en reduksjon i antall døgnopphold. SODPS har i tillegg lagt om driften til kortere opphold og det har vært en økning i antall utskrivninger. Flytteprosessen og innføringen av DIPS har samtidig gitt en reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner.

Seksjon BUP Oslo Syd har flyttet til OUS Mortensrud i 2015. Begge poliklinikkene har omorganisert deler av virksomheten for å øke ambulant behandling og for å ha bedre kompetanse på de mest alvorlige tilstandene. Aktiviteten i poliklinikken har gått noe ned, mest som et resultat av ny elektronisk pasientjournal DIPS som ble innført 20.10.14. En del aktivitet som tidligere ble registrert i BUP-data blir nå ikke registrert i DIPS og opplæringen har i tillegg tatt mye tid.

Døgn – og dagtjenestene innen BUP opplever stor etterspørsel og aktivitetstallene overstiger plantallene i budsjettrammen. I periodene januar - mars, mai - juni og oktober - november har belegget spesielt på Ung Intensiv enhet vært mer enn 100 %. Avdelingen har innført arenaflexibel behandling (hjemmesykehus) ved Barneseksjonen. Dag-, døgn- og arenaflexible tjenester er nært knyttet sammen i BUPA. Arenaflexibel behandling er ikke et poliklinisk tilbud men forutsetter tilknytning til døgnplasser for å kunne gi behandling innenfor ulike rammer. Tanken er at barn og ungdom kan veksle mellom de ulike behandlingstilbudene etter behov.

I avdeling rus- og avhengighetsbehandling, seksjon rus- og avhengighetsbehandling voksen, har man i 2015 valgt å avvikle dagbehandlingen fordi det ikke har lyktes å nå målene i aktivitetsbudsjettet. Det har vært få (mindre enn fem) henvisninger direkte til dagbehandlingen. I 2014 ble det registrert 308

tilbudte dagbehandlinger, hvorav 112 ikke møtte og 196 møtte opp. Dette gir ett gjennomsnittlig oppmøte på 3,9 pasienter pr gruppe. Seksjonen fortsetter nåværende ordning med oppfølging av enkelte utskrevne pasienter i en overgangsfase inntil et poliklinisk oppfølgingstilbud er etablert.

Ventetid

Tabellen under viser gjennomsnittlig og median ventetid for avviklede pasienter med rett til helsehjelp for periodene 31.10. 2014 og 31.10.2015. Dataene er hentet fra LIS, rapport "Ekstern venteliste etter ansvarsstedsstruktur (NPR-melding)".

	1.-31. oktober 2014, avviklede pasienter med rett til helsehjelp		1.-31. oktober 2015, avviklede pasienter med rett til helsehjelp	
	Gjennomsnitt	Median	Gjennomsnitt	Median
Nydalen DPS	33	29	37	33
Søndre Oslo DPS	45	42	46	41
Psykisk helsevern barn og unge	38	34	38	40
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22	19	26	25

Ventetidene har gjennomgående økt noe.

- *Helseforetaket skal, på grunnlag av de store ulikhetene i behandlingstilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (jf. RHF-styresak 058-2014) vurdere samlet ressursinnsats, struktur og innhold som grunnlag for den videre utvikling av tjenestetilbudet.*

Klinikk psykisk helse og avhengighet deltar i det regionale arbeidet med kapasitetsplanlegging. I arbeidet vurderes hvilke funksjoner de tre sykehusene i Oslo sykehusområde skal ha ansvaret for og omfanget av områdefunksjoner.

Samtidig har klinikken en pågående vurdering av hvilke behandlingstilbud som skal gis internt i sykehuset og innenfor ulike lokalisasjoner, også sett i forhold til behandlingstilbudet ved DPSene. I dag er flere av de lokale sykehusfunksjonene lokalisert på Dikemark og det er ønskelig å overføre disse til Gaustad. En slik overføring vil muliggjøre endret struktur og ressursinnsats i klinikkens tilbud. Resultatene av de pågående arbeidene vil ha stor betydning for fremtidig utforming av behandlingstilbudet i klinikken og fordelingen av ressurser.

I tverrfaglig spesialisert rusbehandling har strategien vært å videreutvikle et helhetlig pasienttilbud. Det er ikke midler til å videreføre dette i 2016 og det forventes en ressursallokering internt i Avdeling rus- og avhengighetsbehandling og en kontinuerlig gjennomgang av tjenestetilbudet for optimalisering.

- *Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.*

Klinikk psykisk helse og avhengighet har høsten 2015 nedsatt et arbeidsutvalg med medlemmer fra hver avdeling. Utvalget har som mandat å utarbeide en plan for implementering av de sju aksjonspunktene i Helse Sør-Øst sin plan for medisinfri behandling. Klinikken planlegger i tillegg et stort fagseminar med sentrale fagpersoner og brukerrepresentanter om medikamentfri behandling. Det er ikke avklart fra Helse- og omsorgsdepartement og Helsedirektorat hvordan medisinfrie behandlingstilbud skal gjennomføres for barn og ungdom under 18 år. BUPA ønsker å styrke barns- og ungdoms medbestemmelse i egen behandling, herunder bruk av medisiner. Samtidig er barns- og ungdoms juridiske rettigheter annerledes enn voksne, og foreldre/foresatte har ansvar for og innflytelse på avgjørelser om behandling av barn og ungdom. De juridiske, faglige og etiske spørsmålene knyttet til dette er ikke avklart. Regionalt fagråd i Helse Sør-Øst vil sende en henvendelse til Helsedirektoratet om avklaring på dette området.

- *Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpsikiatriske sentre.*

Psykisk helsevern voksne

Søndre Oslo DPS har en akutenhet med 10 årsverk som hovedsakelig jobber ambulant. Det er egen enhet for ambulant psykosebehandling og Psykosepoliklinikken jobber også mye ambulant. DPSet har i 2015 startet opp et eget samhandlingsprosjekt med bydel Søndre Nordstrand der spesialistressursene arbeider i bydel.

Nydalen DPS vil i 2016 etablere et FACT-team i samarbeid med Bydel Sagene. FACT arbeider arenafleksibelt og tverrfaglig. Overlegen i FACT-teamet er ansatt i Nydalen DPS og i tillegg bidrar avdelingen med en spesialsykepleier. Vårt akutt-team er daglig ute i bydel sammen med helsepersonell fra 1.-linjen. Begge disse tilbudene har spesialist til stede.

Regional sikkerhetsseksjon har poliklinikk lokalisert i Oslo fengsel og Bredtvedt fengsel. I tillegg gjennomfører seksjonen prejudisiell observasjon for Oslo politikammer og omliggende politidistrikter.

Psykisk helsevern barn og unge

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling har utstrakt ambulant virksomhet. For tiden er det ikke ansatt leger i de ambulante teamene, men det er et ønske. I tillegg har avdelingen lavterskeltilbud på seks videregående skoler og ungdomsskoler i opptaksområdet, der psykologspesialist samarbeider med helsesøstrene på skolene. Metoden «Utviklingsfremmende samtaler» som anvendes er godt dokumentert. Poliklinikkene har i samarbeid med helsestasjoner også tilbud til sårbare familier som har fått barn. Ansatte i BUP er ute på helsestasjon i bydel 2 dager pr måned. Avdelingen veileder også psykologer i bydelen.

BUPA inngikk høsten 2014 en avtale med Barne – og familieetaten som innebærer et faglig og organisatorisk samarbeid. Gjennom 2015 er dette blitt konkretisert til blant annet tverrfaglige samarbeidsteam av typen FACT/ACT som kan bistå i barnevernsinstitusjoner for barn – og ungdom som trenger utredning og behandling. Dette kan redusere behovet for flere felles døgninstitusjoner. Antall barn i Oslo som bor i Barnevernsinstitusjon er allerede høyt (117 plasser – 450 barn pr år), og flere felles institusjoner vil være u hensiktsmessig, faglig mindre tilfredsstillende og svært ressurskrevende.

Avdelingen har etablert et arenafleksibelt team (FRONT) knyttet til døgnseksjonen, og ser svært gode resultater av dette arbeidet. Ventelister er redusert, ventetiden er kortere, antall innleggelser i døgnseger er redusert, bruk av tvang er redusert og behandlingstiden er kortere for majoriteten av pasientene samtidig som brukertilfredsheten er høy. Det er ønskelig å utvikle denne tilnærmingen videre, men det forutsetter en tilknytning til døgn – og dagenhet slik at rammene for behandling kan tilpasses pasientenes behov.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Seksjon ung har opprettet et ambulant team som pr nov 2015 har 92 pasienter. Målgruppen er unge rusavhengige som ikke har kunnet nyttiggjøre seg de etablerte tilbudene og de som trenger oppfølging i forkant av inntak og/eller etter avsluttet utredning og behandling i seksjonen. Omlag halvparten av pasientene er henvist fra NAV, lavterskeltilbud i Oslo kommune (Velferdsetaten), Kriminalomsorgen og ruspoliklinikken i Oslo universitetssykehus. Den andre halvparten er pasienter som teamet fulgt på vei inn eller ut av utredning og behandling i seksjonen

Seksjon ruspoliklinikker arbeider arenafleksibelt med tilbud til pasientgrupper som har vanskelig for å møte opp til ordinær poliklinisk behandling. I tillegg har poliklinikken et tilbud til innsatte i Oslo fengsel. Avdelingen har et utbredt samarbeid med kommunale tjenester i bydel Sagene, Gamle Oslo, Velferdsetaten og Helseetaten.

- *Helseforetaket skal starte innføring av et nasjonalt kartleggingsystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskadning 2014-2017.*

Arbeidet er ikke påbegynt.

- *Andel årsverk ved distriktpsikiatriske sentre skal økes i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.*

Tabellen under viser fordelingen av årsverk mellom DPSene, lokale sykehusfunksjoner og lokal andel av områdefunksjonene.

Bemanning - Vedtatt budsjett, faste og variable	Prosent		Antall	
	2014	2015	2014	2015
DPS				
Søndre Oslo DPS	11 %	11 %	125	129
Nydalen DPS	11 %	11 %	132	132
Sum DPS	22 %	22 %	257	261
Lokalfunksjoner				
Lokale sykehusfunksjoner	36 %	36 %	428	437
Områdefunksjoner				
Seksjon Tidlig psykosebehandling	5 %	5 %	62	64
Seksjon for Personlighetspsykiatri	3 %	3 %	35	34
Sum områdefunksjoner	8 %	8 %	98	98
Lokal andel	4 %	4 %	49	49
Sum	100 %	100 %	1186	1204

Tabellen viser at fordelingen av årsverk er den samme i 2015 som i 2014. Dataene er før Søndre Oslo DPS har fått overført årsverk for å øke sengekapasiteten.

Nydalen DPS har samme antall ansatte i 2014 og 2015. Etter intern omstilling har DPSet redusert antall sengeplasser og overført personell fra døgn til poliklinikk. DPSet har også fått noen flere stillinger til poliklinisk virksomhet men har ikke tilstrekkelig bemanning til å møte etterspørselen og antall henvisninger. Antall henvisninger økte med 23 % fra 2014 - 2015. Det forventes ytterligere økning i de neste årene.

- *Andel tvangsinnleggelse for helseforetaket skal reduseres sammenliknet med 2014.*

Tabellen under viser antall tvangsvedtak og tvangsvedtak pr 1000 innbygger etter § 3-2 og § 3-3 i Psykisk helsevernloven. Det er skilt mellom vedtak for gruppene 0-17 år og 18 år eller eldre. Sykehuset har områdefunksjon for døgnplasser til barn og unge. Barnebefolkningen som inngår i beregningene gjelder derfor Oslo sykehusområde.

Paragraf	Psykisk helsevern voksne pasienter (18 år +)		Psykisk helsevern barn og ungdom 0-17 år	
	Tvungen observasjon med døgnopphold	Tvungen innleggelse med døgnopphold	Tvungen observasjon med døgnopphold	Tvungen innleggelse med døgnopphold
Antall vedtak pr 1000 innb hele 2014	1,13	10,88	0,40	0,20
Antall vedtak pr 1000 innb 1. jan - 31. okt 2014	1,04	9,44	0,39	0,10
Antall vedtak pr 1000 innb 1. jan - 31. okt 2015	0,67	8,35	0,05	0,26
Antall vedtak hele 2014	221	2135	40	20
Antall vedtak 1. januar - 31. okt 2014	205	1853	39	10
Antall vedtak 1. januar- 31. okt 2015	134	1665	5	26
Befolkning 2014	196294	196294	99797	99797
Befolkning 2015	199515	199515	101674	101674

Dersom trenden holder seg, viser tabellen at antall vedtak om tvungen observasjon med døgnopphold og tvungen behandling med døgnopphold for aldersgruppen 18 år og eldre, vil være redusert i 2015 sett i forhold til 2014.

Tallene for barn og unge er i utgangspunktet lave og relativt små endringer vil gi store utslag. Trenden her er en reduksjon i antall vedtak for tvungen observasjon, men en økning for tvungen innleggelse.

Innenfor rus- og avhengighetsbehandling kan det fattes vedtak om tvungen innleggelse med døgnopphold etter Helse- og omsorgsloven. Antall vedtak er vist i tabellen under og det er beregnet vedtak pr 1000 innbyggere. Døgnbehandlingen innen rus- og avhengighetsbehandling representerer områdefunksjonen i Oslo sykehusområde. Befolkningen er innbyggere som er 18 år eller eldre i området.

	2014		pr. 16. okt 2015	
	HOL §10-2	HOL §10-3	HOL §10-2	HOL §10-3
Vedtak pr 1000 innbyggere	0,014	0,012	0,014	0,012
Antall vedtak	6	5	6	5
Befolkning	421535	421535	430443	430443

I 2014 var det like mange tvangsvedtak som pr 16. okt 2015. Det kan tyde på at det kan bli en økning for hele 2015 i forhold til 2014. Tallene er imidlertid svært lave i utgangspunktet.

- *Det skal være etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidelser og tilsvarende at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer.*

Klinikk for psykisk helse og avhengighet har etablert et prosjekt for å bedre konsultasjons- og liaisontjenesten i somatiske avdelinger. Det er videre etablert som rutine at lege gjør somatisk undersøkelse ved innleggelse av pasienter i klinikkens sengeavdelinger, og det er utviklet nye prosedyrer/rutiner for somatisk oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

I tverrfaglig spesialisert rusbehandling har alle kliniske seksjoner døgn- og poliklinikkrutiner for somatisk undersøkelse av pasientene og oppfølging av funn. Liaison/konsultasjonstjeneste TSB er opprettet i Medisinsk klinikk på Observasjonsposten og i Generell indremedisinsk avdeling, med tilstedeværelse av personell fra Avdeling rus- og avhengighetsbehandling alle hverdager. Målgruppen er pasienter med alle former for rusrelaterte skader og lidelser; inkludert risikofylt eller skadelig bruk av legale eller illegale rusmidler. Prosjektet ble igangsatt 1.9.2015 med en prosjektperiode på 6 mnd.

- *Helseforetaket skal forberede ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep eller videreføre eksisterende robuste kommunale overgrepsmottak gjennom avtaler fra 2016. Det skal avgis en særskilt rapportering med plan for arbeidet innen 1. april 2015 til Helse Sør-Øst RHF.*

I strategidokumentet «Barndommen kommer ikke i reprise - strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom(2014 - 2017)» under tiltak 19 - Sikre tilstrekkelig spesialisthelsetjeneste til barn utsatt for vold og seksuelle overgrep, sies det at de regionale helseforetak skal gjennomgå tilbudet og sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Det skal vurderes å opprette regionale overgrepsmottak for barn som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep.

Med hensyn til barn og ungdom, er deres tilbud knyttet til spesialisthelsetjenesten. Barn og ungdom mottas ved akuttmottaket på Barneklivikken ved Oslo universitetssykehus fra store deler av Helse Sør Øst. For å kunne håndtere denne typen henvendelser og ta de nødvendige rettsmedisinske prøver, kreves høy kompetanse. Her kommer det barn med mange alvorlige tilstander, og det kan være vanskelig å få gjort en rettsmedisinsk undersøkelse i tillegg til andre gjøremål. De som arbeider i mottak er høyt kvalifiserte fagfolk, men uten spesialkompetanse på disse feltene. Vi har også tidligere påpekt at tilbudet til barn som har behov for medisinsk, psykologisk så vel som rettsmedisinsk undersøkelse ved akutte hendelser, har et mindre robust tilbud enn det som finnes for voksne.

Når det gjelder overgrepsmottak for voksne er det en dialog mellom sykehuset, Oslo kommune og Helse Sør-Øst om hvordan overtagelsen skal gjennomføres i praksis. Det er enighet om at dagens virksomhet ved Oslo kommunale legevakt bør videreføres. Finansieringen er fortsatt ikke løst.

- *Det skal etableres kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling, og ansettes ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelinger som ikke har Statens barnehus i sitt opptaksområde.*

Sosialpediatrisk seksjon, Barneavdeling for nevrofag ved Barneklivikken i Oslo universitetssykehus har siden 2009 samarbeidet med Statens Barnehus Oslo. Medisinsk personell som arbeider med denne type utredninger er avhengige av forankring i det pediatrike miljøet for å være oppdatert og søke faglig bistand om nødvendig. Tilknytning til et pediatrik miljø er også særdeles viktig for rekrutteringen.

Gjennom vår samarbeidsavtale fra høsten 2015 vil sosialpediatrisk seksjon bidra med medisinsk personell (barnelege og spesialsykepleier) 2½ dag på Statens Barnehus Oslo. Det er i avtalen lagt inn tid for rettsmedisinsk dokumentasjon og det inngår også sekretærhjelp i avtalen. Det er viktig at den fortsatt begrensede sosialpediatriske kompetansen ikke splittes, men er organisert i det barnemedisinske miljø.

- *Tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus skal styrkes.*

Gynekologisk avdeling ved sykehuset har landets største mottak for abortsøkende kvinner og tar i mot nær 3000 abortsøkende årlig. Avdelingen har i 'alle år' tatt i mot abortsøkende uten henvisning. Dette kunngjøres nå enda tydeligere ved at det er lagt ut telefonnummer og opplysninger på avdelingens hjemmesider.

- *Helseforetaket skal påse at pasientadministrative rutiner sikrer god inaretakelse av nye pasientrettigheter som følge av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven, ordningen med fritt behandlingsvalg og pakkeforløp for kreft. Endringer i*

pasient- og brukerrettighetsloven trer i kraft i løpet av annet halvår 2015. Helseforetaket skal ta i bruk reviderte prioriteringsveiledere i 2015.

Ny versjon av elektronisk pasientjournal som støtter endringene i pasient- og brukerrettighetsloven (PBL) ble installert ved OUS 24.09.2015, og funksjonaliteten ble aktivert fra 01.11.2015.

Det er gjennomført en rekke tiltak for å sikre at ulike arbeidsprosesser og oppfølging av pasientforløp tilfredsstillende endringene i PBL; administrative prosedyrer og brukerveiledninger er revidert, de regionale ventelistebrevene er implementert, meldeordningen knyttet til melding av fristbrudd til HELFO er implementert og det registreres månedlig forventet ventetid for de lavest prioriterte pasientgruppene på nettsiden www.helsenorge.no. Prioriteringsveilederne er tatt i bruk og e-læringskurset 'Prioriteringer i spesialisthelsetjenesten' gjennomføres av vurderingsansvarlige leger/behandlere. Det er gitt grundig opplæring i bruk av pasientadministrativt system (ventelisteadministrering), inkludert registrering av forløpstider og oppfølging av pakkeforløp, til relevante målgrupper.

- *Helseforetaket skal holde seg oppdatert om beslutninger som blir gjort i Beslutningsforum og sørge for at klinisk praksis er i tråd med beslutningene. Det skal ikke tas i bruk metoder som er avvist av Beslutningsforum.*

En indikator på om sykehuset etterlever vedtak fra Beslutningsforum RHF, er legemiddelstatistikken fra Sykehusapotekene. Legemiddelstatistikken tyder på god etterlevelse. Videre har flere av sykehusets toneangivende klinikere vært involverte i metodevurderinger som fageksperter, og har således hatt god innsikt i vurderingene som ligger til grunn for vedtak i beslutningsforum. Dernest har sykehuset benyttet tilgjengelige fora til å markedsføre ordningen, og bla presentert nyemetoder.no som en sentral ressurs for metodeutvikling. Når det gjelder unntaksbestemmelser for legemiddelbruk mens metodevurderinger pågår, har disse blitt presisert i løpet av 2015. Sykehuset har benyttet dette regelverket, og rettet seg etter vedtak fra interregionalt fagdirektørmøte.

Blant de langsiktige målene skal helseforetaket legge til grunn nasjonale faglige retningslinjer, og en enhetlig, kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder i sine behandlingstilbud. Sykehuset har en høy produksjon av egne mini-metodevurderinger, og disse fungerer som kunnskap- og beslutningsgrunnlag for kliniske veivalg i linjelederstrukturen. Videre har man rutiner for også å ta opp mini-metodevurderinger fra andre sykehus, og vurdere relevansen av disse i OUS. I 2015 har sykehuset ferdigstilt 15 (13 publiserte) mini-metodevurderinger, noe som representerer over 70 % av den samlede produksjonen i perioden.

- *Riksrevisjonens rapport fra 2014 om kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013, påpeker blant annet avvik som kan knyttes til helseforetakenes databehandlingsansvar. Helseforetakets oppfølging av Riksrevisjonenes rapport må også omfatte systemer for å håndtere bortfall av IKT i kjernevirksomheten.*

Oslo universitetssykehus har planer for sikker og forsvarlig drift ved bortfall av IKT. Disse planene er en del av klinikkenes beredskapsplaner og finnes dokumentert i e-håndbok og på papir i sykehuset. Sykehuset har i tillegg back-up systemer for data, utenfor de normale produksjonsmiljøene, som skal sikre reetablering av normal driftsituasjon på IKT tjenester så raskt som mulig. Gjennoppretting av data fra slike back-up systemer blir jevnlig gjennomført.

- *Helseforetaket skal drive kontinuerlig forbedringsarbeid innen legemiddelområdet og, i samarbeid med Sykehusapotekene, medvirke til å sikre gode og effektive pasientforløp og arbeidsprosesser for å oppnå god pasientsikkerhet og økt effektivitet. Pasientgrupper som spesifikt har behov for informasjon og oppfølging av legemiddelbehandling gjennom sykehusoppholdet og ved utskrivning skal prioriteres.*

Oslo universitetssykehus arbeider kontinuerlig med forbedringsarbeid innen legemiddelområdet. Dette skjer både sentralt ved utarbeidelse av prosedyrer, oppfølging av klinikkovergripende saker innen legemiddelområdet, legemiddelinnkjøp, håndtering av legemiddelangel og økonomi-oppfølging.

I tillegg utføres det et betydelig arbeid lokalt i de ulike klinikkene. Mye av det sentrale arbeidet ledes av Seksjon for Legemiddelkomite og legemiddelsikkerhet (LMK) i Avdeling for farmakologi. Seksjonen samarbeider med alle aktuelle parter som klinikere, stab kvalitet og pasientsikkerhet og stab medisin, helsefag og utvikling. Oslo universitetssykehus har dessuten et omfattende samarbeid med Sykehusapotekene Oslo (SAO). Dette gjelder alle sykehusapotekets avdelinger herunder:

Legemiddelleveranser sykehus:

Apotekstyrt legemiddellager (ASL) er utvidet og finnes nå på 88 enheter i sykehuset, dvs. at apoteket ivaretar ansvaret for bestilling av legemidler og at de finnes på lokalt lager. Innhold og omfang i beredskapslageret er designet i et samarbeid med Sykehusapoteket.

Tilvirkning:

Apoteket tilbereder bruksferdige legemidler til den enkelte pasient. Dette omfatter hovedsakelig cytostatika, smerteblandinger og parenteral ernæring. I 2015 har det vært arbeidet med nye produksjonslokaler for cytostatika ved Radiumhospitalet. Herunder sette inn en robot som skal blande ut cytostatika-kurer og sørge for effektive arbeidsprosesser.

Tjenesteavdelingen:

Tjenesteavdelingen arbeider med kvalitetssikring av legemiddelhåndtering og klinisk farmasi. Stillingene innen kvalitetssikring ivaretar utarbeidelsen av nivå 1 prosedyrer innen legemiddelhåndtering, implementering av nye prosedyrer, undervisning og revisjoner.

Stillingene innen klinisk farmasi fordeler seg med ulike stillingsstørrelser i klinikker og avdelinger. Farmasøytene inngår i tverrfaglige team med ulike arbeidsoppgaver, avhengig av avdelingens ønsker og behov. Dette inkluderer legemiddelgjennomgang, legemiddelsamtaler, opptak av legemiddelanamnese og generell rådgivning vedrørende valg av legemiddel, legemiddelform eller blandbarhet.

I 2015 har det vært stort fokus på samstemming av legemiddellister, og SAO har systematisk lært opp farmasøytene i Integrated Medicine Management (IMM)-modellen. Samstemming av legemiddellister gjøres nå i økende grad før legemiddelgjennomgang på sengepost med klinisk farmasøyt. Det er blant annet utført et betydelig arbeid i Medisinsk klinikk, hvor klinikken har satt fokus på implementering av legemiddelprosedyrer gjennom prosjektet IMPALA. Prosjektet går ut på korte undervisningsbolker for sykepleiere og leger, kombinert med effektmålinger. Dette arbeidet fortsetter i 2016 i samarbeid med Sykehusapotekene Oslo. Estimert avslutning mai 2016.

Farmasøytene utfører informasjonssamtaler med pasienter ved bl.a. oppstart av antikoagulasjons- eller antiarytmibehandling samt ved bruk av legemidler etter transplantasjon (barn/pårørende).

Publikumsavdelingen:

Publikumsavdelingens oppgave er i samarbeid med sykehuspersonell å tilpasse varelager i relasjon til sykehuspasientenes behov. Publikumsavdelingene tilbyr gratis legemiddelsamtaler for alle pasienter. Dessuten hentes resepter og legemidlene bringes tilbake til utskrevet/poliklinisk pasient der det er viktig å sikre at pasientene får riktig legemiddel til riktig tid.

Legemiddelinnkjøpsamarbeidet (LIS)

Sykehuset har egen LIS-kontakt i innkjøpsavdelingen som har ansvar for inngåelse av innkjøpsavtaler og oppfølging av disse. LIS-kontakten samarbeider med SAO om innkjøp. Det er holdt flere møter med klinikkene for å følge opp forbruk og økonomi.

Legemiddelmangel

LMK og SAO har jevnlig møter for å avklare tiltak i forbindelse med legemiddelmangel. SAO kartlegger mangler og innhenter informasjon om alternative produkter. LMK informerer innad i sykehuset om mulige konsekvenser av legemiddelmangel, og samarbeider med klinikere for å innhente informasjon om alternativ behandling. Legemiddelverket deltar jevnlig på disse møtene og

publiserer saker fra møtene på sin hjemmeside. Informasjon om legemiddelmangel og anbefalte tiltak sendes dessuten ut til alle sykehusapotekene i landet, og distribueres videre til andre helseforetak. Arbeidet kommer derfor alle sykehusene til gode, og forebygger feil i forbindelse med legemiddelmangel og alternativ terapi.

Oppfølging av avvik

Seksjon for Legemiddelkomité og legemiddelsikkerhet følger opp systemfeil identifisert i avviksmeldinger. Dette kan f.eks. være merking av legemidler som kan medføre forveksling. Det er jevnlig møter mellom farmasøyt i LMK og kvalitetssjef i SAO for å diskutere avvik og forbedringstiltak. I 2015 har dette vært særlig aktuelt i tilknytning til en ny grossist. Det holdes i tillegg jevnlig møter med Kunnskapscenteret om saker av betydning for legemiddelsikkerheten.

Samarbeid med andre aktører

Sykehuset har medlemmer i Regionalt legemiddelforum og medlemmer i Regionalt legemiddelhåndteringsutvalg. Hovedoppgavene er å enes om faglige råd, dele informasjon med de andre helseforetak og tilrettelegge for kunnskapsformidling mellom sykehusene i regionen. Videre samarbeider sykehuset med Statens legemiddelverk og fagekspertene i sykehuset brukes til rådgivning. Anbefalinger legges ofte ut på Legemiddelverkets hjemmeside. I tillegg samarbeides det med legemiddelkomiteer i andre helseforetak også utenfor regionen, slik at man i mange saker er omforent om tiltak og råd i spesielle saker.

3.7. Personell, utdanning og kompetanse

- *Det skal etableres tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, berunder i den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som skal gjennomføres i henhold til Helsedirektoratets rammeverk.*

Avdeling rus- og avhengighetsbehandling har ikke fått tildelt nødvendige LSR-nummer, men har 16 LIS i spesialistutdanning i rus- og avhengighetsmedisin, og tilbyr komplett utdanningsløp med rotasjon og internundervisning etter regelverket.

- *Det skal utvikles strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen. Helseforetaket skal bidra i dette arbeidet.*

OUS sektordirektørmøte har satt i gang et arbeid med å utforme en plan for gjensidig kompetanseutveksling. Elementer i en slik plan er hospiteringsordninger, deling av kunnskap, informasjonsrunder, innhenting av kunnskap om hverandres arbeidsform og ulike tilbud. OUS sektorbydeler har utformet et informasjonsopplegg for ledere og klinikere som blir presentert for alle i sykehuset. Det er etablert fagsykepleienettverk (somatikk) med tanke på kompetanseutveksling og utvikling. Det er også etablert et palliativt nettverk mellom 12 områdebydeler og sykehuset. Et eget fagnettverk er etablert mellom Medisinsk klinikk og Sykehjemsetaten i Oslo, og det planlegges felles fagdager våren 2016 med temaet «Smittevern og juridiske utfordringer i samhandlingen mellom sykehus og bydeler». Sykehuset og bydelene utvikler også samhandlingskompetanse gjennom ulike prosjektarbeider. Kost-/nytte-analyser gjøres i alle prosjekt for å sikre at gode resultater kan legges i drift når prosjektperioden er avsluttet.

- *Det skal etableres kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin.*

Det er etablert en rekke avtaler mellom sykehuset og Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Det omfatter både en samarbeidsavtale og en rekke underavtaler, blant annet innen radiologi og nevropatologi. Avtalene er innrettet for å regulere ytelser mellom sykehuset og Nasjonalt Folkehelseinstitutt, men gir også en ramme og arena for kontakt mellom det rettsmedisinske miljøet i instituttet og beslektede miljøer i sykehuset. Som eksempel kan nevnes at man i avtalen om radiologiske tjenester har avtalt gjensidig deltakelse på aktuelle fagmøter.

3.8. Forskning og innovasjon

- *Oslo universitetssykehus skal bidra til realiseringen av tiltak som er foreslått i HelseOmsorg21 og som prioriteres av Helse Sør-Øst RHF i dialog med de andre regionale helseforetakene.*

Direktør forskning, innovasjon og utdanning (FIU) har deltatt aktivt i HelseOmsorg21-rådet og derigjennom bidratt i arbeidet med å utvikle den nye nasjonale HelseOmsorg21-handlingsplanen. Denne ble lansert 24. november 2015, og det er ergo først ved slutten av 2015 klart hvilke tiltak som er prioritert på basis av strategien. I forbindelse med det pågående arbeidet med å utvikle en revidert forskningsstrategi og handlingsplan ved Oslo universitetssykehus, har sykehuset innarbeidet viktige strategiske føringer fra HO21-strategien i egne planer. Dette gjelder eksempelvis en stor vektlegging av brukermedvirkning, klinisk forskning og styrking av medisinske kvalitetsregistre. Oslo universitetssykehus er en vesentlig bidragsyter i å planlegge og realisere flere tiltak i HelseOmsorg21, eksempelvis innen struktur for spesialistutdanning for leger, utvikling av en ny HelseOmsorg21-monitor, kartlegging av barrierer og handlingsrom for samarbeid mellom UH-sektoren og helseforetakene samt innspill til nye programplaner for helseforskning i Forskningsrådet. Oslo universitetssykehus vil legge vekt på de prioriterte tiltakene, som gjelder helseforetakene, i egne handlingsplaner.

Forskning

- *Oslo universitetssykehus skal ta initiativ til og delta i nasjonale forskningsnettverk som er faglig relevante for helseforetaket.*

Oslo universitetssykehus er en aktiv deltaker i nasjonale nettverk. Gjennom deltakelse i RHF-enes strategigruppe for forskning, bidrar også sykehuset til planlegging og etablering av nye nettverk. Oslo universitetssykehus vil være en naturlig deltaker i de aller fleste nasjonale forskningsnettverkene, og sykehuset vil både forventes og ønske å lede flere av nettverkene som etter hvert etableres.

- *Oslo universitetssykehus skal legge til rette for styrket brukermedvirkning i forskning.*

Bevisstheten om brukermedvirkning er økt hos forskningsledere og gruppeledere. Både i Norges forskningsråds nye programstruktur og i forbindelse med regionale utlysninger av forskningsmidler, får brukermedvirkning gradvis større plass. Brukermedvirkning teller positivt, og det skal i flere søknader begrunnes særskilt dersom brukermedvirkning ikke anses som relevant. I enkelte av Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) sine helseforskningprogrammer er det også et krav. I den nye HelseOmsorg21-strategien og den tilhørende handlingsplanen, er brukermedvirkning nedfelt som en hovedregel i HOD-finansierte prosjekter. Også i Oslo universitetssykehus sin nye forskningsstrategi har dette fått en tydelig plass blant de strategiske hovedmålene.

Oslo universitetssykehus har i 2015 arbeidet videre internt med hvordan vi kan få til økt brukermedvirkning. Verken Oslo universitetssykehus HF, eller helseforetakene i landet forøvrig, har foreløpig systematiske og/eller enhetlige registreringer av ulike former for brukermedvirkning i forskning, og det er derfor vanskelig å si om omfanget har økt før det foreligger mer ensartede registreringssystemer.

Forskningsledelsen ved sykehuset har gjennom 2015 hatt dialog med Brukerutvalget om økt og hensiktsmessig brukermedvirkning. Brukerutvalget vil bli tatt med på råd ved revisjon av sykehusets handlingsplan for forskning, slik at tiltak vedrørende brukermedvirkning kan defineres i fellesskap.

Det er viktig å finne hensiktsmessige former for og en god struktur på brukermedvirkning i prosjekter der dette er relevant. Et viktig punkt er hvordan, og på hvilket stadium i planlegging av studier og søknader, gode brukerrepresentanter skal identifiseres og kontaktes. Det er ikke etablert noe tydelig

struktur for dette, og omfanget av nye søknader er betydelig ved Oslo universitetssykehus, noe som også diskuteres med Brukerutvalget. Medvirkning på prosjektnivå ikke kan forventes gjennomført alle steder det kan synes relevant, da det innen flere områder vil kunne kreve flere interesserte brukere enn hva som er realistisk å rekruttere. Det må derfor utvikles løsninger som kombinerer medvirkning på prosjektnivå med samarbeid gjennom andre og mer overordnede strukturer, som økt samarbeid med pasientforeninger om en helhet av prosjekter, og deltakelse i relevante utvalg.

Eksempler på brukermedvirkning i forskningsstrategiske fora ved Oslo universitetssykehus pr 2015: Biobank- og registerutvalget, styringsgrupper for flere nasjonale kvalitetsregistre, forskningsutvalget i Klinikk psykisk helse og avhengighet, Fagråd for klinisk forskningspost, i referansegrupper for nasjonale kompetansetjenester mv. Flere klinikker har også medvirkning i prosjekter eller planlegger dette i forbindelse med søknader som er til behandling i Helse Sør-Øst med oppstart i 2016. Forskningsledelsen og klinikkene har i tillegg utstrakt samarbeid med pasientforeninger (som Kreftforeningen og Landsforeningen for hjerte- og lungesyke).

- *Oslo universitetssykehus skal styrke infrastruktur, utprovingsbeter og støttefunksjoner for kliniske studier.*

Oslo universitetssykehus jobber med å videreutvikle støttefunksjoner for kliniske studier. Oppdraget fra Helse Sør-Øst er videreført til klinikkene gjennom internt oppdragsdokument for 2015, og tematikken ble særskilt fulgt opp ved starten av året i Ledelsens gjennomgang med klinikkene. Generelt har klinikkene hatt problemer med å prioritere en styrking av dette området, samtidig som det pågår omfattende effektiviseringsprosesser. Det pekes særlig på utfordringer med frigjøring av tid for klinisk personell og støttepersonell til å utføre kliniske studier, samt arealproblemer i deler av sykehuset. Oslo universitetssykehus må arbeide langsiktig med å øke innsatsen dette området. Det ble på oppfølgingsmøtene/ledelsens gjennomgang, gitt flere gode eksempler på arbeidsformer og tiltak som det arbeides med i ulike klinikker og i Forskningsstøtteenheten:

Sentrale forskningsstøttefunksjoner:

- Utvide kapasitet/effektivitet for individuell veiledning
- Opprettelse av Oslo senter for biostatistikk – vellykket samarbeid med UiO
- Utstrakt kursvirksomhet – opplæring av forskere og ledere i OUS
- Koordinatornettverk for oppdragsstudier, finansiert av Helse Sør-Øst
- Det legges til rette for bruk av studiesykepleier og merkantil støtte i avdelingene
- Tydeliggjøring av tilbudet fra Klinisk forskningspost
- Etablere en tydelig og lett tilgjengelig portal for henvendelser om støtte/service til klinisk forskning.
- Delte stillinger, der det er viktig å kunne innhente kompetent vikar til drift
- Lage gode rutiner og ”bruksanvisninger” for forskere vedrørende personell, økonomi, bistå i avklaringer etc. Praktisk bistand i stor grad av forskningsadministrativt personell (UiO): Quick guide, retningslinjer, oversikt, synliggjøring etc.
- I Barnesenteret etablert biobankrom som sikrer avansert biobankhåndtering til fullt sporbart system

Innovasjon

- *Oslo universitetssykehus skal ta initiativ til og/ eller delta i innovasjonsprosjekter der samarbeid med andre helseforetak/ sykehus blir vurdert.*

Gjennom det nye Senteret for forskningsdrevet innovasjon (SFI), Senter for Fremtidig Helse (C3), har Oslo universitetssykehus i 2015 etablert et formelt samarbeid med flere helseforetak i regionen. Målet er økt kompetanse innen helseinnovasjon. Senteret skal sammen med næringsliv, forskere, kommuner og sykehus designe, utvikle, prototype og teste nye produkter og tjenester for morgendagen. Målet er å løfte sykehusets og regionens innovasjonsarbeid til et høyere nivå. Gjennom sentret vil innovasjonsprosjekter som kan være relevante for flere institusjoner synliggjøres, gode overganger og flyt i helsetjenestene sikres, det vil være særlig fokus på implementering og spredning av nyttige innovasjoner mellom ulike helseforetak og primærhelsetjenesten. Prosjekter og pågående prosesser som har vært under utvikling i 2015, vil videreutvikles, testes og forskes på i 2016 og i de kommende neste 8 årene.

- *Oslo universitetssykehus skal utnytte nyanskaffelser til å fremme innovasjon.*

Oslo universitetssykehus har i 2015 fokusert på å identifisere områder i helsetjenestene som har behov for endring, og hvor offentlige anskaffelser kan være mulig løsning. Samarbeid med næringslivet er sentralt for Oslo universitetssykehus i utvikling av nye produkter og løsninger. Flere offentlige forsknings- og utviklingskontrakter (OFU) er under forhandling, hvor målet er å fremme næring samtidig som sykehusets behov og ressurser blir ivaretatt på en god måte. Prosessene rundt fornuftig og profesjonell håndtering av næringslivet er under utvikling. Gjennom det nye Senteret for forskningsdrevet innovasjon (SFI), Senter for Fremtidig Helse (C3), og Nordic Innovation prosjektet NoTeb, vil samarbeid og kunnskap om nyanskaffelser og testing av produkter og tjenester styrkes ytterligere. I løpet av 2015 har Oslo universitetssykehus etablert samarbeid med partnere fra inn- og utland, fra kommuner, helseinstitusjoner og næringsliv. Gjennom dette arbeidet bidrar Oslo universitetssykehus til å finne gode løsninger og etablere prosedyrer for uttesting og håndtering av næringslivet. Dette er etterspurt i flere kliniske og innovasjonsmiljøer regionalt, nasjonalt og internasjonalt.

