

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. februar 2017
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Sakliste

SAK 1/2017 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 8. februar 2017

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 1/2017
Dato møte:	17. februar 2017
Møtetid:	Klokken 10.00 - 16.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, seminarrom 1 og 2.

1/2017	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
2/2017	Beslutning:	Godkjenning av protokoll styremøte 15. desember 2016
3/2017	Beslutning:	Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016
4/2017	Orientering:	Rapport per desember 2016
5/2017	Beslutning	Årlig melding 2016
6/2017	Beslutning:	Budsjett 2017 og gjennomføring av virksomheten
7/2017	Beslutning:	Konsernrevisjonsrapport: "Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen"
8/2017	Beslutning	Videre leie av Forskningsveien 2
9/2017	Beslutning:	Storbylegevakt på Aker sykehus
10/2017	Orientering:	Status oppfølging av styresaker
11/2017	Beslutning:	Plan for styrets arbeid
12/2017	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer

Gunnar Bovim
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

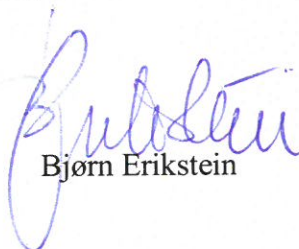
Dato møte: 17. februar 2017
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 15. desember 2016

**SAK 2/2017 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 15. DESEMBER 2016**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 15. desember 2016.

Oslo, den 8. februar 2017



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	15. desember 2016
Dato møte:	15. desember 2016 kl 8.00 – 14.05 på Radiumhospitalet i Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Gunnar Bovim, Anne Carine Tanum, Bjørg Månum Andersson, Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen, Berit Kjøll, Aasmund Magnus Bredeli

Forfall: Ole Petter Ottersen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Lisbeth Sommervoll, Sølvi Andersen, Morten Meyer, Annelene Foss Svingen, Erlend Smeland m.fl.

Tilstede ellers: observatør fra brukerutvalget, konsernrevisjon og publikum

Sak 72/2016 Godkjenning av innkalling og sakliste

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 73/2016 Godkjenning av protokoll styremøte 29. september 2016

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 27. oktober 2016.

Sak 74/2016 Rapport per november 2016

Vedtak:

Styret tar rapporteringen per november 2016 til orientering.

Sak 75/2016 Budsjett 2017

Vedtak:

1. Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2017 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 75/2016. 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. Styret ber administrerende direktør legge de vedlagte investeringsplanene til grunn for investeringene i 2017. Styret konstaterer at budsjettet for 2017 er krevende og ber administrerende direktør komme tilbake i neste møte med en tydeligere konkretisering av tiltak for å gjennomføre virksomheten i overensstemmelse med budsjettet.
2. 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.
3. Administrerende direktør gis fullmakt til å avtale lånebetingelser innenfor alternativene som tilbys av Helse Sør-Øst RHF.
4. Administrerende direktør gis fullmakt til å replassere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret-Larsen og Aasmund M. Bredeli stemte mot vedtakspunkt 1 og ønsket følgende ført i protokollen til sak 75/2016:

«Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret-Larsen og Aasmund Bredeli stemmer imot vedtakspunkt 1 i SAK 75/2016 BUDSJETT 2017 med følgende begrunnelse:

Budsjettforslaget for 2017 ikke er gjennomførbart i henhold til sykehusets oppgaver som gis i oppdragsdokumentet. Effektiviseringskravet og det tilhørende økonomiske resultatkravet synes urealistisk.

Sykehuset er i en vanskelig situasjon med store økonomiske utfordringer, for lav kapasitet innen en rekke fagområder, og behov for store investeringer innen bygg og utstyr. Samlet er både drift og investeringer underfinansiert.

Økonomisk langtidsplan som danner grunnlaget for sykehusets fremtidige utviklingsplaner svekkes.

Budsjettet er ikke saldert og det mangler konkrete tiltak og planer for å nå resultatmålet.

Driftsbudsjettet innebærer en effektivisering av driften på omlag 4 %. Sykehuset vil neppe være i stand til å håndtere aktivitetsveksten og tilhørende effektiviseringskrav innenfor budsjetttrammene.

Investeringsbudsjettet er styrket. Imidlertid er deler av de foreslåtte investeringene avhengig av effektiviserings- og resultatkrav gitt i driftsbudsjettet. Budsjettfremlegget beskriver høy risiko for at viktige og nødvendige investeringer må utsettes. Dermed øker risikoen for driftsavbrudd med de negative konsekvensene det kan få for kapasiteten og kvaliteten i pasientbehandlingen.

Saksfremlegget forutsetter i praksis en nedbemanning på om lag 200 årsverk på grunn av nedtrekk i innleid arbeidskraft, overtid og ekstrahjelp. Det foreligger ingen konkrete planer for hvordan denne arbeidskraften skal erstattes. Aktiviteten og aktivitetsveksten må dermed håndteres av færre ansatte. Nedbemanningen i driften vil medføre redusert tilbud for pasientene med fare for redusert kvalitet i pasientbehandlingen og økt arbeidsbelastning med arbeidsmiljømessige negative konsekvenser for de ansatte.

For øvrig vises det til drøftingsprotokollene fra klinikkene.»

Sak 76/2016 Storbylegevakten

Vedtak:

Styret tar saken til orientering og støtter at det beskrevne ønske om areal i Storbylegevakten er et utgangspunkt for planleggingen i prosjektfasen.

Sak 77/2016 Oppnevning av valgstyre

Vedtak:

Styret oppnevner følgende valgstyre til valget av styremedlemmer av og blant de ansatte:

1. Merete Skaug, vara Line Torkildsen
2. Mari Torset, vara Anette Røkholt
3. Kjersti Baksaas-Aasen, vara Øystein Undseth
4. Brynhild Asperud, vara Kajsa M. Liljefors
5. Veronica Kollevåg, vara Berit Averstad
6. Tove Røsten, vara Karina Torsæter

Sak 78/2016 Videre leie av Forskningsveien 2

Vedtak:

Styret ber administrerende direktør gå i nye forhandlinger med utleier av Forskningsveien 2.

Sak 79/2016 Digital pasientinformasjon

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 80/2016 Plan for styrets arbeid

Vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret setter opp et styremøte 22. mars 2017.
3. Styret vil fra og med 2017 forskyve møtene slik at de starter kl 10.

Sak 81/2016 Administrerende direktørs orienteringer

Vedtak:

Styret tar saken til orientering og ber om at administrerende direktør har en orientering om Fremtidens Oslo universitetssykehus i møtene fremover.

Gunnar Bovim
styreleder

Anne Carine Tanum
nestleder

Berit Kjøll

Bjørg Månum Andersson

Ole Petter Ottersen
(ikke tilstede)

Aasmund Magnus Bredeli

Svein Erik Urstrømmen

Else Lise Skjæret-Larsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. februar 2017

Saksbehandler: VAD fag, pasientsikkerhet og samhandling

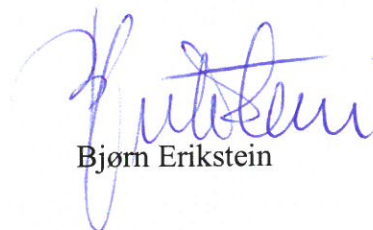
Vedlegg: 1. Risikovurdering med handlingsplaner fra 3.tertial 2016
2. Utvalgte områder og kommentarer fra 3. tertial 2016

SAK 3/2017 LEDELSENS GJENNOMGANG 3. TERTIAL 2016

Forslag til vedtak

Styret tar ledelsens gjennomgang fra 3. tertial 2016 til etterretning.

Oslo, den 8. februar 2017


Bjørn Erikstein

Innledning

Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016 er et supplement til rapporterings sakene «Rapport per desember 2016» sak 4/2017 og «Årlig melding» sak 5/2017.

Det er ikke gjennomført egne møter med klinikkene i forbindelse med ledelsens gjennomgang for 3. tertial. Gjennomgangen er basert på at klinikkene har kommentert sine årsresultater, og enkelte klinikker har gitt skriftlige tilbakemeldinger på deler av oppdragsdokumentet. Flere indikatorer og resultatområder følges opp, vurderes og kommenteres av ansvarlige koordinatore i direktørens stab før beskrivelsene kvalitetssikres av klinikkene. Risikovurderingene i Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016, Rapport per desember og Årlig melding er lagt frem i foretakets ledermøte, for verneombud og for tillitsvalgte. Tilnærming brukt i oppfølgingen av 3. tertial er vurdert som tilstrekkelig for internkontrollformål ved årsslutt.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Aktiviteten 3. tertial og samlet sluttresultat 2016 for somatisk virksomhet er nært på budsjettert forventning. Foreløpig årsresultat avviker 20 millioner kroner fra styringsmålet på 225 millioner kroner. Resultatet inkluderer salg av eiendom som utgjør omlag 150 millioner kroner av overskuddet.

Tett oppfølging av ventelister, fristbrudd, operasjonsaktivitet og aktivitet på poliklinikker og sengeposter er videreført gjennom hele 2016. Aktivitetsrapporter sendes klinikkleder og avdelingsledere hver uke og resultatene følges opp i direktørens ledermøte. Jfr. Årlig melding 2016 hadde sykehuset ved utgangen av 3. tertial 2016 tilnærmet måloppnåelse for fristbrudd. Sykehuset oppnådde for første gang målsettingen for gjennomsnittlig ventetid til avvikling på under 65 dager, med resultatene gjennomsnittlig ventetid 60 dager innen somatikk og 44 dager for psykisk helse. Av pasientene fikk 73 % timeavtale sammen med svar på vurdert henvisning ved utgangen av november. Det er varierende måloppnåelse innenfor deler av virksomheten, noe som vil bli fulgt opp og jobbet videre med.

Sykehuset tilstreber i økende grad å la brukernes stemme bli hørt i prosesser, beslutninger og i utvikling av sykehuset. Fagmiljøene i klinikkene har et stort og viktig engasjement i pasient- og pårørendeopplæring som ble aktivt fulgt opp midtveis i 2016. I tillegg er det utstrakt samarbeid med kommunal tjeneste som skal understøtte helhetlig ivaretagelse av pasientens situasjon, noe som utdypes nærmere i Årlig melding kap.7. Det pågår et betydelig arbeid for økt pasientsikkerhet og kvalitet gjennom flere interne og eksterne revisjoner, tilsyn fra ulike tilsynsmyndigheter, systematisering av tilbakemeldinger fra pasienter og brukere, lavterskeltilbud til nyankomne flyktninger, støtte til pasienter med tro- og livssynsspørsmål, nye pasientvennlige nettsider, hendelsesanalyser ved alvorlige hendelser og mange lokale forbedringstiltak støttet av nettverket for kontinuerlig forbedring (lean). Gjennom året har det vært lagt vekt på pasientsikkerhet og kvalitet i tertialmøtene med klinikkene. Sykehuset er bl.a. kommet skikkelig i gang med dødsfallvurderinger og oppfølging av nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre. Det er fortsatt et pågående forbedringsarbeid i alle klinikker knyttet til implementering av de ulike tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet. Dette vil bli fulgt opp ytterligere i 2017.

Det er satt i gang et utviklingsarbeid i sykehuset for å se på synergier og gjensidige avhengigheter mellom pasientsikkerhet, kvalitet og helse, miljø og sikkerhet. Det er i tillegg gjennomført en HMS-revisjon i flere avdelinger for å støtte oppunder arbeidet. Rapporten fra revisjonen ferdigstilles om kort tid.

Medarbeiderundersøkelsen ble gjennomført med 79 % oppslutning. Totalt 903 ledere har fått tilsendt rapporter til oppfølging av undersøkelsen i egen enhet. Alle indikatorene viser en positiv utvikling for sykehuset, og det har vært en signifikant økt opplevelse av involvering i oppfølging av forrige medarbeiderundersøkelse fra 46 % til 53%.

Sykehusets ledere arbeider kontinuerlig med å redusere brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Temaet har vært løftet i møter mellom sentral HR-stab og avdelingsledere i klinikkene, i administrerende direktørs ledergruppe og i Arbeidsmiljøutvalget. Tiltaket har virket positivt inn på bemanningsstyringen i sykehuset.

Selv om det fortsatt er utfordringer knyttet til effektivisering av driften, har ledelsen ved inngangen til 2017 god oversikt og kontroll på pasientenes tilgang til helsetjenestene, brukernes opplevelse av kvalitet i tjenesten og arbeidsmiljøforholdene for ansatte. Vellykket innsats og gode resultater å vise til, virker positivt og gir motivasjon til å modernisere sykehusdriften for bedre virksomheten.

Vedlegg 1 Risikovurdering – 1. tertial 2016

Risikovurderinger etter 3. tertial viser enkelte endringer:

- Risiko knyttet til bemanningsstyring er redusert
- Risiko knyttet til arbeidstidsbrudd og oppfølging er nedjustert.
- Risiko knyttet til lagring og bruk av sensitive data på gammelt forskernett er økt.
- Regionalt utdanningscenter for LIS er noe nedjustert i risiko.
- Mangel på praksisplasser for spesialsykepleiere er i risikokartet justert opp.

Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv – (pasientbehandlingen)

Sykehuset har redusert fristbrudd og antall langtidsventende betydelig, dels gjennom opplæring i korrekte registreringer i DIPS, dels gjennom økt aktivitet for å korte ned ventetider og dels gjennom etablering av bedre virksomhetsrapporter til bruk for lederne. Antall fristbrudd og langtidsventende er nå betydelig redusert og ligger på et relativt lavt nivå. Sykehuset har fortsatt utfordring knyttet til utilfredsstillende arealer og kapasitet. Det kan periodevis skape problemer med korridorpatienter i klinikker med stor andel øyeblikkelig hjelp. Sykehusets ulike IKT-systemer innen radiologi og laboratoriefagene er fortsatt ikke utbedret, men venter på nye regionale løsninger. Elektroniske henvisninger fra fastleger til sykehuset og elektronisk utsending av laboratoriesvar og epikriser er under etablering. Det er fortsatt ikke mulig å motta elektroniske henvisninger fra andre sykehus, men det er gjort en pilot på dette mot Vestre Viken HF. Sentralt henvisningsmottak fungerer nå bedre etter å ha gjennomført tiltak i forhold til kapasitetsproblemer.

Sykehuset har etablert gode forløp innen mange kreftformer, spesielt er måloppnåelsen god innen tykk- og endetarmskreft og lungekreft, og den er blitt bedre innen brystkreft. Av nye kreftpasienter i Oslo universitetssykehus er 69 % registrert i et pakkeforløp (uavhengig av type pakkeforløp) i perioden januar t.o.m. november 2016. Imidlertid har sykehuset fortsatt utfordringer innen forløp som prostatakreft og underlivskreft hos kvinner.

Andel sykehusinfeksjoner og infeksjoner med resistente bakterier er urovekkende, og det er utviklet handlingsplaner for økt fokus og forbedring. Det vil bli innført et elektronisk antibiotikastyringssystem, og det etableres nå en organisasjonsstruktur for dette arbeidet.

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

Sykehusets største fysiske arbeidsmiljøutfordringer er bygningsmassens tekniske standard (eksempelvis VVS-forhold og elektro) og "plassforhold". Både Arbeidstilsynet, Branntilsynet og

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har gitt pålegg om tiltak og det er etablert tiltaksplaner videre fram til 2019 for gjennomføring av ca. 140 gjenstående arbeidsmiljøtiltak. Tilsvarende planer er utarbeidet for el-sikkerhet og brannvern.

Sykehuset har i 2016 deltatt i forskningsstiftelsen FAFO sin landsomfattende undersøkelse om ytring og varsling i arbeidslivet. Rapporten kom i oktober 2016 og sykehusets Arbeidsmiljøutvalg har nedsatt en partssammensatt gruppe for å følge opp rapporten og utarbeide en handlingsplan som skal understøtte ønsket adferd om ytring og varsling i sykehuset.

Det har i 3. tertial 2016 blitt meldt inn 1849 HMS-avvik. De hyppigste skadetyperne er «fall, slag, støt, klem», «vold/trusler/utagerende adferd» og smittevern. Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet vil bli fulgt opp og presentert for styret i en egen Arbeidsmiljørapport 2016.

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon – (forskning innovasjon og utdanning)

Det er en tiltakende vanskelig og økende risiko knyttet til IKT-situasjonen for forskere. Årsaken er utsatt implementering og usikkerhet om lagring og bruk av sensitive data på forskernett. IKT-løsninger for mange medisinske kvalitetsregistre er fortsatt utilfredsstillende med tanke på registerverktøy, begrenset support og kostnader knyttet til informasjonssikre løsninger.

Lagringsfasilitetene for biobanker er ennå ikke bedret og innebærer mangelfull overvåking av en del av helseforetakets fryserer. Arbeidet intensiveres i 2017.

Det er fortsatt krevende å avsette tilstrekkelig tid og ressurser til kliniske studier, utdanning og innovasjon, kombinert med klinisk virksomhet. Evalueringer av spesialistutdanning for leger påpeker mangelfull supervisjon og veiledning. Det er også krevende med strukturerte gruppe 1-tjeneste for leger i siste del av spesialiseringen, (i risikokartet omtalt som «gjennomstrømstillinger»). Med innføringen av faste stillinger må det inngås avtaler med andre helseforetak om å levere en tidsbegrenset tjeneste på 1,5 års varighet med tydeligere resultatmål for opplæringen enn i dag.

Sykehuset har under etablering et regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering. Finansieringen av stillinger er lavere enn helseforetakets anslåtte behov og er derfor opprettholdt som risikofaktor.

Antallet studenter ved sykehuset er økende og det er problematisk å fremskaffe tilstrekkelig med praksisplasser, særlig innen sykepleie (kirurgi), radiografi og psykologi, samt innen noen av spesialsykepleieutdanningene. Mange studentgrupper konkurrerer om plass ved de samme avdelingene. Punktet «Mangel på praksisplasser for spesialsykepleiere» er i risikokartet justert opp fra moderat til stor sannsynlighet.

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør – (økonomi og infrastruktur)

Aktiviteten etter 3. tertial var på rapporteringstidspunktet noe lavere enn budsjettet innenfor somatikken. Senere tall (rapportering av 3. tertial til Norsk pasientregister) viser at aktiviteten var om lag som budsjettet. Kostnadsnivået var høyere enn budsjettet innenfor både lønns-, vare- og andre driftskostnader. Tiltaksplanene som ble forelagt styret i juni er fulgt opp månedlig i hver klinikk og gjennomføringen er god. Foreløpig rapport viser 20 millioner i avvik fra styringsmålet på 225 millioner kroner i overskudd. Det er gjennomført salg av eiendom som bidrar med om lag 150 millioner kroner av overskuddet.

Problemene med for lav investeringsgrad herunder fornying av medisinsk-teknisk utstyr og utbedring av bygningsmasse, er fremdeles betydelige selv om foretaket har hatt ett høyere investeringsnivå de siste to årene. For å sikre en god plan for forvaltning av bygg ble det i 2016 søkt og bevilget lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet til utbedring og

oppgradering av bygg fram mot 2019. Et svakere driftsresultat enn budsjettet gir fremdeles en betydelig risiko for ikke å få tilstrekkelig finansiering til de planlagte investeringsnivåene både for inneværende år og for kommende år.

Risikoen for svikt i bemanningsstyringen er redusert som følge av tilrettelagt oppfølging og tilbud om GAT-opplæring. Risikokartet for er uendret siden forrige tertial.

Vedlegg 2 Ledelsens gjennomgang – 3. tertial 2016

Ledelsens gjennomgang er et verktøy for intern kontroll av sykehusets lovpålagte oppgaver innen pasientbehandling, forskning og innovasjon, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende, men også for god virksomhetsstyring og resultatoppnåelse i forhold til oppdraget fra Helse Sør-Øst, sykehusets egne mål og pasientopplevd kvalitet.

Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

I 3. tertial er intern kontroll av ulike virksomhetsområder, kvalitets- og pasientsikkerhetslementer videreført.

I 2016 er eHåndbokens brukergrensesnitt modernisert og det er lagt til rette for at styrende dokumenter kan gjøres tilgjengelig både på internett og i mobilapp. Elektronisk varsling påminner dokumentansvarlige slik at styrende dokumentene blir oppdatert.

I rapporten beskrives flere internkontroll-tiltak som sykehuset arbeider med herunder gjennomføring og oppfølging av interne og eksterne revisjoner og tilsyn, minimetodevurderinger og miljø-sertifisering. Konsernrevisjonens «Tiltaksarbeid etter tidligere revisjoner utført av konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst» omtales i egen sak 8/2017 for styret.

Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling

Det meldes om stadig flere uønskede pasienthendelser og andre hendelser i sykehuset. Det er en positiv utvikling så lenge antallet alvorlige hendelser ikke øker tilsvarende. Kjennskap til uønskede hendelser uten alvorlig konsekvens vil i seg selv gi mulighet for å iverksette flere forebyggende, risikoreduerende tiltak som på sikt vil kunne redusere forekomsten av mer alvorlige pasientskader og hendelser. Det fremgår i kapittel 2.1, både antall og kategori av uønskede pasienthendelser og andel med betydelig skade/død. Det er små variasjoner i andel registrerte saker med betydelig skade/død.

Ved utgangen av året var 51 saker og hendelser publisert på sykehusets nettsider med formål om læringsoverføring til eget personell og medarbeidere ved andre helseforetak. Sykehuset flyttet dessuten 1. november alle sykehusets nettsider til den felles nasjonale plattformen for spesialisthelsetjenester (Helse Norge-plattformen) som i større grad er ment å understøtte brukernes informasjonsbehov knyttet til sykdom og behandling.

Det er gjennomført tre hendelsesanalyser i 2016. Hendelsesanalyse utføres etter fastlagte kriterier om hendelsen er alvorlig, uventet eller kompleks. Analysen skal bidra til å sikre kvalitet og framdrift i utredningen av saken og sikre større grad av læring.

Antallet saker fra Pasientombudene og Fylkesmannen er noe høyere enn i samme periode i fjor. Sykehuset mottok 3. tertial 27 avsluttede tilsynssaker fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus eller Statens helsetilsyn, hvorav 15 med brudd lov eller forskrift. Det er laget en oppsummering av klage- og tilsynssaker hvor sykehuset har fått brudd på lov eller forskrift i kapittel 2.7.

Prevalensandelen var 5 % av de infeksjonstypene som rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helse Sør-Øst, hvorav 0,7 fra annet sykehus. Prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner oppstått ved OUS var henholdsvis 5,2 for alle infeksjonstyper og 4,3 for infeksjoner som skal rapporteres til helse Sør-Øst.

Prevalensstudier viser at ca. 27 % av alle inneliggende pasienter i sykehuset fikk antibiotika i 2016. Sykehuset har gjennom året jobbet med et antibiotika-styringsprogram og det vil bli innført et elektronisk antibiotika-styringssystem. Det etableres nå en organisasjonsstruktur for dette arbeidet.

Sykehuset har i 3. tertial arbeidet videre med oppfølging av tiltak for å bedre forløpstidene i pakkeforløpene. Som det fremgår i Årlig melding er 69 % av nye kreftpasienter registrert i et pakkeforløp i perioden januar t.o.m. november 2016. For brystkreft, lungekreft, tykk- og endetarmskreft og prostatakreft er andelen nye kreftpasienter registrert i et pakkeforløp i perioden januar t.o.m. november 2016:

- Brystkreft: 82 %
- Lungekreft: 72 %
- Tykk- og endetarmskreft: 71 %
- Prostatakreft 65 %

I perioden januar t.o.m. november 2016 har 62 % av pasientene i pakkeforløpene fått behandling innenfor normert forløpstid (Mål 70 % -indikator OF4 samlet for kirurgisk-, medikamentell- og strålebehandling).

Andel innenfor forløpstid per behandlingsform i perioden januar- november 2016:

- OF4K kirurgisk behandling: 65 % (totalt 1706 pakkeforløp til kirurgisk behandling)
- OF4M medikamentell behandling: 69 % (totalt 606 pakkeforløp til medisinsk behandling.)
- OF4S strålebehandling: 52 % (totalt 404 pakkeforløp til strålebehandling)

I 2016 ble systemet for automatisk utsendelse av SMS med invitasjon til å gi sykehuset tilbakemelding gradvis innført. Invitasjon blir sendt til utskrevne pasienter fra sengepost og til pasienter som har besøkt poliklinikk. Det er i 3. tertial sendt ut 83200 SMS. Svarprosenten gjennom året var 30 % og av disse skrev ca. 28 % en kommentar. I kapittel 2.9 gjengis et knippe av tilbakemeldinger fra brukerne som har svart på sms-forespørselen.

Utdanning av helsepersonell

Det er gjennom 2016 utviklet en ny handlingsplan for utdanning. Føringer gitt om ny spesialistutdanning for leger og regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering er inkludert i planen.

Det arbeides videre med å skaffe tilstrekkelig praksisplasser og å fremme kvalitet i praksisstudier. Særlig gjelder det bachelorstudenter i sykepleie og enkelte videreutdanningstilbud. Høgskolen i Oslo og Akershus har bevilget samarbeidsmidler til kombinerte stillinger som skal styrke sammenhengen mellom teori og praksis.

I samarbeid med videregående skole har det gjennom året vært jobbet for å øke kvaliteten i helsesekretærutdanningen. Sykehuset tok i mot de første lærlingene i helsearbeiderfaget i august, og i desember ble det første fagbrevet i portørfaget tildelt en ansatt ved sykehuset. Dette er jfr. Årlig melding nyervervet kompetanse som vil bli sykehuset til del, og som det vil være viktig å dra veksels på i utviklingen av de aktuelle tjenestene.

Forskning og utvikling

Akkumulerte tall på publikasjonsaktivitet jfr. sykehusets publikasjonsdatabase www.publika.no viser en fortsatt økende aktivitet 3. tertial sammenlignet med de to foregående år, både for sykehuset totalt og i de fleste klinikker. Andelen av artikler publisert i tidsskrifter på nivå 2 er også positivt for sykehuset totalt, men ikke nødvendigvis for alle klinikker.

Den nasjonale trenden med reduksjon i antall doktorgrader gjør seg også gjeldende ved Oslo universitetssykehus og må sannsynligvis sees i sammenheng med omleggingen av finansieringen

til flere postdoktorstipender og færre doktorgradsstipender. Tall for 2016 vil bli presentert ved neste tertialrapportering.

Inven2 registrerte en økning i antall innkomne idèer i 3. tertial sammenlignet med tidligere år. Antallet Idèer til Idèopoliklinikken er noe redusert. Dette kan ha sammenheng med varslet begrenset behandlingsskapasitet for nye idèer i 3. tertial. Det synes å være en trend at idèer som videreføres er økende.

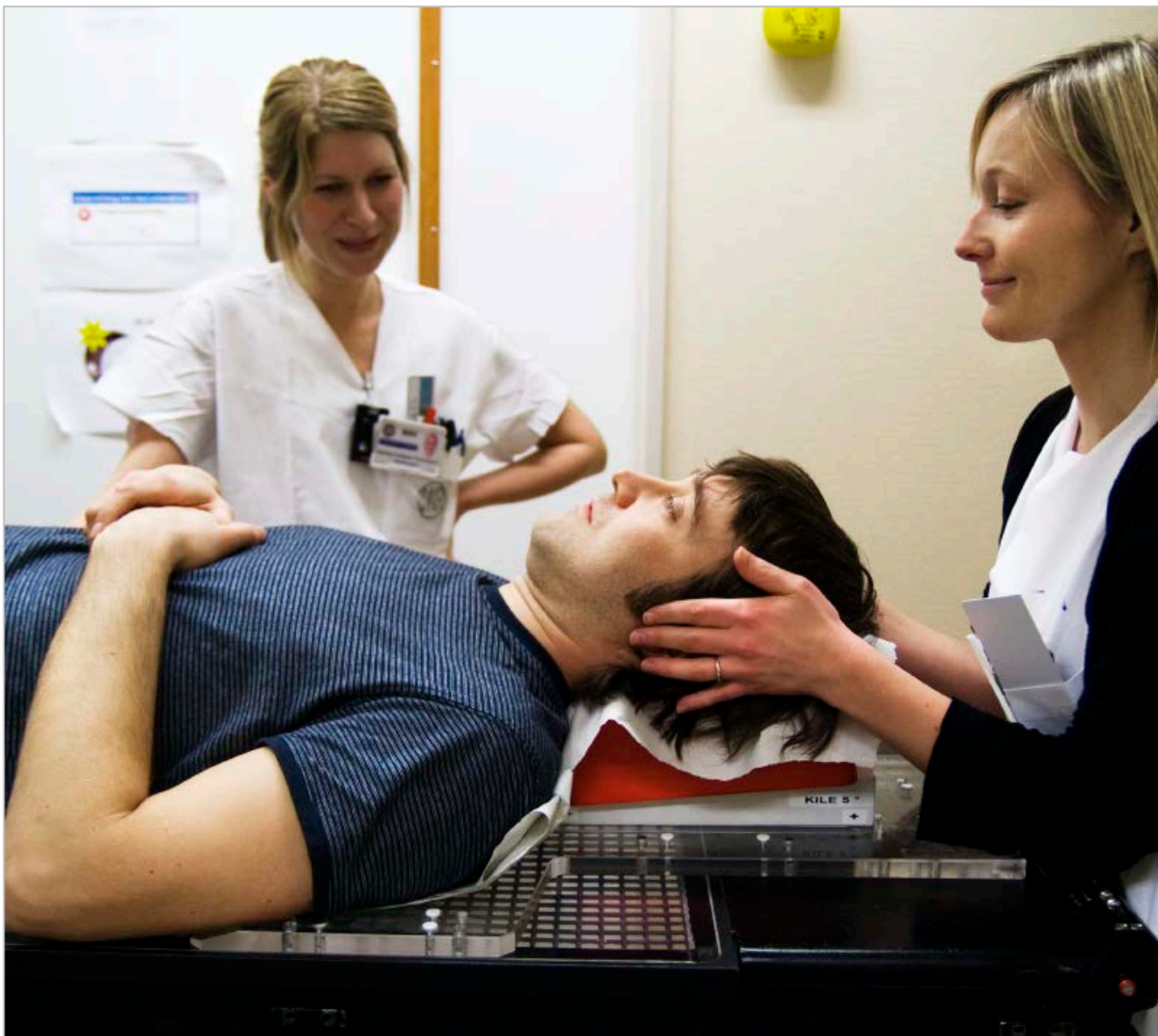
Oslo universitetssykehus er medvirkende i sentrale planleggingsoppgaver i ny modell for utdanning av leger i spesialisering. Flere arbeidsgrupper har arbeidet med utviklingen av del 1 i spesialistutdanningen med læringsmål og aktiviteter for indremedisin, kirurgi, psykiatri. Utdanningsseksjonen er også i gang med spesialistutdanningen i større fag der rotasjonsordninger og vaktbelastning er utfordrende med hensyn til læringsmål.

Arbeidsmiljø

Det er en liten økning i antallet innmeldte HMS-avvik per årsverk.

OUS har i 2016 gått fra å registrere HMS-runder og tilhørende tiltak i eHMS, til å gjøre det i sykehusets egenutviklede system Achilles. Tiltakene fra HMS-rundene legges til grunn i verneområdenes handlingsplaner. I Achilles er det mulig å registrere evaluering av tiltakene. En oversikt over effekten av ulike tiltak er nyttig i forbedringsøyemed og det arbeides for å bruke denne muligheten i større grad.

Det vises for øvrig til kommentarer og detaljer i vedlegg 1 og 2 i Ledelsens gjennomgang og Årlig melding 2016.



Risikovurdering 3. tertial 2016

Innholdsfortegnelse

1. Risikovurdering 3. tertial 2016 – beskrivelse av områder	1
Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv	2
Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt	3
Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon	4
God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør	5
2. Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv (Pasientbehandling)	6
3. Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt.....	11
4. Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon (Forskning, innovasjon og utdanning).....	13
6. God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør (Økonomi og infrastruktur).....	15

1. Risikovurdering 3. tertial 2016 – beskrivelse av områder

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

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

Sykehuset har en overordnet handlingsplan som tar utgangspunkt i strategidokumentets fire områder. Alle enheter skal ha tilsvarende dokumenter med lokale mål og handlingsplaner. Det arbeides for å samordne planene for risikoreduserende tiltak med de øvrige handlingsplanene. Som et skritt i dette arbeidet har de fire risikoområdene blitt gitt samme benevnelse som hovedområdene i sykehusets strategi (benevnelsene som ble brukt tidligere er satt i parentes).

Risikovurderingen i 3. tertial er en revurdering av risikovurderingen i 2. tertial. Begge bygger på den opprinnelige hovedgjennomgangen som ble gjort i 1. tertial. Prosessen har i dette tertialet vært enkel. Klinikker og avdelinger har ikke blitt bedt om å utarbeide risikovurderinger for dette tertialet. Risikovurderingen er bearbeidet i direktørens stab med bakgrunn i tidligere innspill og erfaringer og er gjennomgått med hovedverneombud og de tillitsvalgte.

I denne revurderte risikovurderingen er det gjort noen endringer innen områdene arbeidsmiljø og forskning/utdanning. De fleste tiltakene er langsiktige og videreføres fra 2. tertial.

Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv

(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 nå betydelig redusert og ligger på et relativt lavt nivå. Situasjonen vil fortsatt ha stor oppmerksomhet fremover for å bedre resultatene ytterligere. Sykehuset har siste år også hatt fokus på de interne ventelister, som omfatter pasienter som er inne i et forløp. Resultatene viser jevn nedgang i antall ventende og antall som venter utover tentativ dato for behandling eller kontroll. Dette vil følges nøye opp framover. Når det gjelder kapasitet, har sykehuset fortsatt en vedvarende utfordring knyttet til utilfredsstillende arealer. Dette kan periodevis skape problemer med korridorpasienter i klinikker med stor andel øyeblikkelig hjelp.

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. Generelt er det ikke mulig å motta elektroniske henvisninger fra andre sykehus, men det er nå gjennomført en pilot mot Vestre Viken HF. Sentralt henvisningsmottak, som mottar alle henvisninger og fordeler til de avdelingsvise henvisningsmottak, fungerer bra etter tidligere kapasitetsproblemer. Elektronisk utsending av laboratoriesvar og epikriser er et betydelig framskritt. Pakkeforløp for kreft stiller store krav til koordinering. Det er innført 28 pakkeforløp i sykehuset, med forløpskoordinatorer, forløpsteam og forløpsledere. Rapportering til NPR av målepunkter med forløpstider skjer nå i DIPS Arena, i en mer brukervennlig løsning enn tidligere. Sykehuset får månedlige rapporter fra NPR, og det arbeides med på få på plass nye rapporter i DIPS til hjelp i den daglige oppfølging av pasienter i pakkeforløp. Sykehuset har etablert gode forløp innen mange kreftformer, spesielt er måloppnåelsen god innen tykk- og endetarmskreft og lungekreft, og den er blitt bedre innen brystkreft. Imidlertid har sykehuset fortsatt utfordringer innen andre forløp som prostatakreft og underlivskreft hos kvinner. Det er utført lean-prosjekt ved livmorhalskreft, og tiltak er satt i verk, noe som nå ser ut til å bedre resultatene. I arbeidet med standardiserte forløp er det tydeliggjort utfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og deler av behandlingen. Det arbeides fortsatt med ulike tiltak for å bedre situasjonen. Det arbeides også med å få på plass flere 3-strøms videokonferanser med andre HF i Helse Sør-Øst for å få til felles faglige vurderinger og effektivisere pasientforløpene som går på tvers av flere HF.

Samhandlingsoverlege og praksiskonsulent bidrar positivt 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. Det vil bli innført et elektronisk antibiotikastyringssystem, og det etableres nå en organisasjonsstruktur for dette arbeidet.

Risikokartet for pasientbehandlingen (side 6) er uendret siden forrige tertial.

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

(Arbeidsmiljø)

Sykehusets største fysiske arbeidsmiljøutfordringer er bygningsmassens tekniske standard (eksempelvis VVS-forhold og elektro) og "plassforhold". Både Arbeidstilsynet, Branntilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har gitt pålegg om tiltak. Det er etablert tiltaksplaner videre fram til 2019 for gjennomføring av de ca. 140 gjenstående arbeidsmiljøtiltakene. Tilsvarende planer er utarbeidet for elsikkerhet og brannvern. Tiltakene er under gjennomføring, og dermed er flere pålegg og avvik lukket.

Det har i 3. tertial 2016 blitt meldt inn 1849 HMS-avvik. For hele året er tallet 4923. Antall registrerte HMS-avvik per årsverk utgjør med dette 0,27. I 2016 ble det meldt inn 544 skader, hvorav 174 av dem var fraværsskader (minst en dag fravær etter skade). Dette tilsvarende en H2-verdi på 19,9 og en H1-verdi på 6,4. Til sammenligning rapporterte byggenæringen en H1-verdi på 5,2 i 2015. De hyppigste skadetyperne er «fall, slag, støt, klem», «vold/trusler/utagerende adferd» og smittevern.

Det er innført nytt sikkerhetsutstyr som skal redusere risikoen for stikkskader, men så langt er det ikke sett noen tydelig effekt av dette. For å øke fokus på området er det igangsatt et nettverk av stikkskade ressurspersoner i alle avdelinger. Arbeidsmiljøavdelingen koordinerer og står for opplæring. Ellers arbeides det med ulike tiltak innen sikkerhet for å minimalisere risiko ved vold / trusler samt skape økt bevissthet på problemstillingen i sykehuset.

I tråd med oppdragsdokumentet er en intern arbeidsgruppe i sykehuset i gang med å se på synergier og gjensidige avhengigheter mellom pasientsikkerhet og helse, miljø og sikkerhet. Avviksregistrering i gråsonen mellom de to er et av områdene man ser på. Arbeidsmiljøavdelingen vil koordinere et arbeid for å undersøke de arbeidsmiljømessige påvirkningene i OUS som skyldes lavere driftsbudsjett i 2017.

I Forbedring av Driften 2017-2020 er ett av HR-prosjektene å optimalisere bemanningsressursene på tvers av enheter og avdelinger.

I tredje tertial 2016 er det registrert totalt 20 086 brudd på arbeidstidsbestemmelsene (inkluderer alle typer brudd på gjeldende arbeidstidsbestemmelser). Sammenlignet med tredje tertial 2015 er dette en nedgang på 12,3 %. I tråd med forventet utvikling viser tredje tertial nedgang fra andre tertial som normalt viser et høyere antall brudd, i dette tilfellet utgjør nedgangen 4,1 %. 2016 sammenlignet med 2015 viser en nedgang på hele 15 % og alle klinikkene har over tid vist en positiv utvikling, også når alle typer brudd er medregnet. I 2017 videreføres møter med avdelingsledere i hver klinikk slik at Stab HR og Personal opprettholder en tett dialog med klinikkene om problemstillinger knyttet til AML-brudd. I disse møtene diskuteres tiltak for å unngå brudd og behov for tettere oppfølging avklares for den enkelte enhet. I risikokartet (side 11) er «Arbeidstidsbrudd og oppfølging» flyttet fra svært stor til stor sannsynlighet.

Kompetanseheving hos ledere og ressursplanleggere skjer kontinuerlig. Det gis tilbud om opplæring i regelverk og ressursplanlegging flere ganger årlig. Videre rettes det innsats inn mot enheter med særskilte utfordringer, som eksempelvis kan skyldes kompetansemangel, sykefravær eller uhensiktsmessig turnus. I risikokartet er «Stor arbeidsbelastning» konsekvensen redusert fra alvorlig til moderat og sannsynligheten er justert ned fra stor til moderat.

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon

(Forskning, innovasjon og utdanning)

Det pågår et omfattende arbeid for å forbedre IKT-situasjonen for forskere, både i regi av sykehuset, hos Sykehuspartner og i Helse Sør-Øst. Risikoen er likevel økt på grunn av utsatt implementering og usikkerhet vedrørende lagring og bruk av sensitive data på forskernett (flyttet fra stor til svært stor sannsynlighet i risikokartet på side 13). IKT-løsninger for mange medisinske kvalitetsregistre er fortsatt utilfredsstillende med tanke på registerverktøy, begrenset support og økte kostnader knyttet til pålagte løsninger. Problemene er løftet av flere klinikker i risikoanalysene gjennom 2016.

Tiltak for bedring av lagringsfasiliteter for biobanker er ennå ikke implementert, hvilket fortsatt innebærer mangelfull overvåking for en del av helseforetakets frysere, men planlegges gjennomført i 2017.

Å avsette tilstrekkelig tid og ressurser til kliniske studier, utdanning og innovasjon, kombinert med klinisk virksomhet, er fortsatt like krevende. Eier stilte i oppdraget for 2016 særskilte krav til forbedret infrastruktur og støttefunksjoner for kliniske studier. Det er et langsiktig arbeid å forbedre dette vesentlig. Prioritering av området er fremhevet i budsjettskriv til klinikkene for 2016 og 2017 og i sykehusets handlingsplan for 2016. Sykehuset styrker kliniske forskningsstøttefunksjoner for å bedre situasjonen. Eier forventer også økt innovasjonsaktivitet og styrket infrastruktur for utprøving av nye innovasjoner. Etablering av en testarena for innovasjon er utredet i et forprosjekt, men finansiering er fortsatt uavklart og må vurderes opp mot andre investeringsbehov de kommende år.

Mangelfull supervisjon og veiledning av leger i spesialisering dokumenteres i evalueringer av spesialistutdanning for leger. Utdanningsseksjonen følger tett opp overfor klinikkene og deltar i evalueringsmøter med spesialitetskomiteer, samtidig som det planlegges for veiledningskurs. Det er videre blitt svært krevende å gjennomføre strukturerte utdanningsløp for leger i spesialisering, som skal ha gruppe 1-tjeneste ved Sykehuset (i risikokartet omtalt som «gjennomstrømstillinger»). Problemet er en konsekvens av at stillingene omgjøres til faste stillinger, der det må inngås avtaler med andre helseforetak om å levere en tidsbegrenset tjeneste på 1,5 års varighet, som i større grad enn i dag er knyttet opp mot måloppnåelse. I forbindelse med ny spesialiststruktur for leger, er sykehuset pålagt å opprette et regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering. Senteret er under etablering, men er opprettholdt som risikofaktor, da finansiering av nødvendige stillinger er lavere enn helseforetakets anslåtte behov (flyttet i risikokartet fra moderat til liten sannsynlighet).

Det er en økning i antall studenter som skal ha praksisplass ved sykehuset. Det er problematisk å fremskaffe tilstrekkelig med praksisplasser, særlig innen sykepleie (kirurgi), radiografi og psykologi, samt innen noen av spesialsykepleieutdanningene. Mange studentgrupper konkurrerer om plass ved de samme avdelingene. Dagens studentkull er nå utplassert, men med betydelige problemer for å få dette til. Det forventes problemer også kommende semestre. Praksisplasser skal være av høy kvalitet og gi læringsutbytte for studentene, og det er derfor viktig at dimensjonering av studentkull i større grad planlegges i et samarbeid mellom helseforetakene og universitets- og høyskolesektoren. Punktet «Mangel på praksisplasser for spesialsykepleiere» er i risikokartet justert opp fra moderat til stor sannsynlighet.

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

(Økonomi og infrastruktur)

Aktiviteten etter 3. tertial var på rapporteringstidspunktet noe lavere enn budsjettert innenfor somatikken. Senere tall (rapportering av 3. tertial til Norsk pasientregister) viser at aktiviteten var om lag som budsjettert. Kostnadsnivået var høyere enn budsjettert innenfor både lønns-, vare- og andre driftskostnader. Styret ble forelagt nye tiltaksplaner 23. 06.16 og klinikkene rapporterer hver måned på gjennomføring av disse tiltakene. Gjennomføringsgraden er god for disse tiltakene. Foreløpig rapportert resultat er 205 millioner kroner i overskudd for 2017, og avviker dermed med 20 mill. kroner fra styringsmålet på 225 mill. kroner i overskudd. Det er gjennomført salg av eiendom som utgjør om lag 150 mill. kroner av overskuddet for 2017.

Problemene 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 2017-2020 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. Dette ble bevilget i budsjettproposisjonen for 2016 og lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet inngår som del av investeringsbudsjettene for 2016 frem til 2019. Svakere resultat enn budsjettert gir fremdeles en betydelig risiko for ikke å få tilstrekkelig finansiering av de planlagte investeringsnivåene både for inneværende år og for kommende år. En rekke tiltak er iverksatt og vedlikeholdet og oppgraderingen av tekniske forhold er dermed bedret på flere områder.

Det er nå en fallende tendens for antall kritiske feil i flere viktige IKT-applikasjoner etter infrastrukturoppdateringene. Risikoen for svikt i bemanningsstyringen er nå betydelig redusert som følge av tilrettelagt oppfølging og kontinuerlig tilbud om GAT-opplæring. Sykehuspartners leveranser og oppfølging i den daglige drift vurderes som uforandret. Det er etablert et godt samarbeid mellom Sykehuspartner og sykehuset innenfor området kvalitet/ virksomhetsstyring.

Risikokartet for dette området (side 15) er uendret siden forrige tertial.

2. Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv (Pasientbehandling)

Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv Gjelder all medisinsk og helsefaglig virksomhet: Diagnostikk, behandling, pleie og pasientopplæring samt MTU, samhandling, pasientadm. og annet pasientrelatert arbeid.		Sykehusnivå		16.01.17 Oslo universitetssykehus		
		Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)
Konsekvens	Svært alvorlig (5)					
	Alvorlig (4)		Legionella Radiumhospitalet / Ullevål Responstid/ambulanseskyring AMK Tilgang til kritiske legemidler	Sykehusinfeksjoner - økende resistensutvikl. - isoleringsbehov Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk ulstyr Byggestandard		
	Moderat (3)		Intern overflytning av kritisk syke pasienter Operasjonskapasitet Utsending av epikriser og labsvår	Kapasitet radiologi og svarfater patologi Forløpsfater og pakkeforløp kreft Intensiv- og intermedisærseenger Mangel på spesialsykepl. og annet personell Ventelister / frisbrudd inkl. videre interne lister og beh.kapasitet IKT - RIS/PACS-systemer Utskrivning pasienter / legemid.avstemming Dokumentasj. i el. pleie-og omsorgsmeldinger		
	Lav (2)		Bruk av DIPS - PAS/EPJ Henv.isningsmottak - elektroniske henv.isninger	Sv.ikt i oppfølging av pas. i overgang til primærh.tjenesten		
	Ubetydelig (1)					
3	17					
10	42	Sannsynlighet				

Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv - 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.
Byggstandard	Egen vedlikeholdstiltaksplan videreføres i 2016.
Sykehusinfeksjoner - økende resistensutvikling – isoleringsbehov	OUS følger handlingsplan for smittevern 2014 – 2018. Det er satt i gang et arbeid knyttet til antibiotikastyring. Det arbeides kontinuerlig med å finne egnede rom for isolering av pasienter med alvorlige infeksjoner.
Ventelister / fristbrudd inkl. videre interne lister og behandlings-kapasitet	<p>Det arbeides fortsatt med å sikre at alle pasienter har time innen riktig tid og at sykehuset får riktige ventelistedata. Kvalitetsindikatorer som fortsatt benyttes er bl.a. oppfølging av pasientforløp (inkludert pakkeforløp), gjennomgang og rydding av eksterne og interne ventelistedata, "time i hånden", epikrisetid, samarbeid med eksterne aktører og løpende kvalitetssikring av NPR-tilbakemeldingen.</p> <p>I 2016 har sykehuset forsterket oppfølgingen av pasientene som står på interne ventelister. Det tas ut data på antall pasienter hvor tentativ dato for neste oppmøte er passert, andel pasienter som ikke får innfridd "time i hånden" og en rapport på pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny planlagt kontakt. Hyppigste årsaker til fristbrudd er at time er avtalt og tildelt pasient kort tid etter frist, eller en forsinkelse i oppretting av ikke registrerte rettighetsopplysninger fra andre HF.</p> <p>Det gjennomføres svært mange tiltak i tråd med Oppdrag og bestilling 2016 og konsernrevisjonens merknader for å sikre overholdelse av ventetider. Tiltakene ble utdypet i risikobeskrivelsen 1. tertial 2016.</p> <p>Arbeidet med løsning på organisatoriske flaskehals 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>
Legionella Radiumhospitalet/ Ullevål	Legionellasituasjonen på Radiumhospitalet er under kontroll. Det tas fortsatt regelmessig kontrollprøver, men det er ikke påvist Legionella etter oktober 2014. Det er påvist lave til moderate mengder av Legionella mictadei noen steder på Ullevål. Det er satt i gang risikoreduserende tiltak som økt temperatur, gjennomskylling etc.
Responstid/ ambulansestyling AMK	<p>Det er initiert 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	<p>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. Tiltaket videreføres.</p> <p>2 operasjonsstuer i bygg 17 på Ullevål er foreløpig ikke innredet og vil med tilgjengelige investeringsmidler kunne bestykkes og ferdigstilles.</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<p>4-5 operasjonsstuer på Aker ble frigjort da legevakta flyttet tilbake ultimo 2015. Dette frigjorde 4 – 5 operasjonsstuer på Aker hvorav to er oppgradert første halvår 2016.</p> <p>Det gjennomføres et pilotprosjekt på Aker hvor faglærte ansatte fra sterilsentralen læres opp til å avlaste spesialsykepleiere ved operasjonsstuene.</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>
Tilgang til kritiske legemidler	<p>Legemiddelkomiteen i samarbeid med Sykehusapoteket Oslo holder oversikt over situasjonen og informerer ansatte ved OUS om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hvilke legemidler hvor man har leveringsvikt - når/om de forventes tilbake - hvilke alternative legemidler som anbefales i den konkrete situasjonen.
Intern overflytning av kritisk syke pasienter	<p>Omfanget av interne overflyttinger særlig fra Aker er kartlagt og risikogrupper identifisert. Ansatte læres opp i National Early Warning Score.</p>
Kapasitet radiologi og svartider patologi	<p>Øke fokus på pakkeforløp for kreft der radiologi og patologi ofte representerer flaskehals. Det er etablert en prioritet «pakkeforløp» i Doculive patologi.</p> <p>Det er anskaffet ny CT til hhv. US og RH.</p> <p>Det vil bli gjennomført samling av brystdiagnostisk senter (BDS) i OCCI-bygget på Radiumhospitalet i 2017.</p> <p>Det startes ved årsskiftet video-MDT-møter for hode-hals-kreft mellom Rikshospitalet og Radiumhospitalet for å unngå dobbeltarbeid for radiologene ved de to lokalisasjonene og for å forbedre forløpstiden i pakkeforløp hode-hals-kreft.</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. Nye lokaler er tatt i bruk og avdelingen jobber med å samle og samordne den faglige virksomheten.</p> <p>Utarbeidet foranalyse om strekkodemerking og elektronisk overføring av pasient-ID på pasientprøver som kan monitorere arbeidsflyt og ressursbruk.</p> <p>Omdisponering og kompetansebygging innen histologi pågår</p>
Intensiv- og inter-mediærseger	<p>Ferdigstillelsen av sengesentralen på Rikshospitalet og overflytting av pasienter fra HLK ut av AKU har gitt en økt po-/intensivkapasitet i Akuttklinikken.</p> <p>Sykehuset har ikke lyktes med noen vesentlig økning i antall intensivsykepleiere. Det er utviklet et trainèe-program hvor ordinære sykepleiere deltar i en intern opplæring på 6-8 mnd. Tiltaket videreføres og tas i bruk også i HLK.</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<p>Kartlegging av intermediaærsenger 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 flere årsverk og kompenseres med innleide vakter spesielt i helgene. Det er igangsatt et prosjekt for å se på organisering inkl. mulig samarbeid med øvrige intensivenheter i AKU.</p>
Mangel på spesial-sykepleiere og annet personell	<p>Et analysemiljø for strategisk kompetanseutvikling er etablert i HSØ 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 skal arbeide for at kompetanseutvikling i OUS samkjøres. Samarbeidsgruppen har utviklet flere tiltak med hensyn til utdanning, rekruttering og for å beholde spesialsykepleiere. Det ble gjort rede for mange av tiltakene som samarbeidsgruppen jobber med i risikobeskrivelsen 1. tertial.</p>
Henvisningsmottak - elektroniske henvisninger Forløpstider og pakkeforløp kreft	<p>Henvisningsmottaket er nå innkjørt og fungerer i tråd med forventningene. Med elektroniske henvisninger mellom sykehus, vil effektivitet og kvalitet forbedres ytterligere.</p> <p>Sykehuset har velfungerende forløp innen flere kreftformer. Imidlertid har sykehuset fortsatt utfordringer innen forløp som prostatakreft og underlivskreft hos kvinner, men situasjonen er blitt bedre innen brystkreft.</p> <p>Det er etablert forløpskoordinatorer, men det fokuseres fortsatt på tilstrekkelig utrednings- og behandlingsskapasitet, ledelse og samhandling i pakkeforløpene innad i OUS og mot andre helseforetak.</p> <p>Det pågår opplæring i registrering av forløpstider i ny modul for pakkeforløp i DIPS Arena. Det er foreløpig ikke utarbeidet rapporter i DIPS Arena for pakkeforløp. Testing av rapporter i DIPS Arena pågår. Rapporter i Arena vil forenkle monitoreringen av pakkeforløpene i OUS.</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>Opplæring i bruk av DIPS pågår fortsatt og oppfølging på rett bruk av DIPS, dels for registrering av ventetid slutt, og dels for aktivitetsregistrering og timebokføring på poliklinikk. Integrasjon av kurvetverktøyet (Metavision) har generert nye opplæringsbehov for helsepersonell. Det er en betydelig forbedring av signering av prøvesvar for de fleste brukere. Risikoen for alvorlige konsekvenser er betydelig redusert.</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
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 Doculive-Patologi til DIPS.</p> <p>Gjennomføre revisjon/stikkprøvekontroll av svarutsendinger etter overgang til elektronisk utsending.</p>
Utskrivning av pasienter/ legemiddelavstemming	<p>Opplæring i aktuelle nivå 1-prosedyrer.</p> <p>Fokus på legemiddelavstemming i alle klinikker.</p>
Svikt i oppfølging av pasienter i overgang til primærhelse-tjenesten	<p>Det er stort fokus på å sikre at epikriser og laboratoriesvar kommer frem til korrekt mottaker. Utsendelsene monitoreres via systemet MTM. Brukerfeilene er redusert i vesentlig grad, dette innebærer at OUS nå vurderer å stoppe utsendinger av papirepikriser parallelt med den elektroniske.</p> <p>Det jobbes fortsatt med etablering av koordinatorene i alle klinikker som driver pasient-behandling. I flere klinikker er funksjon tilsvarende koordinator på plass. Koordinatorene skal ivareta pasientforløpene fra hjem til hjem, ha fokus på overgangene i forløpene og arbeide aktivt ut mot primærhelsetjenesten. Etablering av kontaktlegefunksjon vil ytterligere bidra til å sikre koordinerte tjenester internt i OUS og i overgangene ut mot fastleger og andre henvisere.</p> <p>PLO-meldinger er nå breddet til nesten alle landets kommuner. Elektroniske Dialogmeldinger mellom sykepleiere i OUS og sykepleiere i kommunen sikrer rask avklaring f.eks. i forbindelse med utskrivninger. OUS arbeider aktivt for at også elektroniske dialogmeldinger mellom leger kan realiseres så raskt som mulig.</p> <p>Det arbeides med å sikre at sykehusets ulike samhandlingsparter deltar i pasientforløpsarbeidet fra "hjem til hjem". De inngåtte samarbeidsavtalene benyttes som strategiske virkemidler i arbeidet. Det samme gjelder for felles handlingsplaner. Nå skal OUS sammen med tre bydeler og sykehjemsetaten i Oslo kommune delta i et tre-årig nasjonalt program som nettopp skal sikre helhetlige og trygge pasientforløp for eldre og sårbare pasienter.</p>
IKT - RIS/PACS-systemer	Følges opp i tett dialog med RKL/HSØ samtidig som nødvendige interne oppgraderinger ivaretas.

3. Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid (Overfør risikoer og tiltak fra enhetens HMS-handlingsplan)		Sykehusnivå	16.01.17		
Konsekvens	Svært alvorlig (5)				
	Alvorlig (4)	Stor arbeidsbelastning innen enkelte områder			
	Moderat (3)	Trusler ovenfor ansatte Kjemikaliesikkerhet Bemanningsstyring	Mangel på spesialisykepleiere Arb. tidsbruud og oppløgning		
	Lav (2)		Slikkskader Kulturutfordringer		
	Ubetydelig (1)				
8	Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)
2	Sannsynlighet				

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt - risikoreducerende tiltak

Risiko	Tiltak
Stor arbeidsbelastning innen enkelte områder	Gjennomgå arbeidsplaner, benytte bemanningspool, vurdere omfordeling og prioritering av oppgaver. Eget prosjekt om bemanningsstyring er opprettet.
Byggstandard	Vedlikeholdsplan i samråd med Arbeidstilsynet. Løpende vurdering av eksisterende areal
Bemanningsstyring	I Prosjekt forbedring av driften 2017-2012 er det etablert 3 HR prosjekt som skal bidra til forbedring av blant annet bemanningsstyring. I tillegg vil det fortsatt være tett oppfølging med kurs i lov og avtaleverk og optimalisering i bruk av GAT som planleggings- og styringsverktøy.
Arbeidstidsbrudd og oppfølging av disse	Fortsette den tette oppfølgingen av alle typer brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Kontinuerlig dialog med den enkelte klinikk om tiltak for å redusere arbeidstidsbrudd herunder faste tertialvise møter med alle avdelingsledere vedr status og videre tiltak.
Vold og ulykker	Opplæring etter modell/best practice fra Klinikk psykisk helse og avhengighet. Vurdere fysiske barrierer. Det vurderes å utvide forsikringsordninger innenfor enkelte utvalgte enheter.
Kjemikaliesikkerhet	Forum for Grønn Kjemi i HSØ er etablert og godt i gang. Klinikkrapporter om status vedrørende stoffkartoteket, lokale risikovurderinger og substitusjon har blitt sendt ut. Som følge av dette har flere klinikker respondert positivt og satt egne mål innen temaet. Kjemikaliesikkerhet vil være et tema i HMS-årsrapport for OUS i 2016.
Stikkskader	For å øke fokus på området er det igangsatt et nettverk av «stikkskade ressurspersoner» i alle avdelinger. Arbeidsmiljøavdelingen koordinerer og står for opplæring. Det ble i 2016 avholdt en nettverkssamling, og det vil i 2017 bli avholdt flere.
Kulturutfordringer	Overordnet er det viktig med ny forankring og videreføring av kulturkompetanseprogrammet. Alle klinikker bør ha tilstrekkelig antall kulturkonsulenter. Det skal arbeides med kulturbygging på flere nivåer og arenaer, og med forskjellige innfallsvinkler. Hovedinnsatsen skal gjøres i klinikkene. Det ble i 3. tertial utdannet 9 kulturkonsulenter, og ytterligere 12-13 er under utdanning.
Mangel på spesialsykepleiere	Det er redegjort for flere rekrutteringstiltak j.fr strategisk kompetanseplanlegging og - styring, videreføring av prosjekt om frigjøring av tid for operasjonssykepleiere for økt operasjonskapasitet etc. En egen handlingsplan for rekruttering og profilering er utarbeidet for 2017-2018. Inkludert tiltak for å styrke OUS omdømme som en attraktiv arbeidsplass, styrke rekrutteringskompetansen blant ledere og utarbeide et samarbeid med HIOA om frafall fra utdanning, operasjon. Utdanningsstillinger videreføres.
Trusler ovenfor ansatte	Opplæring etter modell/best practice fra Klinikk psykisk helse og avhengighet. Vurdere fysiske barrierer.

4. Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon (Forskning, innovasjon og utdanning)

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon					16.01.17	
Inkluderer også forskning, innovasjon, fagutvikling, kompetanseutvikling og utdanning					Oslo universitetssykehus	
					Sykehusnivå	
					Forskernivå	
					Svært stor (5)	
					Stor (4)	
					Moderat (3)	
					Liten (2)	
					Meget liten (1)	
					9	
					1	
Svært alvorlig (5)						
Alvorlig (4)	Spes. utdanning leger - veiledning og supervisjon					
Moderat (3)	Ressurser til regionalt utdanningssenter for LIS	Kliniske studier - infrastruktur og støttelunskj	Arealer til forskning Innovasjonsprosjekter - infrastruktur/støttelunskj Legger i spesialisering; legge til rette for gjennomstrømsstillinger i OUS Mangel på praksisplasser for sykepleiere og spesialsykepleiere.			Forskernivå og databaseverktøy
Lav (2)				Lower og etikk i forskning - avvikkssaker Biobankinfrastruktur		
Ubetydelig (1)						

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon - risiko-reducerende tiltak

Risiko	Tiltak
Oppgradering forskernett samt databaseverktøy	OUS må oppgradere Forskernett og avklare informasjonsikkerhet og fleksibilitet i løsningen. Databaseverktøy: tilstrekkelig bruker-støtte må tilstrebes. Avklare løsninger. Faste møter mellom Stab forskning, innovasjon og utdanning, IKT-stab og Sykehuspartner. Det har ført til at deler av arbeidet er lagt om.
Love og etikk i forskning - avvikssaker	Etablere forskningsetisk utvalg i løpet av 2017 i samarbeid med UiO, og i denne forbindelse også revidere forskningsombudets mandat. Videreføre obligatorisk kursvirksomhet i regi av både OUS og Det medisinske fakultet.
Biobankinfrastruktur	Etablere en helhetlig plan for biobankinfrastruktur ved OUS.
Arealer til forskning	Aktivt bidra i planleggingen av nye arealer/bygg til OUS (oppfølging av idefase), slik at forskningens behov blir tydelig belyst og integrert i videre planlegging.
Kliniske studier - infrastruktur og støtte-funksjoner	Støttefunksjoner for kliniske studier skal prioriteres av Forsknings-støtte (OSS) innen rammen av tilskuddet til regional forsknings-støtte, samt av klinikkene. Fortsatt deltakelse i det nasjonale sam-arbeidet Norcrin om infrastruktur for kliniske studier
Innovasjon - infrastruktur og støttefunksjoner for gjennomføring av innovasjonsprosjekter	Følge opp foranalyse for testarena innovasjon i henhold til Ledermøtets vedtak, herunder bringe satsingen inn i den ordinær budsjettprosess og investeringsprioriteringer.
Leger i spesialisering - legge til rette for gjennomstrøms-stillinger ved OUS	Oppfordre avdelingene til å legge til rette for skreddersydde løp.
Ressurser til regionalt utdanningssenter for LIS (RegUt)	Koordinator er ansatt. Det er ansatt (midlertidig) en pedagogisk ressurs i 40 % stilling for å utvikle kurs. Ansettelsesprosess pågår for leder av senteret. Dette er en kombinert stilling, der leder også skal ha bistilling ved UiO og således må gjennom vitenskapelig bedømming før ansettelse kan skje. Prosessen tar tid. Det pågår også en prosess mot eier for å sikre en tydelig og forutsigbar finansiering av senteret. Hvert HF går inn med en eierandel i RegUt, i form av delte stillinger som eies av de respektive HF.
Spesialistutdanning leger - veiledning og supervisjon	OUS er i ferd med å rigge et prosjekt for del 1 av ny spesialist-utdanning for leger, der det blant annet skal kartlegges hvor mange og hvem som trenger veiledningskurs - samt hvordan dette skal gjennomføres.
Mangel på praksisplasser for sykepleiere innen kirurgi og for spesialsykepleiere	Være i dialog med praksiskoordinator og aktuelle ledere, samt andre helseforetak for å øke den totale kapasiteten på praksis-plasser i Osloregionen, samt være i dialog med aktuelle høgskoler.

6. God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør (Økonomi og infrastruktur)

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør Inkluderer samhandling, generell administrasjon, økonomi, innkjøp, IKT, bygginger, lokaler, transport, kjøkken, tekniske og andre interne tjenester samt ytre miljø	Sykehusnivå		Sannsynlighet					
	Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)			
Svært alvorlig (5)								
Alvorlig (4)								
Moderat (3)								
Lav (2)								
Ubetydelig (1)								
	4	8						

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør - risikoreduserende tiltak

Risiko	Tiltak
Økonomisk bærekraft	Langsiktig plan for forbedring av økonomisk resultat er behandlet av styret 23. juni. Programkontor "Forbedring av drift 2017-2020" er etablert og 6 prosjekter er i gang innenfor sentrale deler av driften i OUS HF. Risikoen er fremdeles høy ettersom de økonomiske utfordringene er store og gir et betydelig krav til årlig effektivisering av virksomheten
Ineffektiv bygningsmasse/ stort vedlikeholds- etterslep	Lån for oppgradering og lukking av avvik ble innvilget for årene 2016-2019 og OUS HF prioriterer de viktigste prosjektene innenfor denne lånerammen inn mot hvert års investeringsbudsjett. Investeringsnivået er som følge av dette på vei opp, men risiko er fremdeles stor ettersom omfanget av behovet for utbedringer er så vidt stort. Idéfase OUS HF er behandlet av HSØ og byggeprosjekter går videre til konseptfaser slik at det langsiktige målbildet om å erstatte gamle bygg med nye kan bli realisert.
Gammelt medisinsk teknisk utstyr	Øke investeringsnivået i tråd med økonomisk langtidsplan. For 2016 ble om lag 70 mill. kroner av investeringsbudsjettet innen medisinsk teknisk utstyr utsatt i forhold til gjennomføring som følge av resultatrisiko (med foreliggende resultat er likviditet overført til 2017). Også for 2017 vil gjennomføring av deler av investeringsbudsjettet avhenge av resultatene for 2017.
Resultat i henhold til budsjett 2016	Det er etablert nye tiltak som skal bedre det økonomiske resultatet for inneværende år. Gjennomføringsgraden for tiltakene er god. Salg av eiendom med resultateffekt på om lag 150 mill. kroner bidro til et resultat om lag som budsjettet for 2016.
Dyrere legemidler	Vurdere legemidler der det er rimeligere alternativer og der bruk kan avsluttes tidligere uten negativ medisinsk effekt. Mer aktiv bruk av Legemiddelkomitéens kompetanse i lederlinjen i OUS HF. Dette arbeidet inngår i program «forbedring av drift...» omtalt under risikoområdet økonomisk bærekraft. . Tiltak innenfor området forelegges ledelsen til beslutning 1. kvartal 2017.
Sikre sykehusets inntekter (hoteller)	Det pågår løpende arbeid for å prioritere rett koding av aktivitet, dette er intensivert 1. tertial 2016. Det pågår dialog med Helse Sør-Øst, andre HF og Helsedirektoratet for vurdering av flere inntektsområder for OUS HF (Sykehotell, laboratorier, gjestepasienter med mer). For budsjett 2017 er det gjort justeringer i inntektsmodellene som gir noe høyere basisrammeinntekter til OUS HF enn det som var forutsatt i foreløpig tildeling mars 2016 (ØLP - økonomisk langtidsplan tildelingen). Det er fremdeles risiko- og fokusområder som følges opp i dialog med ledelsen i sykehuset og Helse Sør-Øst RHF.
Samarbeid med bydeler om utskrivning fra voksenpsykiatri	Arbeide for bedre samarbeid med bydeler slik at pasienter fra voksenpsykiatrien kan mottas når de er utskrivningsklare. Om nødvendig ta opp saker i Tvistenemda.
IKT-kostnader	Begrense omfang og bruk av utstyr i OUS HF. Velge rimeligere alternativer der dette er mulig. Det er blant annet etablert nye løsninger innenfor akutt intensiv og operasjon som begrenser IKT-kostnadene i forbindelse med oppgraderinger
IKT: Konsolidering av IKT-systemer	På kort sikt driftes det videre med allerede etablerte løsninger som delvis kompenserer for risikoene som først blir løst med nye

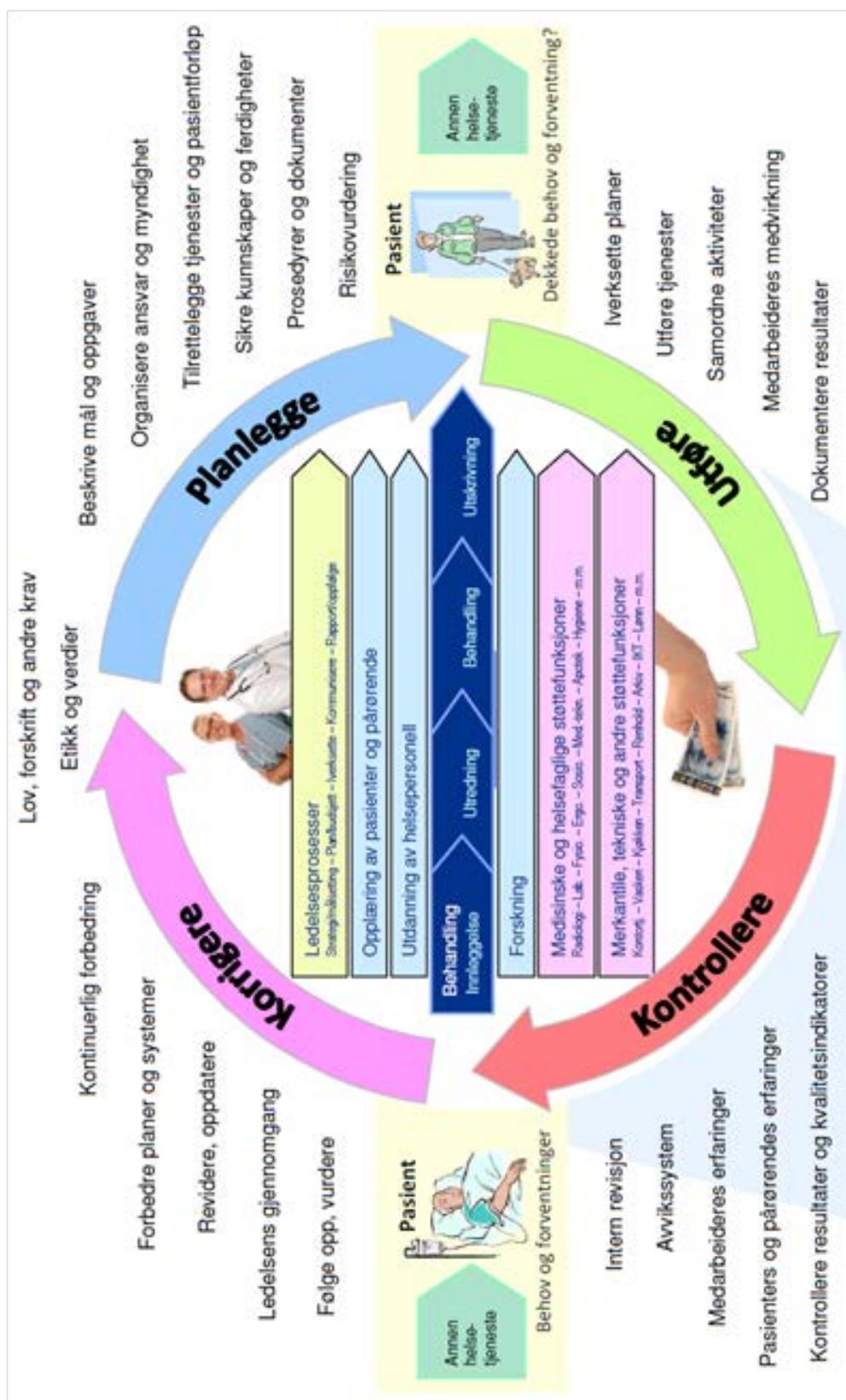
		systemer. Dette gjelder nå i hovedsak laboratoriemedisin og radiologi.
	Kontrollmiljø (økonomi, juridisk)	Fortsette arbeidet med etablering av helhetlig internkontroll innenfor økonomiområdet i hele virksomheten. Det er gått ut egen bestilling januar 2017 slik at klinikkene gjør en egen vurdering av risiko-områder.
	Leveranser fra Sykehuspartner	Fortsette den løpende dialogen med SP i form av kundemøtene.
	Arealknapphet i sentrale områder	Ytterligere prioritering av bruken av sentrale arealer.

Målgruppe: Styret
Faglig ansvarlig: Kst. stabsdirektør Sølvi Andersen
Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Dato: 08.02.2017



1 Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll	3
1.1 Oppdrag og bestilling.....	4
1.2 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll.....	4
1.3 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering.....	7
1.4 Revisjoner.....	8
1.5 Eksterne tilsyn	15
1.6 Mini-metodevurdering.....	17
1.7 Miljø-sertifisering i henhold til ISO14001-2015	18
2 Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling.....	19
2.1 Uønskede pasienthendelser	19
2.2 Publisering av uønskede hendelser på sykehusets nettsider	21
2.3 Sykehusinfeksjoner.....	21
2.4 Sykehusobduksjoner	25
2.5 Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a	25
2.6 Meldinger til Kunnskapssenteret, § 3-3.....	26
2.7 Klage og tilsynssaker om forsvarlighet i pasientbehandlingen.....	26
2.8 Norsk Pasientskadeerstatning	32
2.9 Brukerundersøkelsen	33
2.10 Pasientsikkerhetsvisitter	36
2.11 Pasientsikkerhetsuka 2016	37
2.12 Pasientforløpsarbeidet.....	37
2.13 Barn som pårørende.....	42
2.14 Pasientinformasjon:.....	42
2.15 Pasienter til behandling i utlandet.....	43
2.16 Likeverdig helsetjeneste.....	44
3 Utdanning av helsepersonell.....	47
4 Forskning og utvikling.....	49
4.1 Forskning.....	49
4.2 Innovasjon.....	50
5 Arbeidsmiljø.....	53
5.1 HMS-avvik	53
6 Vedlegg.....	59
6.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 3. tertial 2016.....	59
6.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid.....	60

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 18. februar 2016. I tillegg har sykehuset utarbeidet en egen handlingsplan 2016 for overordnede resultatmål. De enkelte målområdene ble fordelt til klinikkene for oppfølging gjennom lokale handlingsplaner.

Målområdene er rapportert i oppfølgingsmøter med direktørens stab, inkludert i Ledelsens gjennomgang, og i ordinære ledermøter.

Ledelsens gjennomgang er et supplement til resultatoppnåelsen rapportert gjennom «Årlig melding» sak 5/2017 og Rapport pr desember sak 4/2017.

Oppdragsdokument for 2017 forventes mottatt i Foretaksmøtet medio februar 2017.

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, instruksjer, stillingsbeskrivelser, strategidokumenter, fullmakter og tiltakskort.

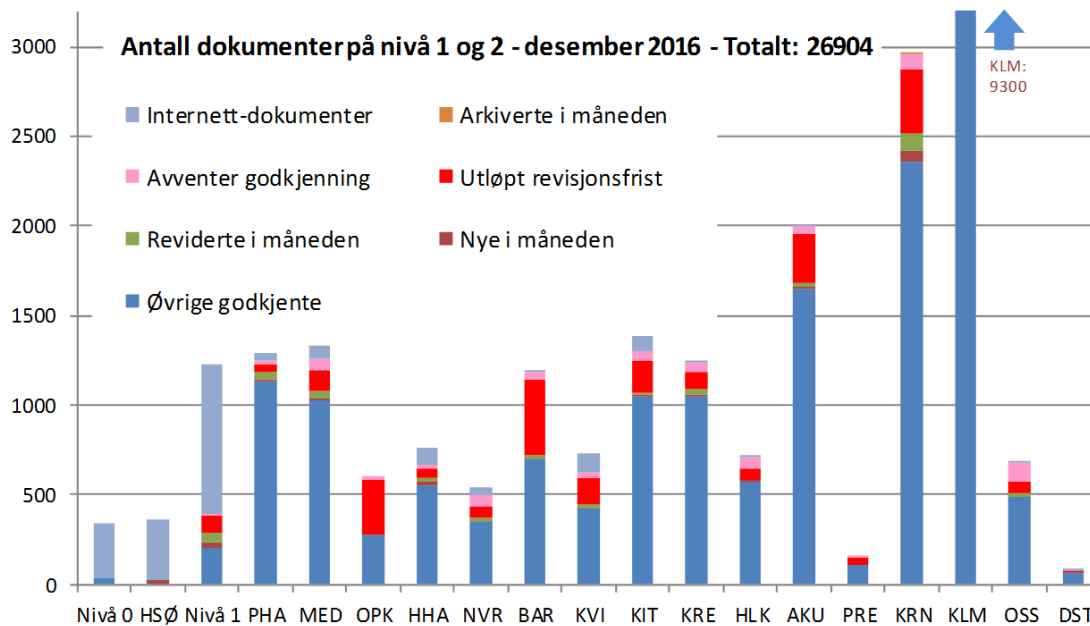
Alle styrende dokumenter i Oslo universitetssykehus HF er samlet i det elektroniske systemet eHåndbok som sikrer tilgjengelighet, oppdatering og godkjenning av dokumenter.

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.

eHåndboken - interne styringsdokumenter

Det pågår et kontinuerlig utviklingsarbeid av sykehusets dokumentstyringssystem. I september 2016 kom brukergrensesnittet (lesedelen) i ny utgave med forbedrede funksjoner og moderne teknologi. Det er nå lettere for medarbeiderne å finne ønskede dokumenter. I 2017 vil skrive- og administrasjonsdelen bli modernisert på en tilsvarende måte.

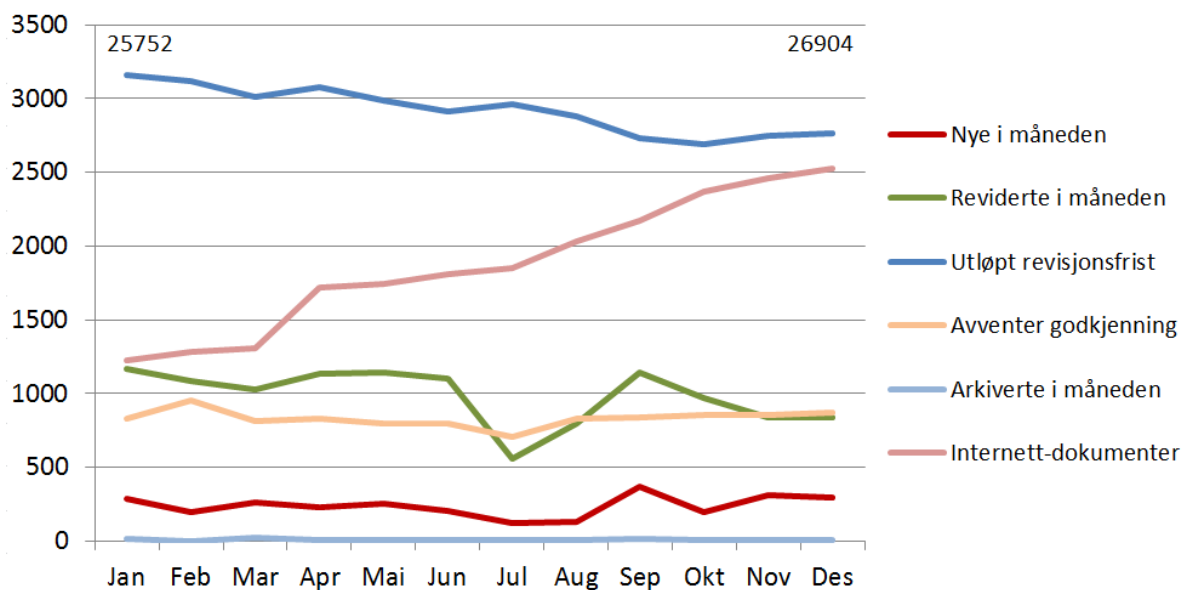


Figur 2. Totalt antall dokumenter i eHåndbok per desember 2016. Kilde: eHåndbok

Det er nå 26 904 styrende dokumenter i bruk. Figur 2 viser at antallet dokumenter varierer mellom klinikkene. Klinikken for laboratoriemedisin er i en særklasse med 9 300 dokumenter. Den andre laboratorieklinikken, Klinikken for radiologi og nukleærmedisin, har nesten 3000 dokumenter. De nevnte klinikkene har virksomhet preget av teknologisk virksomhet som nødvendiggjør prosedyrer for sertifisering og akkreditering. For øvrig har de fleste klinikkene mellom 500 og 1 500 dokumenter.

Dokumentene på nivå 1 er fellesdokumenter som gjelder for alle ansatte på tvers av klinikker og staber. Antallet har blitt noe redusert i perioden ved at interne DIPS dokumenter har blitt skilt ut som regionale dokumenter. Disse dokumentene ligger nå tilgjengelig både internt og i internettutgaven, og er nå gjeldende for alle helseforetak i Helse Sør-Øst. Like før jul ble regionale dokumenter om styringssystem for informasjonssikkerhet også lagt tilgjengelig på samme måte.

Det arbeides nå med å lage flere typer regionale dokumenter, herunder flere dokumenter om medikamentell kreftbehandling.



Figur 3. Utviklingen gjennom 2016 for alle dokumenter i eHåndbok.

Alle dokumenter skal revideres innen tre år. Figur 3 viser at antallet dokumenter med utløpt revisjonsfrist gradvis har blitt redusert. Det er nå litt over 2700 dokumenter som venter på å bli revidert, noe som er en reduksjon på 12 % fra januar 2016. Totalt sett viser dette at sykehuset har rimelig god kontroll på dokumentstyringen, selv om det er store forskjeller mellom klinikkene.

eHåndbokens internettutgave og mobilapp

Antallet dokumenter i eHåndbokens internettutgave (<http://ehandboken.ous-hf.no>) er økende. Totalt er det nå over 2 526 dokumenter på internett tilgjengelig for samarbeidspartnere, pasienter, pårørende og allmenheten for øvrig. Det tilsvarer ni prosent av dokumentene i eHåndbok.

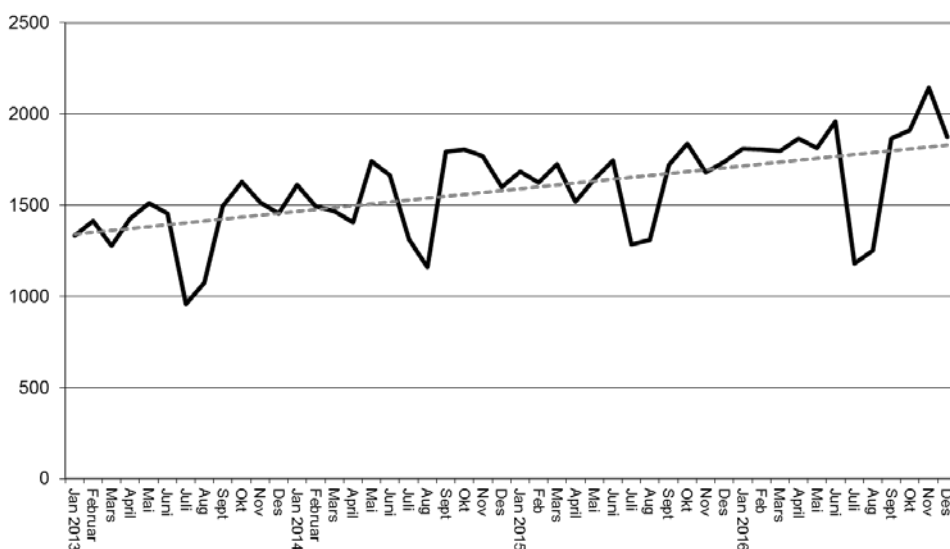
Ved nyttår var det i tillegg lagt ut 330 regionale Helse Sør-Øst-dokumenter. Sykehuset tilstreber å innfri myndighetenes forventning om mer åpenhet og deling, og vil i 2017 fortsette arbeidet med å gjøre tilgjengelig flere dokumenter eksternt. Alle eksterne dokumenter vil i første halvår 2017 også kunne leses på en egen mobilapplikasjon for mobiltelefoner og nettbrett.

1.3 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 er registrert 7797 uønskede hendelser/avvik og forbedringsforslag ved sykehuset i tredje tertial 2016. Dette er en økning på 12 % fra samme periode i fjor. Antall dokumenterte tiltak er 3481, en økning på 56 % i forhold til samme periode i 2015.



Figur 2. Uønskede hendelser og risikoforhold – alle typer - registrert per måned med trendlinje. Kilde: Achilles

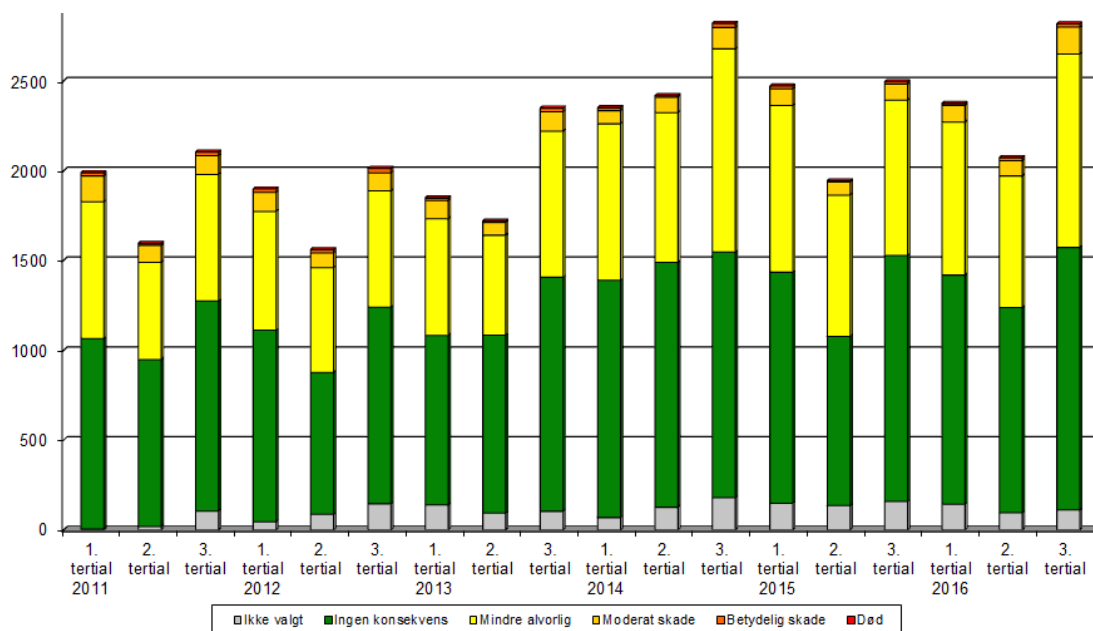
En fortsatt økning i antall registreringer er en ønsket utvikling så lenge antallet alvorlige hendelser ikke øker tilsvarende. Ferietid og redusert aktivitet medfører færre registreringer i juli og august.

1.3.1 Andre avvik og forbedringsforslag

Pasientrelaterte hendelser presenteres i kapittel 2.1 og Helse-miljø-sikkerhetshendelser i kapittel 6.1.

Alle avviksregistreringer kategoriseres i hovedkategoriene «Pasienthendelse», «HMS Hendelse» eller «Andre avvik og forbedringsforslag». Registreringene (Figur 4) viser at antall registreringer i kategorien «Andre avvik og forbedringsforslag» har gått ned fra samme periode i fjor.

En stabil andel (29 %) av registreringene er laboratorierelaterte avvik, i hovedsak med ingen eller mindre alvorlig konsekvens.



Figur 4. Registreringer i Achilles av typen "andre avvik og forbedringsforslag" inndelt i "Faktisk konsekvens". Kilde: Achilles

1.4 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 29/2016).

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 revisjonsfunns skal linjeledelsen påse og følge opp at handlingsplanene som utarbeides, bidrar til forbedringer. Alle klinikker har etablert planer for klinikkvise interne revisjoner i 2016 (knyttet til gammel klinikkstruktur)

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst utfører interne revisjoner i alle foretakene i Helse Sør-Øst. Konsern revisjonens 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.

1.4.1 Revisjoner utført av Internrevisjonen

Revisjon av «Systematisk Helse-, Miljø- og Sikkerhetsarbeid»

Bakgrunnen for revisjonen var foretakets egen målsetting om et forsvarlig, meningsfylt og godt arbeidsmiljø, som skal være preget av åpenhet og respekt. Det har ikke vært gjennomført internrevisjon innen dette området siden Oslo universitetssykehus HF ble etablert.

Revisjonen stilte følgende spørsmål:

1. Arbeider Oslo universitetssykehus HF på en strukturert måte for å sikre et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid?
2. Arbeider klinikkene og enhetene på en strukturert måte for å sikre et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid?

Revisjonen ønsket å se på hvordan HMS arbeidet hang sammen gjennom «hele lederlinjen», fra direktørens stab til klinikkleder og videre til laveste nivå i klinikken.

Revisjonen har bestått av organisasjonsgjennomgang, dokumentanalyse og intervjuer.

Involverte enheter har vært;

- Stab pasientsikkerhet og kvalitet
- Arbeidsmiljøavdelingen
- Kvinneklinikken
- Klinik for laboratoriemedisin
- Prehospital klinikk
- Klinik for psykisk helse og avhengighet

Hovedkonklusjon:

- Sykehuset har et etablert system for det systematiske Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid som i all hovedsak beskriver hvordan dette skal gjennomføres og følges opp.
- Sykehuset har prosedyrer som i stor grad beskriver hvordan arbeidet skal utføres, og hvordan status skal rapporteres og følges opp. Men det er mangler i etterlevelsen av disse prosedyrene.
- Det er ulik forståelse av de enkeltes roller, ansvar og oppgaver.
- Det er i liten grad beskrevet hvem som er ansvarlige for hva i de ulike prosessene. Verken i lederkontrakter eller i prosedyrer er ansvarsforhold tydelig beskrevet.
- Alle som ble intervjuet var kjent med egne oppgaver. Det var ikke utdypet hva som inngår i stabens oppgave med « strategisk fagansvar» og Arbeidsmiljøavdelingens oppgaver som tilrettelegger/støttefunksjon.
- Det er ikke lagt føringer for hvordan det systematiske HMS arbeidet skal organiseres i klinikkene.
- Det er variasjon i hvor stort fokus HMS området har på klinikknivå. Kun en klinikk, Klinik for psykisk helse og avhengighet, hadde HMS mål og planer med hele virksomheten som perspektiv.

- På de laveste nivåene arbeides det systematisk med HMS aktiviteter i alle de reviderte klinikkene.
- Totalt sett nedlegger sykehuset et betydelig arbeid på området med opplæring, HMS runder (619 verneområder), medarbeiderundersøkelser, utviklingssamtaler, risikovurderinger, handlingsplaner og oppfølginger.
- Oppfølgingen av planene er i flere klinikker ikke i tråd med føringene, og det kan medføre at arbeidet ikke bidrar til den ønskede effekten.
- Risikovurderingene av HMS området er organisert i egne prosesser (etter HMS runder og avviksbehandling) adskilt fra sykehuset ordinære «risiko prosesser». Dette medfører merarbeid. Det er også fare for at den totale risikovurdering ikke blir optimal.

Om de to klinikkrevisjonene som ble utført i dette tertial:

Prehospital klinikk og linjen ut til Ambulanse midt ble valgt ut fordi klinikken har en akuttfunksjon og potensielt et risikofylt arbeid. De ansatte står i akutte pasientmøter, som kan være uforutsigbare. De treffer pasientene utenfor sykehuset hvor pasientene ofte befinner seg i sårbare og kritisk situasjoner. Dette stiller store krav til klinikkens fokus på sikkerhet for de ansatte og systematisk HMS arbeid.

Prehospital klinikk er en ny klinikk, men har kjent risikofylt arbeidsområde fra tidligere organisering. Klinikken fikk avvik relatert til organisering av området, og for mangelfulle HMS mål og planer med hele klinikken som perspektiv. Seksjon Ambulanse midt hadde stort fokus på risikoforebyggende tiltak, arbeidet svært godt med området og hadde ingen avvik.

Psykisk helse og avhengighet og linjen ut til Lokal sikkerhetsavdeling på Gaustad ble valgt av flere grunner. Klinikken har god meldekultur for HMS avvik. Flere av disse er HMS hendelser forårsaket av pasienter i behandling, med betegnelsen «vold/trusler/utagerende atferd». Lokal sikkerhetsenhet på Gaustad er en av flere enheter i PHA hvor personalet står i behandlingssituasjoner med fare for vold/trusler/utagerende atferd. Klinikken må derfor planlegge for relativt stor risiko på HMS området.

Psykisk helse og avhengighet arbeider svært godt med området og hadde ingen avvik ved revisjonen.

Hovedinntrykk var at de reviderte klinikkene/enhetene langt på vei arbeider på en strukturert måte for å sikre et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på laveste nivå i klinikkene.

Fellesrevisjon «Tilberedning av legemidler»

Revisjonen ble gjennomført i samarbeid med Sykehusapoteket Oslo, Farmakologisk avdeling og Avdeling for smittevern. Revisjonen ble gjennomført på fem enheter i Oslo universitetssykehus HF. I utvelgelsen av enheter ble det tatt hensyn til risiko, lokasjon, omfang av det som tilberedes av legemidler på enheten og fagområde.

Revisjonene ble gjennomført i to deler på hvert sted;

- Første del som «befaring»; observasjon av tilberedning av legemidler, hygienep praksis, aseptisk teknikk, medisinrom og seksjonsstruktur.
- Andre del som stedlig revisjon hvor ledere og sykepleiere ble intervjuet. Temaene i intervjuene var:
 - Type tilberedninger
 - Risikovurderinger
 - Prosedyrer og etterlevelse
 - Personell og kompetanse
 - Dokumentasjon og avvik

Totalt ble det avdekket 14 avvik, 13 forbedringsområder og 10 bifunn.

Klinikk/enhet	Antall avvik	Risiko (1/1-17)
Akuttklinikken/ Nevrointensiv	3	Yellow
Barne- og ungdomsklinikken/ Barneintensiv	3	Red
Ortopedisk klinikk/ Ortopedisk sengepost	2	Yellow
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon/ Sengepost A5	3	Red
Barne- og ungdomsklinikken/ Nyfødt intensiv	3	Red

Tabell 1. Avvik med risikovurdering

Tabell 1 viser en oppstilling av hvilke steder som ble revidert og funn.

Risikovurderingen ble foretatt av revisjonsteamet ved revisjonsgjennomføringen.

Ingen av de reviderte enhetene hadde praksis med risikovurdering av området. Dette ble umiddelbart tatt tak i med igangsettelse av sykehusomfattende risikovurdering av legemiddelområdet. Dette arbeidet skal være ferdig i slutten av januar 2017.

Alle de reviderte enhetene er i gang med forbedringsarbeid etter funnene. Videre oppfølging av arbeidet følges gjennom Achilles.

Revisjon «Intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet»

Som en del av internkontrollen med informasjonssikkerhet og personvern er det gjennomført revisjon ved alle klinikker og avdelinger ved sykehuset. Dette er gjort i henhold til revisjonsplan 2015/2016 for Oslo universitetssykehus HF og styresak 29/2016, jf. ledermøtesak 384/2016.

Revisjonen ble gjennomført som elektronisk besvarelse ved bruk av Questback. Det ble sendt ut i to versjoner: En til alle ledere og en til ansatte som er registrert som bruker av DIPS.

Spørsmål som er stilt har fokusert på følgende temaer:

- Opplæring innen informasjonssikkerhet og personvern
- Lovlig grunnlag for oppslag i pasientjournal
- Uberettigede oppslag i pasientjournal
- Lagring av personopplysninger
- Bruk av mobiltelefon for billedtaking og bruk av e-post
- Melding av avvik innen personvern og informasjonssikkerhet

Arbeidet med oppsummering og rapportering fra revisjonen pågår.

Ad hoc revisjon i Psykosomatisk avdeling.

På bakgrunn av bekymringsmeldinger knyttet til kompetanse, bemanning og arbeidsmiljø bad administrerende direktør internrevisjonen om å gjennomføre en ad-hoc revisjon i avdelingen. I oppdraget inngikk også en gjennomgang av deler av virksomhetsstyringen i avdelingen.

Målet var derfor å kartlegge, vurdere og finne mulige forbedringsområder i styringen og oppfølgingen av avdelings virksomhet, spesielt knyttet til kompetanse og arbeidsmiljø. Det er viktig å presisere at dette ikke var en medisinskfaglig revisjon.

Hovedkonklusjonene:

- Avdelingen har gjennomført noen prosesser vedrørende virksomhetsstyring
- Avdelingen har ikke utarbeidet mål for sitt arbeid med bakgrunn i oppdraget avdelingen har fått. Målene er således ikke kommunisert og operasjonalisert i avdelingen, og det gjennomføres få eller ingen risikovurderinger knyttet til mål for avdelingen.
- Avdelingen har ikke etablert et fullverdig system for å overvåke egne behandlingstiltak.
- Avdelingen har ingen fullverdige og systematiske prosesser for å sikre planlegging, gjennomføring og evaluering av kompetansearbeidet slik at avdelingen og den enkelte medarbeider har den nødvendige kompetanse og ferdigheter i forhold til dagens og fremtidens mål og oppgaver.
- Avdelingen har tilfredsstillende prosesser vedrørende systematisk HMS arbeid. Likevel arbeider ikke avdelingen på en strukturert måte for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Avdelingen ikke kan sies å ha et fullt forsvarlig, meningsfylt og godt arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt.

Det er satt i gang umiddelbare tiltak av klinikkleder.

1.4.2 Oppfølging av tidligere interne revisjoner

Revisjon av «Henvisninger og ventelister»

I henhold til revisjonsplan for Oslo universitetssykehus HF 2016, ble det i april gjennomført to revisjoner i:

- Seksjon for bryst- og endokrinkirurgi
- Seksjon for medisinsk oftalmologi

Formålet med revisjonene var å evaluere arbeidet med ventelister, at pasientforløp var tilfredsstillende koordinert slik at pasientene får sine rettigheter oppfylt og at angitte frister blir overholdt.

Det ble funnet totalt 5 avvik som var relatert til:

- Timebok forelå ikke 6 måneder fram i tid, i tråd med sykehusets retningslinjer.
- Henvisningene ble ikke fortløpende rettighetsvurdert
- Noen pasienter hadde passert tentativ dato for konsultasjon

Det ble opprettet tiltaksplaner i etterkant av revisjonen som ble presentert for Ventelisterådet. De reviderte enhetene har arbeidet med avviksområdene. Avvikene er nå utbedret.

Revisjon av Medisinsk koding - området «Pasientopplæring og tiltak i gruppe»

Revisjonsperioden var fra september til desember 2015.

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

Sentrale observasjoner og funn:

- Vedrørende system/struktur for utøvelse av kodevirksomheten
Både stab, Oslo sykehusservice og linje er kjent med egne oppgaver, men det er ikke gjennomgående avklart hva som inngår i stabens/ Oslo sykehusservices oppgaver som tilrettelegger/støttefunksjon. Videre er det uklart hvilket systematisk kontrollmiljø klinikker har vedrørende koding og klassifisering, bruk av periodiske systematiske stikkprøver av epikriser for gjennomgang i fagmiljøene, og bruk av kontrollrapportene i DIPS og LIS til oppfølging og forbedring av koding.
- Vedrørende koding av pasient- og pårørendeopplæring i klinikkene.
Strengt vurdert var det svært mange kurs som ikke fyller krav, satt av Helsedirektoratet, for å være berettiget ISF-finansiering. Det var også kurs hvor konsultasjonene er feilaktig rapportert og finansiert som individuelle konsultasjoner.

Revisjonsrapporten og funnene ble presentert i ledermøtet 16. februar og det ble utarbeidet handlingsplaner for området som ble fulgt opp i oktober 2016. Det har vært stor opplæringsvirksomhet innen området. Instruks for kodearbeid og instruks for kodeansvarlig lege er revidert. Medisinsk fagdirektør har fra 1. februar 2017 fått delegert myndighet innen medisinsk kodepraksis, og vil iverksettelse videre tiltak for å følge opp funnene i revisjoner.

Det har også vært stor fokus på oppfølging av revisjonsfunnene i «Kodefaglig nettverk».

Tiltakene etter hovedfunn ble presentert i ledermøte 17. januar 2017.

1.4.3 Konsernrevisjonen

Det har vært utført en revisjon av Konsernrevisjonen i dette tertial.

«Tiltaksarbeid etter tidligere revisjoner utført av Konsernrevisjonen HSØ».

Revisjonsrapporten ble mottatt 13. januar 2017. Rapporten skal styrebehandles i egen sak i møtet (Sak 8/2017), og mer utfyllende informasjon er presentert i denne.

Revisjonen er gjennomført i perioden august - oktober 2016, og den inkluderer styret, administrerende direktør, direktørens stab, Oslo sykehusservice, Kreftklinikken, Hjerter-, lunge-, karklinikken og Nevroklinikken.

Målet med revisjonen var å kartlegge og vurdere om Oslo universitetssykehus HF har fulgt opp de anbefalinger som er gitt av konsernrevisjonen, og hvordan dette blir håndtert av helseforetakets ledelse.

Konsernrevisjonen valgte å belyse dette gjennom to problemstillinger:

- Problemstilling 1
Inngår oppfølging av revisjoner og tilsyn i helseforetakets etablerte system for intern styring og kontroll, og følges tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen opp av styret og helseforetaket?
- Problemstilling 2
Har helseforetaket lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring, og vet helseforetaket om det har skjedd en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt?

Konsernrevisjonens vurdering og anbefaling:

- Oppfølgingen av de ulike revisjonene viser mange av de samme svakhetene som tidligere er påpekt i den interne styringen og kontrollen.
- Det anbefales at Oslo universitetssykehus HF ser på revisjonene samlet for å finne årsakene til de gjentakende svakhetene, og ut fra dette utformer gode måter for videre tiltaksarbeid.

1.4.4 Revisjonsrapporter fra Konsernrevisjonen som har vært styrebehandlet i perioden

Det har ikke vært styrebehandlede revisjonsrapporter fra Konsernrevisjonen i dette tertial.

1.4.5 Oppfølginger av konsernrevisjoner fra tidligere tertial

Revisjon «tilgjengelige helsetjenester»

Revisjonen ble gjennomført i perioden september til november 2015. På flere områder har sykehuset kommet langt i arbeidet med å imøtekomme konsernrevisjonens anbefalinger, men handlingsplanen indikerte at det fortsatt skal arbeides med tiltakene som er angitt. Ansvarlige for oppgavene tilligger både direktørens stab og klinikkstaber, og videre innad i klinikkene.

Status på tiltaksarbeidet:

- Handlingsplaner for området er utarbeidet på nivå 1, og handlingsplanene på nivå 2 skal etterspørres ved 1.tertialoppfølgingen 2017
- Prosedyrer er oppdatert og skal gi en tydelig beskrivelse av arbeidet
- Flere indikatorer og styringsdata er tilgjengelig slik at enhetene bedre kan sikrer at pasientene får helsehjelp innen fastsatt tid gjennom hele pasientforløpet
- Ledermøtet har ukentlig «gjennomgang av virksomheten» hvor det pasientadministrative området gjennomgås ved rapportanalyser fra DIPS
- Det arbeides med å knytte risikovurderinger til målene som forutsatt

- Det er et forbedringspotensial ved analysearbeid ved driftsplanlegging og produksjon. Imidlertid arbeider flere prosjekter med dette, som for eksempel «poliklinikkprosjektet» og «bemanningsprosjektet»
- For at sykehusets ledere skal ha god kunnskap og kompetanse innen planlegging og drift, pågår det kontinuerlig opplæring av ledere
- Sentral stab er omorganisert med en forventning om at dette vil styrke de pasientadministrative prosessene i sykehuset

Mange av tiltakene i handlingsplanen har tidsfrister denne våren.

1.5 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 3. tertial har det totalt vært 10 tilsynsbesøk fra sju ulike tilsynsmyndigheter:

Miljøvernavdelingen, Fylkesmannen i Oslo og Akershus var på tilsyn på Rikshospitalet og Gaustad 10. mai 2016 som ledd i en landsomfattende tilsynsaksjon.

Tema: Tanklagring.

Det ble 3 avvik: *Mangelfull risikovurdering av tankanleggene. Mangelfulle forebyggende tiltak for tankanleggene. Mangler beredskapsplan for tankanleggene.*

Handlingsplan er oversendt og avvikene er planlagt lukket innen sommeren 2017.

Tilsynet er fra 2. tertial og tas med her siden det ikke er beskrevet tidligere.

Oslo Brann- og redningsetat har hatt tilsyn på Aker, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål i perioden 12.-19. september 2016.

Tema: Gassanlegg og lagring av gass/trykksatt stoff.

Det ble 3 avvik: *Kan ikke dokumentere at kravene i forskrift er oppfylt. Sørger ikke for at utstyr og anlegg holdes i forsvarlig stand, kontrolleres og vedlikeholdes. Internkontrollsystemet avdekker ikke i tilstrekkelig grad, rettet opp og forebygget avvik knyttet til håndtering og lagring av gass.*

Handlingsplan er oversendt og avvikene er planlagt lukket innen utgangen av 2017.

Helseavdelingen, Fylkesmannen i Oslo og Akershus har gjennomført landsomfattende tilsyn i perioden 27.-29. september 2016.

Tema: Identifisering og behandling av pasienter med sepsis eller mistanke om sepsis i Akuttmottaket i OUS-Ullevål.

Det ble gitt 2 avvik: *Oslo universitetssykehus HF sikrer ikke at alle pasienter med*

sepsis/sepsis med organdysfunksjon får startet med antibiotikabehandling innen tidsfrist fastsatt i nasjonale retningslinjer. Oslo universitetssykehus HF sikrer ikke at det i journalen er tilstrekkelig dokumentasjon av overvåkingen under oppholdet og opplysninger om videre obs og tiltak på sengepost etter overflytting.

Handlingsplan oversendt og avvikene er planlagt lukket innen utgangen av februar 2017.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har sammen med Nasjonal kommunikasjons-myndighet (NKOM) hatt et felles tilsyn i perioden 17.-26. oktober 2016.

Tema: Avvik som er gitt etter tidligere tilsyn, tiltak og lukking. Kompetanse i bruk av -, og vedlikehold og reparasjon av medisin teknisk utstyr.

Sluttmøtet for DSB 30. november 2016 antyder fire avvik og tre anmerkninger.

Endelig tilsynsrapport er ennå ikke mottatt.

NKOM har foreløpig ikke oversendt noen rapport etter tilsynet.

Statens strålevern har vært på tilsyn ved Klinikk for radiologi og nukleærmedisin 14. november 2016.

Tema: Europeisk aksjonsuke – berettigelse (hele prosessen innen røntgendiagnostikk). Sykehuset har ennå ikke mottatt tilsynsrapport.

Statens strålevern har vært på tilsyn i perioden 29. november.-2. desember 2016. Tema: Stråleterapivirkomheten ved Ullevål, brachyterapi ved Øyeavdelingen og grensestrålebehandling ved Hudseksjonen.

Sluttmøtet 2. desember 2016 antydet fire avvik og tre anmerkninger.

Sykehuset har ennå ikke mottatt tilsynsrapport.

Luftfartstilsynet har vært på tilsyn 3. november 2016:

Tema: Utforming og bakkjetjeneste.

Det ble ett avvik som omhandlet: *Utforming – hinder i inn-/utflygningsflaten mot nordvest.*

Avviket er lukket.

Statens legemiddelverk har vært på tilsyn i perioden 21 – 23. november 2016.

Tema: Virksomhetens tilvirkertillatelse for legemidler.

Det ble gitt to store avvik og fem andre avvik (ingen kritiske avvik). De to store avvikene var at: *Det tilvirkes og utleveres legemidler som ikke har markedsføringstillatelse eller som ikke skal benyttes i forbindelse med en klinisk studie, uten at det er søkt om sykehusunntak. Avtalene med leverandører av humane celler som benyttes til tilvirkning av legemidlene, er mangelfulle.*

Det arbeides med en handlingsplan for lukking av avvikene.

Mattilsynet har vært på to tilsyn.

Det ene var planlagt tilsyn på hoved kjøkkenet på Ullevål, og der ble det gitt to avvik.

Avvikene gikk på skille ren og uren sone.

Begge avvik er lukket.

Det andre tilsynet var uanmeldt, og der ble det ikke gitt noen avvik.

Asker og Bærum brannvesen har vært på tilsyn ved Dikemark sykehus. Ingen avvik.

Se ellers oversikt i kapittel 8.1.

1.5.1 Tidligere tilsyn – pågående prosess

Det er åtte tidligere tilsyn som ikke er avsluttet (se oversikt i kapittel 8.2).

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 Mini-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.¹

I Oslo universitetssykehus HF er det totalt publisert 23 mini-metodevurderinger siden oppstart av arbeidet i 2013 og det er flere nye metoder under vurdering.

	2013	2014	2015	2016	Sum
Publiserte	1	2	15	5	23

Tabell 2. Mini-metode vurderinger publisert ved Oslo universitetssykehus HF per år.

Erfaringene hittil er at lederlinjen etterspør metodevurderinger som beslutningsgrunnlag, og en oppdatert kunnskapsoppsummering gir det aktuelle ledermøtet et innblikk i den aktuelle kliniske problematikken.

I sykehusets handlingsplan er det fastsatt at man ikke innfører vesentlig ny metodikk før de er vurderte i en metodevurdering. Sykehuset har også funnet det nyttig å vurdere mini-metodevurderinger utført ved andre sykehus og har faste rutiner for slik «gjenbruk». I forbindelse med Ledelsens gjennomgang (2. tertial) ble metodevurderinger fulgt opp overfor alle klinikker.

Måltallet for 2016 var 10 publiserte mini-metodevurderinger, men resultatet er på halvparten. Dette skyldes lav innmelding av nye initiativ, og at flere pågående arbeider er blitt forsinket. Alle mini-metodevurderinger gjøres av engasjerte klinikere som har

¹ Kilde: Helsedirektoratet

sitt primæransvar i pasientbehandling, forskning og utdanning. Det kan derfor være krevende å finne tid til å gjøre lokale kunnskapsoppsummeringer.

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 gjennom metodestøtte, rådgivning, veiledning og drift av et faglig nettverk/referansegruppe der man inviterer til halvdagsseminarer to ganger per/år. Videre er kompetansetjenesten et viktig bindeledd i arbeidet med å etablere og formidle kontakt med relevante fagpersoner til å fylle rollen som fagekspert i ulike faser av nasjonale metodevurderinger.

Høsten 2016 har Oslo universitetssykehus HF fremmet en rekke forslag for å stimulere til økt bruk av mini-metodevurderinger i regionen.

1.7 Miljø-sertifisering i henhold til ISO14001-2015

For å forbedre sykehusets økonomi ble det besluttet å utsette den eksterne sertifiseringen til 2017.

Sykehuset har i 2016 arbeidet etter den reviderte fremdriftsplanen som ble laget etter innføringen av ny ISO14001-standard publisert i 2015. Revidert miljøpolicy er behandlet i ledermøtet. Det ble høsten 2016 gjennomført egenrevisjoner av implementerte prosedyrer innenfor fire områder.

Det er besluttet å opprette en operativ enhet som skal ha ansvar for å videreføre arbeidet når sertifisering er oppnådd. Det er lyst ut en stilling som prosjektleder/leder og innstillingen ble levert i desember.

2 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

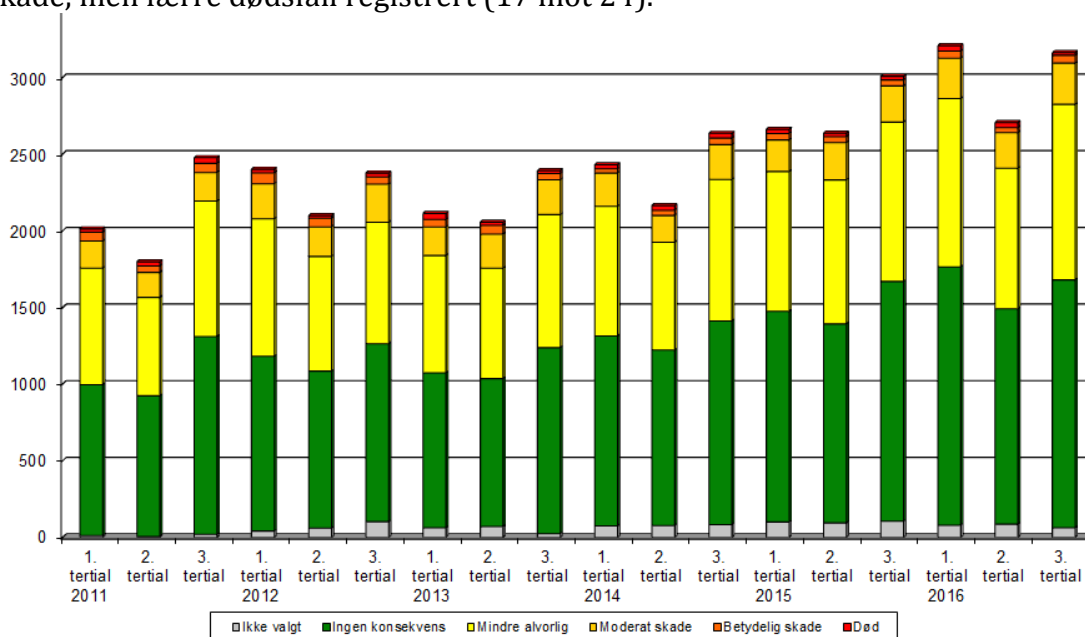
Pasientsikkerhet:

- Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser²
- Pasientsikkerhet er å organisere helsetjenesten slik at uønskede hendelser forebygges³

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

2.1 Uønskede pasienthendelser

Det er en økning i antallet registrerte uønskede pasienthendelser med ingen og mindre alvorlig konsekvens sammenliknet med samme periode i fjor. Dette er en ønsket utvikling som i stor grad tilskrives meldekultur. Det er noe flere moderat og betydelig skade, men færre dødsfall registrert (17 mot 24).



Figur 5. Registrering av pasientrelaterte hendelser og faktisk konsekvens. Kilde: Achilles

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

		Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Unaturlig dødsfall	Ikke valgt
Pasienthendelse		3162	1617	1145	269	51	17	63
Behandling og pleie	24 %	766	349	278	93	22	9	15

² Hentet fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet

³ Hentet fra Den norske legeförening

Diagnostikk / utredn.	12 %	367	149	156	39	8	4	11
Dokumentasjon / info	10 %	327	211	94	19	0	0	3
Infeksjon	1 %	25	14	7	3	0	0	1
Legemidler og blod	20 %	620	396	186	30	3	1	4
Medisinsk utstyr	5 %	159	83	62	10	1	0	3
Pasientadferd	2 %	49	12	23	8	4	2	0
Pasientadministrasjon	15 %	485	240	196	35	5	1	8
Pasientuhell og fall	8 %	240	110	101	22	7	0	0
Ikke kategorisert	4 %	124	53	42	10	1	0	18

Tabell 3. Fordeling av pasienthendelser i hovedkategorier. Kilde: Avvikssystemet Achilles.

17 dødsfall er registrert som unaturlige dødsfall og er dermed årsaksutredet.

14 av disse er vurdert som sannsynlig eller sikker «ikke forebyggbare» og representerer i hovedsak påregnelige komplikasjoner. Tre av disse er vurdert som «sannsynlig forebyggbare», hvorav to er knyttet til hendelse i annen helsevirksomhet.

Ett dødsfall dreier seg om en pasient med alvorlig sykdom og reduserte leveutsikter, men der en akutt forverringssituasjon ikke ble avdekket i tilstrekkelig grad.

Tre dødsfall gjelder pasienter som ble operert med en ny intervensjonsteknikk for innsetting av kunstig hjerteventil (TAVI), men der ingen av dødsårsakene er knyttet til selve ventilinnsettelsene som var vellykkede, men til andre typer komplikasjoner som kan oppstå ved denne type behandling. Resultatene ved TAVI er gode.

Fordelingen pr kategoriene har små prosentvise endringer.

	3. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	3. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	3. tertial 2016
Andel betydelig skade / død	2,8 %	2,6 %	2,4 %	2,1 %	2,6 %	2,4 %	2,2 %
Andel med ingen konsekvens / nesten-uhell	50 %	52 %	49 %	52 %	53 %	52 %	51 %

Tabell 4. Prosentvis fordeling av kategoriserte hendelser. Kilde: Achilles

Hendelsesanalyse.

Det er gjennomført tre hendelsesanalyser i 2016.

Hendelsesanalyse utføres etter noen alvorlige uønskede pasienthendelser, etter beslutning fra direktør for pasientsikkerhet og kvalitet, basert på kriterier som at hendelsen er alvorlig, uventet eller kompleks.

Analysen skal bidra til å sikre kvalitet og framdrift i utredningen av saken og gi læring. Dette kan gjelde hendelser som berører flere fagområder eller enheter, eller som er prinsipielt viktige eller svært sjeldne. Pasientenes, pårørendes og ansattes perspektiv skal inkluderes i analysen.

Det brukes metodikk fra «*Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten*» utgitt av Helsedirektoratet. Hovedfokus skal være å kartlegge mulige systemårsaker og gi forslag til eventuelle systemforbedringer. Det skal ikke være fokus på enkeltpersoner. Analysegruppens arbeid reguleres gjennom en egen intern retningslinjen. En ansatt fra Arbeidsmiljøavdelingen er inkludert i analysegruppen for å sikre at de ansatte følges opp. En representant fra Brukerrådet deltar for å sikre pasient og pårørendes synspunkter.

2.2 Publisering av uønskede hendelser på sykehusets nettsider

Læring av uønskede hendelser er viktig for å tilstrebe at tilsvarende hendelser ikke skal oppstå på nytt.

Det er publisert⁴ 51 saker med læring etter anonymiserte uønskede hendelser som berørte pasienter på sykehusets internettsider i 2016. Disse sakene, og erfaringene fra dem, er derved tilgjengelig for alle helsearbeidere i Norge som kilde til lokale forbedringer.

Sykehusets erfaringer er at åpenhet om alvorlige uønskede hendelser er ufarlig, selv om man skulle tro at blottlegging av sine feil for pasienter, pårørende og media kan redusere sykehusets omdømme. Erfaringen er heller at slik åpenhet medvirker til økt tillitt.

Det er planlagt at disse også må publiseres på sykehusets intranett.

2.3 Sykehusinfeksjoner

Sykehusinfeksjoner er komplikasjoner for alle typer sykehusinnleggelse. 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 sykehuset⁵.

Helsetjenesteassosierte infeksjoner

Prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner var gjennomsnittlig 6,2 % i 2016. Det er basert på fire registreringer, en i hvert kvartal, med til sammen 5681 inneliggende heldøgnpasienter og inkluderer alle infeksjonstyper. Det inkluderer også pasienter overført fra andre sykehus med helsetjenesteassosierte infeksjoner, som utgjorde 1 %.

Prevalensandelen var 5,0 % av de infeksjonstypene som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helse Sør-Øst RHF, hvorav 0,7 % fra annet sykehus. Prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner oppstått ved Oslo universitetssykehus HF var derfor henholdsvis 5,2 % for alle infeksjonstyper og 4,3 %

⁴ <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/kvalitet/uonskede-hendelser>

⁵ Kilde: Helsedirektoratet

for infeksjoner som skal rapporteres til Helse Sør-Øst RHF. Resultatene fordelt på infeksjonstyper og klinikker er vist i Tabell 4.

	Belegg	Opererte	UVI	POSI	NLVI	BBI	BENL	CNS	HJKA	ØØNH	MAGE	KJØN	HUDB	Sum HAI*	% HAI*	Sum FHI**	% FHI**
OUS HF	5681	1870	37	123	71	57	2	4	5	4	34	2	11	350	6,2	286	5,0
Klinikk:																	
AKU	213	170	3	17	23	9		1	1	2	11			67	31,5	52	24,4
BAR	437	54	2	1	3	17		1			5		1	30	6,9	23	5,3
HHA	457	272		13	2	2								17	3,7	17	3,7
HLK	469	231		13	9	4			2		1			29	6,2	26	5,5
KIT	816	462	9	36	8	6					5		2	66	8,1	59	7,2
KRE	640	66	1	3	3	13					5		1	26	4,1	19	3,0
KVI	659	135	1	1		2						2		6	0,9	4	0,6
MED	870	80	13	6	20	3	1		2	2	6		3	56	6,4	41	4,7
NVR	776	179	7	12	1	1		1			1		1	24	3,1	21	2,7
OPK	344	221	1	21	2		1	1					3	29	8,4	24	7,0

Tabell 5. Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner */** ved Oslo universitetssykehus HF i 2016

* Alle typer helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI)

** Infeksjonstyper som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI).

*UVI *** urinveisinfeksjon

*POSI *** infeksjon i operasjonsområde

*NLVI *** nedre luftveisinfeksjon

*BBI *** blodbaneinfeksjon

BENL ben- og leddinfeksjon

CNS infeksjon i sentralnervesystemet

HJKA infeksjon i hjerte/karsystemet

ØØNH infeksjon i øye, øre, nese, hals

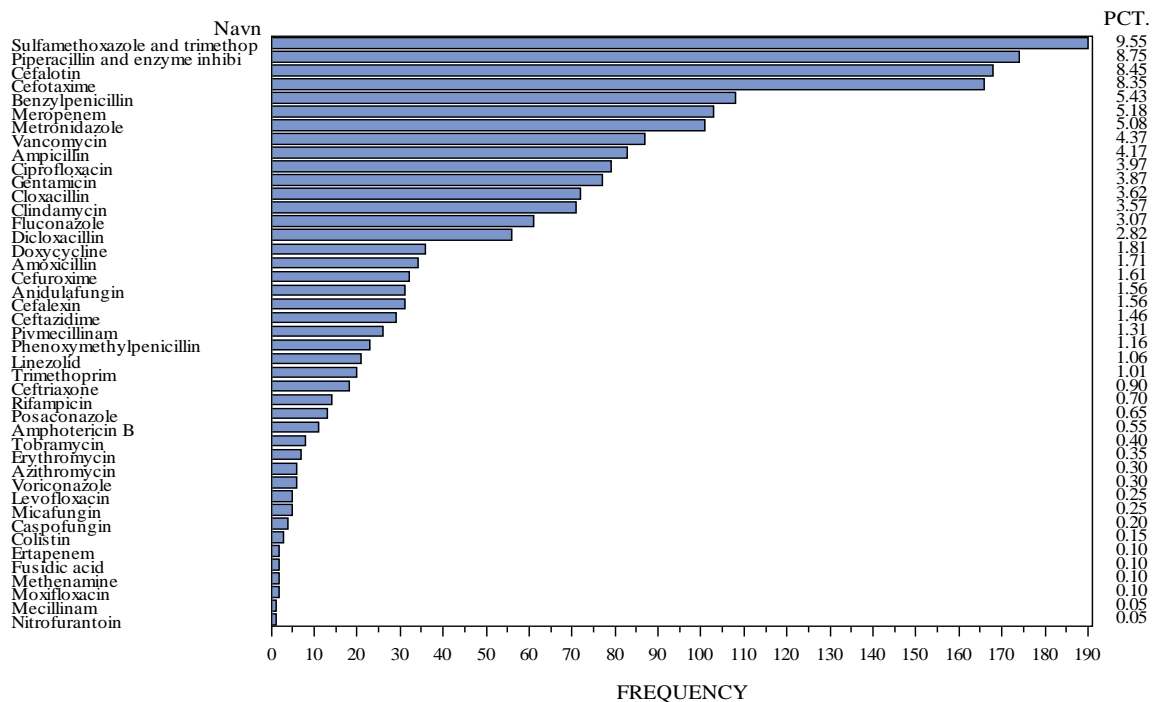
MAGE infeksjon i magetarmsystemet

KJØN infeksjon i kjønnsorganer

HUDB infeksjon i hud/bløtvev

Antibiotikabruk

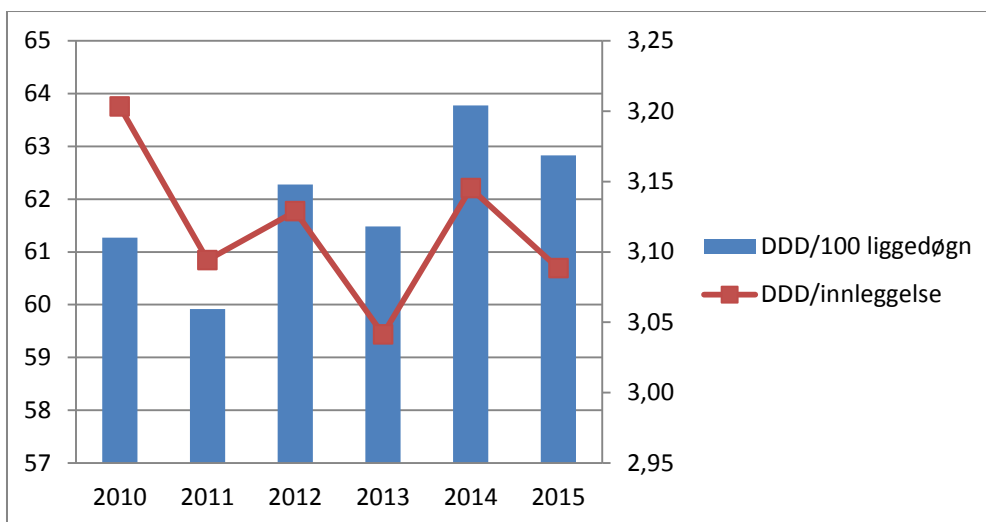
Prevalensregistrering av antibiotikabruk viste at gjennomsnittlig 26,7 % av alle inneliggende pasienter i sykehuset fikk antibiotika i 2016, enten i form behandling eller profylakse. Fordelingen av antibiotikatyper blant dem som fikk antibiotika er vist i Figur 6.



Figur 6. Fordeling av antibiotikatyper blant pasienter som fikk antibiotikabehandling eller profylakse ved Oslo universitetssykehus HF ved prevalansregistreringer i 2016

Totalforbruk av antibiotika

Tall for antibiotikabruk basert på leveranser fra apotekene og korrigert for liggedøgn er foreløpig ikke klare for 2016. Totalforbruket i perioden 2010 – 2015 er vist i Figur 7.



Figur 7. Totalforbruk av systemiske antibiotia levert fra apotek, i 2016.

Resistente bakterier

Det er en stadig økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier ved sykehuset. Dette gjelder spesielt multiresistente gram-negative stavbakterier og meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA).

Resistente bakterier gir økende utfordringer for det infeksjonsforebyggende arbeidet og driften av sykehuset. Avdeling for smittevern brukte i 2010 ca. 5 % av sine personellressurser på resistente bakterier - i 2016 ble det brukt 17 %. Avdelingen bruker nå ca. 4,5 årsverk på håndtering og smitteoppsporing av pasienter med resistente bakterier. De kliniske avdelingene bruker også betydelig mer ressurser på dette arbeidet.

Mangel på enerom og isolater øker risikoen for smittespredning og reduserer kapasiteten på diagnostikk og behandling.

Infeksjoner i operasjonsområde

Postoperative sårinfeksjoner utgjør den hyppigste infeksjonstypen i sykehuset. Det blir derfor prioritert forebyggende arbeid spesielt mot denne infeksjonstypen. Det arbeides med forebygging av perioperativ hypotermi og adferd på operasjonsstuen. Det pågår også en utredning av om sykehuset skal endre rutinene for preoperativ huddeinfeksjon.

Blodbaneinfeksjoner

Kateterassosierte blodbaneinfeksjoner er et annet satsingsområde. I løpet av 2016 er det etablert systematisk overvåking av blodbaneinfeksjoner med kartlegging av risikofaktorer. Det er gjort forberedelser til etablering av rotårsaksanalyse og rapportering av helsetjenesteassosierte blodbaneinfeksjoner i Achilles.

Vannsikkerhetsplan

Det gjenstår fortsatt mye arbeid med vannsikkerhetsplanen. Fremdriften er ikke tilfredsstillende. Dette skyldes primært manglende kapasitet ved Avdeling for smittevern og Eiendomsavdelingen.

Validering av vaskedekontaminatorer

Alle gjenstander og alt utstyr som har vært i kontakt med pasienter eller deres produkter betraktes som forurenset. Vaskedekontaminatorer benyttes til å uskadeliggjøre mikroorganismer på slikt utstyr. Apparatene må regelmessig valideres for å sikre at de fungerer etter hensikten.

Også her fremdriften langsom, igjen som følge av for liten kapasitet/mangel på personell. Arbeidet intensiveres i 2017

Influensavaksinering av helsepersonell

I 2016 er det satt ny rekord i antall ansatte som har fått influensavaksine. Det er satt i overkant av 7000 vaksiner, som er en vaksinasjonsdekning på ca. 30 %.

2.4 Sykehusobduksjoner

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.

Ved alle norske sykehus observeres en synkende tendens i obduksjonsvirksomheten samtidig som det er økende fokus på pasientsikkerhet og feildiagnoser.

Sykehusobduksjon er en viktig del av kvalitetssikringen ved Oslo universitetssykehus HF. Videre er det av nasjonal interesse å ha en obduksjonsfrekvens som er høy nok til å sikre et solid grunnlag for kvalitetssikrede dødsårsaker.

I 3. kvartal 2016 ble det foretatt totalt 195 obduksjoner hvorav 135 voksne og 57 fra fostre og nyfødte. Sykehuset mottar i tillegg til egne kasus også kasus fra andre sykehus i Helse Sør-Øst, andre helseinstitusjoner i Oslo og ved dødsfall utenfor institusjon der sykehusets ekspertise er ønsket. Det er i dag kapasitet til å utføre alle obduksjoner det er begjæring om.

I tillegg til obduksjoner ved Avdeling for Patologi blir noen pasienter fra sykehuset obdusert ved Rettsmedisinsk institutt etter begjæring fra politiet.

Totalt ble det i 2016 foretatt 412 obduksjoner hvorav 166 fra fostre og nyfødte. Det er lavere enn forventet. Ny obduksjonslov har tilsynelatende ikke innvirket på obduksjonsraten.

2.5 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 2016 er det sendt 25 varsler til Statens helsetilsyn fra Oslo universitetssykehus HF etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a. Varslene medførte tilsynsmessig oppfølging i 13 av sakene.

	3. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	3. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	3. tertial 2016
Ordinær varselhåndtering (ingen tilsyn)	10	12	16	4	15	12	12
Oppfølging - anmodning om redegjørelse	6	4	1	1	4	1	1
Tilsynsmessig oppfølging av fylkesmannen	7	3	1	5	13	7	11
Skriftlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	0	0	1	1	0	0	1
Stedlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	2	0	0	2	2	2	0
Ikke ferdigbehandlet	-	-	1	1	0	1	0
Totalt	25	19	22	14	34	23	25

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

2.6 Meldinger til Kunnskapssenteret, § 3-3

Helseinstitusjon skal uten hinder av taushetsplikt sende melding til Meldeordningen i Helsedirektoratet (Tidligere Kunnskapssenteret) iht. Specialisthelsetjenestelovens § 3-3 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 Meldeordningen i Helsedirektoratet. Dette omfatter alle pasienthendelser som etter medarbeidernes initiale vurdering er kategorisert med «betydelig skade» som faktisk eller potensiell konsekvens. Det er en økning på 12 % fra 2015 til 2016, og er en naturlig konsekvens av økt registreringsaktivitet.

År	Antall saker
2014	1246
2015	1402
2016	1573

Tabell 7. Antall saker per år varslet fra OUS til Kunnskapssenteret/Helsedirektoratet. Kilde: Achilles

2.7 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.

	2014	2015			2016		
	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3
Fra Fylkesmannen	45	43	39	51	54	24	22
Fra Pasientombud	26	21	21	17	12	16	24
Tilsynssaker fra Fylkesmannen *	-	-	-	-	14	27	38

Tabell 8. Nye klager og klagerelaterte saker. Kilde: Avvikssystemet Achilles.

* Ny kategori i statistikken. Tilsynssaker opprettet etter § 3-3a-varsel inngår her.

Antallet saker fra Pasientombudene og Fylkesmannen er noe høyere enn i samme periode i fjor.

Fylkesmannens konklusjoner i tilsynssaker som er avsluttet i perioden:

	3. tertial 2015		1. tertial 2016		2. tertial 2016		3. tertial 2016	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerkning	19	53 %	4	18 %	7	37 %	12	7 %
Avsluttet med anmerking	3	8 %	3	14 %	3	16 %	2	11 %
Brudd på informasjonsplikt	1	3 %	0	0 %	0	0 %	3	0 %
Brudd på pasientrettigheter	2	6 %	0	0 %	0	0 %	0	11 %
Brudd på krav til journalføring	1	3 %	1	5 %	2	11 %	3	22 %
Brudd på forsvarlighet	10	28 %	12	55 %	6	32 %	6	0 %
Brudd på helsepersonelloven	0	0 %	2	9 %	0	0 %	0	4 %
Brudd på taushetsplikt	0	0 %	0	0 %	1	5 %	1	7 %
SUM	36	100 %	22	100 %	19	100 %	27	100 %

Tabell 9. Fylkesmannens konklusjoner i avsluttede tilsynssaker.

Sykehuset har i 3. tertial 2016 mottatt 27 avsluttede tilsynssaker fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus eller Statens helsetilsyn, hvorav 15 med brudd lov eller forskrift. Syv gjelder brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven. I tillegg foreligger det brudd på dokumentasjonsplikten, informasjonsplikten, taushetsplikten, interkontrollforskriften, pasientsikkerhetsforskriften og på transplantasjonsforskriften. Seks saker hadde utgangspunkt i varsler sendt fra Oslo universitetssykehus HF til Statens helsetilsyn.

De sakene som er beskrevet med brudd på lov eller forskrift fordeler seg slik:

Klinikk	Hvem klager	Brudd på forsvarlighetskravet (§ 2-2 i SHTL)	Brudd på andre lover, forskrifter
Klinikk psykisk helse og avhengighet	Pårørende		Brudd på informasjonsplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 3-11.
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	Pasienten		Brudd på informasjonskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-11.
Kvinneklinikken	Pasienten	X	
Hjerte-, lunge- og karklinikken	Pårørende		Journalføringsplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 3-2
Klinikk psykisk helse og avhengighet	Pårørende		Taushetsplikten § 21 Dokumentasjonsplikten HPL § 40
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	Varsel SHT	X	
Barneklinikken	Varsel SHT	X	Internkontrollforskriften § 4, samt journalførings-plikten i spesialisthelsetjenesteloven § 3-2
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	Pårørende		Informasjonsplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 og 3-3.

Klinikk	Hvem klager	Brudd på forsvarlig-hetskravet (§ 2-2 i SHTL)	Brudd på andre lover, forskrifter
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	Varsel til SHT	X	Brudd på journalføringsplikten, spesialisthelsetjenesteloven § 3-2
Hjerte-, lunge- og Karklinikken og Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	Varsel til SHT	X	Brudd på HPL § 16, jf SHTL § 2-2, jf forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon § 7. Brudd på SHTL § 3-4a om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.
Barneklubben	Varsel SHT	X	
Nevroklinikken	Varsel til SHT	X	

Tabell 10. Avgjørelser med brudd på lov eller forskrift

Beskrivelse av noen saker:

- Pårørende klaget på for mye beltelegging, manglende dokumentasjon av denne, medisiner, manglende rutiner etter utagering, bruk av sykehuset sikkerhetsvakter og en navngitt overlege.
Fylkesmannen vil ikke gå inn på om det var berettiget med beltelegging da kontrollkommissjonen har myndighet til å etterprøve indikasjon for tvangsmidler. Fylkesmannen finner at Oslo universitetssykehus HF ikke i tilstrekkelig grad har sikret etterlevelse av kravet til å protokollføre bruk av tvangsmidler i henhold til forskrift for psykisk helsevern § 30.
- En mor klaget på brudd på taushetsplikten overfor avlastningsfamilien til sin datter på 11 år, over å bli nektet innsyn i datterens journal og over å ha blitt manipulert av personalet mens datteren var i behandling. Fylkesmannen konkluderer med at Barneseksjonen har brutt taushetsplikten ved at pasientens avlasterfamilie er blitt informert om at seksjonen har sendt bekymringsmelding til barnevernstjenesten. Fylkesmannen konkluderer også med at sykehuset har brutt dokumentasjonsplikten i forbindelse med ikke forsvarlig journalføring av informasjon som fremkom i et diagnostisk intervju som ble videofilmet.
- En 72 år gammel mann ble henvist for operasjon med penisprotese, men henvisningen ble avslått med begrunnelse at han falt utenfor målgruppen. Han klaget på avslaget, fikk ikke svar og purret. Begrunnelsen på avslaget fra sykehuset var at det ikke har en nasjonal funksjon og har valgt å sette grense på 70 år av kapasitetsgrunner. Pasienten ble innkalt til en fornyet vurdering likevel, men da hadde han blitt operert i utlandet. Fylkesmannen i Oslo og Akershus finner at Oslo universitetssykehus HF har brutt informasjonskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-11. Man har anledning til å avvise pasienter utenfor egen helseregion av kapasitetsgrunner, men når sykehuset likevel vurderer henvisningen (alder, årsak, lengde på svikten etc) understreker fylkesmannen at det skal foretas en konkret individuell vurdering noe det formelt sett ikke var gjort i denne saken.

- En ca 60 år gammel pasient ble innlagt med magesmerter og det ble påvist leverkreft. Pasienten hadde kjent hepatitt C og en lett skrumplever. Pasienten ble vurdert for transplantasjon eller operasjon. Det var en del fram og tilbake før operasjon ble bestemt og utført ca. 6 uker etter henvisning. Påførende mener ventetiden var for lang og de opplevde motstridende beskjeder. Pasienten ble utskrevet 9.postoperative dag og samboer som var sykepleier syns oppfølgingen hjemme var krevende og mener de ble «påført urimelig store påkjenninger» bl.a. fordi det tømte seg en del væske på et dren fra buken. Pasienten hadde store smerter, brukte morfin og var til tider forvirret. De etterspør også begrunnelsen for valg av operasjonsmetode (åpen leverreseksjon) fordi de hadde blitt forespeilet kikkhullskirurgi.

Fylkesmannen ba sykehuset om å kontakte klager for å forsøke å komme til en minnelig løsning i saken (lokal avklaring - forenklet tilsynssak), noe som ikke ble gjort. Siden sykehuset ikke kontaktet klager for å forsøke å komme til en minnelig løsning, og samtidig har uttalt seg, har Fylkesmannen vurdert saken som en vanlig tilsynssak på bakgrunn av dokumentasjon. Fylkesmannen finner at Oslo universitetssykehus HF har brutt informasjonsplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 og 3-3.
- En ca 50 år gammel pasient med medfødt hjertesykdom ble klargjort for hjertetransplantasjon der en for tidlig fjernet gammelt hjerte før nytt hjerte var ankommet. Hjertet som man ventet på kom ikke. Pasienten fikk et nytt hjerte ca. ett døgn senere men døde etter ca. en måned,. Det antas at prognosen var negativt påvirket av hendelsesforløpet.

Statens helsetilsyn gjennomførte et stedlig tilsyn i september 2015. VG omtalte saken i desember 2015. Sykehuset laget samtidig en omtale som ble lagt ut på internett og gjennomførte en hendelsesanalyse som ble sendt Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn konkluderer med brudd på kravet til faglig forsvarlighet, § 2-2 i spesialisthelsetjenesteloven (SHTL) og helsepersonelloven (HPL) § 4. Sykehuset hadde ikke utarbeidet retningslinje for at kritisk viktig kommunikasjon ble gitt på en sikker og rutinemessig måte. Det økte risikoen for kommunikasjonssvikt og det var for personavhengig at det til enhver tid skulle gå bra. Det er et brudd på HPL § 16, jf SHTL § 2-2, jf forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon § 7(transplantasjonsforskriften).

Statens helsetilsyn har kommet frem til at sykehuset etter hendelsen ikke iverksatte nødvendige og relevante tiltak innen rimelig tid for at tilsvarende ikke skulle skje igjen. Det foreligger derved brudd på SHTL § 3-4a: Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet: *«Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet».*

Da den foreløpige rapporten kom i juni 2016 ble det laget en handlingsplan. Sykehuset mener alle kravene nå er svart ut. Svarfrist 3. februar 2017.
- En 37 år gammel kvinne ble avvist på telefon når hun ringte fødeavdelingen grunnet en kraftig vaginalblødning og i tillegg kjente lite liv i svangerskapets 32.uke. I henhold til sykehusets retningslinjer og etter fylkesmannens vurdering skulle hun på bakgrunn av disse opplysningene blitt bedt om å komme inn til undersøkelse. Fylkesmannen finner dermed at sykehuset ikke har overholdt sine interne retningslinjer ved å avvise kvinnen over telefon. De finner heller ikke at manglende oppfølging av kraftig vaginalblødning i svangerskapets uke 32 er medisinsk forsvarlig, og har på denne bakgrunn kommet til at sykehuset har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

- En ca. 80 år gammel pasient med diabetes, prostatakraft og atrieflimmer fikk innsatt aortaklaff ved sykehuset. Pasienten ble innlagt til skifte av klaff grunnet endokarditt. Operasjon ble utsatt en uke grunnet for sen seponering av legemidlet Eliquis (antitrombotisk middel). Pasienten ble plaget av dette. Operasjonen ble gjennomført 30. mars. Pasienten døde 5. april av blødning i brysthulen. Påførende klager på at Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF ikke hadde de samme retningslinjene for seponering av Eliquis.
Det fremgår at telefonsamtaler vedrørende pasientbehandling ikke er journalført og at nødvendige opplysninger om pasientbehandling i forkant av operasjon ikke er kommunisert godt nok. Fylkesmannen finner at Oslo universitetssykehus HF har brutt journalføringsplikten.
- En pasient på ca. 65 år med arvelig lungeemfysem og kronisk lungevikt var besluttet kandidat for lungetransplantasjon. Pasienten ble fulgt opp med rutineundersøkelser hver 4. måned. Et mulig tumorfunn på røntgen av lunger ble oversett, og anbefaling om CT thorax ble ikke fulgt opp. Dette ble oppdaget ved neste kontroll 4 måneder senere.
Radiologen som endret beskrivelsen fulgte ikke avdelingens interne prosedyre som krevde muntlig tilbakemelding, telefonisk eller ved demonstrasjon når endelig svar avvek fra preliminær svar. Dette kan ha betydelig konsekvens.
Fylkesmannen konkluderer med brudd på forsvarlighet med følgende begrunnelse: *«Rekvirerende lege har redegjort for svakheter i DIPS, og for øvrige forhold som kan ha medvirket til at han handlet som han gjorde.
Radiolog, som regravsket bildet, har redegjort for sine vanlige rutiner, som er å ha lav terskel for å kontakte muntlig, men også for stor arbeidsbelastning.
Selv om det har skjedd feil hos enkeltpersoner, foreligger det etter Fylkesmannens vurdering svakheter i systemet som medfører risiko for svikt. Etter vår vurdering har ikke helseforetaket i tilstrekkelig grad lagt til rette for at involvert helsepersonell kunne yte forsvarlig helsehjelp, og at det dermed foreligger brudd på spesialisthelsetjeneste-loven § 2-2, jfr internkontrollforskriften i helsetjenesten § 4.»*
Avdelingen har endret måten man sjekker om svaret er avgitt i DIPS.
- Et barn var innlagt i ett døgn med symptomer forenelig med akutt laryngitt. Ved hjemreise ble det gitt «åpen retur» de to følgende dager. Far og mor opplyser å ha ringt sykehuset flere ganger etter utskrivelsen grunnet bekymringer. De snakket med en sykepleier og fikk tilbud om å komme til sykehuset, men valgte å forbli hjemme. Barnet ble funnet død av foreldrene to dager etter utskrivelse.
Obduksjon konkluderer med sepsis.
Sykehuset har gjort en intern hendelsesanalyse som konkludert med manglende internkontroll.
Fylkesmannen mener at sykehuset har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, internkontrollforskriften § 4, samt journalføringsplikten. Svarfrist 29. februar 2017.
- Den såkalte «Sebastian saken» har vært omtalt i media. Pasienten var en ti måneder gammel gutt med komplekse medfødte misdannelser. Pasienten hadde kroniske og alvorlige luftveisproblemer. På grunn av svelgeproblemer ble han ernært via

perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG). Hjertefeilen var vellykket operert ved Oslo universitetssykehus HF da han var tre uker gammel.

Til vanlig ble pasienten fulgt opp ved barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus som ikke har barnekardiolog. Hjertelidelsen ble derfor fulgt opp ved Ålesund sjukehus mellom og etter innleggelsene ved Oslo universitetssykehus HF.

Pasienten ble innlagt lokalt sykehus med luftveisplager 20. februar 2015 og døde 22. februar 2015. Dødsårsaken antas ifølge obduksjonsrapporten å skyldes bronkittlungebetennelse.

I redegjørelsen fra Rikshospitalet står det at pasientens hjertetilstand var blitt så bra at man mente det ikke var nødvendig med ytterligere kontroller ved Oslo universitetssykehus HF.

Pasientens luftveisproblemer var kjent av lungeleger, øre-nese-hals leger og anestesileger på Oslo universitetssykehus HF. Det var også kjent at han var svært vanskelig å intubere. Anbefalingen var at intubasjon måtte gjøres med fiberoptisk teknikk, noe som i praksis innebar at prosedyren måtte gjennomføres på Oslo universitetssykehus HF eller et annet universitetssykehus med spesialutstyr og kompetanse. Til tross for risikoen for at pasienten skulle få akutte, livstruende respirasjons- og/eller luftveisproblemer hjemme eller i sitt nærområde, var det ikke utarbeidet eller diskutert noen plan for hvordan luftveisproblematikk skulle behandles i akutte situasjoner.

Etter Statens helsetilsyns vurdering har ikke Oslo universitetssykehus HF i tilstrekkelig grad bistått lokalsykehusene med vurdering av tiltak for denne pasienten. Foretaket burde ha bidratt til at det ble utarbeidet en plan for hvordan luftveiene skulle sikres, og respirasjonen understøttes, hvis akutte livstruende luftveis- eller respirasjonsproblemer oppsto i lokalmiljøet. Dette gjelder særlig fordi risikoen var stor for at slike problemer skulle oppstå. En slik plan skulle vært utarbeidet ved tverrfaglig samarbeid med lokalsykehusene i Helse Møre og Romsdal HF. Statens helsetilsyn har kommet til at Oslo universitetssykehus HF ved sitt manglende bidrag til utarbeidelse av plan for hvordan pasientens luftveisproblematikk skulle følges opp i akutte situasjoner, har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

De ber om svar innen 14. februar 2017.

Avdelingen svarer at de har satt i gang opplæringstiltak overfor lokalsykehus.

- En 10 år gammel pasient med medfødt facialisparsese på en side av ansiktet ble operert to ganger med transplantasjon med nerve fra ankelen der man også tok med en stor bit av en muskel. Fem dager etter utskrivelse fikk pasienten infeksjonstegn, mor ringte avdelingen og fikk beskjed om at saken skulle diskuteres og noen skulle ringe tilbake. Hun ble ikke ringt tilbake. Mor ringte igjen, snakket med lege og sykepleier, og fortalte at pasienten nå var litt bedre. Mor ble oppfordret til å ta ny kontakt ved forverring.

Fire dager senere kom det puss ut av såret. Pasientens ble re-operert og nekrotisk vev fjernet.

Det var ikke skrevet journalnotat fra telefonkonsultasjonen. Legen beklager

hendelsen på det sterkeste. Legen tar ansvar for at den første telefonen fra mor ikke ble fulgt opp, manglende journalføring og at pasienten ikke ble drøftet med overlege. Fylkesmannen mener legen handlet i strid med god praksis, samtidig som sykehuset gjennom manglende rutiner ikke har lagt forholdene til rette for at denne kunne overholde sine lovpålagte plikter. Fylkesmannen vurderer at avviket er av en slik karakter at det utgjør et brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og brudd på journalføringsplikten.

- En 77 år gammel pasient tilhørende et annet lokalsykehus ble innlagt i Akuttmottaket med symptomer på hjerneslag. Han hadde også symptomer på sepsis. Man fant ikke funn forenelig med hjerneslag og han ble sendt tilbake til lokalsykehuset med lavt blodtrykk, høy puls og frostanfall. Der utviklet han i løpet av ett døgn multiorgansvikt og sirkulasjonskollaps. Pasienten ble så overflyttet til Rikshospitalet og døde den påfølgende dagen. Fylkesmannen finner i henhold til forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, at det ikke var faglig forsvarlig å overflytte pasienten til lokalsykehus. Overflyttingen bidro til en forsinkelse av diagnostikk og behandling. Selv om pasienten ikke hadde hjerneslag, og da tilhørte lokalsykehuset for sin akuttmedisinske tilstand, var det Oslo universitetssykehus HF som hadde ansvaret for forsvarlig håndtering av pasienten da denne var innlagt der. Fylkesmannen har bedt om kopi av rutiner for håndtering av pasienter som ikke får påvist hjerneslag, men har ennå ikke mottatt slike. De ber om en tilbakemelding innen 1. april 2017 på hvilke tiltak som blir iverksatt for å hindre lignende hendelser i fremtiden.

2.8 Norsk Pasientskadeerstatning

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 nokså stabilt.

År	Antall saker
2012	505
2013	484
2014	451
2015	474
2016	468

Tabell 11. Antall nye saker til behandling i NPE, utvikling over tid.
Kilde: Norsk pasientskadeerstatning.

Vedtak i erstatningssøknader per år:

År	Avslag / avvist	Medhold	Medhold %
2012	104	452	23 %
2013	112	438	26 %
2014	111	413	27 %
2015	95	363	26 %
2016	105	371	28 %

Tabell 12. Vedtak i behandlede Norsk pasientskadeerstatning-saker. Kilde: Norsk pasientskadeerstatning.

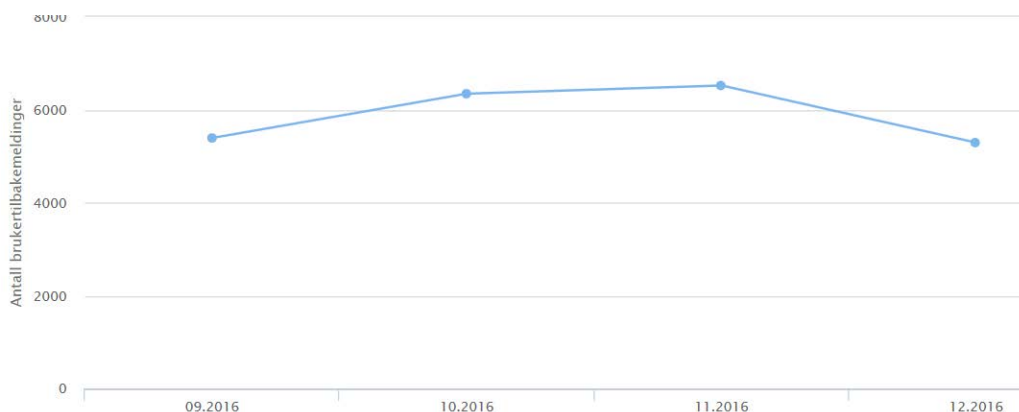
Utmålt erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning var på 34 millioner kroner i 3. tertial 2016.

År	Erstatning	Egenandel
2012	107 032 489	4 655 535
2013	106 866 578	4 197 003
2014	158 676 016	8 281 727
2015	118 069 550	5 914 256
2016	102 142 953	3 928 507

Tabell 13. Samlet utmåling/erstatningssum i Norsk pasientskadeerstatning-saker for Oslo universitetssykehus HF, utvikling over tid.
Kilde: Norsk pasientskadeerstatning.

2.9 Brukerundersøkelsen

I perioden april-mai 2016 ble systemet for automatisk utsendelse av SMS med invitasjon til å gi sykehuset tilbakemelding gradvis innført. Invitasjon ble sendt til utskrevne pasienter fra sengeposter og til pasienter som hadde besøkt poliklinikk. Det er i 3. tertial sendt ut 83200 SMS (56000 SMS i 2. tertial). Svarprosenten var 30 %. (tilsvarer 16500 svar. Svarprosenten var 29 % i 2. tertial). Av disse skrev ca. 28 % en kommentar.



Figur 8. Brukertilbakemeldinger per måned. Kilde: Achilles

Andel positive av de som har besvart det enkelte spørsmål:

Spørsmål	Positiv respons
Behandlerne snakket så jeg forsto dem	95 %
Tillit behandlernes faglige dyktighet	94 %
Tillit øvrige personalets faglige dyktighet	92 %
Tilstrekkelig info om diagnose / plager	85 %
Behandlingen var tilpasset min situasjon	89 %
Involvert i avgjørelser om behandlingen	71 %
Arbeidet var godt organisert	83 %
Utstyret var i god stand	86 %
Tilfredsstillende hjelp, alt i alt	91 %
Ble ikke feilbehandlet	94 %
Ventetid	80 %
Utbytte av behandlingen, alt i alt	83 %

Tabell 14. Positive svar på spørsmål i skjema for brukertilbakemelding. Kilde: Achilles

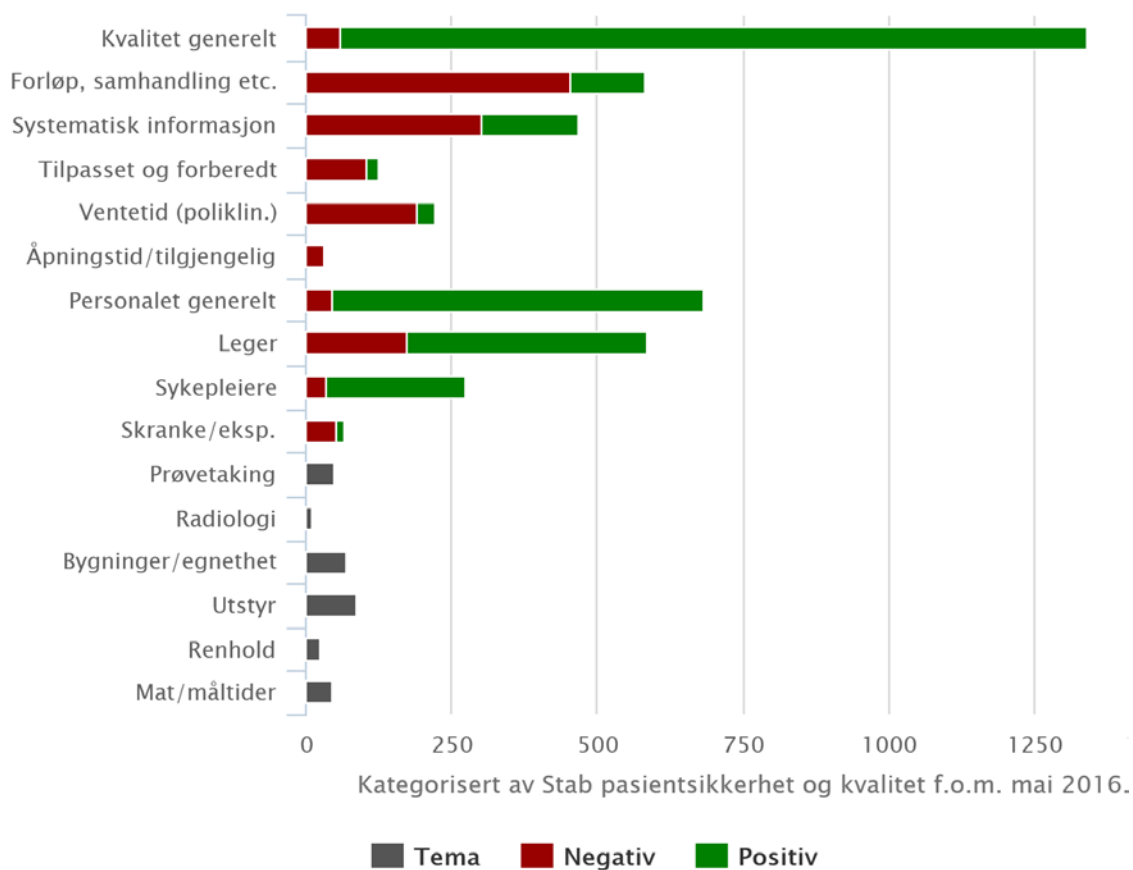
Fritekst kommentarene er ansett som det mest nyttige innholdet i svarene. Eksempler på slike kommentarer (uredigert):

- *Har stor utbytte av behandlingen :-) Det blir en mye lettere hverdag :-) Har terpet mye på at jeg må gjøre mange eksponeringer av OCD'n, slik at tvangen "slipper taket" og jeg blir FRI :-) :-)*
- *Hvis ikke brukermedvirkningen hadde vært så bra, så hadde jeg sannsynlig ikke tatt i mot hjelpen. Medalje til DPS Mortensrud! :-)*
- *Det ble brukt lite tid på meg og den individuelle behandlingen min. Jeg fikk ingen forståelse og sjanser til å rette opp i feiltrinnene mine. Avgjørelser ble tatt over hodet på meg og dårlig tid på overgang på institusjon og videre behandling. Urettferdig behandling. Tåpelige tilbakemeldinger og grunnlagene på reinntak!!! -er det ikke menneskelig å feile?*
- *Helhetsinntrykket etter mitt opphold var meget positivt. Alt virket profesjonelt og godt organisert. Alle som jobbet der var spesielt hyggelige, noe som betyr mye når en er innlagt på sykehus. Eneste negativ opplevelse på ansatte var en portør som verken hilste eller var hyggelig. (kursing ?) En detalj som trekker ned er en svært lite delikat*

stol på rommet med store hull. Trekker ned et helhetsinntrykk, og skulle være en bagatell å bytte ut. Men totalt : jeg er meget godt fornøyd og gir full score til hele avdelingen og legene som opererte.

- *Skulle gjerne hatt mer informasjon. Hva videre framover og hva nå...har mange spørsmål*
- *Jeg er glad for utviklingen hos legene siden 50-tallet. Nå gir legene en illusjon av likeverd med pasientene. Følelsen av samarbeid inspirerer.*
- *Jeg synes det var litt vanskelig å forholde seg til delvis lang ventetid, for så på få kun noen ukers varsel på selve operasjonen. Dette gjorde det vanskelig i forhold til arbeidsplass og logistikk hjemme. På selve operasjonsdagen, så var alt veldig godt organisert og jeg følte meg veldig ivaretatt og informert hele veien.*
- *Vellykket behandling. Alt har fungert som man forventer av et sykehus. Kjempefornøyd.*
- *Veldig godt fornøyd med oppfølging/orientering/tilbakemelding av ansvarlige leger samt hyggelig "kontorpersonell". Jeg ble hele tiden sett og tatt på alvor. En negativ kommentar: Etter min opplevelse med innkalling til "samme" rekvirerte mammografi/ultralyd hos både Aleris og Radiumhospitalet, anbefaler jeg at sykehuset går gjennom disse rutineene for å unngå unødvendig dobbel-booking-sløsing med dyrebar tid og ressurser!*
- *Det viktigste er optimal behandling, og det har jeg fått så langt jeg vet. Logistikken kan bli bedre. Overraskende at en lege både har sengepost og pol.klinikk samtidig. Dette var på en timeavtale før innleggelse var bestemt. 5 timer å vente på en lege som helt tydelig hadde alt for mye å gjøre. ...Skuffende at to rom med totalt 4 pasienter må dele dusj og toalett. Menn på det ene rommet og kvinner på det andre. Følte behov for å vaske med Antibac før bruk. Slitsomt etter stor operasjon. Dårlig dusj med forheng føles uhygienisk. Skittentøy og brukte håndklær lå i en bøtte gjennom hele helgen. Overfylt med papirhåndklær. Renholdet overfladisk. Rikshospitalet begynner å bære preg av manglende vedlikehold. Møbler med store hull i setene.*
- *Barneavdelingene, både poliklinikken og BAM3 har fantastiske sykepleiere/barnepleiere, som går ut over det jobben krever for å gjøre en vanskelig situasjon så lett og håndterbar, som mulig! De fortjener en lønnsforhøyelse!! Tusen takk for super hjelp 😊*
- *Leger og sykepleiere ved IVF-klinikken på Rikshospitalet er utrolig dyktige og profesjonelle med passelig dose medmenneskelighet 🙌😊*
- *Pleie personalet lite på tilbudssiden. Kom kun inn på rom når de ble ringt på. Smertebehandling var et delt ansvar mellom profesjoner noe som muligens gav sykepleierne dårlig overblikk. Sykepleierne sa de ikke hadde tid til å mobilisere pasient som trengte hjelp til dette men oppgaven ble ikke delegert til annet personale. Hjelpepleier klaget på at hun måtte utføre sengeredning alene uten hjelp fra sykepleier.*

Alle tekstlige brukertilbakemeldinger er vurdert og kategorisert. Figur 9 viser fordelingen av hva som er hovedinnholdet i tilbakemeldingen.



Figur 9. Manuell kategorisering av tekstlige brukertilbakemeldinger.

2.10 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 løpet av 2016 gjennomført 12 pasientsikkerhetsvisitter hvorav de 6 siste visittene ble gjennomført i 3. tertial ved følgende enheter:

- Lokal sikkerhetsavdeling, Gaustad
- Seksjon rus- og avhengighetsbehandling, ung, Gaustad
- Enhet for stråleterapi, Radiumhospitalet
- Gynekologisk sengepost A3, Radiumhospitalet
- Postoperativ, Rikshospitalet
- Intensiv 1, Rikshospitalet
- Portørtjenesten, Ullevål
- Lungemedisinsk sengepost og poliklinikk, Ullevål
- Seksjon for sterilforsyning, Ullevål
- Prehospital, Fellesoperativ bygg 30, Ullevål
- Kirurgisk barnepost 3, Rikshospitalet
- Kirurgisk dagavdeling, seksjon poliklinikk og dagbehandling, Rikshospitalet

Totalt 62 tiltak er planlagt innenfor følgende områder:

- Tiltak for å sikre økt samarbeid på tvers av klinikker, avdelinger og fagområder
- Bedret samarbeid med bydelene/Oslo kommune for å sikre gode botilbud og booppfølging etter utskrivning og for å sikre at demente pasienter fra bolig har med følgepersonell når de skal til dagbehandling
- Behov for avklaring av ansattes oppgaver og ansvarsområder
- Tiltak for å styrke opplæringstilbud og kompetanse hos ansatte
- Tiltak rettet mot hygiene: Behov for egne smitterom, UV-belysning og økt fokus på bedret renhold
- Avklaring av ansvar i forhold til sykehusets beredskapsplaner
- Behov for innkjøp/utskifting av utstyr (trådløs pulsoksymetri, maskinpark strålebehandling, rullestoler og senger)
- Behov for økt tilgang på radiologi (MR)
- Etablere rømningshemmende uteområde på lokal sikkerhetsavdeling
- Utfordringer i forhold til areal og bygningsmasse
- Behov for nytt sporbarhetssystem for instrumenter som trenger sterilisering
- Behov for nytt callingsystem for portører
- IKT problematikk i forhold til lisenser på software og økte rettigheter i DIPS
- Sikre at brukerundersøkelser tas i bruk og at resultatene følges opp
- Tiltak for å sikre at uønskede hendelser registreres i Achilles og at aktuelle saker brukes som læringssaker

2.11 Pasientsikkerhetsuka 2016

Sykehuset arrangerte 14-18. november en tema-uke om pasientsikkerhet. Det ble daglig publisert pasientsikkerhetsfaglige nyhetssaker på intranettet, det var daglige stads i fellesarealene på de fire største lokalisasjonene, og uken ble avsluttet med et vellykket seminar i Store auditorium på Rikshospitalet.

Målgruppen var egne ansatte. Tilbakemeldingene er meget gode.

2.12 Pasientforløpsarbeidet

Pasientforløp/pakkeforløp

I perioden har fokuset vært identifisering og oppfølging av tiltak for å bedre forløpstidene i pakkeforløpene, samt forbedring av samhandlingen i pakkeforløpene internt mellom avdelinger i sykehuset, med fastleger og andre helseforetak.

Måloppnåelse forløpstider i pakkeforløp kreft

For hvert pakkeforløp angis nasjonal norm for forløpstider fra mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten til start utredning/pasientfram møte, til beslutning om behandling og til oppstart av behandling. Disse tidene skal registreres i DIPS, monitoreres og rapporteres til Norsk pasientregister. Forløpstidene blir publisert offentlig hver måned.

Forløptidene som er beskrevet nedenfor, er for pakkeforløp som kun starter i Oslo universitetssykehus HF. Overføring av pasienter i pakkeforløp mellom lokalsykehusene og Oslo universitetssykehus HF representerer en spesiell utfordring. Pasienter som utredes og behandles ved flere helseforetak har lengre forløpstider enn de som har hele sitt forløp innen samme helseforetak.

Rapportene viser at sykehuset i mindre grad har benyttet pakkeforløpssystemet i perioden september til og med november i 3. tertial. I 3. tertial (til og med november 2016) er 58 % av diagnostiserte kreftpasienter inkludert i pakkeforløp i Oslo universitetssykehus HF (OA1-indikator, Tabell 14). Det nasjonale målet er 70 %. Den lave andelen kan skyldes at registreringer i pakkeforløp i stor grad skjer i ettertid, og at rapporten ikke gir et helt korrekt bilde så langt. Det er også en mulighet at vurderingsansvarlige leger ikke har inkludert samtlige pasienter som oppfyller kriteriene i aktuelle pakkeforløp.

OA1	Antall nye kreftpasienter		Andel i pakkeforløp	
3. tertial 2015	1538		78 %	
1. tertial 2016	1638	↑	77 %	↓
2. tertial 2016	1404	↓	70 %	↓
3. tertial* 2016	1191	↓	58 %	↓

Tabell 15. Antall nye kreftpasienter (*3. tertial til og med november 2016)

Andel pasienter som tas inn til utredning i et pakkeforløp der begrunnet mistanke om kreft avkreftes (OA2-indikator, Tabell 15) er også noe lavere i tredje tertial. Det er ikke et nasjonalt mål for denne indikatoren. Andel avkreftet i pakkeforløp er noe lav i Oslo universitetssykehus HF, men er omtrent som ved andre regionsykehus. Samlet sett bør flere pasienter inkluderes i pakkeforløp i sykehuset.

OA2	Antall avkreftet		Andel avkreftet	
3. tertial 2015	709		36 %	
1. tertial 2016	694	↓	33 %	↓
2. tertial 2016	722	↑	34 %	↑
3. tertial* 2016	460	↓	33 %	↓

Tabell 16. Avkreftet mistanke om kreft (*3. tertial til og med november 2016).

Nasjonalt mål for innfrielse av forløpstid frem til behandling er 70 %. Totalt antall pakkeforløp registrert frem til behandling i Oslo universitetssykehus HF i 3. tertial er lavere enn i første og andre tertial og skyldes manglende registrering. Andel kreftpasienter behandlet i sykehuset innen normert forløpstid for samtlige behandlingsformer (OF4-indikator, Tabell 16) er på samme nivå som i 1. og 2. tertial og ikke innenfor nasjonal norm.

OF4	Totalt antall forløp		Andel innen forløpstid	
3. tertial 2015	1103		63 %	
1. tertial 2016	1089	↓	62 %	↓
2. tertial 2016	1115	↑	63 %	↑
3. tertial* 2016	660	↓	63 %	-

Tabell 17. Andel innen forløpstid (*3. tertial til og med november 2016).

For kirurgisk behandling er det registrert færre forløp. Måloppnåelsen er noe bedre i 3. tertial og nærmer seg den nasjonale normen på 70 %.

OF4K	Totalt antall forløp		Andel innen forløpstid	
3. tertial 2015	641		65 %	
1. tertial 2016	652	↑	64 %	↓
2. tertial 2016	667	↑	64 %	-
3. tertial* 2016	387	↓	68 %	↑

Tabell 18. Andel innen forløpstid - kirurgisk behandling (*3. tertial til og med november 2016).

Forløpstidene frem til kirurgi er innenfor normen i pakkeforløpene:

- Hjernekreft
- Hode-halskreft
- Føflekkreft
- Blærekreft
- Tykk- og endetarmskreft
- Lungekreft

og innen forløp med få pasienter registrert frem til kirurgi, slik som:

- Kreft hos barn
- Peniskreft

I pakkeforløpene med større volum, slik som brystkreft, prostatakreft og de gynekologiske pakkeforløpene, innfris derimot ikke forløpstiden frem til kirurgi.

I pakkeforløp for lungekreft har det vært fokusert på å få pasientene raskere inn til kirurgi fra beslutning om behandling i MDT-møtet⁶. I tredje tertial i lungekreftforløpet er måloppnåelsen nå rett over 70 % og innenfor det nasjonale målet.

For strålebehandling er det også registrert færre forløp. Måloppnåelsen er noe lavere enn i 2. tertial og under målet på 70 %. Det er størst utfordring innen pakkeforløpene hode-halskreft, livmorhalskreft, prostatakreft, hjernekreft og lymfom. For tykk- og endetarmskreft er måloppnåelsen i 3. tertial under 70 %, noe som er dårligere enn i 2. tertial. I pakkeforløpet lungekreft innfris forløpstiden frem til strålebehandling for pasienter som har startet pakkeforløpet i Oslo universitetssykehus HF.

OF4S	Totalt antall forløp		Andel innen forløpstid	
3. tertial 2015	179		66 %	
1. tertial 2016	163	↓	51 %	↓
2. tertial 2016	156	↓	54 %	↑
3. tertial* 2016	85	↓	49 %	↓

Tabell 19. Andel innen forløpstid - strålebehandling (*3. tertial til og med november 2016).

For medikamentell behandling er det også registrert færre forløp. Måloppnåelsen frem til medikamentell behandling er noe dårlige i tredje tertial og under det nasjonale målet på 70 %.

OF4M	Totalt antall forløp		Andel innen forløpstid	
3. tertial 2015	224		60 %	
1. tertial 2016	216	↓	72 %	↑
2. tertial 2016	238	↑	69 %	↓
3. tertial* 2016	152	↓	64 %	↓

Tabell 20. Andel innen forløpstid – medikamentell behandling (*3. tertial til og med november 2016).

⁶ Møter i tverrfaglige/multidisiplinære team

Pakkeforløp med større utfordringer

Hovedfokuset har vært pakkeforløpene brystkreft, prostatakreft og de tre gynekologiske pakkeforløpene.

I brystkreftforløpet har det vært for liten kapasitet i Brystdiagnostisk senter, men situasjonen er nå bedre med kortere tid frem til første fremmøte og kortere utredningstid. Sykehuset er fortsatt avhengig av private aktører i utredningen, noe som vanskeliggjør innfrielse av forløpstidene. Det er i 3. tertial en forbedret forløpstid frem til kirurgi, og sykehuset er nærmere målet på 70 %.

I prostatakreftforløpet er det fortsatt klare utfordringer i forhold til forløpstidene. Flere tiltak er og vil bli satt i verk. Det er fremdeles for lang ventetid på robotassistert laparoskopisk radikal prostatektomi (RALP) både ved Aker og Radiumhospitalet. Det forventes at situasjonen bedrer seg ved at det nå opereres flere pasienter på Sykehuset Innlandet HF (Hamar) og ved at Vestre Viken HF (Drammen) har installert og tatt i bruk robot til dette formål. Utfordringen er at svært mange pasienter ønsker seg til Oslo universitetssykehus HF.

Det har vært gjennomført en virksomhetsgjennomgang innen uro-onkologi i Avdeling for kreftbehandling som skal bedre samhandlingen innad i sykehuset. Standardiserte pasientforløp er nå utarbeidet og implementeres fra høsten 2016.

Innen de tre gynekologiske pakkeforløpene er det fremdeles utfordringer på Radiumhospitalet innen henvisningsflyt, radiologi, patologi og operasjonskapasitet. Det er igangsatt et LEAN-prosjekt for pakkeforløp livmorhalskreft som har identifisert flere utfordringer i forløpet. Det jobbes nå med å utarbeide forbedringstiltak, blant annet for å bedre MR-kapasiteten, øke operasjonskapasiteten og å innføre regionale MDT-videokonferansemøter.

Det er en utfordrende driftssituasjon for Avdeling for patologi med mye gammelt utstyr og et økende antall prøver, spesielt spesialprøver. Dette påvirker svartider både i utredningen og for operasjonspreparatene som er avgjørende for valg om videre behandling for kreftpasienter i Helse Sør-Øst.

Forløpskoordinatorer som pasientens kontaktpunkt

Forløpskoordinatorerne har en sentral oppgave i å være et kontaktpunkt for 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 og mot andre sykehus og fastleger.

Alle pakkeforløp har forløpskoordinatorfunksjoner som skal løse pasientene igjennom sykehuset. Det er opprettet enkelte nye slike stillinger etter innføringen av pakkeforløpene, men flertallet av forløpskoordinatorfunksjonene er innarbeidet i allerede etablerte pasientkoordinatorressurser. Forløpskoordinatorrollen er en sårbar funksjon. Koordinatorerne har et stort ansvar og stor arbeidsbelastning. De ivaretar både kontakten med pasientene og løser dem gjennom utredning og behandling innen

avgrensede ressursrammer og innen de normerte tider. Det bør på sikt etableres flere slike forløpskoordinatorfunksjoner i sykehuset for å kunne ivareta denne sentrale funksjonen.

Registrering av pakkeforløp

Registreringen av pakkeforløpsmålepunkter i DIPS har vært en ressurskrevende oppgave og en ny oppgave som er tillagt forløpskoordinatorene. I DIPS Arena er det utviklet funksjonalitet som bedre støtter registrering av pakkeforløp. Denne funksjonaliteten ble implementert 27. mai 2016. DIPS Arena har forenklet registreringen av målepunktene, og pasientlistene i Arena gir en bedre oversikt over hvor i forløpet pasienten er og tiden frem til neste målepunkt.

Selv med et bedre registreringsverktøy for pakkeforløp, har det vært utfordrende for forløpskoordinatorer å få tid til å registrere. Svært mange pakkeforløp blir registrert i ettertid. Det er nå et mål at målepunktene i større grad registrer i sanntid.

Sykehuset har ikke hatt andre rapporter for pakkeforløp enn de månedlige rapportene fra Norsk pasientregister etter innføringen av pakkeforløp i DIPS Arena. Rapportene fra Norsk pasientregister har blitt mer uoversiktlige, ettersom DIPS Arena ikke innrapporterer ansvarlig fagenhet. Dette medfører at avdelingen som starter pakkeforløpet i Oslo universitetssykehus HF ikke kan identifiseres i rapporten. Det er foreløpig ikke implementert rapporter for pakkeforløp i DIPS Arena. Slike rapporter er under utarbeidelse og vil gi et bedre styringsverktøy for pakkeforløpene i sykehuset, både for forløpskoordinatorer, forløpsansvarlige og ledere.

Etablering av forløpsledelse

Ansvar for gjennomføring av de ulike pakkeforløp ligger i dag i linjeledelsen. De enkelte avdelingsledere har således ansvar for «sin del» av pakkeforløpet. Det er en utfordring å sikre helheten når forløp strekker seg over flere avdelinger og klinikker. Det er derfor behov for en lederstruktur på tvers av linjeledelsen. Det ble i ledermøte i 2015 besluttet å etablere et forløpsteam/en forløpsledelse for hvert pakkeforløp. En slik forløpsledelse er nå opprettet i 27 av 28 pakkeforløp. Teamene gjennomgår rapporter, håndterer kapasitets- og kvalitetsmessige utfordringer og iverksettes kvalitetsforbedrende tiltak. Ikke alle forløpsteamene er like godt i gang. Det arbeides med å få flere av forløpsteamene aktive og velfungerende.

I juni 2016 ble det vedtatt en egen kreftstrategi for Oslo universitetssykehus HF. Kort tid etter leverte sykehuset søknaden om å bli godkjent som europeisk Comprehensive Cancer Centre (CCC). I begge disse sammenhengene ble det lagt til grunn at det måtte etableres en mer samlet og koordinert ledelse og styring av kreftbehandling og forskning. Betydningen av dette ble ytterligere understreket av den internasjonale ekspertgruppen besøkte sykehuset i september i forbindelse med CCC-søknaden.

I november utnevnte administrerende direktør et eget Driftsstyre for kreftområdet i Oslo universitetssykehus HF. Det består av sentrale ledere innen kreftrelaterte klinikker og avdelinger og ledes av leder for Kreftklinikken, Sigbjørn Smeland. Kreftregisteret og brukerne er også representert i driftsstyret. Driftsstyret skal følge opp kreftstrategi og

CCC-prosess, koordinere utviklingen av pasientforløp innen kreft både innad og utad og utgjøre en samlande overbygning for kreftforskning og kompetanseutvikling.

2.13 Barn som pårørende

Alt helsepersonell har plikt til å ivareta barn og unge som pårørende (Helsepersonelloven § 10A). Oppnevningen av barneansvarlige er en lovpålagt oppgave i spesialisthelsetjenesten. Sykehuset har i 2016 ca. 180 barneansvarlige som er koordinert gjennom «Råd for barn som pårørende».

2.14 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.

Nye nettsider på felles nasjonal plattform

Oslo universitetssykehus HF flyttet i 2016 sykehusets nettsider til den felles nasjonale plattformen for spesialisthelsetjenesten (Helse Norge-plattformen). Sykehuset skal bidra til oppbygging av pasientinformasjon i denne fellesløsningen som tydeligere kretser om brukernes informasjonsbehov knyttet til sykdom og behandling.

Alle helseforetakene kom over på den nasjonale plattformen i løpet av året. Et hovedmål for prosjektet var å bidra til trygghet og mestring for pasienter og pårørende. Det ble lagt vekt på at informasjon til pasienter, pårørende og fastleger skulle være det sentrale.

Nettsidene skal gi bedre informasjon til pasientene om hva som skjer før, under og etter behandling – og gi tydelig informasjon om oppmøtested. De nye nettsidene er på denne måten en del av sykehuset, en del av behandlingen og en del av pasientreisen.

Det er et viktig prinsipp for fellesløsningen at all informasjon som kan deles, skal deles mellom sykehusene. Dette gjelder eksempelvis beskrivelser av diagnoser, men i størst mulig grad også undersøkelser og behandlinger. Det er etablert en felles nasjonal base for slik deling av innhold.

Status ved lansering 1. november

For Oslo universitetssykehus HF var ambisjonen fram til lansering 1. november 2016 å flytte over relevant innhold fra de gamle nettsidene og å ta i bruk allerede utarbeidede pasientinformasjonstekster fra den nasjonale basen. Ved lansering hadde sykehusets nettsider passert 500 pasientinformasjonstekster, mens det i den nasjonale fellesbasen på dette tidspunktet lå 600 godkjente tekster. Av de 500 tekstene var 300 egenproduserte, mens 200 kom fra andre helseforetak gjennom den nasjonale basen. Alle klinikkene har vært involvert i arbeidet med å oppdatere pasientinformasjonstekstene i den nasjonale basen innen sine fagområder.

Det er etablert en mer sentralisert redaksjonsmodell med definerte roller i både staber og klinikker. Nye nasjonale retningslinjer for drift og forvaltning av fellesinnholdet kommer i 2017.

Arbeidet fortsetter

Nettsidene til Oslo universitetssykehus fortsetter å utvikle seg. Langt fra alle tilbud om behandlinger er beskrevet på nettsidene i dag. Etter lanseringen er det lagt ut ytterligere 100 pasientinformasjonstekster og arbeidet med å produsere og godkjenne flere nasjonale fellestekster fortsetter. Det gjenstår også å koble ventetider og fritt behandlingsvalg til aktuelle pasientinformasjonstekster.

Oslo universitetssykehus HF har som målsetning at all informasjon om sykehusets virksomhet blir samlet i sykehusets nettløsning. Alle nasjonale og regionale tjenester ved sykehuset skal derfor ha sine nettsider i sykehusets løsning, i den grad denne kan dekke behovet til den enkelte tjeneste.

Brukerinvolvering

Det sentrale brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF er ved to anledninger blitt orientert om nettstedprosjektet. Brukerrepresentanter har uttrykt at de har et positivt førsteinntrykk etter lansering og peker spesielt på at det er blitt lettere for pasientene å finne frem når behandlingsstedene til sykehuset nå er godt beskrevet med adresser og foto til de enkelte byggene.

Det er besluttet at all pasientinformasjon fra sykehuset skal utarbeides på en måte som sikrer brukerinvolvering. Noen klinikker bruker sitt lokale brukerråd til dette. Det er også planlagt å involvere det sentrale brukerutvalget i videre utvikling av nettsidene.

Det nasjonale prosjektet har for øvrig sikret brukerperspektivet underveis i hele prosjektet, med fokusgruppeintervjuer under den innledende konseptfasen og med brukertesting av løsningen.

2.15 Pasienter til behandling i utlandet

Oslo universitetssykehus HF har ansvaret for behandling av søknader om behandling i utlandet på vegne av Helse Sør-Øst RHF, i tillegg til administreringen av partikkelterapi-broen. Sykehuset håndterer også disse sakene for Helse Nord RHF gjennom en avtale mellom Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF.

I 2016 behandlet Oslo universitetssykehus HF 166 søknader om behandling i utlandet på grunn av manglende helsetilbud i Norge for pasienter hjemmehørende i Helse Sør-Øst. Av disse ble ca. 75 % innvilget. Det ble sendt i underkant av 30 pasienter for behandling med protonterapi i utlandet.

Sykehuset har også ansvaret for forvaltningen av ordningen med klimaterapi eller behandlingsreiser til utlandet. Dette er et nasjonalt ansvar. I 2016 ble det sendt 2942 personer til klimaterapi i utlandet, fordelt på 2728 pasienter og 214 ledsagere. Disse var fordelt på diagnosegruppene:

1. Kronisk lungesyke og atopisk eksem barn og ungdom - 154 barn/120 ledsagere og 45 ungdommer
2. Barn og ungdom med revmatisk leddsykdom - 72 barn/72 ledsagere og 34 ungdommer
3. Barn og ungdom med Psoriasis - 22 barn/22 ledsagere og 21 ungdommer
4. Voksne med Psoriasis - 486
5. Voksne med revmatisk leddsykdom - 1754
6. Voksne med Polio - 140

2.16 Likeverdig helsetjeneste

Oslo universitetssykehus HF skal være likeverdig, inkluderende og mangfoldig, både for pasienter, pårørende og ansatte. Sykehuset arbeider for å øke kunnskapen om mangfoldet på sykehuset, og gir råd og veiledning om hvordan sikre likeverdige helsetjenester i møte med pasienter og pårørende.

Mye av arbeidet i 2016 har vært knyttet til utvikling av ny strategi og handlingsplan for likeverdig helsetjenester og mangfold på Oslo universitetssykehus HF. Strategien legges frem til vedtak 1. tertial 2017.

Mannehelse «Å være mann og håndtere sykdom - en utfordring?»

Mye tyder på at menn er lite synlig som pasienter i helsevesenet. På den ene siden har menns sykdommer fått stor oppmerksomhet, men på den andre siden er det påfallende lite fokus på hva som hindrer menn i å følge opp sykdom og behandling, og hva som mangler for at helsetjenesten tilpasser seg menns behov.

Med utgangspunkt i sykehusets ansvar for en likeverdig helsetjeneste med mål knyttet til å møte alle pasienter utfra individuelle behov og tilpasset den enkeltes forutsetninger og uavhengig av blant annet alder, etnisitet og kjønn, ble prosjektet «Å være mann og håndtere sykdom – en utfordring?» etablert og gjennomført i 2015. Prosjektet ble gjennomført i samarbeid med Reform - ressurscenter for menn og støttet fra Extrastiftelsen. Prosjektet søkte å dokumentere både menns egne erfaringer og deres pårørendes erfaringer med sykdom/skade eller langvarige helseutfordringer, og deres behov for et tilbud for å takle egen sykdom eller skade.

Rapporten ble ferdigstilt i 2016 og distribuert til alle helseforetak og brukerorganisasjoner, samt til frisklivssentraler og til helsepersonell med særlig ansvar for læring og mestring i kommunehelsetjenesten. Resultatene fra prosjektet er publisert og gjort kjent via kronikker og ulike forelesninger og seminarer både internt i sykehuset og i ulike fora utenfor sykehuset.

Resultatene fra prosjektet viser at menn har behov for et mestringstilbud når de blir syke eller skader seg, som tar mer hensyn til menns behov. Det er sykehusets oppgave, sammen med menn og deres pårørende, å tilpasse tilbudet til menn. Tradisjonelle maskuline idealer kan stå i veien for gode mestringsstrategier når menn rammes av sykdom eller skade. Resultatene fra prosjektet er nybrottsarbeid som er planlagt fulgt opp og videreutviklet i sykehuset både knyttet til behandling av den mannlige pasient og knyttet til læring- og mestringstilbud.

Formidling

I oktober 2016 ble konferansen «Chaplaincy – på norsk» holdt på Radiumhospitalet med 150 deltakere. Konferansen handlet om religions- og livssynsbetjening i Kriminalomsorgen, Forsvaret og Helse- og omsorgssektoren.

Norske og internasjonale fagpersoner fortalte om dagens ordninger, hvilke utfordringer som finnes og hvordan religions- og livssynsbetjening best kan gjøres i framtidens Norge. Fra sykehuset ble det holdt innlegg om kulturveiledertilbudet i sykehuset og hvordan dette prøver å dekke opp for et økende mangfold av tros- og livssynsretninger. Prestetjenesten holdt innlegg om deres rolle på sykehuset og tanker rundt temaet.

I november ble konferansen «Kunnskapsrik og trygg i møte med minoritetspråklige familier» arrangert for niende året på rad. Temaet dette året var «skam», og det ble snakket om fra ulike foredragsholdere og brukere med personlige erfaringer.

Sykehuset har et samarbeid med Rosa kompetanse (fagavdeling under organisasjonen FRI- tidligere LLH) om kurs i «God kommunikasjon med pasienter, uavhengig av seksuell orientering og kjønnsidentitet». I høst deltok 22 ansatte på kurset, og meldte tilbake at det var svært relevant og viktig i deres arbeidshverdag. Nytt kurs holdes i mars.

Det ble arrangert et frokostseminar om «Smerte i et flerkulturelt perspektiv» der 110 ansatte deltok. Tre innledere snakket om hvordan pasienter med ulik kulturell bakgrunn kan uttrykke smerte på forskjellige måter, og hvordan vi som helsearbeidere kan kartlegge smerte og gi god smertelindring til ulike pasienter. Det ble presisert at smerteuttrykk og smerteterskel er to ulike ting, og at det er viktig å være bevisst.

I samarbeid med Oslo Voksenopplæring (Skullerud) ble det årlige kurs i lese-, skrive- og muntlige ferdigheter i norsk (finansiert av VOX⁷). Målet med opplæringen er å styrke arbeidsrelevante norskferdigheter gjennom opplæring tilpasset den enkeltes arbeidssituasjon. 60 ansatte har deltatt på kurs i 2016.

Høsten 2016 ble det laget en plakat som skal gi informasjon om norske helsetjenester til innvandrere med begrensede norskkunnskaper. Hvem skal du kontakte når du blir syk? AMK/ambulansse, fastlegen eller legevakt? Plakaten er tilgjengelig på sykehusets internettside/kontakt oss, og vil bli distribuert til relevante instanser i Oslo.

Lavterskeltilbud

Samhandlingsprosjektet «Psykisk helsehjelp til nyankomne flyktninger i Groruddalen- et lavterskeltilbud» startet opp høsten 2016. Psykolog fra Grorud DPS er tilgjengelig en dag i uken, og tilbyr gruppesamtaler, individuelle samtaler og informasjon om forebygging av psykisk helse. Oslo universitetssykehus HF har ansvar for kartlegging og evaluering av prosjektet.

⁷ Nå «Kompetanse Norge»

I 2016 ble håndboken «Familieplanlegging og forebygging av uønsket svangerskap og abort blant innvandrerkvinner – Håndbok i hvordan starte et tilpasset tilbud» lansert på bakgrunn av prosjektet «Familieplanlegging og forebygging av uønskede svangerskap og abort (FAFUS)» på Oslo universitetssykehus HF 2010- 2015. Håndboken er rettet mot helsepersonell som ønsker å starte et lavterskeltilbud om familieveiledning og gratis prevensjon til innvandrerkvinner i kommune/bydel. Håndboken er mye etterspurt, og det har startet opp lokale tilbud i flere kommuner samt bydeler i Oslo.

Tro og livssyn

Samtaleteamet i tro- og livssyn består av representanter fra 12 ulike tros- og livssynsretninger. De stiller opp for pasienter og pårørende som har behov for en prat med noen fra egen religiøs tilhørighet. Det kan være om eksistensielle spørsmål i en sårbar tid, noen å luften tanker med, eller noen som kan be en bønn for deg. Nærhet og omtanke er stikkord. Samtaleteamet startet som prosjekt i 2011 på Oslo universitetssykehus HF og ble i 2016 innlemmet i driften. Sykehuset har inngått avtale med Akershus universitetssykehus, Sunnaas sykehus HF, Politiet og Oslo kommune, Sykehjemsetaten, om at de også kan benytte vårt utdannede team.

Det har vært 31 forespørsler i 2016, hvorav 28 har vært etter muslimsk samtalepartner. De øvrige tre har vært humanetiker. I et par tilfeller har buddhistisk samtalepartner vært bortreist på etterspurt tidspunkt, og det har også vært spørsmål om samtale til religioner vi ikke har i vårt team. Etterspørselen er ikke så stort, men det er en viktig tjeneste for de som benytter seg av tilbudet.

Deltagerne i samtaleteamet får tilbud om casetrening to ganger i semesteret, samt en fagdag per semester.

Tolkesentralen

Oslo universitetssykehus HF har særlig fokus på god og kvalifisert tolketjeneste. Fra 1. januar 2016 gikk Tolkesentralen over fra prosjekt til ordinære drift organisert i Oslo sykehusservice.

Tolkesentralen har 10,4 årsverk som står for drift og administrasjon og 280 frilanstolker som er tilknyttet via rammeavtaler. Tolkesentralen håndterte i 2016 ca. 29 500 tolkeoppdrag for Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF. Det er avviklet rundt 90 kurs og foredrag for helsepersonell og tolker, hvor varigheten har vært fra 1 time til 1 dag.

Tolkesentralen har gjennomført FOU-prosjektet «*Skjermtolking – Når tolken er et annet sted*», på oppdrag fra IMDi⁸. Prosjektet omfatter en kunnskapsoppsummering, en teknologisk/økonomisk rapport, en mastergrad i retorikk som fokuserer på skjermtolkede samtaler og en sluttrapport med anbefalinger til tiltak for å gjennomføre en helhetlig satsning på løsninger for skjermtolking i offentlig sektor. Prosjektet danner grunnlag for videre jobbing med skjermtolking på sykehusene – og innen Helse Sør-Øst.

⁸ Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.

3 Utdanning av helsepersonell

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

Ny overordnet handlingsplan for utdanning 2017-2018

Det er utarbeidet et forslag til ny handlingsplan for utdanning. Denne behandles av sykehusets ledelse i januar 2017. Føringer som er gitt, eksempelvis vedrørende ny spesialistutdanning for leger, er inkludert i handlingsplanen.

Spesialistutdanning av leger

Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering er under opprettelse ved Oslo universitetssykehus HF.

Sykehuset har startet planlegging og implementering av del 1 i ny spesialistutdanning (turnusdelen). Det arbeides med å forbedre spesialistutdanningen i større fag der rotasjonsordninger og vaktbelastning er en utfordring med hensyn til å oppnå læringsmål.

Læringsmål for del 2 og 3 for alle 45 medisinske spesialiteter er på høring. Høringsfristen er 1. april 2017.

Spesialsykepleiere

Det utredes i samarbeid med Akershus universitetssykehus HF hvorvidt det er behov for en videreutdanning innen kirurgisk sykepleie.

Det er problematisk å skaffe tilstrekkelig antall praksisplasser for flere grupper. Særlig gjelder dette bachelorstudenter i sykepleie (innen kirurgi), den nyopprettede videreutdanningen i akuttsykepleie, samt til utdanningen innen intensiv- og operasjonssykepleie.

Bioingeniører

Det er etablert et profesjonsrettet fagråd for bioingeniører, bestående av representanter fra sykehus og høyskole, med den hensikt å styrke samarbeidet om utdanningen.

Helsesekretærer

Sykehuset ønsker å styrke kvaliteten på helsesekretærutdanningen slik at ferdigutdannede helsesekretærers kompetanse er i tråd med sykehusets behov. Det er som følge av dette etablert et tett samarbeid med Hersleb videregående skole. Sykehuset har blant annet bidratt med relevante forelesninger og med å etablere refleksjonsgrupper på skolen.

Det pågår også et forskningsprosjekt knyttet til denne satsningen.

Oppfølging av prosjektet «Kvalitet i praksisstudier»

Oslo universitetssykehus HF har hatt representanter i det nasjonale prosjektet «kvalitet i praksisstudier», som er et oppdrag fra Kunnskapsdepartementet. Prosjektet har foreslått fem kvalitetsområder med 21 indikatorforslag for å fremme kvalitet i eksterne praksisstudier.

Sykehuset har som oppfølging av dette arbeidet videre med å finne aktuelle områder for samarbeid med høyskolene.

Høgskolen i Oslo og Akershus har bevilget samarbeidsmidler til å etablere flere kombinerte stillinger ved for å styrke sammenhengen mellom teori og praksis.

4 Forskning og utvikling

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

4.1 Forskning

Per januar foreligger ikke fullstendig datagrunnlag for forskning i nasjonale og internasjonale databaser. I det følgende gis en omtale av de forskningsdata som på nåværende tidspunkt kan gi en indikasjon på forskningsaktiviteten for 2016, hovedsakelig basert på helseforetakets egne oversikter (kvalitetssikrede tall for 2016 presenteres i rapport for 1. tertial 2017, sammen med ytterligere aktivitetsparametere). Totalvurderingen er at aktiviteten er god og i tråd med målsettingen.

Vitenskapelige artikler

Akkumulerte tall pr. 3. tertial er hentet fra Publika (sykehusets publikasjonsdatabase) 19. januar 2017. Endringer i tallene må påregnes, men antall artikler i 2016 forventes å ende på et høyere nivå enn de to foregående år. Det er nylig gjort systemforbedringer i Publika, som gjør at datagrunnlaget (innhenting fra PubMed) er sikrere enn tidligere.

Klinikk	2014	2015	2016
Klinikk psykisk helse og avhengighet	123	152	136
Medisinsk klinikk	294	305	314
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	28	26	50
Nevroklubnikken	184	181	185
Ortopediklubnikken	80	63	71
Barne- og ungdomsklubnikken	115	113	150
Kvinneklubnikken	67	65	87
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	229	274	268
Kreftklubnikken	362	401	422
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	155	162	180
Akuttklubnikken	130	181	133
Prehospital klinikk	10	15	13
Klinikk for laboratoriemedisin	398	410	412
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	97	105	94
Oslo sykehusservice	77	107	86
Direktørens stab	4	6	3
TOTALT (unike artikler)	1746	1830	1920

Tabell 21. 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 19.1.2017, etter at en del ikke-tellende artikler er tatt ut. Merk at artikler telles hos flere klubnikker når det er forfattere fra flere klubnikker. I tallet for TOTALT er hver artikkel kun talt én gang, og dette er dermed lavere enn summen av klubnikktallene.

Tidsskriftsnivå/klassifisering

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

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

Klinikk	2014	2015	2016
Klinikk psykisk helse og avhengighet	34,1 %	33,6 %	33,1 %
Medisinsk klinikk	21,4 %	21,6 %	19,7 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	17,9 %	11,5 %	20,0 %
Nevroklubnikken	21,2 %	22,1 %	23,2 %
Ortopediklubnikken	23,8 %	20,6 %	29,6 %
Barne- og ungdomsklubnikken	17,4 %	16,8 %	25,3 %
Kvinnklubnikken	22,4 %	29,2 %	32,2 %
Klubnikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	23,6 %	25,5 %	25,7 %
Kreftklubnikken	28,5 %	27,4 %	24,2 %
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	23,9 %	22,2 %	19,4 %
Akuttklubnikken	24,6 %	16,6 %	19,5 %
Prehospital klubnikk	0,0 %	6,7 %	0,0 %
Klubnikk for laboratoriemedisin	25,9 %	22,4 %	26,2 %
Klubnikk for radiologi og nukleærmedisin	33,0 %	18,1 %	18,1 %
Oslo sykehuservice	19,5 %	16,8 %	22,1 %
Direktørens stab	0,0 %	0,0 %	0,0 %
TOTALT (basert på unike artikler)	24,1 %	23,3 %	24,5 %

Tabell 22. Andel av artiklene som er publisert i tidsskrifter på nivå 2.

Doktorgrader avlagt ved universiteter og høyskoler og utført ved helseforetaket

Antall doktorgrader med arbeid hovedsakelig utført ved Oslo universitetssykehus HF er ikke klare fra universitetets side (hovedkilde til data) per januar. Antall doktorgrader som hovedsakelig er utført ved Oslo universitetssykehus HF nådde i 2012 en topp på 151, men har falt de siste årene til 112 i 2015. Dette skyldes i stor grad en vridning av ekstern finansiering bort fra doktorgradsstipend og over mot flere postdoktorstipend og annen støtte. Dette er også en utvikling nasjonalt.

Tall for 2016 vil bli presentert ved neste tertialrapportering.

4.2 Innovasjon

Alle ideer/oppfinnelser som kan kommersialiseres og/eller gi opphav til næringsutvikling vurderes og håndteres av Inven2⁹. Idépoliklubnikken i Oslo universitetssykehus HF mottar og viderefører øvrige ikke-patenterbare ideer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner. Idépoliklubnikken og Inven2 bistår med innovasjonsarbeid også for andre sykehus i regionen.

Det er registrert en økning i antall oppfinnelser og ideer i 2016 sammenlignet med foregående år (Tabell 22). Antall innmeldte oppfinnelser til Inven2 viser en økning fra

⁹ Inven2 er Norges største aktør innen kommersialisering av forskning og eies av Universitetet i Oslo og Oslo Universitetssykehus HF.

2015, men er om lag på samme nivå som i 2014. Antallet innmeldte ideer til Idépoliklinikken er noe redusert, trolig som følge av at det ble varslet redusert behandlingsskapasitet for nye ideer i 3. tertial 2016 (enhet med få ansatte og høy turnover i 2016). Bemanning og kapasitet vil styrkes i løpet av 1. halvår 2017.

Klinikk	Totalt 2016		Totalt 2015		Totalt 2014	
	Inven2	Idépoliklinikken	Inven2	Idépoliklinikken	Inven2	Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	4	3	8	2		4
Medisinsk klinikk	2	3	3	2	1	2
<i>Klinikk for kirurgi og nevrofag</i>	3	-	3	3	4	3
Ortopedisk klinikk	-	1	-	-		
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-	3	-	-		
Nevrologiklinikken	-	0	-	-		
<i>Kvinne- og barneklirikken</i>	3	-	2	1	3	1
Kvinneklirikken	-	1	-	-		
Barne- og ungdomsklinikken	-	0	-	-		
<i>Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken</i>	19	1	13	0	18	3
Kreftklinikken	-	1	-	-		
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-	0	-	-		
Hjerte-, lunge- og karklinikken	4	0	2	1	7	1
Akuttklinikken	4	1	6	10	2	8
Prehospital klinikk	0	0	-	-		
<i>Klinikk for diagnostikk og intervensjon</i>	31	-	35	1	39	1
Radiologiklinikken	-	2	-	-		
Laboratorieklinikken	-	4	-	-		
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	2	10	0	16	1	18
Totalt	72	30	65	36	75	41

Tabell 23. Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus. Merk at ideer/DOFI telles hos flere klinikker når ideen involverer flere klinikker. I totalsum er hver DOFI kun talt én gang, og utgjør dermed ikke summen av de andre tallene.

Det synes å være en trend at andelen av nye ideer som videreføres er økende. Dette vil igjen øke sannsynligheten for en økende andel implementerte ideer.

Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2	Innovasjonsprosjekter hos Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	3	3
Medisinsk klinikk	3	1
<i>Klinikk for kirurgi og nevrofag</i>	2	-
Ortopedisk klinikk	-	2
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-	2
Nevroklinikken	-	1
<i>Kvinne- og barneklinikken</i>	1	-
Kvinneklinikken	-	-
Barne- og ungdomsklinikken	-	-
<i>Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken</i>	19	-
Kreftklinikken	-	-
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-	1
Hjerte-, lunge- og karklinikken	2	1
Akuttklinikken	3	3
Prehospital klinikk	0	-
<i>Klinikk for diagnostikk og intervensjon</i>	31	-
Radiologiklinikken	-	-
Laboratorieklinikken	-	2
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	1	10
Totalt	57	26

Tabell 24. Pågående innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus pr 3. tertial 2016
 Merknad: tall fra Inven2 AS følger i 2016 gammel klinikkstruktur. I likhet med DOFI telles prosjekter hos flere klinikker når ideen involverer flere klinikker. I totalsum er hvert prosjekt kun talt én gang. Tall i parentes er akkumulerte tall for 2014.

Det er fortsatt en utfordring at flere klinikker 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.