3.9. Styringsparametere 2015

Styringsparametre	Mål	Status (og regionens gj.snitt)	HF	RHF snitt
<i>Tilgjengelighet og brukerorientering</i>				
<p><i>Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten, somatikk</i></p> <p><i>Bes spesielt om kommentarer knyttet til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>- Tiltak med å redusere ventetider for prioriterte og ikke-prioriterte pasienter</i> <i>- Langtidsventere (ventetid over 1 år)</i> <i>- Tiltak for å forbinde variasjon i effektivitet og ventetider</i> <i>- Bruk av private leverandører på Helse Sør-Øst avtaler</i> 	<p><i>Under 65 dager</i></p>	<p><i>3. tert. 2015:</i></p>	<p>85,4</p>	<p>68,4</p>
<i>Kommentarer:</i>				
<p>Arbeidet med å nå målet for gjennomsnittlig ventetid <65 dager for avviklede har omfattet tiltak på flere områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er særlig sikret at ansvarlige for de avdelingsvise henvisningsmottakene arbeider etter gjeldende prosedyre; hvor det er gjennomført opplæring slik at henvisninger blir riktig registrert og daglig (eksterne) og fortløpende (interne) vurdert. Vurderingsansvarlig lege blir kontaktet dersom det er forhold rundt fristfastsettelsen, tildelt rettighet eller annet som bør tilbakemeldes, diskuteres og evt rettes. Forhåndsundersøkelser (lab/rad) bestilles så snart henvisningen er vurdert. Det kvalitetssikres at riktig ventelistebrev er sendt til pasientene med riktig informasjon om utfallet av vurderingen og med tidspunkt for oppmøte i OUS. • Det er tilrettelagt for tilgjengelighet ved å sikre at timebok er planlagt 6 måneder fram i tid, inkludert på lab/rad og at timebøkene planlegges og fylles, med lang tidshorison. Alle poliklinikker som bruker "SMS-påminnelse" sjekker at det er lagt inn SMS-varsling på pasienter som har time "neste uke", og alle poliklinikker har en "kort varsel" –liste, slik at avbestillinger kan fylles opp på kort varsel. Pasientene tilskrives med time når henvisningen er vurdert slik at pasienten kan tilrettelegge for vår planlagte tid i sin kalender (økt andel direktebooking og reduksjon av "ikke møtt" og avbestillinger). • Det er gjort en gjennomgang av pasienter med lang ventetid i alle klinikker. Ved bruk av DIPS rapport 7219-Pasienter med lang ventetid og sykdomshistorikk fra journaldokumentasjon kvalitetssikres slike forhold. Det er etablert prosedyre og felles verktøy (bruk av DIPS rapporter) for kvalitetssikring av ventelistedata. Det har pågått månedlige kurstilbud gjennom hele 2015 i rapportøkonomi og bruk av verktøyet. • Det pågår et samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner om prosjekt for analyse og planlegging av poliklinikkdrift ved barnemedisinsk poliklinikk og ved nevrologisk poliklinikk. • Det er tilrettelagt for pasientadministrativt arbeid via foretakets ledelsesinformasjonssystem, og det er løpende rapportering og økt oppmerksomhet på området, i den interne styringsdialogen, på alle nivå. • Informasjonstjenesten velg behandlingssted har bistått i å finne et alternativt tilbud til langtidsventende for fagområdet Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi og ortopedi. De har også kontaktet pasienter med det formål å undersøke om behandling fortsatt er aktuelt. Det er 				

gjennomført regelmessige møter mellom sykehusledelsen og Velg behandlingssted.				
<ul style="list-style-type: none"> • Det ble inngått avtale om kjøp av et visst volum utredningskonsultasjoner(100-150) hos en privat aktør, og det er gjort avrop og inngått samarbeide med private leverandører innen ortopedi. 				
<i>Andel fristbrudd for rettighetspasienter - avviklede, somatikk</i>	0 %	3. tert. 2015:	13,2 %	5,3%
<i>Kommentarer:</i>				
<p>For å nå målsetningen om at pasienten ikke opplever fristbrudd har det i 2015 vært arbeidet målrettet med opplæring og oppfølging der behovet har vært stort. Målet har vært å bedre systematikken rundt fristfastsettelse og vurdering av hvilken type helsehjelp som skal tilbys (utredning/behandling), samt sikre kontinuerlig overvåking og oppfølging av ventelistene. Vi har utarbeidet ukentlige rapporter over antall frister som forfaller hver uke de neste åtte ukene med angivelse av hvor mange av disse som ikke har time innen fristen. Disse rapportene sendes ut hver uke til lederne. Vi har arbeidet med effektiv utnyttelse av poliklinikker for å øke samlet behandlingsskapasitet. Timebok, med oversikt over tilgjengelige ressurser og tilstedeværelse av fagpersoner, har gjort det mulig å sørge for at pasienter får time, «direktebooking», eller time i god tid før fristbrudd oppstår. Det er iverksatt kveldspoliklinikker, omfordeling av ressurser på poliklinikk, reduksjon av antall kontroller, overføring av pasienter til primærhelsetjeneste avtalespesialister og andre sykehus, driftsplanlegging i form av driftsmøter og pasientforløpsarbeid. Det er økt legekapasitet og operasjonskapasitet innen flere fagområder og det gjort oppgavefordeling på tvers av lokalisasjoner. Videre følges rutiner knyttet til utsendte venteliste-brev og korrekt pasientinformasjon opp. 31. desember 2015 var det 41 fristbrudd blant ventende pasienter, en reduksjon på 1860 fra samme tid i 2014.</p> <p>Oslo universitetssykehus har gjennom de siste årene arbeidet iherdig for å redusere antall langtidsventende og fristbrudd. For antallet langtidsventende er resultatene svært positive fra 8.771 (2012) – 4.000 (2013) – 2.200 (2014) – 501 (2015). Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i 2014 89 dager, men er per desember 2015 redusert til 68 dager. Gjennomsnittlig ventetid for alle ventende er redusert med 108 dager fra utgangen av desember 2014 til 2015. Arbeidet med reduksjon (rydding og avvikling) av langtidsventende rettighetspasienter og fristbrudd ventende har ført til at andel fristbrudd avviklede somatikk er høyt for 3. tertial 2015.</p>				
<i>Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp</i>	70 %	3. tert. 2015:	78%	73%
<i>Kommentarer:</i>				
<p>Andel kreftpasienter som er registrert i et pakkeforløp ved Oslo universitetssykehus fra 1. januar t.o.m. 31. desember 2015 er 78 %. Det er godt over målsetningen på 70 % og viser at OUS har et stort fokus på å inkludere pasienter i pakkeforløpene.</p> <p>Høyest andel er i pakkeforløp for brystkreft der 85 % av brystkreftpasientene inngår i pakkeforløpet. Tilsvarende gode tall for inklusjon av pasienter i pakkeforløp er det i de tre ”store” pakkeforløpene: Tykk- og endetarmskreft 79 %, prostatakreft 78 % og lungekreft 76 %. Lavest andel er i pakkeforløp for blærekreft der rundt 40 % er inkludert. De 14 siste pakkeforløpene som ble implementert 1. september er i en pilotfase i 3. tertial 2015.</p>				
<i>Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp</i>	70 %	3. tert. 2015:	59%	64%
<i>Kommentarer:</i>				
<p>OUS innfrir ikke målsetningen om 70% pakkeforløp gjennomført innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp. 70 % er innenfor forløpstidene i pakkeforløpene lungekreft, tykk- og endetarmskreft, hode-halskreft, lymfom og kreft i spiserør- og magesekk. Forløpstidene innfris ikke i</p>				

de tre gynekologiske pakkeforløpene, pakkeforløp for brystkreft og prostatakreft. I pakkeforløpene for blærekreft, nyrekreft og testikkelkreft er det usikre tall pga. utfordringer i registreringen av målepunktene. De 14 siste pakkeforløpene som ble implementert 1. september er i en pilotfase i 3. tertial 2015.

I arbeidet med standardiserte forløp er det tydeliggjort fortsatt kapasitetsutfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og kirurgisk behandling. Det arbeides med tiltak for å bedre situasjonen.

Kvalitet og pasientsikkerhet	HF	RHF snitt
------------------------------	----	-----------

<i>Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus</i>	<i>Kunnskapscenterets rapport for resultater ved norske sykehus (2015). Foretaket bes kommentere egne resultater sett opp mot RHF-resultatet.</i>	
---	---	--

Kommentarer:

I den nasjonale undersøkelsen av brukererfaringer for innlagte voksne pasienter, somatikk i 2014, svarer pasientene ved Oslo universitetssykehus slik:

På indikatorene ventetid, samhandling, utskrivning, standard og organisering svarer pasientene mer negativt enn gjennomsnittet for regionen. En viktig bakgrunn for resultatene kan være situasjonen med omlegging av EPJ til DIPS i 2014, som antas å påvirke alle disse indikatorene.

På indikatorene pleiepersonalet og legene svarer pasientene bedre enn gjennomsnittet for regionen. Dette resultatet går igjen i de nasjonale undersøkelsene for OUS, men resultatene for OUS er nærmere gjennomsnittlige verdier i 2014 enn for foregående år.

På den nye indikatoren pasientsikkerhet introdusert i 2014, der sykehusene klassifiseres i kategorier 1 – 5 skårer Ullevål og Radiumhospitalet i gruppe 2, og Aker og Rikshospitalet i gruppe 3. Dette resultatet er sykehuset ikke fornøyd med. Resultatet kan ha sammenheng med at 2014 var et omstillingsår. Resultatet samsvarer også med rapporterte pasientsikkerhetsutfordringer i sykehuset i forbindelse med risikorapportering og ledelsens gjennomgang.

<i>Sykehusinfeksjoner</i>	<i>Under 3%</i>	<i>Per mai 2015:</i>	<i>6,2%</i>	<i>4,2%</i>
---------------------------	-----------------	----------------------	-------------	-------------

Kommentarer:

Prevalensandelen helsetjenesteassosierte infeksjoner gjelder urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, blodbaneinfeksjoner og infeksjoner i operasjonsområde. Det inkluderer også infeksjoner hos pasienter som hadde helsetjenesteassosiert infeksjoner ved overflytting fra andre helseforetak. Det er antall infeksjoner som registreres, ikke antall pasienter med infeksjon. Sykehusets resultater er ikke tilfredsstillende og det jobbes videre med tiltak for å redusere risiko for sykehusinfeksjoner.

<i>Andel tvangsinnleggelse psykisk helsevern voksne</i>	<i>2. tert. 2015</i>	<i>26,7 %</i>	<i>20,4 %</i>
---	----------------------	---------------	---------------

Kommentarer:

OUS har en høyere prosentandel tvangsinnleggelse enn gjennomsnittet for HSØ. Dette skyldes blant annet at tallene inkluderer regionale funksjoner, noe som bidrar til høyere tall. Antall tvangsinnleggelse er imidlertid redusert fra 2014 til 2015 målt etter antall vedtak pr 1000 inb, fra 12,01 i 2014 til 9,02 i 2015 for perioden 1. januar-31. oktober begge år, jfr årsrapporten. Utviklingen går mao i ønsket retning.

<i>Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse</i>	20 %	2. tertial 2015	18,5%	13,3%
<i>Kommentarer:</i>				
Andelen viser trombolysebehandlet i Ullevål, Lovisenberg og Diakonhjemmet sektor. Ut fra OUS sine data ved utgangen av 2015, er andelen pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse på 26 %.				
<i>Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet</i>		2. tertial 2015	97,7%	91,4 %
<i>Kommentarer:</i>				
Andel pasienter som legges direkte inn på slagenhet var ved utgangen av 2015 på 89,3 %. OUS er fornøyd med denne utviklingen.				
<i>Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus</i>		2014	95,3%	95,1%
<i>Kommentarer:</i>				
Overlevelse 30 dager etter innleggelse ved OUS er på samme nivå som gjennomsnittet i HSØ og landet samlet. Parameteren viser at behandlingskvaliteten i foretaket generelt er god. Mellom de ulike lokalisasjonene i OUS er det små variasjoner som følger andelen øyeblikkelig hjelp-innleggelser, slik at høyere andel akutte pasienter gir noe lavere overlevelse.				
<i>Fastlegers vurdering av distriktspsykiatriske sentre</i>	<i>Kunnskapscenterets rapport for resultater fra pasienterfaringsundersøkelsen (2014). Foretaket bes kommentere egne resultater sett opp mot RHF-resultatet.</i>			
<i>Kommentarer:</i>				
Nydalens DPS skårer over gjennomsnittet for HSØ innenfor bemanning, akutte situasjoner og kompetanse. For to av områdene, henvisinger og epikriser, er gjennomsnittskåren lavere. Søndre Oslo DPS har dårligere resultater enn gjennomsnittet for HSØ i undersøkelsen 2014. DPSet har startet et samarbeidsprosjekt med fastlegene i Bydel Søndre Nordstrand som vi håper kan bidra til bedre samarbeid med fastlegene på sikt.				
<i>Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling</i>	<i>Kunnskapscenterets rapport for resultater fra pasienterfaringsundersøkelsen (2014). Foretaket bes kommentere egne resultater sett opp mot RHF-resultatet.</i>			
<i>Kommentarer:</i>				
OUS sine resultater her stort sett enten på nivå med eller noe bedre enn gjennomsnittet for HSØ. Videre oppfølging av undersøkelsen skjer i samarbeid med brukerrepresentanter..				
<i>Den gyldne regel Bes spesielt kommentarer knyttet til: - hvordan foretaket jobber målrettet mellom tjenesteområdene for å etterleve prioriteringsregelen - Sammenheng mellom faktisk aktivitet 2015 og bemanningsvekst på tjenesteområdene - Underliggende faktorer som forklarer utviklingen</i>	<i>Foretakets egne vurderinger om hvordan man har støttet opp om regionens mål om høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling. Vurderingen skal gjelde både aktivitet, bemanning, kostnader og ventetider</i>			
<i>Kommentarer:</i>				
Oslo universitetssykehus HF har arbeidet for å gjennomføre driften i 2015, innenfor de rammer som er satt i budsjettet, både når det gjelder aktivitet og økonomisk resultat. Hovedtilnærmingen har vært å sikre en aktivitet i samsvar med forutsetningene i budsjettet og samtidig arbeide med tiltak for å redusere kostnadsnivået, og da primært lønnskostnader (årsverk). På flere områder er det fortsatt utfordringer knyttet til registrering av utført aktivitet i DIPS. Dette gjelder særlig innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Samtidig er det slik at det utføres en del aktivitet innenfor blant annet barne- og ungdomspsykiatrien, for eksempel behandling i grupper, som ikke fremkommer i rapporteringen. OUS vil arbeide for å synliggjøre all utført aktivitet i rapporteringen. Per desember er rapportert aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på flere				

indikatorer høyere enn veksten innenfor somatikken. Dette gjelder særlig innenfor polikliniske konsultasjoner innenfor både voksenpsykiatri og TSB. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien gjenspeiler ikke avvikene en reell reduksjon i aktivitet sammenlignet med budsjettforutsetningene, da disse i all hovedsak vurderes å skyldes registreringsutfordringer etter overgang fra BUP-data til DIPS.

3.10. Organisatoriske krav og rammebetingelser

Styring og oppfølging

- *Regjeringen har iverksatt arbeid med å redusere tidstyver. Det skal særlig legges vekt på tiltak som bidrar til å realisere pasientens helsetjeneste. Helseforetaket bør løpende vurdere forenklinger av sine egne rapporteringskrav. Helseforetaket skal gi tilbakemeldinger til Helse Sør-Øst RHF på rapporteringskrav som blir stilt fra departementet og andre myndigheter som blir oppfattet som ubensiktsmessige.*

Erfaringene er at det rapporteres fortsatt mye av samme informasjonen i flere linjer. Blant annet har 'Årsoppgjøret (årsberetningen)' og årlig melding til dels overlappende innhold og kunne vært sett i en sammenheng. Detaljeringsgraden i årlig melding er dessuten veldig høy, med mange enkeltmomenter i rapportdelen. I kombinasjon med utfyllende tekst i del 1 og del 3, blir Årlig melding veldig omfattende.

- *Helseforetaket skal forholde seg til krav og føringer som følger av regjeringens eierskapspolitikk (jf. Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap). Helseforetaket skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk som også bidrar til å sikre tilgang på helsepersonell i framtiden og forsikre seg om at ansatte hos leverandører, også i andre land, har forsvarlige vilkår.*

Rekruttering av helsepersonell fra utlandet; Oslo universitetssykehus har forpliktet seg til å følge WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell. Koden fraråder aktiv rekruttering av helsepersonell fra utviklingsland som opplever kritisk mangel på helsepersonell, og understreker viktigheten av likebehandling av innvandret helsepersonell og helsepersonell som har fått innenlandsk opplæring.

Ved bruk av rekrutteringsfirma; kun klinikkleder ved sykehuset kan godkjenne rekruttering av utenlandsk arbeidskraft via rekrutteringsbyrå etter gjeldende retningslinjer og innkjøpsavtaler.

Ved bruk av vikarbyråer/innleie; Oslo universitetssykehus har gode rutiner og retningslinjer når det gjelder bestilling av eksterne vikarer for å sikre at innleie skjer etter inngåtte avtaler og gjeldende regler. All innleie av eksterne vikarer fra bemanningsforetak skal skje gjennom de selskapene som Helse Sør-Øst RHF har avtale med (HINAS-avtalen). Sykehuset praktiserer likebehandlingsprinsippet slik det er beskrevet i EU direktivet vedrørende vikarinnleie dvs arbeidstakere som blir leid inn fra et vikarbyrå skal ha de samme lønns- og arbeidsvilkår mens de er i innleievirksomheten som de ville fått ved direkte ansettelse.

- *Pasientsikkerhet og kvalitet er et ansvar for ledere på alle nivåer. Helseforetakets styre skal ha en aktiv rolle for å sikre at den samlede virksomhetsstyring omfatter bedre etterlevelse av faglige retningslinjer, standardisering på flere områder og erfaringsoverføring basert på beste praksis.*

Styret behandler regelmessig sykehusets innsats for å styrke pasientsikkerheten. De tertialvise gjennomgangene med behandling av Ledelsens gjennomgang gir styret en god oversikt over status og utvikling.

Miljø, etikk og samfunnsansvar

- *Det vises til rapporten "Miljøledelse i spesialisthelsetjenesten, statusrapport 2011-2014". Helseforetaket skal videreføre arbeidet i 2015 i tråd med anbefalingene og med helhetlig og samordnet tilnærming til de nasjonale miljømålene.*

Oslo universitetssykehus følger opp de krav som er stilt gjennom et eget prosjekt. Mer detaljert status vil også fremkomme av styrets årsberetning for 2015.

- *Helseforetaket skal innføre miljøledelse etter ISO 14001-standard og være sertifisert av Det norske Veritas innen 31. desember 2015.*

OUS har etter innføringen av ny standard i 2015 utarbeidet en revidert fremdriftsplan for å oppnå sertifisering etter ISO 14001.

- *Helseforetaket skal sikre at det blir satt relevante miljøkrav i anskaffelser og at det blir gjort målinger/registreringer som dokumenterer omfanget av anskaffelser hvor det er stilt miljøkrav.*

Dette er standard ved alle anskaffelser i Oslo universitetssykehus.

- *Regjeringen har som målsetting å sikre utfasing av fyring med fossil olje i alle offentlige bygg innen 2018. Mange helseforetak har planer for utfasing av oljefyr i sine bygg og det er forventet at antallet bygg med oljefyr er redusert til 50 innen 2018 for hele landet. Det legges til grunn at helseforetaket intensiverer sine tiltak for å sikre målsettingen om utfasing av fyring med fossil olje i alle offentlige bygg innen 2018.*

Oslo universitetssykehus har planer for utfasing av fyring med fossil olje og intensiverer arbeidet i årene framover.

- *Det vises til RHF-styresak 094-2014 som pålegger helseforetakene å følge opp, og rapportere på, tiltak beskrevet i Helse Sør-Øst antikorrupsjonsprogram.*

Det er arbeidet med dette temaet på flere måter. Det har vært arbeidet på et spisset område (relasjon mellom ansatte og leverandører, revisjon av eiendomsprosjekter), både gjennom planlagte, jevnlig kontroll og mer ad hoc basert på konkrete opplysninger. I tillegg har det vært arbeidet med temaet både sporadisk og strukturert gjennom enkeltsaker, i rutiner, i arbeidet med fullmakter og arbeidet med bierverv. Tema inngår også lederutviklingsprogrammet. Oslo universitetssykehus kan kvittere ut flere av tiltakene i programmet. Det har vært brukt noe tid på å vurdere hvordan oppgaven/tiltakene skal organiseres i foretaket og sikre at det arbeides løpende og systematisk. Det er nå lagt en organisering og en struktur som skal bidra til at det kan arbeides mer operativt og målrettet. Det er ferdigstilt en sak til ny ledergruppe om programmet og plan for gjennomføring med operativ aksjonsliste med oppgaver og ansvar. Denne skal behandles på nyåret 2016.

Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)

- *Helseforetaket skal etablere digitale tjenester for kommunikasjon med pasienter og innbyggere, berunder bidra til samordning av helseforetakenes nettsider på samme plattform som www.helsenorge.no. Helseforetakene skal bidra med både medisinsk faglig kompetanse for utvikling av pasientrettet informasjon og med fagressurser i oppbygging og utvikling av fellesløsninger.*

Oslo universitetssykehus har etablert MinJournal som en regional løsning og har gjennomført en foranalyse som beskriver hva som skal til for å få et samarbeid med www.helsenorge.no. Det er innført innsyn for pasienten i 17 ulike notater/brev, MinJournal er oppdatert med nytt design og universell utforming. Det er utviklet et pre-operativt skjema i MinJournal som piloteres ved Urologisk poliklinikk og Dagkirurgisk enhet, Aker. I MinJournal og MedInsight er det etablert en løsning for håndteringen av alle samtykkeerklæringer knyttet til forskningen ved sykehuset som vil bli tatt i bruk i 2016.

- *Riksrevisjonens rapport fra 2014 om kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013, påpeker flere avvik. Enkelte av avvikene kan knyttes til de elektroniske pasientjournalene og de pasientadministrative systemene. Helseforetaket skal ha systemer og rutiner som sikrer effektiv og transparent oppfølging og lukking av avvikene påpekt av Riksrevisjonen og rapportere til Helse Sør-Øst RHF fra dette arbeidet. Det skal rapporteres særskilt om avvik som ikke er lukket. Det vises også til tidligere styringskrav om etablering av systemer og om styrets ansvar for oppfølging.*

Ved tidspunktet for Riksrevisjonens kontroll ved sykehuset, var Doculive/Pasdoc fremdeles hovedjournal. Det var gjort en risikovurdering av den samlede løsningen på konsolideringstidspunktet for Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål. Denne konkluderte med at det var for vide tilganger. På grunn av risiko for manglende tilgjengelighet for deler av det kliniske personalet, ble tilgjengelighet prioritert og dermed for vide tilganger midlertidig vurdert som nødvendig av hensyn til pasientsikkerhet. Ved Aker fantes en eldre DIPS-versjon uten beslutningsstyrt tilgang.

Avvikene var forutsatt lukket ved planlagt innføring av regional DIPS ved sykehuset og dette er rapportert i linjen. Ved utgangen av året gjenstår ett tiltak; systematisk gjennomgang av logger. Dette planlegges utført i 2016.

Etter Riksrevisjonen rapport fra 2014 er følgende tiltak gjennomført:

- a. Elektronisk bestillingsskjema for tilganger som automatisk henter autorisasjon fra HR-systemet om hvem som er leder for den enkelte og som dermed kan beslutte tilganger innen gitte prinsipper. I tillegg er også stedfortreder lagt inn, samt eskalering dersom leder bestiller utenfor sin myndighet.
- b. Bytte til regional DIPS med beslutningsstyrt tilgang, og realisering av regionale tilgangsprinsipper i løsningen.
- c. Etablert teknisk støttet og automatisert tildeling og forvaltning av tilganger ved bruk av IDM/IAM. Den elektroniske løsningen benytter informasjon hentet fra personalportalen som sier hvor den enkelte er ansatt i organisasjonen og hvilken type stilling/rolle den enkelte har, begge deler sentrale for å gi korrekte tilganger. Ved endringer i personalportalen angående tilhørighet i organisasjonen eller stilling/rolle, oppdateres automatisk tilgangene i DIPS. På denne måten lukkes i prinsippet tilganger når de ikke lenger er aktuelle og nye opprettes. Et sentralt element i dette har vært arbeidet med forbedring av kvaliteten på datagrunnlaget i personalportalen. Dette arbeidet har linjen i organisasjonen vært ansvarlig for å gjennomføre.

Videre er det under pilotering teknisk løsning som stiller spørsmål til alle ledere på Nivå 2-4 blant annet om tilganger til journal og opplæring. Årlig risikovurdering av tilganger planlegges gjennomført i 2016, basert på en status av hvilke tilganger som er gitt og erfaringene med tilbakemeldinger fra klinikkene. Styrende dokumenter vil bli oppdatert i samarbeid med øvrige aktører i regionen bl.a. for å sikre felles tilnærming til en regional journal.

Sykehuset er i prosess med å implementere en ny plattform for nettverks- og arbeidsflatetjenester. I denne sammenheng gjøres det nye risikovurderinger for tilhørende tjenester. For nye tjenester som er eksponert mot internett gjennomføres det blant annet ekstern penetrasjonstesting for å verifisere risikonivå. Som et ledd i implementeringen av ny plattform, innføres det nye sikkerhetsmekanismer som vil bedre foretakets evne til å detektere og håndtere sikkerhetsbrudd.

- *Ny lov om pasientjournal og ny helseregisterlov gir økte muligheter for informasjonsutveksling mellom virksomhetene og mellom helsetjenesten og innbyggerne. Helse Sør-Øst RHF er gjennom foretaks møte bedt om å bidra i det nasjonale arbeidet med informasjonssikkerhet, inkludert arbeidet med tjenester for autentisering (identitetsforvaltning), autorisering (tilgangsstyring) og logganalyse (avdekking av ulovlige oppslag i behandlingsrettede helseregistre). I dette ligger også kvalitetssikring og bruk av innholdet i relevante administrative registre i sektoren, blant annet Adresseregistret. Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet etter nærmere avtale.*

Ved innføring av DIPS ble det utført et stort arbeid med å sette i system automatisering av tildelinger og forvaltning av tilganger. Dette innebærer systematisk kvalitetskontroll og deretter bruk av de ulike registre gjennom teknisk løsning som IDM/IAM for at tilgangskontroll og -styring skal bli så presis

som mulig. Dette for å ivareta nødvendige tilganger samtidig som ikke relevante tilganger fjernes når den enkelte endrer arbeidsoppgaver og hvor i organisasjonen disse utøves. Oppfølging av tilgangsstyring er overført fra prosjekt til linje i løpet av 2015.

Videre er det i samarbeid med Nasjonal IKT utviklet en mekanisme for avansert loggkontroll som i større grad enn før kan avdekke ikke-tjenstlig tilgang til pasientopplysninger der det ikke foreligger forutgående mistanke. Løsningen har i første omgang vært gjennomføring som pilot ved sykehuset. I regi av Nasjonal IKT settes nå dette i system for hele landet, og kompetansen og arbeidet ved sykehuset videreføres dermed i nasjonal regi.

- *Helseforetaket skal gjennom lokale områdeplaner understøtte gjennomføringsplan 2015 for Digital fornying.*

Områdeplanen til Oslo universitetssykehus er tilpasset de planer som ligger i Digital Fornyning for gjennomføring av aktiviteter. Som områdepsykehus bidrar sykehuset i tillegg med kompetanse i aktiviteter som foregår på andre helseforetak i regionen og nasjonale initiativer.

- *Helseforetaket skal, i samarbeid med Sykehuspartner, bidra til å redusere applikasjonsporteføljen med 20 prosent sammenliknet med porteføljen per 1.januar 2015.*

OUS er gjennom programmet Infrastrukturmodernisering (IMP) på vei til å redusere sin applikasjonsportefølje fra 2273 applikasjoner til under 600. Dette blir en reduksjon på over 70%.

- *Oslo universitetssykehus skal bidra til utvikling og forvaltning av regionale kliniske løsninger. Dette blir nærmere spesifisert i eget brev.*

Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger er under oppbygging i regi av Stab IKT. Det er satt av lokaler, og leder er ansatt med startdato 01.01.2016.

Beredskap

- *Riksrevisjonens rapport fra 2014 om kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013, påpeker avvik og anbefalinger knyttet til beredskap innen IKT, vann og strøm. Helseforetaket skal følge opp anbefalingene i Riksrevisjonens rapport.*

Oslo universitetssykehus har gjennomført ROS-analyse knyttet til strømforsyningen og har identifisert tiltak innenfor områder med uakseptabel risiko. De mest kritiske tiltakene er utført i 2015, og det er utarbeidet planer for gjennomføring av resterende tiltak.

Det er ikke gjennomført ROS-analyse knyttet til vann. Dette forventes gjennomført i 2016.

For å sikre at arbeidet med ROS-analyser og beredskapsplaner er godt forankret i sykehusets ledelse, inkludert styret, har klinikkledergruppen og styret blitt orientert om status. Beredskap er videre tatt inn som et fast punkt i ledelsens gjennomgang.

Oslo universitetssykehus deltar aktivt i arbeidet i Helse Sør-Øst med å vurdere muligheten for felles maler for ROS-analyser og beredskapsplaner, og deltar i de regionale foraene for samarbeid mellom helseforetakene.

Sykehuset gjennomfører årlig mange større vedlikeholdsarbeider knyttet til IKT, vann, strøm og andre innsatsfaktorer. Disse planlagte arbeidene benyttes til å øve på risikovurderinger og bruk av beredskapsplaner og nød-rutiner knyttet til bortfall av innsatsfaktorene.

I forbindelse med innføring av nye tjenester gjøres det fortløpende risikovurderinger. Det er i tillegg gjennomført risikovurderinger av eksisterende IKT-plattform og resultatene av disse risikovurderingene implementeres når det rulles ut nye tjenester.

Innkjøp og logistikk

- *Helseforetaket skal utarbeide en tids- og aktivitetsplan med ressursallokering. Planen skal inneholde endringer som kreves for å oppnå målbildet som settes i prosjektet "Utvikling av Helse Sør-Øst forsyningscenter", gapanalyse av internforsyning hvor forholdet mellom helseforetakets praksis og beste praksis synliggjøres samt tiltaksplan for å dekke gapene i analysen av internforsyning.*

Sykehuset har deltatt i et delprosjekt under hovedprosjektet 'Vinn-vinn'. Det er utarbeidet en plan for et pilotprosjekt for internforsyning som vil danne grunnlag for utarbeidelse av gap-analyse og tiltak.

- *Oslo universitetssykehus skal bidra til regional samordning av investeringer i medisinsk teknisk utstyr. Dette blir nærmere spesifisert i eget brev.*

Et senter for regional samordning av investeringer i medisinsk teknisk utstyr har blitt etablert innenfor Strategi- og anskaffelsesavdelingen, Medisinsk-teknologisk Virksomhetsområde. Senteret gjennomfører for tiden to regionale anskaffelser som pilotprosjekt og jobber i tillegg med å utarbeide en kategoristruktur og en kategoristrategi innenfor området. Senteret er bemannet opp med det antall ansatte som var forutsatt for etableringen av senteret.

3.11. Øvrige styringskrav

Sykehusbygg HF

- *Sykehusbygg HF er i 2014 etablert som helseforetak eid felles av landets regionale helseforetak. Foretaksrådet for Helse Sør-Øst RHF har lagt til grunn at de regionale helseforetakene trapper opp virksomheten i Sykehusbygg HF i tråd med intensjonene med etableringen og benytter Sykehusbygg HF i alle byggeprosjekter over 500 mill. kroner. Dette gjelder for alle prosjektfaser, også for prosjekter som allerede er under gjennomføring. Helseforetakene i Helse Sør-Øst skal benytte Sykehusbygg HF under planlegging i alle byggeprosjekter over 500 mill. kroner.*

Oslo universitetssykehus vil innrette sine byggprosjekter i tråd med den nye nasjonale innretningen.

- *Helseforetaket skal benytte den nasjonale klassifiseringsdatabasen for sykehusbygg for arealregistreringer og bidra til at Sykehusbygg HF kan ha oppdatert database for klassifiserte sykehusarealer i løpet av 2015.*

Oslo universitetssykehus vil bidra til at Sykehusbygg HF skal nå sine mål i forbindelse med nasjonal klassifisering.

- *Helseforetaket skal også bidra til at database for tilstandsregistrering av bygg er oppdatert i løpet av året, for å dokumentere helseforetakets pålagte tilstandsbasert vedlikehold.*

Oslo universitetssykehus har ikke ferdigstilt en årlig oppdatering av databasen for tilstandsregistrering 2015. Sykehuset jobber med å dokumentere helseforetakets tilstandsbaserte vedlikehold sett opp i mot planer for nybygg.

Fullmaktstruktur

- *Oslo universitetssykehus skal ha etablert en fullmaktstruktur som er i samsvar med de regionale retningslinjene og tilpasset helseforetakets behov.*

Fullmaktstrukturen i Oslo universitetssykehus ble lagt frem for styret første gang den 17. desember 2009. Fullmaktstrukturen var utarbeidet med utgangspunkt i retningslinjene fra Helse Sør-Øst og de frem til da gjeldende fullmaktstrukturer ved de tre tidligere helseforetakene. Etter dette er fullmaktene oppdatert og justert ved behov.

- *Helseforetaket skal inneha kompetanse og ha kjennskap til god praksis i sin forvaltning av fullmaktstrukturen for å forebygge rollekonflikter som kan oppstå ved delegering av fullmakter.*

Det er etablert en gruppe for oppfølging og tilpasning av fullmaktsystemet. En koordineringsgruppe for fullmaktstrukturer møtes fast hver måned og vurderer prinsipielle spørsmål, endringer og tilpasninger som blant annet søknader om spesialfullmakter osv. For hvert fullmaktsområde er det en områdeansvarlig, som fungerer som koordinator og kontaktperson.

- *Fullmakter som går ut over de anbefalte fullmaktsnivåene i Fullmakter i Helse Sør-Øst skal begrunnes særskilt og behandles i tråd med retningslinjene.*

Oslo universitetssykehus HF er en egen juridisk enhet med ansvar, rettigheter og plikter. Helseforetaket har tre lovpålagte styringsorganer; foretaksmøtet, styret og administrerende direktør. Ansvarsforholdet dem imellom er regulert i helseforetaksloven og i vedtektene for foretaket. Ansvar og myndighet er også regulert ved at foretaksmøtet har vedtatt at visse avgjørelser skal gjøres etter godkjenning i det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF. Videre har styret laget en instruks for sitt arbeid og en instruks for administrerende direktør. Fullmaktstrukturen i Oslo universitetssykehus er tilpasset disse føringene.

Alle lederfullmakter i foretaket ligger innenfor fullmaktene til administrerende direktør. Virksomhetens omfang og organiseringen av virksomheten i sykehuset gjør, sammen med prinsippet om enhetlig og helhetlig ledelse, at fullmaktene i Oslo universitetssykehus har andre fullmaktbeløp og flere fullmaktnivåer enn i den generelle matrisen utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF. Lederfullmaktene i foretaket er begrunnet. Alle spesialfullmakter (avvik fra ordinære fullmakter) har egen skriftlig begrunnelse og gis bare etter søknad og behandling i koordineringsgruppen for fullmakter.

- *Styret i helseforetaket skal gjennomgå fullmaktstrukturen minimum ved oppnevning av nytt styre og når det gjøres endringer som styret forventes å være kjent med.*

Fullmaktstrukturen i Oslo universitetssykehus ble sist lagt frem for styret i møte 25. juni 2015.

- *Fullmaktshavere skal formelt være gjort kjent med fullmakter som tilhører sin stillings ansvarsområde.*

Fullmaktene er gitt i en instruks som omtaler fullmaktsystemet, strukturen og fullmaktsområdene. For å lette tilgjengeligheten er fullmaktene også fremstilt i tabellform - i en fullmaktmatrise. Dokumentene ligger i foretakets e-håndbok. Det henvises til fullmaktsinstruksen i lederkontraktene i foretaket. Eventuelle spesialfullmakter for enkelte settes inn på avmerket plass i individuell del av arbeidskontrakten.

Det er tilgjengelig en egen side på intranett med instruks, fullmaktmatrise, rutinebeskrivelser og søknadsskjema for spesialfullmakter m.m. Her finnes også e-postadressen til kontaktpersoner for spørsmål osv. Kursing i fullmakter er obligatorisk for nye ledere og det er et eget e-læringskurs om fullmaktene i foretakets læringsportal.

4. Rapportering i forhold til andre krav stilt i 2015

Pasientbetaling som kan kreves av pasienter som ikke møter til avtalt poliklinisk time

- *Helseforetak og sykehus som gir tilbud om poliklinisk behandling må påse at det utvises skjønn mht. å innkreve gebyr fra rusavhengige og pasienter med psykiske lidelser.*

Oslo universitetssykehus har fokus på å redusere antall polikliniske timer som ikke benyttes på grunn av at pasienten ikke møter opp. Det vil nå bli foretatt en gjennomgang av hvordan økt gebyr har fungert og om sykehusets praksis for å kreve inn gebyret fungerer godt. Særlig innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet utvises det skjønn i forhold til innkreving av gebyr i forbindelse med ubenyttede timer.

Planleggings- og timetildelingshorisont ved poliklinikker

- *Alle helseforetak og sykehus som gir tilbud om poliklinisk behandling bes om innføre en planleggingshorisont for bemanning og timetildelingshorisont ved poliklinikkene i regionen på minimum seks måneder innen 1. januar 2016. Det vises i den forbindelse til endringene i pasient- og brukerrettighetsloven hvor det framgår at pasientene i første svarbrev etter vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten skal få timeangivelse for oppstart helsehjelp.*

Det er etablert elektroniske løsninger for å måle planleggingshorisonten ved bruk av elektroniske timebøker i DIPS ved poliklinikker. De første resultatene er formidlet til klinikkene. De fleste avdelingene har tilrettelagt for seks måneders planleggingshorisont eller mer i det løpende oppsettet av sine timebøker, men det er store variasjoner i hvor godt timebøkene utnyttes til faktisk tildelte timer. Det formidles jevnlig tidshorisont for faktisk tildelte timer til klinikkene.

Sykehuset har som mål at 80 % av pasientene får timeavtale sammen med svar på vurdert henvisning. Per november 2015 var resultatoppnåelsen for denne indikatoren 65%.

Kvalitet og pasientsikkerhet

- *Helseforetak og sykehus skal iverksette tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere. Det vises til Helsedirektoratets rapport "Blodgiversituasjonen i Norge. Forslag til tiltak som kan bidra til et bærekraftig tilbud for blodgivning" (IS-2129).*

Blodbanken i Oslo (BiO) er landets største blodbank og skal dekke behovet for blodprodukter ved Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet og Lovisenberg på døgnbasis. Det har vært en prioritert oppgave å snu den negative trenden med reduksjon av antall aktive blodgivere som vi har observert gjennom lengre tid. Allerede i 2013 klarte vi å snu denne trenden med en ny topp på 17.000 blodgivere, med antallet falt noe ned i 2014 til 16.000. I 2015 har vi igjen klart å øke antallet nye blodgivere, med fokus både på verving av nye givere og å hindre frafallet av etablerte givere. BiO har satt inn ekstra ressurser for å kontakte nye givere som har meldt seg slik at det ikke skal gå for lang tid før blodgivingen kan starte. Det er etablert et utvidet samarbeid med kommunikasjonsavdelingen ved sykehuset, som har gitt god effekt blant annet med økt bruk av sosiale medier. Det er ansatt en verveansvarlig på deltid i en dedikert prosjektstilling. Avdelingen og klinikken har høyt prioritert enkelte IKT-investeringer som kunne lette og profesjonalisere kommunikasjonen med blodgiverne som booking på web og elektronisk blodgiverskjema, samt et telefonisk callback system. Det er gjort flere tiltak for å redusere frafallet av givere, inklusive en oppfølging av inaktive givere og dessuten gi generelt god service. I tillegg gjøres flere individuelle vurderinger for å unngå unødvendig avregistrering. BiO gjør også malariatesting fremfor bruk av karantene, som tillater at blodgivning kan starte opp igjen tidligere (inntil 8 mnd). Noen givergrupper blir ikke lenger avregistrert (bl.a. givere på blodtrykksmedisin), og en endring av nåværende aldersgrense for blodgivning er også under vurdering.

Omstillingsprosesser

- *Helseforetak og sykehus skal kommunisere godt om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser i eget foretak til berørte parter og offentligheten generelt. Arbeidet skal samordnes med øvrig innsats for å etablere løsninger for elektronisk kommunikasjon.*

Oslo universitetssykehus kommuniserer åpent om egen aktivitet i mange kanaler for å nå bredt ut til ulike målgrupper. Først og fremst er sykehusets nettsider (www.oslo-universitetssykehus.no) en kanal hvor pasienter og pårørende, mediene, helsepersonell og fagfolk skal finne den informasjonen de trenger i sin kontakt med sykehuset. Nettsidene skal tilby oppdatert, kvalitetssikret og relevant informasjon.

I 2015 er det igangsatt to pilotprosjekter for å styrke pasientinformasjonen fra sykehuset. Hovedformålet er å oppdatere og kvalitetssikre informasjon til pasientene inne diagnose, undersøkelse og behandling, i tillegg til informasjon om kliniske studier og mulighet til å delta i disse. Disse prosjektene er samkjøres mot overgang til den nasjonale platformen Helsenorge.no, som vil skje mot slutten av 2016.

En viktig målgruppe for sykehuset er ungdom, både som pasient og som pårørende. I samarbeid med både fagmiljøet og ungdomsrådet på sykehuset, har vi i 2015 prioritert to tiltak, hhv utvikling av en nettbrettapplikasjon for pårørende ungdom og nye nettsider for ungdom. Her skal ungdom få tilpasset informasjon, tilgjengelig digitalt.

Sykehuset formidler egne kvalitetstall på internett hver tertial. Her kan offentligheten følge utviklingen på vårt sykehus.

Sykehuset har valgt en åpen og inkluderende strategi for alle utviklingsprosjekter på sykehuset. I 2015 har hovedfokus her vært «Framtidens OUS» herunder både Organisasjonsprosjektet og Idéfase. Hvert område har sin egen handlingsplan med kommunikasjonstiltak rettet mot både interne og eksterne målgrupper. Alle dokumenter fra prosjektene ligger tilgjengelig på sykehusets nettsider.