5 Arbeidsmiljø

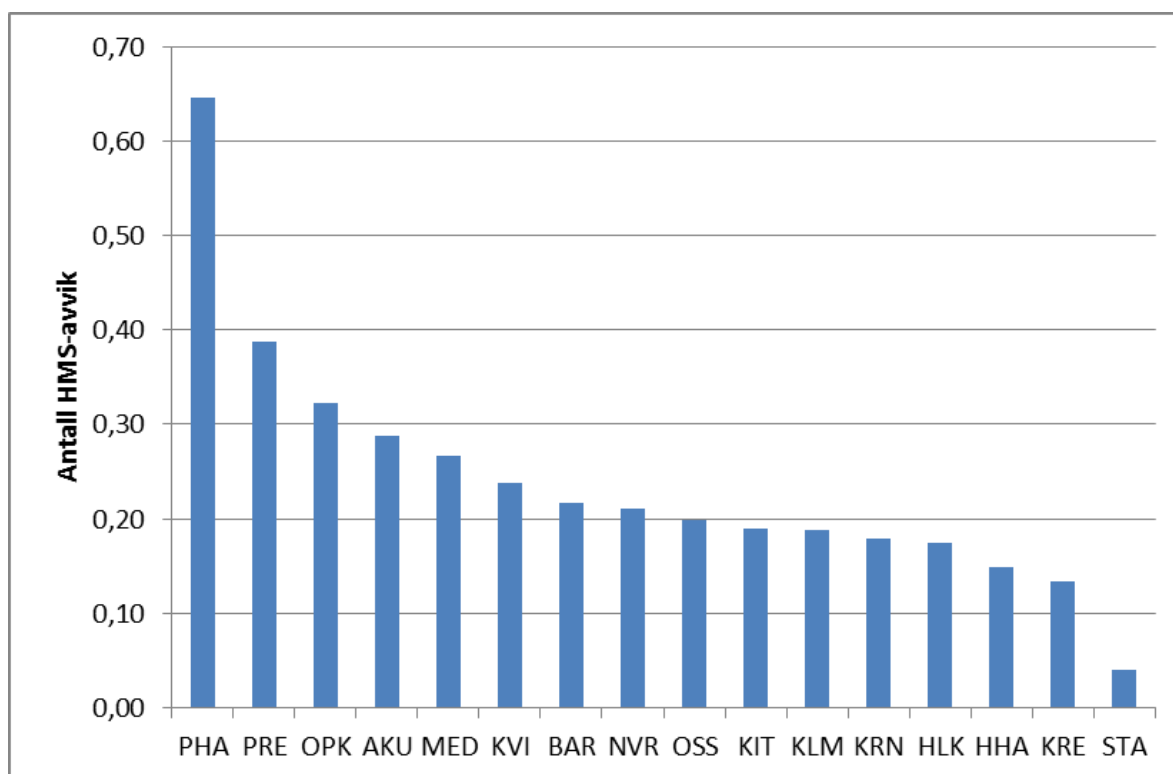
5.1 HMS-avvik

HMS-avvik er i Oslo universitetssykehus HF definert som «Hendelser eller forhold som påvirker arbeidsmiljøet, ansattes helse eller ytre miljø negativt». I motsetning til «Pasientsikkerhet» og «Driftsavvik» gjelder dette altså HMS-forhold knyttet til sykehusets medarbeidere. Å få registrert uønskede hendelser, handlinger og forhold, analysere årsaker og sette inn forbedringstiltak der det er nødvendig er en viktig del av det systematiske arbeidet for å gjøre det tryggere og sikrere for medarbeidere på jobb. Verktøyet som brukes til dette er det nettbaserte systemet Achilles.

Meldekultur

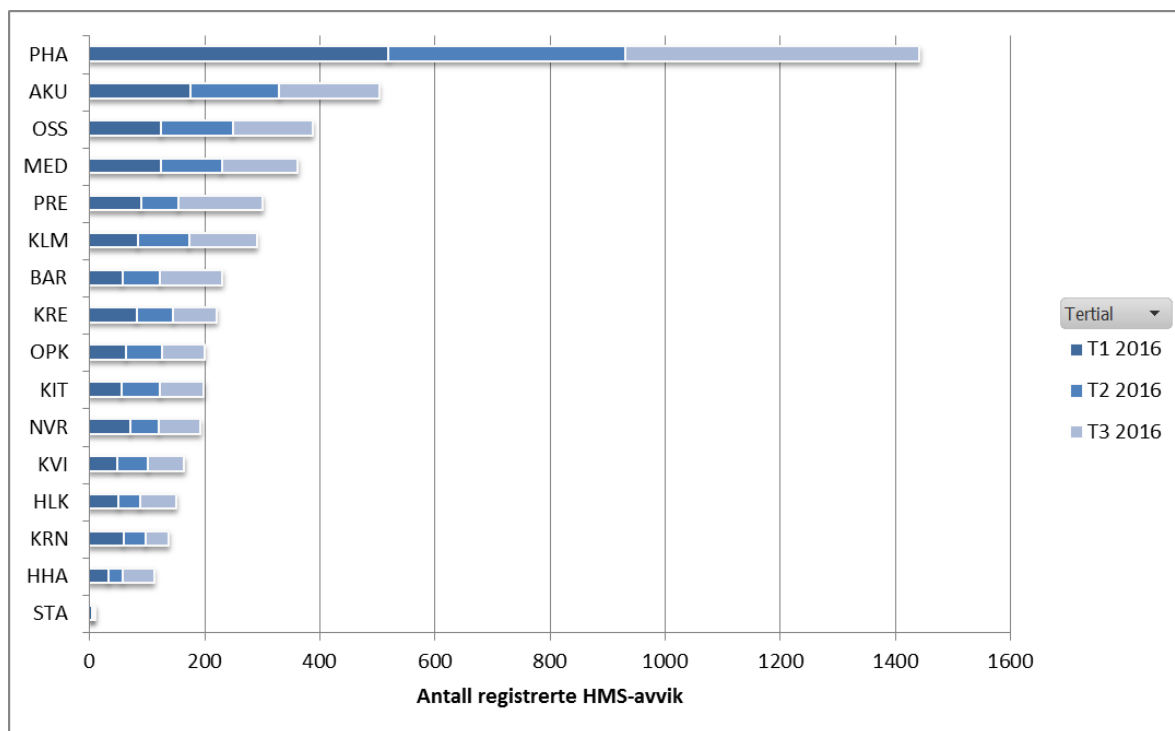
Sykehuset er avhengig av at personellet melder ifra om det de opplever og observerer av HMS-avvik for å kunne avdekke svikt i HMS.

I 2016 ble det meldt inn 0,27 HMS-avvik per årsverk, som er en liten økning fra 0,24 i 2015. Det er store variasjoner mellom klinikkene på hvor mange HMS-avvik per årsverk de meldte i 2016.



Figur 10. Antall HMS-avvik per årsverk 2016 fordelt på klinikk

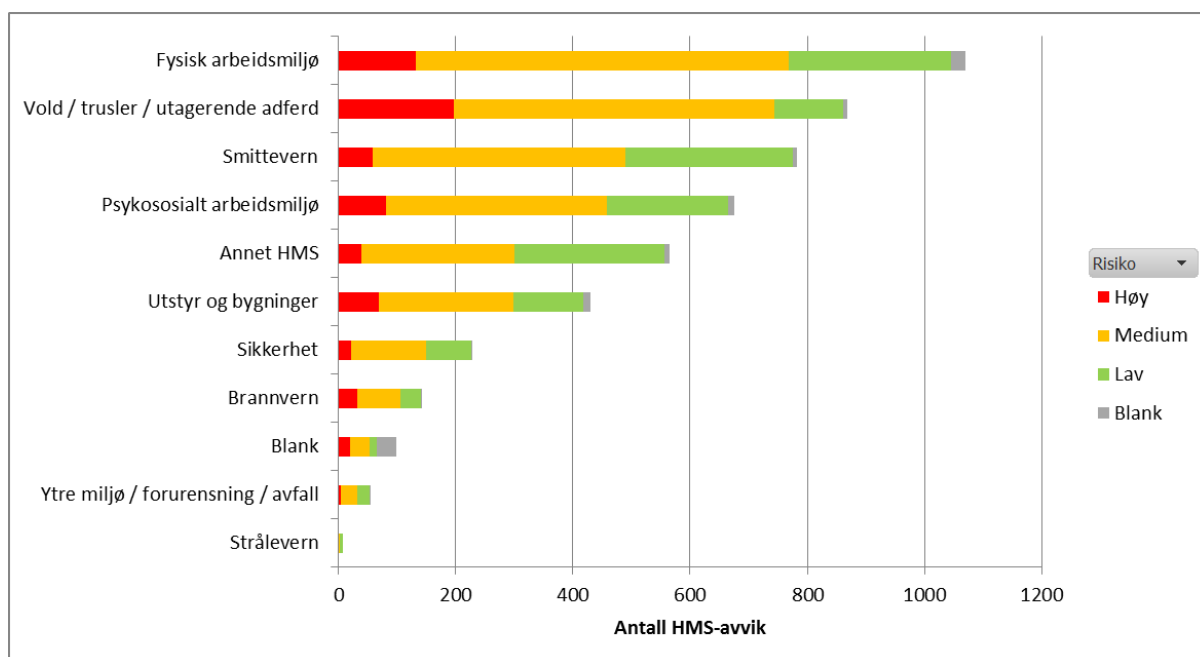
Det er 2. tertial som skiller seg ut med færrest antall registreringer. Dette kan skyldes ferieavvikling på sommeren. Totalt ble det registrert 1660 HMS-avvik i 1. tertial, 1414 HMS-avvik i 2. tertial og 1849 HMS-avvik i 3. tertial.



Figur 11. Antall HMS-avvik registrert av klinikk per tertial

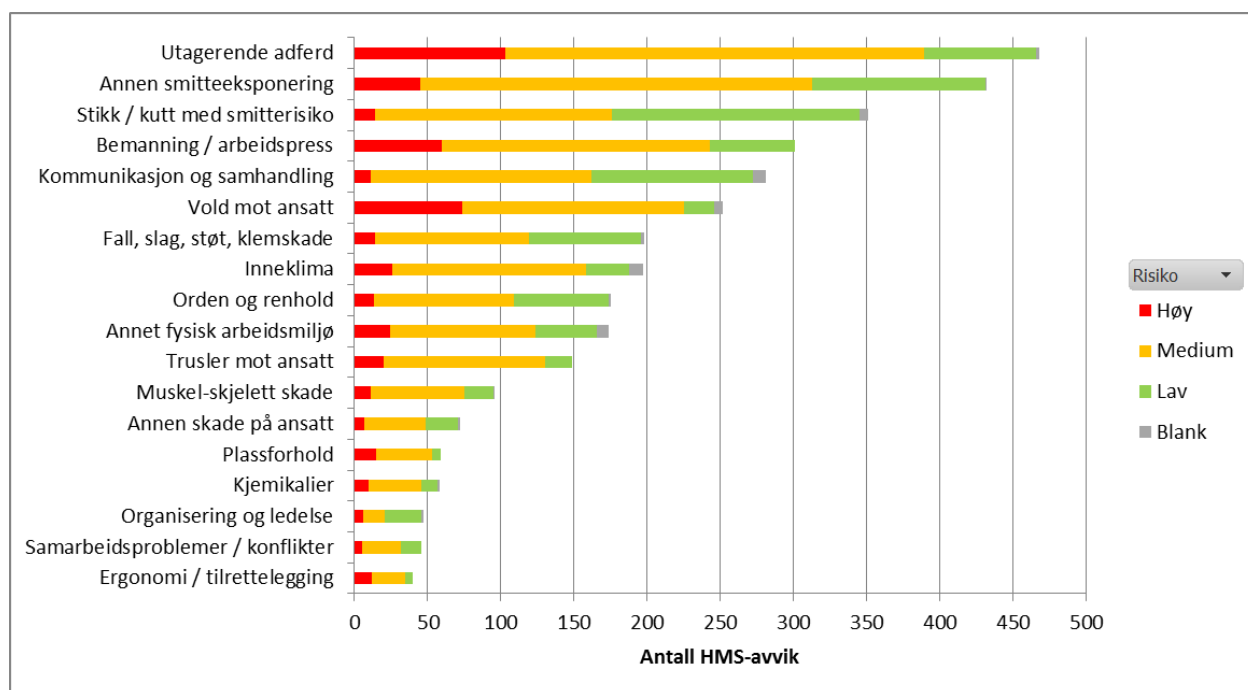
Fordeling av innmeldte saker

Når et HMS-avvik blir registrert skal nærmeste linjeleder til den som melder behandle saken og gjøre sin vurdering av kategori og risiko. Fordelt på hovedkategorier, er det i 2016 «Fysisk arbeidsmiljø» som har de fleste sakene (1069), etterfulgt av «Vold/trusler/utagerende adferd» (869), «Smittevern» (783) og «Psykososialt arbeidsmiljø» (675).



Figur 12. Antall HMS-avvik fordelt på hovedkategorier og risikonivå satt av linjeleder

Diagrammet under viser HMS-avvikene i 2016 fordelt på underkategoriene til de fire største hovedkategoriene:



Figur 13. Antall HMS-avvik fordelt på underkategoriene til de fire hovedkategoriene med flest avvik

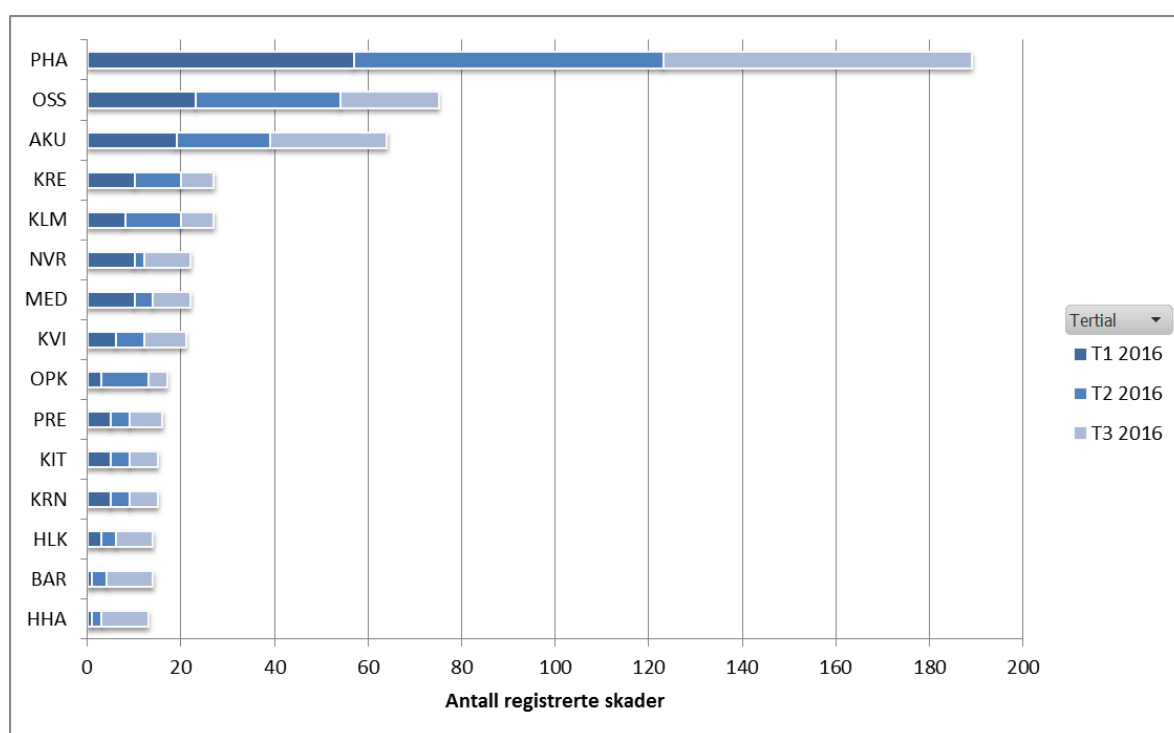
Samtlige klinikker har «Fysisk arbeidsmiljø» som en av hovedkategoriene det meldes inn flest HMS-avvik på. I Tabell 24 er det for hver klinikk merket med blått de tre største hovedkategoriene.

	Brannvern	Fysisk arbeidsmiljø	Psykososialt arbeidsmiljø	Sikkerhet	Smittevern	Strålevern	Utstyr og bygninger	Vold / trusler / utagerende adferd	Ytre miljø / forurensning / avfall	Annet HMS	Blank
AKU	3	132	48	4	144	2	69	16	6	80	
BAR	2	44	120	2	31		8	4	1	14	6
HHA		29	19	1	29		19			14	2
HLK	7	50	20	3	42	2	7	1	2	14	4
KIT	6	50	43	2	49		16	3	3	20	8
KLM	8	92	17	2	99		30	1	3	28	12
KRE	3	86	19	1	30	2	19	2	13	33	14
KRN	2	36	19	1	55	1	14	1		8	2
KVI	4	38	65		31		6	1	1	17	3
MED	13	90	50	7	87		21	29	6	51	9
NVR	3	63	26	6	19		22	22	2	27	4
OPK	2	48	22	4	65		10	33	1	14	2
OSS	55	89	23	7	60		51	13	11	67	13
PHA	33	169	131	159	26		97	709	6	94	19
PRE	1	52	53	26	15		38	33		83	1
STA		1		4	1		3	1		1	
Totalsum	142	1069	675	229	783	7	430	869	55	565	99

Tabell 25. Antall HMS-avvik per klinikk, fordelt på hovedkategorier

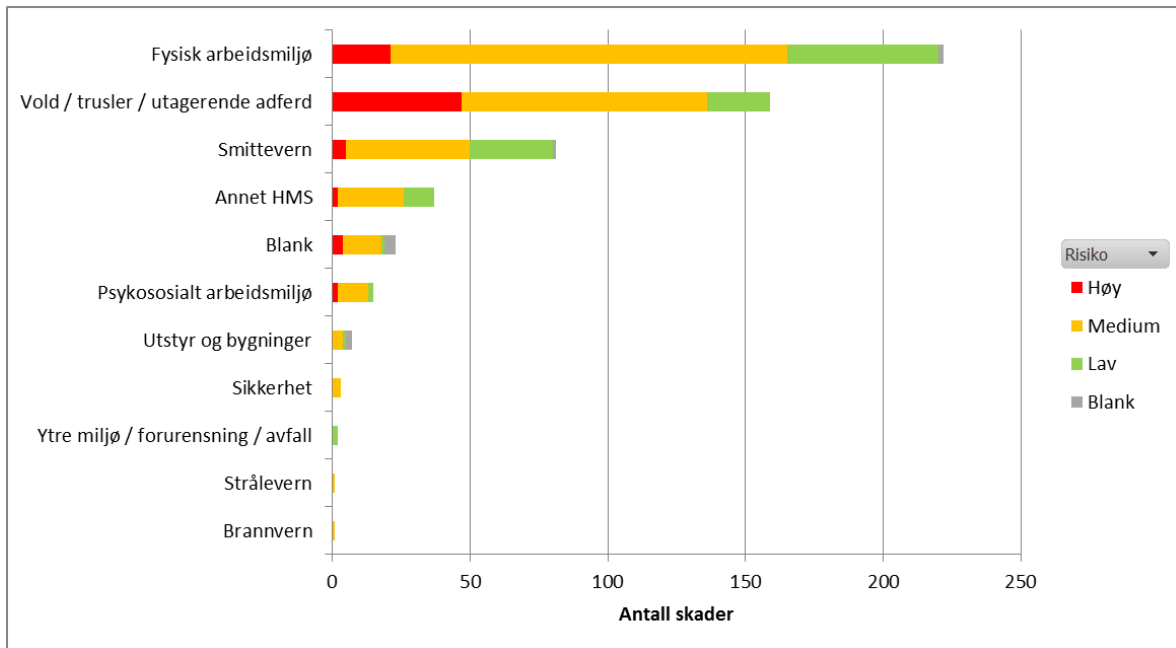
Skader

Skader på personell er en undergruppe av HMS-avvikene, så samtlige saker i dette avsnittet er en del av sakene i avsnittet over. Totalt ble det registrert 551 skader på ansatte i Oslo universitetssykehus HF i 2016: 166 i 1. tertial, 181 i 2. tertial og 204 i 3. tertial.



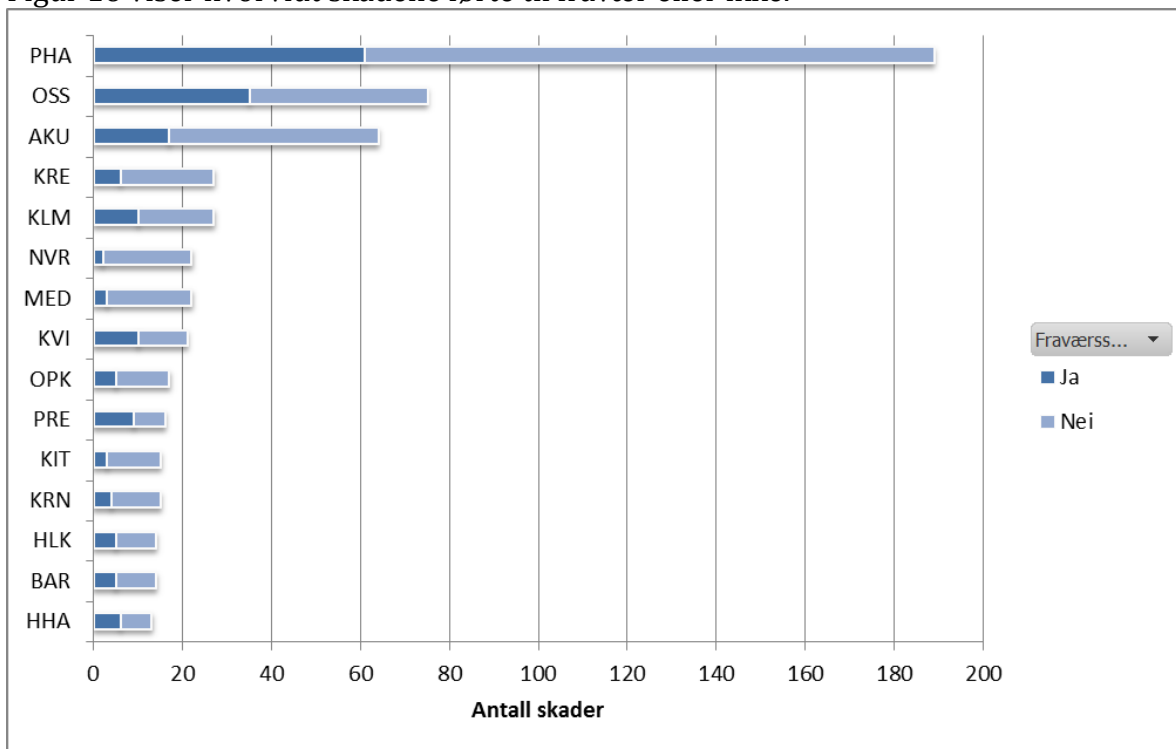
Figur 14. Antall registrerte skader, fordelt på klinikk og tertial

De tre hovedkategoriene for personskader med flest saker er «Fysisk arbeidsmiljø» (222), «Vold/trusler/utagerende adferd» (159) og «Smittevern» (81).



Figur 15. Antall registrerte skader, fordelt på hovedkategori og risiko satt av linjeleder

Figur 16 viser hvorvidt skadene førte til fravær eller ikke.



Figur 16. Antall registrerte skader, fordelt på klinikk og om det medførte fravær

I Tabell 25 er det for hver klinikk merket med blått den største hovedkategorien for skader i deres klinikk.

	Brannvern	Fysisk arbeidsmiljø	Psykososialt arbeidsmiljø	Sikkerhet	Smittevern	Strålevern	Utstyr og bygninger	Vold / trusler / utagerende adferd	Ytre miljø / forurensning / avfall	Annet HMS	Blank
HHA		9	1		2		1				
BAR		2	4		5			1		1	1
HLK		6		1	5					1	1
KRN		6	1	1	5		1				1
KIT		9			4						2
PRE		8						6		2	
OPK		5	1		7		1			2	1
KVI		13	3		2			1		2	
MED		7			10			3			2
NVR		8			3			8		3	
KLM		18			5					1	3
KRE		13			3	1	1	1		3	5
AKU		40	1		12		1	5		5	
OSS		45			7		1	5	2	11	4
PHA	1	33	4	1	11		1	129		6	3
Totalsum	1	222	15	3	81	1	7	159	2	37	23

Tabell 26. Antall skader per klinikk, fordelt på hovedkategorier

6 Vedlegg

6.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 3. tertial 2016

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, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygg/anlegg /utstyr
12.09.16	Branntilsyn	Tilsyn med gassanlegg OUS	VVS-avdelingen	3	0	Tiltak planlegges				2					1
22.09.16	Branntilsyn	Varsel om tilsyn Dikemark sykehus	Brannvernseksjonen	0	0	Lukket									
27.09.16	Fylkesmannens helseavdeling	Landsomfattende tilsyn: Identifisering og behandling av pasienter med sepsis eller mistanke om sepsis i Akuttmottak, Ullevål	Akuttmottak, Ullevål	2	0	Tiltak planlegges		1					1		
29.09.16	Mattilsynet	Uanmeldt Mattilsyn hovedkjøkken Rikshospitalet	Hovedkjøkken RH	0	0	Lukket									
17.10.16	Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap	Tilsyn ved OUS 2016 og NKOM	Elektroavdelingen	4	0	Tiltak planlegges				1	1	1			4
03.11.16	Mattilsynet	Planlagt revisjon på hovedkjøkken Ullevål	Hovedkjøkken US	2	2	Lukket						1			1
03.11.16	Luftfartstilsynet	Tilsyn Oslo helikopter-plass, Ullevål	Sikkerhetsavdelingen	1	0	Tiltak under utføring				1					
14.11.16	Statens strålevern	Tilsynet som del av en europeisk aksjonsuke med tema berettigelse (hele prosessen innen røntgendiagnostikk)	Seksjon for drift radiologi, Ullevål/Aker			Venter på rapport									
21.11.16	Statens legemiddelverk	Tilsyn ved Ex Vivo cellelaboratoriet, RH KLM/IMM	Seksjon for Ex vivo cellelaboratorium	7		Tiltak planlegges				5		2			
29.11.16	Statens strålevern	Tilsyn ved stråleterapi US, Øyeavdelingen og Hudseksjonen	Seksjon for stråleterapi	4		Venter på rapport	1					3			
Totalt				23	2		1	1	0	9	1	8	0	6	

Tabell 27. Eksterne tilsyn gjennomført i 3. tertial 2016

6.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid

Tilsyns-dato	Tilsynsetat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Kommentar - status
10.05.16	Miljøvernavdelingen, Fylkesmannen	Tankanlegg	Oslo Sykehus-service VVS	3	0	Handlingsplan oversendt
24.08.15	Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap	DSB tilsyn: Utgangspunkt i tidligere avvik (elektro), sikring av kompetanse i bruk av MTU og hendelser ved aktive implantater som pacemakere og ICD	Elektro-avdelingen	4	2	Egen handlingsplan over flere år.
17.03.15	Riksrevisjonen	Selskapskontroll 2014: Kontroll av informasjonssikkerhet i medisinskteknisk utstyr (MTU)	VO Medisinsk teknologisk			Det er etablert felles krav til informasjonssikkerhet og IKT regionalt. Dette er dokumentert i eHåndboken. Lukket.
09.02.16	Datatilsynet	Kontroll hos Krefregisteret – Janus serumbank.	OUS	4	4	Svar er sendt Datatilsynet, og sykehuset avventer tilbakemelding.
06.10.14	Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap	Oppfølging av DSB tilsyn i 2012 og 2013	Oslo Sykehus-service	9	5	Bygningsmessige tiltak. Følges opp gjennom regelmessige dialogmøter.
23.04.14	Riksrevisjonen	RR rapport 3:2 (2014/2015): Styring og kontroll med helse-opplysninger i elektroniske pasient-journaler	Oslo universitets-sykehus HF	4	0	Arbeidet er rapportert i ledermøtet og styremøtet OUS juni 16. Det gjenstår mindre arbeidsoppgaver som følges opp. Lukkes.
16.12.13	Branntilsyn	Branntilsyn ved OUS - Søsterhjemmet. Hvilke branntekniske tiltak er gjort.	Oslo Sykehus-service			Bygningsmessige tiltak. Følges opp gjennom regelmessige dialogmøter.
01.07.11	Arbeidstilsynet	Tilsynsrapport fra statusmøte 150611	Oslo universitets-sykehus HF	10	9	Bygningsmessige tiltak. Følges opp gjennom regelmessige dialogmøter.
02.03-18.03	Oslo kommune, Vann og avløpsetaten	Tilbakestrømning av forurenset vann	Oslo Sykehus-service VVS	26	0	Egen handlingsplan som løper over flere år

Tabell 28. Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid.

Målgruppe: Foretaksstyret – Styresak 3/2017.
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Sølvi Andersen, Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Saksbehandler: Spesialrådgiver Øystein Helland
Dato: 17. februar 2017
Fil: - LGG 3T 2016 v23.docx

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. februar 2017

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

Vedlegg: Rapportvedlegg

SAK 4/2017 RAPPORT PER DESEMBER 2016

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen per desember 2016 til orientering.

Oslo den 8. februar 2017



Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Denne saken viser foreløpige resultater for 2016 slik de er rapportert til Helse Sør-Øst RHF 18. januar 2017. Endelige resultater vil inngå i rapporteringen av årsregnskapet for 2016 som legges frem for styret 22. mars.

Gjennomgang av status og resultater per desember 2016 viser kortfattet følgende:

- Registrert aktivitet innenfor somatikken var i 2016 0,1 prosent lavere enn budsjettert.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne var den rapporterte aktiviteten i 2016 høyere enn planlagt.
- Innenfor psykisk helsevern for barn og unge var den rapporterte aktiviteten for 2016 høyere enn planlagt for utskrevne pasienter mens antall liggedøgn var om lag som budsjettert. Antall oppholdsdager dagbehandling og antall polikliniske konsultasjoner var imidlertid lavere enn budsjettert.
- Den polikliniske aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling var høyere enn planlagt. Det samme gjelder for antall liggedøgn, mens antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling var lavere enn budsjettert.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter var per utgangen av desember 89. Dette er 50 flere enn ved utgangen av 2015.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer var per utgangen av desember 101 mot 453 ved utgangen av samme periode i 2015.
- Rapportert økonomisk resultat etter desember 2016 viste et overskudd på 206 millioner kroner, mot et budsjettmål på 225 mill kroner.
- Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk til og med desember 2016 var 18 510. Dette var en økning på 161 fra samme periode i 2015, herav 35 månedsverk med ekstern finansiering (øremerkede midler).
- Sykefraværet i 2016 (til og med november) var 7,2 prosent og var redusert fra 7,3 prosent i samme periode 2015.

2. Administrerende direktørs vurderinger

Hovedmålene for virksomheten i Oslo universitetssykehus i 2016 var å gi pasientene god diagnostikk, behandling og oppfølging blant annet ved å unngå fristbrudd, redusere ventetid, innfri krav til pakkeforløp og sikre et økonomisk resultat som budsjettert eller bedre.

For å sikre målene innenfor tilgjengelige helsetjenester er det over lengre tid arbeidet målrettet med oppfølging av ventende, ventetider og frister for start helsehjelp. Gjennom 2016 er oppmerksomheten i økende grad rettet mot intern oppfølging av pasientene etter at initial rett til utredning eller behandling er innfridd. Dette måles blant annet med antall pasienter hvor planlagt tidspunkt for videre oppfølging i sykehuset dato er passert og antall pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny kontakt. Arbeidet med oppfølging av indikatorer for å sikre god tilgjengelighet av helsetjenester fortsetter i 2017 med utvikling og oppfølging både av nåværende og nye indikatorer.

Det var god aktivitet på de aller fleste områder i 2016. Dette gjelder både innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling var det særlig stor økning i den polikliniske aktiviteten fra 2015 til 2016. Dette gjelder også psykisk helsevern for barn og unge, selv om antall konsulasjoner innenfor dette området ble noe lavere enn forutsatt i budsjettet for hele 2016, økte antall konsultasjoner med nesten 7 prosent (3.000 konsultasjoner) fra 2015 til 2016.

Den samlede aktiviteten innenfor somatikken, målt i antall DRG-poeng, var om lag som budsjettert og økte med opp mot 2 prosent fra 2015. For å effektivisere driften og redusere de samlede ventelistene arbeides det fortsatt med å bedre kapasitetsutnyttelsen både på poliklinikker og innenfor operasjonsområdet. Fra 2015 til 2016 var det en større vekst i aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innenfor somatikken.

Det rapporterte økonomiske resultatet for 2016 viser så langt et overskudd på 206 millioner kroner. Selv om dette er 19 millioner kroner lavere enn budsjettert vurderes dette som positivt og overskuddet er et viktig bidrag for å kunne gjennomføre foretakets investeringsplaner fremover. Driften i klinikkene har imidlertid vært klart svakere enn budsjettert. Engangsgevinst fra salg av eiendom og forsinkelse i gjennomføring av regionale IKT-prosjekter enn lagt til grunn i budsjettet for 2016 motvirket i stor grad det negative avviket fra klinikkene i 2016. I tillegg ble enkelte utviklingsoppgaver innen IKT forskjøvet i tid i forhold til det som opprinnelig var lagt til grunn. For å lykkes med gjennomføring av budsjettet for 2017 er det nødvendig å forsterke effektiviseringen av driften.

Bemanningsstallene fra de siste månedene kan tyde på at tiltak for å tilpasse bemanningen til budsjett gjennom strammere styring har hatt ønsket effekt. Antall månedsværk er de siste månedene av 2016 på nivå med samme periode i 2015, men fortsatt høyere enn nivået i 1. halvår 2016. Bemanningsskontroll og bedre drift vil fortsatt være hovedområder for å kunne gjennomføre virksomheten for 2017 itråd med budsjett.

3. Tilgjengelige helsetjenester

Det arbeides kontinuerlig med å sikre god tilgjengelighet av helsetjenester med god kvalitet. En viktig del av dette er kvalitetssikring av ventelistedata og å sikre at alle pasienter får time innen fastsatt tid. Sykehuset har i 2016 forsterket oppfølgingen av de pasientene som venter på å få innfridd tentativ dato etter at frist til utredning eller behandling er innfridd og vil fortsette dette arbeidet i 2017.

Status fristbrudd

Per utgangen av desember var det 89 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2015 er dette en økning på 52 fristbrudd. Årsaken til at fristbrudd ventende ikke er i null skyldes i hovedsak at time er avtalt og tildelt pasient kort tid etter frist, forsinkelser i oppretting av ikke registrerte rettighetsopplysninger fra andre helseforetak og manglende registrering av utsattkode eller av ventetid slutt. Pasienter som ble utsatt for fristbrudd i forbindelse med streiken er ivaretatt med ny time. Sykefravær i desember, grunnet influensa hos de ansatte, medførte at en del pasienter fikk utsatt sin planlagte tid for start helsehjelp. Disse pasientene er ivaretatt med ny avtale, men viser seg som "fristbrudd ventende" inntil helsehjelpen har startet.

I desember var det en andel på 1,1 prosent (61 pasienter) som ble avvirket etter frist start helsehjelp. Dette omfatter både pasienter som har ønsket eller samtykket i å vente kort tid utover frist, i stedet for å vurdere behandling et annet sted, pasienter som er viderehenvist fra andre helseforetak hvor det har vært vanskelig for Oslo universitetssykehus HF å imøtekomme den fristen som er satt, noe etter registrering av ventetid slutt, samt avviking av fristbrudd som følge av streiken. Fristbrudd avvirkede påvirkes av det arbeidet som pågår med reduksjon av antall åpne henvisningsperioder uten planlagt kontakt og reduksjon av antall tentativ dato passert. Forebygging av fristbrudd pågår kontinuerlig og i de tilfeller

hvor pasientene må vente utover frist, kontaktes pasienten for samtykke til forlenget ventetid. Dette blir journalført.

Status langtidsventende (ventet 12 måneder eller mer)

Per utgangen av desember var antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer 101. Sammenlignet med samme periode i 2015 er det en reduksjon på om lag 350 langtidsventende. Det er nå flest langtidsventende innenfor fagområdet ortopedi. Dette er pasienter som gikk inn med status "uten rett" den 01.11.15. Det er laget en plan for avvikling av disse pasientene tidlig i 2017.

Status ventetider

I desember var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 61 dager. Dette er en reduksjon på 8 dager sammenlignet med samme periode i 2015. Reduksjon av antall åpne henvisningsperioder uten planlagt kontakt og avvikling av pasienter med passert tentativ dato, påvirker og forlenger gjennomsnittlig ventetid til avvikling for uavklarte tilstander i alle klinikker. For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av desember 64 dager, hvorav 62 dager for pasienter som venter med rett til helsehjelp og 724 dager for den gjenværende mindre gruppen av pasienter (53) fra før 1. november 2015 uten rett. Gjennomsnittlig ventetid for alle ventende er redusert med 20 dager fra utgangen av desember 2015. Antall ventende "uten rett" er redusert fra 3.600 i januar 2016 til 53 i desember 2016.

Timeavtale tildelt innen 10 virkedager fra mottak av henvisning («direkte booking»)

Gjennom 2016 har en økende andel av pasientene fått timeavtale innen 10 virkedager fra mottak av henvisning. I desember fikk vel 71 prosent av pasientene tildelt timeavtale innen 10 virkedager fra mottak av henvisning ved Oslo universitetssykehus. For 2016 sett under ett var andelen 67 prosent. Dette er lavere enn snittet for foretaksgruppen Helse Sør-Øst (75 prosent per november). For å øke fokus på viktigheten av «direkte booking» er det besluttet at indikatoren fra og med 2017 vil inngå i ukentlig oppfølging til klinikk- og avdelingsledere. Det vil samtidig bli etablert en ny indikator som skal vise andel pasienter som får «time i hånden», dvs ny time samtidig som en konsultasjon avsluttes.

Tiltak for å sikre tilgjengelige helsetjenester

Arbeidet med å forebygge fristbrudd, unngå langtidsventende og redusere ventetider omfatter tiltak på flere områder. Noen av tiltakene fremkommer under:

- Tett oppfølging av foretakets handlingsplan for pasientbehandling hvor det er definert overordnede tiltak for forutsigbar og koordinert utredning og behandling innenfor angitte frister.
- Oppfølging av signaler som kommer fra Tilgjengelighets- og resursstyringsprosjektet og av merknader fra Konsernrevisjonen.
- Løpende ajourhold av venteliste med kvalitetssikring av ventetider, fristbrudd og langtidsventende.
- Ved manglende kapasitet, samarbeide med Informasjonstjenesten velg behandlingssted om alternative behandlingssteder for pasienten.
- Inngå avtaler med avtalespesialister etter mal for samarbeidsavtale utarbeidet av arbeidsgruppe i fagdirektørforumet.
- Samarbeid med private leverandører som Helse Sør-Øst RHF har inngått avtale med (hvor helseforetakene kan gjøre avrop på slik avtale).
- Videreføre internsertifiseringsprogram for henvisningsperioden for kontorlaglig tjeneste og ventelisterådgivere og tilrettelegge for spisset opplæring til leger i registrering av

vurdering av henvisninger og prioritering av pasienter som skal settes på venteliste, inkludert bruk av prioriteringsveiledere.

- Følge opp at henvisninger blir vurdert, og at riktig brev med oppmøtetid og informasjon om pasientrettigheter blir sendt innen 10 dager.
- 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).
- Utvidet åpningstid på poliklinikker.
- Det er tilrettelagt for pasientadministrativt arbeid ved å følge opp sentrale indikatorer i foretakets ledelsesinformasjonssystem. Innholdet er utvidet gjennom 2016. Flere indikatorer inngår i en ukentlig rapport som hver mandag sendes alle klinikk- og avdelingsledere, "Min rapport".

4. Pasientbehandling

4.1. Aktivitet somatikk

For hele 2016 var det budsjettert med 233 014 DRG-poeng. Dette inkluderte forventet positiv effekt på 659 DRG-poeng som følge av at flere yrkesgrupper gir ISF-refusjon i 2016 enn i tidligere år (flytting av midler fra basisramme til ISF). Endringene i ISF-regelverk/-veker fra 2015 til 2016 utover dette ble i budsjettet forventet å være nøytrale for Oslo universitetssykehus HF, dvs at aktiviteten i 2015 skulle gi om lag samme antall DRG-poeng med 2016-regelverk som det som er registrert for 2015 med 2015-regelverk. Interne beregninger viste imidlertid en negativ effekt på om lag 1 500 DRG-poeng for 2016 som følge av endringene i DRG-systemet sammenlignet med forutsetningene i budsjettet. Dette tilsvarer en inntektsreduksjon på om lag 35-45 millioner kroner. Nye yrkesgrupper ga isolert sett økt antall DRG-poeng, men det viste seg å være en større negativ effekt på andre DRG'er.

Innenfor somatikken var det høyere aktivitet enn budsjettert i desember. Dette innebærer at det negative avviket for 2016 ble redusert fra om lag 1 000 DRG-poeng etter november, til 150 DRG-poeng etter desember. Rapporterte tall for desember inkluderer noe etterregistrering for perioden september – november 2016 (3. tertial). Det presiseres at rapportering av DRG-poeng og ISF-inntekter er basert på foreløpige tall, da endelig aktivitetsgrunnlag for 2016 først ville foreligge etter at arbeidet med denne styresaken ble avsluttet. Mange gjennomførte transplantasjoner i november med utskrivning i desember er en viktig årsak til høyt antall DRG-poeng i desember, men det har også vært høyere aktivitet enn budsjettert innenfor flere andre fag som gastrokirurgi, ortopedi og plastikk-kirurgi. Sammenlignet med 2015 viser interne beregninger en vekst i den somatiske aktiviteten på 1,6 pst.

4.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne

Innenfor voksenpsykiatrien ble det i 2016 skrevet ut 268 flere pasienter (15,4 prosent) enn plantall mens antall liggedøgn er 1 313 (1,8 prosent) høyere enn budsjettert. Sammenlignet med 2015 økte antall utskrevne pasienter med 215 (12,0 prosent), mens antall liggedøgn for døgnbehandling økte med 1 867 (2,6 pst) fra 2015. Døgnaktiviteten var høyere enn forutsatt i budsjettet. Noe av årsaken til dette er samlokalisering av behandlingsplasser ved Nydalen DPS og Søndre Oslo DPS, som har medført bedre drift i nye lokaler. Flere utskrivninger skyldtes også noe kortere liggetider for noen behandlingsforløp.

Antall polikliniske konsultasjoner var 9,7 prosent (9 172) høyere enn plantall og 12,8 prosent (11 779 konsultasjoner) høyere enn i samme periode i 2015. Økningen i antall

konsultasjoner er blant annet en effekt av bedret organisering etter samlokalisering ved DPS'ene og flere behandlerstillinger ved de to DPS'ene, samt at en større del av behandlerstillingene nå arbeider på poliklinikkene mens de tidligere arbeidet mer ambulant (gjelder Nydalen DPS).

4.3. Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge

Antall utskrivninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien var i 2016 12 høyere enn budsjettert og økt med 30 fra 2015. Antall liggedøgn var 22 (0,4 prosent) lavere enn plantall og 159 (2,9 prosent) lavere enn i 2015. Reduksjon i liggedøgn fra 2015 knyttes i stor grad til en enhet med midlertidig redusert behandlerkapasitet pga sykefravær. For andre enheter er det stor pågang av pasienter pasienter med behov for døgnplass og enkelte enheter har overbelegg og flere som venter på døgnplass. Det har vært stor pågang de siste månedene av 2016, med mange innleggelser av kort varighet som medfører mange utskrevne pasienter.

Antall oppholdsdager dagbehandling var i 2016 559 (14,7 prosent) lavere enn plantall og redusert med 256 (7,3 prosent) fra 2015. Færre oppholdsdager dagbehandling enn budsjettert må ses i lys av det var budsjettert med et noe høyt antall dagopphold samtidig som høyt belegg på døgnpostene medførte liten kapasitet til å gjennomføre den dagbehandling som var planlagt.

Den registrerte polikliniske aktiviteten var i 2016 505 konsultasjoner (-1,1 pst) lavere enn plantall. Sammenlignet med 2015 økte imidlertid antall polikliniske konsultasjoner med 2 939 (6,8 prosent). Det har over lengre tid vært arbeidet med tiltak for å øke antall polikliniske konsultasjoner innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Dette har så langt gitt gode resultater. De siste månedene har det likevel vært færre polikliniske konsultasjoner enn budsjettert. Dette skyldes blant annet ledige stillinger, sykefravær og permisjoner. Det arbeides for å besette ledige stillinger, og noen er ansatt og vil tiltre i løpet av de nærmeste månedene. Dette forventes å gi en økning i antall polikliniske konsultasjoner fremover.

4.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Innenfor TSB ble det i 2016 skrevet ut 746 færre pasienter (24,4 pst) fra døgnbehandling enn plantall. Dette er en reduksjon på 542 utskrivninger (19,0 pst) fra 2015. Avvik relateres først og fremst til at det ikke er justert for endring i registreringspraksis for internoverføringer fra seksjon rusakutt og avgiftning, samt en omlegging av driften ved en av seksjonene som medfører noe lengre liggetid. Antall liggedøgn viser et positivt avvik i forhold til plantall på 5,2 pst (1 258 liggedøgn). Sammenlignet med 2015 økte antall liggedøgn med 800 (3,2 pst) i 2016. Dette var et resultat av at klinikken i lengre tid har arbeidet med tiltak for å sikre at pasientene gjennomfører behandlingen.

I 2016 var antall polikliniske konsultasjoner innenfor TSB 2 637 (12,4 pst) høyere enn budsjettert, hvilket er en økning på 14,6 pst (3 046 konsultasjoner) fra 2015.

5. Økonomi

5.1. Budsjettert overskudd

Oslo universitetssykehus HF har budsjettert med et overskudd for 2016 på 225 millioner kroner, det vil si 18,7 millioner kroner per måned.

5.2. Rapportert resultat for desember 2016

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter desember 2016 et regnskapsmessig overskudd på nær 206 millioner kroner mot et budsjettert overskudd på 225 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik i forhold til budsjett på rundt 19 millioner kroner. Dette er svakere enn sykehusets innmeldte resultatprognose etter regnskapet for november, som var som budsjettert, dvs med et overskudd på 225 millioner kroner. I resultatprognosen var det forutsatt at utestående krav for sykehotell ville bli gjort opp innen utgangen av 2016. Denne saken er imidlertid ennå ikke løst og bidrar dermed til et noe svakere regnskapsmessig resultat for 2016 enn prognostisert. Gevinst fra salg av Sognsveien 9 er inkludert i resultatet for desember med 135 millioner kroner. I rapportert resultat er det tatt høyde for kjente inntekter og kostnader knyttet til 2016, og det er gjort vurderinger på øvrige områder. Det er likevel usikkerhet knyttet til endelige årsresultat på flere områder. Dette gjelder blant annet IKT-kostnader til Sykehusparter hvor vi ennå ikke har mottatt informasjon med nødvendig detaljeringsgrad. Som følge av akademikerstreiken er en stor del av lønnsoppgjøret for 2016 ennå ikke effektivert. Dette er regnskapsmessig håndtert ved at det er foretatt avsetninger ut fra at oppgjøret for akademikergruppen vil gi en årslønnsvekst på 2,4 pst fra 2015 til 2016. Der det foreligger oppdatert informasjon vil dette bli hensyntatt ved ferdigstilling av endelig årsregnskap for 2016 (legges frem for styret i mars).

Sum driftsinntekter viser et positivt avvik på om lag 339 millioner kroner (1,5 prosent). I avviket for driftsinntekter inngår blant annet:

- Aktivitetsbaserte inntekter viser samlet et positivt avvik på om lag 9 millioner kroner. Inkludert i dette er negativ effekt av ISF-regelverket (grupper) for 2016 og effekt av økt pris per DRG-poeng som på årsbasis gir en økt inntekt på 15-16 millioner kroner, samt effekter av ISF-avregning 2015 som slår noe negativt ut. Innenfor laboratorie- og radiologiområdet er det noe reduserte inntekter som følge av reduserte takster fra Helfo og reduserte priser for tjenester mellom regionene.
- Gevinst fra salg av eiendom er 139 millioner kroner høyere enn budsjettert. Dette skyldes gevinst fra salg eiendom, hvorav Sognsveien 9 A og B utgjør 135 millioner kroner og Totengata 14 3,4 millioner kroner.
- Inntekt fra aktiviteter med øremerket finansiering er 142 millioner kroner høyere enn budsjettert. Dette inkluderer inntekter til å dekke merkostnader knyttet til kjøp av behandling i utlandet, inkl protonterapi og saker fra Helse Nord, med om lag 40 millioner kroner (tilsvarende utgift under kjøp av private helsetjenester).

Sum driftskostnader viser et negativt avvik 374 millioner kroner. Avviket gjelder først og fremst:

- Kostnader til aktiviteter med øremerket finansiering er 142 millioner kroner høyere enn budsjettert. Det er tilsvarende avvik på inntektssiden.
- Varekostnadene er 123 millioner kroner høyere enn budsjettert, hvorav 95 millioner kroner gjelder ordinær drift og 27 millioner kroner øremerkede midler. Det antas at høyere prisvekst enn lagt til grunn i budsjettet har bidratt til dette avviket.
- Kostnad til kjøp av private helsetjenester er 45 millioner kroner høyere enn budsjettert. Dette gjelder i hovedsak kjøp av behandling i utlandet, hvor merkostnadene i stor grad refunderes fra Helse Sør-Øst RHF.
- Lønn og innleie av helsepersonell er 238 millioner kroner høyere enn budsjettert. Av dette utgjør innleie av helsepersonell 39 millioner kroner. Bokførte kostnader til lønnsoppgjøret i 2016 er noe lavere enn budsjettert (om lag 30 millioner kroner). For akademikergruppen er det forutsatt at oppgjøret får en årslønnsvekst på 2,4 pst.

- Avsetning for mulig tap sykehotell i 2016 fra andre regioner med 12 millioner kroner. Det er i tillegg fortsatt et utestående krav mot andre regioner for tidligere år på om lag 18 millioner kroner.
- Kostnader til nye legemidler overført fra folketrygden fra 1.1.2016 er om lag 7 millioner kroner høyere enn budsjettert.
- Det er vedtatt anskaffelse av et prefabrikkert sykehusbygg hvor gjennomføringen er forsinket som følge av avbestilling av inngått kontrakt. Det er usikkert om anskaffelsen blir gjennomført, og det er avsatt til sammen 12 millioner kroner for påløpte kostnader på dette prosjektet.
- De samlede IKT-kostnadene i 2016 ble om lag 120 millioner kroner lavere enn budsjettert. Dette skyldes først og fremst følgende forhold:
 - Sykehuspartner har tidligere år fakturert helseforetaket for et for høyt antall arbeidsflater. Dette gjaldt i hovedsak 2014 og 2015. SP har nå tilbakebetalt (kreditert) 25 millioner kroner for dette. Avklaring av andre saker fra 2015 med Sykehuspartner gir et ytterligere positivt avvik på 7 millioner kroner i 2015.
 - Frikjøp av ansatte til regionale og nasjonale prosjekter.
 - Forsinkelser i planlagte oppgraderinger av laboratorie- og radiologisystemer.
 - Senere ibruktakelsestidspunkter for IMP og andre regionale prosjekter enn forutsatt i budsjettert.
 - Reduksjon i bestillinger og tjenesteendringer.
- Lavere renter enn forutsatt bidrar både positivt (rentekostnader) og negativt (renteinntekter) til det økonomiske resultatet. Inngåelse av leasingavtaler skjedde gjennomgående noe senere enn planlagt og bidro positivt til nettofinans. Netto finans bidro positivt med om lag 15 millioner kroner i forhold til budsjettert resultat.

Tabellen under (høyre kolonne) viser avvik hittil i år for ulike inntekts- og kostnadstyper tilknyttet ordinær drift med korte kommentarer dvs når avvik som gjelder øremerkede prosjekter mv er holdt utenom.

Tall i hele mnok	Avvik per desember 2016		Kommentarer til avvik justert for avvik innenfor øremerkede prosjekter mv
	Rapportert	Justert ØM	
Basisramme	0	0	Basisramme er inntektsført som budsjettert.
Aktivitetsbaserte inntekter	9	5	ISF-inntektene noe lavere enn budsjettert. Resultatet inkl effekt av økt enhetspris med 15-16 mnok. Gjestepasientinntekter om lag som budsjettert. Noe høyere poliklinikkinntekter, særlig innenfor lab-området.
Andre inntekter	330	192	Utleie av personell utgjør (43 mnok). Salg av varer og tjenester (30 mnok). Gevinst fra salg av Sognsveien) med 135 mnok i desember.
Sum driftsinntekter	339	197	
Lønn -og innleiekostnader	-238	-150	Kostnader til innleie er 39 mnok høyere enn budsjettert. Øvrig avvik (110 mnok) skyldes høyere lønnskostnader/ flere årsverk enn budsjettert.
Varekostnader mv	-172	-148	Avviket omfatter merkostnad til nye legemidler overført fra folketrygden med 7 mnok. Øvrig avvik skyldes blant annet høy intensivaktivitet, instrumenter, dyre implantater (CI-vedlikehold, LVAD/TAVI/hjerteklaffer), kreftlegemidler, LAR-medikamenter mv.
Andre driftskostnader	35	65	I avviket inngår merkostnader til pasientreiser (-7), energi (-10), tap sykehotell (-12) og reduserte IKT-kostnader til Sykehuspartner og lokale prosjekter IKT mv.
Sum driftskostnader	-374	-232	
Driftsresultat	-35	-35	
Netto finans	16	16	Avviket gjelder bidrag fra datterselskapene og lavere rentekostnader/-inntekter.
Resultat OUS	-19	-19	

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

5.3. Gjennomføring av tiltak

Budsjettet for 2016 ble vedtatt 17. desember 2015 (sak 78/2015) med tiltak for i underkant av 300 millioner kroner for å håndtere en betydelig økonomisk utfordring for budsjett 2016. For å styre driften i 2016 mot budsjettet overskudd ble det i juni iverksatt ytterligere tiltak for i underkant av 200 mill kroner. I rapportering og oppfølging med Helse Sør-Øst RHF blir de to tiltakspakkene referert til som «gamle tiltak» og «nye tiltak».

Den enkelte klinikk rapporterer hver måned faktisk effekt av det enkelte tiltak og forventet prognose. Administrerende direktør følger opp gjennomføringen av tiltakene i egne oppfølgingsmøter med alle klinikkledere hver måned. Klinikkenes tiltaksrapportering for 2016 viser at den økonomiske effekten av gjennomførte tiltak i 2016 var om lag 311 millioner kroner mens den forventede økonomiske effekten for 2016 samlet var på 466 millioner kroner. Dette tilsvarer en gjennomføringsgrad på 66 prosent. Det kan se ut som den økonomiske effekten av «nye tiltak» var noe større enn de tiltakene som inngikk i «gamle tiltak». Det understrekes imidlertid at det er usikkerhet knyttet til måten effekt av de enkelte tiltakene rapporteres, da de fleste tiltakene inngår i et helhetlig driftsbudsjett.

5.4. Investeringer

Gjennomføring av investeringsbudsjett 2016

I styresak 78/2015 ble investeringsbudsjettet for 2016 lagt frem, og styret vedtok et investeringsbudsjett på 1 213 millioner kroner. I styresak 6/2016 ble gjennomføring av investeringsbudsjettet for 2016 omtalt. Investeringene i 2016 var forutsatt delfinansiert med positive årsresultater for 2015 og 2016. Endelig årsresultat for Oslo universitetssykehus HF for 2015, korrigert for gevinst fra salg av eiendom, nedskrivninger og overskudd fra aksjeselskap, ga ikke ekstra likviditet til å finansiere andre investeringer enn omstillingsinvesteringene. For å kunne gjennomføre opprinnelig vedtatt investeringsbudsjett for 2016 har det derfor vært en forutsetning at det realistisk styres mot det budsjetterte årsresultatet på 225 millioner kroner i overskudd. Ifølge finansstrategien for Helse Sør-Øst kan realisert årsresultatet først benyttes til investeringer når helseforetaket har tilstrekkelig sikkerhet for årsresultatet. For å håndtere resultatrisikoen for 2016 ble styret i styresak 6/2016 «Budsjett 2016» orientert om at 100 millioner kroner av investeringsbudsjettet ble utsatt til senere år.

Gjennomførte investeringer i 2016

Tabellen nedenfor viser investeringsbudsjett vedtatt av styret, justert investeringsbudsjett etter utsettelse av 100 millioner kroner, regnskapsførte investeringer finansiert av investeringsrammen for 2015 og 2016, samt totale investeringer i 2016.

Investeringer (ekskl. byggelånsrenter)		Budsjett 2016	Revidert budsjett 2016	Gjennomføring av overheng fra tidligere år	Gjennomføring revidert budsjett 2016	Gjennomføring 2016
(Beløp i millioner kroner)						
TOTALT	MTU	375	307	77	256	333
	Bygg	689	667	0	427	427
	Annet	70	70	9	64	73
	<i>Investeringer som balanseføres</i>	1 133	1 043	86	747	833
	Egenkapital pensjon	45	45	0	45	45
	IKT ¹⁾	35	25	0	16	16
	SUM	1 213	1 113	86	808	894
Finansiert med	Ordinær likviditet	385	385	0	335	335
	Driftsresultat	195	95	0	64	64
	Lån	478	478	0	271	271
	Øremerkede tilskudd	0	0	0	98	98
	Finansiell leie	156	156	86	39	125
	SUM	1 213	1 113	86	808	894

1) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap.

I 2016 ble det totalt regnskapsført investeringer for 808 millioner kroner av det reviderte budsjettet (foreløpig regnskap). Det ble også regnskapsført nye leieavtaler for 86 millioner kroner finansiert av investeringsrammen for 2015. Av de samlede investeringene på 894 millioner kroner utgjorde en anskaffelse knyttet til nasjonalt konsortium for sekvensering og persontilpasset medisin om lag 92 millioner kroner. Oslo universitetssykehus HF finansierte en andel av dette, og budsjetterte med 12 millioner kroner for 2016. De resterende 80 millioner kroner ble finansiert av de øvrige deltakerne i konsortiet.

Korrigert for investeringen finansiert av de øvrige deltakerne i konsortiet for sekvensering og persontilpasset medisin ble det investert for om lag 170 millioner kroner i medisinsk-teknisk utstyr av investeringsrammen for 2016. Dette er om lag 200 millioner kroner lavere enn vedtatt investeringsbudsjett for 2016. Avviket forklares dels med at om lag 70 millioner kroner av investeringene i medisinsk-teknisk utstyr ble utsatt til senere år. Videre kommer en del av anskaffelsene først til leveranse i 2017 som følge av at anskaffelsene tar tid å gjennomføre.

I 2016 ble det startet opp nye finansielle leieavtaler for 125 millioner kroner, herav er 86 millioner kroner finansiert av investeringsrammen for 2015 og 39 millioner kroner av investeringsrammen for 2016. I tillegg er det inngått 32 nye leieavtaler som ikke er regnskapsført ved utgangen av 2016 fordi utstyret ikke er mottatt ennå.. Det gjenstår å gjennomføre om lag 10 planlagte anskaffelser som ikke var bestilt ved begynnelsen av 2017, men p.t. er enkelte av disse satt i bestilling.

Investeringer i Fase 2 - tilsynsavvik/oppgraderinger er om lag 240 millioner kroner lavere i 2016 enn budsjettert. Avviket forklares med at det har tatt lenger tid enn forutsatt å få et tilstrekkelig tempo på prosjektgjennomføringen, spesielt innenfor elektroområdet. Det pågår en dialog med Helse Sør-Øst RHF om hvilke prosjekter som kan lånefinansieres. Det er foreløpig forutsatt at 149 millioner kroner lånefinansieres, men dette kan bli endret.

5.5. Likviditet

Periodisert kontantstrømbudsjett for 2016 ble lagt frem for styret i sak 6/2016. Budsjettet innebar en bedring av likviditeten på om lag 180 millioner kroner gjennom 2016.

Pensjonskostnaden for 2016 ble redusert med 641 millioner kroner fra forutsetningene som ble lagt til grunn i det opprinnelige budsjettet til de forutsetningene som ble lagt til grunn i

regnskapet. Som følge av dette ble basisinntekten redusert med 656 millioner kroner. Pensjonskostnaden er en kalkulatorisk kostnad og har dermed ikke likviditetseffekt. Likviditetseffekten av pensjon kommer ved betaling av pensjonspremien til pensjonsleverandørene. Siden basisinntekten ble redusert mens betalbar pensjonspremie forble uendret måtte Oslo universitetssykehus HF i større grad trekke på driftskreditten gjennom 2016 enn opprinnelig lagt til grunn. For å kompensere for den likviditetsmessige belastningen av redusert basisinntekt vil Helse Sør-Øst RHF ved utgangen av året øke driftskredittrammen for Oslo universitetssykehus HF, slik at tilgjengelig likviditet blir om lag som opprinnelig forutsatt da budsjettet for 2016 ble bestemt.

Ved utgangen av 2016 var benyttet driftskreditt 2 771 millioner kroner, mot justert budsjett – dvs etter at konsekvensene av endret basisramme var innarbeidet – på 2 755 millioner kroner. Til tross for et driftsresultat om lag som budsjettet bidro driften likviditetsmessig negativt fordi oppgjøret for salg av Sognsveien 9 A og B vil skje i 2017. Likviditet fra investeringer bidro likviditetsmessig positivt i forhold til budsjett som følge av at om lag 100 millioner kroner av investeringene ble utsatt og lavere pådrag i prosjekter som gjelder tilsynsavvik og oppgraderinger.

6. Bemanning og sykefravær

I hele 2016 (januar – desember) var gjennomsnittlig antall brutto månedsverk 18 510. Dette er 161 brutto månedsverk flere enn i 2015, en økning på 0,9 prosent. Av økningen på 161 månedsverk var 126 knyttet til internt finansierte månedsverk og 35 til eksternt finansierte. I desember 2016 var det 21 flere brutto månedsverk enn i desember 2015. Antall månedsverk med ekstern finansiering var 41 flere i desember 2016 sammenlignet med desember 2015. Hensyntatt dette var antall månedsverk med intern finansiering 20 lavere i desember 2016 enn i desember 2015.

Bruk av variabelønnede månedsverk (overtid mv) har i 2016 minket med 50 månedsverk sammenlignet med 2015, en nedgang på 3,8 prosent. For desember måned 2016 gikk variabelønnede ned 62 månedsverk eller 4,4 prosent sammenlignet med desember 2015.

Tiltak for å sikre god bemanningsstyring

Som en del av arbeidet for å gjennomføre driften innenfor budsjettet for 2016 har det siste halvår 2016 vært arbeidet med å redusere antall månedsverk. De viktigste tiltakene er:

- Rekruttering og ansettelse
 - Klinikkene utfører streng bemanningskontroll ved nyansettelser gjennom sine stillingsutvalg (som utfører ukentlige vurderinger av ansettelser i hver klinikk)
 - Ledighold av stillinger der driftssituasjonen tilsier at det kan gjennomføres
 - Økt bistand fra HR-støttefunksjoner til klinikker knyttet til turnus og bemanningsplaner
 - Kostnadskontroll ved ferieavvikling; kontroll med ferievikarer og reduksjon av innleie av helsepersonell
- Kompetanseheving
 - Kontinuerlig kompetanseheving innen rekruttering, arbeidstid og GAT gjennom faste kurs som tilbys ved OUS
 - Obligatoriske lederkurs innen de samme temaer

- Målrettet opplæring ved klinikker med behov
- Styringsinformasjon og sentral kontroll
 - HR-data i ledelsesinformasjonssystemet (LIS) og i «intern månedsrapport»; styringsdata skal være anvendbare og lett tilgjengelig
 - Bemanningsutviklingen er fast punkt i direktørens ledermøter og i avdelingsledermøter i klinikkene
- Prosjekt reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk (fra oktober 2016)
 - Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk
 - Forbedret bruk av GAT Bemanningsplanlegging
 - Beslutninger knyttet til bruk av variabel lønn- praktisering/fullmakter

Ut over disse tiltakene er det i hver klinikk iverksatt målrettede tiltak knyttet til organisatoriske tilpasninger til drift, økt kostnadskontroll ved rekruttering, omlegging i arbeidstidsordninger samt ledighold av stillinger og redusert innleie.

Sykefravær

Sykefraværet per november 2016 var i gjennomsnitt 7,2 prosent, fordelt på 2,6 prosent korttidsfravær og 4,6 prosent langtidsfravær. Sykefraværet følger naturlig og sesongbasert fravær som kommer til uttrykk gjennom høyt sykefravær vintermånedene og et lavt nivå sommermånedene.

I november måned var korttidsfraværet 3,1 prosent og det totale sykefraværet var 7,6prosent, og om lag på samme nivå som i november 2015. Langtidsfraværet er 4,5 prosent i november, 0,4 prosentpoeng lavere enn i november 2015. Det ser ikke ut til at den strenge bemanningskontrollen har påvirket sykefraværet i klinikkene på negativ måte, tvert om fortsatte den gode trenden fra tidligere år gjennom 2016.

Styresak 4/2017 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF

Månedsrappport desember 2016

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 klinikker mv
- 3.3 Datterselskap, Investeringer og likviditet

4 Bemanning

- 4.1 Bemanningsutvikling
- 4.2 Andel deltid
- 4.3 Sykefravær

Definisjoner årsverksindikatorer

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet
MED	Medisinsk klinikk
HHA	Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi
NVR	Nevroklubben
OPK	Ortopedisk klinikk
BAR	Barne- og ungdomsklinikken
KVI	Kvinneklinikken
KIT	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon
KRE	Kreftklubben
HLK	Hjerte-, lunge- og karklubben
AKU	Akuttklubben
PRE	Prehospital klinikk
KLM	Klinikk for laboratoriemedisin
KRN	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin
KRG	Kreftregisteret
OSS	Oslo sykehusservice
STA	Direktørens stab
FPO (SPO)	Fellesposter
Konsern	Datterselskap
OUS	Oslo universitetssykehus HF

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år

Status per mnd: Akkumulerte tall

PHV: Psykisk helsevern

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

2.1 Aktivitet somatikk (DRG-poeng)

Oppdatert per 11/1-2017						
Periode: DESEMBER 2016	Periodens tall		HITTIL I ÅR		Sammenligning 2015	
Klinikk	Avvik	Avvik i %	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	52	2,3 %	-179	-0,7 %	-59	-0,2 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	230	14,9 %	861	4,3 %	1 489	7,7 %
Nevroklinikken	165	7,7 %	-389	-1,5 %	-310	-1,2 %
Ortopedisk klinikk	196	12,2 %	76	0,4 %	895	5,1 %
Barne- og ungdomsklinikken	-188	-14,5 %	-675	-4,3 %	-133	-0,9 %
Kvinneklinikken	-118	-7,2 %	280	1,4 %	577	2,9 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	386	14,9 %	-144	-0,4 %	1 098	3,4 %
Kreftklinikken	115	4,6 %	1 471	4,8 %	747	2,4 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	96	3,9 %	1 510	5,1 %	494	1,6 %
Akuttklinikken	-56	-19,1 %	-1 724	-37,9 %	-1 001	-26,1 %
Laboratoriemedisin	-2	-16,7 %	-8	-5,3 %	-2	-1,4 %
SUM TOTALT	803	4,3 %	-150	-0,1 %	3 656	1,6 %

- Estimat for forventet etterregistrering er inkludert med 265 DRG-poeng.
- Ved sammenligning med 2015 er 2015-data fremstilt med vektor og logikk for 2016.

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: DESEMBER 2016	Denne periode		Hittil i år		2016 mot 2015	
Oslo universitetssykehus HF	Awik	%	Awik	%	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen						
Antall utskrevne pasienter døgntilleggsbehandling	35	24,6 %	268	15,4 %	215	12,0 %
Antall liggedøgn døgntilleggsbehandling	251	4,0 %	1 313	1,8 %	1 867	2,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner	305	3,9 %	9 172	9,7 %	11 779	12,8 %
Psykisk helsevern - barn og unge						
Antall utskrevne pasienter døgntilleggsbehandling	2	14,3 %	12	8,5 %	30	24,2 %
Antall liggedøgn døgntilleggsbehandling	102	23,8 %	-22	-0,4 %	-159	-2,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	-171	-52,8 %	-559	-14,7 %	-256	-7,3 %
Antall polikliniske konsultasjoner	-582	-14,5 %	-505	-1,1 %	2 939	6,8 %
TSB						
Antall utskrevne pasienter døgntilleggsbehandling	-69	-27,6 %	-746	-24,4 %	-542	-19,0 %
Antall liggedøgn døgntilleggsbehandling	105	5,3 %	1 258	5,2 %	800	3,2 %
Antall polikliniske konsultasjoner	267	15,9 %	2 637	12,4 %	3 046	14,6 %

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

Vektede aktivitetstall

Vekter: Vektet mot RG (røntgen) som utgangspunkt. RG = 1,0.

	Vekter (NCRP-vekt)	Mnd 2015	Mnd 2016	HiÅ 2015	HiÅ 2016	%-vis endring 2015-2016 Mnd	%-vis endring 2015-2016 HiÅ
Modalitet		H	H	H	H	H	H
Angio	25,8	6 140	6 734	79 851	76 136	9,7 %	-4,7 %
CT	9,9	50 213	53 856	630 472	656 241	7,3 %	4,1 %
MG	17,3	4 498	7 249	77 383	79 459	61,2 %	2,7 %
MR	16,1	39 670	42 520	529 899	548 076	7,2 %	3,4 %
NM	12,3	6 753	5 363	87 834	81 119	-20,6 %	-7,6 %
PET	37,1	16 547	14 506	192 104	195 777	-12,3 %	1,9 %
RG	1	12 495	13 085	164 078	164 055	4,7 %	0,0 %
UL	1,9	5 626	5 464	70 564	73 270	-2,9 %	3,8 %
Totalt		141 942	148 777	1 832 185	1 874 132	4,8 %	2,3 %

H = henvisninger

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

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

2.1 Aktivitet PO/Intensiv – intensivpasienter (Akuttklinikken)

Klinikk	Aktivitet	Des 2016	Akkumulert aktivitet Des 2016	Des 2015	Akkumulert aktivitet Des 2015	Akkumulert endring 2015-2016	Endring 2015-2016 i %
	Antall intensivpasienter	278	3 179	253	2 887	292	10,1 %
	Antall intensivdøgn	1 154	14 151	1 169	13 155	996	7,6 %
	Antall respiratordøgn:						
	Barneintensiv, RH	76	907	94	1 021	-114	-11,2 %
	Generell Intensiv UL	116	2 063	192	1 901	162	8,5 %
	Generell int 1, RH	198	2 487	160	2 225	262	11,8 %
	Generell int 2, RH	113	1 247	79	1 262	-15	-1,2 %
	Nevrointensiv, Ullevål	98	1 317	107	1 206	111	9,2 %
	PO, Aker	0	7	-	11	-4	-36,4 %
	PO, Radium	0	97	3	16	81	506,3 %
	PO, RH	0	1	-	2	-1	
	PO, Ullevål	3	182	4	152	30	19,7 %
	SUM Antall respiratordøgn	604	8 308	639	7 796	512	6,6 %

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

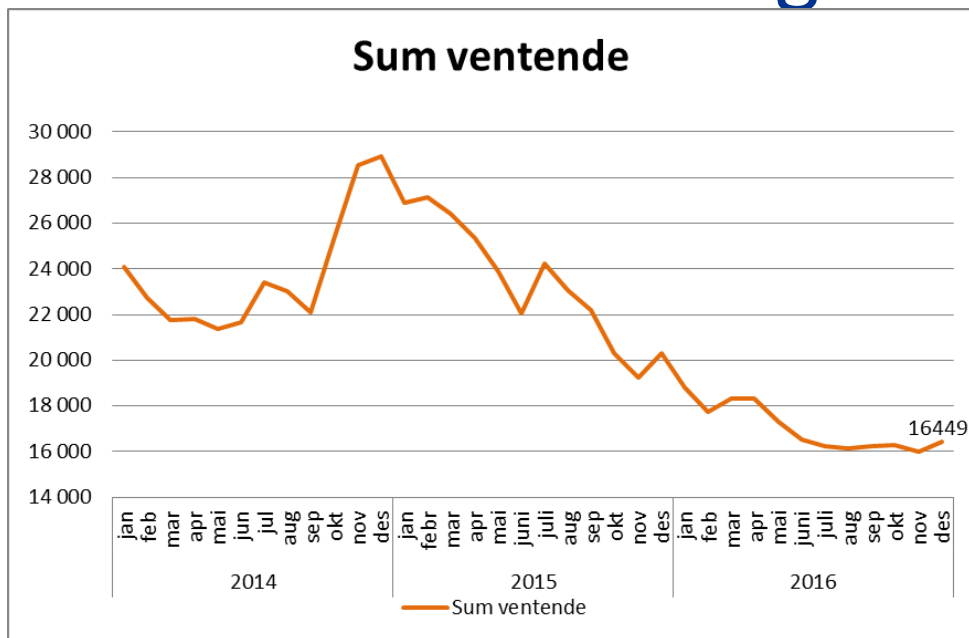
2.1 Aktivitet PO/Intensiv – PO-pasienter (Akuttklinikken)

Klinikk	Aktivitet	Des 2016	Akkumulert aktivitet Des 2016	Des 2015	Akkumulert aktivitet Des 2015	Akkumulert endring 2015-2016	Endring 2015-2016 i %
Antall PO-pasienter							
	Barneintensiv, RH	39	573	38	573	0	0,0 %
	Generell Intensiv UL	22	175	16	261	-86	-33,0 %
	Generell int 1, RH	12	238	24	308	-70	-22,7 %
	Generell int 2, RH	14	292	24	430	-138	-32,1 %
	Nevrointensiv, Ullevål	18	137	4	135	2	1,5 %
	PO, Aker	386	4 926	389	4 241	685	16,2 %
	PO, Radium	231	2 807	236	2 883	-76	-2,6 %
	PO, RH	794	10 957	754	10 791	166	1,5 %
	PO, Ullevål	415	4 750	386	4 322	428	9,9 %
	Sum antall PO-pasienter	1 931	24 855	1 871	23 944	911	3,8 %
Liggedøgn PO-pasienter							
	Barneintensiv, RH	9	145	10	140	5	3,6 %
	Generell Intensiv UL	11	82	5	106	-24	-22,6 %
	Generell int 1, RH	3	63	6	83	-20	-24,1 %
	Generell int 2, RH	6	89	6	106	-17	-16,0 %
	Nevrointensiv, Ullevål	9	69	3	59	10	16,9 %
	PO, Aker	77	965	72	817	148	18,1 %
	PO, Radium	45	663	51	716	-53	-7,4 %
	PO, RH	92	1 349	100	1 434	-85	-5,9 %
	PO, Ullevål	124	1 391	107	1 335	56	4,2 %
	Sum antall liggedøgn PO-pasienter	376	4 816	360	4 796	20	0,4 %

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



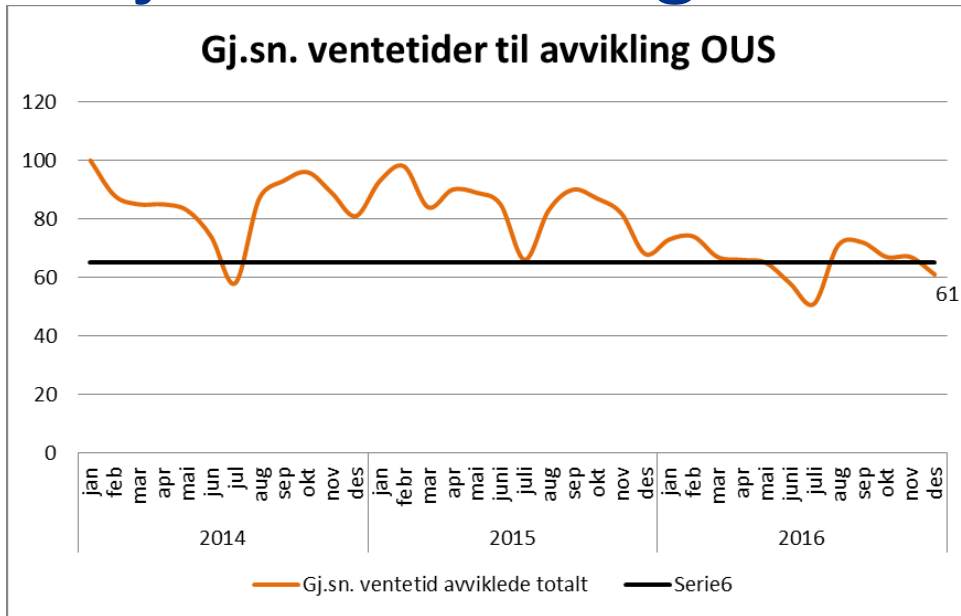
2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



Antall ventende	2015				2016				Utvikling
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des	
PHA	427	479	485	604	476	490	585	679	
MED	2 368	2 336	2 213	2 429	2 244	2 171	2 061	2 126	
HHA	3 739	3 513	3 099	3 045	2 351	2 383	2 352	2 361	
NVR	2 215	2 013	1 734	1 893	1 754	1 863	1 890	1 897	
OPK	2 932	2 489	2 247	2 250	1 956	1 972	1 901	1 817	
BAR	785	744	772	938	675	683	672	807	
KVI	1 349	1 403	1 447	1 517	1 225	1 182	1 124	1 126	
KIT	3 554	3 552	4 067	4 625	3 276	3 241	3 292	3 389	
KRE	332	361	365	334	297	288	329	286	
HLK	1 618	1 524	1 436	1 627	1 311	1 296	1 136	1 214	
AKU	121	115	98	125	141	143	108	106	
KLM	629	627	586	559	523	575	560	641	
Sum klinikker	20 069	19 157	18 550	19 947	16 229	16 298	16 010	16 449	
Diff vs. 2015								-3 498	
Diff %								-18 %	

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

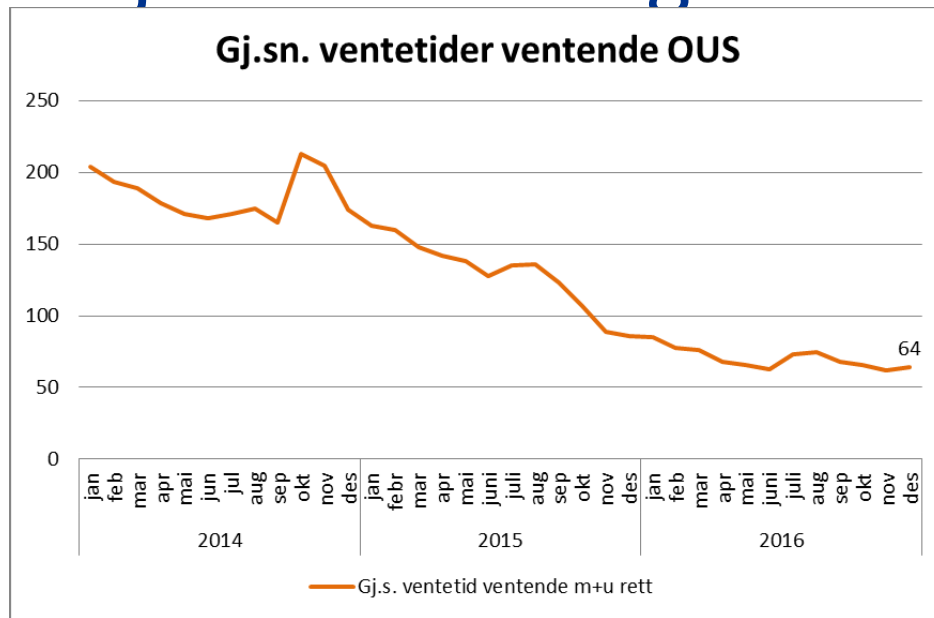
2.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling



Gj.sn. v.tid til avvikling	2015				2016				Utvikling
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des	
PHA	46	38	44	39	45	40	43	39	
MED	66	62	71	54	65	59	65	58	
HHA	147	133	117	84	69	60	61	59	
NVR	91	85	70	64	76	72	65	63	
OPK	133	138	119	129	90	107	107	121	
BAR	92	84	71	63	88	74	66	59	
KVI	70	67	73	61	90	66	63	59	
KIT	87	83	82	73	75	83	76	61	
KRE	34	26	27	32	37	23	21	22	
HLK	126	118	123	84	115	116	107	72	
AKU	83	69	60	64	72	56	53	53	
KLM	33	27	28	31	36	33	34	33	
OUS	91	88	83	69	72	67	67	61	
Diff vs. 2015									-8
Diff %									-12 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende

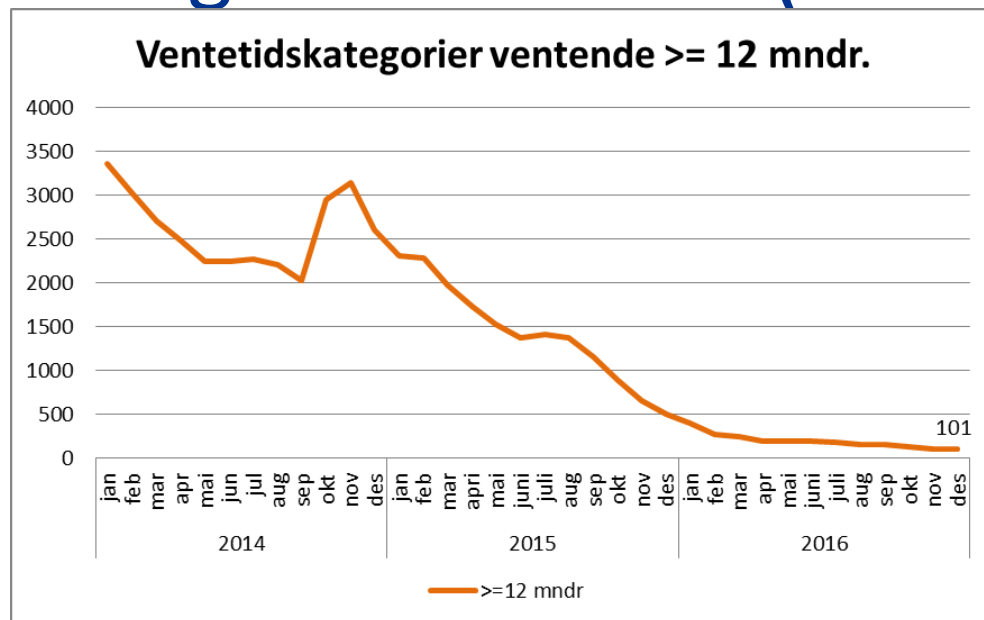


Gj.sn. v.tid ventende	2015				2016				Utvikling
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des	
PHA	34	37	37	38	33	30	30	38	
MED	72	69	60	63	56	57	55	57	
HHA	224	199	162	158	71	69	65	70	
NVR	78	65	60	61	47	46	47	51	
OPK	167	140	127	121	112	113	105	101	
BAR	73	67	64	64	64	59	54	57	
KVI	75	63	60	68	55	51	47	53	
KIT	72	72	60	59	70	63	55	60	
KRE	35	36	36	41	44	56	48	31	
HLK	97	91	83	91	92	89	91	100	
AKU	60	55	57	56	35	35	39	48	
KLM	37	31	34	38	32	31	31	38	
OUS	91	101	85	84	68	66	62	64	
Diff vs. 2015								-20	
Diff %								-24 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.



2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)



Antall ventet ≥ 1 år	2015				2016				Utvikling
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des	
PHA	1	2	2	1	1	-	-	2	
MED	90	84	50	41	1	-	3	4	
HHA	563	448	311	283	16	8	4	6	
NVR	9	8	7	3	5	1	3	7	
OPK	262	196	170	111	86	92	70	57	
BAR	1	1	-	-	-	-	-	1	
KVI	5	1	-	2	1	3	3	4	
KIT	12	19	12	8	35	22	14	14	
KRE	1	1	2	1	3	5	7	1	
HLK	4	6	3	1	4	5	2	3	
AKU	-	-	-	1	-	-	-	-	
KLM	-	1	-	-	-	-	-	2	
Sum	948	768	558	453	152	137	106	101	
Diff vs. 2015								-352	
Diff %								-78 %	

2.3 Fristbrudd

Fristbrudd ordinært avviklede	2015				2016					Utvikling	
	Antall										Andel
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des	des		
PHA	3	-	3	-	3	-	1	-	0,0%		
MED	24	17	11	11	4	7	3	3	0,4%		
HHA	50	37	20	6	11	3	2	5	0,5%		
NVR	170	210	101	14	9	23	15	1	0,1%		
OPK	83	106	49	19	5	7	23	21	4,4%		
BAR	16	12	-	-	17	1	2	-	0,0%		
KVI	3	5	7	1	6	9	3	7	1,8%		
KIT	53	27	16	17	14	13	14	13	1,2%		
KRE	22	17	19	9	17	7	6	9	2,6%		
HLK	31	33	6	3	4	-	2	2	1,1%		
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%		
KLM	0	0	0	0	-	-	3	-	0,0%		
Sum	455	464	232	80	90	70	74	61	1,1%		
Endr fra 2015									-19		
Endr i %									-24%		

Fristbrudd ventende	2015				2016					Utvikling	
	Antall										Andel
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des	des		
PHA	1	2	2	2	2	2	3	8	1,2%		
MED	5	8	1	1	-	1	-	10	0,5%		
HHA	20	7	1	1	-	3	1	4	0,2%		
NVR	232	114	12	4	7	11	4	8	0,4%		
OPK	137	37	8	2	-	5	9	12	0,7%		
BAR	6	-	-	2	-	-	-	2	0,2%		
KVI	3	4	1	-	-	1	1	1	0,1%		
KIT	17	8	8	9	9	12	20	33	1,0%		
KRE	11	5	2	15	9	13	1	7	2,4%		
HLK	13	2	3	1	3	-	1	4	0,3%		
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%		
KLM	0	0	0	0	-	-	-	-	0,0%		
Sum	445	187	38	37	30	48	40	89	0,5%		
Endr fra 2015									52		
Endr i %									141%		

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Desember				Hittil i 2016			
	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	1 091 796	1 091 796	0	0,0 %	11 937 036	11 937 036	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	666 521	620 722	45 799	7,4 %	7 865 588	7 856 484	9 104	0,1 %
Andre inntekter	338 793	181 263	157 529	86,9 %	2 436 205	2 105 919	330 286	15,7 %
Sum driftsinntekter	2 097 110	1 893 781	203 329	10,7 %	22 238 829	21 899 439	339 390	1,5 %
Lønn -og innleiekostnader	1 343 093	1 293 982	-49 111	-3,8 %	14 990 530	14 752 871	-237 659	-1,6 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	268 364	248 163	-20 201	-8,1 %	3 204 051	3 032 312	-171 739	-5,7 %
Andre driftskostnader	353 057	333 853	-19 204	-5,8 %	3 855 860	3 891 061	35 201	0,9 %
Sum driftskostnader	1 964 514	1 875 998	-88 516	-4,7 %	22 050 442	21 676 244	-374 198	-1,7 %
Driftsresultat	132 595	17 783	114 812	6,1 %	188 387	223 195	-34 808	-0,2 %
Netto finans	1 145	967	178	18,4 %	17 307	1 805	15 502	858,8 %
Resultat OUS	133 740	18 750	114 990	5,9 %	205 694	225 000	-19 306	-0,1 %

Kommentarer til resultat per ØBAK-linje

Art_ØBAK	Resultat	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	11 937 036	11 937 036	0	
Kvalitetsbasert finansiering	54 002	54 002	0	
ISF egne pasienter	3 752 772	3 740 243	12 529	ISF-inntektene er 1,5 mnok lavere enn budsjettert per desember. Desember måned isolert viser et positivt avvik på om lag 16
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	760 798	771 113	-10 315	mnok. Mange gjennomførte transplantasjoner i november med utskrivning i desember er en viktig årsak til høyt antall DRG-
ISF-refusjon fritt behandlingsvalg	0	0	0	poeng i perioden, men det har også vært høyere aktivitet enn budsjettert innenfor flere andre fag som gastrokirurgi, ortopedi og
ISF-refusjon pasientadm biologiske legemidler	43 114	41 492	1 622	plastikk-kirurgi. Det presiseres at rapportering av DRG-poeng og ISF-inntekter er basert på foreløpige tall, da endelig
ISF-refusjon pasientadm kreftlegemidler	6 964	12 267	-5 303	aktivitetsgrunnlag for 2016 først foreligger primo februar.
Utskrivningsklare pasienter	3 098	1 903	1 195	Antall utskrivningsklare pasienter er høyere enn forventet, derfor også høyere inntekt.
Gjæstepasienter	624 484	624 367	117	Gjæstepasientinntekter for pasienter fra andre regioner er om lag i balanse per desember. Det er et negativt avvik innen psykisk
Salg av konserninterne helsetjenester	1 963 677	1 963 208	469	helse på om lag 7 mnok, mens det er et tilsvarende positivt avvik innen somatikken.
Polikliniske inntekter	710 681	701 891	8 790	Samlede konserninterne gjæstepasientinntekter er om lag i balanse per desember. Her er det et positivt avvik på om lag 7 mnok
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	51 168	55 271	-4 103	innen PHA, mens somatikken har samlet et tilsvarende negativt avvik.
Andre øremerkede tilskudd	1 104 969	1 109 974	-5 005	De polikliniske inntektene har et positivt avvik på 9 mnok per desember. Det er et negativt avvik på 7,5 mnok innen psykisk
Andre driftsinntekter	1 226 066	886 672	339 394	helse og 8,7 mnok innen radiologi, mens det er positivt avvik innen lab-området og somatikken for øvrig.
				Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettert for Raskere tilbake, dette gjelder både psykisk helse og avhengighet og
				nevroklinikken.
				Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
				Andre driftsinntekter er 339 mnok høyere enn budsjettert. Det er inntektsført salg av eiendom med 138 mnok (Totengata og
				Sognsveien) som ikke er budsjettert. I tillegg er det et positivt avvik på posten "tilskudd fra private" på om lag 72 mnok. Dette er
				inntekter som salderes under ØBAK-linjen "Andre øremerkede tilskudd". I tillegg kommer inntekter til å dekke merkostnader
				knyttet til kjøp av behandling i utlandet og inntekter knyttet til at OUS i 2016 tatt på seg oppgaver knyttet til administrering av
				utenlandsbehandling for Helse Nord. Kostnadene skal dekkes av Helse Nord RHF. Dette er inntekter som ikke er budsjettert.
				Det er også et positivt avvik på posten utleie av personell på om lag 43 mnok. Dette kan relateres til refusjon av lønnskostnader
				for personell som deltar i regionale prosjekter i regi av Sykehuspartner. Dette har tilsvarende negativ effekt på kostnadssiden.
				Det er også inntektsført noe høyere leieinntekter (28 mnok) og refusjon fra HELFO, egenbetaling (38 mnok) enn budsjettert per
				desember.
Sum driftsinntekter	22 238 829	21 899 439	339 390	
Kjøp av off helsetjenester	38 422	35 863	-2 559	Avviket fordeles seg på flere små negative avvik vedr kjøp av helsetjenester fra andre regioner.
Kjøp av private helsetjenester	299 932	254 632	-45 300	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er 45 mnok høyere enn budsjettert og kan i all hovedsak relateres til kjøp av
Varekostnader	2 796 989	2 673 899	-123 090	behandling i utlandet, inkl protonterapi. Inntekt bokføres i takt med påløpte kostnader og må ses i sammenheng med positivt
Innleid arbeidskraft	199 579	160 560	-39 019	avvik på inntektene.
Kjøp av konserninterne helsetjenester	68 708	67 918	-790	Varekostnadene er 123 mnok høyere enn budsjettert. Dette skyldes i hovedsak høye medikamentkostnader, kostnader til
Lønn til fast ansatte	10 221 940	10 128 552	-93 388	medisinske instrumenter og røntgenprodukter.
Overtid og ekstrahjelp	1 238 843	1 067 640	-171 203	Innleiekostnadene er om lag 39 mnok høyere enn budsjettert. Kostnadene til innleid personell er redusert med om lag 23 mnok
Pensjon	2 242 565	2 242 565	0	i forhold til samme periode i fjor, men allikevel ikke så mye som forutsatt i budsjettet.
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-715 367	-638 605	76 762	De totale kostnadene til kjøp av konserninterne helsetjenester er om lag som budsjett per desember. Det er et lite negativt
Annen lønn	1 802 971	1 792 159	-10 812	avvik innen PHA mens somatikken har et tilsvarende positivt avvik (om lag 1 mnok).
Avskrivninger	891 927	884 000	-7 927	For de samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 198 mnok hittil i år. Dette kan relateres til høyere bemanning
Nedskrivninger	0	0	0	enn forutsatt i budsjettet, samt noe høyere lønnskostnader enn budsjettert for øremerkede prosjekter - som må ses i
Andre driftskostnader	2 963 933	3 007 061	43 128	sammenheng med merinntekt under øremerkede tilskudd.
				Avskrivningene er noe høyere enn budsjettert. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibruktagele.
				Andre driftskostnader er 43 mnok lavere enn budsjettert. Avviket består av flere mindre avvik på flere områder. Blant annet er
				kostnadene til pasientreiser og energi høyere enn budsjettert. I avviket inngår også avsetning for mulig tap av
				sykehotellinntekter fra andre regioner med om lag 12 mnok. Forsinket gjennomføring av regionale investeringsprosjekter og
				stopp i lokale IKT-prosjekter som følge av kostnadsreducerende tiltak bidrar til positivt avvik.
Sum driftskostnader	22 050 442	21 676 244	-374 198	
Finansinntekter	-68 409	-67 805	604	Lavere renter enn forutsatt bidrar både positivt (rentekostnader) og negativt (renteinntekter). Inngåelse av leasingavtaler skjer
Finanskostnader	51 102	66 000	14 898	senere enn planlagt og bidrar positivt til nettofinans. Bidrag fra datterselskap bidrar positivt med 1,1 mnok.
Netto finans	-17 307	-1 805	15 502	
TOTALT	205 694	225 000	-19 306	

3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Økonomisk resultat	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-4 782	0	-4 782	-2,4 %	3 340	0	3 340	0,2 %
Medisinsk klinikk	-415	0	-415	-0,3 %	-7 758	0	-7 758	-0,6 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	1 629	0	1 629	2,1 %	-6 737	0	-6 737	-0,8 %
Nevroklubben	-7 379	-122	-7 257	-8,2 %	-44 925	0	-44 925	-4,4 %
Ortopedisk klinikk	-287	0	-287	-0,4 %	-18 241	0	-18 241	-2,8 %
Barne- og ungdomsklubben	-3 514	0	-3 514	-3,5 %	-20 951	0	-20 951	-2,0 %
Kvinneskubben	-3 319	0	-3 319	-6,1 %	-6 449	0	-6 449	-1,0 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transolantasjon	-1 140	0	-1 140	-1,0 %	-81 312	0	-81 312	-7,2 %
Kreftklubben	1 568	0	1 568	1,0 %	-961	0	-961	-0,1 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	-1 381	0	-1 381	-1,3 %	1 279	0	1 279	0,1 %
Akuttklubben	-5 506	0	-5 506	-3,2 %	-64 017	0	-64 017	-3,4 %
Prehospital klinikk	5 668	0	5 668	7,0 %	-3 357	0	-3 357	-0,4 %
Klinikk for laboratoriemedisin	2 679	0	2 679	1,7 %	20 135	0	20 135	1,3 %
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-403	0	-403	-0,5 %	-11 161	0	-11 161	-1,3 %
Oslo sykehuservice	-1 335	0	-1 335	-0,6 %	21 698	0	21 698	0,9 %
Direktørens stab	31 552	0	31 552	29,1 %	161 621	0	161 621	10,6 %
Fellesposter	118 418	16 476	101 942	262,5 %	242 935	205 595	37 340	20,3 %
Konsern	1 688	2 396	-708		20 555	19 405	1 150	
Sum OUS	133 740	18 750	114 990	5,9 %	205 694	225 000	-19 306	-0,1 %

3.2 Kommentarer til klinikkens resultater

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	3	Det positive avviket skyldes i hovedsak lavere personalkostnader og lavere kostnader til kjøp av offentlige helsetjenester enn budsjettert.
Medisinsk klinikk	-8	Inntektssiden er preget av redusert inntekt på tracheostomier og høyere inntekter fra poliklinisk- og dagaktivitet. På kostnadssiden er det en positiv utvikling gjennom året. Dette gjelder både varekostnader (reduserte implantatkostnader og biologiske legemidler) og lønnskostnader.
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurg	-7	Klinikken har merinntekter som i stor grad er knyttet til cochlea-oppgraderinger. Det har også vært god aktivitet ved Øyeavdelingen til tross for at en del netthinnepasienter er tatt over av Vestre Viken. Stort merforbruk på varekostnader må ses i sammenheng med cochleaoppgraderinger. Lønn viser et negativt avvik på 16 mnok og mye kan relateres til høy aktivitet på Øyeavdelingen.
Nevroklinikken	-45	Av klinikkens negative avvik er 19 mnok knyttet til lavere aktivitetsbaserte inntekter (ISF og kurdøgn). På utgiftssiden er det et mindreforbruk på varekostnader med 4 mnok og et merforbruk på lønn og innleie som utgjør om lag 20 mnok.
Ortopedisk klinikk	-18	Aktiviteten er om lag som budsjettert. Det er noe økte poliklinikkinntekter som følge av fakturering for fysioterapi og håndterapien på legevakten. Høyere lønnskostnader enn budsjettert.
Barne- og ungdomsklinikken	-21	Klinikkens negative resultat skyldes i hovedsak merforbruk på lønn og varekostnader, samt lavere DRG-aktivitet enn plan.
Kvinneklinikken	-6	Høy aktivitet både hos fødeavdelingen og gynekologisk avdeling kompenserer delvis, men ikke tilstrekkelig for høyere kostnader enn budsjettert. Det er fødeavdelingen som har det største kostandsavviket (-11,6 mill), da avdelingen ikke har gjennomført tilstrekkelig med kostnadsreducerende tiltak iht budsjettkravene for 2016.
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmed og transplantasjon	-81	Aktiviteten var høyere enn i 2015, men likevel noe under det budsjetterte nivået. Dette gir en mindreinntekt på 4 mnok. Klinikken har imidlertid hatt høyere kostnader enn budsjettert. Dette gjelder primært varekostnader (11 mnok) og personalkostnader (54 mnok).
Kreftklinikken	-1	Har høyere aktivitet/inntekter og høyere kostnader. Leverer samlet et resultat som budsjettert.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	1	Klinikken har 50 mnok i merinntekter som følge av høy aktivitet og tilsvarende merkostnader, primært varekostnader, innleie av helsepersonell og lønn.
Akuttklinikken	-64	Klinikken sitt negative resultat kan i hovedsak forklares ved lav DRG-aktivitet ved Smerteklinikken, merforbruk på varekostnader, innleie og lønn.
Prehospital klinikk	-3	Klinikken har merforbruk på variabel lønn og tilleggsberedskap som henger sammen med høy aktivitet i 2016. Ambulanseoppdrag ligger 5,7% over 2015, hvorav røde ambulanseoppdrag ligger 9% over 2015. Antall pasientreiser ligger 5,5% over 2015.
Klinikk for laboratoriemedisin	20	Positivt inntektsavvik, hvorav en stor del knyttes til høy aktivitet/høye inntekter på ny plattform (nytt utstyr). På kostnadssiden er det mindrekostnader innenfor lønnsområdet som følge av at en rekke stillinger er holdt midlertidig ledig pga økonomisk situasjon men høyere varekostnader og andre driftskostnader er høyere enn budsjettert.
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-11	Varekostnader er lavere enn budsjettert, mens lønnskostnadene er høyere enn budsjettert. Lavere inntekter enn budsjettert skyldes i stor grad endringer i satser og regler for fakturering. Det har i tillegg vært lavere aktivitet på mammografi på Radiumhospitalet og for høyt inntektsbudsjett på Radiologi Ullevål. Høy PET-aktivitet i deler av året bidro til å redusere det totale inntektsavviket.
Oslo sykehuservice	22	Klinikken har levert et overskudd i samsvar med økt styringsmål for 2016.
Stab	162	Det positive avviket skyldes all hovedsak IKT (tilbakeføring av avsetninger fra 2015, kreditering for antall arbeidsflater 2014-2015 og forsinkelser i gjennomføring av regionale investeringsprosjekter sammenlignet med budsjettert), men også lavere kostnader enn budsjettert til prosjekter. Alle stabene har også levert overskudd i 2016.
Fellesposter mv	38	Resultatet inkluderer gevinst fra salg av eiendom med 139 mnok. Uten denne gevinsten er det et negativt avvik på om lag 100 mnok som skyldes at mer er bokført på klinikkene, negativ gruppereffekt/økt enhetspris DRG, avsetninger for diverse forpliktelser mv. Lønnsoppgjøret for 2016 ble noe lavere enn forutsatt i statsbudsjettet. Dette bidrar noe positivt i resultatet.
Samlet avvik	-19	

3.2 Lønnskostnader ekskl. pensjon

Total lønn ekskl. pensjon i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler	des 2016			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	142 269	-5 566	-4,1 %	1 482 881	13 037	0,9 %	1 454 966	27 915	1,9 %
MED	78 859	-1 922	-2,5 %	850 360	-13 643	-1,6 %	836 503	13 857	1,7 %
HHA	49 995	-2 481	-5,2 %	500 805	-17 641	-3,7 %	489 926	10 879	2,2 %
NVR	53 533	-2 458	-4,8 %	634 107	-14 162	-2,3 %	629 479	4 629	0,7 %
OPK	42 270	-4 384	-11,6 %	412 649	-20 626	-5,3 %	408 871	3 778	0,9 %
BAR	63 111	-2 119	-3,5 %	638 020	-20 395	-3,3 %	621 257	16 763	2,7 %
KVI	39 131	-1 202	-3,2 %	471 793	-11 908	-2,6 %	467 464	4 329	0,9 %
KIT	72 184	-7 571	-11,7 %	720 717	-58 391	-8,8 %	698 854	21 863	3,1 %
KRE	77 477	-3 050	-4,1 %	882 586	-4 639	-0,5 %	876 804	5 782	0,7 %
HLK	59 669	-2 634	-4,6 %	639 402	-23 885	-3,9 %	644 962	-5 560	-0,9 %
AKU	116 971	437	0,4 %	1 298 447	-19 630	-1,5 %	1 260 050	38 397	3,0 %
PRE	52 425	1 873	3,4 %	508 562	-3 387	-0,7 %	482 167	26 396	5,5 %
KLM	70 225	-1 845	-2,7 %	813 484	8 533	1,0 %	788 873	24 611	3,1 %
KRN	52 549	-479	-0,9 %	561 192	-9 655	-1,8 %	551 182	10 010	1,8 %
OSS	91 722	-211	-0,2 %	969 514	-11 994	-1,3 %	936 946	32 568	3,5 %
STAB	18 041	2 345	11,5 %	204 019	32 261	13,7 %	206 081	-2 062	-1,0 %
FPO	-28 477	-3 916	12,1 %	180 847	26 132	12,6 %	11 958	168 888	1412,3 %
OUS	1 051 956	-35 184	-3,5 %	11 769 385	-149 993	-1,3 %	11 366 341	403 045	3,5 %

3.2 Innleie av helsepersonell

Innleie i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler	des 2016			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	729	-677	-1320,0 %	4 763	-4 152	-679,6 %	7 847	-3 084	-39,3 %
MED	1 070	-41	-4,0 %	15 383	-3 349	-27,8 %	15 704	-322	-2,0 %
HHA	349	242	41,0 %	2 536	4 022	61,3 %	5 171	-2 635	-51,0 %
NVR	1 775	-45	-2,6 %	27 596	-8 308	-43,1 %	31 274	-3 677	-11,8 %
OPK	1 719	-938	-120,2 %	9 431	-729	-8,4 %	13 221	-3 790	-28,7 %
BAR	2 369	291	10,9 %	28 632	3 614	11,2 %	41 806	-13 174	-31,5 %
KVI	254	11	4,1 %	7 636	-876	-13,0 %	7 281	356	4,9 %
KIT	821	-236	-40,4 %	8 571	-341	-4,1 %	13 754	-5 183	-37,7 %
KRE	60	185	75,5 %	1 098	2 232	67,0 %	3 645	-2 546	-69,9 %
HLK	3 054	-1 200	-64,7 %	32 332	-10 256	-46,5 %	27 340	4 992	18,3 %
AKU	6 255	-3 324	-113,5 %	60 145	-21 080	-54,0 %	53 666	6 478	12,1 %
PRE			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!
KLM		14	100,0 %	36	129	78,2 %	362	-326	-90,1 %
KRN	91	34	27,4 %	1 366	129	8,6 %	971	395	40,7 %
OSS			#DIV/0!	53	-53	#DIV/0!	34	18	53,5 %
STAB			100,0 %			#DIV/0!			#DIV/0!
FPO			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!
OUS	18 545	-5 685	-44,2 %	199 579	-39 019	-24,3 %	222 077	-22 498	-10,1 %

3.2 Varekostnader per klinikk

Varekostnader knyttet til FG i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler	des 2016			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	5 644	-220	-4,1 %	70 607	-6 010	-9,3 %	66 019	4 588	7,0 %
MED	11 955	-988	-9,0 %	130 374	5 683	4,2 %	135 239	-4 865	-3,6 %
HHA	15 466	-2 747	-21,6 %	177 265	-15 140	-9,3 %	150 419	26 846	17,8 %
NVR	12 888	-1 060	-9,0 %	146 937	3 825	2,5 %	145 874	1 063	0,7 %
OPK	7 375	1 923	20,7 %	115 811	2 714	2,3 %	111 687	4 124	3,7 %
BAR	6 330	-175	-2,8 %	76 239	-2 662	-3,6 %	71 601	4 638	6,5 %
KVI	2 891	165	5,4 %	41 665	-3 943	-10,5 %	38 848	2 817	7,3 %
KIT	13 477	-1 267	-10,4 %	165 505	-10 884	-7,0 %	146 426	19 079	13,0 %
KRE	25 221	-410	-1,7 %	326 839	-23 898	-7,9 %	315 254	11 585	3,7 %
HLK	29 866	-2 727	-10 %	337 001	-12 722	-3,9 %	318 072	18 928	6,0 %
AKU	21 438	-3 764	-21 %	231 360	-19 545	-9,2 %	208 037	23 322	11,2 %
PRE	1 558	-416	-36 %	12 887	394	3,0 %	13 130	-242	-1,8 %
KLM	48 374	-17 012	-54 %	400 235	-8 692	-2,2 %	367 441	32 795	8,9 %
KRN	11 856	1 042	8 %	141 515	8 529	5,7 %	139 145	2 370	1,7 %
OSS	16 006	-1 991	-14 %	172 619	-9 883	-6,1 %	160 226	12 392	7,7 %
STAB	188	-187	-18577 %	238	-226	-1886,9 %	137	102	74,4 %
FPO	6 061	5 118	45,8 %	138 417	-3 266	-2,4 %	72 552	65 865	90,8 %
OUS	236 597	-24 717	-11,7 %	2 685 514	-95 726	-3,7 %	2 460 106	225 408	9,2 %

3.2 Andre driftskostnader per klinikk

Andre driftskostnader i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler.	des 2016			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	6 974	343	4,7 %	89 355	-2 247	-2,6 %	116 094	-26 739	-23,0 %
MED	2 864	-644	-29,0 %	22 154	4 460	16,8 %	26 677	-4 524	-17,0 %
HHA	1 471	-222	-17,8 %	15 237	-265	-1,8 %	19 393	-4 156	-21,4 %
NVR	3 690	-1 949	-111,9 %	22 873	-1 997	-9,6 %	25 750	-2 877	-11,2 %
OPK	3 368	-2 395	-245,9 %	14 660	-2 983	-25,5 %	15 583	-923	-5,9 %
BAR	2 080	55	2,6 %	24 902	717	2,8 %	26 264	-1 362	-5,2 %
KVI	544	628	53,6 %	10 236	4 086	28,5 %	14 759	-4 523	-30,6 %
KIT	4 377	-2 107	-92,8 %	33 030	-6 002	-22,2 %	32 622	408	1,3 %
KRE	6 130	-2 431	-65,7 %	50 881	-6 851	-15,6 %	50 615	266	0,5 %
HLK	1 672	-31	-1,9 %	22 938	-3 405	-17,4 %	24 971	-2 033	-8,1 %
AKU	1 931	723	27,2 %	26 857	1 811	6,3 %	32 161	-5 303	-16,5 %
PRE	17 691	3 889	18,0 %	261 854	-1 813	-0,7 %	254 764	7 090	2,8 %
KLM	7 812	-3 855	-97,4 %	53 790	-6 692	-14,2 %	55 236	-1 446	-2,6 %
KRN	2 332	536	18,7 %	32 535	1 608	4,7 %	37 353	-4 819	-12,9 %
OSS	93 498	-7 042	-8,1 %	989 009	-5 323	-0,5 %	914 546	74 463	8,1 %
STAB	67 251	29 248	30,3 %	1 014 154	134 639	11,7 %	1 067 972	-53 819	-5,0 %
FPO	-4 935	6 608	394,9 %	30 864	-11 940	-63,1 %	14 477	16 388	113,2 %
OUS	218 752	21 353	8,9 %	2 715 328	97 804	3,5 %	2 729 239	-13 910	-0,5 %

3.3 Resultat for datterselskap mv

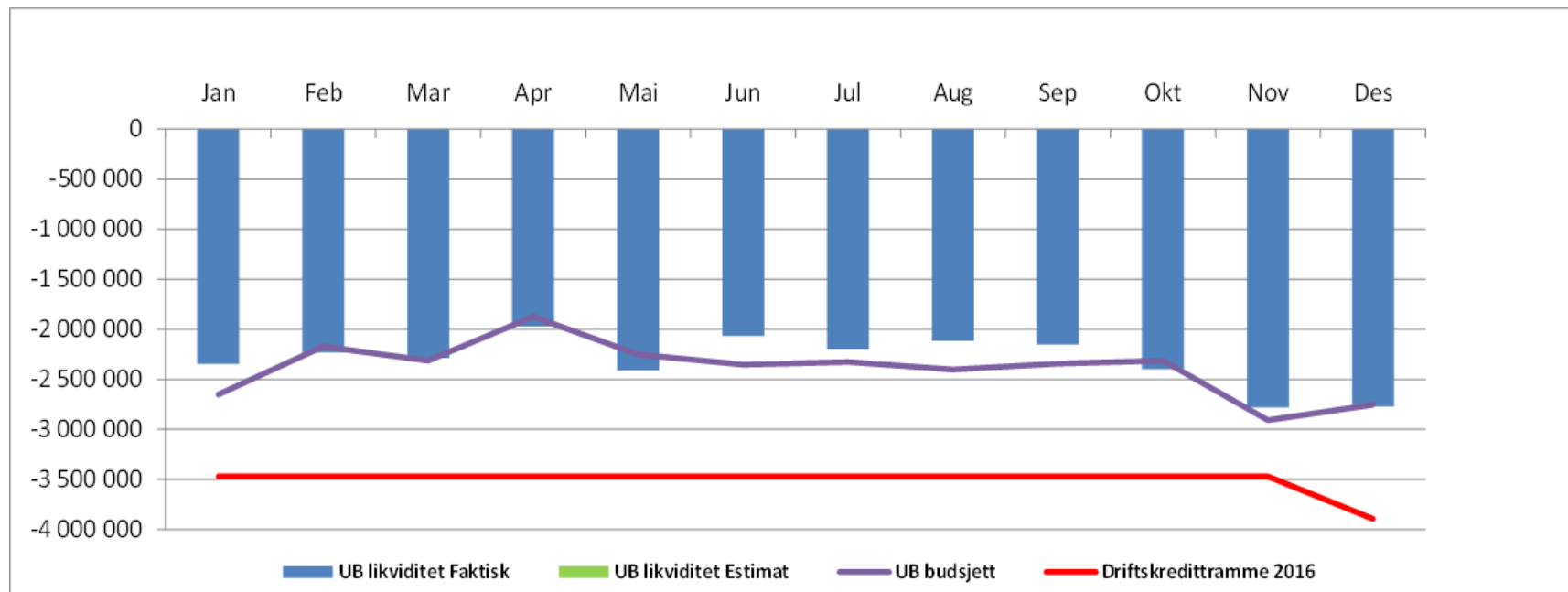
AS'ene i 1 000 kr	Regnskap			
	Årsbudsjett	Budsjett HiÅ	HiÅ	Avvik HiÅ
Inven2	-600	-600		-600
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	-2 000	-2 000	-2 302	302
Radpark AS	-2 829	-2 829	-4 484	1 655
Sophies Minde AS	-13 260	-13 260	-12 359	-901
Sykehotell AS	-716	-716	-1 410	694
Totalt	-19 405	-19 405	-20 555	1 150

3.3 Investeringer

Investeringer (ekskl. byggelånsrenter)		Budsjett 2016	Revidert budsjett 2016	Gjennomføring av overheng fra tidligere år	Gjennomføring revidert budsjett 2016	Gjennomføring 2016
(Beløp i millioner kroner)						
TOTALT	MTU	375	307	77	256	333
	Bygg	689	667	0	427	427
	Annet	70	70	9	64	73
	<i>Investeringer som balanseføres</i>	1 133	1 043	86	747	833
	Egenkapital pensjon	45	45	0	45	45
	IKT ¹⁾	35	25	0	16	16
	SUM	1 213	1 113	86	808	894
Finansiert med	Ordinær likviditet	385	385	0	335	335
	Driftsresultat	195	95	0	64	64
	Lån	478	478	0	271	271
	Øremerkede tilskudd	0	0	0	98	98
	Finansiell leie	156	156	86	39	125
	SUM	1 213	1 113	86	808	894

1) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap.