Alle styremøter i sykehuset er åpne for alle, og dokumenter til styret legges ut på sykehusets nettsider uken før styremøtet.

Sykehuset er en aktiv samarbeidspartner og bidragsyter inn mot Norges offentlige helseportal www.helsenorge.no og sitter både i operativt og strategisk redaksjonsråd. OUS deltar også i det nasjonale prosjektet "Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten – én helseportal", i regi av landets fire regionale helseforetak. Sykehuset bidrar særskilt i flere av prosjektets arbeidsgrupper, herunder i arbeidet for ny nasjonal standard for fremstilling av pasientforløp og kliniske studier på nett.

Lærlinger

- *Det forutsettes at helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst er kjent med Regjeringens strategi og etterlever de krav som følger av denne.*

Oslo universitetssykehus har, i henhold til Regjeringens strategi og oppdraget fra eier, iverksatt tiltak for et økt antall lærlingplasser. Ambulansetjenesten tar inn inntil 30 nye lærlinger hvert år, hvilket tilsier at sykehuset har nær på 60 lærlinger i praktisk opplæring. Det er etablert et eget opplæringskontor for disse. I fremtiden vil sykehuset også ha praksisopplæringen for Paramedic studenter fra Høyskolen i Oslo og Akershus.

Oslo universitetssykehus har i tillegg vedtatt å søke Oslo kommune om å bli lærlingebedrift for helsefagarbeiderlærlinger og vil fra høsten 2016 ta i mot inntil 10 lærlinger fra Kuben videregående skole. Dette er nyetablerte plasser. Erfarne helsefagarbeidere med interesse for opplæring vil være veiledere for lærlingene. I tillegg har Oslo universitetssykehus allerede et samarbeid med Sykehjemsetaten i Oslo kommune og tilbyr praksisplasser for åtte kommunale ansatte helsefagarbeiderlærlinger.

5. Andre rapporteringer for 2015

Søknad omgodkjenning som Comprehensive Cancer Centre (CCC)

Oslo universitetssykehus ved Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken har i 2015 intensivert arbeidet med en søknad om å bli akkreditert som CCC-senter. Akkrediteringen skjer i regi av Organisation of European Cancer Institutes (OECI). Godkjenningen stiller krav om stor bredde innen behandling og forskning, og om helhetlig styring og koordinering av kreftområdet i sykehuset. Søknaden omfatter både klinisk virksomhet og forskning. En foreløpig søknad ble levert i september og på det grunnlaget gjennomførte OECI en avgrenset gjennomgang av kreftvirksomheten i sykehuset. Rapporten fra dette la grunnlag et for oppstarten av arbeidet med en egen kreftstrategi og en endelig søknad. Begge deler forventes å foreligge første halvår 2016.

Utkast

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT

6. Utviklingstrender og rammebetingelser

6.1. Faglig og demografisk utvikling

Oslo universitetssykehus har som visjon at vi sammen med pasientene utvikler morgendagens behandling. Foretaket skal sikre at alle pasienter tilbys likeverdige helsetjenester; likhet i tilgang, kvalitet og resultat. For å få dette til må helseforetaket tilpasse sin virksomhet til de fremtidige demografiske utfordringene som befolkningsvekst, flere eldre, flere med innvandrerbakgrunn, sosioøkonomiske forskjeller og et større kulturelt og språklig mangfold.

Hovedstadsområdet er det området i landet som de kommende år forventes å ha den sterkeste befolkningsveksten. Oslo sykehusområde kan forvente en befolkningsvekst på 24 % frem mot 2030. Helse Sør-Øst har, sammen med Helse Vest, høyest forventet befolkningsvekst sammenlignet med landet for øvrig.

Utviklingen av sykdomsbildet og etterspørsel etter sykehustjenester framover vil påvirkes av følgende forhold:

- Aldersutviklingen. Omfanget av sykdommer og tilstander med økt forekomst over 65 år vil øke. For utviklingen på litt lengre sikt er det snakk om følgende bilde: Dersom en tar hensyn til befolkningsvekst og endring i aldersprofil tilsier prognosen at Oslo universitetssykehus HF vil stå overfor en samlet økning på nærmere 50 prosent i forekomst av de fire vanligste krefttypene i løpet av de neste 20 årene. Prognose for sykehusinnleggelse i Oslo universitetssykehus HF for alle hoveddiagnosene gir 20 – 50 prosent økning fram til 2030.
- Økt overlevelse. Overlevelseshgrad etter behandling av livstruende sykdommer og skader vil øke ytterligere. Dette vil føre med seg økt behov for rehabilitering, oppfølgende behandling, håndtering av bivirkninger og senskader. Pasienter som overlever alvorlig sykdom og omfattende behandling vil ofte være utsatt for andre sykdommer som også krever behandling. Her vil ikke minst det økte antallet kreftoverlevende være en viktig og ressurskrevende gruppe framover.
- Antibiotikaresistens. Antibiotika benyttes mye i behandlingen av svært syke pasienter. En økning av antallet antibiotikaresistente bakterier vil kunne medføre at infeksjoner ikke lar seg behandle effektivt med bl.a. negativ konsekvens for pasienter som gjennomgår kirurgiske inngrep og annen behandling.
- Livsstil. Endret livsstil fører til endret sykdomsbilde. Konsekvensene her er sammensatte. Livsstilsendringene er sterkt påvirket av sosial bakgrunn, arbeid og utdanning. Særtrekk ved sykdomsframkallende livsstil i vårt opptaksområde vil gjenspeiles av den sosioøkonomiske profilen i dette området (store sosioøkonomiske forskjeller). Fedme og livsstil som ligger bak dette, ser ut til å være hovedutfordringen framover.
- Særskilte forhold. For Oslo kommer spesielt utfordringer knyttet til særskilte forhold som stor konsentrasjon av enslige, stort antall mennesker med annen kulturell bakgrunn, sterk økning i antall barn og unge, mange innbyggere som er sosioøkonomisk ressursvake og mennesker med midlertidig opphold. Disse forholdene kan slå ut i form av relativt større utfordringer når det gjelder f.eks. psykisk helse og rus, livsstilssykdommer samt omfang og risiko for infeksjonssykdommer. I tillegg kan det bety større utfordringer når det gjelder samarbeid om omsorgsansvar mellom pasientenes hjemmemiljø og

helsevesen. Disse problemstillingen er ytterligere forsterket av den store strømmen av asylsøkere høsten 2015. Det er betydelig usikkerhet rundt hvordan dette vil utvikle seg videre gjennom 2016.

Prognose (middels) fra Statistisk Sentralbyrå tilsier at Norge per 2025 vil ha en million innbyggere med innvandrerbakgrunn. En stor del av veksten forventes å komme i Oslo-området. Denne demografiske utviklingen gir nye helse- og kommunikasjonsrelaterte utfordringer. For helseforetaket innebærer økt kulturelt mangfold blant annet å håndtere ulike syn på helse, sykdom og behandlingsformer på en profesjonell og åpen måte som ivaretar respekten for pasientens verdisyn. Samtidig er det viktig å legge til rette for økt forståelse for det norske helsevesen og betydningen av helsefremmende arbeid blant større grupper av befolkningen.

Faglige retningslinjer og helseforetakets virksomhet vil i årene framover i stor grad påvirkes av ny kunnskap og en rask teknologisk utvikling. Sentrale faktorer er:

- Generelt en fortsatt vekst i ikke-kirurgisk intervensjonsmetodikk innen både diagnostikk og behandling.
- Mer spesifikke diagnosemetoder gjennom kombinasjon av ulike typer bildediagnostikk, avanserte analyser av vev og andre pasientprøver samt den voldsomme utviklingen innen genbasert diagnostikk og til dels genbehandling. Nye analysemetoder gir mulighet for samtidig analyse av alle uttrykte gener (heleksom sekvensering) eller hele genomet (helgenom sekvensering). Dette gir grunnlag for mer presis diagnostikk og dermed mer personilpasset behandling/presisjonsmedisin.
- Økt grad av glidning mellom ulike behandlingsformer, f. eks mellom ulike typer kirurgiske inngrep, ikke kirurgiske inngrep, ulike typer stråleterapi (kreft) og ulike typer medikamentell behandling, samt ulike former for integrering av trening og ernæringsmessige regimer. Kombinasjoner av ulike behandlingsformer, samtidig og i sekvens, endres.
- Kunnskap om nytte av gode og koordinerte pasientforløp der pasient og pårørende i større grad trekkes inn i beslutningsprosessene vedr. behandling og rehabilitering, vil endre arbeidsmåtene og samhandlingen innad i helseforetaket og mellom helseforetaket og andre sykehus og primærhelsetjenesten.

I tillegg vil antakelig aldersgrensen for ulike typer behandling fortsatt forskyves, hvilket vil gi øket forbruk av helsetjenester. Det er sannsynlig at evt. implementering av ny prioriteringsforskrift kan påvirke prioriteringer i helsetjenesten og endre bruken også av spesialisthelsetjenester. Nye nasjonal sykdomsspesifikke pakkeforløp med forløpstider ved kreft som er implementert gjennom 2015 er også med på å endre logistikken i sykehusene og gir prioriteringsutfordringer.

Funksjonsfordelingen mellom Oslo universitetssykehus og øvrige sykehus vil kunne endres noe, dels ved at svært kompetansekrevende teknologi sentraliseres til regionsykehuset, dels ved at etablerte regionsfunksjoner kan desentraliseres til andre sykehus. Dette gjelder for eksempel innen kreftbehandling, både kirurgisk behandling og onkologisk behandling (strålebehandling og medikamentell behandling). Fordeling av oppgaver mellom sykehusene innen ulike områder inngår som en konkret del av Helse SørØst sitt prosjekt for kapasitet i hovedstadsområdet som styrebehandles i Helse SørØst 17. desember. Det er svært viktig for OUS å følge opp dette gjennom 2016.

Disse utviklingstrekkene vil på flere områder gi konsekvenser for Oslo universitetssykehus sin utvikling:

- De vil påvirke hvor spesifikk forståelse det er mulig å få av en lidelse og dermed hvor individuelt tilpasset behandlingsopplegg det er mulig å gi.
- Det vil påvirke hva slags kompetanse som involveres både i vurdering og behandling og i mange tilfeller kreve at det trekkes inn flerfaglige grupper i disse prosessene. Det vil forsterke utvikling i retning av ytterligere spissing av kompetanseområder og til dels flytte behov for kompetanse over på andre spesialiteter og faggrupper enn tidligere.
- Det vil legge grunnlaget for en endring av arbeidsdeling innen pasientforløp – med spisset, men teambasert vurdering, mer spesialiserte behandlinger i en fase, men også mer distribuert behandling

eventuelt under ulike former for fjernveiledning. Et sentralt eksempel er økende bruk av tverrfaglige møter (MDT-møter) i beslutningsprosessen for pasienter som utredes for kreftsykdom.

- Det vil kunne føre til at behovene for døgninnleggelse ved vurdering og behandling reduseres i forhold til det en ren demografisk utvikling og sykdomsutvikling ville tilsi.

Mer konkret kan forhold som påvirker kapasitetsutviklingen ved Oslo universitetssykehus beskrives slik:

- Funksjoner og deler av pasientforløp som kan ivaretas like godt i primærhelsetjenesten eller på lokalsykehusnivå (der pasienten kommer fra annet sykehusområde eller tilhører et annet sykehus i Oslo sykehusområde) kan gjennomføres der (eks oppfølgende behandling og kontroller, rehabilitering og palliasjon, enklere terapi)
 - Samhandlingsreformen har ført til at antallet utskrivningsklare pasienter i helseforetaket er redusert.
 - Ved Samhandlingsarena Aker har tjenestetilbudet fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig intervensjon, rehabilitering samt koordinering av behandling og oppfølging. Intensjonen er å selektere pasientgrupper /områder hvor pasientene profilerer på at tjenestenivåene samhandler og er samlokalisert.
 - Innen flere fagområder samarbeider Oslo universitetssykehus med andre sykehus om deler av pasientforløpet, hvor både utredning og oppfølging legges til lokalsykehus.
- Utviklingen innen teknologi og medisinsk og helsefaglig metodikk kan utnyttes offensivt til ytterligere å øke omfanget av bruk av dagbehandling og poliklinikk samt legge til rette for veiledning slik at undersøkelser og behandling kan gjøres av samarbeidende institusjoner.
- Både kronikere, kreftpasienter og eldre med funksjonssvikt kan knyttes opp mot mer planlagte og semiakutte forløp slik at presset på rene akuttforløp reduseres.
- Helseforetakets sengekapasitet vil konsentreres ytterligere om pasientgrupper med mer krevende oppfølgingsbehov i intensiv og observasjonsfaser.
- Arbeidsdeling mellom sykehusområder (utvikling av flerområdefunksjoner og nye regionfunksjoner), regioner (utvikling av flere landsfunksjoner) og utvikling av internasjonal arbeidsdeling vil påvirke kapasitetsbehovene i Oslo universitetssykehus.
- Bruk av IKT og e-Helse vil kunne redusere behovet for fysisk oppmøte

Trender og utviklingstrekk innenfor fag, teknologi og demografi med tilhørende endringer i etterspørsel og kapasitet er en del av idéfasearbeidet som har pågått også i 2015 og som skal ferdigstilles første halvår 2016.

6.2. Forventet økonomisk utvikling

Budsjettet for 2016 og de utfordringene det representerer, viser den balansen som er nødvendig mellom kortsiktige hensyn og utfordringer for å sikre gjennomføring av neste års oppgaver og oppdrag på den ene siden og hensynet til et mer langsiktig krav om en bærekraftig økonomi for Oslo universitetssykehus HF på den andre siden. Det økonomiske resultatkravet er fastsatt etter en vurdering av utfordringene i driften i 2016 og etter dialog med Helse Sør-Øst RHF. For å gjennomføre resultatkravet må Oslo universitetssykehus HF øke aktiviteten samtidig som bemanningen må reduseres fra nivået siste kvartal 2015.

Oslo universitetssykehus svekket sin økonomiske situasjon fra sammenslåingen i 2009 og frem til 2013 med en økende gjeld. 2014 var første året med et positivt driftsresultat og budsjettert overskudd for 2015 var 175 mill kroner. Oslo universitetssykehus HF planlegger for 2016 budsjettet med en reduksjon i driftskreditt og økning i basisfordring på Helse Sør-Øst RHF.

6.3. Personell- og kompetansebehov

Kompetanse, rekruttering og opplæring av ansatte

Foretaket har i hovedsak kontroll på personellbehov og tilgang på kompetanse, men registrerer fortsatt viktige utfordringer særlig innen spesialsykepleiergruppen. Oslo universitetssykehus HF vil arbeide videre med analyser av behov for kompetanse knyttet til sårbare fagmiljøer - basert på utarbeidet oversikt over behov for kompetanse på kort, mellomlangt og lang sikt samt hvilke utfordringer og muligheter for forbedring som foreligger. Dette inngår i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling som vil videreføres både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. I løpet av 2016 vil man få på plass et nasjonalt program til bruk for å fremskrive personellbehovet både overordnet og lokalt nivå innen ulike yrkesgrupper. God bruk av dette forutsetter fullføring av kartlegging av kompetanseprofilen til dagens ansatte gjennom 2016.

Kompetansebehovet gjelder både større grupper, som visse typer spesialsykepleiere, men også små, høyspesialiserte grupper inkl. enkelte legespesialister. Etableringen av utdanningsstillinger for spesialsykepleiere fra 2014 har bidratt til å forbedre rekrutteringen. Søkermassen økte med 700 %, og høgskolen melder om høyere faglig nivå i de nye kullene. Det arbeides også systematisk med rekrutteringstiltak og med promotering av Oslo universitetssykehus som arbeidsplass for både spesialsykepleiere spesielt og generelt.

Klinisk kompetanseprogram har tidligere vært forbeholdt sykepleiere og spesialsykepleiere. Dette er nå også et tilbud til andre helsefagsgrupper som fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, vernepleiere, barnevernspedagoger, bioingeniører, radiografer/stråleterapeuter og ernæringsfysiologer.

Lederutvikling

Oslo universitetssykehus startet i januar 2015 et revidert lederutviklingsprogram for nye ledere. Målgruppen er alle nye ledere ved OUS (primært Nivå 4 og Nivå 5). Programmet viderefører lederutviklingsdelen fra førstelinjelederprogrammet som ble faset ut i 2014 men har inkorporert HMS opplæringen for ledere og utvide opplæringsdelen med tre dager. Lederprogrammet består av 10 dager med felles obligatoriske moduler og så tre dager obligatorisk differensiert påbyggingsmodul tilpasset den enkelte leders behov. I tillegg inngår det klinikkvise lederopplæringsprogram tilpasset den enkelte klinikk. Det er opprettet et eget programråd som evaluerer og foreslår forbedringer i lederprogrammet. Det er etablert gruppementoring i etterkant av lederprogrammet og det er etablert et eget nettverk for lederutviklere ved sykehuset.

Utdanning

I 2016 vil Oslo universitetssykehus arbeide videre med å gjennomføre tiltak i handlingsplanen for utdanning. Viktige fokusområder er å tilby bedre og mer kompetent veiledning for leger i spesialisering og studenter innen andre helsefaglige utdanninger, etablere bedre spesialiseringsløp for leger med hensyn til organisering og innhold, øke kompetansen innen kunnskapshåndtering og endre rutiner og retningslinjer i henhold til dette. Synliggjøring av ressurser til utdanning er også et prioritert område i handlingsplanen og helt nødvendig dersom vi skal få til gode tiltak som styrker læring og kompetanse på en måte som imøtekommer helseforetakets visjon om å være en fremragende lærende og skapende organisasjon.

Innføring av en ny spesialistutdanning for leger slik den foreløpig er skissert, vil bety betydelig økte ressursbehov for foretaket. Det er derfor viktig at foretaket arbeider videre med å dokumentere økt ressursbehov dersom ny spesialitetsstruktur skal la seg realisere etter intensjonen.

I 2016 planlegges det å få på plass utdanningsansvarlige for medisin i hver klinikk, med spesielt fokus på leger i spesialisering. Hensikten er å få et forum for utdanning av leger i spesialisering primært, slik at nødvendige prosjekter lettere kan implementeres i klinikkene.

Oslo universitetssykehus bør etablere kompetanse blant leger i spesialisering og overleger innen kommunikasjon, kvalitetsforbedring og kunnskapsbasert praksis for å bedre kvaliteten på våre helsetjenester. Foretaket utvikler en modell der overleger og leger i spesialisering lærer å lære bort.

Den viktigste delen av utdanningen skjer som en integrert del av den daglige virksomheten. Læringskulturen på den enkelte avdeling vil være en suksessfaktor med hensyn til hva studentene lærer. Dette forutsetter at det er lav terskel for å få hjelp, at nysgjerrigheten stimuleres kontinuerlig, og at alle er seg bevisst at de kan lære bort noe hver dag. Handlingsplan for utdanning 2014-2015 har fokus på mange elementer som vil kunne være virkemidler for å stimulere til en mer bevisst læringskultur. Dette forutsetter et eierskap og oppmerksomhet gjennom hele linjeledelsen og ut til medarbeiderne som arbeider med behandling og diagnostikk.

I 2016 skal det jobbes videre med å styrke og videreutvikle samarbeidet mellom helseforetaket og utdanningsinstitusjonene. Som et ledd i dette er det opprettet profesjonsspesifikke fagråd bestående av representanter fra sykehus og høyskoler. Det er et mål å innføre dette for alle relevante helse- og sosialfaglige utdanninger, da erfaringene er gode. Det jobbes også videre med å få til en tydeligere rolleavklaring mellom helseforetaket og samarbeidende høgskoler når det gjelder hvem som er ansvarlig for hvilke deler av praksisoppfølgingen. Dette fungerer for tilfeldig per i dag. Det skal også arbeides videre med å få tilgang til strukturerte evalueringsordninger av praksisstudiene på foretaksnivå, men også på enhets-/seksjonsnivå samt utvikle forbedringstiltak på bakgrunn av disse. Lignende strukturer som er etablert med høgskolene, er nødvendig for medisnutdanningen. Tiltak planlegges iverksatt i 2016 for å møte dette behovet.

Medisinstudiets reviderte modell kan medføre endringer som vil påvirke Oslo universitetssykehus, både når det gjelder omfang av undervisning og undervisningsformer. Oslo universitetssykehus deltar aktivt i universitetets arbeid med den reviderte studiemodellen.

Det er et betydelig behov for praksisplasser innen bachelorutdanninger i Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus er forpliktet til å etablere tilstrekkelig antall praksisplasser. Utfordringen med studentutplassering er størst innen bachelor i sykepleie, innenfor fagfeltet kirurgi, men også innen radiografi og bioingeniørfaget.

Det arbeides også videre med å etablere en fremtidig ordning for helsefagarbeiderlæringer, i samarbeid med Utdanningsetaten i Oslo kommune. Det første kullet med helsefagarbeiderlæringer kommer til Oslo universitetssykehus høsten 2016.

6.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer

Det har gjennom 2015 vært arbeidet systematisk med fire planer og realisering av disse som alle berører arealer og virksomhet i Oslo universitetssykehus HF:

1. Helhetlig plan for samlokaliseringer - omstillingsprosjekter
2. Tiltaksplan for nødvendige vedlikeholdsinvesteringer i bygg og infrastruktur
3. Plan for arealbruk knyttet til Aker sykehus
4. Idéfasearbeidet

De ulike planene har ulike tidsperspektiv. I helhetlig plan for samlokaliseringer ligger tiltak som er eller planlegges gjennomført i eksisterende bygningsmasse knyttet til samlokaliseringer av virksomhet etter fusjonen i 2009. I tillegg var nytt akuttbygg på Ullevål en del av denne planen. I idéfasearbeidet legges det til rette for nybygg som ytterligere virkemiddel for samlokalisering, og ikke minst for å erstatte utdatert og dårlig bygningsmasse. Som en oppfølging av dette ble det mot slutten av 2014 utarbeidet en oversikt over de investeringsbehov som knytter seg til tilsynspålegg og

vedlikehold av bygg og infrastruktur i Oslo universitetssykehus i de neste 6-8 årene, frem til nye bygg kan erstatte dagens bygningsmasse.

I tillegg har det også i 2015 vært arbeidet videre med arealtiltak på Aker sykehus for å understøtte Samhandling med Oslo kommune, Sunnaas sykehus og øvrige sykehus gjennom Samhandlingsarena Aker.

Gjennom 2016 har Helse Sør-Øst gjennomført et prosjekt for kapasitet i Ahus og Oslo sykehusområder på mellomlang og lang sikt hvor Oslo universitetssykehus har deltatt aktivt. Her inngår både vurderinger av tilhørighet for bydeler og kommuner og fordeling av oppgaver mellom de fire sykehusene. Det er svært viktig for sykehuset å følge opp dette arbeidet.

Som en oppfølging av dette og i påvente av realisering av nye bygg som ledd i Idefase, har sykehuset bestemt å starte et internt prosjekt tidlig i 2016 for å klargjøre hva som er nødvendig for å sikre tilstrekkelig kapasitet de neste 3-8 årene. Dette inkluderer vurderinger av hvilke funksjoner som bør ivaretas på de fire hovedlokaliseringene i denne perioden.

Også innen medisinsk teknisk utstyr (MTU) er det behov for store utskiftninger. Det er i perioden 2013-2015 gjennomført en utskifting av medisinsk teknisk utstyr til vel 1 milliard kroner. Denne investeringstakten vil videreføres i 2016. Behovet er enda noe større, så dette vil ikke være tilstrekkelig til å sikre nødvendig fornying av utstyrsparken ved foretaket. Sykehuset mener nå å ha snudd en negativ trend. Fornyning av medisinsk teknisk utstyr inngår også i omstillingsprosjektene. Det samme gjør vedlikeholdsbehov i de arealer som omstillingsprosjektene berører. Der omstillingsprosjekter foregår i arealer med vesentlige tilsynsavvik, inkluderes lukking av disse i prosjektene. Dette fordyrer prosjektene noe, men gir samlet sett et bedre resultat.

Samlokalisering - omstilling

Omstillingsprosjektene knyttet til samlokalisering av virksomhet har en foreløpig ramme på 1,5 mrd kroner. I tillegg til rentebærende lån på 750 millioner kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet forutsettes investeringene finansiert med salg av eiendom og kontantoverføring fra Helse Sør-Øst RHF.

I Stortingsproposisjon 1 S. for budsjettår 2014 ble lånerammen økt med 75 millioner 2012-kroner for å dekke investeringer knyttet til utviklingen av Aker som samhandlingsarena.

Prosjekter som er gjennomført i 2015 er bl.a:

- Rokadeplan for Bygg 11 og Bygg 20 for å muliggjøre samlokalisering av gastromedisin.
- Samlokalisering av døgnvirksomhet innen DPS til Geitemyrsveien etter ombygginger for Josefines gate DPS i Nydalen (leid bygg) til polikliniske konsultasjoner.
- Ombygging i barnepoliklinikken på Rikshospitalet – ferdigstilles i januar 2016
- Ombygging av skiftestuer til operasjonsstuer på Rikshospitalet – siste operasjonsstue ble ferdig i februar 2015
- Flytting av klinikkledelser – ferdigstilles første kvartal 2016

For 2016 er det flere prosjekter under gjennomføring eller planlegging med bruk av omstillingsmidler. Dette inkluderer ombygging og utvidelse av sterilsentral på RH, etablering av modulbygg til nevrologi og slag på Ullevål, etablering av ny MR i D7, RH, etablering av kontoretasje i E3, RH, rokadeplan på barnesenteret på Ullevål for å få samlet barnehabilitering med øvrig barnevirkosomhet der, ombygging av medisinsk poliklinikk RH, ombygging av RSA på Dikemark, samling av prostektirurgi på Ullevål og vurdering av samling av PHA funksjoner med frigjøring av arealer på Dikemark.

Tillitsvalgte og verneombud er aktive medlemmer i strategisk koordineringsgruppe som er rådgivende for administrerende direktør vedrørende prioritering av de ulike prosjektene og er i tillegg involvert i de enkelte prosjektene.

Status vedlikeholdsplan

Oslo universitetssykehus har i dag et stort antall pålegg fra tilsynsmyndigheter (Oslo brann- og redningsetat, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Arbeidstilsynet) som følge av bygningsmessige og vedlikeholdsmessige utfordringer. Påleggene skal lukkes i løpet av få år og kan ikke vente til nye bygg står ferdige. Så godt som alle myndighetspålegg er knyttet til ivaretagelse av sikkerhet for pasienter og ansatte. Behovet for ny bygningsmasse er derfor også den viktigste prosjektutløsende årsak til Idefase – Oslo universitetssykehus.

Helseforetaket har over de siste fire årene brukt rundt 680 millioner kroner til å lukke myndighetspålegg, men det er fortsatt mange pålegg. Av disse er flere svært omfattende og krevende. Tilstandsgraden på en del bygg er så dårlig at det også forventes å tilkomme nye avvik eller pålegg. Ordinært vedlikeholdsbudsjett gir ikke rom for å lukke myndighetspåleggene og samtidig opprettholde et ønsket vedlikehold. Ettersom omfanget av pålegg er omfattende, tidsfristene korte og kostnader knyttet til utbedringer store, vurderes situasjonen som ekstraordinær for helseforetaket.

Helse- og omsorgsdepartementet har åpnet opp for at helseforetak kan søke lån på opptil 70 pst av forventet prosjektkostnad knyttet til nybyggprosjekter eller prosjekter som omfatter oppgradering eller vedlikehold av eksisterende bygningsmasse. Oslo universitetssykehus HF har i denne sammenheng ikke ett prosjekt, men en samling av større og mindre prosjekter knyttet til tiltak for å lukke myndighetspålegg. Det er utarbeidet en konseptrapport som beskriver de viktigste tiltak som må gjennomføres og kostnader knyttet til disse. Rapporten har gjennomgått ekstern kvalitetssikring. Tiltakene er prioritert inn i tre ”pakker”. Tiltakene i ”pakke 1” må gjennomføres uavhengig av fremtidige nye bygg. Det ble på bakgrunn av dette oversendt en lånesøknad til Helse SørØst med en totalramme på 1,8 milliarder (450 mill per år i årene 2016-2019 inklusive 30% egenfinansiering) som nå er innvilget på statsbudsjettet for 2016 og legges til grunn for det videre arbeidet.

Aker sykehus

Virksomheten på Aker sykehus er en viktig del av lokalbaserte tilbud i Oslo. Tilbudet omfatter i dag både kunnskapsutvikling og kunnskapsspredning, men også direkte pasientrettet virksomhet. Oslo universitetssykehus bidrar til å utvikle helsetilbud på Aker sykehus i et tett samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten under navnet Aker helsearena. I løpet av de siste årene er store deler av denne ambisjonen realisert. Det er nå etablert følgende på Aker:

- Kommunal akutt døgnetenhet med 52 senger som tidlig i 2016 vil utvides til 73 senger.
- Legevakt, Oslo kommune
- Aker rehabilitering drevet av Oslo kommune
- Senter for mamma-screening drevet av Oslo universitetssykehus HF
- Senter for migrasjonshelse drevet av Oslo kommune i samarbeid med sykehusene
- Regional kompetansetjeneste for rehabilitering drevet av Sunnaas sykehus
- Raskere tilbake poliklinikk drevet av Sunnaas sykehus.
- Geriatrisk ressurscenter som er slått sammen med utviklingscenter for hjemmetjenester og sykehjem drevet av Oslo kommune
- Nasjonal kompetansetjeneste for læring – og mestring innenfor helse flyttet fra Ullevål til Aker
- Opplæringskontoret for helse- og oppvekstfag drevet av Oslo kommune
- Senter for elektiv kirurgi i tilknytning til foretakets kirurgiske virksomhet

I tillegg har Oslo universitetssykehus kirurgisk virksomhet innenfor kar, urologi, overvekt og endokrinologi. Disse fagområdene har også sin polikliniske virksomhet på Aker. Den største virksomheten innen fagområdet endokrinologi er knyttet til Medisinsk klinikk. Avdeling for rus og avhengighet har også stor virksomhet på Aker. De har både akuttmottak, poliklinikk og tre sengeposter.

Både ikke medisinske støttetjenester (OSS) og medisinske støttetjenester som radiologi og laboratorier benyttes av Oslo kommune. Dette er regulert gjennom tjenesteavtaler.

I 2,5 år har ortopedisk aktivitet fra Storgaten vært lokalisert på Aker. Dette var både operativ virksomhet og sengepost. Disse flyttet i oktober tilbake til renoverte lokaler i Storgaten. Etter utflytting av ortopedi er det ledig kapasitet på operasjonsstuene på Aker. Denne kapasiteten planlegges utnyttet til dagkirurgi og annen elektiv kirurgi gjennom prosjektet Elektiv kirurgi Aker. Det er i år overflyttet gastrokirurgisk virksomhet fra Ullevål, og endokrinkirurgi flyttes fra Radiumhospitalet fra nyttår. Dette frigjør operativ kapasitet mer sentralt i sykehuset.

Det er også geriatrisk poliklinikk, Daghospital, rehabiliteringsvirksomhet og klinisk service på Aker sykehus.

Det er etablert et brukerutvalg for Aker helsearena som består av representanter for OUS, Oslo kommune og Sunnaas brukerutvalg.

Idéfasearbeidet

Oslo universitetssykehus (OUS) trenger nye sykehusbygg fordi store deler av bygningsmassen er svært gammel og dårlig, og det er behov for å samle virksomhet for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen og for å møte en betydelig forventet befolkningsvekst. Med et utgangspunkt på om lag en million kvadratmeter spredt på 185 bygninger, er dette en omfattende oppgave som krever både oppgradering/tilpasning av eksisterende bygninger, etablering av ny bygningsmasse og avvikling av bygg som ikke lenger er egnet for helseformål. Ca. 25 % av arealene er vernet.

Arealutviklingsplanen av desember 2011 dannet sammen med Oslo universitetssykehus strategi 2013-2018 grunnlaget for oppstart av idéfasearbeidet i 2013. Idéfaserapport, versjon 1.0 ble ferdigstilt etter styrebehandling i juni 2014 og sendt på høring. Nesten 70 høringsuttalelser kom inn, og dette dannet grunnlaget for utarbeiding av Idéfase, versjon 2.0. Rapporten i versjon 2.0 medtar innspill fra høringsuttalelsene, samt anbefalinger fra en ekstern kvalitetssikring, gjennomført høsten 2014. Høringsuttalelsene førte til at antall utredede alternativer ble redusert bl.a. ved at full samling på Gaustad under navnet «Campus Oslo» ble forlatt.

I styrets behandling av videre arbeid med idéfasen etter høring 9. april 2015 (SAK 20/2015), ble følgende forhold vektlagt:

- Utredning av ett nytt alternativ (delvis samling på Gaustad sør)
- Løsning for lokalsykehusfunksjonen
- Utredning av kreftområdet

Dette dannet utgangspunkt for en videreføring av idéfasen etter høring med tilleggsutredninger knyttet til kreftområdet og til lokalsykehus, og deretter en konkret etappeanalyse med vekt på konkretisering av innholdet i første etappe. Arbeidet benevnes «Idéfase Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring».

Styret i Oslo universitetssykehus vedtok 30.4.2015 (SAK 29/2015) blant annet at kreftområdet ikke blir hovedelement i første etappe, med den konsekvens at det vil være virksomhet på Radiumhospitalet i minimum 15 år. I tråd med styrets vedtak er det utarbeidet modeller for lokalisering av kreftvirksomheten i sykehuset med hovedvekt på Radiumhospitalet. Den 25.9.2015 (SAK 58/2015) fikk styret overrakt skisse til klinikkbygg på Radiumhospitalet som en gave fra private initiativtakere. Etter vedtak i Helse Sør-Øst sitt styremøte 22.10.2015 (SAK 66/2015) er en egen idéfaserapport for Radiumhospitalet utarbeidet med utgangspunkt i kreftutredningen og dette private initiativet.

Regional sikkerhetsavdeling (RSA) ligger i dag på Dikemark i bygg som ikke vurderes som levedyktige. Nybygg er derfor forutsatt også i 0-alternativet. Mulige lokaliseringalternativer er vurdert. Tre alternativer anbefales videreført til konseptfase: Ila syd, Dikemark og Gaustad nord. Egen idéfaserapport er utarbeidet. Arealbehovet er i størrelsesorden 18 000 m².

På bakgrunn av styrets vedtak 9. april og de utredningene som er foretatt i idéfase Oslo universitetssykehus, foreligger det nå reelt sett tre alternative framtidige målbilder for bygningsmassen i Oslo universitetssykehus. Disse er prinsipielt ulike både når det gjelder fysisk struktur og tilhørende konsekvenser for organisering og lokalisering av sykehusets funksjoner. Idéfasene for Radiumhospitalet og RSA med tilgrensede funksjoner inngår likt i både Alternativ 2 og Alternativ 3. 0-alternativet innebærer å forbli på dagens lokalisasjoner med oppgradering av dagens bygg og bare nybygg for å dekke behovet for økt kapasitet.

I Alternativ 2, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, vil Ullevål være en kombinasjon av lokalsykehus for alle bydeler Oslo universitetssykehus har ansvaret for, et områdesykehus for store deler av den kirurgiske virksomheten, samt regionsykehus med spisset akuttvirksomhet inkludert multitraume samt de regionsfunksjonene som er nødvendig for å ivareta dette. I dette alternativet blir RH et regionssykehus med et utvidet ansvar for barn.

I Alternativ 3, delvis samling på Gaustad, utvikles et regionssykehus med ansvar for tre bydeler og som derfor har både lokale, område-, region- og nasjonale funksjoner. Akuttfunksjonen med multitraume legges til dette sykehuset. I tillegg foreslås det etablert et lokalsykehus for tre av Oslo universitetssykehus seks bydeler mest trolig på Aker.

Idéfasearbeidet er gjennomført i samsvar med veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter.

Utarbeidet rapport er lagt frem som orienteringssak i OUS' styre 17. desember 2015. Nå pågår ekstern kvalitetssikring, og resultatet av denne vil foreligge medio januar 2016. Idéfaserapporten – konkretisering etter høring vil sammen med rapport fra kvalitetssikrer danne grunnlaget for styrebehandling 28. januar 2016.

Salg av eiendommer

I 2015 ble følgende salgsprosesser gjennomført:

- Josefinesgate 30 ble solgt for 44,8 millioner kroner
- Pilestredet 77 ble solgt for 97 millioner kroner
- Bogerudveien 13-15 er solgt for 22 millioner kroner med overtagelse 1. januar 2016

Det norske radiumhospital er opprinnelig en stiftelse (Stiftelsen DNR). I forbindelse med etableringen av Radiumhospitalet som helseforetak oppsto behovet for avklaring av eierskapet til foretakets eiendommer. Etter enighet med stiftelsen og avklaring med departementet ble det i 2013 i felleskap av Oslo universitetssykehus og Stiftelsen DNR iverksatt salgsprosess for 77 andelsleiligheter. Det gjenstår 3 leiligheter i Husebybakken borettslag.

7. Planer for utviklingen

7.1. Pasientbehandling

Strategi for fag og virksomhet 2013-18

I løpet av 2012 ble forslag til overordnet strategi utarbeidet med bred representasjon fra klinikker, stab, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere. Strategien ble vedtatt i styremøte 17. desember 2012 etter å ha vært på en omfattende ekstern og intern innspillsrunde.

Visjonen for Oslo universitetssykehus 2013-18 er: "Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling". Helseforetakets felles verdigrunnlag er de nasjonale verdiene for helsetjenesten: "Kvalitet, trygghet og respekt, og Oslo universitetssykehus kultur skal være åpen, lærende og helhetstenkende."

Hovedmålene er at Oslo universitetssykehus skal:

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

Strategidokumentet bidrar til å skape et felles målbilde for Oslo universitetssykehus. Strategien vil være retningsgivende for så vel den faglige utvikling som de omstillinger som skal foregå i helseforetaket i årene som kommer. Visjoner, prinsipper og overordnede mål er i overensstemmelse med føringer gitt fra Helse Sør-Øst og med nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner. Strategien følges opp internt gjennom rullerende handlingsplaner på både foretaks- og klinikknivå.

Videre utvikling av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet

Nasjonal og internasjonal benchmarking med mulighet for forbedringsprosjekt

Oslo universitetssykehus har testet ut medlemskap i det internasjonale benchmarkingsprogrammet til Dr Foster Institute. Dette er et samarbeid med Imperial College i London og NHS England og har levert kvalitetsindikatorer i sykehus i England siden 2001 basert på pasientadministrative data. Det er videre opprettet en internasjonal gruppe (Global Comparator Programme) som har over 60 medlemssykehus fra Europa, Australia og USA med formål å innhente kvalitetsdata som grunnlag for forbedringsprosjekt (se <http://drfosterintelligence.co.uk/global-comparators>).

Helse SørØst RHF, foretakene i regionen og også andre regioner planlegger deltakelse, hvilket vil gi et godt grunnlag for nasjonale sammenligninger. For å kunne gjøre videre bruk av de tjenester som DrFoster tilbyr, ble det vurdert som nødvendig å gjøre en formell anskaffelse. Ut fra kjennskap til markedet og mulige tilsvarende tjenester, ble intensjonskunngjøring vurdert til å være dekkende. Dette gjennomføres av Helse Sør-Øst RHF og er i slutfasen. Inntil dette er etablert og kontrakt inngått, avventes videre engasjement i DrFoster, inkludert at dashboard hvor datamaterialet for å gjøre benchmarking ikke tilgjengelig. Det er i parallell gjennomført arbeid for å sikre anonymisering av data ved tilgjengeliggjøring i dashboard når kontrakt er signert.

Som deltaker i programmet analyseres de siste 5 års aktivitet – deretter blir data oppdatert og analysert med valgt frekvens, slik at en kan følge utvikling over tid. Siden grunnlaget for data er de samme som sendes NPR, er det naturlig for Oslo universitetssykehus HF å velge en frekvens for sammenligning som svarer til kvalitetssikringen av data i forbindelse med utsendelse til NPR. De data som sendes over er aggregert, slik at de kun inneholder anonyme opplysninger.

Det anonyme datauttrekket fra Oslo universitetssykehus publiseres på en web-basert portal (dashboard) hvor det muliggjøres både å følge egen kvalitetsutvikling over tid, og sammenligne med de øvrige medlemssykehusene, samt å identifisere beste praksis. På bakgrunn av dette kan det etableres egne eller felles forbedringsprosjekter.

System for dødsfallsvurderinger

Systematisk vurdering av dødsfall i Oslo universitetssykehus ble satt i gang 1. januar 2015. Målet var å etablere et godt system for fagmiljøenes egen vurdering, analyse og forbedring etter dødsfall i sykehuset. I første fase innføres systemet i en avdeling per klinikk.

Systemet er basert på anonymitet og krever ingen tilbakemelding. Publisering av anonymisert materiale for organisatorisk læring vil forankres i det sentrale kvalitetsutvalg og til ledelsen. Det planlegges på sikt også publisering av forskningsdata.

Pasientsikkerhet

Bruk av virksomhetskunnskap fra uønskede hendelser, påviste avvik, påvisbare forbedringsbehov og tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende er sentrale elementer i å etablere en lærende organisasjon. I 2015 er det forberedt for at bydeler i Oslo kommune kan formidle tilbakemeldinger til sykehuset elektronisk via tilgang i forbedringsverktøyet Achilles. Videre utvikling og bruk av Achilles-verktøyet står sentralt i disse prosjektene som tillegg til den ordinære registrering av pasienthendelser og avvik som allerede er etablert. I tillegg vil innført ordning med bruk av analysegrupper ved særlig alvorlige hendelser bli videreført og evaluert. Organiseringen med klinikkvise pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg vil også videreføres.

Et annet viktig område innen kvalitet og pasientsikkerhet er videre arbeid med nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. Kampanjens allerede etablerte aktivitetsområder vil utvides etter hvert og vil forutsette ytterligere aktiviteter i 2016. Ny nivå 1 prosedyre for bruk av sjekklister for trygg kirurgi er etablert. Bruken av sjekklister i et utvalg av operasjonsenheter er gjennomført med et bra resultat. Pasientsikkerhetsvisitter ved adm. direktør eller andre sentrale ledere vil bli videreført. Utfordringer med forsinkelser i oppfølging av pasienter som forverres under opphold har vært sentralt tema i 2015, f.eks. i forbindelse med innføring av Early Warning Score og utfordringer ved overføring av akutt syke mellom sykehusets lokalisasjoner i Oslo.

Videre utvikling av verktøy for dokumentasjon og avviksmeldinger fortsetter i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og Kunnskapssenteret. Dette er prosjekter som kommer i tillegg til det øvrige pasientsikkerhetsarbeidet, som allerede er iverksatt utenfor kampanjen. Undervisning og faglig bistand til eksterne og nasjonale prosjekter eller tiltak vil bli prioritert.

Oslo universitetssykehus HF har fortsatt som ambisjon at kompetanse og utvikling på pasientsikkerhetsområdet er en naturlig del av foretakets regionale og nasjonale rolle. Helseforetaket arbeider aktivt inn mot Kunnskapssenteret, Helse Sør-Øst RHF, Statens Helsetilsyn, leverandører, andre helsevirksomheter og internasjonale fagmiljøer på flere fagfelt med betydning for kvalitet og pasientsikkerhet, herunder også meldeordninger, modeller for tilsyn, revisjon og læring. I tillegg vil helseforetaket, som en stor aktør med landsfunksjonsansvar og tunge kompetansemiljøer, spille en aktiv rolle inn mot fagpolitiske miljøer for bedre kvalitet og pasientsikkerhet ved spesialisthelsetjenesten i Norge.

Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus – etablering av sykehusområder

Alle regionsfunksjoner er samlet i Oslo universitetssykehus med unntak av revmakirurgi og deler av revmatologi. Disse er plassert ved Diakonhjemmet sykehus. Områdefunksjoner innen Øre-, nese- og hals er fordelt mellom Lovisenberg diakonale sykehus og Oslo universitetssykehus. For øvrig er også alle områdefunksjoner samlet ved Oslo universitetssykehus. Diakonhjemmet sykehus har fortsatt egen akuttkirurgi, og det er ingen konkrete planer om å endre dette. Lovisenberg diakonale sykehus dekker etter avtale indremedisin i bydel Sagene for Oslo universitetssykehus.

Innen sykehusområde Oslo, er det regelmessige samarbeidsmøter med Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Oslo universitetssykehus. Det pågår samarbeid med Diakonhjemmet sykehus innen ortopedi og benign gastrokirurgi. Det er videre utarbeidet en samarbeidsavtale innen fot- og ankelkirurgi med både Diakonhjemmet sykehus og Akershus universitetssykehus. I tillegg er det etter avtale med OUS i november 2015 startet opp en satellittfunksjon ved Akershus universitetssykehus for PCI-behandling.

Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra nødvendig pasientvolum og faglige avhengigheter

Akutfunksjoner

Akutfunksjonene tilpasses den medisinske utviklingen ved tidlig triagering, initial diagnostikk og behandling. Dette gjelder både for prehospital og in-hospital virksomhet. I større grad enn før flyttes dette prehospitalt og til legevaktsfunksjonen, avhengig av hastegrad. Dette forutsetter videreutvikling av AMK-funksjonen og ambulansetjenesten - organisatorisk, faglig og kapasitetsmessig. Tilsvarende strategi velges også for in-hospital virksomhet med samling av mottaksfunksjonene for tidlig og effektiv intervensjon rettet mot akuttpatienten. Akutfunksjonene i kirurgi i OUS og Lovisenberg opptaksområde sykehusområde er i stor grad samlet på Ullevål sykehus hvor nytt akuttmottak er bygget og det er gjort en ombygging av det gamle akuttmottaket som øker postoperativ og intensiv kapasitet. Det er lagt stor vekt på funksjonaliteten og pasienthåndteringen i utformingen av det nye akuttmottaket.

Regionale funksjoner samles og rendyrkes

Oslo universitetssykehus har gjennomført flere prosesser med sikte på å samle landsfunksjoner og dupliserte regionsfunksjoner, men for enkelte fagområder med sterke avhengigheter må det tas flere hensyn. I planene for samlokaliseringer og flyttinger legges det til grunn at like funksjoner samles. Det vektlegges faglige avhengigheter og behov for nærhet til spesialisert utstyr og spesialisert kompetanse.

Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet

Helseforetaket har en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering for å legge til rette for god samhandling. Dette gjelder både på individnivå mellom pasient/bruker og tjenesteytere, og mellom tjenesteytere fra ulike fag, sektorer og nivåer. Koordinerende enhet har et "Overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, opplæring og veiledning av koordinator."

Pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester skal ha oppnevnt en koordinator. Koordinators viktigste oppgaver er å sikre samordning av tjenester der en og samme pasient får dette fra ulike avdelinger, - og hvor samarbeidet ut mot primærhelsetjenesten eller fastlegen er vesentlig.

Koordinerende enhet har utarbeidet en retningslinje for både individuell plan og for koordinatorfunksjon tilgjengelig i helseforetakets e-håndbok. Det har vært arbeidet med å styrke arbeidet med koordinatorfunksjon og pasientforløp for å sikre at pasienten får kontinuitet i behandlingsforløpet. Koordinerende enhet har jevnlig møter med de koordinerende enhetene i bydelene. Barn og unge med behov for koordinerte og sammensatte tjenester har vært et satsningsområde i 2015.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling styrkes og integreres i lokalsykehusstilbudet

ARA arbeider aktivt med å synliggjøre sitt kliniske tilbud til pasienter i andre avdelinger i lokalsykehuset. ARA har et aktivt samarbeid med 12 bydeler i Oslo og et forsterket samarbeid med noen enkelte bydeler. ARA samarbeider med Velferdsetaten på et overordnet plan og leder områdeplanarbeidet i OUS sykehusområde. Alle kliniske seksjoner i ARA driver behandlingsforberedende tiltak på ulike måter og i henhold til pasientenes behov. De viktigste områdene i Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) er:

- Seksjon for rusakuttmottak og avgiftning: kontakter pasienter til elektive innleggelser kvelden før, og rapporterer til inntaksteam dersom pasienter ikke har møtt på angitt dato. Seksjon for avgiftning har i enkelte saker behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med bydelen, spesielt i saker der det erfaringsmessig kan oppstå komplikasjoner eller særskilte utfordringer i forbindelse med behandlingen. Det blir i saker j.fr. Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) §§10-2 og 10-3 avholdt bistandsmøte/forberedelsesmøte med bydelen før innleggelse.
- Seksjon for ruspoliklinikker: Aktivitet med pasient som en avklarende samtale, registreres ikke som behandling. Ved ruspoliklinikkene starter den polikliniske behandlingen innen en uke etter rett er gitt. Ved LAR-poliklinikkene starter behandlingen med samarbeidsmøter internt eller

eksternt, eller samtale med pasienten. Dette skjer gjerne før oppstarten av den medikamentelle behandlingen.

- Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling voksen har kontinuerlig samarbeid med pasienten og samarbeidspartnere i venteperioden, f eks: avklaringssamtale, utredning av personlig informasjon, målsetting for oppholdet, ansvarsgruppe, individuell plan, opphevelse av taushetsplikt. Det er spesiell oppmerksomhet om eventuelle endringer i pasientens livs- og rusituasjon. Dersom det er aktuelt legges pasienten inn før planlagt tid.
- Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling ung: Det er ikke etablert noe spesifikt behandlingsforberedende tiltak i samarbeid med bydelene, da det i 2014 har vært svært kort ventetid for rettighetspasienter. Det utføres generelt behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i påvente av oppstart i form av samtaler.
- Rusakuttmottaket har fast daglig kommunikasjon med Oslo kommunale legevakt og Psykiatrisk legevakt om pasienter som skal til Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA). Det er utarbeidet en rutine for øyeblikkelig hjelp til pasienter med rusmiddelbruk og samtidig symptomer på psykose. Det er en utfordring at mange Oslo pasienter får sin behandling hos private tjenesteleverandører som ikke regelmessig har samhandling med lokalbasert TSB i opptaksområdet.

Tilbudet innen psykisk helsevern videreutvikles

Oslo universitetssykehus har fulgt opp føringene fra de fem delrapportene i Nasjonal strategigruppe II. Klinikk Psykisk Helse og Avhengighet var representert i den nasjonale gruppen.

Vedrørende planlegging av virksomheten går alle elektive henvisninger til spesialisthelsetjenesten via DPS. Søndre Oslo DPS har nå flyttet de to lokalisasjonene for poliklinikk Holmlia og Ryen til ett bygg; **Mortensrud OUS** i samlokalisasjon med BUP poliklinikk Oslo Syd og ROP-team. Akutteam er etablert på Søndre Oslo DPS; Akuttenheten, samt Ambulant psykosebehandling. Poliklinisk tilbud gis individuelt og i gruppe. Ved behov tilbys også ambulant behandling og døgnbehandling.

Josefinesgate DPS har slått sammen de to lokalisasjonene Pilestredet og Josefinesgate til ett behandlingssted: **Nydalen DPS**.

Nydalen DPS har etablert seksjon for psykosebehandling, med Psykosepoliklinikken og poliklinikk "Raskere tilbake", som har utvidet åpningstid med drift én dag i uken kl 16.00 – 21.00. DPSet har også en Akuttenhet som yter ambulant og polikliniske tjenester i akutte situasjoner innenfor vanlig åpningstid. Det gis tilbud om utredning, samtale terapi, medikamentell behandling og krisehjelp. Tilbudet gis individuelt og i gruppe. De fleste får tilbud om poliklinisk behandling, men ved behov tilbys også ambulant behandling og døgnbehandling.

Psykiatrisk legevakt i Oslo er organisert tilknyttet Nydalen DPS, men lokalisert i Storgata. Legevakten gir tilbud til hele Oslo. Legevakten er oppe hver dag, og driftes med ekstravaktavtaler (44 stykker). Det er lagt til rette for et utvidet døgnåpent tilbud ved Nydalen DPS.

Helseforetaket har styrket alderspsykiatrisk poliklinikk (APS), gjennom å overføre ressurser fra døgnplasser på sykehusnivå. APS arbeider også ambulant.

Innen den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen leder Oslo universitetssykehus ekspertgruppen innfor psykisk helse som har valgt områdene selvmord og overdoser som sine temaer. Oslo universitetssykehus har gjennomført pilotprosjekt innen begge områdene.

Tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov

Pasient- og pårørendeopplæring

Alle klinikkene har vært involvert i et arbeid for en tydeligere og mer enhetlig organisering av pasient- og pårørendeopplæring i foretaket. Handlingsplan for brukermedvirkning 2014-16, Handlingsplan for

pasient- og pårørendeopplæring 2014-2016 og Handlingsplan for det gode pasientmøtet 2014-2016 er samlet i en ny Handlingsplan for Det gode pasientmøte 2015-2017. Hensikten er å tydeliggjøre arbeidet ved å prioritere konkrete og gjennomførbare tiltak som fremmer det gode pasientmøtet. Pasient- og pårørendeopplæring skal integreres i pasientforløpene, informasjon og opplæring skal synliggjøres i pasientenes behandling og i pasientenes rehabiliterings- eller habiliteringsprosess. Dette vil være et satsningsområde, også i 2016.

Klinikkene utvikler nye tilbud om informasjon og opplæring til pasienter og pårørende. I år har blant annet Klinikk for kirurgi- og nevrofag, ved lærings- og mestringstjenesten, gjennomført to nye kurstilbud, "Å leve med hydrocefalus" og "Å leve med AMD" (Aldersrelatert Macula Degenerasjon). Akuttklinikken fikk prosjektmidler til utvikling av mestringsturset «Helt sjef», et tilbud for ungdom med langvarige helseutfordringer, særlig knyttet til smertehåndtering, og deres foreldre. Første kursrekke er avholdt med gode tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende. Medisinsk klinikk har gjennomført nytt mestringstilbud, "Temamøter for amputerte", et samarbeid mellom Lærings- og mestringssentret i Medisinsk klinikk, Enhet for rehabilitering i Oslo universitetssykehus, Sophies Minde Ortopedi, og brukerorganisasjoner.

Det er gjennomført en kartlegging av pasient- og pårørendeopplæring i klinikkene. Kartleggingen skal gi bedre grunnlag for å løfte oppgaven som en integrert del av pasientforløpene. Høsten 2015 er det gjennomført en internrevisjon av koding og registrering innen pasientopplæring og tiltak i gruppe. Funnene som gjøres i revisjonen skal brukes inn i et nasjonalt prosjekt, «Dokumentasjon av og kvalitetsindikatorer for lærings- og mestringstjenesten». Prosjektet ledes av Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse og har som mål å bidra til å bedre den systematiske dokumentasjonen av tjenestene, og til at aktivitetsdata blir etterspurt og brukt i kvalitetssikring, fagutvikling, styring og forskning.

Den helsepedagogiske kompetansen i styrkes ved at kurs i pasient- og pårørendeopplæring inngår som del av de tverrprofesjonelle kliniske program. Oslo universitetssykehus deltar i arbeidet i Helse Sør-Øst, i det nasjonale og i det nordiske samarbeidet om utvikling av fagfeltet pasient- og pårørendeopplæring.

Alt helsepersonell har plikt til å ivareta barn og unge som pårørende. Oppnevningen av barneansvarlige er lovpålagt og gjelder innen spesialisthelsetjenesten. Foretaket har i 2015 omlag 180 barneansvarlige som er koordinert gjennom «Råd for barn som pårørende».

Høsten 2014 ble det startet et treårig pilotprosjekt om tverrfaglig familiestøtte mellom bydel Sagene, Barne- og familieetaten i Oslo og Oslo universitetssykehus. Målet er å etablere et lavterskeltiltak som skal tilbys den som er gravid eller er småbarnsforeldre med rusmiddelproblemer. Prosjektet videreføres i 2016.

Samhandling

De etablerte samhandlingsarenaene mellom Oslo universitetssykehus og Oslo kommune fungerer etter intensjonen og er preget av god dialog og et ønske om å arbeide forpliktende med samhandlingfeltet. Det er etablert to samarbeidsfora for Rusavhengighet og Psykisk helsevern. Det er også etablert et forum for somatikk. I løpet av 2015 er det etablert fire nye underavtaler som regulerer samhandlingen mellom sykehusene i Hovedstadsområdet og Oslo kommune:

Rutine for samhandling om behandlingshjelpemidler ved og etter utskrivelse fra sykehus

Samarbeid om svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen mellom Oslo universitetssykehus og de 12 bydelene i sykehusets opptaksområde

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

Avtale om fordeling av ansvar og utgifter – ledsagelse av kjent personell som er nødvendig av hensyn til gjennomføring av helsehjelpen

Kommunene tar et større ansvar for forebygging, pasient - og pårørendeopplæring, enklere lidelser og også større del av oppfølgingen etter sykehusopphold. I denne sammenheng har Oslo universitetssykehus fokus på kompetanseoverføring/kompetanseutveksling med Oslo kommune og fastleger.

Oslo kommune har etablert en Kommunal akutt døgnenhet. Tilbudet skal sikre døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp, og er begrenset til pasienter som ikke har behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Oslo universitetssykehus har et godt og velfungerende samarbeid med Kommunal akutt døgnenhet. Fra 2016 vil enheten ha 73 senger i drift på Aker helsearena. Pasientinklusionskriteriene utvides stadig og enheten tar nå imot pasienter med behov for palliasjon, og fra 2016 vil også pasienter med psykiske helseutfordringer og avhengighetslidelser kunne få et tilbud.

Digitalt Avviks -meldesystem via den åpne Web-løsningen "Min journal" ble i 2014 pilotert til utvalgte fastleger, og det er bestemt at 2 bydeler samt Sykehjemsetaten skal innlemmes videre i systemet. Dette vil være på plass innen utgangen av 2015. Systemet gir dem som ønsker å melde avvik en enkel vei inn i sykehuset via web og sikrer korte linjer for innmelding og behandling av samhandlingsavvik.

I 2014 og 2015 ble det i regi av prosjektet "Digital samhandling" utarbeidet brukerveiledninger for oppfølging av elektronisk utsendte epikriser og laboratoriesvar i et Message Tracking Monitoring System. For laboratoriene er løsningen nå i daglig drift. Fra og med 2016 vil det være etablert en sentral enhet for eksterne epikriser. Enheten vil ha et overordnet ansvar for overvåkingen i hele foretaket og bidra til å sikre at de elektroniske meldingene kommer frem til riktig mottaker. Det er planlagt å starte utfasing av papirforsendelse av epikriser i 2016, og på noe lengre sikt bør dette omfatte alle typer dokumenter som sendes elektronisk. Den senere tids overvåking av elektroniske utsendinger av epikriser og laboratoriesvar viser at volumet av brukerfeil er synkende.

Oslo universitetssykehus har i samarbeid med Oslo kommune arbeidet med overføring av elektroniske epikriser til Oslo kommunes elektroniske pasientjournal system. Funksjonalitet for dette er etablert i hele foretaket, og elektroniske epikriser sendes nå til samtlige sykehjem i Oslo.

Innføring av DIPS innfrir i stor grad også kravet om elektronisk kommunikasjon mellom øvrige deler av primærhelsetjenesten og Oslo universitetssykehus, blant annet gjennom elektronisk pleie- og omsorgsmelding. Oslo universitetssykehus har breddet elektronisk pleie- og omsorgsmelding til 321 kommuner i Helse Sør-Øst, Helse Midt, Helse Nord og Helse Vest, og arbeidet fortsetter inn i 2016.

Oslo universitetssykehus har ansvar for flere eksternt finansierte samhandlingsprosjekt i samarbeid med Oslo kommune. I 2015 mottok Oslo universitetssykehus sammen med Oslo kommune midler til samhandlingsprosjektet "Vel hjem- brukersentrerte tjenester til den multisyke pasienten", et samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus, bydelene Bjerke og Østensjø, samt Sykehusapotekene HF. Målgruppen for prosjektet er multisyke pasienter som kan og ønsker å bo hjemme. Prosjektets mål er å kartlegge brudd i pasientforløpene, enten internt i sykehuset eller i overgangen mot primærhelsetjenesten. Prosjektet vil gå fram til 2017

Videre deltok foretaket i prosjektet "Ambulante foreldreveiledningsteam- et samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus og bydelene Nordre Aker og Sagene". Spesialisthelsetjenesten i regi av Kapellveien habiliteringssenter tilbyr i dag veiledning til omlag 300 barn og unge årlig med nevrologisk betingede utviklingsforstyrrelser, atferdsvansker og store sammensatte vansker i Oslo kommune. Dette er vansker som krever andre foreldreferdigheter enn det som er vanlig. På denne bakgrunn er det behov for å arbeide fram og prøve ut et ambulerende foreldreveiledningsteam som et lavterskeltilbud til foreldre eller familier med barn (0-18 år) som har funksjonsnedsettelse. Prosjektet vil gå fram til 2017.

Likeverdige helsetjenester

På bakgrunn av resultatene fra to rapporter utarbeidet i regi av Likeverdsprosjektet i 2012, fikk Oslo universitetssykehus i oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF å detaljtrrede etablering av en Tolkesentral, med fokus på å tilby kvalitativt god tolking. Målet er kompetente tolker som ivaretar pasientsikkerheten og god og effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient som snakker ulike språk. Det er ansatt en prosjektleder til dette utrednings- og etableringsarbeidet. Tolkesentralen skal gradvis bygge ut et godt skjermtolketilbud med tanke på effektiv utnyttelse av tolkenes kapasitet og ressurser. Videre er det fokus på å styrke helsepersonells ferdigheter i kommunikasjon via tolk og bestillingsrutiner.

7.2. Forskning og innovasjon

Forskningsutvalget ved Oslo universitetssykehus har utarbeidet forslag til revidert forskningsstrategi, da foregående strategi gjaldt perioden 2011-2015. Forskningsstrategi 2016-2020 legges etter planen frem for vedtak i sykehusets ledergruppe ultimo januar 2016, etter en høringsrunde som involverer klinikker, tillitsvalgte og Brukerutvalget, Universitetet i Oslo og Høgskolen i Oslo og Akershus. Strategien skal følges opp gjennom rullerende handlingsplaner, både på overordnet nivå og i hver klinikk. I forslaget til ny strategi er følgende temaer fremhevet som prioriterte strategiske hovedmål:

- Få fram flere fremragende forskningsmiljøer og forbedre våre ressursprioriteringer i forskning
- Styrke den kliniske forskningen i samarbeid med brukerne
- Forbedre forskningsorganiseringen og styrke samarbeidet med universitets- og høyskolesektoren
- Styrke vårt internasjonale samarbeid
- Utnytte og videreutvikle forskningsbiobanker og medisinske kvalitetsregistre

Til hvert hovedmål er det angitt flere delmål. Det er tilstrebet god sammenheng med nye nasjonale planer, særlig HelseOmsorg21, samt OUS' overordnede strategi. Strategien er også godt samkjørt med Universitetet i Oslo, som har bidratt aktivt gjennom representanter i Forskningsutvalget. Høgskolen i Oslo og Akershus er også representert i utvalget. Når strategien er endelig vedtatt, starter arbeidet med å utvikle en ny handlingsplan.

Helseregistre, biobanker, helseundersøkelser og personnummersystemet gir Norge særskilte fortrinn når det gjelder å drive forskning helt i front i internasjonal sammenheng. Dette er særskilt fremhevet i den nye forskningsstrategien, jf eget strategisk hovedmål «Utnytte og videreutvikle forskningsbiobanker og medisinske kvalitetsregistre». Oslo universitetssykehus vil i 2016 arbeide aktivt i det regionale fagsenteret for kvalitetsregistre for god datakvalitet i de nasjonale kvalitetsregistre som Oslo universitetssykehus har ansvar for, gjennom bl.a. deltakelse i et dekningsgradsprosjekt og brukermedvirkningsprosjekt. Det arbeides også med å skaffe midler til å dekke økte kostnader til IKT-ressurser for registrene (Norsk helsenett mv.). Annen særdeles viktig infrastruktur for forskning er arealer, medisinsk teknisk utstyr og kjernefasiliteter. På disse områdene arbeides det også med å styrke samordningen med Universitetet i Oslo.

De fleste forskningsgruppene ved Oslo universitetssykehus er felles grupper med Universitetet i Oslo. Universitetets økte satsing på livsvitenskap gjør Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet til en stadig viktigere samarbeidspartner for Oslo universitetssykehus, samtidig som samarbeidet med Det medisinske fakultet styrkes ytterligere. Institusjonene er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne utføre god helseforskning og forskning innen livsvitenskap. Fremover vil samarbeidet særlig styrkes innen områder som gensekvensering og bioinformatikk, herunder håndtering og analyse av store datamengder, som er særlig nyttig i forbindelse med personilpasset medisin, som også er et nasjonalt satsingsområde for Helse- og omsorgsdepartementet. I denne forbindelse samarbeider sykehuset og universitetet både om prosjekter og infrastruktur, som utstyrs- og kompetanseplattformer.

Oslo universitetssykehus har stor oppmerksomhet om forskningsetikk. En revidert lov om forskningsetikk er til behandling i Kunnskapsdepartementet, og det forventes at denne trer i kraft i

2016. Oslo universitetssykehus har avgitt høringsuttalelse til lovforslaget og støtter intensjonene i den nye loven. Det institusjonelle ansvaret for forskningsetikk vil bli tydeliggjort og lovfestet, og det vil bli pålagt med en mer systematisk saksbehandling av forskningsetiske saker i forskningsinstitusjonene, herunder helseforetak som har forskning som en av sine hovedoppgaver. Forskningsetiske utvalg vil bli pålagt, og det vil stilles klare krav til institusjonene for opplæring av forskerne. Forskningsetikk diskuteres jevnlig i sykehusets og universitetets forskningsfora og vil få ytterligere oppmerksomhet fremover. Viktige forskningsetiske tiltak inkluderer også god informasjon til pasienter som deltar i studier og informasjon om eksempelvis reservasjonsrett og personvern. Forskningsgruppene, som er etablert som den viktigste byggesteinen i forskningen ved helseforetaket og Det medisinske fakultet, er svært viktige arenaer for kritisk drøfting av prosjekter og etisk refleksjon.

Oslo universitetssykehus er av eier gitt en særskilt rolle som ”nav” for forskning og innovasjon i regionen. Denne oppgaven prioriteres. Sterke forskningsmiljøer tar i økende grad ansvar for nettverksbygging, drift av kjernefasiliteter og formidling og deling av kunnskap og resultater. Forskningsstøttefunksjonene følges opp fortløpende sammen med Helse Sør-Øst.

Innovasjon

I tråd med helseforetakets handlingsplan for innovasjon, er fokus fremdeles på utvikling og styrking av eksisterende innovasjonskultur i klinikkene. Det avholdes regulære møter med klinikkens innovasjonskontakter, hvor fokus er å skape en god infrastruktur for innovasjon i sykehuset. Inven2 er representert i disse møtene, slik at vi dekker hele sykehusets innovasjonsforløp. Arbeidet med de nasjonale innovasjonsindikatorerne i samarbeid med NIFU er ferdigstilt, og rapport er sendt til Helse- og omsorgsdepartementet. Indikatorerne kan føre til at man får et insentivsystem for idéer med stort potensial og økt spredning. Det vil være økt oppmerksomhet på nyttevurdering, synliggjøring og spredning av sykehusets innovasjonsarbeid fremover.

Oslo universitetssykehus har fått et økt antall henvendelser fra næringslivet, hvilket har bidratt til økt oppmerksomhet på å etablere gode relasjoner til næringslivet. Applikasjonen om «Helseinnovasjon», utviklet ved Oslo universitetssykehus, videreutvikles i samarbeid med de øvrige helseforetakene i regionen. Det blir nå mulig for de andre helseforetakene å gjøre lokale tilføyelser i applikasjonen. Videre er det mulig fortløpende å oppdatere, synliggjøre og spre innovasjoner ved hjelp av applikasjonen. Applikasjonen vil gjøre kunnskap om innovasjon mer tilgjengelig.

Idéportalen, et prosesseringsverktøy som Innovasjonsseksjonen ved Oslo universitetssykehus har utviklet i samarbeid med selskapet Induct software, har fått rammeavtale i Helse Sør-Øst, og flere helseforetak har gjort avrop på avtalen. Stor interesse og avrop også utenfor regionen, gir mulighet for et nasjonalt system. Dette vil kunne gi en oversikt over innovasjonsaktivitet i hele sykehussektoren i Norge, noe som øker sannsynligheten for spredning av de beste innovasjonene samt bedre bruk av virkemiddelapparatene.

7.3. Kunnskapsutvikling og god praksis

Kunnskapsbasert praksis er fortsatt et satsningsområde og Oslo universitetssykehus vil understøtte at helsepersonell arbeider mer kunnskapsbasert og anvender mer god forskning i sine arbeidsprosesser. I økende grad legges det til rette for fagutøvelse gjennom kunnskapsbaserte fagprosedyrer, retningslinjer og pasientforløp. I 2016 vil implementering av behandlingsplaner utviklet i DIPS - delprosjektet «Klinisk dokumentasjon sykepleie (KDS)» stå sentralt i utviklingen av kunnskapsbasert, god praksis for sykepleietjenesten. Opplæring for systematisk anvendelse av arbeidsmetoden vil fortsette i 2016.

Mini-metodevurdering fungerer som kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag for nye metoder på en måte som involverer bidrag fra ulike fagmiljø (klinisk fagavdeling, bibliotek, økonomi og ekstern fagfelle)

og lederlinjen. Resultatene deles med helsetjenesten gjennom ulike databaser slik at metodebøker kan deles fritt og med et transparent og dokumentert kunnskapsgrunnlag.

Arbeid med beskrivelser og forbedringer av flere pasientforløp skal drives frem slik at både faginnhold og logistikk holder høy standard. I pakkeforløpene / pasientforløpene skal ulike yrkesgrupper og fagmiljø bistå hverandre til å yte pasientrettet, effektiv og god behandling totalt sett. Dokumentert god tilfredshet blant pasientene i pasientforløpet er viktig, og koordinatorene følger pasientene og sørger for at pasientenes vei i forløpet følges/måles og forbedres. Det vil framover legges særlig vekt på pasienter skal sikres kunnskap om egen helse, ulike behandlingsvalg og mulighet til å medvirke som likeverdige part. Sykehuset ønsker derfor å utvikle og ta i bruk samvalgsverktøy i første omgang knyttet til to pakkeforløp. I tillegg vil prosess- og brukererfaringsindikatorer som inngår i kvalitetsbasert finansiering bli fulgt tettere opp, og det skal utvikles en plan for forbedring av utilfredsstillende forhold.

Sykehuset arbeider også videre med å utvikle «det gode pasientmøtet». Personell som gjennom mange år har vist seg som ekstra gode i pasientmøter skal brukes til faglig veiledning og løftes frem. Vilje til å stå nær pasientene, ekte serviceinnstilling og delt beslutningstaking er viktige elementer for god praksis. Likeså skilting, nettsider, pasientinformasjon og pasient- og pårørendeopplæring.

Kompetanseutvikling, opplæring og god praksis blant foretakets ansatte er en forutsetning for en stabil virksomhetsgjennomføring med høy kvalitet over tid. Kompetansen blant de ansatte skal være fremtidsrettet, behovstilpasset og gjenspeile den faglige utvikling og holde høyt nivå sett i internasjonal sammenheng. De ansatte skal ha kompetansegrunnlag for etisk refleksjon. Det legges vekt på å ha systemer som legger til rette for at den enkelte ansatte skal kunne ivareta eget ansvar for oppdatert klinisk kompetanse. Helseforetaket har et bevisst og målrettet arbeid med ansettelse, tilbud om interne kliniske kompetanseprogram, videreutdanning/ spesialisering og etterutdanning for å sikre at medarbeiderne innehar og vedlikeholder den kompetansen som virksomhetsgjennomføringen forutsetter, nå og fremover.

Oslo universitetssykehus ønsker å øke og samordne innsatsen innenfor strategisk kompetanseutvikling. Det skal arbeides videre med å få et bedre bilde av kompetansesituasjonen gjennom bedre kompetanseregistre, analyser og framskrivning av behov. Det vil være sentralt å få fram både utfordringen framover og hvilke virkemidler sykehuset rår over – felles for hele foretaket, for de enkelte klinikkene og i samarbeid med kommunehelsetjenesten, andre helseforetak og utdanningsinstitusjoner. Det vil bli arbeidet med planer og tiltak på områder som er særlig utsatt med hensyn til spesialisert kompetanse. Det tas sikte på et samarbeid med Helse Sør-Øst innenfor prosjekt strategisk kompetanseutvikling.

7.4. Organisering og utvikling av fellestjenester

Oslo universitetssykehus startet i 2015 et prosjekt for å se på organiseringen i helseforetaket. Det er fem år siden Oslo universitetssykehus ble etablert, og drøyt fire år siden den nye og nåværende organisasjonsmodellen ble iverksatt. Sykehusledelsen ønsket derfor en vurdering av organiseringen med tanke på videre utvikling i tråd med vedtatt overordnet strategi 2013-18 med visjonen ”Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling”.

Dette prosjektet skal gjennomgå dagens organisasjons- og ledelsesstruktur, se denne i forhold til dagens strategi og styringsdokumenter og ta hensyn til forventet fremtidig utvikling. Den overordnede målsetningen for prosjektet er å danne et godt beslutningsgrunnlag for videre utvikling av dagens organisering av Oslo universitetssykehus, slik at helseforetaket kan løse sine oppgaver på best mulig måte og være mer fremtidsrettet inn mot den struktur som det legges opp til i strategien.

Organisasjons- og ledelsesgjennomgangen vil blant annet omfatte kartlegging av parallelle fagområder, identifisering av særlige koordineringsutfordringer og lite tilfredsstillende pasientforløp. Av denne grunn vil representanter for pasientene/brukerne tas med i arbeidet.

Dette prosjektet skal sees i sammenheng med behov for en kulturutvikling i helseforetaket, der kontinuerlig forbedring og organisatorisk læring blir en mer naturlig del av driften (Strategi 2013-18). Sykehuset har behov for at endringsprosesser initieres fra førstelinjen (nedenfra) og forankres hos den enkelte leder i helseforetaket for bedre å kunne løse utfordringer.

Prosjektet skal identifisere hva som er lokale utfordringer og hva som er utfordringer som må løses på et mer overordnet nivå; Er det deler av organisasjonen som hemmes av u hensiktsmessige organisatoriske plasseringer i ulike klinikker? Er det faglig samordning som hindres av u hensiktsmessig organisasjons- og ledelsesstruktur? Det pågår kontinuerlig lokalt forbedringsarbeid i helseforetaket. En organisasjonsgjennomgang av hele helseforetaket skal ikke erstatte slikt arbeid, men skal supplere og kunne gi et bilde på om det er enkelte strukturelle forhold som må løses på et høyere nivå i organisasjonen for å legge forholdene bedre til rette for lokalt forbedringsarbeid.

Prosjektet skal også se spesielt på organisering av stab og støttetjenester i Oslo sykehuservice, samt teknologiområdet.

7.5. Mobilisering av medarbeidere og ledere

Bemanningsbehovene fremover er mange og sammensatte. Rekruttering kan aldri dekke behovet alene, og må alltid ses i sammenheng med tiltak knyttet til å; beholde og utvikle ansatte, utdanne og videreutdanne ansatte, samt sikre at kompetanse brukes riktig og fornuftig. Oppmerksomhet om turnover, god organisering og god ressursstyring er vesentlig.

I 2015 ble det opprettet en arbeidsgruppe knyttet til strategisk profilering av Oslo universitetssykehus som arbeidsplass. Arbeidet har resultert i en strategisk handlingsplan knyttet til profileringsaktiviteter og satsingsområder innen rekruttering som favner hele sykehuset. Satsingsområder og tiltak i handlingsplanen vil være hovedområder for arbeidet på rekrutteringsområdet i 2016.

Oslo universitetssykehus arbeider kontinuerlig med å redusere antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene ved foretaket. Felles ressursplanleggingssystem er implementert og med dette som utgangspunkt er det i 2015 er det utviklet nye standardiserte rapporter. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene er tema ved ledelsens tertialgjennomgang med hver klinikk, i tillegg til den månedlige gjennomgangen i hver klinikk hvor tiltak og rapporter blir behandlet og fulgt opp i linjen.

Oslo universitetssykehus var underlagt tilsyn fra Arbeidstilsynet i 2014 som resulterte i to pålegg for 2015. Ett pålegg om arbeidstidsordninger i Prehospitalet senter er oppfylt. Det andre pålegget omhandler hvordan Oslo universitetssykehus arbeider med oppfølging og rapportering av arbeidstid, blant annet er Oslo universitetssykehus pålagt å følge klinikkene tett. Det er gjennom året holdt klinikkvise møter på avdelingsnivå om tiltak for å unngå brudd og riktig planlegging og registrering i ressursplanleggingssystemet. Tiltak for å unngå brudd på arbeidstidsbestemmelsene er i hovedsak knyttet til kompetanseheving hos ledere og å sikre kompetanse samt målrettede tiltak mot utsatte enheter.

Arbeidet med å redusere andel deltidsansatte er videreført i 2015. For alle tverrgående grupper tilbyr Oslo universitetssykehus dem som er ufriwillig deltidsansatte å øke stillingsandelen dersom de for ansettelse i restandelen knytter seg opp til Personalfremidling. Dette gjelder for eksempel sykepleier, spesialsykepleier, hjelpepleier, helsesekretær, sekretær, miljøarbeider og miljøterapeut. Andel deltid i Oslo universitetssykehus er på et lavt nivå.

7.6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Oslo universitetssykehus HF står fremdeles overfor store økonomiske utfordringer i langtidsplanperioden. Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre store investeringer de nærmeste årene for å oppgradere eksisterende eiendomsmasse i samsvar med krav fra tilsyn, sikre oppdatert medisinsk teknisk utstyr og gå over på nye IKT-løsninger. Dette vil øke avskrivningskostnadene og fakturerte IKT-kostnader fra Sykehuspartner.

Oslo universitetssykehus HF fikk ved fremleggelse av Statsbudsjettet for 2012 og 2014 stilt til rådighet 1 575 millioner kroner til omstillingsinvesteringer (Fase 1). For 2016 er det planlagt investeringer for 163 millioner kroner innenfor denne tildelingen. Videre er foretaket blitt prioritert i de regionalt finansierte IKT-prosjektene.

Det er en tett dialog med Helse Sør-Øst RHF om investeringsbehovet knyttet til både omstillingen og det løpende behovet for utskiftinger og oppgraderinger. I planperioden er det nødvendig med betydelige utskiftinger i medisinsk teknisk utstyr og omfattende vedlikehold/investeringer i eksisterende bygningsmasse i påvente av nye klinikkbygg. Oslo universitetssykehus HF fikk ved fremleggelse av Statsbudsjettet for 2016 stilt til rådighet 1 260 mill kroner til oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer (Fase 2). Investeringene inkluderer tiltak for å håndtere de viktigste og mest tidskritiske pålegg fra ulike tilsynsmyndigheter. Styret behandlet investeringsbudsjett den 17. desember 2015.

Oslo universitetssykehus HF revurderte arealutviklingsplanen i 2012 og har i perioden 2013-2015 gjennomført idéfaseutredninger for flere alternativer for erstatning av gamle bygg og reduksjon av den totale eiendomsmassen i foretaket. Det planlegges for sluttbehandling den 28. januar 2016. Oslo universitetssykehus HF har som del av behandling av Økonomisk langtidsplan 2016-2019 fremmet ønske om å gjennomføre en forsert plan for både utskifting av medisinsk teknisk utstyr og utbedring av bygningsmassen. Med bevilget lån for oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer er det sikret nødvendig finansiering for utbedring av bygningsmassen. Likviditetssituasjonen i Helse Sør-Øst RHF begrenser fremdeles Oslo universitetssykehus HF mulighet for å gjennomføre en forsert plan for utskifting av medisinsk teknisk utstyr.

Driftssituasjonen for Oslo universitetssykehus HF blir noe svekket for 2016 grunnet underregulering og redusert pris (avbyråkraterings- og effektiviseringsreformen) for aktivitetsbaserte inntekter og redusert basisramme fra Helse Sør-Øst RHF som følge av korreksjoner i inntektsmodellene. Driftssituasjonen for de kommende årene vil være krevende med tanke på å oppnå nødvendig resultatforbedring. Utfordringen for foretaket er å redusere kostnadene ved å øke produktiviteten i organisasjonen. Mulighetene for resultatforbedring gjennom 2016 og de kommende årene er blant annet knyttet til at den somatiske døgnvirksomheten på Aker kan trappes ned og erstattes med dagkirurgi, at foretaket tar i bruk gjennomgående IKT-systemer, og at det legges til rette for ytterligere samlokalisering av fagområder og etablering av bærekraftige driftsenheter. Utover dette krever produktivetsforbedringer at økt aktivitet i stor grad gjennomføres med eksisterende bemanning, at bemanning flere steder må bli redusert og at fellestiltak i Oslo universitetssykehus blir besluttet og gjennomført.

- Styret vedtok i desember en områdeplan for IKT. I denne planen er det prioritert Oppgradering av IKT infrastruktur ved Oslo universitetssykehus HF.

I 2016 vil Oslo universitetssykehus HF styres etter et budsjettert overskudd 225 millioner kroner. Dette innebærer en forbedring av resultatet med 50 millioner kroner fra budsjett 2015. Kravet til forbedring av drift er likevel betydelig høyere enn kravet til resultatforbedring, og beregnet til om lag 3 prosent. Den overordnede oppgaven for den økonomiske styringen de neste årene vil være å bidra til at driften i Oslo universitetssykehus HF kan gi positive likviditetsbidrag til framtidige investeringer.

Utkast

DEL IV: VEDLEGG

8. Vedlegg

Vedlegg 1: Årsrapport brukertvalget

Utkast

Årsrapport 2015

for Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF

Innledning

Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus ble oppnevnt i styresak 68/2009. Nytt brukerutvalg 2015-2017 ble oppnevnt i styresak 46/2015. Brukerutvalgets viktigste oppgave er å bidra til kvalitetsforbedring, primært på systemnivå slik at pasienter og pårørende opplever et velfungerende sykehus med god kvalitet på helsetjenestene.

Brukerutvalget har avholdt 8 møter á 4 timers varighet i 2015.