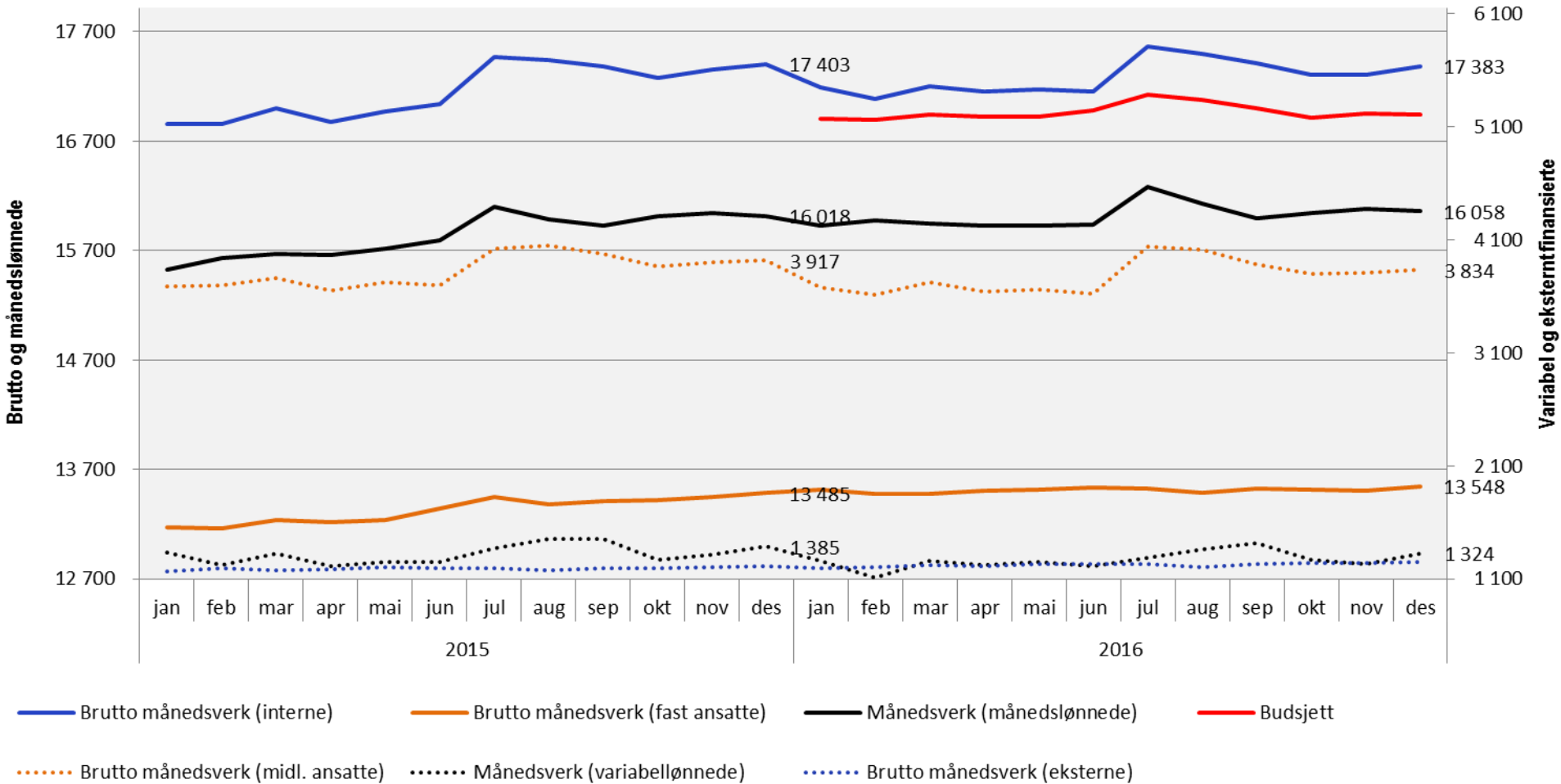
3.3 Likviditet



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

4.1 Bemanningsutvikling

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF



4.1 Bemanningsindikatorer

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Denne måned			Hittil i 2016				2016 mot 2015			
	Indikator	DESEMBER 2016	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr DESEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ DESEMBER 2016 mot DESEMBER 2015	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor
Brutto månedsværk, herav:	18 634	18 086	548	18 510	18 111	399	2,2 %	21	0,1 %	161	0,9 %
- internt finansierte	17 383	16 941	442	17 286	16 966	320	1,9 %	-20	-0,1 %	126	0,7 %
- eksternt finansierte	1 251	1 145	106	1 225	1 145	79	6,9 %	41	3,4 %	35	2,9 %
- månedslønnede	17 292			17 228				83	0,5 %	211	1,2 %
- variabellønnede	1 341			1 282				-62	-4,4 %	-50	-3,8 %
- fast ansatte	14 032			13 996				59	0,4 %	184	1,3 %
- midlertidig ansatte	4 602			4 513				-36	-0,8 %	-21	-0,5 %
Øvrige indikatorer											
Innleie fra vikarbyrå (201611)											
Netto månedsværk nasj. ind. (201610)	15 418			14 817				25	0,2 %	130	0,9 %
Sykefraværspersent (201610)	7,0			7,1				-0,2	-2,6 %	-0,2	-2,4 %

Fra ProClarity. De grå feltene representerer ulike måter å bryte ned det overordnede tallet for brutto månedsværk. Oppdaterte standardsatser for innleie er ikke klare, og omregning av fakturabeløp blir derfor misvisende.

4.1 Månedssverk fordelt på klinikker

Alle stillingsgrupper

Brutto månedssverk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2015	Hittil 2016	2016 mot 2015				Klinikkenes gjennomsnittlige andel		
	NOV 2016	DES 2016	Pr. DES 2015	Pr. DES 2016	Δ DES 2016 mot DES 2015	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2015	Andel 2016	Relativ endring
	AKU	1 718	1 739	1 720	1 735	6	0,3 %	15	0,9 %	10,0 %	10,0 %
PRE	766	772	737	771	4	0,6 %	34	4,7 %	4,3 %	4,5 %	3,9 %
PHA	2 190	2 217	2 189	2 172	32	1,4 %	-17	-0,8 %	12,8 %	12,6 %	-1,5 %
MED	1 294	1 303	1 275	1 287	12	1,0 %	11	0,9 %	7,4 %	7,4 %	0,1 %
HLK	847	845	841	836	-8	-1,0 %	-5	-0,6 %	4,9 %	4,8 %	-1,3 %
KIT	1 017	1 025	984	1 008	33	3,4 %	24	2,4 %	5,7 %	5,8 %	1,7 %
KLM	1 370	1 369	1 330	1 363	10	0,7 %	33	2,5 %	7,8 %	7,9 %	1,7 %
KRE	1 352	1 353	1 390	1 362	-44	-3,1 %	-28	-2,0 %	8,1 %	7,9 %	-2,8 %
KRN	748	740	735	744	-3	-0,4 %	9	1,2 %	4,3 %	4,3 %	0,5 %
KVI	666	663	664	667	-3	-0,5 %	3	0,4 %	3,9 %	3,9 %	-0,3 %
NVR	887	894	871	875	-8	-0,8 %	4	0,5 %	5,1 %	5,1 %	-0,3 %
OPK	602	608	606	613	-16	-2,6 %	7	1,1 %	3,5 %	3,5 %	0,4 %
HHA	748	755	740	751	0	0,0 %	11	1,4 %	4,3 %	4,3 %	0,7 %
BAR	970	973	957	957	-6	-0,6 %	0	0,0 %	5,6 %	5,5 %	-0,7 %
OSS	1 918	1 908	1 904	1 930	-28	-1,5 %	26	1,4 %	11,1 %	11,2 %	0,6 %
DST	215	217	214	214	-2	-0,8 %	0	0,1 %	1,2 %	1,2 %	-0,6 %
OUS	17 309	17 383	17 159	17 286	-20	-0,1 %	126	0,7 %	100,0 %	100 %	0,0 %

4.1 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

Alle ansvarsteder

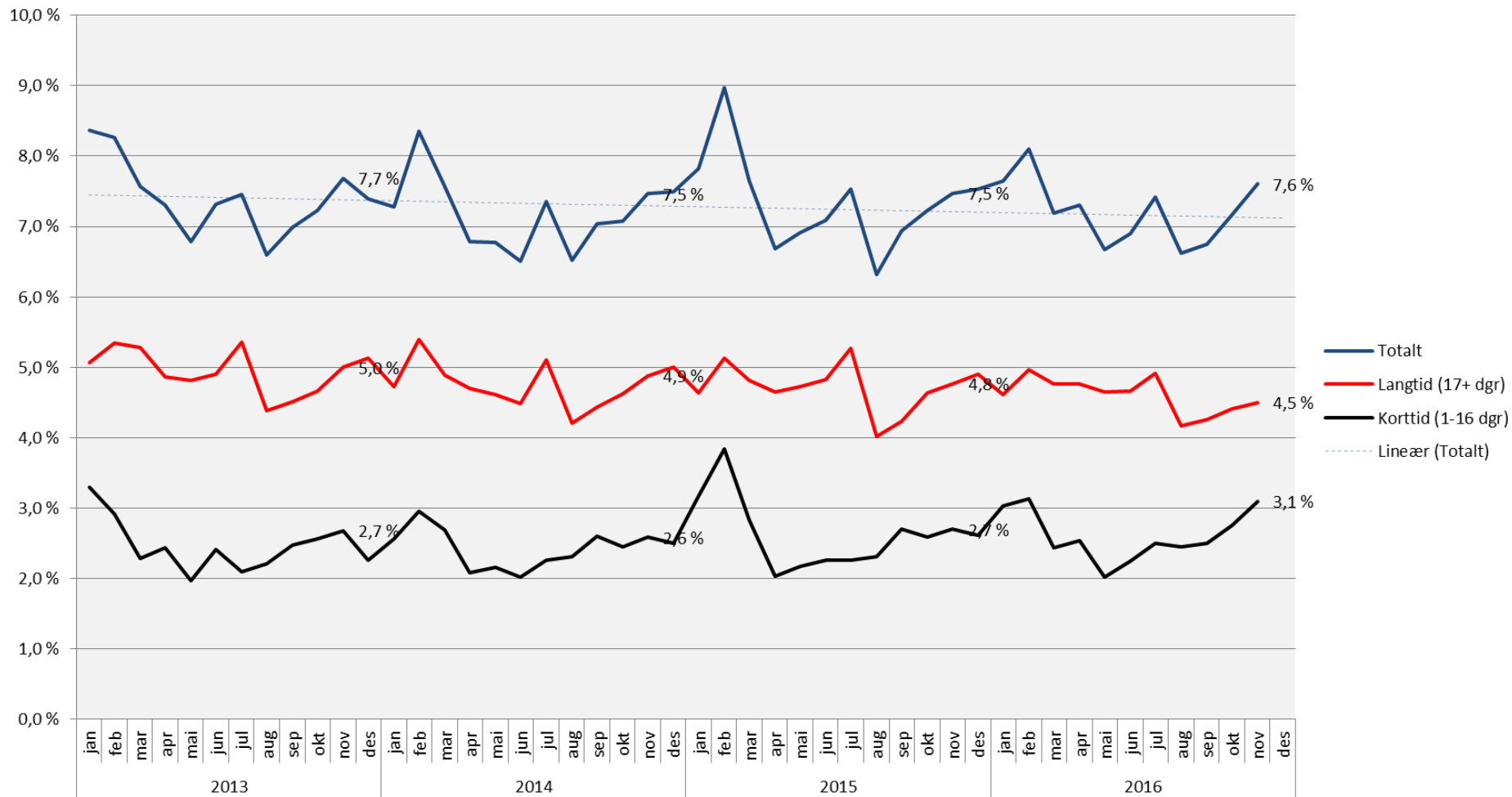
Brutto månedsværk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2015	Hittil 2016	2016 mot 2015				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel		
	NOV 2016	DES 2016	Pr. DES 2015	Pr. DES 2016	Δ DES 2016 mot DES 2015	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2015	Andel 2016	Relativ endring
(1) Administrasjon/Ledelse	2 864	2 868	2 868	2 874	-47	-1,6 %	6	0,2 %	16,7 %	16,6 %	-0,5 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 438	1 451	1 496	1 472	-21	-1,4 %	-24	-1,6 %	8,7 %	8,5 %	-2,3 %
(3) Leger	2 454	2 477	2 403	2 439	31	1,3 %	36	1,5 %	14,0 %	14,1 %	0,8 %
(3a) Overleger	1 506	1 534	1 457	1 495	46	3,1 %	38	2,6 %	8,5 %	8,6 %	1,8 %
(3b) LIS-leger	901	892	896	895	-15	-1,6 %	-1	-0,1 %	5,2 %	5,2 %	-0,8 %
(3c) Turnusleger	48	51	49	49	-0	-0,7 %	-1	-1,2 %	0,3 %	0,3 %	-1,9 %
(4) Psykologer	282	287	269	277	9	3,3 %	8	2,9 %	1,6 %	1,6 %	2,2 %
(5) Sykepleier	6 026	6 045	5 911	5 972	23	0,4 %	61	1,0 %	34,4 %	34,6 %	0,3 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	521	526	547	526	-17	-3,2 %	-21	-3,8 %	3,2 %	3,0 %	-4,5 %
(7) Diagnostisk personell	1 451	1 443	1 433	1 445	-0	0,0 %	12	0,9 %	8,3 %	8,4 %	0,1 %
(8) Apotekstillinger	2	2	2	2	-0	-0,6 %	-0	-1,0 %	0,0 %	0,0 %	-1,7 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 486	1 489	1 495	1 507	-23	-1,5 %	12	0,8 %	8,7 %	8,7 %	0,1 %
(10) Ambulansepersonell	551	553	527	552	2	0,3 %	25	4,7 %	3,1 %	3,2 %	3,9 %
(11) Forskning	234	241	208	220	22	10,3 %	11	5,5 %	1,2 %	1,3 %	4,7 %
(99) Ukjente	-	1	0	0	1	0,0 %	-0	-41,2 %	0,0 %	0,0 %	-41,6 %
Alle stillingsgrupper	17 309	17 383	17 159	17 286	-20	-0,1 %	126	0,7 %	100,0 %	100 %	0,0 %

4.2 Andel deltid per klinikk

Deltid - fast ansatte - Totalt DESEMBER						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
AKU	1 622	358	22,1 %	97,7 %	10,0 %	98,2 %
PRE	688	87	12,6 %	99,0 %	9,0 %	99,3 %
PHA	1 949	465	23,9 %	92,8 %	16,2 %	93,5 %
MED	1 138	353	31,0 %	91,2 %	26,3 %	91,9 %
HLK	760	153	20,1 %	97,4 %	8,8 %	98,5 %
KIT	838	219	26,1 %	94,7 %	15,8 %	95,5 %
KLM	1 382	250	18,1 %	97,2 %	6,2 %	98,0 %
KRE	1 275	266	20,9 %	97,1 %	10,7 %	97,8 %
KRN	640	89	13,9 %	97,8 %	5,2 %	98,6 %
KVI	639	288	45,1 %	92,4 %	35,2 %	94,2 %
NVR	820	248	30,2 %	92,8 %	18,8 %	93,7 %
OPK	490	132	26,9 %	93,3 %	19,8 %	93,8 %
HHA	661	184	27,8 %	93,7 %	18,7 %	94,4 %
BAR	967	309	32,0 %	93,6 %	22,2 %	94,5 %
OSS	1 817	219	12,1 %	96,2 %	6,4 %	96,7 %
DST	225	17	7,6 %	98,0 %	4,4 %	98,4 %
OUS	15 951	3 634	22,8 %	95,9 %	14,0 %	96,6 %

4.3 Sykefravær

Utvikling sykefraværsprosent 2013-2016



4.3 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per november 2016							
Denne periode	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			Totalt sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Korttid	17-56 dager	> 56 dager	Langtid	
AKU	1,9	1,8	3,6	1,8	2,5	4,3	7,9
PRE	1,3	1,5	2,8	1,9	2,3	4,2	7,0
PHA	1,9	1,3	3,3	1,7	2,7	4,5	7,7
MED	1,7	1,1	2,8	1,9	2,5	4,3	7,1
HLK	1,5	1,0	2,6	1,3	3,0	4,3	6,9
KIT	1,8	1,3	3,1	1,8	2,3	4,1	7,3
KLM	1,7	1,4	3,1	1,2	3,2	4,4	7,5
KRE	1,4	1,3	2,6	1,5	2,6	4,1	6,7
KRN	2,2	1,4	3,6	1,9	2,3	4,2	7,8
KVI	1,2	1,0	2,3	2,4	3,1	5,6	7,9
NVR	1,4	1,0	2,4	1,5	2,9	4,4	6,8
OPK	1,5	1,2	2,6	1,4	2,9	4,3	7,0
HHA	2,0	1,7	3,6	2,6	2,3	5,0	8,6
BAR	1,2	1,5	2,7	2,1	3,0	5,1	7,9
OSS	1,8	2,2	4,1	2,6	2,7	5,3	9,3
DST	0,5	0,3	0,9	0,7	1,2	1,9	2,7
OUS	1,7	1,4	3,1	1,8	2,7	4,5	7,6

4.3 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per november 2016							
Hittil	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Korttid	17-56 dager	> 56 dager	Langtid	
AKU	1,5	1,4	2,9	1,4	2,8	4,2	7,1
PRE	1,1	1,2	2,3	1,6	3,1	4,6	6,9
PHA	1,5	1,2	2,8	1,6	3,2	4,8	7,5
MED	1,3	1,2	2,4	1,5	2,5	4,0	6,4
HLK	1,2	1,1	2,3	1,4	3,0	4,4	6,7
KIT	1,4	1,2	2,5	1,5	2,9	4,4	6,9
KLM	1,4	1,2	2,7	1,5	2,7	4,2	6,9
KRE	1,2	1,0	2,2	1,1	2,5	3,7	5,9
KRN	1,7	1,2	2,9	1,6	3,1	4,7	7,6
KVI	1,0	1,3	2,3	1,7	3,5	5,2	7,5
NVR	1,2	1,1	2,2	1,3	3,2	4,4	6,7
OPK	1,2	1,1	2,3	1,4	3,9	5,3	7,6
HHA	1,6	1,3	2,9	1,6	3,3	4,9	7,8
BAR	1,1	1,1	2,3	1,8	4,1	5,9	8,1
OSS	1,6	1,8	3,3	1,7	3,8	5,4	8,8
DST	0,5	0,5	1,0	0,9	1,5	2,4	3,4
OUS	1,4	1,2	2,6	1,5	3,1	4,6	7,2

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 normalt tid og hva som gjøres gjennom variabel lønnsinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv) Sum stillingsprosent/100 for de som lønnes på månedslønn og de som har fast utvidet arbeidstid. UTA-tid omregnes til 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 normalt tid og hva som gjøres gjennom variabel lønnsinnsats (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: 17. februar 2017

Saksbehandler: VAD fag, pasientsikkerhet og samhandling

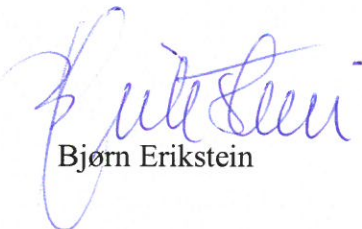
Vedlegg: 1. Utkast til Årlig melding for 2016
2. Brukerutvalgets Årsrapport 2016

SAK 5/2017 ÅRLIG MELDING 2016 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak:

1. *Styret slutter seg til utkast til Årlig melding for 2016 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 2016 og de innspill som er fremkommet i møtet.*

Oslo, 8. februar 2017



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 2016 (Del II)
- Styrets plandokument (Del III).

Til Årlig melding vedlegges Brukerutvalgets årsrapport for 2016.

Frist for oversendelse av samlet Årlig melding er 1. mars 2017.

Rapporteringsdelen for 2016 (Del II) ble, slik Helse Sør-Øst RHF har bedt om, sendt det regionale foretaket 20. januar 2017.

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 2016

til Helse Sør-Øst RHF

Oslo 31.01.2017

Innhold

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG.....	3
1. INNLEDNING.....	3
1.1. Helseforetakets/sykehusets oppgaver og organisering	3
1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	5
1.3. Mål for helseforetaket/sykehuset i 2016	5
1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll.....	5
1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte	12
2. SAMMENDRAG	14
2.1. Positive resultater og uløste utfordringer	14
2.2. Oppfølging av mål for Helse Sør-Øst.....	20
2.3. Evaluering av egen virksomhet og organisering	21
DEL II: RAPPORTERINGER.....	23
3. RAPPORTERING FOR OVERORDNEDE MÅL	23
3.1. Oppfølging av ventetider, fristbrudd og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	23
3.2. Oppfølging av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	25
3.3. Oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet	34
4. RAPPORTERING FOR KRAV OG RAMMER 2016	47
4.1. Organisasjonelle krav og rammer.....	47
4.2. Økonomiske krav og rammer	50
4.3. Aktivitet i 2016.....	52
5. ANDRE RAPPORTERINGER	53
5.1. Oppfølging av det systematiske arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet	53
5.2. Oppfølging av andre oppdrag.....	57
5.3. Andre forhold ved driften	57
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT	60
6. UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER.....	60
6.1. Faglig og demografisk utvikling	60
6.2. Forventet økonomisk utvikling.....	62
6.3. Personell- og kompetansebehov	63
6.4. Status og utfordringer for investeringsområder	65
7. PLANER FOR UTVIKLINGEN	72
7.1. Pasientbehandling	72
7.2. Forskning og innovasjon	84
7.3. Kunnskapsutvikling og god praksis.....	86
7.4. Organisering og utvikling av fellestjenester	87
7.5. Mobilisering av medarbeidere og ledere.....	88
7.6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring	89

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG

1. INNLEDNING

1.1. Helseforetakets/sykehusets oppgaver og organisering

Oslo universitetssykehus HF 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, andre universitets- og høyskolestudenter, fagskoleelever og lærlinger reguleres i egne avtaler med utdanningsinstitusjonene.

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

Kreftregisteret har ansvaret for registrering av alle krefttilfeller i Norge, forskning, rådgiving og informasjon om kreft. Kreftregisteret skal være en enhet innenfor Oslo universitetssykehus. 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 revmakirurgi og deler av revmatologi. 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. Helse Sør-Øst RHF har gjennomført en prosess hvor kapasitetsforholdene vedrørende opptaksområdene som hører til Akershus universitetssykehus og hovedstadsområdet ble vurdert. På bakgrunn av vurderingene tok styret i Helse Sør-Øst RHF i juni 2016 flere strategiske beslutninger om

kapasitetsbehov og utvikling av sykehusbygg. Beslutningene påvirket også intern oppgavedeling i Oslo, hvor de to private sykehusene forventes å kunne håndtere noen økte oppgaver og øket egendekning.

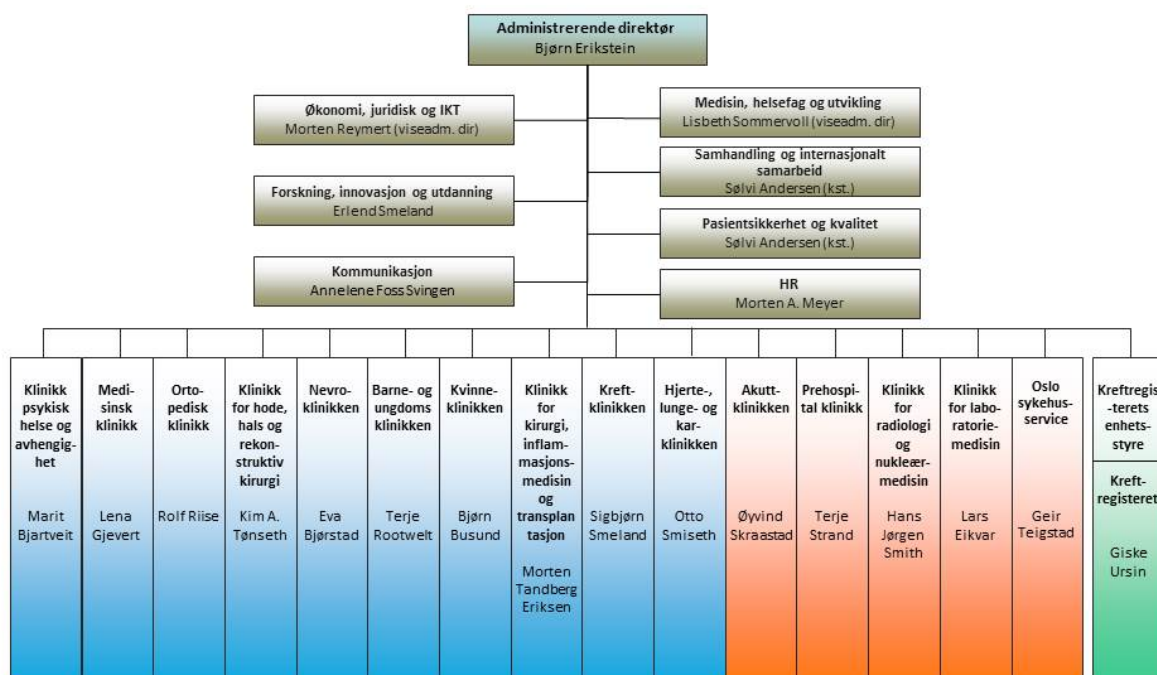
Opptaksområde Oslo universitetssykehus

Foretaket har lokalsykehusansvar for bydelene Bjerke, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Nordre Aker, Østensjø og Sagene og i tillegg øyeblikkelig hjelp og elektiv gastrokirurgi og øyeblikkelig hjelp og en del av elektiv ortopedisk kirurgi for Lovisenberg diakonale sykehus. 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 mer enn 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 15 klinikker, inkludert Oslo sykehusservice som leverer ikke-medisinske tjenester til resten av foretaket. Omsetningen er omlag tjueto 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 2016 - Oslo universitetssykehus HF



1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

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

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

Oslo universitetssykehus skal:

- ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv
- være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon
- være en god samarbeidspartner en engasjert samfunnsaktør
- ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

1.3. Mål for helseforetaket/sykehuset i 2016

Mål for Oslo universitetssykehus i 2016 følger blant annet av eiers Oppdrag og bestilling for 2016, andre vedtak i foretaksmøtene og helseforetakets 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 2016 med tilhørende tildelinger rapporteres i Årlig melding.

1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll

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. Med bakgrunn i strategien blir det årlig utarbeidet en overordnet handlingsplan for sykehuset. I 2016 har klinikker og avdelinger utarbeidet egne handlingsplaner med utgangspunkt i oppdrag og sykehuset handlingsplan. 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 (eHåndbok). Her kan ansatte finne de dokumentene de trenger i arbeidet med prosesser, pasientforløp og praktiske rutiner. Håndbokssystemet utvikles og forbedres kontinuerlig på grunnlag av innspill fra brukerne. I september ble en helt ny utgave av eHåndboken tatt i bruk. Moderniseringen har både vært teknologisk og en styrking av søkefunksjon og andre funksjoner for å lett finne dokumenter. Brukerne har gitt god tilbakemelding. Den samme modernisering er gjennomført for eHåndbokens internettutgave. Fra høsten 2016 har regionale dokumenter for alle helseforetak i Helse Sør-Øst blitt gjort tilgjengelig. I første omgang gjelder dette regionale DIPS-dokumenter. Det forberedes nå å publisere regionale dokumenter innen medikamentell kreftbehandling (MKB) og informasjonssikkerhet i sykehusets håndbok på internett.

Pilotprosjektet med en applikasjon for eHåndboksdokumenter på mobil og nettbrett har vært vellykket. I første omgang har appen vært tilgjengelig for medisinske prosedyrer ved Avdeling for gastro- og barnekirurgi (tilgjengelig for iPhone/iPad og Android). Leverandøren har ferdig en app-løsning som vil gjøre det mulig å lese alle eHåndboksdokumenter (internettutgaven) også når man ikke har nettverkstilgang. Løsningen testes nå ut og vil bli tatt i bruk i 2017.

Tilsyn

I 2016 har det vært gjennomført 31 tilsyn mot 27 i 2015. I løpet av året har sykehuset hatt besøk fra følgende tilsynsmyndigheter:

Tilsynsmyndighet	Tilsyn
Mattilsynet	7
Vann- og avløpsetaten	5
Branntilsyn	4
Riksrevisjonen	4
Arbeidstilsynet	2
Statens strålevern	2
Det lokale el-tilsyn (netteier)	1
Luftfartstilsynet	1
Fylkesmannen miljøavdeling	1
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap	1

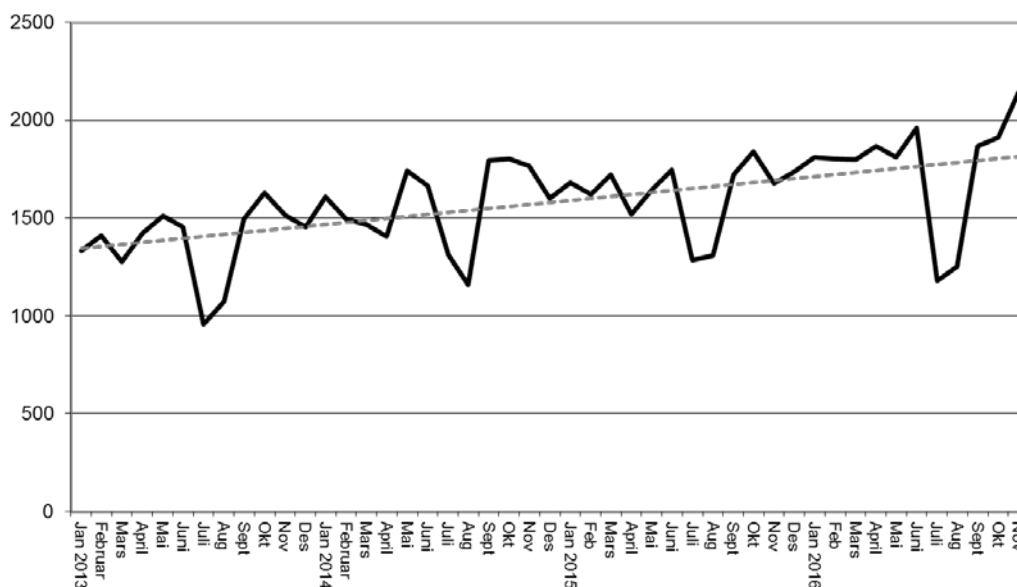
Fylkesmannen helseavdeling	1
Datatilsynet	1
Statens legemiddelverk	1
Sum antall tilsyn:	31

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 2016. Antall alvorlige hendelser er i samme periode stabil. Tendensen bekrefter en ønsket utvikling i retning av god meldekultur.

Uønskede hendelser og risikoforhold - alle typer registrert i Achilles pr måned



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

Enheten Interne revisjoner planlegger, organiserer, rapporterer og følger opp 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 2016:

- Henvisninger og ventelister
- Intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet
- Systematisk HMS arbeid i Oslo universitetssykehus(fra Direktørens stab til enhetsnivå i fire klinikker)
- Tilberedning av legemidler i sykehus (5 delrevisjoner)
- Virksomhetsstyring, kompetansestyring og arbeidsmiljø

Alle reviderte enheter/klinikker følger opp og lukker de enkelte avvik. I tillegg blir det vurdert hvilke områder med gjentakende avvik som trenger ekstra ledelsesmessig fokus og hvordan en kan ha læringseffekt i hele foretaket.

Det har vært avholdt tre kurs i revisjonsteknikk og et revisjonslederkurs. Revisjonsnettverket er et faglig nettverk for internrevisjon i foretaket har avholdt flere møter. Alle klinikker har egne planer for revisjoner i 2016. Planene og resultatene har blitt etterspurt i ledelsens gjennomgang som AD med ledergruppe har med hver klinikk.

I 2016 er det også utviklet en elektronisk revisjonsmodul som gjør det enkelt for Interne revisjoner og alle klinikker å ha oversikt over egne revisjoner, funn, og status for oppfølging og læring av disse.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har i 2016 gjennomført revisjon av «Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen».

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 foretaksrevisjoner og konsernrevisjoner samt status for oppfølging og forbedringsarbeid.

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.

I 1. tertial gjøres en hovedvurdering av risikosituasjonen i sykehuset. 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. Nytt i 2016 er at disse områdene sammenfaller med sykehusets fire strategiske områder (tidligere benevnelsene står i parentes):

- Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv (Pasientbehandling)
- Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt (Arbeidsmiljø)
- Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon (Forskning/innovasjon/utdanning)
- God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør (Økonomi/infrastruktur)

De identifiserte risikoer er fulgt opp med planer for risikoreducerende tiltak. Det gjøres effektvurdering av tiltak gjennomført i forrige tertial. Effektvurderingen har vist at mange tiltak på overordnet nivå må strekke seg over lengre tid.

I 2. tertial revurderes risikovurderingene på klinikk- og sykehusnivå. 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:

Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv (Pasientbehandling):

- Fortsatt er det risiko i forhold til fristbrudd og langtidsventende selv om risikoen er betydelig redusert. Situasjonen vil fortsatt ha stor oppmerksomhet fremover.
- De interne ventelister, som omfatter pasienter som er inne i et forløp, har en jevn nedgang i antall ventende og antall som venter utover tentativ dato for behandling eller kontroll.
- Fortsatt er det en vedvarende utfordring knyttet til utilfredsstillende arealer, noe som periodevis kan skape problemer med korridorpasienter i klinikker med stor andel øyeblikkelig hjelp.
- Selv om sykehusets nye IKT-systemer har gitt forventede forbedringer, er det fortsatt utfordringer. Bl.a. er ulike IKT-systemer innen radiologi ikke hensiktsmessige.
- Elektroniske henvisninger fra fastleger er nå stort sett etablert, men fortsatt er det generelt ikke mulig å motta elektroniske henvisninger fra andre sykehus. Elektronisk utsending av laboratoriesvar og epikriser er et betydelig framskritt.
- Det er innført 28 pakkeforløp for kreft, med forløpskoordinatorer, forløpsteam og forløpsledere. Risikoen for svikt er redusert i løpet av 2016 innen mange kreftformer, spesielt er måloppnåelsen god innen tykk- og endetarmskreft og lungekreft. Fortsatt er det utfordringer innen andre forløp som prostatakreft, brystkreft og underlivskreft hos kvinner. I arbeidet med standardiserte forløp er det tydeliggjort utfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og deler av behandlingen.
- Til tross for flere mange tiltak i flere år er det en vedvarende situasjon med høyere intern etterspørsel enn tilgang på spesialsykepleiere.
- Samhandlingsoverlege og praksiskonsulent bidrar positivt 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. Det planlegges innført et elektronisk antibiotikastyringssystem.

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon
(Forskning/innovasjon/utdanning)

- Fortsatt er det risiko i forhold til IKT-situasjonen for forskere, selv om det er igangsatt forbedringsarbeid i regi av sykehuset, hos Sykehuspartner og i Helse Sør-Øst. Dette er dels stoppet opp ved slutten av 2016, og deler av sykehuset har en forskernettløsning som mangler nødvendig oppgradering og funksjonalitet, noe som er kritisk. IKT-løsninger for medisinske kvalitetsregistre er fortsatt krevende, og med økte kostnader knyttet til nasjonalt pålagte løsninger.
- Risiko knyttet til biobankvirksomhet er i 2016 redusert som følge av flere avklaringer og tiltak knyttet til lagringsforhold, men det er fortsatt for dårlig oversikt over området totalt sett og behov for etablering av en enhetlig plan for biobankinfrastruktur ved Oslo universitetssykehus.
- 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.
- Mangelfull supervisjon og veiledning av leger i spesialisering er en utfordring og blir derfor tett fulgt opp, blant annet gjennom kursing av veiledere.
- Det er problematisk å skaffe til veie tilstrekkelig antall praksisplasser for sykepleiere, særlig innen kirurgiske fag og innen flere videreutdanninger (spesialsykepleiere). Problemet er økende, og stadig flere studentgrupper samt økte kull forventer praksisplass ved Oslo universitetssykehus.

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt (Arbeidsmiljø)

- De største fysiske arbeidsmiljøutfordringer er bygningsmassens tekniske standard og plassforhold. Som følge av pålegg fra tilsynsmyndigheter er det etablert tiltaksplaner fram til 2019 for gjennomføring av de ca. 140 gjenstående arbeidsmiljøtiltakene.
- Avvikssystemet viser at de største skade-kategoriene er «fysisk arbeidsmiljø» (fall, slag, støy og klem), etterfulgt av «vold/trusler/utagerende adferd» og «smittevern». Det arbeides med tiltak for å minimalisere risiko ved vold / trusler samt skape økt bevissthet på problemstillingen.
- Det er startet opp en intern arbeidsgruppe i sykehuset som skal se på synergier og gjensidige avhengigheter mellom pasientsikkerhet og helse, miljø og sikkerhet.
- Det er store forskjeller mellom enheter og klinikker med hensyn til arbeidspress og utilstrekkelig bemanning. Det jobbes systematisk for å normalisere arbeidsbelastningen.
- Det er tidligere registrert et høyt antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene. De enkelte enheter blir nå tettere fulgt opp noe som har medført at antall brudd reduseres.
- Kompetanseheving hos ledere og ressursplanleggere skjer kontinuerlig og det gis tilbud om opplæring i regelverk og ressursplanlegging flere ganger årlig.

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør (Økonomi/infrastruktur)

- Aktiviteten har variert gjennom året og til tider vært noe lavere enn budsjettet innenfor somatikken. Kostnadsnivået har likevel vært høyere enn budsjettet innenfor både lønns-, vare- og andre driftskostnader. Det har vært gjennomført tiltak med tett oppfølging for å kunne innfri styringsmålet for 2016.
- Problemene med for lav investeringsgrad og 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. Lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet inngår nå som del av

investeringsbudsjettene for 2016 frem til 2019. Svakere resultat enn budsjettet gir fremdeles en betydelig risiko for ikke å få tilstrekkelig finansiering av de planlagte investeringsnivåene både for inneværende år og for kommende år. En rekke tiltak er iverksatt og vedlikeholdet og oppgraderingen av tekniske forhold er dermed bedret på flere områder.

- 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. Risikoen for svikt i bemanningsstyringen er nå betydelig redusert som følge av tilrettelagt oppfølging og kontinuerlig tilbud om GAT-opplæring.
- Sykehusets hovedoperativsystem med tilhørende utstyr er skiftet ut i stort sett hele sykehuset, og det har medført at risikoen for avvik i IKT-kostnader er justert ned. Sykehuspartners leveranser og oppfølging i den daglige drift vurderes som uforandret.

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 åtte møter i 2016. Styret behandlet 81 saker. Det har vært seks foretaksmøter.

Styret har fremlagt beretning og årsregnskap for 2015, vedtatt i foretaksmøte 9. juni 2016.

Styret har vedtatt og fulgt opp plan og budsjett for 2016 og eiers oppdrag og bestilling og styringsbudskap for 2016. Arbeidsmiljørapport for 2015 er behandlet. Helseforetaket har rapportert til eier i henhold til gjeldende rutiner. Årlig melding for 2015 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 2017-2020 for foretaket. Planen ligger til grunn for budsjett 2017 som har vært gjenstand for flere behandlinger i styret.

Av andre saker som styret har behandlet kan nevnes:

- Virksomhetsoverdragelser
- Storbylegevakt
- Byggeprosjekt og arealleie
- Kjøp av vaskeritjenester
- Møte med Brukerutvalget

1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte

Brukermedvirkning i Oslo universitetssykehus HF er på systemnivå organisert via det sentrale brukerutvalget, ungdomsrådet og de klinikkvise brukerrådene. Brukerråd er nå etablert i de nye klinikkene. Det sentrale brukerutvalget er imponert over hvor raskt dette har kommet på plass. Brukerutvalget er representert i samtlige brukerråd for å ivareta samhandling mellom klinikkrådene og det sentrale brukerutvalget.

Brukermedvirkning i forskning er et nasjonalt satsningsområde, hvor det overordnede målet er å bidra til økt relevans og bedre kvalitet i forskningen. Oslo universitetssykehus HF har i samarbeid med både forskningsmiljøene i klinikkene, sykehusets brukerutvalg og de klinikkvise brukerrådene jobbet med utvikling av hensiktsmessige modeller for brukermedvirkning i forskning. Over 110 forskningsprosjekter fikk bistand fra brukerrepresentanter i forbindelse med søknad om forskningsmidler fra Helse Sør-Øst RHF høsten 2016. Målet er nå å etablere permanente brukerpanel som kan bistå i søknadsprosesser og i de ulike fasene av forskningsprosjekter ved behov. En arbeidsgruppe har utarbeidet et opplæringskurs/seminar for brukerrepresentanter som skal medvirke i forskning ved Oslo universitetssykehus HF. Forskere inviteres også til dette seminaret, som avholdes 9. mars 2017.

Brukerutvalget

Det nåværende brukerutvalg er oppnevnt for perioden 2015-2017. Brukerutvalget har i 2016 avholdt åtte møter. Brukerutvalget har stor pågang av henvendelser om behov for innspill og råd og ønske om innlegg fra brukerutvalget på ulike konferanser og arrangement. Brukerutvalget sitter per i dag representert i over 40 ulike råd, utvalg og prosjekter.

Administrerende direktør og leder for Stab samhandling og internasjonalt samarbeid, 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 hvor de presenterte noen saker som er viktige for utvalget; brukermedvirkning i forskning, digitale pasientforløp, tilrettelegging for pasienter med kognitive utfordringer og barn og ungdom med medfødt hjertefeil.

Utvalget har opprettholdt kontakten med regionalt brukerutvalg, blant annet ved deltagelse på regionale brukerkonferanser, fellessamlinger for brukerutvalgene i regionen, samarbeid om enkeltsaker, samt via regional kontaktpersonordning for brukerutvalg. Brukerutvalget vil spesielt trekke frem følgende saker fra 2016:

- *NOU 2015: 11. Med åpne kort – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten:* Brukerutvalget har sendt inn en høringsuttalelse hvor de blant annet takker for at «åpenhet i helsevesenet» er satt så tydelig på dagsorden gjennom arbeidet med denne utredningen og minner om at for brukere er åpenhet like avgjørende når det gjelder helse- og omsorgstjenester i kommunene og anbefaler at man lager felles meldingsregler.
 - *Kreftstrategi for Oslo universitetssykehus HF* – Utkast til kreftstrategi for Oslo universitetssykehus HF ble lagt frem for brukerutvalget, som i etterkant sendte inn sine innspill til strategien. Generelt mener brukerutvalget at pasientperspektivet har fått en sentral og reell plass i denne strategien. Brukermedvirkning på både individ- og systemnivå er ivaretatt, likeledes pasient- og pårørendeopplæring.
 - *Felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå* – De regionale helseforetakene har gått sammen om en felles retningslinje, som også inkluderer retningslinje for ungdomsråd og brukermedvirkning i forskning. Det er ikke blitt enighet om felles retningslinjer for honorering av brukerrepresentanter og brukerutvalget etterlyser dette i sin høringsuttalelse.
 - *Helsedatautvalget:* Helsedatautvalget er et ekspertutvalg som utreder et bedre og mer effektivt system for behandling av helsedata til forskning, helseanalyser, beredskap, kvalitetsarbeid, styring og planlegging. Utvalget har bedt om innspill på hvilke tiltak de burde se på og Brukerutvalget har sendt sine innspill, blant annet om hvordan man kan hindre at det sterke personvernet blir en flaskehals i forskning og utvikling av tjenester.
 - *SMS-varslinger.* Brukerutvalget har både i 2015 og 2016 vært pådrivere for at sms-varslingene som sendes ut til pasienter i forkant av en time skal inkludere stedsangivelse og er fornøyde med at dette nå er på plass.

Ungdomsrådet

Ungdomsrådet ble etablert 21. juni 2012 og er i disse dager i ferd med å avslutte den andre perioden. Prosessen med å oppnevne et nytt råd er i gang.

I 2016 har ungdomsrådet avholdt fire ordinære møter. Administrerende direktør har deltatt på ett av disse møtene. I tillegg til ungdomsrådsmøtene holder representantene innlegg på ulike arrangement både internt og eksternt, de blir hyppig brukt av kommunikasjonsavdelingen og de gir råd til utforming av tilbud til ungdom på sykehuset.

Ungdomsrådet vil spesielt trekke frem følgende saker fra 2016:

- *Ungdomshelseuka:* 12. – 15. april 2016 arrangerte Oslo universitetssykehus en ungdomshelseuke. Målet med uka var å øke bevisstheten om ungdom og unge voksne som pasientgruppe blant helsepersonell og samarbeidspartnere. Ungdomshelseuka bestod av et faglig program rettet mot sykehusets helsepersonell og samarbeidsparter og et aktivitetsprogram for ungdom tilhørende Oslo universitetssykehus. Temaet ble også synliggjort gjennom saker på intranett, internett og i sosiale medier. Ungdomsrådet var initiativtakerne til ungdomshelseuka og var aktive i både planleggingen og gjennomføringen av arrangementet. Hele ungdomsrådet hadde et innlegg på åpningen av ungdomshelseuka hvor de viste frem noen sider av det å være ung og syk og ga råd om hvordan de ønsker å bli møtt på sykehuset. På denne åpningen deltok også Helse- og omsorgsministeren, som fikk et fotografi av ungdomsrådet for sin innsats for å fremme ungdommenes brukerstemme.
- *Fotoutstilling:* I forbindelse med ungdomshelseuka ble det laget en fotoutstilling med bilder av ungdom som har vært innlagt på Oslo universitetssykehus. Til bildene har ungdommene skrevet tekster om gode opplevelser de har hatt i møte med sykehuset. Denne fotoutstillingen er det ungdomsrådet som står bak. Utstillingen henger nå på Rikshospitalet.
- *Råd for ungdomshelse:* Ungdomsrådet har vært en pådriver for å få til en overordnet organisering av ungdomshelsearbeidet ved sykehuset og er veldig glad for at Råd for ungdomshelse nå er

etablert ved Oslo universitetssykehus. Rådet ledes av foretakskoordinator for barn og unge og består av kontaktpersoner fra samtlige klinikker ved sykehuset samt en representant fra ungdomsrådet. Råd for ungdomshelse vil jobbe med en overordnet strategi for ungdomshelse ved Oslo universitetssykehus.

- *Ungdomsbelsestrategien:* Regjeringen lanserte i juni Norges første ungdomshelsestrategi. Ungdomsrådet deltok på toppmøte om ungdomshelse som ble arrangert i forbindelse med utarbeidelsen av strategien og ser nå sammen med Råd for ungdomshelse på hvilke konsekvenser denne strategien får for Oslo universitetssykehus.

Tillitsvalgte og vernetjenesten

Oslo universitetssykehus HF har en rekke fora som innebærer jevnlig møter mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud for å ivareta god medvirkning av ansatte. Dette gjelder både på foretaksnivå, klinikknivå og avdelingsnivå. Tillitsvalgte og verneombud er involvert i registrerte prosjekter og omstillingsprosesser i overensstemmelse med Hovedavtalen, arbeidsmiljøloven og de 12 prinsippene for omstilling i Helse Sør-Øst.

Foretakstillitsvalgte melder at samarbeid og medvirkning fungerer godt på foretaksnivå, men er noe varierende ellers i organisasjonen. Det arbeides for å sikre medvirkning gjennom lederopplæring og bevisstgjøring av ledere. Arbeidsgiverrollen og leders samarbeid med tillitsvalgte er tema i sykehusets lederprogram for nye ledere, samt et eget temakurs for alle ledere.

2. SAMMENDRAG

2.1. Positive resultater og uløste utfordringer

Pasientbehandling

I sykehusets handlingsplan er det utledet flere tiltak for å bedre pasientenes behandling og opplevelse av sykehusets tjenester.

Aktiviteten ved Oslo universitetssykehus har vært høy i 2016 og DRG-produksjonen er om lag som forventet fra budsjettplanleggingen og i henhold til oppdragsdokumentet. Innen psykisk helsevern og rus arbeides det videre med tilrettelegging av arenafleksible løsninger. Ved utgangen av november er aktivitetsøkningen innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling høyere enn aktiviteten innenfor somatikken og høyere enn forutsetningene for budsjett.

Sykehuset har samtidig en stabil positiv utvikling med økende kontroll på fristbrudd og reduserte ventetider for både eksterne og interne ventende. Ved utgangen av november var gjennomsnittlig ventetid til avvikling 66 dager og det var registrert 40 fristbrudd i fristbruddportalen. Fem av disse har fått tilbud om behandling via HELFO, 14 er tilbakeført til Oslo universitetssykehus pga manglende behandlingstilbud og resterende har sykehuset funnet tilbud til før eller etter frist. Sykehuset hadde som mål at 80% av pasientene skulle få timeavtale sammen med svar på vurdert henvisning. Pr november var resultatoppnåelsen 73 % på denne indikatoren. Det er gjort mange tiltak for å lykkes med denne gledelige utviklingen. Sentrale virkemidler har vært bedre opplæring, tiltak for økt aktivitet, hyppige og pålitelige data tatt opp i ledermøtet hver uke.

Gjennom 2016 har sykehuset økt fokus på å identifisere og følge opp tiltak for å bedre forløpstidene i pakkeforløpene. 69 % av nye kreftpasienter i Oslo universitetssykehus er registrert i et pakkeforløp (uavhengig av type pakkeforløp) i perioden januar t.o.m. november 2016.

Andelen nye kreftpasienter registrert i pakkeforløp for brystkreft var 82 %, lungekreft 72 %, tykk- og endetarmskreft 71 % og prostatakreft 65 %, i perioden januar t.o.m. november 2016.

Sykehuset har tilfredsstillende forløpstider for flere kreftdiagnoser, men vi har for lav andel behandlet innen normert forløpstid innen bl. a. brystkreft, prostatakreft og gynekologisk kreft. Sykehuset er ikke tilfreds med de resultatene som foreligger og dette vil være et hovedsatsingsområde i 2017.

Sykehuset har gjennom Handlingsplan for pasientsikkerhet 2015 – 2016 fulgt opp tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Enhetenes implementering rapporteres elektronisk, og klinikkene er fulgt opp i ledelsens gjennomgang på implementering og gjennomføring. Det ble i november holdt et eget pasientsikkerhetsseminar for ytterligere fokus på nødvendig aktsomhet og forbedringsmuligheter. I tillegg er det startet et prosjektarbeid innen pasientsikkerhet, kvalitet, helse, miljø og sikkerhet som skal avdekke sentrale risikoområder og tydeliggjøre tiltak som vil virke positivt for både pasienter og ansatte.

I november 2015 flyttet den operative virksomheten i Oslo universitetssykehus' skadelegevaktoperative virksomhet tilbake til Storgata, slik at fem operasjonsstuer ble tilgjengelige på Aker. To av disse ble oppgradert i første halvår av 2016, og gradvis tatt i bruk. Oslo universitetssykehus har i 2016 økt antall planlagte operasjoner med 8,2 %. Samtidig har det vært en nedgang i øyeblikkelig-hjelp-operasjoner med 2,9 %. Samlet økning er 5,4 %. Kirurgisk driftsstyre og de lokale kirurgiske driftsrådene er sentrale i dette arbeidet. Ferdigstilling av sengesentralen på Rikshospitalet, og overflytting av pasienter fra Hjerte-, lunge- og karklinikken fra Akuttklinikken, har gitt en økt postoperativ -kapasitet ved Akuttklinikken. Intensivkapasiteten ved Rikshospitalet har i store deler av året hatt en betydelig belastning med pasienter

Sengekapasiteten i sykehuset har økende oppmerksomhet og er tidvis problematisk med flere gamle bygg, umoderne innretninger av sengeområdene (små sengeposter), manglende/sviktende heiskapasitet og får få enerom og isolater. Medisinsk klinikk stort sett en beleggprosent 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.

Økende antibiotikaresistens er en stor utfordring for Oslo universitetssykehus, som for øvrige sykehus i Norge og internasjonalt. Videre arbeid med dette vil være helt sentralt også i 2017. Helseforetakene har i 2016 fått i oppdrag å etablere et antibiotikastyringsprogram. Målsetningen er å redusere det totale antibiotikaforbruket i Norge med 30 % innen 2020. Oslo universitetssykehus har fått ansvar for å etablere et kompetansesenter med utgangspunkt i Regionalt kompetansesenter for smittevern (RKS), og å oversende en plan for å styrke implementering av antibiotikastyringsprogram ved alle helseforetak/sykehus i regionen.

Det er jobbet aktivt med brukermedvirkning i alle klinikker og det er tatt i bruk samvalgsverktøy som pilot i en enhet. Innsatsen knyttet til pasient- og pårørendeopplæring, økende fokus likeverdige helsetjenester og tolketjenester har vært videreført. Det er etablert nye nettsider på felles nasjonal plattform fra 1. november 2016, og det har vært aktive brukere med i utviklingen av nettsidene.

Forskning

Forskningsaktiviteten har også i 2016 vært stor og holder høy kvalitet, vurdert ut fra antall artikler totalt og i nivå 2-tidsskrifter. Antall doktorgrader viser en fallende tendens, i tråd med ønsket utvikling, der postdoktorstipender prioriteres høyere enn doktorgradsstipender hos flere finansieringskilder. Antall artikler ligger på om lag 1800-2000 årlig, og antall doktorgrader utført ved sykehuset er nå om lag 100-120 årlig (endelige tall foreligger ikke pr januar 2017).

Forskningsgruppene konkurrerer godt nasjonalt og internasjonalt om prosjektmidler, og sykehuset har, sammen med Universitetet i Oslo, flere miljøer som er med i finalerunden for nye sentre for fremragende forskning (avgjøres i 2017 av Norges forskningsråd). Volumet av søknader til EU og det Europeiske forskningsrådet økte fra 2014 til 2015 og har i 2016 holdt seg på samme høye nivå som i 2015. Økt deltakelse i EU-prosjekter er et sentralt forskningspolitisk mål for Regjeringen. Flere forskere har mottatt priser, nasjonalt og internasjonalt, for sitt arbeid.

Oslo universitetssykehus har fortsatt sitt arbeid med å videreutvikle forskningsgruppene i alle klinikker, blant annet basert på undersøkelse gjennomført i 2015. Hovedformålet er å forbedre gruppens 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, der etikk og kultur har fått en stadig økende oppmerksomhet. Det er også lagt ned en betydelig innsats i styrket brukermedvirkning i forskning, jf. også omtale i del 2 og del 3.

Medisinske kvalitetsregistre og biobanker er svært viktig infrastruktur for forskning og har stor betydning for bedret behandlingkvalitet. Forbedret infrastruktur for registre er et viktig område som er fremhevet i risikoanalysene. Etablering av klinisk datavarehus er i en pilotfase. Sporingsverktøy for biobanker er i siste testfase med pilotgruppene og er klar til produksjonssetting januar 2017. I 2016 har det vært jobbet med å skaffe en bedre oversikt over eksisterende forskningsbiobanker og kvalitetsregistre, og det er etablert en biobankportal på Oslo universitetssykehus' internettside for pasienter og forskere. Et viktig årlig tiltak er utlysning av interne søknadsmidler til utvikling av forskningsbiobanker og lokale kvalitetsregistre.

Oslo universitetssykehus' forskningsmiljøer har ulike IKT-løsninger for forskning, som gjennom de siste årene har vært rapportert som særlig problematisk med hensyn til nødvendig IKT-støtte. Foretaket har bidratt aktivt inn i både programstyret og referansegruppen til Helse Sør-Østs program «Regional IKT for forskning».

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 2016 har Oslo universitetssykehus fulgt opp vedtatt utdanningsstrategi (2013-2018) og overordnet handlingsplan (2014-2016). Det er utarbeidet et utkast til ny handlingsplan for siste del av strategiperioden.

I 2016 har det fortsatt vært fokus på å styrke samarbeidet med utdanningsinstitusjonene for at profesjonsutdanningene skal være mer tilpasset sykehusenes behov for kompetanse. Oslo universitetssykehus har deltatt aktivt i universitetets arbeid med den reviderte studieplanen for grunnutdanningen i medisin. Det er også startet et tettere samarbeid om utdanningsprogrammene på det Matematisk-naturvitenskapelige fakultet samt startet en prosess for å koordinere de kliniske praksisstudiene til psykologistudentene på en bedre måte.

Oslo universitetssykehus har blitt godkjent lærebedrift for helsefagarbeiderlærlinger og tok i høst mot de første seks lærlingene.

Oslo universitetssykehus arbeider med å legge til rette for ny spesialistutdanning for leger, deriblant å etablere et regionalt utdanningscenter som skal delta i tverregional ordning for å sikre nasjonal, samordnet spesialistutdanning. Det er etablert et prosjekt for å implementere del 1 av utdanningsløpet (tidligere turnustjeneste), og det planlegges nå et prosjekt for å implementere del 2 og del 3 i Oslo universitetssykehus. Det har vært arbeidet med å etablere veilederkurs, samt å utvikle en ordning for vurdering av leger i spesialisering, som følge av at det innføres forskriftsfestede læringsmål.

Det er et vedvarende press på tid og midler avsatt til videre- og etterutdanningsaktiviteter. I en del tilfeller er det for lite fokus på utdanningsaktiviteter, som bl.a. veiledning, supervisjon 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 lønnskostnader og utdanningsvirksomheten i stor grad er tett innvevd i den kliniske virksomheten. Dette bidrar til for dårlig oversikt over økonomiske konsekvenser av utdanningsaktiviteten.

På bakgrunn av stor mangel på spesialsykepleiere, har foretakets ledelse vedtatt å videreføre ordningen med lønn under utdanning til 100 sykepleiere, mot en bindingstid etter endt utdanning. Oslo universitetssykehus har også bidratt til å øke utdanningskapasiteten av intensiv- og anestesisykepleiere i Osloområdet. Det startes opp en ny spesialisering i akuttisykepleie i januar 2017, tilpasset pasientgrunnet i akuttmottakene. Denne utdanningen har Oslo universitetssykehus bidratt til å utvikle i samarbeid med Akershus universitetssykehus og Høgskolen i Oslo og Akershus.

Akuttklinikken, ved Postoperativ- og intensivavdelingen, har videreført traineeordningen for sykepleiere, på grunn av mangelen på intensivsykepleiere. Tilbudet om teoriundervisningen som disse sykepleierne får som en del av opplæringen, er utvidet til å bli tilbudt sykepleiere ansatt på intermediearavdelinger. Tjue av disse sykepleierne har startet deltidsutdanning i intensivsykepleie.

Innovasjon

Oslo universitetssykehus og kommersialiseringselskapet Inven2 AS er samlet sett godt fornøyd med innovasjonsaktiviteten i 2016, da kvaliteten på innmeldte ideer og pågående prosjekter generelt er meget høy. Det må påregnes svingninger i innmeldte ideer og pågående innovasjonsprosjekter fra år til år.

Oslo universitetssykehus har gjennomført et forprosjekt for å utrede etablering av en testarena for helseinnovasjon for Oslo universitetssykehus og Oslo kommune. Arbeidet er i tråd med politiske føringer, samt oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst 2016, hvor infrastruktur for utprøving av innovasjoner skal styrkes. Det er behov for videre utredninger og vurdering av investeringsmuligheter i forbindelse med budsjettprosess for 2018.

Sykehusets innovasjonsutvalg har etablert tre arbeidsgrupper med hvert sitt fokusområde; 1) Kultur og infrastruktur for innovasjon, 2) Forretningsutvikling og næringslivssamarbeid og 3) Finansiering av innovasjonsaktivitet. Dette arbeidet har som mål å forbedre råd og veiledning i innovasjonsarbeidet.

Oslo universitetssykehus er vertsinstitusjon for to nasjonale Sentre for forskningsdrevet innovasjon, hvorav det ene senteret – Centre for Cardiological Innovation, ble midtveisevaluert

av Norges forskningsråd i 2015 og fikk svært god tilbakemelding. Leder av senteret, Thor Edvardsen, ble i 2016 tildelt en pris (Inge Edler-prisen) for fremragende innsats for ekkokardiografiens utvikling på Lunds Universitetssykehus i Sverige.

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 Oslo universitetssykehus, 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 medisinering (Metavision) på grunn av prioritet til Nytt Østfoldsykehus. I november ble systemet oppgradert til ny regionale løsningen, og sykehuset planlegger å bredde 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 genetik 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 infrastruktureoppgraderingene har flere av sykehusets sikkerhetssystemer blitt oppgradert.

Idèfaseprosjektet

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.

Idèfasearbeidet fra 2016 som omfattet nytt bygg til regional sikkerhetsavdeling ved Dikemark og nytt pasientbygg ved Radiumhospitalet, fikk tilslutning fra styret i Helse Sør-Øst i juni 2016. Planleggingen videreføres nå i konseptfase i regi av Sykehusbygg HF og vil legge til rette for ytterligere samlokalisering i sykehuset, og ikke minst å kunne erstatte utdatert og dårlig bygningsmasse. I tillegg vedtok styret i Helse Sør-Øst å starte idèfasearbeidet for bygging av nytt lokalsykehus på Aker og for samling av nasjonale og regionale funksjoner på Gaustad. Det forventes en regional beslutning om videre fremdrift i arbeidet medio 2017.

Det er i 2016 vedtatt bygging av ny storbylegevakt på Aker som vil inneholde et betydelig areal for Oslo universitetssykehus. I tillegg har det også i 2016 vært arbeidet videre med arealtiltak på Aker sykehus for å understøtte Samhandling med Oslo kommune, Sunnaas sykehus og øvrige sykehus gjennom Samhandlingsarena Aker. Innsatsen har særlig vært rette mot tilrettelegging for utvidelse av den kommunale sengeposten (KAD).

Kapasitets- og arealtiltak

Sykehuset startet i 2016 prosjektet «Tilstrekkelig behandlingsskapasitet de neste 5-8 år, inkl. vurdering av videre aktivitet på Aker i perioden». Dette inkluderer vurderinger av hvilke funksjoner som bør ivaretas på de fire hovedlokalisasjonene. Bakgrunnen er å sikre plass for akuttfunksjoner og høyspesialiserte tjenester ved Ullevål sykehus og Rikshospitalet i perioden. Det betinger at fungerende arealer ved Aker sykehus og Radiumhospitalet benyttes til den virksomhet som egner seg best der, med mer avgrensede støttefunksjoner i forhold til Rikshospitalet og Ullevål.

Første delprosjekt var en beskrivelse av framtidig virksomhetsmodell for kreftområdet ved Oslo universitetssykehus, med fokus på Radiumhospitalet. Til grunn for modellen lå etablering av multidisiplinære sentre innen ulike kreftområder, med gode og ensartede pasientforløp og samling av fagmiljøer. Delprosjektets rapport inngikk i saksdokumentene i Helse Sør-Øst sitt styrevedtak 16.6.16 vedrørende etablering av nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet.

Prosjektet har også arbeidet med lokalisering av bl.a. urologi, endokrinkirurgi og endokrinologi. Det er utredet etablering av et elektivt kirurgisk senter på Aker basert på sammedagskirurgi (dagkirurgi og kirurgi med kort liggetid) og bruk av 11 operasjonsstuer 5 dager i uken, og samling av øyeblikkelig- hjelp- funksjoner og «tyngre kirurgi» ved Ullevål sykehus og Rikshospitalet. Dette arbeidet fortsetter inn i 2017.

Medisinskteknisk utstyr

I 2016 har det vært et høyt antall sammenbrudd av medisinskteknisk utstyr, prosentandelen sammenbrudd ligger an til å bli omkring 85 %. 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 2017 på høsten 2016 slik at sammenbrudd kontinuerlig har blitt erstattet. Det ble lagt vekt på å prioritere en planlagt utskifting av truende sammenbrudd for å få ned sammenbruddsraten i utstyrsparken, samt at det legges opp til en økning i investeringsrammen som på sikt vil kunne gi positive konsekvenser for utstyrsparkens tilstand og øke dennes evne til å levere effektiv pasientbehandling av høy

kvalitet. Selv om sammenbruddsrammen på investeringsbudsjettet varte lenger i 2016 enn i 2015, er det fortsatt store utfordringer knyttet til mye gammelt medisinskteknisk utstyr (gjennomsnittsalderen er rundt 11 år) og det er derfor nødvendig med en fortsatt satsning over år på dette området i investeringsbudsjettet for å komme nærmere et ønsket målbilde med en gjennomsnittsalder på omkring 7,5 år.

Økonomi

Den økonomiske utviklingen gjennom 2016 viser at resultatet eksklusive eiendomssalg og andre engangsgevinster er svakere enn det budsjetterte overskuddet på 225 millioner kroner. Isolert sett burde det økonomiske resultatet for 2016 bli klart bedre enn det nå ligger an til, blant annet fordi resultatet omfatter gevinst fra salg av eiendom mv. Aktivitetsøkningen gjennom 2016 er imidlertid håndtert uten betydelig vekst i bemanning og det er dermed gjennomført en produktivitetsforbedring i klinikkene i 2016.

Det at foretakets resultat, eksklusive eiendomssalg og andre engangsgevinster, er svakere enn budsjettert i 2016, gir et mer krevende utgangspunkt for 2017 budsjettet. Det vil også kunne svekke Oslo universitetssykehus' evne til å finansiere nødvendige investeringer.

2.2 Oppfølging av mål for Helse Sør-Øst

Følgende mål for helseforetaksgruppen er i oppdrag og bestilling videreført i 2016:

- 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) – 102 (2016). Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i 2014 89 dager, men er nå per november 2016 redusert til 66 dager. Gjennomsnittlig ventetid for alle ventende er også betydelig redusert fra 373 (2012) – 212 (2013) – 175 (2014) – 89 dager (2015) – 60 dager (2016). Antall ventende pasienter med fristbrudd var november 2104 ca. 2000. November 2016 var tilsvarende tall bare 40 og om lag likt som i 2015.

Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent

Prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner ved Oslo universitetssykehus HF i 2016 er ca. 5,1 %. Dette omfatter urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, blodbaneinfeksjoner og infeksjoner i operasjonsområde, som er de infeksjonstypene som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Tallene inkluderer sykehusinfeksjoner hos pasienter overført fra andre helseforetak. Andelen har økt noe siste årene og gir en utfordrende situasjon for sykehuset som vil kreve spesielt fokus framover. 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.

Sykehusinfeksjoner meldes i liten grad i avvikssystemet Achilles, og følgelig heller ikke videre i henhold til Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 og 3-3a. Det arbeides med bedre rutiner for registrering, analyse, læring og tiltak for å redusere forekomst av sykehusinfeksjoner.

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. Resistente bakterier skaper økende utfordringer for det infeksjonsforebyggende arbeidet og driften av sykehuset. I gamle bygg med mangel på enerom og isolater, øker risikoen for smittespredning og reduserer kapasiteten på diagnostikk og behandling. Flersengsrom må i noen tilfeller bare brukes til én pasient. I 2016 var prevalensandelen av pasienter som fikk antibiotikabehandling 17,9 %, mens andelen kirurgisk og medisinsk profylakse var henholdsvis 5,8 % og 3,9 %.

Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Det har gjennom 2016 vært et sterkt fokus på å følge opp timeplanleggingen 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 2016 var resultatoppnåelsen for denne indikatoren 73 %.

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

Medarbeiderundersøkelsen ble gjennomført i 2016 med en oppslutning på 79 %. Totalt 903 ledergrupper og enheter har fått tilsendt rapporter til oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet. Alle indikatorene viser en positiv utvikling for foretaket. Det har vært en signifikant økt opplevelse av involvering i oppfølging av forrige medarbeiderundersøkelse fra 46 % til 53 %. Det er ingen reduksjon av opplevd kvalitet på oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen blant de som har vært involvert i oppfølgingen av forrige medarbeiderundersøkelse.

2.3 Evaluering av egen virksomhet og organisering

Oslo universitetssykehus fortsetter arbeidet med utvikling av organisasjonen med sikte på en stabil og bærekraftig driftssituasjon. Målet er en organisering av klinisk virksomhet som gir grunnlag for god pasientbehandling, gode pasientforløp, forskning og undervisning og en økonomi i balanse. Oslo universitetssykehus har gjennomført et prosjekt for utvikling av organiseringen av helseforetaket. Fra jan 2016 er antallet klinikker økt fra ni til 15. Deling av klinikkene er utført for å gi en tydeligere og mer ensartet inndeling av klinikkene, redusere kontrollspenn for lederne, øke styrbarheten på avdelings- og seksjonsnivå. I tillegg skapes kortere organisatorisk avstand til den kliniske virksomheten for direktøren. Målet er en organisasjonsstruktur som bidrar til tilgjengelighet, god kvalitet og sikkerhet for pasientene, og sammen med god økonomi gir helseforetaket et tilstrekkelig handlingsrom som også muliggjør fremtidige investeringer. Strukturen for direktørens stab og støttefunksjoner er også utredet i

løpet av 2016, og det er fattet vedtak om en ny organisering innenfor medisin, helsefag og utvikling, pasientsikkerhet og kvalitet og samhandling. Disse tre stabene vil samles i fire seksjoner under ledelse av viseadministrerende direktør for medisin, helsefag og utvikling. I tillegg er det besluttet å etablere en stilling som fagdirektør for helsefag. Den nye stabsorganisasjonen vil tre i kraft i løpet av januar 2017.

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 så å si 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.

DEL II: RAPPORTERINGER

3. RAPPORTERING FOR OVERORDNEDE MÅL

3.1. Oppfølging av ventetider, fristbrudd og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Ventetid

Gjennomsnittlig ventetid under 65 dager, inkludert utvikling fra forrige år

Ved utgangen av desember var gjennomsnittlig ventetid til avvikling 60 dager. Dette er en reduksjon på 23 dager, sammenlignet med samme periode i 2015 (83 dager). Pasienter med lavest prioritet (de som hadde status som ikke-rettighetspasient den 1. november 2015) er gradvis avviklet i løpet av 2016. Ved utgangen av november var det registrert 65 pasienter uten rett, med gjennomsnittlig ventetid på 682 dager. Det er gitt avtale om fast tid til de pasientene som skal ha det, mens de pasientene som av ulike årsaker har fått utsatt start helsehjelp følges opp fra ventelisten. Gjennomsnittlig ventetid for ventende var pr desember 63 dager.

Fristbrudd

Antall og andel fristbrudd, inkludert utvikling fra forrige år. Målet er null fristbrudd for spesialisthelsetjenesten.

Det er ved utgangen av november registrert 40 fristbrudd i fristbruddportalen. 5 av disse har fått tilbud om behandling via HELFO. 14 er tilbakeført til OUS pga manglende behandlingstilbud. De resterende har sykehuset selv funnet et tilbud til før eller etter frist. Alle pasienter som må vente utover frist blir fortløpende kontaktet for informasjon og for samtykke om utvidet ventetid. Ved utgangen av november er andel fristbrudd ventende 0,3 %. Hovedårsaken til fristbrudd avviklede er for sen tildeling av fast tid.

Venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

-Variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse

-Variasjon i andel dagbehandlinger innen utvalgte områder

Virksomhetens oppfølging av arbeidet for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, bidrag i arbeidet med å utvikle og følge opp kvalitetsindikatorer og rapportering på indikatorer når disse tas i bruk.

Det er tilrettelagt for oppfølging av ulike kvalitetsindikatorer i vårt Ledelses- og informasjonssystem. Det foreligger også styrende dokumenter som beskriver riktig registreringspraksis knyttet til indikatorene i DIPS, samt hvordan disse kan kvalitetssikres. Vi fortsetter vårt arbeid med indikatorene for alle fagområder, og avventer resultater fra HSØ vedrørende sammenligning mellom helseforetakene når det gjelder reduksjon av unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse i tidsperioden 2015-2016.

Registrering av ventetid i spesialisthelsetjenesten (journalgjennomgang)

Eventuell oppfølging av Helsedirektoratets arbeid med å se på ulike problemstillinger innen registrering av ventetid i spesialisthelsetjenesten (Journalgjennomgang)

OUS har ikke mottatt noen anvisning fra HSØ om hvilken tilnærming arbeidet med å se på ulike problemstillinger innen registrering av ventetid skal ha.

Prioriterte fagområder (ortopedi og psykisk helsevern)

I arbeidet med å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse, jf. oppdragsdokumentet 2016, gis det fra og med andre halvår 2016 særskilt styringsmessig prioritet til fagområdene ortopedi og psykisk helsevern. Helseforetakene og private ideelle sykehus i Helse SørØst skal følge opp dette arbeidet for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen og, når det er behov,

bidra aktivt i arbeidet med å utvikle og følge opp kvalitetsindikatorer. Videre skal helseforetak og private ideelle sykehus rapportere på indikatorer når disse tas i bruk

Beskrive arbeidet med å følge opp de prioriterte fagområdene ortopedi og psykisk helsevern og oppfølgingen av å etablere og rapportere et sett av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet innen disse.

Innen ortopedi er det gjennomført både generelle tiltak og noen spesifikke tiltak i enkelte behandlingstilbud. Sykehuset har gjennom 2016 hatt høyt fokus på effektiv drift og satt inn tiltak for å redusere ventelistene. Ortopedisk klinikk har økt sin produksjon med 5,1 %, jevnt fordelt innen alle områder. Det er også gjort mer spesifikke tiltak for følgende pasientgrupper:

- Sykehuset har hatt lange ventekøer for barn. Her er det gjort et tiltak ved å flytte protesekirurgi fra Rikshospitalet til Ullevål for derved å frigjøre kapasitet til barn ved Rikshospitalet.
- For hoftebrudd er det laget en «fast track» sløyfe som i betydelig grad reduserer tiden fra innkomst til operasjon.

Innen området psykisk helsevern er det i oppdragsdokumentet spesifisert noen indikatorer som er brukt i videre fremstilling: Nyhenviste (antall pr 1000 innbyggere og antall pr enhet) og henvisninger som ikke gis rett til helsehjelp (antall pr 10 000 og andel pr enhet).

Nyhenviste

Tabellen under viser antall nyhenviste til klinikk psykisk helse og avhengighet og antall avviste pga ikke medisinsk indikasjon for psykisk helsevern, voksne, barn og unge. Tallene inkluderer lokale, område-, regional- og nasjonale funksjoner, og alle omsorgsnivåer (poliklinikk, døgntilbud og dagbehandling) samlet for 1.januar – 31. oktober 2015 og 2016. (Kilde: DIPS 6813).

Tabell 1 Antall nyhenviste og antall og prosent avviste pga ikke medisinsk indikasjon

Nyhenviste og avslag pga ikke medisinsk indikasjon	Antall		Prosent
	Antall nyhenviste	Ikke medisinsk indikasjon	Ikke medisinsk indikasjon
2015	7825	1128	14 %
2016	8013	1372	17 %

Tabellen viser at antall antall nyhenviste har økt noe fra 2015 til 2016, det samme har antall avvisinger grunnet ikke medisinsk indikasjon.

Tabellen under viser antall nyhenviste og antall pr 1000 innbygger, for DPSene, lokale sykehusfunksjoner, områdefunksjoner for voksne, barne- og ungdomspsykiatriske lokalfunksjoner, barne- og ungdomspsykiatriske områdefunksjoner og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Tabell 2 Antall nyhenviste pr 1000 innbygger og antall avviste pga ikke medisinsk indikasjon pr 10.000 innbygger

Rater nyhenviste og avviste pga ikke medisinsk indikasjon	Antall nyhenviste pr 1000 innbygger		Antall avviste pga ikke medisinsk indikasjon pr 10.000 innbygger	
	2015	2016	2015	2016
Psykisk helsevern voksne, lokalfunksjon	19,8	21,2	39,1	52,4
Psykisk helsevern voksne- områdefunksjon	1,1	1,0	0,9	0,1
Psykisk helsevern barn og unge - lokale funksjoner	18,3	18,8	46,8	40,3
Psykisk helsevern barn og unge – områdefunksjoner	1,1	1,3	5,8	6,1

Med unntak for Psykisk helsevern voksne områdefunksjon har henvisningsraten økt fra 2015 til 2016. Avvisningsraten har økt for barne- og ungdomspsykiatrien og for psykisk helsevern voksne lokale funksjoner. Dette skyldes særlig økt antall henvisninger til poliklinikkene, der legene i større grad henviser pasienter som i henhold til prioriteringsveilederen ikke skal ha utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten.

Postbariatrisk kirurgi

Arbeidet med å redusere ventetid, øke kapasitet og ha god kompetanse innen postbariatrisk kirurgi.

Postbariatrisk kirurgi er ikke en aktuell oppgave for Oslo universitetssykehus.

Kapasitetstilpasninger i Oslo og Akershus sykehusområder

Skal beskrive arbeidet med utredning og iverksettelse av kapasitetstilpasninger i Oslo og Akershus sykehusområder.

OUS har deltatt aktivt i både styringsgruppe, felles arbeidsgruppe og ulike prosjektgrupper for de enkelte fagområdene man ville jobbe videre med. OUS har bidratt med aktivitetsdata samt innspill til mulig områder for endret arbeidsdeling, både når det gjelder opptaksområder og fordeling av arbeidsoppgaver innen Oslo sykehusområde. HSØ har hatt ansvaret for fremdrift og beslutninger.

Forhold omtalt i Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014

Skal beskrive arbeidet med å følge opp forhold som omtalt i Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014, sak 4 Helseforetakenes aktivitetsutvikling innen dag- og døgnkirurgiske pasientbehandling.

Det er for alle virksomhetsområder i sykehuset satt opp måltall for hver uke vedrørende poliklinikk-konsultasjoner og kirurgiske prosedyrer med ambisjoner om økt aktivitet. Dette følges opp med ukentlig rapportering til alle klinikker og avdelinger, og aktivitetsresultatene blir gjennomgått på klinikkledermøtene hver uke. Sykehusets ventelisteråd har gjennom året fulgt tett opp alle oppgavene som skal ivaretas j.fr. sykehusets handlingsplan (med mål for ventende og ventetider) og Oppdragsdokument 2016. Ventetidene ved sykehuset er generelt blitt kortere, og antall fristbrudd og langtidsventende er betydelig redusert. Antall pasienter på interne ventelister er også blitt kortere.

OUS har i 2016 satt i gang et større program for forbedring av drift, der bedre utnyttelse av poliklinikker og operasjonsstuer er egne prosjekt, med spesifikke mål. Prosjektet blir fulgt opp av en styringsgruppe der tillitsvalgte, brukere og vernetjeneste er med.

3.2. Oppfølging av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Arbeidet med å følge opp kravet om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). (Mål: Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet.)

Oslo universitetssykehus HF arbeider for å tilpasse driften i 2016, innenfor de rammer som er satt i budsjettet, både når det gjelder aktivitet og økonomisk resultat. Prioriteringsregelen vurderes å være ivaretatt i budsjettet for 2016, både ut fra budsjettet aktivitet og ressursbruk.

Ved utgangen av desember er aktivitetsøkningen innenfor psykisk helsevern og TSB høyere enn aktiviteten innenfor somatikken og høyere enn forutsetningene for budsjettet. Dette gjelder særlig for antall polikliniske konsultasjoner. Når det gjelder ressursbruk viser fordeling av kostnader mellom tjenesteområdene en vekst for psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på om lag 2 pst. Dette er på samme nivå som for somatikken. Kostnader til Annet (pasientreiser og prehospitaltjenester mv) viser imidlertid en større vekst.

- Gjennomsnittlig ventetid og fristbrudd innen psykisk helsevern
- Klinikkenes samlede resultat for gjennomsnittlig ventetid og fristbrudd er vist i tabellen under.

- *Tabell 3 Fristbrudd og gjennomsnittlig ventetid 2015 og 2016*

	2015	2016
Fristbrudd	1	17
Gjennomsnittlig ventetid	38 dager	44 dager

- Klinikken har meldt tre fristbrudd til Helfo. De øvrige 14 fristbruddene er alle ivare tatt innen 14 dager etter frist helsehjelp og er derfor ikke meldt videre til Helfo. Gjennomsnittlig ventetid har økt med 6 dager, men er likevel godt innenfor målsettingen om innen 65 dager.

- Prioritering innenfor psykisk helsevern og TSB

- Innenfor Psykisk helsevern for voksne (PHV) er det en vekst ved DPS'ene mens det er en reduksjon i lokal andel områdefunksjoner og lokale sykehusfunksjoner. Dette er i tråd med helse- og omsorgsdepartementets ønskede prioriteringer.

- Årsverk

- Tabellen under viser fordelingen av årsverk på DPS, områdefunksjoner Psykisk helsevern voksne, lokale sykehusfunksjoner Psykisk helsevern voksne, barn og ungdom og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

- *Tabell 4 Fordeling av brutto årsverk*

Fordeling av årsverk	2015	2016	Endring
DPS	269	287	6,69 %
Områdefunksjoner PHV	207	195	-5,80 %
Sum DPS-funksjoner	476	482	1,26 %
Lokal sykehus PHV	487	491	0,82 %
Barn og ungdom	286	288	0,70 %
TSB	387	374	-3,36 %

- Tabellen over viser at områdefunksjonene i psykisk helsevern voksne og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling har redusert sine årsverk med henholdsvis 5,8 % og 3,4 %. Lokale sykehusfunksjoner har en økning på 0,82 %, mens Psykisk helsevern for barn og unge og DPSene har fått styrket seg med en økning på henholdsvis 0,7 % og 6,7 % i forhold til 2015. Økningen i antall årsverk ved DPSene skyldes en tilførsel på 3 årsverk ved hvert av de to DPSene, og et underforbruk av stillinger i 2015.

- Aktivitet

- *Tabell 5 Antall døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner 1. januar – 31. oktober i 2015 og 2016*

Aktivitet i 2015 og 2016 (1. jan til 31. okt begge år).		Døgnopphold	Dagbehandling	Polikliniske konsultasjoner
1. jan - 31. okt 2015	NDPS	7 275	0	21 753
	SODPS	3 953	0	18 301
	BUP	4 567	2963	31 685
	TSB	20 532	131	17 182
	Klinikken totalt	36 327	3 094	88 921
1. jan - 31. okt 2016	NDPS	7 703	0	27 361
	SODPS	5 211	0	20 786
	BUP	4 363	2717	33 764
	TSB	21 330	3	19 697
	Klinikken totalt	38 607	2 720	101 608

- *Tabell 6 Prosentvis endring i aktivitet fra 2015 til 2016*

Prosentvis endring fra 2015 til 2016	Døgnopphold	Dag-behandling	Polikliniske konsultasjoner
DPS	15 %		20 %
BUP	-4 %	-8 %	7 %
TSB	4 %	-98 %	15 %
Klinikken totalt	4 %	-12 %	14 %

- Tabellen over viser at det har vært en øking i poliklinisk aktivitet ved DPSene, i BUP og i TSB. Samtidig har DPS døgnopphold også hatt en økning. Økningen i aktiviteten ved DPSene skyldes effektivisering av både døgndrift og poliklinisk virksomhet fra 2015 til 2016, samt en tilførsel av ressurser på 3 årsverk pr DPS.
- I Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) har de lokale poliklinikkene ca 90 % av pasientbehandlingen. Når det gjelder døgn- og arenafleksibel behandling har avdelingen områdefunksjon for 12 bydeler og en barne – og ungdomsbefolkning på ca 104 000. Klinikken har i dag tolv 7- døgnplasser for ungdom mellom 13 og 18 år, fordelt på 5 akutte og 7 intermedieære plasser. For barn under 14 år er det 5-døgnstilbud, og ikke et akutt-tilbud. Barneseksjonen tilbyr arenafleksible utrednings- og behandlingsplasser for barn og deres familier der poliklinisk behandling ikke er tilstrekkelig. Arenafleksibel betyr at behandlingen foregår på de arenaer barnet og familien oppholder seg, f.eks hjemme, på skolen eller på indikasjon i døgn – eller dagplasser på enhetene. Barna legges IKKE inn i seng for behandling. Behandlingen skjer hele døgnet, og også på de arenaer der barnet opplever mestring. Barneseksjonen har et arenafleksibelt team med psykolog – og legespesialist som har 24 timers responstid. BUPA har ikke et tradisjonelt skille mellom døgn, dag, ambulant og poliklinisk behandling, men arbeider ute på ulike arenaer i alle seksjoner.

Distriktspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge

Arbeidet med at distriktspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern, inkludert at andel årsverk i distriktspsykiatriske sentre i forhold til sykehus i psykisk helsevern for voksne skal være økt sammenliknet med 2015.

Vi viser til beskrivelsen av styrket aktivitet ved DPSene i redegjørelsen forut og tabell 6, som viser at DPSene har hatt en økning i antall årsverk på 6,69 årsverk, mens lokale sykehusfunksjoner har hatt en økning på 0,82 %.

Desentralisert behandlingstilbud

Arbeidet med å styrke desentralisert behandlingstilbud (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern og rus.

Poliklinikk

- I klinikken har antall polikliniske konsultasjoner økt med 14 % fra 2015 til 2016.

Ambulant virksomhet

- Vi har ikke tall for ambulant virksomhet i 2015, de ble først registrert som egen type poliklinisk konsultasjon i 2016.
- Tabellen under viser antall ambulante konsultasjoner fra 1.1.-15.11 2016, med fordeling mellom Psykisk helsevern barn og ungdom (BUP), Tverrfaglig spesialisert rus- og avhengighetsbehandling (TSB) og (Psykisk helsevern voksne).
- *Tabell 7. Antall ambulante konsultasjoner i barne- og ungdomspsykiatrien, TSB og psykisk helsevern voksne (PHV) for perioden 1. jan – 15. nov 2016*

Antall ambulante konsultasjoner	1.1 - 15.11 2016
BUPA	1803
TSB	290
PHV	3022

- Søndre Oslo DPS har styrket poliklinisk og ambulant virksomhet med 5 spesialistårsverk. 2016 er første året med leger i vakt på DPSet.
- Nydalen DPS etablerte i januar 2016 et FACT- team i samarbeid med Bydel Sagene. Det planlegges et felles FACT- team i bydelene Bjerke og Nordre Aker med oppstart andre halvår 2017. Psykosepoliklinikken i Nydalen DPS har omfattende ambulant virksomhet i tett samarbeid med bydelene. Akutteamet i Nydalen DPS ble etablert i 2015. Teamet er til enhver tid bemannet med overlege og LIS.

Samarbeid med førstelinjen

Det arbeides systematisk med å styrke desentraliserte behandlingstilbud gjennom etablering av nye samarbeidsformer med primærhelsetjenesten. Dette kommer i tillegg til klinikkens satsning på arenafleksible tjenester. Eksempler på dette er:

- Søndre Oslo DPS deltar på et flytmøte mellom alle bydeler og DPSet, der man drøfter overføring av pasienter mellom spesialisthelsetjenesten og bydelene.
- Søndre Oslo DPS har sammen med bydel Søndre Nordstrand (fastleger, bydelspsykologer og psykisk helsetjeneste) etablert en modell for samarbeid som sikrer at pasienter med psykiske lidelser får rask og god behandling på riktig nivå i helsetjenesten, redusert ventetid og optimalisert ressursbruk. Primærhelsetjenesten får et større ansvar for mennesker med psykiske lidelser ved at det inngås forpliktende samarbeid mellom behandlere i DPS og bydel Søndre Nordstrand. Ved å

styrke dette samarbeidet kan fastleger, bydelspsykologer og helsearbeidere i bydelen på sikt påta seg mer oppfølging for en større andel pasienter med psykiske lidelser.

- Pasienter med alvorlig psykisk lidelse har 10-20 års kortere forventet levetid enn befolkningen ellers. De er mye plaget med somatiske lidelser, særlig hjerte-karsykdommer og sykdommer i luftveiene med kjent økt dødelighet knyttet til sykdommene. Søndre Oslo DPS skal sammen med brukerne og samhandlingspartnere i bydelene Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand utvikle nye og bedre arbeidsmetoder og tettere samhandling for oppfølging av somatisk helse for denne pasientgruppen.
- Nydalen DPS har lokale samarbeidsmøter med hver bydel hvor konkrete pasientproblemstillinger drøftes. Avdelingsledelsen deltar i lokale FOT-møter (Fleksibel Oppfølgingstjeneste) i bydelene og har jevnlig møter med NAV. I tillegg til FACT team er det etablert et samhandlingsforum for ansatte i døgnenhetene i Nydalen DPS og ansatte i omsorgsboligene i bydelene. Formålet er kompetanseoverføring, veiledning og samarbeid.
- Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling har flere samarbeidstiltak med førstelinjetjenesten:
 - Samarbeidsavtale med Barne – og familieetatens institusjoner fra høsten 2014. Etablert søsterinstitusjoner med felles fagdager og hospitering.
 - Lavterskeltilbud på 4 videregående skoler i samarbeid med Helseetaten og bydelene, samt skolehelsetjenesten. Etablert lavterskeltilbud Nordberg Ungdomsskole i samarbeid med bydel og ungdomsskolen. Etablerer nå lavterskeltilbud i ved Bredtvedt mottaksskole som har 400 elever.
 - Behandlere fra poliklinikk møter på utvidet ressursteam ved de fleste skoler i våre 6 bydeler minst to ganger pr semester
 - Behandlere veileder helsestasjon i bydel
 - Enkelte enheter har faste dager på helsestasjon.
 - Samarbeidsprosjekt om hestetapi mellom BUP Syd og Søndre Nordstrand bydel.
 - Familiegrupper for familier med barn med ADHD
 - Familiegrupper for familier med barn med Aspergers syndrom

Tvangsinnleggelse

Arbeidet med å redusere antall tvangsinnleggelse for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen sammenliknet med 2015.

Klinikk for psykisk helse og avhengighet har satt i gang et omfattende arbeid med å etterregistrere og kvalitetssikre dataene knyttet til bruk av tvangsmidler for 2015 og 2016.

Kvalitetssikrede tall vil foreligge innen 1. mars 2017.

Rapportering for bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern til NPR

Arbeidet med å rapportere komplette og korrekte data om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern til NPR.

Alle tvangsvedtak blir registrert i skriftlige tvangsmiddelprotokoller og all bruk av tvangsmidler i henhold til lovverket er under oppsikt av eksterne kontrollkommisjoner. Registrering av tvangsmiddelbruk ved Klinikk psykisk helse og avhengighet skal således være både korrekt og kontrollert.

Klinikk psykisk helse og avhengighet har i 2016 gjennomført en massiv opplæring for ansatte ved alle seksjoner i elektronisk registrering av bruk av tvangsmidler. Målet er å sikre at elektronisk registrering av tvangsmiddelbruk skal bli komplett og korrekt i 2016. Klinikkenes fag- og kvalitetsstab gjør nå en kvalitetssjekk av elektronisk registrerte data mot manuelle optellingene.

Når det gjelder data før 2016 har den elektroniske registreringene av data for tvangsmiddelbruk vært av dårligere kvalitet. Seksjonene foretar elektronisk etterregistrering av data for 2015, men vil ikke være ferdig med dette før første tertial 2017.

Det vil være svært utfordrende å framskaffe elektroniske data for 2014. Det skyldes blant annet at Oslo universitetssykehus i oktober 2014 etablerte DIPS som elektronisk journalsystem. Tidligere journaler ble konvertert fra annet elektronisk journalsystem. I forbindelse med denne konverteringen ble data lagt inn mangelfullt og også feil. Vi har derfor konsentrert oss om å kvalitetssikre de elektroniske registreringene for 2015 og 2016.

OCD-team

Arbeidet med å sikre videre drift av OCD-teamene, berunder nødvendig implementering og opplæring.

- Voksenpsykiatri
- OUS benytter i dag 4 rene behandlerårsverk i OCD-teamet, i tillegg bidrar enhetsleder også noe klinisk. OCD-teamet har områdefunksjon for 12 bydeler i Oslo.
- I 2014/2015 gjennomførte behandlerne i OCD-teamet den obligatoriske opplæringen og teamet har vært i drift fra høsten 2015. Allerede i 2015 fikk OCD-teamet 138 søknader fra DPSene. Etter pre-screening av OCD-teamet fikk 85 % av de innsøkte pasientene positivt svar. Antall søknader har siden økt og det forventes å motta i overkant av 200 søknader i 2016. OCD-teamet ligger an til å ferdigbehandle 70 pasienter med ordinær metode i år. I tillegg vil ca 30 pasienter ha gjennomgått fire dagers intensivbehandling i 2016 i forbindelse med deltakelse i den nasjonale OCD-studien. Ved å endre fra ordinær behandling til fire dagers intensivbehandling planlagt fra mars 2017, forventes det en kapasitetsøkning på 25 %.
- Antall søknader til OCD-behandling har vært større enn man forutsatte i OCD-manualen. Dette gjelder hele landet. Det gjør også beregningen av behov for ressurser er basert på gale antagelser. Innsøkingen har vært så stor at ventetiden fra pre-screening til behandling nå er på 1 år. Dersom prognosen for søknader er riktig vil den interne ventetiden fra pre-screening til behandling starter, bli ytterligere forverret.
- Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)
- BUP har to øremerkede stillinger i 50 % til OCD-behandling. Dette teamet er del av et større team i Oslo der også Nic Waals Institutt og BUP Vest deltar. Teamet har fulgt opplæring og veiledning.
- OCD-pasienter er ofte komorbide med andre tilstander innen BUP. Teamet går inn i saker der det er tvangssymptomer, ofte i samarbeid med fast behandler. Teamet har fleksibel lokalisering og er ambulant. Teamet har til enhver tid 5 behandlingsforløp. I tillegg kommer tid til pre-screening/vurderingssamtaler, konsultasjoner og internundervisning. Det er en stor fordel å ha OCD-teamet knyttet til poliklinikk, både fordi pasientene slipper å bryte med behandler, og man får effekt av kompetansedeling. Teamet benytter eksponeringsterapi med responsprevensjon (ERP). BUP ønsker på sikt at flere fagfolk i poliklinikkene skal få opplæring i ERP. BUP ønsker også å rekruttere flere personer til teamet slik at det blir mer robust. Det bemerkes at avdelingen allerede har fagpersoner i avdelingen som behersker metoden, og som jobber i poliklinikk.

Tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler

Arbeidet med å etablere flere tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler.

Utvidet opptaksområde for Fengselspsykiatrisk poliklinikk

- Regional sikkerhetsseksjon (RSA) Fengselspsykiatrisk poliklinikk har i tillegg til poliklinisk tilbud for innsatte i Sentralarresten i Øst politidistrikt, Oslo og Bredtveit fengsler, etablert et poliklinisk tilbud ved Ullersmo fengsels ungdomsenhet Øst i Eidsvoll. Tilbudet er direktefinansiert av

Helsedirektoratet og ble startet opp i april i år. En psykologspesialist er psykologfaglig rådgiver for lederen ved enheten, tilbyr poliklinisk utredning og behandling, residiv-risikovurdering, veiledning og undervisning av miljøpersonalet og fengselets tjenestemenn.

Prosjekt for behandling av seksuallovbruddsdømte

I 2016 ble det startet opp et treårig prosjekt for behandling av seksuallovbrudds-dømte, BASIS-prosjektet – Behandling av seksuallovbrudds-dømte i Sør-Øst. Prosjektet er direktefinansiert av Helsedirektoratet, og er et samarbeidsprosjekt mellom Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) og RSA Fengselspsykiatrisk poliklinikk. Prosjektets formål er å øke kunnskap om seksuallovbrudds-dømte og utvikle systemiske og individualterapeutiske tiltak/metoder for forebygging av tilbakefall. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med kriminalomsorgen og er organisert med styringsgruppe, prosjektgruppe og et behandlingsteam. Behandlerstillinger i prosjektet er en psykolog, en psykologspesialist og 20 % stilling for psykiater. Behandlingen foregår ved følgende anstalter: Berg, Bredtveit, Ila og Halden fengsler.

Fordypningskurs i fengselspsykiatri for leger og psykologer

Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri har sammen med fengselspsykiatrisk poliklinikk og kriminalomsorgen etablert fordypningskurs i fengselspsykiatri for leger og psykologer. Psykologer og leger som jobber med behandling av innsatte har behov for spesialisert kompetanse tilpasset denne gruppens utfordringer. Bedre kompetanse for fengselspsykiatri har derfor vært etterspurt. Fordypningskurset er omfattende med 4 samlinger med til sammen 12 dager og går over tre semestre.

Avvisningsrate ved poliklinikker

Arbeidet med å redusere avvisningsrate ved poliklinikker i forhold til 2015.

I ledelses- og styringssystemet er det nå lagt til rette for visning av hvilke avvistkoder som er benyttet i DIPS. Det er laget egen retningslinje som beskriver kvalitetssikring av egen praksis og av oppfølging av de henvisninger i DIPS som er gitt avslag. Sykehusledelsen fortsetter forbedringsarbeidet knyttet til avslag på henvisninger i alle klinikker i 2017, og kommer til å ha like stort fokus på alle fagområder, selv om ortopedi og psykisk helsevern har fått særlig styringsmessig prioritet.

Det er gjort en gjennomgang av styrende dokumenter og bruk av DIPS knyttet til avslag på henvisninger i klinikk psykisk helse og avhengighet. Det er ved gjennomgang av koder for avslag i DIPS, og i NPR- tilbakemeldingen, avdekket at det i DIPS finnes avvistkoder som ikke er i samsvar med regelverket og de rammer som er satt for å kunne gi avslag på en henvisning. Det viser seg at alle avviste henvisninger hentes opp i NPR-rapporteringen. Problemet er kjent i HSØ og i Helsedirektoratet. Det bør gjøres en grundig gjennomgang av hvilke avvistkoder som skal ligge til grunn i forbindelse med avslag på henvisning, og samtidig skille på hvilke av dem som inngår i rapportering til NPR og ikke.

Dataene pt. innen psykisk helse er redegjort for i tabell 8. Selv om det må arbeides med å redusere usikkerheten i datakvaliteten, gir tallene en indikasjon på utviklingen av avvisningsraten ved poliklinikkene i psykisk helsevern.

Tabell 8 Antall polikliniske primærhenvisninger, antall avviste pga ikke medisinsk indikasjon og avvissingsrate. 1. januar – 15. november 2015 og 2016

Polikliniske primærhenvisninger og avviste pga ikke medisinsk indikasjon	1. jan - 15. nov 2015			1. jan - 15. nov 2016		
	Primærhenvisninger	Avvist pga ikke medisinsk indikasjon	Avvissingsrate	Primærhenvisninger	Avvist pga ikke medisinsk indikasjon	Avvissingsrate
Distriktpsykiatriske sentra	3 407	777	23 %	3 629	1 060	29 %
Lokale sykehusfunksjoner	403	4	1 %	399	0	0 %
Regionale funksjoner	1021	66	6 %	990	31	3 %
Barne- og ungdomspsykiatrien	1 039	267	26 %	1 083	232	21 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	857	3	0 %	824	23	3 %

Tabellen viser at det har vært en økning i avvissingsraten ved DPSene på 6 %. Barne- og ungdomspsykiatrien har hatt en tilsvarende reduksjon. Ved Søndre Oslo DPS har det vært en økning i antall henvisninger på 6 %. Det henvises mange pasienter som i tråd med prioriteringsveilederne ikke skal ha utredning/ behandling i spesialisthelsetjenesten og disse avvises pga manglende medisinsk indikasjon. Det har vært en liten økning i avvissingsraten, fra 34 % til 37 %. Dette følges opp videre i inntaksmøtene.

- Det har vært en dramatisk økning i antall henvisninger til Nydalen DPS fra 2015 til 2016. Den prosentvise økningen i antall henvisninger (16 %) er langt høyere enn økning i ressurser/ årsverk. Avvissingsraten har økt noe, men er fremdeles forholdsvis lav sammenlignet med andre DPS i Osloområdet.
- Barne- og ungdomspsykiatrien har hatt en økning av antall henvisninger på 4 %. Avvissingsraten er redusert med 5 %. Henvisninger til BUPA kommer i større grad elektronisk. Det kommer en del elektroniske beskjeder og meldinger om kommende henvisninger fra fastlegene, som ikke er reelle henvisninger. Disse må likevel behandles som henvisning og avvises i påvente av den reelle henvisningen.
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling har hatt en reduksjon i antall henvisninger på 3 %, mens avvissingsraten har økt fra 0 til 3 %.

Kommunale akutte døgnplasser og utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern/rus

Arbeidet med å forberede og følge effekter av kommunale akutte døgnplasser og utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern/rus.
KAD-plasser

- Oslo kommune har ikke etablert KAD-plasser for psykiatri og rusavhengighet enda, men utreder hvordan plassene skal etableres. Oslo universitetssykehus ved Seksjon for Samhandling og DPSene er representert i en arbeidsgruppe i Oslo kommune.
- Seksjon rusakuttmottak/avgiftning samarbeider med Oslo kommune på Helsearena Aker for å forberede åpningen av kommunale akutte døgnplasser (KAD) for ruspasienter fra 1.1.2017. Det handler i stor grad om kompetanseheving og faglig bistand. Seksjonen tilbyr følgende kompetansetiltak med veiledning relatert til TSB inn i akutte kommunale helsetjenester ved Aker helsearena:

- Ukentlige undervisningsmøter siden februar 2016 med lege- og sykepleiertjeneste KAD/Aker legevakt med representant fra Rusakuttmottaket og TSB – temaer planlagt og knyttet til inntakskriterier og pasientgrunnlag ved kommunale akutte døgnseger (KAD). Mulighet for drøfting pasient individnivå. Bruk av [nasjonal faglig retningslinje](#) for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (IS 2211)
- Klinisk konsultasjonstjeneste fra Rusakuttmottak til KAD på dagtid i ukedager, vurdering av adekvate behandlingstiltak rettet mot rusbruk/-avhengighet under innleggelse og videre tiltak, hos pasient i KAD-seng, fra august 2016
- Inklusjon av KAD i nasjonalt prosjekt «Somatisk helse og rus» ved Nasjonal kompetansetjeneste TSB ved Oslo universitetssykehus (som eneste førstelinjetjeneste) fra oktober 2016
- Gjennomgang av henvisninger fra Aker legevakt til Rusakuttmottak med fokus på kvalitet i rusvurderinger i etterkant av overganger, tilbakemelding til enkeltansatt gjennom ledelse med kvalitetstiltak;
- Utarbeidelse av 'kortveileder for vurdering av ruspasienter' (oppsummert liste) delt ut til Legevakt Aker som inneholder nødvendige spørsmål for avklaring pasient for øyeblikkelig hjelp akutt rusbehandling i TSB
- Stående hospiteringstilbud, fra februar 2016
- Felles øvelsestimer ukentlig for forebygging og mestring av aggresjon hos pasienter, siden oktober 2016
- Direkte telefonnummer Rusakuttmottak døgkontinuerlig
- Delvis kontakt med fastlegetjenesten i Oslo, leger ved fastlegekontor tar vakter ved KAD og Aker legevakt

Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Klinikken følger de regionale registreringsrutinene i DIPS. Det forberedes også en informasjonskampanje for å rette oppmerksomheten til de nye reglene og kravene som følger av dette.

Valg mellom ulike behandlingstiltak

Arbeidet med å etablere og følge opp at pasienter i psykisk helsevern så langt det er forsvarlig skal kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter (medikamentfri behandling).

I Oppdragsdokumentet 2015 fikk klinikken følgende oppdrag:

- «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.»
- En punkttelling ved Nydalen DPS viste at 40 % av de polikliniske pasientene får medikamentfri behandling. Tilsvarende er antagelig også gjeldende ved Søndre Oslo DPS. Ved døgnseksjonene ved begge DPSene er det kontinuerlig pasienter som enten er under medisinfri behandling eller har i sin behandlingsplan en planlagt nedtrapping av sin medisinerbruk. Tilbudet om medisinfri behandling er med andre ord etablert.
- I Oppdragsdokumentet 2016 fikk HSØ i oppdrag å etablere to enheter for medisinfri behandling. HSØ har ikke lyktes i dette arbeidet. Saken ble diskutert i HSØs møte med de administrerende direktørene i helseforetakene, der man skal ha kommet fram til at alle HFene i HSØ skulle etablere en slik enhet. Til tross for klinikkens forespørsler om et skriftlig oppdrag, kom ikke det før i tilleggskildetokumentet 2016 (mottatt i september i OUS):

- «Alle helseforetak og private ideelle sykehus som gir tilbud innen psykisk helsevern skal høsten 2016 etablere tilbud om medikamentfri behandling. Tilbudet skal dekke eget opptaksområde og det legges til grunn at tilbudet er finansiert innenfor den tildelte økonomiske rammen.»

Klinikk psykisk helse og avhengighet oppfattet dette som et annet oppdrag enn oppdraget fra 2015. Klinikken har derfor vedtatt at det skal opprettes fire medikamentfrie plasser ved Søndre Oslo DPS. Plassene skal dekke OUS sitt opptaksområde, dvs de til sammen seks bydelene som er fordelt på Nydalens DPS og Søndre Oslo DPS. De skal plasseres i en helt ny enhet som skal åpnes ved Søndre Oslo DPS. Fordi det er helt ny enhet som skal åpnes, må det rekrutteres personell. Plassene åpnes derfor ikke før tidligst sommeren 2017.

- Forarbeidet er godt i gang og planleggingsarbeidet er organisert som et prosjekt. Klinikken brukerråd er oppnevnt som referansegruppe, og brukerrådets leder er knyttet til arbeidet i en 50 % stilling.
 - Målgruppen for plassene er personer over 18 år med psykisk lidelse i bydelene Bjerke, Nordre Aker, Sagene, Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand som ihht [prioriteringsveileder](#) har behov for døgnbehandling på DPS nivå og som ikke ønsker legemiddelbehandling.
 - Tilbudet skal være frivillig, og pasientene må ønske innleggelse og være motivert for å kunne ha nytte av behandling på åpen døgnavdeling på DPS-nivå. Tilbudet inkluderer også pasienter som er på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold og uten tvangsmedisineringstiltak.
 - Behandlingstilbudet skal være individuelt tilpasset og evidensbasert (innenfor de økonomiske rammene som stilles til disposisjon.) Det tas sikte på behandlingsformer som kognitiv miljøterapi, kognitiv individualterapi, musikkterapi, terapi individuelt og i gruppe, fysisk aktivitet, kostholds- og livsstilstiltak, recovery- og [mestringsbasert](#) tilbud i gruppe eller individuelt (f. eks [IMR \(Illness management and recovery\)](#)/IPS (Individual Placement and Support). Det skal også gis pårørende-/pasientopplæring i gruppe og individuelt.
 - Dette er en ny måte å behandle alvorlige psykiske lidelser på, og det er ikke lagt opp til noen sentral/nasjonale evaluering eller følgeforskning. DPSet vil sammen med klinikken Forsknings- og utdanningsavdeling legge opp til en grundig evalueringsmetodikk, som også inneholder livskvalitetsmålinger og systematiserer brukererfaringene.

3.3. Oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet

Pasientbehandling

Timeavtale

Arbeidet med at pasienten får timeavtale sammen med bekreftet mottatt henvisning

Oslo universitetssykehus har som mål at 80 % av pasientene får timeavtale sammen med svar på vurdert henvisning. Per november 2016 var resultatoppnåelsen for denne indikatoren 73 %.

Korridorpasienter

Arbeid med at det ikke skal være korridorpasienter

I november 2016 er andelen korridorpasienter 1,2 pst. Hittil i år er andelen registrerte korridorpasienter 1,3 pst. Dette er noe høyere enn i 2015 hvor andelen i samme periode var 1,2 pst. Nivået på pasienter i korridor er for høyt og det arbeides fortsatt med å gjennomgå både mulige korridorsenger (sengetabell) i DIPS og faktisk registreringspraksis for å vurdere om rapportert nivå av korridorpasienter er riktig. Foreløpig gjennomgang tyder på at alle registrerte

korridorpasienter ikke er reelle overnattinger på korridor, men delvis overnattinger på sengerom (overbelegg), ledsagere eller lignende.

Pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender 24-7"

Arbeid med å spre alle innsatsområder som er igangsatt i pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24/7» til relevante enheter / andelinger

Sykehuset har gjennom Handlingsplan for pasientsikkerhet i OUS 2015-2016 gjennomført en strukturert utrulling og oppfølging av de enkelte tiltakspakker i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Alle enheter rapporterer i en elektronisk løsning innen aktuelle områder og får to ganger i måneden tilsendt informasjon og oppfølgingsinformasjon. Det er ved ledelsens gjennomgang i sykehuset funnet nødvendig å ytterligere skjerpe oppmerksomheten og oppfølging av pasientsikkerhetskampanjen.

Som en videre støtte i innføringen ble det i uke 46 gjennomført en pasientsikkerhetsuke med aktiviteter i alle klinikker og ved alle de store lokalisasjonene i sykehuset. Uken ble avsluttet med et stort pasientsikkerhetsseminar med foredragsholdere blant annet fra Stavanger, Bergen og Tromsø.

Sykehusinfeksjoner

Arbeid med å redusere sykehusinfeksjoner. Mål for sykehusinfeksjoner skal beskrives i forhold til krav fra HSO om at andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 3 %.

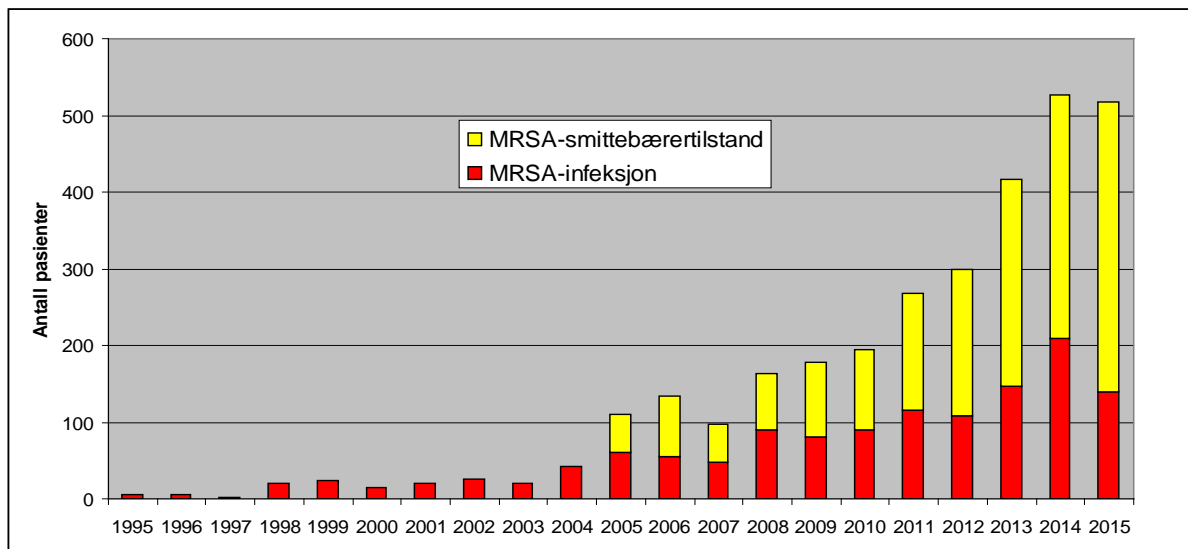
Foreløpige resultater viser at prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) var 5,1 %. Det omfatter de infeksjonene som skal meldes til Nasjonalt folkehelseinstitutt: urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, blodbaneinfeksjoner og infeksjoner i operasjonsområde. Ved Oslo universitetssykehus vil det inkludere også infeksjoner hos pasienter som hadde HAI ved overflytting fra andre helseforetak. Dersom HAI som ikke skal meldes til FHI også blir inkludert, er prevalensandelen 6,3 %. Arbeidet med å redusere sykehusinfeksjoner fortsetter videre.

Antibiotikastyringsprogram

Arbeid med å etablere antibiotikastyringsprogram i tråd med HODs handlingsplan mot antibiotikaresistens, berunder samlet bruk av de fem bredspektrede midlene karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner skal reduseres med 30% innen 2020 ift 2012.

OUS ledermøte vedtok 10. desember 2016 Antibiotikastyringsprogram for Oslo universitetssykehus i henhold til Nasjonal Handlingsplan mot antibiotikaresistens. Antibiotikastyringsprogrammet er utarbeidet gjennom et tverrfaglig sammensatt prosjektarbeid i løpet av høsten 2016. Programmet settes ut i livet fra og med 2017.

Figur 1. Insidens av MRSA i Oslo 1995 – 2015 (27/11)



Avdeling for smittevern rapporterer antibiotikabruk på to ulike måter:

1. Prevalensandel av antibiotikabruk.
2. Totalforbruk per klinikk, basert på leveranser fra apotek, en gang årlig.

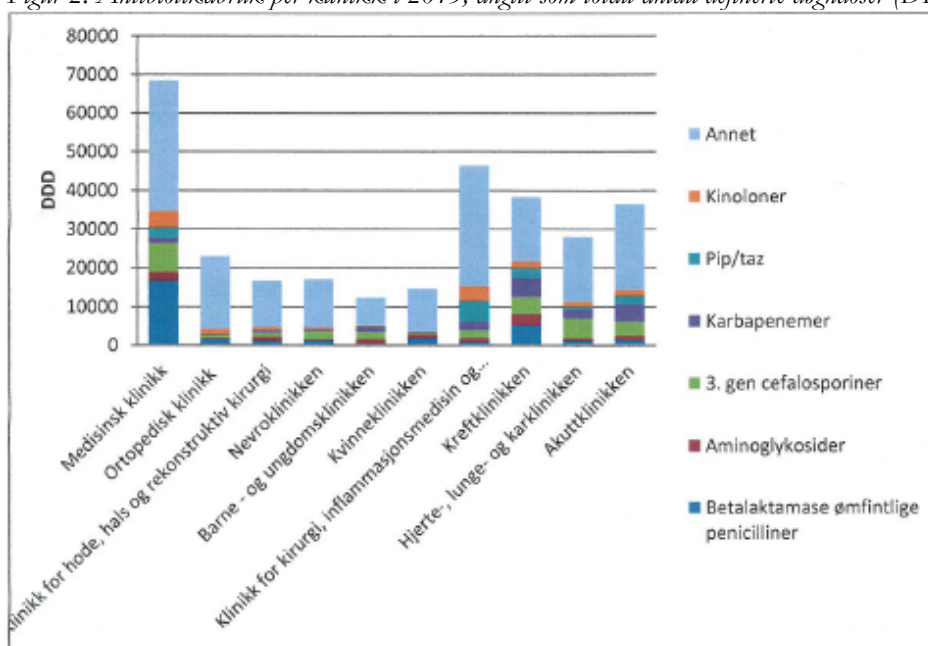
Prevalensandel av antibiotikabruk

Ved prevalensregistrering av infeksjoner registreres også hvor mange pasienter som får antibiotika. I 2016 var prevalensandelen av pasienter som fikk antibiotikabehandling 17,9 %, mens andelen som fikk kirurgisk og medisinsk profylakse var henholdsvis 5,8 % og 3,9 %.

Totalt antibiotikabruk

Totalt antibiotikabruk for hele sykehuset, basert på leveranser fra apotek, lå i 2015 på i underkant av 63 definerte døgndoser per 100 liggedøgn og i underkant av 3,1 definerte døgndoser per innleggelse. Fordelingen på klinikker, uten justering for liggedøgn, er vist i figur 2.

Figur 2. Antibiotikabruk per klinikk i 2015, angitt som totalt antall definerte døgndoser (DDD)



Fire prevalensmålinger per år av sykehusinfeksjoner

Arbeidet med å gjennomføre fire prevalensmålinger pr år av sykehusinfeksjoner

Som i tidligere år har Oslo universitetssykehus gjennomført prevalensregistrering av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) 4 ganger i 2016. Foreløpige resultater er gjort rede for i svar over. I tabellen under vises utviklingen over de siste fem årene.

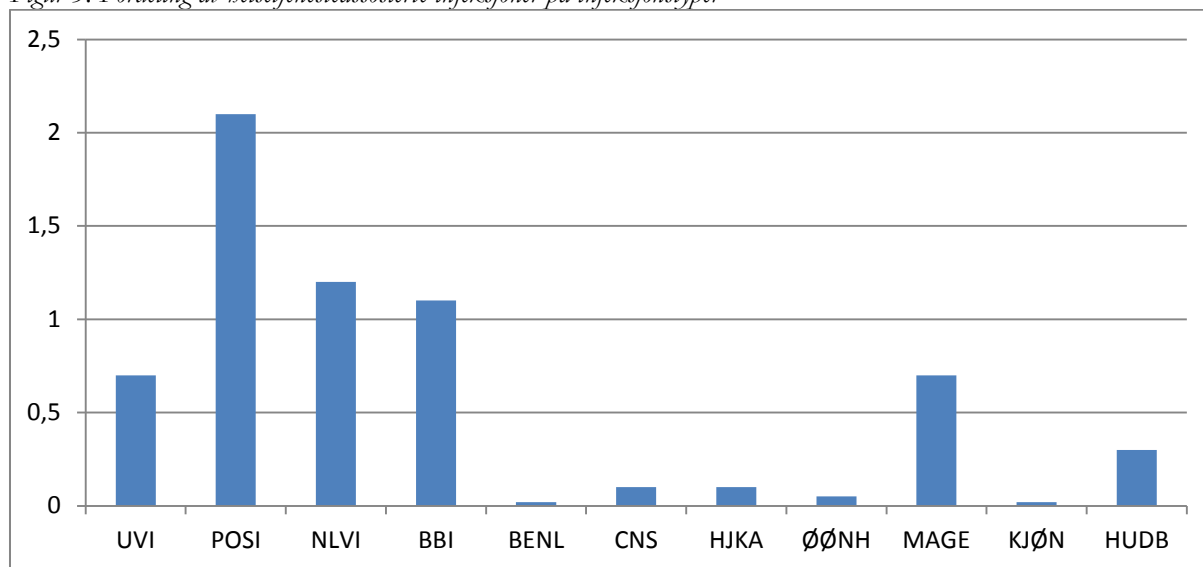
Tabell 9 Prevalensandel av helsetjenesteassosierte infeksjoner ved OUS 2012 – 2016*

År	Prevalensandel av HAI, årlig gjennomsnitt (%) av 4 målinger	Daglig gjennomsnitt av antall HAI blant heldøgnspatienter
2016	5,1*	72
2015	5,5	79
2014	5,3	67
2013	4,6	64
2012	5,6	75

* Omfatter 3 av 4 registreringer i 2016. Resultatene for hele året er ikke ferdige før i uke 52.

Det er antall infeksjoner som registreres. Siden noen pasienter har mer enn én infeksjon, er andelen pasienter med helsetjenesteassosierte infeksjoner litt lavere enn den oppgitte prevalensandelen. Som tabellen viser, har prevalensandelen i realiteten ikke endret seg nevneverdig de siste 5 årene. Fordeling av infeksjonstyper er vist i figur 3.

Figur 3. Fordeling av helsetjenesteassosierte infeksjoner på infeksjonstyper



UVI	Urinveisinfeksjon	HJKA	infeksjon i hjerte/karsystemet
POSI	infeksjon i operasjonsområde	ØØNH	infeksjon i øye, øre, nese, hals
NLVI	nedre luftveisinfeksjon	MAGE	infeksjon i magetarmsystemet
BBI	Blodbaneinfeksjon	KJØN	infeksjon i kjønnsorganer
BENL	ben- og leddinfeksjon	HUDB	infeksjon i hud/bløtvev
CNS	infeksjon i sentralnervesystemet		

Pakkeforløp for kreftpasienter

Arbeidet med å oppnå minst 70 prosent andel ved årsslutt både for kreftpasienter som registreres i et pakkeforløp og for andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført for kreftpasienter innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp:

- Pakkeforløp for kreft (samlet for pasienter med lunge- bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft).
- Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikke krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid.
- Pakkeforløp for kreft (samlet for 28 krefttyper totalt).

Gjennomføring av Pakkeforløp for kreft (per type kreft, 28 krefttyper totalt) innen maksimal anbefalt forløpstid.

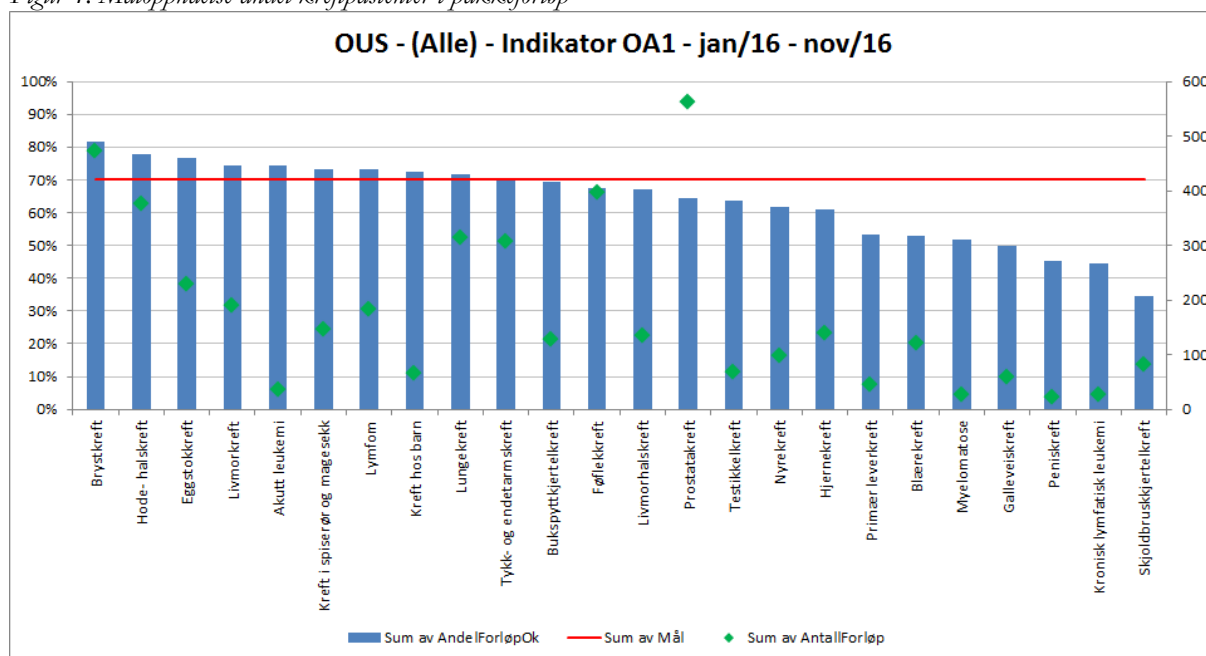
Andel registrert i pakkeforløp for kreft uavhengig av type pakkeforløp og andel registrert i pakkeforløp lunge- bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft (indikator OA1, mål 70%):

69 % av nye kreftpasienter i OUS er registrert i et pakkeforløp i perioden januar t.o.m. november 2016. For brystkreft, lungekreft, tykk- og endetarmskreft og prostatakreft er andelen nye kreftpasienter registrert i et pakkeforløp i perioden januar t.o.m. november 2016:

- Brystkreft: 82 %
- Lungekreft: 72 %
- Tykk- og endetarmskreft: 71 %
- Prostatakreft 65 %

Barn med kreft er en svært heterogen gruppe som behandles i mange klinikker og utgjør ikke et enkelt forløp. Det jobbes med å sikre samlet rapportering fra alle involverte parter. Andelen inkludert i forløp er > 70% og andelen startet behandling innen normert tid er jevnt over godt over 70%.

Figur 4. Måloppnåelse andel kreftpasienter i pakkeforløp



I perioden januar t.o.m. november 2016 har 62 % av pasientene i pakkeforløpene fått behandling innenfor normert forløpstid (indikator OF4 samlet for kirurgi, medikamentell og strålebehandling).

Andel innenfor forløpstid per behandlingsform i perioden januar- november 2016:

- OF4K kirurgisk behandling: 65 % (totalt 1706 pakkeforløp til kir. beh.)
- OF4M medikamentell behandling: 69 % (totalt 606 pakkeforløp til med. beh.)
- OF4S strålebehandling: 52 % (totalt 404 pakkeforløp til strålebeh.)

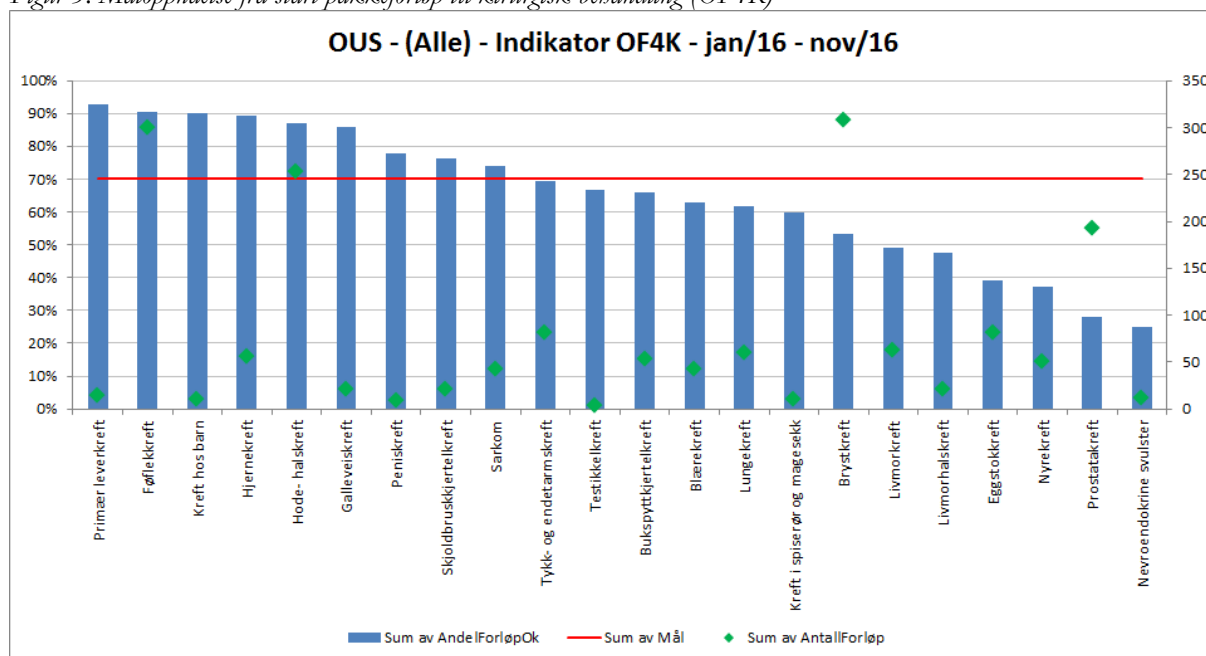
Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikk krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid (indikator OF4 samlet for kirurgi, medikamentell og strålebehandling):

- OF4 brystkreft: 53 % (totalt 373 pakkeforløp frem til beh.)
- OF4 tykk- og endetarmskreft: 70 % (totalt 156 pakkeforløp frem til beh.)

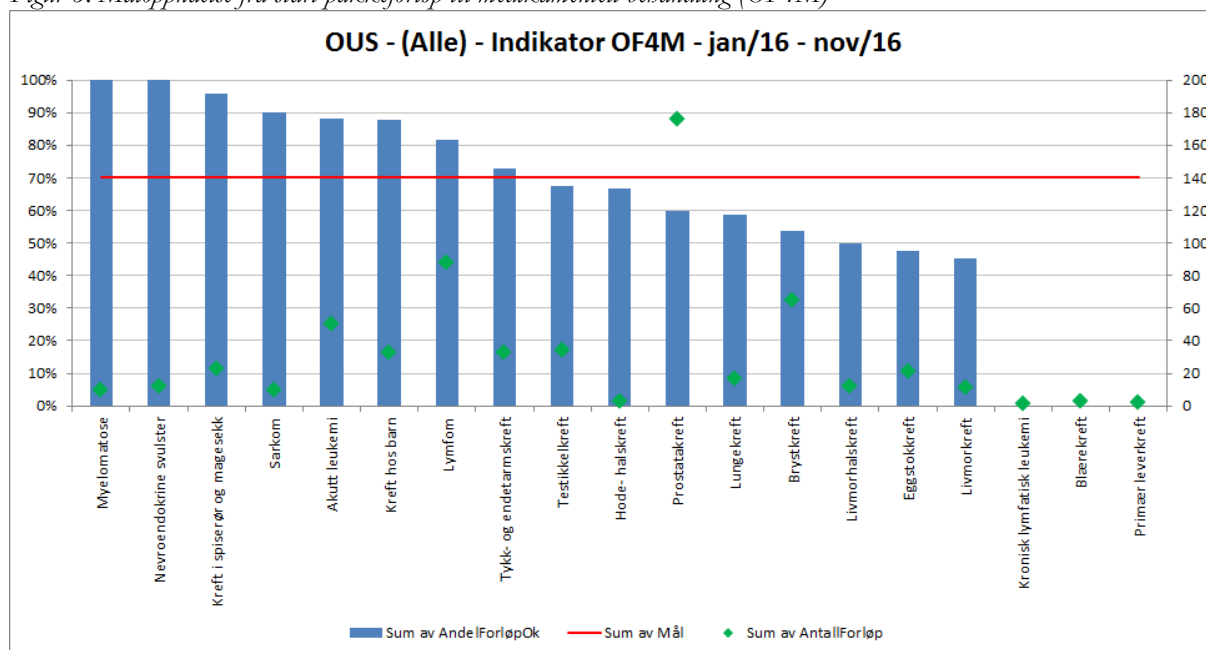
- OF4 lungekreft: 72 % (totalt 165 pakkeforløp frem til beh.)
- OF4 prostatakreft: 38 % (totalt 534 pakkeforløp frem til beh.)

For måloppnåelse frem kirurgisk-, medikamentell- og strålebehandling innenfor det enkelte pakkeforløp, henvises det til grafene nedenfor:

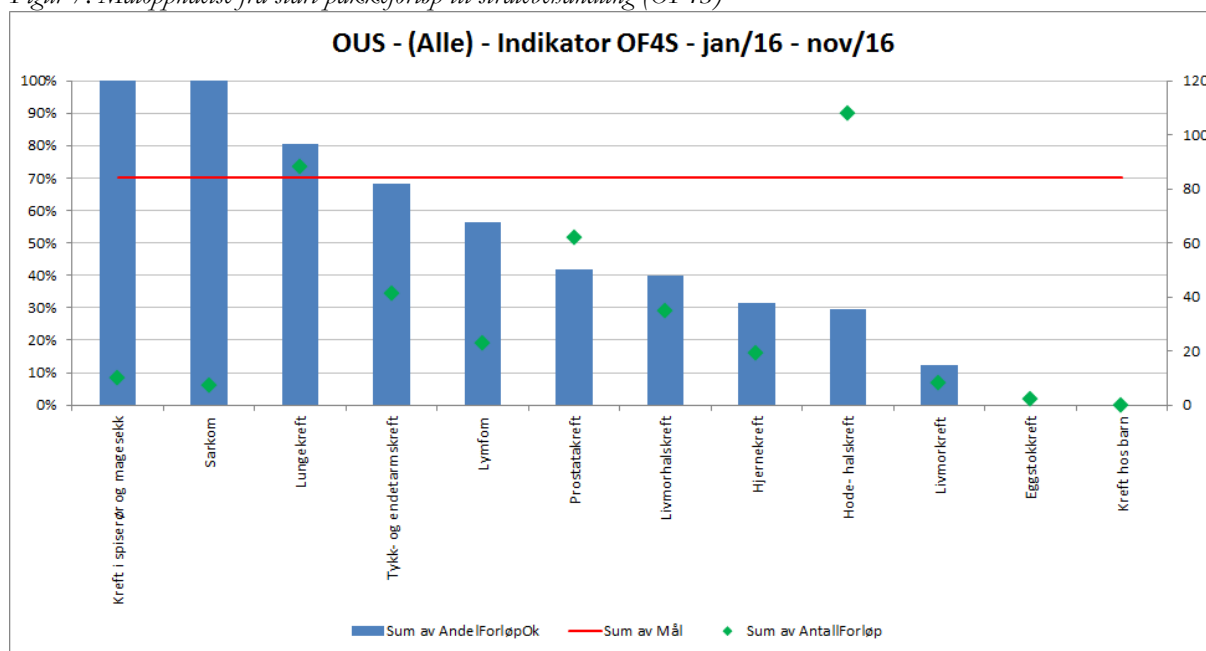
Figur 5. Måloppnåelse fra start pakkeforløp til kirurgisk behandling (OF4K)



Figur 6. Måloppnåelse fra start pakkeforløp til medikamentell behandling (OF4M)



Figur 7. Måloppnåelse fra start pakkeforløp til strålebehandling (OF4S)



Sosialpediatere i barneavdelinger og tilbud om medisinsk undersøkelse til alle barn som avhøres ved Statens barnehus

Arbeidet med å ansette sosialpediatere i alle barneavdelinger og gjennomføre at overgrepssatte barn som avhøres ved Statens barnehus skal tilbys medisinsk undersøkelse.

OUS har en egen sosialpediatrisk seksjon med flere sosialpediatere. Disse ivaretar undersøkelse på Statens Barnehus.

Tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep

Arbeidet med oppfølging av ansvar for tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep, berunder å ha inngått avtaler med videreførte robuste kommunale overgrepsmottak innen fastsatte frister.

OUS har inngått avtale med Oslo kommunale legevakt om å videreføre deres robuste overgrepsmottak slik at fortsetter å ta i mot kvinner > 14 år utsatt for overgrep. Barn som mistenkes utsatt for overgrep tas fortsatt i mot på barnemottaket på Ullevål sykehus.

Helsedirektoratets nasjonale opplysningskampanje i 2016 for symptomer på hjerneslag

Eventuell oppfølging av Helsedirektoratets nasjonale opplysningskampanje i 2016 for å lære befolkningen å identifisere symptomer på hjerneslag

Nevrologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus bidro til denne kampanjen ved at overlege Christian Lund, utnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, var medlem av Akuttutvalget som i desember 2015 leverte NOU 2015/17 «Først og fremst». I kapittel 13 «Hjerneslag» begrunnes viktigheten av informasjon om hjerneslag / igangsetting av en Nasjonal kampanje. Som en respons på NOUen kunngjorde minister Bent Høie at regjeringen ville bevilge 10 millioner kroner til en Nasjonal opplysningskampanje om hjerneslag. Oppdraget ble gitt til Helsedirektoratet der bl. a overlege Anne Hege Aamodt og professor David Russell fra Nevrologisk avdeling deltok i planleggingen av utforming, lansering og gjennomføring.

Samarbeid med kommunene om helsetilbud til asylsøkere og flyktninger

Arbeidet med å bidra med nødvendige spesialisthelsetjenester og veilede kommunene, slik at de kan ivareta sitt ansvar for helsetilbud til asylsøkere og flyktninger.

Helseforetaket sendte i januar ukentlige rapporter om virksomheten knyttet til helseundersøkelse, laboratoriediagnostikk, oppfølging av positive funn, videreutvikling av faglige retningslinjer, tolketjenester og øvrig helsetilbud til asylsøkere og flyktninger i forbindelse med den økte

tilstrømningen høsten 2015. Da behovet i 2016 ikke har vært høyere enn normalt, opphørte rapporteringen og helsetilbudet fortsetter som tidligere med de forbedringer i rutiner og utstyr som allerede ble gjort i 2015.

Samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten

Arbeidet med å etablere tiltak som kan bidra til et mer systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten, berunder vurdere om det er hensiktsmessig å inngå særskilte samarbeidsavtaler.

Oslo universitetssykehus har inngått avtale om inkluderende arbeidsliv for perioden 2014-2018. Foretaket har etablert et godt samarbeid med NAV arbeidslivssenter Oslo om tilrettelegging for egne ansatte og IA-kandidater fra NAV til arbeidstrening ved OUS. Det inngås enkeltvise avtaler om tilretteleggingsbistand eller -tilskudd og hvor klinikkene og NAV er parter i avtalene. Ansvar for disse avtalene er lagt til den enkelte klinikk.

I 2017 skal det arbeides for å få en total oversikt over alle IA-rettete tiltak ved å ta i bruk våre styringsverktøy/IKT-systemer, enten det er tilfeller av intern tilrettelegging eller IA-kandidater fra NAV.

Støttefunksjoner

Nasjonal nødmeldingstjeneste

Forbedring og videreutvikling av den nasjonale nødmeldingstjenesten gjennom tverretattlig "program for forbedring av nødmeldingstjenesten"

Sykehuset har deltatt i en nasjonal utredning i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og er representert i div. prosjektgrupper og i styringsgruppen som arbeider for nasjonal anskaffelse av ny teknologi til AMK-sentralene. Oslo universitetssykehus leder også R-AMK-forumet som omfatter landets 4 AMK-sentraler og hvor sykehuset har et regionalt ansvar.

Ledelse, bemanning, arbeidsmiljø og HMS

Riksrevisjonens undersøkelse av pleieressursene i helseforetakene

Oppfølging av forhold som er omtalt i Riksrevisjonens undersøkelse av pleieressursene i helseforetakene.

På bakgrunn av Riksrevisjonens rapport hvor hovedbudskapet er at *ledere av sengeposter mangler informasjon i dialog med sin leder* har to ulike forprosjekt blitt gjennomført våren 2016 og fortsatt høsten 2016 med prosjekt Bemanningsplanlegging.

Målet er at en standardisert metodikk og/eller verktøy benyttes for jevnlig oppfølging og styring av aktivitets- og bemanningsplanlegging. Det utarbeides bemanningsplaner som gjenspeiler behov som følger av kjent aktivitet, vedtatt budsjett og innenfor godkjente rammer. Alle bemanningsplaner ligger i GAT.

Ledelse og lederutvikling

Arbeidet med å prioritere ledelse og lederutvikling som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og ha stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet, kontinuerlig forbedring og innovasjon.

Lederutvikling skal skje både sentralt og innen klinikker. Sykehusets sentrale lederutviklings- og lederopplæringsprogram skal evalueres og justeres slik at programmet utvikles i samsvar med endret målsetting og spesielle ledelsesutfordringer. Det skal spesielt være et fokus på god varslingskultur, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Sykehusledelsen følger tett opp arbeidet etter medarbeiderundersøkelsen (MU) og bidrar i arbeidet med utvikling av en samlet MU og pasientsikkerhetsundersøkelse i 2017.

Det er fortsatt fokus på å prioritere ledelse og lederutvikling som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og å ha stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet, kontinuerlig forbedring og innovasjon.

Faste stillinger, heltid og vikarer

Arbeidet med bruken av faste stillinger, heltid og vikarer, og at bemanningen må tilpasses til aktiviteten.

Det er siste halvår arbeidet med å få bedre kontroll med månedsverkene som en del av arbeidet for å gjennomføre driften innenfor budsjettet for 2016. For 2017 er det et mål at faste månedsverk ikke skal øke. Videre skal bruk av innleide vikarer reduseres. Bemanningsutviklingen følges tett i administrerende direktørs ukentlige ledermøte og i avdelingsledermøter i klinikken.

Tiltak som er gjennomført i 2016 og som videreføres i 2017:

Rekruttering og ansettelse

- Bemanningskontroll ved nyansettelser og ledighold av stillinger
- Økt bistand fra HR-støttefunksjoner til klinikker knyttet til turnus- og bemanningsplaner
- Kostnadskontroll ved ferieavvikling; kontroll med ferievikarer og reduksjon av innleie av helsepersonell

Kompetanseheving

- Kontinuerlig kompetanseheving innen rekruttering, arbeidstid og GAT gjennom faste kurs som tilbys ved OUS
- Obligatoriske lederkurs innen de samme temaer
- Målrettet opplæring ved klinikker med behov

Styringsinformasjon og sentral kontroll

- HR-data i ledelsesinformasjonssystemet (LIS) og i «intern månedsrapport»; styringsdata skal være anvendbare og lett tilgjengelig
- Bemanningsutviklingen er fast punkt i direktørens ledermøter og i avdelingsledermøter i klinikkene

Prosjekt reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk (fra oktober 2016)

- Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk
- Forbedret bruk av GAT Bemanningsplanlegging
- Beslutninger knyttet til bruk av variabel lønn-praktisering/fullmakter

I tillegg er det i hver klinikk iverksatt målrettede tiltak knyttet til organisatoriske tilpasninger til drift, økt kostnadskontroll ved rekruttering, omlegging i arbeidstidsordninger samt ledighold av stillinger og redusert leie av eksterne vikarer.

Bemanning tilpasset til aktiviteten

Spørsmålet er svart ut i punktet over om faste stillinger, heltid og vikarer

Nasjonal bemanningsmodell for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov

Arbeidet med å ta i bruk ny nasjonal bemanningsmodell for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov.

Regional og lokal utrulling av ny nasjonal bemanningsmodell skjer i løpet av 2016/17. Det er utpekt fire ressurspersoner som skal være sentrale i det videre arbeidet ved Oslo universitetssykehus. Det vil være en «modellbruker» – som vil være sentral i lokal anvendelse av modellen. Rollen er tenkt dekket av to ressurspersoner fra HR-stab. I tillegg vil det være behov for en fasilitator– med prosesskompetanse som kan lede scenarioanalyse-arbeidet lokalt. Dette løses gjennom ressurspersoner fra sentral stab.

Opplæring planlegges i form av en heldagssamling på Oslo lufthavn Gardermoen 21. desember. Det skal videre utarbeides langsiktige analyser av mulige fremtidsbilder, utfordringer og

tiltaksbehov på sykehusnivå når det gjelder kompetansebehov. Kompetanse skal innarbeides i strategier og langtidspaner innen ulike delområder og funksjoner i sykehuset. Det skal årlig utarbeides en sak for sykehusets ledergruppe som gir en samlet oversikt over strategiske kompetanseutfordringer.

Bemanningsplanlegging og kompetanseplaner

Arbeidet med å etablere klare rutiner for aktivitetsbasert bemanningsplanlegging og kompetanseplaner.

OUS vil styrke arbeidet med langsiktig, aktivitetsbasert bemannings- og kompetanseplanlegging med utgangspunkt i det nasjonale simuleringsverktøyet som er utarbeidet. Bruken av dette på foretaksnivå er forsinket i Helse Sør-Øst på grunn av tekniske problemer. Det er nå tilrettelagt for at arbeidet i sykehuset kan starte første halvår 2017.

Pasientsikkerheten og helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid

Videreføre arbeidet for å bedre pasientsikkerheten og se dette i sammenheng med helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.

Oslo universitetssykehus har i 2016 opprettet en arbeidsgruppe som ser på gjensidige avhengigheter mellom pasientsikkerhet og helse-, miljø- og sikkerhet. Arbeidet skal lede til satsninger og tiltak slik at sykehuset bedrer samlet resultatoppnåelse i krysningspunktet «pasientsikkerhet og kvalitet» og «helse, miljø og sikkerhet». Det vil bli utviklet en plan for sykehuset som skal tydeliggjøre konkrete arbeidsmål og aktiviteter som vil understøtte en mer integrert satsning på pasientsikkerhet og helse-, miljø og sikkerhet. Arbeidet vil vare frem til mars 2017.

Rekruttering av kvinnelige ledere

Bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå.

Tabell 10 Fordelingen av kvinnelige og mannlige ledere ved OUS

AVLØNNING	REGULATIVLØNN		
Summer av HODER	Kolonnetiketter		
Radetiketter	Mann	Kvinne	Totalsum
01A - TOPPLEDER	67,50 %	32,50 %	100,00 %
01B - MELLOMLEDER	57,14 %	42,86 %	100,00 %
01C - ANDRE LEDERE	32,34 %	67,66 %	100,00 %
Totalsum	36,02 %	63,98 %	100,00 %

Det har blitt gjennomført 7 ansettelser på nivå 2 i 2016; hhv. 5 klinikkledere, en HR- og personaldirektør og en viseadministrerende direktør. To av disse var kvinner. Det er en klar målsetning fra administrerende direktør at flere kvinner ansettes på nivå 2 ved fremtidige ansettelser.

Medarbeiderundersøkelsen

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

Medarbeiderundersøkelsen ble gjennomført i 2016 med en oppslutning på 79%. Totalt 903 ledergrupper og enheter har fått tilsendt rapporter til oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet. Alle indikatorene viser en positiv utvikling for sykehuset. Det har vært en signifikant økt opplevelse av involvering i oppfølging av forrige medarbeiderundersøkelse fra 46% til 53%. Det er ingen reduksjon i opplevd kvalitet på

oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen blant de som har vært involvert i oppfølgingen av forrige medarbeiderundersøkelse.

Forskning, innovasjon og utdanning

Synliggjøring av utdanningsaktivitet

Arbeidet med å synliggjøre utdanningsaktivitet.

Utdanningsaktiviteten i OUS er svært omfattende og på samme nivå som foregående år. Med tanke på sykehusets behov for arbeidskraft, nå og i framtida, arbeides det aktivt med å markedsføre OUS både som arbeidsplass og som utdanningsarena. Sykehuset har ikke løpet av 2016 mottatt henvendelser fra Helse Sør-Øst om å gi innspill knyttet til endrede behov for framtidig utdanningskapasitet. På lengre sikt er det tydelige konturer av et gap mellom kapasitet i utdanningssystemet og sykehusenes behov for rekruttering av helsefaglig personell og helsefaglige spesialutdannelse. Sykehuset har for øvrig en god dialog med både universitetet og høyskolene i sitt område der vurdering av kapasitetsbehovet framover er tema. Sykehuset ser likevel behov for at noen av de kritiske og langsiktige behovene blir løftet opp på regionalt og nasjonalt nivå og bidrar gjerne til det.

Leger i spesialisering

Arbeidet med læringsaktiviteter og utdanningsløp for leger i spesialisering i eget helseforetak og i samarbeid med det regionale utdanningscenteret og andre helseforetak i landet.

Oslo universitetssykehus har startet prosjekt for implementering av Del 1 i eget helseforetak. Oslo universitetssykehus deltar i opprettelse av et regionalt mottaksprosjekt for implementering av Del 1, samt planlegging av prosess og struktur for Del 2 og Del 3.

Ny spesialitetsstruktur for leger i 2017

Arbeidet med tverregionalt samarbeid som planlegger for oppstart av ny spesialitetsstruktur for leger i 2017 for å sikre en nasjonal, samordnet spesialistutdanning.

Oslo universitetssykehus deltar i det nasjonale prosjektet vedrørende ny spesialiststruktur og deltar i flere av arbeidsgruppene.

Regionalt utdanningscenter for legenes spesialistutdanning

Arbeidet med å etablere et regionalt utdanningscenter for å ivareta læringsaktiviteter og andre oppgaver i ny ordning for legenes spesialistutdanning.

Ansettelse av leder ved Regionalt utdanningscenter for LIS (RegUt) pågår. Dette er en kombinert stilling med Universitetet i Oslo (bistilling som professor II), og ansettelse vil med sannsynlighet skje primo 2017. Senteret ansatte regional koordinator 1.8.2016.

Oslo universitetssykehus har bidratt i det nasjonale arbeidet med å utforme mandat for RegUt og har begynt å jobbe med oppgaver som skal løses, bl.a. opprettelse av nasjonal kurskomite for veilederkurs, utvikling av veilederkurs og plan for gjennomføring av kurs.

Det er mange oppgaver som de regionale utdanningscenterne skal løse fremover, uten at det er avsatt tilstrekkelig ressurser.

Kompetanseutvikling, videre- og etterutdanning

Arbeidet med kompetanseutvikling, videre- og etterutdanning, videreutvikle tilbud gjennom e-læring, simulatortrening mv.

Oslo universitetssykehus har gjennom flere år utviklet et internt etterutdanningstilbud, klinisk kompetanseprogram, som skal bidra til bedre pasientbehandling gjennom systematisk faglig utvikling og kompetanseheving i direkte pasientarbeid for sykepleiere. Kompetanseprogrammet er de senere årene utvidet til å omfatte fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, vernepleiere, barnevernspedagoger, radiografer/stråleterapeuter, bioingeniører og kliniske ernæringsfysiologer.

Det er også etablert et internt opplæringsprogram for nyansatte, grunnutdannede sykepleiere på intensivenheter i Akutt klinikken, i mangel på intensivsykepleiere. Deler av dette opplæringsprogrammet er utvidet til å tilbys sykepleiere i andre klinikker som jobber på intermediaeravdelinger.

Oslo universitetssykehus opprettholder 100 utdanningsstillinger for sykepleiere i videreutdanning, det vil si at de tilbys lønn under utdanning mot bindingstid.

På intranett er det en informasjonsside som gir samlet oversikt over generell og pålagt opplæring og sertifisering for alle leger i sykehuset.

Om lag 2000 ansatte har gjennomført simuleringstrening, noe som tilsvarer nivået i 2015. En flaskehals for å øke kapasiteten i simuleringstrening har vært antallet utdannede simuleringinstruktører. Det har vært en satsing på å bedre dette i 2016, og det er gjennomført flere instruktørkurs enn året før.

Oslo universitetssykehus har hatt betydelig vekst i antall gjennomførte e-læringskurs i 2016 sammenlignet med 2015. Totalt hadde Oslo universitetssykehus 40 772 gjennomførte e-læringskurs i 2016. Tilsvarende tall for 2015 var 33 922. Nytt i 2016 er oppgradering av Læringsportalen, med forbedret brukergrensesnitt, og nytt forfatterverktøy som lager kurs for mobil og nettbrett. Det er utviklet nye e-læringskurs og kurspakker i inneværende år.

Brukermedvirkning i forskning

Arbeidet med å styrke brukermedvirkningen i forskning.

Oslo universitetssykehus har i betydelig grad stimulert til økt brukermedvirkning i forskning, både på overordnet strategisk nivå og på klinikknivå. Flere tiltak er prioritert i sykehusets handlingsplan for forskning for 2016-2017 og følgende resultatmål er i prosess og/eller allerede effektivt:

- Etablert web-side for brukermedvirkning
- Etablert en eller flere piloter på modell for brukermedvirkning i forskningsprosjekter basert på evaluering av eksisterende prosjekter ved OUS
- Konkrete planer for brukerinvolvering er en del av klinikkens handlingsplaner
- Opplæringsprogram om brukermedvirkning i forskning er etablert

Uløste problemstillinger, der vi mener det er behov for nasjonale avklaringer, er beskrevet og spilt inn til en arbeidsgruppe som er etablert i regi av HelseOmsorg 21-rådet. Det er utstrakt kommunikasjon mellom Oslo universitetssykehus sin ledelse og sykehusets brukertvalg i forbindelse med disse tiltakene.

Kliniske studier

Arbeidet med å styrke infrastruktur og støttefunksjoner for kliniske studier, også som en prioritert del av regional forskningsstøtte.

Viktige tiltak for regional forskningsstøtte har for 2016 vært å bygge kapasitet og kompetanse innen monitorering og datahåndtering i kliniske studier. Dette har vært helt målbevisst for å bidra til bedre kvalitet i klinisk forskning. Styrking av infrastruktur og støttefunksjoner for klinisk forskning har også vært koordinert på nasjonalt nivå gjennom infrastrukturprosjekt NORCRIN, med støtte fra Forskningsrådet. Her inne har Oslo universitetssykehus ved regional forskningsstøtte en sentral rolle ved å lede styringsgruppen. Den nasjonale infrastrukturen har også avgjørende betydning for å sikre nødvendig kompetanse og kapasitet, men har også bidratt til harmonisering av institusjonelle rutiner for gjennomføring av tverregionale kliniske forskningsprosjekter.

Andre viktige satsinger for klinisk forskning har vært å videreutvikle nettverk for prosjektkoordinatører, med formål å tilrettelegge og profesjonalisere sykehusets oppdragsforskning og samarbeid med industri. I 2016 ble det blant annet gjennomført en «speed date», der nettverket arrangerte møteplass mellom forskere og representanter fra industrien. I tillegg har regional forskningsstøtte gjennom rekruttering styrket fagområde for metodeveiledning i klinisk forskning samt helseøkonomi. Dette er et område som også vil bli prioritert i 2017.

Klinikkene har også tilstrebet å styrke sin tilrettelegging for gjennomføring av kliniske studier, og som eksempel kan nevnes Barne- og ungdomsklinikken, som innenfor sine svært begrensede arealer har prioritert å avsette lokaliteter til klinisk utprøvningsaktivitet (klinisk forskningspost). Sykehuset har i tillegg styrket og systematisert arbeidet med biobanker og helseregistre, som er svært viktige komponenter for klinisk forskning. Utover dette har sykehuset publisert 50 rekrutterende studier i den nasjonale nettløsningen for kliniske studier på helsenorge.no.

Nasjonale forskningsnettverk

Arbeidet med å ta initiativ til og delta i nasjonale forskningsnettverk som er faglig relevante for helseforetaket.

Oslo universitetssykehus deltar aktivt i mange nasjonale forskningsnettverk, herunder videreutvikling av disse i regi av Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG). Oslo universitetssykehus er videre aktiv bidragsyter og/eller ansvarlig for nasjonale forskningsnettverk som er en del av HOD-satsingene HELSEFORSK OG KLINBEFORSK.

Innovasjoner

Arbeidet med å styrke infrastruktur for utprøving av nye innovasjoner som nytt medisinsk-teknisk utstyr.

Innovasjonsseksjonen ved Oslo universitetssykehus har gjennomført et forprosjekt om etablering av en mulig testarena i Oslo universitetssykehus, i samarbeid med Oslo kommune. Prosjektet skal utredes videre og justeres, og satstingen vil bli vurdert i forbindelse med budsjettprosess for 2018. Oslo universitetssykehus deltar i utarbeidelsen av en generisk modell for pasientforløp for kreft. I dette arbeidet ser man blant annet til arbeidet med å utvikle et nasjonalt innovasjonssystem for helse og omsorg, og hvordan vi kan bruke de allerede etablerte digitale innovasjonsverktøyene i arbeidet med pasientforløp.

Oslo universitetssykehus har bidratt i arbeidet med å implementere digitalt verktøy for «Nettverket for kontinuerlig forbedring», slik at sykehuset får en porteføljeoversikt, samlet og på klinikknivå, som forenkler deling av gode kontinuerlige forbedringer. Dette systemet er knyttet opp mot innovasjonsportalen i sykehuset.

Måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene

Arbeidet med å bidra til gjennomføring av et forskningsbasert pilotprosjekt for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene

Innovasjonsseksjonen ved Oslo universitetssykehus deltar i gjennomføringen av pilotprosjektet for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene.

4. RAPPORTERING FOR KRAV OG RAMMER 2016

4.1. Organisatoriske krav og rammer

Innkjøp og logistikk

Analyse av praksis for vareforsyning

Utarbeide en analyse av forskjellene mellom egen praksis for vareforsyning, mot felles praksis i regionen og fremlegge denne for Helse Sør-Øst RHF innen utgang av andre kvartal 2016

Dagens praksis for vareforsyning er beskrevet i samarbeid med Sterilavdelingen i OUS. Forskjellene mellom egen praksis for vareforsyning og felles praksis i regionen er delvis beskrevet. Enkelte tiltak for å redusere forskjeller i praksis vil kreve endringer både bygningsmessig, utstyrmessig og organisatorisk (bl.a. overføring av personell fra klinikkene til OSS), og det må gjøres ytterligere kartlegging og utredning hvordan disse forskjeller kan reduseres.

Endring i helseforetaket, basert på funnene i analysen

Igangsette arbeidet med endring i helseforetaket, basert på funnene i analysen, senest i tredje kvartal 2016

Det er planlagt en pilot for utprøving av avdelingspakker og forsyningsportør. Dette er utsatt i påvente av konsekvensanalyse, plan for implementering av Regionalt ERP, og forberedelser til nytt forsyningscenter fra 2018. Av disse grunner er det usikkert om pilot vil kunne gjennomføres i 2017.

Tap på forsinket avtaleimplementering

Etablere rutiner og rapportere på måleparameteren «Tap på forsinket avtaleimplementering» i første tertial 2016 og etablere dokumenterte rutiner for utarbeidelse av målsettinger og forbedringsarbeid knyttet til denne målingen

Måleparameteren «Tap på forsinket avtaleimplementering» skulle utvikles av Sykehuspartner i 2016, men er ikke ferdig utviklet. OUS har dermed ikke rapportert på den i 2016. Flere ansatte har vært på kurs, så OUS er klare til å ta den i bruk i 2017.

Videreutvikling av felles måleparametere

Bidra i det regionale arbeidet med å videreutvikle øvrige felles måleparametere

OUS har gjennomgått måleparameterne og kommet med innspill. OUS støtter en slik måling, men da OUS foreløpig ikke har fått testet den ut i praksis, er det usikkert hvor ressurskrevende dette vil bli å gjennomføre.

Melding av alvorlige hendelser

Etablere rutiner som sikrer at alvorlige hendelser i EPJ, PAS og medisinsk-teknisk utstyr blir meddelt til alle helseforetak og leverandører

Sykehusets interne rutine er at uønskede hendelser registreres i sykehusets forbedrings- og avvikssystem Achilles. IKT-relaterte hendelser prøves så langt som mulig utredet av sykehusets egen IKT-avdeling/ledelse med dertil kommunikasjon med Sykehuspartner, Det er mange slike registreringer som av brukerne oppleves som tungvint og ressurskrevende å løse. Ved hendelse knyttet til medisinsk-teknisk utstyr registreres dette i tillegg hos medisinsk-teknisk virksomhetsområde, som igjen sikrer varsling til DSB og leverandør noe avhengig av hendelsen/svikten.

Oppfølging av avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet

Etablere systemer og rutiner som sikrer oppfølging og lukking av avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet

Tabell 11: Oversikt over hovedfunn og dekkende tiltaksområder

Hovedfunn (1-4)	1 – ikke i tilstrekkelig grad implementert gjeldende regelverk	2 – tilgang til helseoppløsninger utover tjenstlig behov	3 – ingen systematisk kontroll og oppfølging av ansattes tilganger	4 – mangelfull internkontroll av tilgangstyringen i EPJ
Hovedtiltak (1-6)				
1 – systemteknisk mulighet for å ivareta differensiert tilgangskontroll	X	X		
2 – Bestilling og forvaltning av tilgang til EPJ	X	X		
3 – Internkontroll	X		X	X
4 – Opplæring	X		X	X
5 – Gjennomgang av logger	X		X	
6 – styrende dokumenter	X	X	X	X

Etter gjennomført kontroll fra Riksrevisjonen er følgende tiltak gjennomført ved OUS:

1. Systematiske tiltak for å ivareta differensiert tilgangskontroll, som har vært i produksjon siden oktober 2014.
 - a. Regional DIPS med beslutningsstyrt tilgang, og realisering og detaljering av regionale tilgangsprinsipper i løsningen.
 - b. Teknisk støttet og automatisert tildeling og forvaltning av tilganger ved bruk av IDM/IAM. Det innebærer at det benyttes informasjon hentet fra personalportalen om hvor den enkelte er ansatt i organisasjonen og hvilken type stilling/rolle den enkelte har. Ut fra dette gis den enkelte tilgang i samsvar med de regionale prinsipper for tilgang. 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.
2. 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.

Økt grad av teknisk understøttelse av tildeling, forvaltning og kontroll av tilganger. Dette øker sannsynligheten for å sikre riktige tilganger til enhver tid, og dermed mindre risiko for avvik.
3. Internkontroll gjennomføres systematisk
 - a. Sykehusomfattende revisjon gjennomføres årlig ved bruk av Questback og dekker både ledelse på Nivå 2, 3 og 4 (ca 500) og brukere (ca 18.000) av journalsystemet. Revisjonen omfatter både tilgang til journal, opplæring og sentrale tema rundt informasjonssikkerhet.
 - b. Selv om tildeling og forvaltning av tilganger i stor grad er basert på standard tilganger som automatisk oppdateres når personell flytter seg i organisasjonen eller slutter, gjenstår fremdeles noen grad av manuelle tildelinger som ikke dekkes av den automatiske endringen styrt av IDM/IAM. For disse gjennomføres revisjon av tilganger, hvor det pågår arbeid for å systematisere slik gjennomgang på jevnlig basis.
 - c. Det pågår gjennomføring av risikovurdering av tilganger basert på den automatiserte delen og gjenværende manuelle tildeling, samt erfaringer fra revisjon og

tilbakemelding fra klinikker. Risikovurderingen omfatter vurdering av både ivaretagelse av nødvendig tilgjengelighet og konfidensialitet.

4. Årlig gjennomføring av etablert e-læringskurs – PIIP (Personvern og Informasjonssikkerhet I Praksis) gir basis i ivaretagelse av opplæring innen informasjonssikkerhet og personvern generelt, samt tilgang til journal spesifikt.
5. Gjennomgang av logger over tilgang og bruk av journal – Pågår planlegging for å få re-etablert regional løsning ved OUS for å gjennomføre systematisk gjennomgang av logger ved bruk av mønstergjenkjenning. Den lokale løsning etableres i påvente av at den nasjonale løsningen blir etablert.
6. Oppdatert og etablert felles styringssystem for informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst.

Redningsledelse (gitt i eget oppdrag fra HSØ)

Beskrive bidrag i redningsledelse ved hovedredningsentralene og i lokale redningsentraler

Oslo universitetssykehus har innmeldt en representant og stedfortreder til Helsedirektoratet, som igjen har utnevnt disse til helsetjenestens representanter i lokal redningsledelse for nye Oslo politidistrikt. Politiet har utsatt endringen i lokal redningsledelse til de gamle politidistriktenes operasjonssentraler blir samlet.

Sykehusbygg HF

For sykehusbygg forventes det at årlig melding gir oversikt over resultatoppnåelse for kravene:

- ✓ *utarbeide tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner, med prioritering av tilstandsgrad 2 og 3, som korresponderer med et tilstrekkelig budsjett for oppgradering*
 - Arbeidet med å oppdatere multiMap pågår, dvs. å utarbeide og ajourføre den tekniske og bygningsmessige tilstanden for bygningsmassen i OUS. Dette arbeidet vil bli ferdigstilt i T1 2017.
 - For eksisterende bygg på Ullevål, Radiumhospitalet og Aker som er relatert til fase 2 vil alle tilsynsavvik bli kategorisert etter tilstandsgrad (TG) 2 og 3. Konsekvensgrad for alle tiltak vil bli vurdert, de som relaterer seg til de respektive TG2 og TG3. Konsekvensgrad og TG vil danne grunnlag for prioriterte tiltak i vedlikeholdsplaner for 2017 - 2019.
 - For Rikshospitalet og andre bygg / lokalisasjoner vil multiMap også oppdateres med ajourførte vedlikeholdsplaner. Kjente tiltak for alle TG2 og TG3 er meldt inn i prioritert rekkefølge. Tildelte midler fra investeringsbudsjettet 2016 er ikke tilstrekkelig for gjennomføring av disse tiltakene. Det er heller ikke budsjettert tilstrekkelig med midler i 2017. Rikshospitalet er i 2016 ca. 20 år, og det akkumulerer seg et behov for betydelig investeringer til vedlikehold også av disse byggene. I tillegg er det et stort behov for utskifting av produksjonsstøtteutstyr og tekniske anlegg / systemer.
 - Investeringsbudsjettet for OUS har ikke tilstrekkelige rammer for verdibevarende vedlikehold og utskiftninger. Tilstandsbaserte forvaltningsplaner utarbeides.
- ✓ *bruke Sykehusbygg HF i alle prosjekter over 500 millioner i alle faser*
 - Arbeidet med fremtidens OUS leverte sin idefaser rapport med etterfølgende saksbehandling og vedtak i HSØ og HOD sommeren 2016. Som en del av vedtaket er det gitt at HSØ overtar ansvaret for prosjektet fra konseptfase. Regional sikkerhetsavdeling (RSA) og nytt klinikkbygg RAD er begge forberedt for konseptfase som starter på nyåret. Det er innleid en prosjektleder fra

Sykehusbygg som på vegne av AD i HSØ leder prosjektets arbeid videre. OUS har etablert en tilknytningsorganisasjon. OUS har ikke andre prosjekter over 500 millioner kroner.

- ✓ *kartlegge tilstandsgraden for sine bygg i 2016, under veiledning av Sykehusbygg HF som administrerer databasen*
 - Arbeidet med å oppdatere multiMap, dvs. å utarbeide og ajourføre den tekniske og bygningsmessige tilstanden for bygningsmassen i OUS pågår og vil bli ferdigstilt for de store lokalisasjonene april 2017.
 - For eksisterende bygg (Ullevål, Radiumhospitalet og Aker) relatert til fase 2 investeringene var registreringen klar i desember 2016. Alt arbeidet skjer i samarbeid og med veiledning fra Sykehusbygg HF.

4.2. Økonomiske krav og rammer

Økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

Årsresultat 2016

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter desember 2016 et regnskapsmessig overskudd på nær 205 millioner kroner mot et budsjettert overskudd på 225 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik i forhold til budsjett på rundt 19 millioner kroner.

Resultat	Resultat	Budsjett	Avvik
Oslo universitetssykehus	205 694 000	225 000 000	-19 306 000

Det rapporterte økonomiske resultatet for 2016 viser så langt et overskudd på 206 millioner kroner. Selv om dette er 19 millioner kroner lavere enn budsjettert vurderes dette som positivt og overskuddet er et viktig bidrag for å kunne gjennomføre foretakets investeringsplaner fremover. Driften i klinikkene har imidlertid vært klart svakere enn budsjettert. Engangsgevinst fra salg av eiendom og senere gjennomføring av regionale IKT-prosjekter enn lagt til grunn i budsjettet for 2016 motvirket i stor grad det negative avviket fra klinikkene i 2016. I tillegg ble enkelte utviklingsoppgaver innen IKT forskøvet i tid i forhold til det som opprinnelig var lagt til grunn. For å lykkes med gjennomføringen av budsjettet for 2017 er det nødvendig å forsterke effektiviseringen av driften.

Tabell 22: Oversikt over foreløpig regnskap og årsresultat 2016

Beløp i 1000 kroner	Vederlagstabell i oppdrag og bestilling 2016	Foreløpig regnskap 2016
Basisramme	12 526 462	11 991 038
<i>herav kvalitetsbasert finansiering</i>	<i>54 002</i>	<i>54 002</i>
Forskning	373 393	373 393
Nasjonale kompetansetjenester	167 888	185 784
Statlige tilskudd	248 717	266 993
ISF-refusjoner	4 565 073	4 563 648
Inntekter i alt 2016	17 881 533	22 238 829

Forutsetninger for driften i 2016

Tilgjengelig driftskredittramme

Helseforetaket skal styre innenfor tilgjengelig driftskredittramme fastsatt av Helse Sør-Øst RHF.

Ved utgangen av november var benyttet driftskreditt ved foretaket 2 779 millioner kroner, mot budsjettet 2 907 millioner kroner. Til tross for et negativt budsjettavvik på driftsresultatet utnyttet en mindre del av driftskreditten enn budsjettet. Dette skyldes i hovedsak endringer i arbeidskapitalen og et lavere investeringspådrag enn budsjettet.

Behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme i 2016

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 tett oppfølging av likviditetssituasjonen, og vil ved behov for utvidet likviditet ta opp dette med Helse Sør-Øst så tidlig som mulig.

Fakturaer for ordningen “Fritt behandlingsvalg”

Fakturaer som mottas fra HELFO i henhold til vedtatt oppgjørsordning for ordningen “Fritt behandlingsvalg” skal betales og er finansiert over basisramme.

Helseforetaket har fått tildelt midler til å betale for bruk av ordningen med Fritt behandlingsvalg i budsjettet for 2016. Mottatte fakturaer blir betalt i henhold til vedtatt oppgjørsordning.

“Raskere tilbake”

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.

Det er månedlig oppfølging av Raskere tilbake med rapportering til Helse Sør-Øst RHF.

Nivå for nasjonale og regionale kompetansetjenester

Virksomheten knyttet til nasjonale og regionale kompetansetjenester skal videreføres minst på samme nivå som i 2015. Det samme gjelder tiltak som tidligere ble finansiert over særskilte tilskudd, og som nå er innarbeidet i basisrammen.

Budsjett for nasjonale og regionale kompetansetjenester er videreført i klinikkens budsjettet for 2016, og det er lagt til grunn at klinikkene følger opp ansvaret for disse oppgavene innenfor de tildelte budsjetttrammene for 2016.

Nye nasjonale behandlingstjenester

Basisrammen omfatter ikke etableringskostnader knyttet til nye, nasjonale behandlingstjenester.

OUS har anledning til å be HSØ om midler til å dekke etableringskostnader som ikke dekkes av tildelt basisramme. Det må søkes om dette i hvert enkelt tilfelle.

Styring av samlet likviditet

Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.

Oslo universitetssykehus har tett oppfølging av likviditetssituasjonen, og følger opp at styring av likviditet skjer innenfor tilgjengelige rammer for drift og investering.

Oppfølging av prinsipper for likviditetsstyring

Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettet resultat for 2016 skal ikke benyttes til investeringer i 2016 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.

Helseforetaket har regelmessig oppfølging av at etablerte prinsipper for likviditetsstyring følges opp. Dette innebærer dialog om bruk av budsjettet resultat for 2016.

Etablering av nye investeringsforpliktelser

Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter for etablering av nye investeringsforpliktelser.

Oslo universitetssykehus har tett oppfølging av likviditetssituasjonen, og følger opp at styring av likviditet skjer innenfor tilgjengelige rammer for drift og investering. Dette inkluderer fremdrift i investeringsprosjektene.

Videreføring av iverksatte investeringsprosjekter

Iverksatte investeringsprosjekter skal videreføres i henhold til plan, med riktig kvalitet og innenfor økonomiske rammer.

Investeringer gjennomføres i henhold til budsjetter vedtatt av styret i Oslo universitetssykehus og etter avklaring med HSØ. Prosjektporteføljene styres innenfor tildelt likviditet. Kvalitet på flere av investeringsprosjektene avveies i forhold til forventet restlevetid på bygg (flere bygg skal på sikt erstattes med nye).

Risiko- og sårbarhetsanalyser for investeringsprosjekter

Det skal gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser for investeringsprosjekter.

Det gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser før gjennomføring av de enkelte investeringsprosjekter

Tilpassing av fremdriftsplan for prosjekter til tilgjengelig likviditet

Prosjektene fremdriftsplan skal tilpasses tilgjengelig likviditet til investeringer.

Oslo universitetssykehus har tett oppfølging av likviditetssituasjonen, og følger opp at styring av likviditet skjer innenfor tilgjengelige rammer for drift og investering. Dette inkluderer remdrift i investeringsprosjektene.

4.3. Aktivitet i 2016

I oppdrag og bestilling 2016 er det stilt krav om at aktiviteten «skal sikre ivaretagelse av krav og føringer i oppdrag og bestilling 2016, herunder skal veksten i aktivitet fra 2015 til 2016 være større innen VOP, BUP og TSB enn innen somatikk».

Så langt i 2016 har det vært god aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, hvorsærlig den polikliniske aktiviteten er økt betydelig fra 2015 til 2016. Samlet aktivitetsvekst vurderes å være større innenfor disse områdene enn innenfor somatikken. Per november 2016 er det rapportert en økning i antall polikliniske konsultasjoner innenfor psykisk helsevern og TSB på 16.470 (11,4 pst) fra samme periode i 2015. Dette er en større vekst enn innenfor somatikken.

Tabell 33: Oversikt over aktivitet

Aktivitet i 2016	Somatikk	VOP	BUP	TSB
DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til "sørge for"-ansvaret				
• Krav i oppdrag og bestilling 2016	216 966			
• Oppnådd resultat 2016	216 251			
• Avvik fra krav	-715			
Pasientbehandling				
Antall utskrivninger døgntillegging				
• Krav i oppdrag og bestilling 2016	108 211	1 744	142	3 052
• Oppnådd resultat 2016	105 921	2 012	154	2 306
• Avvik fra krav	-2 290	268	12	-746
Antall liggedøgn døgntillegging				
• Krav i oppdrag og bestilling 2016	478 383	72 629	5 394	24 361
• Oppnådd resultat 2016	471 113	73 942	5 372	25 619
• Avvik fra krav	-7 270	1 313	-22	1 258
Antall oppholdsdager dagbehandling				
• Krav i oppdrag og bestilling 2016	78 662	0	3 796	0
• Oppnådd resultat 2016	83 947	0	3 237	0
• Avvik fra krav	5 285	0	-559	0
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner				

• Krav i oppdrag og bestilling 2016	788 795	94 988	46 365	21 278
• Oppnådd resultat 2016	820 469	104 160	45 860	23 915
• Avvik fra krav	31 674	9 172	-505	2 637

5. ANDRE RAPPORTERINGER

5.1. Oppfølging av det systematiske arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet

Arbeid med beredskap og forebyggende sikkerhet (eget oppdrag fra HSØ)

Status for beredskapsplaner

Skal beskrive arbeidet med beredskapsplaner

✓ Systemer for å forebygge, oppdage og varsle hendelser, effektiv og koordinert ressursdisponering ved kriser.

Samordning/ koordinering i forhold til berørte parter (sentrale samarbeidspartnere).

Risiko- og sårbarhetsanalyser og beredskapsplaner er gjennomgått og oppdatert.

OUS har i regi av Regionalt beredskapsutvalg deltatt i arbeidet med gjennomgang av beredskapsplaner i alle HF i HSØ.

Særskilt om beredskap på IKT systemer.

Stab medisin, helsefag og utvikling ved beredskapsledelse og Stab IKT har gjennomført treningsbasert ledergruppescenario. Det gjelder også for Stab Kommunikasjon

Risikovurderinger

I forbindelse med Infrastrukturmoderniseringsprosjektet på OUS er det gjennomført risikovurdering av all IKT infrastruktur. Alle nye tjenester og tjenester som gjennomgår vesentlig oppgradering risikovurderes i hht regional standard hva gjelder informasjonssikkerhet.

Monitorering

OUS benytter regional løsning for deteksjon og analyse av sikkerhetshendelser. Det utarbeides månedlige rapporter til OUS basert på denne monitoreringen.

Trusselvurdering

Det er utarbeidet en egen trusselvurdering innen IKT for OUS som er presentert for OUS styre. Denne må oppdateres ifm overtakelse av Rettsmedisinske fag (RMF) fra Folkehelseinstituttet (FHI)

Øvingsaktiviteter

Skal beskrive øvingsaktiviteter

Øvingsaktiviteter internt

OUS gjennomførte i april en intern diskusjonsøvelse/work shop for å forberede bruk av bygg 37 for hendelser med «alvorlig smittsomme sykdommer» (kopper). Dette er en forberedelse til forventet oppgave når ny nasjonal plan for dette feltet iverksettes.

I oktober/november gjennomførte vi diskusjonsøvelse med ledelsen om IKT hendelser som også var kompetanseinnspill til nasjonal IKT øvelse. Førstedel av øvelsen var «seminar» om vår IKT infrastruktur og dens sårbarhet og konsekvenser ved svikt eller tilsiktede hendelser. Andre del av øvelsen var gjennomgang fra klinikkene om konsekvenser og tiltak ved hendelser og

angrep mot våre IKT system.

Øvingsaktiviteter i samarbeid med andre

OUS gjennomfører i tillegg scenarioøvelser hver fredag i akuttmottak for å øke evnen til riktig beslutning av beredskapsnivå for ulike typer hendelser.

OUS har deltatt i den årlige diskusjonsøvelsen med ledergruppen i Helse Sør-Øst.

OUS samarbeider med Oslo kommune, Helse- og sosialetat, med utvikling av beredskapsscenarioer for felles øvelser.

OUS (og AHUS) bistår fylkesberedskapssjefen i øvelser av kommunene i Oslo og Akershus. 4 kommuner ble øvet i 2016.

Observatøraktiviteter

OUS er representert i Fylkesberedskapsrådet for Oslo og Akershus (AHUS har vararepresentant). OUS er også medlem i Oslokommunes beredskapsforum hvor sentrale beredskapsorganisasjoner møtes fire ganger i året.

OUS deltar i Nasjonalt øvings- og evalueringsforum (DSB). Diakonhjemmet, Lovisenberg, Oslo kommune Helseetat inkl Legevakt deltar i samordningsmøtene vi arrangerer i Oslo sykehusområde. OUS ene beredskapsmedarbeider hospiterte (utlånt) i Helse- og omsorgsdepartementet feb-des 2016.

Oppfølging av sikkerhetsloven

Skal beskrive oppfølging av sikkerhetsloven.

Kort status for arbeidet med etablering av sikkerhetsorganisasjon mv.

Sikkerhetsorganisasjon iht Sikkerhetsloven er etablert. Aktuelle personer er sikkerhetsklarert og adm.dir har telefon for begrenset trafikk. Forberedelser er gjort for bruk av Nasjonalt begrenset nett via Forsvarets avdeling på Ullevål. Dokumenter er etablert i sykehusets styringssystem

Oppfølging av Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO)

Skal beskrive oppfølging av Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO). Status for implementering og øving.

PLIVO har vært hovedfokus på fagdager i våre operative avdelinger i 2016. Alle ansatte er gjennom PLIVO og HiOA utdanner egne instruktører som sikrer at alle studenter som kommer til oss (eller blir ansatt) har PLIVO opplæring. Når det gjelder øvelsene følger vi politiets øvingskalender og retter oss etter dem hva gjelder implementering av fremtidige PLIVO-øvelser

Reserveløsning for AMK-sentral

Reserveløsning AMK. Status for etablering, prosedyrer/ avtaler og øving

Reserveløsning for AMK på Lørenskog (SPAT) er etablert og operativ men er ikke optimal grunnet lokalene og manglende ICCS.

Oppfølging av rapport om nasjonal legemiddelberedskap

Oppfølging av rapport om nasjonal legemiddelberedskap. Status for etablering og mandat for legemiddelkomité.

Oslo universitetssykehus fikk i 2016 i oppdrag å etablere en nasjonal beredskapsfunksjon for legemidler. Formålet med denne beredskapsfunksjonen er å få en styrket nasjonal funksjon for overvåking og tiltak knyttet til legemiddel mangelsituasjoner, samt utviklingen av den nasjonale legemiddelberedskap for spesialisthelsetjenesten. Arbeidet vil omfatte å overvåke forsyningssituasjonen, kartlegge omfang av problemer/mangelsituasjoner som oppstår, finne løsninger og kommunisere disse til alle berørte parter. Denne funksjonen skal i tillegg til rollen på nasjonalt nivå være en støttefunksjon for det lokale og regionale arbeid med legemiddelberedskap

i helseforetakene. Arbeidet må organiseres på en slik måte at det sikres involvering og oppfølging regionalt og lokalt i hele landet.

Den nasjonale beredskapsfunksjonen for legemidler er lagt til og organisert under Oslo universitetssykehus med 2x 50 % farmasøytstillinger og 2x 50 % medisinskfaglig kompetanse/legestillinger. Alle ressursene skal ha en tydelig nasjonal rolle. Senteret har vært bemannet fra 15.09.16 og er lokalisert i Ullevål sykehus.

Legemiddelkomiteen ved OUS er en tverrfaglig komite med leger, farmasøyter og sykepleiere. Leder og sekretær er ansatte ved seksjon for Legemiddelkomite og -sikkerhet under Avdeling for farmakologi. Leder og sekretær ivaretar operative oppgaver for OUS innen legemiddelområdet.

Risikoanalyser og sikring av god beredskap for kritisk infrastruktur

Gjennomføring av risikoanalyser og sikre god beredskap for kritisk infrastruktur som vann, strøm og IKT

Oppfølging av arbeidet med beredskap følges opp i den ordinære virksomhetsstyringen. I 2016 har oppdatering av klinikkens beredskapsplaner etter omorganisering vært særskilt tema i tertialoppfølgingen.

I tråd med styresak fra april 2015 rapporterer OSS EIE og DST IKT på arbeidet med beredskap og forsyningsikkerhet knyttet til sine ansvarsområder. Spesielt IKT, vann og strøm. Gjennomførte øvelser (inkludert større, planlagte arbeider med nedetid) dokumenteres.

IKT: I forbindelse med Infrastrukturmoderniseringsprosjektet på OUS er det gjennomført risikoanalyser av all IKT infrastruktur. Alle nye tjenester og tjenester som gjennomgår vesentlig oppgradering risikovurderes i hht regional standard.

Strøm: Det er gjennomført en risikokartlegging av strømforsyningen knyttet til kritisk infrastruktur. Det er også iverksatt en del tiltak knyttet til lukking av større avvik innen dette området.

Vann: Det er ikke gjennomført risikoanalyse eller kartlegging knyttet til kritisk infrastruktur på risiko områder innen vann /vannsikkerhet. Det er planlagt en kartlegging/analyse i 2017.

Oppfølging av rammeverk for helse, miljø- og sikkerhet (HMS) i Helse Sør-Øst

Oppfølging av rammeverk for helse, miljø- og sikkerhet (HMS) i Helse Sør-Øst

Kort om arbeidet med sikkerhet i sykehus, sikringsrisikoanalyse mv.

Arbeid med sikkerhet

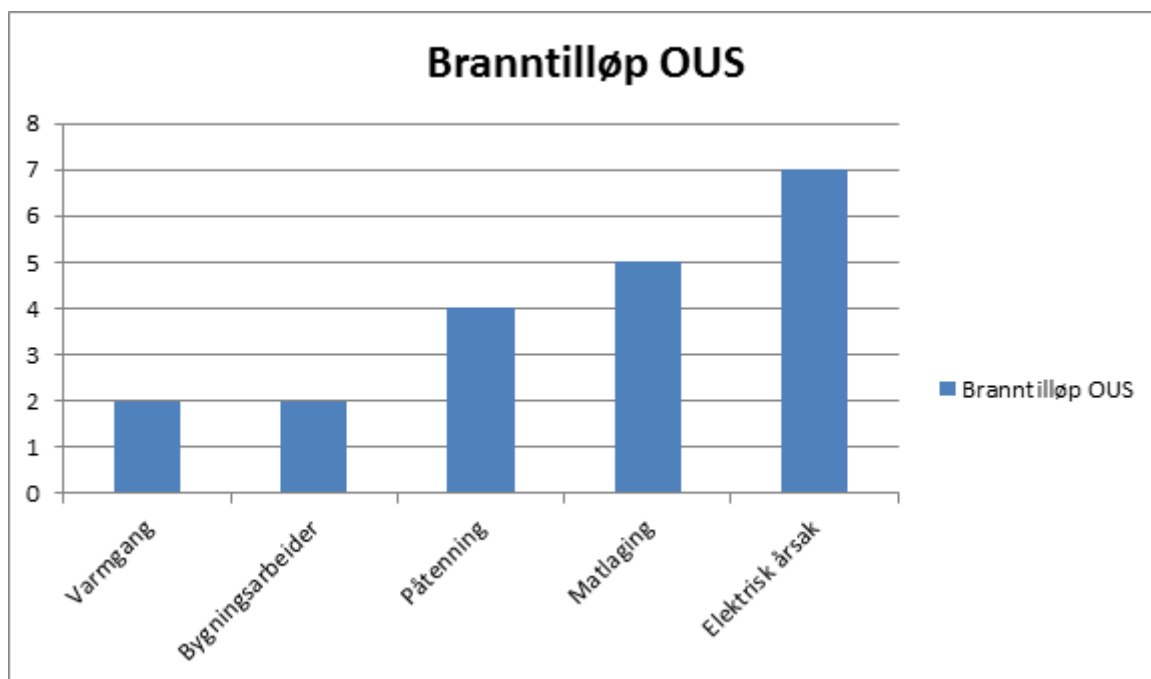
Det er etablert en sikkerhetspolicy for OUS, samt overordnede sikkerhetsmål som gjelder for alle ansatte. Egne sikringsmål innenfor forebyggende brann. Det jobbes mye med sikkerhet ute i enhetene, samt at dette er tema på alle nyansattdager. Sikkerhetsavdelingen bistår med opplæring, workshops og faglig bistand på forespørsel. Det er per nå ikke etablert et felles program knyttet til utarbeidet veileder.

Sikringsrisikoanalyse

Det er ikke gjennomført sikringsrisikoanalyse for OUS i 2016. Dette er planlagt gjennomført i 2017.

Brannvern

Brannvernseksjonen har stort fokus på opplæring og veiledning til avdelinger og ansatte. De gir også enhetene bistand etter en hendelse. Det har totalt vært 20 branntilløp ved OUS i 2016. Definisjonen av et branntilløp er røykutvikling eller flammer.



Figur 8. Branntilløp

Brannvernseksjonen har anskaffet brannslukkesimulator til øvelse og opplæring. Dette fungerer svært godt og de ansatte er fornøyd.

Trusler og vold

Vold og trusler har hatt stort fokus fra sikkerhetsavdelingen gjennom året og det har vært gjennomført mye opplæring på avdelinger og enheter, samt hos sikkerhetspersonalet innen dette området. Vi registrerer en reduksjon i antall hendelser i 2016 i forhold til tidligere år.

Overfallalarmer funderer der dette er etablert. Det har vært utført mindre pasientvakhold dette året kontra tidligere år.

Utstyr og bygning (adgangskontroll, kameraovervåking mv)

OUS har mange anlegg av varierende alder og kvalitet. Store deler av hovedlokalisasjonene har automatisk adgangskontroll, med overvåking. Adgangskontrollanleggene på Radiumhospitalet, SSE og Aker er de eldste og må skiftes ut, dette står på plan for investering for 2017-2020. Store deler av kameraovervåkingsparken er klar for utskifting grunnet defekt utstyr, alder og slitasje.

Sikkerhet generelt (kriminelle handlinger, brudd på sikkerhetsrutiner)

Det har vært perioder med mye tyverier av blant annet pc utstyr. Vi ser en klar nedgang i medisintyverier i 2016 kontra 2015. Sykkeltuverier har også hatt en lavere frekvens enn tidligere år.

Vi har i 2016 sett at politiet i langt større grad etterspør bistand i saker ift logger og video. Dette har blitt effektivert etter begjæring.

Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

OUS har i 2016 gått fra å registrere HMS-runder og tilhørende tiltak i eHMS, til å gjøre det i sykehusets egenutviklede system Achilles. Tiltakene fra HMS-rundene legges til grunn i verneområdenes handlingsplaner. I Achilles er det mulig å registrere evaluering av tiltakene. En oversikt over effekten av ulike tiltak er nyttig i forbedringsøyemed og det arbeides for å bruke denne muligheten i større grad.

Per 15. desember har 470 av 645 verneområder (73 %) gjennomført HMS-runde (og med det opprettet handlingsplan) i 2016.

I OUS er HMS-avvik definert som «Hendelser eller forhold som påvirker arbeidsmiljøet, ansattes helse eller ytre miljø negativt». Alle medarbeidere i OUS har mulighet til å registrere HMS-avvik. Per 15. desember er det registrert 4710 HMS-avvik i 2016. Fordelt på totalt antall netto månedsverk i perioden, er meldefrekvensen på 0,026. I samme periode har 4555 HMS-avvik blitt lukket, noe som gir en lukkerate på 96,7. De hovedkategoriene med flest registrerte HMS-avvik er «Fysisk arbeidsmiljø», «Vold / trusler / utagerende adferd» og «Smittevern (inkl. stikkskader). Hittil i år har det blitt registrert 532 personskader på medarbeidere i OUS. Dette er alle typer skader, uansett hvor store eller små de er. Dette gir en H2-frekvens på 19,5. Av dette er 173 fraværsskader, så H1-frekvensen er 6,33. Den største skadekategorien er «fall, slag, støt og klemskade», etterfulgt av «Muskel-skjelett skade» og «vold mot ansatt».

5.2. Oppfølging av andre oppdrag

Kvalitet i rapporteringer til nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Kvalitet på data vil i stor grad avhenge av kompletthet på rapportering av data, både på individnivå, dvs. høy dekningsgrad, og på variabelnivå, og på bruk av data. Det nasjonale servicemiljøet har igangsatt et dekningsgradsprosjekt ledet av OUS hvor Hjertestansregisteret på OUS er med, og med fokus på verktøy for bedring av dekningsgraden. OUS har fulgt opp de enheter som ikke har levert med god nok dekningsgrad gjennom en henvendelse våren 2016 om bedre innrapportering. Sykehuset jobber også med etablering av klinisk datavarehus som på sikt vil legge til rette for automatiserte uttrekk til kvalitetsregistrene og løsningen skal nå piloteres for et utvalgt kvalitetsregister.

Ambulansetilbud psykisk helse (prosjektperiode avsluttes i 2016)

Ambulansetilbudet innen psykisk helse kjøres som eget Psykiatriprosjekt i Vestre Viken, Vestfold og Innlandet med forskjellige løsninger i de enkelte foretakene. Vi avventer endelig rapporter fra disse før vi tar stilling til evt. endrete rutiner hos oss.

5.3. Andre forhold ved driften

Innføring av nye metoder

Departementet vil fastsette nye rammer for de regionale helseforetakenes beslutninger om innføring av nye metoder, samt sende på høring et forslag til reviderte forskrifter om legemiddelområdet.

OUS har en sentral posisjon i regionen gjennom sin kompetansetjeneste som tilbyr veiledning, kompetanseutvikling og kontaktformidling på områder knyttet til metodevurderinger og kunnskapsbasert praksis. Sykehuset bidrar aktivt i ulike fora knyttet til introduksjon av nye metoder og legemidler, unntaksbestemmelser, bruk av fagekspert i vurderinger mv.