Brukerutvalget som ble oppnevnt i 2013 i styresak 43/2013, med to års funksjonstid, hadde følgende sammensetning:

Tove Nakken, Kreftforeningen, leder

Heine Århus, Foreningen for hjertesyke barn /FFO, nestleder

Kim Fangen, Nye Pluss- hivpositives landsforening /FFO

Tommy Sjøfjell, A-larm

Twinkle Dawes, Innvandrerkvinnens ressurs og aktivitetsforum

Helga Skåden, Mental Helse Norge /FFO

Ane Ringstad Næss, Rådgivning om spiseforstyrrelser /FFO

Lilli-Ann Stensdal, Norges Handikapforbund /SAFO

Grete Müller, Norsk Forbund for Utviklingshemmede /SAFO

Veslemøy Ruud, Norges Astma- og Allergiforbund /FFO

John Bjørnøy, Landsforening for hjerte- og lungesyke /FFO

Kolbjørn Forfang, Pensjonistforbundet

Nytt brukerutvalg for 2015- 2017 består av følgende representanter:

Tove Nakken, Kreftforeningen, leder

Lilli-Ann Stensdal, Norges Handikapforbundet /SAFO, nestleder

Heine Århus, Foreningen for hjertesyke barn /FFO

Kim Fangen, Nye Pluss- Hivpositives landsforening

Twinkle Dawes, Innvandrerkvinnens ressurs- og aktivitetsgruppe

Veslemøy Ruud, Norges Astma- og Allergiforbund /FFO

Tommy Sjøfjell, A-larm

Ane Ringstad Næss, Rådgivning om spiseforstyrrelse /FFO

Kjell Silkoset, Personskadeforbundet /FFO

Arne Olav Grønbeck Hope, Norges Handikapforbund/SAFO

Stine Bjerklund Dybvig, Cerebral parese-foreningen/FFO

Tayyab M. Choudri, Internasjonal helse- og sosialgruppe

Eli Rasmussen, Kreftforeningen

Kristin Borg, Pensjonistforbundet

Følgende er utnevnt av ledelsen ved Oslo universitetssykehus som arbeidsutvalg: Tove Nakken - leder, Lilli-Ann Stensdal - nestleder, Kjell Silkoset og Stine Bjerklund Dybvig.

Representasjon fra ledelsen ved Oslo universitetssykehus

Leder av seksjon for samhandling, pasient- og pårørendeopplæring, Kari Skredsvig og viseadministrerende direktør Tove Strand har vært fast møtende representant fra ledelsen. Administrerende direktør, Bjørn Erikstein har møtt for dialog i direktørens time. Videre har en rekke representanter fra ledelsen møtt brukerutvalget i forbindelse med ulike saker.

Brukerutvalgets kontakt med styret

Leder og nestleder har deltatt som observatører på styremøter. Brukerutvalget har hatt et felles møte med styret 28. oktober 2015, for å orientere om sin virksomhet og for dialog (styresak 71/2015).

Deltakelse i prosjekter, råd og utvalg 2015

- Barne- og ungdomsprogrammet, Veslemøy Ruud
- Biobank- og registerutvalget, Tove Nakken
- Brukerutvalget - Sykehusapotekene HF, Veslemøy Ruud
- Brukerutvalget - Aker helsearena, Veslemøy Ruud
- Fagråd for klinisk forskningspost, Kim Fangen
- Forum for pasient- og pårørendeopplæring, Lilli-Ann Stensdal og Ane Ringstad Næss
- Koordinerende enhet, Kim Fangen og Lilli-Ann Stensdal (vara)
- Minimetodeutvalget, Tove Nakken
- Nettverk for brukere innen pasient- og pårørendeopplæring, Lilli-Ann Stensdal
- Nytt klinikkbygg og idefase Radiumhospitalet, Tove Nakken (avsluttet)
- Nytt klinikkbygg Ullevål, Kolbjørn Forfang/Tove Nakken
- Organisasjonsprosjektet
 - Styringsgruppe, Tove Nakken
 - Delprosjekt 1, Tommy Sjøfjell
- Prosjektet 'Vel hjem'
 - Styringsgruppe, Kjell Silkoset
 - Prosjektgruppe, Tayyab Chaudri
- Regionalt forskningsutvalg, Tove Nakken
- Regionalt nettverk for kontinuerlig forbedring, Kim Fangen
- Fremtidens OUS, idefaseprosjektet
 - Styringsgruppe, Tove Nakken
 - Faglig rådgivningsgruppe, Heine Århus
- Styringsgruppa kapasitetsutvalget, Tove Nakken (avsluttet)
- Styringsgruppa kreftbiobank, Tove Nakken
- Ungdomsrådet, Ane Ringstad Næss, Veslemøy Ruud (vara)

Konferanser/seminarer/arrangementer hvor brukerutvalgets medlemmer har representert Oslo Universitetssykehus

- Samling for ledere og nestledere av brukerutvalg i Helse Sør-Øst, Lilli-Ann Stensdal og Tove Nakken
- «International forum on quality and safety in healthcare» i London, Kim Fangen (poster)
- Den nasjonale pasientsikkerhetskonferansen, Veslemøy Ruud
- Nasjonalt topplederprogram, Tove Nakken (foreleser)
- HIV 15, Kim Fangen (arrangør og foreleser) og Veslemøy Ruud
- Brukerrådsseminar arrangert av KPHA, Tommy Sjøfjell og Tayyab Chaudri
- Helse i utvikling 15, Tove Nakken (foreleser)

Representasjon i klinikkvise brukerråd ved Oslo universitetssykehus

- Brukerrådet – Avdeling rus og avhengighet, Tommy Sjøfjell
- Brukerrådet – Hjerne-, lunge- og karklinikken, Veslemøy Ruud
- Brukerrådet – Klinik for kirurgi- og nevrofag, Kolbjørn Forfang/Stine B Dybvig

- Brukerrådet – Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken, Tove Nakken
- Brukerrådet – Klinikk psykisk helse og avhengighet, Tommy Sjøfjell
- Brukerrådet – Kvinne- og barnklinikken, Eli Rasmussen og Heine Århus
- Brukerrådet – Medisinsk klinikk, Lilli-Ann Stensdal
- Brukerrepresentanter for Smerteklinikken, Lilli-Ann Stensdal og Arne Olav G. Hope

Kvalitetsutvalg ved Oslo universitetssykehus

- Det sentrale kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg, Grete Müller og John Bjørnøy/Tove Nakken og Heine Århus
- Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget i Akuttklinikken, Helga Skaaden
- Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget i KKN, Kolbjørn Forfang

Modulbasert brukeropplæring

Alle nyoppnevnte brukerepresentanter deltok på Modul 2 – opplæring for medlemmer av sentralt brukerutvalg, ungdomsråd og brukerråd i klinikk ved Oslo universitetssykehus, 24.08.15 og 07.09.15.

Viktige saker behandlet i brukerutvalget i 2014

Sak 002-15 Handlingsplan Pasientsikkerhet 2015

Brukerutvalget har gitt innspill til denne handlingsplanen.

Sak 003-15, sak 018-15 og sak 36-15 Organisasjonsprosjektet

Brukerutvalget har blitt fortløpende orientert om prosjektet og har kommet med innspill.

Sak 011-15 Dialogmøte mellom brukerutvalg, brukerråd i klinikkene og ungdomsråd

Hensikt var å styrke samarbeidet mellom brukerutvalget, brukerrådene i klinikk og ungdomsrådet, dele erfaringer samt enes om to felles satsningsområder for inneværende år; pakkeforløp og ungdomshelse.

Sak 019-15 Veileder for likemannsarbeid og brukerkontor for pasienter og pårørende i helseforetak og Sykehus

Brukerutvalget har skrevet høringsuttalelse til Helse sør-øst om veilederen.

Sak 025-15 Tilsynssak, nevrokirurgisk forskning

Brukerutvalget ble orientert om nevrokirurgisk forskningsprosjekt i klinikk for kirurgi- og nevrofag, både historikk og om sykehusets tiltak etter tilsyn fra Helsetilsynet.

Sak 026-15, sak 050-15 og sak 069-15 Fremtidens OUS – idefase

Brukerutvalget har blitt fortløpende orientert om prosjektet og har kommet med innspill

Sak 035-15 Revidert kommunikasjonsstrategi

Brukerutvalget har gitt innspill til strategien

Sak 037-15 Det gode pasientmøtet – revidert handlingsplan 2015-2016

Brukerutvalget har gitt innspill til den reviderte handlingsplanen, som er en sammenslåing av de tre foregående handlingsplanene for 2014-2016; Brukermedvirkning, Pasient og pårørendeopplæring og Det gode pasientmøtet.

Sak 045-15 Brukerrepresentasjon i administrerende direktørs pasientsikkerhetsvisitter

Brukerutvalget støtter denne ordningen, hvor en representant fra brukerrådet i den aktuelle klinikken inviteres til å delta på visitten.

Sak 055-15 SMS-varsling

Det er en utfordring at det i SMS-varslingene ikke fremkommer hvilket sykehus pasientene skal

møte opp på. Brukerutvalget følger stadig denne saken.

Sak 056-15 Timeavtale på konsultasjoner fram i tid

Brukerutvalget ønsker, i samråd med administrerende direktør, å se på hvordan de kan påvirke at pasienter kan få en timeavtale på timer langt frem i tid.

Sak 057-15 Konsultasjons- og liassonteam

Brukerutvalget støtter dette prosjektet og håper det vil implementeres i vanlig drift i 2016

Sak 064-15 Pakkeforløp

Brukerutvalget ble orientert om status for implementeringen av pakkeforløpene og ønsker at det jobbes for at det tilrettelegges for gjennomføring av informasjon, opplæring og samvalg i pakkeforløpene

Viktige spørsmål fra brukerutvalget til ledelsen i administrerende direktørs time

Sak 007-2015

- Informasjon om tilgang til Min journal og epikriser i forståelig språk
- Planer for nytt brystkreftsenter

Sak 028-2015

- Gjenoppbygging/utvidelse av pusterommet ved Kreftsenteret på Ullevål
- Fødesituasjonen ved Oslo universitetssykehus
- Ønske om oppdaterte pasientsikkerhetstall på nettsiden til OUS
-

Sak 038-2015

- Stengning av bassengene på Rikshospitalet og Radiumhospitalet
- Bruk av parfyme i renholdsprodukter og av ansatte på sykehuset
- Lange ventetider på gynekologisk avdeling

Sak 062-2015

- Utilfredsstillende resultater i enkelte av pakkeforløpene
- Rutiner for å fange opp alkohol og rus som bakenforliggende årsak til sykdom og skader i somatikken, samt om forskning i denne forbindelse

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. januar 2016

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

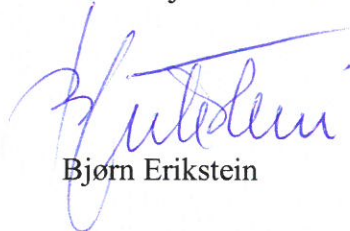
Vedlegg: Ingen

SAK 6/2016 BUDSJETT 2016

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering og ber administrerende direktør om å følge opp virksomheten basert på de oppdaterte aktivitets og resultattall som fremgår av styresak 6/2016.

Oslo den 21. januar 2016



Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING

Denne styresaken følger opp styrets beslutning om budsjett for 2016 for Oslo universitetssykehus HF den 17. desember 2015. Saken inneholder i hovedsak oppfølging av styrets vedtak om å gi en redegjørelse om opplegg for driften av virksomheten, vurdering av aktivitetskrav for psykisk helse og avhengighet og gjennomføring av investeringsbudsjett 2016. Likviditetsbudsjett er nå utarbeidet for 2016 og omtales i denne saken.

Oslo universitetssykehus HF har mottatt budsjettsskriv nr. 1 Økonomisk langtidsplan 2017-2020 - Budsjett 2017. Saken inneholder derfor en kort omtale om prosess for utarbeidelse av økonomisk langtidsplan.

2. TIDLIGERE VEDTAK

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 78/2015 Budsjett 2016 den 17. desember 2015:

- 1. Styret legger til grunn et positivt økonomisk resultat på 225 millioner kroner eller bedre som økonomisk styringsmål for 2016.*
- 2. Styret ber administrerende direktør komme tilbake i neste møte med en redegjørelse om opplegg for driften av virksomheten. Herunder utviklingen i de viktigste kostnadselementene og konsekvensen av endringer i disse.*
- 3. Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2016 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 78/2015. Styret ber samtidig spesielt om at aktivitetskrav for psykisk helse og avhengighet gjennomgås og kvalitetssikres.*
- 4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter.*
- 5. Styret ber administrerende direktør legge de vedlagte investeringsplanene til grunn for investeringene i 2016.*
- 6. Administrerende direktør gis fullmakt til å ta opp langsiktige lån fra Helse Sør-Øst RHF og inngå nødvendige leieavtaler for å finansiere investeringer i samsvar med tabell 3 og innenfor gitte fullmakter gitt av Helse Sør-Øst RHF.*
- 7. Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.*

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 67/2015 Budsjett 2016 den 28. oktober 2015:

Styret tar sak om budsjett 2016 til orientering.

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 54/2015
Budsjett 2016 den 25. september 2015:

Styret tar saken til orientering.

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 41/2015
Budsjett 2016 den 25. juni 2015:

- 1. Styret tar redegjørelsen om budsjett 2016 til orientering.*
- 2. Styret ber administrerende direktør legge frem en sak til styremøtet 25. september som viser hvordan arbeidet innenfor de ulike tiltaksområdene følges opp.*
- 3. Styret forutsetter et nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner i det videre arbeidet med tiltaksområdene beskrevet i saken og at det gjøres risikovurderinger av tiltaksområdene.*

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Styret vedtok budsjett 2016 den 17. desember og ba om oppfølging av enkelte områder til styremøtet 28. januar 2016. Aktivitetsbudsjettet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er nå høyere etter en dialog med Helse Sør-Øst RHF og kostnadsrammen til klinikken vil bli vurdert og justert for å kunne oppfylle aktivitetsmålene.

Budsjettet er gjennomgått, og det legges opp til at resultatene i 2016 måles opp mot et høyere budsjett for varekostnader enn det som ble vedtatt i styremøtet.

Administrerende direktør konstaterer at utfordringen for gjennomføring av budsjett 2016 er betydelig for Oslo universitetssykehus HF. Aktiviteten skal øke samtidig som bemanningen må noe ned for å oppfylle resultatkravet om 225 millioner kroner i overskudd. Det er satt som et tydelig fokus for ny ledergruppe at drift av virksomheten har høyeste prioritet for 2016, og dette gjenspeiles i Oslo universitetssykehus HF styringsstruktur. Ukentlig oppfølging av viktige måltall for drift av virksomhetene distribueres til sykehusledelse og klinikkledelse og er gjenstand for ukentlig oppfølging i administrerende direktørs ledermøte.

Det er meget viktig for Oslo universitetssykehus HF å få kontroll på bemanningssituasjonen gjennom 2016. Dette vil derfor bli en høyt prioritert oppgave for ledelsen i 2016.

Det er fremdeles en stor risiko for gjennomføringen av driftsbudsjettet for 2016. Oslo universitetssykehus HF har et samlet ansvar for både drift og investeringer. Investeringsbudsjettet for 2016 er finansiert av overskudd i 2015 og deler av overskuddet i 2016. Administrerende direktør har derfor sett det som nødvendig å planlegge for gjennomføring av et investeringsbudsjett som er 100 millioner kroner lavere enn vedtatt budsjett. Først når det er oppnådd tilstrekkelig sikkerhet for resultatene i 2016 kan det totale vedtatte investeringsbudsjettet gjennomføres.

4. BUDSJETT FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF 2016

4.1. Aktivitetskrav psykisk helse og avhengighet

Styret ba i møte 17. desember 2015 i vedtak 4 om følgende:

«..Styret ber samtidig spesielt om at aktivitetskrav for psykisk helse og avhengighet gjennomgås og kvalitetssikres.»

Det er gjennomført en dialog med Helse Sør-Øst RHF om krav til vekst innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Etter denne dialogen er aktivitetstallene endret. Endringene består av økt krav til antall polikliniske konsultasjoner innenfor psykisk helsevern for voksne, barne- og ungdomspsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

For å kunne realisere den budsjetterte veksten er det behov for en økning i kostnadsrammen til klinikk psykisk helse og avhengighet. Det pågår en dialog med klinikken for å estimere behovet for endring i kostnadsramme. Det er mulig å øke klinikkens kostnadsramme uten å redusere andre klinikkers kostnadsramme ettersom det fremdeles er udisponerte budsjettmidler på fellesposter. Udisponerte midler på fellesposter fremkom etter styrets vedtak om resultatkrav på 225 millioner kroner i overskudd for budsjett 2016.

4.2. Driften i Oslo universitetssykehus HF og utvikling av de viktigste kostnadselementene

Etter vedtak om budsjett 2016 i styremøte den 17. desember er det iverksatt arbeid for å kvalitetssikre og vurdere budsjettene innenfor den nye klinikkstrukturen. Det er foretatt en gjennomgang og vurdering av kostnadselementer i budsjettet i alle klinikker, spesielt med hensyn på forventningsrett budsjettering av varekostnader og andre driftskostnader. Det er vurdert forbruksnivå i 2015 og forventet vekst i aktivitet fra 2015 til 2016. Basert på denne gjennomgangen er budsjettet for varekostnader foreslått økt med 77 millioner kroner og dette medfører en tilsvarende reduksjon i lønnsbudsjettet. Vedlagt tabell 2 viser Oslo universitetssykehus HF budsjett som det nå legges opp til at foretaket skal rapportere opp mot for 2016. I tabell 2 fremstår endring i varekostnader med kun 48 millioner kroner. Dette skyldes at Oslo universitetssykehus HF er blitt bedt om å føre viderefakturerte medikamentkostnader som en kostnadsreduksjon i regnskap og budsjett for 2016 (fra brutto til nettoføring).

Det er fremdeles risiko knyttet til gjennomføring av budsjettet for varekostnader. Dette er dels knyttet til at det i løpet av 2016 kan bli fattet beslutninger om å ta i bruk ytterligere medikamenter i pasientbehandlingen. Spesielt innenfor kreftområdet er dette en betydelig budsjett risiko. Det er også knyttet en del usikkerhet til når redusert kronekurs vil medføre økte varekostnader. Mange avtaler er flerårige der kjøper i et visst omfang er sikret en pris i norske kroner. Over tid vil imidlertid svekket kronekurs påvirke varekostnadene. Det er budsjettert med prisvekst 2,7 prosent i henhold til statsbudsjettet og tildeling fra Helse Sør-Øst RHF, og ikke avsatt for ytterligere risiko knyttet til konsekvenser

av vesentlig økte importpriser og eventuelle beslutninger om bruk av nye legemidler.

Styret har bedt om å få forelagt utviklingen i de viktigste kostnadselementene i Oslo universitetssykehus HF. Det har derfor blitt gjennomført en analyse av tall for tidligere års regnskaper. Regnskapet for 2015 ble imidlertid rapportert første gang den 20. januar, samme dag som denne styresaken ble sluttført. Tall for 2015 bør inngå i en slik fremstilling, og det legges derfor opp til at en nærmere sammenlikning som også omfatter 2015 først kan presenteres i styremøtet.

Årsverksbudsjettet

Budsjettering av lønnskostnader avleder et budsjett for bemanning. Styret ble i vedlegg til budsjettsaken forelagt en tabell med budsjetterte årsverk for 2016. Årsverksbudsjetter er gjennomgått og oppdatert i dialog med klinikkene. En reduksjon i lønnskostnadene fører isolert sett til redusert antall årsverk, men det er også foretatt andre oppdateringer. Samlet sett er det nå større samsvar mellom budsjetterte lønnskostnader og budsjetterte årsverk. Totalt årsverksbudsjett for internt finansierte stillinger er beregnet til om lag 17 000 årsverk. Dette innebærer at helseforetaket må redusere antall årsverk med i overkant av 100 i 2016 sammenliknet med gjennomsnitt for 2015.

Gjennomføring av virksomheten i 2016

For å gjennomføre drift i 2016 i henhold til budsjett er det tre sentrale områder for drift av Oslo universitetssykehus HF som følges tett opp av sykehusledelsen:

- Poliklinikk
- Sengeposter
- Operasjon

I tillegg blir det gjennomført tiltak som styrker oppfølging av den generelle bemanningssituasjonen i den enkelte klinikk. Sentrale staber og klinikkstabene innen HR og økonomi har som en hovedoppgave for 2016 å følge opp og kontrollere alle endringer i bemanning i de enkelte enhetene i helseforetaket.

Områdene ovenfor er gjennomgått med ledergruppen og god drift av virksomheten er tydeliggjort som den viktigste oppgaven for lederutøvelse i 2016 i Oslo universitetssykehus HF. Dette var også et hovedtema på årets ledersamling 14-15 januar.

For å få en bedre oppfølging i lederlinjen av målene for aktivitet, ressursbruk og resultater ble «min rapport» innført i 2015. Dette er en form for rapportering som går direkte på e-post til klinikk og avdelingsledere mandag hver uke. Rapportene inneholder foregående ukes resultater slik at ledelsen kommer tettere på driften. Tallene blir gjennomgått hver uke i administrerende direktørs ledermøte og forventes gjennomgått i ledermøtene i klinikk.

Det vil bli inngått lederavtaler mellom administrerende direktør og klinikkleder. Avtalene vil inneholde måltabell som inneholder de viktigste aktivitets- ressurs og resultatkrav. Måltabellen følges opp gjennom «min rapport» og månedlige møter mellom administrerende direktør og klinikkleder.

4.3. Gjennomføring av investeringsbudsjett for 2016

Finansieringskildene for investeringsbudsjett 2016 ble vist i budsjettsak 78/2016. Det var blant annet lagt til grunn et forventet overskudd på 175 millioner kroner for 2015. Videre ble likviditet tilsvarende 100 millioner kroner av budsjettert overskudd på 225 millioner kroner i 2016 budsjettet forutsatt benyttet som finansieringskilde. Så lenge det er usikkerhet om resultat 2015 og 2016 kan man planlegge, men ikke gjennomføre det totale investeringsbudsjettet for 2016. For å håndtere denne risikoen er 100 millioner kroner av investeringsbudsjettet gitt forsinket oppstart. I vedlagte tabell vises de investeringsområdene som utsettes inntil risiko for avvik i resultatoppnåelse blir vurdert som redusert.

4.4. Kontantstrømbudsjett 2016

Kontantstrømbudsjettet for 2016 er avledet av resultatbudsjettet og investeringsbudsjettet. I det periodiserte kontantstrømbudsjettet er inntekter, kostnader og investeringer periodisert til måneden innbetalingene og utbetalingene forventes å skje.

Kontantstrømbudsjettet for 2016 i henhold til tabellen under viser en positiv endring i likviditeten gjennom året på om lag 180 millioner kroner med et budsjettert positivt årsresultat på 225 millioner kroner. Det er to forklaringer på forskjellen mellom resultat og endring likviditet. Budsjettert pensjonskostnad for 2016 er betydelig høyere enn budsjettert pensjonspremie, som bidrar positivt med 341 millioner kroner. Investeringene i 2016 finansieres av årsresultatet for 2016, årsresultat for 2015, likviditet fra Helse Sør-Øst RHF og innvilgede lån. For kontantstrømbudsjettet innebærer dette at gjennomføring av investeringsbudsjettet reduserer likviditeten med om lag 400 millioner kroner.

Det periodiserte kontantstrømbudsjettet fluktuerer betydelig hver måned som en følge av at en del forpliktelser kommer til utbetaling annenhver måned eller kvartalsvis. Oslo universitetssykehus HF har en driftskredittramme på 3 507 millioner kroner og den budsjetterte månedlige likviditetsreserven er vurdert som tilstrekkelig og med en god margin i forhold til innvilget driftskredittramme.

Beløp i millioner kroner

Årsresultat og endring i likviditet 2016	
Årsresultat	225
Forskyvning av pensjonspremie og arbeidsgiveravgift	341
Andre periodiseringer og poster uten likviditetseffekt	-1
Finansiering av ordinære investeringer	355
Finansiering av omstillingsinvesteringer og vedlikehold	470
Betalinger for investeringer og Sykehuspartner	-1 208
Endring likviditet	181

4.5. Økonomisk langtidsplan 2017-2020 – Budsjet 2017

Oslo universitetssykehus HF har mottatt budsjettskriv nr. 1 for utarbeidelse av økonomisk langtidsplan 2020-2017 og budsjett for 2017. Skrivet inneholder en prosessbeskrivelse og mål for planperioden.

Mål for planperioden 2020-2017

I oppdragsdokument 2016 til Helse Sør-Øst RHF vises det til Regjeringens overordnede målsetninger. Disse forutsetter at virksomheten skal innrettes med sikte på å nå følgende overordnede mål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Helse Sør Øst RHF har fra Plan for strategisk utvikling 2013-2020 tidligere definert følgende mål:

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

Samtlige mål for Helse Sør-Øst vil bli revidert i forbindelse med regional utviklingsplan.

Prosess

10. mars	Helse Sør-Øst RHF styre behandler planforutsetningene i økonomisk langtidsplan
14. mars	Foretakene mottar maler og rammeforutsetninger
17. mars	Oslo universitetssykehus HF Styre får forelagt en beskrivelse av utfordringene og dilemmaene i økonomisk langtidsplan. Dersom rammer mottas 14. mars vil de kunne bli gjennomgått i møtet.
14. april	Helseforetak og sykehus leverer sine innspill til økonomisk langtidsplan til Helse Sør-Øst RHF
22. april	Administrativt dialogmøte med Helse Sør-Øst RHF om økonomisk langtidsplan
28. april	Oslo universitetssykehus HF Styre behandler økonomisk langtidsplan
Primo mai	Oslo universitetssykehus HF leverer oppdatert økonomisk langtidsplan etter styrebehandling
Ultimo mai	Oppfølgingsmøter 1. tertial med Helse Sør-Øst RHF

TABELL 1 - Aktivitetsmål for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Psykisk helsevern	Budsjett 2015	Faktisk 2015	ØLP 2016	Budsjett 2016 (17.12.15)	Budsjett 2016 (28.1.16)	Endring fra 17.12
Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus						
Antall liggedøgn døgntbehandling	73 322	72 075	73 322	67 834	67 834	0
Antall utskrevne pasienter døgntbehandling	1 701	1 797	1 735	1 744	1 744	0
Antall oppholdsdager dagbehandling	-	-	-	-	-	-
Antall polikliniske konsultasjoner	82 532	92 381	84 018	90 707	94 988	4 281
Barne - og ungdomspsykiatri						
Antall liggedøgn døgntbehandling	5 163	5 531	5 163	5 394	5 394	0
Antall utskrevne pasienter - døgntbehandling	131	124	131	142	142	0
Antall oppholdsdager dagbehandling	2 994	3 493	-	3 796	3 796	0
Antall polikliniske konsultasjoner	50 720	42 921	51 430	43 591	45 494	1 903
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere (TSB)						
Antall liggedøgn døgntbehandling	27 448	24 819	27 448	24 361	24 361	0
Antall utskrevne pasienter - døgntbehandling	2 999	2 848	2 999	3 052	3 052	0
Antall oppholdsdager dagbehandling	300	131	-	-	-	-
Antall polikliniske konsultasjoner	14 052	20 869	14 122	19 335	21 278	1 943

TABELL 2 - Resultatbudsjett 2016 (hovedtall)

Beløp i tusen kroner

Resultatbudsjett	Budsjett 2015	ØLP 2016 (2015-priser)	Budsjett 2016 (17.12.15)	Budsjett 2016 (28.1.16)	Endring fra 17.12
Basisramme	12 411 298	12 394 633	12 642 911	12 642 911	0
Aktivitetsbaserte inntekter	7 620 706	7 735 016	7 914 201	7 914 201	0
Andre inntekter	1 913 409	1 925 162	2 045 059	2 016 059	-29 000
Sum driftsinntekter	21 945 413	22 054 811	22 602 171	22 573 171	-29 000
Varekostnader inkl. kjøp av helsetjenester	2 786 770	2 843 376	3 000 144	3 048 144	48 000
Lønn- og innleiekostnader	15 246 109	15 084 033	15 472 409	15 395 409	-77 000
Avskrivninger/nedskrivninger	862 000	899 129	884 000	884 000	0
Andre driftskostnader	2 862 975	2 923 273	3 022 423	3 022 423	0
Sum driftskostnader	21 757 854	21 749 811	22 378 976	22 349 976	-29 000
Resultat før finans	187 559	305 000	223 195	223 195	0
Netto finans	-12 559	-5 000	1 805	1 805	0
Driftsresultat	175 000	300 000	225 000	225 000	0

TABELL 3 - Investeringsbudsjett for 2016

Beløp i mill kroner

Investeringsbudsjett (ekskl. byggelånsrenter)		Budsjett 2016	Budsjett 2016 - gjennomføring	Utsatt gjennomføring
Ordinære investeringer	MTU	222	154	(68)
	Bygg	111	89	(22)
	Annet	32	32	-
	Egenkapital pensjon	45	45	-
	IKT	35	25	(10)
	SUM	444	344	(100)

TOTALT	MTU	375	307	(68)
	Bygg	689	667	(22)
	Annet	70	70	-
	Egenkapital pensjon	45	45	-
	IKT	35	25	(10)
	SUM	1 213	1 113	(100)

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. januar 2016

Saksbehandler: Direktør Forskning, Innovasjon og Utdanning

Vedlegg: Ingen


SAK 7/2016 CØLIAKIFORSKNING – FORSKNING I VERDENSKLASSE

Senter for immunregulering er et Senter for Fremragende Forskning (SFF) ved Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus. Senterets leder, Ludvig Sollid vil gi en presentasjon styremøtet.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 21. januar 2016



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. januar 2016

Saksbehandler: Viseadministrerende direktører medisin, helsefag og utvikling

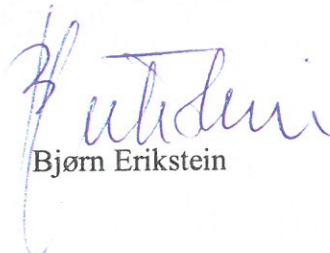
Vedlegg: 1. Ekstern kvalitetssikring
2. Revidert kapittel 13 om plan for videre utredning

**SAK 8/2016 IDÉFASE OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF,
KONKRETISERING ETTER HØRING**

Forslag til vedtak:

1. Styret tar informasjonen fra ekstern kvalitetssikring av «Idéfase Oslo universitetssykehus» til orientering.
2. Styret ber om at «Idéfase Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring», oversendes til Helse Sør-Øst RHF for videre behandling. Styret anbefaler på grunnlag av idéfaseutredningen, og det som er framkommet i kvalitetssikringen at følgende legges til grunn for det videre arbeidet:
 - a. Styret gir sin tilslutning til at et framtidig målbilde for Oslo universitetssykehus med ett samlet og komplett regionssykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner, ett lokalsykehus på Aker og krefitbehandling på Radiumhospitalet, er å foretrekke. Styret konstaterer imidlertid at det foreligger risikoer som bør avklares nærmere og finner ikke grunnlag på dette tidspunkt å legge bort noen av alternativene eller noen av etappene. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med forslag til avgrensninger av alternativer og/eller etapper og oppstart av idé-/konseptfaser når de største usikkerhetsfaktorene er mer avklart, herunder at det er foretatt de nødvendige avklaringer med Helse Sør-Øst RHF.
 - b. Styret ber Helse Sør-Øst RHF vurdere om 0-alternativet kan gis en forenklet utredning i konseptfasen, da det allerede etter idéfaseutredningen er åpenbart at dette ikke er et egnet alternativ.
 - c. Styret ber Helse Sør-Øst vurdere hvordan skalering av lokalsykehus/-funksjonen skal tilpasses framtidig kapasitetsbehov i hovedstadsområdet.
3. Styret ber om at idéfaserapporten for Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner og idéfaserapporten for Radiumhospitalet oversendes til Helse Sør-Øst RHF og anbefales ført videre som egne konseptfaser. Styret ber Helse Sør-Øst vurdere finansieringsform for disse prosjektene.

Oslo, den 21. januar 2016


Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

På bakgrunn av styrets vedtak 9. april og de utredningene som er foretatt i idéfase Oslo universitetssykehus, foreligger det nå tre alternative framtidige målbilder for bygningsmassen i Oslo universitetssykehus HF. Disse er prinsipielt ulike både når det gjelder fysisk struktur og tilhørende konsekvenser for organisering og lokalisering av sykehusets funksjoner:

- 0-alternativet innebærer å forbli på dagens lokalisasjoner med oppgradering av dagens bygg og enkelte nybygg for å dekke behovet for økt kapasitet.
- I Alternativ 2, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, vil Ullevål sykehus være lokalsykehus for alle bydeler Oslo universitetssykehus har ansvaret for, områdesykehus for store deler av den medisinske og kirurgiske virksomheten, samt regionsykehus med spisset akuttvirksomhet inkludert multitraume med tilhørende regionsfunksjoner. Hoveddelen av sykehusfunksjonene innen psykisk helse og avhengighet samles i dette alternativet på Ullevål. På Gaustad vil regionfunksjoner og nasjonale funksjoner som ikke har avhengighet til traumevirksomheten samles samt funksjoner for barn inkl. spesialsykehuset for epilepsi.
- I Alternativ 3, delvis samling på Gaustad, bygges det nåværende Rikshospitalet ut til et komplett regionssykehus med nasjonale funksjoner, alle regionale funksjoner som er tillagt Oslo universitetssykehus, samt lokal- og område funksjoner for inntil tre bydeler. Akutfunksjonen med multitraume legges dermed også til dette sykehuset. I tillegg foreslås det etablert et stort lokalsykehus for minst tre av Oslo universitetssykehus seks bydeler på Aker. Psykisk helsevern og rusbehandling vil i stor grad samles på Aker.

Etter styrebehandling 17. desember 2015 er ekstern kvalitetssikrers vurderinger og konklusjoner mottatt. Den endelige rapporten foreligger ikke per dato, men Oslo universitetssykehus har mottatt en presentasjon som inneholder de ulike elementene som rapporten vil bestå av. Denne er også presentert og drøftet i styringsgruppa for prosjektet. Den overordnede vurderingen fra kvalitetssikringen er vist i styresakens faktabeskrivelse sammen med Oslo universitetssykehus' vurderinger knyttet til dette, og presentasjonen ligger ved styresaken som vedlegg. Kvalitetssikrer har i presentasjonen understreket, på tross av de merknader som fremkommer, at det er viktig at prosjektet føres videre.

Plan- og bygningsetaten har levert sin innstilling til byrådsavdelingen for byutvikling, og byrådet i Oslo kommune har avgitt en uttalelse til de aktuelle alternativene. Byrådet støtter i sitt møte 21. januar 2016 Alternativ 3 Delvis samling på Gaustad med lokalsykehus på Aker.

Statens vegvesen har i to brev av 12. januar 2016 og 19. januar 2016 svart på Oslo universitetssykehus sin henvendelse om veiløsninger. Statens vegvesen skriver at det er svært vanskelig å bygge lokk og anbefaler at det utredes/planlegges en bred bro inntil 50 meter bred.

Byrådets behandling av saken og siste brev fra Statens vegvesen kom etter at kvalitetssikringen ble presentert.

2. Tidligere sentrale vedtak i styret i saken

Styret for Oslo universitetssykehus HF vedtok i styremøte 29. mars 2012 i sak 18/2012 at videre arbeid med utvikling av bygningsmassen i Oslo universitetssykehus HF skulle ta utgangspunkt i Arealutviklingsplan 2025. Videre ble det besluttet at fag- og virksomhetsstrategi for Oslo universitetssykehus HF skulle utgjøre det faglige grunnlaget for planleggingsarbeidet i idéfasen.

Styret for Oslo universitetssykehus HF vedtok i styremøte 17. desember 2012 i sak 84/2012 strategi for Oslo universitetssykehus 2013-18.

Styret for Oslo universitetssykehus HF vedtok i styremøte 17. desember 2012 i sak 85/2012 igangsettelse av samlet Idéfase for videre utvikling av sykehusets drift, areal og plassering. Styrets enstemmige vedtak var som følger:

- 1. Styret vedtar oppstart av samlet Idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus.*
- 2. Styret ber om å bli holdt løpende orientert.*

Styret i Helse Sør-Øst RHF ga i sitt møte den 14. mars 2013 i sak 020/2013 sin tilslutning til at idéfasearbeidet igangsettes. Det ble presisert at realisering vil kreve en trinnvis prosess som må tilpasses økonomiske rammebetingelser. Styrets enstemmige vedtak var som følger:

- 1. Det er etter styrets oppfatning i den fremlagte utviklingsplanen lagt et godt grunnlag for videreføring av arbeidet med utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, herunder en videre utvikling av bygningsmassen. Styret gir sin tilslutning til at arbeidet videreføres i tråd med det som er skissert.*
- 2. Styret vil påpeke at det fremlagte mandatet for Idéfase beskriver en utvikling som er svært omfattende, med et innhold som omfatter byutvikling, utvikling relatert til Universitetet i Oslo og omfattende samferdselsrelaterte problemstillinger. Både planens omfang og tidshorison er av en slik art at den må kunne sies å ligge på grensen av det som normalt vil være omfattet av en ordinær Idéfase. Styret legger til grunn at realisering og videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF uansett vil kreve en trinnvis prosess med flere enkeltprosjekter som må planlegges innenfor en helhetlig ramme og retning. Det forutsettes at idéfasemandater for enkeltprosjekter som foreslås på basis av dette arbeidet forelegges Helse Sør-Øst RHF for videre arbeid med slike prosjekter igangsettes, og at prosjektene tilpasses de økonomiske rammebetingelser.*
- 3. Styret ber Oslo universitetssykehus HF i sitt videre arbeid nøye vurdere hvordan utviklingsplan og idéfasearbeidet skal avstemmes i forhold til arbeidet med enkeltprosjekter, slik at det sikres et godt fundament for den videre utvikling av helseforetaket.*

4. *Styret forutsetter at det iverksettes nødvendige tiltak ved Oslo universitetssykehus HF for å oppfylle bygningsmessige lovkrav og for å opprettholde en forsvarlig drift inntil den endelige utbyggingen er fullført.*

Styret i Oslo universitetssykehus HF vedtok enstemmig i styremøte 26. juni 2014 i sak 35/2014 følgende:

1. *Styret tar rapport fra Idéfase Oslo universitetssykehus – Campus Oslo med de merknader som fremkom i møtet til orientering*
2. *Styret ber om at rapporten sendes ut på høring som angitt i saksfremlegget*
3. *Styret ber om at bearbeidet rapport med høringsuttalelser og en plan for videre arbeid legges frem for styret etter at høringsrunden er avsluttet.*

Styret i Oslo universitetssykehus HF vedtok enstemmig i styremøte 18. desember 2014 i sak 69/2014 Idéfase Oslo universitetssykehus – Campus Oslo, følgende:

1. *Styret tar redegjørelsen om Idéfase Oslo universitetssykehus-Campus Oslo til orientering.*
2. *Styret ber om at det i idéfaserapporten innarbeides en plan for det videre arbeid med en fremtidsrettet løsning for utviklingen av Oslo universitetssykehus. Planen skal ta hensyn til resultatene av ekstern kvalitetssikring og høring, med spesiell vektlegging av lokalsykehusfunksjonen. Alternativene "Full samling på Ullevål" og "Gaustad Øst" utredes ikke videre nå. Bearbeidet rapport, inkludert plan for det videre arbeid, herunder for virksomheten, legges fram i neste styremøte.*

Styret i Oslo universitetssykehus vedtok i styremøte 9. april 2015 i sak 20/2015 Idéfase Oslo universitetssykehus følgende:

1. *Styret ber administrerende direktør slutføre arbeidet med Idéfase Oslo universitetssykehus i 2015 konsentrert om følgende alternativer:*
 - *0-alternativet.*
 - *Et alternativ der virksomheten er delt mellom to lokaliseringer, Gaustad sør og Ullevål.*
 - *Delvis samling Gaustad sør.*

Styret ber i tillegg om at de tre alternativene beskriver hvordan en lokalsykehusfunksjon eventuelt kan skilles ut herunder skissere:

- *Virksomhetsbeskrivelse for et slikt lokalsykehus.*
 - *Konsekvensene for virksomheten i resten av Oslo universitetssykehus knyttet opp mot de tre alternativene.*
2. *Styret ber administrerende direktør om å gjennomføre en utredning av organiseringen av kreftområdet som en del av idéfasearbeidet, herunder en vurdering av bygningsmessige forhold.*
 3. *Idéfaserapport, versjon 2.0, med justert kapittel 1 og 10 fremlagt i denne saken, skal legges til grunn for det videre idéfasearbeidet i 2015. Resultatet fra idéfasearbeidet i resten av 2015 beskrives i et eget dokument. Samlet*

skal dette gi grunnlag for retningsvalg og hva som utgjør en første etappe inklusiv det virksomhetsmessige innholdet.