I egen virksomhet fungerer Mini-metodevurderinger som kunnskapsbaserte 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.

OUS arbeider videre med initiativer overfor regionale og nasjonale fora for å styrke status og volum av kunnskapsbaserte beslutninger om metodevalg.

Elektronisk identifiserbare legemidler:

Helseforetaket skal ta i bruk elektronisk identifiserbare legemidler på dosenivå som forberedelse til innføring av lukket legemiddelsløyfe i sykehusene etter hvert som Sykebusapotekene kan fremskaffe disse enten gjennom egenproduksjon eller via LIS/HINAS- avtaler.

I forbindelse med legemiddelinnkjøpsanbudet (LIS anbudet), ble bruk av elektronisk identifiserbare legemidler vurdert for cytostatika. Det var imidlertid svært få legemidler som hadde elektronisk identifiserbare legemidler med rett standard (GTIN). For OUS må fremtidig logistikksystem for lukket legemiddelsøyfe bestemmes, før man kan foretrekke elektronisk identifiserbare endoser på bekostning av andre kriterier. Det var imidlertid svært få legemidler som hadde elektronisk identifiserbare legemidler med rett standard (GTIN). Der det var GTIN på primærpakning var prisen også svært høy og ville medført ekstrakostnad i millionklassen.

Digitale tjenester for kommunikasjon med pasienter og innbyggere

«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 pasientrett informasjon og med fagressurser i oppbygging og utvikling av fellesløsninger».

Nye nettsider på felles nasjonal plattform

Oslo universitetssykehus flyttet i november 2016 sykehusets nettsider over til den felles nasjonale plattformen for spesialisthelsetjenesten (helsenorge.no-plattformen).

Hovedmålet for den nye nettløsningen er å bidra til trygghet og mestring for pasienter og pårørende. Nettsidene skal bedre informasjonen til pasientene om hva som skjer før, under og etter behandling – og gi tydelig informasjon om oppmøtested. Sykehuset bidro med 300 pasientinformasjonstekster i oppbyggingen av denne nasjonale fellesløsningen. Sykehusets nettsider hadde i 2016 i gjennomsnitt 140.000 besøkende hver måned.

I forbindelse med dette arbeidet er det etablert en mer sentralisert redaksjonsmodell enn tidligere for nettsidene med definerte roller i både staber og klinikker. Det er også utarbeidet en metodikk for forvaltning. Alle klinikkene har arbeidet med å skaffe oversikt over pasienttekster de kan bidra med til fellesløsningen innen sine fagområder både fram mot lansering og i tiden etter.

Meg også – app for barn som pårørende

Oslo universitetssykehus lanserte våren 2016 appen «Meg også» rettet mot barn som pårørende. Opprinnelsen til appen er den populære boken «Meg også – bok for barn og ungdom som opplever sykdom i familien». I tråd med at unges medievaner endrer seg og tilgangen til nettbrett er stadig mer utbredt (8 av 10 barn, i følge TNS Gallup), vil appen fungere som et viktig ledd i ivaretagelsen av barn og unge som er pårørende.

Appen er nærmest fullfinansiert av midler fra Extra Stiftelsen. Appen er utviklet i samarbeid med designbyrået Uniform, med løpende innspill fra unge i målgruppen og fra Råd for barn som pårørende. Appen er gratis og tilgjengelig i AppStore og Google Play.

Mer informative SMS-varsler til pasientene

Sykehusets SMS-melding for å minne pasienter på time har tidligere fått kritikk for ikke å si noe om hvor pasienten skal møte opp, med den konsekvens at enkelte pasienter har møtt på feil sted. For å høyne kvaliteten på kommunikasjonen med pasientene er det i løpet av 2016 gradvis rullet ut et mer informativt SMS-varsel til pasienter ved omlag 100 (per november) forskjellige enheter/oppmøtested i flere avdelinger. Det nye SMS-varselet gir tydelig informasjon om oppmøtested og inneholder lenke til kart (Google Maps), eksempelvis:

”Minner om din avtale på Øyeavdelingen, Bygg 36, Ullevål Sykehus, mandag 11. april 2016 kl. 14:00. Klikk her for kart.”

Det er anslagsvis 450 ulike oppmøtested i sykehuset. Utrullingen fortsetter enhet for enhet.

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. Blant de større prosjektene i 2016 er Framtidens OUS – Idéfase, Organisasjonsprosjektet og Programmet for forbedring av drift. Det er iverksatt mange ulike kommunikasjonstiltak rettet mot relevante interne og eksterne målgrupper.

Oslo universitetssykehus i media

Medias interesse for Oslo universitetssykehus er stor. I løpet av året har medievaktene ved sykehuset mottatt rundt 1500 henvendelser. I tillegg får fagpersoner og ledere ved sykehuset direkte henvendelser fra media.

I 2016 er det totalt registrert nær 16.000 mediesaker som omhandler sykehuset. Alle mediesaker vektet fortløpende; 25 prosent av sakene er vektet positivt, 7 prosent har vært negative, mens hele 67 prosent er vektet nøytralt. Blant de positive sakene er det gode forskning- og ekspertsaker som regjerer. Ukentlig bidrar intervjuer med sykehusets fagfolk til å skape tillitt og et godt omdømme for sykehuset.

Sykehuset er også aktive i flere sosiale kanaler; Facebook, twitter og på instagram, og antall følgere i disse kanalene har økt jevnt gjennom 2016;

På Facebook har antall følgere økt med nær 7000 personer til 13.700. Antall følgere på twitter har økt med rundt 1000 personer til 7700, mens det er rundt 3500 personer som følger sykehusets instagramkonto.

For 2017 er målet å jobbe aktivt for å gjøre flere av nøytralt vektete sakene mer positive. For å skape flere følgere i sosiale medier vil sykehuset i løpet av året etablere flere kanaler mot mer spissede målgrupper.

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 sykehuset 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 fremover.
- **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 problemstillingene ble ytterligere forsterket av strømmen av asylsøkere høsten 2015.

Prognosen (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 (heleksomsekvensering) eller hele genomet (helgenomsekvensering). Dette gir grunnlag for mer presis diagnostikk og dermed mer persontilpasset 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.
- Pasienter innen psykisk helse og avhengighet får i økende grad ulike spesialiserte og desentraliserte tilbud med stor vekt på tilrettelagt behandling ut fra pasientens alder og situasjon – såkalt arenafleksible løsninger.

I tillegg vil antakelig aldersgrensen for ulike typer behandling fortsatt forskyves, hvilket vil gi øket forbruk av helsetjenester. Nye prioriteringsforskrifter og beslutninger fra Nasjonalt Beslutningsforum vil påvirke helsetjenesten og endre bruken av spesialisthelsetjenestene. Nye nasjonale sykdomsspesifikke pakkeforløp med forløpstider ved kreft som ble implementert gjennom 2015, er også med på å endre logistikken i sykehusene og gir prioriteringsutfordringer. Det ventes nå tilsvarende utvikling med pakkeforløp innen psykisk helse, screening av tarmkreft, og i deler av 2017 vil sykehuset ha en ny forpliktelse i forhold til vaksinerings av gravide med rhesus negativ blodtype.

Funksjonsfordelingen mellom Oslo universitetssykehus og øvrige sykehus vil kunne endres noe, dels ved at svært kompetansekrevede 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 inngår som en konkret del av Helse Sør-Øst sitt prosjekt for kapasitetsplanlegging i hovedstadsområdet. De regionale beslutningene er lagt til grunn sykehusets videre planer for utvikling. I tillegg samarbeides det bilateralt mellom sykehusene i regionen for å bedre forløpstidene. Et eksempel på dette er Oslo universitetssykehus' samarbeid med Sørlandet sykehus HF.

Disse utviklingstrekkene vil på flere områder gi konsekvenser for Oslo universitetssykehus' 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 selekttere pasientgrupper /områder hvor pasientene profilerer på at tjenestenivåene samhandler og er samlokalisert.
 - Innen flere fagområder samarbeider Oslo universitetssykehus med andre sykehus om deler av pasientforløpet, hvor både utredning og oppfølging legges til lokalsykehus.
- Utviklingen innen teknologi og medisinsk og helsefaglig metodikk kan utnyttes offensivt til ytterligere å øke omfanget av bruk av dagbehandling og poliklinikk samt legge til rette for veiledning slik at undersøkelser og behandling kan gjøres av samarbeidende institusjoner.
- Både kronikere, kreftpasienter og eldre med funksjonssvikt kan knyttes opp mot mer planlagte og semiakutte forløp slik at presset på rene akuttforløp reduseres.
- Helseforetakets sengekapasitet vil konsentreres ytterligere om pasientgrupper med mer krevende oppfølgingsbehov i intensiv og observasjonsfaser.
- Arbeidsdeling mellom sykehusområder (utvikling av flerområdefunksjoner og nye regionfunksjoner), regioner (utvikling av flere landsfunksjoner) og utvikling av internasjonal arbeidsdeling vil påvirke kapasitetsbehovene i Oslo universitetssykehus.
- Bruk av IKT og e-Helse vil kunne redusere behovet for fysisk oppmøte
 - Den digitale utviklingen skaper forventninger og påvirker både arbeidsprosesser, behandlingsmetoder og sykehusets kommunikasjon med pasienter og pårørende. Det utfordrer sykehuset til å arbeide annerledes og bryte opp tradisjonelle prosesser og strukturer.
 - For sykehuset handler digitaliseringen ikke om teknologien i seg selv, men om å gi den enkelte pasient bedre behandling. For eksempel kan elektroniske verktøy for læring og mestring, muligheten for å registrere data direkte inn i egen journal og digital kommunikasjon med sykehuset gi en bedre totalopplevelse for pasientene. Slik kan pasienter få en større grad av trygghet og reell medvirkning i egen behandling.
 - Stigende forventninger fra pasienter og pårørende til digitale tjenester stiller samtidig store krav til sikre løsninger som både helsepersonell og pasienter kan ha tillit til.

6.2. Forventet økonomisk utvikling

Budsjettet for 2017 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 bærekraftig økonomi for Oslo universitetssykehus HF på den andre siden. Det økonomiske resultatkravet er fastsatt etter en dialog med Helse Sør-Øst RHF og innebærer et krav til forbedring av driftsøkonomien i størrelsesorden 4 prosent. For å gjennomføre resultatkravet må Oslo universitetssykehus HF øke aktiviteten samtidig som bemanningen må reduseres fra nivået i 2016.

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 budsjettet overskudd for 2015 var 225 millioner kroner. Dette overskuddet er med å finansiere

investeringsbudsjettet for 2016 og 2017. Oslo universitetssykehus HF budsjetterer for 2017 med et overskudd på 250 millioner kroner, noe som vil tilføre ytterligere likviditet til nødvendige investeringer.

6.3. Personell- og kompetansebehov

Kompetanse, rekruttering og opplæring av ansatte

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.

Foretaket har i hovedsak kontroll på personellbehov og tilgang på kompetanse, men registrerer fortsatt viktige utfordringer særlig innen spesialsykepleiergruppene. 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 2016 var det forventet å få på plass et nasjonalt program for å fremskrive personellbehovet både overordnet og lokalt nivå innen ulike yrkesgrupper, men arbeidet er blitt forsinket. God bruk av dette forutsetter fullføring av kartlegging av kompetanseprofilen til dagens ansatte.

Kompetansebehovet gjelder både større grupper, som visse ulike typer spesialsykepleiere, men også små, høyspesialiserte grupper inkl. enkelte legespesialister. Generelt kan det sies at sykehuset på lengre sikt ser tydelige konturer av et gap mellom kapasitet i utdanningssystemet og sykehusenes behov for rekruttering av folk med helsefaglig bakgrunn og helsefaglige spesialutdannelse. Oslo universitetssykehus har for øvrig en god dialog med universitet og høyskolene i sitt område der vurdering av kapasitetsbehov er et tema. Vi ser likevel behov for at bedre sikring av noen av de kritiske og langsiktige behovene blir løftet opp på regionalt og nasjonalt nivå, og vil gjerne bidra med sykehusets innsikt til det. Samordningsbehovet er nylig også tatt opp i rapporten «Samordning mellom universiteter og helseforetak», 30.11.2016, Rapport fra nasjonal arbeidsgruppe nedsatt av Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo universitetssykehus har bidratt i dette arbeidet.

Ved etableringen av 100 utdanningsstillinger for spesialsykepleiere fra 2014 økte antall søkere betydelig. Det er hele 417 søkere for studiestart høst 2016 og vår 2017. Høgskolen i Oslo og Akershus melder fortsatt om positiv effekt på det faglige nivå på kullene. Parallelt med dette arbeides det systematisk med rekrutteringstiltak og med promotering av Oslo universitetssykehus som arbeidsplass for sykepleiere og spesialsykepleiere spesielt og generelt for øvrige yrkesgrupper.

Klinisk kompetanseprogram har tidligere vært forbeholdt sykepleiere inklusiv spesialsykepleiere. Deretter kom tilbudet også for andre helsefagsgrupper: fra 2014: fysioterapeuter, vernepleiere, sosionomer (inkludert/ barnevernspedagoger), ergoterapeuter, deretter fra 2015: ernæringsfysiologer, radiografer (inkludert stråleterapeuter) og fra 2016 bioingeniører.

Det er utviklet egne interne kurs for traineesykepleiere i intensivenheter i regi av Akuttklinikken, som blir et fast kurstilbud til sykepleiere ved intermediærenheter fra våren 2017.

I 2017 uteksamineres de første Paramedics høyskolestudentene og de første med fagskoleutdanning innen steriltforsyning. I desember 2016 ble det første fagbrevet i portørfaget tildelt en ansatt ved Oslo universitetssykehus. Dette er nyervervet kompetanse som vil bli sykehuset til del, og som det vil være viktig å dra veksel på i utviklingen av de aktuelle tjenestene.

Lederutvikling

Oslo universitetssykehus har et obligatorisk lederutviklingsprogram for nye ledere. Lederprogrammet består av 10 dager med felles obligatoriske moduler og tre dager obligatorisk differensiert påbyggingsmodul tilpasset den enkelte leders behov. I tillegg inngår det klinikkvise lederopplæringsprogram tilpasset den enkelte klinikk. Et eget programråd evaluerer og foreslår forbedringer i lederprogrammet. Lederprogrammet for nye ledere er konsolidert og har fått gode tilbakemeldinger i 2016 og vil bli videreført i 2017. På grunn av Oslo universitetssykehus sin anstrengte økonomi er det blitt kuttet ned på noe av samlingene og antall ledere som ble tatt opp til programmet. I løpet av 2017 vil det bli foretatt en evaluering av programmet med tanke på ytterligere forbedringer.

Utdanning

I 2017 vil Oslo universitetssykehus arbeide med å gjennomføre tiltak i ny handlingsplan for utdanning, gjeldende for 2017-18. Et viktig område i handlingsplanen er innføring av ny spesialistutdanning for leger. Det skal etableres et regionalt utdanningscenter som har en sentral rolle i implementeringen av ny spesialistutdanning for leger i hele regionen. De regionale utdanningscenterne skal ha ansvar for å vurdere hvilke læringsaktiviteter som skal være nasjonale, regionale og lokale i det enkelte helseforetak, samt utvikle og operasjonalisere nasjonale og regionale læringsaktiviteter. I 2017 vil en viktig oppgave være å implementere ny spesialitetsstruktur for del 1 (tidligere turnustjeneste). Oslo universitetssykehus har påtatt seg et nasjonalt ansvar for å utvikle veilederkurs. Det skal videreutvikles kurs innen felleskompetansemodulene (blant annet innen kommunikasjon, kvalitetsforbedring og kunnskapsbasert praksis), samt få på plass et IKT-verktøy (Dossier) for vurdering av spesialistkandidater opp mot forskriftsfestede læringsmål. Fase to i implementeringen av ny modell for spesialistutdanning for leger starter høsten 2017 og skal utarbeide planer for å kunne innfri læringsmål for de 43 spesialitetene sykehuset tilbyr utdanning i, eventuelt identifisere hvilke læringsmål helseforetaket ikke kan oppfylle. Oslo universitetssykehus må også tydeliggjøre antall stillinger for leger i spesialisering som Oslo universitetssykehus kan tilby, knyttet til respektive læringsmål som sannsynligvis kun kan oppnås ved regionsykehusene. Det må gjennomføres en konsekvensanalyse av ny utdanningsmodell som grunnlag for estimering av ressursbehov.

I 2017 vil det fortsatt være behov for å styrke veiledningskompetansen i sykehuset, både for leger og annet helsepersonell som skal veilede henholdsvis spesialistkandidater og studenter. Synliggjøring av ressurser til utdanning er også et prioritert område i handlingsplanen. Bedre oversikt over ressursbruken er viktig for å 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.

Den viktigste delen av utdanningen skjer som en integrert del av den daglige virksomheten. Læringskulturen på den enkelte avdeling er en suksessfaktor med hensyn til hva studentene lærer. Handlingsplan for utdanning 2017-2018 har fokus på mange elementer som vil kunne være virkemidler for å stimulere til å skape gode læringsmiljøer.

I 2017 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, for alle de helsefaglige utdanningene, men det jobbes videre med å få til en tydeligere rolleavklaring mellom helseforetaket og samarbeidende høyskoler når det gjelder hvem som er ansvarlig for hvilke deler av praksisoppfølgingen. 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.

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.

6.4. Status og utfordringer for investeringsområder

Gjennom 2016 har Helse Sør-Øst gjennomført et prosjekt for kapasitetsvurdering for Akershus universitetssykehus HF og Oslo sykehusområder på mellomlang og lang sikt. Oslo universitetssykehus har deltatt aktivt i arbeidet. Her inngår både vurderinger av tilhørighet for bydeler og kommuner og fordeling av oppgaver mellom de fire aktuelle sykehusene, Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus. Det har vært svært viktig for Oslo universitetssykehus med tett dialog og oppfølging av dette arbeidet i lys av kapasitetsberegningene som må legges til grunn i utviklingen av sykehuset og byggprosjektene.

Utvikling av nye sykehusbygg

Oslo universitetssykehus 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. I 2015 ble rapporten omarbeidet i henhold til høringssvar og styrebehandling 09.04.15 og 30.04.15 (sak 20 og 29/2015). Den 25.09.15 (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) ble en egen idéfaserapport for Radiumhospitalet utarbeidet med utgangspunkt i kreftutredningen og dette private initiativet.

En ny rapport, Fremtidens Oslo universitetssykehus, Idéfase Konkretisering etter høring, ble ferdigstilt desember 2015 og lagt frem for styret som orienteringssak 17.12.15.

På styremøte 28.01.16 ble det gjort følgende vedtak Om Idéfase Oslo universitetssykehus HF (sak 8/2016):

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 et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner, ett lokalsykehus på Aker og kreftbehandling 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 RHF vurdere hvordan skalering av lokalsykehusfunksjonen 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 RHF vurdere finansieringsform for disse prosjektene.

På styremøtet 29.04.16 ble det gjort følgende vedtak i sak 28/2016 Idéfase Oslo universitetssykehus HF, oppfølging av risiko:

1. Styret tar rapporten om risiko- og sårbarhetsanalyse og øvrig oppfølging av risiko i arbeidet med idéfase til orientering.
2. Styret ber om at rapportene om risiko og sårbarhet oversendes Helse Sør-Øst RHF som del av grunnlagsdokumentasjonen for idéfasearbeidet.

På styremøte i Helse Sør-Øst RHF 16.06.16 ble det i sak 053-2016 Videreføring av planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF, gjort følgende enstemmige vedtak:

1. Styret gir sin tilslutning til et framtidig målbilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Dette målbildet legges til grunn for den videre utviklingen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF.
2. Utvikling og utbygging av Oslo universitetssykehus HF må ha en rekkefølge slik at man prioriterer å flytte ut av de bygg der pasienter og ansatte har dårligst forhold i dag. Framdrift må tilpasses økonomisk handlingsrom, og det må legges vekt på å oppnå positive driftsøkonomiske effekter fra prosjekter som prioriteres for gjennomføring.
3. Samarbeidet med Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonal Sykehus om fordeling av oppgaver og ansvar skal sikre disse sykehusenes langsiktige rolle i ivaretagelse av sørge for-ansvaret, og løsningen av det framtidige kapasitetsbehovet i Oslo sykehusområde.
4. Som ledd i utviklingen av et samlet regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner, overføres regionfunksjoner inkludert multitraume og nødvendige lokalsykehusfunksjoner innen medisin og kirurgi fra Ullevål til Gaustad som første trinn i utviklingen av Gaustad.
5. Aker sykehus utvikles til et lokalsykehus som ivaretar de utfordringer som er særskilte for en storby, i nært samarbeid med Oslo kommune. Sykehuset skal utvikles trinnvis, tilpasset kapasitetsbehovet i Oslo og Akershus sykehusområder.
 - Lokaler for psykisk helse og avhengighet planlegges i første trinn av utviklingen av lokalsykehuset på Aker.
6. Med utgangspunkt i det gjennomførte idéfasearbeidet, skal første trinn i utviklingen av Aker og Gaustad avgrenses og dimensjoneres før det kan besluttes oppstart av konseptfaser. Som

en del av arbeidet skal det også utarbeides planer som viser hvordan sykehustomtene kan utvikles over tid. Helse Sør-Øst RHF skal lede dette arbeidet og resultatet presenteres for styret sammen med beslutning om oppstart av konseptfaser.

7. Idéfase Radiumhospitalet videreføres til konseptfase. Videre programmering og prosjektering gjennomføres når avklaring av kapasitetsbehov knyttet til virksomhetsmodellen på Radiumhospitalet som er beskrevet i denne saken er gjort. Dette inkluderer også behov for universitetsarealer. Som første del av konseptfasen skal det lages en plan som viser utnyttelsen av sykehustomten over tid, herunder innplassering av protonsender dersom dette legges til Oslo universitetssykehus HF. Ansvar for konseptfasen overføres til Helse Sør-Øst RHF.
 - Det skal i tillegg gjøres en nærmere vurdering av om finansiering og gjennomføring av utbyggingen skal skje på ordinær måte eller i et samarbeid med private aktører basert på skisseprosjektet gitt som gave til Oslo universitetssykehus HF.
 - Mandat for konseptfasen godkjennes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.
8. Idéfase regional sikkerhetsavdeling videreføres i konseptfase. Videre programmering og prosjektering gjennomføres når tomtevalget er gjort. Prosjektet skal vurderes for trinnsvis utvikling. Ansvar for konseptfasen overføres til Helse Sør-Øst RHF.
9. Mandat for konseptfasen godkjennes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.
10. I videre planlegging må omfang, ressursbruk, framdrift og prioritering av tiltakene skje ut fra en avveining mellom pasientenes behov, når det er behov for mer kapasitet og økonomisk handlingsrom.
 - Realisering av målbildet for Oslo universitetssykehus HF vil starte med konseptfase for regional sikkerhetsavdeling og klinikkbygg på Radiumhospitalet, mens første trinn i utviklingen av regionsykehuset på Gaustad og lokalsykehuset på **Aker skal starte opp samtidig og foregå i parallell så langt det er praktisk mulig.
11. Styret tar til etterretning at prosjektene vil medføre vesentlige økonomiske konsekvenser for Oslo universitetssykehus HF. Det legges til grunn at Oslo universitetssykehus HF både i perioden før og etter bygging bedrer de økonomiske resultatene, og at det i konseptfasene utarbeides konkrete beregninger av økonomisk bæreevne og planer for gevinstuttak.
12. Målbilde for Oslo universitetssykehus HF innebærer en vesentlig endring av sykehusstrukturen i Oslo. Styret ber derfor om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF.

I foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 24.06.16 ble det vedtatt følgende om videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF:

1. Foretaksmøtet godkjenner Helse Sør-Øst sitt framtidige målbilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.
2. Foretaksmøtet ber om at det ved utvikling av Aker sykehus som lokalsykehus på sikt legges til rette for å overta ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet for de tre Oslobydelene som i dag tilhører Akershus universitetssykehus sitt opptaksområde.
3. Foretaksmøtet slutter seg til at Helse Sør-Øst RHF vil starte med konseptfase for regional sikkerhetsavdeling og klinikkbygg på Radiumhospitalet, og at den første utviklingen på Gaustad og Aker planlegges startet opp samtidig og vil foregå parallelt.

I henhold til ovennevnte vedtak er arbeidet med gjennomføring av idéfase nå overført til Helse Sør-Øst RHF. De bruker Sykehusbygg til dette arbeidet. Oslo universitetssykehus HF har en egen gruppe som har direkte kontakt med Helse Sør-Øst RHF gjennom Sykehusbygg. Gruppen rapporterer ukentlig til administrerende direktør. Sykehusbygg rapporterer i oppfølgingsmøter mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF. Høsten 2016 har en prioritert overføring av kunnskap og oppbygging av organisasjonen slik at en kan starte konseptfasene (Regional sikkerhetsavdeling og klinikkbygg Radiumhospitalet) årsskiftet 2016/2017. Det har blitt

utført en mulighetsstudie av tomten på henholdsvis Radiumhospitalet, Aker og Gaustad. Det har vært arbeidet med tomt for Regional sikkerhetsavdeling. Oslo universitetssykehus HF har ansvaret for brukermedvirkningen. Dette arbeidet starter uke 1 (Regional sikkerhetsavdeling) og uke 2 (Radiumhospitalet) 2017. Målet er å ferdigstille konseptfasene til styremøtet i HSØ 16.06.17 for å få vedtak om start forprosjekt. Det arbeides samtidig med å få prosjektene i konseptfase inn på statsbudsjettet 2018.

Arbeidet med å planlegge et samlet og komplett regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner på Gaustad og lokalsykehus på Aker er i forberedning til konseptfase med plan å få vedtak om start konseptfase på styremøtet i HSØ 16. juni 2017.

Storbylegevakt

Det har siden 2006 pågått en utredning av en ny storbylegevakt i Oslo kommune til erstatning for dagens allmennlegevakt og skadelegevakt som er i gamle og uegnede lokaler. Storbylegevakten ble først planlagt nær Ullevål sykehus, deretter generisk med mulighet for flere lokalisasjoner, deriblant nær Aker sykehus. Konseptrapporten ble ferdigstilt vår 2016.

Etter at Helse Sør-Øst RHF i juni 2016 bestemte utbygging av et lokalsykehus på Aker samlet Oslo kommune seg om Aker som lokalisasjon for storbylegevakten. 08.09.16 godkjente byrådet konseptutredningen for videreføring til forprosjektfase. Det er enighet mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF om plassering på Aker.

Høsten 2016 har Oslo universitetssykehus HF deltatt i et tjenstedesignprosjekt og har kvalitetssikret leiearealet etter avgjørelse om lokalisering av storbylegevakten til Aker hvor det skal bygges et lokalsykehus. Kvalitetssikringen ble fremlagt for styret på møtet 15.12.16 (sak76/2016) og styret fattet følgende vedtak:

Styret tar saken til orientering og støtter at det beskrevne ønske om areal i Storbylegevakten er et utgangspunkt for planleggingen i prosjektfasen.

Prosjektfasen med deltakelse fra Oslo universitetssykehus HF starter primo 2017. Sykehuset skal leie ca. halve bygget. Halvparten av leiearealet er knyttet opp mot legevaktfunksjoner, halvparten opp mot elektiv behandling (dagkirurgi og poliklinikk).

Oppgradering eller vedlikehold av eksisterende sykehusbygg

Helse- og omsorgsdepartementet åpnet i 2016 opp for at helseforetakene kunne søke lån på opptil 70 pst av forventet projektkostnad 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 Sør-Øst 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.

Det arbeides systematisk videre med flere planer og realisering av disse som alle berører arealer og virksomhet i Oslo universitetssykehus HF. I 2016 er følgende planer behandlet av styret i Oslo universitetssykehus:

1. Områdeplan IKT (styresak 2016 - 75-02)
2. Investeringsplan bygg 2017 (styresak 2016 - 75-03)
3. Investeringsplan medisinskteknisk utstyr 2017 (styresak 2016 - 75-04)
4. Investeringsplan annet 2017 (styresak 2016 - 75- 05)

Foregående års planer er videreført og/eller innarbeidet i overnevnte planverk. Konkret gjelder det:

1. Helhetlig plan for samlokaliseringer – omstillingsprosjekter
2. Tiltaksplan for nødvendige vedlikeholds-investeringer i bygg og infrastruktur
3. Plan for arealbruk knyttet til Aker sykehus
4. Idéfasearbeidet

De ulike planene har forskjellige tidsperspektiv. Investeringsplan bygg 2017 legger til grunn «Helhetlig plan for samlokalisering og omstillingsprosjekter» som er tiltak planlagt gjennomført i eksisterende bygningsmasse og som følger av behov for samlokalisering av virksomhet etter fusjonen i 2009. Nytt akuttbygg på Ullevål var tidligere en del av denne planen. Investeringsplan bygg 2017 legger også til grunn «Tiltaksplan for nødvendige vedlikeholdsinvesteringer i bygg og infrastruktur» - herunder oversikten fra 2014 og investeringsbehovene som knytter seg til tilsynspålegg og vedlikehold av bygg og infrastruktur i Oslo universitetssykehus i de neste 6-8 årene og/eller frem til nye bygg kan erstatte dagens bygningsmasse.

Status lukking av bygningsmessige avvik og videre planer

Oslo universitetssykehus har en stor og sammensatt bygningsmasse, der mange av bygningene har store vedlikeholdsbehov. Grunnet store avvik på lov og forskrift i flere bygg er det også gitt pålegg om utbedring fra en rekke tilsynsmyndigheter (Oslo brann- og redningsetat, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Arbeidstilsynet). Mange av avvikene 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 planlegging av nye bygg i idé- og konseptfasearbeidet som også gjøres i Oslo universitetssykehus.

I perioden 2016-2019 er det utarbeidet et flerårig program for å lukke de største og mest alvorlige bygningsavvikene på henholdsvis Radiumhospitalet, Ullevål og Aker sykehus. Når avvikene er lukket og en sengepost eksempelvis er oppgradert, så skal dette gjenspeiles i tilstandsgraden i bygget. Dette arbeidet planlegges og gjennomføres i samarbeid med Sykehusbygg HF. Helse- og omsorgsdepartementet har bevilget et lån på opp til 70% av kostnadene, mot at sykehuset dekker en egenandel på 30%. Tilsammen planlegges det tiltak for 1,8 mrd kroner i denne fire årsperioden. Tiltakene samles i prosjekter som igjen er organisert i et flerårig program. De aller fleste av prosjektene gjennomføres i avdelinger der det er full drift og dette er krevende også for sykehuset.

Omstillingsprosjekter

Helhetlig plan for samlokalisering - omstillingsprosjektene har som kjent en ramme på 1,5 mrd kroner. I tillegg til rentebærende lån fra Helse- og omsorgsdepartementet, forutsettes ytterligere investeringene finansiert med salg av eiendom og kontantoverføring fra Helse Sør-Øst. 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.

Prosjekter gjennomført i 2106

- Ny MR i D7 på Rikshospitalet.
- Protesekirurgi flyttet fra Rikshospitalet til Ullevål.
- Flytting av Alders-psykiatrisk poliklinikk fra Grønland til Gaustad.
- Samlet barnehabilitering i Barnesenteret på Ullevål.

Prosjekter som er påbegynt i 2016 med slutføring i 2017

- Ombygging av sterilsentral på Rikshospitalet og Aker
- Ferdigstille kontorfløy i E3 på Rikshospitalet.
- Ombygging av regional sikkerhetsavdeling på Dikemark.
- Ferdigstille hybridstue på Rikshospitalet..
- Oppruste F –bygget på Radiumhospitalet
- Ny nukleærmedisinsk seksjon på Radiumhospitalet
- Brystdiagnostisk senter på Radiumhospitalet
- Etablere urologi på Ullevål.
- Etablere biobank i Forskningsveien 2.
- Utvidelse av generell intensiv 2 på Rikshospitalet.
- Bygg 21 på Gaustad tilrettelegges som skjermet enhet.

Alle prosjektene nevnt ovenfor er utløst av behovet for omstilling og oppgavefordeling mellom sykehusets mange lokalisasjoner slik at driften optimaliseres med tilgjengelig personell i eksisterende bygningsmasse. Formålet er å skape mer robuste fagmiljøer, øke behandlingsskapiteten, få en mer økonomisk drift og effektiv ressursutnyttelse. Tiltakene er i tråd med sykehusets strategi som sier at ”- et tverrfaglig miljø som behandler en sykdom bør samles ved en lokalisasjon”.

Strategisk koordineringsgruppe er rådgivende for administrerende direktør vedrørende prioritering av de ulike prosjektene innenfor omstilling. I denne gruppen deltar representanter for Oslo sykehusservice, Direktørens stab (Medisin, helsefag og utvikling – MHU) samt tillitsvalgte og verneombud.

Plan for arealbruk knyttet til Aker sykehus

Etter sammenslåingen til Oslo universitetssykehus ble mye av virksomheten på Aker sykehus flyttet ut og ledige arealer ble planlagt disponert i samsvar med samhandlingsreformen. Prosjekt Aker helsearena inkluderte virksomhet fra både Sunnaas sykehus og Oslo kommune, og i løpet av de siste årene er store deler av samhandlingsambisjonen realisert.

Sykehuset har fortsatt høy aktivitet ved Aker sykehus med til sammen ca. 1400 ansatte og 224 senger i bruk. Karavdelingen og avdeling for urologi har både sengepost, kirurgi og poliklinisk virksomhet på Aker. Endokrinologisk avdeling har poliklinikk. Avdeling for rus og avhengighet har både akuttmottak, poliklinikk og tre sengeposter. Sykehuset har også spesialisert døgnrehabilitering for slag og amputasjonspasienter på Aker. I tillegg til både klinisk utredning og behandling, finnes mye aktivitet i forhold til kompetansebygging.

I løpet av 2016 er følgende etablert eller flyttet til Aker:

- Kommunal akutt døgnenhet har økt til 73 senger og skal i 2017 også inkludere pasienter med psykiske og rusrelaterte problemstillinger.
- Senter for fagutvikling og forskning, drevet av Oslo kommune. Arena for fagutvikling, forskning og innovasjon som skal bidra til å utvikle og styrke byens helse- og omsorgstjenester til ansatte i bydeler, helsehus, sykehjem og sykehus
- Opplæringskontoret for helse- og oppvekstfag drevet av Oslo kommune
- NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for migrasjons- og minoritetshelse.

Fra før av er følgende i drift ved Aker:

- Allmenlegevakt (Oslo kommune)
- Oppstarten på Kommunal akutt døgnenhet (Oslo kommune)
- Aker rehabilitering (Oslo kommune)
- Geriatrisk ressurscenter (Oslo kommune)
- Senter for fagutvikling for hjemmetjeneste og sykehjem (Oslo kommune)
- Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (Sunnaas sykehus HF)
- Raskere tilbake poliklinikk (Sunnaas sykehus HF)
- Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (Oslo universitetssykehus)

Planlagte etableringer i 2017er:

- Nasjonal kompetansetjeneste innen aldring og helse (Oslo universitetssykehus)
- Tverrfaglig treningspoliklinikk (Sunnaas sykehus HF)
- Testarena (Oslo kommune og Oslo universitetssykehus)
- Tverrfaglig kreftrehabilitering (Oslo universitetssykehus med flere eksterne aktører)
- Samling av flere Endokrinologiske seksjoner (Oslo universitetssykehus)

Oslo kommune benytter både ikke-medisinske støttetjenester (Oslo sykehusservice) og medisinske støttetjenester som radiologi, laboratorier og akuttberedskap fra Oslo universitetssykehus. Dette er delvis regulert gjennom tjenesteavtaler. De ikke-medisinske støttetjenestene er organisert som eget virksomhetsområde på Aker, noe som har vist seg å forbedre og forenkle samarbeidet mellom både klinikk og støttetjenester samt med Oslo kommune og Sunnaas.

Det er etablert koordinatorstillinger for henholdsvis Oslo universitetssykehus, Oslo kommune og Sunnaas. Koordinateurene samarbeider tett og tilrettelegger for videre utvikling på Aker. Arealplan og en strategisk plattform er etablert, besluttet og benyttes som retningsgivende for videre arbeid. Det utarbeides årlig felles handlingsplaner for samarbeid og synergier på tvers av avdelinger. I forbindelse med prosjekt behandlingskapasitet de neste 5-9 år er Aker en viktig del av totalløsningen for å få til god, rasjonell og tilstrekkelig kapasitet.

Prosjekt for tilstrekkelig behandlingskapasitet de neste 5 -8 år

Sykehuset startet i 2016 et større prosjekt med tema: «Tilstrekkelig behandlingskapasitet de neste 5-8 år, inkl. vurdering av videre aktivitet på Aker i perioden». Dette inkluderer vurderinger av hvilke funksjoner som bør ivaretas på de fire hovedlokalisasjonene. Bakgrunnen er å sikre plass for akuttfunksjoner og høyspesialiserte tjenester ved Ullevål sykehus og Rikshospitalet i denne perioden. For å oppnå dette, må gode arealer ved Aker sykehus og Radiumhospitalet benyttes, og til den virksomhet som egner seg best der, med mer avgrensede støttefunksjoner i forhold til Rikshospitalet og Ullevål.

Det ble først gjennomført et delprosjekt innen kreftområdet med beskrivelse av framtidig virksomhetsmodell for kreftområdet ved Oslo universitetssykehus, med fokus på Radiumhospitalet. Virksomhetsmodellen baserte seg på etablering av multidisiplinære sentre innen ulike kreftområder, med gode og ensartede pasientforløp og samling av fagmiljøer. Virksomhetsmodellen ble oversendt HSØ og inngikk i saksdokumentene til styrevedtak 16.6.16 vedr. etablering av nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet.

Det er også arbeidet med lokalisering av flere virksomheter som bl.a. urologi, endokrinkirurgi og endokrinologi. I denne prosessen utredes etableringen av et Elektivt kirurgisk senter på Aker basert på sammedagskirurgi (dagkirurgi og kirurgi med kort liggetid) og bruk av 11 operasjonsstuer 5 dager i uken, og samling av øhj. funksjoner og «tyngre kirurgi» ved Ullevål sykehus og Rikshospitalet. Dette arbeidet fortsetter inn i 2017.

Medisinsk-teknisk utstyr

Innen medisinsk-teknisk utstyr er behovet for utskiftninger fortsatt betydelig. Det er siste året bare gjennomført helt nødvendige utskiftninger av utstyr, noe som vil videreføres også i 2017. De investeringer som er gjort i 2016 bl.a. i Klinikk for laboratoriemedisin har hatt meget positive effekter på kapasitet, kvalitet og driftseffektivitet. Innenfor radiologi- og laboratorietjenester er det mange medisinsk tekniske utstyrsenheter, og Klinikk for laboratoriemedisin presenterte i 2016 alene et investeringsbehov på over 200 mill. Radiologi har pr. tidspunkt en utstyrsportefølje med en verdi av nærmere 900 millioner kroner hvorav 33 % av utstyret er 10 år eller eldre. Den høye alderen på utstyret medfører høy risiko for sammenbrudd og avbrudd i tjenestetilbudet, og reduserer mulighetene til å ta opp nye og bedre metoder i pasientbehandlingen. Dersom sykehusets økonomiske langtidsplan innfris (med store årlige overskudd), vil målet om en snittalder for medisinsk-teknisk utstyr på 7-8 år kunne oppnås ca. 2025.

Det er også viktig å holde standarden på dagens operasjonsstuer i hevd inntil nye bygg er en realitet – herunder ferdigstillelse av ny angio-hybrid stue og nødvendig oppgradering av robotkirurgi-utstyret. Når investeringsmulighetene er små, er det utfordrende å finne mulighet til nye teknologiske løft som kan understøtter bedre driftsmodeller som f.eks. mobil-CT til traume- og intensivpasienter, springssystem sterilentralen og pulsoksymeter til pasientovervåking. Sykehuset mener å ha snudd en negativ trend men for en nødvendig utvikling av sykehuset vil det på sikt ikke være tilstrekkelig med erstatninger for en nedslitt utstyrsark.

Salg av eiendommer

I 2016 ble følgende salgsprosesser gjennomført: Totengata 14, leilighet 3019 ble solgt for 3,5 millioner kroner. Bogerudveien 13-15 ble solgt for 22 millioner kroner Vedørende Bogerudveien ble denne også nevnt i 2015, men eiendommen ble overlevert 19.jan og salget ble bokført 2016. Sognsveien 9A og B ble solgt for 153,3 millioner kroner.

7. PLANER FOR UTVIKLINGEN

7.1. Pasientbehandling

Strategi for fag og virksomhet 2013-18

Sykehuset vil i 2017 fortsette arbeidet i tråd med overordnet strategi for fag og virksomhet. 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 sin 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 og er retningsgivende for så vel den faglige utvikling som de omstillinger som skal foregå i helseforetaket. Strategien følges opp internt gjennom årlige rullerende handlingsplaner på både foretaks- og klinikknivå.

De regionale helseforetakene fikk på begynnelsen av 2016 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide en veileder for arbeidet med utviklingsplaner som oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Veilederen ble ferdigstilt og sendt ut til helseforetakene i august. Veilederen skal legges til grunn i arbeidet med å utvikle Oslo universitetssykehus og vil være viktig i oppdateringen og utformingen av sykehusets strategi fra 2018. Veilederen har som viktig formål å skape et mer helhetlig og sammenlignbart bilde av helseforetakenes virksomhet i regionen og løfter fram nye dimensjoner som oppgavedeling, nettverk og organisering/ledelse som sentrale innsatsfaktorer for god pasientbehandling.

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>).

Oslo universitetssykehus var kommet til siste fase og forestående signering av kontrakt, da Dr. Foster Institute ikke ville akseptere sammenligning av sykehusets resultater med andre medlemssykehus på bakgrunn av datagrunnlaget vi var i ferd med å sende over. I følge norsk praksis og SSB sine kriterier for å sikre anonymisering, var pasientgrupper færre enn 5 pasienter fjernet fra materialet. Kriteriet gjaldt der færre enn 5 pasienter i en hoveddiagnosegruppe med samme bidiagnose og noen flere kriterier som avkortet pasientmaterialet. Samarbeidet med Oslo universitetssykehus ble dermed stoppet og det pågår avklaringer i Helse Sør-Øst om videre bruk av kontrakten inngått på regionalt nivå.

Systematiske dødsfallsvurderinger

Systematiske vurderinger av dødsfall i Oslo universitetssykehus ble satt i gang i 2015. Målet var å etablere et godt system for fagmiljøenes egen vurdering, analyse og forbedring etter dødsfall i sykehuset. Systemet er basert på anonymitet og krever ingen tilbakemelding. I 2016 er det sendt ut 45 dødsfall til vurdering, og 31 er ferdig vurdert av både lege og sykepleier. Vi planlegger å legge resultatene fram i sykehusets ledermøte før vi innkaller medvirkende fagpersonell til et møte der alle dødsfall med funn gjennomgås. Vi har også forbedret skjema for vurderinger i Achilles basert på tilbakemeldingene. Det gjennomføres og sammenlignes tre ulike vurderingsmetoder knyttet til dødsfallene. Resultatene og erfaringene med de ulike metodene vil på sikt gi forskningsdata velegnet for publisering.

Pasientsikkerhet

Bruk av datagrunnlag og analyser fra uønskede hendelser, påviste avvik, påvisbare forbedringsbehov og tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende er sentrale elementer i å etablere en lærende organisasjon. I 2016 har det vært et betydelig arbeid med å utvikle Achilles slik at det dekker flere funksjoner i oppfølging- og forbedringsarbeidet. Det er utviklet en egen funksjon for registrering av dødsfallvurderingene, en revisjonsmodul, HMS-oppfølging etter vernerunder og medarbeiderundersøkelser og klassifisering av klagesaker og SMS-brukertilbakemeldinger. Samlet har dette samlet, komplettert og forenklet hendelsesregistrering og tiltaksoppfølging på en svært effektiv og god måte som sikrer oversikt og prioritering av innsatsen. Det arbeides videre med ytterligere utvikling av funksjoner i Achilles for å understøtte sykehusets satsning på «det grønne korset - pasientsikkerhet hver dag» og risikostyring i sykehuset.

Det har i 2016 vært gjennomført tre hendelsesanalyser hvor særlig alvorlige hendelser er blitt gjennomgått i detalj av en internt oppnevnt analysegruppe med formål å lete etter systemsvikt og rot-årsaker. Hendelsesanalysene har gitt oss innsikt og fakta fra daglig drift og har til dels avdekket forhold og svikt i innretninger i sykehuset som ikke var kjent. Det er avledet flere tiltak til forbedringer i etterkant av hendelsesanalysene. Det vil bli foretatt en evaluering av metodisk tilnærming i hendelsesanalysene etter hvert som sykehuset høster mer erfaring med metoden.

Det har gjennom 2016 vært gjennomført en evaluering av sykehusets Sentrale kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg og de klinikkvise kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalgene. Arbeidet har vært knyttet opp mot Lov om spesialisthelsetjeneste § 3-4 kvalitets- og pasientsikkerhets-utvalg og interne nivå-1 dokumenter som beskriver utvalgenes mandat. Gjennomgangen viser at det er behov for enkelte justeringer og forbedringer for å ytterligere optimalisere utvalgenes arbeid og resultater i 2017.

Et annet viktig område innen kvalitet og pasientsikkerhet er videre arbeid med nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. Kampanjens aktivitetsområder er fulgt opp gjennom ledelsens gjennomgang med klinikkene 1. og 2. tertial. Sjekklisten for bruk av trygg kirurgi er i 2016 forsterket med sjekking av pasient-id ved overflytting fra operasjonsseng til ordinær seng. Det er løftet fram en diskusjon om journalføring (skanning) av sjekklistene fra trygg kirurgi – diskusjonen er ikke avsluttet. Videre er det for 2017 ønske om enda mer fokus på gjennomføring av pasientsikkerhetsprogrammets aktiviteter og måling av oppnådde resultater.

Det er i 2016 gjennomført 12 pasientsikkerhetsvisitter og av disse utledet 62 forbedringstiltak. I pasientsikkerhetsvisittene deltar adm. direktør eller andre sentrale ledere. Enkelte klinikkledere har startet å gjennomføre egne pasientsikkerhetsvisitter. Ordningen vil bli videreført.

I uke 46 arrangerte sykehuset en egen pasientsikkerhetsuke med ulike aktiviteter i alle klinikker og ved hoved-lokalisasjonene i sykehuset. Uken ble avsluttet med et stort pasientsikkerhetsseminar med innbudte foredragsholdere blant annet fra Stavanger, Bergen og Tromsø. Flere av sykehusets egne fagekspertter og ledere bidro også til et vellykket arrangement. Det vil fortsatt være nødvendig å arbeide med tiltak knyttet til forsinkelser i oppfølging av pasienter som forverres under opphold, f.eks. må det sikres gjennomgående bruk av Early Warning Score og dokumentasjon i pasientjournaler.

Oslo universitetssykehus har som ambisjon at kompetanse og utvikling på pasientsikkerhetsområdet er en naturlig del av foretakets regionale og nasjonale rolle. Helseforetaket arbeider aktivt inn mot Kunnskapscenteret, Helse Sør-Øst, 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 og avtalen videreføres i 2017. Det vil i løpet av 2017 vurderes om Oslo universitetssykehus har kapasitet til å ta hånd om indremedisinske pasienter fra Sagene bydel selv.

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 Oslo universitetssykehus i november 2015 startet opp en satellittfunksjon ved Akershus universitetssykehus for PCI-behandling. Det er tatt initiativ til å diskutere en samarbeidsavtale med Akershus universitetssykehus innenfor øyesykdommer.

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 inhospital virksomhet. Det forutsetter videreutvikling av AMK-funksjonen med innføring av nye IKT-verktøy innen prediksjon, flåtestyring og kartverk samt EPJ-løsning for ambulanseavdelingen. For inhospital virksomhet velges strategien med samling av mottaksfunksjonene for tidlig og effektiv intervensjon rettet mot akuttpatienten. Akutfunksjonene innen kirurgi i Oslo universitetssykehus og Lovisenberg sykehus sitt opptaksområde er hovedsakelig samlet på Ullevål. Nytt akuttmottak og en gjennomført ombygging av det gamle akuttmottaket som øker postoperativ og intensiv kapasitet, har bedret funksjonaliteten og pasienthåndteringen av akutte kirurgiske pasienter. Akuttmottaket i Oslo universitetssykehus fikk i 2016 ta del i det landsomfattende tilsynet vedrørende tidlig oppdagelse av kritisk syke pasienter, og jobber videre i 2017 med handlingsplaner og tiltak for å forbedre rutineene på i hele sykehuset.

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

Sykehuset har en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering som skal 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” og har

utarbeidet retningslinjer både for individuell plan og for koordinatorfunksjon i helseforetakets e-håndbok. Koordinerende enhet har jevnlig møter med de koordinerende enhetene i bydelene.

Det har vært en satsning i sykehuset å styrke koordinatorfunksjonen for barn og unge for å sikre pasienten kontinuitet i behandlingsforløpet. Barn og unge med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester skal ha oppnevnt en koordinator. Klinikkerne ble fulgt opp etableringen av koordinatorfunksjon i ledelsens gjennomgang 2016. 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.

Spesialisert enhet for behandling av bipolar lidelse ved Nydalen DPS.

Nydalen DPS ønsker, i samarbeid med Forskings- og utviklingsavdelingen i Klinikk psykisk helse og avhengighet, å etablere en poliklinisk enhet for behandling av bipolar lidelse. Det primære formålet er utvikling av et spesialisert behandlingstilbud for utredning og behandling av bipolar lidelse og utprøving av en modell hvor forskning og klinisk virksomhet er tett integrert. Det er etablert lignende tilbud i flere europeiske storbyer, bl.a København, Barcelona og Gøteborg, men mangler foreløpig i Oslo.

En dansk studie vist at behandling ved en spesialisert poliklinisk enhet for bipolar lidelse reduserte risikoen for tilbakefall med 40 % (i en gjennomsnittlig oppfølgingsperiode på 2,5 år), bedret etterlevelsen av medikamentell behandling, og ga økt pasienttilfredshet, sammenliknet med standard behandling i allmenn-poliklinikk eller privatpraksis. Studien viste også at varigheten av re-innleggelse etter behandlingsoppstart i oppfølgingsperioden var vesentlig kortere i gruppen behandlet ved den spesialiserte enheten, sammenliknet med pasienter som fikk standard behandling (median 12 dager vs. 22 dager). Videre fant man at selv om behandlingstkostnaden per pasient i den spesialiserte enheten var høyere enn kostnaden ved behandling i allmennpoliklinikk, var totalkostnadene lavere på grunn av et redusert behov for døgntilrettelagt behandling. Mer spesifikt ble totalkostnadene pr pasient over en oppfølgingsperiode på to år redusert med 3194 euro. Det ser dermed ut til at en spesialisert enhet for bipolar lidelse kan øke kvaliteten i behandlingen samtidig som den fører til betydelig kostnadsreduksjon.

De viktigste elementene i den spesialiserte behandlingseenheten for bipolar lidelse vil være:

- 1) Brukermedvirkning, klinisk virksomhet tett integrert med forskning; dvs. utforming av nye tjenester og organisering som er bedre tilpasset brukernes behov, og spesialisert og systematisk utredning der innhentede data blir brukt til forskning. En spesialisert enhet, utarbeidet i samråd med brukere, vil kunne bidra til høyere kvalitet og økt effektivitet i behandlingen av bipolar lidelse.
- 2) Utvikling av tiltak for tidligere oppdagelse av sykdommen.
- 3) Utvikling og implementering av innovative intervensjoner ikke bare rettet mot symptomer, men også mot å heve pasientenes funksjonsnivå. En sentral del av alle innovasjonselementer vil være å undersøke hvordan ny informasjonsteknologi, dvs. smarttelefon-applikasjoner og andre digitale verktøy kan utnyttes for å utvikle bedre helsetjenester for den aktuelle pasientgruppen.

Seksjon for psykoseforskning og Nydalen DPS har påbegynt et samarbeid for å utrede mulighetene for finansiering og startet drøfting av organisering og innhold. Prosjektet støttes av klinikkledelsen ved Klinikk psykisk helse og avhengighet. Seksjon for psykoseforskning samarbeider med TIPS Sør-Øst i flere pågående forskningsprosjekter gjennom NORMENT Senter for psykoseforskning. Det aktuelle FoU-arbeidet knyttet til tidlig oppdagelse av bipolar lidelse vil være i tett dialog med TIPS Sør-Øst for å drøfte hvordan etablerte arbeidsmodeller for schizofrenifeltet evt. kan overføres til bipolarfeltet.

Forsknings- og utviklingsavdelingen i klinikken vil bidra med to stillinger til forskningsdelen av prosjektet, i tillegg avsettes 40 % årsverk til klinisk arbeid. Nydalen DPS vil bidra med ressurser knyttet til den kliniske delen av prosjektet ved allokering av eksisterende ressurser. Sannsynligvis vil en matriseorganisering, hvor deler av noen stillinger øremerkes til dette. Prosjektet forutsetter i tillegg tilførsel av ressurser, anslagsvis 2-3 nye stillinger. I første omgang vil det være tilstrekkelig med en stilling for overlege og en stilling for psykolog og en stilling for psykologspesialist. Etter hvert når pasientmengden kan det bli aktuelt med stilling for LIS. I den forbindelse vil man søke spesialitetskomiteen i psykiatri om godkjenning av tjenesten som 9 måneders fordyrningstjeneste.

Regional seksjon psykiatri, utviklingshemning/autisme med behov for flere døgnplasser

Seksjonen har to døgnenheter med til sammen 10 døgnplasser og en regional spesialpoliklinikk som utreder mistanke om psykisk lidelse hos personer med utviklingshemning/autisme - poliklinisk/ambulant i Helse Sør - Øst.

Seksjonen har i dag ca. 30 pasienter på venteliste. Ca. ¾ av disse er mellom 16 og 30 år.

Pasientene henvises fra annen spesialisthelsetjeneste som Habiliteringstjenesten voksen og DPS.

Alle pasientene henvises med store sammensatte vansker og komorbide lidelser og flere med til dels stor voldsrisiko. Graden av utviklingshemning varierer fra lett til dyp/ alvorlig utviklingshemning. Henvisninger innbefatter alle typer psykiske lidelser.

Seksjonen har i dag veldig lang ventetid på utredning både til poliklinikk og til døgnbehandling, h.h.v. fem måneder til poliklinikk, og inntil 1,5 år på en skjermingsplass. Seksjonen forsøker i ventetiden å starte utredning på noen pasienter ambulant, men det er ikke alle pasienter dette egner seg for. For å kunne oppfylle «Sørge for» ansvaret for Helse Sør – Øst og gi pasientene en forsvarlig frist, trenger seksjonen midler til å øke sengeantallet til 12 døgnplasser. I dag har seksjonen ressurser til bare åtte sengeplasser.

Arenafleksibel døgnbehandling/hjemmesykehus: Barne- og ungdomspsykiatrisk avdelings (BUPA) FRONT-team barn og ungdom

BUPA etablerte i 2013 et arenafleksibelt behandlingsteam – FRONT-teamet - knyttet til Barneseksjonen, som er 3-linjetjeneste med døgn – og dagrammer. FRONT-teamet består av psykolog – og legespesialist og miljøterapeuter, har 24 timers responstid, og jobber på de arenaer barnet og familien er for å stabilisere krise, utrede og behandle alvorlige tilstander hos barn under 14 år. Målet har også vært å forhindre at barn under 14 år må innlegges i Ungdomspsykiatrisk akuttenhet som er det eneste 24/7 tilbudet som eksisterer til barn og ungdom i Oslo sykehusområde.

FRONT-teamet har vært en suksess, de har gitt rask og effektiv hjelp som har medført at over 70 % av henviste saker kan behandles videre i poliklinikk etter maks 8 ukers intervensjon. Vi har kun hatt en innleggelse i akuttenhet for ungdom i de tre årene som er gått, og vi har redusert bruk av tvang. Ventetid på ordinær behandling i barneseksjonen er gått ned, og antall avviste henvisninger fra poliklinikkene er redusert. Brukertilfredsheten med tilbudet fra pasienter, familier og samarbeidspartnere i første – og annenlinje er stor.

Vi ønsker å etablere det samme tilbudet for ungdom, et ungdoms-FRONT. Teamet skal være tilknyttet Ungdomsseksjonen, som gir akutt og intermediært tilbud til ungdom i Oslo sykehusområde. Teamet skal ha lege – og psykologspesialister, og spesialister i miljøterapeutisk arbeid. Teamet skal tilby arenafleksibel behandling ut fra behovene til ungdom og deres familier/foresatte.

Målsetningen er å øke kapasiteten til Ungdomsseksjonen, som pr i dag er lav i forhold til behovet, og med tanke på vekst og økt sykkelighet i barne– og ungdomsbefolkningen. Seksjonen har 5 akutte og 7 intermediære plasser til en befolkning på 103 000 barn og ungdom. Ungdoms-FRONT skal være et fleksibelt behandlingstilbud som sikrer at ungdom får rett

intensivbehandling til rett tid. Teamet skal kunne møte ungdom hjemme, ute eller på poliklinikk. Det skal være et tilbud til ungdom som trenger tettere oppfølging enn poliklinikk, men som ikke er i behov av innleggelse i akutt døgnenhet. Det skal være oppfølging i forkant eller etterkant av planlagte innleggelser og sørge for gode overganger til poliklinisk behandling og behandling i bydelene.

BUPA har også en samarbeidsavtale med Barne- og familieetatens institusjoner. Mange av våre pasienter bor i ulike former for bolig/institusjon i regi av barnevernet. Ungdoms-FRONT vil (sammen med barne-FRONT) være et tilbud også for disse pasientene og sikre at barn og ungdom i institusjoner får et spesialisthelsetjenestetilbud. Dette er i tråd med nasjonale føringer og oppdrag for 2017.

Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP)

RASP har over tid hatt lange ventetider for innleggelse. I dag er ventetiden ved døgnenhetene for barn/ungdom og voksne på ca. 6 måneder. En hovedårsak er at RASP behandler svært syke pasienter som ofte har behov for langvarig behandling og oppfølging.

Ved å ruste opp Intensivenheten vil kapasiteten for døgnbehandling ved RASP øke og ventetiden for innleggelse vil forkortes.

Intensivenheten ved RASP har ikke rammer til å drive i henhold til sitt mandat. Enheten har 8 sengeplasser, inkludert en skjermingsenhet. Bemanningen består av 1,6 psykiater og én psykologspesialist, og sykepleiere/miljøpersonell. Bemanningen er fire på kveldstid i ukedagene, to på natt og to på dag og kveld i helgene. Dagens rammer fører til at Intensiv kan ha 4-5 pasienter innlagt, og det er ikke kapasitet til å bemanne skjermet enhet.

Intensivenheten har behov for tilførsel av ressurser for å ivareta sin funksjon, totalt sju millioner kroner. Da vil intensivenheten kunne ha åtte pasienter og drive et velfungerende skjermingsavsnitt. Dette i tråd med RASP og avdeling NOR sin strategi og er tenkt gjennomført ved delvis å omfordele midler internt i RASP (2,4 millioner, se tiltak for 2 % nedtrekk i budsjettleveransen for 2017) og å få tilført fire millioner eksternt. Når Intensivenheten er "ferdig" opprustet vil den ha rammer til å håndtere urolige og skjermingstrengende pasienter, også fra Voksen- og Barn-/ungdomsenheten. Voksen- og Barn-/ungdomsenheten klarer seg da med lavere bemanning slik at midler kan omdisponeres derfra til Intensivenheten, 500' - 1 million. Totalt til Intensivenheten: $2,4 + 4 + 0,6 = 7$ millioner. Nytt budsjett for Intensivenheten blir da 29,5 millioner.

I tillegg kommer behov for investeringsmidler i forbindelse med å endre bruk av lokalene ved at poliklinikken og intensivenheten bytter lokaler. Da vil alle døgnenhetene ligge i samme fløy av bygg 37. Det er usikkerhet knyttet til hva det vil koste, men vi stipulerer det til 1-2 millioner kroner. Det er blant annet behov for å bygge et bad og en skjermingsenhet i 37 A, 3. etg.

Behandlingskapasiteten og tilbudet til pasienter i hele Helse Sør-Øst øker. Både direkte ved at Intensivenheten kan behandle flere og sykere pasienter, men også ved at Voksen- og Barne-/ungdomsenheten får bedre betingelser til å behandle sine pasienter mer optimalt, fordi pasienter som er spesielt urolige og skjermingstrengende kan være på skjermet enhet på Intensivenheten når de har behov. Det blir et langt bedre terapeutiske forhold på enhetene. Det vil med stor sannsynlighet føre til kortere innleggelsestid på RASP. Isolert sett vil dette tiltaket føre til at ventetiden for døgninnleggelse ved RASP går ned betydelig.

Ny døgnenhet ved Søndre Oslo DPS

Søndre Oslo DPS åpner i løpet av 2017 en enhet med 10 døgnplasser. Fire av plassene her er satt av til medikamentfri psykosebehandling.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling styrkes og integreres i lokalsykehusstilbudet

Avdeling rus- og avhengighetsbehandling 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 Oslo universitetssykehus sykehusområde. Alle kliniske seksjoner i ARA driver behandlingsforberedende tiltak på ulike måter og i henhold til pasientenes behov. De viktigste områdene 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 russytuasjon. 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 (det er ikke daglig samarbeid mellom Rusakuttmottaket og psykiatrisk legevakt) om pasienter som skal til Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA). Det er utarbeidet en rutine internt i Oslo universitetssykehus 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.

Tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov

Pasient- og pårørendeopplæring

Forutsetningen for medvirkning fra pasienter og pårørende er tilstrekkelig kunnskap om egen sykdom/skade/behandling. Hver avdeling har ansvaret for at deres pasienter, med pårørende, mottar og forstår informasjon som blir gitt, og for å gi tilpasset pasient- og pårørendeopplæring. Et av områdene pasienten skal ha anledning til å medvirke, er ved beslutninger som angår egen behandling. I tilfeller der behandlingsansvarlig ser flere forsvarlige alternativer til behandling, skal pasienten bli gitt mulighet til å foreta et samvalg, altså være med å ta beslutninger om ønsket behandlingsalternativ ut fra egne preferanser; «hva er viktig for deg».

Klinikkene i sykehuset har til sammen rundt 150 lærings- og mestringstilbud. Det er i 2016 arbeidet for at flere av disse tilbudene skal være integrert i aktuelle pasientforløp/behandlingskjeder. For eksempel er nå Forberedende læring- og mestringkurs for pasienter som skal til behandling for prostatakreft en del av pakkeforløpet for denne

pasientgruppen. Senter for sykkelig overvekt holdt nylig kurs nr.100 for pasienter som skal vurderes for fedmeoperasjon. Kurset er obligatorisk og integrert som en del av behandlingen. Det fokuseres på mestring og endringsprosesser. Erfaringsdeling og formidling av så vel fagkunnskap som erfaringskunnskap er en vesentlig del av dette.

Det er startet et arbeid i sykehuset med å lage enhetlig modell for organisering av pasient- og pårørendeopplæring i sykehusets klinikker. Dette på bakgrunn av gjennomført kartlegging av pasient- og pårørendeopplæring i klinikkene samt gjennomført internrevisjon av koding og registrering innen pasientopplæring og tiltak i gruppe. Det er også gjennomført workshops der organisering av pasient og pårørendeopplæring er diskutert og evaluert. Enhetlig og helhetlig organisering av pasient- og pårørendeopplæring er ment å danne forutsetninger for likeverdige tilbud til pasienter og pårørende om informasjon og opplæring, systematisk registrering og koding av aktivitetsdata.

I tilknytning til arbeidet med kvalitetssikring av pasient- og pårørendeopplæring, er det i år startet et arbeid med å lage kunnskapsbasert fagprosedyre for pasient- og pårørendeopplæring i gruppe. Dette vil oppfylle et viktig tiltak i handlingsplan etter intern revisjon av koding og registrering innen pasientopplæring og tiltak i gruppe.

Ansatte og brukere ved sykehuset ble tilbudt Kurs i pasient- og pårørendeopplæring i 2016, et kurs over tre dager á 6 timer, med fokus på praktiske ferdigheter i kommunikasjon og helsepedagogikk og grunnleggende teori om pasient- og pårørendeopplæring. Ansatte og brukere har deler av kurset sammen, noe som evalueres som svært viktig og gjensidig lærerikt.

Som et ledd i å dele kunnskap om helsepedagogikk og pasient- og pårørendeopplæring med sykehusets ansatte og brukere og primærhelsetjenesten, samarbeider sykehuset og HiOA (Høyskolen i Oslo og Akershus) om prosjektet *Digital kompetansepakke i pasient- og pårørendeopplæring*. Prosjektets mål er å utvikle en modell for styrket pasient- og pårørendeopplæring i utdanning og arbeidsliv.

Samhandling om pasient- og pårørendeopplæring

Kommunene skal gradvis ta et større ansvar for forebygging, pasient - og pårørendeopplæring, enklere lidelser og også større del av oppfølgingen etter sykehusopphold. I denne sammenheng har Oslo universitetssykehus fokus på kompetanseoverføring/kompetanseutveksling med Oslo kommune og fastleger. Sentralt i dette arbeidet er blant annet Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Her er det beskrevet hvilke forventninger som ligger til at kommunen og spesialisthelsetjenesten skal ha en klarere ansvarfordeling om informasjon og lærings- og mestringstilbud/annen opplæring som tilbys pasienter og pårørende.

De etablerte samhandlingsarenaene mellom Oslo universitetssykehus og Oslo kommune er i stadig utvikling og er preget av god dialog og et ønske om å arbeide forpliktende med samhandlingsfeltet. Direktørmøtene med bydelsdirektører og etatssjefer i Oslo kommune avholdes 4-6 ganger i året. I tillegg arrangeres todagers fagsamling hvor det utarbeides felles handlingsplan som rulleres årlig. Det er etablert to samarbeidsfora for Rusavhengighet og Psykisk helsevern, et forum for somatikk. . De lovpålagte Samhandlingsavtalene som regulerer samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus og Oslo kommune skal nå revideres . Revisjonen skal i tillegg til å fokusere på erfaringene med bruk av avtalene sikre at følgende områder er særskilt ivaretatt:

- Hvordan er samhandling om helhetlige pasientforløp beskrevet i eksisterende avtaler?
- Er den medisinske samhandlingen tydelig beskrevet i avtalene (samarbeid mellom sykehusleger/fastleger og andre henvisere)?
- Pasient- og pårørendeopplæring i samarbeidsavtalene?
- Er brukermedvirkningen ivaretatt?

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. Det er startet et eget arbeid for å utvikle tiltaksplan for samhandling med fastleger og avtalespesialister, herunder arbeid med felles anbefalinger om samarbeid i hovedstadsområdet. Det planlegges en ny samhandlingsarena for legesamarbeid kalt «Møteplass Oslo». Det skal legges til rette for overføring av konkrete oppgaver som kontroller til fastleger og avtalespesialister. Det arbeides med å bidra til identifisering av behov for nyetablering av avtalespesialister, og det er fokus på å bruke fastlegeforskriftens muligheter mer aktivt.

Det er et økende samarbeid med kommunen som skal sikre at palliative pasienter, sykehjemspasienter og andre med kroniske lidelser får riktig medisinsk behandling, og det arbeides med å redusere antall innleggelse fra faste sykehjemsplasser. Plan for utvikling av ambulante tjenester innen egnede fagområder utarbeides i samarbeid med primærhelsetjenesten.

Som ledd i arbeidet med å ta i bruk og videreutvikle nye samarbeidsformer mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste vil psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling utvide sin bruk av ambulant /arenafleksibel virksomhet. I dette arbeidet trekkes primærhelsetjenesten tydelig inn.

Det er viktig at Oslo universitetssykehus identifiserer kunnskapsbehov og utvikler kompetanse sammen med samarbeidene sykehus, slik at mest mulig forberedelse og oppfølging av pasienter skal kunne foregå på pasientens områdesykehus eller lokalsykehus.

Oslo kommune har etablert en Kommunal akutt døgnetenhet. 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 døgnetenhet. I 2016 har enheten 73 senger i drift og et belegg på ca. 80 %, dette er svært gode resultater sammenlignet med landet for øvrig. Pasientinkluskjonskriteriene utvides stadig, og enheten vil fra 1/1 2017 ta imot pasienter med rus og psykiatri som primærårsak ved innleggelse. En arbeidsgruppe satt sammen av fagfolk fra spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjeneste og legevakt har sammen utformet inkluskjonskriterier for denne pasientgruppen. Det er utarbeidet en kriterieliste som er tilpasset samme format som kriterier for innleggelse av somatiske pasienter på Kommunal akutt døgnetenhet. Det foreslås at innleggelsesrutiner for pasientgruppene innen rus og psykiatri følger de rutiner som gjelder for andre (somatiske) pasienter som legges inn i Kommunal akutt døgnetenhet. På den måten skiller ikke gruppene seg fra hverandre i håndteringsmåte, og kravet om å unngå diskriminering kan lettere oppfylles. En felles mottaksrutine kan gjøre det enklere for pasienter med rus-og psykisk lidelse å akseptere innleggelse. Arbeidsgruppen har også sett på hvilket kompetansebehov som følger av nye kriterier og tilbudet det planlegges for. Samarbeid og forpliktende kompetanseheving, veiledning og oppfølging i praksis må formaliseres gjennom revidering av samarbeidsavtalene mellom Oslo kommune og helseforetaket.

Elektroniske henvisninger

Siden juni 2015 har det vært mulighet for å sende elektroniske henvisninger (E-henvisninger) til Oslo universitetssykehus. Denne muligheten har nå alle landets legekontor. Dette er en effektiviserende funksjonalitet som stadig flere leger benytter seg av, og som korter ned tiden betydelig ift normal postgang.

Sykehuset følger daglig opp alle mottatte henvisninger og at det sendes applikasjonskvitteringer tilbake. I løpet av september og oktober 2016 har 859 ulike legekontor sendt elektroniske henvisninger til Oslo universitetssykehus HF.

Den 1. november 2016 ble de tjenestebaserte henvisningsadressene til Oslo universitetssykehus oppgradert på NHN adresseregister i henhold til ledermøtevedtak fra 24.04.16. Antallet tjenester det nå kan henvises til i Oslo universitetssykehus er redusert fra 58 til 38. Henvisningsstrukturen baseres på at Oslo universitetssykehus har et felles henvisningsmottak og kun en postadresse for henvisninger. Informasjon om endringene er gitt i ledermøter i alle klinikker i Oslo universitetssykehus, samt i Fastlegennytt. Fastlegennytt er også sendt til alle samarbeidende avtalespesialister i HSØ. Det er lagt stor vekt på å utforme veiledning til henvisere og samarbeidende spesialisthelsetjeneste på Oslo universitetssykehus' nye nettside.

Elektroniske epikriser

Oslo universitetssykehus HF sender ut elektroniske epikriser til fastleger og avtalespesialister 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. Mye arbeid er gjort for å korrigere feilutsendinger av epikriser, spesielt knyttet til feiladressering. Andelen epikriser som avvises hos mottaker ligger stabilt på 1-2 %. Det jobbes med flere tiltak for å redusere antall epikriser som feiler.

Elektroniske Pleie og omsorgsmeldinger (PLO)

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, spesielt i forhold til dokumentasjon og logistikk.

Det har fra 21.08 – 21.11.2016 blitt sendt og mottatt 24 812 meldinger. Arbeidet med å gjøre pleie og omsorgsmeldingsutveksling tilgjengelig for alle landets kommuner pågår, og pr. 28. november 2016 er systemet tatt i bruk i 382 av landets 428 kommuner. Det gjenstår i underkant av 50 kommuner igjen før samtlige kommuner i Norge kan samhandle med Oslo universitetssykehus via PLO-meldinger.

Prosjektet Vel hjem

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 pasienter som er > 67 år, har mer enn tre aktive sykdommer, bruker minst seks ulike medisiner og mottar hjemmesykepleie (= multisyke pasienter)

En grundig kartlegging av 4 pasientforløp i forprosjektet til Vel Hjem, viser mangler i samarbeid og overlevering av informasjon mellom behandlingsenhetene, samt mange feil i legemiddellistene. Det er ikke systematisk i oppfølging hos fastlege etter utskrivelse fra sykehus/helsehus. Prosjektet har en hypotese om at multisyke pasienter står for et høyt antall reinnleggelses i sykehus.

Tiltakene i Prosjekt «Vel Hjem» skal styrke koordinering og samhandling mellom sykehus, helsehus, hjemmetjeneste og fastlege for målgruppen. Dette skal bidra til at pasienten bedre mestrer hverdagen og får økt kvalitetstid i hjemmet, med færre innleggelser i sykehus og lengre intervall mellom innleggelser. Prosjektet vil gå fram til 2017

Prosjektet Ambulante foreldreveiledningsteam

Videre deltar 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.

Prosjektet Hjerterfrisk

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse har 10 - 20 års kortere forventet levetid enn befolkningen ellers. Mens resten av befolkningen har fått stadig lengre levetid, har gruppen med alvorlig psykisk lidelse ikke fått ta del i denne økningen i levealder. De er mye plaget med somatiske lidelser, særlig hjerte-karsykdommer og sykdommer i luftveiene. Den forøkte dødeligheten er særlig knyttet til disse sykdommene. Oslo universitetssykehus skal delta i et nasjonalt forsknings- og kvalitetsforbedringsprosjekt som har som formål å bedre den somatiske helsen til pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Prosjektet heter Hjerterfrisk og er et algoritmebasert (bestemte grenseverdier for intervensjoner) forskningsprosjekt rettet mot pasienter med alvorlig psykisk lidelse f. eks psykoselidelser og bipolar 1 lidelse. Prosjektet har to formål: 1. Bedre den somatiske helsen til pasienter med alvorlig psykisk lidelse. 2. Bidra til at det utvikles bedre rutiner/arbeidsmåter som bidrar til at målgruppen får bedre somatisk helse.

I forskningsprosjektet kartlegger man den somatiske helsen til pasientene før oppstart av prosjektet og 12 måneder etter oppstart. Det er mulig å følge pasientene videre gjennom helseregistre etter at prosjektperioden er over. Dette er et forskningsprosjekt som er godkjent av den regionale etiske komiteen. Pasienten må på vanlig måte gi sitt samtykke til å delta i prosjektet.

Gjennom et samhandlingsprosjekt med bydelene Østnes, Nordstrand og Søndre Nordstrand ønsker man å utvikle nye måter å intervensere på i forhold til pasientenes somatiske helse. Tidligere arbeidsmåter har ikke virket. Man må således utvikle nye og bedre arbeidsmetoder og tettere samhandling.

Likeverdige helsetjenester

Oslo universitetssykehus HF skal være likeverdig, inkluderende og mangfoldig, både for pasienter, pårørende og ansatte. Sykehuset arbeider for å øke kunnskapen om mangfoldet på sykehuset, og gir råd og veiledning om hvordan sikre likeverdige helsetjenester i møte med pasienter og pårørende.

I samarbeid med Oslo Voksenopplæring (Skullerud) arrangerer Oslo universitetssykehus HF årlige kurs i lese-, skrive- og muntlige ferdigheter i norsk (finansiert av VOX). Målet med opplæringen er å styrke arbeidsrelevante norskferdigheter gjennom opplæring tilpasset den enkeltes arbeidssituasjon. 60 ansatte har deltatt på kurs i 2016.

Oslo universitetssykehus HF har særlig fokus på god og kvalifisert tolketjeneste. Fra 1. januar 2016 gikk Tolkesentralen over fra prosjekt til å være en del av Oslo universitetssykehus HF ordinære drift. Som en følge av dette ble Tolkesentralen overført til Oslo sykehusservice 1. juni

2016, som en seksjon innenfor AFF/Personalforvaltning, samtidig som det er beholdt en faglig linje til Seksjon for likeverdig helsetjeneste i Direktørens stab. Tolkesentralen har 10,4 årsverk som står for drift og administrasjon og 280 frilanstolker som er tilknyttet via rammeavtaler. Tolkesentralen vil i løpet av 2016 håndtere nærmere 29 000 tolkeoppdrag for Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus. Det er avviklet rundt 90 kurs og foredrag for helsepersonell og tolker, hvor varigheten har vært fra 1 time til 1 dag.

Oslo universitetssykehus HF har utarbeidet en refleksjonshåndbok sammen med Høgskolen i Oslo og Akershus. Det er en metode for refleksjon rundt flerkulturelle utfordringer som helsepersonell møter i sitt arbeid. Metoden ble testet, utviklet og tilpasset helsetjenesten. Håndboken ble lansert på et frokostseminar i mars 2016.

Familieplanlegging og forebygging av uønskede svangerskap og abort (FAFUS) var et prosjekt som ble drevet i Oslo universitetssykehus HF fra 2010- 2015. FAFUS ga gratis prevensjon og familieveiledning til innvandrerkvinner. I 2016 ble håndboken «Familieplanlegging og forebygging av uønsket svangerskap og abort blant innvandrerkvinner – Håndbok i hvordan starte et tilpasset tilbud» lansert. Denne er rettet mot helsepersonell som ønsker å starte et liknende tilbud i kommune/bydel.

Oslo universitetssykehus HF har sammen med Reform- ressurscenter for menn, gjennomført et prosjekt knyttet til menn og mestring av sykdom og/eller skade. Prosjekt utforsket menns behov for et lærings- og mestringstilbud (LMS-tilbud) og hva som skal til for at menn skal benytte seg av slike tilbud. Resultatene er samlet i rapporten «Å være mann og håndtere sykdom – en utfordring. Hvordan tilpasse et lærings- og mestringstilbud for menn».

I 2016 utarbeidet Oslo universitetssykehus HF en plakat som skal gi informasjon om norske helsetjenester til innvandrere med begrensede norskkunnskaper. Hvem skal du kontakte når du blir syk? AMK/ambulans, fastlegen eller legevakt? Plakaten er tilgjengelig på sykehusets internettside/kontakt oss, og vil bli distribuert til relevante instanser i Oslo.

7.2. Forskning og innovasjon

Forskning

Forskningsstrategi 2016-2020 (vedtatt 16.2.2016) er resultatet av en prosess i regi av Forskningsutvalget, som involverte klinikker, tillitsvalgte, Brukerutvalget, Universitetet i Oslo og Høgskolen i Oslo og Akershus. Strategien følges opp gjennom rullerende handlingsplaner, både på overordnet nivå og i hver klinikk. Klinikkovertgripende handlingsplan for perioden 2016-2017 (vedtatt 28.6.2016) angir prioriterte tiltak for perioden tilhørende de fem prioriterte hovedmål i strategien:

1. Skape flere fremragende forskningsmiljøer, basert på kvalitet og faglig bredde
2. Styrke den kliniske forskningen, i aktivt samarbeid med brukerne
3. Forbedre forskningsorganiseringen og styrke samarbeidet med universitets- og høyskolesektoren
4. Styrke vårt internasjonale samarbeid
5. Styrke forskning basert på bruk av forskningsbiobanker og medisinske kvalitetsregistre

Hovedmålene er tett koblet opp mot prioriteringer i nasjonale planer, særlig HelseOmsorg21-strategien. Strategien er også godt samkjørt med Universitetet i Oslo, som er sykehusets viktigste samarbeidspartner innen forskning.

Helseregistre, biobanker, helseundersøkelser og personnummersystemet gir Norge særskilte fortrinn når det gjelder å drive forskning helt i front i internasjonal sammenheng. Det arbeides videre i 2017 med å gjøre eksisterende forskningsbiobanker synlige og tilgjengelige for forskere, gjennom en utvidelse og oppdatering av helseforetakets biobankportal. Gjennom deltakelse i Biobank Norge, et nasjonalt infrastrukturprosjekt finansiert av Norges forskningsråd, vil Oslo universitetssykehus arbeide med en institusjonell infrastruktur for innsamling og lagring av pasientprøver i store prospektive tematiske biobanker, samtidig som det vil bli arbeidet videre med en dynamisk kommunikasjon med pasientene som har avgitt brede samtykker. Oslo universitetssykehus vil i 2017 arbeide aktivt i det regionale servicemiljøet for kvalitetsregistre for økt dekningsgrad gjennom økt registrering til de kvalitetsregistrene hvor dekningsgraden ikke er optimal, og for økt bruk av data fra de nasjonale kvalitetsregistrene til kvalitetsforbedringsarbeid. Brukermedvirkning vil styrkes gjennom brukerrepresentasjon i alle kvalitetsregistrenes fagråd, samtidig som det arbeides for gode løsninger for innhenting av pasientrapporterte utkommemål. Det arbeides aktivt med mer robuste finansieringsmodeller både for IT-drift og faglig administrativ drift i samarbeid med Helse Sør-Øst.

Annen særdeles viktig infrastruktur for forskning er arealer, medisinsk teknisk utstyr og kjernefasiliteter. På disse områdene arbeides det videre 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 persontilpasset medisin, som også er et nasjonalt satsingsområde for Helse- og omsorgsdepartementet. I denne forbindelse samarbeider sykehuset og universitetet både om prosjekter og infrastruktur, som utstys- og kompetanseplattformer.

Oslo universitetssykehus har stor og økende oppmerksomhet på forskningsetikk. En revidert lov om forskningsetikk er til behandling i Stortinget. 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. Som følge av loven, vil Oslo universitetssykehus etablere et forskningsetisk utvalg, i samarbeid med Det medisinske fakultet, Institutt for klinisk medisin, grunnet den tette interaksjonen og overlappende organisering av våre felles forskningsgrupper. Det stilles klare krav til institusjonene for opplæring av forskerne, og både helseforetaket og universitetet følger opp dette med utstrakt samarbeid om hensiktsmessig opplæring. Forskningsetikk og -kultur diskuteres også jevnlig i sykehusets og universitetets felles forskningsfora, eksempelvis med gjennomgang av anonymiserte eksempler på etisk vanskelige problemstillinger og/eller konfliktsaker. 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. Sterke forskningsmiljøer tar i økende grad ansvar for nettverksbygging, drift av

kjernefasiliteter og formidling og deling av kunnskap og resultater. De regionale forskningsstøttefunksjonene følges opp fortløpende sammen med Helse Sør-Øst.

Innovasjon

Oslo universitetssykehus vil ha fokus på utvikling og implementering av innovasjoner som gir økt kvalitet, pasientsikkerhet, kostnadseffektivitet og helhetlige pasientforløp.

I 2017 starter utarbeiding av ny innovasjonsstrategi for Oslo universitetssykehus og en tilhørende handlingsplan. Det er interesse fra næringsliv og Oslo kommune om uttesting av innovasjoner. Det er i den forbindelse igangsatt initiativ for å få på plass en arena for testing av innovasjoner til nytte for pasienter, sykehuset, kommunen, skal næringslivet og samfunnet for øvrig. Arbeidet skal følges videre opp i 2017 i forbindelse med budsjettprosessen for 2018. 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 og informasjonsløsninger samt velferdsteknologi.

Det kommende året vil det iverksettes tiltak for å styrke nettverket av innovasjonskontakter i klinikkene. Det legges i denne forbindelse opp til kursing og kompetanseutvikling av innovasjonskontaktene.

7.3. Kunnskapsutvikling og god praksis

Kunnskapsbasert praksis er et nasjonalt satsningsområde og Oslo universitetssykehus har understøttet helsepersonell gjennom arbeid med mini-metodevurderinger, kunnskapsbaserte fagprosedyrer, pasientforløp og veiledende behandlingsplaner. Ved årsskiftet ble det utlyst en sentral stilling for å øke innsatsen i pasientforløpsarbeidet i sykehuset. Stillingen skal i 2017 bidra til større samordning og forsterking av arbeidet som allerede gjøres innen pakkeforløp, pasient- og pårørendeopplæring, kunnskapsbaserte faglige prosedyrer og retningslinjer, pasientinformasjon og forbedring av henvisningsforløp for ulike pasientgrupper.

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 likeverdig 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 pasientmøte». 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.

Sykehuset har fått egen internett/intranettside med verktøy for å arbeide kunnskapsbasert. Personalets arbeid i "Journal club" er utprøvd i noen avdelinger og verktøy for dette er tilrettelagt slik at stadig flere avdelinger, fag og spesialiteter kan arbeide kunnskapsbasert via denne metodikken. Det tilrettelegges for at arbeidet i Journal Club kan gjøres i fora som avdelingen allerede har etablert som rutine i avdelingen. Journal club er et godt supplement til avdelingenes arbeid med kunnskapsbaserte fagprosedyrer og mini-metodevurderinger.

Mini-metodevurdering har vært en vellykket innretning som kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag for nye metoder. Metoden involverer bidrag fra ulike fagmiljø (klinisk fagavdeling, bibliotek, økonomi og ekstern fagfelle) og lederlinjen. Resultatene deles med andre i helsetjenesten gjennom ulike nettsider og kan også brukes inn i faglige prosedyrer og retningslinjer eller samlinger av faglige prosedyrer og retningslinjer i metodebøker innen en eller flere spesialiteter.

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.

For leger er det laget enkle verktøy for å legge til rette slik at avdelingsledere bedre kan ha oversikt over hva leger bør ha av generell opplæring og sertifisering. Avdelingslederne kan i 2017 benytte verktøyene til et årshjul for opplæring av egne leger.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016 – 2019

Oslo universitetssykehus ønsker å utarbeide en ny Strategiplan for 2018 – 2022 og ser fordelen med å benytte tilsendt mal for «utviklingsplan» som grunnlag i arbeidet. Mange av innholdselementene i utviklingsplanen er allerede beskrevet i andre strategiplaner og virksomhetsbeskrivelser, men utviklingsplanen gir sykehuset en mulighet til å samle disse og andre sentrale forhold i et sammensatt dokument som gjør det lettere å se sammenhengene i virksomheten.

7.4. Organisering og utvikling av fellestjenester

Oslo universitetssykehus har i 2016 vedtatt og til dels iverksatt organisasjonsendringer som en oppfølging av det store organisasjonsprosjektet fra 2015, omtalt i forrige årlige melding. Prosjektet gjennomgikk organisasjons- og ledelsesstrukturen, vurderte denne i forhold til dagens strategi og styringsdokumenter, også i lys av forventet fremtidig utvikling. Prosjektet vurderte dessuten organisering av stabs- og støttetjenester i Oslo sykehusservice, samt teknologiområdet.

Fra 1.1. 2016 ble fem store klinikker delt i to eller tre, slik at det samlede antallet klinikker i Oslo universitetssykehus har økt fra ni til 15. Økt styrbarhet og bedre grunnlag for ledelse har vært viktige hensyn bak, sammen med bedre understøttelse av pasientforløp. Delingene har også medført at klinikkene er mer homogene faglig sett.

En videre utvikling av den interne organisasjons- og ledelsesstrukturen i klinikkene er viktig for å få effekter på pasientbehandling, forskning og utdanning. Om lag halvparten av de nye klinikkene har i 2016 gjennomgått og vedtatt endringer i sin egen organisasjons- og ledelsesstruktur. Viktige føringer for vurdering av organisatoriske endringer har vært innføring av stedlig ledelse der hvor det ikke forekommer i dag, redusert kontrollspenn for ledere, sikre kortere lederlinjer og flerfaglig organisering (oppgaveløsning som styrende for organiseringen framfor fagspesialitet/yrkesbakgrunn). Framdrift når det gjelder selve iverksettingen av vedtatte organisasjonsendringer i elektroniske systemer, er komplekst og tar tid, spesielt endringer som påvirker pasientadministrative systemer/EPJ.

Utviklingsarbeidet vil fortsette inn i 2017, både når det gjelder klinikkene og stabs- og støttetjenester.

Direktørens stab er gjennomgått i 2016, og her vil det bli iverksatt endringer i organisasjons- og ledelsesstrukturen i 2017, noe som bl.a. innebærer færre stabsenheter. Det er også planer om å vurdere en mulig omorganisering av teknologiområdet og andre fellestjenester.

7.5. Mobilisering av medarbeidere og ledere

Behovet for utdannede i helsesektoren er ventet å stige med 73.000 frem til 2035 i følge de siste beregningene til SSB. Dette vil også påvirke Oslo universitetssykehus som landets største helseforetak. Skal vi klare å dekke dette behovet er vi avhengig av at vi har et strategisk fokus på å sikre fremtidig kompetanse samtidig som vi holder fokus på turnover, god organisering og drift, og god ressursstyring.

I 2015 ble det opprettet en arbeidsgruppe knyttet til strategisk profilering av Oslo universitetssykehus som arbeidsplass. Arbeidet resulterte i en strategisk handlingsplan knyttet til profilering- og rekrutteringsaktiviteter og satsingsområder innen rekruttering som favner hele sykehuset. Satsingsområder og tiltak i handlingsplanen definerte hovedområdene for arbeidet på rekrutteringsområdet i 2016. En handlingsplan for 2017 er under utarbeidelse. Handlingsplanen inkluderer blant annet en bred lederopplæring knyttet til rekruttering, utvikling av elektroniske verktøy, samarbeid med utdanningsinstitusjonene, utdanningsstillinger, Karrieredager og ungdomsdager for å nevne noen.

Oslo universitetssykehus arbeider kontinuerlig med å redusere antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene ved foretaket. Det er utviklet standardiserte rapporter og rutiner for rapportering i linjen og ledelsen. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene har i 2016 vært tema i møter mellom sentral HR-stab og avdelingsledere i klinikkene. I tillegg rapporteres arbeidstidsbrudd til styret og administrerende direktørs ledergruppe, Helse Sør-Øst og til Arbeidsmiljøutvalget.

Oslo universitetssykehus har tatt del i forskningsstiftelsen FAFO sin landsomfattende undersøkelse om yrting og varsling i arbeidslivet. I rapporten som kom høsten 2016 påpeker FAFO blant annet at:

- midlertidig ansatte i Oslo universitetssykehus opplever det som vanskeligere å varsle om kritikkverdige forhold enn fast ansatte.
- sykehusets rutiner for varsling internt og rutiner for uttalelser i offentligheten er for dårlig kjent blant ansatte
- mange ansatte mener at varslingssaker ikke følges opp på god nok måte i sykehuset

- det er stor takhøyde for faglig uenighet og diskusjon i Oslo universitetssykehus.

Rapporten er sendt ut til ledergruppen, tillitsvalgte og vernetjenesten i Oslo universitetssykehus til orientering og gjennomlesing. Den ble 1. gangs behandlet i foretakets AMU 13. oktober 2016 med diskusjon av innholdet og oppfølgingspunkter. Det er enighet i AMU om at det nedsettes en partssammensatt gruppe for å følge opp rapporten og utarbeide en handlingsplan. Som ledd i oppfølgingen er rapporten også behandlet i den enkelte klinikks AMU med diskusjon av lokale tiltak. Når sykehusets handlingsplan foreligger i løpet av første halvår 2017 vil administrerende direktør legge frem FAFO-rapporten som egen sak i styret.

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 2017 er det planlagt investeringer for 170 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 utskiftninger og oppgraderinger. I planperioden er det nødvendig med betydelige utskiftninger i medisinsk teknisk utstyr og omfattende vedlikehold/investeringer i eksisterende bygningsmasse i påvente av nye klinikkbygg. 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. For 2017 er det planlagt investeringer for 450 millioner kroner innenfor denne tildelingen. Styret behandlet investeringsbudsjett den 15. desember 2016.

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 ble gjennomført sluttbehandling i Oslo universitetssykehus vinteren 2016. Etter dette er det av Helse Sør-Øst RHF besluttet å dele den videre utvikling av Oslo universitetssykehus i fire konseptfaser:

- Regional sikkerhetsavdeling
- Radiumhospitalet
- Aker
- Gaustad

Konseptfasen utføres i regi av Helse Sør-Øst RHF og oppdraget er gitt til Sykehusbygg HF. Prosjektene for Regional sikkerhetsavdeling og Radiumhospitalet er igangsatt høsten 2016. Oppstart av konseptfase for Aker og Gaustad besluttes i 2017.

Oslo universitetssykehus HF har som del av behandling av Økonomisk langtidsplan 2017-2020 fremmet ønske om å videreføre 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 og det er derfor benyttet finansiell leie som finansiering av deler av investeringsbudsjettet.

Driftssituasjonen for Oslo universitetssykehus HF blir noe svekket for 2017 grunnet underregulering og redusert pris (avbyråkraterings- og effektiviseringsreformen) for aktivitetsbaserte inntekter. 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 2017 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.

I 2017 vil Oslo universitetssykehus HF styres etter et budsjettert overskudd 250 millioner kroner. Dette innebærer en forbedring av resultatet med 25 millioner kroner fra budsjett 2016. Kravet til forbedring av drift er likevel betydelig høyere enn kravet til resultatforbedring, og beregnet til om lag 4 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.

Årsrapport 2016

for Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF

Innledning

Nåværende brukerutvalg ble oppnevnt for perioden 2015-2017 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 2016.

Brukerutvalget har følgende sammensetning:

Tove Nakken, Kreftforeningen, leder

Lilli-Ann Stensdal, Norges Handikapforbundet /SAFO, nestleder

Heine Århus, Foreningen for hjertesyke barn /FFO

Kim Fangen, Nye Pluss- Hivpositive landsforening/FFO

Twinkle Dawes, Innvandrerkvinnens ressurs- og aktivitetsgruppe

Veslemøy Ruud, Norges Astma- og Allergiforbund /FFO

Tommy Sjøfjell, A-larm

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

Kristin Borg, Pensjonistforbundet

Pål Kjeldsen, Kreftforeningen – (fom 19.04.16)

Mari Ourom, Rådgivning om spiseforstyrrelse /FFO - (fom 19.04.16)

Brukerutvalgets arbeidsutvalg består av følgende representanter: Tove Nakken, Lilli-Ann Stensdal, Kjell Silkoset og Stine Bjerklund Dybvig.

Representasjon fra ledelsen ved Oslo universitetssykehus

Leder av seksjon for samhandling og pasient- og pårørendeopplæring, Kari Skredsvig og konst. viseadministrerende direktør Sølvi Andersen har vært fast møtende representanter 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 29. september 2016, for å orientere om sin virksomhet og for dialog (styresak 59/2016). Brukerutvalget presenterte følgende temaer: Brukermedvirkning i forskning, digitale pasientforløp, tilrettelegging for pasienter med kognitive utfordringer og tilbud til barn og unge med medfødt hjertefeil.

Deltakelse i prosjekter, råd og utvalg 2016

- Barne- og ungdomsprogrammet - Veslemøy Ruud
- Biobank- og registerutvalget - Tove Nakken
- Brukerutvalget i Sykehusapotekene HF - Veslemøy Ruud
- Brukerutvalget på Aker helsearena - Veslemøy Ruud
- C3 - center for connected care - Kim Fangen
- Driftsstyret for kreftområdet - Tove Nakken
- Ernæringsrådet - Mari Ourom
- Fagråd for klinisk forskningspost - Kim Fangen
- Fagråd for nyfødtdmedisin - Veslemøy Ruud
- Forbedring av driften 2017-2020, Styringsgruppe - Tove Nakken
- Forskningsoppsummering på effekter av LMS Barn/unge, NKLMH – Stine B. Dybvig
- Forum for pasient- og pårørendeopplæring - Lilli-Ann Stensdal
- Hendelsesanalyseutvalg - Tove Nakken
- Kapasitetsprosjektet HSØ - faggruppe Alderspsykiatri - Twinkle Dawes
- Kapasitetsprosjektet HSØ - faggruppe Nevro - Pål Kjeldsen
- Konseptfase etablering protonterapi – referansegruppe -Tove Nakken
- Koordinerende enhet - Lilli-Ann Stensdal
- Kreftbiobank, styringsgruppe - Tove Nakken
- Minimetodeutvalget - Tove Nakken
- Nasjonal Kompetansetjeneste for Sykdomsrelatert Underernæring - Tove Nakken
- Pasientsikkerhet- og kvalitetsutvalget, Akutt klinikken - Kjell Silkoset
- Prominet - Tove Nakken
- Prosjekt: Den multisyke pasienten, prosjektgruppe - Tayyab Chaudry
- Prosjekt: Den multisyke pasienten, styringsgruppe - Kjell Silkoset
- Prosjekt: Fagprosedyre om Pasient- og pårørendeopplæring – Lilli-Ann Stensdal
- Prosjekt: Organisering av Pasient- og pårørendeopplæring - Lilli-Ann Stensdal
- Prosjekt: Palliativt tilbud på Radiumhospitalet - Tove Nakken
- Regionalt forskningsutvalg - Tove Nakken
- Regionalt nettverk for kontinuerlig forbedring - Kim Fangen
- Samarbeidsutvalget i Hovedstadsområdet - Tommy Sjøfjell
- Sentralt kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg - Tove Nakken og Heine Århus
- Ungdområdet - Stine B Dybvig
- Utvalg for pasientforløp, fagprosedyrer og pasientinformasjon - Lilli-Ann Stensdal
- Organisering av intensivbehandling av barn etter nyfødtp perioden i OUS - Veslemøy Ruud

Representasjon i klinikkvise brukerråd ved Oslo universitetssykehus (ny organisering)

- Barne- og ungdomsklinikken - Heine Århus
- Hjerte-, lunge- og karklinikken - Veslemøy Ruud
- Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi – Kjell Silkoset
- Klinikk psykisk helse og avhengighet - Tommy Sjøfjell
- Kreftklinikken - Tove Nakken
- Kvinneklinikken – Twinkle Dawes
- Medisinsk klinikk - Lilli-Ann Stensdal
- Ortopedisk klinikk - Stine B Dybvig
- Nevroklinikken – Pål Kjeldsen

Konferanser/seminarer/arrangementer hvor brukerutvalgets medlemmer har representert Oslo Universitetssykehus HF

- Statsministerens toppmøte om kvalitet og variasjon – Tove Nakken
- Nasjonalt topplederprogram - Tove Nakken (foreleser)
- Pasienter – de viktigste endringsagentene! Regionalt brukerseminar i Kristiansand – Kim Fangen (innlegg), Tove Nakken, Lilli-Ann Stensdal, Twinkle Dawes
- Brukerpanel for forskere på OUS – Kim Fangen, Pål Kjeldsen, Lilli-Ann Stensdal, Stine B. Dybvig, Tove Nakken
- Samling for ledere og nestledere av brukerutvalg i Helse Sør-Øst - Lilli-Ann Stensdal og Tove Nakken
- Brukerutvalgsseminaret «Finnes det verdighet i tvangen» - Tommy Sjøfjell
- Kick-off for regionalt nettverk for symptomforskning – Tove Nakken (foreleser)
- Forskningslederseminar i HLK – Tove Nakken (foreleser)
- Møte i HelseOmsorg21-rådets arbeidsgruppe for brukermidvirkning i forskning – Tove Nakken
- Lansering av Kjernejournal – Tove Nakken (innlegg)
- Møte med Konsernrevisjonen angående pågående revisjon – Tove Nakken og Lilli-Ann Stensdal
- Dialogmøte i Regional Koordinerende enhet – Lilli-Ann Stensdal
- Helse Sør-Østs møte om kapasitetsutredning i Oslo universitetssykehus – Lilli-Ann Stensdal
- Fagprosedyre- og minimetodekurs på Kunnskapssenteret, Lilli-Ann Stensdal
- Workshop i samarbeidsprosjektet OUS/HIOA; Digital kompetansepakke i pasient- og pårørendeopplæring – Lilli-Ann Stensdal

Høringsinnspill

- NOU 2015: 11. Med åpne kort – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten
- Kvinnslandsutvalgets mandat
- Handlingsplan 2016 for Oslo universitetssykehus HF
- Kreftstrategi for Oslo universitetssykehus HF
- Helsedatautvalgets arbeid
- Felles retningslinjer for brukermidvirkning på systemnivå fra RHFene
- Veileder om pårørende i helse og omsorgstjenestene

Viktige saker behandlet i brukerutvalget i 2016

- **SMS-varslinger**
Brukerutvalget har vært pådrivere for at sms-varslinger som sendes ut til pasienter i forkant av en time skal inkludere stedsangivelse og er fornøyde med at dette nå er på plass.
- **Testarena for innovasjon**
Brukerutvalget har gitt skriftlig innspill til prosjektets mandat.
- **Pasient- og brukerombudet**
Brukerutvalget og pasient- og brukerombudet har et gjensidig ønske om tettere samarbeid. Pasient- og brukerombudet har deltatt på to av Brukerutvalgets møter i 2016.
- **Brukerundersøkelsen på OUS**
Brukerutvalget orienteres jevnlig om resultatene av brukerundersøkelsen. Brukerundersøkelsen tilbys nå på SMS og BU håper dette gjør brukerundersøkelsen mer tilgjengelig.
- **Film og foto i sykehuset**
Brukerutvalget har gitt innspill til ny prosedyre og opprettelse av fagråd
- **Handlingsplan for forskning 2016-2017**
Brukerutvalget ble invitert til å bidra i utarbeidelsen av punktet om brukermidvirkning i forskning i handlingsplanen for 2016/2017. To av rådets medlemmer har deltatt i dette arbeidet.