- 4. Styret ber administrerende direktør på grunnlag av det samlede idéfasearbeidet om å legge frem forslag til plan for idé-/ konseptfase for Oslo universitetssykehus HF til styremøtet i desember 2015. Denne planen skal inneholde forslag om en første etappe for de aktuelle alternativene, herunder en beskrivelse av virksomhetsinnhold for alle tre alternativene.*
- 5. Styret ber administrerende direktør sikre god kommunikasjon og dialog både internt og eksternt om prosjektet. Herunder forventes det at styret holdes orientert om fremdriften.*

Styret i Oslo universitetssykehus vedtok i styremøte 30. april 2015 i sak 29/2015 Organisering av kreftområdet inkludert bygningsmessige vurderinger følgende:

- 1. Styret legger til grunn av kreftområdet ikke blir hovedelementet i en første etappe for utbygging av Oslo universitetssykehus og at dette innebærer aktivitet på Radiumhospitalet i minst 15 år fremover.*
- 2. Styret ber om at utredning av nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet samkjøres med organisasjonsgjennomgangen av kreftområdet og idéfasearbeidet og tar til etterretning at dette arbeidet vil bli gitt som gave til Oslo universitetssykehus.*

Styret i Oslo universitetssykehus vedtok i styremøte 25. september 2015 i sak 58/2015 Status for mottak av gave: Skisse til klinikkbygg på Radiumhospitalet følgende:

- 1. Styret anerkjenner gaven i form av skisse til nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og vil rette takk til giverne.*
- 2. Styret ber om at det med utgangspunkt i skisseforslaget etableres en egen idéfase for et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet som sammenholdes med planene for vedlikehold av bygningsmassen og med arbeidet med idéfase for hele foretaket.*

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok følgende i styremøte 22. oktober 2015 i sak 66/2015 Oppstart Idefase nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet:

- 1. Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjenner oppstart av idéfase for nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet.*
- 2. Styret legger til grunn at idéfasearbeidet baseres på veilederen for tidligfaseplanlegging av sykehusbygg. Det betyr blant annet at det skal utarbeides et mandat for arbeidet. Mandatet må forelegges Helse Sør-Øst RHF og skal være avstemt med det øvrige planleggingsarbeidet ved Oslo universitetssykehus HF.*
- 3. I henhold til føringer gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet og i oppdragsdokument fra Helse Sør-Øst RHF, skal Sykehusbygg HF benyttes i alle planleggingsfaser for prosjekter over 500 millioner kroner. Dette gjelder også for denne idéfase.*

Styret i Oslo universitetssykehus vedtok i styremøte 17. desember 2015 i sak 82/2015 Idéfase Oslo universitetssykehus HF, konkretisering etter høring, følgende:

1. *Styret ber om at «Idéfase Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring» og ekstern kvalitetssikring, fremmes for endelig behandling i styremøtet 28. januar 2016, med sikte på etterfølgende oversendelse til Helse Sør-Øst RHF.*
2. *Styret ber videre om at idéfaserapporten for Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner og idéfaserapporten Radiumhospitalet inngår i en samlet behandling på idéfasenivå, men anbefales deretter ført videre som egne konseptfaser.*

3. Faktabeskrivelse

Begrunnelsene for etablering av helseregioner og sammenslåingene til Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF er viktig bakgrunn idefaseprosjektet.

I St.meld. nr. 37 (1997–98) angis at *«hovedmotivet for å endre regioninndelingen, er å sikre at Oslo og Akershus plasseres i samme helseregion slik at det legges til rette for en bedre samordning av sykehusstilbudet i hovedstadsområdet for å møte eksisterende og framtidig etterspørsel av sykehus tjenester» og for å*

«... unngå at det bygges opp konkurrerende parallelle funksjoner ved begge sykehus som med fordel kan samles til bare ett sted».

Tilsvarende begrunnes sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst. i St.prp. Nr. 44 (2006-2007) med

«Bedre ressursutnyttelse og koordinering i hovedstadsområdet.

- *Et gode for spesialisthelsetjenesten i hele landet som kommer pasientene til gode*
- *Gi grunnlag for bedre muligheter for rekruttering av helsepersonell og spesialister andre steder i landet*
- *Betydelig gevinstpotensial på ulike områder – både faglig og økonomisk*
- *Bedre muligheter for samordning av fag- og forskningsmiljøer»*

Oslo universitetssykehus trenger nye sykehusbygg. Dette begrunnes med at store deler av bygningsmassen er gammel og dårlig, sykehuset har behov for å møte en forventet betydelig befolkningsvekst, og fordi det er behov for å samle virksomhet for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen. Foreliggende tilleggsutredning viderefører arbeidet med idéfasen i tråd med styrets beslutninger. Rapporteringen fra det samlede idéfasearbeidet består dermed av idéfaserapport versjon 2.0, som ble forelagt styret 9. april 2015 og rapport forelagt styret 17. desember 2015, Framtidens Oslo universitetssykehus, Idéfase Konkretisering etter høring med vedlegg. Som vedlegg til denne styresaken ligger et revidert kapittel 13 i sistnevnte rapport.

Styrets diskusjon i møtet i desember 2014 og styrets vedtak i april 2015 er

fulgt opp med omfattende prosesser og utredninger knyttet til følgende områder:

- Redusere utbyggingen i Gaustad-området
- Utrede kreftområdet
- Utrede lokalsykehus
- Etappeutredning med sikte på å kunne anbefale innholdet i første etappe knyttet til de ulike alternativene for framtidig målbilde.
- Revidering av idéfaseutredning for Regional sikkerhetsavdeling og egen idéfase for Radiumhospitalet
- Ny vurdering av innholdet i «Delt løsning»

Alle utredningene tar utgangspunkt i sykehusets nåværende virksomhetsinnhold og inneholder en virksomhetsmessig beskrivelse.

I tråd med styrets vedtak er det utarbeidet modeller for lokalisering av kreftvirksomheten i Oslo universitetssykehus med vekt på aktiviteten på Radiumhospitalet. En egen idéfaserapport for bygningene på Radiumhospitalet er utarbeidet med utgangspunkt i kreftutredningen og et privat forslag til et nytt klinikkbygg. Modellene for kreftorganisering anbefales bearbeidet videre i konseptfasen for Radiumhospitalet sammen med to fysiske alternativer: "0-alternativet" og ett alternativ som innebærer å etablere et nybygg på 30 000 kvm som erstatter deler av dagens bygningsmasse, samt å oppgradere gjenværende arealer som er nødvendige for en helhetlig løsning. Ved evt. nybygg på Radiumhospitalet legges det til grunn at det vil drives klinisk kreftvirksomhet her i lang tid utover 15 år.

Regional sikkerhetsavdeling ligger i dag på Dikemark i bygg som ikke vurderes som levedyktige på sikt. Nybygg er derfor forutsatt i alle alternativer. Flere mulige lokaliseringalternativer for Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner er vurdert. Tre alternativer anbefales videreført til konseptfase: Ila syd, Dikemark og Gaustad nord. Egen idéfaserapport er utarbeidet. Arealbehovet for regional sikkerhetsavdeling inklusive tilbudet til psykisk utviklingshemmede, autister og lokal sikkerhetsavdeling (tilgrensende funksjoner) er i størrelsesorden 18 000 kvm.

Det er utredet ulike varianter av lokalsykehus under forutsetning av at deler av disse funksjonene i Oslo universitetssykehus skilles fra de regionale og nasjonale funksjonene. Det anbefales at et eventuelt eget lokalsykehus i Oslo universitetssykehus omfatter både lokal- og områdefunksjoner, og dermed et bredt spekter av tjenester innen blant annet indremedisin, akuttkirurgi og psykisk helse og avhengighet. Det er viktig at dette sykehusets omfang vurderes i forhold til Helse Sør-Østs eget kapasitetsprosjekt i hovedstadsområdet. Dette vil være viktig for det videre arbeidet med eventuelt å kunne realisere et nytt sykehus på Aker tomten inkl. å vurdere hvor stor kapasitet dette sykehuset bør ha.

Tre hovedalternativer for fremtidens Oslo universitetssykehus HF er beskrevet, beregnet og evaluert i tråd med styrets vedtak i april 2015:

- Alternativ 1, 0-alternativet,
- Alternativ 2, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad
- Alternativ 3, delvis samling på Gaustad med lokalsykehus et annet sted.

Idéfasene for Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensede funksjoner inngår likt i både Alternativ 2 og Alternativ 3.

Alternativ 1, 0-alternativet, innebærer å forbli på dagens lokalisasjoner med oppgradering av dagens bygg og kun nybygg for å dekke behovet for økt kapasitet. Investeringskostnaden er i størrelsesorden 26 milliarder kroner. Gjennomføres 0-alternativet vil gjennomsnittsalderen for Oslo universitetssykehus bygningsmasse i 2035 være ca. 58 år.

I Alternativ 2, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, vil Ullevål sykehus være en kombinasjon av lokalsykehus for alle bydeler Oslo universitetssykehus har ansvaret for, et områdesykehus for store deler av den kirurgiske og indremedisinske virksomheten, samt regionsykehus med spisset akuttvirksomhet inkludert multitraume og derav nødvendige regionsfunksjoner som nevrokirurgi, thoraxkirurgi, plastikkirurgi, barneanestesi/intensiv og avansert angio-/karintervensjon. Hovedandelen av sykehusfunksjonene innen psykisk helse og avhengighet samles i dette alternativet på Ullevål. På Gaustad vil regionfunksjoner og nasjonale funksjoner som ikke har avhengighet til traumevirksomheten samles samt funksjoner for barn inkl. spesialsykehuset for epilepsi. Den mest aktuelle første etappen for dette alternativet er nybygg på Ullevål. Investeringsanslaget for Alternativ 2 er i størrelsesorden 34 milliarder kroner, og gjennomføres dette alternativet vil gjennomsnittsalderen for bygningsmassen vil være ca. 34 år i 2035.

I Alternativ 3, delvis samling på Gaustad, utvikles et regionsykehus med ansvar for inntil tre bydeler og som derfor har både lokale, område-, regions- og nasjonale funksjoner. Akutfunksjonen med multitraume legges til dette sykehuset. I tillegg etableres det et lokalsykehus for minst tre av Oslo universitetssykehus HFs seks bydeler mest trolig på Aker. Det er to mest aktuelle første etapper; enten nybygg for både akutfunksjoner og lokalsykehus på Gaustad, eller lokalsykehus på Aker. Investeringsanslaget for Alternativ 3 er i størrelsesorden 38 milliarder kroner, og gjennomsnittsalderen for bygningsmassen vil være ca. 27 år i 2035.

Det er gjennomført analyser av økonomisk bærekraft av alle variantene. Det er tatt utgangspunkt i forutsetningene fra Økonomisk langtidsplan 2016-2019 (-35) som ble behandlet av styret i april 2015. Disse analysene viser at både alternativ 2 og 3 har økonomisk bærekraft når rimelige forutsetninger om effektiviseringsmuligheter legges til grunn. 0-alternativet er derimot ikke økonomisk bærekraftig.

Tilleggsutredningen som styret fikk tilsendt til møtet 17. desember ble sendt til ekstern kvalitetssikring. Normalt gjennomføres en slik kvalitetssikring først etter konseptfasen, men Oslo universitetssykehus HF besluttet på grunn av prosjektets omfang og kompleksitet å gjennomføre en ekstern kvalitetssikring også av idéfasearbeidet.

Etter styrebehandling 17. desember 2015 er kvalitetssikrers vurderinger og konklusjoner mottatt. Den endelige rapporten foreligger ikke per dato, men Oslo universitetssykehus har mottatt en presentasjon som inneholder de ulike elementene som rapporten vil bestå av. Denne er også presentert og drøftet i styringsgruppa for prosjektet i møtet 18. januar 2016.

Normalt sett kan man sortere KS-merknader i noen kategorier:

- Merknader uten direkte virkning for videre arbeid (de er nyttige å ha med, men må ikke utløse aksjoner)
- Merknader som må tas hensyn til i videre arbeid
- Merknader som tas hensyn til før prosjektet kan føres videre i beslutningskjeden (dvs. utsettelse av videre planlagte beslutninger)
- Merknader som betyr at prosjektet stoppes/legges bort (evt. «rykk tilbake til start»).

Det understrekes også fra kvalitetssikrer at prosjektet bør videreføres, og at oppfølgingen derfor dreier seg om tiltak som kan gjennomføres kombinert med videreføring av prosjektet. Utgangspunktet for kvalitetssikrers vurderinger var anbefalingen i utkastet til kapittel 13 i tilleggsutredningen om å innsnevre det videre arbeidet til ett hovedalternativ pluss 0-alternativet, og dermed gjøre et viktig konseptuelt veivalg ved utgangen av idéfasen. Dette har Oslo universitetssykehus HF endret i vedlagte utkast til revidert kapittel 13.

Tabellen nedenfor viser hovedelementene i kvalitetssikringen sammen med sykehusets forslag til oppfølging:

Oppgave	Kvalitetssikrers vurdering	Oppfølging - tiltak
Strategiske føringer og oppgavefordeling	Vi mener det mangler en fremtidig oppgavefordeling som setter prosjektet i en kontekst av det overordnede «sørge for ansvaret» til Helse Sør-Øst	Dagens oppgaver for OUS har vært rammen for prosjektet. Vurdering av evt. fremtidig endret oppgavefordeling har ikke inngått i prosjektets mandat. Forholdet til den overordnede oppgavefordelingen må håndteres av Helse Sør-Øst RHF. Det er derfor viktig at saken nå oversendes HSØ for å settes inn i en kapasitetsmessig helhet.
Prosjektutløsende behov	Vi er enige i at bygningsmessig tilstand og kapasitet er de prosjektutløsende behov	Ingen aksjon

<p>Virksomhetsmessige behov</p> <p>Operasjonalisering av strategi, virksomhetsmodeller, kapasitet, driftskonsepter</p>	<p>God beskrivelse av virksomhetsmodeller. Vi kan ikke av rapporten verifisere om kapasitetsutfordringene løses på kort, mellomlang eller lang sikt. Vi klarer heller ikke, ut fra rapporten og intervjuer, å verifisere om graden av samling i alternativ 3 er bedre enn graden av samling i alternativ 2 (eller omvendt). Beskrivelsen av driftskonsepter/driftsmodeller er mangelfull.</p>	<p>Det foreligger informasjon i utredningen knyttet til virksomhetsmessige spørsmål som kan sammenstilles. Dette vil konkretisere hvilke gevinster som kan oppnås og tydeliggjøre spørsmålet om driftskonsepter.</p> <p>Tydeliggjøre de ulike første etappenes evne til å gi kapasitet på mellomlang sikt (dette omfatter når de er ferdig og hvilken kapasitet de gir).</p> <p>Konkretisere elastisitet ift behov på lang sikt (2040-2050). Dette er allerede startet, og indikerer muligheter for en større utbygging på Aker sykehus enn den som er vist i 2030-perspektivet.</p>
<p>Bygningsmessige behov</p>	<p>Bygningsmessig status og behov fra versjon 1.0 og frem til i dag synes relativt godt utredet</p>	<p>Ingen aksjon</p>
<p>Målbilde – endelig løsning</p>	<p>Rapportens målbilde er 2030, noe vi mener er for kort tidshorisont. Et målbilde i 2040 og 2050 vil, som følge av behovet for økt kapasitet, vise andre mulige løsninger</p>	<p>Jf. tidligere aksjon om å se nærmere på elastisitet for å dekke behovsutvikling i lengre perspektiv.</p>
<p>Vurdering av risiko</p>	<p>Vurdering av risiko, og konsekvensen av om risikopunkter inntreffer er mangelfull</p> <p>Kvalitetssikrer viser blant annet til at det er betydelig risiko knyttet til flere elementer, bl.a. reguleringsmessige forhold og lokk</p>	<p>Tre tiltak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jf. neste rad nedenfor om antall alternativer som videreføres. 2. Dialog med Statens vegvesen og Oslo kommune for å redusere risiko knyttet til regulering og vei-løsninger. 3. Konkretisere risiko-håndteringsmodell ift videre arbeid (jf. også kapittel 13.9 i Idéfaserapporten, og merknader i KS-rapporten)
<p>Reduksjon i antall alternativer for videreføring til konseptfasen</p>	<p>Modenheten i prosjektet tilsier ikke å redusere antall alternativer ytterligere nå. Det er heller et spørsmål om versjoner av alternativene bør økes, eventuelt nye alternativer bør utredes. I tillegg bør man se på flere versjoner av første etappe.</p>	<p>Justert anbefaling i kapittel 13.2 om hvilke alternativer tas med i videre utredning, der både Alternativ 2, delt løsning og Alternativ 3, delvis samling anbefales videreført.</p>

Plan- og bygningsetaten har levert sin innstilling til byrådsavdelingen for byutvikling.

På bakgrunn av innstillingen fra Plan- og bygningsetaten vedtok byrådet i Oslo kommune 21. januar 2016 følgende i sak 1006/16:

«Konklusjon:

Oslo kommune anbefaler alternativ 3, med en delvis samling på Gaustad og med etablering av lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset. Nytt lokalsykehus bør plasseres på Aker. Denne løsningen vil gi de største positive virkninger for overordnet byutvikling, samtidig som det vil styrke tilgjengeligheten til sykehus tilbudet for Oslos innbyggere. Det påpekes at Aker ligger inntil ett av Oslos viktigste byutviklingsområder, som vil ta en stor del av befolkningsveksten i årene fremover.»

Dette vedtaket fra Byrådet i Oslo er tilkommet etter at ekstern kvalitetssikrer leverte sin vurdering.

Statens vegvesen har i to brev av 12. januar 2016 og 19. januar 2016 svart på Oslo universitetssykehus sin henvendelse om veiløsninger. Det er også avholdt møte med Statens vegvesen 19. januar 2016. I brevet av 19. januar 2016 (dette er tilkommet etter at ekstern kvalitetssikrer leverte sin vurdering) står følgende:

«Det framgikk i møtet at det er svært vanskelig å bygge lokk, på grunn av anleggsgjennomføring, behov for avlastningsveg og sikkerhetskrav til tunnel/lokkoverbygg. Vegvesenet anbefaler at det utredes/planlegges en bred bro inntil 50 meter bred. Som diskutert i møtet vil denne broen være avbøtende for barriærevirkning av Ring 3, skape forbindelse mellom sykehusområdene, samt tilrettelegge for gående og syklende. Broen kan tilrettelegges for vegetasjon.»

4. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

På bakgrunn av styrets vedtak 9. april og de utredningene som er foretatt i idéfase Oslo universitetssykehus foreligger det nå reelt sett tre alternative framtidige målbilder for bygningsmassen i Oslo universitetssykehus HF. Disse er prinsipielt sett ulike både når det gjelder fysisk struktur og tilhørende konsekvenser for organisering og lokalisering av sykehusets funksjoner. Før større byggeprosjekter settes i gang i Oslo universitetssykehus HF må sykehuset ta stilling til hvilke av disse alternativene for framtidig målbilde som skal legges til grunn.

I styresak 82/2015 ga administrerende direktør følgende vurdering av disse alternativene (skrevet før tilbakemeldingen fra ekstern kvalitetssikring forelå):

I alternativ 3, delvis samling, blir det også to tyngdepunkter, men med en annen funksjonsfordeling og trolig også annen lokalisering enn under delt løsning.Administrerende direktør vurderer at dette vil gi betydelige forbedringer sammenliknet med 0-alternativet, men også sammenliknet med alternativ 2, delt løsning, da man ved gjennomføring av dette alternativet kan samlede spissede kompetansemiljøer og i større grad

samle vaktlag og unngå dublering av kostbart utstyr. Den reguleringsmessige usikkerheten er imidlertid en risiko knyttet til dette alternativet som det må arbeides videre med å redusere.

Administrerende direktør vil også vise til at evalueringen av alternativene peker i retning av at Alternativ 3 er å foretrekke ut fra de kvalitative kriteriene. Men samtidig er dette alternativet det som krever høyest investering. Driftsmessig forventes investeringen å kunne bli veiet opp gjennom en mer driftseffektiv struktur enn for de to andre alternativene.. Usikkerhet knyttet til gjennomføringen er betydelig i alle alternativene.

Videre gjorde administrerende direktør følgende vurderinger i styresak 82/2015:

Administrerende direktør vil videre vise til at det for Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner er levert egne idéfasedokumenter. Disse virksomhetene er håndtert likt i alle alternativene og administrerende direktør mener derfor det ligger til rette for å anbefale å gå direkte videre med konseptfase forutsatt forutgående godkjenning i Helse Sør-Øst RHF.

Administrerende direktør vil videre vise til at for Radiumhospitalet er det også tatt opp muligheten for OPS (Offentlig Privat Samarbeid) som finansieringsform, blant annet av det private initiativet for et nytt klinikkbygg. Administrerende direktør ser at en slik finansieringsform kan medføre en raskere gjennomføring av prosjektet og mener derfor at dette bør tas opp med Helse Sør-Øst RHF når idefaserapporten oversendes.

På bakgrunn av at tilbakemelding fra den eksterne kvalitetssikringsgruppen ikke vil foreligge før i januar, vurderer imidlertid administrerende direktør det som mest korrekt på dette tidspunkt å anbefale at den endelige behandlingen av saken skjer i styremøtet 28. januar 2016.

På bakgrunn av tilbakemelding fra den eksterne kvalitetssikringsgruppen gjør administrerende nå følgende supplerende vurderinger:

Usikkerheten knyttet til gjennomføring av Alternativ 3 kombinert med påpekingen av å vente med det konseptuelle hovedvalget til risikoen er redusert, gjør at også Alternativ 2, delt løsning, med en 1. etappe på Ullevål anbefales videre utredet. På bakgrunn av usikkerhetsbildet legges heller ikke øvrige utredede 1. etapper endelig bort, men de bearbeides ikke videre i denne omgang. I samsvar med tidligere vurdering anbefales første halvår 2016 benyttet til å redusere risikoen knyttet til de største usikkerhetsområdene. Administrerende direktør vil deretter komme tilbake med forslag til avgrensninger av alternativer og/eller etapper, eventuelt om noen av de øvrige utredede 1. etappene skal være med videre, og deretter forslag til oppstart av ide-/konseptfase for valgte etapper når de største usikkerhetsfaktorene er mer avklart, herunder at det er foretatt de nødvendige avklaringer med Helse Sør-Øst RHF.

Det er også et spørsmål hvor mye ressurser som bør legges i videre utredning av 0-alternativet på konseptfasenivå, når det er så tydelig hvor lite egnet dette alternativet er. Derfor bør dette vurderes særskilt av Helse Sør-Øst RHF. De øvrige punktene fra kvalitetssikringen vurderes nærmere i den videre prosjektutviklingen, jf. oppsummering av dette i faktadelen.

Utover forholdene ovenfor har administrerende direktør følgende vurderinger av de mer konkrete punkter i kvalitetssikringen:

- Ekstern kvalitetssikring har påpekt utfordringer med å sikre tilstrekkelig kapasitet innenfor vårt ansvarsområde både på kort, mellomlang og lang sikt. I dette inngår behovet for avklaringer fra Helse Sør-Øst RHF om hvordan oppgavene i hovedstadsområdet planlegges fordelt. Administrerende direktør mener at slike avklaringer må foretas av Helse Sør-Øst RHF, og behovet for slike avklaringer er en av begrunnelsene for å sende samlet idéfaseprosjekt videre til Helse Sør-Øst nå.
- Kapasitetsbehovet på kort sikt (frem til 2022-25) inngår ikke idéfaseprosjektet. Administrerende direktør vil vise til at kapasitetsbehovet må ivaretas fortløpende, og at Oslo Universitetssykehus HF holder på å etablere et eget prosjekt i Oslo universitetssykehus som vil bli igangsatt nå tidlig i 2016. På mellomlang sikt planlegges kapasiteten ivaretatt gjennom hvor raskt gamle bygg utfases. Kapasitetsbehovet på lang sikt (etter 2030-35) er enda vanskeligere å forutse. I delt løsning vil det være mulig med videre utbygging særlig på Ullevål sykehus. I alternativet med delvis samling, anses det som mindre sannsynlig at det vil være riktig med videre utbygging på Gaustadområdet. Derimot har prosjektet etter dette spørsmålet ble tatt opp, vist hvordan tomten på Aker sykehus gitt endret regulering, kan bygges slik at det ivaretar en betydelig større befolkning enn det som til nå legges til grunn, dvs. det er lagt til grunn en tydelig elastisitet på lokalsykehuset på Aker. Dersom kapasitetshovet øker relativt mye vil det kunne være aktuelt å etablere ytterligere lokalsykehus (for eksempel Oslo Sør - Follo) i senere faser.
- Ekstern kvalitetssikring har stilt spørsmål ved hvor stort et sykehus bør eller kan være, hvilke funksjoner det er nødvendig å samle og hvilke forskjeller det er i grad av samling mellom delt løsning og delvis samling. Ved delt løsning Ullevål og Gaustad, vil multitraumefunksjonen forbli på Ullevål sammen med nødvendige øvrige regionfunksjoner. Dette vurderes å ville inkludere bl. a. nevrokirurgi, thoraxkirurgi, plastikkirurgi, barneanestesi/intensiv, karintervensjon og avansert livsunderstøttende behandling som ECMO. Disse fagområdene vil da i stor grad måtte deles mellom Gaustad og Ullevål. Målsettingen med delvis samling på Gaustad er å samle region- og landsfunksjoner. Avhengighets- og pasientforløpsanalyser tilsier at det ikke er hensiktsmessig å dele dette slik at noen regionfunksjoner lokaliseres et sted og andre et annet sted. Sammen med dette planlegges det i alternativet med delvis samling å legge 2-3 bydelers volum på Gaustad for å gi et tilstrekkelig volum av akuttkirurgi og indremedisin som ramme for multitraumevirksomheten samt for å utnytte de samlede ressursene på dette sykehuset best mulig. Alle øvrige regionsykehus i Norge har også et slikt lokalsykehusansvar. Sykehusmassen på Gaustad vil i dette alternativet ha mellom 1000 og 1100

døgnsenger hvorav drøye 350 i "barnesykehuset". Dette er størrelsesmessig helt innenfor det som er vanlig for avanserte voksen- og barnesykehus i andre land inklusiv de planer som for tiden legges for slike sykehus i utlandet.

Administrerende direktør vil på bakgrunn av vurderingene ovenfor opprettholde den vurderingen av alternativene som ble gitt i styresak 82/2015. Det er viktig for sykehuset å peke ut retning for videre utvikling. Kvalitetssikringen har imidlertid understreket at det er risikoer knyttet til de ulike alternativene og at det må arbeides videre med å redusere disse.

Administrerende direktør viser til at ekstern kvalitetssikrer i sin presentasjon til styringsgruppen for idéfase i Oslo universitetssykehus HF, har anbefalt:

«Modenheten i prosjektet tilsier ikke å redusere antall alternativer ytterligere nå. Det er heller et spørsmål om versjoner av alternativene bør økes, eventuelt nye alternativer bør utredes. I tillegg bør man se på flere versjoner av første etappe.»

Administrerende direktør vil vise til at denne vurderingen ble gitt før siste brev fra Statens vegvesen forelå og før vedtaket i Byrådet i Oslo kommune forelå. På bakgrunn av dette mener administrerende direktør at det ikke vil være riktig å sette i gang utredning av nye alternative målbilder for Oslo universitetssykehus HF. Et framtidig målbilde for Oslo universitetssykehus med ett samlet og komplett regionssykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner, ett lokalsykehus på Aker og kreftbehandling på Radiumhospitalet, er å foretrekke og kvalitetssikringen endrer ikke på dette. Derimot mener administrerende direktør at sykehuset på dette tidspunkt ikke bør utelukke noen av de alternative valgene for første etappe i samsvar med anbefalingen fra kvalitetssikrer.

Administrerende direktør mener det er viktig at prosjektet nå heves til Helse Sør-Øst RHF slik at nødvendige avklaringer kan gjøres og man kan peke retning for videre utvikling. I det videre arbeidet vil man kunne se på optimal utnyttelse av Radiumhospitalet og et eventuelt nytt, stort lokalsykehus på Aker samt se på fordeling av oppgaver mellom Oslo universitetssykehus og omkringliggende sykehus inklusive Lovisenberg og Diakonhjemmet.

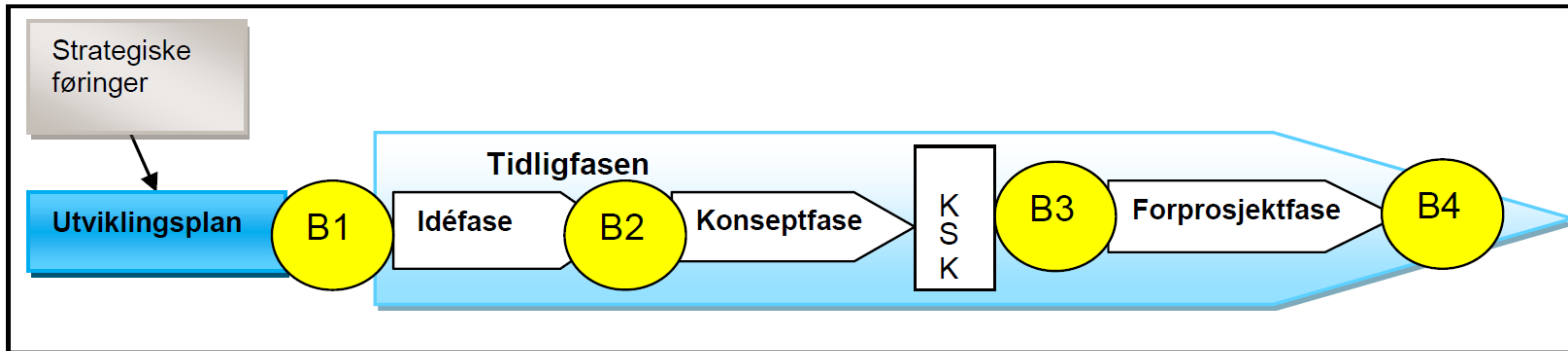
Kvalitetssikring av framtidens OUS, idefase med konkretisering etter høring

Presentasjon for styringsgruppen 18.1.2016

Innledning

Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter

Figur for fasene i planprosessen for tidligfaseplanleggingen og beslutningspunktene mellom fasene.



Tidligere kvalitetssikring av idefase OUS

- Vi har tidligere kvalitetssikret følgende i prosjektet:
 - Kvalitetssikring av styringsdokumentasjon og prosjektorganisering, levert 18.11.2013
 - Kvalitetssikring av prosesser og metodikk, levert 13.2.2014
 - Kvalitetssikring av idéfaserapport versjon 1.0 av 19.6.2014, levert 6.10.2014.
- I tillegg har vi levert kvalitetssikring av myndighetspålagte avvik 29.10.2014

Viktige hendelser etter kvalitetssikring av idefaserapport versjon 1.0 av 19.6.2014

- Rapport idéfase versjon 1.0 sendt ut på offisiell høring 3.7.2014
- Høringsfrist 1.11.2014
- Rapport idéfase versjon 2.0 ferdigstilt mai 2015
- Aktuelle alternative hovedkonsepter er redusert fra fem til tre etter OUS sin styrebehandling av idefaserapporten 9.4.2015
 - I alternativ 2 og 3 skal det etableres et lokalsykehus
 - Utredning av kreftområdet og RSA inngår i egne idefaser.
- Ny rapport «Framtidens OUS, Idéfase – Konkretisering etter høring» versjon 0.9 av 8.12.2015

Grunnlag for kvalitetssikringen

- Målet for idéfasen er, på grunnlag av en vedtatt utviklingsplan for helseforetaket, å identifisere mulige, prinsipielle løsninger på et behov.

Alternativer som utredes i idefasen:

1. Nullalternativet
 2. Alternativ 2: Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad
 3. Alternativ 3: Delvis samling på Gaustad
- I alternativ 2 og 3 skal det etableres et lokalsykehus
 - Utredning av kreftområdet og RSA inngår i egne idefaser. Disse er ikke en del av kvalitetssikringen



Rapportens anbefalinger om videreføring av alternativer til konseptfasen:

1. Nullalternativet
2. Alternativ 2 i beredskap til risikoen i alternativ 3 er tilstrekkelig redusert
3. Alternativ 3 med første etappe utbygging på Gaustad
4. Alternativ 3 med første etappe med bygging av lokalsykehus på Aker

Datainnsamling

Mottatte dokumenter	Datert
Idéfase OUS – Campus Oslo med tilhørende vedlegg, versjon 1.0	19.06.2014
Framtidens OUS – Idefaserapport, versjon 2.0	Mai 2015
Framtidens OUS - Idéfase: Konkretisering etter høring med tilhørende vedlegg, versjon 0.9	08.12.15
OUS Idéfase RSA med tilgrensende funksjoner, versjon 0.9	08.12.2015
Diverse støttedokument som møtereferat og hørings svar	

Møteoversikt	Dato
Prosjektet ved Svein Petter, Nina Fosen og Ole Martin Semb	14. desember
Prosjektet ved Svein Petter, Nina Fosen og Florian Wagnerberger	16. desember
Legeforeningen og Overlegeforeningen ved Aasmund Bredeli og Christian Grimsgaard	17. desember
Oslo Kommune ved Endre Sandvik, Johan Torper og Åse Laila Snåre	21. desember
HVO ved Per Oddvar Synnes	5. januar
HSØ ved Atle Brynestad og Cathrine Lofthus	6. januar
Norsk Sykepleierforbund ved Svein Erik Urstrømmen	7. januar
Prosjektet ved Svein Petter Raknes, Nina Fosen, Florian Wagnerberger og Terje Rootwelt	7. januar
OUS og prosjektleder ved Bjørn Erikstein, Terje Rootwelt, Morten Reymert og prosjektleder Svein Petter Raknes	12. januar
PBE ved Ellen de Vibe og Gro Jensen Vig	12. januar

Fokusområder

1. Overordnede konklusjoner

1. Strategiske føringer og oppgavefordeling
2. Virksomhetsmessige behov
3. Bygningsmessige behov
4. Målbilde
5. Vurdering av risiko
6. Eventuell reduksjon i antall alternativer for videreføring til konseptfasen

2. Oppfølging av tidligere kvalitetssikring (er)

3. Overordnet konklusjon

Overordnede vurderinger og konklusjoner

Overordnede vurderinger

- Vi er enige om at det er strategisk optimalt å definere et målbilde med underliggende etapper som støtter opp under målbildet
- Men:
 - Det foreligger konklusjoner i rapporten vi ikke klarer å verifisere
 - Det foreligger risiko i det anbefalte målbilde (alternativ 3) som vi mener ikke er tilstrekkelig håndtert og kommunisert

Overordnede vurderinger og konklusjoner

Ansvarlig	Oppgave	Kvalitetsikrers vurdering
Helse Sør-Øst	Strategiske føringer og oppgavefordeling	Vi mener det mangler en fremtidig oppgavefordeling som setter prosjektet i en kontekst av det overordnede «sørge for ansvaret» til Helse Sør-Øst
Prosjektet	Prosjektutløsende behov	Vi er enige i at bygningsmessig tilstand og kapasitet er de prosjektutløsende behov
HSØ/OUS/ prosjektet	Virksomhetsmessige behov Operasjonalisering av strategi, virksomhetsmodeller, kapasitet, driftskonsepter	God beskrivelse av virksomhetsmodeller. Vi kan ikke av rapporten verifisere om kapasitetsutfordringene løses på kort, mellomlang eller lang sikt. Vi klarer heller ikke, ut fra rapporten og intervjuer, å verifisere om graden av samling i alternativ 3 er bedre enn graden av samling i alternativ 2 (eller omvendt). Beskrivelsen av driftskonsepter/driftsmodeller er mangelfull
Prosjektet	Bygningsmessige behov	Bygningsmessig status og behov fra versjon 1.0 og frem til i dag synes relativt godt utredet
HSØ og OUS	Målbilde – endelig løsning	Rapportens målbilde er 2030, noe vi mener er for kort tidshorisont. Et målbilde i 2040 og 2050 vil, som følge av behovet for økt kapasitet, vise andre mulige løsninger
Prosjektet	Vurdering av risiko	Vurdering av risiko, og konsekvensen av om risikopunkter inntreffer er mangelfull
Prosjektet	Reduksjon i antall alternativer for videreføring til konseptfasen	Modenheten i prosjektet tilsier ikke å redusere antall alternativer ytterligere nå. Det er heller et spørsmål om versjoner av alternativene bør økes, eventuelt nye alternativer bør utredes. I tillegg bør man se på flere versjoner av første etappe

Strategiske føringer og oppgavefordeling

- Vi kan ikke se at det foreligger:
 - Spesielle strategiske føringer fra HSØ som påvirker valg av fremtidige driftsmodeller for OUS
 - Det foreligger derimot:
 - krav om etappeinndeling, og signalisert en ramme på 10 MRD NOK for første etappe (beskrevet i rapporten i kapittel 8.1.3)
- Vi kan ikke se at det foreligger føringer om oppgavefordeling sett opp mot «sørge for ansvaret» i Oslo og omegn
 - Pågår for tiden et prosjekt – «Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder» - i regi av HSØ som skal vise oppgavefordeling og kapasitet i regionen (med unntak av OUS sine ansvarsområder).
 - Vi forstår at OUS må vurdere sitt kapasitetsbehov gitt dagens oppgavefordeling, men mener ut fra et helhets – og risikoperspektiv at det totale kapasitetsbehovet og oppgavefordelingen i Oslo og omegn burde vært verifisert. Spesielt sett i forhold til at OUS ivaretar en meget stor andel av dette bildet

Prosjektutløsende behov

- Vi er enige i at de prosjektutløsende behov tar utgangspunkt i:
 - Tilstand dagens bygg
 - Kapasitet
- Vi er også enig i et det er et behov for samling av funksjoner, men at dette behovet bør utredes som et viktig behov (samhandling) med utgangspunkt i de prosjektutløsende behov

Virksomhetsmessige behov

- Vi opplever beskrivelsen av de ulike virksomhetsmodellene som god
- Vår vurdering er at klyngemodellen er den virksomhetsmodellen som best støtter opp under behovet for samhandling/samarbeid
- Klyngemodellen synes også som den modellen som best svarer ut behovet for å sette pasienten i fokus ved at ulike fagområdet samarbeider til pasientens beste. Men:
 - Vi kan ikke se at prosjektet svarer på hvor stort et sykehus må være for å drive effektivt.
 - Forskning svarer ikke på om et stort sykehus i størrelsesorden (delt løsning på Gaustad) er mer effektivt enn et noe mindre sykehus (uavhengig av virksomhetsmodell)
 - Vi kan ikke ut av rapporten lese hvor stor en enhet i klyngen bør være, og hvor mange eller hvilke enheter som bør samlokaliseres i en klynge.
- Vi kan ikke se at prosjektet har definert ulike driftsmodeller/driftskonsepter som støtter opp under virksomhetsmodellene

Virksomhetsmessige behov, forts.

- Rapporten omtaler ikke hvordan OUS planlegger å løse sine kapasitetsutfordringer frem til første etappe er ferdigstilt (estimert til 2023-2025)
- Kapasitetsbehovet er fremskrevet til 2030, men ferdigstilling av siste etappe er estimert til 2033 – 2035
 - Kapasitetsbehovet etter 2030 tilsier at dagens sykehus ikke kan avhendes fullt ut etter at sykehuset er ferdigstilt
 - Ut fra det som fremkommer i rapporten vil ikke det nye sykehuset løse behovet for kapasitet (ett av de prosjektutløsende behov)
 - Før ferdigstilling av nytt sykehus er det derfor sannsynlig at man må opprette et nytt sykehusprosjekt for OUS

Bygningsmessige behov

- Vi mener at dagens bygningsmessige status fremkommer godt i rapporten
 - Tilstand
 - Egnethet
- Identifisering av mulig tomter/lokaliteter synes tilfredsstillende utredet

Målbildet 2030

- Målbildet for nytt sykehus er satt til 2030
- Kapasitetsbehovet etter 2030 tilsier et vesentlig behov for økte arealer også etter 2030
- Vi mener at prosjektet burde synliggjort et målbilde for nytt sykehus i 2040 (muligens også på noe lengre sikt)
 - Ca. 10 % ekstra arealer i 2040 gitt full korrelasjon med befolkningsøkningen
 - 15 – 20 % ekstra arealer i 2050 gitt full korrelasjon med befolkningsøkningen
- Et målbilde i 2040 eller 2050 vil også vise andre behov for løsninger

Vurdering av risiko

- Vi mener risikoen i alternativene er identifisert på et overordnet nivå, men konsekvensen av om risikoen inntreffer er ikke vurdert
 - Ut fra samtaler og skriftlige tilbakemeldinger fra PBE og SVV synes det sannsynlig at:
 - Etablering av lokk kan bli vanskelig, SVV melder skriftlig at ingen av løsningene med lokk er gjennomførbare
 - SVV synes å mene at en planleggingshorisont på 10 – 15 år for etablering av lokk er for kort
 - Det vil bli stilt krav om at lokk over Ring 3 er ferdig før første etappe på Gaustad i delvis samling på Gaustad er ferdigstilt
 - PBE signaliserer en betydelig reguleringsrisiko som kan medføre at tomtearealene er for små til å etablere et sykehus på Gaustad som skissert i alternativ 3 (delvis samling på Gaustad)
- Vi vurderer risikoen i alternativ 3 (delvis samling på Gaustad) som større enn det som reflekteres i rapporten
- Vi oppfatter at risikoen i alternativ 3 (delvis samling på Gaustad) er stor både i forhold til stopp og forsinkelse. Dette gjelder spesielt en eventuell første etappe med samling av regionsfunksjoner på Gaustad

Oppfølging av punkter fra tidligere
kvalitetssikring(er)

Risiko

Tidligere innspill i rapport 1 av 18.11.2013

«Det bør utarbeides en oversikt over de viktigste risikofaktorene i prosjektet slik at prosjektet kan gjennomføre usikkerhetsstyring av prosjektet. Dette anses som tidskritisk»

Oppfølging:

Vi anbefaler at dette etableres, og får en sentral plass i den videre prosessen

Samling

Tidligere innspill i rapport 3 av 6.10.2014

«Behovet for samling av likeartede aktiviteter bør inngå som et eget kapittel i behovsanalysen hvor gapet mellom dagens situasjon og fremtidige behov kommer tydelig frem. Et eksempel på dette er at man gjør en mer inngående vurdering av hvilke aktiviteter som naturlig krever innbyrdes samarbeid, og bør samles til en og samme lokasjon.»

Oppfølging:

Vi ser at deler av dette er beskrevet i rapporten. Men vi kan ikke ser at dette er beskrevet på enn måte som viser hva som er optimalt å samle i en og samme lokasjon

Arealregnskapet

Tidligere innspill i rapport 3 av 6.10.2014

«OPAK/Metier mener at reduksjonen i arealbehov er så stor sammenlignet med dagens situasjon og nullalternativet (underkant av 30 %), at prosjektet bør kvalitetssikre dette nærmere. Videre bør prosjektet forklare reduksjonen nærmere ved å sammenligne hvordan arealene er benyttet i dag.»

Oppfølging:

Vi mener prosjektet bør ta tak i denne anbefalingene, gjerne basert på relevante referansesykehus

Evalueringskriterier

Tidligere innspill i rapport 3 av 6.10.2014

«OPAK/Metier anbefaler at det tas en gjennomgang av evalueringskriteriene for å sikre at man ikke vurderer samme forhold under to eller flere av evalueringskriteriene.

«Rød tråd fra behovsanalysen til evalueringskriterier»

Oppfølging:

- Det synes fortsatt som noen forhold vurderes to eller flere ganger:
 - Begrepet andelen nybygg benyttes som evaluering under to eller flere evalueringskriterier
 - Avhending av bygningsmasse inngår både i kvantitative og kvalitative vurderinger?

Hvis behovet ikke er godt nok verifisert, risikerer man at evalueringen ikke fremstår som korrekt:

- Eksempelvis mener vi at graden av behovet for samling ikke er dokumentert godt nok. Men graden av samling skiller på kvaliteten i pasientbehandlingen mellom alternativ 2 og alternativ 3 (hvor alternativ 3 vurderes som best).

Økonomi

- Vi har ikke, grunnet en kort tidsramme, hatt tid til å gå inn i estimatene til de ulike alternativene
- På bakgrunn av vår siste kvalitetssikring er estimatene på nullalternativet økt vesentlig. Vi har ikke kvalitetssikret det nye estimatet, og kan heller ikke gå god for dette
- Vi stiller også spørsmål ved om det er satt av tilstrekkelig med midler til nødvendig vedlikehold/oppgraderinger av Ullevål i prosjektperioden. Spesielt tatt i betraktning at siste etappe lanseres senere enn 2030

Nullalternativet

- Per i dag er ikke nullalternativet levedyktig (manglende bærekraft), og er derfor ikke et reelt alternativ. Så langt som mulig bør man søke å gjøre dette alternativet bærekraftig gjennom å se om alternativet kan optimaliseres ytterligere
- I idefaserapporten versjon 2.0 står det at dette alternativet har behov for betydelige reinvesteringer etter 2030/2040
 - Vi leser dette som at alternativet ikke er utredet i henhold til tidligere kvalitetssikring hvor vi påpekte at dette alternativet måtte utredes med et likeverdig tidsperspektiv som andre alternativer
 - Gitt estimatene som ligger i nullalternativet kan det ser ut som at det ikke er behov for betydelige reinvesteringer etter 2030/2040 som skiller seg fra de andre alternativene
- Vi anbefaler at dere legger frem et nullalternativ som viser hvor lenge dagens bygningsmasse kan leve med et minimum av investeringer før man i praksis må foreta omfattende investeringer (gå inn i et annet alternativ)
 - Dette vil vise hvor lenge dere kan opprettholde drift i dagens bygningsmasse før dere i praksis er over i et annet investeringsalternativ
 - På bakgrunn av denne anbefalingen anbefaler vi at dere kaller dagens nullalternativ for nullplussalternativet

Andre forhold

- Slik rapporten fremstår nå mener vi det foreligger manglende vurderinger av fremtidig fleksibilitet i de ulike alternativene
- Det mangler en oppdatert vurdering av behovet for løsninger som sikrer persontransport med kollektivtrafikktransport, sykkel og gange
- Noen utfordringer i forhold til at hovedrapporten ikke kan leses som et selvstendig dokument.
 - Viktig informasjon står kun i vedlegg uten referanse i hovedrapporten
 - Gjeldende vedlegg er ikke oppdatert i henhold til at alternativene er endret

Overordnet konklusjon

Overordnet konklusjon

- Modenheten i prosjektet tilsier ikke å redusere antall alternativer ytterligere nå.
- Det er heller et spørsmål om versjoner av alternativene bør økes, eventuelt nye alternativer bør utredes. I tillegg bør man se på flere versjoner av første etappe

Framtidens OUS, Idéfase

Konkretisering etter høring

Januar 2016

Kapittel 13, plan for videre utredning

Innholdsfortegnelse

13	Plan for videre utredning og planlegging av neste fase	3
13.1	Hva foreslås å inngå i neste fase.....	3
13.2	Prosjekt og prosjekteier.....	3
13.3	Hensikt – mål og rammer	4
13.4	Grensesnitt	6
13.5	Suksesskriterier og kritiske suksessfaktorer	7
13.6	Foreløpige rammebetingelser samt grunnlagsdokumenter	7
13.7	Innhold og arbeidsomfang i konseptfasen – hovedleveranse	8
13.8	Prosjektstrategi – plan for gjennomføring.....	9
13.9	Strategi for styring av usikkerhet.....	13
13.10	Organisering, styring og ansvarsdeling	15
13.11	Prosjektstyringsbasis	16

13 Plan for videre utredning og planlegging av neste fase

13.1 Hva foreslås å inngå i neste fase

13.1.1 Neste fase – kombinerte idé- og konseptfaser per investeringstiltak

Denne planen er basert på at neste fase blir kombinerte idé- og konseptfaser for definerte prosjekter/investeringstiltak som inngår i 1. etappe (unntatt for RSA/PUA og Radiumhospitalet, se nedenfor).

At det foreslås kombinert idé- og konseptfase baseres på formuleringen i det opprinnelige mandatet for den samlede idéfasen (jf. styresak 20/2013 i HSØ), og senere presisering av dette fra HSØ sin side.

Et prosjekt/investeringstiltak forstås her som et konkret nybygg eller ombyggingsprosjekt som kan gjennomføres selvstendig. Summen av de investeringstiltakene som foreslås i 1. etappe, utgjør den samlede etappen, og det skjer en overordnet programstyring (eller eventuelt porteføljestyling) av disse investeringstiltakene som gjør at de planlegges og gjennomføres som en koordinert helhet, og med en felles overordnet prosjektstyring (bl.a. felles styringsgruppe).

13.1.2 Neste fase – første etappe

Dette omfatter bl.a.

- RSA/PUA med tilgrensende virksomhet, konseptfase
- Utbygging/nybygg/oppgradering Radiumhospitalet, konseptfase
- Øvrig OUS kombinert idé- og konseptfase iht. vedtak om hvilke alternativ og første etapper som videreføres.
- Investeringstkostnader knyttet til videre drift i eksisterende bygg som ikke frigjøres etter realisering av 1. etappe, kombinert idé- og konseptfase (jf. videreføring av allerede innvilget lånesøknad)

13.2 Prosjekt og prosjekteier

Investeringstiltakene benevnes til daglig «OUS – idé- og konseptfase, første etappe, ..tiltakets/etappenes .. navn..».

Det samlede prosjektprogrammet benevnes «OUS – idé- og konseptfase, første etappe samlet program»

Tiltakene omfatter for hvert tiltak utredning av idé- og konseptfasen for de alternativene som er anbefalt å gå videre med i konseptfasen. I første omgang utredning på idéfasenivå gjennom oppfølging av de største usikkerhetsfaktorene ila første halvår 2016 knyttet til

- 0-alternativet
- Alternativ 2, delt løsning
- Alternativ 3, delvis samling

Deretter videreføres arbeidet på idé/konseptfasenivå av de alternativer og etapper som gjenstår etter avgrensning når de største usikkerhetsfaktorene er avklart tilstrekkelig. Etter disse avklaringene utarbeides idé/konseptfaserapport som tilfredsstillende kravene til konseptfase i den nasjonale veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Utredningene skal være tilpasset øvrige rammebetingelser gitt av HSØ og overordnet myndighet, samt ta hensyn til de aktuelle forhold som kommer fram i kvalitetssikringsrapporten. Investeringskostnader knyttet til videre drift i eksisterende bygg som ikke frigjøres etter realisering av 1. etappe tilpasses alternativstrukturen.

Prosjekteier har tidligere vært HF'et frem til og med konseptfase, mens RHF'et har tatt over «de store investeringstiltakene» (jf. nytt østfoldsykehus) fra og med forprosjektfase. I styresak 29-2015 vedtok styret i HSØ en endring i fullmaksstrukturen, hvor det bl.a. sies følgende:

Fullmakts-matrisen for ansvarsfordeling mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene endres slik at Helse Sør-Øst RHF kan overta ansvaret for prosjekter med kostnadsramme over 500 mill. kroner fra og med konseptfasen (jf. punkt 3 i vedtaket i styresak 29-2015).

Dette innebærer at det i det enkelte prosjekt avgjøres om HSØ skal tre inn i prosjekteierrollen fra og med konseptfasen. Dette avklares i idéfasen.

Anbefalingen er derfor at det ved konkretiseringen av mandatet for neste fase avklares hvem som skal være prosjekteier.

Sykehusbygg HF sin rolle avklares også som en del av forberedelsen til igangsetting av neste fase. Den tidligere refererte styresaken i HSØ oppsummerer følgende om dette (for mer informasjon se styresaken):

Helse Sør-Øst RHF vil derfor pålegge alle helseforetak som prosjekteiere å benytte Sykehusbygg HFs prosjektpersonell i nøkkelposisjoner, der Sykehusbygg HF kan stille slike til disposisjon.

13.3 Hensikt – mål og rammer

Overordnet målsetting for idéfasen:

Målet for idéfasen er, på grunnlag av en vedtatt utviklingsplan for helseforetaket, å identifisere mulige, prinsipielle løsninger på et behov.

Overordnet målsetting for konseptfasen er:

Å utarbeide tilstrekkelig dokumentasjon for at besluttede myndigheter skal kunne ta en avgjørelse på om prosjektet skal videreføres til forprosjektfase.

Hensikten med prosjektet i denne fasen er å få frem en "konseptrapport" (basert på kombinert idé/konseptfase), dvs. et beslutningsgrunnlag som gir OUS og HSØ grunnlag for beslutning om man skal gå videre med forprosjekt for ett av alternativene, og hvilket alternativ dette er.

Den kombinerte idé- og konseptfasen omfatter alle aktiviteter som kreves for å velge det best egnede konseptet, og utvikle dette til et nivå hvor eieren med akseptabel sikkerhet kan treffe beslutninger om gjennomføring av forprosjektet. Den innledende delen av arbeidet innebærer å sjekke ut at alle nødvendige avklaringer på idéfasenivå foreligger, og eventuelt supplere forliggende utredninger på de områder der dette ikke er tilfelle. Når dette er gjennomført og formelt godkjent, iverksettes utredning som i en ordinær konseptfase.

Innholdet som skal være dekket på idéfasenivå er:

- Gjennomgang utviklingsplanen og eventuelt underlaget for denne: Dette er gjort gjennom den samlede idéfasedokumentasjonen.
- Nødvendige oppdateringer og suppleringer av nåsituasjonen, datagrunnlaget og det aktuelle prosjektet: Dette er gjort gjennom den samlede idéfasedokumentasjonen samt i egen revidering av idéfase for RSA og PUA.
- Avgrense prosjektet fra andre prosjekt i utviklingsplanen. Dette kan omfatte kapasitet, arealer, investeringer og tid: Dette er gjort gjennom det utvalget av investeringstiltak som er inkludert i første etappe.
- Gjennomføre et idéspøk som viser bredden i mulige, alternative løsninger. Presisere hvilke alternative løsninger som skal utredes i konseptfasen. Alternativene skal være reelle og kunne skilles klart fra hverandre: *Dette kvalitetssikres for hvert tiltak/område, slik at det er gjort en ny vurdering av om alle realistiske alternativer for det aktuelle investeringstiltaket og deres tilknyttede usikkerhet og risikoområder er tilstrekkelig belyst, før «alternativene» og tilhørende 1. etapper endelig fryses.*
- Utarbeide mandat for konseptfasen: Det foreligger i den samlede idéfasen (jf. dette kapittelet i idéfasedokumentet).
- Utarbeide følsomhetsanalyser på et overordnet nivå: Vurdere om det for de aktuelle investeringstiltakene kreves ytterligere følsomhetsanalyser.

Prosjektutløsende behov: Det er, slik det beskrives i rapporten fra idéfase OUS (versjon 2.0), tre hovedårsaker til at OUS har behov for nye bygg:

- **Store deler av virksomheten foregår i bygninger som er gamle, uhensiktsmessige og i svært dårlig stand.** Dette krever tiltak for å sikre avansert medisinsk virksomhet og for å kunne følge den medisinske og teknologiske utviklingen. Bygningsmassen gir dårlige forhold for både pasienter og ansatte. Arealet er også unødig stort, noe som er ineffektivt og kostnadsdrivende.
- **Det forventes en betydelig befolkningsvekst i Oslo og i regionen rundt.** Prognoser viser at det i 2030 vil det bo ca. 3,5 millioner mennesker bare i HSØ-området, en økning på 24 % fra i dag.
- **Det er behov for å samle pasientforløp for å styrke kvalitet, fagmiljø, utdanning og forskning.** En sammenslåing av likartede aktiviteter er nødvendig for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen og for å gi sunn økonomisk drift. Mer samlet virksomhet gir bl.a. anledning til å redusere antall vaktlag og dublering av kostbart medisinsk teknisk utstyr.

Samfunns mål, effektmål og resultatmål ble utformet i forbindelse med igangsetting av idéfasearbeidet i OUS. Samfunns mål og effektmål er like gyldige for arbeidet med konseptfase som i tidligere faser. Disse repeteres derfor ikke her, men legges inn i styringsdokumentet for neste fase. Resultatmålene er revidert for å presisere mål for arbeidet som nå skal oppnås.

Resultatmål

Resultatmålene for prosjektet er som vist nedenfor.

- Prosjektets konkrete resultatmål i konseptfasen er at det velges alternativ og at det fremkommer en "konseptrapport" som gir tilstrekkelig grunnlag for å beslutte om forprosjekt skal igangsettes, slik at styrene for OUS HF og HSØ kan ta stilling til igangsetting av neste fase. Dette ivaretas ved at prosjektet skal føre til en ønsket slutttilstand som ivaretar effektmålene.
- Rapporten skal beskrive løsninger som er godt avstemte med Universitetet i Oslo og Oslo kommune, og bidra til videreutvikling av både samarbeidet mellom partene og Oslo som kunnskapsby.
- Rapporten skal være ferdig til samlet behandling i styringsgruppen i november 2017.
- Arbeidet skal gjennomføres innenfor en ramme som foreløpig vurderes til i størrelsesorden 100-150 mill. kr (inkl. RSA og Radiumhospitalet), men kostnadsrammen må vurderes nærmere før den fastlegges. I denne rammen inngår ikke kostnader for de sykehusansattes bruk av tid til medvirkning ut over de som er formelt frikjøpte til å delta i arbeidet i deler eller hele sin tid, eller andre aktører som UiO og Oslo kommune.

13.4 Grensesnitt

Eksterne:

- Storbylegevakt. Prosjektet skal sikre ivaretagelse av Storbylegevakt. Arbeidet skal derfor gjennomføres i tett dialog med Oslo kommunes Storbylegevakt-prosjekt.
- UiO, samhandling og erstatningsarealer. Idéfasearbeidet skal gjennomføres i tett dialog med UiO med tanke på forsknings- og undervisningsarealer i sykehuset, samt erstatningsareal for universitetets areal som vurderes revet. Løsningene skal understøtte universitetets planer for nytt livsvitenskapsbygg som er vedtatt, og koordineres med hensyn til felles utnyttelse av og planer for Gaustad-området.
- Planmyndigheter. Alternativene innebærer viktige avklaringer relatert til tomte- og kommuneplanspørsmål, og prosjektgruppen må samarbeide tett med berørte instanser og aktører. Dette inkluderer veimyndigheter, luftfartsmyndigheter og Ruter.
- Statens Veivesen (SVV). Både alternativene som i neste omgang kan innebære lokk over Ring 3, og lokalsykehus på Aker vil utløse behov for tett samarbeid med SVV.
- Sintef og Forskningsrådet. Dersom delvis samling velges
- Oppgavedeling i Oslo sykehusområde. Eventuell tilpasning dersom HSØ fastlegger en revidert oppgavedeling mellom sykehusene i Oslo sykehusområde.
- Sykehusbygg HF sin rolle.

Interne:

- Løpende vedlikeholdstiltak. Omfanget av vedlikeholdstiltak, eventuelt nyinvestering som kan vise seg nødvendig for å kunne opprettholde en forsvarlig drift, vil avhenge av fremdriften til tidligfasearbeidet og planer som besluttes som resultat dette.
- Protonsenter.

13.5 Suksesskriterier og kritiske suksessfaktorer

Suksesskriterier

Når konseptrapporten er ferdig skal situasjonen være som følger:

- Rapporten svarer på mandatet¹, slik at saken er tilstrekkelig opplyst for igangsettelse av neste fase.
- Utredningsarbeidet er godt forankret internt i OUS og hos øvrige interessenter (bl.a. Oslo kommune og UiO)
- Anbefalingene er i overensstemmelse med konkrete føringer fra Helse Sør – Øst (f.eks. eventuelle kapasitetsendringer ift LDS og DS)
- Tidsplanen og kostnadsrammen er overholdt

Kritiske suksessfaktorer

Kritiske suksessfaktorer som har innvirkning på måloppnåelsen i prosjektets konseptfase:

- Alle involverte har felles målforståelse
- Klare ansvarsområder og tydelige mandater (klar organisering både for hvert investeringstiltak og samlet)
- Godt planlagt, åpen og transparent prosess
- Tilstrekkelig tid og ressurser for nøkkelpersoner til å arbeide med prosjektene
- Solid forankring av prosjektet i organisasjonen
- Avklaring av interessentbildet og oppfølging av kritiske aktører og miljøer inklusiv god kommunikasjon og samhandling, både internt i prosjektene og mot eksterne aktører

13.6 Foreløpige rammebetingelser samt grunnlagsdokumenter

Resultatene fra den samlede idéfasen tas med videre i de kombinerte idé- og konseptutredningene for hvert investeringstiltak.

Interne rapporter som danner grunnlagsdokumentene for påfølgende faser er:

- Arealutviklingsplan 2011
- Strategi 2013-2018
- Idéfaserapport del 1 og idéfaserapport del 2.

Arbeidet skal være strategisk forankret, hvilket innebærer at de alternativer som utredes skal fremme de mål og strategier som gjelder på nasjonalt, regionalt og foretaksnivå.

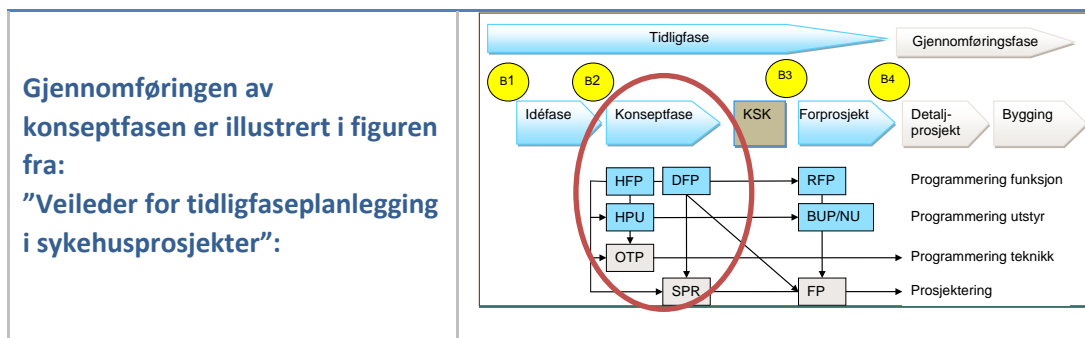
¹ Med mandat menes styrets vedtak i sak 20/2015, 9.4.2015

Løsningsalternativene skal oppfylle kravene til finansiering og økonomisk bæreevne, og ved tidspunkt for realisering gjelder det generelle kravet at investeringen skal kunne innpasses og prioriteres tidsmessig i forhold til andre investeringsprosjekter i regionen.

Inntil ny oppgavedeling er avklart gjennom prosess i regi av HSØ skal prosjektet forholde seg til dagens oppgavedeling. Dersom ny oppgavedeling avklares før fasen avsluttes, skal prosjektet ta hensyn til dette.

Prosjektet skal være avgrenset i forhold til sykehusets øvrige planer, herunder må vedlikeholdstiltakene ved OUS avstemmes med investeringstiltakene.

13.7 Innhold og arbeidsomfang i konseptfasen – hovedleveranse



Figur 1 Illustrasjon av konseptfase

Hovedaktiviteter konseptfasen	Forklaring
Oppdatering	Bearbeide og kvalitetssikre datagrunnlaget utarbeidet under den samlede idéfasen
Funksjoner	Utarbeide hovedfunksjonsprogram (HFP) med funksjonsbeskrivelse og arealanalyser for de aktuelle alternativene
Rammer utstyr	Utarbeide hovedprogram utstyr (HPU)
Byggets tekniske løsninger	Utarbeide overordnet teknisk program (OTP)
Planer etasje og funksjoner.	Utarbeidelse av skisseprosjekt (SKP)
Program funksjoner	Utarbeide delfunksjonsprogram (DFP)
Økonomi	Utarbeide økonomiske analyser som inkluderer både investeringskostnader, driftseffekter, bærekraftsanalyse og investeringsplan.
Kvalitetssikring	Gjennomføre usikkerhetsanalyser, ROS-analyser m.v. Etterfølgende KSK
Videreføring til forprosjekt	Utarbeide plan for neste fase
Rapport	Utarbeide konseptrapport

Tabell 1 Hovedaktiviteter i konseptfasen

13.8 Prosjektstrategi – plan for gjennomføring

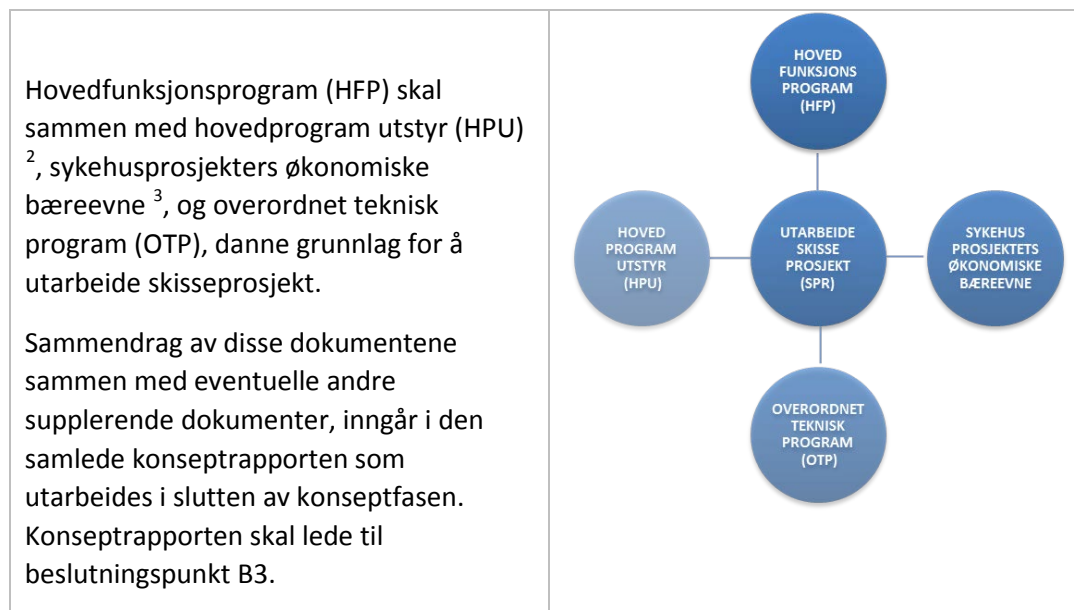
Strategien for prosjektet legger føringene for hvordan prosjektet skal gjennomføres for best å oppnå hensikten og målene som beskrevet i kapittelet over. I konseptfasen gjennomføres de aktiviteter som er beskrevet i "Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter."

13.8.1 Bearbeide og kvalitetssikre datagrunnlaget utarbeidet under idéfasen

I forbindelse med utarbeidelsen av utviklingsplanen og idéfasen ble det gjort beregninger av kapasitet og arealbehov for et nytt sykehus tilpasset innhold, demografiske endringer i regionen og funksjoner for fremtiden. Datagrunnlaget og de forutsetningene som ligger til grunn for beregningene skal i konseptfasen kvalitetssikres og nye beregninger gjennomføres på de områder der det vurderes som nødvendig.

13.8.2 Utarbeide hovedfunksjonsprogram (HFP) og delfunksjonsprogram (DFP)

Alternativene i konseptfasen skal utredes «likeverdige». Det skal tas hensyn til også i programmeringen av HFP og DFP, men med de modifikasjoner for 0-alternativet som er nødvendig.



Figur 2 Grunnlag for skisseprosjekt

Når HFP foreligger skal det følgende være utarbeidet:

- Dokumentasjon og beskrivelse av dagens situasjon, samt krav til og konsekvenser av fremtidig utvikling og endring.
- Innsamling og kvalitetssikring av data om aktivitet, kapasitet, bygg og bemanning, kan hentes fra utviklingsplanen og idéfase, men normalt kreves oppdatering og kvalitetssikring.
- Beregning av fremtidig aktivitet, kapasitetsbehov og arealbehov fordelt på hoved- og delfunksjoner.
- Beskrivelse av fremtidig driftsmodell med driftsøkonomiske konsekvenser.

² Veileder for Hovedprogram Utstyr, Helsedirektoratet, ny revisjon klar våren 2013

³ Sykehusprosjekters økonomiske bæreevne, Veileder for beregning av samlet økonomisk konsekvens av investeringsprosjekter i helsebygg, Helsedirektoratet februar 2010

Utarbeidelse av HFP er basert på behovsverifiseringen av resultatene fra idéfasen. Avklaring av fremtidig aktivitet, kapasitetsbehov og arealbehov og utvikle optimale driftsmodeller for å fastlegge rammene for bygningsmessig prosjektering gjøres i konseptfasen. Gjennom programmeringen skal en sikre oversikt over og forståelse av sammenhengen mellom virksomhetens oppgaver og kravene til bygg og utstyr.

Organisering og medvirkning av HFP

Arbeidet med HFP organiseres ved at det i tillegg til bruk av programrådgivere, nedsettes et høvelig antall medvirkningsgrupper og en koordinator for disse. Det foreligger en egen veileder for hovedfunksjonsprogram fra Helsedirektoratet som legges til grunn i tillegg til Tidligfaseveileder for sykehusplanlegging.

DFP omhandler hver enkelt funksjon og delfunksjon:

- tversgående funksjoner
- funksjonelle sammenhenger
- nærhetsbehov mellom funksjonene
- funksjoners arealbehov
- funksjonenes eventuelle spesielle bygningsmessige krav
- oversikt over rombehov med rombenevnelser og areal (romprogram)

Veileder for klassifikasjonssystem i helsebygg benyttes i inndeling i hovedfunksjoner, delfunksjoner og rombenevnelser.

13.8.3 Utarbeide hovedprogram utstyr (HPU) og overordnet teknisk program (OTP)

Arbeidet med HPU og OTP gjennomføres av programrådgivere sammen med medvirkningsgrupper, og basert på foreliggende veiledere. Det nedsettes grupper og utnevnes brukerkoordinatorer som er ansvarlig kontaktperson for hvert sitt program (disse kan lede de respektive brukergruppene). For konseptfasen skal kun de overordnede prinsippene legges. Spesifisering av teknikk og utstyr foretas i senere faser da valg av alternativ er gjort dvs. primært i forprosjektfasen.

Hensikten med OTP er å:

- Fastlegge byggherrens og brukerinstitutionenes overordnede krav til bygningenes bygnings- og installasjonstekniske kapasiteter og kvaliteter. OTP må finne en god balanse mellom hva som er nødvendig og ønskelig på den ene side, og hva som er kostnadmessige forsvarlig på den annen. Særlig viktige tema er forsyningsikkerhet, redundans og kapasitetsreserver i de bygnings- og installasjonstekniske bygningsdelene og systemene.
- Dette omfatter alle tekniske fag, inklusive arkitekt- og byggfag, vvs-fag og elektrotekniske fag samt en rekke spesialfag. Særlig er det viktig å få frem krav som inkluderer flere fag, altså typiske tverrfaglige utfordringer.
- Gjennom OTP trekkes også opp en rekke retningslinjer for hvordan selve prosjekteringsprosessen skal være når det gjelder krav om utredninger, alternativstudier, kost-nytte-analyser, risiko- og sårbarhetsanalyser osv.
- I OTP fokuseres det på krav som ikke direkte følger av lov og forskrift, som for eksempel Plan- og bygningsloven, Arbeidsmiljøloven mv., samt krav som går ut over minimumskravene i lovverket og som er spesielle for sykehusbygninger.
- OTP legger vekt på ikke å angi løsninger, det skal gjøres i prosjekteringen, men stiller krav til løsninger.

- Program for tekniske rom tilsvarende «HFP-nivå».

Hensikten med HPU er å:

- Definere hva som er brukerutstyr og hva som er byggutstyr og kategorisere de ulike funksjonelle utstyrgrupper i disse hovedgruppene. Derved sikres en god koordinering mellom ansvarsområdene i prosjektering og i utstyrplanlegging.
- Det kan også være fordelaktig å avklare om noen typer byggutstyr bør følge tilsvarende programmerings- og anskaffelsesprosedyrer som for brukerutstyr.
- Med utgangspunkt i beskrivelse av funksjoner (fra HFP) defineres de viktigste typene bygg- og installasjonspåvirkende utstyr (BIP-utstyr) i prosjektet. Videre når og på hvilket nivå utstyrprosjektet kan overføre BIP-informasjon til prosjekteringen.
- Bestemme hvilke typer utstyr som inngår i undergrupper for brukerutstyr.
- Klargjøre målsettinger for kapasitet, produktivitet og driftsøkonomi for utstyrinvesteringene.
- Utarbeide en første og grov utstyrs kalkyle inkl. vurdering av usikkerhet, reserver og marginer.
- Etablere overordnet strategi for valg av utstyr og gjenbruk av eksisterende utstyr.
- Klargjøre planprosess, organisering.

Ambisjonsnivå og plan for organisering og gjennomføring av arbeidet med IKT er et krevende område som må vektlegges, og dekkes gjennom OTP-arbeidet, men med grensesnitt mot både HFP og HPU-prosessene.

13.8.4 Utarbeidelse av skisseprosjekt (SPR)

HFP, OTP og HPU skal sammen danne grunnlaget for skisseprosjektet.

Løsningen av bygget skal optimaliseres gjennom en interaktiv prosess mellom programutvikling, fysiske løsninger og økonomiske analyser som viser hvordan elementene i veileder for tidligfaseplanlegging er ivaretatt.

DFP utarbeides parallelt med skisseprosjektet.



Figur 3 Programdokumentene

SPR for nybygg startes når hovedfunksjonsprogrammet foreligger. I tillegg skal O-alternativet, slik det fremkommer i idéfaserapporten, kvalitetssikres spesielt med tanke på bygningsmessig og teknisk oppgradering for å følge lovpålagte krav.

Formålet med en skisseprosjektering er å illustrere løsningsmodeller for å vurdere innplassering på tomt, utvidelsesmuligheter, ekstern og intern logistikk og sammenhenger mellom driftsmodell og fysiske løsninger. Dette skal danne grunnlag for beregning av bruttoareal og analyser av byggekostnader, samt analyser av driftsforhold og driftsøkonomiske konsekvenser. BIM-modell etableres.

Skisseprosjekttegninger

- Situasjonsplan med adkomst, parkering med mer
- Teknisk situasjonsplan med kommunaltekniske anlegg

- Utomhusplan
- Planer 1:500 av avdelingenes hovedstruktur
- Snitt og fasader 1:500
- Prinsippløsninger for teknisk hovedstruktur med vekt på VVS-fagene
- Modeller og perspektiver

I tillegg til de overordnede planene som viser sykehusets disposisjon og struktur vil det være hensiktsmessig å gjøre delstudier i målestokk 1:200 eller større, av spesielle avdelinger for å verifisere løsningsprinsipper og areal. Dette kan bl.a. være hensiktsmessig for:

- Sengeposter
- Operasjon, intensiv
- Akuttmottak
- Standard elementer som det skal arbeides videre med
- Standardromskatalog mm.

Skisseprosjekt-rapport inklusiv kalkyle skal inneholde

- Funksjonsbeskrivelse, beskrivelse av de funksjonsvalg som er foretatt.
- Bygningsmessig beskrivelse
- Beskrivelse av de tekniske anleggene på overordnet nivå
- Arealoversikt
- Kostnadskalkyle og FDVU-kostnader (inkl. LCC)
- Forslag til gjennomføringsmodell
- Foreløpig tidsplan
- Etablering av og plan for videre bruk av BIM-modell

13.8.5 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

I byggeprosjektet skal det legges vesentlig vekt på hensyn til HMS. Dette gjelder på følgende områder i selve bygget med dets utstyr og installasjoner:

- pasientsikkerhet og oppholdsmiljø for pasienter
- besøksmiljø for pårørende og publikum
- arbeidsmiljø for ansatte
- miljøkonsekvenser for omgivelsene (energi, avfall, utslipp, trafikk osv.)

I tillegg vil det bli lagt vesentlig vekt på HMS i selve byggefasen, både for de som arbeider på byggeplassen og for omgivelsene. Dessuten må HMS også ivaretas i alt arbeid med planlegging av selve virksomheten.

13.8.6 Økonomiske analyser

Under konseptfasen skal det gjennomføres investerings- og finansieringsanalyser for prosjektet. Det skal utarbeides bærekraftsanalyse og investeringsplan for prosjektet. Det utarbeides også bemanningsanalyser som danner grunnlaget for driftsøkonomien i et nytt konsept. De økonomiske analysene som utarbeides illustrerer driftskostnader forbundet med de ulike modellene. For driftsøkonomisk analyse foreligger det en egen veileder som legges til grunn.

13.8.7 Usikkerhetsanalyser og ROS-analyser

Det gjennomføres usikkerhetsanalyser knyttet til skisseprosjektets kalkyler og eventuelt ROS-analyser.

13.8.8 Organisasjonsutvikling

I forbindelse med utarbeidelsen av driftskonseptet vil det være behov for å konkretisere videre den virksomhetsmodellen som er lagt til grunn fra idéfasen. Dette gjøres i samspill med den løpende OU-prosessen som skjer i OUS, og som en integrert del av programarbeidet, samt at det må være integrert på tvers av investeringstiltakene.

Samhandlingsreformen legger en del føringer for driften av spesialisthelsetjenesten. Disse føringene må prosjektet legge til rette for i samspill med kommunehelsetjenesten ved hjelp av fleksible løsninger og samarbeid.

13.8.9 Idé/konseptrapporter

Utredningsarbeidet ferdigstilles med utarbeidelse av en idé/konseptrapport per investeringstiltak der den anbefalte løsningen beskrives gjennom en sammenfatning av innholdet i de delutredninger og analyser som er gjennomført. Grunnlaget for valg av alternativ dokumenteres.

Rapportens innhold vil i hovedtrekk være:

- Hovedoppsummering
- Sammendrag
- Bakgrunn fra den samlede idéfasen og eventuelle oppgradering på idéfasenivå for det enkelte investeringstiltaket
- Sammendrag av hovedfunksjonsprogrammet
- Sammendrag av hovedprogram utstyr og overordnet teknisk program
- Delfunksjonsprogram
- Organisasjonsutvikling – nye arbeidsmåter
- Utbyggingsmønster – sammendrag av skisseprosjektrapporten
- Økonomiske analyser, driftsøkonomi, bærekraftsanalyser og investering-/finansieringsplan
- Samlet evaluering av alternativene
- Plan for neste fase

13.9 Strategi for styring av usikkerhet

Styringen av usikkerhet skjer primært i forhold til de kritiske suksessfaktorene. Viktige elementer er:

Felles målforståelse

Planlegging av konseptfasen ligger i tidsplanen som er utarbeidet. Denne beskriver alle oppgaver som skal løses i løpet av konseptperioden og de ressurser som er satt av til å utføre oppgavene. For konseptfasearbeidet vil det bli aktuelt med brukerkoordinatorer fra sykehusene som har ansvaret for oppfølgingen ift klinikk, utstyr og teknikk.

- Brukerkoordinator klinikk – funksjonsplanlegging
- Brukerkoordinator utstyr – hovedprogram utstyr
- Brukerkoordinator teknikk – overordnet teknisk program

Så langt det er praktisk mulig, bør dette være samkjørt innenfor prosjektprogrammet, for å sikre god koordinering mellom de investeringstiltakene som til sammen utgjør første etappe.

Klare ansvarsområder og tydelige mandater

Prosjektet har klargjort ansvarsroller. Tabellen under beskriver en foreløpig oversikt over ansvarsområder (arbeidspakker) for utarbeidelse og gjennomføring av de ulike aktiviteter og programmer i løpet av konseptfasen. Hvem som gis ansvaret på de ulike områdene fastlegges i styringsdokumentet.

Aktiviteter	Ansvar for oppfølging
Bearbeide og kvalitetssikre datagrunnlaget utarbeidet under idéfasen	
Hovedfunksjonsprogram inkl. funksjonsbeskrivelse og arealanalyse	
Organisasjonsutvikling (OU)	
Samhandlingsreformens effekt	
Delfunksjonsprogram (DFP)	
Hovedprogram utstyr (HPU)	
Overordnet teknisk program (OTP)	
Økonomiske driftsanalyser	
Økonomisk bærekraftsanalyse	
Økonomiske investerings- og finansieringsanalyser	
Skisseprosjekt	
Plan for forprosjekt- og byggefase	
Konseptrapport inkl. alternativevalueringer	

Tabell 2 Arbeidspakker

Åpen og transparent planprosess

Under konseptfasen skal mye av innholdet og arbeidsprosessene i et nytt sykehusbygg beskrives. For å få til et godt resultat er det viktig at planprosessen er åpen og transparent for alle ansatte.

Tilgang på virksomhetsdata

Tilgangen på data om virksomheten i dag er avgjørende for å kunne ta de riktige beslutninger om nødvendigheten av endringer og hvilke konsekvenser endringene vil ha for driften. Alle nødvendige tilganger for konseptfasen er gjort tilgjengelig for prosjektet.

Tilstrekkelige økonomiske rammer og kostnadsstyring

For de samlede idé- og konseptfasene kreves en økonomisk ramme på i størrelsesorden 100-150 mill. kr (inkl. RSA og Radiumhospitalet, beløpet må vurderes nærmere før det fastlegges).

Økonomistyringen skjer primært gjennom månedlig rapportering av timeforbruk (og evt. reiser) mot periodisert plan.

Avsette tilstrekkelig tid og ressurser til nøkkelpersoner for å arbeide med prosjektet.

Solid forankring av prosjektet i organisasjonen

Prosjektet er forankret i virksomhetens styrende organer. Styringsgruppen vil ha regelmessige møter. Den består av ledende ansatte fra eget foretak, tillitsvalgt, verneombud i tillegg til representant fra det regionale foretaket. Styringsgruppen ledes av foretakets adm. direktør.