- **Brukermedvirkning i forskning**
Stab forskning og innovasjon, stab samhandling og forskningsstøtte i OSS samarbeider med brukerutvalget om å organisere brukermedvirkning i forskning på en hensiktsmessig måte på OUS.
- **Anbefalinger fra arbeidsgruppe vedrørende innsyn i journal**
Brukerutvalget har gitt innspill til arbeidsgruppen og anbefaler brukerinvolvering i det videre arbeidet.
- **Innføring av e-resept og kjernejournal, informasjon til pasienter**
Brukerutvalget ble orientert om status for implementeringen av e-resept og kjernejournal.
- **Medisinuavhengig behandling**
Brukerutvalget ba om en redegjørelse for status for oppdraget om å opprette et medikamentuavhengig behandlingstilbud som Helse- og omsorgsdepartementet har gitt alle helseforetakene i HSØ.
- **Kontaktlegeordningen**
Brukerutvalget ble orientert om kontaktlegeordningen og hvordan Oslo universitetssykehus HF implementerer denne ordningen.
- **Manglende oversikt over pasienters medisinbruk - en risiko for pasientsikkerheten og tryggheten for pasient og pårørende**
Brukerutvalget mottok en henvendelse fra brukerutvalget i HSØ RHF om oppfølging av manglende oversikt over pasienters medisinbruk og er blitt orientert om pågående tiltak på Oslo universitetssykehus HF i denne forbindelse.
- **Nye nettsider for OUS**
Brukerutvalget er flere ganger orientert om arbeidet med overgangen til nye nettsider.
- **Tema: Demens**
Brukerutvalget satte på eget initiativ opp temaet Demens på et av sine møter. Brukerutvalget ønsker å jobbe for et demensvennlig sykehus
- **Brukerutvalgseminar**
Med hjelp fra Idépoliklinikken arrangerte brukerutvalget en workshop hvor det blant annet ble jobbet med brukerutvalgets arbeidsform, mål for 2017 og innspill til sykehusets kvalitetspolitikk.
- **Spørsmål til Administrerende direktør**
Brukerutvalget har aktivt brukt den muligheten de har til å stille Administrerende direktør spørsmål. Temaer for disse spørsmålene har blant annet vært renhold, kapasitetsutfordringer, innføring av ny teknologi og nye tilbud, fremdrift på nytt sykehus, planlegging av aktivitet, brudd på taushetsplikt, tilgjengelighet på nye medisiner, tvang og pasienters rettsikkerhet og satsning på forskning.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. februar 2017

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

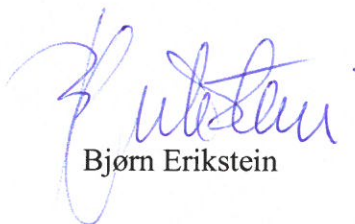
Vedlegg: Vedlegg 1 Resultatbudsjett periodisert
Vedlegg 2 Periodisert kontantstrømbudsjett
Vedlegg 3 Aktivitetsmål for aktivitet innen psykisk helsevern
og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

SAK 6/2017 BUDSJETT 2017 OG GJENNOMFØRING AV VIRKSOMHETEN

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar redegjørelsen til orientering*
- 2. Administrerende direktør gis fullmakt til å gjennomføre seks anskaffelser med anskaffelseskostnad over 20 millioner kroner i samsvar med omtalen i styresak 6/2017. Fullmakten forutsetter at administrerende direktør også har fått godkjent disse investeringene fra Helse Sør-Øst RHF.*

Oslo den 8. februar 2017



Bjørn Erikstein

1. Innledning

I styresak 75/2016 ble administrerende direktør bedt om å komme tilbake i neste møte med en tydeligere konkretisering av tiltak for å gjennomføre virksomheten i overenstemmelse med budsjettet. Denne styresaken inneholder en redegjørelse for gjennomføring av budsjett 2017. I tillegg inneholder saken et kontantstrømbudsjett, et periodisert resultatbudsjett som er utarbeidet etter styrebehandlingen i desember og omtale av enkelte forhold knyttet til investeringsbudsjettet for 2017.

2. Tidligere vedtak

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 75/2016 Budsjett 2017 den 15. desember 2016:

- 1. Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2017 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 75/2016. 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. Styret ber administrerende direktør legge de vedlagte investeringsplanene til grunn for investeringene i 2017. Styret konstaterer at budsjettet for 2017 er krevende og ber administrerende direktør komme tilbake i neste møte med en tydeligere konkretisering av tiltak for å gjennomføre virksomheten i overenstemmelse med budsjettet.*
- 2. 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.*
- 3. Administrerende direktør gis fullmakt til å avtale lånebetingelser innenfor alternativene som tilbys av Helse Sør-Øst RHF.*
- 4. Administrerende direktør gis fullmakt til å relassere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.*

3. Administrerende direktørs vurdering

Styret vedtok i desember i fjor et budsjett for Oslo universitetssykehus HF der det var forutsatt 250 millioner kroner i overskudd fra drift i 2017. Overskudd fra drift er en forutsetning for å finansiere et tilstrekkelig investeringsnivå for Oslo universitetssykehus HF både på kort og lang sikt. Økonomisk langtidsplan som styret vedtok våren 2016, viser at det hvert år vil være nødvendig å forbedre driften for å øke mulighetene for investeringer.

Administrerende direktør understreket i behandlingen av budsjettet i desember at gjennomføringen er meget krevende med et stort krav til

resultatforbedring og at det derfor var en betydelig risiko for negative resultatavvik.

Etter styremøtet i desember er det arbeidet videre med tiltak i klinikkene og det er foretatt nye vurderinger av enkeltposter i budsjettet. Det er administrerende direktørs vurdering at det er jobbet godt med budsjettet og nye tiltak i klinikkene. Det er imidlertid fremdeles risiko for avvik fra budsjettet overskudd på 250 millioner kroner, men risikoen er redusert. Det er også administrerende direktørs vurdering at klinikkene har arbeidet frem de tiltak som kan gjennomføres uten at dette vil påvirke kvaliteten på behandlingen. På dette tidspunkt er imidlertid vurderingen at dersom klinikkene nå avkreves ytterligere kostnadsreduserende tiltak vil dette kunne innebære betydelig risiko for gjennomføring av virksomheten i 2017, herunder risiko for inntekter og for tilbudet til pasientene.

Administrerende direktør anbefaler derfor at styret legger redegjørelsen i denne styresaken til grunn i den videre oppfølging av drifts- og investeringsbudsjettet i 2017.

Med henvisning til pkt 4.2 Investeringsbudsjettet for 2016, bes det samtidig om fullmakt til å anskaffe 6 MTU enheter med anskaffelseskostnad på over 20 millioner per enhet under forutsetning av godkjennelse av Helse Sør-Øst.

4. Budsjett for Oslo universitetssykehus

Under redegjøres for gjennomføring av budsjettet, kontantstrømbudsjett og periodisert budsjett.

4.1. Gjennomføring av driftsbudsjettet i 2017

Administrerende direktør redegjorde i styremøte i desember for budsjett 2017 og den risiko som forelå for negativt resultatavvik i 2017. Styret vedtok et budsjett med resultatmål 250 mill kroner i overskudd for 2017. Det ble etter styremøtet igangsatt en prosess for å identifisere resultatrisikoen for 2017 og utarbeide tiltak for å redusere denne risikoen.

4.1.1. Resultatrisiko i klinikkene og nye tiltak i klinikk

Alle klinikker ble i desember bedt om å lage en resultatprognose for gjennomføring av drift i 2017. Den 6. januar gjennomførte administrerende direktør og viseadministrerende direktør for økonomi og finans bilaterale møter med alle klinikkene for å gjennomgå disse vurderingene. For klinikkene ble det identifisert en risiko for avvik fra budsjett på totalt om lag 220 millioner kroner.

Elleve av femten klinikker meldte om negative prognoser etter gjennomføring av eksisterende tiltak. Disse klinikkene fikk i oppdrag å utarbeide nye tiltak som har resultateffekt i 2017. Vurdering av budsjettssituasjonen og ytterligere tiltak ble gjennomgått i nye møter mellom klinikkleder og viseadministrerende direktør for økonomi og finans 24.- 26. januar. Vurderingene og nye tiltak ble deretter behandlet i sykehusets ledermøte 31. januar. Status for gjennomføring vil bli fulgt opp med klinikkene i egne møter fredag 10. februar, dvs etter at denne styresaken er sendt ut.

Status etter gjennomgangen i slutten av januar var at ytterligere tiltak gjennomføres innenfor mange av klinikkene. Dette anslås å gi en resultat effekt på om lag 50 millioner kroner. De nye tiltakene består blant annet av:

- Endringer i sammensetningen av bemanning for å redusere variabel lønn og innleie
- Innkreving av rettmessige inntekter med mer komplett koding og registrering av aktiviteter (prosedyrekoder, poliklinikk på sengeposter med mer)
- Flytte aktivitet til Aker for å sikre bedre/mer regelmessig gjennomføring (AMD-øye)
- Nye individuelle og kollektive vurderinger av tjenesteplaner for leger
- Samdrift av sengeposter
- Varekostnader ved å velge rimeligere alternativer som er godkjent for bruk
- Reduksjon i antallet senger
- Lavere kostnader knyttet til ferieavvikling 2017
- Ytterligere økning i aktivitet innen særskilte områder (ablasjoner, kardiologi)

Det er videre besluttet at Klinikk for laboratoriemedisin skal arbeide for å oppnå et positivt styringsmål for 2017 på 10 millioner kroner. Klinikken vil primært øke aktivitet og inntekter ytterligere uten å øke personalkostnadene. Dette er mulig å realisere bl.a. som følge av teknologiskifter og nye IKT løsninger. Klinikken forutsetter videre at poliklinikkene og sengepostene i Oslo universitetssykehus i langt større grad tar i bruk elektronisk rekvirering. Dette er arbeidsbesparende og forventes å gi positive effekter både i klinikk for laboratoriemedisin og de klinikkene som rekvirerer prøver. Utgifter til dyre rekvireringsblanketter vil som følge av dette tiltaket også bli redusert.

I tabell 1 (neste side) vises prognose for klinikkene etter at nye tiltak er lagt inn som en forutsetning med effekt på om lag 60 millioner kroner. Tabellen viser at det fremdeles er mange klinikker som har et betydelig forventet negativt resultatavvik fra budsjett i 2017.

Klinikk	Prognose etter nye tiltak
PHA	-
MED	-28
HHA	-5
NVR	-22
OPK	-13
BAR	-9
KVI	-11
KIT	-32
KRE	-11
HLK	-20
AKU	-20
PRE	-0
KLM	10
KRN	-
OSS	-
SUM	-161

Tabell 1: Prognose etter nye tiltak i klinikkene

4.1.2. Felles tilnærming til særskilte kostnadsposter

Det er i tillegg til tiltakene som er utarbeidet i klinikkene besluttet å se nærmere på følgende kostnadsposter slik beskrevet nedenfor:

- Kurs-, reise- og seminarposter
- Småanskaffelser, inventar utstyr etc.
- Videreutdanning – vurdere utsettelse av stillinger planlagt ansatt fra august

Kurs reise- og seminarposter skal planlegges godt. Det vil si at fravær bør inngå i bemannings- og aktivitetsplaner i klinikken et halvt år frem i tid. Det vil også bli arbeidet for en likere tilnærming til deltagelse på kurs og seminarer mellom klinikkene i Oslo universitetssykehus HF. I tillegg skal kostnadene i størst mulig grad begrenses ved å vurdere følgende:

- Antallet deltagere som sendes fra en enhet/sykehuset
- Mulig utbytte fra kursene
- Alternativ finansiering
- Hvordan kurs gjennomføres (internt/eksternt/overnatting)

Frikjøp av ansatte som deltar i videreutdanning er budsjettet med om lag 40 millioner kroner. Det vil bli vurdert å utsette noen av de ansettelsene som er planlagt høsten 2017 (25 stillinger). Fristen for å søke på disse stillingene går ut den 1. mars, og det må gjennomføres en prosess for å vurdere dette nærmere.

Effekten på områdene som er beskrevet over er vurdert til om lag 20 millioner kroner. Det vil benyttes noe tid for klargjøring av premissene for reduksjon på dette området i 2017.

4.1.3. Ytterligere tiltak i klinikkene

Klinikkene ble i møtene i januar utover de tiltak som nå vurderes og innarbeides i klinikkene også bedt om å redegjøre for hvilke kostnader som ville blitt kuttet dersom det budsjetterte kostnadsnivået skal holdes i 2017, dvs hvilke kostnader som var mest marginale (minst nytte i forhold til de oppgavene som skal utføres). Vurderingene fra klinikkene var imidlertid at ytterligere kostnadsreduksjoner ville kunne innebære større reduksjoner i aktiviteten som ville kunne påvirke både kvalitet og inntektssiden til sykehuset. Eksempler på slike mulige kostnadsreduksjoner var blant annet nedleggelse av hele sengeposter, og reduksjon i pasienttilbud innenfor enkelte fagområder. Slike reduksjoner i kostnader ville imidlertid med stor sannsynlighet gå ut over aktivitetsnivået (inntektsreduksjoner), øke ventelistene og medvirke til redusert kvalitet i pasientbehandlingen. Disse er derfor ikke fulgt opp videre på dette tidspunkt.

4.1.4. Budsjett og gjennomføring for IKT, sentrale staber og Fellesposter

I tillegg til tiltak i klinikkene er det foretatt en ny vurdering av prognose og tiltak innenfor IKT, sentrale staber og fellesposter. Det er her identifisert mulighet for positivt resultatavvik for om lag 100 millioner kroner (se graf neste side).

IKT – budsjett

Det er vurdert en prognose for IKT budsjettet der det er hensyntatt ny vurdering av fremdrift i prosjekter og innholdet i særskilte kostnadsposter. Vurderingen primo februar er at IKT kostnadene vil bli om lag 30 millioner kroner lavere enn budsjettert uten nye tiltak. IKT avdelingen er i tillegg bedt om å redusere kostnadsbruken i 2017 med ytterligere 20 millioner kroner. Forslag til områder som foreslås nedprioritert er lagt frem for sykehusets ledergruppe og legges til grunn for den videre oppfølging i 2017.

Direktørens staber

Det er gjennomført et arbeid med prognose for stabens samlede kostnader, og det er vurdert mulighetene for å redusere kostnadene i 2017 innenfor alle stabsområdene. En foreløpig vurdering tilsier et mulig mindreforbruk på 15 millioner kroner. Mindreforbruket innebærer blant annet at enkelte stillinger ikke blir erstattet ved avgang i 2017 samt reduksjon i kostnader til kurs, reiser osv..

Fellesposter

Budsjettene som sorterer under Fellesposter (områder som ikke kan knyttes til en spesifikk klinikk) er også vurdert på nytt. DRG- inntekter på Fellesposter er vurdert som positiv med noe bedring i grupperingslogikk for Oslo universitetssykehus HF for 2017 og et noe høyere aktivitetskrav til klinikkene enn først beregnet. Innkreving av utestående sykehotellfakturaer fra andre regioner kan også bidra positivt i 2017.

Det er da lagt til grunn at en eventuell reduksjon av priser mellom regionene som følge av momsreformen for helseforetakene, som er anslått til å utgjøre opptil 30 millioner kroner, vil bli finansiert av Helse Sør-Øst RHF.

4.1.5. Tiltak innenfor programmet «Forbedring av drift 2017-2020»

Det er etablert flere prosjekter innenfor programmet «forbedring av drift 2017-2020». Følgende prosjekter vurderes å kunne gi konkrete forslag til driftsforbedrende tiltak denne våren:

- Tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift
- Effektivisere operasjonsdriften
- Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk
- Reduksjon i arealkostnader
- Begrense medikamentkostnadene

Det er på det nåværende tidspunkt kun beregnet 15 millioner kroner som effekter av kostnadsreducerende tiltak fra disse prosjektene i denne saken. Det er sannsynlig at det vil komme positive effekter av prosjektene i siste halvår av 2017, men effektene skal tas ut i klinikkene og må synligjøres som egne tiltak i klinikk og derav gi bedre prognoser. Det forventes helårseffekt i 2018 for prosjektene.

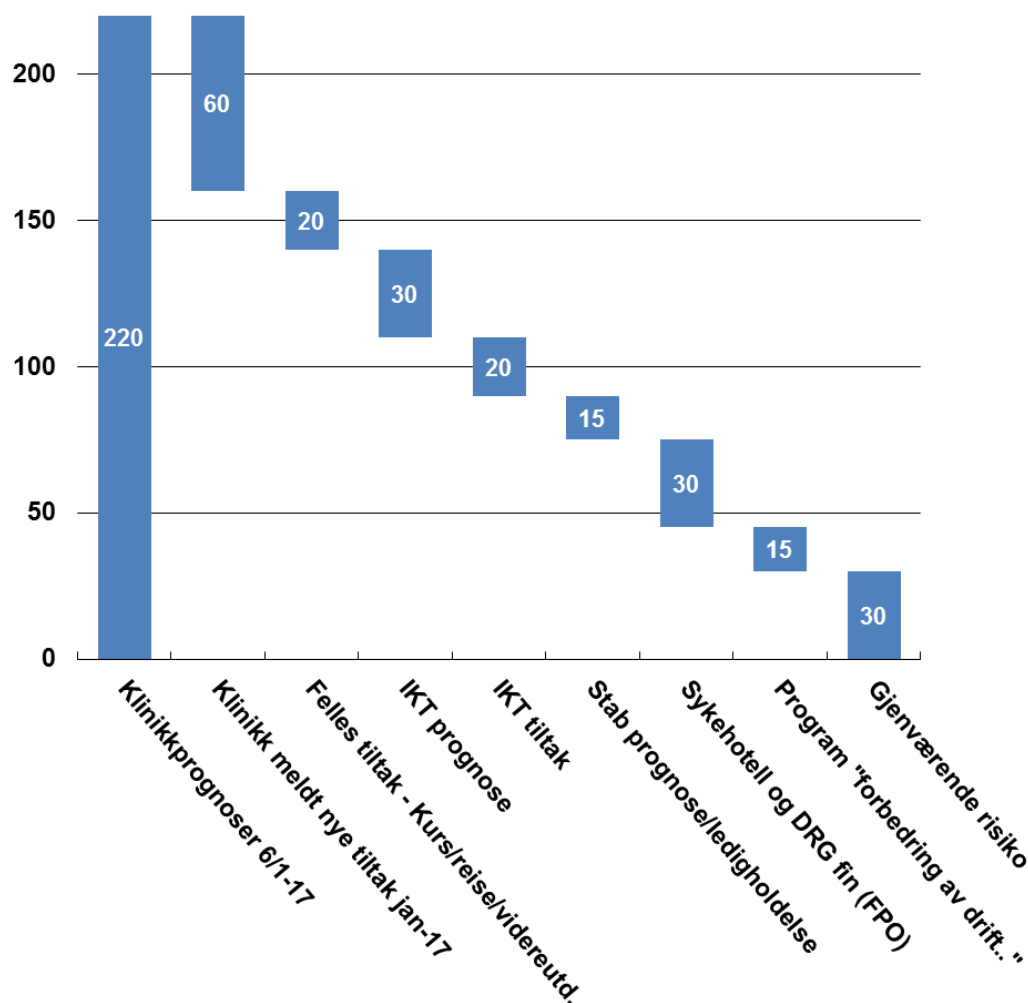
Det er som del av denne styresaken tatt stilling til konkrete tiltak fra prosjekt «reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk». Det er besluttet at eksternt innleie på sengeposter på dagtid i ukedager ikke skal benyttes, og høye overtidskostnader skal søkes redusert. Dette skal realiseres ved å etablere daglige driftsmøter/tavlemøter for de enheter som har forutsetninger om å samarbeide om gjennomføring av drift. Enhetene må samarbeide om:

- Identifisere og prioritere mulige utskrivninger
- Omfordeling av pasient eller helsepersonell mellom enheter
- Omdisponering av helsepersonell uten kliniske oppgaver
- Utsettelse av planlagte møter/ undervisning/kongresser etc.

Andre beslutninger som fremkommer fra prosjektene vil bli forelagt styret som del av ordinær rapportering i 2017.

4.1.6. Gjenværende risiko ved gjennomføring budsjett 2017

Oslo universitetssykehus HF står etter denne gjennomgangen fremdeles igjen med en risiko ved gjennomføring av driftsbudsjettet i 2017. Tabellen nedenfor viser bidragene fra de områdene som er omtalt ovenfor. Dersom nye og tidligere utarbeidete tiltak blir gjennomført på en god måte vil dette øke sannsynligheten for at sykehuset nærmer seg budsjettresultat lik 250 millioner kroner i overskudd.



Graf 1: Prognose og tiltak 2017

Oslo universitetssykehus HF overtok fra 1.1.2017 rettsmedisinske fag som ble virksomhetsoverdratt fra Folkehelseinstituttet. Det gjenstår enkelte forhold når det gjelder finansieringen av denne virksomheten (pensjon, feriepenger og lønnsoppgjør fra 2016) som på dette tidspunkt ikke er avklart. Forholdene er tatt opp med Helse Sør-Øst RHF som igjen har tatt disse opp med Helse- og omsorgsdepartementet. Eventuell økonomisk risiko knyttet til disse forholdene er ikke hensyntatt i figuren ovenfor.

Risiko for at Oslo universitetssykehus HF disponerer mer likviditet i 2017 enn det som er avtalt med Helse Sør-Øst RHF er imidlertid vurdert som liten. Det skyldes blant annet at investeringsbeslutninger for 100 millioner kroner avvendes inntil det er sikkerhet for å oppnå overskuddskravet på 250 millioner kroner (investeringsbudsjettet omtalt under 4.2).

4.1.7. Drøfting

Klinikker som har lagt frem nye tiltak er bedt om å gjennomføre drøfting av disse i egen klinikk dersom tiltakene innebærer omlegging av driften. Omlegging av driften kan innebære endringer i driftsform, antall ansatte (bruk av personellressurser) og aktiviteter (økt aktivitet med samme antall ressurser).

Drøfting innebærer ikke å drøfte budsjettet i sin helhet på nytt, men de konkrete nye tiltak som er lagt frem.

4.1.8. Resultatbudsjett – justering og periodisering

Resultatbudsjett fordelt på ØBAK-linjer (rapporteringsformatet som benyttes til Helse Sør-Øst RHF) ble lagt frem for styret i sak 70/2016. Det er nå gjort noen justeringer av teknisk karakter i budsjettet. Dette er først og fremst knyttet til implementering av nye nasjonale priser for innsatsstyrt finansiering, MVA-reformen og konsernavstemming. Periodisert resultatbudsjett hvor disse endringene er innarbeidet følger som vedlegg 1. Dette budsjettet vil ligge til grunn for den løpende avviksrapporteringen.

4.2. Investeringsbudsjettet 2017

Investeringsbudsjett for 2017 ble vedtatt av styret i desember. Gjennomføring av deler av budsjettet avventes inntil det er større sikkerhet for oppnåelse av overskudd på 250 millioner kroner i 2017. Det som holdes igjen utgjør 100 millioner kroner. Styret vil bli forelagt oppdaterte vurderinger på senere styremøter.

Investeringsbudsjettet har ulike finansieringskilder. Investeringer innenfor Fase 2 tilsynsavvik og oppgraderinger er underlagt et eget oppfølgingsregime i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF. Det er sendt dokumentasjon på de investeringer som er gjennomført i 2016 og er tenkt gjennomført i 2017 innenfor denne finansieringsordningen. Helse Sør-Øst RHF vil ta en avgjørelse om hvilke prosjekter og om alle deler av prosjektene vil bli definert som Fase 2 prosjekter. Dette vil kunne endre sammensetning av finansiering og valg av prosjekter for gjennomføring i 2017. Styret vil bli orientert om dette i senere møter.

Budsjett for planlagte investeringer til medisinskteknisk utstyr for 2017 inneholder i alt seks anskaffelser der anskaffelseskostnaden for hver av dem overstiger 20 millioner kroner. Alle investeringer i utstyr over 20 millioner kroner skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF, og søknad om godkjenning sendes Helse Sør-Øst RHF etter fullmakt fra styret. De seks enhetene det bes om fullmakt til er følgende:

- To strålemaskiner (Linac) til Radiumhospitalet, hver med en estimert anskaffelseskostnad på 34 millioner kroner og 14 millioner kroner til ombygging. Dette er et ledd i en langsiktig utskiftningsplan for å erstatte de eldste Linacene, den ene 13 år gammel og den andre 16 år gammel. På grunn av behovet for å drive effektivt er det viktig å anskaffe Linacene i såkalte trillingkonsept, det betyr at tre og tre maskiner bør være av samme modell. På denne måten kan det drives effektivt, selv om det fra tid til annen vil være nødvendig å stenge ned en Linac på grunn av planlagt vedlikehold, reparasjoner eller oppgraderinger. Disse to Linacene er første og andre del av trillingkonsept.
- En PET/CT til Rikshospitalet med en anskaffelseskostnad på 21 millioner kroner og kostnader til bygg på 7 millioner kroner. Denne skanneren

erstatte eksisterende skanner som er 11 år gammel. Stadige feil på den gamle skanneren forårsaker driftsstans med forsinket pasientundersøkelser som resultat, radiofarmaka som ikke blir brukt, tap av driftstid på skanneren og pasienter som møter opp uten å få oppsatt behandling.

- En PET/CT til Radiumhospitalet med en anskaffelseskostnad på 21,5 millioner kroner og kostnader til bygg på 7 millioner kroner. Denne skanneren erstatte eksisterende skanner som er 12 år gammel. Stadige feil på den gamle skanneren forårsaker driftsstans med forsinket pasientundersøkelser som resultat, radiofarmaka som ikke blir brukt, tap av driftstid på skanneren og pasienter som møter opp uten å få oppsatt behandling.
- Pasientmonitoreringssystem til Rikshospitalet og Radiumhospitalet med en anskaffelseskostnad på 30 millioner kroner. Dette er del to av utskiftningen av pasientmonitorering på Rikshospitalet som ble startet i 2016. Eksisterende pasientmonitorsystem på Rikshospitalet er 18 år gammelt. Dette er ikke lenger mulig å holde i drift grunnet mangel på reservedeler, slitasje, materialtretthet og brekkasje. Det samme gjelder også på Radiumhospitalet.
- Operasjonsbord og operasjonslamper til Rikshospitalet med en anskaffelseskostnad på 20 millioner kroner. En total gjennomgang av alle operasjonsstuer på Rikshospitalet viser at eksisterende utstyr, som for en stor del ikke har blitt oppgradert siden nytt Rikshospital stod klart like før år 2000, trenger omfattende utskiftninger for å være tilstrekkelig stabilt. Det er ikke lenger mulig å holde utstyret på et akseptabelt nivå kun med reparasjoner og vedlikehold.

4.3. Kontantstrømbudsjett 2017

Kontantstrømbudsjettet for 2017 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 2017 i henhold til tabellen under viser en positiv endring i likviditeten gjennom året på 843 millioner kroner med et budsjettert positivt årsresultat på 250 millioner kroner. Dette forklares i hovedsak med at budsjettert pensjonskostnad for 2017 er betydelig høyere enn budsjettert pensjonspremie.

Årsresultat og endring i likviditet (millioner kroner)	2017
Årsresultat	250
Forskyvning av pensjonspremie og arbeidsgiveravgift	893
Andre periodiseringer og poster uten likviditetseffekt	250
Finansiering av ordinære investeringer	364
Lånefinansiering for tilsynsavvik og oppgraderinger	315
Finansielle leieavtaler	403
Betalinger for investeringer og Sykehuspartner	-1 633
Endring likviditet	843

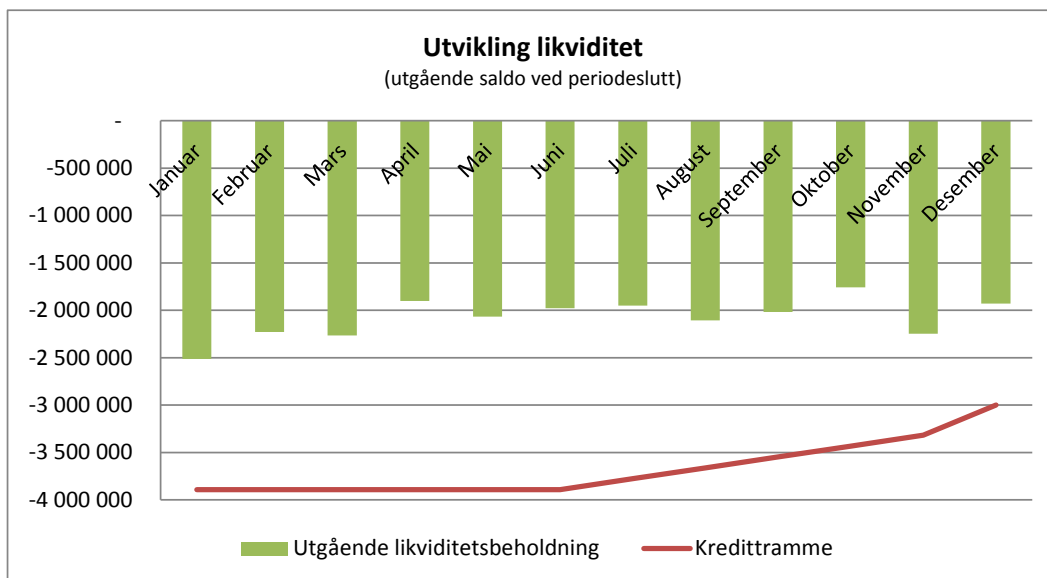
Tabell 2: Kontantstrømbudsjett 2017

Budsjettert pensjonspremie er 893 millioner kroner lavere enn budsjettert pensjonskostnad for 2017. Dette gir en positiv kontanteffekt. Budsjettert pensjonspremie for 2017 er spesielt lav og dette forklares med to forhold. Hos pensjonskassene har foretakene premiefond. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt tillatelse til å benytte premiefond i 2017 og Oslo universitetssykehus HF benytter 690 millioner kroner av premiefondet for å finansiere pensjonspremie i 2017. I tillegg er budsjettert pensjonspremie til Statens pensjonskasse om lag 500 til 600 millioner kroner lavere enn normalt, hovedsakelig som følge av at staten dekker effekten av ny tariff for dødelighet, nye uføreregler og god avkastning i Statens pensjonsfond utland.

Likviditeten bedres med 250 millioner kroner knyttet til oppgjør for salg av Sognsveien 9 A og B og forsinket innbetaling for gjestepasientoppgjør.

Finansieringen av investeringene i 2017 er i hovedsak basert på egen likviditet som del av basisrammen fra Helse Sør-Øst RHF (364 millioner kroner), lån fra Helse- og Omsorgsdepartementet (315 millioner kroner) og finansiell leie (403 millioner kroner). I kontantstrømbudsjettet er det budsjettert med 1 633 millioner kroner i utbetalinger for investeringer. Gjennomføringen innebærer at likviditeten reduseres med om lag 550 millioner kroner. Det er to årsaker til dette. Årsresultat finansierer 30 pst. av investeringer i Fase 2 - Tilsynsavvik og oppgraderinger og delvis ordinære investeringer. I tillegg ble lån for å finansiere Fase 1- Omstillingsinvesteringer utbetalt i 2015.

Det periodiserte kontantstrømbudsjettet (Vedlegg 2 og graf 2) fluktuerer betydelig hver måned som en følge av at en del forpliktelser kommer til utbetaling annenhver måned eller kvartalsvis. Ved inngangen av 2017 har Oslo universitetssykehus HF en driftskredittramme på 3 893 millioner kroner. Driftskredittrammen reduseres gradvis gjennom andre halvår som følge av at budsjettert pensjonspremie er lavere enn budsjettert pensjonskostnad. Den budsjetterte månedlige likviditetsreserven vurderes som tilstrekkelig i forhold til innvilget driftskredittramme.



Graf 2: Utvikling likviditet og driftskredittramme 2017

4.4. Justert aktivitetsbudsjett psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I styresak 75/2016 ble aktivitet psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling omtalt på følgende måte:

For psykisk helsevern for voksne planlegges det med en vekst i antall polikliniske konsultasjoner på om lag 3 pst fra estimat 2016, innenfor psykisk helsevern for barn og unge er det planlagt med en vekst fra estimat 2016 på 3 pst og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det planlagt med en vekst på 3,5 pst. Helse Sør-Øst RHF vil foreta en samlet vurdering av aktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette kan medføre endringer i aktivitetsmålene for Oslo universitetssykehus HF.

Aktivitetsbudsjettet for 2017 er etter rapporteringen for desember 2016 justert slik at de ovennevnte vekstforutsetninger er lagt til grunn på rapporterte tall og ikke på tidligere estimater. Oppdatert tabell følger som vedlegg 3.

Vedlegg 1 Resultatbudsjett periodisert

		Data													
Art_NivåRR1	Art_ØBAK	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Totalt	
Driftsinntekter	Basisramme	-979 675	-976 270	-944 712	-1 079 738	-1 023 485	-784 594	-818 765	-956 547	-953 480	-971 073	-976 357	-1 044 012	-11 508 708	
	Kvalitetsbasert finansiering	-6 448	-6 448	-6 448	-6 448	-6 448	-6 448	-6 448	-6 448	-6 448	-6 448	-6 448	-6 439	-77 367	
	ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-343 831	-328 092	-351 404	-307 976	-330 863	-337 872	-250 902	-294 152	-342 857	-335 080	-341 853	-310 702	-3 875 584	
	ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	-72 024	-68 798	-73 554	-64 654	-69 344	-70 375	-52 551	-61 415	-71 396	-69 674	-70 998	-64 593	-809 376	
	ISF-refusjon kostn.krev.legem.UTENFOR sykehus	-5 445	-5 044	-5 765	-4 445	-5 482	-4 815	-2 109	-3 990	-5 291	-5 304	-5 440	-4 384	-57 513	
	ISF-refusjon pasientadministrerte kreftlegemidler	-6 169	-6 134	-6 156	-6 191	-6 156	-4 421	-4 456	-4 421	-4 421	-4 421	-4 584	-3 770	-3 618	-60 497
	Utskrivningsklare pasienter	-174	-170	-176	-165	-172	-160	-151	-158	-173	-171	-174	-167	-2 011	
	Gjeste pasienter	-56 038	-54 752	-62 573	-44 867	-56 286	-56 286	-35 849	-46 165	-56 603	-55 970	-56 749	-49 763	-631 900	
	Salg av konseminterne helsetjenester (gjestepas.)	-179 804	-173 457	-180 447	-165 053	-176 261	-177 857	-129 574	-156 043	-180 212	-177 762	-179 983	-160 904	-2 037 358	
	Polikliniske inntekter	-56 616	-53 514	-57 273	-53 277	-55 286	-67 208	-50 118	-49 513	-59 780	-63 746	-61 092	-53 613	-681 034	
	Øremerkede tilskudd raskere tilbake	-5 333	-5 205	-5 368	-5 138	-5 260	-4 787	-3 730	-5 158	-5 337	-5 310	-5 361	-5 216	-61 202	
	Andre øremerkede tilskudd	-117 213	-117 452	-119 312	-116 799	-118 221	-26 966	-118 676	-119 852	-117 370	-117 480	-117 836	-119 290	-1 326 468	
	Andre driftsinntekter	-91 281	-87 737	-90 798	-85 851	-87 670	-85 537	-74 711	-83 119	-91 187	-91 212	-91 980	-86 916	-1 047 999	
Totalt Driftsinntekter		-1 920 052	-1 883 072	-1 903 986	-1 940 603	-1 940 934	-1 627 325	-1 548 039	-1 786 982	-1 894 555	-1 903 813	-1 918 040	-1 909 615	-22 177 017	
Driftskostnader	Kjøp av off helsetjenester	3 698	3 668	3 721	3 619	3 671	3 685	3 542	3 618	3 701	3 684	3 693	3 658	43 956	
	Kjøp av private helsetjenester	29 927	29 909	30 117	29 698	29 972	30 114	29 829	30 017	30 304	30 131	30 135	30 139	360 290	
	Varekostnader knyttet til aktiviteten i FG	207 672	199 938	212 812	191 081	202 753	209 362	164 779	182 019	216 043	210 490	213 309	199 468	2 409 726	
	Innleid arbeidskraft - del av kto 458	12 402	12 251	12 743	12 516	12 400	12 815	14 383	13 354	12 836	13 578	14 071	13 752	157 099	
	Kjøp av konseminterne helsetjenester (gjestepas.)	5 685	5 655	5 644	5 579	5 625	5 728	5 308	5 355	5 676	5 664	5 380	5 505	66 806	
	Lønn til fast ansatte	934 514	911 797	914 904	977 870	966 836	841 897	613 200	839 439	914 816	920 989	926 176	920 351	10 682 790	
	Overtid og ekstrahjelp	89 072	89 656	91 862	90 826	92 502	60 715	96 262	92 333	88 084	93 251	95 002	92 976	1 072 540	
	Pensjon	179 984	180 034	182 070	180 310	183 500	185 346	183 084	183 281	185 328	183 302	183 292	185 334	2 194 866	
	Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-56 735	-56 137	-57 175	-56 023	-55 965	-56 674	-54 909	-54 906	-56 560	-55 885	-56 492	-56 176	-673 635	
	Annen lønn	167 483	166 270	166 661	172 830	172 969	14 780	173 366	172 555	170 268	170 293	169 839	173 800	1 891 115	
	Avskrivninger	72 990	72 990	72 998	72 990	72 990	72 998	72 990	72 990	72 998	72 990	72 990	72 990	72 986	875 900
	Andre driftskostnader	250 385	246 010	246 702	237 590	233 010	229 564	225 933	228 437	232 993	237 301	241 352	244 136	2 853 412	
	Totalt Driftskostnader		1 897 076	1 862 040	1 883 058	1 918 886	1 920 264	1 610 330	1 527 769	1 768 491	1 876 486	1 885 789	1 898 747	1 885 928	21 934 865
Netto finansposter	Finansinntekter	-2 665	-4 498	-4 697	-3 778	-5 051	-8 638	-5 455	-7 953	-8 495	-8 665	-7 887	-3 366	-71 148	
	Finanskostnader	4 808	4 697	4 791	4 662	4 888	4 799	4 892	5 611	5 730	5 856	6 347	6 219	63 300	
Totalt Netto finansposter		2 143	199	94	884	-163	-3 839	-563	-2 342	-2 765	-2 809	-1 540	2 853	-7 848	
Totalsum		-20 833	-20 833	-20 834	-20 833	-20 833	-20 834	-20 833	-20 833	-20 834	-20 833	-20 833	-20 834	-250 000	

Vedlegg 2 Periodisert kontantstrømbudsjett

Periodisert årsresultat og endring i likviditet (millioner kroner)													
OPERASJONELLE AKTIVITETER:	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	2017
Årsresultat	20 833	20 833	20 834	20 833	20 833	20 834	20 833	20 833	20 834	20 833	20 833	20 834	250 000
Ordinære avskrivninger	72 990	72 990	72 998	72 990	72 990	72 998	72 990	72 990	72 998	72 990	72 990	72 986	875 900
Inntektsføring av investeringstilskudd	-4 486	-4 486	-4 486	-4 486	-4 252	-4 252	-4 252	-4 456	-4 040	-3 931	-3 931	-3 934	-50 992
Endring eksterne omløpsmidler	116 604	38 000	-376 000	-13 000	12 000	-39 000	97 000	47 000	15 000	62 000	73 000	119 000	151 604
Endring eksterne kortsiktig gjeld	-160 748	142 532	279 143	401 450	-244 483	-95 289	-153 910	-136 204	-929	531 911	-585 897	-27 879	-50 302
Basisfordring	-38 405	-38 405	-38 405	-38 405	-38 405	-38 405	-38 405	-38 405	-38 405	-38 405	-38 405	-38 405	-460 861
Forskjell mellom inntektsført og utbetalt ISF	-29 041	-9 594	-38 393	15 296	-13 289	-18 903	88 192	34 406	-25 497	-16 196	-23 603	30 402	-6 220
Endring interne omløpsmidler	264 647	-68 750	-75 522	-67 227	-76 208	75 838	66 129	-224 272	79 277	51 964	32 460	84 731	143 065
Endring intern kortsiktig gjeld	-95 984	4 233	-3 013	4 158	4 345	-14 345	4 329	4 175	-2 837	4 300	4 730	75 520	-10 388
Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	146 409	157 353	-162 843	391 610	-266 470	-40 523	152 906	-223 934	116 401	685 466	-447 823	333 254	841 806
Forskjell mellom pensjonskostnad og pensjonspremie	153 324	178 401	178 080	10 502	159 557	183 713	-28 593	159 470	55 545	-336 477	74 204	105 158	892 884
Endring i driftslikviditet	299 733	335 754	15 237	402 111	-106 912	143 190	124 313	-64 463	171 946	348 989	-373 620	438 412	1 734 689
INVESTERINGSAKTIVITETER:	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	2017
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	-58 833	-53 396	-61 409	-50 468	-61 090	-64 918	-77 309	-83 605	-86 112	-90 327	-80 140	-69 792	-837 400
Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler	-39 505	-39 363	-47 206	-48 568	-48 781	-48 853	-50 433	-50 505	-50 433	-57 179	-70 527	-183 777	-735 130
Innbetalinger ved salg av andre finansielle eiendeler	1 669	-164	-363	556	-717	-4 304	-1 121	-3 619	-4 161	-4 331	-3 553	960	-19 148
Utbetaling ved kjøp av andre finansielle eiendeler	-	-	-	-	-	-	-17 705	-	-	-	-23 355	-	-41 060
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-96 669	-92 923	-108 978	-98 480	-110 588	-118 074	-146 568	-137 729	-140 707	-151 836	-177 575	-252 609	-1 632 738
FINANSIERINGSAKTIVITETER:	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	2017
Investeringslån (HOD)	21 235	19 250	22 128	21 361	25 119	26 405	25 429	27 512	31 591	33 176	33 176	28 620	315 000
Finansiell leiekontrakt	29 793	29 793	32 493	31 393	31 393	31 393	20 956	20 956	20 956	23 813	31 925	98 078	402 943
Langsiktige lån IKT (intern)	2 633	-9 867	2 633	2 633	-6 117	2 633	2 633	-6 117	2 633	2 633	-6 117	2 510	-7 278
Avdragsbetaling (intern)	-	-	-5 680	-	-	-54 711	-	-	-5 680	-	-	-54 711	-120 782
Avdragsfinansiering (intern)	-	-	5 680	-	-	54 711	-	-	5 680	-	-	54 711	120 782
Innbetaling av tilskudd og gaver til investeringer	-	-	-	833	833	833	833	833	833	833	833	833	7 500
Endring øvrige langsiktige forpliktelser	1 894	1 894	1 894	1 894	1 894	1 894	1 894	1 894	1 894	1 894	1 894	1 892	22 726
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	55 555	41 070	59 148	58 114	53 122	63 158	51 745	45 079	57 908	62 349	61 711	131 933	740 891
Total endring likviditet	258 618	283 902	-34 594	361 745	-164 378	88 273	29 490	-157 113	89 147	259 501	-489 484	317 736	842 843
Utgående likviditetsbeholdning	-2 514 007	-2 230 105	-2 264 699	-1 902 954	-2 067 332	-1 979 059	-1 949 569	-2 106 682	-2 017 535	-1 758 034	-2 247 518	-1 929 782	-1 929 782
Kreditramme	3 893 000	3 893 000	3 893 000	3 893 000	3 893 000	3 893 000	3 777 908	3 662 816	3 547 724	3 432 632	3 317 540	3 000 116	3 000 116
Likviditetsreserve	1 378 993	1 662 895	1 628 301	1 990 046	1 825 668	1 913 941	1 828 339	1 556 134	1 530 189	1 674 598	1 070 022	1 070 334	1 070 334

Vedlegg 3 Aktivitetsmål for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Psykisk helsevern	Budsjett 2016	Estimat 2016	ØLP 2017	Budsjett 2017 (styresak 70/2016)	Rapportert aktivitet 2016	Justert budsjett 2017
Psykisk helsevern for voksne (VOP)						
Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus						
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	72 629	71 145	72 629	68 258	73 942	70 912
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt	1 744	1 917	1 744	1 715	2 012	1 798
Antall polikliniske konsultasjoner 1)	94 988	101 756	97 742	101 425	104 160	103 840
Barne - og ungdomspsykiatri						
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	5 394	5 166	5 394	5 394	5 372	5 609
Antall utskrevne pasienter - døgntilrettelagt	142	142	142	142	154	154
Antall oppholdsdager dagbehandling	3 796	3 111	3 796	3 108	3 237	3 234
Antall polikliniske konsultasjoner	46 365	45 153	47 710	46 731	45 860	47 456
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB)						
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	24 361	26 187	24 361	25 552	25 619	24 998
Antall utskrevne pasienter - døgntilrettelagt	3 052	2 282	3 052	2 259	2 306	2 283
Antall polikliniske konsultasjoner	21 278	22 272	21 895	22 824	23 915	24 508

1) Fra 1.1.2017 er en en psykosomatisk poliklinikk for voksne omgjort fra voksenpsykiatri til somatikk. Som følge av dette er 3.365 konsultasjoner flyttet fra VOP til somatikk i budsjett 2017.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. februar 2017

Saksbehandler: Leder Internrevisjonen

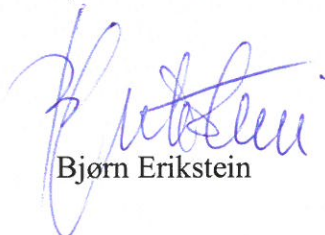
Vedlegg: 1. Rapport 11/2016: "Revisjon Tiltaksarbeid etter
revisjoner utført av konsernrevisjonen"
2. Handlingsplan

SAK 7/2016 REVISJON - TILTAKSARBEID ETTER REVISJONER UTFØRT AV KONSERNREVISJONEN

Forslag til vedtak:

1. Styret tar revisjonsrapporten til etterretning.
2. Styret ber om å bli orientert om oppfølgingen av fremlagte handlingsplan.

Oslo, den 8. februar 2017



Bjørn Erikstein

Bakgrunn

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har gjennomført en revisjon med tittel "Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen" i Oslo universitetssykehus HF. Revisjonen er gjennomført i perioden august til oktober 2016. Den inkluderer styret, administrerende direktør, sentral stab, Oslo sykehusservise, Kreftklinikken, Hjerter-, lunge-, karklinikken og Nevroklinikken.

Bakgrunnen for revisjonen er krav til helseforetakene om fokus på kvalitet, pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring, samt innspill fra styret i det regionale helseforetaket om å undersøke hvordan det sikres at revisjonene bidrar til læring og forbedring. Målet med revisjonen var å kartlegge og vurdere om Oslo universitetssykehus HF har fulgt opp de anbefalinger som tidligere er gitt av konsernrevisjonen, og hvordan disse blir håndtert av helseforetakets ledelse.

Konsernrevisjonen valgte å belyse dette gjennom to problemstillinger:

Problemstilling 1

Inngår oppfølging av revisjoner og tilsyn i helseforetakets etablerte system for intern styring og kontroll, og følges tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen opp av styret og helseforetaket?

Problemstilling 2

Har helseforetaket lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring, og vet helseforetaket om det har skjedd en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt?

Revisjonen har tatt utgangspunkt i fire konsernrevisjoner i perioden 2011 – 2015:

1. Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis, revisjon av det pasientadministrative arbeidet
2. Intern styring og kontroll av pasientadministrativt arbeid
3. Revisjon i Hjerter-, lunge-, karklinikken av områdene virksomhetsstyring, pasientbehandling, kompetansestyring, ressursstyring (HLK-revisjon)
4. Revisjon Tilgjengelige helsetjenester.

Hovedkonklusjon

Oslo universitetssykehus HF har etablert et system for intern styring og kontroll som inkluderer oppfølgingsarbeid av revisjoner og tilsyn. Helseforetaket har prosedyrer som beskriver hvordan dette skal gjennomføres, hvem som er ansvarlige og hvordan status skal rapporteres. Men selv om helseforetaket har føringer, finner konsernrevisjonen mangler i etterlevelsen av disse. Det påpekes som svært viktig at helseforetaket får lik forståelse av den enkeltes rolle, ansvar og oppgaver slik at både stab og linje er innforstått med sitt ansvar og hvilke forventninger det er til oppfølgingen.

Oslo universitetssykehus HF nedlegger et betydelig arbeid i å utarbeide handlingsplaner. Men oppfølgingen av planene er ikke i tråd med føringene, og det kan føre til at arbeidet ikke bidrar til den ønskede forbedring. Dersom Oslo

universitetssykehus HF i større grad inkluderer oppfølgingsarbeidet i de ordinære styring- og oppfølgingsprosessene, vil det medføre bedre eierskap - som igjen vil øke effekten av tiltaksarbeidet.

Konsernrevisjonens vurdering og anbefaling:

Oppfølgingen av de ulike revisjonene viser mange av de samme svakhetene som tidligere er påpekt i den interne styringen og kontrollen. Det anbefales at Oslo universitetssykehus HF ser på revisjonene samlet for å finne årsakene til de gjentakende svakhetene, og ut fra dette utformer gode måter for videre tiltaksarbeid.

Administrerende direktørs vurdering

Anbefalingene fra Konsernrevisjonen skal bidra til at styret og øvrig ledelse har fokus på sentrale områder i virksomheten som kvalitet, pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring. Rapporten bidrar til læring og forbedring og resultatene i revisjonsrapporten er presentert for ledergruppen og for alle involverte i revisjonen.

På bakgrunn av anbefalingene er det satt i gang tiltak. Vedlagte handlingsplan er utarbeidet for oppfølging av revisjonsrapporten. Styret vil bli orientert om oppfølging av handlingsplanen.

Faktabeskrivelse

Målet med revisjonen var å kartlegge og vurdere om helseforetaket har fulgt opp de anbefalinger som konsernrevisjonen tidligere har gitt, og hvordan dette har blitt håndtert i helseforetakets ledelse. For å undersøke om systemet for oppfølging av revisjoner og tilsyn virker, ble det vurdert hvordan Oslo universitetssykehus HF har fulgt opp egne vedtak og handlingsplaner etter følgende revisjoner:

Årstall	Revisjoner gjennomført i Oslo universitetssykehus HF
2015	Tilgjengelige helsetjenester
2014	HLK-revisjonen
2012	Intern styring og kontroll av pasientadministrativt arbeid
2011	Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene

Tilgjengelige helsetjenester

Revisjon ble gjennomført i 2015. Målet med revisjonen var å undersøke hvordan helseforetaket planlegger og følger opp pasientforløpet for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter. Revisjonen ble gjennomført i tre klinikker. Konklusjonen viste mangler og svakheter som kan føre til at ikke når sine mål og krav. Dette gjaldt mål og krav som kunne påvirke pasienten direkte, som for eksempel at helsehjelpen gis til fastsatt tid. Det gjaldt også mål og krav knyttet til optimal ressursbruk for å sikre tilgjengelige helsetjenester, herunder manglede synliggjøring av sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet.

HLK-revisjonen

Konsernrevisjonen gjennomførte i 2014 en revisjon av intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Hjerne-, lunge- og karklinikken innen områdene pasientbehandling, utdanning*¹, forskning* og virksomhetsstyring, samt innen

* ikke tatt med i denne revisjonen.

kompetansestyring og ressursstyring. Den samlede konklusjon var at klinikkens interne styring og kontroll ikke var tilstrekkelig, og det ble avdekket svakheter innen alle reviderte områder.

I revisjonen ble det undersøkt om helseforetaket har iverksatt og gjennomført tiltak ut fra egne handlingsplaner og fulgt opp styrets beslutning om at forbedringsarbeidet etter Hjerte-, lunge- og karklinikken - revisjonen skal «bredde» til alle klinikker i foretaket.

Pasientadministrativt arbeid

Revisjonen av det pasientadministrative arbeidet omfattet alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, og ble gjennomført i 2011, 2012 og 2013. Målet med revisjonene var «å bekrefte overfor det enkelte helseforetak om det var etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll på det pasientadministrative arbeidet». Revisjonen ble gjennomført i Oslo universitetssykehus HF i 2012. Innføringen av DIPS i 2014 økte Oslo universitetssykehus HF mulighet til i større grad å trekke ut data og å få bedre styring og kontroll med det pasientadministrative arbeidet. Innføringen av DIPS, og andre kontrolltiltak internt og eksternt, gjorde at Konsernrevisjonen valgte å begrense denne delen av revisjonen til å undersøke om helseforetaket har status for gjennomførte tiltak, om helseforetaket monitorerer, følger utviklingen og kan vise til forbedringer.

Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis

Revisjonen ble gjennomført i 2011 av konsernrevisjonene i de fire helseregionene. Hensikten var å avklare om helseforetakene hadde etablert god intern styring og kontroll som kan gi rimelig sikkerhet for korrekt koding. Revisjonen ble gjennomført i to faser. Fase 1 ble gjennomført som nasjonal elektronisk spørreundersøkelse i alle landets helseforetak med somatisk virksomhet, og fase to som nærmere undersøkelser ved ni utvalgte helseforetak. Oslo universitetssykehus HF ble ikke valgt ut for fase 2. Resultater og konklusjoner i hovedrapporten bygger imidlertid på datagrunnlaget for begge fasene i revisjonen, og de anbefalinger som ble gitt i hovedrapporten gjelder for alle landets helseforetak med somatisk virksomhet.

Rapport og konklusjon


Revisjonen "Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen" ville undersøke om Oslo universitetssykehus HF har implementert hovedanbefalingene, og om det kan vises til bedret praksis og positiv utvikling. For å undersøke om systemet for oppfølging av revisjoner og tilsyn virker, gjennomgikk konsernrevisjonen overnevnte revisjoner og belyste gjennomgangen ved to tidligere nevnte problemstillinger. Det ble benyttet revisjonskriterier i revisjonen som var utarbeidet med utgangspunkt i revisjonsgrunnlaget, og disse kriteriene beskrivelser hva som kjennetegner god praksis knyttet til tiltaksarbeid. Revisjonen hadde 10 kriterier (vedlegg 1).

Foretaket mottok rapporten 13. januar 2017. Konsernrevisjonen vurderer at de ulike revisjonene viser mange av de samme svakhetene i intern styring og kontroll. Flere av svakhetene gjentar seg over flere år, er det anbefales at Oslo universitetssykehus HF ser på revisjonene samlet for å finne årsakene til de gjentakende svakhetene, og ut fra dette utformer gode måter for videre tiltaksarbeid.



**Revisjonsrapport
Oslo universitetssykehus HF
11/2016**

**Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av
konsernrevisjonen**



Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
Dato: 13.1.2017

Rapport nr.	11/2016
Revisjonsperiode	August – november 2016
Virksomhet	Oslo universitetssykehus HF
Rapportmottaker	Styret i Oslo universitetssykehus HF v/styreleder Administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF
Kopi	Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF
Oppdragsier	Konsernrevisor Espen Anderssen
Revisor	Oppdragsleder Sissel Korshavn, internrevisor Torun Vedal

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn og beskrivelse av området.....	6
1.2 Formål, mål og problemstillinger.....	6
1.3 Tilnærming og avgrensning.....	7
1.4 Metode.....	9
1.5 Intern styring og kontroll.....	9
1.6 Revisjonsgrunnlag.....	10
1.7 Revisjonskriterier.....	11
2.0 Observasjoner og funn.....	12
2.1 Problemstilling 1.....	12
2.2 Problemstilling 2.....	19
3.0 Oversikt over informasjonsgrunnlag, gjennomførte intervjuer og møter.....	25

Sammendrag

Denne rapporten presenterer resultatene av konsernrevisjonens revisjon "Tiltaksarbeid etter revisjoner" i Oslo universitetssykehus HF. Revisjonen er gjennomført i perioden august - november 2016, og den inkluderer styret, administrerende direktør, sentral stab, Oslo sykehusservise, Kreftklinikken, Hjerte-, lunge-, karklinikken og Nevroklinikken.

Bakgrunnen for revisjonen er krav til helseforetakene om økt fokus på kvalitet, pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring, samt ønske fra styret i RHFet om å undersøke hvordan det sikres at revisjonene bidrar til læring og forbedring. Målet med denne revisjonen er derfor å kartlegge og vurdere om helseforetakene har fulgt opp de anbefalinger som er gitt av konsernrevisjonen, og hvordan dette blir håndtert av helseforetakets ledelse. Vi har valgt å belyse dette gjennom følgende problemstillinger:

- 1. Inngår oppfølging av revisjoner og tilsyn i helseforetakets etablerte system for intern styring og kontroll, og følges tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen opp av styret og helseforetaket?*
- 2. Har helseforetaket lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring, og vet helseforetaket om det har skjedd en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt?*

Revisjonen har tatt utgangspunkt i følgende revisjoner utført i perioden 2011 - 2015: Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis, revisjon av det pasientadministrative arbeidet, Revisjon i Hjerte-, lunge-, karklinikken av områdene virksomhetsstyring, pasientbehandling, kompetansestyring, ressursstyring (HLK-revisjon) og revisjon Tilgjengelige helsetjenester.

For å svare ut problemstillingene har vi testet hvordan helseforetaket har fulgt opp egne føringer og beslutninger, dette med gjennomgang av styrevedtak, styrende dokumenter/prosedyrer, ledermøtereferater og dokumentasjon på rapportering og oppfølging. I tillegg har vi intervjuet følgende: styret v/styreleder, administrerende direktør, sentral stab og utvalgte ledere fra klinikker og avdelinger.

Hovedkonklusjon

Oslo Universitetssykehus HF sitt etablerte system for intern styring og kontroll inkluderer oppfølgingsarbeid av revisjoner og tilsyn. Helseforetaket har prosedyrer som beskriver hvordan dette skal gjennomføres, hvem som er ansvarlige og hvordan status skal rapporteres. Men selv om helseforetaket har føringer, ser konsernrevisjonen at det er mangler i etterlevelsen av disse. Det er av den grunn viktig at helseforetaket tydeliggjør rolle, ansvar og oppgaver for både stab og linje slik at alle er innforstått med sitt individuelle ansvar og hvilke forventninger det er til oppfølgingen.

Helseforetaket nedlegger et betydelig arbeid i å utarbeide handlingsplaner. Men når oppfølgingen av planene ikke er i tråd med helseforetakets egne føringer, kan det føre til at arbeidet ikke bidrar til den ønskede forbedring. Det er derfor viktig at tiltaksarbeidet gjennomføres på en måte som gir mening og riktig retning for helseforetaket, slik at man fullt ut får realisert det forbedringspotensialet som

oppfølging av revisjoner skal gi. Dersom helseforetaket også i større grad inkluderer oppfølgingsarbeidet i de ordinære styring- og oppfølgingsprosessene, vil det medføre bedre eierskap som igjen vil øke effekten av tiltaksarbeidet.

Helseforetaket har føringer for at tilsyn og revisjoner skal bidra til læring og forbedring og har etablert læringsarenaer for dette, men revisjonen viser at det er utfordrende å overføre arbeidet som utøves i de ulike nettverkene til linjeledelsen. Tiltaksarbeidet vil kunne styrkes dersom erfaringene fra nettverkene tas opp i helseforetakets formelle arenaer.

Etter en samlet vurdering ser konsernrevisjonen at de ulike revisjonene viser mange av de samme svakhetene i intern styring og kontroll. Når vi også ser at flere av svakhetene gjentar seg over flere år, er det særlig viktig at helseforetaket ser på revisjonene samlet, finner årsakene til de gjentakende svakhetene, og ut fra dette utformer gode måter for videre tiltaksarbeid.

Hovedkonklusjonen bygger på følgende sentrale observasjoner og vurderinger

Tilgjengelige helsetjenester

Helseforetakets handlingsplan for oppfølging av revisjon 'Tilgjengelige helsetjenester fra 2015 er vedtatt av ledermøtet og styret. Det er ikke rapportert på status for tiltaksarbeidet i ledelsens gjennomgang, andre tertial 2016, i henhold til prosedyrer og styrets vedtak. Av denne grunn kan ikke konsernrevisjonen vurdere om helseforetaket er i rute med tiltaksarbeidet.

HLK-revisjonen

Klinikkens handlingsplan ble styrebehandlet i mars 2014. Klinikken har arbeidet målrettet og godt med eget oppfølgingsarbeid, der den enkelte avdeling har blitt fulgt opp gjennom egne planer. Klinikkleder orienterer om at tiltaksarbeidet i hovedsak er gjennomført. Klinikken og avdelingene kan vise status over gjennomførte tiltak, og status for arbeidet er også fremlagt for styret. I samme styremøte ba styret om å bli orientert om hvordan revisjonsfunnene i HLK-klinikken skulle følges opp og om å bli forelagt en plan om hvordan funnene i revisjonen kunne benyttes i forbedringsarbeidet i øvrige klinikker i helseforetaket. Planen er utarbeidet, men har ikke vært presentert for styret. Den er heller ikke blitt behandlet i administrerende direktør sitt ledermøte. Tiltaksarbeidet ble sist omtalt i ledelsens gjennomgang andre tertial 2015, men inneholdt ikke oversikt over hvilke av tiltakene som er gjennomført og hva som gjenstår. Det fremgår ikke om arbeidet med å spre resultatene etter HLK-revisjonen til øvrige deler av helseforetaket er gjennomført og avsluttet, eller om det er forventninger til ytterligere rapportering til styret.

Revisjon av det pasientadministrative arbeidet

Helseforetaket har arbeidet systematisk med tiltaksarbeid etter revisjon av det pasientadministrative arbeidet i 2011. Helseforetaket avsluttet tiltaksarbeidet i 2013 og rapporterte status over gjennomførte tiltak og hva som gjenstod til styret. Tiltak som ikke var gjennomført ble overført til ordinær drift. Helseforetaket monitorerer og rapporterer utviklingen for tre av de fem nasjonale kvalitetsindikatorene og kan vise til forventet forbedring, men inkluderer ikke indikatorene "ikke signerte dokumenter i DIPS" og "andel pasienter direkte time" i månedsrapporter og tertialrapporter.

Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis

Helseforetaket startet oppfølgingsarbeidet etter nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i 2011 med å gjennomføre en egen intern revisjon. Plan for oppfølgingsarbeidet ble utarbeidet med utgangspunkt i funn og anbefalinger fra begge revisjonene og planen ble behandlet av administrerende direktør sitt ledermøte samme år. Helseforetaket kan ikke fremvise oversikt over hvorvidt ledermøtets beslutning er gjennomført og implementert.

Helseforetaket gjennomførte en ny intern revisjon i 2015 som viste mange av de samme svakhetene som ble avdekket i 2011. Helseforetakets egne funn var: *«Både stab, Oslo sykehuservice 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»*. Vi har i denne revisjonen funnet tilsvarende svakheter.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og beskrivelse av området

Revisjonen *Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen* er gjennomført i henhold til revisjonsplan 2015 - 2016 for konsernrevisjonen, fastsatt av styret i Helse Sør-Øst RHF.

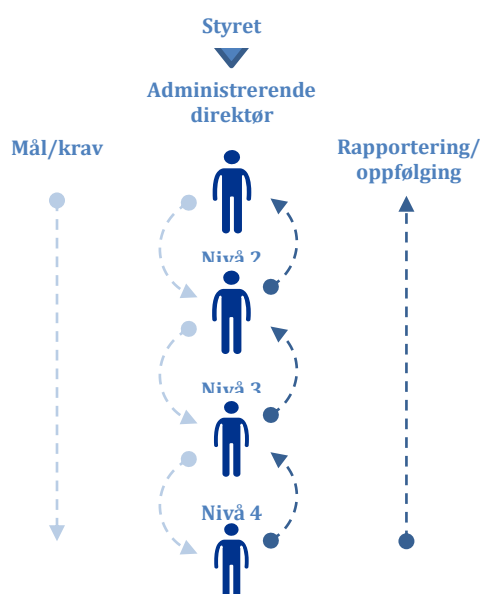
Bakgrunn for revisjonen er krav til helseforetakene om økt fokus på kvalitet, pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring, samt ønske fra styret i RHFet om å undersøke hvordan det sikres at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring.

1.2 Formål, mål og problemstillinger

Formålet med revisjonene som konsernrevisjonen gjennomfører er å bekrefte styring og kontroll i risikostyring og virksomhetsstyring i helseforetakene, og bidra til forbedring (jf. helseforetaksloven § 37a.). Målet med denne revisjonen er å kartlegge og vurdere om helseforetakene har fulgt opp de anbefalinger som er gitt av konsernrevisjonen, og hvordan dette blir håndtert i helseforetakets ledelse. Konsernrevisjonen har valgt å belyse dette gjennom to problemstillinger:

1. *Inngår oppfølging av revisjoner og tilsyn i helseforetakets etablerte system for intern styring og kontroll, og følges tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen opp av styret og helseforetaket?*

For å kunne følge opp anbefalinger og implementere endringer, forutsettes det at helseforetaket har etablert et system som tilrettelegger for tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn. På bakgrunn av dette undersøker revisjonen hvordan helseforetaket følger opp eget tiltaksarbeid, om beslutninger knyttet til tiltaksarbeid er forankret, fulgt opp og implementert i styring- og oppfølgingsprosesser.



Figuren visualiserer styring og oppfølgingsprosesser gjennom de ulike nivåene i helseforetaket. I henhold til god praksis for intern styring og kontroll skal tiltaksarbeidet etter revisjoner og tilsyn ikke foregå adskilt fra den ordinære virksomhetsstyringen, men være en integrert del.

Figur 1: Forholdet mellom mål/krav og rapportering/oppfølging

2. Har helseforetaket lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring og vet helseforetaket om det har skjedd en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt?

Revisjonen undersøker om helseforetaket monitorerer og følger opp utviklingen knyttet til tiltaksarbeidet og kan dokumentere at endret praksis er forankret og implementert i daglig drift. Sentralt i denne revisjonen er også om helseforetaket kan vise til varig forbedring og om erfaringer breddes.



Figuren illustrerer arbeid med kontinuerlig forbedring. Revisjonen har tatt utgangspunkt i Demings sirkel for forbedring, da den forutsettes kjent og innarbeidet i helseforetakene. I revisjon om oppfølging av helseforetakenes tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn er alle fasene relevante, og særlig fase fem hvor det legges vekt på å standardisere og følge opp.

Figur 2: Demings sirkel, modell for kontinuerlig forbedring.

1.3 Tiltærning og avgrensning

For å undersøke om systemet for oppfølging av revisjoner og tilsyn virker har vi gjennomgått hvordan helseforetaket har fulgt opp egne vedtak og handlingsplaner etter følgende revisjoner:

Årstall	Revisjoner gjennomført i Oslo universitetssykehus HF
2015	Tilgjengelige helsetjenester
2014	HLK-revisjonen
2012	Intern styring og kontroll av pasientadministrativt arbeid
2011	Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene

Tabell 1: Revisjoner gjennomført i OUS HF

Tilgjengelige helsetjenester

Revisjon ble gjennomført i 2015. Målet med revisjonen var å undersøke hvordan helseforetaket planlegger og følger opp pasientforløpet for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter. Revisjonen ble gjennomført i tre klinikker i helseforetaket. Konklusjonen i revisjonsrapporten viser til mangler og svakheter som kan føre til at helseforetaket ikke når sine mål og krav. Dette gjaldt mål og krav som kunne påvirke pasienten direkte, som for eksempel at helsehjelpen gis til fastsatt tid. Det gjaldt også mål og krav knyttet til optimal ressursbruk for å sikre tilgjengelige helsetjenester, herunder manglede synliggjøring av sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet.

I denne revisjonen avgrenses undersøkelsen til kun å se på om helseforetaket har startet tiltaksarbeidet og er i rute i henhold til egne vedtak og planer.

HLK-revisjonen

Konsernrevisjonen gjennomførte i 2014 en revisjon av intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Hjerte-, lunge- og karklinikken (HLK) innen områdene pasientbehandling, utdanning, forskning og virksomhetsstyring, samt innen kompetansestyling og ressursstyring. Konsernrevisjonens samlede konklusjon var at klinikkens interne styring og kontroll ikke var tilstrekkelig, og det ble avdekket svakheter innen alle reviderte områder.

I denne revisjonen vil vi undersøke om helseforetaket har iverksatt og gjennomført tiltak ut fra egne handlingsplaner og fulgt opp styrets beslutning om at forbedringsarbeidet etter HLK- revisjonen skal breddes i sykehuset.

I samråd med administrerende direktør vil ikke denne revisjonen omhandle undersøkelser av iverksatte og gjennomførte tiltak for områdene forskning og utdanning.

Pasientadministrativt arbeid

Revisjonen av det pasientadministrative arbeidet omfattet alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, og ble gjennomført i 2011, 2012 og 2013. Målet med revisjonene var å bekrefte overfor det enkelte helseforetak om det var etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll på det pasientadministrative arbeidet. Revisjonen ble gjennomført i Oslo universitetssykehus HF i 2012. Innføringen av DIPS i 2014 økte helseforetakets mulighet for i større grad å trekke ut data og å få bedre styring og kontroll med det pasientadministrative arbeidet.

Innføringen av DIPS, samt andre kontrolltiltak internt og eksternt, gjør at konsernrevisjonen har valgt å begrense denne delen av revisjonen til å undersøke om helseforetaket har status for gjennomførte tiltak, om helseforetaket monitorerer, følger utviklingen og kan vise til forbedring.

Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis

Revisjonen ble gjennomført i 2011 av internrevisjonene i de fire helseregionene. Hensikten var å avklare om helseforetakene hadde etablert god intern styring og kontroll som kan gi rimelig sikkerhet for korrekt koding. Revisjonen ble gjennomført i to faser. Fase en ble gjennomført som nasjonal elektronisk spørreundersøkelse i alle landets helseforetak med somatisk virksomhet, og fase to som nærmere undersøkelser ved ni utvalgte helseforetak. Oslo universitetssykehus HF ble ikke valgt ut for fase 2. Resultater og konklusjoner i hovedrapporten bygger imidlertid på datagrunnlaget for begge fasene i revisjonen, og de anbefalinger som ble gitt i hovedrapporten gjelder for alle landets helseforetak med somatisk virksomhet.

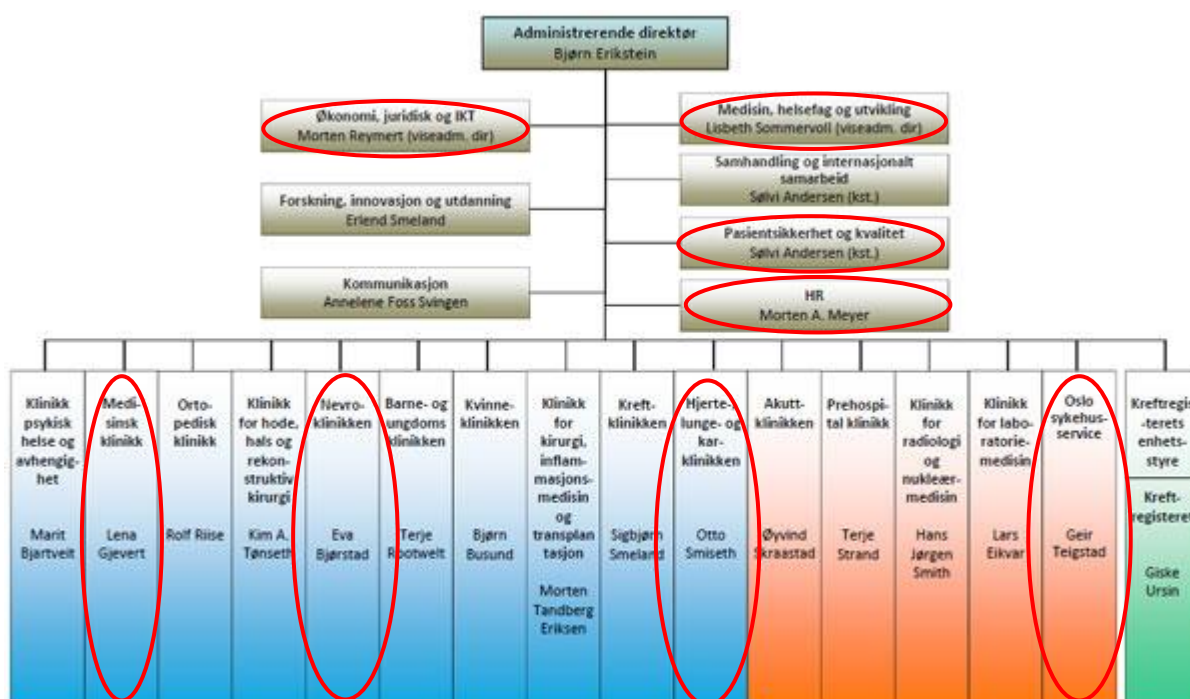
Revisjonen vil undersøke om helseforetaket har implementert hovedanbefalingene, og om det kan vises til bedret praksis og positiv utvikling.

1.4 Metode

Metodene som har vært benyttet har vært dokumentgjennomgang og intervjuer. For å svare ut problemstillingene har vi ved gjennomgang av styrevedtak, styrende dokumenter/prosedyrer, ledermøtereferater og dokumentasjon på rapportering og oppfølging testet hvordan helseforetaket har fulgt opp egne føringer og beslutninger.

Følgende nivåer er blitt intervjuet: Styreleder, administrerende direktør, utvalgte personer i sentral stab, klinikkledere i Hjerte- lunge og karklinikken, Medisinsk klinikk og Nevroklinikken og avdelingsledere fra hver klinikk. Flere av informantene hadde sine rådgivere med i intervjuet.

Detaljert oversikt på de som er intervjuet finnes på siste side. Valg av klinikker som utgangspunkt for revisjonen ble gjort i samråd med administrerende direktør.

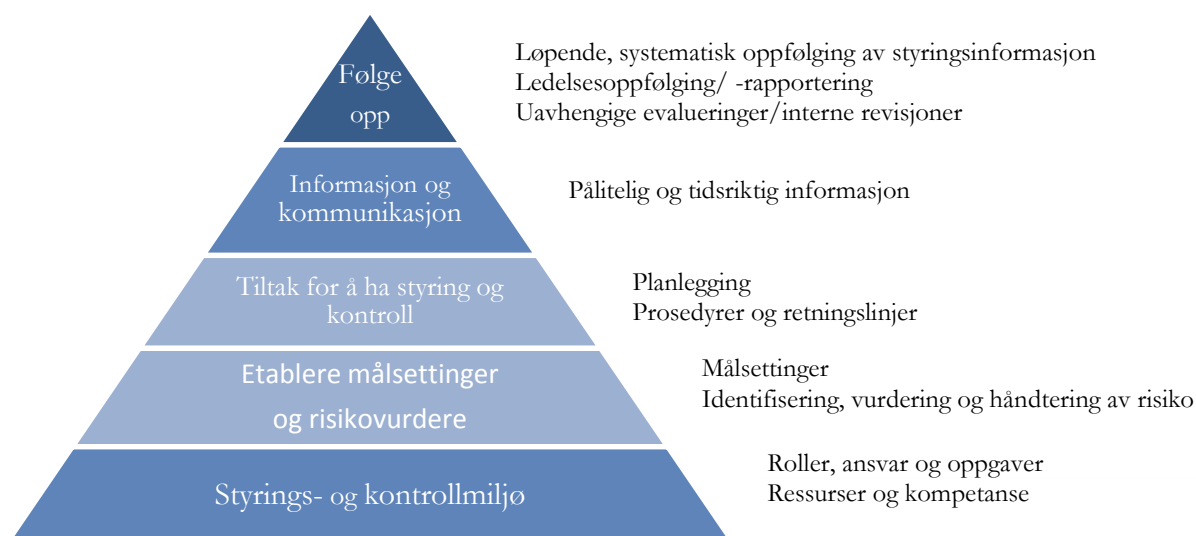


Figur 3: Organisasjonskart Oslo universitetssykehus – enheter revisjonen har omfattet er markert med rødt

Revisjonsteamet har i tillegg hatt informasjonsmøter med leder av helseforetakets brukerutvalg, foretakstillitsvalgte og hovedverneombud.

1.5 Intern styring og kontroll

Rammeverk for god virksomhetsstyring beskriver fem elementer for intern styring og kontroll. Elementene er oppfølging, tiltak for å ha styring og kontroll, etablering av målsettinger og risikostyring og styrings- og kontrollmiljø.



Figur 4: Intern styring og kontroll

Intern styring og kontroll skal sikre at overordnede mål som gjelder for virksomheten er tydelige, og at disse kommuniseres til de som skal utføre aktiviteter, for igjen og nå mål. Roller, ansvar og oppgaver må være fordelt og kjent, og de som skal ta del i arbeidet må ha tilstrekkelig kompetanse.

Systemet for intern styring og kontroll må være beskrevet, og prosedyrene må være oppdatert og tilpasset helseforetakets behov. Det må være et system for å gjennomføre risikovurderinger som sikrer at det gjennomføres tiltak for å håndtere risikoutsatte områder. Å bekrefte at det er etablert et system for oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn i helseforetakene er derfor et viktig ledd for å kunne bekrefte oppfølging av intern styring og kontroll.

1.6 Revisjonsgrunnlag

Krav og føringer for helseforetakenes oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjoner, er angitt både i lover og forskrifter, og gjennom krav gitt i oppdrag- og bestillerdokumentet.

- Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten – (Helsetilsynsloven) § 3
- Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten
- Rammeverk for virksomhetsstyring for Helse Sør-Øst
- Veileder for styrearbeid i helseforetak for Helse Sør-Øst

Følgende spesifikke krav er gitt i Oppdrag og bestillerdokumentet om oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen:

- 2012: Krav om at alle rapporter fra konsernrevisjonen skal styrebehandles og handlingsplaner som utarbeides skal angi tiltak, ansvar og frister. Krav til at fremdrift og virkning av tiltakene skal følges opp av styrene i helseforetakene. Rutiner, prosesser, opplæring og IKT-systemer skal bidra til korrekt medisinsk koding. All dokumentasjon av

medisinsk aktivitet skal gjøres på et helsefaglig grunnlag, og ikke etter hvilken inntekt som eventuelt genereres.

- 2013: Krav til forbedring av pasientadministrativt arbeid og medisinsk koding.
- 2014: Krav om at rapporter etter konsernrevisjonens oppfølgingsrevisjoner etter pasientadministrativt arbeid skal gjøres kjent og følges opp av alle helseforetak, og krav om at tiltaksarbeidet skal skape varig forbedring i henhold til styrets vedtak.
- 2015: Krav om at alle helseforetak skal bruke oppsummeringsrapporter fra revisjonsområdene gjennomført i 2014 til forbedringsarbeid og læring, og om å følge opp tiltaksarbeidet etter alle tidligere revisjoner utført av konsernrevisjonen. Styrene i helseforetakene er gitt ansvar for å følge opp at tiltaksarbeidet gir forventet effekt.

1.7 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene som benyttes i denne revisjonen er utarbeidet med utgangspunkt i revisjonsgrunnlaget, og gir beskrivelser av hva som kjennetegner god praksis knyttet til området tiltaksarbeid. Revisjonen har følgende 10 kriterier:

1. Forholdet mellom styret og administrerende direktør er regulert i instruks.
2. Styret følger opp revisjoner og tilsyn i tråd med krav i Oppdrag og bestillerdokumentet. Styret holdes orientert om oppfølging av revisjoner og tilsyn, og dokumentasjonen er utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak.
3. Helseforetaket har styrende dokumenter som beskriver hvordan revisjoner og tilsyn skal følges opp, og ansvar for oppfølgingen er bestemt og kommunisert.
4. Helseforetaket vurderer resultatene fra revisjoner, prioriterer mellom ulike tiltak, og inkluderer områder med høy risiko i helseforetakets ordinære risikohåndtering.
5. Helseforetakets handlingsplaner for tiltaksarbeid er oversiktlige og systematisk fremstilt. Tiltaksarbeid etter HLK-revisjonen og Tilgjengelige helsetjenester er startet opp, og er i rute i henhold til plan.
6. Tiltaksarbeidet etter revisjoner og tilsyn er inkludert i helseforetakets gjennomgående system for rapportering og oppfølging.
7. Helseforetaket har føringer for at tiltaksarbeidet etter tilsyn og revisjoner skal bidra til læring og forbedring, og for at erfaringer deles og spres.
8. Helseforetaket har gjennomført tiltak etter nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis.
9. Helseforetaket har gjennomført tiltak etter revisjon av pasientadministrativt arbeid.
10. Helseforetaket monitorerer utviklingen av det pasientadministrative arbeidet, og kan vise til forventet forbedring.

Funn og observasjoner knyttet til det enkelte revisjonskriteriet presenteres fortløpende i neste kapittel.

2.0 Observasjoner og funn

2.1 Problemstilling 1

Inngår oppfølging av revisjoner og tilsyn i helseforetakets etablerte system for intern styring og kontroll, og følges tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen opp av styret og helseforetaket?

Revisjonskriterie 1: Forholdet mellom styret og administrerende direktør er regulert i instruks.

I henhold til veileder for styrearbeid er det stilt krav til at styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Det gis føringer for hva instruksene kan inneholde, som blant annet at instruksene er samstemt i forhold til rolle og ansvar for internkontroll og virksomhetsstyring. Instruksene skal også være samstemt med regionale maler gitt i brev datert 21.3.2012 av administrerende direktør i RHFet.

Revisjonen viser:

Instruksene for styret og for administrerende direktør ble vedtatt i styremøte 17. desember 2009. Instruksene samsvarer i hovedsak innholdsmessig med regionale maler.

Revisjonen viser imidlertid:

- Det har vært utnevnt nye styreverter flere ganger siden 2009 og ny administrerende direktør ble utnevnt i 2011, men instruksene har ikke blitt behandlet i styret siden 2009.
- Gjennom intervjuer kommer det frem noe ulike oppfatninger om hvor detaljert styret bør følge opp revisjoner og tilsyn for å ivareta sitt tilsyns- og kontrollansvar.

Vurdering og anbefaling

- Revisjonsrapportene fra konsernrevisjonen oversendes styret som overordnet ansvar for helseforetakets styring og kontroll og administrerende direktør som har det utøvende ansvaret. Med dette som utgangspunkt har vi gjennom intervjuer undersøkt om forventningene til ivaretagelse av dette ansvaret er diskutert slik at man har en felles forståelse hva forventningene i instruksene innebærer. Konsernrevisjonen vurderer at forventningene ikke er tilstrekkelig avklart. Det anbefales at styret og administrerende direktør avklarer hvor tett styret ønsker å følge tiltaksarbeidet slik at det sikres tydeliggjøring og felles forståelse av roller og ansvar. I tråd med god praksis anbefales det videre at instruksene styrebehandles/gås gjennom ved oppnevning av nytt styre eller ved ansettelse av ny administrerende direktør.

Revisjonskriterie 2: Styret følger opp revisjoner og tilsyn i tråd med krav i Oppdrag og bestillerdokumentet. Styret holdes orientert om oppfølging av revisjoner og tilsyn, og dokumentasjonen skal være utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak.

I henhold til veileder for styrearbeid skal styret holdes orientert om status for oppfølging av revisjoner og tilsyn, og styrets årsplan og utestående saker/pending list skal blant annet vise når revisjoner utført av konsernrevisjonen skal følges opp. Videre følger det at saksdokumentene er utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak, at sakene fremstilles konsist, informasjonen er sortert og det vesentlige er trukket ut. Styresaker skal beskrive status på oppfølging, og om tiltaksarbeidet skjer i henhold til plan.

Revisjonen viser:

Styrets årsplan og plan for utestående saker viser når revisjoner utført av konsernrevisjonen skal følges opp og årsplanen revideres løpende ved at den oppdateres etter hvert styremøte. Status for tiltaksarbeidet rapporteres fast gjennom ledelsens gjennomgang, og i tillegg følges revisjoner opp av egne saker dersom de er av spesiell karakter.

HLK-revisjonen

Revisjonsrapporten og klinikkens handlingsplan ble styrebehandlet mars 2014 i sak 46/2014. I vedtaket ber styret om «å bli orientert om hvordan revisjonsfunnene i HLK klinikken skal følges opp og ber om å ble forelagt en plan om hvordan funnene i revisjonen kan benyttes i forbedringsarbeidet i øvrige klinikker i helseforetakets». I saksfremlegget går det frem at saken skulle følges opp gjennom ledelsens gjennomgang. Tiltaksarbeidet har blitt omtalt i alle tertialrapportene i 2014 samt første og andre tertialrapport 2015. I tillegg ble styret orientert om status for tiltaksarbeidet i styresak 43/2015.

Tilgjengelige helsetjenester

Revisjonsrapporten og handlingsplan etter revisjon Tilgjengelige helsetjenester ble styrebehandlet i mars 2016, sak 17/2016. Styret tok saken til etterretning og vedtok at status for arbeidet skal følges opp gjennom ledelsens gjennomgang. I rapporteringen fra første tertial går det frem at tiltakene i handlingsplanen skal inkluderes i eksisterende styrende prosesser og at effekt av tiltakene skal vurderes i forbindelse med ledelsens gjennomgang andre tertial høsten 2016.

Revisjonen viser imidlertid:

- Helseforetaket har ikke fremlagt plan for styret for hvordan funnene etter HLK-revisjonen kan benyttes i forbedringsarbeidet i de øvrige klinikkene, jmf styrevedtak som nevnt over.
- Det fremgår ikke av helseforetakets statusrapportering om tiltaksarbeidet med å spre resultatene etter HLK-revisjonen i øvrige deler av helseforetaket er gjennomført og avsluttet eller om det er forventninger til ytterligere rapportering til styret.
- Tiltaksarbeid etter revisjon Tilgjengelige helsetjenester er ikke omtalt i tertialrapport for andre tertial 2016, i henhold til styrets vedtak.

Vurdering og anbefaling

- Når helseforetaket ikke rapporterer tilbake til styret i tråd med styrets vedtak vil det være vanskelig for styret å følge opp utviklingen av arbeidet. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket rapporterer tilbake til styret i tråd med de vedtak som fattes, slik at styret kan følge utviklingen og påse at tiltaksarbeidet gir en forventet forbedring.

Revisjonskriterie 3: Helseforetaket har styrende dokumenter som beskriver hvordan revisjoner og tilsyn skal følges opp, og ansvar for oppfølgingen er bestemt og kommunisert.

I henhold til revisjonsgrunnlaget forventes det at helseforetaket har styrende dokumenter som beskriver hvordan arbeidet med oppfølging av revisjoner og tilsyn skal gjennomføres. Dokumentene skal foreligge i godkjent versjon og være tilgjengeliggjort i kvalitetssystemet. God internkontroll er i tillegg avhengig av at det er tydeliggjort for både stab og linje hvilke forventninger det er til oppfølgingen, og at oppgaver for de som skal implementere forbedringsarbeidet er kommunisert.

Revisjonen viser:

Helseforetaket har prosedyrer for «*Eksterne tilsyn*», «*Interne revisjoner*» og «*Oppfølging av konsernrevisjoner ved Oslo Universitetssykehus*». Rolle og ansvar for oppfølging etter revisjoner og tilsyn er definert i de overordnede prosedyrene. Helseforetakets prosedyre «*Ledelsens gjennomgang*» gir føringer for at status for oppfølging av revisjoner skal skje gjennom denne.

HLK-revisjonen

I styresak 46/2014 går det frem at administrerende direktør har gitt et særskilt ansvar for oppfølging av denne revisjonen til klinikkleder i Hjerte-, lunge- og karklinikken. Det ble også etablert en arbeidsgruppe i sentral stab som i samarbeid med klinikken skulle vurdere hvilke forbedringstiltak som skulle iverksettes ved helseforetaket og det ble utarbeidet en plan for dette arbeidet.

Tilgjengelige helsetjenester

Stab kvalitet og pasientsikkerhet fikk i ledermøtesak 31/2016 ansvar for å utarbeide handlingsplan etter revisjonen. Planen ble utarbeidet av en arbeidsgruppe ledet av juridisk direktør og behandlet i ledermøtesak 84/2016 før den ble styrebehandlet i sak 17/2016.

Revisjonen viser imidlertid:

- Informantene gir ulik informasjon om hvem som er blitt delegert oppgaver med å tilrettelegge for oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjon av Tilgjengelige helsetjenester
- Informantene gir ulik informasjon om hvem som er blitt delegert oppgaver med å tilrettelegge for oppfølging av stabens plan for bredding av tiltaksarbeidet etter HLK-revisjonen.

Vurdering og anbefaling

- Helseforetaket har prosedyrer som beskriver oppgaver og ansvarsforhold, men det fremstår likevel som uklart hvem som er delegert oppgaver med å tilrettelegge for oppfølging av tiltaksarbeid i begge revisjonene. Det anbefales at forventninger til stab og linjeledere konkretiseres og kommuniseres slik at både stab og linje er innforstått med sitt individuelle ansvar og hvilke forventninger det er til oppfølgingen.

Revisjonskriterie 4: Helseforetaket vurderer resultatene fra revisjoner, prioriterer mellom ulike tiltak, og inkluderer områder med høy risiko i helseforetakets ordinære risikohåndtering.

I henhold til revisjonsgrunnlaget forventes det at helseforetaket har styrende dokumenter som stiller krav til at funn etter tilsyn og revisjoner skal risikovurderes. Det forventes i denne revisjonen at funn i revisjoner utført av konsernrevisjonen som vurderes til å ha høy risiko, inkluderes i helseforetakets ordinære risikohåndtering.

Revisjonen viser:

Helseforetaket har prosedyre «*Risikovurdering- og styring*». Konsernrevisjonen velger å forstå prosedyren dit hen at den også omfatter krav til at funn i revisjoner og tilsyn også skal risikovurderes.

HILK-revisjonen

I ledermøtesak 223/2014 går det frem at flere funn i HILK-revisjonen var forbundet med for høy risiko og at tiltak ble umiddelbart satt i verk. Gjennom rapporteringen for status for tiltaksarbeidet etter revisjonen i ledelsens gjennomgang andre tertial 2014 fremstilles den samme konklusjonen.

Tilgjengelige helsetjenester

Ledelsens gjennomgang tredje tertial 2015, dokumenterer at det er gjennomført risikovurdering av revisjon Tilgjengelige helsetjenester. Fra konklusjonen i styresaken går det frem at «*helseforetaket vurderer at det ikke var alvorlige avvik, men alle områder innen revisjonskriteriene fikk anbefalinger*».

Informantene bekrefter dette og presiserer at funnene i revisjonen allerede var håndtert i helseforetakets ordinære styrings- og oppfølgingsprosesser. Ulike tiltak knyttet til området tilgjengelige helsetjenester er inkludert i helseforetakets ordinære risikovurderinger.

Revisjonen viser imidlertid:

- Ingen funn

Vurdering og anbefaling

- Helseforetaket har vurdert resultatene av revisjonene, og der funnene ble vurdert til å være alvorlige ble det iverksatt tiltak umiddelbart. Konsernrevisjonen har ingen anbefalinger.

Revisjonskriterie 5: Helseforetakets handlingsplaner for tiltaksarbeid er oversiktlige og systematisk fremstilt. Tiltaksarbeid etter HLK-revisjonen og revisjon Tilgjengelige helsetjenester er startet opp, og er i rute i henhold til plan.

Oppdrag og bestillerdokumentet i 2012 stiller krav om at alle rapporter fra konsernrevisjonen skal styrebehandles og at handlingsplaner skal angi tiltak, ansvar og frister. Det er også krav til at fremdrift og virkning av tiltakene skal følges opp av styrene i helseforetakene. Helseforetaket bør ha styrende dokumenter som beskriver hvordan dette skal ivaretas. Det forventes videre at helseforetaket gjør en vurdering av hva som kan hemme gjennomføring av tiltakene i handlingsplanene, og at dette danner grunnlag for utarbeidelse av planer. Det forventes at handlingsplanene er kjent og etterlevd. Det forventes videre at helseforetaket har satt i gang tiltaksarbeid etter revisjonene, og at det finnes dokumentasjon som beskriver status for om tiltaksarbeidet er i rute i henhold til plan. Dersom tiltaksarbeidet er inkludert i helseforetakets øvrige planer må dette fremgå.

Revisjonen viser:

Prosedyren "*Oppfølging av konsernrevisjoner ved Oslo universitets-sykehus*" gir føringer for at handlingsplaner skal angi konkrete tiltak, effektmål, ansvar og frister. Stabsdirektørene som er intervjuet bekrefter at prosedyren er kjent og implementert.

HLK-revisjonen

Handlingsplanen ble vedtatt i styresak 43/2014 og er utarbeidet i henhold til føringer for innhold. I styresak 2/2015 går det frem at tiltakene i handlingsplanen ble risikovurdert og at dette dannet grunnlag for prioritering og fastsettelse av tidsfrister for ferdigstillelse av hvert tiltak. Alle avdelinger i HLK-klinikken utarbeidet egne handlingsplaner og det er utarbeidet status over gjennomførte tiltak. Klinikkleder orienterer i intervju at klinikkens handlingsplan er "sjekket ut", og at klinikkleder har oversikt over hva som er gjennomført og hva som gjenstår. I styresak 46/2014 ba styret om å bli forelagt en overordnet plan for hvordan funnene i HLK-revisjonen kan benyttes i forbedringsarbeidet i øvrige klinikker i helseforetaket. Stab nivå 1 utarbeidet en slik handlingsplan, og denne er utarbeidet i henhold til føringer for innhold.

Tilgjengelige helsetjenester

Handlingsplanen ble vedtatt i styresak 17/2016 og er utarbeidet i henhold til føringer for innhold.

Revisjonen viser imidlertid:

- Handlingsplan for stab nivå 1 etter HLK-revisjonen har ikke vært i administrerende direktør sitt ledermøte, og den er lite kjent av ledere som har blitt intervjuet.
- Helseforetaket har ikke gjort en vurdering av hvilke områder som kan hindre gjennomføringen av tiltakene etter revisjonen Tilgjengelige helsetjenester. Det bekreftes gjennom intervju at en slik vurdering ikke utøves systematisk. Handlingsplanen er lite kjent av ledere som har blitt intervjuet.

Vurdering og anbefaling

- Konsernrevisjonen ser at helseforetaket nedlegger et betydelig arbeid i å utarbeide handlingsplaner. Men når oppfølgingen av planene ikke er i tråd med det helseforetaket har bestemt, kan det føre til at arbeidet ikke bidrar til den ønskede forbedring. Det er derfor viktig at tiltaksarbeidet gjennomføres på en måte som gir mening og riktig retning for helseforetaket. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket avklarer hva som er den mest hensiktsmessige måten å følge opp den enkelte revisjon, slik at man fullt ut får realisert det forbedringspotensialet som oppfølging av revisjoner skal gi.

Revisjonskriterie 6: Tiltaksarbeidet etter revisjoner og tilsyn er inkludert i helseforetakets gjennomgående system for rapportering og oppfølging.

I henhold til revisjonsgrunnlaget skal helseforetakets styrende dokumenter for rapportering og oppfølging inkludere revisjoner og tilsyn. Status for tiltaksarbeidet etter konsernrevisjonens revisjoner inkluderes i helseforetakets gjennomgående system for rapportering. Oppfølging av revisjoner og tilsyn bør tas opp i møter mellom nivåene og behandles i administrerende direktør sitt ledermøte. Det forventes å finne dokumentasjon på at ledere på alle nivåer skal følge opp revisjoner utført av konsernrevisjonen, og at tiltaksarbeidet blir gjennomført.

Revisjonen viser:

Helseforetaket har føringer for at status for tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn skal skje gjennom ledelsens gjennomgang, og rapporteringen skjer i henhold til føringene.

HLK-revisjonen

Revisjonsrapporten etter revisjonen ble presentert i ledermøte i sak 223/2014 hvor det ble besluttet at saken skulle settes opp igjen i første halvår 2015. Videre står det i referatet at oppfølgingen ville bli en del av de månedlige oppfølgingsamtalene mellom klinikkleder og avdelingslederne. Tiltakene i handlingsplanene skulle inn som oppfølgingspunkter i avdelingsledernes personlige mål. I styresak 43/2015 er det beskrevet at «Anbefalinger i revisjonen er senere fulgt opp i alle avdelingene i klinikkene og i forbedringsarbeid ellers i foretaket».

Tilgjengelige helsetjenester

Revisjonsrapporten etter revisjon ble presentert i ledermøtesak 31/2016. I ledermøtesak 84/2016 ble handlingsplanen vedtatt. Effekt av tiltakene skal i henhold til styrevedtaket vurderes høsten 2016 og status rapporteres til styret i ledelsens gjennomgang andre tertial 2016.

Revisjonen viser imidlertid for HLK-revisjonen:

- Tertialrapportene inneholder en overordnet status for tiltaksarbeidet, men inneholder ikke status over gjennomførte tiltak og hva som gjenstår.
- Status for tiltaksarbeidet har ikke vært satt på dagsorden i ledermøtet som besluttet i ledermøtesak 223/2014.
- Klinikkenes tiltaksarbeid har ikke vært tatt opp på oppfølgingsmøte mellom klinikkleder og administrerende direktør siden tredje tertial 2013.

- I styresak 43/2015 orienteres det om at lederavtalene i HLK klinikken inkluderer mål etter revisjonen, men gjennomgang av lederavtaler for avdelingsledere viser at dette ikke er inkludert.
- Erfaringer etter HLK-revisjonen har ikke vært på dagsorden i oppfølgingsmøtene med klinikklederne som omfattes av denne revisjonen og det er ikke iverksatt tiltak i disse klinikkene for å bredde resultatene av tiltaksarbeidet.
- Intern revisjonsplan 2015/16 for OUS omfattet revisjon av virksomhetsstyring, som en del av arbeidet med å bredde resultatene etter HLK- revisjonen, men revisjonen ble ikke gjennomført som planlagt. Den står på planen for 2016/17 for gjennomføring i juni-august, men revisjonen er pr d.d. ikke gjennomført.

Revisjonen viser imidlertid for revisjon Tilgjengelige helsetjenester:

- Tiltaksarbeidet etter revisjon er ikke omtalt i tertialrapporten andre tertial 2016, jf. kriteriet 2.

Vurdering og anbefaling

Konsernrevisjonens vurdering er at orienteringen om revisjonene i tertialrapporteringen kan virke overordnet og at status på selve tiltaksarbeidet noe mangelfull ut fra helseforetakets og styrets egne beslutninger og planer for oppfølging. Helseforetakets oppfølging av tiltaksarbeid tas i liten grad opp på etablerte møtearenaer, og dette kan medføre mangelfullt eierforhold til tiltaksarbeidet. Det anbefales at helseforetaket følger opp og rapporterer på de beslutninger som er fattet, og at tiltaksarbeidet inkluderes i etablerte møtearenaer slik at både ledere og medarbeidere kan følge utviklingen og være delaktige frem til alle tiltak er gjennomført og implementert i daglig drift.

2.2 Problemstilling 2

Har helseforetaket lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring, og vet helseforetaket om det har skjedd en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt?

Revisjonskriterie 7: Helseforetaket har føringer for at tiltaksarbeidet etter tilsyn og revisjoner skal bidra til læring og forbedring, og for at erfaringer deles og spres.

I henhold til revisjonsgrunnlaget bør kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet være satt i system ved at det finnes styrende dokumenter som gir føringer for hvordan resultater av tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn bidrar til læring og forbedring. Det forventes at helseforetaket har etablert faste møtearenaer der læring og forbedring er satt på dagsorden. Det forventes også at erfaringer fra nettverk eller lignende som arbeider med forbedringsarbeid formaliseres i helseforetakets lederlinje, slik at erfaringer deles og spres.

Revisjonen viser:

Prosedyre for sentralt kvalitetsutvalg gir en beskrivelse av hvilke oppgaver utvalget skal ivareta. Konsernrevisjonen tolker mandatet dit hen at det inkluderer viktige funn etter revisjoner og tilsyn. I prosedyre for kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg i klinikkene står det beskrevet hvilke oppgaver utvalget har. Flere av disse punktene er relevante for at tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn bidrar til læring og forbedring. Både på overordnet nivå i helseforetaket, og i de tre klinikkene som er omfattet av revisjonen, er det etablert kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg. I intervju med stabsdirektør for kvalitet og pasientsikkerhet bekreftes det at det er krav til at kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalgene i klinikkene skal ta opp læring etter revisjoner og tilsyn.

Informantene gir uttrykk at for at ledersamlinger og ledermøter på overordnet nivå og i klinikkene er arenaer for deling av erfaringer av forbedringsarbeid. Resultatene fra HLK-revisjonen ble lagt frem på ledermøte 9. september 2014 og konklusjonen var at resultatene ble ansett som nyttige også for andre deler av helseforetaket.