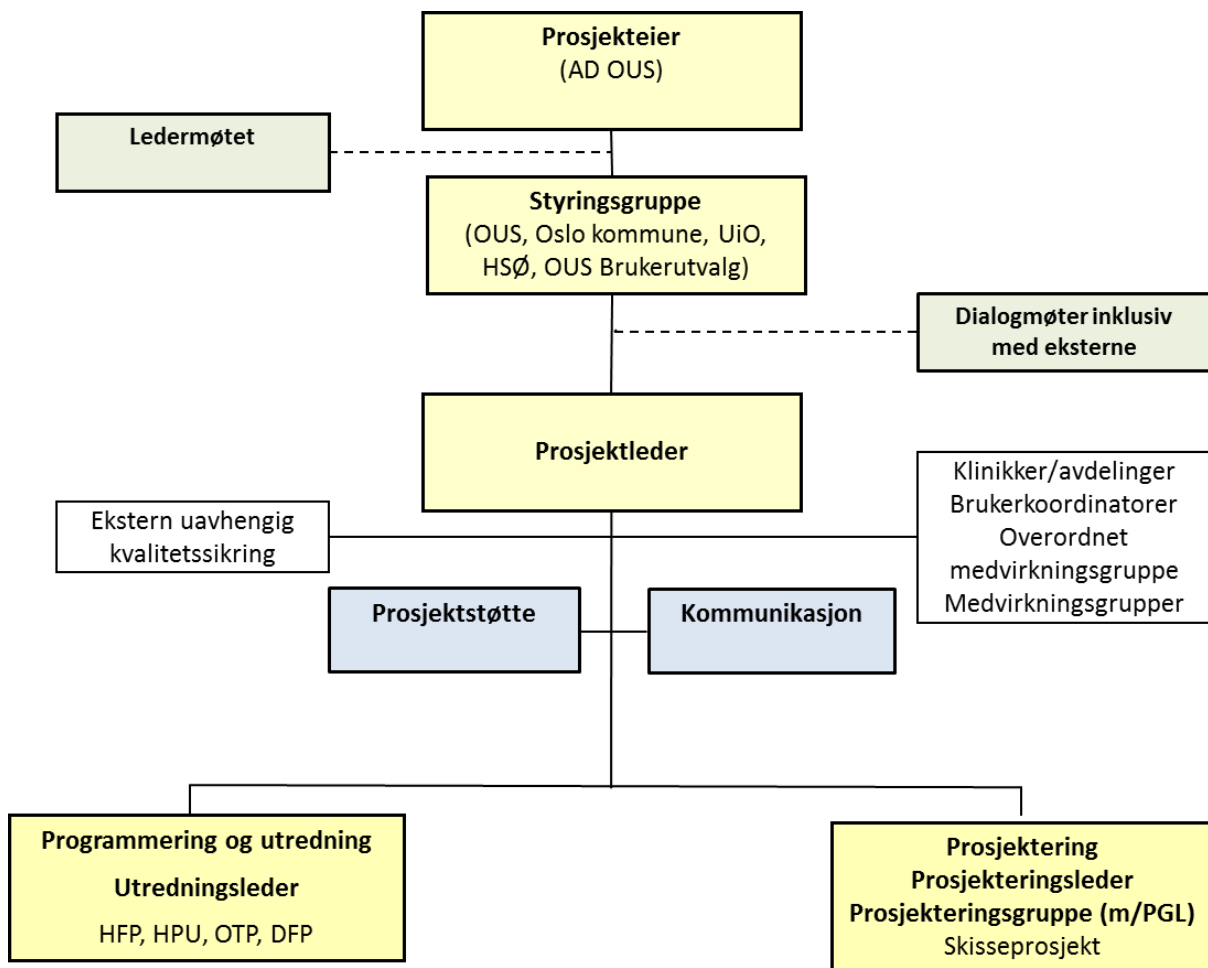
Brukerkoordinator og medvirkningsgruppene vil, i tillegg til å bidra med faglige vurderinger, utgjøre en viktig del av forankringen utover i sykehusenes organisasjon, og vil være en del av sykehusenes organisasjon.

Avklaring av interessentbildet, oppfølging av kritiske aktører

Interessentanalysen og kommunikasjonsplanen revideres og tilpasses konseptfasen og plan for risikohåndtering etableres.

13.10 Organisering, styring og ansvarsdeling

Prosjektets organisering for kommende fase er vist i figuren nedenfor, dvs. at denne organiseringen anbefales iverksatt fullt ut når arbeid på konseptfasenivå starter.



Figur 4 Prosjektets organisering for ide/konseptfasen

13.10.1 Styringsgruppe

Det etableres en styringsgruppe på samme måte som i den samlede idéfasen. Styringsgruppen, prosjektleder og de ulike prosjektstøttefunksjonene er felles for alle investeringstiltakene. Men det etableres egne delprosjektledere knyttet til hvert investeringstiltak (hver idé- og konseptrapport). Styringsgruppen har med de tyngste aktørene med OUS (både ledelse og ansattes representanter), HSØ, Oslo kommune og UiO, samt pasientorganisasjonene/ brukerutvalget).

I konseptfasen drives prosjektet i det løpende av en prosjektgruppe bestående av prosjektleder og rådgivere. Ansatte og tillitsvalgte involveres i arbeidet gjennom medvirkningsgruppene og ellers i et omfang som er hensiktsmessig i forhold til planarbeidet. Arbeidet konsentreres om programarbeid og skisseprosjektet: utarbeidelse av hovedfunksjonsprogram, hovedprogram utstyr, et overordnet teknisk program og delfunksjonsprogram med romprogram, samt skisseprosjekt.

Brukerkoordinatorene skal koordinere medvirkningen i sykehuset og vil være bindeleddet mellom prosjektledelsen og «brukerne» (se nedenfor om begrepet bruker).

13.10.2 Brukerorganisering, brukernes rolle

Ansatte, pasienter, studenter og representanter for kommunehelsetjenesten representerer brukerinteressene i prosjektet. De interne brukerne kommer fra sykehuset, de eksterne brukerne utgjøres av andre interessenter som her omfattes av brukerbegrepet.

Ansatte er representert med tillitsvalgte og oppnevnte fagpersoner. Brukerrepresentanter er oppnevnt av brukerutvalget, og representantene for kommunehelsetjenesten er oppnevnt av aktuelle kommuner etter forespørsel fra styringsgruppen.

Tillitsvalgte har en formell rolle i henhold til lovverk og avtaler. Brukerrepresentantenes rolle omfatter faglig rådgiving og informasjon tilbake til de miljøer de er en del av i sin daglige virksomhet

Kjernen i mandat for medvirkningsgruppene: Gruppens deltakere skal **gi råd** basert på egen kompetanse, innhenting av kompetanse fra den delen av virksomheten de kommer fra, samt avstemme med linjeledelse og ivareta helhetsperspektiv for virksomheten.

13.11 Prosjektstyringsbasis

13.11.1 Endringsstyring

Endringsstyring beskrives nærmere i styringsdokumentet for konseptfasen.

13.11.2 Prosjektnedbrytningsstruktur

Prosjektnedbrytningsstrukturen (PNS) skal videreutvikles i løpet av fasen. Detaljeringsbehovet bestemmes ut fra styringsbehov og administrative kostnader.

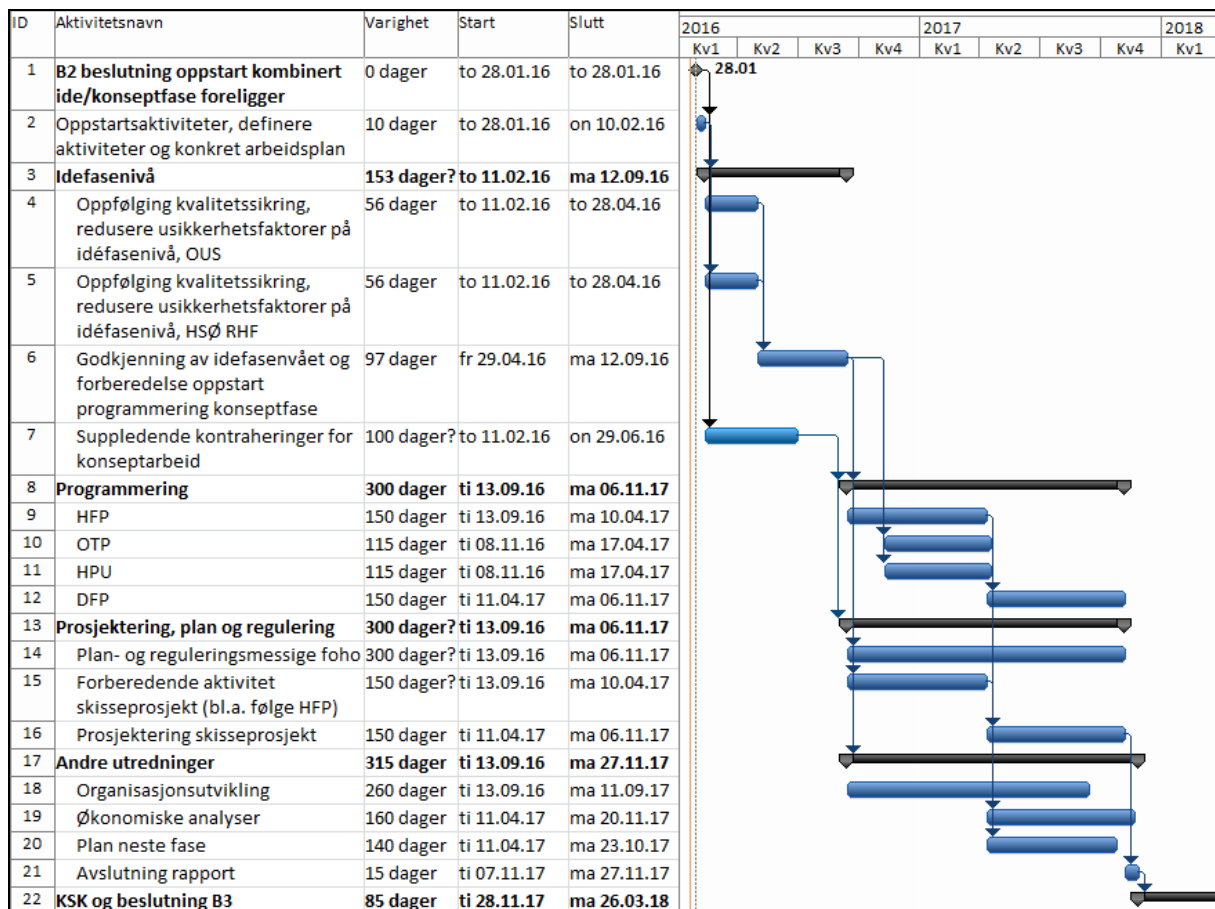
13.11.3 Aktiviteter og milepeler og tidsplan for konseptfasen

Hovedtidsplan viser et foreløpig tidsestimat med ferdigstilling av konseptrapportene ultimo 2017, med etterfølgende kvalitetssikringskontroll (KSK) som vil danne grunnlaget for beslutningen primo 2018 og påfølgende oppstart forprosjekt.

Hovedaktivitetene fremgår av tidsplanen. Det samme gjør milepelene, som kan summeres opp slik:

- Beslutning om videreføring 28.01.16
- Idéfasenivå med oppfølging av kvalitetssikring knyttet til gjennomgang og oppfølging av de største usikkerhetsfaktorene innen 28.04.16

- Nødvendige kontraheringer for oppstart på konseptfasenivå ferdig 29.06.16.
- Endelig avklaring inklusiv beslutninger på HSØ-nivå og forberedelse oppstart konseptfasenivå innen 12.09.16.
- Hovedfunksjonsprogram ferdig 10.04.17
- Skisseprosjekt ferdig 06.11.17
- Konseptrapport(er) ferdig 27.11.17 (grunnlag for HSØ til å starte prosessen med å søke lånefinansiering ift statsbudsjettet 2019)
- KSK ferdig 05.03.18
- Beslutning om oppstart forprosjekt 26.03.18 (forutsatt at forprosjektet kan starte innenfor HSØ sin egen finansieringsramme, eller at lånefinansiering allerede er klarert ift statsbudsjettet for 2018. Det kan derfor være at selve oppstarten av forprosjekt ikke kan skje før statsbudsjettet 2019 er vedtatt, dvs. ultimo 2019).


Figur 5 Tidsplan

Mange faktorer påvirker fremdriften. De viktigste er:

- Graden av gjenbruk av tilsvarende dokumenter fra andre prosjekter vs. graden av unikhhet i dette prosjektet.
- Omfanget av medvirkning.
- Hvor lang tid beslutningene tar fra grunnlaget foreligger til neste fase kan startes.

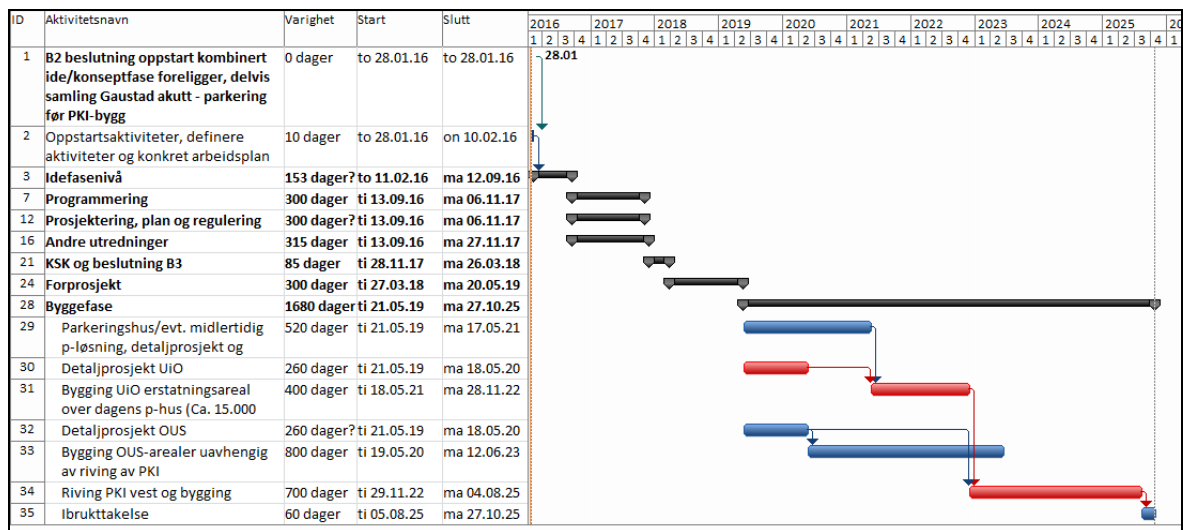
Det er her forutsatt et «normalforløp» basert på omfang og kompleksitet. Dette kan kortes ned ved bevisste valg bl.a. om «utstrakt gjenbruk» fra andre sykehusprosjekter både i programmering og prosjektering, men det kan også ta lenger tid.

Med oppstart forprosjekt i 2018, så vil byggefase kunne starte i 2019 (litt varierende for de ulike investeringstiltakene). Fysisk bygging vil da kunne starte i 2020 (kan være tidligere for utvalgte, avgrensede objekter).

Dersom utredning og behandling av saken om funksjonsfordeling i Oslo sykehusområde betyr endringer i forutsetningene som er lagt til grunn i samlet OUS idéfase, så forutsettes dette fanget opp under den innledende fasen på «idéfasenivå», slik at konsekvensene er avklart før oppstart programmering på konseptfasenivå.

Tentative tidsplaner for hele forløpet «hovedprosjektet»:

Hovedprosjektet – her eksemplifisert gjennom delvis samling (bare overordnet og foreløpig skisse fra forprosjekt til ferdig bygg, der bl.a. plan- og reguleringsmessige forhold, eventuell inndeling i sekvensielle byggetrinn m.v. er vesentlige usikkerhetspunkter).



Figur 6 Tidsplan «hovedprosjektet, 1. etappe (basert på eksempel delvis samling)

Dersom oppstart forprosjekt skjer i etterkant av godkjenning av statbudsjettet for 2019, vil dette bety ca. 8 mnd. senere fullføring enn det som er vist her. Men det kan også være faktorer i gjennomføringen som virker i retning raskere progresjon i byggefase, slik at det er usikkerhet i begge retninger.

For RSA og Radiumhospitalet vises det til tidsplaner i egne idéfaserapporter.

13.11.4 Kvalitetssikring og rapportering

For å kvalitetssikre prosjektet er det for konseptfasen lagt opp rutiner for rapportering og evaluering.

- Regelmessige styringsgruppemøter
- Månedlig skriftlig rapportering av kvalitet, fremdrift, kostnad og risikofaktorer til styringsgruppen
- Utarbeidelse av usikkerhetsanalyse og eventuelle ROS-analyser

I tillegg kommer etterfølgende KSK.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. januar 2016

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Oversikt over status for tidligere styresaker

SAK 9/2016 STATUS OG OPPFØLGING AV STYRESAKER

Hvert halvår legges det fram en oversikt over status og oppfølging av styrets vedtak. Vedlagt følger en oppdatert oversikt over status og oppfølging av styresaker per andre halvår 2015. Orienteringssaker er ikke tatt med i oversikten.

Forslag til vedtak:

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til og med desember 2015 til orientering.

Oslo, den 21. januar 2016



Bjørn Erikstein

Vedlegg til sak 9/2016

Status oppfølging av styrets vedtak

Nedenfor følger oversikt med status og oppfølging av styrets vedtak til og med siste halvår 2015. Tidligere utkvitterte saker, vedtak uten krav til oppfølging som orienteringssaker, herunder administrerende direktørs driftsorienteringer, tas ikke med i oversikten.

Saksnr	Saksnavn	Vedtak	Oppfølging
82/2015	Idéfase Oslo universitetssykehus HF, konkretisering etter høring	<p>Styret ber om at «Idéfase Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring» og ekstern kvalitetssikring, fremmes for endelig behandling i styremøtet 28. januar 2016, med sikte på etterfølgende oversendelse til Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Styret ber videre om at idéfaserapporten for Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner og idéfaserapporten Radiumhospitalet inngår i en samlet behandling på idéfasenivå, men anbefales deretter ført videre som egne konseptfaser.</p>	Sak 8/2016
81/2015	Salg av Sognsveien 9 A og 9 B	<p>Styret anbefaler salg av eiendommene Sognsveien 9 A, gnr 47 bnr 342 i Oslo kommune og Sognsveien 9 B, gnr 47 bnr 340 i Oslo kommune.</p> <p>Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingene til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.</p>	Salgsanbefaling oversendt HSØ 21.12.2015
78/2015	Budsjett 2016	<p>Styret legger til grunn et positivt økonomisk resultat på 225 millioner kroner eller bedre som økonomisk styringsmål for 2016.</p> <p>Styret ber administrerende direktør komme tilbake i neste møte med en redegjørelse om opplegg for driften av virksomheten. Herunder utviklingen i de viktigste kostnadselementene og konsekvensen av endringer i disse.</p> <p>Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2016 slik det</p>	<p>Under oppfølging</p> <p>Sak 6/2016</p> <p>Sak 6/2016</p>

		<p>fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 78/2015. Styret ber samtidig spesielt om at aktivitetskrav for psykisk helse og avhengighet gjennomgås og kvalitetssikres.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter.</p> <p>Styret ber administrerende direktør legge de vedlagte investeringsplanene til grunn for investeringene i 2016.</p> <p>Administrerende direktør gis fullmakt til å ta opp langsiktige lån fra Helse Sør-Øst RHF og inngå nødvendige leieavtaler for å finansiere investeringer i samsvar med tabell 3 og innenfor gitte fullmakter gitt av Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.</p>	
72/2015	PWC-rapport om gjennomgang av eiendomsområdet	Styret tar redegjørelsen til etterretning, og ber om å bli holdt orientert om oppfølging av funnene i gjennomgangen.	Under oppfølging
69/2015	Leie av Storgata 40	<p>Styret slutter seg til utkastet til 10-årige framleieavtale i Storgata 40 med Oslo kommune ved Helseetaten.</p> <p>Styret ber administrerende direktør fremme leieavtalen til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og inngå en 10-årig leieavtale i Storgata 40, forutsatt godkjenning i Helse Sør-Øst RHF og i bystyret i Oslo kommune.</p>	Oslo kommune ønsker nye forhandlinger vedr. 10 års- avtale igangsettes på nyåret.
68/2015	Virksomhetsoverdragelse	Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av Dopingtelefonen	Gjennomført

	av Dopingtelefonen til Antidoping Norge	fra Oslo universitetssykehus HF til Antidoping Norge. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalen om virksomhetsoverdragelse på vegne av Oslo universitetssykehus HF.	
65/2015	Ledelsens gjennomgang andre tertial	Styret tar ledelsens gjennomgang fra 2. tertial 2015 til etterretning.	Risikovurderingen er sendt HSØ.
58/2015	Status mottak av gave: Skisse til klinikkbygg på Radiumhospitalet	Styret anerkjenner gaven i form av skisse til nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og vil rette takk til giverne. Styret ber om at det med utgangspunkt i skisseforslaget etableres en egen idefase for et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet som sammenholdes med planene for vedlikehold av bygningsmassen og med arbeidet med idefase for hele foretaket.	Sak 82/2015 og sak 8/2016
56/2015	Forlenget leie av Forskningsveien 2A	Styret slutter seg til at leieavtalen for Forskningsveien 2A forlenges med 5 år fra 31. desember 2016 ved utøvelse av opsjon i leieavtalen, og ber administrerende direktør om å fremme saken for Helse Sør-Øst RHF. Administrerende direktør gis fullmakt til å forlenge leieavtalen for Forskningsveien 2A med 5 år fra 31. desember 2016, forutsatt godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.	Vedtatt i HSØ styremøte 17.12.2015
53/2015	Tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2015	Styret tar tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2015 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.	Under oppfølging
46/2015	Valg av brukerutvalget og endring i mandat	Styret velger følgende medlemmer til Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus for perioden juni 2015 – juni 2017: Eli Rasmussen Kreftforeningen Kristin Borg Pensjonistforbundet Kjell Silkoset Personskadeforbundet	Ok

		<p>Stine Bjerklund Dybvig Cerebral-Parese-foreningen Arne O. Grønbech Hope Norges Handikapforbund/SAFO Tayyab M.Choudri Internasjonal helse- og sosialgruppe Tove Nakken Kreftforeningen Veslemøy Ruud Norges Astma- og allergif./FFO Lilli-Ann Stensdal Norges Handikapforbund/SAFO Heine Århus Foreningen for hjertes. barn/FFO Ringstad Næss Rådgivning om spiseforst./FFO Tommy Sjøfjell A-larm Twinkle Dawes Innvandrerkv. Res. og aktivitetsg. Kim Fangen Nye Pluss-HIV-positives landsf.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å oppnevne leder og nestleder for Brukerutvalget for perioden 2015-2017.</p> <p>Styret godkjenner endringene i revidert mandat for brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF.</p>	
40/2015	Rapport per mai 2015	<p>Styret tar rapporteringen til orientering.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å reinvestere i en strålemaskin (Linac) med investeringsverdi over 20 millioner kroner.</p> <p>Styret ber administrerende direktør om at bemanningstillene bringes i overensstemmelse med budsjett og at det etableres ytterligere oppfølging av bruken av merarbeid.</p>	<p>Avtale om strålemaskin (Linac) signert. Levering ca 15.06.16.</p> <p>Under oppfølging</p>
30/2015	Revisjonsplan 2015 internrevisjon Oslo universitetssykehus	Styret tar revisjonsplan for 2015-16 for Oslo universitetssykehus til etterretning.	Under oppfølging
29/2015	Organisering av kreftområdet inkludert bygningsmessige	Styret legger til grunn av kreftområdet ikke blir hovedelementet i en første etappe for utbygging av Oslo universitetssykehus og at dette innebærer aktivitet på Radiumhospitalet i minst 15 år fremover.	

	vurderinger	Styret ber om at utredning av nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet samkjøres med organisasjonsgjennomgangen av kreftområdet og idéfasearbeidet og tar til etterretning at dette arbeidet vil bli gitt som gave til Oslo universitetssykehus, basert på en formell avtale mellom partene.	Sak 82/2015 og sak 8/2016
28/2015	Prefabrikkert bygg på Ullevål sykehus	<p>Styret godkjenner forslag til etablering av modulbygg på Ullevål sykehus.</p> <p>Styret ber administrerende direktør oversende forslaget med kostnadsramme for behandling i Helse Sør-Øst RHF. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtale om leasing og iverksette bygging, når godkjenning foreligger fra Helse Sør-Øst RHF</p> <p>Styret ber om å bli orientert om vesentlige endringer, herunder avvik i fremdrift og kostnader under gjennomføringsperioden. Endelig sluttrapport for prosjektet legges frem for styret etter at prosjektet er slutført.</p>	Godkjent i styret i HSØ. Skal godkjennes i foretaksmøte i HSØ
20/2015	Idefase Oslo universitetssykehus	<p>Styret ber administrerende direktør slutføre arbeidet med Idefase Oslo universitetssykehus i 2015 konsentrert om følgende alternativer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0-alternativet. • Et alternativ der virksomheten er delt mellom to lokaliseringer, Gaustad sør og Ullevål. • Delvis samling Gaustad sør. <p>Styret ber i tillegg om at de tre alternativene beskriver hvordan en lokalsykehusfunksjon eventuelt kan skilles ut herunder skissere:</p> <p>Virksomhetsbeskrivelse for et slikt lokalsykehus. Konsekvensene for virksomheten i resten av OUS knyttet opp mot de tre alternativene.</p> <p>Styret ber administrerende direktør om å gjennomføre en utredning av</p>	Sak 82/2015 og Sak 8/2016

		<p>organiseringen av kreftområdet som en del av idéfasearbeidet, herunder en vurdering av bygningsmessige forhold.</p> <p>Idéfaserapport, versjon 2.0, med justert kapittel 1 og 10 fremlagt i denne saken, skal legges til grunn for det videre idéfasearbeidet i 2015. Resultatet fra idéfasearbeidet i resten av 2015 beskrives i et eget dokument. Samlet skal dette gi grunnlag for retningsvalg og hva som utgjør en første etappe inklusiv det virksomhetsmessige innholdet.</p> <p>Styret ber administrerende direktør på grunnlag av det samlede idéfasearbeidet om å legge fram forslag til plan for idé-/ konseptfase for Oslo universitetssykehus HF til styremøtet i desember 2015. Denne planen skal inneholde forslag om en første etappe for de aktuelle alternativene, herunder en beskrivelse av virksomhetsinnhold for alle tre alternativene.</p> <p>Styret ber administrerende direktør sikre god kommunikasjon og dialog både internt og eksternt om prosjektet. Herunder forventes det at styret holdes orientert om fremdriften.</p>	
10/2015	Ny storbylegevakt i Oslo	<p>Styret ber administrerende direktør ta kontakt med Oslo kommune for i fellesskap raskt å fullføre en konseptvalgutredning for et Storbylegevakt som skal plasseres i nærheten av sykehusets akuttmottak.</p> <p>Styret ber administrerende direktør ta initiativ til å forberede etablering av et tettere samarbeid med Oslo kommune om pasienter på allmennmedisinsk legevakt i Storgaten.</p> <p>Styret ber om at vedtak om plassering av ny Storbylegevakt tilstrebes samordnet med vedtak om fremtidig plassering av hovedsykehus og akuttmottak ved fullføring av idéfase for Oslo universitetssykehus planlagt styrebehandlet i desember 2015.</p>	Under oppfølging.
7/2015	Oppdrag og bestilling	Styret tar protokoll fra foretaksmøtet 12. februar 2015 i Oslo	Under oppfølging

	2015	<p>universitetssykehus HF til etterretning.</p> <p>Styret forutsetter at det regelmessig rapporteres til styret på oppdraget gitt for 2015</p>	
67/2014	Investeringstiltak i bygningsmassen til Oslo universitetssykehus	<p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å søke et lån på inntil 1 265 millioner kroner for å understøtte investeringer i bygningsmassen for å lukke myndighetspålegg og sikre oppgraderinger slik at sikker drift kan opprettholdes.</p> <p>Styret legger til grunn at egenandelen på 542 millioner kroner finansieres av Oslo universitetssykehus HF's egne midler.</p> <p>Styret ber om at lånesøknaden fremmes til Helse- og omsorgsdepartementet via Helse Sør-Øst RHF.</p>	OK, sak 78/2015

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

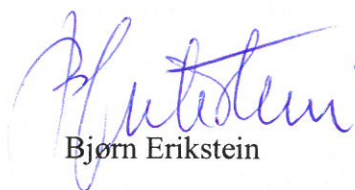
Dato møte: 15. januar 2016
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Årsplan

SAK 10/2016 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 21. januar 2016


Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
17. mars 2016 kl 8-14	Økonomisk langtidsplan 2017-2020 inkl. leasing og leie Årsoppgjør 2015 Oppdrag og bestilling 2016	Rapportering Plan for styret Årsplan arbeidsmiljø 2014 Kontinuerlig forbedring i OUS HF (tentativ) Innovasjon (tentativ) Presentasjon av klinikkene (tentativ)
28. april 2016 kl 8-14		
Reservetid 26. mai 2016 kl 8 – 14	Styreseminar	
23. juni 2016 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 1. tertial Prosess budsjett 2017	Rapportering Plan for styret
29. september 2016 kl 8-14	Rapportering Budsjett 2017 Eierskap i selskaper Møteplan for 2017	Rapportering Plan for styret Oppfølging styresaker Møte med Brukerutvalget
27. oktober 2016 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2017	Rapportering Plan for styret
27. oktober 2016 kl 14-19	Styreseminar	
Reservetid 24. november 2016 kl 8 – ca 14		
15. desember 2016 kl 8-14	Budsjett 2017	Rapportering Plan for styret

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte.: 28. januar 2016
Saksbehandler: Leder Direktørens kontor
Vedlegg: Ingen

SAK 11/2016 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

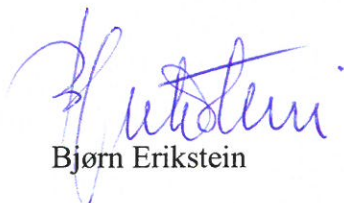
Følgende legges frem til orientering:

1. Drift
2. Referat

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 21. januar 2016



Bjørn Erikstein

1. DRIFT

Vaskeritjenester

Styret ble i september 2015 orientert om vaskerisituasjonen ved sykehuset (sak 62/2015). OUS bruker ca 15 tonn tekstiler daglig. Av dette blir ca 2/3 vasket i eget vaskeri på Ullevål og 1/3 av kommersiell leverandør etter avtale med Oslo universitetssykehus HF. Den mest krevende produksjonen, bl.a. all smittevask, blir utført av eksternt leverandør. Sykehusets krav til kvalitet og leveransesikkerhet ivaretas i dag tilfredsstillende av begge leverandører, men det er en økende risiko for driftsstans i eget vaskeri som følge av maskinparkens alder. Alder på maskiner og bygningsmessige forhold tilsier at OUS må ta stilling til fremtidig håndtering av tekstilvask for sykehuset. Parallelt med pågående utredninger der fremtidig lokalisering av virksomheten er tema, kan dette gi nye fremtidsutsikter også for tekstilvask.

Av disse årsaker har det vært gjort flere vurderinger på fremtidig driftsløsning, for eksempel å investere i oppgradering av eksisterende vaskeri, bygge nytt eller kjøpe tjenesten eksternt. Konklusjonen er at investeringer i eksisterende vaskeri, eller et nytt vaskeri i egen regi, eller en bedrift med annen eierform som aksjeselskap eller offentlig-privat samarbeid (OPS), kan vanskelig prioriteres foran andre store investeringsbehov til bygg, medisinsk-teknisk og annet utstyr. En vurdering av ytterlig eksternt kjøp av vaskeritjenester er et alternativ som i denne sammenheng er utredet nærmere av Oslo sykehusservice. Det er flere leverandører i markedet som håndterer tekstiler fra andre sykehus, hoteller og andre kunder. Denne løsningen, som også er benyttet av de fleste helseforetak i regionen, vil også stille sykehuset fritt til på et senere tidspunkt å legge et vaskeri inn i utbyggingsplanene for nye sykehusbygg.

Avtalene for den del av tekstilvask som leveres av eksternt vaskeri må nå erstattes, og det skal utlyses en anbudskonkurranse for vaskeritjenester. I utlysningen legges det opp til å be om et tilbud for å dekke dagens eksterne volum, men også et for sykehusets samlede behov for vaskeritjenester. Dette vil kunne muliggjøre et kjøp utover dagens volum dersom sykehuset faser ut egne vaskeritjenester gradvis eller helt.

2. REFERAT

- Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 17.12.2015 (vedlegg)
- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 14.12.2015 (vedlegg)

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato:	Styremøte 17. desember 2015
Tidspunkt:	Kl 0830-1600

Følgende medlemmer møtte:

Per Anders Oksum	Styreleder
Sigrun E. Vågeng	Nestleder
Eyolf Bakke	
Kirsten Brubakk	
Anne Cathrine Frøstrup	
Terje Bjørn Keyn	
Bernadette Kumar	Til kl 1300
Peer Jacob Svenkerud	Forfall
Truls Velgaard	
Svein Øverland	

Fra brukerutvalget møtte:

Øistein Myhre Winje
Rune Kløvtveit

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, direktør medisin og helsefag Alice Beathe Andersgaard, viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, direktør teknologi og ehelse Thomas Bagley, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og konsernrevisor Liv Todnem

Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent.

Saker som ble behandlet:

080-2015	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 19. NOVEMBER 2015
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra styremøtet 19. november 2015 godkjennes.

081-2015	KVALITETS-, AKTIVITETS, - OG ØKONOMIRAPPORT PER NOVEMBER 2015
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapporten per november 2015 til etterretning.

082-2015	RAPPORT FRA KAPASITETSPROSJEKT FOR SYKEHUSOMRÅDENE OSLO OG AKERSHUS
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar rapport fra kapasitetsprosjektet for sykehusområdene Oslo og Akershus til orientering.
2. Styret tar til etterretning at prosjektrapporten sendes på høring med tre måneders høringsfrist.
3. Basert på prosjektrapporten og innspill fra høringsrunden, ber styret administrerende direktør komme tilbake til styret med forslag til tiltak for å møte kapasitetsbehovene i sykehusområdene Oslo og Akershus.
4. Styret støtter at arbeidet med å tilrettelegge for endringer i oppgavefordeling mellom sykehusene i Oslo og Akershus sykehusområder videreføres.

083-2015	VURDERING AV SENGEKAPASITET 2016 VED AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar vurderingen av sengekapasitet ved Akershus universitetssykehus HF til orientering.

084-2015	OPPDRAG OG BESTILLING 2016
-----------------	-----------------------------------

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar utformingen av oppdrag og bestilling 2016 til etterretning.
2. Det fastsettes følgende krav til økonomisk resultat i 2016 (tall i millioner kroner):

Akershus universitetssykehus HF	144
Oslo universitetssykehus HF	225
Sunnaas sykehus HF	22
Sykehusapotekene HF	26
Sykehuset i Vestfold HF	50
Sykehuset Innlandet HF	50
Sykehuset Telemark HF	15
Sykehuset Østfold HF	-252
Sykehuspartner HF	15
Sørlandet sykehus HF	90
Vestre Viken HF	150

3. Styreleder gis fullmakt til å gjennomføre foretaksmøter med helseforetakene i februar 2016 for å gjøre oppdrag og bestilling bindende for helseforetakenes styrer.
4. Administrerende direktør gis fullmakt til å inngå avtale med de private ideelle sykehusene som yter tjenester innen for Helse Sør-Øst RHF's "sørge for"-ansvar etter samme oppsett som oppdrag og bestilling 2016 til helseforetakene.

085-2015	FORDELING AV FORSKNINGSMIDLER FOR 2016
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret slutter seg til innstilling vedtatt i Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo om fordeling av det øremerkede tilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet til forskning for 2016.
2. Styret vedtar fordeling og videreføring av strategiske forskningsmidler i regionen slik det fremgår av saksframlegget.

086-2015	OPPDATERT REGIONAL IKT-STRATEGI
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret slutter seg til at oppdatert versjon av IKT-strategi legges til grunn for det videre arbeidet med utvikling av IKT i Helse Sør-Øst.

087-2015	SYKEHUSPARTNER HF – INVESTERINGSRAMME OG GODKJENNING AV FINANSIELL LEASING VEDRØRENDE PERIFERIUTSTYR OG LAGRING
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret i Helse Sør-Øst RHF gir Sykehuspartner HF fullmakt til å investere opp til 185 millioner kroner i periferiutstyr og lagring. Det godkjennes at disse investeringene finansieres ved finansiell leasing, forutsatt godkjenning av foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF. Det legges til grunn at fordelingen av investeringene mellom periferiutstyr og lagring blir i henhold til søknad fra Sykehuspartner HF og etter avklaring med Helse Sør-Øst RHF.

088-2015	TREÅRIG LISENSAVTALE (ENTERPRISE AGREEMENT) MED MICROSOFT
----------	--

Saken ble behandlet i lukket møte, jf offl, § 23

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner den fremforhandlede avtalen med Microsoft og gir administrerende direktør fullmakt til å signere denne.

089-2015	OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF – FORLENGELSE AV LEIEAVTALE FOR AREALER TIL OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF SIN VIRKSOMHET I FORSKNINGSVEIEN 2A
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret i Helse Sør-Øst RHF gir fullmakt til Oslo universitetssykehus HF til å utøve opsjon om forlengelse av eksisterende leieavtale for Forskningsveien 2A med ytterligere 5 år.

090-2015	ÅRSRAPPORT 2015 OG REVISJONSPLAN 2016-2017
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar årsrapport 2015 til etterretning.
2. Styret tar revisjonsplan 2016-2017 til orientering. Revisjonsplan 2015-2016 gjelder inntil nytt styre i Helse Sør-Øst RHF har behandlet ny revisjonsplan.

091-2015	REVISJON AV STYRING OG OPPFØLGING AV SYKEHUSPARTNER HF - OPPFØLGING FRA HELSE SØR-ØST RHF
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar rapporten fra konsernrevisjonen til etterretning.

2. Styret slutter seg til at Helse Sør-Øst RHF, gjennom arbeidet med oppdrag og bestilling 2016 til Sykehuspartner HF, følger opp at styringssignaler i størst mulig grad blir gitt som en del av oppdraget, og at de formelle overleveringene av styringssignaler ut over oppdrag og bestilling følges opp, blant annet gjennom tilleggsdokument til oppdrag og bestilling.

092-2015	VALGKOMITEEN – STATUS FOR ARBEIDET MED OPPNEVNING AV NYE STYRER I HELSEFORETAKENE
-----------------	--

Saken ble behandlet i lukket møte, jf offl § 23

Styrets enstemmige

VEDTAK

Valgkomiteens redegjørelse for status i arbeidet med oppnevning av nye styrer i helseforetakene tas til orientering.

093-2015	ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ARBEIDSAVTALE - LØNNSREGULERING
-----------------	--

Saken ble behandlet i lukket møte, jf offl § 23. B-protokoll.

094-2015	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

1. Styreleder orienterer
2. Driftsorienteringer fra administrerende direktør
3. Foreløpig protokoll fra møte i Brukerutvalget 17. november 2015
4. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 07.12.15

Møtet hevet kl. 15:00

Oslo, 17. desember 2015

Per Anders Oksum
Styreleder

Sigrun E. Vågeng
nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Anne Cathrine Frøstrup

Terje Bjørn Keyn

Bernadette Kumar

Peer Jacob Svenkerud

Truls Velgaard

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

PROTOKOLL

Møtetema: Brukerutvalgsmøte 14. desember 2015
 Til: Brukerutvalget ved OUS
 Kopi: Kari Skredsvig, Tove Strand, Anne Margrethe Svanes
 Dato dok: 17.12.2015
 Dato møte: 14.12.2015
 Referent: Stine Arntzen Selfors
 Tilstede: Tove Nakken, Lilli-Ann Stensdal, Arne Olav Hope, Kim Fangen, Veslemøy Ruud, Tommy Sjøfjell, Stine Dybvig, Kristin Borg og Heine Århus.
 Kari Skredsvik og Stine Arntzen Selfors (Stab samhandling og internasjonalt samarbeid)
 Forfall: Eli Rasmussen, Tayyab Chaudri, Kjell Silkoset, Ane Ringstad Næss, Twinkle Dawes

Sak nr	
061-15	<p>Godkjenning av innkalling</p> <p>Vedtak Innkalling med saksliste godkjent.</p>
062-15	<p>Direktørens time Administrerende direktør, Bjørn Erikstein besvarte spørsmål fra utvalget. Brukerutvalget tilsendes skriftlig svar. Blant temaene var alkohol som bakenforliggende årsak til skader/sykdom og pakkeforløpene og bassengene på radiumhospitalet og rikshospitalet.</p> <p>Direktøren informerte om Kvinslansutvalget som skal se på det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten. Mandatet er ute på høring og OUS med brukerutvalget er høringsinstans.</p> <p>Vedtak Høringsbrevet formidles til brukerutvalget og settes opp som sak på neste møte.</p>
063-15	<p>Styremøtesaker Administrerende direktør kommenterte noen av styremøtesakene. Leder og nestleder representerer utvalget i styremøtet 17. desember 2015</p>
064-15	<p>Pakkeforløp Ingvild Strømsholm presenterte status for pakkeforløpene for kreft som er under implementering på Oslo universitetssykehus. Utvalget hadde innspill og spørsmål om blant annet grunnen til dårlige resultater i enkelte forløp og status for systematisk opplæring og informasjon til pasientene.</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>

065-15	Orienteringssaker <ul style="list-style-type: none"> • Helse sør-øst ønsker innspill på kriteriene for utdeling av prosjektmidler til samhandlingstiltak. • Ledergruppen har vedtatt at arbeidet med ungdomshelse skal organiseres via et overordnet forum for ungdomshelse. • Stab samhandling og kommunikasjonsstaben vil i 2016 være pådrivere for en epikrisedugnad på OUS
066-15	Råd/utvalg/Konferanser Medlemmene av utvalget delte erfaringer fra deltagelse i andre råd og utvalg siden sist møte.
067-15	Mål for brukerutvalget 2016 Brukerutvalget hadde ulike innspill til målene for 2016. Vedtak: Koordinator endrer på målene i henhold til diskusjonen på møtet og sender ut for godkjenning.
068-15	Møteplan 2016 Møtetidspunkt for 2016 er lagt til mandagen i samme uke som styremøtene. Vedtak: Møteplan for brukerutvalget ble godkjent.
069-15	Idefaseprosjektet Svein Petter Raknes og Nina E. Fosen presenterte den endelige rapporten fra idefaseprosjektet, som skal opp i styremøtet første gang denne uken. Vedtak Tas til orientering
070-15	Eventuelt Ingen saker

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. januar 2016
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Ingen

**SAK 12/2016 LØNNSREGULERING FOR ADMINISTRERENDE
DIREKTØR FOR 2016**

Saken behandles uten publikum jf. helseforetaksloven § 26 a. Forslag til vedtak blir lagt frem i møtet.

Oslo, den 21. januar 2016

Stener Kvinnsland
Sign.