Helseforetaket har etablert følgende nettverk som arbeider med temaer relatert til områder som omfattes av denne revisjonen:

- Ventelistenettverket v/merkantilt personale
- Kodenettverket v/kodeansvarlige rådgivere fra den enkelte klinikk, samt representanter fra stabsområdet økonomi og klinikk OSS
- Nettverk v/HR rådgivere for bemanning og ressursstyring

Revisjonen viser imidlertid:

- Det går frem av intervju at erfaringer fra revisjoner ikke tas opp på kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalgene i helseforetaket.
- Det går frem av intervju at erfaringsoverføring fra de tre nevnte nettverkene over ikke er satt i system ved at erfaringene overføres til lederlinjen.

Vurdering og anbefaling

- Helseforetaket har føringer for at tilsyn og revisjoner skal bidra til læring og forbedring og har etablert læringsarenaer for dette, men revisjonen viser at det er utfordrende å overføre arbeidet som utøves i de ulike nettverkene til linjeledelsen. Tiltaksarbeidet vil kunne styrkes dersom erfaringene fra nettverkene tas opp i helseforetakets formelle arenaer. Det anbefales at arbeidet inkluderes i den ordinære styringslinjen, slik at læringseffekten øker.

Revisjonskriterie 8: Helseforetaket har gjennomført tiltak etter nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis.

I henhold til anbefalinger gitt i Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis og Oppdrag og bestillerdokumentet fra 2013 er helseforetaket anbefalt å ha felles rutiner for organisering av medisinsk koding som gir føringer for at helseforetaket gjennomfører regelmessige risikovurderinger av prosessene med medisinsk koding. Det skal gis opplæring slik at alle avdelinger har tilstrekkelig kompetanse. Det er anbefalt at det iverksettes tiltak for å etablere læringsløyper ved at det gis regelmessige tilbakemeldinger på egen kodepraksis til alle som koder. Det er også anbefalt at helseforetaket har føringer som gir tilstrekkelig vern av den som melder om feilkoding. Videre forventes det at styret og ledergruppen følger opp status for medisinsk kodepraksis, og at helseforetaket kan fremvise oversikt over hvilke tiltak som er gjennomført og hva som eventuelt gjenstår.

Revisjonen viser:

Helseforetakets "*Funksjonsbeskrivelse Kodefaglig rådgiver – klinikknivå*" beskriver hovedoppgaver og ansvarsområder. Mandat "*Kodefaglig nettverk*" skal ivareta kvalitetssikring og koordinering av det kodefaglige feltet. Prosedyren "*Varsling*" sikrer at varsleren, i henhold til Arbeidsmiljølovens krav om forsvarlig varsling, ivaretas og at varsleren blir beskyttet mot gjengjeldelse.

Resultatene av den nasjonale revisjonen i 2011 ble tatt opp i ledermøte i sak 374/2011. Det ble vedtatt å igangsette et forbedringsarbeid der klinikkene ved tertialoppfølgningene ville bli etterspurt vedrørende effekt av tiltakene. Arbeidet skulle være forankret hos prosesseier nivå 1. En arbeidsgruppe skulle oppnevnes for å igangsette tiltaksarbeidet og valgte resultatindikatorer skulle evalueres hvert tertial til ønsket resultat var oppnådd.

For å kartlegge status i eget helseforetak ble det samme år gjennomført en intern revisjon. Resultater av denne, samt anbefalinger gitt i den nasjonale rapporten, var utgangspunkt for de forbedringsforslag som skulle implementeres i alle somatiske avdelinger i helseforetaket. Klinikkleder/linjen ble gitt gjennomføringsansvar for kodearbeidet. Resultater, oppsummering og videre fremdrift etter denne revisjonen var sak i samme ledermøte.

For videre oppfølging ble det i styresak 28/2013 besluttet å gjennomføre årlige revisjoner på utvalgte områder innenfor følgende tema: "Oppfølging av revisjonsfunn innen praksis med medisinsk koding av pasientrettet aktivitet". Revisjonsplanen ble styrebehandlet og forslag til revisjonsplan ble tatt til etterretning.

Revisjonen Medisinsk koding - området "Pasientopplæring og tiltak i gruppe" ble gjennomført høsten 2015, der helseforetaket blant annet undersøkte hvordan systemet/strukturen rundt arbeidet med medisinsk koding er etablert, og helseforetakets egen konklusjon var: *«Både stab, Oslo sykehuservice 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 stikkeprøver 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».* Helseforetakets rapport og funnene ble presentert i ledermøtet 16. februar sak 51/2016. Det fremgår av ledelsens gjennomgang første tertial 2016 at det er utarbeidet handlingsplaner for området som skal følges opp i oktober 2016.

Helseforetaket har et kodefaglig nettverk som er et forum for drøftinger knyttet til medisinsk koding. Nettverket har et mandat som er godkjent og tilgjengelig i helseforetakets kvalitetssystem og ledes av Avdeling for aktivitetsdata og analyse.

Helseforetaket har i 2016 implementert programvaren NIMES som skal gi støtte innen kvalitetssikring av medisinsk koding og analyse av virksomhetsdata knyttet til aktiviteten og opplæring av systemet er i gang.

Revisjonen viser imidlertid:

- Revisjonsrapport etter nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis er ikke behandlet i helseforetakets styre.
- Helseforetakets oppfølging av ledermøtesak 374/2011 har ikke vært på dagsorden i ledermøtet etter 2011.
- I ledelsens gjennomgang første tertial 2016 er det beskrevet at status for helseforetakets arbeid etter egen intern revisjonen av medisinsk kodepraksis skal følges opp i oktober 2016. Konsernrevisjonen kan ikke finne at dette er gjort.
- I helseforetakets føringer for medisinsk kodepraksis beskrives det at OSS leder nettverket for medisinsk kodepraksis. Gjennom intervjuer fremgår det at også stab Medisin og helsefag og stab Økonomi, juridisk og IKT har også oppgaver knyttet til medisinsk kodepraksis, men dette er ikke inkludert i helseforetakets føringer. Informantene beskriver på ulik måte hvem som har oppgaver og ansvar knyttet til medisinsk kodepraksis i sentral stab.
- Helseforetaket har ikke beskrivelse av arbeidsoppgaver for kodeansvarlig lege.
- Helseforetaket gjennomfører ikke regelmessige risikovurderinger av området.
- Klinikklederne sier i intervju at legene skal ha/får opplæring, men at det ikke føres oversikt over hvem som har fått opplæringen, og at det er usikkert om legene får tilbakemelding på egen praksis.

Vurdering og anbefaling

- Konsernrevisjonens vurdering er at helseforetaket ikke kan vise til oversikt hvorvidt ledermøtets beslutning fra 2011 om oppfølging av nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis og egen intern revisjon av samme området er gjennomført og implementert. Helseforetakets interne revisjon i 2015 avdekket de samme svakhetene som ble avdekket i 2011, og vi har også i denne revisjonen funnet tilsvarende svakheter. Det anbefales at helseforetaket tydeligere avklarer sentral stab sin rolle i oppfølgingen av medisinsk kodepraksis, og iverksetter tiltak for å følge opp i tråd med funn i revisjoner.

Revisjonskriterie 9: Helseforetaket har gjennomført tiltak etter revisjon av pasientadministrativt arbeid.

I henhold til revisjonsgrunnlaget forventes det at helseforetaket har prosedyrer som regulerer det pasientadministrative arbeidet, og at føringene tydeliggjør roller, ansvar og oppgaver, krav og forventninger til opplæring og kompetansebygging samt beskrivelse av hvordan registrering og rapportering skal gjøres. Det forventes videre at helseforetaket har iverksatt tiltak som sikrer at ansatte får tilstrekkelig opplæring i DIPS, og at helseforetaket kan fremvise oversikt over hvilke tiltak som er gjennomført og hva som eventuelt gjenstår. Tiltakene skal være dekkende i forhold til de anbefalinger som ble gitt av konsernrevisjonen.

Revisjonen viser:

Konsernrevisjonen gjennomførte i 2011 "Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet" i OUS og revisjonsrapporten forelå våren 2012. Helseforetaket utarbeidet et mandat og en overordnet handlingsplan for å ivareta anbefalingene fra revisjonsrapportene. Disse ble godkjent av styret i sak 65/2012. Det ble oppnevnt et prosjekt for å ivareta gjennomføring av tiltaksarbeidet, og i styremøte sak 27/2013 vurderte administrerende direktør at de tiltak som gjenstod i prosjektet ble sikret kontinuerlig oppfølging i linjen og at prosjektet dermed kunne avsluttes.

Gjennomgang av månedsrapportene for 2015/16 og tertialrapportene viser at helseforetaket følger opp området og fortsatt har stort fokus på dette. Ledermøtereferatene viser at særskilte områder, som status fristbrudd og ventetider, er fast på agendaen.

Revisjonen viser imidlertid:

- Ingen funn

Vurdering og anbefaling

- Konsernrevisjonens vurdering er at helseforetaket kan fremvise oversikt over gjennomførte tiltak etter revisjon av pasientadministrativt arbeid. Tiltaksarbeidet er avsluttet og implementert i daglig drift, og gjenstående oppgaver er overført til linjen. Konsernrevisjonen har ingen anbefalinger.

Revisjonskriterie 10: Helseforetaket monitorerer utviklingen av det pasientadministrative arbeidet, og kan vise til forventet forbedring.

I henhold til revisjonsgrunnlaget gjennomfører helseforetaket tiltak for løpende å følge utviklingen knyttet til sentrale indikatorer for pasientadministrativt arbeid. Revisjonen gjennomgår utviklingen på følgende fem indikatorer: *ventende pasienter over et år, fristbrudd, åpne henvisningsperioder uten ny kontakt, andel pasienter direkte time og ikke signerte dokumenter i DIPS*. Det forventes at helseforetaket har definert terskelverdi og mål for disse indikatorene og kan vise til resultater for at det har skjedd forventet forbedring.

Revisjonen viser:

Tallene for kvalitetsindikatorene *antall ventende pasienter over et år* og *fristbrudd* er hentet fra månedsrapportene for mars 2014/15/16. I mars 2014 hadde helseforetaket 2 705 langtidsvventende pasienter. Dette tallet er pr august 2016 redusert til 156 pasienter. Per utgangen av mars 2015 var antall fristbrudd av ventende pasienter 1 389. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2014 var dette en økning på 359 fristbrudd. Ved utgangen av august 2016 hadde helseforetaket 63 fristbrudd. Fra mars 2016 ble indikatoren *åpne henvisningsperioder uten ny kontakt* inkludert i månedsrapportene. Fra rapporten går det frem at det var 32 500 pasienter i januar 2016. Ved utgangen av august er antallet redusert til om lag 18 200.

Fra 2016 inngår indikatorene *antall ventende pasienter over et år, fristbrudd* og *åpne henvisningsperioder uten ny kontakt* i ukentlig rapporter til klinikk- og avdelingsledere, og de tas opp i administrerende direktør sitt ledermøte og i oppfølgingsmøtene i linjen. De aktuelle indikatorene fremgår også i de tertialvise rapportene som styrebehandles.

Fra januar 2015 inngår indikatoren «*andel pasienter direkte time*» i helseforetakets rapportering til Helse Sør-Øst. Kvalitet, aktivitets og økonomirapport for Helse Sør-Øst fra 2015 viser at av helseforetaket ga direkte time til 56 %. I rapporten fra januar 2016 er andelen økt til 60 %. For indikatoren «*ikke signerte dokumenter i DIPS*» viser samme rapporter fra Helse Sør-Øst at helseforetaket i januar 2015 hadde 41 193 åpne dokumenter og at dette tallet er redusert til 23 657 i samme periode i 2016.

Revisjonen viser imidlertid:

- Status for indikatorene *ikke signerte dokumenter i DIPS* og *andel pasienter direkte time* legges sporadisk frem i administrerende direktør sitt ledermøte, men er ikke inkludert i månedsrapporter eller i ledelsens gjennomgang i tertialrapporteringen.

Vurdering og anbefaling

- Helseforetaket har arbeidet systematisk og målrettet for å redusere et stort antall *langtidsvventende* og kan vise til en gradvis positiv utvikling gjennom disse årene. Grafer for *fristbrudd* i samme periode viser at det også her har vært en gradvis positiv utvikling, selv om det har vært noe variasjon der fristbruddene har gått noe opp i enkelte perioder. Helseforetaket har nesten halvert *antall ikke signerte dokumenter i DIPS*, men kan ikke vise til tilsvarende forbedring for indikatoren *andel pasienter direkte time*.

Helseforetakets rapporter som legges frem for styret viser utviklingen for tre av de fem av de nasjonale kvalitetsindikatorne for pasientadministrativt arbeid, men inkluderer ikke rapportering på indikatorne *ikke signerte dokumenter i DIPS* og *andel pasienter direkte time*. Det anbefales at indikatorne inkluderes i helseforetakets ordinære system for rapportering og oppfølging.

3.0 Oversikt over informasjonsgrunnlag, gjennomførte intervjuer og møter

Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
Styrende dokumenter
Styresaker (saksfremlegg og protokoll)
Årshjul / årsplaner (HF og styret)
Instrukser og prosedyrer
Tertialrapporter - Ledelsens gjennomgang
Månedrapporter
Virksomhetsplaner
Strategier
Handlingsplaner
Lederavtaler
Ledermøtereferater fra nivå 1 og 2
Referater fra oppfølgingsmøter mellom nivå 1 og 2
Revisjonsrapporter

Gjennomførte intervjuer

Dato	Navn og tittel
24.08.16	Styret v/ leder, Stener Kvinnsland
29.08.16	Administrerende direktør, Bjørn Eriksten
30.08.16	Stabsdirektør pasientsikkerhet og kvalitet, Sølvi Andersen
30.08.16	Viseadministrerende direktør økonomi, juridisk og IKT, Morten Resymert
31.08.16	Klinikkleder Oslo Sykehusservice, Geir Teigstad
01.09.16	Stabsdirektør HR, Morten A. Meyer
01.09.16	Klinikkleder hjerte, lunge og karklinikken, Otto Smeiset
01.09.16	Avdelingsleder, kardiologisk avdeling, Thor Edvardsen
02.09.16	Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling, Lisbeth Sommervold og Klinikkleder Terje Rotvelt (avtroppende VAD medisin og helsefag)

05.09.10	Klinikkleder Kreftklinikken, Sigbjørn Smeland
05.09.10	Avdelingsleder, Thoraxkirurgisk avdeling, Arnt Fiane
06.09.16	Avdelingsleder, avdeling for kreftbehandling, Stein Kaasa
06.09.16	Klinikkleder Nevroklinikken, Eva Bjørnstad
06.09.16	Avdelingsleder, nevrologisk avdeling, Sissel Reinlie
07.09.16	Avdelingsleder, avdeling for gynekologisk kreft, Erik Rokkones
14.09.16	Juridisk direktør, Randi Borgen
14.09.16	Avdelingsleder budsjettering, rapportering og analyse, Anne Karlsen

Gjennomførte møter

Dato	Navn og tittel
24.6.2016	Innledende møte
29. 08.16	Oppstartsmøte
17.09.16	Møte for informasjonsinnhenting om styrets arbeid og helseforetakets arbeid v/ styresekretær og kontorleder
31.08.16	Tillitsvalgte og vernetjenesten. DNLF, FF, NSF og vernetjenesten
01.09.16	Brukerutvalget v/leder og nestleder

Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
24.10.16	Oversendelse av funn fra revisjonen til administrerende direktør
24.10.16	Oversendelse av funn fra revisjonen til styreleder
27.10.16	Verifiseringsmøte med styret v/styrets leder
28.10.16	Verifiseringsmøte med administrerende
28.11.16	Oversendelse av utkast rapport
05.01.17	Tilbakemelding fra helseforetaket på utkast rapport (tentativt)
13.01.17	Oversendelse av endelig rapport
31.01.17	Presentasjon av rapport i helseforetakets ledermøte
17.02.17	Behandling av rapport i helseforetakets styre

Skisse til handlingsplan for oppfølging av konsernrevisjonen «Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen»

Problemstilling 1:

Inngår oppfølging av revisjoner og tilsyn i helseforetakets etablerte system for intern styring og kontroll, og følges tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen opp av styret og helseforetaket?

Revisjonskriterium	Funn og anbefalinger	Tiltak	Ansvar	Frist
1. Forholdet mellom styret og administrerende direktør er regulert i instruks.	Konsernrevisjonen vurderer at forventningene ikke er tilstrekkelig avklart. Det anbefales at styret og administrerende direktør avklarer hvor tett styret ønsker å følge tiltaksarbeidet slik at det sikres tydeliggjøring og felles forståelse av roller og ansvar. I tråd med god praksis anbefales det videre at instruksene styrebehandles/gås gjennom ved oppnevning av nytt styre eller ved ansettelse av ny administrerende direktør.	Instruksene for styret og for administrerende direktør behandles på styreseminar i oktober 17. (Styresak 12/2017 AD orienteringer)	Styreleder / Administrerende direktør	17.10.17
2. Styret følger opp revisjoner og tilsyn i tråd med krav i Oppdrag og bestiller dokumentet. Styret holdes orientert om oppfølging av revisjoner og tilsyn, og dokumentasjonen skal være utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak.	Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket rapporterer tilbake til styret i tråd med de vedtak som fattes, slik at styret kan følge utviklingen og påse at tiltaksarbeidet gir en forventet forbedring.	Det etableres rutiner som sikrer rapportering tilbake til styret som vedtatt av styret.	Leder Interne revisjoner	1.6.17
3. Helseforetaket har styrende dokumenter som beskriver hvordan revisjoner og tilsyn	Konsernrevisjonen anbefaler at forventninger til stab og linjeledere konkretiseres og kommuniseres slik at både	Prosedyrer revideres. Det utformes standard bestillingsdokument til oppfølgingsansvarlige for ulike	Leder Interne revisjoner og Leder for pasientsikkerhet	1.6.17

skal følges opp, og ansvar for oppfølgingen er bestemt og kommunisert.	<i>stab og linje er innforstått med sitt individuelle ansvar og hvilke forventninger det er til oppfølgingen.</i>	områder/oppgaver - herunder om det skal oppnevnes en egen koordineringsansvarlig. -Prosedyre for oppfølging av konsernrevisjoner revideres i tråd med overnevnte -Prosedyre for eksterne tilsyn revideres i tråd med overnevnte	og kvalitet	
4. Helseforetaket vurderer resultatene fra revisjoner, prioriterer mellom ulike tiltak, og inkluderer områder med høy risiko i helseforetakets ordinære risikohåndtering.	<i>Konsernrevisjonen har ingen anbefalinger.</i>			
5. Helseforetakets handlingsplaner for tiltaksarbeid er oversiktlige og systematisk fremstilt. Tiltaksarbeid etter HLK-revisjonen og revisjon Tilgjengelige helsetjenester er startet opp, og er i rute i henhold til plan.	<i>Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket avklarer hva som er den mest hensiktsmessige måten å følge opp den enkelte revisjon, slik at man fullt ut får realisert det forbedringspotensialet som oppfølging av revisjoner skal gi.</i>	Det utarbeides en tabellarisk oversikt over alle revisjoner. Oversikten viser behandling i ledermøter, styremøter, dialogmøter mm. Revisjonsfunnenes risikovurdering, ansvar for tiltak, frist og løpende status i tiltaksarbeidet fremkommer. Evaluering og lukking av tiltak, ev. overføring til linjen avslutter hvert tiltak.	Leder Interne revisjoner	1.6.17
6. Tiltaksarbeidet etter revisjoner og tilsyn er inkludert i helseforetakets gjennomgående system for rapportering og oppfølging.	<i>Konsernrevisjonens vurdering er at orienteringen om revisjonene i tertialrapporteringen kan virke overordnet og at status på selve tiltaksarbeidet noe mangelfull ut fra helseforetakets og styrets egne beslutninger og planer for oppfølging. Helseforetakets oppfølging av tiltaksarbeid tas i liten grad opp på etablerte møtearenaer, og dette kan medføre</i>	Oversikten beskrevet over oppdateres hvert tertial og fremlegges ledelsen og styret 3 ganger årlig. - Handlingsplanen ifm tilgjengelige helsetjenester ble fulgt opp i ledermøtet sak 449/2016. -Status for «HLK» revisjonen tas til ny	Leder Interne revisjoner Leder Interne	1.6.17 1.6.17

	<p><i>mangelfullt eierforhold til tiltaksarbeidet.</i></p> <p><u>Det anbefales</u> at helseforetaket følger opp og rapporterer på de beslutninger som er fattet, og at tiltaksarbeidet inkluderes i etablerte møtearenaer slik at både ledere og medarbeidere kan følge utviklingen og være delaktige frem til alle tiltak er gjennomført og implementert i daglig drift.</p>	<p>vurdering, både oppfølgingen i HLK og hva som gjenstår av breddes i øvrige klinikker</p>	<p>revisjoner og Leder Pasient-sikkerhet og kvalitet</p>	<p>1.5.17</p>
--	--	---	--	---------------

Problemstilling 2:

Har helseforetaket lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring, og vet helseforetaket om det har skjedd en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt?

Revisjonskriterium	Funn	Tiltak	Ansvar	Frist
7. Helseforetaket har føringer for at tiltaksarbeidet etter tilsyn og revisjoner skal bidra til læring og forbedring, og for at erfaringer deles og spres.	<p>Konsernrevisjonen mener at helseforetaket har føringer for at tilsyn og revisjoner skal bidra til læring og forbedring og har etablert læringsarenaer for dette, men revisjonen viser at det er utfordrende å overføre arbeidet som utøves i de ulike nettverkene til linjeledelsen. Tiltaksarbeidet vil kunne styrkes dersom erfaringene fra nettverkene tas opp i helseforetakets formelle arenaer.</p> <p>Det anbefales at arbeidet inkluderes i den ordinære styringslinjen, slik at læringseffekten øker.</p>	<p>-Tiltaksarbeidet etter eksterne tilsyn og revisjoner skal følges opp av ledelsen i ledermøter eller i Sentralt kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg, og i de lokale utvalgene. Dette vil bli beskrevet når mandat for utvalgene revideres.</p> <p>-Resultat av revisjoner og eksterne tilsyn og erfaringsoverføring fra disse skal tas opp i de sykehusomfattende nettverkene</p> <p>-Felles nettverksmøter 2 ganger om året for erfaringsutveksling og læring</p>	<p>Leder Pasientsikkerhet og kvalitet</p> <p>Leder Interne revisjoner og Leder Pasient-sikkerhet og kvalitet</p> <p>Leder Interne revisjoner</p>	<p>1.8.17</p> <p>1.5.17</p> <p>1.8.17</p>
8. Helseforetaket har gjennomført tiltak etter nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis.	<p>Konsernrevisjonens vurdering er at helseforetaket ikke kan vise til oversikt hvorvidt ledermøtets beslutning fra 2011 om oppfølging av nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis og egen intern revisjon av samme området er gjennomført og implementert. Helseforetakets interne revisjon i 2015 avdekket de samme svakhetene som ble avdekket i 2011, og vi har også i denne revisjonen funnet tilsvarende svakheter.</p> <p>Det anbefales at helseforetaket tydeligere avklarer sentral stab sin rolle i oppfølgingen av medisinsk kodepraksis, og iverksetter tiltak for å følge opp i tråd med funn i</p>	<p>-Oppfølging av internrevisjon vedrørende kodepraksis utført høst 2015, var i ledermøte 17.1.17. Instruks for kodearbeid ved OUS og for kodeansvarlig lege er revidert.</p> <p>-Medisinsk fagdirektør har fra 1.2.17 fått delegert myndighet innen medisinsk kodepraksis, og vil iverksettelse videre tiltak for å følge opp i tråd med funn i revisjoner.</p> <p>-Årlig skal det gjennomføres risikovurderinger på området</p> <p>Avdeling for analyse og aktivitet</p>	<p>Vise administrerende Fag, pasientsikkerhet og samhandling</p> <p>Medisinsk fagdirektør</p> <p>Leder Avdeling for organisasjon og analyse, Oslo sykehus service</p>	<p>Utført</p> <p>Utført</p> <p>1.3.17</p>

	<i>revisjoner.</i>	får delegert myndighet til oppgaven		
9. Helseforetaket har gjennomført tiltak etter revisjon av pasientadministrativt arbeid.	<i>Konsernrevisjonen har ingen anbefalinger</i>			
10. Helseforetaket monitorerer utviklingen av det pasientadministrative arbeidet, og kan vise til forventet forbedring.	<i>Konsernrevisjonen mener helseforetaket monitorerer og rapporterer utviklingen for tre av de fem av de nasjonale kvalitetsindikatorene for pasientadministrativt arbeid og kan vises til forventet forbedring for disse. Helseforetaket inkluderer imidlertid ikke rapportering på indikatorene "ikke signerte dokumenter i DIPS" og "andel pasienter direkte time" og kan således ikke vise til forventet forbedring her. Det anbefales at indikatorene inkluderes i helseforetakets ordinære system for rapportering.</i>	-Det utarbeides mål og terskelverdier ifm sykehusets Handlingsplan 2017. -Indikatorene rapporteres ukentlig i ledermøtet.	Vise administrerende Fag, pasientsikkerhet og samhandling	1.3.17

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. februar 2017

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

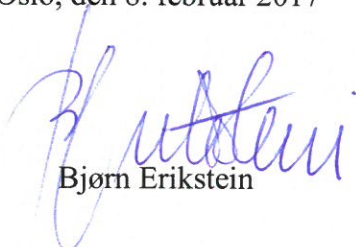
Vedlegg:

SAK 8/2017 LEIE I FORSKNINGSVEIEN 2

Forslag til vedtak:

- 1. Styret slutter seg til at Oslo universitetssykehus forlenger leieavtalene for Forskningsveien 2 fra 31. desember 2021 til 31. desember 2031 ved utøvelse av opsjon i leieavtalene og ber administrerende direktør om å fremme saken til Helse Sør-Øst RHF.*
- 2. I forbindelse med en forlengelse ber styret om at leiekontrakten reforhandles for å etablere rabatterte betingelser.*
- 3. Administrerende direktør gis fullmakt til å forlenge leieavtalene for Forskningsveien 2 fra 31. desember 2021 til 31. desember 2031, forutsatt godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.*

Oslo, den 8. februar 2017



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF leier i dag hele Forskningsveien 2, et kontorbygg lokalisert på nedsiden av Ring 3 i kort gangavstand til Rikshospitalet og til holdeplass for trikk til Ullevål. Forskningsveien 2 består av 4 sammenhengende bygninger (A, B, C, og D). Leieforholdet for bygg C/D ble inngått før fusjonsprosessen og løper i hovedsak ut 2021.

Med et ønske om å samordne administrative enheter som er avhengige av fellessystemer vedtok styret i sak 90/2010 å utvide leiearealet i Forskningsveien. I 2011 ble det inngått en 5-års leieavtale for den andre halvdel av bygget, bygg A/B med adresse Forskningsveien 2A. Etter styrets vedtak i sak 56/2015, og godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF, ble avtalen forlenget med fem år fra 31.12 2016, slik at også denne avtalen løper ut 2021. I begge disse leieforhold ligger en mulighet for senere utøvelse av opsjoner på ytterlig to ganger fem år.

Oslo universitetssykehus HF mottok i 2016 et tilbud der utleier forplikter seg til å dekke vedlikehold, oppgraderinger eller investeringer i eiendommen etter helseforetakets ønske med et beløp opp til 50 millioner kroner i leieperioden. Tilbudet forutsetter at foretaket utløser overnevnte opsjoner og binder seg til at leiekontraktene løper fast og uoppsigelig fra 31. desember 2021 til 31. desember 2031. Øvrige betingelser i leieavtalene forblir uendret.

Tilbudet ble lagt frem for styret i desember 2016 i sak 78/2016. Styret ba da om at det ble gjennomført forhandlinger med utleier av Forskningsveien 2. Helseforetaket har etter dette innledet forhandlinger for å følge opp styrets vedtak. Utleier har nå kommet med et nytt tilbud der de åpner for at Oslo universitetssykehus alternativt kan benytte halvparten av de 50 millionene til en reduksjon i husleien. Det vil bli orientert om forhandlingene i styremøtet.

Utleiers tilbud har sammenheng med en mulig refinansiering av eiendommen gitt dagens rentebetingelser. Fastrentene er stigende. Utleier har derfor gitt et kort tidsvindu for tilbudet.

Årlig leie (2016) samt felleskostnader for hele Forskningsveien utgjør 52 millioner kroner. Samlet forpliktelse i opsjonens 10-års periode er forventet i underkant av 500 millioner kroner. Dette overskrider administrerende direktørs fullmakter og må dermed godkjennes av Helse Sør-Øst RHF før signering. For å kunne imøtekomme denne fristen foreslås det at styret gir sin tilslutning til å legge saken frem for godkjenning i Helse Sør-Øst RHF.

Videre foreslås det at styret gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalen forutsatt at utløsning av opsjonen gir rabatterte betingelser og at Helse Sør-Øst RHF godkjenner utøvelse av opsjonen.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. februar 2017

Saksbehandler: Medisinsk direktør

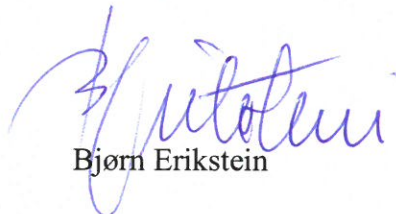
Vedlegg: Samarbeidsavtale om gjennomføring av forprosjekt for ny storbylegevakt

SAK 9/2017 STORBYLEGEVAKT PÅ AKER SYKEHUS

Forslag til vedtak:

- 1. Styret gir sin tilslutning til samarbeidsavtale om gjennomføring av forprosjekt for ny storbylegevakt og gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalen.*
- 2. I forbindelse med nytt bygg til storbylegevakt anbefaler styret salg til Oslo kommune av den angitte eiendommen på Trondheimsveien 235, gnr 85 bnr265 i Oslo kommune. Salget skal skje til markedspris.*
- 3. Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingen til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.*

Oslo, den 8. februar 2017


Bjørn Erikstein

Bakgrunn

Oslo kommune planlegger oppstart av forprosjektfase for ny storbylegevakt på Aker sykehus våren 2017 med sikte på politisk behandling om oppføring den 24. mai 2019 og ferdig bygg i 2022. Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester sendte 29. november i år et oppdrag om gjennomføring av forprosjektfasen ny storbylegevakt til Omsorgsbygg Oslo KF.

Styret i Oslo universitetssykehus behandlet storbylegevakt i møte 15. desember 2016 i sak 76/2016. I saken ble det blant annet redegjort for at Oslo universitetssykehus har et ønske om å leie i underkant av 5500 netto kvadratmeter i det nye bygget. Styret gjorde følgende vedtak:

"Styret tar saken til orientering og støtter at det beskrevne ønske om areal i Storbylegevakten er et utgangspunkt for planleggingen i prosjektfasen."

For å legge til rette for oppstart av forprosjekt forelegges styret i denne saken utkast til avtale om forprosjekt og anbefaling om salg av tomt på Aker sykehus til Oslo kommune.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Samlokalisering av kommunens allmennlegevakt med Oslo universitetssykehus sin skadelegevakt bidrar til en effektiv ordning for pasienter som kommer til legevakten. Ordningen bør derfor videreføres i det nye storbylegevaktbygget.

Storbylegevakten plasseres med gamle Aker sykehus og et nytt lokalsykehus på Aker som nærmeste naboer. Plasseringen har redusert Oslo universitetssykehus' behov for areal i storbylegevaktbygget fra tidligere planlegging ved at noen av funksjonene kan ivaretas i det tilliggende lokalsykehuset. Plasseringen gir en fremtidig fleksibilitet ved endrede behov for arealer, og kan bidra til handlingsrom i forbindelse med byggingen av det nye lokalsykehuset som trolig vil stå ferdig noen år etter storbylegevaktbygget.

Fremlagte samarbeidsavtale om gjennomføring av forprosjekt gir Oslo kommune grunnlag for å iverksette forprosjekt for ny storbylegevakt, ved at den beskriver modellen for storbylegevakten og Oslo universitetssykehus sin intensjon om å leie arealer i bygget. Det er Helse Sør-Øst RHF som har fullmakt til å vedta leie i storbylegevaktbygget. Oslo universitetssykehus legger til grunn at leiekostnaden for areal i det nye bygget vil være tilnærmet lik arealkostnaden for å eie bygget. Videre sikres Oslo kommune dekning for deling av kostnader til forprosjektet dersom Oslo universitetssykehus trekker seg fra prosjektet slik at det ikke blir realisert. Avtalen sikrer også deltakelse for Oslo universitetssykehus i forprosjektet og et fortsatt nært samarbeid i planleggingen av storbylegevakt med planleggingen av lokalsykehus på Aker.

For Oslo kommune er det også av betydning å få visshet for at de vil kunne kjøpe den planlagte tomten. Tomtevalget er avklart med planene om å utvikle et lokalsykehus på Aker, og det er i vedlagte samarbeidsavtale lagt opp til at tomtosalget sees i sammenheng med salg av eventuelle tomter fra Oslo kommune som Oslo universitetssykehus trenger i forbindelse med sine

utviklingsplaner. I samråd med Helse Sør-Øst og utredningen av nytt Oslo universitetssykehus, fremmes derfor forslag om salg av storbylegevakttomten til Oslo kommune. Et salg skal skje til markedspris.

Faktebeskrivelse

Avtale om forprosjekt

Oslo kommune har siden år 1900 hatt en sentral legevakt i Storgaten 40. Virksomheten består av et bredt tverrfaglig tilbud som ytes delvis av Oslo kommune og delvis av Oslo universitetssykehus HF. Virksomheten omfatter tradisjonell allmennlegevakt, observasjonspost, overgrepsmottak, psykiatrisk legevakt, skadelegevakt med en operativ virksomhet og akutte psykososiale tjenester, inkludert døgnåpent sosialkontor og et ambulant team. Oslo universitetssykehus har ortopedisk poliklinikk og ortopedisk operasjonsavdeling i lokalene. Det ligger et døgnåpent apotek i tilknytning til lokalene. Oslo universitetssykehus HF betaler leie til Oslo kommune for sin arealbruk.

Det har siden 2006 pågått en utredning av en ny storbylegevakt i Oslo kommune til erstatning for dagens allmennlegevakt og skadelegevakt som er i gamle og uegnede bygninger. Storbylegevakten ble først planlagt lagt nær Ullevål sykehus, deretter ble den planlagt generisk med mulighet for flere lokalisasjoner, deriblant nær Aker sykehus. Konseptrapporten ble ferdigstilt våren 2016. Det er dimensjonert for forventet aktivitet i 2035.

Etter at Helse Sør-Øst RHF i juni 2016 bestemte utbygging av et lokalsykehus på Aker sykehus samlet Oslo kommune seg om Aker sykehus som plassering for storbylegevakten. Den 8. september 2016 godkjente byrådet konseptutredningen for videreføring til forprosjektfase.

I forbindelse med oppstart av forprosjektet, som er anslått å koste 79 millioner kroner, er det laget utkast til en samarbeidsavtale som beskriver modellen for et nytt storbylegevaktbygg. Oslo kommune oppfører og eier bygget. Bygget dimensjoneres for å gi rom for tilgrensende funksjoner ved Oslo universitetssykehus, slik at den effektive samordningen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan fortsette som i dagens lokaler.

I den forbindelse ønsker Oslo kommune å ha en viss sikkerhet for at de ekstra prosjekteringsutgiftene som følger med arealene Oslo universitetssykehus skal benytte. Det er derfor lagt inn i avtalen at Oslo universitetssykehus skal dekke påløpte kostnader, inntil 50 millioner kroner, til forprosjektet dersom Oslo universitetssykehus trekker seg fra prosjektet slik at det ikke blir realisert.

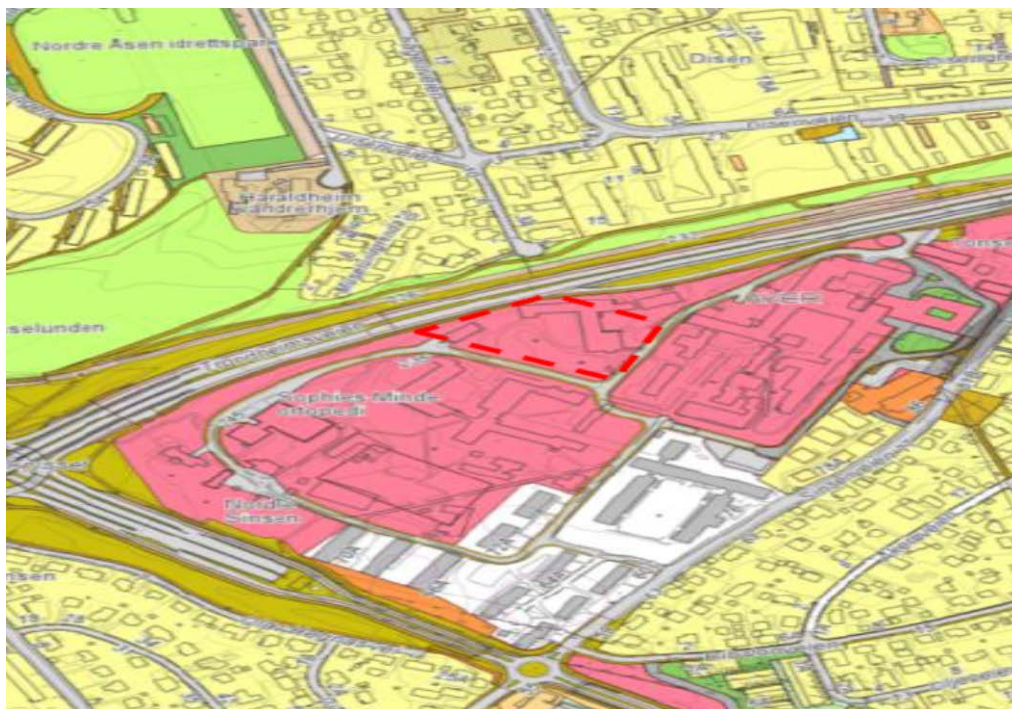
Avtalen sikrer deltakelse for Oslo universitetssykehus i forprosjektet og et fortsatt nært samarbeid i planleggingen av storbylegevakt med planleggingen av lokalsykehus på Aker.

I avtalen er det lagt opp til at tomtosalget på Aker sykehus sees i sammenheng med salg av eventuelle tomter fra Oslo kommune som Oslo universitetssykehus trenger i forbindelse med sine utviklingsplaner.

Proessen med bygging av storbylegevakten forutsetter vedtak hos kompetent myndighet både i kommunen og eierlinjen til Oslo universitetssykehus. Det er derfor lagt inn et generelt forbehold om dette i avtalen. Blant annet er det Helse Sør-Øst RHF som har fullmakt til å vedta salg av tomten og leie av den størrelsesorden som er aktuell i storbylegevaktbygget.

Salg av tomt på Aker sykehus til Oslo kommune

Det er enighet mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF om plassering på Aker sykehus. Oslo kommune ønsker å erverve en tomt fra Oslo universitetssykehus HF. Tomten som vurderes fradelt og solgt utgjør om lag 10 000 m² av området henført til Aker sykehus, registrert som 235, gnr. 88. bnr. 265.



Verdivurdering

BER Bygg og eiendomsrevisjon AS har i januar 2017 vurdert tomtens normale markedsverdi, forutsatt ubebygget, til å være om lag 64 millioner kroner. På grunn av stadige endringer i markedsforholdene og høy grad av sensitivitet i beregningsmetodene ansees det vanskelig å sette en eksakt verdi for denne type eiendom. En ytterlig verdivurdering vil derfor gjennomføres før et eventuelt tomtesalg. Tomten skal selges til markedspris.

I henhold til vedtektenes § 10 treffes vedtak om salg av eiendommer, verdsatt til over ti millioner kroner, av foretaksmøtet i Oslo universitetssykehus HF. Vedtak gjøres etter forslag fra styret. Dersom styret anbefaler salg oversendes saken til Helse Sør-Øst RHF for oppfølging og fremleggelse i foretaksmøte.



Oslo kommune



SAMARBEIDSAVTALE

**om gjennomføring av forprosjekt for ny
storbylegevakt**

1. Partene, partenes representanter og organisering

1.1 Partene

Oslo kommune,
Organisasjonsnummer 958 935 420

Oslo universitetssykehus HF,
Organisasjonsnummer 993 467 049

1.2 Partenes representanter

Henvendelser vedrørende denne avtalen rettes til:

Hos Oslo kommune:

Navn og tittel: Ingvild Bryde-Erichsen, prosjektkoordinator storbylegevakt
Tlf.: 952 71 840

Hos Oslo universitetssykehus HF:

Navn og tittel: Einar S. Hysing, medisinsk direktør
Tlf.: 415 25 412

2. Bakgrunn og formål

2.1 Bakgrunn

Partene ønsker å samarbeide om etablering av en ny storbylegevakt. Oslo kommune har besluttet å igangsette og gjennomføre forprosjekt for etablering av ny storbylegevakt på Aker sykehusområde.¹ Oslo universitetssykehus vil delta sammen med Oslo kommune i forprosjektet. Storbylegevakten skal prosjekteres, bygges og eies av Oslo kommune v/Omsorgsbygg Oslo KF.

2.2 Formål

Formålet med avtalen er å regulere samarbeidet mellom partene og plikter og rettigheter i forbindelse med forarbeid, oppstart og gjennomføring av forprosjekt storbylegevakt.

3. Avtalen

Forprosjekt storbylegevakt skal ta utgangspunkt i følgende dokumenter:

- a) Dette avtaledokumentet
- b) Konseptvalgutredning storbylegevakt (KVU), Versjon 2.0 datert den 13. mai 2016
- c) KS1- Prosjekt storbylegevakt, datert 29. april 2016, Holte Consulting

De funksjoner som er angitt i Hovedfunksjonsprogrammet (HFP versjon 3.0) oppdatert den 22. desember 2016 skal legges til grunn i storbylegevakten.

¹ Byrådssak 1088/16, den 8.9.2016

4. Gjennomføring

- a) Planlagt oppstart av forprosjektet er mars 2017. Et godkjent styringsdokument for forprosjektet skal foreligge ved oppstart.
- b) Det etableres en styringsgruppe for forprosjektet. Styringsgruppen ledes av byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester og skal videre bestå av representanter for Oslo kommune, Oslo universitetssykehus, Helse Sør-Øst og de ansattes organisasjoner. Etableringen skal være gjennomført innen 1. mars 2017
- c) Styringsgruppen har overordnet ansvar for framdrift og gjennomføring av forprosjekt i tråd med prosjektets vedtatte styringsdokument og vedtatte planer.
- d) Det etableres hensiktsmessige samarbeidsfora på prosjektets bestillerside, der Oslo kommune, Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst deltar.
- e) Organisasjonsbeskrivelsen inngår i styringsdokumentet.

5. Kostnadsramme og forpliktelser

Forprosjektet gjennomføres i samsvar med Oslo kommunes investeringsregime.

Begge partene har en intensjon om at prosjektet skal være økonomisk forsvarlig og at prinsippet om selvkost følges.

Kostnaden for gjennomføring av forprosjekt storbylegevakt er anslått til inntil kr 79 (syttini) millioner kroner. Oslo kommune betaler de fortløpende forprosjektkostnadene. Nedenfor i dette punkt gis bestemmelser for fordeling av kostnadene ved videreføring av forprosjekt og dersom én eller begge av partene trekker seg fra forprosjekt.

Ved behov for økte rammer i forprosjektfasen, må begge parter innhente godkjenning fra kompetent organ.

Resulterer forprosjektet i en videreføring av prosjekt ny storbylegevakt, inngår utgiftene til forprosjektet i den totale prosjektkostnaden.

Trekker Oslo universitetssykehus seg fra forprosjektet dekker Oslo universitetssykehus alle påførte kostnader i forprosjektet med inntil kr 50 millioner og Oslo kommune dekker eventuelle påløpte overskytende kostnader over kr 50 millioner. Det samme gjelder dersom forhold bestemt av Oslo universitetssykehus eller helseforetakets eier endrer prosjektet slik at det ikke er forenlig med samordning av legevakt og sykehus.

Fortsetter Oslo kommune forprosjektet alene, reduseres Oslo universitetssykehus ansvar for dekning av forprosjektkostnader til 50 % (inntil kr 39,5 millioner) av påløpte forprosjektkostnader.

Hvis begge parter blir enige om å avslutte prosjektet, dekker partene 50 % av alle påløpte kostnader for forprosjektet.

6. Tomt

Det er enighet mellom partene at den tomten som er utpekt i KVV versjon 2.0 bør benyttes for lokalisering av ny storbylegevakt på Aker sykehusområde. Lokaliseringen vil ikke være til hinder for fremtidig utvikling av et lokalsykehus på Aker sykehusområde. Oslo kommune vil starte reguleringsarbeidet som en del av arbeidet med forprosjektet. Kart over tomten følger denne avtalen.

Det er enighet mellom partene om at det iverksettes forhandlinger om kjøp/salg av tomt for lokalisering av storbylegevakt på Aker Sykehusområde tilhørende Oslo universitetssykehus, samt salg/kjøp av areal på Aker og Gaustad sykehusområder tilhørende Oslo kommune.

7. Leieavtale

Oslo kommune og Oslo universitetssykehus skal før behandling av KS2 bli enige om en leieavtale.

Leieavtalen skal angi hvilke eksklusive arealer Oslo universitetssykehus skal leie og andel fellesareal som Oslo universitetssykehus skal betale leie for. Videre skal det fastlegges prinsipp for leieberegning av eksklusivt areal og andel av fellesarealer.

8. Signatur

Avtalen skal være signert og samtlige sider parafert av begge parter for å være gyldig. Avtalen er utarbeidet i to eksemplarer, hvor partene beholder hvert sitt.

9. Godkjenning

Avtalen forutsetter godkjenning av kompetent myndighet hos begge parter.

Oslo,

For Oslo kommune

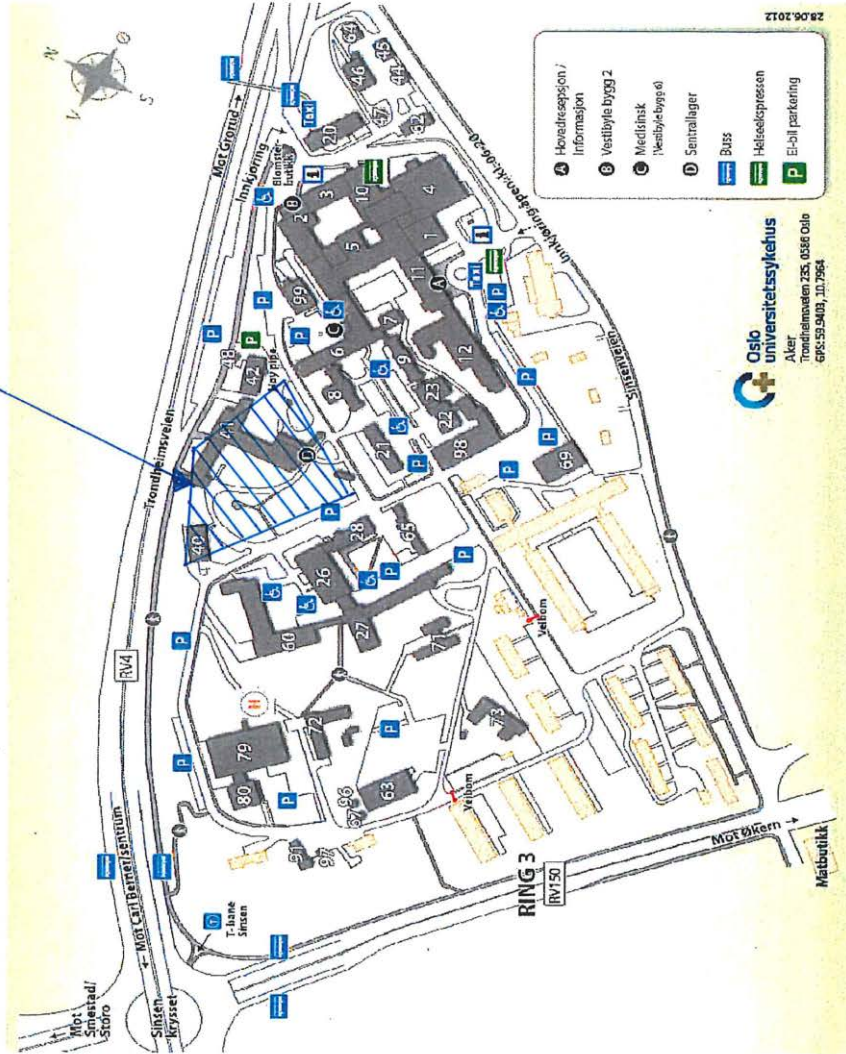
For Oslo universitetssykehus

Endre Sandvik

Bjørn Erikstein

Ny storbylegevakt

Kartet viser det området der storbylegevakten skal lokaliseres



Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. februar 2017
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Oversikt over status for tidligere styresaker

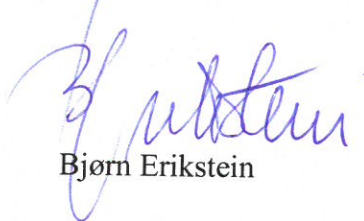
SAK 10/2017 STATUS OG OPPFØLGING AV STYRESAKER

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 2016. 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 2016 til orientering.

Oslo, den 8. februar 2017



Bjørn Erikstein

Vedlegg til sak 10/2017
Status oppfølging av styrets vedtak

Nedenfor følger oversikt med status og oppfølging av styrets vedtak til og med andre halvår 2017. Tidligere utkvitterte saker, vedtak uten krav til oppfølging som orienteringssaker, herunder administrerende direktørs driftsorienteringer, tas ikke med i oversikten.

Saksnr	Saksnavn	Vedtak	Oppfølging
80/2016	Plan for styrets arbeid	Styret tar saken til orientering. Styret setter opp et styremøte 22. mars 2017. Styret vil fra og med 2017 forskyve møtene slik at de starter kl 10.	OK
78/2016	Videre leie av Forskningsveien 2	Styret ber administrerende direktør gå i nye forhandlinger med utleier av Forskningsveien 2.	Sak 8/2017
77/2016	Oppnevning av valgstyre	Styret oppnevner følgende valgstyre til valget av styremedlemmer av og blant de ansatte: 1. Merete Skaug, vara Line Torkildsen 2. Mari Torset, vara Anette Røkholt 3. Kjersti Baksaas-Aasen, vara Øystein Undseth 4. Brynhild Asperud, vara Kajsa M. Liljefors 5. Veronica Kollevåg, vara Berit Averstad 6. Tove Røsten, vara Karina Torsæter	Valgstyret er i funksjon
76/2016	Storbylegevakten	Styret tar saken til orientering og støtter at det beskrevne ønske om areal i Storbylegevakten er et utgangspunkt for planleggingen i prosjektfasen.	Under oppfølging
75/2016	Budsjett 2017	Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2017 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 75/2016. 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. Styret ber administrerende direktør legge de vedlagte investeringsplanene til grunn for investeringene i	Under oppfølging

		<p>2017. Styret konstaterer at budsjettet for 2017 er krevende og ber administrerende direktør komme tilbake i neste møte med en tydeligere konkretisering av tiltak for å gjennomføre virksomheten i overensstemmelse med budsjettet.</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.</p> <p>Administrerende direktør gis fullmakt til å avtale lånebetingelser innenfor alternativene som tilbys av Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Administrerende direktør gis fullmakt til å replassere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.</p>	Sak 6/2017
71/2016	Lønnsregulering 2016 for administrerende direktør	Med virkning fra 1. januar 2016 økes administrerende direktør Bjørn Eriksteins årslønn med 50 556 kroner til en ny samlet årslønn per 1. januar 2016 på 2 157 071 kroner.	Iverksatt
67/2016	Virksomhetsoverdragelse av Rettsmedisinske fag	<p>Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av området Rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Oslo universitetssykehus HF.</p> <p>Styret ber administrerende direktør avklare risikoforhold i forbindelse med økonomi og IKT.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalen om virksomhetsoverdragelse.</p>	<p>Overdragelse gjennomført</p> <p>Gjenstående økonomiforhold tas opp i revidert nasjonalt budsjett</p> <p>Avtale signert</p>
66/2016	Kjøp av vaskeritjenester	Styret tar saken til etterretning, og ber om at det gjøres en reell vurdering av nytt vaskeri i egen regi inn mot videre utviklingsplaner for Oslo universitetssykehus.	Beskrives i konseptfase for Gaustad
63/2016	Ledelsens gjennomgang per 2. tertial 2016	Styret tar ledelsens gjennomgang fra 2. tertial 2016 til etterretning.	Risikogjennomgang sendt HSØ

54/2016	Fullmakt til 2017-anskaffelser	Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i bygg for 100 millioner kroner og investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for 150 millioner kroner av investeringsrammen for 2017.	Gjøres fortløpende
43/2016	Ledelsens gjennomgang første tertial 2016		Risikogjennomgang sendt HSØ
29/2016	Internrevisjonsplan 2016-2017 Oslo universitetssykehus	Styret tar forslag til revisjonsplan for 2016-2017 for Oslo universitetssykehus til etterretning.	Under oppfølging
18/2016	Oppdrag og bestilling 2016	Styret tar protokoll fra foretaksmøtet 18. februar 2016 i Oslo universitetssykehus HF til etterretning.	Fulgt opp Sak 5/2017
17/2016	Konsernrevisjonsrapport: Tilgjengelige helsetjenester	Styret tar den fremlagte revisjonsrapporten og vedlagte handlingsplan til etterretning. Styret ber administrerende direktør følge opp handlingsplanen og rapportere til styret i ledelsens gjennomgang.	Under oppfølging Sak 7/2017
81/2015	Salg av Sognsveien 9 A og 9 B	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. Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingene til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.	Salg vedtatt i OUS foretaksmøte 24.6.2016 Eiendommen er solgt
72/2015	PWC-rapport 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	Styret slutter seg til utkastet til 10-årige framleieavtale i Storgata 40 med Oslo kommune ved Helsetaten. Styret ber administrerende direktør fremme leieavtalen til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning. 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.	Under oppfølging.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. februar 2017
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Årsplan

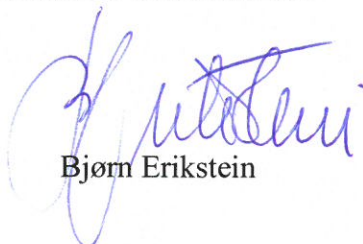
SAK 11/2017 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Helse Sør-Øst RHF vil behandle konseptfaser for nytt bygg til Regional sikkerhetsavdeling og Radiumhospitalet og nye konseptfaser for Aker og Gaustad i juni 2017. I den forbindelse foreslås det at styret benytter reservetidspunkt for et styremøte 24. mai 2017 til å behandle disse to sakene før de legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF.

Forslag til vedtak

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret benytter den avsatte tiden til et møte 24. mai 2017.

Oslo, den 8. februar 2017



Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
22. mars 2017 Kl 10-16	Årsrapport Oppdrag fra eier	Rapportering per februar Plan for styret
4. mai 2017 kl 10-16	Økonomisk langtidsplan	Plan for styret Rapportering per mars
24. mai 2017 Kl 10-16	Konseptfaser for Regional sikkerhetsavdeling og Radiumhospitalet Igangsetting av konseptfaser for videre utvikling av Aker og Gaustad	Plan for styret Rapportering per april
22. juni 2017 kl 10-16	Økonomisk langtidsplan	Rapportering per mai Plan for styret
29. september kl 10-16	Budsjett 2018 Eierskap i selskaper	Rapportering august Plan for styret Oppfølging styresaker Møte med Brukerutvalget
26. oktober 2017 kl 10-16	Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2018	Rapportering per september Plan for styret
26. oktober 2017 kl 16-20	Styreseminar	
23. november 2017 Kl 10-16 Reservetid		
15. desember 2017 kl 10-16	Budsjett 2018	Rapportering per november Plan for styret

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. januar 2017

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 12/2017 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

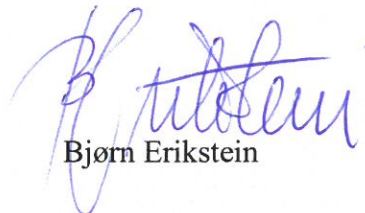
Følgende legges frem til orientering:

1. Styrets instruks
2. Høring
3. Utvikling av Oslo universitetssykehus HF
4. Antibiotikastyringsprogram ved Oslo universitetssykehus
5. Finans
6. Juridiske forhold – rettsvister
7. Medieomtale 1. desember 2016 – 31. januar 2017
8. Referat og øvrige vedlegg

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo den 8. januar 2017



Bjørn Erikstein

1. STYRETS INSTRUKS

Styrets instruks blir tema i styreseminar

Styret vedtok instruks for sitt arbeid i desember 2009. Hovedemnene i instruksene er ordninger i forbindelse med styremøter, styrets oppgaver og kompetanse, offentlighet og informasjon, samt styremedlemmers habilitet med mer. Instruksene oversendes nye styremedlemmer.

Konsernrevisjonen har i sin revisjon "Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen", fremlagt i styresak 7/2017, påpekt at styret ikke har behandlet sin instruks etter at den ble vedtatt. Instruksene er vedlagt her og vil bli tema på styrets seminar i oktober.

2. HØRING

Høring NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

I oktober 2015 oppnevnte Helse- og omsorgsdepartementet et offentlig utvalg ledet av Stener Kvinnsland med mandat å utrede hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten kan organiseres. Utvalget skulle blant annet vurdere følgende alternativer:

- a) avvikling av de regionale helseforetakene og ha færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet
- b) opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene
- c) opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene
- d) eventuelle andre modeller for organisering av spesialisthelsetjenesten.

Utvalget skulle også vurdere inndelingen i helseregioner og antall helseforetak i lys av de alternative modellene, samt eierskapet til og forvaltningen av bygg.

Den 1. desember 2016 leverte utvalget sin utredning i NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover? til helse- og omsorgsministeren. Helse- og omsorgsdepartementet sendte den 5. desember 2016 utredningen på høring med frist 3. mars 2017. Oslo universitetssykehus er blant høringsinstansene. Det er lagt opp til at Oslo universitetssykehus gir en administrativ høringsuttalelse.

3. UTVIKLING AV OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Planlegging av nye bygg pågår for fullt. Ansvaret for videre utvikling er overtatt av Helse Sør Øst RHF, som benytter Sykehusbygg HF til formålet. Denne saken gir en kort og overordnet status for arbeidet så langt.

Det er startet to konseptfaser for hhv regional sikkerhetsavdeling og et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet. Utviklingen av Gaustad og Aker har startet forberedende arbeid i en såkalt prekonseptfase. Under beskrives kort og overordnet hvert av prosjektene.

Regional sikkerhetsavdeling

Det planlegges en ny regional sikkerhetsavdeling. Målet er at denne skal være realisert

i 2022. Bygget planlegges å omfatte følgende funksjoner; regional sikkerhet, inklusiv høysikkerhet, lokal sikkerhet, avdeling for psykisk utviklingshemmede og autister med sikkerhetsbehov (PUA) samt et kompetansesenter for fengsel- sikkerhets og rettspsykiatri.

Konseptrapporten skal legges frem for styret i HSØ RHF 15. juni og for styret i OUS 24. mai 2017. Konseptrapporten skal bl.a. omfatte; hovedprogram, skisseprosjekt, økonomiske analyser, utredning av trinnvis utbygging mm. Konseptrapporten skal også lage mandat for neste fase, som i dette tilfellet vil være et konkret forprosjekt. Helse Sør-Øst RHF har ved Sykehusbygg kontrahert prosjekteringsteam 06.12.16. Arbeidet med brukermedvirkning er i gang og det er avholdt 4 arbeidsmøter med bred medvirkning. Det har vært og skal arrangeres turer til nybygde sikkerhetsavdelinger i Sverige, som referanseprosjekter.

Oslo universitetssykehus HF har sendt en forespørsel til Helse Sør-Øst RHF om to høysikkerhetsplasser skal inngå i bygget. Fagmiljøet mener at disse bør inngå. Saken behandles av regionene før den videresendes til departemental avgjørelse. Det jobbes for å få avklart tomt og regulering. Tomten ved Ila landsfengsel er lagt til grunn for planleggingen.

Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet.

Det planlegges et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet til erstatning for mye av den dårligste bygningsmassen. Konseptfasen startet 01.01.17, og også i dette prosjektet skal det leveres en konseptfaserapport med samme innhold som beskrevet over, og med de samme tidsfrister og styrebehandlinger. Konkurransen om prosjekteringstjenester for konseptfase pågår. Det er forventet oppstart prosjekteringsteam mars 2017. Reguleringssak med Oslo kommune er igangsatt.

Arbeidet med brukermedvirkning er i gang og det er nedsatt 4 arbeidsgrupper med bred deltagelse, som behandler ulike deler av virksomhetsplanleggingen som sengeposter og operasjon, poliklinikker mm. I tillegg er det nedsatt en egen teknisk gruppe som skal se på krav til nytt bygg og samvirke med øvrig bygningsmasse og en egen gruppe for utstyrsleveranser. Blant de pasientgrupper som skal inngå i nytt klinikkbygg er blant andre; brystkreftpasienter, prostatakreftpasienter samt gynekologiske kreftpasienter. Pasientforløpene for disse gruppene skal være basert på sentertankegang og pakkeforløp.

Det har vært holdt et informasjonsmøte på Radiumhospitalet og et på Kreftavdelingen Ullevål sykehus.

I tillegg til å fokusere på innhold og nytt bygg skal det i denne rapporten utredes videre utvikling av Radiumhospitalet inkludert muligheten for å lokalisere et protonsentert dit dersom dette blir besluttet. I tillegg skal det utredes muligheten til å gjennomføre klinikkbygget som et OPS (offentlig privat samarbeid).

Også denne rapporten skal være ferdig til styrebehandling i mai og juni 2017, med mål om realisering av et nytt bygg høsten 2022.

Aker sykehus

Storbylegevaktens plassering er avklart. Helse Sør-Øst RHF initierer felles oppstart av reguleringsplanprosess, felles steds- og mulighetsanalyse. Deretter skal det være separate prosesser. Det er laget en skisse med samling av somatikk og storbylegevakt.

Arbeidet med å analysere innhold, volum, muligheter etc. er helt i startfasen.

Rikshospitalet/Gaustad

Målet er ett samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner. Etappevis utvikling med et første trinn bestående av multitraume med tilhørende funksjoner, lokalsykehusfunksjoner, tyngre kreftkirurgi og økt kapasitet nyfødtintensiv. Det er laget en skisse med utbyggingsløsning i nord. Arbeidet med å kvalitetssikre innhold, volum etc. er helt i startfasen.

Prosess videre

Følgende saker skal opp i styret i Helse Sør-Øst RHF 15.06.17:

Styresak konseptrapport Regional sikkerhetsavdeling

Styresak konseptrapport nytt klinikkbygg Radiumhospitalet

Styresak om videre igangsetting av konseptfaser for videreutvikling av Aker og Gaustad

Sakene vil behandles i styret i Oslo universitetssykehus 24.05.17. Det vil legges opp til nødvendige forankringsprosesser av arbeidet frem til styrebehandling i mai. Styret vil bli orientert om arbeidet i Helse Sør-Øst RHF frem til styremøtet i juni 2017. Helse Sør-Øst RHF har meddelt at de vil opprette en styringsgruppe for prosjektene Utvikling av Oslo universitetssykehus HF.

Alle viktige papirer i prosjektene om utvikling av Oslo universitetssykehus HF legges ut på sykehusets intranett.

4. ANTIBIOTIKASTYRINGSPROGRAM VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

OUS skal etablere og implementere et antibiotikastyringsprogram i løpet av 2017. I tillegg har OUS fått tildelt midler og ansvar for å etablere et regionalt kompetansesenter for antibiotikastyring. Målet er at innen 2020 skal forbruket av bredspektrede antibiotika være redusert med 30 % sammenliknet med 2012. Et antibiotikastyringsprogram består av flere elementer. Tydelig ledelsesforankring og oppfølging er en viktig del. Det betyr at det må finnes styringsdata som gir oversikt over antibiotikaforbruk og resistensforhold på den enkelte enhet. I tillegg etableres et sentralt antibiotikateam som skal bistå med opplæring, oppfølging og utarbeidelse av rapporter. Dette teamet ledes av professor Dag Berild. Det utnevnes antibiotikakontakter på hver enhet, disse skal være leger. Sammen med lokal ledelse må det etableres daglige rutiner som sikrer at antibiotikabruken blir overvåket, og her kan innføring av tavlemøter være et hjelpemiddel.

5. FINANS

Replassering av pensjonsmidler

I styresak 131/2011 fattet styret vedtak om at plassering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse (SPK) har som intensjon at man på sikt skal ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Basert på vedtaket replaserte foretaket om lag 1,9 mrd. kroner i desember 2011, herav ble om lag 1,4 mrd. kroner plassert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid. Det resterende beløpet ble plassert i Statens pensjonsfond utland (SPU). Plasseringen i

statsobligasjoner er senere reklassert i nye statsobligasjoner med ulik løpetid. Andelen i SPU er uendret.

I desember 2015 ble 965 millioner kroner reklassert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid, og disse forfalt på nytt i desember 2016. SPK ble informert om reklassering av pensjonsmidlene 8. desember 2016. I forkant av beslutningen ble det innhentet råd fra KLP Kapitalforvaltning AS. Basert på deres anbefaling ble om lag 565 millioner kroner plassert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid og 400 millioner kroner i norske statsobligasjoner med 10 års løpetid. Sammen med regelstyrte plasseringer i SPK, som plasseres i statsobligasjoner med 10 års løpetid, gir dette en hensiktsmessig forfallsfordeling og løpetid innenfor plasseringsalternativene SPK tilbyr.

For plassering av pensjonsmidler tilbyr SPK norske statsobligasjoner av ulik varighet og andeler i SPU. Plassering i SPU er eneste alternativ plassering av pensjonsmidler for å kunne følge intensjonen om en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Ifølge SPK var markedsverdien av plasserte pensjonsmidler i SPU 984 millioner kroner ved utgangen av 2015. Andelen i forhold til totale pensjonsmidler i SPK holdes på samme nivå som ved den opprinnelige plasseringen i 2011. Dette gir en lavere andel aksjer enn de øvrige store pensjonskassene.

Erfaringen med ordningen i SPK er likevel at det er vanskelig å nå intensjonen om å ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Plasseringen i SPU er ikke sikret mot valutaendringer. Livselskapene/pensjonskassene sikrer en stor del av valutarisikoen knyttet til investeringer i utenlandske verdipapirer, men dette tilbys ikke ved plassering i SPU. Oslo universitetssykehus HF sendte derfor et brev til SPK 26. november 2014 der helseforetaket ba om at alternativer til dagens ordning for plassering av pensjonsmidler utredes, herunder valutasikring. Ifølge SPK arbeider de med forslag til en ny ordning og de tar sikte på å ferdigstille arbeidet primo 2017. Etter det vi kjenner til vil deretter forslaget bli oversendt til Arbeids- og sosialdepartementet. På grunn av manglende valutasikring vil en være varsom med å plassere mer av pensjonsmidlene i SPU.

6. JURIDISKE FORHOLD - RETTSTVISTER

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

Avtalebrudd - erstatningskrav

Sykehuset er stevnet for tingretten av en tidligere lis-lege med påstand om avtalebrudd og usaklig saksbehandling i arbeidsforholdet. Det er krav om å gjennomføre spesialisering og erstatning for økonomisk tap. Dom ble avsagt 25 mai og resultatet ble frifinnelse for sykehuset. Saken er anket av saksøker til lagmannsretten. Beramning avventes.

Varsling - gjengjeldelse

En stipendiat har stevnet sykehuset med krav om oppreisning og erstatning med grunnlag i påstand om varsling av kritikkverdige forhold i virksomheten og gjengjeldelse for dette. Saken går for Oslo tingrett i tiden 6-10. februar.

Krav om fast ansettelse

Sykehuset er stevnet for tingretten av en som har vært tilkallingsvikar for vaktjenester

på rammeavtale. Saksøkers påstand er at tjenesten har dekket et fast og forutsigbart behov for vaktjenester og dermed skulle arbeidsforholdet vært formalisert som fast ansettelse. Det kreves erstatning og dekning av omkostninger.

Arbeidsrettssak - tariff

Sykehusets tjenesteplan – arbeidstid

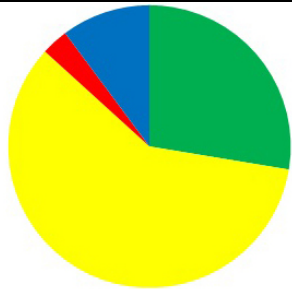
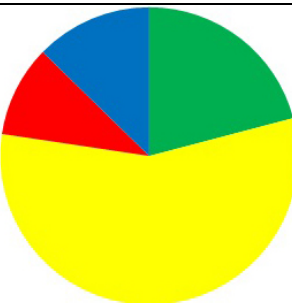
Den Norske Legeforening har tatt ut stevning for Oslo tingrett med påstand om at sykehusets tjenesteplan som gjelder kirurgisk primærvaktteam Radiumhospitalet er ulovlig. Spørsmålet gjelder om omregning av arbeidstid ved passiv tilstedevakt på arbeidsstedet 1:3 er i strid med ufravikelige rettsregler. OUS samarbeider med Spekter i saken som også er partshjelper. Saken er berammet til 1-2. mars.

Kontraktsforhold

Sykehuset er stevnet av en entreprenør med krav om betaling for utførte tilleggs- og endringsarbeider (sluttoppgjør) som er knyttet til prosjekt DP92, rehabilitering av et eldre bygg på Ullevål. Kravet utgjør kr 291 000,- og det legges opp til rettsmekling.

7. MEDIEOMTALE 1. DESEMBER 2016 – 31. JANUAR 2017

Antall mediesaker per måned om sykehuset har variert fra 1096 i desember til 1532 i januar. Medievakten har hatt 230 innkomne henvendelser fra journalister i samme periode, eksklusive sosiale medier.

Periode	Antall saker	Vekting/etterlatt inntrykk	Vekting prosent	Kommentar
Januar 2017	1532		Positiv: 28 Nøytral: 59 Negativ: 3 Ikke vektet: 10*	Den økte andelen positive saker skyldes flere gode saker med sykehusets fagpersoner innen ulike områder.
Desember 2016	1096		Positiv: 21 Nøytral: 56 Negativ: 10 Ikke vektet: 13*	Andelen negative saker har bakgrunn i ulike enkeltsaker som fikk stor spredning.

*blått er andelen meldinger/henvendelser om personskade, disse vektet ikke lenger

Sentrale saker i perioden

Organtransplantasjon

Flere medier har hatt fine pasienthistorier om organtransplantasjon, hvor pasientene uttaler seg positivt om sykehuset og hvor våre behandlere står frem på en solid måte.

Kreftforskning

Flere flotte oppslag i TV og radio fra sykehusets kreftforskingsmiljø, med overskriften «Kreftceller lurer friske celler til å begå selvmord». Oppslagene var basert på en artikkel publisert i Nature.

Barn i sykehus

To av våre barneleger med kronikk i Dagbladet om tiltak for å unngå at barn blir redde under konsultasjoner. Tilsvarende i NRK Ekko, men vinklet mot at barn kan bli traumatisert for senere sykehusopphold.

Kirurgi-yrket og frykt for å gjøre feil

A-magasinet hadde tidlig i januar en stor, informativ sak om redsel for feilgrep innen kirurgi, to av sykehusets kirurger var intervjuet i saken.

Innovasjon og helseteknologi

Intervensjonssenteret ved sykehuset har vært profilert i media flere ganger også i denne perioden. Statsminister Erna Solberg besøkte senteret for å få kunnskap om teknologi og fremtidens sykehus. Andre oppslag problematiserte hvorvidt roboter vil erstatte arbeidskraft.

Det har også vært flere gode oppslag om senterets prosjekt med hologramteknologi.

Kvinnelige thoraxkirurger

VG hadde en 24 siders reportasje om kvinnelige kirurger, hvor to av sykehusets thoraxkirurger var profilert.

Rusdebatt

Flere av sykehuset fagpersoner har deltatt i en debatt om rus, blant annet som medforfatter i kronikken «Et lysere liv med medisin – i hvilken grad skal vi medisinerer oss til evig solskinn og et plettfritt sinn.»

Kritikk fra Helsetilsynet

Media omtalte Helsetilsynets rapport om et donorhjertet som ikke nådde frem til pasienten og presenterte. Sykehuset kom negativt ut i denne saken.

Ventelister

Det er stadig oppslag i media om ventelister og spesialisthelsetjenesten. I desember problematiserte media registrering av hhv utredninger og behandling med negativ omtale av sykehuset.

Sykehuset i sosiale medier

Kanal	Følgere pr 1.feb 2017
Facebook OUS	14117
Twitter OUS	7802
Instagram OUS	3555
Facebook Ekspertsykehuset*	462
Twitter Ekspertsykehuset*	173

* Konto åpnet 9.januar 2017

8. REFERAT OG ØVRIGE VEDLEGG

- Styreinstruks for Oslo universitetssykehus
- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 12.12 2016 (vedlegg)
- Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 02.02 2017

STYREINSTRUKS

for

Oslo universitetssykehus HF

Vedtatt av styret i Oslo universitetssykehus HF i styremøte den 17. desember 2009.

1.0 Formål og rekkevidde

- 1.1 Instruksen gir regler om styrets oppgaver, arbeid og saksbehandling.
- 1.2 Instruksen står tilbake for bestemmelser i lov eller gitt i medhold av lov eller i foretakets vedtekter.
- 1.3 Styret kan i enkeltsaker vedta å fravike instruksen.
- 1.4 Instruksen gjelder inntil styret vedtar at den skal endres.

2.0 Innkalling til styremøter¹

- 2.1 Styret skal avholde minimum 6 styremøter i året.
- 2.2 Administrerende direktør skal lage forslag til møteplan for styret. Planen legges frem for styret i god tid før møtetidspunktene.
- 2.3 Styrets leder er ansvarlig for at styret kalles inn til møte. Det skal sendes skriftlig innkalling til styrets medlemmer og varamedlemmer senest en uke før møtet. Innkalling med sakliste er offentlig så fremt ikke annet er bestemt.
- 2.4 Styremøter utover møteplan kan holdes når styrets leder finner det nødvendig. Medlemmer av styret og administrerende direktør kan også kreve at styret sammenkalles. Styremøte skal avholdes innen 10 dager etter at kravet er fremsatt, og så raskt som nødvendig ut fra sakens karakter.
- 2.5 Et styremedlem som ikke kan møte i styremøte, skal varsle om dette så tidlig som mulig. Har et styremedlem forfall og det finnes varamedlem skal styremedlemmet innkalle varamedlemmet i sitt sted.

3.0 Saksforberedelse

- 3.1 Administrerende direktør forbereder saker som skal behandles av styret i samråd med styreleder.

¹ Helseforetaksloven § 26

- 3.2 Skriftlig bakgrunnsmateriale for saker som skal behandles av styret, skal sendes ut sammen med innkallingen dersom det er praktisk mulig. Bakgrunnsmateriale skal være konkret og kortfattet.
- 3.3 Alle saker skal være tilstrekkelig opplyst til at styret får et tilfredsstillende beslutningsgrunnlag.
- 3.4 Innkallingen bør inneholde administrerende direktørs forslag til vedtak i de enkelte saker som foreligger til behandling.

4.0 Styrebehandling i møte eller på annen måte

- 4.1 Styret skal behandle saker i møte med mindre styreleder finner at saken kan behandles betryggende ved skriftlig behandling eller telefonmøte. Ved vurderingen av om behandlingen er betryggende skal det legges vekt på om hensynet til åpenhet.
- 4.1 Dersom ett styremedlem eller administrerende direktør krever det, skal styrebehandlingen skje i møte.

5.0 Styrebehandling

- 5.1 Styremøter ledes av lederen, eller i dennes fravær, av nestlederen. Er ingen av disse til stede, velger styret en møteleder.
- 5.2 Administrerende direktør har rett og plikt til å delta i styrebehandlingen og til å uttale seg, med mindre noe annet bestemmes av styret i den enkelte sak. Administrerende direktør skal ha mulighet til å uttale seg om saker som skal behandles også når behandlingen ikke skjer i møte.
- 5.3 Styret kan invitere andre til styremøte etter behov.

6.0 Observatører

- 6.1 Brukerutvalget ved foretaket er gitt mulighet til å delta med to observatører i styret for Oslo universitetssykehus HF. Brukerutvalgets observatører har tale- og forslagsrett.

7.0 Åpne styremøter

- 7.1 Styremøtene holdes for åpne dører².
- 7.2 Foreligger det et reelt og saklig behov for å lukke møtet ved behandlingen av en eller flere saker, kan styret gjøre det dersom lukkingen er forenlig med

² Departementets styringsdokument til RHFene for 2004, pkt. 3.2.3 gjort bindende for helseforetakene i foretaksmøter.

prinsippene i offentlighetsloven. Vurdering av en eventuell lukking av deler av møtet skal gjøres på møtetidspunktet.

- 7.3 Styrets møter skal alltid lukkes ved behandling av saker som er undergitt taushetsplikt.

8.0 Styrets vedtaksførhet og flertallskrav³

- 8.1 Styret kan treffe beslutning når mer enn halvparten av styremedlemmene er tilstede eller deltar i behandlingen.
- 8.2 Styret kan ikke treffe beslutning med mindre alle medlemmer av styret så vidt mulig er gitt anledning til å delta i behandlingen av saken.
- 8.3 Styrets beslutninger fattes med alminnelig flertall. I tilfelle stemmelikhet er det møteleders stemme som avgjør. De som stemmer for et forslag, må utgjøre mer enn en tredjedel av samtlige styremedlemmer for at forslaget skal anses som vedtatt.
- 8.4 Ved valg og ansettelse anses den valgt eller ansatt som får flest stemmer. Styret kan på forhånd bestemme at det skal holdes ny avstemning dersom ingen får flertall av de avgitte stemmer.
- 8.5 Styrets medlemmer har plikt til å avgi stemme i alle saker som behandles av styret.

9.0 Inhabilitet⁴

- 9.1 Et styremedlem må ikke delta i behandlingen eller avgjørelsen av spørsmål som har slik særlig betydning for egen del eller for noen nærstående at medlemmet må anses for å ha fremtredende personlig eller økonomisk særinteresse i saken. Det samme gjelder for administrerende direktør.
- 9.2 Styremedlemmer som er valgt av de ansatte deltar ikke i behandlingen av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstaker, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

10.0 Protokoll

- 10.1 Det skal føres protokoll over styrebehandlingen. Protokollen skal angi:
- Tid
 - Sted
 - Deltakerne
 - Behandlingsmåte

³ Helseforetaksloven § 27

⁴ Habilitetsregler forøvrig følger av forvaltningsloven § 6.

- Opplysning om hvordan styrebehandlingen var varslet
- Saksreferanse og hva saken gjelder
- Vedtatte beslutninger, samt angivelse av stemmetall
- Hvem som har skrevet protokollen

10.2 Der det kan ha betydning for forståelsen av vedtaket, skal det gis en kort begrunnelse for styrets beslutning.

10.3 Protokollen skal underskrives av alle medlemmer som deltok i styrebehandlingen. Styremedlemmer som ikke var tilstede skal signere protokollen med "sett".

10.4 Styremedlem eller administrerende direktør som er uenig i styrets beslutning, kan kreve sin oppfatning innført i protokollen.

10.5 Utkast til protokoll skal foreligge senest to arbeidsdager etter at møtet er avholdt. Utkast til protokoll, med unntak av saker som er undergitt lovbestemt taushetsplikt, gjøres offentlig når den er godkjent av styrets leder. Protokollen legges frem for godkjenning i påfølgende møte.

11.0 Styrets oppgaver og kompetanse⁵

11.1 Styrets skal ha overordnet kontroll med forvaltningen av foretaket, herunder ansvar for forsvarlig organisering av foretakets samlede virksomhet⁶.

11.2 Styret skal fastsette planer og budsjetter for virksomheten⁷.

11.3 Styret skal vedta årsregnskap og årsberetning og skrive under disse sammen med administrerende direktør.

11.4 Styret skal holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling⁸.

11.5 Styret skal iverksette de undersøkelser styret finner nødvendig for å utføre sine oppgaver.

11.6 Styret skal føre tilsyn med den daglige ledelsen av selskapet⁹ og med selskapets virksomhet for øvrig.

11.7 Varslingssaker som gjelder administrerende direktør går til konsernrevisjonen som utarbeider et saksgrunnlag som oversendes styret i Oslo universitetssykehus HF for beslutning om eventuelle tiltak og oppfølging videre.

⁵ helseforetaksloven kapittel 7 og foretakets vedtekter

⁶ helseforetaksloven § 28, første ledd

⁷ helseforetaksloven § 28, andre ledd

⁸ helseforetaksloven § 28, tredje ledd, første punktum

⁹ helseforetaksloven § 29

- 11.8 Styret tilsetter foretakets administrerende direktør og fastsetter administrerende direktørs lønn. Styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige administrerende direktør¹⁰.
- 11.9 Styret skal sørge for at foretaket har en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet. Styret skal varsle og foreslå tiltak ovenfor eier dersom egenkapitalen ikke er forsvarlig¹¹.
- 11.10 Styret skal evaluere eget arbeid og arbeidsform
- 11.11 Styret skal sørge for at bokføring og formuesforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll¹².
- 11.12 Styret skal påse at pasienter og pårørendes rettigheter, interesser, vurderinger og synspunkter blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner. Styret skal påse at samiske organisasjonene, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt. Styret velger medlemmene i foretakets brukerutvalg¹³.
- 11.13 Styret skal, innenfor sitt ansvarsområde, påse at universiteters og høyskoleers rettigheter og interesser i tilknytning til undervisning og forskning blir ivaretatt¹⁴.
- 11.14 Angivelsen av styrets oppgaver kan ikke anses uttømmende, men må vurderes ut i fra foretakets virksomhet til enhver tid og gjeldende lovgivning.

12.0 Rapportering til eier

- 12.1 Styret er ansvarlig for at foretaket rapporterer til eier i henhold til foretaksmøtevedtak.
- 12.2 Styret er ansvarlig for at foretaket utarbeider en årlig melding til Helse Øst RHF om foretaket og foretakets virksomhet. Meldingen skal omfatte styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år¹⁵.

13.0 Vedtak som skal treffes av foretaksmøtet

- 13.1 Foretaksmøtet beslutter disponering av foretakets midler etter forslag fra styret, eller med styrets samtykke¹⁶.

¹⁰ helseforetaksloven § 36

¹¹ helseforetaksloven § 14, andre ledd

¹² helseforetaksloven § 28, femte ledd

¹³ vedtektene § 13

¹⁴ vedtektene § 12

¹⁵ helseforetaksloven § 34

¹⁶ helseforetaksloven § 15

- 13.2 Etter forslag fra styret treffer foretaksmøtet vedtak om salg av fast eiendom verdsatt til 10 millioner kroner eller mer. Styret kan beslutte salg av fast eiendom når eiendommen er verdsatt til under 10 millioner kroner¹⁷
- 13.3 Foretaksmøtet treffer vedtak om pantstillelse av fast eiendom etter forslag fra styret¹⁸.
- 13.4 Styrets forslag oversendes Helse Sør-Øst RHF, som fremlegger saken foretaksmøtet i det regionale helseforetaket.

14.0 Vedtak som skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF

- 14.1 Alle investeringsprosjekter over 10 millioner kroner skal meldes inn og godkjennes av Helse Sør-Øst RHF. Investeringsprosjekter med størrelse over 50 millioner kroner behandles av styret i Helse Sør-Øst RHF.¹⁹
- 14.2 Beslutninger i forbindelse med byggeprosjekter skal gjøres i henhold til Helse Sør-Østs beslutningsmatrise for byggeprosjekter.

15.0 Vedtak som skal treffes av foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF

- 15.1 Foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF treffer vedtak i alle saker som antas å være av vesentlig eller prinsipiell betydning helsepolitisk, forskningspolitisk, utdanningspolitisk eller samfunnsmessig²⁰.
- 15.2 Foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF treffer vedtak om salg av sykehusvirksomhet²¹
- 15.3 Styret skal oversende saker som nevnt til Helse Sør-Øst RHF før vedtak treffes²².

16.0 Lån og garantier

- 16.1 Foretaket kan ikke oppta lån fra andre enn Helse Sør-Øst RHF²³.
- 16.2 Foretaket kan ikke stille garanti eller pantsette sine eiendeler til sikkerhet for andres økonomiske forpliktelser²⁴.

¹⁷ helseforetaksloven § 31 og vedtektene § 10

¹⁸ helseforetaksloven § 31

¹⁹ Vedtak pkt 4.4 i foretaksmøte i februar 2008. Se brev fra Helse Sør-Øst RHF av 5. desember 2007.

²⁰ helseforetaksloven § 30 og vedtektene § 9

²¹ helseforetaksloven § 32 og vedtektene § 9

²² helseforetaksloven § 30 og vedtektene § 9

²³ Vedtektene § 11

²⁴ Helseforetaksloven § 33

17.0 Kompetansefordeling mellom styret og administrerende direktør

- 17.1 Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av foretaket og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt²⁵
- 17.2 Styret har utarbeidet egen instruks for administrerende direktør.

18.0 Foretakets representasjon

- 18.1 Styret representerer foretaket utad og tegner dets firma²⁶. Signaturett er delegert til styreleder og administrerende direktør hver for seg.
- 18.2 Administrerende direktør har signaturfullmakt og representerer foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelse.

19.0 Offentlighet og informasjon

- 19.1 Offentlighetsloven gjelder for foretakets virksomhet. Det skal praktiseres meroffentlighet.
- 19.2 Forvaltningsloven gjelder for foretakets virksomhet. I saker om ansettelse, oppsigelse eller andre personalsaker kommer likevel bare forvaltningslovens kapittel 2 og 3 til anvendelse²⁷.
- 19.3 Styrets leder uttaler seg på vegne av styret om ikke annet er spesielt avtalt.
- 19.4 Styrevedtak av vesentlig betydning eller vesentlig interesse for de ansatte skal informeres om internt i foretaket på hensiktsmessig måte uten unødige opphold.

20.0 Taushetsplikt m.m.

- 20.1 Hovedregelen for styrets arbeid er konfidensialitet og styremedlemmer har taushetsplikt om kunnskap de får om foretak og foretakets virksomhet. Taushetsplikten gjelder ikke opplysninger som kan kreves med hjemmel i lov eller om styret bestemmer noe annet i det enkelte tilfelle. Videre omfatter taushetsplikten ikke opplysning som allerede er allment kjent eller allment tilgjengelig.
- 20.2 Taushetsplikten gjelder ikke overfor foretakets administrerende direktør eller de øvrige styremedlemmene.
- 20.3 Taushetsplikten gjelder også etter at styrevervet er opphørt. Brudd på taushetsplikten kan medføre erstatningsansvar.

²⁵ Helseforetaksloven § 37

²⁶ Helseforetaksloven § 39 og § 40

²⁷ Helseforetaksloven § 5, 1. ledd

20.4 Ved fratreden fra styrevervet, skal alt fortrolig materiale som er mottatt i egenskap av styremedlem og som ikke er makulert, leveres tilbake

21.0 Styremedlemmers deltakelse i konkurrerende virksomhet

21.1 Dersom et styremedlem planlegger å delta som eier, tillitsvalgt (inkl. styreverv), ansatt eller påta seg oppdrag i virksomhet som kan anses å stå i et konkurranseforhold til Oslo universitetssykehus HF skal vedkommende på forhånd opplyse styret om dette.

PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 12. desember 2016**

Til: Brukerutvalget ved OUS

Kopi: Sølvi Andersen, Kari Skredsvig, Anne Margrethe Svanes

Dato dok: 21.12.2016

Dato møte: 12.12.2016

Referent: Stine Arntzen Selfors

Tilstede: Tove Nakken, Lilli-Ann Stensdal, Kjell Silkoset, Stine Dybvig, Twinkle Dawes, Kristin Borg, Arne Olav G. Hope, Veslemøy Ruud, Tommy Sjøfjell, Tayyab Chaudri
Fra OUS: Bjørn Erikstein, Sølvi Andersen, Kari Skredsvig, Stine A. Selfors

Forfall: Heine Århus, Mari Ourum, Kim Fangen

Sak nr	
61/2016	<p>Godkjenning av innkalling En ny sak er kommet til etter utsendelse av agendaen. Sak 66/2016 endres til Orientering fra Pasient- og brukerombudet og resten av agendaen forskyves et saksnummer frem.</p> <p>Vedtak Innkalling med revidert saksliste er godkjent</p>
62/2016	<p>Direktørens time Administrerende direktør, Bjørn Erikstein svarte ut innsendte spørsmål.</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>
63/2016	<p>Styremøtesaker Administrerende direktør kommenterte kort styremøtesakene.</p> <p>Vedtak Leder og nestleder av brukerutvalget stiller på styremøtet.</p>
64/2016	<p>Orienteringssaker Ingen saker</p>
65/2016	<p>Brukerundersøkelsen Spesialrådgiver Thomas J. Riiser viste en oversikt over klinikkvise resultater og kategorisering av kommentarer i brukerundersøkelsen og ga tips om hvordan brukerutvalget og brukerrådene kan jobbe med resultatene.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget anbefaler at brukerrådene i klinikk gjennomgår brukerundersøkelsens resultater regelmessig. Brukerutvalget vil følge med på trendutviklingen.</p>
66/2016	<p>Orientering fra pasient- og brukerombudet Lars Bjørn Mehus fra Pasient- og brukerombudet orienterte om aktuelle saker det</p>

	<p>jobbes med hos pasient og brukerombudet. Tilbakemeldingene til ombudet er svært sammenfallende med resultatene i OUS sin brukerundersøkelse. Ombudet har hatt et møte med OUS og kreftforeningen angående situasjonen på Avdeling for gynekologisk kreft.. Pasient og brukerombudet jobber også for at det skal være lett å gi tilbakemeldinger til sykehusene på de nye nettsidene.</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>
67/2016	<p>Mål og handlingsplan for 2017 Gjennomgang av og innspill til utkast av mål for 2017.</p> <p>Vedtak Mål for 2017 revideres etter innspill i møtet og sendes ut for godkjenning. Leder og koordinator av BU utarbeider utkast til handlingsplan.</p>
68/2016	<p>Møteplan 2017 Utkast til møteplan for 2017 ble lagt frem. Møteplanen følger styrets møteplan.</p> <p>Vedtak Møteplan for 2017 er vedtatt</p>
69/2016	<p>Råd/utvalg/konferanser Gjennomgang av aktivitet siden forrige møte. 4 nye oppdrag sendes ut på mail i etterkant av møtet;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Styringsgruppe for forskning på antibiotikaresistens - Styringsgruppe og prosjektgruppe for utvikling av ny utdanningsmodell for spesialistutdanningen for leger. - Revisjon av samhandlingsavtaler - Forum for pasient- og pårørendeopplæring <p>Vedtak Representanter til de nye oppdragene oppnevnes pr mail.</p>
70/2016	<p>Eventuelt Ingen saker.</p>

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato:	Styremøte 2. februar 2017
Tidspunkt:	Kl 0915-1545

Følgende medlemmer møtte:

Ann-Kristin Olsen	Styreleder	
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	
Eyolf Bakke		Til kl 1450
Kirsten Brubakk		
Terje Bjørn Keyn	Forfall	Vara Irene Kronkvist
Bernadette Kumar	Forfall	
Geir Nilsen		
Truls Velgaard		
Sigrun E. Vågeng		Til kl 1200
Svein Øverland		

Fra brukerutvalget møtte:

Øistein Myhre Winje
Kari Melby

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, konserndirektør Atle Brynestad, kst. fagdirektør Geir Bøhler, direktør teknologi og eHelse Thomas Bagley og konsernrevisor Espen Anderssen

Saker som ble behandlet:

001-2017	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

002-2017	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 15. DESEMBER 2016
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra styremøtet 15. desember 2016 godkjennes.

003-2017	KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER DESEMBER 2016 (FORELØPIG STATUS)
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapporten med foreløpig status per desember 2016 til etterretning.

004-2017	OPPDRAGSDOKUMENT 2017 FRA HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET OG PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE SØR-ØST RHF 10. JANUAR 2017. OPPDRAGSDOKUMENT TIL HELSEFORETAKENE I HELSE SØR-ØST
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument 2017 og protokoll for Helse Sør-Øst RHF fra felles foretaksmøte for de regionale helseforetakene 10. januar 2017 til etterretning.
2. Styringsbudskapene følges opp gjennom å integreres i oppdrag og bestilling 2017 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst.
3. Oppdrag og bestilling 2017 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst godkjennes, og administrerende direktør gis fullmakt til å slutføre dokumentene.
4. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppdraget i den ordinære rapporteringen og i årlig melding.

005-2017	VENTETIDER OG FRISTBRUDD – VURDERING AV STATUS FOR 2016 OG VIDERE PLANER FOR 2017
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar redegjørelsen om status og videre planer for arbeidet med ventetider og fristbrudd til orientering.
2. Styret berømmer de ansattes innsats i arbeidet med reduksjon i ventetider og fristbrudd

006-2017	VESTRE VIKEN HF. STATUS FOR PLANLEGGING AV NYTT SYKEHUS I DRAMMEN
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret konstaterer at det i løpet av høsten 2016 er utviklet tiltak som svarer opp forutsetningen om at kostnadsrammen for nytt sykehus i Drammen skal tilsvare

planforutsetningene på 8,2 mrd. kroner (prisnivå oktober 2015). I tillegg kommer tidligere godkjente kostnadsrammer for stråleterapi, ikke-byggnær IKT og kostnader til tomteerverv.

2. Styret ber om at det forberedes til oppstart forprosjekt og at dette avpasses tidsmessig til fremdrift tomteerverv.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å utarbeide mandat for forprosjektfasen og etablere et eget prosjektstyre for videreføringen av prosjektet fra og med forprosjektet.
4. Styret forutsetter at forprosjektet legges fram for styret til godkjenning før oppstart av gjennomføringsfasen.
5. Styret legger til grunn at det sikres bred involvering fra ansatte og brukere i det videre arbeidet med nytt sykehus i Drammen.
6. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å iverksette nødvendige formelle prosesser for erverv av tomtearealer. Det forutsettes at gjenstående supplerende grunnundersøkelser gjennomføres før erverv besluttes.

Stemmeforklaring fra styremedlem Øverland:

Det er viktig at man i den videre planleggingen legger til grunn læring fra bl a Ahus og Østfold når det gjelder dimensjonering og bemanning i forhold andel enerom

007-2017	NYTT SYKEHUS I DRAMMEN – ERVERV AV TOMT PÅ BRAKERØYA
----------	---

Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26a

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å igangsette og gjennomføre ekspropriasjon for erverv av tomt på Brakerøya, herunder søke Drammen kommune om ekspropriasjon og inngå avtale med Drammen kommune om den praktiske gjennomføringen av ekspropriasjonen.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å signere intensjonsavtaler med Eidos Eiendomsutvikling AS og Rom Eiendom AS.

008-2017

**REGIONALE FØRINGER FOR HELSEFORETAKENES ARBEID
MED UTVIKLINGSPLANER**

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret slutter seg til de føringene for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner som er angitt i dokumentet "Strategier, planer og regionale føringer".

009-2017

**SYKEHUSET I VESTFOLD HF, TØNSBERGPROSJEKTET.
FORPROSJEKTRAPPORT**

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF tar forprosjektrapporten og vedtakene i styret i Sykehuset i Vestfold HF til etterretning og godkjenner at Tønsbergprosjektet videreføres til detaljprosjektering og utbygging. Det legges til grunn at den foreslåtte kontraktsmodellen (IPD) gir nødvendig sikkerhet for at prosjektet kan realiseres innenfor de rammer og målsettinger som er gitt, herunder en projektkostnad på 2 535 millioner kroner (2014-kroner).
2. Dersom den foreslåtte løsningen for helikopterlandingsplass ikke lar seg realisere, skal ny helikopterplattform løses innenfor prosjektets kostnadsramme på 2 535 millioner kroner (2014-kroner).
3. Behovet for ikke-byggnær IKT skal konkretiseres, og en endelig plan for dette skal legges frem for godkjenning av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF. Styringsrammen for ikke-byggnær IKT er 137 millioner kroner (2014-kroner).
4. Sykehuset i Vestfold HF må arbeide videre med å identifisere og realisere gevinstene som følge av prosjektet, og det må utarbeides konkrete gevinstrealiseringsplaner som kan følges opp. Det legges til grunn at resultat- og likviditetsutviklingen fremover som minimum skal være i tråd med helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan 2017-2020 og at nødvendig produktivitetsforbedring i helseforetaket realiseres gjennom systematisk arbeid.
5. Styret gir administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF fullmakt til å godkjenne mandat for gjennomføringsfasen.

010-2017

REVISJON AV PROSESS FOR RISKOSTYRING I DIGITAL FORNYING

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar rapporten fra konsernrevisjonen og tiltakene for oppfølging til etterretning.

011-2017

STIFTING AV LUFTAMBULANSETJENESTEN HF

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret vedtar å stifte Luftambulansetjenesten HF i henhold til vedlagte stiftelsesdokument, som omfatter styresammensetning, vedtekter og valg av revisor. Vedlagte foretaksavtale godkjennes. Det regionale helseforetakets administrerende direktør gis fullmakt til å signere dokumentene på vegne av styret.
2. Styret slutter seg til at Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF skal ha en eierandel på 20 prosent i Luftambulansetjenesten HF, mens Helse Sør-Øst RHF skal ha en eierandel på 40 %.
3. Som ledd i stiftelsen skyter hver av eierne (de fire regionale helseforetak) inn sin andel av selskapet Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS (selskapets eiendeler).
4. Opprettelsen av Luftambulansetjenesten HF skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak. Helseforetaket vil formelt være stiftet på det tidspunkt hvor samtlige av de fire likelydende styrevedtak er fattet.

Stemmeforklaring fra styremedlem Svein Øverland:

I forbindelse med omgjøring av den selskapsrettslige statusen til Pasientreiser og Luftambulansetjenesten og det økende antallet nasjonale selskapsdannelser i spesialisthelsetjenesten, er det et behov for en helhetlig gjennomgang av hvordan medbestemmelse skal ivaretas når de regionale helseforetakene samordner seg for å løse felles oppgaver og der de eier virksomheter sammen. Det vises også til vedtaks punkt 6 i sak 74 i november 2015, som også var ett felles RHF styrevedtak:». I samarbeid med de ansattes organisasjoner og vernetjenesten foretas en gjennomgang av hvordan samarbeidsordningene kan videreutvikles slik at de ansattes / tillitsvalgtes medvirkning i virksomheten til de regionale helseforetakenes felles eide selskap kan ivaretas på en god måte.»

012-2017

STIFTING AV PASIENTREISER HF

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret vedtar å stifte Pasientreiser HF i henhold til vedlagte stiftelsesdokument, som omfatter styresammensetning, vedtekter og valg av revisor. Vedlagte foretaksavtale godkjennes. Det regionale helseforetakets administrerende direktør gis fullmakt til å signere dokumentene på vegne av styret.
2. Styret slutter seg til at Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF skal ha en eierandel på 20 prosent i Pasientreiser HF, mens Helse Sør-Øst RHF skal ha en eierandel på 40 %.
3. Som ledd i stiftelsen skyter hver av eierne (de fire regionale helseforetak) inn sin andel av selskapet Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (selskapets eiendeler).
4. Opprettelsen av Pasientreiser HF skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak. Helseforetaket vil formelt være stiftet på det tidspunkt hvor samtlige av de fire likelydende styrevedtak er fattet.

Stemmeforklaring fra styremedlem Svein Øverland:

Se tekst under sak 011-2017

013-2017

ORIENTERINGSSAK: ÅRSRAPPORT 2016 FOR
KONSERNREVISJONEN HELSE SØR-ØST

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar konsernrevisjonens årsrapport for 2016 til orientering.

014-2017

ORIENTERINGSSAK: REVISJONSPLAN 2017 FOR
KONSERNREVISJONEN HELSE SØR-ØST

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner revisjonsplan 2017.

015-2017

ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2017

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

016-2017

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA
ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

- Styreleder orienterer
- Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 18. januar 2017
- Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 13. og 14. desember 2016
- Brev fra brukere av bassenget ved Diakonhjemmet sykehus
- Brev fra Dagheid Solholm vedrørende bassengtilbudet LHL
- Brev fra Sykehusutvalget i Asker og Bærum

Temasak

- Kvinnsland-utvalget v/administrerende direktør Cathrine M. Lofthus

Møtet hevet kl 1545

Hamar, 2. februar 2017

Ann-Kristin Olsen
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Terje Bjørn Keyn

Bernadette Kumar

Geir Nilsen

Truls Velgaard

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær