

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 25. september 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 42/2014 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 18. september 2014

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 5/2014
Dato møte:	25. september 2014
Møtetid:	Kl. 08.00 - 14.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, Seminarrom 1 og 2.

42/2014	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
43/2014	Beslutning:	Godkjenning av protokoll styremøte 26.6.2014
44/2014	Orientering:	Rapport per august 2014
45/2014	Beslutning:	Overføring av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral fra sykehuset Østfold HF til Oslo universitetssykehus HF
46/2014	Beslutning:	Konsernrevisjon av Hjerte-, lunge- og karklinikken
47/2014	Orientering:	Budsjett 2015
48/2014	Orientering:	Virksomhet på Aker sykehus
49/2014	Orientering:	Eierskap i selskaper
50/2014	Orientering:	Oppfølging av styrets vedtak
51/2014	Orientering:	Årsplan for styret
52/2014	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 18. september 2014
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 26. juni 2014

**SAK 43/2014 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 26. JUNI 2014**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 26. juni 2014.

Oslo, den 18. september 2014

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	26. juni 2014
Dato møte:	26. juni 2014 kl 800-1300 på Radiumhospitalet.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Anne Carine Tanum, Bjørg Månum Andersson, Svein Erik Urstrømmen, Bjørn Wølstad-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Nina Bachke, Rita von der Fehr, Merete Norheim Morken

Forfall: Berit Kjøll, Johan Arnt Vatnan, Ole Petter Ottersen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Cathrine Lofthus, Morten Reymert, Tove Strand, Rolv Økland, Kjell Magne Tveit, Christina Rolfheim Bye, Erlend Smeland m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget, konsernrevisjonen og publikum

Sak 31/2014 Godkjenning av innkalling og saksliste

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 32/2014 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 24. april 2014.

Sak 33/2014 Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2014

Enstemmig vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang fra 1. tertial 2014 til etterretning.



Sak 34/2014 Rapport per mai 2014

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen for mai 2014 til orientering.

Sak 35/2014 Idefaserapport Oslo universitetssykehus HF

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapport fra Idéfase OUS - Campus Oslo med de merknader som fremkom i møtet til orientering.
2. Styret ber om at rapporten sendes ut på høring som angitt i saksfremlegget.
3. Styret ber om at bearbeidet rapport med høringsuttalelser og en plan for videre arbeid legges frem for styret etter at høringsrunden er avsluttet.

Sak 36/2014 Mandat Idefase arealtiltak OUS - Rikshospitalet

Saken ble utsatt.

Sak 37/2014 Møteplan for 2015

Enstemmig vedtak:

Styret vedtar følgende møteplan for 2015:

Fredag 13. februar 2015	Styremøte	12-16
Torsdag 9. april 2015	Styremøte	10-12
Torsdag 30. april 2015	Styremøte	8-14
Torsdag 25. juni 2015	Styremøte	8-14
Fredag 25. september 2015	Styremøte	8-14
Onsdag 28. oktober 2015	Styremøte	8-14
	Styreseminar	14-19
Torsdag 17. desember 2015	Styremøte	8-14
Reservetider:		
Torsdag 28. mai 2015	Styreseminar	8-14
Onsdag 25. november 2015	Styremøte	8-14

Sak 38/2014 Suppleringsvalg til brukerutvalget

Enstemmig vedtak:

Styret oppnevner Ane Ringstad Næss som nytt medlem til brukerutvalget for Oslo universitetssykehus HF for perioden 2014 - 2016.



Sak 39/2014 Budsjett 2015

Enstemmig vedtak:

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

Sak 40/2014 Leie av arealer i Storgaten 40

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar til orientering at administrerende direktør inngår en 4-årig leieavtale (fremleieavtale) i Storgata 40 med Oslo kommune v/Helseetaten.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å forhandle frem en avtale om lenger leie og sende den til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå en langsiktig leieavtale i Storgata 40 forutsatt godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.

Sak 41/2014 Administrerende direktørs orienteringer

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Berit Kjøll
forelagt protokoll

Bjørg Månun Andersson

Ole Petter Ottersen
forelagt protokoll

Johan Arnt Vatnan
forelagt protokoll

Svein Erik Urstrømmen

Nina Bachke

Merete Norheim Morken

Rita von der Fehr

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølstad-Knudsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 25. september 2014

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

Vedlegg: Tabellvedlegg

SAK 44/2014 RAPPORTERING PER AUGUST 2014

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen for august 2014 til orientering.

Oslo, den 18. september 2014

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

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

- Samlet aktivitet innenfor somatikken er 0,8 prosent lavere enn aktivitetsmålet i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Det styrevedtatte budsjettet forutsetter imidlertid høyere aktivitet innenfor somatikken i 2014 enn måltallet fra Helse Sør-Øst RHF, og målt mot periodisert aktivitetsbudsjett er det et negativt avvik på 2,0 prosent.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne er liggedøgn og poliklinisk aktivitet høyere enn de periodiserte måltallene, mens innenfor psykisk helsevern for barn og unge er den polikliniske aktiviteten noe lavere enn budsjettet. Antall liggedøgn for barn og unge er høyere enn budsjettet.
- Det er registrert færre liggedøgn enn budsjettet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Den polikliniske aktiviteten innenfor dette området er høyere enn budsjettet.
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i august 87 dager, hvilket er på samme nivå som i 2013. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy og variere til dels betydelig fra periode til periode. Ventetid for ventende pasienter er redusert fra 222 dager ved utgangen av august 2013 til 175 dager ved utgangen av august 2014.
- Tallet på langtidsventende (ventet i mer enn ett år) er sterkt redusert det siste året. Fra utgangen av august 2013 til utgangen av august 2014 er antall langtidsventende redusert fra om lag 4 000 til om lag 2 200.
- Av antall avviklede pasienter i august, var det oppstått fristbrudd for 540 pasienter (16 prosent) før tidspunkt for start helsehjelp. Antall fristbrudd for ventende pasienter var ved utgangen av samme periode på 1 238 (13 prosent), hvilket er en reduksjon på 564 (31 prosent) fra samme periode i 2013.
- Til og med august er det et negativt avvik i forhold til periodisert budsjett på om lag 11 millioner kroner. Økonomisk resultat for august var 3,6 millioner kroner bedre enn budsjettet.
- Antall brutto månedsverk er i september 18 196 og i gjennomsnitt hittil i 2014 er det 17 760 brutto månedsverk. Det er i gjennomsnitt for 2014 utført 556 flere månedsverk enn i samme periode 2013 og 252 flere enn budsjettet.
- Sykefraværet er til og med juli 2014 på 6,9 prosent, og er redusert fra 7,6 i samme periode i 2013.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

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

Innenfor somatikken var aktiviteten relativt høy til og med juli. I august var imidlertid aktiviteten betydelig lavere enn budsjettet og lavere enn i samme perioder tidligere år. Dette er bekymringsfullt, og det jobbes fortsatt for å analysere årsaker til dette. Klinikken er som en følge av dette bedt om å vurdere om forberedelser til

implementering av DIPS kan ha gitt utslag på aktivitetsnivået i august, enten gjennom økt ferieuttak eller planlagt redusert aktivitet som følge av opplæringsaktiviteter utover det som er hensyntatt i periodisert budsjett. Det arbeides for å lukke avvik i forhold til budsjett, både for å sikre at helseforetaket leverer det omfang av tjenester som er forutsatt i budsjettet, men også for å sikre de resultatene som er lagt til grunn for budsjettet mht økonomi og produktivitetsforbedring. Det vurderes imidlertid som svært krevende å lukke de akkumulerte avvikene, samtidig som det skal tas i bruk nytt pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal fra 20. oktober.

Budsjettet for 2014 forutsetter en økt aktivitet uten tilsvarende økning i ressursbruken i de somatiske klinikkene. Etter august er aktiviteten lavere enn budsjettet samtidig som bemanning og ressursforbruk (inklusive innleie) er høyere enn budsjettet. Det vil derfor fortsatt være høyt fokus på stram bemanningsstyring i hele organisasjonen.

Det økonomiske resultatet etter 8 måneders drift viser et underskudd på 11 millioner kroner. I resultatet inngår om lag 50 millioner kroner i gevinst fra salg av eiendom (inkludert salg av Barnehagebygg AS). Manglende aktivitets- og resultatoppnåelse innenfor driften får følger for helseforetakets mulighet til å disponere gevinst og likviditet fra salg av eiendommer til investeringer i bygg og MTU de kommende år.

Administrerende direktør etablerte høsten 2012 en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset. Dette har gitt resultater, og gjennom det siste året har det vært en betydelig reduksjon av antall langtidsventende pasienter og fristbrudd. Antall fristbrudd av ventende pasienter reduseres imidlertid ikke så raskt som ønskelig, selv om det er utarbeidet detaljerte klinikkvise planer for å nå målet om null fristbrudd per utgangen av 2014. Det er derfor tett oppfølging av dette området. Planlagte tiltak for å øke utnyttelsen av kapasitet på poliklinikkene forventes å gi resultater både i forhold til økt aktivitet og reduksjon i antall fristbrudd.

I forbindelse med innføring av DIPS som pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal skal alle data konverteres fra nåværende systemer til DIPS. Det er planlagt tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i denne forbindelse, og spesielt med tanke på at ikke forskjeller i registreringsmåter og oppfølgingsmåter av ventelister og fristbrudd mellom nåværende systemer og den versjonen av DIPS som Oslo universitetssykehus innfører skal bidra til at styringsdataene blir lite gjenkjennbare. Dette ansees som meget viktig for å sikre et fortsatt stort fokus på dette viktige området.

3. Pasientbehandling

3.1. Aktivitet somatikk

For perioden januar - juli var antall rapporterte DRG-poeng 0,4 prosent høyere enn periodiserte måltall satt i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. I august har imidlertid aktiviteten vært betydelig lavere enn det som følger av periodisert budsjett og akkumulert etter august er antall rapporterte DRG-poeng 0,8 prosent (omlag 1.100 DRG-poeng) lavere enn periodiserte måltall satt i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Internt er det imidlertid et negativt avvik på om lag 2,0 prosent (omlag 3.000 DRG-poeng) som følge av at det er budsjettet med en noe høyere aktivitet internt enn det som følger av oppdragsdokumentet.

Aktiviteten i august er ikke ferdig analysert. Status per klinikk og avdeling vil bli gjennomgått i klinikkvise oppfølgingsmøter i uke 39.

Foreløpig vurdering er at lav aktivitet i august i hovedsak skyldtes tilfeldige utslag på flere områder, og det er ingen tydelige trender som tilsier at dette vil vedvare i månedene fremover. Det har blant annet vært en reduksjon i traumealarmer, multitraumer (DRG 487) og tracheostomier (DRG 483) i august 2014 sammenlignet med august 2013 og 2014 forøvrig. Videre har antall fødsler vært lavere enn tidligere måneder og lavere enn i august 2013. Pasientsammensetningen siste måned ser ut til å ha vært noe annerledes enn tidligere måneder og gjennomsnittlig antall DRG-poeng per døgnopphold er lavt. Ved enkelte avdelinger kan det se ut som om aktiviteten etter sommeren er kommet noe sent i gang og det har i tillegg vært noe ombyggingsaktivitet ved Øyeavdelingen som har påvirket den polikliniske aktiviteten i august. Det er kun meldt om mindre reduksjon av aktivitet som følge av kursvirksomhet i DIPS.

Effekt av etterslep i registrering av medisinsk informasjon (diagnoser og prosedyrer) er estimert å utgjøre 400 DRG-poeng for august og er inkludert i rapportert aktivitet. Registrerte DRG-poeng etter periodeavslutning viser hittil en noe høyere etterkodning enn dette.

Sammenlignet med samme periode 2013 viser interne beregninger at aktiviteten innenfor somatikken reelt sett er økt med om lag 0,4 prosent.

Det er flere forhold som påvirker aktivitetsnivået hittil i 2014, og de viktigste er:

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

Rapporterte aktivitetstall per august 2014 er korrigert ned med 1 000 DRG-poeng knyttet til beregnet effekt av feil rapportering av flere konsultasjoner samme dag.

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

Medisinsk klinikk har 2 prosent lavere aktivitet enn budsjettet hittil i år. Avviket er økt fra 1,3 prosent ved forrige rapportering. Økt avvik i august skyldes at få pasienter har hatt behov for tracheostomi. Akkumulert avvik skyldes at det er gjennomført noen færre tracheostomier enn budsjettet, omlegging av NSTEMI-sløyfe fra døgnbehandling til dagbehandling (reduserer liggetid) og færre øyeblikkelig-hjelp-innleggelseser enn forutsatt i budsjettet.

Klinikk for kirurgi og nevrofag har en aktivitet som er 3,7 prosent lavere enn budsjettet. Avviket er økt fra 2 prosent ved forrige rapportering. Sammenlignet med 2013 er det økt aktivitet i de fleste avdelingene, samtidig er det negative avvik i forhold til budsjett for de fleste avdelingene. Lav aktivitet i august skyldes til dels lavt antall tracheostomier, sen oppstart av kirurgisk virksomhet innenfor enkelte avdelinger etter sommerferien og effekt av gjennomføring av DIPS-kurs. Utover dette har aktiviteten generelt vært lavere enn budsjettet.

Under gis en kort beskrivelse av årsak til avvik for avdelingene med størst negative avvik ifht periodisert budsjett:

- For Ortopedisk avdeling har den relativt sett milde vinteren medført færre skader enn tidligere vintre. Avdelingen fikk høsten 2013 økt operasjonsstuekapasitet til øyeblikkelig-hjelp-aktivitet. Det vurderes om denne kapasiteten kan brukes på en mer effektiv måte enn hittil. Fra mai er det iverksatt tiltak for å utnytte kapasiteten på poliklinikk bedre.
- Innenfor Plastikk-kirurgisk avdeling er ikke aktiviteten økt som forventet. Dette skyldes i hovedsak mangel på operasjonssykepleiere ved Rikshospitalet. Avdelingen arbeider med å utnytte operasjonsstuekapasiteten bedre. Dette forventes å gi en mer effektiv drift og redusere antall strykninger fra operasjonsprogrammet.
- Innenfor Nevrokirurgisk avdeling er noen av tiltakene som skulle gi økt aktivitet forsinket. Dette gjelder bl.a bedre stueutnyttelse på Rikshospitalet som følge av mangel på operasjonssykepleiere. Utover planlagte tiltak har oppsigelser og fravær på sengepost ført til redusert aktivitet. På Ullevål har det vært forsinkelser i levering av utstyr. Mikroskop er nå levert mens ny C-bue er på plass først senere i høst.
- Innenfor ØNH-avdelingen er det gjennomført færre Cochleaimplantasjoner enn tilsvarende periode i 2013 og færre enn forutsatt i budsjett. Dette forventes å jevnes ut i løpet av året.

Det jobbes for å sikre gjennomføring av tiltak som planlagt og det forventes en økning i aktiviteten innen flere fagområder høsten 2014.

Kvinne- og barneklubben har hittil i år en aktivitet som er 1 prosent lavere enn budsjettet (positivt avvik på 0,6 prosent etter juli), og 0,4 prosent høyere enn i 2013. Deler av økt avvik i august skyldes forsinket registrering av diagnoser og prosedyrer. Aktiviteten i august er reelt betydelig lavere enn budsjettet. Dette skyldes i hovedsak lav aktivitet ved Nyfødtintensiv avdeling, Fødeavdelingen og Gynekologisk avdeling. Innenfor Nyfødtintensiv avdeling har flere pasienter i 2014 enn vanlig måttet sendes til andre sykehus på grunn av manglende bemanning/kompetanse. Bemanningen er nå økt og det pågår en betydelig opplæring. De siste månedene har det vært mange langliggere som har gitt en reduksjon i antall opphold ved avdelingen. Hittil i år har aktiviteten ved Nyfødtintensiv avdeling vært vesentlig lavere enn budsjettet mens aktiviteten er høyere enn budsjettet innenfor Barnemedisinsk avdeling og ved Barneavdeling for nevrofag i tillegg til Fødeavdelingen. Antall fødsler i august var imidlertid lavere enn budsjettet. Lavt antall fødsler i august forklares av at flere enn planlagt fødte i juli og at noen fødte andre steder enn de hadde planlagt på grunn av ferie mv.

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben har hittil i år en aktivitet som er om lag som budsjettet og 1,4 prosent høyere enn i 2013. Aktiviteten i august er imidlertid 8,5 prosent under budsjettet nivå og redusert med 6,3 prosent i forhold til samme periode i

2013. Avdeling for kreftbehandling, Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Avdeling for revmatologi, hud og infeksjonssykdommer og Avdeling for blodsykdommer hadde alle lavere aktivitet enn budsjettert i august. Aktiviteten i august 2014 var høyere enn budsjettert for Avdeling for transplantasjonsmedisin. Avdeling for urologi hadde aktivitet som budsjettert i august. Sammenliknet med 2013 er aktiviteten økt i alle avdelingene i klinikken bortsett fra Avdeling for transplantasjonsmedisin som hittil i år har en aktivitetsreduksjon på 8 prosent. Redusert aktivitet i transplantasjonsmedisin så langt i 2014 henger sammen med tilgang på donorer i første halvår.

Hjerte-, lunge- og karklinikken har 7 prosent lavere aktivitet enn budsjettert og 3,5 prosent lavere enn i 2013. Dette knyttes i hovedsak til Thoraxkirurgisk avdeling (TKA) og Kardiologisk avdeling. Ved TKA er aktiviteten både lavere enn budsjettert og lavere enn i 2013. Hovedårsaken til dette er redusert pasienttilgang til åpen hjertekirurgi og nedgang i transplantasjoner. Det har vært en reduksjon i åpen hjertekirurgi med 95 operasjoner og det er utført 4 færre hjertetransplantasjoner og 8 færre lungetransplantasjoner enn i samme periode i 2013. Ved Kardiologisk avdeling er det planlagt økning med to nye senger og reåpning av et laboratorium. Laboratoriet er reåpnet, men havererte allerede etter to ukers drift. Driften er nå gjenopptatt. Økningen i antall senger er forsinket grunnet at leverandør ikke har kunnet levere bestilt overvåkningsutstyr. Det har også vært noe lavere aktivitet enn planlagt ved Lungeavdelingen, mens aktiviteten ved Karavdelingen har vært høyere.

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

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

3.2. Aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Innenfor voksenpsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 250 flere pasienter (24,8 prosent) enn plantall og antall liggedøgn er 4,1 prosent (1 908 liggedøgn) høyere enn budsjettert. Sammenlignet med 2013 er antall utskrevne pasienter økt med 110 (9,6 prosent), mens antall liggedøgn døgntilrettelagt er redusert med 3 795 liggedøgn. Økningen i antall utskrevne døgntilrettelagte pasienter knytter seg til både DPS og sykehusavdelinger (hovedsakelig akuttbehandling og regional enhet for spiseforstyrrelser). En stor del av reduksjonen i antall liggedøgn knyttes til avvikling av kjøp av døgnplasser fra private fra 2. halvår

2013. Frem til dette tidspunktet kjøpte Oslo universitetssykehus HF døgnplasser fra Kirkens bymisjon. Antall polikliniske konsultasjoner er 4,7 prosent (2 381 konsultasjoner) høyere enn plantall og 3,0 prosent (1 556 konsultasjoner) høyere enn i samme periode 2013.

Den polikliniske aktiviteten innenfor *barne- og ungdomspsykiatrien* er hittil i år 3,1 prosent (973 konsultasjoner) lavere enn plantall. Sammenlignet med 2013 er antall polikliniske konsultasjoner økt med 679 (2,3 prosent). Isolert for august har aktiviteten vært lavere enn budsjettet som følge av at det i periodisert budsjett ikke var tatt godt nok hensyn til forventet aktivitetsreduksjon som følge av ferieavvikling. Satsning på pasientflyt og stabil bemanning har hittil i år gitt gode resultater ved enkelte av enhetene. Det arbeides videre med dette innenfor Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Det er hittil i år skrevet ut 26 flere pasienter (40 prosent) enn budsjettet og antall liggedøgn er 432 (15,7 prosent) høyere enn budsjettet. Høyere aktivitet enn budsjettet gjenspeiler stor pågang av pasienter særlig ved to av enhetene. Sammenlignet med samme periode i 2013 er det en økning i antall utskrevne pasienter på 27 (42,2 prosent), mens antall liggedøgn er økt med 321 (11,2 prosent). Volumet er lite innenfor dette området, så små endringer mellom månedene kan gi store prosentvise avvik/endringer og må ikke tillegges for stor vekt.

Innenfor *TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)* er det hittil i år skrevet ut 44 flere pasienter (2,3 prosent) fra døgntilrettelagt enn plantall. Dette er en økning på 3 utskrivninger (0,2 prosent) fra 2013. For antall liggedøgn er det hittil i år et negativt avvik i forhold til budsjett på 9,7 prosent (1 777 liggedøgn). Avvikene for døgnavviksgraden skyldes lav innsøkning. Antall polikliniske konsultasjoner er 3,3 prosent (198 konsultasjoner) høyere enn budsjettet, hvilket er en økning på 12,4 prosent (682 konsultasjoner) fra samme periode i 2013. Avdelingen arbeider med ulike former for oppsøkende aktivitet for å fange opp unge pasienter med rusproblemer som ikke fanges opp og henvises til utredning og behandling av primærhelsetjenesten. Arbeidet med å rekruttere pasienter og å nå ut til brukere som ikke selv oppsøker hjelp, har vært høyt prioritert. Formalisert samarbeid har kommet på plass med flere instanser, blant annet private tjenesteytere, annen offentlig spesialisert helsetjeneste og kommunen. Avdelingen planlegger å være tilstede på ulike arenaer for å møte unge rusavhengige. Gjennom individuelt tilrettelagte og differensierte behandlingsforløp arbeides det for å legge til rette for økt oppmøte og økt gjennomføring av planlagte behandling. Dette sammen med øvrige tiltak knyttet til pasientstrøm i hele avdelingen skal bidra til å lukke avvik rundt aktivitet for 2014.

3.3. Ventelisteutvikling

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

Gjennomføringsprosjektet ble avsluttet våren 2013, og sluttrapport fra prosjektet ble presentert for styret i sak 27/2013. Prosjektet har bidratt til en betydelig reduksjon i antall langtidsventende og generelt en bedring i andre styringsparametre. Videre har prosjektet bidratt til en markant bedring i kvaliteten på registrerte data i de pasientadministrative systemene gjennom en betydelig kompetanseheving i foretaket med fokus på lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og –system. Foretaket har nå oppdaterte styrende dokumenter for hele henvisningsperioden og det er økt fokus på elektroniske arbeidsprosesser. Pasienters rettigheter og interesser blir således bedre ivaretatt. Gjennomføringsprosjektet har vært fulgt opp med interne

revisjoner basert på verifikasjon av utvalgte parametre i det pasientadministrative systemet PasDoc (punktrevisjoner). Det ble gjort funn med avvik som har dannet grunnlag for videre forbedringsarbeid.

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

I månedlig oppfølging av ventelister og fristbrudd inngår følgende parametre:

- Antall ventende
- Langtidsventende (12 måneder eller mer)
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling
- Gjennomsnittlig ventetid for ventende
- Fristbrudd (både av avviklede pasienter og ventende pasienter)
- Forløpstider for enkelte kreftforløp

Antall ventende pasienter

Antall ventende ved Oslo universitetssykehus HF er per utgangen av august 23 000, herav er antall som har ventet mer enn 1 år 2 200 (dvs at langtidsventende utgjør om lag 9 prosent av alle ventende). Gjennom det siste året har det vært en reduksjon både i totalt antall ventende og antall langtidsventende. Totalt antall ventende er redusert med omlag 3 200 fra august 2013 til august 2014. Inkludert i dette er en reduksjon i antall langtidsventende på 1 800. Som en del av Gjennomføringsprosjektet ble det utført både maskinelle og manuelle rettinger av tidligere feilregistreringer mv slik at ventelistene nå viser et mer riktig bilde enn tidligere. I tillegg er kapasiteten økt innen noen fagområder samtidig som det i enkelte avdelinger fortsatt pågår et arbeid knyttet til rettinger og ajourføring av ventelister.

Langtidsventende

Som det fremkommer ovenfor har det vært en betydelig reduksjon i antall langtidsventende ved Oslo universitetssykehus HF. Fra august 2013 til august 2014 er antall langtidsventende redusert med 45 prosent, fra 4 000 til 2 200. Fra starten av 2012 er antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer redusert fra omlag 11 000 til nå 2 200. Dette er et resultat av målrettet og systematisk arbeid over lang tid, og da i hovedsak som resultat av Gjennomføringsprosjektet. De siste månedene har den største reduksjonen vært innenfor fagområdene hjertesykdommer, ortopedi, nevrologi, medisinsk genetikk og øyesykdommer. De fleste langtidsventende er pasienter uten rett til prioritert helsehjelp. Det er utarbeidet periodiserte måltall for nedgang i antall langtidsventende for alle fagområdene (med antall over 20), som reflekterer bl.a planlagt aktivitetsøkning og overføring av pasienter til andre foretak. Per utgangen av 2014 skal det i henhold til de periodiserte måltallene kun gjenstå langtidsventende innenfor plastikk-kirurgi, ortopedi og øyesykdommer.

Det er særskilt oppfølging av de fagområder som fortsatt har langtidsventende (over 20), og hvor det er avvik i forhold til planlagt avvikling av langtidsventende. Sykehusets viktigste tiltak for å redusere antallet som venter lenge på utredning eller behandling er:

- a) Øke aktiviteten, både operativ aktivitet og poliklinisk aktivitet. God utnyttelse av operasjonsstuen og god ressursutnyttelse på poliklinikk inngår i dette.
- b) Utbedring av lokaler ved Øyeavdelingen. Avdelingen legger til rette for å kunne håndtere en økning i pasienter med aldersrelatert makuladegenerasjon, samtidig som man vurderer hvilke diagnosegrupper som kan videresendes avtalespesialister ("øyelukk"-korreksjoner og andre mindre inngrep).
- c) Løpende oppfølging av kvalitet i ventelistedata og innhenting av rettighetsopplysninger fra andre HF, oppfølging av avvik samt oppfølging i form av revisjoner.
- d) Kartlegge hvilke pasienter som kommer inn på helseforetakets ventelister for å sikre at pasienter som burde vært henvist til andre sykehus blir henvist til disse direkte uten å gå via Oslo universitetssykehus' ventelister. Dette gjøres primært ved at alle fagområder utarbeider tydelig, skriftlig og nettbasert informasjon om hvilke pasienter som bør henvises til Oslo universitetssykehus HF og hvilke som med fordel kan henvises til andre sykehus (offentlige eller private) eller private spesialister pga begrenset kapasitet ved Oslo universitetssykehus.

Innenfor ortopedi pågår det et samarbeidsprosjekt med Kontoret for fritt sykehusvalg, for å arbeide for overføring av langtidsventende til foretak som har ledig kapasitet innen dette fagområdet. Som en del av dette overføres det kompetanse fra kontoret for Fritt sykehusvalg til ansatte i helseforetaket, slik at man raskere kan henvise aktuelle pasientene videre. Det er videre etablert en samarbeidsavtale med Martina Hansens Hospital hvor mange pasienter innenfor ortopedi og nevrokirurgi ble overført for utredning og behandling. Innenfor nevrokirurgi overføres også enkeltpasienter til vurdering og behandling ved St. Olavs hospital og Haukeland universitetssykehus.

Når det gjelder plastikk-kirurgi er det fortsatt utfordring med mange langtidsventende. Her vil det fremover være særskilt fokus på overføring av pasienter til andre helseforetak, men mange av pasientene vil av eget ønske stå på venteliste ved Oslo universitetssykehus HF.

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

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling

For 2014 er målet at gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter skal reduseres til 65 dager. Gjennomsnittlig ventetid (for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp) er i august 87 dager og på samme nivå som i samme periode 2013. Arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår fortsatt og det forventes derfor at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil kunne variere til dels betydelig fra periode til periode. Reduksjon i antall som har ventet mer enn 1 år er også knyttet til ikke-ordinær avvikling fra venteliste. Ikke-ordinære avviklinger påvirker ikke gjennomsnittlig ventetid til avvikling.

Gjennomsnittlig ventetid for ventende

Ventetid for de som venter på start helsehjelp følges også tett opp. Ved utgangen av august 2014 er ventetid for alle ventende 175 dager, hvilket er en reduksjon på 21 prosent fra samme periode i 2013 (222 dager i august 2013). Det forventes ytterligere reduksjon i ventetid for ventende som resultat av at langtidsventende pasienter avvikles.

Det er stor forskjell i ventetid for ventende med og uten rett til prioritert helsehjelp (88 dager for ventende med rett til prioritert helsehjelp og 240 dager for ventende uten rett til prioritert helsehjelp). Reduksjonen i ventetid for ventende pasienter gjelder for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp.

Tiltak i arbeidet med å redusere ventetid til helsehjelpen starter er bedre planlegging av aktivitet i avdelingene og mer aktiv bruk av ventelistene i løpende planlegging av driften. I tillegg arbeides det med tiltak for å bedre kapasiteten innenfor enkelte fagområder, og fagområder med lang ventetid er prioritert i forbindelse med aktivitetsøkning for 2014. Det regionale helseforetaket har dessuten nedsatt midlertidige fagråd/regionale prosjekt for ortopedi, nevrologi, øre-, nese- og halssykdommer, øyesykdommer og plastikk-kirurgi som bl.a. skal se på kapasitetsutnyttelsen i regionen. Dette er alle fagområder hvor Oslo universitetssykehus HF har lange ventelister. Innenfor øyesykdommer har det kommet tilbakemeldinger om at enkelte helseforetak har redusert kapasiteten. Oslo universitetssykehus HF har på bakgrunn av dette stilt spørsmål om hvordan det regionale fagrådet følger opp behovet for økt kapasitet for dette fagområdet.

Generelt er det også et økt fokus på hvordan bedre samarbeid med andre foretak i regionen kan sikre at pasienter som nærmer seg fristbrudd og behovspasienter som har stått lenge på venteliste, kan få tilbud ved sykehus med ledig kapasitet.

3.4. Fristbrudd

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

- Antall og andel fristbrudd for pasienter hvor utredning/behandling er påstartet eller avsluttet (igangsatt helsehjelp/avviklede pasienter)
- Antall og andel fristbrudd for pasienter som fortsatt venter
- Ventetid etter fristbrudd oppstår
- Fristbrudd som forfaller de neste månedene

Antall avviklede pasienter (pasienter som fikk helsehjelp påstartet) med fristbrudd var i august 540 (15,7 prosent av samlet antall pasienter med påstartet helsehjelp) mens antall fristbrudd av ventende pasienter ved utgangen av august var 1 238 (12,6 prosent). Fristbrudd for ventende pasienter er betydelig redusert gjennom det siste året. Nivået er imidlertid fortsatt for høyt, og det arbeides målrettet med en markant reduksjon av dette i 2014. De viktigste virkemidlene er å bedre forholdet mellom kapasitet og antallet pasienter som mottas på ventelister (jf omtale av langtidsventende), bedret tilgjengelighet ved planlegging med timebøker langt frem i tid (minimum 12 mnd), bedret systematikk rundt hvilke frister som settes, bedret koordinering og logistikk på poliklinikker og knyttet til operativ kapasitet, samt kontinuerlig overvåking og oppfølging av ventelistene. Videre framover vil arbeidet med GAT-personalplanlegging knyttes til arbeidet med oppsett av timebok.

Det er variasjoner i antall fristbrudd mellom klinikker og fagområder. De fire fagområdene med flest fristbrudd av ventende ved utgangen av august er ortopedi (258), nevrokirurgi (234), Øre- nese-halssykdommer (114) og urologi (101). Innenfor nevrokirurgi har det vært en økning i antall fristbrudd de siste månedene. En vesentlig årsak til økningen skyldes midlertidig reduksjon av kapasitet ifm sommerferieavvikling og et ikke ubetydelig antall

pasienter ”ikke møtt”.

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

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

- Økt utnyttelsesgrad av poliklinikker på dagtid, inkludert benyttelse av ekstra rom
- Ekstra kveldspoliklinikker
- Økt legekapasitet innenfor nevrologi
- Økt operasjonskapasitet innen nevrokirurgi og ortopedi
- Bedre koordinering og ressursutnyttelse knyttet til operasjonskapasitet og postoperativ/intensiv-kapasitet
- Overføring av pasienter til andre helseforetak
- Bedre oppfølging av ventelister som inkluderer at pasientene får time før det oppstår fristbrudd
- Utvidet samarbeid mellom spesialiteter for pasienter med tverrfaglige problemstillinger (feks nakke og rygg)

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

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

Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisningen er fullført var 5,0 dager i august 2014, og 5,5 dager hittil i år. Resultat for samme periode i 2013 var 6,9 dager. Det gjøres oppmerksom på at det pasientadministrative systemet PasDoc ikke kan fremstille data som viser hvilke henvisninger som er viderehenvisninger fra andre sykehus, slik at sekundærhenviste pasienter inngår i rapporteringen. Videre er det slik at foretaket fortsatt har utfordringer med å få opplysninger om rettighetsvurderinger som er foretatt på andre sykehus ved viderehenvisning. Tiltak for å redusere vurderingstiden har inngått i Gjennomføringsprosjektet.

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

3.6. Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Oslo universitetssykehus HF arbeider for at flest mulig pasienter får informasjon om time for utredning/behandling samtidig som det gis informasjon om vurderingen av henvisningen. Per dags dato har ikke Oslo universitetssykehus HF data på hvor stor andel pasienter som får tidspunkt for helsehjelp i samme brev som det gis informasjon om henvisningsvurderingen på grunn av begrensninger i det pasientadministrative systemet (PasDoc). Foretaket innfører DIPS som nytt felles PAS/EPJ i oktober 2014, og da vil rapportering av andel pasienter som får bekreftelse på mottatt henvisning og tidspunkt for time til helsehjelp i samme brev kunne gjøres.

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

3.7. Andel korridorpasienter

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

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

3.8. Utskrivningsklare pasienter

Somatikk

Hittil i år er det rapportert 188 utskrivningsklare pasienter (579 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er 0,2 prosent. For samme periode i 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor somatikken 0,3 prosent.

Psykisk helsevern for voksne

Hittil i år er det rapportert 138 utskrivningsklare pasienter (3 184 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er 6,5 prosent. For samme periode i 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern 6,1 prosent.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Hittil i år er det rapportert 20 utskrivningsklare pasienter (335 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er 2,0 prosent. For samme periode i 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling 1,7 prosent.

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

3.9. Reinnleggelser (fra SAMDATA)

I SAMDATA presenteres resultater for reinnleggelser innenfor somatikken ved ulike helseforetak i landet. Det måles andel reinnleggelser innen henholdsvis 7 og 30 dager.

Tabellen under viser andel reinnleggelser i 2012 og 2013 for landet som helhet, for Helse Sør-Øst samlet og for de fire regionsykehusene. Oslo universitetssykehus samlet har en andel reinnleggelser som er lavere enn de øvrige regionsykehusene for begge måleparametrene både for 2012 og 2013.

	Andel reinnleggelser innen 7 dager		Andel reinnleggelser innen 30 dager	
	2012	2013	2012	2013
Snitt HSØ	4,6	4,7	10,3	10,4
Snitt Norge	4,6	4,7	10,3	10,4
OUS	3,3	3,3	6,9	6,7
UNN	4,3	4,8	9,7	10,1
St. Olav	4,2	4,4	9,4	9,8
Helse Bergen	4,5	4,5	9,6	9,7
AHUS	4,9	5,6	11,1	12,1

3.10. Nasjonale kvalitetsindikatorer (fra Helsenorge.no)

Helsedirektoratet presenterer tertialvis nasjonale kvalitetsindikatorer på www.helsenorge.no. For 1. tertial 2014 ble resultatene presentert 28. august 2014. Resultatene for de nasjonale kvalitetsindikatorerne er tidligere ikke omtalt i styresakene om rapportering, men vil bli inkludert fremover. Det vil gis ytterligere informasjon om resultatene for Oslo universitetssykehus HF i styremøtet.

I tabell 2.4 i tabellvedlegget vises resultat for de fleste nasjonale kvalitetsindikatorer ved Oslo universitetssykehus, Helse Sør-Øst og for landet samlet, for 1. tertial 2014. Oslo universitetssykehus HF har månedlig rapportering av ventetid og fristbrudd, og status for disse indikatorene beskrives i pkt 3.3 og 3.4. Når det gjelder epikrisetid har dette kun vært rapportert for deler av helseforetaket (Aker sykehus) på bakgrunn av systemmessige utfordringer. Dette vil først kunne rapporteres samlet for helseforetaket etter at DIPS er innført og er derfor ikke tatt med i tabellen.

Når det gjelder indikatorene som viser forløpstider for kreftpasienter har helseforetaket løpende oppfølging av dette internt. I tertialvise oppfølgingsmøter bes klinikker som har deler av pasientforløpet knyttet til de aktuelle kreftformene (tykktarmskreft, lungekreft og brystkreft) kommentere forløpstidene og tiltak for å redusere forløpstid. Det er en utfordring at foretaket ikke alene kan gjenskape resultatet av de indikatorene for foreløpstider som monitoreres av Norsk Pasientregister. Dette skyldes at de nasjonale indikatorene beregnes av Norsk pasientregister på bakgrunn av data fra alle helseforetakene. Oslo universitetssykehus HF har kun tilgang til data for pasientbehandling utført i eget helseforetak. For Oslo universitetssykehus HF som har en stor andel pasienter som er viderehenvist fra andre helseforetak påvirker dette de nasjonale tallene i stor grad, da tid for behandlingsstart måles fra tidspunkt for mottak av første henvisning til spesialisthelsetjenesten.

4. Økonomi

4.1. Resultat per august

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

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

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter august et regnskapsmessig overskudd på 11,1 millioner kroner mot et budsjettert overskudd på 22,2 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik hittil i år på 11,1 millioner kroner. Etter juli rapporterte OUS et negativt avvik i forhold til budsjett på 14,7 millioner kroner, slik at periodens resultat viser et overskudd på 3,6 millioner kroner.

Aktiviteten i august har vært betydelig lavere enn budsjettert innenfor somatikken. Dette gir om lag 40 millioner kroner i negativt avvik for ISF-inntekter (inkludert tilhørende gjestepasientinntekter). Videre er det i august kostnadsført nedskrivninger i bygningsmassen på 20 millioner kroner (foreløpig vurdering basert på erfaringer). Begge disse forholdene svekker periodens resultat. Det er imidlertid andre forhold som resultatmessig kompenserer for dette, slik at periodens resultat samlet sett viser et positivt avvik. Innenfor psykisk helsevern er det i august inntektsført 17 millioner kroner i kurdøgninntekter for ikke fakturerte kurdøgninntekter mot Akershus universitetssykehus HF for perioden januar – mai 2014. Videre bidrar salg av eiendom i Njårdsvei 16 (Solberg barnehage) med en gevinst på 8,3 millioner kroner og salg av Barnehagebygg AS med tilhørende tomt, med en netto salgsgevinst på 24,8 millioner kroner. Dette bidrar sammen med fortsatt høy aktivitet og høye inntekter innenfor Klinikk for diagnostikk og intervensjon til at periodens resultat likevel viser et lite overskudd.

Pensjonsleverandørene har beregnet pensjonskostnaden for 2014 på nytt med ny tariff for dødelighet og nye uføreregler. Beregningene viser en redusert pensjonskostnad på om lag 160 millioner kroner i forhold til budsjettert pensjonskostnad for foretaket. Det er også nye regler for levealderjustering og det forventes av de regnskapsmessige avklaringene knyttet til dette vil foreligge i løpet av september. Inntil videre kostnadsføres den budsjetterte pensjonskostnaden. Det forventes at lavere pensjonskostnad vil medføre redusert basisinntekt i 2104, eller at foretaket får endret resultatkrav som følge av redusert pensjonskostnad.

Sum driftsinntekter viser et positivt avvik på 111 millioner kroner (0,8 prosent). Øremerkede inntekter er 49 millioner kroner høyere enn budsjettert, og avvik knyttet til sum driftsinntekter for ordinær drift er dermed omlag 62 millioner kroner. De største avvikene på driftsinntekter for ordinær drift omfatter følgende:

- Gevinst fra salg av eiendom med 27 millioner kroner
- Kostnader til Ipilimumab (kreftlegemiddel til behandling av pasienter med føflekkreft) for pasienter utenom studie utgjør 5 millioner kroner.
- Refusjon for utleie av personell til DIPS-innføringsprosjektet mv er 39 millioner kroner høyere enn budsjettert
- Lavere inntekter som følge av at aktiviteten innenfor somatikken er lavere enn internte måltall så langt i 2014

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

basisrammen til Oslo universitetssykehus HF for 2014. Dette er hensyntatt i foretakets regnskap for august ved at reduksjon i aktivitetsbaserte inntekter (2,8 millioner kroner) er erstattet med inntektsføring av tilsvarende andel av økt basistilskudd.

Sum driftskostnader viser en merkostnad i forhold til budsjett på 164 millioner kroner, hvorav 62 millioner kroner relateres til prosjekter med øremerket finansiering. Hoveddelen av øvrig merforbruk skyldes noe høyere kostnader enn budsjettet innenfor flere områder. En stor del av dette er knyttet til kostnader som refunderes og som inngår i avvik for sum driftsinntekter (utleie av personell og kostnader til Ipiliumamab). Videre er konserninterne gjestepasientkostnader nærmere 14 millioner kroner høyere enn budsjettet.

Netto finans bidrar positivt med om lag 42 millioner kroner i forhold til budsjett. I netto finans inngår gevinst fra salg av Barnehagebygg AS med om lag 25 millioner kroner.

Avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper

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

Kostnad / inntekt	Per august 2014			Kommentarer
	Faktisk	Budsjett	Avvik	
Basisramme	7 301 177	7 298 297	2 880	Avviket i inntektsført basisramme er knyttet til varslet tilleggsbevilgning som kompensasjon for reduserte takster for PET-analyser.
Aktivitetsbaserte inntekter	4 696 328	4 711 412	-15 083	De totale ISF-inntektene er 15 mnok lavere enn budsjettet og knyttes til gjennomgående lavere aktivitet enn budsjettet ved de somatiske enhetene i august måned. Inntekt knyttet til budsjettet meraktivitet er budsjettet under Andre inntekter med om lag 5 mnok per måned. Estimert tap knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag og feil rapportert utførende helsepersonell, inngår i resultatet med om lag 20 mnok. Inntekt knyttet til konserninterne gjestepasienter er 9 mnok høyere enn budsjettet, mens inntekter knyttet til pasienter fra andre regioner er 2 mnok lavere.
Andre inntekter	1 313 768	1 190 907	122 861	Inntektsføring av refusjon for legemiddelet Ipiliumab med 24 mnok, inntektsført refusjon for frikjøp til DIPS-prosjektet med om lag 39 mnok (gir tilsvarende økt lønnskostnad) og gevinst ved salg av eiendom med 27 mnok, bidrar til positivt avvik. Noe høyere inntektsføring av øremerkede tilskudd bidrar også positivt, mens lavere aktivitet enn budsjettet (inntekt for budsjettet meraktivitet er budsjettet under andre inntekter), bidrar negativt. I tillegg er det flere små negative og positive avvik, som samlet gir en merinntekt på om lag 123 mnok.
Sum driftsinntekter	13 311 273	13 200 615	110 658	
Lønn- og innleiekostnader	9 167 150	9 065 858	-101 292	For de samlede lønns- og innleiekostnadene er det et merforbruk på om lag 101 mnok (tilsvarende 1,1 %). Innleiekostnadene er om lag 66 mnok høyere enn budsjettet og også høyere enn på samme tid i fjor. Lønn til fast ansatte og refusjoner har et positivt avvik og bidrar til å redusere merforbruket.
Varekostnader	1 746 909	1 698 550	-48 359	Varekostnadene er om lag 48 mnok høyere enn budsjettet. I bokførte varekostnader inngår kostnader til behandling av pasienter med føflekkreft med legemiddelet Ipiliumab med om lag 24 mnok. Dette er kostnader som refunderes fra Helse Sør-Øst RHF (merinntekt inngår i andre driftsinntekter). Kjøp av konserninterne helsejenester er noe høyere enn budsjettet (14 mnok) og avviket er størst innen VOP og TSB.
Andre driftskostnader	2 412 595	2 398 241	-14 354	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet (12 mnok). Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrugging. Utover dette er det små avvik på flere poster som gir en total merkostnad på 14,3 mnok.
Sum driftskostnader	13 326 654	13 162 649	-164 005	
Driftsresultat	-15 380	37 967	-53 347	
Netto finans	26 434	-15 756	42 190	Det positive avviket skyldes lavere rentekostnader enn forutsatt i budsjettet, positivt bidrag fra datterselskapene, samt gevinst ved salg av Barnehagebygg AS med tilhørende tomt (24,8 mnok).
Resultat	11 053	22 211	-11 157	

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

4.2. Resultatrisiko 2014

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

- For 2014 er det budsjettert med økt aktivitet innenfor somatikken uten tilsvarende økning i ressursbruken. Resultatmålet forutsetter en høy aktivitet i slutten av året.
- Endelige pensjonskostnader for 2014 vil ikke foreligge før senere høsten 2014. Det forventes at lavere pensjonskostnad vil medføre redusert basisinntekt i 2104, eller at foretaket får resultatkrav utover balanse som følge av redusert pensjonskostnad. Se også pkt 4.1.
- Det ble i 2013 besluttet endringer i oppgjørsform og priser i forbindelse med opphold ved sykehotellene ved Oslo universitetssykehus HF, for pasienter fra andre regioner. Endringene knytter seg til hvilken del av oppholdskostnaden som skal dekkes av pasientens hjemstedssykehus vs hva som skal betales av pasienten, i hovedsak avgrenses problemstillingen til enkeltdøgnsopphold. Konsekvens av beslutningen er uklar og en avklaring er forespeilet av Helse Sør-Øst RHF høsten 2014. For 2013 og tidligere år har Oslo universitetssykehus HF utestående krav til helseforetak i andre regioner på 22 millioner kroner og hittil i 2014 er det inntektsført (så langt ikke fakturert i påvente av avgjørelse fra Helse Sør-Øst RHF) nærmere 12 millioner kroner. Det forventes at store deler av dette vil bli betalt fra de aktuelle helseforetakene, da kun deler av de utestående kravene gjelder enkeltdøgnsopphold hvor betalingsansvaret er uavklart (6,5 millioner kroner for 2013 og tidligere år). Det er videre gjort noe avsetninger for risiko for tap. Det knytter seg likevel usikkerhet til økonomiske utslag av dette i årsregnskap 2014 for Oslo universitetssykehus HF både når det gjelder resultat og likviditet. På dette tidspunkt er det uavklart hvordan dette skal håndteres.
- DIPS tas i bruk som nytt pasientadministrativt system fra 20. oktober 2014. Kostnader knyttet til det å ta i bruk DIPS, samt beregnet aktivitetsreduksjon i innføringsperioden, er budsjettert. På bakgrunn av prosjektets størrelse og kompleksitet, er det likevel en risiko for at det kan oppstå en negativ økonomisk effekt for resultat 2014, utover den midlertidige aktivitetsreduksjonen som allerede er hensyntatt i budsjettet. Det er stor oppmerksomhet knyttet til dette i organisasjonen.
- På samme måte som tidligere år gjennomgås nå arealbruk sett opp mot balanseførte verdier, dette for å identifisere eventuelle resultatmessige konsekvenser av endret arealbruk i 2014. Basert på erfaringer fra tidligere år er det avsatt 20 mill kroner for dette i regnskapet for august. Resultat av kartlegging vil foreligge i løpet av de nærmeste månedene.

Det presiseres at det er betydelig usikkerhet knyttet til årsestimatet. Blant annet årsoppgjørstransaksjoner kan erfaringsmessig bli annerledes enn forutsatt.

4.3. Gjennomføring av tiltak 2014

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

Klinikkene rapporterer at tiltak for noe over 10 millioner kroner er gjennomført i august og hittil i år rapporteres en akkumulert effekt av tiltak på 101 millioner kroner mot budsjettet 166. Dette gir en akkumulert gjennomføringsgrad på 61 prosent. Rapportert effekt av tiltak har vært noe lavere gjennom sommeren enn i perioden januar – mai. For Kvinne- og barneklubben er redusert effekt av tiltak gjennom sommeren primært knyttet til at tiltak for å redusere innleie og overtid, ikke har latt seg gjennomføre i perioder med ferie. Ved Klinikken for kirurgi og nevrofag har det i tillegg vært krevende å realisere aktivitetsvekst.

Det er variasjon mellom klinikkene både knyttet til ambisjonsnivået for planlagte tiltak og for faktisk realiserede tiltak. Avvik per klinikk fremkommer av tabellvedlegget. Gjennomføringen av tiltak vil være et av temaene for ledelsens gjennomgang med klinikkene ultimo september. Her vil det være særskilt fokus på de største tiltakene.

4.4. Status plassering av pensjonsmidler

Investering av pensjonsmidlene til Oslo universitetssykehus HF ble behandlet i styresak 131/2011. Følgende vedtak om rapportering ble fattet:

Styret ber om halvårlig rapportering relatert til utvikling i Statens pensjonskasse. For de øvrige pensjonskassers vedkommende rapporteres resultatene i kollektivporteføljene årlig. Ved større endringer i investeringsstrategien for kollektivporteføljene informeres styret i Oslo universitetssykehus HF om dette.

I styresak 22/2014 ble det avkastningen i Statens pensjonsfond utland, Kommunal landspensjonskasse og Oslo pensjonsforsikring AS rapportert. Avkastningen for alle plasseringene i Statens pensjonskasse foreligger nå og fremgår nedenfor. For ordens skyld gjentas avkastningen for de andre pensjonsleverandørene. Tallene i parentes er avkastningen for 2012. For 2013 rapporteres følgende avkastning (alt i norske kroner):

- Kommunal landspensjonskasse: 6,7 prosent (6,7 prosent)
- Oslo pensjonsforsikring AS: 8,8 prosent (8,6 prosent)
- Statens pensjonskasse: 4,9 prosent (3,9 prosent)

Avkastningen på pensjonsmidlene til Oslo universitetssykehus HF i Statens pensjonskasse omfatter avkastning på plassering i norske statsobligasjoner, plassering i Statens pensjonsfond utland og salgsgvinster. Avkastningen på plasseringen i Statens pensjonsfond utland var 25 prosent (6,6 prosent) og avkastningen på de norske obligasjonene var 2,7 prosent (3 prosent).

Avkastningen i Statens pensjonsfond utland skyldes en sterk vekst i aksjemarkedene. I tillegg svekket kronkursen seg mot flere av valutaene som fondet investerer i. Avkastningen på de norske statsobligasjonene er noe lavere enn for 2012 og forklares med et relativt lavt rentenivå på plasseringsalternativene som Statens pensjonskasse har tilbudt foretaket ved replassering.

Plasseringsalternativene som Statens pensjonskasse tilbyr er begrenset og det er vanskelig å få til en plasseringssammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Det er derfor tatt initiativ overfor Statens pensjonskasse for å diskutere investeringsalternativene som tilbys.

4.5. SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2013

Helsedirektoratet lager årlige SAMDATA-rapporter. Rapporten inneholder tall og analyser på nasjonalt, regionalt og foretaksnivå for hele spesialisthelsetjenesten.

I produktivitetssammenheng er det mest fokus på kostnad per DRG-poeng og foretakenes relative kostnadsnivå. For landet samlet gikk kostnad per DRG-poeng ned med 0,7 prosent fra 2012 til 2013. Endringen i kostnadsnivået varierte fra en nedgang på 1 prosent i Helse Sør-Øst til stabilt nivå i Helse Vest. Med unntak av Helse Vest hadde alle regionene marginale endringer i kostnader og aktivitet siste år. I Helse Vest økte både kostnadene og aktiviteten med 1,5 prosent.

Det er stor variasjon mellom foretakene både når det gjelder relativt kostnadsnivå og utviklingen fra 2012 til 2013. For Oslo universitetssykehus HF ble kostnad per DRG-poeng redusert med 2,9 prosent, som følge av en aktivitetsøkning på 1,2 prosent og en anslått kostnadsreduksjon på 1,7 prosent. Oslo universitetssykehus HF hadde i 2013 en relativ kostnadsindeks på 1,11, dvs at kostnad per DRG-poeng var om lag 11 prosent høyere enn landsgjennomsnittet. Sammenlignet med de øvrige regionsykehusene hadde Oslo universitetssykehus HF i 2013 et relativt kostnadsnivå som var noe lavere enn Universitetssykehuset i Nord-Norge (1,21), men høyere enn St. Olavs Hospital HF (1,07) og betydelig høyere enn Helse Bergen HF (0,95).

Oslo universitetssykehus HF lager hvert tertial interne produktivitetsanalyser. SAMDATA 2013 viser en mer positiv produktivitetsutvikling enn det som følger av de interne produktivitetsanalysene. Resultatene fra SAMDATA bør på bakgrunn av dette tolkes med forsiktighet.

4.6. Investeringer

Investeringer til videreføring av drift

Ved utgangen av august var det regnskapsført investeringer for om lag 600 millioner kroner, mot budsjetterte 845 millioner kroner. Avviket forklares med forsinket gjennomføring av prosjekter grunnet driftshensyn, slik at aktiviteten påvirkes i minst mulig grad, og at det tar lengre tid fra en anskaffelse besluttes og til medisinsk-teknisk utstyr er levert enn lagt til grunn i det periodiserte budsjettet.

Finansieringsrammen for 2014 for å erstatte sammenbrudd av medisinsk-teknisk utstyr er benyttet i sin helhet. I styresak 24/2014 ga styret administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for 200 millioner kroner av

investeringsrammen for 2015. Per august er det gjort vedtak for om lag 40 millioner kroner av denne rammen.

Omstillingsinvesteringer

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

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

Investeringer IKT

Prosjektet for innføring av DIPS som PAS/EPJ er i hovedsak et regionalt finansiert prosjekt, men samtidig lokalt styrt slik at ansvaret for prosjektgjennomføringen, herunder økonomi, tilligger helseforetaket. Prosjektets finansiering omfatter både investerings- og driftsmidler, begge kategoriene har både regional og lokal (helseforetaket) finansiering. Samlet ramme for innføring av DIPS ved Oslo universitetssykehus HF fremkommer av tidligere styrevedtak, sak 021-2013 i Helse Sør-Øst RHF og utgjør nå 644,2 millioner kroner. Oslo universitetssykehus HF har ansvaret for finansiering av mottaksaktiviteter, mens leveranseprosjektet finansieres av Helse Sør-Øst RHF. Dette betyr at Helse Sør-Øst RHF bærer økonomisk risiko for leveranseprosjektet, mens helseforetaket bærer økonomisk risiko for mottaksprosjektet.

Ut fra siste estimat ligger prosjektet an til å gjennomføres innenfor samlet budsjetttramme, men med en annen fordeling mellom drift og investeringer, og mellom lokale og regionale driftsmidler enn lagt til grunn i budsjettet og også en annen fordeling mellom de enkelte årene. Prosjektet anslår nå et merbehov for regionale investeringsmidler i inneværende år utover det som er tildelt. Helse Sør-Øst RHF har meddelt Oslo universitetssykehus HF at netto merkostnad ut over periodisert budsjett i 2014 på 38 millioner kroner ansees å være en periodisering mellom år, og det vil derfor tilgjengeliggjøres derfor et økt likviditetsbehov til programmet for Regional Klinisk Dokumentasjon med 38 millioner kroner for 2014. Beløpet fremkommer som differanse mellom forventet økt investeringspådrag i prosjektet med 43,6 millioner kroner og forventet reduserte driftskostnader med 5,6 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF har videre meddelt Oslo universitetssykehus HF at så lenge prognosene (totalrammen) overholdes samlet over år, vil eventuelle resterende regionale midlene knyttet til DIPS Oslo universitetssykehus HF stilles til rådighet i 2015.

Etablering av reservefunksjon for AMK Oslo og Akershus

Det skal etableres en reserveløsning for Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK). Dette medfører investeringer på om lag 5 millioner kroner. Investeringen kommer i tillegg til vedtatt investeringsbudsjett for 2014 og finansieres ved opptak av lån fra Helse Sør-Øst RHF.

4.7. Likviditet

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

Ved utgangen av august var benyttet driftskreditt 2.400 millioner kroner, mot budsjettet om lag 2.080 millioner kroner. Det negative avviket på 320 millioner kroner skyldes i stor grad midlertidige periodiseringsavvik. Kundefordringer og leverandørgjeld er betydelig redusert, men det forventes at dette vil øke mot slutten av året. Finansieringen av omstillingsinvesteringer og ekstraordinære investeringer i MTU og bygg betales etterskuddsvis fra Helse Sør-Øst RHF. Nye anslag viser at en større del av disse investeringene vil påløpe mot slutten av året, slik at likviditetseffekten av etterskuddsvis fakturering blir større enn forutsatt. Foretaket har vært i dialog med Helse Sør-Øst RHF om tidligere fakturering, men dette må foreløpig håndteres innenfor driftskredittrammen. Lavere investeringsutbetalinger hittil i år bidrar positivt.

Estimert benyttet driftskreditt ved utgangen av 2014 er forverret med om lag 210 millioner kroner, i hovedsak som følge av større omfang av etterskuddsvis finansiering av investeringer og endret estimat for investeringer. Estimert driftskreditt er innenfor bevilget driftskredittramme.

5. Bemanning og sykefravær

5.1 Utvikling månedsverk

I september er antall brutto månedsverk 18 196 (økt fra 18 120 i august), mot budsjettet 17 741. I tillegg er det for september beregnet 162 innleide månedsverk, mot budsjettet 114. Helseforetaket har 684 flere månedsverk i september 2014 sammenholdt med samme måned i 2013.

Hittil i år er gjennomsnittlig antall brutto månedsverk 17 760, mot budsjettet 17 509, og om lag 250 høyere enn budsjettet. Antall brutto månedsverk hittil i år er 556 flere enn i samme periode i 2013. Den variable komponenten av brutto månedsverk utgjør 7,3 prosent så langt i 2014, mot et snitt for 2012 og 2013 på 7,5 prosent.

Deler av økningen fra 2013 er knyttet til økt inntak til videreutdanning av spesialsykepleiere, samtidig som nye deltakere på videreutdanningen fra og med 2014 får lønn som genererer årsverk, mot tidligere stipend som ikke gav årsverk. Dette bidrar til en økning i registrerte årsverk på om lag 60. Videre er det frikjøpt om lag 20 flere månedsverk knyttet til DIPS-prosjektet hittil i år enn i samme periode i 2013. I 2014 er det i gjennomsnitt frikjøpt om lag 53 månedsverk knyttet til DIPS. Månedsverk finansiert av investeringer er ikke budsjettet, og avviket i forhold til budsjett må derfor ses i forhold til dette. Klinikken har fått resultatmessig kompensasjon for dette, men årsverkene er ikke korrigeret. Øvrig endring i brutto årsverk relateres i stor grad til prioriteringer som er innarbeidet i budsjettet for 2014. Dette omfatter blant annet:

- Etablering av økt kapasitet ved Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP)
- Oppbemanning ved Nyfødttintensivavdeling for å sikre god drift.

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

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

5.2 Utvikling i årsverk på stillingsgrupper

Den relative vekten mellom de ulike stillingsgruppene ligger så langt i 2014 om lag slik de lå ved utgangen av 2013.

På lengre sikt viser gruppene *Pasientrettede stillinger* og *Helsefagarbeider/hjelpepleier* en fallende trend. *Diagnostisk personell* og *Ambulansepersonell* øker tilsvarende. Øvrige grupper er ikke gjenstand for tydelige trender.

5.3 Sykefravær

Per juli 2014 er samlet sykefravær ved Oslo universitetssykehus 6,9 prosent, fordelt på 2,3 prosent korttidsfravær og 4,6 prosent langtidsfravær. Sammenliknet med perioden januar – juli i 2013, er det totale sykefraværet gått ned fra 7,6 prosent. Kort- og langtidsfraværet har hhv 8 og 19 prosent nedgang.

For juli måned var samlet fravær 6,8 prosent, mot 7,5 prosent i juli 2013. Det er i langtidsfraværet en ser reduksjon mens korttidsfraværet er om lag uendret.

Sykefraværet har en forventet utvikling med tanke på sesongvariasjoner, men er på et noe lavere nivå for sommermånedene i 2014 enn tidligere år. Denne tendensen ser man også på andre foretak i Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus HF har derfor vært i kontakt med leverandør for å kvalitetssikre fraværstallene.

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

Avtalen om inkluderende arbeidsliv for perioden 2014 til 2018 for Oslo universitetssykehus ble signert 15. september. Innen 31.12.2014 vil overordnet handlingsplan være besluttet og deretter starter klinikkvise prosesser for utarbeiding av egne handlingsplaner etter føringer gitt i den overordnede planen.

Styresak 44/2014 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Månedsrappport august 2014 (bemanning per september)

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1 Innhold i tabellvedlegg

2 Pasientbehandling

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

3 Økonomi og finans

- 3.1 Økonomisk resultat
- 3.2 Kommentarer til avvik per ØBAK-linje
- 3.3 Økonomisk resultat - per klinikk
- 3.4 Kommentarer til klinikkens avvik
- 3.5 Avvik og endring hovedkostnadsgrupper
- 3.6 Tiltaksrapportering
- 3.7 Likviditet

4 Bemanning

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

Definisjoner årsverksindikatorer

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

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

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år
Status per mnd: Akkumulerte tall

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

2.1 Aktivitet somatikk

RAPPORTERINGSPERIODE: AUGUST	BUDSJETT	Denne periode		HITTIL I ÅR		SAMMENLIGNING 2013 (aktivitet utført i OUS)	
		2014	Avvik	Avvik i %	Avvik	Avvik i %	Endring
Klinikk	2014	Avvik	Avvik i %	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	26 817	-183	-9.1 %	-358	-2.0 %	-130	-0.7 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	63 600	-860	-17.6 %	-1 564	-3.7 %	653	1.7 %
Kvinne- og barneklirikken	36 952	-413	-14.1 %	-249	-1.0 %	123	0.5 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	58 803	-416	-9.3 %	36	0.1 %	544	1.4 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	32 547	-522	-21.1 %	-1 524	-7.1 %	-729	-3.5 %
Akuttklinikken	4 717	-84	-18.6 %	-532	-16.7 %	-304	-10.2 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	151	4	36.4 %	7	6.9 %	8	8.0 %
Estimert etterregistrering		0		400		400	
Sum interne måltall	223 713	-2 402	-14.0 %	-3 009	-2.0 %	537	0.4 %
Måltall HSØ	220 825	-2 180	-12.8 %	-1 109	-0.8 %		

Kommentarer:

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

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: August	Denne periode				Hittil i år				2014 mot 2013			
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Awik	%	Resultat	Budsjett	Awik	%	HiÅ 2014	HiÅ 2013	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen												
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	137	114	23	20,2 %	1 258	1 008	250	24,8 %	1 258	1 148	110	9,6 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	5 732	5 760	-28	-0,5 %	48 943	47 035	1 908	4,1 %	48 943	52 738	-3 795	-7,2 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	3	3	0	0 %	100	27	73	270,4 %	100	115	-15	-13,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	5 620	5 949	-329	-5,5 %	52 896	50 515	2 381	4,7 %	52 896	51 340	1 556	3,0 %
Psykisk helsevern - barn og unge												
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	15	5	10	200,0 %	91	65	26	40,0 %	91	64	27	42,2 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	464	337	127	37,7 %	3 176	2 744	432	15,7 %	3 176	2 855	321	11,2 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	260	276	-16	-5,8 %	1 926	2 012	-86	-4,3 %	1 926	1 869	57	3,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	3 348	4 219	-871	-20,6 %	29 996	30 969	-973	-3,1 %	29 996	29 317	679	2,3 %
TSB												
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	262	245	17	6,9 %	1 975	1 931	44	2,3 %	1 975	1 972	3	0,2 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 104	2 366	-262	-11,1 %	16 561	18 338	-1 777	-9,7 %	16 561	15 846	715	4,5 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	24	48	-24	-50,0 %	193	382	-189	-49,5 %	193	497	-304	-61,2 %
Antall polikliniske konsultasjoner	736	630	106	16,8 %	6 170	5 972	198	3,3 %	6 170	5 488	682	12,4 %

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

	Mnd 2013	Mnd 2014	HiÅ 2013	HiÅ 2014	%-vis endring 2013-2014 Mnd	%-vis endring 2013-2014 HiÅ
Modalitet	H	H	H	H	H	H
Angio	239	212	1 995	1 954	-11,3 %	-2,1 %
CT	4 815	4 857	37 006	38 515	0,9 %	4,1 %
MG	611	428	5 342	4 693	-30,0 %	-12,1 %
MR	2 163	2 247	17 723	19 277	3,9 %	8,8 %
NM	634	582	5 195	4 828	-8,2 %	-7,1 %
PET	324	303	2 887	2 998	-6,5 %	3,8 %
RG	12 633	12 456	109 639	108 214	-1,4 %	-1,3 %
Ukjent	4	2	47	32	-50,0 %	-31,9 %
UL	3 077	2 914	25 407	25 796	-5,3 %	1,5 %
TS	2 047	2 087	18 643	20 481	2,0 %	9,9 %

H = henvisninger

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

TS = tilsendte

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

2.1 Aktivitet Oslo sykehuservice

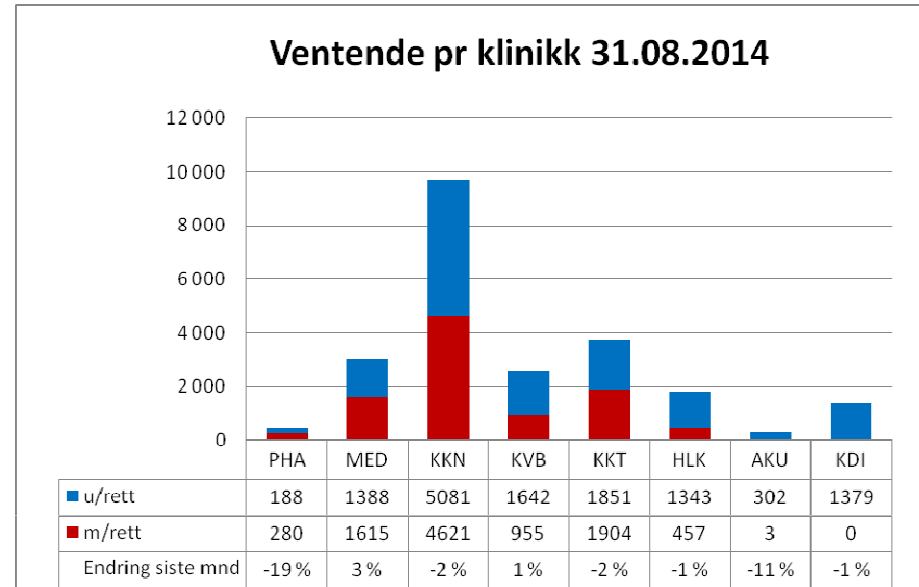
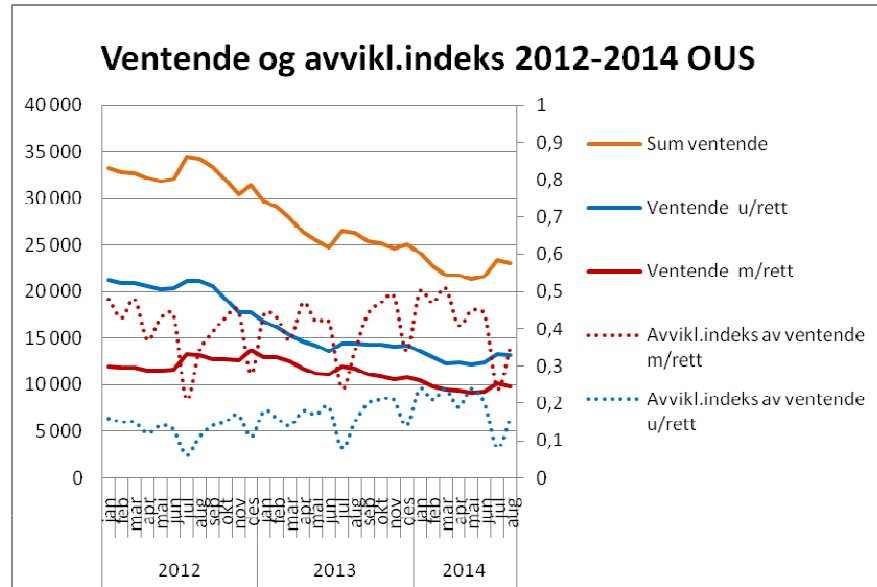
8 Aktivitetsdatarapport for 2014 Oslo sykehuservice									
Produksjon	Måleenhet	August		Avvik		Sum		Avvik	
		i fjor	i år	periode	periode i %	i fjor	i år	i år	i år i %
Kostnader pr. liggedøgn	Kr	3 719	3 729	10	0,3 %	3 635	3 883	248	6,8 %
Kostnader pr. liggedøgn m/dagbeh.	Kr	3 241	3 268	27	0,8 %	3 177	3 333	156	4,9 %
Arealer	Kvm	1 007 687	1 005 484	-2 203	-0,2 %	997 975	1 006 737	8 762	0,9 %
Forbruk av energi	KWH	17 920 000	18 450 000	530 000	3,0 %	195 080 000	198 890 000	3 810 000	2,0 %
Forbruk av tekstiler	Tonn	249	238	-11	-4,4 %	2 204	2 188	-16	-0,7 %
Middager	Antall	51 221	48 498	-2 723	-5,3 %	481 377	466 639	-14 738	-3,1 %
Sengevask/reing	Antall	11 475	11 939	464	4,0 %	88 074	104 469	16 395	18,6 %
Hotellbelegg Pasienthotellet	%	77,2 %	78,0 %	0,8 %	1,0 %	81,9 %	82,8 %	0,9 %	1,1 %
Hotellbelegg Sykehotellene	%	74,3 %	79,6 %	5,3 %	7,1 %	75,7 %	77,3 %	1,5 %	2,0 %
Portøroppdrag	Antall	36 292	37 581	1 289	3,6 %	308 491	320 793	12 302	4,0 %
Faktura forfall u.anvisning	%	20,0 %	19,0 %	-1,0 %	-5,0 %	20,4 %	20,9 %	0,6 %	2,8 %
BHM - antall søknader	Antall	279	222	-57	-20,4 %	274	288	14	5,0 %
- pasienttilstrømmning	Antall	96	34	-62	-64,6 %	793	674	-119	-15,0 %
- utlån MTU	Antall	212	242	30	14,2 %	2 334	2 524	190	8,1 %
Kvalitet									
Avvik	Antall	129	92	-37	-28,7 %	1 120	1 022	-98	-8,8 %
Personskader	Antall	11	2	-9	-81,8 %	91	42	-49	-53,8 %
Tilsynsavvik	Antall	0	1	1	#DIV/0!	4	7	3	75,0 %
Klagesaker	Antall	1	0	-1	-100,0 %	4	6	2	50,0 %
OUS aktivitetsdata									
Opphold dgr dagbehandling	Antall	5 355	5 081	-274	-5,1 %	45 556	47 272	1 716	3,8 %
Liggedøgn somatikk	Antall	36 342	36 040	-302	-0,8 %	314 092	311 352	-2 740	-0,9 %

2.1 Aktivitet PO/Intensiv Akuttklinikken

Klinikk	Aktivitet	August 2014	Akkumulert aktivitet August 2014	August 2013	Akkumulert aktivitet August	Akkumulert endring 2013-2014	Endring 2013-2014 i %
	Antall intensivpasienter	216	1 918	285	2 182	-264	-12,1 %
	Antall intensivdøgn	997	8 731	1 086	9 126	-395	-4,3 %
	Antall respiratordøgn:						
	Generell Intensiv UL	167	1 285	155	1 374	-89	-6,5 %
	Nevrointensiv, Ullevål	82	703	87	730	-27	-3,7 %
	Generell int 1, RH	138	1 470	192	1 651	-181	-11,0 %
	Barneintensiv, RH	47	747	52	606	141	23,3 %
	Generell int 2, RH	61	734	89	821	-87	-10,6 %
	PO, Aker	2	13	-	17	-4	-23,5 %
	PO, RH	1	3	-	-	3	
	PO, Ullevål	16	134	29	156	-22	-14,1 %
	PO, RAD	0	12	8	18	-6	-33,3 %
	SUM Antall respiratordøgn	514	5 101	612	5 373	-272	-5,1 %

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

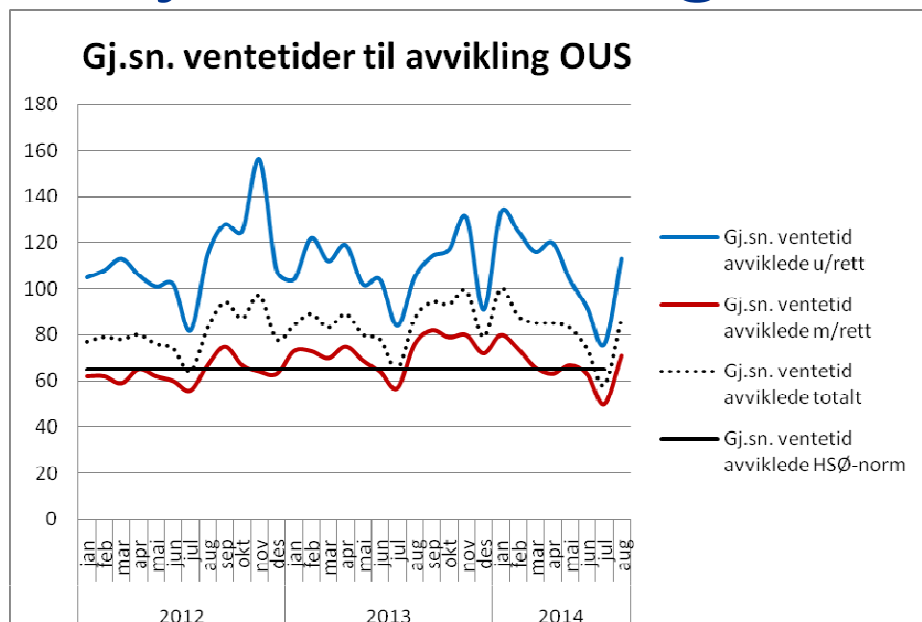
2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



Sum ventende	2013				2014			
	mai	jun	jul	aug	mai	jun	jul	aug
PHA	462	345	385	349	538	541	581	468
MED	2 901	2 867	3 146	3 253	2 588	2 602	2 908	3 003
KKN	13 153	12 590	13 215	13 048	9 055	9 215	9 948	9 702
KVB	2 366	2 249	2 421	2 334	2 236	2 281	2 567	2 597
KKT	3 468	3 431	3 743	3 752	3 554	3 547	3 851	3 755
HLK	2 269	2 300	2 497	2 448	1 546	1 624	1 813	1 800
AKU	140	186	190	186	332	350	342	305
KDI	665	708	794	819	1 498	1 489	1 389	1 379
Sum klinikker	25 424	24 676	26 391	26 189	21 347	21 649	23 399	23 009
Diff vs. 2013					-4 077	-3 027	-2 992	-3 180
Diff %					-16 %	-12 %	-11 %	-12 %

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

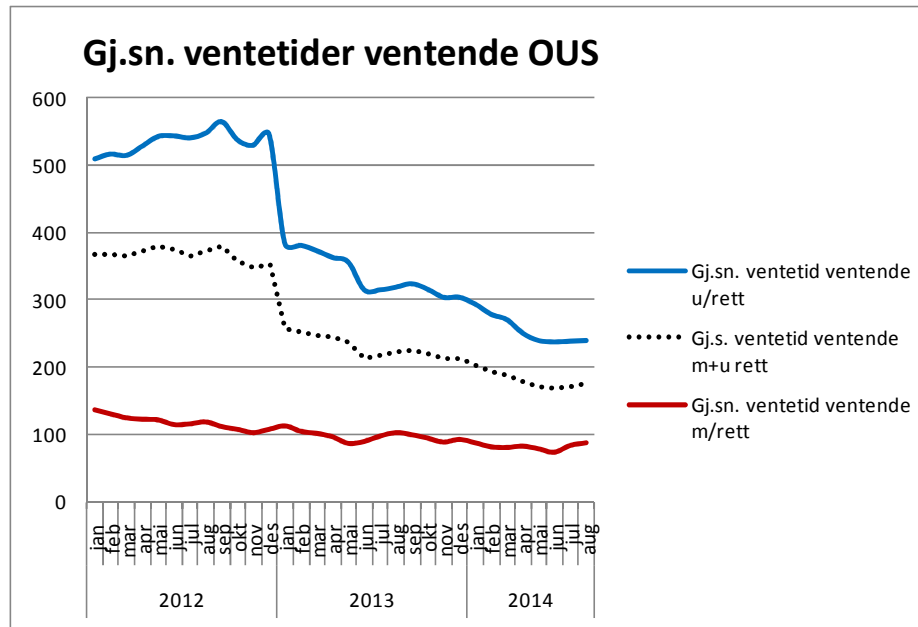
2.2 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling



Gj.sn. v.tid til avvikling	2013				2014			
	mai	jun	jul	aug	mai	jun	jul	aug
PHA	38	40	35	48	46	41	41	52
MED	55	60	40	60	55	57	40	64
KKN	116	113	98	127	119	103	83	113
KVB	65	54	36	60	52	48	31	65
KKT	59	65	57	78	73	68	57	90
HLK	86	85	89	101	97	90	60	100
AKU	85	70	92	77	123	146	144	134
KDI	26	45	22	28	61	54	44	57
OUS	80	78	65	87	83	74	58	87
Diff vs. 2013					3	-4	-7	0
Diff %					4 %	-5 %	-11 %	0 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

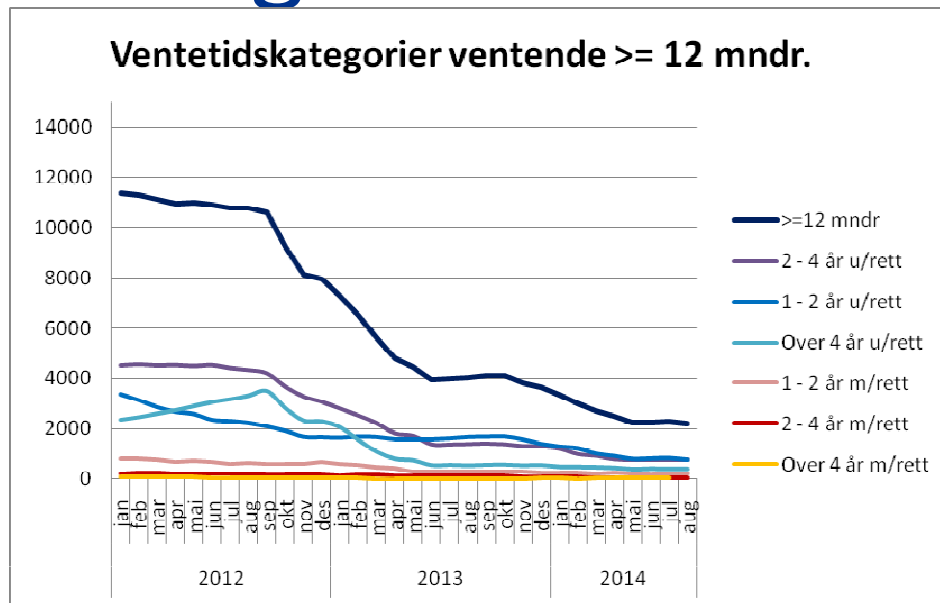
2.2 Gjennomsnittlig ventetid for ventende



Gj.sn. v.tid ventende	2013				2014			
	mai	jun	jul	aug	mai	jun	jul	aug
PHA	47	53	62	66	57	56	68	76
MED	78	78	90	91	58	61	75	76
KKN	384	339	340	346	295	288	282	295
KVB	72	74	87	90	79	78	84	86
KKT	59	61	73	79	69	68	81	80
HLK	107	113	123	133	96	91	101	110
AKU	97	85	97	100	117	108	118	131
KDI	143	132	139	152	128	124	134	106
OUS	238	214	217	222	171	168	171	175
Diff vs. 2013					-67	-46	-46	-47
Diff %					-28 %	-21 %	-21 %	-21 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)



Antall ventet ≥ 1	2013				2014			
	mai	jun	jul	aug	mai	jun	jul	aug
PHA	3	5	7	6	11	12	14	19
MED	51	52	48	57	14	18	21	16
KKN	4 208	3 695	3 724	3 729	2 057	2 015	2 040	2 059
KVB	36	21	22	34	22	42	21	27
KKT	22	31	39	55	68	64	78	52
HLK	53	59	64	71	26	22	19	26
AKU	3	3	3	2	0	0	0	0
KDI	62	61	70	83	39	64	70	3
Sum	4 438	3 927	3 977	4 037	2 243	2 247	2 270	2 207
Diff vs. 2013					-2 195	-1 680	-1 707	-1 830
Diff %					-49 %	-43 %	-43 %	-45 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

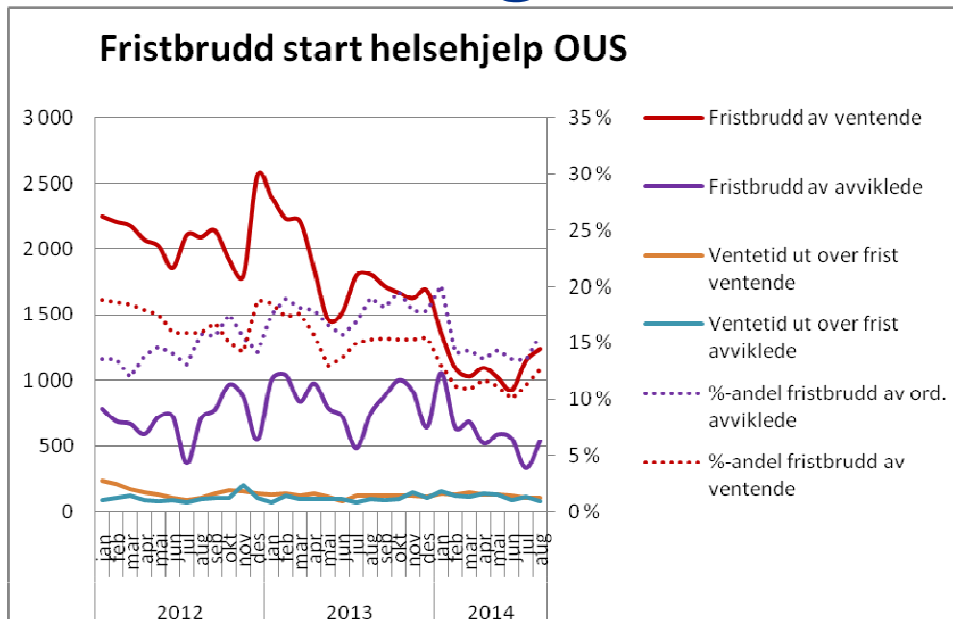
2.2 Antall langtidsventende (≥ 12 mnd) per fagområde

	05/14	06/14	07/14	08/14	Måltall	Avvik måltall
Fagområde	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	08/14	08/14
<u>050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)</u>	546	547	577	587	660	73
<u>070 Urologi</u>	44	39	52	38	-	-38
<u>090 Plastikk-kirurgi</u>	1 174	1 170	1 146	1 168	955	-213
<u>100 Nevrokirurgi</u>	22	21	22	21	-	-21
<u>250 Nevrologi</u>	126	110	115	113	90	-23
<u>290 Øre-nese-hals sykdommer</u>	47	47	49	50	5	-45
<u>300 Øyesykdommer</u>	102	96	107	90	140	50
Sum for fagområder med mer enn 20 langtidsventende	2 123	2 113	2 138	2 067	1 853	(285)
SUM TOTALT	2 243	2 247	2 270	2 207		

Merknad:

Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 langtidsventende per 31. august 2014.

2.3 Utvikling fristbrudd



Fristbrudd ordinært avviklede	2013				2014				
	mai	jun	jul	aug	Antall				Andel
	Antall				mai	jun	jul	aug	aug
PHA	8	12	4	7	9	4	4	4	2 %
MED	65	33	14	93	65	107	35	99	14 %
KKN	454	371	218	325	330	283	155	271	22 %
KVB	60	56	44	47	46	28	17	33	11 %
KKT	134	199	156	181	113	114	107	104	13 %
HLK	73	55	48	96	29	22	14	29	13 %
AKU	0	0	0	0	-	-	1	-	0 %
KDI	0	0	0	0	0	0	0	0	0 %
Sum	794	726	484	749	592	558	333	540	15,7 %
Diff vs. 2013					-202	-168	-151	-209	
Diff %					-25 %	-23 %	-31 %	-28 %	

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

Fristbrudd ventende	2013				2014				
	mai	jun	jul	aug	Antall				Andel
	Antall				mai	jun	jul	aug	aug
PHA	21	12	26	16	13	1	11	8	2,9 %
MED	21	20	50	70	96	74	129	109	6,7 %
KKN	1 067	1 087	1 247	1 277	705	646	773	833	18,0 %
KVB	51	92	109	98	18	28	35	47	4,9 %
KKT	178	172	181	157	146	133	162	179	9,4 %
HLK	122	127	175	180	41	42	36	61	13,3 %
AKU	0	0	3	3	1	2	2	-	0,0 %
KDI	0	1	0	1	0	0	0	0	0,0 %
Sum	1 460	1 511	1 791	1 802	1 021	928	1 150	1 238	12,6 %
Diff vs. 2013					-439	-583	-641	-564	
Diff %					-30 %	-39 %	-36 %	-31 %	

2.3 Fristbrudd per fagområde

Antall per fagområde	Mai 2014	Juni	Juli	Aug 2014	Andel august	Gj.snitt ventetid ut over frist	Måltall aug
<u>030 Gastroenterologisk kirurgi</u>	18	11	22	34	18,2	40	
<u>050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)</u>	238	214	238	258	22,6	167	50
<u>070 Urologi</u>	52	45	81	101	13,5	34	
<u>090 Plastikk-kirurgi</u>	112	74	81	82	31,4	314	40
<u>100 Nevrokirurgi</u>	134	164	226	234	38	82	
<u>140 Fordøyelsesykdommer</u>	68	46	94	81	23,5	34	
<u>150 Hjertesykdommer</u>	35	33	25	48	9,7	71	10
<u>170 Lungesykdommer</u>	20	22	20	24	5,6	91	
<u>220 Barnesykdommer</u>	10	10	14	34	6,9	16	
<u>250 Nevrologi</u>	79	52	57	83	15,8	55	50
<u>260 Klinisk nevrofysiologi</u>	24	21	26	25	9,8	175	
<u>290 Øre-nese-hals sykdommer</u>	96	85	98	114	18,5	153	20
Sum fristbrudd av ventende pasienter for fagområder hvor det er over 20 fristbrudd	874	816	1 011	1 118			
Sum fristbrudd per 31. august	1 021	928	1 150	1 238	12,8	109	170

Merknad:

Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 fristbrudd per 31. august 2014.

2.3 Fristbrudd som forfaller

Rettighetsstatus	Periode for frist helsehjelp				
	Forfalt	2014-09	2014-10	2014-11	2014-12
SUM	1 276	2 420	2 475	1 831	869
Klinikk psykisk helse og avhengighet	8	124	104	35	8
Medisinsk klinikk	117	389	388	394	144
Klinikk for kirurgi og nevrofag	854	908	1 080	706	501
Kvinne- og barneklubben	51	220	319	267	71
Kreft- kirurgi- og transplantasjonsklubben	182	657	464	356	120
Hjerte- lunge- og karklubben	63	120	117	72	25
Akuttklubben		2	1		

2.4 Nasjonale kvalitetsindikatorer

Nasjonale kvalitetsindikatorer per 1. tertial 2014	Andel 1. tertial 2014		
	Hele landet	Helse Sør-Øst	OUS
Somatisk helse			
Pasienter med blodpropp i hjernen som får trombolysebehandling	14,7	14,4	19,5
Korridorpasienter	1,5	1,5	0,8
Utsettelse av planlagte operasjoner	5,9	5,7	7,5
Lårhalsbrudd operert innen 48 timer	93,8	94,0	90,4
Individuell plan for barnehabilitering	26,3	23,8	1,4
Keisersnitt	16,3	17,3	19,9
Startet behandling av brysktkreft innen 20 arbeidsdager	53,9	49,9	43,9
Startet behandling av lungekreft innen 20 arbeidsdager	38,0	31,6	21,3
Startet behandling av tykktarmskreft innen 20 arbeidsdager	58,6	55,2	57,6
Oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg (fysisk helse)	90,4	95,4	96,0
Brudd på vurderingsgaranti - somatisk helsetjeneste	1,1	1,0	3,2
Psykisk helse og rus			
Oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg (BUP)	96,2	96,5	100,0
Oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg (VOP)	93,4	93,0	100,0
Oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg (TSB)	95,1	95,6	100,0
Brudd på vurderingsgaranti PHV	2,8	2,0	2,8
Brudd på vurderingsgaranti TSB	5,4	4,4	9,9
Barne- og ungdomsgarantien: Vurdering innen 10 dager	95,5	94,5	95,9
Barne- og ungdomsgarantien: Behandling innen 65 dager	99,0	98,9	99,6
Registrering av hovedtilstand TSB	87,5	88,0	85,5
Registrering av hovedtilstand PHBU	84,8	84,4	79,3
Registrering av hovedtilstand PHV	95,4	96,1	97,6
Registrering av lovgrunnlag PHV	76,0	75,1	17,6

Det er detaljerte nasjonale definisjoner for hver indikator. Disse fremkommer på nettsiden www.Helsenorge.no

Den enkelte indikator i tabellen viser måloppnåelse for den enkelte indikator i 1. Tertial 2014 for landet som helhet, Helse Sør-Øst og ved Oslo universitetssykehus.

3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2014	August				Hittil i 2014			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	-11 151 802	881 206	879 766	1 440	0.2 %	7 301 177	7 298 297	2 880	0.0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	-7 160 551	517 296	550 735	-33 439	-6.1 %	4 696 328	4 711 412	-15 083	-0.3 %
Andre inntekter	-1 807 922	186 616	159 669	26 947	16.9 %	1 313 768	1 190 907	122 861	10.3 %
Sum driftsinntekter	-20 120 275	1 585 118	1 590 170	-5 052	-0.3 %	13 311 273	13 200 615	110 658	0.8 %
Lønn -og innleiekostnader	13 884 836	1 131 880	1 106 558	-25 322	-2.3 %	9 167 150	9 065 858	-101 292	-1.1 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 578 750	197 110	202 294	5 184	2.6 %	1 746 909	1 698 550	-48 359	-2.8 %
Andre driftskostnader	3 636 059	302 073	296 049	-6 023	-2.0 %	2 412 595	2 398 241	-14 354	-0.6 %
Sum driftskostnader	20 099 645	1 631 063	1 604 901	-26 162	-1.6 %	13 326 654	13 162 649	-164 005	-1.2 %
Driftsresultat	20 630	-45 944	-14 731	-31 214	1.9 %	-15 380	37 967	-53 347	-0.4 %
Netto finans	20 630	32 180	-2 599	34 779	1338.2 %	26 434	-15 756	42 190	267.8 %
Resultat OUS ¹⁾	0	-13 765	-17 330	3 565	-0.2 %	11 053	22 211	-11 157	-0.1 %

1) Resultat for foretaksgruppen

3.2 Kommentarer til økonomisk resultat

Art_ØBAK	Regn	Bud	Awik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	7 301 177	7 298 297	2 880	Awiket knyttes til tilleggsbevilgning som kompensasjon for reduserte takster for PET-analyser.
ISF egne pasienter	1 982 671	2 017 147	-34 476	De totale ISF-inntektene er 25,2 mnok lavere enn budsjettert. Awiket knyttes til gjennomgående lavere aktivitet enn budsjettert ved de somatiske enhetene i august måned. Inntekt knyttet til budsjettert meraktivitet er budsjettert under Andre inntekter med omlag 5 mnok per måned. Estimert tap knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag inngår i resultatet med 20,4 mnok.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	303 319	298 542	4 777	
ISF-refusjon kommunal med finan.	409 590	409 365	225	
ISF-inntekt kostnadskrevene	31 659	27 401	4 258	
Utskrivningsklare pasienter	991	2 705	-1 714	Antall utskrivningsklare pasienter er lavere enn forventet, derfor også lavere inntekt.
Gjeste pasienter	383 906	386 035	-2 129	Gjestepasientinntekter for pasienter fra andre regioner er 2 mnok lavere enn budsjettert.
Salg av konserninterne helsetjenester	1 220 871	1 211 793	9 079	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er 9 mnok høyere enn budsjettert hittil i år.
Polikliniske inntekter	363 321	358 424	4 897	De polikliniske inntektene er nærmere 5 mnok høyere enn budsjettert. Det er et positivt awik innenfor lab.rtg.-området, mens det er et negativt awik innenfor psykisk helse.
Øremerkede tilskudd raskere tilb	25 217	27 644	-2 428	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettert for Raskere tilbake. Awiket skyldes i hovedsak lavere aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nefrologi og Klinikk for psykisk helse og avhengighet.
Andre øremerkede tilskudd	707 115	664 179	42 935	Nivå for inntektsføring av øremerkede tilskudd er høyere enn budsjettert. Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	581 437	499 083	82 353	Inntektsføring av refusjon for legemiddelet Ipliumab med 24,3 mnok, inntektsført refusjon for frikjøp til DIPS-prosjektet med om lag 39 mnok (gir tilsvarende økt lønnskostnad) og gevinst ved salg av eiendom med 27 mnok, bidrar til positivt awik. Noe lavere aktivitet enn budsjettert gir isolert negativt awik.
Sum driftsinntekter	13 311 273	13 200 615	110 658	
Kjøp av off helsetjenester	37 317	28 444	8 873	Kostnadene til kjøp av offentlige helsetjenester er om lag 9 mnok høyere enn budsjettert og gjelder i hovedsak kjøp av gjestepasienttjenester fra andre regioner.
Kjøp av private helsetjenester	167 571	162 802	4 769	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er om lag 5 mnok høyere enn budsjettert og awiket er i hovedsak relatert til kjøp av behandling i utlandet.
Varekostnader	1 502 928	1 482 691	20 237	Varekostnadene er om lag 20 mnok høyere enn budsjettert. Kostnader til Ipliumab er ikke budsjettert og inngår med om lag 24,3 mnok (se også Andre inntekter). Dette i tillegg til høye kostnader blant annet til medikamenter (bl.a. dyre biologiske legemidler) og medisinske forbruksvarer i enkelte av klinikkene.
Innleid arbeidskraft	137 469	70 827	66 642	Innleiekostnadene er ikke redusert som forutsatt i budsjettert og er om lag 20 mnok høyere enn for samme periode i 2013. Merforbruket er størst innenfor nevrokirurgisk avdeling, nyfødtintensiv, PO/intensiv og barnemedisin. Det jobbes med tiltak for å redusere innleiekostnadene.
Kjøp av konserninterne helsetjen	39 093	24 613	14 480	Kjøp av konserninterne helsetjenester er 15 mnok høyere enn budsjettert. Awiket er hovedsakelig innenfor psykisk helsevern, voksne.
Lønn til fast ansatte	6 183 655	6 190 641	-6 985	For samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 35 mnok. Awiket må ses i forhold til at det er høyere lønnskostnader enn budsjettert for øremerkede midler på omlag 56 mnok. Awik for lønn til fast ansatte må også sees i sammenheng med innleiekostnadene. Det er refundert lønnskostnader til klinikkene knyttet til DIPS-prosjektet med omlag 39 mnok kroner. Pensjon er bokført som budsjettert i påvente av nye NRS-beregninger for 2014. Lønnsoppgjør 2014 er også foreløpig ført som budsjettert.
Overtid og ekstrahjelp	728 565	604 137	124 428	
Pensjon	1 493 626	1 493 617	8	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskr	-407 005	-352 467	-54 539	
Annen lønn	1 030 840	1 059 103	-28 263	
Avskrivninger	540 637	553 033	-12 396	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettert. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.
Nedskrivninger	20 057	0	20 057	
Andre driftskostnader	1 851 901	1 845 208	6 693	I awik for andre driftskostnader inngår merkostnader knyttet til pasientreiser, vedlikehold av bygg mv. Tilbakebetaling fra Sykehuspartner fra 2013 (for mye fakturert) inngår også med 5,5 mnok og bidrar positivt, sammen med lavere energikostnader..
Sum driftskostnader	13 326 654	13 162 649	164 005	
Finansinntekter	83 891	63 670	20 221	Awiket skyldes lavere renteinntekter og -kostnader enn forutsatt i budsjettert, effekt av gevinst ved salg av Barnehagebygg AS med tilhørende tomt (24,8 mnok) og positivt bidrag fra datterselskapene (6,4 mnok).
Finanskostnader	57 457	79 426	-21 969	
Netto finans	-26 434	15 756	42 190	
TOTALT	-11 053	-22 211	-11 157	

3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering August 2014 tall i hele 1000 kr	August				Hittil i år			
	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Økonomisk resultat								
Klinikk psykisk helse og avhengighet	18 585	0	18 585	12.4 %	25 901	0	25 901	2.1 %
Medisinsk klinikk	-3 182	0	-3 182	-3.5 %	-18 874	0	-18 874	-2.5 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-26 705	0	-26 705	-15.6 %	-86 011	0	-86 011	-6.0 %
Kvinne- og barneklubben	-6 675	0	-6 675	-5.2 %	-20 674	0	-20 674	-1.9 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	-6 868	0	-6 868	-3.4 %	-28 638	0	-28 638	-1.7 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	-11 938	0	-11 938	-14.5 %	-47 049	0	-47 049	-6.6 %
Akuttklubben	1 160	0	1 160	0.6 %	-16 401	0	-16 401	-1.0 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	6 061	0	6 061	3.5 %	36 155	0	36 155	2.5 %
Oslo sykehusservice	6 320	0	6 320	4.1 %	10 009	0	10 009	0.7 %
Konsern	2 821	856	1 965	-	8 529	2 142	6 387	-
Fellesposter	5 918	-18 186	24 104	3.8 %	126 735	20 069	106 667	13.6 %
Direktørensstab	740	0	740	0.6 %	21 372	0	21 372	2.2 %
Sum OUS	-13 765	-17 330	3 565	0.2 %	11 053	22 211	-11 157	-0.1 %

3.4 Kommentarer til klinikkenes avvik per august

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	+ 26	Avviket skyldes i hovedsak økte inntekter på 11,8 mnok for behandling av pasienter fra andre HF og økte andre driftsinntekter av ulike årsaker. Samtidig har klinikken reduserte kostnader i forhold til budsjett på totalt 14,1 mnok. Dette skyldes i hovedsak reduserte kostnader innenfor IKT, oppussing og vedlikehold av bygninger, samt budsjetterte kostnader for definerte områder og prosjekter som ennå ikke er igangsatt.
Medisinsk klinikk	- 19	Nærmere 5 mnok av avviket skyldes lavere aktivitet enn budsjettert (vesentlig øyeblikkelig hjelp- virksomhet, som er vanskelig å styre). Aktiviteten følges nøye. Øvrig avvik skyldes i stor grad høyere lønnskostnader (11 mnok) enn budsjettert og avvik på andre driftskostnader (4 mnok) som for eksempel tolketjeneste og kjøp av mindre utstyr mv.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	- 86	Klinikkens avvik knyttes i stor grad til lavere aktivitet enn budsjettert. Dette følges tett opp samtidig som det er fokus på avvikling av fristbrudd og langtidsventende. Kostnadene til innleie er hittil i år om lag 20 mnok høyere enn budsjettert og andre driftskostnader er om lag 8 mnok høyere enn budsjettert. Varekostnadene er 7 mnok lavere enn budsjettert (cochleaimplantater og medikamentkostnader øye).
Kvinne- og barnekliviken	- 21	Hittil i år har klinikken et negativt avvik på 21 mnok som i hovedsak skyldes lavere aktivitet enn plan (6 mnok) og merforbruk på innleie (14 mnok).
Kreft-, kirurgi og transplantasjons- klinikk	- 29	Klinikken har en aktivitet som er 0.3 % over budsjettert nivå. Personalkostnadene er så langt i år innenfor budsjett, men har vesentlige avvik på innleid arbeidskraft pga. pleiekrevende pasienter og høy aktivitet i enkelte avdelinger. Varekostnadene er klart over budsjett, hovedsakelig er det merforbruk på medikamenter/cytostatika med 13 mnok. En del av dette gjelder kostnader til medikamentet ipilimumab som ikke er budsjettert. Det er også vesentlig avvik på instrumenter og medisinske forbruksvarer knyttet til operasjonsaktiviteten i klinikken.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	- 47	Hovedårsak til avvik er lavere aktivitet enn budsjettert. Dette skyldes i stor grad forsinkelser i levering av utstyr til Kardiologisk avdeling og nedgang i pasienter til operasjon innenfor hjertekirurgi, samt få transplantasjoner.
Akutt klinikken	- 16	Det er i august en vridning fra variabel lønn til fast lønn grunnet sommeravtaler. Det er benyttet sommeravtaler for 6 mnok i august. Fortsatt problemer med rekruttering på PO/Intensiv og Operasjon. Akkumulert må mindreforbruket på lønn (6 mnok) ses i sammenheng med et merforbruk på innleie (12,3 mnok). Pasientreiser har et akkumulert merforbruk på 5,4 mnok. Dette skyldes nye anbudspriser fra februar og aktivitetsvekst.
Klinikk for diagn. og intervensjon	+ 36	Resultat bedre enn budsjettert i hovedsak som følge av høy aktivitet innenfor Avdeling for medisinsk genetikk. Lavere lønnskostnader enn budsjettert grunnet færre årsverk enn budsjettert.
Oslo sykehusservice	+ 10	Resultat noe bedre enn budsjettert.
Stab	+ 21	Avvik skyldes ubesatte stillinger og generelt lavere driftskostnader enn budsjettert samt tilbakebetaling fra Sykehuspartner IKT.
Fellesposter mv	+ 113	Avvik skyldes i hovedsak budsjettert reserve, noe reversering av avsetninger fra 2013 (kostnad bokført på klinikk), lavere avskrivningskostnader og netto finans. I tillegg bidrar gevinst fra salg av eiendom med 50 mnok. Estimat for nedskrivningsbehov er kostnadsført under Fellesposter.
Samlet avvik	- 11	Gevinst fra salg av eiendom er inkludert i resultatet med 50 mnok.

3.2 Lønnskostnader ekskl. pensjon

ekskl. pensjon i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	aug 2014			HÅ			HIF	Endring	
	Resultat	Awik fra budsjett	Awik i %	Resultat	Awik fra budsjett	Awik i %	Resultat	I 1000kr	i %
PHA	108 287	-398	-0.4%	918 985	3 318	0.4%	883 740	35 195	4.0%
MED	64 476	-2 731	-4.4%	528 558	-14 859	-2.9%	510 839	17 719	3.5%
KKN	110 169	419	0.4%	944 377	-3 045	-0.3%	895 566	48 811	5.5%
KVB	89 270	2 579	2.8%	752 158	7 515	1.0%	716 218	35 940	5.0%
KKT	127 228	-7 467	-6.2%	1 037 068	-32 843	-3.3%	983 296	53 773	5.5%
HLK	49 724	-4 650	-10.3%	403 792	-5 697	-1.4%	379 389	24 403	6.4%
AKU	124 140	-52	0.0%	1 057 972	620	0.1%	993 670	64 302	6.5%
KDI	104 363	2 631	2.5%	880 686	16 772	1.9%	821 019	59 667	7.3%
OSS	70 403	-3 502	-5.2%	578 704	-10 334	-1.8%	539 992	38 712	7.2%
STAB	21 875	-1 825	-9.1%	155 927	7 571	4.6%	162 559	-6 631	-4.1%
FPO	48 766	-4 927	-11.2%	220 895	-7 599	-3.6%	93 472	127 422	136.3%
OUS	927 310	-19 258	-2.1%	7 536 056	-34 641	-0.5%	7 028 370	507 685	7.2%

3.2 Innleiekostnader

Innleie i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	aug 2014			HÅ			HF	Endring	
	Resultat	Awik fra budsjett	Awik i %	Resultat	Awik fra budsjett	Awik i %	Resultat	I 1000kr	i %
PHA	495	-495	0.0%	1813	-1813	0.0%	291 235	1522	522.6%
MED	843	1	0.1%	6978	-431	-6.6%	9 227	-2 249	-24.4%
KKN	3 035	-1 889	-164.8%	28 181	-20 195	-252.9%	22 105	6 076	27.5%
KVB	3 678	25	0.7%	33 275	-14 031	-72.9%	21 650	11 625	53.7%
KKT	1 692	-403	-31.3%	16 143	-9 271	-134.9%	13 221	2 922	22.1%
HLK	1 910	-1 020	-114.6%	15 235	-7 506	-97.1%	17 864	-2 629	-14.7%
AKU	3 593	-1 046	-41.1%	34 192	-12 287	-56.1%	28 773	5 419	18.8%
KDI	255	-187	-276.1%	1 491	-947	-173.9%	3 689	-2 198	-59.6%
OSS	48	-48	0.0%	161	-161	0.0%	17	144	868.3%
STAB			0.0%	379	-379	0.0%	-	-	-
FPO							-4	4	
OUS	15 550	-5 064	-48.3%	137 469	-66 642	-94.1%	116 830	20 638	17.7%

3.2 Varekostnader per klinikk

Varekostnader knyttet til FGi 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	aug			HÅ			HF	Endring	
	Resultat	Awik fra budsjett	Awik i %	Resultat	Awik fra budsjett	Awik i %	Resultat	I 1000kr	i %
PHA	5013	416	7.7%	40282	3248	7.5%	43781	-3499	-8.0%
MED	8945	718	7.4%	82973	-530	-0.6%	80797	2176	2.7%
KKN	26915	-517	-2.0%	230981	7275	3.1%	220109	10872	4.9%
KVB	8399	-577	-7.4%	74473	-7709	-11.5%	63906	10567	16.5%
KKT	35296	-3410	-10.7%	312319	-43604	-16.2%	261163	51156	19.6%
HLK	17539	5219	22.9%	187312	11392	5.7%	197089	-9777	-5.0%
AKU	12001	627	5.0%	118445	-4206	-3.7%	128640	-10195	-7.9%
KDI	38118	-967	-2.6%	321917	-4272	-1.3%	307606	14310	4.7%
OSS	9848	1380	12.3%	95508	603	0.6%	92736	2772	3.0%
STAB	22	23	52%	92	292	76.1%	9083	-8991	-99.0%
FPO	6462	524	7.5%	38608	17292	30.9%	12970	25638	197.7%
OUS	168573	3417	2.0%	1502928	-20237	-1.4%	1417879	85048	6.0%

3.2 Andre driftskostnader per klinikk

Andre driftskostnader i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler.	aug			HÅ			HIF	Endring	
	Resultat	Awik fra budsjett	Awik i %	Resultat	Awik fra budsjett	Awik i %	Resultat	I 1000kr	i %
PHA	10 186	1 717	14.4%	84 014	15 659	15.7%	92 195	-8 180	-8.9%
MED	2 667	-224	-9.2%	21 373	-1 823	-9.3%	25 046	-3 674	-14.7%
KKN	4 597	-589	-14.7%	40 145	-8 072	-25.2%	39 285	860	2.2%
KVB	3 219	3 434	51.6%	49 602	3 067	5.8%	31 607	17 995	56.9%
KKT	7 207	498	6.5%	67 054	-5 423	-8.8%	65 615	1 439	2.2%
HLK	2 214	226	9.3%	17 787	3 600	16.8%	16 145	1 641	10.2%
AKU	19 834	-269	-1.4%	177 204	-11 585	-7.0%	169 601	7 602	4.5%
KDI	9 874	-1 185	-13.6%	74 073	-4 549	-6.5%	64 544	9 530	14.8%
OSS	62 624	5 391	7.9%	583 384	25	0.0%	591 434	-8 050	-1.4%
STAB	89 071	-548	-0.6%	702 247	-4 448	-0.6%	602 082	100 165	16.6%
FPO	-255	-7	2.6%	11 127	-555	-5.2%	1 237	9 889	799.4%
OUS	214 746	9 499	4.2%	1 851 901	-6 698	-0.4%	1 726 233	125 668	7.3%

3.3 Resultat for AS'ene

AS'ene i 1000kr	Årsbudsjett	Budsjett		Regnskap	
		HÅ	HÅ	Avvik	HÅ
Barnehagebygg AS	-374	-250	-297	47	
MEDINNOVA	-1440	-1216			-1216
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	-1050	-380	-142		-238
Radpark AS	-1959	-1306	-2709		1403
SMDS	-6617	1405	-4651		6056
Sykehotell AS	-592	-395	-730		335
Totalt	-12032	-2142	-8529		6387

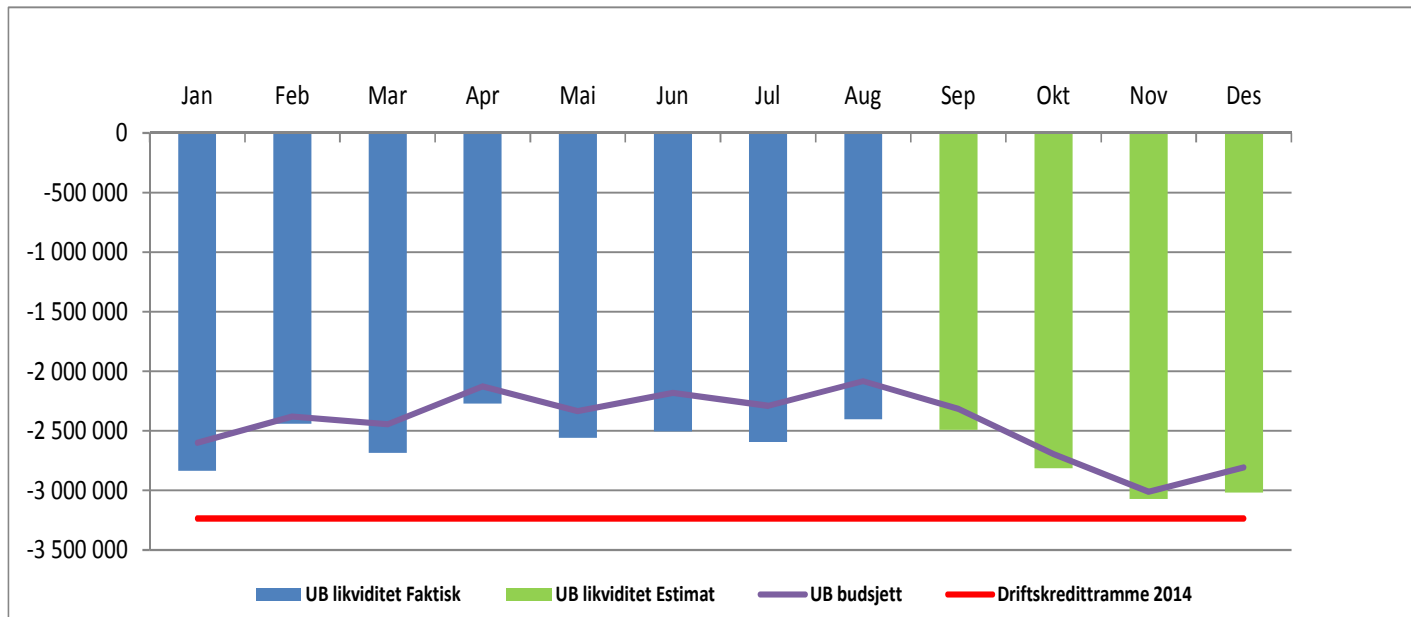
3.6 Tiltaksgjennomføring

	Kroner (i 1000)					Årsverk				
	Bud 2014	Bud effekt per aug	Realisert per aug	Avvik	realisert i aug	Bud red i per des	Bud bem	Red årsverk	avvik	red per aug
KPHA	20 300	13 491	8 824	-4 667	1 120	19	19	19	0	19
MED	13 100	8 293	4 582	-3 711	796	11	12	6	-5	6
KKN	66 400	44 273	19 268	-25 005	1 450	15	15	4	-11	4
KVB	37 800	25 299	12 418	-12 882	441	5	5	2	-4	2
KKT	26 500	16 652	15 050	-1 602	910	18	6	2	-4	2
HLK	10 500	7 002	4 240	-2 762	530	0	0		0	
AKU	28 700	18 463	10 229	-8 234	1 675	17	17	10	-8	10
KDI	34 600	21 532	16 227	-5 305	2 028	0	0		0	
OSS	17 300	11 215	10 529	-685	1 316	8	8	8	0	8
Totalt	255 200	166 219	101 367	-64 853	10 266	94	82	50	-32	50

3.7 Likviditet

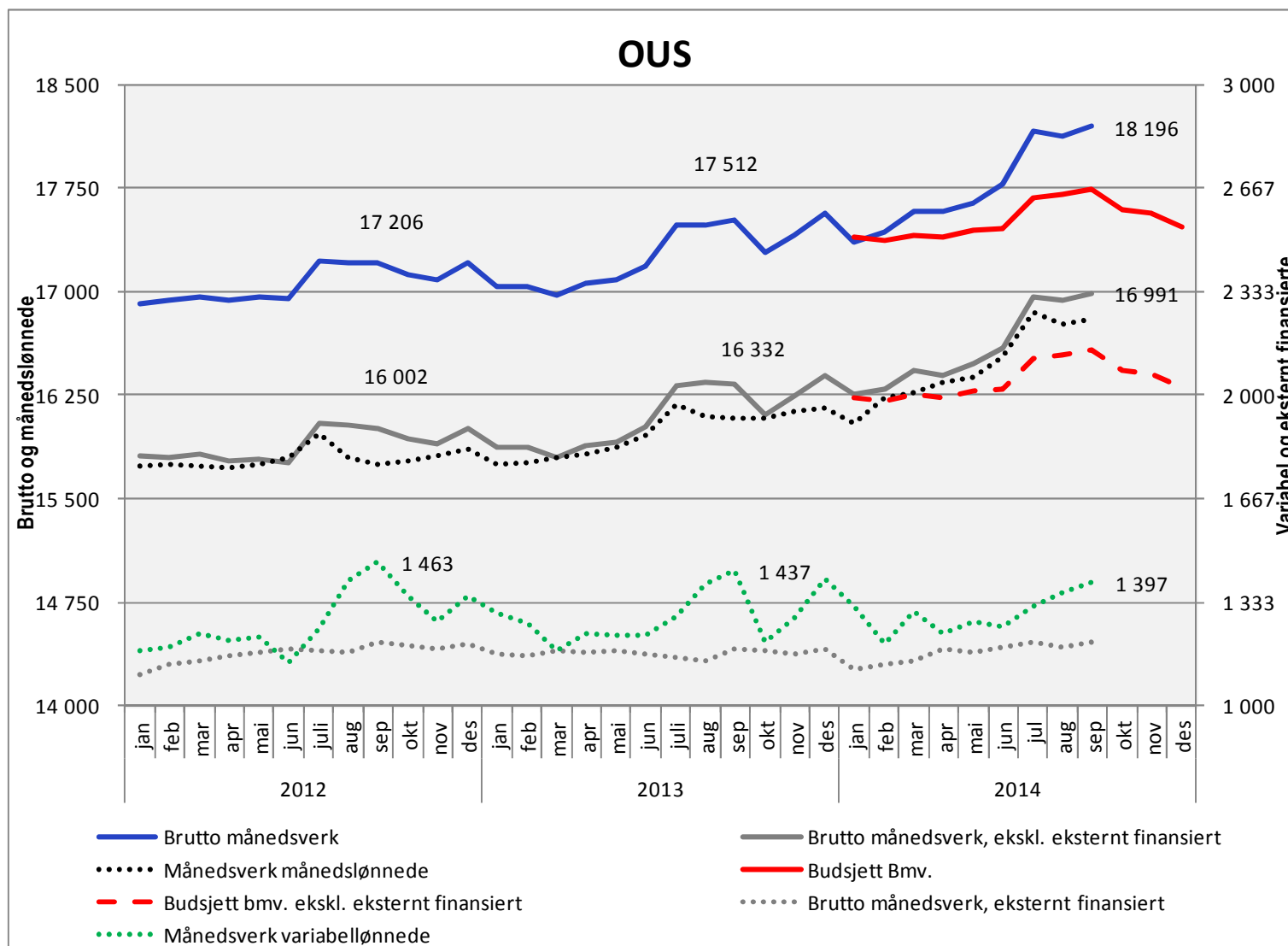
Utvikling likviditet

(utgående saldo ved periodeslutt)



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

4.1 Bemanningsutvikling



4.2 Bemanningsindikatorer

OUS Indikator	Denne måned			Hittil i 2014				2014 mot 2013			
	sep 2014	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. sep	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ sep 2014 mot sep 2013	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk	18 196	17 741	454	17 760	17 509	252	1,4 %	684	3,8 %	556	3,1 %
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	16 991	16 579	411	16 590	16 346	244	1,5 %	659	3,9 %	551	3,3 %
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	1 205	1 162	43	1 170	1 162	8	0,7 %	25	2,1 %	5	0,4 %
Innleie fra vikarbyrå	162	114	48	175	96	79	81,8 %	2	1 %	26	17,2 %
Månedsverk månedslønnede	16 798	16 390	409	16 465	16 335	130	0,8 %	723	4,3 %	543	3,3 %
Månedsverk variabellønnede	1 397	1 352	45	1 295	1 174	122	10,4 %	-39	-2,8 %	13	1,0 %
Netto månedsverk nasj. ind.	10 960	-	-	14 376	-	-	-	1 030	9,4 %	641	4,5 %
Sykefraværspersent	6,8	7,4	-0,6	6,9	7,4	-0,5	-7,3 %	-0,7	-5,1 %	-0,7	-10,6 %

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

Brutto månedsverk, intern finansiering	Denne måned			Hittil i 2014				2014 mot 2013			
	sep 2014	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. sep	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ sep 2014 mot sep 2013	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
PHA	2 230	2 060	170	2 150	2 066	84	4,1 %	110	4,9 %	71	3,3 %
MED	1 244	1 191	54	1 245	1 197	48	4,0 %	22	1,8 %	41	3,3 %
KKN	2 192	2 124	68	2 142	2 108	34	1,6 %	60	2,7 %	61	2,8 %
KVB	1 683	1 681	1	1 640	1 649	-9	-0,5 %	50	3,0 %	25	1,5 %
KKT	2 283	2 199	84	2 225	2 171	54	2,5 %	70	3,1 %	79	3,6 %
HLK	827	817	10	819	800	18	2,3 %	17	2,1 %	23	2,8 %
AKU	2 348	2 375	-27	2 317	2 308	9	0,4 %	100	4,2 %	66	2,8 %
KDI	2 026	2 046	-20	1 975	2 009	-34	-1,7 %	105	5,2 %	76	3,8 %
OSS	1 938	1 864	74	1 867	1 822	45	2,5 %	135	7,0 %	122	6,5 %
OUS	16 991	16 579	411	16 590	16 346	244	1,5 %	659	3,9 %	551	3,3 %

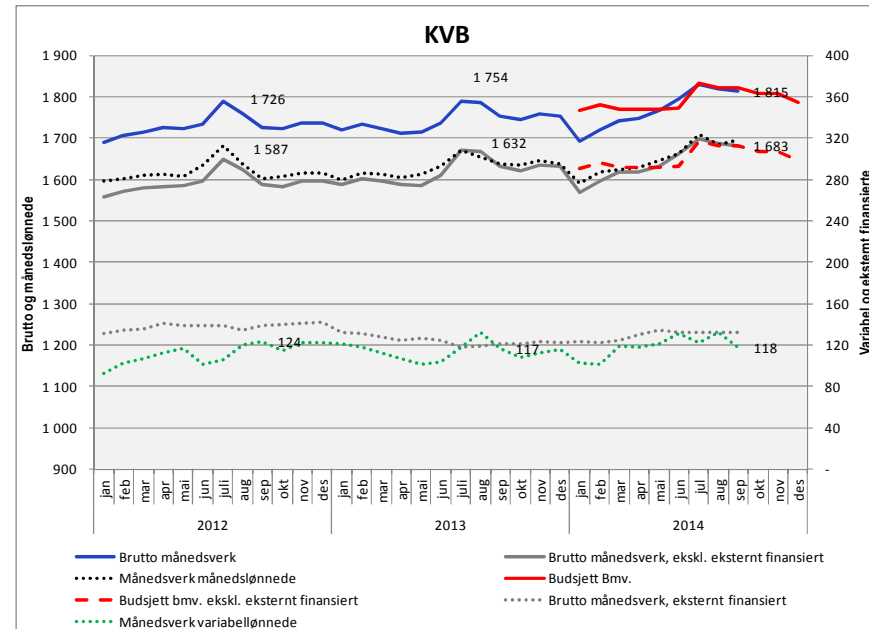
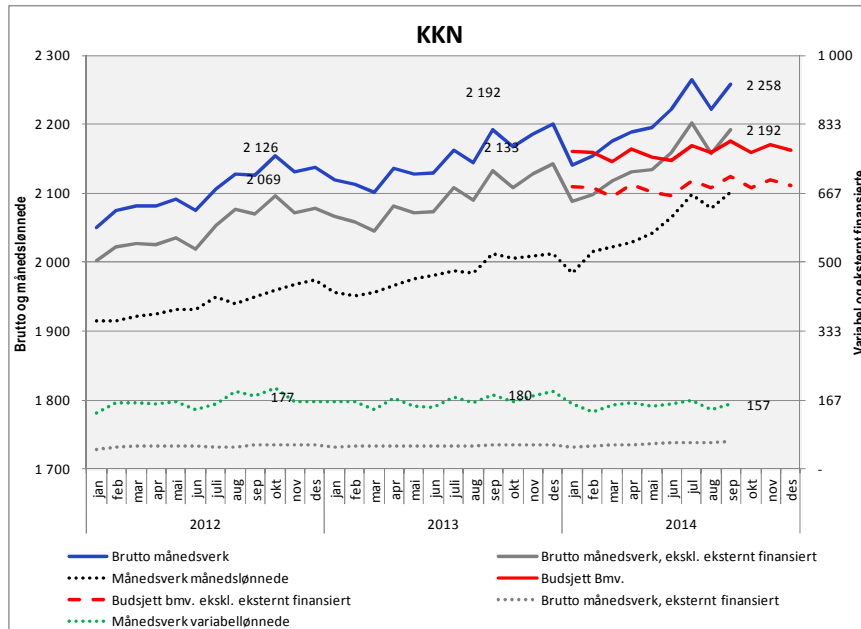
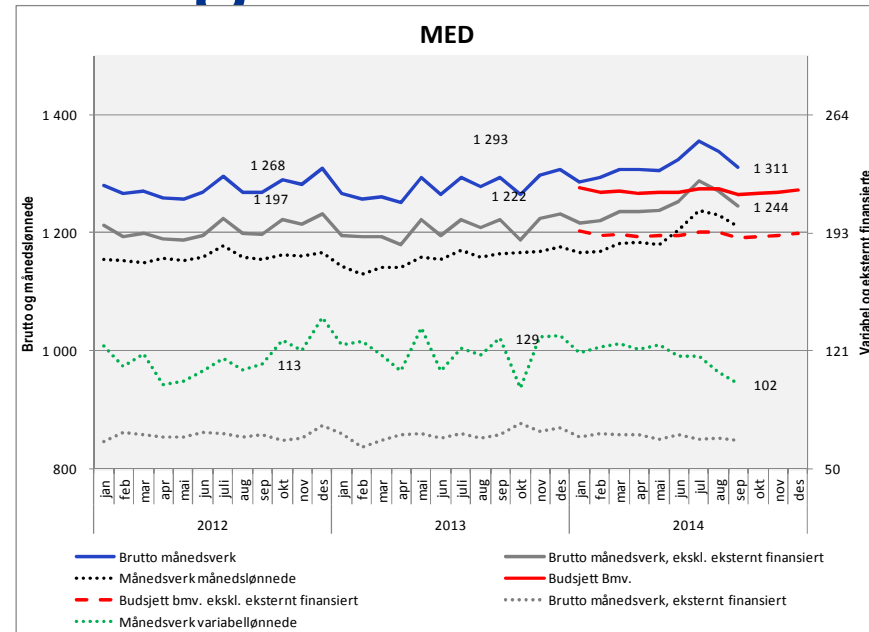
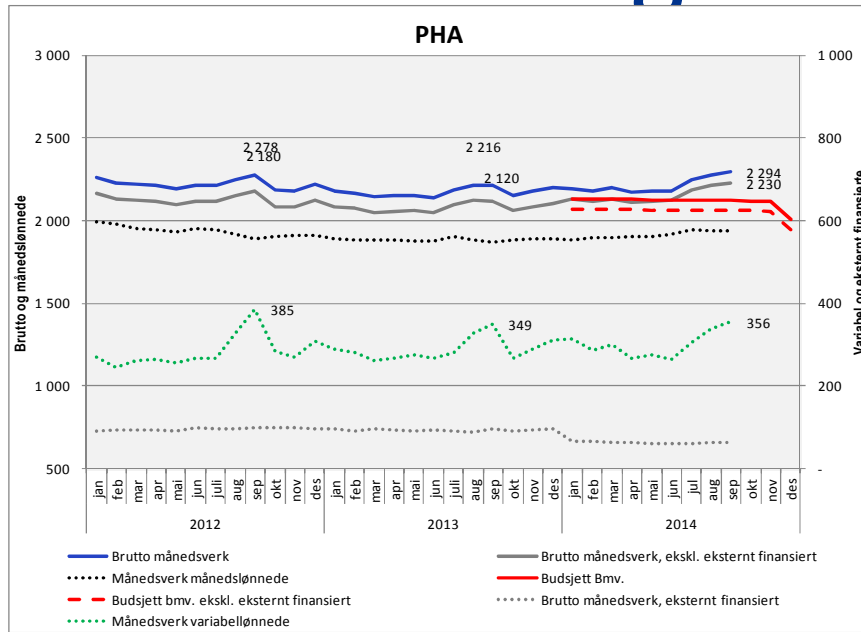
4.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

Brutto månedsværk	Forrige periode	Denne periode	Hittil i 2014	Hittil i 2013	2014 mot 2013				Stillingskategorienes gjennomsnittlige andel		
	aug 2014	sep 2014	Pr. aug	Pr. aug	Δ aug 2014 mot aug 2014	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel hele 2014	Andel hele 2013	Gj.snittelig endring 2014 mot 2013
OUS											
(1) Administrasjon/Ledelse	3 052	3 058	3 034	2 944	64	2,1 %	91	3,0 %	17,1 %	17,2 %	2,4 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 620	1 622	1 511	1 498	14	0,8 %	12	0,8 %	8,6 %	8,7 %	1,7 %
(3) Leger	2 388	2 378	2 325	2 263	90	3,8 %	62	2,7 %	13,1 %	13,1 %	2,9 %
(3a) Overleger	1 433	1 426	1 413	1 378	48	3,4 %	36	2,5 %	8,0 %	8,0 %	2,8 %
(3b) LIS-leger	921	919	879	851	44	4,8 %	27	3,1 %	5,0 %	4,9 %	3,3 %
(3c) Turnusleger	34	33	34	34	-2	-5,6 %	-1	-2,4 %	0,2 %	0,2 %	-1,8 %
(4) Psykologer	262	263	262	253	8	3,1 %	9	3,5 %	1,5 %	1,5 %	3,6 %
(5) Sykepleier	5 815	5 762	5 679	5 488	282	4,9 %	191	3,4 %	32,1 %	32,0 %	3,1 %
(6) Helsefagarbeider/hjelppeleier	571	562	570	576	-3	-0,5 %	-6	-1,0 %	3,2 %	3,3 %	-0,2 %
(7) Diagnostisk personell	1 512	1 496	1 440	1 360	75	5,0 %	80	5,5 %	8,1 %	7,9 %	5,4 %
(8) Apotekstillinger	3	3	3	2	-	0,0 %	1	21,1 %	0,0 %	0,0 %	23,9 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 553	1 592	1 518	1 479	34	2,1 %	39	2,6 %	8,6 %	8,6 %	2,7 %
(10) Ambulansepersonell	480	474	482	467	11	2,4 %	16	3,2 %	2,7 %	2,7 %	3,5 %
(11) Forskning	830	838	820	788	53	6,3 %	32	3,9 %	4,6 %	4,6 %	3,0 %
(99) Ukjente	69	58	49	47	0	0,5 %	2	3,9 %	0,3 %	0,3 %	3,0 %
SUM	18 119	18 196	17 760	17 205	684	3,8 %	556	3,1 %	100 %	100,0 %	2,9 %

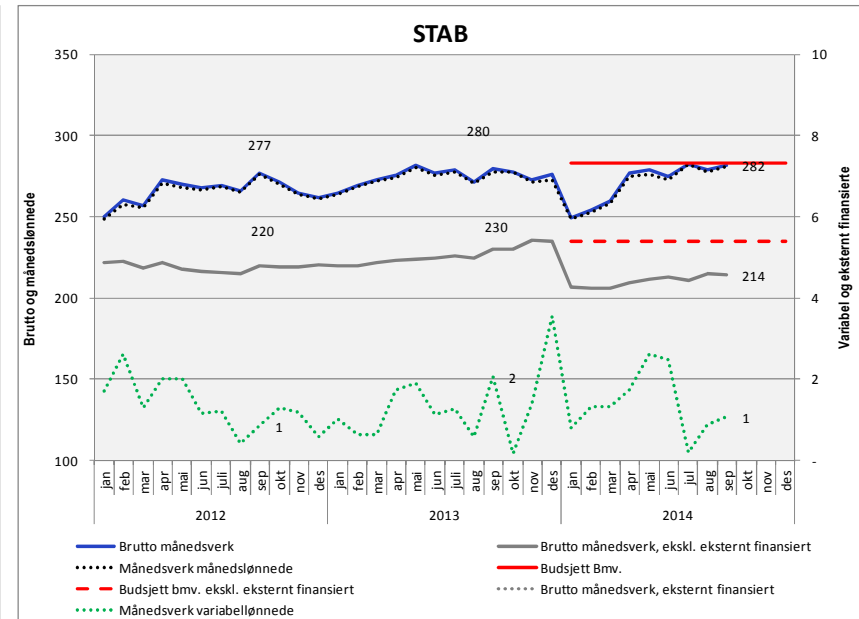
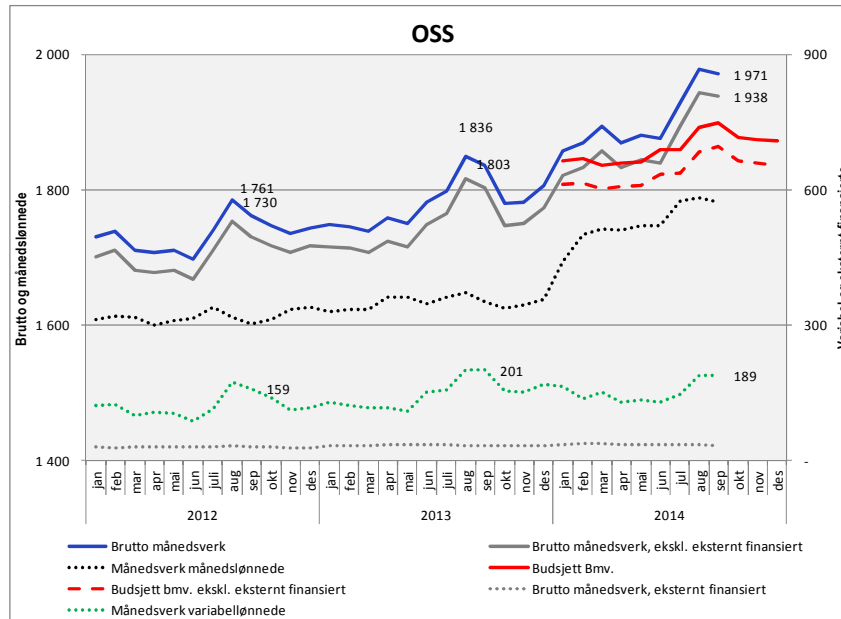
4.4 Andel deltid per klinikk

Deltid - fast ansatte - Totalt sep						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
PHA	3 188	502	15,7 %	93,5 %	15,6 %	94,4 %
MED	1 679	387	23,0 %	92,5 %	24,2 %	93,6 %
KKN	2 589	655	25,3 %	92,7 %	18,3 %	93,9 %
KVB	2 361	754	31,9 %	91,8 %	27,8 %	93,2 %
KKT	3 006	589	19,6 %	95,9 %	13,1 %	97,0 %
HLK	1 015	167	16,5 %	97,2 %	8,5 %	98,4 %
AKU	3 076	498	16,2 %	97,8 %	10,1 %	98,3 %
KDI	2 444	364	14,9 %	97,3 %	6,6 %	98,3 %
OSS	3 494	305	8,7 %	97,3 %	5,2 %	97,9 %
STAB	326	30	9,2 %	97,2 %	5,1 %	98,0 %
OUS	22 519	4 096	18 %	95,8 %	13,9 %	96,7 %

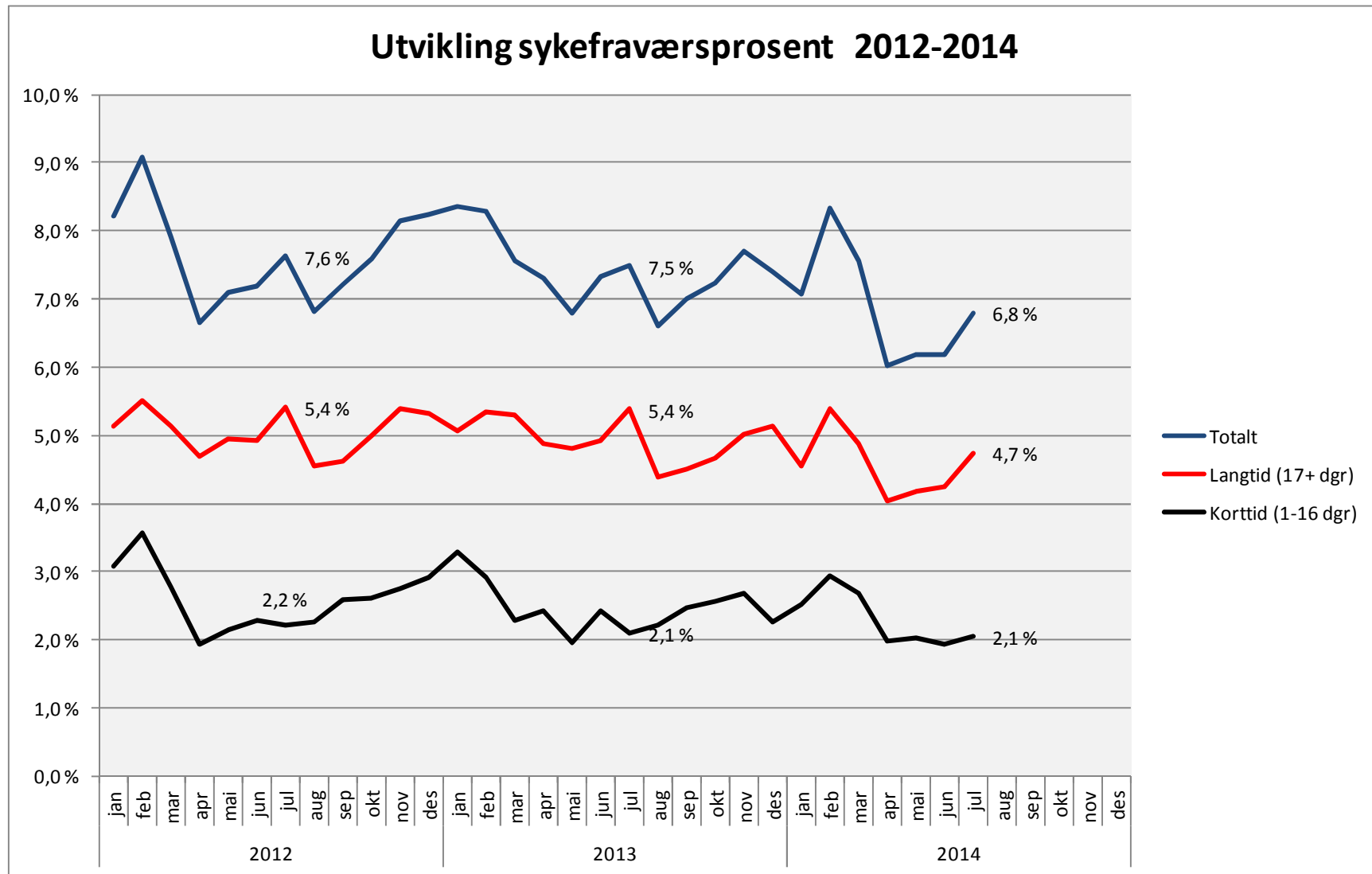
4.5 Bemanningsutvikling klinikk



4.5 Bemanningsutvikling klinikk



4.6 Sykefravær



4.7 Sykefravær per klinikk

Sykefraværs lengde per juli 2014							
Hittil	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			Totalt sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Sum Korttidsfravær	17-56 dager	> 56 dager	Sum langtidsfravær	
PHA	1,3 %	1,2 %	2,5 %	1,4 %	3,3 %	4,7 %	7,2 %
MED	1,2 %	1,0 %	2,2 %	1,3 %	3,1 %	4,4 %	6,6 %
KKN	1,2 %	1,1 %	2,2 %	1,3 %	3,2 %	4,5 %	6,8 %
KVB	1,0 %	1,0 %	1,9 %	1,2 %	3,5 %	4,7 %	6,7 %
KKT	1,1 %	0,9 %	2,0 %	1,2 %	3,0 %	4,2 %	6,2 %
HLK	1,0 %	0,8 %	1,9 %	1,1 %	2,5 %	3,7 %	5,5 %
AKU	1,2 %	1,3 %	2,5 %	1,3 %	3,4 %	4,7 %	7,2 %
KDI	1,3 %	1,0 %	2,2 %	1,1 %	2,7 %	3,8 %	6,0 %
OSS	1,5 %	1,7 %	3,1 %	1,7 %	4,5 %	6,2 %	9,4 %
STAB	0,4 %	0,5 %	1,0 %	0,8 %	1,3 %	2,1 %	3,1 %
OUS	1,2 %	1,1 %	2,3 %	1,3 %	3,3 %	4,6 %	6,9 %

Definisjoner årsverksindikatorer

Brutto månedsverk	<i>Nasjonal definisjon</i>	All utbetalt arbeidstid er omgjort til månedsverk. Alle som har mottatt lønn ligger inne i dette tallet.
	<i>Forklaring/formål</i>	Brutto månedsverk uttrykker den potensielle arbeidsressursen inkludert permisjoner, sykdom og andre fravær. Dvs. faste ansatte, vikarer, engasjement, ansatte som har permisjon med lønn, utvidet arbeidstid leger, timelønn/merarbeid, overtid og innleid arbeidskraft. Ikke personer som har permisjon uten lønn. Brutto månedsverk nyttes fortrinnsvis til å vurdere inntekter og kostnader vedrørende bemanning All arbeidstid som er utbetalt omgjort til månedsverk. Alle som har mottatt lønn ligger inne i dette tallet. Dette tallet er så multiplisert med utbetalingsprosenten.
	<i>HR-kuben</i>	
Månedslønnede månedsverk	<i>Nasjonal definisjon</i>	Fast lønn som inngår i planlagt arbeidstid
	<i>Forklaring/formål</i>	Indikatoren viser forskjellen mellom den bemanningsressurs som gjøres med fastlønnedes normaltid og hva som gjøres gjennom variabellønnsinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv) Sum stillingsprosent/100 for de som lønnes på månedslønn og de som har fast utvidet arbeidstid. UTA-tid omregnes til årsverk. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
	<i>HR-kuben</i>	
Variabel lønn månedsverk	<i>Nasjonal definisjon</i>	Variabel lønn som ikke inngår i planlagt arbeidstid
	<i>Forklaring/formål</i>	Indikatoren viser forskjellen mellom den bemanningsressurs som gjøres med fast lønnedes normaltid og hva som gjøres gjennom variabellønnsinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv) Antall timer omregnet til årsverk for følgende lønnstyper: Utrykning, timelønn, overtid, uforutsett vakt lang og kort frist. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
	<i>HR-kuben</i>	
Netto månedsverk nasj. ind.	<i>Nasjonal definisjon</i>	Arbeidstid omgjort til månedsverk på ansatte som er på jobb
	<i>Forklaring/formål</i>	Skal vise den gjennomsnittlige bemanningen som faktisk er på jobb i foretaket. Dvs. brutto månedsverk minus alt fravær. Brutto månedsverk minus alt fravær. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
	<i>HR-kuben</i>	
Innleie månedsverk	<i>HSØ-indikator</i>	Alle kostnader og arbeidstid for innleid helsepersonell er omregnet til månedsverk
	<i>Forklaring/formål</i>	Gjelder innleie av helsepersonell (sykepleiere, hjelpepleiere, helsesekretærer og leger) fra eksterne vikarbyrå Dvs. helsepersonell som involvert i "produksjonen" av helsetjenesten Regnskapsbeløp fra: - ny konto 4680 innleid pleiepersonell fra vikarbyrå 154 timer per mnd a kr 437 (erstatte utgående konto 4582 pleiepersonell) -- ny konto art 4681 innleide leger fra vikarbyrå 154 timer per mnd a kr 819 (erstatte utgående konto 4583 lege) --- ny konto 4682 innleie annet helsepersonell fra vikarbyrå 154 timer per mnd a kr 437 (ny)
Herav eksternt finansierte mv	<i>OUS-indikator</i>	Brutto månedsverk som er finansiert av eksterne
	<i>Forklaring/formål</i>	Basert på filter i HR-kuben for kapitler som er merket eksternt finansiert.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	25. september 2014
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør Medisin, helsefag og utvikling
Vedlegg:	<ol style="list-style-type: none">1. Forslag til avtale med Sykehuset Østfold HF2. Risikovurdering 04.12.20133. Risikovurdering 11.02.20144. Sluttrapport – Utrede muligheter og konsekvenser av at AMK for Østfold sees i sammenheng med AMK Oslo og Akershus

**SAK 45/2014 FELLES AKUTTMEDISINSK KOMMUNIKASJONS-
SENTRAL FOR ØSTFOLD OG OSLO - AKERSHUS.**

Forslag til vedtak:

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

Oslo, den 18. juni 2014

Bjørn Erikstein

1. Bakgrunn

Sykehuset Østfold HF skal flytte inn i nytt sykehus i 2015. Flyttingen gjør det nødvendig å avklare fremtidig drift av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) i Østfold. Helse Sør-Øst RHF har i oppdragsdokument til Sykehuset Østfold for 2014 presisert at Sykehuset Østfold skal beslutte endelig løsning for de akuttmedisinske kommunikasjons-tjenestene i Østfold.

Styret i Oslo universitetssykehus ble den 14. februar 2014 (sak 11/2014) orientert om at Sykehuset Østfold hadde innledet samtaler med Oslo universitetssykehus HF med sikte på en avtale om felles akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Østfold og Oslo - Akershus.

Styret i Sykehuset Østfold gjorde den 28. april følgende vedtak i sak 30/2014:

1. *Styret mener at det skal etableres en felles AMK-sentral for Østfold, Oslo og Akershus. Styret gir sin tilslutning til forslag til avtale om virksomhetsoverdragelse av AMK-sentral (akuttmedisinsk kommunikasjonsentral) for Østfold fra Sykehuset Østfold HF til Oslo universitetssykehus HF.*
2. *Arbeidet med overdragelsen starter umiddelbart og iverksettelse skjer så snart det er forsvarlig og praktisk mulig. Seneste tidspunkt for iverksettelse er 1. oktober 2015.*
3. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre avtalen, herunder følge opp at Oslo universitetssykehus vil dekke alle investeringskostnadene som vil påløpe som del av overdragelsen.*
4. *Styret presiserer at vedtaket ikke inkluderer sammenslåing av ambulansetjenestene i Østfold og Oslo Akershus.*
5. *Styret legger til grunn at eier viderefører arbeidet med utvikling av ny AMK-struktur, kvalitativt og organisatorisk.*
6. *Styret ser positivt på utredningen av en felles AMK-sentral på Rygge, og ønsker å medvirke til å belyse et slikt alternativ.*

I denne saken legges avtalen om overdragelse av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Østfold fra Sykehuset Østfold HF til Oslo universitetssykehus HF frem for behandling i styret (vedlegg 1).

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Plasseringen av den akuttmedisinske kommunikasjonsentralen i Østfold kom opp i forbindelse med nytt sykehusbygg i Østfold og resulterte i vedtak av styret i Sykehuset Østfold om å innlede samtaler med Oslo universitetssykehus med sikte på en avtale om felles AMK-tjenester for Østfold og Oslo-Akershus.

Helse Sør-Øst har tillagt Sykehuset Østfold å beslutte en løsning for sentralen i Østfold. Styret i Sykehuset Østfold har vedtatt å gå inn for en felles akuttmedisinsk

kommunikasjonssentral ved at sentralen i Østfold virksomhetsoverdras til Oslo universitetssykehus. Med tilslutning fra styret i Oslo universitetssykehus vil overdragelsen være vedtatt.

I utredningene som er gjort i saken er vurderingen at felles akuttmedisinsk kommunikasjonssentral for Østfold og Oslo og Akershus er en fordel ved at det gir grunnlag for et godt faglig miljø. Det er administrerende direktørs vurdering at dette vil legge grunnlag for en fagutvikling og bedre tilfanget på kompetente ressurser generelt og legeressurser spesielt. I en større sammenheng vurderes en sammenslåing som riktig ved at det stadig stilles økte faglige krav til tjenesten, også med tanke på at befolkningens forventninger til de akuttmedisinske kommunikasjonssentralene og de prehospitaltjenestene øker. Dette vil vanskelig kunne ivaretas uten en viss størrelse på sentralene.

Risikovurderinger viser at en felles akuttmedisinsk kommunikasjonssentral vil gi tilfredsstillende tjenestekvalitet for befolkningen i hele ansvarsområdet. I forbindelse med risikogjennomgangene er det også foreslått tiltak som vil bidra til å sikre tjenestekvaliteten. Oslo universitetssykehus vil etter dialog med Helse Sør-Øst og i nær fremtid, etablere en reserveløsning for AMK med 16 plasser på Senter for Prehospital Akutt- og Transportmedisin i lokalene til Avdeling for Pasientreiser på Lørenskog.

Overføringstidspunkt innen 1. oktober 2015 passer med når Sykehuset Østfold skal flytte inn i nytt sykehus og gir tid til å forberede tjenesteoverføringen slik at den skjer på en sikker måte uten belastning for brukerne.

Overføring av ansatte i akuttmedisinsk kommunikasjonssentral i Østfold til Oslo universitetssykehus vil skje etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at arbeidstakerne som overføres tar med seg sine rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16. Status når styresaken skrives er at ca 10 personer ønsker å skifte arbeidsplass til den sammenslåtte sentralen. De som ikke ønsker overføring vil ha arbeid i Sykehuset Østfold HF.

Fra og med 2015 er prehospitaltjenester, herunder AMK-tjenesten, inkludert i inntektsmodellen for helseforetakene i Helse Sør-Øst. Ved en samling av akuttmedisinsk kommunikasjonssentral vil Oslo universitetssykehus motta økt finansiering gjennom modellen for å ivareta det utvidete ansvarsområdet. Oslo universitetssykehus må investere for å øke kapasiteten med tre operatørplasser og vil få en økonomisk belastning i forbindelse med at Oslo universitetssykehus allerede i en periode før overtakelsen må ha på plass økt bemanning for å forberede en sikker overtakelse av ansvaret for Østfold. Merkostnaden i overgangsperioden før overtakelsen er beregnet til 5 millioner kroner. Fra overtakelse er det beregnet at inntekter fra inntektsmodellen er tilstrekkelig til å dekke Oslo universitetssykehus kostnader for å levere AMK-tjenester til Østfold sykehusområde.

Administrerende direktør anbefaler styret å gi sin tilslutning til avtalen om virksomhetsoverdragelse av akuttmedisinsk kommunikasjonssentral for Østfold fra Sykehuset Østfold HF til Oslo universitetssykehus HF.

3. Faktabeskrivelse

3.1 De akuttmedisinske kommunikasjonsentralenes funksjon og bakgrunn for forslag om sammenslåing

I Norge er nødmeldetjeneste benevnelsen på et landsdekkende system som skal håndtere melding, varsling og videre oppfølging når befolkningen har behov for kontakt med nødetatene (politi, brann og helsevesen).

De akuttmedisinske kommunikasjonsentralene utgjør en viktig del av den medisinske nødmeldetjenesten som er basert på fagkyndighetsprinsippet som innebærer at publikum ved henvendelse skal sikres direkte kontakt med medisinsk personell. Medisinsk personell skal sikre at melding raskt blir mottatt og forstått og kunne foreta en vurdering av behovet for hjelp. Videre skal det foregå en effektiv varsling/formidling av riktig ressurs/respons for å yte hjelp. Medisinsk personell skal også gi veiledning og instruksjon til pasienten og/eller den som varslet, inntil profesjonell hjelp når fram.

Det har gjennom lengre tid pågått en diskusjon i det akuttmedisinske miljøet om hvordan fremtidig nødmeldetjeneste skal organiseres i Norge. Dette er aktualisert etter hendelsene 22. juli 2011. Man har blant annet vurdert felles nødnummer og eventuelt samlokalisering av de tre nødmeldetjenestene (helse, brann, politi). Helse Sør-Øst har et prosjekt med samlokalisering av nødetatene i Vestre Viken.

Sykehuset Østfold skal i 2015 flytte inn i nytt sykehusbygg på Kalsnes i Sarpsborg. På bakgrunn av nye myndighetskrav til tilgjengelighet og kvalitet i tjenesten, vurderinger knyttet til størrelse på nødmeldesentraler sett i forhold til kvalitet, fagutvikling og rekruttering (basert på erfaringer fra andre land) samt vurdering av nødvendig investeringsnivå for å etablere en lokal akuttmedisinsk kommunikasjonsentral på Kalnes, har Sykehuset i Østfold utredet og behandlet alternativer for fremtidig organisering av AMK-tjenester i Østfold. Helse Sør-Øst RHF har i oppdragsdokument til Sykehuset Østfold for 2014 presisert at Sykehuset Østfold skal beslutte endelig løsning for AMK-tjenestene i Østfold.

Etter en omfattende prosess hvor også blant andre Oslo universitetssykehus har deltatt er det utarbeidet et forslag til avtale om at den akuttmedisinske kommunikasjonsentralen for Østfold slås sammen med den akuttmedisinske kommunikasjonsentralen for Oslo-Akershus i Oslo universitetssykehus. Avtalen fikk tilslutning av styret Sykehuset Østfold den 28. april og ligger vedlagt.

I tillegg er det utarbeidet en rapport og to risikovurderinger som også er vedlegg til denne saken.

3.2 Utredningsrapport, risikovurderinger og tiltak

Prosjektgruppen som utredet plassering og drift av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Østfold kunne ikke i sin sluttrapport (vedlegg 4) påvise signifikante kvalitetsforskjeller mellom de to alternativene som ble utredet.

Den første risikovurderingen (vedlegg 2) skulle klargjøre eventuelle forskjeller mellom alternativene Kalnes og Oslo universitetssykehus. Vurderingen tok utgangspunkt i at tiltak foreslått i rapporten var gjennomført. Sykehuset Østfold gjennomførte risikovurderingen og Oslo universitetssykehus fikk komme med sine synspunkter.

Ingen av risikofaktorene ble vurdert til å være med både stor sannsynlighet og alvorlig konsekvens ("røde"). Konklusjonen i risikovurderingen var at de to alternativene falt relativt likt ut med hensyn til risiko. Dette stemmer også overens med vurderingene som ble gjort i sluttrapporten (vedlegg 4).

Den andre risikovurderingen (vedlegg 3) ble gjort i forbindelse med utarbeidelse av avtale mellom Oslo universitetssykehus og Sykehuset Østfold. Ansatte fra Oslo universitetssykehus, Sykehuset Østfold (inkludert tillitsvalgt) gjennomførte risikovurderingen med bistand fra assisterende fagdirektør i Helse Sør-Øst RHF. Vurderingen var rettet mot en samling av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral i Oslo universitetssykehus, ikke en sammenligning av de to alternativene. Vurderingene som ble gjort, samsvarer med tidligere utredninger.

«Røde» risiko-områder (de vesentligste) var

1. Aksestiden på 113
2. Reserveløsning IKT

«Gule» risiko-områder som ble vurdert var:

3. Lokalkunnskap om ressurser, geografi, kapasitet og innhold i Sykehuset Østfold, eksterne samarbeidspartnere
4. Beredskap og tilgjengelighet på ambulanser i Østfold (grenseområdene mellom Østfold og Akershus fylker)
5. Tidspunkt for overflytting
6. Ansvarsavklaring mellom Oslo universitetssykehus og Sykehuset Østfold
7. Økonomiske konsekvenser - investeringer

Øvrige områder som er vurdert, men hvor man har vurdert at det foreligger svært liten risiko, dvs «grønne» risiko-områder var:

8. Responstid på å sende ut bil (4 minutter)
9. Responstid på andre linjer
10. Fagkompetanse i møte med brukerne
11. Tilgjengelighet for henvendelser fra interne og eksterne samarbeidspartnere. Sykehjem, legevakt.

Gruppen som gjennomførte risikovurderingen presiserte at man har vurdert de ulike risiko-områdene med utgangspunkt i dagens utfordringsbilde. I dokumentet er det beskrevet tiltak som vil bringe de ulike områdene til et forsvarlig nivå før en eventuell samling av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral gjennomføres.

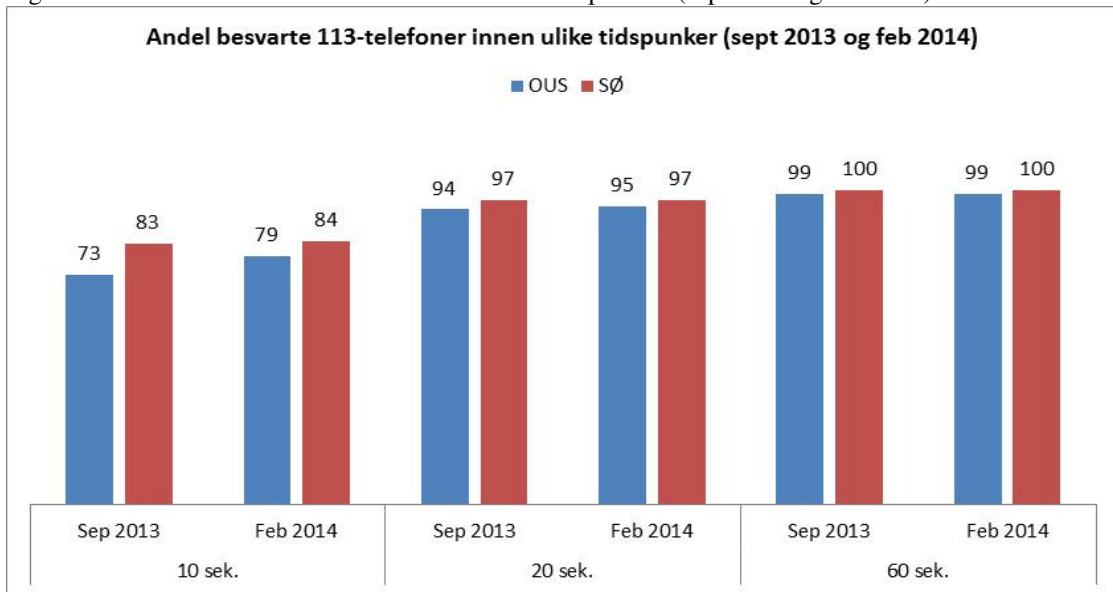
Nedenfor vil de røde og gule risiko-områdene beskrives nærmere med hensyn til tiltak som må gjennomføres for å bringe området til et forsvarlig nivå.

1. Aksestid / responstid 113

Aksestid handler om hvor lang tid det tar fra det begynner å ringe på 113, til operatør på akuttmedisinsk kommunikasjonsentral besvarer telefonen. Dette er tatt inn som et risiko-område i alle utredningene og vurderingene som er gjennomført, blant annet fordi Helsetilsynets krav til aksestid ikke nås per i dag. Kravet er at 90 % av telefonene skal besvares innen ti sekunder og alle innen tjue sekunder. Dette målet nås verken i Sykehuset Østfold eller Oslo universitetssykehus.

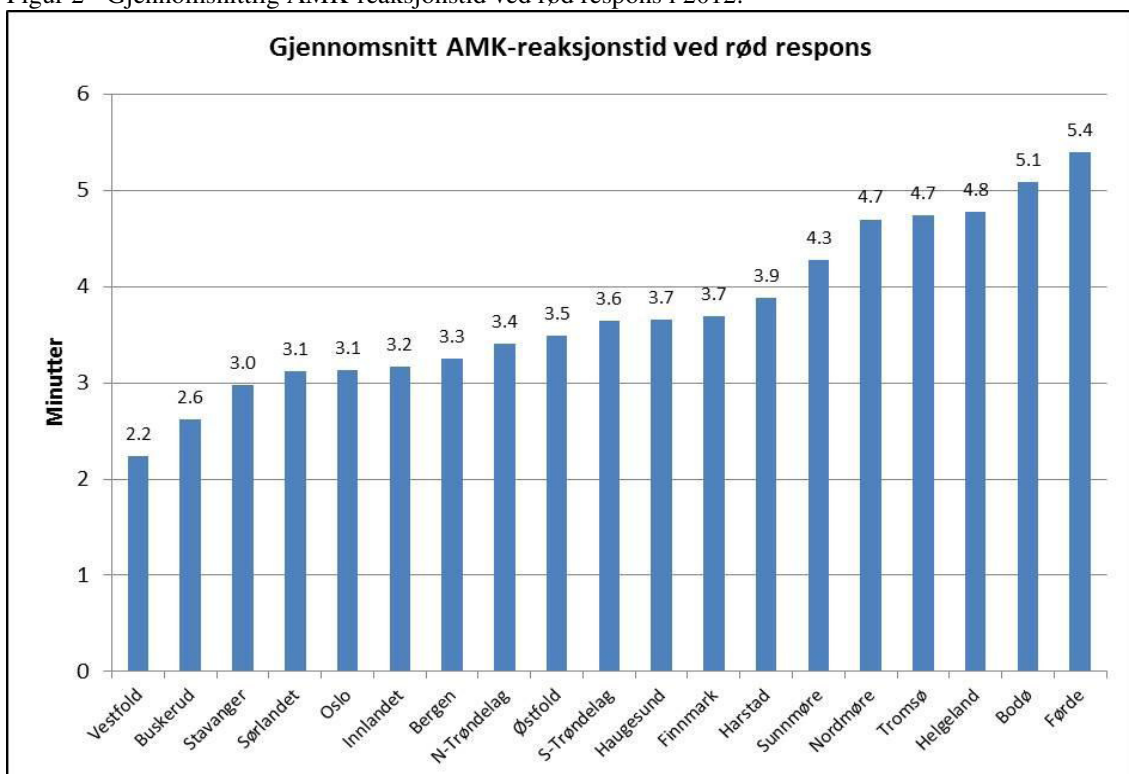
Reaksjonstid ved rød respons handler om hvor lang tid det tar fra telefon på 113 er mottatt til tiltak er iverksatt (ambulanse sendt ut).

Figur 1 - Andel besvarte 113-telefoner innen ulike tidspunkter (sept 2013 og feb 2014)



Figur 1 viser andel besvarte 113-telefoner innen ulike tidspunkter i september 2013 og februar 2014 ved Sykehuset Østfold og Oslo universitetssykehus. I løpet av rapporteringsperioden har begge sykehusene forbedret aksesstiden (tiden fra det begynner å ringe til akuttmedisinsk kommunikasjonsentral tar telefonen), fra 73 til 79 % av telefonene som tas innen 10 sekunder ved Oslo universitetssykehus, og tilsvarende fra 83 til 84 % ved Sykehuset Østfold. Etter dette har Oslo universitetssykehus forbedret svartiden ytterligere og i juli 2014 var svartiden innen 10 sekunder for 86,1 % av besvarte telefoner. Per i dag er 90% av 113-telefonene besvart innen 12 sekunder ved Oslo universitetssykehus.

Figur 2 - Gjennomsnittlig AMK-reaksjonstid ved rød respons i 2012.



Figuren er hentet fra Sluttrapporten (vedlegg 4), side 14.

Figur 2 viser den tiden det tar fra man tar telefonen ved akuttmedisinsk kommunikasjonsentral, til man sender ut ambulanse. Ved Oslo universitetssykehus er gjennomsnittstiden 3,1 minutter, mens det tar 3,5 minutter ved Sykehuset Østfold. Både Oslo universitetssykehus og Sykehuset Østfold er derfor et godt stykke unna Vestfold som er best med 2,2 minutter.

Figur 1 viser at både Oslo universitetssykehus og Sykehuset Østfold leverer under kravet på en aksestid på 100 % innen 20 sekunder, men at Sykehuset Østfold er noe bedre en Oslo universitetssykehus innen 10 sekunder (krav om 90 %). Ser man dette i sammenheng med figur 2, så er Oslo universitetssykehus noe bedre enn Sykehuset Østfold når det gjelder tiden man bruker fra man tar telefonen til det sendes ut ambulanse ved akutte tilstander. Samlet sett gir sistnevnte figur et mer helhetlig bilde av den totale reaksjonstiden enn hva figur 1 alene viser.

Tiltak: Ny teknologi, rett prioritering av oppgaver og bemanning tilpasset innkomne anrop på 113 er aktuelle tiltak det arbeides med ved Oslo universitetssykehus. Det er ansatt 2 nye leger (almenpraktikere) i 50%-stilling og det er innført operasjonsledere i den akuttmedisinske kommunikasjonsentralen på alle vakter. Videre ble overføring av telefoner til legevakten startet i november 2013 og det pågår et arbeid for overføring av "grønne oppdrag" (dvs ikke hasteoppdrag) til Pasientreiser. Pasientreiser tar nå ca 50 ambulansebestillingstelefoner på hverdager. I tillegg pågår det et prosjekt for etablering av webportal for bestilling av "grønne oppdrag". Dette vil frigjøre kapasitet til prioriterte oppgaver.

2. Reserveløsning IKT

Alle de akuttmedisinske kommunikasjonsentralene i Helse Sør-Øst mangler fullverdig reserveløsning for total drift akutt og over tid. Dette er en risiko som gjelder uavhengig av hvilken løsning som velges for Østfold. Oslo universitetssykehus har i dag flere interne reserveløsninger og en nød-reserveløsning med Vestre Viken HF. Sykehuset Østfold har ingen intern reserveløsning per i dag.

Tiltak: Det er i regi av Helse Sør-Øst utarbeidet en rapport om felles arbeidsprosesser i prehospitaltjenester med fokus på nødmeldetjenesten. Oslo universitetssykehus leverte i juni et forslag om en reserveløsning med 16 plasser på Senter for Prehospital Akutt- og Transportmedisin i lokalene til Avdeling for Pasientreiser på Lørenskog. Denne avdelingen har en plan for å kunne drifte sin virksomhet fra andre lokalisasjoner ved en krise. Senter for Prehospital Akutt- og Transportmedisin er en del av Prehospitalt senter hvor deler av senterets administrasjon, Luftambulansesavdelingen og ambulansestasjonen på Lørenskog også er lokalisert i bygningsmassen. Evakueringsvei og reisetid fra Ullevål sykehus er kort og man vil kunne være på plass i reserve akuttmedisinsk kommunikasjonsentral i løpet av 15-30 minutter.

Løsningen er enkel og baserer seg på en oppgradert telefonsentral, håndradioer for betjening av det digitale nødnettet samt skjermbetjeningsplasser. Løsningen vurderes som god nok i en krisesituasjon og god nok til regelmessig å kunne testes i "skarp" drift. Løsningsforslaget er vedtatt gjennomført og forventes å være operativ innen utgangen av 2014.

3. Lokalkunnskap om ressurser, geografi, kapasitet og innhold i Sykehuset Østfold, eksterne samarbeidspartnere

Personell i Sykehuset Østfold har i dag god lokalkunnskap når det gjelder Sykehuset Østfolds ressurser (kapasitet og innhold), geografi i Østfold og kjennskap til eksterne samarbeidspartnere som legevakt, sykehjem mv. Det er en risiko at denne kunnskapen vil forsvinne dersom akuttmedisinsk kommunikasjonsentral overføres til Oslo universitetssykehus som i dag ikke har denne lokalkunnskapen. Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral i Oslo universitetssykehus må gjøre seg kjent med både geografi i Østfold og pasientflyten i Sykehuset Østfold.

Tiltak: Dette har vært tema i alle utredninger og vurderinger, hvor man har arbeidet med tiltak for å sikre nødvendig kunnskap i et eventuelt samlet akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Oslo, Akershus og Østfold. Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral i Oslo–Akershus har allerede i dag et stort geografisk område å forholde seg til, og er avhengig av gode, teknologiske løsninger blant annet for kartoppdateringer. Den pågående utviklingen av dataverktøy til beslutningsstøtte, flåtestyring og planlegging er viktige hjelpemidler for å kunne ivareta et større område.

Sykehuset Østfold har etablert et svært godt samarbeid med kommunehelsetjenesten, og Oslo universitetssykehus har under utredningene vært opptatt av å videreutvikle og lære av dette samarbeidet. Derfor ble det også tatt inn et eget punkt i forslag til avtale om at begge parter forplikter seg til å lage forsvarlige rutiner for god samhandling med kommunehelsetjenesten.

En felles prosjektgruppe vil forberede overdragelsen (mottaksprosjektet). Den skal utarbeide rutiner som ivaretar samarbeidet med eksterne samarbeidspartnere. Det er også lagt opp til gjensidig hospitering hos hverandre, som et ledd i planleggingen.

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral i Oslo og i Akershus ble slått sammen i 2003. Det vil bli innhentet erfaringer fra denne sammenslåingen og fra andre fylker som ikke selv har akuttmedisinsk kommunikasjonsentral. Akershus fylke, som er større enn Østfold, har ikke egen akuttmedisinsk kommunikasjonsentral i dag, og betjenes av sentralen i Oslo. Telemark, Vest-Agder og Hedmark i Helse Sør-Øst har heller ikke egne sentraler.

Det presiseres at nødmeldetjenesten ikke er de som rykker ut. Ambulansene som rykker ut skal fortsatt være geografisk plassert i Østfold. Bemanningen i ambulansene har lokalkunnskap og vil være en viktig ressurs når det gjelder lokalkunnskap i fremtiden.

4. Beredskap og tilgjengelighet på ambulanser i Østfold (på tvers av fylkesgrensene)

Dersom Oslo universitetssykehus overtar sentralen fra Østfold, har de ansvaret for å styre og koordinere ambulansene som tilhører Sykehuset Østfold (flåtestyring). I forskrift om akuttmedisinske tjenester, heter det at sentralene blant annet skal styre og koordinere ambulanseoppdrag.

Det kan være en risiko for Sykehuset Østfold dersom akuttmedisinsk kommunikasjonsentral i Oslo universitetssykehus disponerer ambulansene på en måte som svekker beredskapen i Østfold, for eksempel dersom Østfold-ambulansene i for stor grad styres mot Oslo og Akershus. Målet er at pasientene skal få raskest mulig hjelp, og da må den ambulansen som befinner seg nærmest, benyttes. Denne risikoen gjelder i grenseområdene mellom Østfold og Akershus.

Tiltak: Sykehuset Østfold og Oslo universitetssykehus må i fellesskap lage klare retningslinjer for koordinering av oppdrag, særlig i grenseområdene. I dette arbeidet må

det tas hensyn til raskest mulig hjelp ved røde turer, beredskap i grenseområdene, mest mulig effektiv håndtering av bestilte oppdrag mm. Dette er planlagt som en del av mottaksprosjektet.

5. Tidspunkt for overflytting

Driften av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral må være stabil mens resten av Sykehuset Østfold er under flytting fra Fredrikstad til Kalnes. Risikovurderingen tar opp at et utsatt vedtak om en løsning gir dårligere sluttresultat.

Tiltak: I forslaget til avtale er det lagt til grunn at planleggingen av felles akuttmedisinsk kommunikasjonsentral må starte så snart som mulig, slik at det blir god tid til å gjennomføre interne prosesser og utrede nye rutiner og samarbeidsløsninger.

Utkast til avtale har satt siste frist for å samle akuttmedisinsk kommunikasjonsentral til 1. oktober 2015. Da vil det være en måned igjen til øvrig sykehusdrift overføres til Kalnes. Det er imidlertid ønskelig med en kortere planperiode og en lengre driftsperiode i felles enhet før øvrig sykehusdrift flytter.

6. Ansvarsavklaring mellom Oslo universitetssykehus og Sykehuset Østfold

Den beskrevne risikoen gjelder uklare ansvarsforhold, for eksempel hvilke prosedyrer som skal følges, og hvem som informerer hvem.

Tiltak: Det vil etableres et mottaksprosjekt med undergrupper som avklarer det som ikke fremgår av avtalen mellom Oslo universitetssykehus og Sykehuset Østfold. Mottaksprosjektet skal arbeide med prosedyrer, informasjon og andre oppgaver som følger av et vedtak om felles akuttmedisinsk kommunikasjonsentral.

7. Økonomiske konsekvenser – investeringer

Det er enighet mellom Oslo universitetssykehus og Sykehuset Østfold om det økonomiske grunnlaget i avtalen (drift og øvrige utgifter til lisenser mv).

Tiltak: Etter at risikovurderingen ble gjennomført er partene enige om at Oslo universitetssykehus vil dekke investeringskostnader i egen sentral som måtte komme i forbindelse med overdragelsen. Dette er omtalt nærmere under punkt 3.5.

3.3 Tilgang på kompetanse og personellressurser i en sammenslått sentral

I en samlet sentral vil tilgangen på alle personellgrupper være større enn det den er i dag. Ikke minst vil den akuttmedisinske kommunikasjonsentralen som betjener Østfold få en helt annen størrelse på personell og kompetanse.

Den akuttmedisinske kommunikasjonsentralen i Oslo - Akershus har betydelig bedre legetilgang enn sentralen i Østfold som benytter seg av anestesilegen Sykehuset i Østfold har på vakt. Sentralen i Oslo universitetssykehus har fire anestesileger i tilstedevakt og en i hjemmevakt tilknyttet luftambulanseavdelingen, som også har funksjon som vakthavende AMK-lege. I tillegg er tre 50 % legestillinger knyttet opp mot kvalitetsarbeid i sentralen. Sentralen i Sykehuset Østfold bemannes med medisinsk koordinator som er en sykepleier som er ansatt i akuttmottaket og arbeider ca. 20 % i sentralen og ressurskoordinator som er ambulanspersonell som er ansatt i ambulansetjenesten og ruller derfra.

Ved en overføring vil den akuttmedisinske kommunikasjonsentralen for Østfold bli del av en stor enhet. Sentralen i Oslo universitetssykehus har omlag 70 årsverk hvorav 27 ressurskoordinatorer (ambulanspersonell) og 37 medisinske operatører (sykepleiere).

Bemanningen er fast ansatt i den akuttmedisinske kommunikasjonssentralen i Oslo universitetssykehus, og har sin hovedstilling der. Sentralen i Oslo universitetssykehus har 4 fagutviklingsstillinger à 50 %. Sentralen har dessuten sykepleier i 50 % som lytter på/kvalitetssikrer lydlogger som grunnlag for resertifisering. Sentralen har en operasjonsleder utenpå alle vakter. Sentralen har også egen fagutvikler som har fokus på operasjonsledergruppen og luftambulans-koordinatorene. Prehospitalt senter ved Oslo universitetssykehus har i tillegg en medarbeider ute til kontinuerlig overordnet kvalitetsarbeid i hele senteret.

Sentralen i Østfold har i dag 3 operatørplasser med en plass i reserve. Oslo universitetssykehus vil øke antallet operatørplasser fra 12 til 15 ved overtakelse av sentralen i Østfold. I tillegg vil Oslo universitetssykehus ha 6 ekstra plasser til opplæring med mer. Den akuttmedisinske kommunikasjonssentralen i Oslo universitetssykehus har lagt opp til å øke bemanningen med inntil 15 årsverk for å ta ansvar for tjenesten i Østfold. Sentralen i Østfold benytter omlag 15,5 årsverk totalt.

Overføring av ansatte i akuttmedisinsk kommunikasjonssentral i Østfold til Oslo universitetssykehus vil skje etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at arbeidstakerne som overføres tar med seg sine rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16. Status når styresaken skrives er, etter at Sykehuset Østfold har gjennomført første kartleggingsamtale med de ansatte, at ca 10 personer, primært sykepleiere, ønsker å skifte arbeidsplass til den sammenslåtte sentralen. De som ikke ønsker overføring vil ha arbeid i Sykehuset Østfold HF.

3.4 Ingen overføring av eiendom, utstyr eller IKT

Oslo universitetssykehus overtar ikke eiendommer eller utstyr i akuttmedisinsk kommunikasjonssentral i Østfold.

Oslo universitetssykehus vil benytte egen maskinvare og egne systemer fra overtakelsestidspunktet.

3.5 Økonomi

Drift

Helse Sør-Øst har sluttført arbeidet med å beregne kostnadene ifm prehospitaltjenester, herunder drift av akuttmedisinsk kommunikasjonssentral, inn i inntektsmodellen for helseforetakene. Penger til prehospitaltjenester vil fra budsjettåret 2015 bli utledet av inntektsmodellen og ligge i inntektene som følger det årvisse oppdraget fra Helse Sør-Øst RHF.

I forslaget til avtale med Sykehuset Østfold er det lagt til grunn at tjenesten skal finansieres med de midlene som relateres til prehospitaltjenester i Helse Sør-Øst, og at basisrammene til helseforetakene justeres etter dette. Det vil dermed ikke være aktuelt med oppgjør direkte mellom helseforetakene, noe som forenkler det økonomiske oppgjøret ved en sammenslåing til felles akuttmedisinsk kommunikasjonssentral.

Beregninger fra Helse Sør-Øst RHF viser at økningen i inntekter fra modell for prehospitaltjenester, kapitalmodellen og modell for pensjonskostnader totalt vil gi Oslo universitetssykehus HF om lag 17,5 millioner kroner per år. Det er laget et foreløpig budsjett for de ekstra kostnader som vil påløpe etter overtakelsen av ansvaret for Østfold sykehusområde. Økte inntekter fra inntektsmodellene skal være tilstrekkelig til å dekke disse kostnadene.

Investering

En samling av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral i Oslo universitetssykehus gir mindre behov for investeringer enn om Sykehuset Østfold holdt fast ved en egen sentral.

Oslo universitetssykehus bemanner opp 3 ekstra operatørplasser for å betjene Østfold. Etableringen av tre fullverdige operatørplasser er en investering som er estimert til i underkant av 10 millioner kroner. Investeringen inkluderer blant annet bygg, utstyr og inventar. Østfold vil da betjenes fra de 15 (+6) tilgjengelige operatørplassene i Oslo universitetssykehus som er oppgradert med hensyn til bemanning og nødvendig utstyr og teknologi. Investeringene vil sikre god kapasitet i dagens driftssystemer i Oslo universitetssykehus for å betjene Østfold innenfor nødnett og IKT-systemene. Ved at det muliggjør enkelte rokeringer innebærer investeringen en forbedring for hele virksomheten i den akuttmedisinske kommunikasjonsentralen. Forbedret virksomhet kommer hele området sentralen betjener til gode.

Oslo universitetssykehus arbeider for å sikre og styrke den akuttmedisinske kommunikasjonsentralen. Det pågår et større prosjekt for å brannsikre bygget hvor sentralen er plassert. Prosjektet er beregnet å gå over 3 år med byggestart nå i oktober. Det er de senere årene også gjort store arbeider for å sikre kraftforsyningen til sentralen som får sin nødkraft fra nødstrømsaggregat som forsyner deler av viktige funksjoner ved sykehuset. En ytterligere sikring av strømtilførselen til sentralen er del av prosjektporteføljen.

Økonomi i forbindelse med overtakelsen

I forbindelse med overtakelsen vil det påløpe noen kostnader, først og fremst til bruk av interne ressurser for å planlegge og å forberede overføringen. Oslo universitetssykehus må allerede i en periode før overtakelsen ha på plass økt bemanning på akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for å legge til rette for en sikker overtakelse av ansvaret for Østfold. Blant annet må nytt personell læres opp. Merkostnaden i overgangsperioden før overtakelsen er for Oslo universitetssykehus beregnet til 5 millioner kroner.

Slike overtakelseskostnader som helseforetakene har i forbindelse med oppgaver som må løses for å ivareta kvalitet, pasientsikkerhet og ansatte på en god måte, er det forventet at helseforetakene bærer selv. Dette er regulert i avtalens punkt 10 økonomi, annet ledd hvor det heter: «Hvert foretak stiller i en prosjektperiode ressurser til rådighet for å sikre overlevering av tjenesten fra Sykehuset Østfold til Oslo universitetssykehus. Hvert foretak bærer sine egne kostnader».

3.6 Drøfting med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud

Saken ble med henvisning til hovedavtalen § 30 og § 32, jf. arbeidsmiljøloven kapittel 8 og kapittel 16 drøftet med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud onsdag 11. juni 2014. Arbeidstakersiden støttet saken med bemerkninger om en tydelig fremdriftsplan, aksestid, forbedring av IKT og arbeidsmiljøet ved en virksomhetsoverdragelse. Bemerkningene ble kommentert i drøftingen og er tatt til etterretning i det videre arbeidet. Arbeidstakersiden pekte også på økonomiske forhold ved virksomhetsoverdragelsen knyttet til bemanning, opplæring og bygningsmassen sentralen disponerer. Dette er kommentert nærmere i punkt 3.5 om økonomi ovenfor.

3.7 Utredning av lokalisering på Rygge flystasjon

Østfoldrådet (blant annet ordførere og stortingspolitikere) har engasjert seg for et alternativ hvor akuttmedisinsk kommunikasjonsentral lokaliseres på Rygge flystasjon. For å følge opp dette, har Østfoldrådet bedt om møter med Helse Sør-Øst og Helse- og

omsorgsdepartementet. En eventuell sentral utredning om lokalisering av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral på Rygge flystasjon ligger fram i tid.

En beslutning om akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Østfold må tas nå, slik at en ny løsning kan være på plass i god tid før Sykehuset i Østfold flytter ut av lokalene i Fredrikstad. En plassering på Rygge flystasjon er ikke et alternativ på dette tidspunkt.

Avtale

om virksomhetsoverdragelse av

akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Østfold

fra

Sykehuset Østfold HF

til

Oslo universitetssykehus HF

Dato:

Dato:

.....
Sykehuset Østfold HF

.....
Oslo universitetssykehus HF

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	2
2. Virksomheten som overføres	2
3. Personalforhold	2
3.1. Overføring av personell.....	2
3.2. Opplæring.....	3
3.3. Pensjoner	3
3.4 Ansvar oppstått før overføring	3
4. Eiendom	3
5. Utstyr	3
6. IKT	3
7. Overføring av virksomhetsinformasjon	3
8. Samarbeid med kommunehelsetjenesten.....	4
9. Overføring av tjenesteansvaret for akuttmedisinsk kommunikasjon i Østfold	4
10. Økonomi.....	4
11. Planlegging av overdragelsen.....	4

1. Innledning

I forbindelse med at Sykehuset Østfold HF skal flytte inn i nye sykehusbygg i 2015 har det vært utredet om den akuttmedisinske kommunikasjonssentralen (AMK) for Østfold kan ivaretas av sentralen i Oslo universitetssykehus HF for Oslo og Akershus.

Med bakgrunn i utredningen og etterfølgende prosess anbefaler styret i Sykehuset Østfold HF og i Oslo universitetssykehus HF at AMK i Sykehuset Østfold HF overdras til Oslo universitetssykehus HF.

Denne avtalen regulerer virksomhetsoverdragelsen mellom de to helseforetakene.

2. Virksomheten som overføres

Virksomheten i den akuttmedisinske kommunikasjonssentralen i Sykehuset Østfold HF overdras til Oslo universitetssykehus HF fra og med tentativ overføringsdato 1.10.2015.

Ambisjonen er at dersom det under planleggingen og Sykehuset Østfold og Oslo universitetssykehus er enige, kan overføringen skje tidligere enn tentativ dato.

De øvrige prehospitaltjenestene omfattes ikke av overdragelsen.

3. Personalforhold

3.1. Overføring av personell

Personell overføres fra Sykehuset Østfold til Oslo universitetssykehus 1.10.2015 etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at arbeidstakerne som overføres tar med seg sine rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16. Overdragelsen i seg selv er ikke oppsigelsesgrunn for de ansatte.

Partene vil sammen ivareta informasjonen til helseforetakenes ansatte om overføring av ansatte fra Sykehuset Østfold til Oslo universitetssykehus. Hver av partene er ansvarlig for at det gjennomføres drøftinger og gis informasjon i tråd med arbeidsmiljølovens regler i kapittel 16.

3.2. Opplæring

Sykehuset Østfold forplikter seg til å tilrettelegge for at personell får nødvendig opplæring i Oslo universitetssykehus sine rutiner mv. før overdragelsestidspunktet. Oslo universitetssykehus forplikter seg til å gi nødvendig opplæring.

Oslo universitetssykehus skal sikre at de har mottatt tilstrekkelig kompetanseoverføring fra Sykehuset Østfold før overdragelsestidspunktet.

3.3. Pensjoner

Eksisterende pensjonsordninger for arbeidstakere som omfattes av virksomhetsoverdragelsen, videreføres så langt det lar seg gjøre. Dette forutsetter avtaler med pensjonskassene. Disse avtales særskilt.

Ansvar for økonomiske forpliktelser og/eller ansvar for opptjente rettigheter for øvrig for personer som er pensjonister på overføringstidspunktet, avtales separat.

3.4 Ansvar oppstått før overføring

Eventuelle ansvar knyttet til personell påført før overføringstidspunktet forblir Sykehuset Østfold ansvarlig for.

4. Eiendom

De akuttmedisinske kommunikasjonstjenestene for Østfold vil etter overdragelsen bli samlokalisert med sentralen for Oslo og Akershus

Det overføres ikke fast eiendom eller lokaler som del av overdragelsen.

5. Utstyr

Oslo universitetssykehus overtar ikke noe av utstyret i akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Østfold i forbindelse med at de overtar virksomheten.

6. IKT

Oslo universitetssykehus vil benytte egen maskinvare, egne systemer, fra overdragelsestidspunktet.

7. Overføring av virksomhetsinformasjon

Sykehuset Østfold vil gi Oslo universitetssykehus tilgang til informasjon og dokumentasjon slik at Oslo universitetssykehus er i stand til å videreføre forpliktelser og rettigheter knyttet til drift av alle deler av virksomheten som overføres.

Prosedyre for utlevering av informasjon og forventet leveringstid, utarbeides særskilt i samarbeid mellom partene.

Oslo universitetssykehus HF skal sørge for å gjøre tilgjengelig nødvendig styringsdata til Sykehuset Østfold, slik at de får sikret forsvarlig beredskap for ambulansetjenesten.

8. Samarbeid med kommunehelsetjenesten

Begge parter forplikter seg til å lage forsvarlige rutiner for god samhandling med kommunehelsetjenesten.

9. Overføring av tjenesteansvaret for akuttmedisinsk kommunikasjon i Østfold

Fra overdragelsestidspunktet den 1.10.2015, overtar Oslo universitetssykehus ansvaret for å yte akuttmedisinske kommunikasjonstjenester for området Østfold.

Med overtakelsen av tjenesteansvaret påtar Oslo universitetssykehus seg å videreføre en forsvarlig ivaretagelse av de akuttmedisinske kommunikasjonstjenester for Østfold i henhold til krav og oppgaver i lov og regelverk.

Partene er enige om at overføringen skal skje på en slik måte at pasientsikkerheten ivaretas og pasienten sikres at forsvarlig behandling kontinueres uten avbrudd.

Eventuelle ansvar knyttet til pasienter (f.eks. pasientskader, andre erstatningsaker) påført før overføringstidspunktet forblir Sykehuset Østfold sitt ansvar.

10. Økonomi

Partene har avtalt at tjenesten skal finansieres med de midler som følger av inntektsmodellen for prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst RHF. Dette håndteres ved at Sykehuset Østfolds basisramme for finansiering av AMK inngår i Oslo universitetssykehus HF sin inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF fra den dato Oslo universitetssykehus HF overtar oppgaven.

Hvert foretak stiller i en prosjektperiode ressurser til rådighet for å sikre overlevering av tjenesten fra Sykehuset Østfold HF til Oslo universitetssykehus HF. Hvert foretak bærer sine egne kostnader.

11. Planlegging av overdragelsen

Det nedsettes en prosjektgruppe med representanter fra begge foretak, som harmoniserer og forbereder overdragelsen. Denne gruppen ser også på og avklarer om overdragelsen vil medføre eventuelle oppstartskostnader. Gruppen følger opp eventuelle avvik i den bestilte ROS-analysen.

Risikovurdering

Bakgrunn for risikovurderingen

En prosjektgruppe nedsatt av administrerende direktører i SØ og OUS har utredet muligheter og konsekvenser av å se AMK-tjenestene i Østfold i sammenheng med AMK Oslo og Akershus.

Mål og hensikt

Målet er at Østfold skal ha en AMK-sentral som sikrer befolkningen forsvarlige, effektive og fremtidsrettede nødmeldetjenester, og som er i tråd med krav i lov og forskrifter.

Deltakerliste

Navn	Tittel
Bo Skauen	Avdelingssjef
Fredrik Westmark	Fagstilling AMK
Thomas Lie	Rådgiver, økonomi og analyse og prosjektleder
Trond Pehrson	Avdelingsrådgiver, prehospita avdeling
Trond Solhaug	Tillitsvalgt Delta
Lin Bakker	Rådgiver, avdeling for kvalitets- og pasientsikkerhet
Vigdis Velgaard	Spesialrådgiver, adm direktør stab
Arild Østergaard (per e-post)	Senterleder, AMK, OUS

Sannsynlighetsskala og konsekvensskala ¹

Sannsynlighetsskala	Tallverdi	
Svært stor	5	Inntil to ganger per uke (en hendelse for hver 3-4 dager). Hyppig og regelmessig
Stor	4	Ca en gang i måneden/regelmessig
Moderat	3	Omtrent halvårlig/ikke regelmessig, forekommer
Liten	2	En gang i året/forekommer av og til, sjeldent
Meget liten	1	Mer sjelden enn hvert år/svært sjelden

¹ Sannsynlighet og konsekvensskala bygger på modell fra Vestre Viken og er hentet fra *FMEA (Failure Mode/Effect Analyses)*. Bli enig om hvilken konsekvensskala som ligger til grunn, som grunnlag for tallfesting av risikoverdi (5 til 25 poeng)

Konsekvensskala	Tallverdi	Pasient (liv, helse)	Ansatt (liv, helse)	Ressurser (kapasitet)	Ytre miljø (luft, avløp, grunn)	Materiell (materielle verdier)	Omdømme	Tjeneste-produksjon
Svært alvorlig	5	Tap av liv	Tap av liv	Situasjonen kan kreve mobilisering av eksterne ressurser	Omfattende miljøskader av varig karakter	> 10 millioner NOK	-	Hoved- og avhengige produksjonslinjer settes permanent ut av drift
Alvorlig	4	Betydelig pasientskade. Fare for tap av liv.	Betydelig fysisk / psykisk personskade og fare for tap av liv	Situasjonen kan kreve mobilisering av ressurser fra andre enheter	Betydelig miljøskader, fare for miljøskader av varig karakter	< = 10 millioner NOK	Betydelig tap av anseelse, bred negativ medieomtale nasjonalt og internasjonalt, egen granskning fra myndigheter	Produksjonen settes ut av drift for lengre tid. Andre avhengige produksjonslinjer rammes midlertidig.
Moderat	3	Alvorlig pasientskade. Alvorlig endring i pasientens medisinske tilstand.	Alvorlig fysisk / psykisk personskade	Situasjonen kan kreve ekstraordinær ressursbruk fra egen enhet	Alvorlig miljøskade som kan reverseres	< = 1 million NOK	Tap av anseelse, bred negativ medieomtale nasjonalt, egen granskning fra myndigheter	Driftsstans i flere døgn
Lav	2	Mindre alvorlig pasientskade, mindre endringer i pasientens medisinske tilstand	Mindre alvorlig fysisk / psykisk personskade	Situasjonen kan håndteres med begrenset ekstra ressursbruk	Mindre alvorlig miljøskade som kan reverseres	< = 100.000 NOK	Mindre tap av anseelse, negativ medieomtale og oppmerksomhet fra lokale myndigheter	Produksjonen settes midlertidig ut av drift. Kan føre til skader om det ikke finnes alternativer eller reserver.
Ubetydelig	1	Ubetydelig pasientskade, ubetydelige endringer i pasientens medisinske tilstand	Ubetydelig fysisk / psykisk personskade	Situasjonen kan håndteres med bruk av ordinære ressurser	Ingen kjente miljøskader	< = 10.000 NOK	Ubetydelig tap av anseelse, begrenset intern oppmerksomhet	Produksjonen settes midlertidig ut av drift. Kun mindre forsinkelser, ikke behov for reserver.

Datagrunnlag

Sluttrapport - Utrede muligheter og konsekvenser av at AMK-tjenester for Østfold sees i sammenheng med AMK Oslo og Akershus, ferdig 1. november 2013.

Risikovurderingsgruppens vurdering var at utredningen som er gjennomført ikke er tilstrekkelig for en fullgod risikovurdering slik den foreligger per i dag, og det kreves ytterligere utredninger innen flere områder.

Utkast til nasjonale kvalitetskrav til AMK- og legevaktsentraler. Helsedirektoratet 2013.

Dette er et høringsutkast som målet i risikovurderingen bygger på.

Forutsetninger som ligger til grunn for risikovurderingen

Risikoanalysen er gjort med bakgrunn i følgende forutsetninger som er beskrevet i sluttrapporten:

- Beregner flytting medio 2015.
- Det vil være ca 18 mnd tid til planlegging og gjennomføring av tiltak i begge alternativene uavhengig av hvilket alternativ som SØ velger. Dette er svært knapp tid.
 - o Alt 1 Kalnes: Tiltak i forhold til planlegging og flytting av sentralen, oppbemanning, endring i organisering av bemanning, bedre IKT-verktøy, oppgradering av elektroniske kart m.m.
 - o Alt 2 Oslo: Mottaksprosjekt: Tiltak i forhold oppbemanning / rekruttering, bedre IKT-verktøy, oppgradering av elektroniske kart, justering av prosedyrer, planlegging av ny sentral Oslo, Akershus, Østfold, opplæring, gjøre seg kjent i Østfold, utsjekk, m.m.
 - o Begge alternativ testes før iverksetting i "skarp drift."
- I rapporten forutsettes det avsatt ca 320 m2 eksklusiv garderobes. Dette er en økning ut over det som per d.d er avsatt i "skisse" administrasjonbygg Kalnes.
- SØ og AMK Oslo og Akershus øker bemanning iht rapporten. Dette innebærer økning ut over de driftskostnadene SØ per d.d har samt at SØ justerer organisering av bemanning.

Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato

Gjennomført:
04.12.2013

- Det forutsettes at robust reserveløsning og overflow i kritiske situasjoner må være på plass i begge alternativer innen medio 2015.
- Oppsummering: Risikoanalysen beskriver situasjon medio 2015.

Eksempler på områder som må utredes videre:

- Konsekvenser for driften ved Sykehuset Østfold for øvrig dersom AMK overføres andre helseforetak, blant annet i forhold til behandlinglinjer og planlagte transporter mellom kommunehelsetjenesten og SØ, og internt i SØ
- Beredskap – vurdere om beredskapsplanen må endres, og vil en endring i organisering av AMK få konsekvenser for beredskapen?
- Begge alternativene betyr nye arbeidsmåter i og med at AMK ikke vil ligge inntil akuttmottaket verken på Kalnes eller i Oslo-alternativet. Dette må utredes.
- Nye kommunikasjonslinjer internt i SØ ved alternativ 2 (Oslo). Dette gjelder blant annet konsekvenser for bakvaktordning i SØ, skrankefunksjonen i akuttmottaket og kommunikasjonen mellom AMK og interne og eksterne samarbeidspartnere.

Risikotabell med vurdering av risiki

P = pasient

A = ansatt

O = omdømme

Risikovurderingen for alternativ 2 er foretatt av OUS.

Tall i parentes () for alternativ 2, er vurderinger gjort at gruppen fra SØ som gjennomførte risikovurderingen. Dette betyr at dersom det er ført inn et tall i parentes, er risikovurderingene ulike i OUS og SØ.

Risiko-ID	Risikofaktor (område med fare for svikt/uønsket hendelse)	Alternativ 1 – Kalnes 2015			Alternativ 2 – Oslo-Akershus 2015			Forutsetninger er beskrevet i sluttrapporten
		Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoverdi (max 25 poeng)	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoverdi (max 25 poeng)	Tiltak
R1	Responstid og reaksjonstid på akutt/113	1	P4 A2 O3	P4 A2 O3	1	P4 A2 O3	P4 A2 O3	Teknologi som reduserer responstid Nødvendig bemanning
R2	Responstid andre linjer	2	P2 O2	P4 O4	2	P2 O3	P4 O6	Teknologi som reduserer responstid Nødvendig bemanning
R3	Fagkompetanse i møte med brukerne	1	P4 R2	P4 R2	1	P2 (4) R4	P2 (4) R4	Det legges til grunn at kompetansen er i tråd med nasjonale krav
R4	Tilgjengelighet for henvendelser fra interne og eksterne samarbeidspartnere, herunder Sykehjem og legevakt.	1	P1 R2 O1	P1 R2 O1	1	P1 R2 O1	P1 R2 O1	Klare avtaler om forflytting av pasienter internt og eksternt.
R5	Lokalkunnskap om - ressurser - geografi - SØ, kapasitet og innhold - eksterne samarbeidspartnere	1	P4 R3 O3	P4 R3 O3	1 (4) (i starten, kan reduseres på sikt)	P4 R3 O3	P4 (16) R3 (12) O3 (12)	God planlegging, testing og utsjekk.
R6	Reserveløsning / IKT	1	5	5	1	5	5	Må utredes uansett alternativ og være på innen sentralen flyttes – senest om 18 mnd. Sårbarheten er større ved færre sentraler.

Risiko-ID
Risikofaktor

Numrering av risikofaktorer slik at de blir lettere å identifisere
Handling eller forhold som kan føre til en uønsket hendelse

Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato

Gjennomført:
04.12.2013

Risikofaktor – fargetabell

Lav prioritet	lite behov for endring
Middels prioritet	behov for endring over tid
Høy prioritet	skal endres snarest

Sannsynlighet

Beskriver i hvilken grad det er trolig at en hendelse inntreffer.

Kan uttrykkes med ord eller som tallverdi

Kan ha en beskrivende del og/eller en beregningsmessig del

Konsekvens

Beskriver mulige følger av en uønsket hendelse

Kan uttrykkes med ord eller som tallverdi

Kan være knyttet til tap av eller skade på eksempelvis, liv/helse, miljø, materielle verdier, funksjoner, samfunnverdier eller omdømme

Konsekvensanalysen skal angi umiddelbare konsekvenser samt konsekvenser som viser seg etter en viss tid

Konsekvensskala

Beskriv med uthevet bokstav hvilken konsekvensskala konsekvensverdien bygger på; pasient, ansatt, ressurser, materielle verdier, omdømme eller tjenesteproduksjon

Risikoverdi

er et uttrykk for kombinasjonen av sannsynligheten og konsekvensen av en uønsket hendelse

Uttrykkes som hovedregel i tallverdi der laveste poengverdi er 5 og høyeste verdi er 25

Grå bobler beskriver alternativ 1 ved Kalnes. Hvite bobler beskriver alternativ 2 Oslo-Akershus.

Risikomatrise

Sannsynlighet	Svært stor	5	10	15	20	25
	Stor	4	8	12	16	20
	Moderat	3	6	9	12	15
	Liten	2	2P 2P	6	8	10
	Meget Liten	4P 4P	3P	3	1P 1P 3P 5P 5P	6 6
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
	Konsekvens					

Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato

Gjennomført:
04.12.2013

Risikovurdering: Felles AMK-tjenester for Østfold og Oslo-Akershus

Felles for alle vurderingene er at man har vurdert de ulike risikoområdene med utgangspunkt i dagens utfordringsbilde. I den høyre kolonnen er det beskrevet tiltak som vil bringe de ulike områdene til et forsvarlig nivå.

Man har risikovurdert etter en skala på grønt, gult og rødt, og har vurdert at det bør gjøres tiltak på det som ligger på gult og rødt, og at rødt har høyest alvorlighet. I risikovurderingen er det vurdert at det alltid vil være en sannsynlighet for at noe kan skje. Graderingen av alvorlighetsgrad er derfor vurdert etter hvor alvorlig konsekvensen av en gitt hendelse vil kunne være.

Utarbeidet av følgende deltakere i egen risikogruppe: Thomas Lie (rådgiver), Arild Østergaard (leder/rådgiver, PHS, OUS), Trond Fredrik Solhaug (Deltas tillitsvalgt, SØ), Arne Erik Bakke (ass. avdelingsleder AMK, OUS), Rune Gehrken (avdelingsleder AMK, OUS), Hans Jørgen Heer (IT-rådgiver, PHS, OUS), Lars Petter Møller (sykepleier AMK, SØ), Bo Skauen (avdelingssjef prehospitalet avdeling, SØ), Fredrik Westmark (seksjonleder AMK, SØ), Elisabeth Arntzen (ass. fagdirektør, Helse Sør-Øst RHF).

Dato: 11.02.14

Kilder til flere av risikomomentene under dagens risikovurdering:

- Helsedirektoratets og Statens helsetilsyn. Nasjonale kvalitetskrav til AMK- og legevaktsentraler_versjon 191113. Høringsversjon.
- Utredning av muligheter og konsekvenser av at AMK-tjenester for Østfold ses i sammenheng med Oslo-Akershus, Sykehuset Østfold.
- OUS sitt hørings svar på mulighetsstudien.
- Risikovurdering av AMK-tjenester for Østfold og Oslo-Akershus, desember 2013
- Dokumentet i styrevedtaket 16.12.14.
- Arbeidsgruppen som har jobbet med utkast til avtale mellom OUS og SØ om sammenslåing av AMK-sentralene
- Felles arbeidsprosesser i prehospitale tjenester, HSØ 2014.

Kritiske momenter etter risikovurdering 11.02.14**Punktene står i vilkårlig rekkefølge:**

Risikomomenter	Kort beskrivelse av situasjon / hendelse	Kryss av etter risikovurdering			Forebyggende og skadebegrensende tiltak for å bringe de ulike områdene til et forsvarlig nivå - overføres til handlingsplan
		grønt	gult	rød	
1. Aksesstiden på 113, tiden det tar å ta telefonen (10 sek og 20 sek).	Risiko for at aksesstid ikke nås ut fra forholdene i OUS i dag – og økte utfordringer ved større opptaksområde.			x	OUS må øke bemanning, utvikle nye IKT løsninger/WEB løsning, beslutningsstøtte og EPJ (regionale prosjekter), samt gjøre en fordeling mellom sentralens primær- og sekundær oppgaver. Eksempelvis å utrede alternative løsninger for rekvirering og håndtering av bestilte oppdrag. Dette vil frigjøre kapasitet i AMK.
2.Responstid på å sende ut bil (4 min)	Risiko for kapasitetsproblemer og dermed økt responstid i AMK OUS ved økt opptaksområde. .	x			Ivaretatt i dag i OUS, men må opprettholde dagens situasjon og sette seg selv i stand til alltid å innfri kravene (økt bemanning, IKT løsninger og differensiering av arbeidsoppgaver).
3.Responstid andre linjer	Risiko for at de som trenger annen tilgang til AMK enn 113 ikke har god tilgjengelighet. Jfr rapporten: Felles arbeidsprosesser i prehospitaltjenester med fokus på nødmeldetjenesten, med særlig primære og sekundære oppgaver.	x			Oppbemanning og IKT-løsninger tilpasset kravene.
4.Fagkompetanse i møte med brukerne	Risiko for at kompetent personell ikke er tilgjengelig.	x			
5.Tilgjengelighet for henvendelser fra interne og eksterne samarbeidspartnere Sykehjem, legevakt.	Risiko for dårlig tilgjengelighet på AMK for legevakt, sykehjem osv. Skille AMK-tilgjengelighet og service fra ambulansetjenesten: Hvordan sikre prioritering av ressurser – skille grønne turer for å gi riktig transport til riktig pasient.	x			

Risikomomenter	Kort beskrivelse av situasjon / hendelse	Kryss av etter risikovurdering			Forebyggende og skadebegrensende tiltak for å bringe de ulike områdene til et forsvarlig nivå - overføres til handlingsplan
<p>6. Lokalkunnskap om</p> <ul style="list-style-type: none"> - ressurser - geografi - SØ, kapasitet og innhold - eksterne samarbeidspartnere 	<p>Risiko for tap av lokalkunnskap i AMK-sentralen som påvirker kvaliteten på tjenestene i Østfold</p> <p>Geografi Ressurser Kapasitet Eksterne samarbeidspartnere Intrahospitalt i Sykehuset Østfold</p>		x		<p><u>Opprette et mottaksprosjekt med representanter fra prehospital miljør i OUS/ SØ, akuttmottak, LV senrtaler m.fl.</u></p> <p><u>Geografi:</u> -Det må skje en forsterkning av IKT og kartoppdatering. -AMK OUS må gjøre seg godt kjent med geografien. -AMK OUS må kjenne til pasientflyt/behandlingslinjene i SØ. -Sjåførene må bli godt kjent i sitt geografiske område.</p> <p><u>Ressurser, Kapasitet, Eksterne samarbeidspartnere:</u> Bruke tilsvarende Blikksund kommuneskjema som er utarbeidet i SØ.</p> <p>For øvrig innhente erfaringene fra tidligere sammenslåinger f.eks Ahus-OUS i 2003.</p> <p>Dette punktet må være en del av et større mottaksprosjekt dersom sammenslåing blir vedtatt.</p>
<p>7.Reserveløsning/IKT</p>	<p>Risiko for manglende fullverdig IKT-reserveløsning.</p> <p>Fullverdig reserveløsning for total AMK-drift over tid mangler i OUS og i de andre sentralene innenfor HSØ. OUS har i dag flere interne reserveløsninger og en nød-reserveløsning mot Vestre Viken HF.</p>			x	<p>De som har ansvar for AMK-sentralene må ta ansvar for nødvendige reserveløsninger.</p> <p>Det er forventet at reserveløsningene sikrer at normerte krav følges.</p> <p>Jfr rapporten: Felles arbeidsprosesser i prehospitaltjenester med fokus på nødmeldetjenesten, Punktet om reserveløsning i HSØ må følges opp i HSØ.</p>
<p>8.Beredskap og tilgjengelighet på ambulanser i Østfold (på tvers av fylkesgrensene)</p>	<p>Risiko for at bruken av SØ-ambulansene i randsonene svekker beredskapen i Østfold.</p>		x		<p>Det må i felleskap lages helt klare retningslinjer i forhold til koordinering av oppdrag , særlig i grenseområdene. I dette arbeidet må det tas hensyn til raskest mulig hjelp ved røde turer, beredskap i grenseområdene , mest mulig effektiv håndtering av bestilte oppdrag samt lederstruktur m.m.</p> <p>Sentral del av arbeidet i mottaksprosjekt. Operasjonsleder for AMK og vakthavende leder for ambulansetjenesten må gjøre overordnede avklaringer for å unngå konflikter i tjenesten.</p> <p>Driftsrådet har en rolle i samarbeidet om alle randsonene.</p>

Risikomomenter	Kort beskrivelse av situasjon / hendelse	Kryss av etter risikovurdering			Forebyggende og skadebegrensende tiltak for å bringe de ulike områdene til et forsvarlig nivå - overføres til handlingsplan
9.Tidspunkt for overflytting	<p>Risiko for at det ikke velges mest hensiktsmessig tidspunkt for overflytting.</p> <p>Risikoen ved å velge å flytte før eller etter sykehusflyttingen, avhenger av progresjonen på de andre tiltakene.</p> <p>Ved beslutning om sammenslåing, starter omstilling som sannsynligvis kan gi fart på prosessen.</p> <p>Utsettelse av vedtak kan gi dårligere sluttresultat mht. en god løsning i et godt arbeidsmiljø.</p>		X		<p>Høy kvalitet i mottaksprosjekt, godt planlagt og behov for høy grad av tilstedeværelse hos avgivende og mottakende enhet.</p>
10.Ansvarsavklaring mellom OUS og SØ	<p>Risiko for uklare ansvarsforhold.</p> <p>For eksempel hvilke prosedyrer som skal følges og hvem som gir hvilken informasjon til hvem.</p>		X		<p>Avtalen mellom SØ og OUS legges til grunn.</p> <p>Jfr mottaksprosjekt.</p> <p>Må gjøre avklaringer i forhold til ansvar/ avvikshåndtering, prosedyrer, behov for informasjon m.m.</p>
11.Økonomiske konsekvenser - Investering	<p>Det er prinsipiell enighet mellom sykehusene knyttet til det økonomiske grunnlaget i avtalen (drift og øvrige utgifter til lisenser etc), men det er en liten risiko knyttet til eventuelle investeringskostnader i overflyttingsfasen.</p> <p>Disse utgiftene tilfaller OUS med mindre det fremkommer uforholdsmessig store utgifter. Da skal det løses i dialog mellom SØ og OUS.</p>		X		<p>Det er behov for å gjøre oppdateringer i Amk OUS . Omfang og kostnader må avklares med Sykehuspartner og HDO.</p> <p>Det er allerede satt i gang prosesser for oppgradering og utvikling av IKT uavhengig av evt. felles AMK. Dette arbeidet vil inngå i eventuelle regionale prosjekter i forhold til dette.</p> <p>Branntekniske investeringer gjennomføres i disse dager for å møte tilsynsmyndighetenes krav ved AMK OUS.</p> <p>Viser til avtale mellom OUS og SØ.</p>



Sluttrapport

Utrede muligheter og konsekvenser av at AMK-tjenester for Østfold sees i sammenheng med AMK Oslo og Akershus

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato

 SYKEHUSET ØSTFOLD	HELSE  SØR-ØST	Dato: Side: 2 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:	

Sammendrag

Innflytting i nytt sykehus i 2015 krever at det må gjøres en avklaring i forhold til fremtidig drift av AMK Østfold (Akutt Medisinsk Kommunikasjonssentral). Hensikten med dette prosjektet har vært å utrede to alternativer for fremtidig organisering av AMK-tjenester i Østfold; alternativ 1) fortsatt drift i Østfold med lokalisering av ny sentral på Kalnes, alternativ 2) samlokalisere med AMK Oslo Akershus i deres lokaler. Ansvar for ambulansetjenesten skal fortsatt ligge i Østfold ved begge alternativene.

Parallelt med denne avkalringen pågår det en rekke prosjekter det er naturlig å se i sammenheng med fremtidig organisering i Østfold. Innenfor fagområdet prehospitale tjenester har det både før og etter terrorhandlingen 22.07.2011 blitt gjennomført flere analyser som peker på store utfordringer relatert til utvikling, samordning og robusthet i nødmeldesentralene. Helse Sør Øst har blant annet gjennomført en foranalyse i forhold til prehospitale IKT systemer. Andre utfordringer er innhold, kapasitet, opptaksområder, svartid, redundans, reservefunksjoner m.m. I Norge er det nå 19 AMK sentraler, herav 6 sentraler innenfor området til Helse Sør-Øst. Disse holder til i Drammen (Buskerud), Tønsberg (Vestfold), Arendal (Agderfylkene), Gjøvik (Hedmark + Oppland), Fredrikstad (Østfold) og Oslo (Oslo + Akershus). Det stilles spørsmål om denne strukturen er hensiktsmessig i forhold til å møte samfunnets krav til robusthet og utvikling i sentralene fremover. Det forventes en årlig økning på ca. 10 % i antall innkommende nødsamtaler fremover.

Med bakgrunn i nevnte utfordringer og prosesser har adm. direktør Sykehuset Østfold sammen med administrerende direktører i Helse Sør Øst og OUS besluttet at det bør utredes mulighet for og konsekvenser av at AMK tjenester for Østfold sees i sammenheng med AMK Oslo og Akershus - med tiltak på kort og lang sikt. Dette som alternativ til fortsatt drift av egen AMK i Østfold.

- Prosjektgruppen har ikke klart å påvise signifikante kvalitetsforskjeller mellom de to alternativene, ei heller store forskjeller i driftskostnader mellom de ulike alternativene. Valget mellom alternativene vil derfor i større grad dreie seg om kostnaden knyttet til investering i nytt bygg på Kalnes, og hvilke prinsipper man legger til grunn for hva som skal ligge i et komplett akutt sykehus av Østfolds størrelse.
- En eventuell risiko ved en sentralisering til Oslo/Akershus er først og fremst at man reduserer antall geografiske lokasjoner hvor man kan motta 113-telefoner og andre henvendelser. Større enheter vil kunne gi mer robuste tjenester ved at det er flere som kan ta i mot telefoner ved medisinsk nød, men slik teknologien er innrettet i dag vil det også øke sårbarheten ved at man reduserer antall lokasjoner som kan tolerere nedetid.
- Ved en samlokalisering med AMK Oslo/Akershus vil man måtte endre de interne rutine da kommunikasjonen mellom ambulanse, lege og mottakende sykehus er mer direkte mellom ambulanse og mottakende institusjon enn hva som er tilfelle i Østfold.
- Medarbeidere som i dag arbeider ved AMK Østfold har sin ansettelse i andre seksjoner, i hovedsak seksjon akuttmottak Fredrikstad og seksjon ambulanse Fredrikstad. Dersom det fattes vedtak om overføring /samlokalisering av AMK Østfold til ny felles AMK Oslo Akershus Østfold må partene drøfte forståelsen av om omstillingen oppfyller vilkårene for rettigheter som ved en virksomhetsoverdragelse. Jf kap 16 i arbeidsmiljøloven- Innledende vurdering fra arbeidsgiver er at omstillingen ikke oppfyller vilkårene for en virksomhetsoverdragelse.
- Det må videre utarbeides spesifikke planer for hvordan teknologien skal håndteres, uavhengig av hvilket alternativ man beslutter. Sykehuspartner har vurdert at begge alternativene er håndterbare, men at de konkrete utfordringene må konkretiseres gjennom egne prosjekter.

**Sluttrapport**

Prosjektnr/-id:

- Investeringskostnaden ved bygging av ny AMK-sentral på Kalnes vil trolig ligge noe over 30 mill. kroner. Ved bygging av ny AMK-sentral i Oslo/Akershus vil man måtte komme tilbake til hvordan kostnadene skal fordeles (direkte innvesterig til økt antall operatør plasser er ca 4 millioner kroner). AMK Oslo/Akershus vil trenge om lag 15,5 årsverk for å ta inn Østfold i sitt opptaksgrunnlag, mens tilsvarende tall for Østfold er 18 årsverk.
- Det foreligger ikke teknologiske løsninger for reserve-AMK i dag, så det er isolert sett en risiko å redusere antallet AMK-sentraler av den grunn. Dette vil også gjelde ved "nedetid" i Østfold. Pr i dag foreligger det ikke en løsning for at andre AMK sentraler kan ta over for AMK Østfold. Både Helse Sør-Øst og Sykehuspartner jobber for å finne løsninger på denne utfordringen så raskt som mulig. Prosjektet vurderer videre at robustheten ved større hendelser er bedre ved en større sentral, der risikoen for å ikke "komme igjennom på telefonen" vil være mindre.

Prosjektgruppen har vurdert at fremtidens kvalitetskrav krever investeringer, både i form av bedret teknologi, og flere ansatte. Dette vil gjelde begge alternativene. Sett fra et overordnet perspektiv, er det grunn til å tro at begge alternativene vil gi tilfredsstillende kvalitet for befolkningen i Østfold. Hvis man velger å samlokalisere med Oslo og Akershus i Oslo Universitetssykehus, så vil man på kort sikt kunne miste lokalkunnskapen ansatte i AMK-Østfold er i besittelse av, hvis mange ansatte velger og ikke begynne ved AMK OsloAkershusØstfold.

I en overgangsfase vil det kunne være en potensiell risiko ved å samlokalisere med/overføre funksjon til felles AMK Oslo/ Akershus/Østfold på grunn av endrede arbeidsrutiner både i ambulansetjenesten og internt i sykehuset. Faren for risiko må i så fall reduseres ved god planlegging.

Uavhengig av hvilket alternativ man velger, må man jobbe for å få på plass mer robuste teknologiske løsninger i nødmeldetjenesten.



INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	2
INNHOLDSFORTEGNELSE	4
PROSJEKTETS NAVN	6
PROSJEKTEIER	6
OPPSTART – SLUTT	6
BAKGRUNN FOR, HENSIKT MED OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET	6
INITIERING AV PROSJEKTET	6
EFFEKT MÅL OG RESULTAT MÅL	7
Effektmål	7
Resultatmål	7
PROSJEKTREGNSKAP	7
OVERFØRING TIL LINJE	7
PROSJEKTORGANISERING OG STYRING	8
Organisering.....	8
Styringsgruppe	8
Prosjektgruppe	8
Referansegruppe	8
AMK-SENTRALENES FUNKSJON OG VIRKSOMHET	9
BESKRIVELSE AV DE FORSKJELLIGE ALTERNATIVENE:	18
Alternativ 1 – Bygge ny AMK sentral beliggende på Kalnes.....	18
Funksjoner i en ny AMK-sentral	18
Alternativ 2 – Samlokalisere AMK Østfold og AMK Oslo/Akershus	20
Organisering.....	20
Drift.....	20
Bemannings.....	21
Økonomi:	21
Reserveløsninger/reduktans	21
Oppsummering av de ulike alternativene	22
FORSKJELLER I ARBEIDSRUTINER MELLOM ALTERNATIV 1 (AMK ØSTFOLD) OG ALTERNATIV 2 (SAMLET AMK OSLO AKERSHUS ØSTFOLD)	23
Innspill fra AMK Østfold	23
Innspill fra AMK Oslo/Akershus.....	25
JURIDISKE AVKLARINGER	26
OPPSUMMERING	26



Sluttrapport

Prosjektnr/-id:

Vedlegg 1	28
Vedlegg 2:.....	32
Vedlegg 3:.....	34
Vedlegg 4.....	36
LITTERATUR.....	38

 SYKEHUSET ØSTFOLD	HELSE  SØR-ØST	Dato: Side: 6 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:	

Prosjektets navn

Utrede muligheter og konsekvenser av at AMK-tjenester for Østfold sees i sammenheng med AMK Oslo og Akershus.

Prosjekteier

Sykehuset Østfold v/adm. dir. Just Ebbesen.

Oppstart – slutt

Start august 2013 og sluttrapport leveres 1. nov 2013.

Bakgrunn for, hensikt med og kort beskrivelse av prosjektet

Innflytting i nytt sykehus i 2015 gjør at det må gjøres en avklaring i forhold til fremtidig drift av AMK Østfold.

Parallelt med dette foregår det flere andre prosesser som vil kunne ha innvirkning på AMK-struktur i Norge generelt og Helse Sør Øst spesielt. Politi, brann og enkelte LV sentraler har en tilsvarende gjennomgang.

Det nevnes:

- Utredning av AMK struktur Helse Nord.
- ROS analyse AMK struktur Helse Midt-Norge
- Utrede ang virtuell AMK Helse Vest
- Mulighetsstudie vedr flytting av AMK sentral Oslo og Akershus
- Prosjekt felles arbeidsprosesser (og organisering), Helse Sør Øst.
- Prosjekt Styring av Luftambulanse, Helse Sør Øst.

Innenfor fagområdet prehospitale tjenester har det både før og etter 22.07 blitt gjennomført en del analyser som peker på store utfordringer relatert til utvikling, samordning og robusthet i nødmeldesentralene fremover. Helse Sør Øst har blant annet gjennomført en foranalyse i forhold til prehospitale IKT systemer. Andre utfordringer vil være innhold, kapasitet, opptaksområder, svartid, redundans, reservefunksjoner m.m.

I hele Norge er det nå 19 AMK sentraler, herav 6 sentraler innenfor området til Helse Sør-Øst. Disse holder til i Drammen (Buskerud), Tønsberg (Vestfold), Arendal (Agderfylkene), Gjøvik (Hedmark + Oppland), Fredrikstad (Østfold) og Oslo (Oslo + Akershus). Det stilles spørsmål om denne strukturen er hensiktsmessig i forhold til å møte samfunnets krav til robusthet og utvikling i sentralene fremover.

En viktig del av virksomheten omfatter samarbeid med medisinsk-faglige miljøer, brann, politi og legevaktssentraler. Det forventes en årlig økning på ca. 10% i antall innkommende nødsamtaler fremover.

INITIERING AV PROSJEKTET

Med bakgrunn i nevnte utfordringer og prosesser har adm. direktør Sykehuset i Østfold sammen med administrerende direktører i Helse Sør Øst og Oslo Universitetssykehus (OUS) besluttet at det bør utredes mulighet for og konsekvenser av at AMK tjenester for Østfold sees i sammenheng med AMK Oslo og Akershus - med tiltak på kort og lang sikt. Dette som alternativ til fortsatt drift av egen AMK i Østfold.

 SYKEHUSET ØSTFOLD		Dato: Side: 7 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:	

Dette vil kunne medføre at "AMK Oslo/Akershus/Østfold" betjener 1.5 millioner innbyggere. Denne sentralen vil betjene 30 % av landets befolkning og med dagens struktur vil den være desidert størst i norsk sammenheng.

Effektmål og resultatmål

Effektmål

Resultatmål

Overordnet resultatmål:

Gjennomføre en mulighetsstudie ang plassering og drift av AMK sentral som sikrer at Sykehusets Østfold gir gode, effektive og fremtidsrettede nødmeldetjenester til befolkningen i sitt opptaksområde.

Dette prosjektets leveranser:

- Kartlegge og beskrive tjenester, aktivitet og forventet utvikling i AMK område Østfold.
- Prosjektet skal risikoanalysere og beskrive tiltak og konsekvenser i forhold til en evt flytting av AMK Østfold – innlemming i AMK Oslo og Akershus:
- Fremdriftsplan i der det beskrives minst 2 alternativer
- Innlemming i AMK Oslo Akershus i dagens lokaler, ny AMK Oslo Akershus Østfolds
- Etablering av ny AMK sentral i Østfold
- Vurdere hvorvidt valg av alternativ 2 innebærer en omstilling som oppfyller vilkårene for virksomhetsoverdragelse jf bestemmelser i arbeidsmiljøloven kap 16
- Organisering av AMK sentralen
- Driftsformer, kvalitetssikring og systemansvar.
- Bemanning og rekruttering.
- Pasientlinjer/nærhet til andre fagmiljøer i Sykehuset Østfold
- Tekniske løsninger – både tele, radiokommunikasjon, dokumentasjon og EPJ.
- Lokalisasjon, beliggenhet og reserveløsninger.
- Økonomi, kostnader.
- Finansiering/finansieringsmodell
- Juridiske forhold i forhold til bemanning, driftsansvar og avvik/klage/ kvalitetsarbeid.
- Annet relevant
- Konklusjon og anbefalinger på kort og lang sikt.

Prosjektregnskap

Prosjektet har ikke tilgjengelige midler, og det forventes at utgifter dekkes av de respektive sykehus og avdelinger.

Overføring til linje

Endelig sluttrappostr skal presenteres på styringsgruppemøte 4. nov 2013.

**Sluttrapport**

Prosjektnr/-id:

Prosjektorganisering og styring**Organisering****Styringsgruppe**

Roller	Navn	Tilhørighet
Styringsgruppeleder	Adm dir. Just Ebbesen	Sykehuset Østfold
Prosjektleder (sekretær)	Rådgiver Thomas Lie	Sykehuset Østfold
Styringsgruppemedlem	Klinikkleder Øyvind Skraastad	Oslo universitetssykehus
Styringsgruppemedlem	Avdelingsleder Terje Strand	Oslo universitetssykehus
Styringsgruppemedlem	Rådgiver Trond Pehrson	Sykehuset Østfold
Styringsgruppemedlem	Avdelingssjef Bo Skauen	Sykehuset Østfold
Styringsgruppemedlem	Jane-Ann Lindahl	Norsk sykepleierforbund
Styringsgruppemedlem	Tone Lie Nilsen	Delta
Styringsgruppemedlem	Anne Dybdroth	Hovedvernombud Sykehuset Østfold
Brugerrepresentant	Mona Larsen	Sykehuset Østfold

Prosjektgruppe

Roller	Ansvar	Tilhørighet
Prosjektleder	Thomas Lie	Sykehuset Østfold
Sekretær	Arild Østergaard	Oslo universitetssykehus
Prosjektdeltaker	Seksjonsleder Merete Fjellgaard	Sykehuset Østfold
Prosjektdeltaker	Fagansvarlig Fredrik Westmark	Sykehuset Østfold
Prosjektdeltaker	Avdelingsleder Rune Gehrken	Oslo universitetssykehus
Prosjektdeltaker	Ass. Avdelingsleder Arne Erik Bakke	Oslo universitetssykehus
Prosjektdeltaker	Økonomirådgiver Lill Stark Andersen	Oslo universitetssykehus
Prosjektdeltaker	HR rådgiver Tone Svanholm	Sykehuset Østfold
Prosjektdeltaker	Romy Christensen	NSF
Prosjektdeltaker	Trond Fredrik Solhaug	Delta
Prosjektdeltaker	Trond Tøften	Fagforbundet
Prosjektdeltaker/brugerrepresentant	Shahira Adatia	Sykehuset Østfold

Referansegruppe

Roller	Ansvar	Tilhørighet
Referansegruppe deltager	Økonomirådgiver Reidunn Senander	Sykehuset Østfold
Referansegruppe deltager	Jurist Jostein Vist	Sykehuset Østfold
Referansegruppe deltager	Overlege Martin Østensvig	Sykehuset Østfold
Referansegruppe deltager	IKT-rådgiver Glenn-David Lind	Sykehuset Østfold

 SYKEHUSET ØSTFOLD	HELSE  SØR-ØST	Dato: Side: 9 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:	

AMK-sentralenes funksjon og virksomhet

I dette kapittelet gis det en beskrivelse av AMK-sentralenes funksjon, virksomhetskrav, samt videre utvikling.

Med bakgrunn i KOKOMs (Nasjonalt Kompetansesenter for kommunikasjon i den akuttmedisinske kjede) håndbok for nømeldetjenesten tar vi kort inn følgende:

"I Norge er nømeldetjeneste benevnelsen på et landsdekkende system som skal håndtere melding, varsling og videre oppfølging når befolkningen har behov for kontakt med nødetatene (politi, brann og helsevesen)."

AMK- sentralene utgjør en viktig del av den medisinske nømeldetjenesten, og er tidligere beskrevet som:

«Den medisinske nømeldetjenesten er basert på fagkyndighetsprinsippet som innebærer at publikum ved henvendelse skal sikres direkte kontakt med medisinsk personell. Medisinsk personell skal sikre at melding raskt blir mottatt og forstått og kunne foreta en vurdering av behovet for hjelp. Videre skal det foregå en effektiv varsling/formidling av riktig ressurs/respons for å yte hjelp. Medisinsk personell skal også gi veiledning og instruksjon til pasienten og/eller den som varslet, inntil profesjonell hjelp når fram.»

AMK-sentralenes funksjon er beskrevet i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, hvor det bl.a. heter at AMK-sentralene skal:

- a) håndterehenvendelser om akuttmedisinsk bistand
- b) prioritere, iverksette, gi medisinsk faglige råd og veiledning og følge opp akuttmedisinske oppdrag, herunder varsle og videreformidle anrop til andre nødetater og eventuelt hovedredningsentralene, samt varsle andre AMK-sentraler som er berørt
- c) styre og koordinere ambulanseoppdrag

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, pkt. 3 og 4 at de regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys akuttmedisinsk beredskap og medisinsk nømeldetjeneste. § 2-2 i samme lov oppstiller krav om at tjenestetilbudet skal være forsvarlig. Kravet til forsvarlighet innebærer blant annet at tjenesten må organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter jf. helsepersonelloven § 16.

Sentrale funksjoner

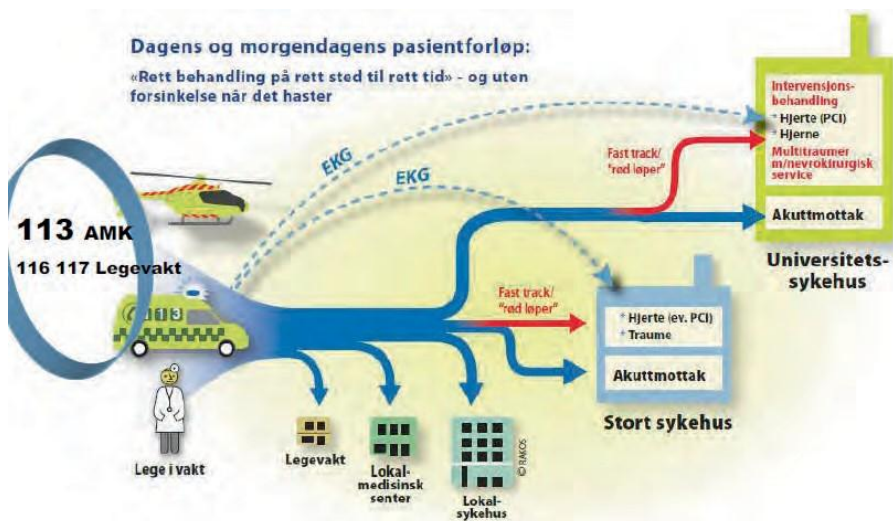
- Fastsette hvilken AMK-sentral som skal ha overordnet koordineringsansvar
- Per i dag bemannes AMK-sentralene gjennomgående av sykepleiere og ambulansesarbeidere. Ambulansesarbeiderne ivaretar hovedsakelig funksjonen som ambulanse/ressurskoordinator, med ansvar for utkalling/varsling og oppfølging av helseressurser, motta ambulansebestillinger og ha kontakt med vakthavende leder ambulanse. Sykepleierne ivaretar funksjonen som medisinsk operatør med ansvar for å håndtere mottak av medisinske nødmeldinger via 113, motta innmelding fra ambulanser, gi råd/veiledning til ambulansetjenesten, varsle vakthavende –lege for vurdering om pasienten skal rett på sykehus.
- AMK-operatører har i dag nødvendig oversikt over lokale, regionale og nasjonale helseressurser og behandlingstilbud. Med dette menes både ambulanseressurser (bil,- båt og luftambulanse), legesenter og legevakt, samt funksjonsfordeling/kompetanse og beredskap for diagnostikk og behandling av ulike skader/sykdomstilstander i sykehus, herunder tilstander som krever behandling på regionssykehus eller sykehus med landsfunksjoner (f.eks. PCI, brannskader, Traumer, osv).
- AMK-operatører har i dag nødvendig kunnskap om lokalisasjon av andre redningsressurser (politi, brann, redningshelikopter, redningsskøyte, mm). De har også ha nødvendig kompetanse til å identifisere behov for, og rutiner for varsling, rekvirering og utalarming av disse redningsressursene.



- AMK-operatører har nødvendig kompetanse til å vurdere og identifisere oppdrag forbundet med økt risiko for innsatspersonell.
- AMK-operatører har nødvendig kompetanse til å ivareta operativ koordinering/ledelse av større aksjoner
- Vurdering og prioritering av meldinger om medisinsk nødhjelp skal gjøres av AMK-operatør og er basert på AMK-operatørens medisinsk faglige kompetanse og bruk av medisinske beslutningsstøttesystemer Norsk indeks for medisinsk nødhjelp og lokale prosedyrer. Det samme gjelder for medisinsk rådgivning og veiledning av innringer.
- AMK-sentralene har etablert rutiner for rekvirering av luftambulansse, (ambulanssehelikopter og ambulanssefly) og redningshelikopter
- AMK-sentralene skal ha øvet prosedyrer for håndtering av sikkerhetsalarm i Nødnett fra alle brukere av helse sine Nødnett.

Medisinsk nødmeldetjeneste – blant annet AMK og LV (legevakt) sentralene - blir sålede helsetjenestens del av dette.

Skisse fra Nasjonale data 2012 jfr Helsedirektoratet.



Figuren viser AMK-sentralenes plass i den akuttmedisinske kjede, og viser stor grad av samhandling mellom de forskjellige aktørene og institusjonene, både i primær- og spesialisthelsetjeneste.

Kort beskrivelse av sentralene:

AMK Østfold

AMK Østfold er i dag lokalisert til Sykehuset Østfold Fredrikstad og betjener nær 300.000 mennesker innenfor Sykehuset Østfold sitt opptaksområde. I det vesentlige innenfor Østfold fylke. AMK er i dag integrert i akuttmottaket ved sykehusets virksomhet i Fredrikstad, og bemannes i all hovedsak med ressurser fra seksjon akuttmottaket og seksjon ambulansse i Fredrikstad.

AMK Oslo-Akershus

Sentralen er en egen seksjon innen prehospitalt senter (innenfor akuttklinikken), lokalisert til OUS og dekker primært Oslo og Akershus. AMK Oslo-Akershus er den største i Helse Sør-Øst. Som 1 av 4 i landet

**Sluttrapport**

Prosjektnr/-id:

har sentralen også en regional AMK funksjon. Dette innebærer at sentralen bistår de andre sentralene, evt styrer de prehospitale ressursene i regionen ved større hendelser.

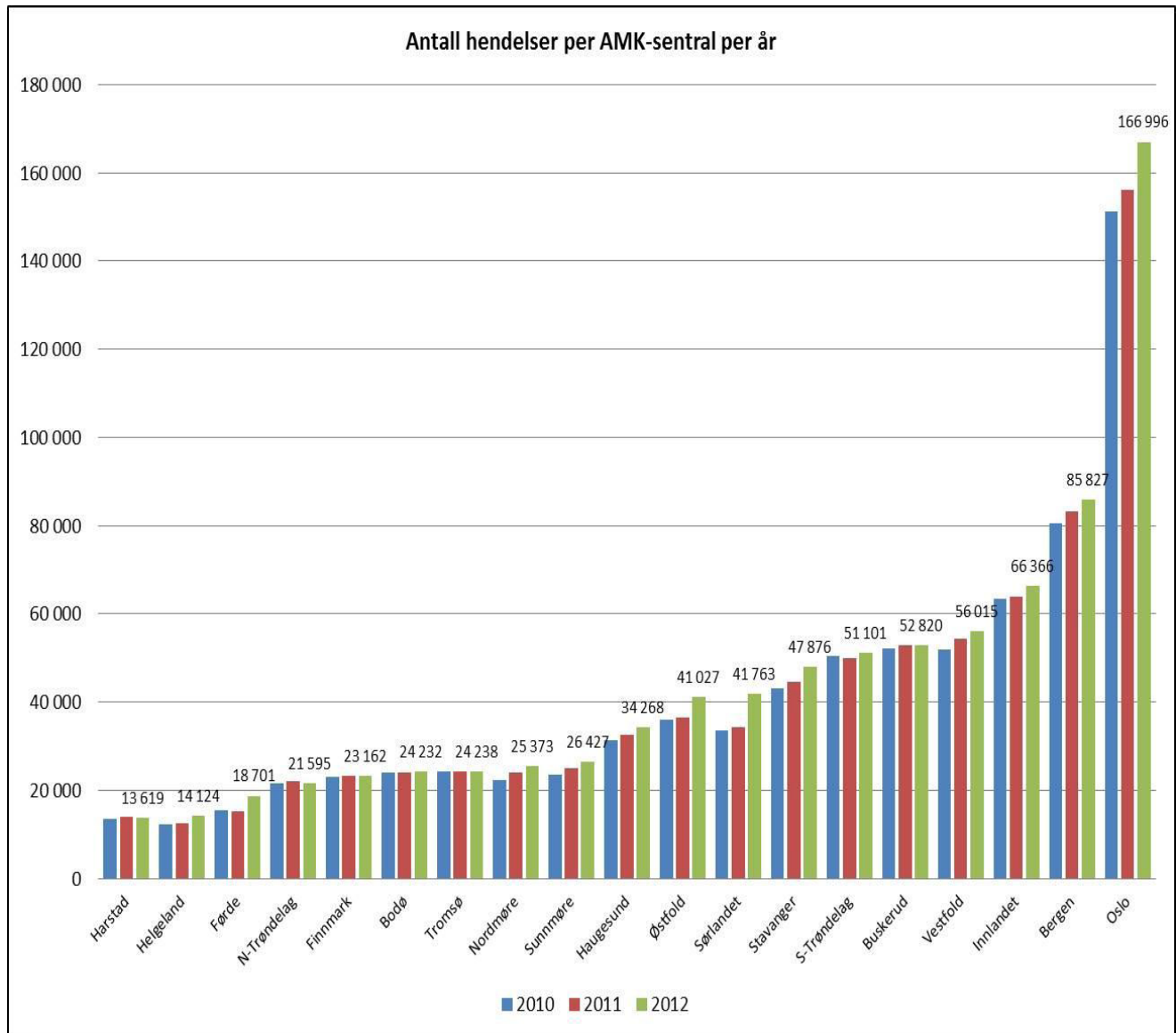
Det er pålegg fra brann og redningsetaten i Oslo angående sikring av bygget hvor AMK nå er lokalisert. Med bakgrunn i dette iverksetter OUS nå et prosjekt/mulighetsstudie i forhold til sikre sentralen/eventuelt å flytte sentralen til mer hensiktsmessige og fremtidsrettede lokaler.

AMK sentralene i tall:

	AMK Oslo/Akershus	AMK Østfold
Befolkning	1,2 mill.	280 000
Ant. ambulanseoppdrag	140 000	42 000
113-samtaler	150 000	30 000
Ant. ambulanser	48	21
Ant. helikoptre	2	0
Ant. fly	2	0
Ant. intensivambulanser	1	0
Ant stillinger tilknyttet AMK	70	Integrert i akuttmottak og ambulanseseksjon Fredrikstad. I alt 13,5 stillinger.

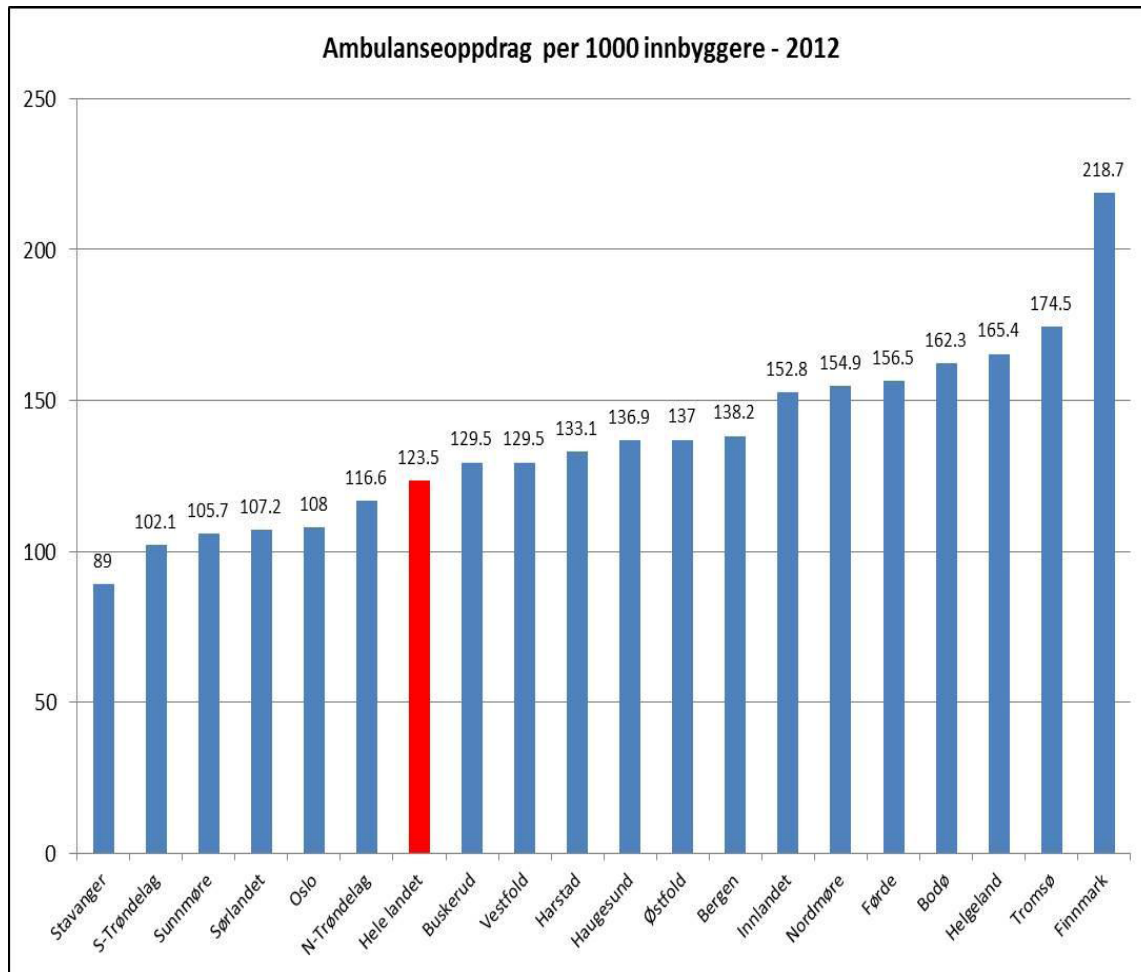
Det er behov for å utrede og sikre et system for overflow og en robust reserveløsning ved begge sentralene. (jfr oppfølging etter 22.07.).

Aktuell Statistikk jfr Helsetilsynets årsrapport akuttmedisinsk kommunikasjonsentraler 2012:



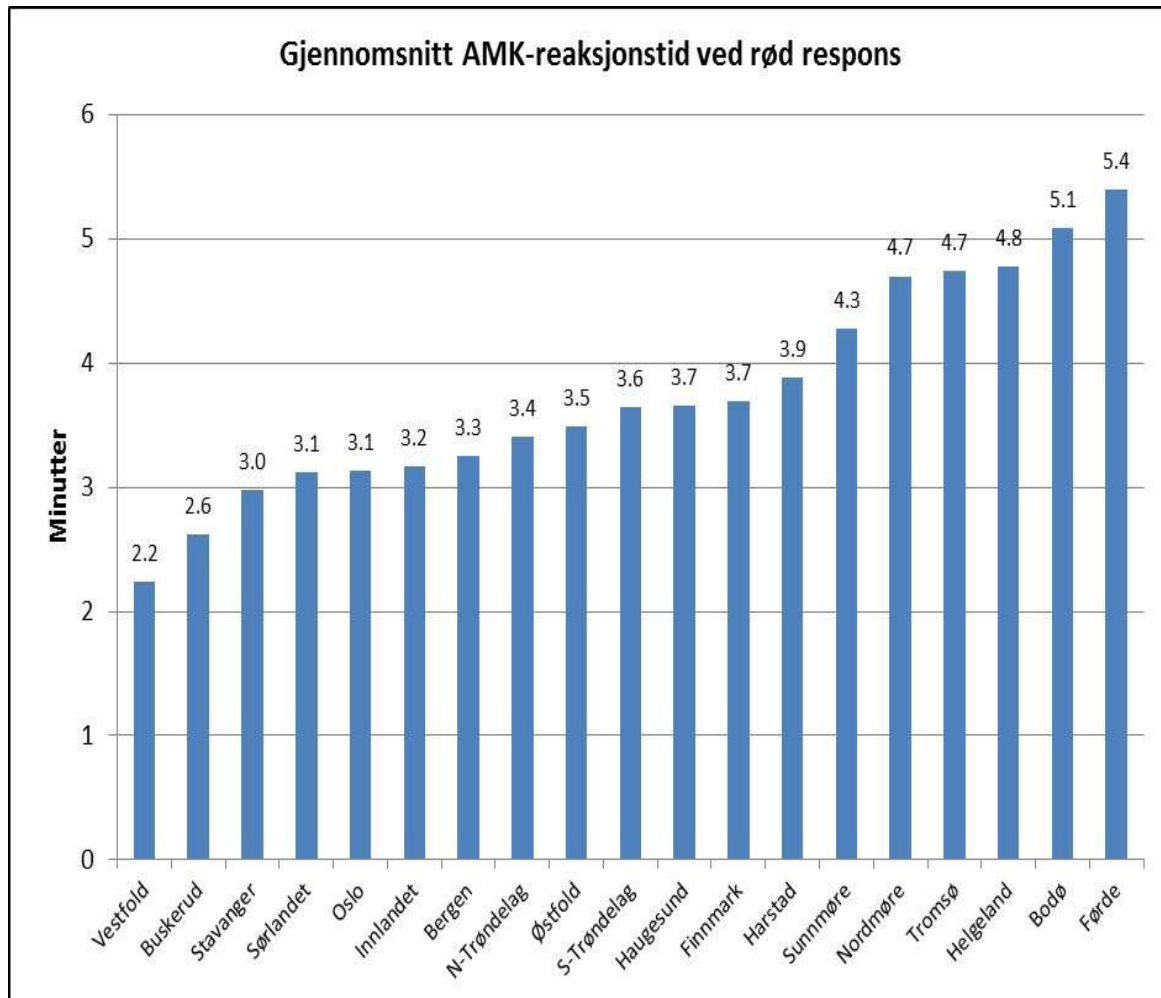
AMK Østfold er en middels stor sentral i norsk sammenheng. AMK Oslo og Akershus er den desidert største sentralen, 4 ganger så stor som AMK Østfold og nesten dobbelt så stor som den nest største sentralen (Bergen). I internasjonal målestokk fremgår Oslo og Akershus som en middels stor sentral. Både AMK Østfold og Oslo / Akershus har hatt økning i aktivitet de i 3 siste år.

Anmerk: Det er stor usikkerhet knyttet til aktivitetstall i prehospitaltjenester. Dette skyldes at det er forskjellige måter å registrere data på, forskjellig type utstyr, forskjellige versjoner av programvare m.m.



AMK Østfold har flere ambulanseoppdrag enn landsgjennomsnittet og betydelig høyere forekomst av ambulanseoppdrag pr 1000 innbyggere enn Oslo og Akershus.

Prosjektet har ikke kartlagt årsakene til dette. Aktuelle momenter er vanligvis rutiner i AMK sentralen, interne ambulansetransporter i det enkelte helseforetak, antall reinnleggelser samt i hvilken grad det er alternativ transport f.eks i form av rullestolbiler som alternativ til ambulanser. Viser for øvrig til tidligere beskrevet usikkerhet rundt tallene.



Både AMK Østfold og AMK Oslo og Akershus har potensiale til å redusere reaksjonstid sammenlignet med sentralene i hhv Vestfold og Buskerud. For Oslo / Akershus er reaksjonstiden 3,1 minutt mens AMK Østfold har 3,5 minutter.

Med bakgrunn i tilsynsak opp i mot AMK sentralen i Oslo, har Helsetilsynet også stilt krav til aksess tid (fra det begynner å ringe - til operatør i AMK besvarer telefonen) på 90% innen 10 sekunder og alle innen 20 sekunder. Vi har foreløpig ikke nasjonale tall på dette, men målinger i Østfold og Oslo viser at begge sentralene i dag har utfordringer i forhold til å klare dette kravet.

Tabell 1- Andel AMK-responstid innen 10- og 20 sekunder

Tekst	Krav jfr Helsetilsynet	AMK SØ	AMK Oslo og Akershus
% vis aksesstid på 10 sekunder	90 %	82 %	72 %
% vis aksesstid på 20 sekunder	100 %	97 %	93 %

Anmerk: Tallene er meget usikre og ikke valide i forhold til samme tidsperiode m.m.

Kort fra "Nåsituasjonsanalysen" i regi av andre Helse Sør Øst prosjekter.



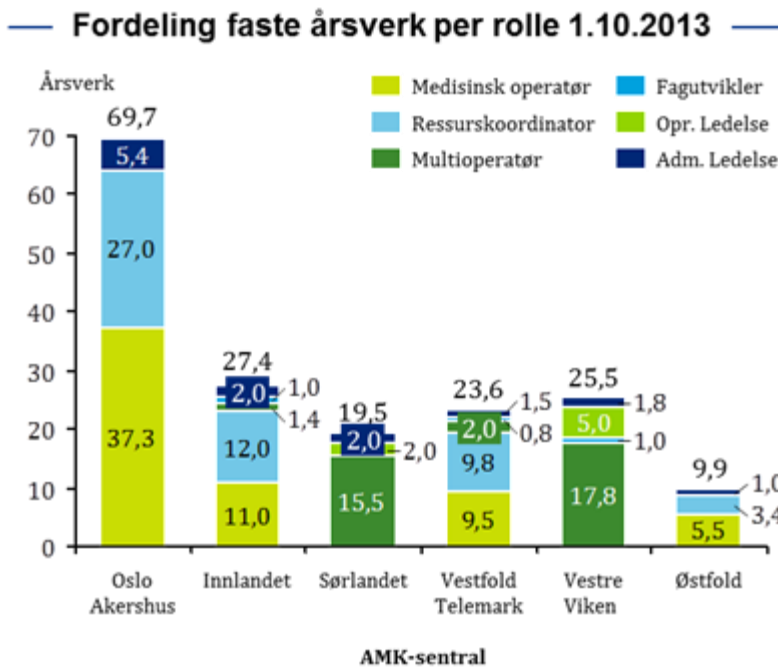
Sluttrapport

Prosjektnr/-id:

Det gjøres en "nåsituasjonsanalyse i forhold til dagens AMK sentraler i Helse Sør Øst" som en del av de prosjekter som for tiden kjøres der. Selv om dette arbeidet ikke er ferdig, ser vi at dagens sentraler i regionen i liten grad er samkjørt. Det er forskjellig kompetanse og bemanning, og det er store forskjeller når det gjelder opplæring, prosedyrer, responstider og IKT-løsninger. Det er i liten grad digital beslutningstøtte, overflow (flere henvendelser enn man kan besvare innen rimelig tid) og reserveløsninger. Det har således ikke vært mulig å få valide tall - verken som grunnlag for forskning eller planlegging av driftsmessige tiltak i sentralene.

Aktuelle foiler fra nåsituasjonsanalysen..(foreligger i sin helhet medio november.)

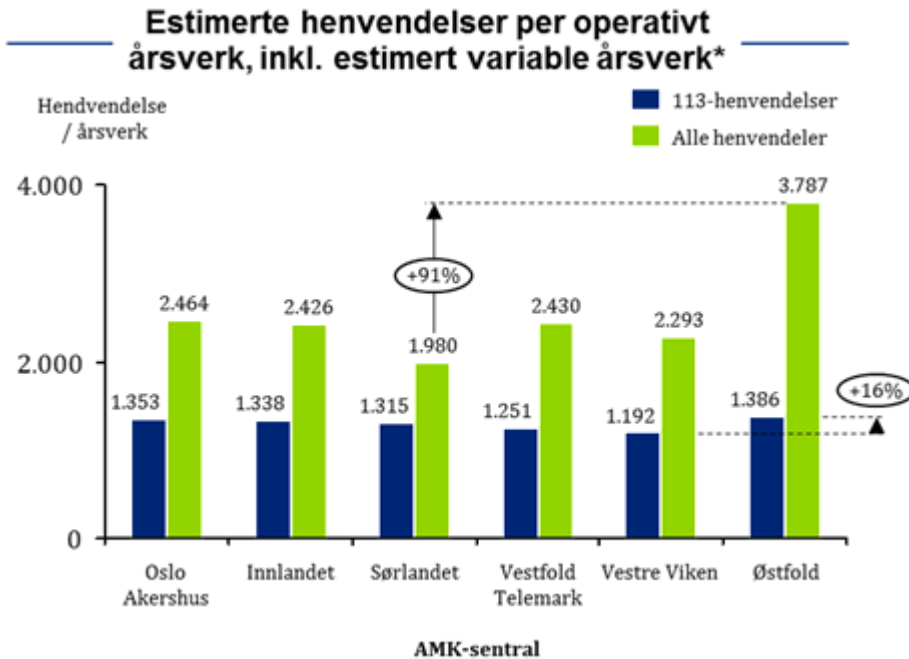
Bemanning i AMK sentralene:



Anmerk: Vikarer, overtid er i varierende grad med i tallene. Østfold har rulling mot hhv akuttmottak og ambulansetjeneste, mens Oslo hovedsakelig har fast ansatte personell i sentralen. Det er derfor forskjeller i registrering av vikarar/inleie, ekstrahjelp og overtid. Enkelte sentraler med fast bemanning løser en del av ledighet i vakter bl. a med noe overtallbemanning blant fast ansatte på hverdager. For Østfolds del kommer dette i tillegg – vanligvis ca 35 %.



Hendelser pr operative årsverk:



Vestfold Telemark og Vestre Viken synes å ha noe lavere belastning av 113-henvendelser per operative årsverk enn øvrige sentraler i Helse Sør Øst, men forskjellene er små og utgjør ikke mer enn 16 % mellom flest og færrest håndterte henvendelser. Tallene for AMK Oslo Akerhus og Østfold er nesten like. Tallgrunnlaget måler ikke aktivitet pr. person som arbeider i sentralen. Flere personer kan fylle et årsverk. AMK Østfold ser ut til å håndtere betydelig flere andre typer henvendelser enn andre sentraler

Alle sentraler må justere bemanning og iverksette tiltak i forhold til tekniske hjelpemidler (WEB bestilling, automatisert beslutningsstøtte) for å klare kravene til aksestider fremover.

Forventet utvikling fremover jfr i Helsedirektoratets seminar Mot Lysere tider 2013:

Prosjektet har laget et lite sammendrag av aktuelle foredrag som var i nevnte seminar 2013. Alle foredragene ligger på Helsedirektoratets hjemmeside.

Krav til robusthet

Det vil stilles krav til kompetanse ("nødmeldefaget"), sømløs samhandling mellom sentralene både på kommunikasjon og IKT, mulighet for overflow, reserveløsninger samt sikkerhet i forhold til utstyr, lokaliteter og infrastruktur.

Definering av kvalitet

Mens det frem til sommeren 2013 stor sett har vært veiledende retningslinjer, vil vi i større grad få konkrete krav i forhold til responstider, aksestid og sikring av teknologisk infrastruktur. Dette vil også i større grad innebære krav til kontinuerlig måling, rapportering og oppfølging.

Teknologisk utvikling

Dagens AMK er i det vesentlige basert på talekommunikasjon samt systemer for å registrere hendelser. Man ser for seg en utvikling som innebærer: fra "bare tale" - til - tale, data, video, automatisk varsling, digitalisert styringsverktøy, WEB bestilling, beslutningsstøtte og dokumentasjon (EPJ), digitale / automatiserte tolkeløsninger, biosensorteknologi (eks ambulanser, LV, sykehjem, hjemmebasert omsorg).

 SYKEHUSET ØSTFOLD	HELSE  SØR-ØST	Dato: Side: 17 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:	

Vi vil også få bredbåndapplikasjoner med mye større kapasitet enn det vi ser i dag. Vi ser vel ikke helt hvor dette bærer - utviklingen blir sannsynligvis mye større og raskere enn det vi ser for oss!

Dette vil innebære store investeringer i årene fremover, og det må stilles krav til at vi får ut nødvendig samfunnsnytte av investeringene. Det må unngås at man gjør store investeringer i sentraler som ikke er varige og det vil bli satt fokus hvorvidt man skal ha mange små eller færre stor innstallasjoner/miljøer fremover.

Struktur og organisering

Det foregår for tiden flere omfattende utredninger innenfor nødmeldetjenesten. Viser bl.a til NOU 2013:9: Ett politi – rustet til å møte fremtidens utfordringer. Fokus er også her robusthet, teknologisk utvikling og struktur og organisering.

**BESKRIVELSE AV DE FORSKJELLIGE ALTERNATIVENE:****Alternativ 1 – Bygge ny AMK sentral beliggende på Kalnes**

Det foreligger ikke detaljerte planer for en ny AMK-sentral i Østfold. Prosjektgruppen har derfor beskrevet ulike funksjoner som må på plass i en ny sentral. Som et utgangspunkt for denne beskrivelsen har man hentet inspirasjon fra en prosjektskisse for bygging av ny sentral på Sunnmøre (Ålesund).

Funksjoner i en ny AMK-sentral

For å dekke dagens krav/anbefalinger til en AMK sentral må man bygge en sentral som har minst 7 til 8 operatør plasser. Dagens AMK sentral i Østfold har i dag 4 plasser, hvor alle 4 er i daglig drift i de mest hektiske periodene. Prosjektet anser at følgende funksjoner må inngå ny sentral: (se vedlegg 1 for mer detaljerte beskrivelser).

Tabell 2 – Beskrivelse av funksjoner med tilhørende m2 for ny AMK-Østfold

AMK sentralen (sikker sone 2)	288 m2
Kontrollrom for 8 operatører	120 m2
Gang	23 m2
Samtalerom/Stillerom	30 m2
Spiserom og Kjøkken	20 m2
Møterom/ Kriserom / Beredskaps rom	40 m2
Wc	5 m2
Datarom 2	50 m2
Kontorer (sikker sone 1)	39 m2
Gang	10 m2
Lager	6 m2
Kontor	13 m2
Kontor	10 m2
Inngang og Garderober AMK sentral	220 m2
Gang	40 m2
Garderobe 1	80 m2
Garderobe 2	50 m2
Datarom 1	50 m2
Totalt areal på AMK	547 m2

Grunnlag for vurdering av ulike funksjoner:

- Kontrollrommet bør planlegges for 8 operatørplasser. Dette innbefatter 3-4 plasser ekstra for å sikre beredskap ved nedfall av plasser, mulighet for å bemanne opp sentral ved større hendelser og kriser samt at at tas høyde for fremtidig utvidelse av sentralen.
- AMK sentralen bør bygges med tanke på at sikkerheten blir godt ivaretatt. Dette innebærer bl.a minst to soner med sikkerhetsadgang. Kameraovervåking bør være ved alle innganger til sentralen. Det er en stor fordel om en slik sentral plasseres så høyt som mulig i bygget for best mulig sikring.

 SYKEHUSET ØSTFOLD		Dato: Side: 19 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:	

- Det er også ønskelig at møterom/kriserom/beredskapsrom ligger i nær tilknytning til sentralen. Det bør være glassvegg/store vinduer mellom kontrollrom og møterom. Videre bør rommet inneholde et eget rom med glassvegger med to operatørplasser som kan brukes ved kriser og med tanke på opplæring. Dette rommet kan også tas i bruk hvis man i fremtiden trenger en større AMK sentral eller sette opp en reserve AMK for andre områder.
- Arealer som ikke er tilknyttet sikker sone 2 beskrives ikke nærmere her, men mer detaljerte beskrivelser ligger i vedlegg 1. Med unntak av datarom 1 er dette arealer som det muligens finnes løsninger for i det planlagte administrasjonsbygget.

Teknologiske installasjoner

Deler av prosjektgruppen har hatt møte med Sykehuspartner der tema var risiko og kostnader knyttet til de ulike alternativene.

Per i dag eksisterer det ikke en fullgod reserveløsning for AMK-sentralene, men dette er et tema som det arbeides for å bedre. Det er ikke avklart når en fullgod løsning vil være på plass. Et risikoreduserende tiltak vil være at man i en ny AMK-sentral vil bygge opp en serverløsning som vil stå "utenfor" de øvrige sykehussystemene, og derfor ikke vil bli påvirket av nedetid i andre systemer.

Når det gjelder Østfoldalternativet, så vil kostnadene knyttet til ny serverløsning ligger på om lag 5,5 mill. kroner, mens ny installasjon av nødnett trolig vil ligge et sted mellom 10 og 15 mill. kroner. Felles for både nødnett og serverløsning er at begge disse installasjonene bør ligge i tilknytning til AMK-sentralen, da avstanden inn til hovedbygget på Kalnes trolig blir for langt.

Økonomi

Investering

Prosjektgruppen er kjent med at det er lagt til grunn en kvadratmeterpris på om lag 60 000 kroner for bygging av ny AMK-sentral på Kalnes, noe som tiliser at dette er arealer med en avansert installasjon. Hvis man tar utgangspunkt i sikker sone 2 på snaut 300 m², så blir kostnaden for dette om lag 16,8 mill. kroner. I tillegg til dette kommer de tekniske installasjonene som tidligere beskrevet. Total kostanden for en ny AMK-sentral vil derfor ligge på minst 30 mill. kroner. Når det gjelder de øvrige arealene er disse ikke iberegnet i dette kostnadsoverslaget, men det bør utredes om det kan finnes alternative løsninger for dette på det nye sykehuset på Kalnes.

Drift

Per i dag har AMK-Østfold ingen faste ansatte, men en pool av ansatte som rullerer fra ambulansetjenesten (i hovedsak stasjonen i Fredrikstad), og akuttmottaket i Fredrikstad (for sykepleieren utgjør dette i gjennomsnitt 20 % av stillingen). Funksjonene i AMK-sentralen deles inn i medisinsk koordinator og ressurskorrdinator.

Aktiviteten ved AMK-sentralen har de senere årene økt betydelig, og det er mye som tyder på at det er den sykehusinterne koordineringen og samhandlingsreformen som har økt presset på avdelingen. Per i dag er det 3 personer på jobb på dagtid, mens det er 2 på kveld og natt. I helgene er det 2 personer døgnet rundt.

I bemanningsplanene for fremtiden legges det opp til en økning der man har 4 på dagtid, og 3 på kveld og natt. Tilsvarende legges det opp til en økning i helgene fra 2 til 3 døgnet rundt i helgene (3,5 på kveldene pga overlapp, dvs det foreslås en midtvakt i bemanningsplanen basert på aktivitet).

Per i dag er det tilknyttet totalt 13,5 årsverk til AMK Østfold (inkl. ledelse). Hvis man regner med sykefravær, fagdager og ferie i dette antallet så blir det reelle forbruket rundt 15 årsverk (grunnbemanning multiplisert med en faktor på 1,36). Med ny bemanningsplan som beskrevet over vil behovet for årsverk øke til drøyt 18.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	HELSE  SØR-ØST	Dato: Side: 20 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:	

Alternativ 2 – Samlokalisere AMK Østfold og AMK Oslo/Akershus

I dette avsnittet er hensikten å beskrive hvilke tiltak som må iverksettes – samt konsekvenser av at AMK Østfold skal kunne samlokaliseres AMK Oslo/Akershus.

AMK Oslo/Akershus er i dag lokalisert ved OUS sin virksomhet ved Ullevål, (tidligere Ullevål Univrsitetssykehus) og betjener Oslo og Akershus fylker. Sentralen forholder seg således til Vestre Viken HF, Akershus Universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet diakonale sykehus samt aktuelle LV (legevakt) sentraler og nødnetter innenfor opptaksområdet. Videre har man en utvidet kontaktflate i forhold til koordinering av Luftambulansetjenesten.

OUS utreder nå ulike løsninger for en fremtidig AMK sentral i hovedstadsområdet. I dette arbeidet er AMK Østfold med i vurderingene, og prosjektet skal levere sin konseptrapport i løpet av 2013.

Drift av opptaksområde Østfold vil kunne inngå som en del av AMK Oslo og Akershus totale drift for Oslo, Akershus og Østfold. AMK sentralen vil i prinsippet forholde seg likt til alle sykehusene i dette området, på lik linje med det man gjør i Oslo og Akershus i dag.

Organisering

AMK Oslo/Akershus er organisert som en egen seksjon under senter for prehospitaltjenester i klinikk for Akuttmedisin.

Drift

Prosjektet beregner at det blir en del stordriftsfordeler ved samkjøring med Oslo og Akershus. Det beregnes derfor at det bør avsettes inntil 4 operatørplasser for å betjene Østfold. I utredningen av ny sentral vil disse da inngå i ny sentrals totalt 24 plasser.

På kort sikt vil AMK Oslo og Akershus kunne betjene Østfold ved å omdefinere de plasser man allerede har ved virksomheten på Ullevål. Dette innebærer å ta i bruk eksisterende opplærings/øvings plasser mens opplæringsvirksomheten flyttes til tidligere lokaler for teknisk drift (Teknisk drift er i stor grad flyttet til andre lokasjoner i regi av Sykehuspartner). Østfold vil da betjenes fra dagens 18 tilgjengelige plasser.

Videre vurderes det at det er kapasitet også i nåværende driftssystemer til å kunne betjene også Østfold innenfor nødnett. Foreløpig vurdering fra leverandør tilsier at det også er kapasitet i IKT systemene (må analyseres nøye).

AMK Oslo og Akershus har samarbeidsforaer mot akuttmottakene, LV sentralene og de andre nødnettene. Seksjonslederne i ambulansetjenesten er sentrale medspillere i dette. Dette kan imidlertid forbedres og intensiveres og må videreutvikles til også å gjelde de forskjellige instansene i Østfold.

I krisestituasjoner varsles aktuelle akuttmottak, LV sentraler iht egne prosedyrer. Ytterligere behov for mannskaper prehospitalt varsles via UMS (Unified messaging system). Fortløpende kommunikasjon mellom AMK Oslo Akershus og SØ sikres via AMK til skranke kommunikasjonsamt, beredskapsweb og på administrativt nivå (jfr HSØ beredskapsplan). Prosedyrer må gjennomgås/ revideres i samarbeid med ambulansetjenesten og det akuttmedisinske miljøet i Sykehuset Østfold.

”Skranken” i akuttmottaket Østfold vil få en sentral rolle i et alternativ der AMK Oslo og Akershus dekker Østfold. Skranken i SØF blir således kontaktpunktet mellom de intrahospitale ressursene i SØ og AMK sentralen i O/A på lik linje med ”skrankefunksjonen” i de andre HF i Oslo og Akershus. Dette er funksjon som vil videreutvikles i alle HF med akuttfunksjoner og LV sentraler fremover.

 SYKEHUSET ØSTFOLD		Dato: Side: 21 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:	

Bemanning

Det beregnes at man gjennomsnittlig vil trenge en bemanning tilsvarende 3 plasser i sentralen. Stordriftsfordel ved å ta over Østfold vil særlig være i forhold til koordinerings funksjon.

Det er helt nødvendig å ha fokus på mulighet for rullering av ansatte mot f.eks ambulansetjenesten, type vakter i sentralen etc for å kunne opprettholde målsetting om stillinger i 100 %.

Videre ønsker man fortsatt å ha stort fokus på fagutvikling og medisinsk systemansvar. Det er beregnet totalt 15 stillinger inkl fagutvikler og utvidelse av AMK systemeansvarlig legefunksjon. (0,5 stilling) ved dette alternativet.

Spørsmålet er om dette vil handle om en virksomhetsoverdragelse fra Østfold, eller om det betyr en funksjonsendring for de ansatte som har jobbet i sentralen. Prosjektet erfarer at både SØ og OUS har god erfaring og gode prosesser på å ivareta medarbeidere under endring og omstilling, - enten det er en "ordinær" omstilling eller en omstilling som oppfyller kap 16 om virksomhetsoverdragelse.

Prosjektet har ikke konkludert på dette området, men konstaterer at dette i så fall må drøftes mellom partene. Det legges også til at begge sentralene for tiden opplever god rekruttering. Det vises forørig til vedlegg 3.

Økonomi:

Med bakgrunn i beregninger på bemanning, har man kommet frem til en årlig driftskostnad på ca. 15 millioner pluss at man må beregne og overfører dagens driftsutgifter som SØ har i forhold til drift av IKT/Nødnnett.

Investering

Ved ny sentral beregnes det at Østfold medfører en utvidelse med 4 betjeningsplasser. Dette tilsvarer ca 4 millioner kroner (1 mill pr betjeningsenhet). Totalt vil Østfolds andel av investering i ny AMK sentral være ca 20 %. Prosjektet er pr dato ikke kjent med eventuelle totale kostnader for ny AMK sentral Oslo Akershus, men det anslås at Østfold andel av kostnadene vil være ca 20 % (300.000 innbyggere av totalt 1 500 000 innbyggere). Det er ikke avklart hvordan dette skal finansieres.

Anmerk: Helse Sør Øst er i gang med et prosjekt i forhold til finansiering av prehospitaltjenester. Det er ikke gjort avklaring i forhold til hvorvidt prosjektet vil kunne fange opp endringer i opptaksområder og hvordan dette slår ut for finansieringsmodell. Prosjektet foreslår at OUS/SØ gjør avsjekk opp i mot finansieringsprosjektet ang dette.

Reserveløsninger/redundans

Det er få av sentralene innenfor Helse Sør Øst som har fullgod reserveløsning. Dette gjelder også AMK Oslo/Akershus og AMK Østfold. Det er viktig at dette kommer på plass – noe som man må ha fokus på uavhengig hvilket alternativ som velges. Mulighet for reserveløsning og redundans er sentrale etter oppfølgingen etter 22. juli og således noe som alle sentraler må ha fokus på. Videre er dette også fokus i regionale prosjekter i forhold nødmeldetjenesten fremover.

I AMK Oslo og Akershus har man fokus på dette på flere områder. Det er lagt opp til redundante systemer i tilknytning til sentralen. Øvrige momenter som vurderes er utvidelse av "nødløsning" mot AMK Vestre Viken, reserve AMK på vårt senter på Lørenskog (SPAT) samt at Sykehuspartner arbeider med IKT løsninger som i noen grad ytterligere minsker risiko.

 SYKEHUSET ØSTFOLD		Dato: Side: 22 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:	

Eksempelvis egen IKT plattform prehospitaler systemer, AMIS (Akuttmedisinsk kommunikasjonssystem) til AMIS overføring mellom sentraler og mellom AMK og akuttmotak. Sentralene ser allerede hverandres ressurser i kartverk. Dette er også en sentral del av utredning av ny sentral/evt oppgradering av eksisterende sentral. Dette er en oppgave som må løses uavhengig av hvilket alternativ Østfold velger for AMK tjenester i sitt opptaksområde.

Må komme nærmere tilbake til konkretisering av dette etter hvert.

Oppsummering av de ulike alternativene

Det er en omfattende prosess å flytte AMK sentraler. Dette i forhold til byggetekniske forhold, krav til IKT/infrastruktur m.m. Planleggingen må også ta høyde for utvikling og de krav som stilles til denne type sentraler fremover.

Uavhengig av hvilken løsning Sykehuset Østfold velger i forhold til AMK funksjon, arbeider IKT miljøene i Helse Sør Øst med ombygging til mer robuste systemer som i større grad er adskilt fra sykehusenes øvrige drift. Dette medfører større kapasitet og sikkerhet, samtidig som det gir grunnlag for reservefunksjoner.

Slik det er beskrevet i dette kapitlet må detaljplanleggingen ved Østfoldalternativet innebære en grundig gjennomgang av antall m2 til AMK sentral, antall arbeidsplasser/bord i sentralen, stabsrom, pauserom, garderobe etc, kontorplasser og rombehov og behov for øvrig inventar, skallsikring/sikkerhet/nødvendig vern for sentralen, nødvendig høyde under tak for å få til datagulv m.m. (sikre nødvendig fleksibilitet fremover), sikkerhet/størelse/egnethet/ plassering/kjøling m.m. til teknisk, utvidelsesmuligheter m.m.

Videre må utredningen innbefatte plan for evt flytting, nyinnkjøp av datautstyr, Flytting /evt nyinnkjøp av datautstyr / støtteverktøy m.m.flytting /nyinnkjøp nytt nødnett, nødvendig redundans/reserve løsninger teknisk infrastruktur, tele, IKT, strøm, vann m.m., utvidelsesmuligheter/kapasitet.

I samråd med de tekniske miljøene ansees det mest hensiktsmessig å bygge opp en parallell ny sentral før man flytter fra en sentral til en ny sentral.

AMK Oslo og Akershus utreder flytting av sin sentral uavhengig av om AMK funksjon fra Østfold skal overføres til Oslo. Mange av løsningene, investeringer m.m. blir i stor grad like enten man skal dekke Oslo/Akershus (1,2 millioner innbyggere) eller om man også skal dekke Østfold (totalt 1,5 millioner innbyggere). Størelsen på operasjonsrommet vil imidlertid måtte tilpasses opptaksområde.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	HELSE  SØR-ØST	Dato: Side: 23 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:	

Forskjeller i arbeidsrutiner mellom alternativ 1 (AMK Østfold) og alternativ 2. Samlet AMK Oslo Akershus Østfold

I dette kapittelet er hensikten å beskrive forskjellene mellom alternativ 1 og 2 knyttet til arbeidsrutiner, og hvilken rolle dette kan få både for ambulansetjenesten i Østfold og sykehuset internt. AMK Østfold har en sentral rolle i sykehuset, og aktivitetsoversikter vist tidligere i rapporten, viser at AMK Østfold i større grad enn Oslo/Akershus har en koordinerende rolle internt på huset. Det er mulig man i større grad benytter ambulanser ved overføringer enn hva man gjør i Oslo, og at koordineringen av denne aktiviteten er større sammenlignet med andre.

Et annet hovedskille som har blitt trukket fram i prosjektarbeidet har vært at AMK Østfold i større grad tar en koordinerende rolle knyttet til hvor pasienten skal transporteres enn hva som er tilfelle i Oslo. I Oslo/Akershus er dette i større grad prosedyrestyrt slik at mannskapene på den enkelte ambulanse avgjør hvor pasienten skal ut fra en gitt tilstand. Det er ofte konferering direkte med konfereringsleger i sykehusene og legevaktsleger i denne prosessen.

Innspill fra AMK Østfold

AMK-Østfold fungerer i større grad som et kommunikasjonsknutepunkt for helseforetaket enn hva som er tilfelle i Oslo. Forskjellen er størst i forhold til aktiv deltagelse ved konferanse mellom leger og ambulansetjeneste og intern alarmering.

Mottak av medisinske nødmeldinger via 113 og koordinering av ambulanseoppdrag (ambulansebestilling) utgjør kjernen i AMK-sentralenes virksomhet. Sistnevnte er felles kjennetegn for begge sentralene. Det beskrives videre kjennetegn ved AMK-Østfold:

- AMK-sentralen har i dag godt samarbeid med lokale sykehus/regionsykehus og har etablert rutiner for hvilke sykehus som til enhver tid skal motta pasienter til såkalt «fast-track» diagnostikk og behandling. Med «fast track» menes her diagnoser/tilstander hvor det er etablert særskilte rutiner for diagnostikk/behandling og hvor tiden fra symptomdebut til diagnostikk/behandling er av stor betydning for utfallet. Eksempler på dette kan f.eks. være pasienter med multitraumer, hjerneslag eller hjerteinfarkt.
- AMK-sentralen har et godt og nært samarbeid med sykehus, legevakt og ansvarlige for kommunale øyeblikkelig hjelp senger, AMK Østfold har rutiner for innmelding av pasienter. Ved innmelding av pasienter til såkalt «fast-track» behandling i sykehus, har AMK-sentralen gode og særskilte rutiner for innmelding av pasient som sikrer at nødvendige sykehusressurser er varslet.
- AMK-sentralen viderefremidler og/eller konferansekobler i dag henvendelser til legevaktsentral på prioritert linje der man har gule oppdrag som LV skal håndtere. Pr. i dag er dette de fleste gule oppdrag (middels hastegrad).
- AMK-Østfold varslers i dag lokal ambulanse og legevaktstlege, såkalt «lege-ambulanse-alarm».
- AMK-Østfold har i dag nært samarbeid med sykehusene og har etablert rutiner for konferering med ulike spesialister i aktuelle sykehusavdelinger.
- AMK-Østfold har i dag nært samarbeid med AMK-leger i vakt som bistår AMK-operatørene ved behov. Vakthavende AMK-leger varsles rutinemessig ved større hendelser, AMK-leger er da fysisk til stede på AMK og ivaretar rollen som strategisk beredskapssjef for Sykehuset Østfold. AMK og AMK-leger er direkte og i tett kontakt for å avklare forhold rundt ulykken.
- AMK-Østfold har etablert rutiner for samarbeid med politi og brannvesen. AMK-sentralene har etablert et felles samarbeidsfora med lokale nødmelde-sentraler for politi (112) og brann (110) for å sikre nødvendig samarbeid og samhandling.
- AMK-sentralen har i dag svært gode og etablert samarbeidsfora med kommuner og akuttmottak i sitt opptaks-området for å sikre nødvendig samarbeid og samhandling. AMK-Østfold har i dag

 SYKEHUSET ØSTFOLD	HELSE  SØR-ØST	Dato: Side: 24 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:	

samarbeid med legevaktsentralene og kommuner via blant annet UFAB (utvalg for akuttmedisinsk beredskap).

- AMK-sentralen har rutiner for håndtering av hendelser i grenseområdene, herunder samarbeid med nabolandenes helse- og redningsressurser. Det bygges i dag opp god kommunikasjon med naboland, og gir i dag mulighet for kommunikasjon med RAKEL (kommunikasjonsutstyr på svensk side).
- Koordinatorer med lang erfaring og god kunnskap i forhold til lokale ressurser og geografi i Østfold. Det er god tilgang på personell, og flere ønsker mer av sin arbeidstid /stilling på AMK.
- Kostnadseffektive pr. dags dato med godt resultat, mange oppdrag pr. operatør, bra responstid med dagens bemanning. Dette fører til erfaringer og god kompetanse p.g.a. mengdetrening.
- Ingen alvorlige klagesaker med pålegg fra Helsetilsynet med fokus i media.
- Mulighet for rulleringsordning mot ambulanse/akuttmottak.
- AMK er bindeledd mellom ambulanse og mottagende leger i sykehuset, legene vurderer om pasienten skal til legevakt eller sykehus. Dette er spesielt viktig i forhold til samhandlingsreformen, da en del pasienter legges rett inn i helsehus i kommunen.
- Lett å endre og innføre nye tekniske løsninger i en liten oversiktlig sentral. Oppgraderinger enkle å gjennomføre.
- Liten sentral som er lett å overføre til reserveløsning.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	HELSE  SØR-ØST	Dato: Side: 25 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:	

Innspill fra AMK Oslo/Akershus

Arbeidsflyt og samarbeid mellom AMK Oslo og Akershus og Ambulanseavdelingen er regulert i retningslinje av 6.1.2012.

Formålet med en retningslinje for samarbeid mellom AMK operatørene og ambulanspersonell, er å sikre kravene til utførelsen av oppdrag beskrevet i "Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus" § 9a, b, c og § 15a, b.

Fremgangsmåte:

1. AMK har ansvar for oppdraget og for oppfølging/veiledning av innringer til ambulanspersonellet er fremme hos pasienten.
2. AMK er ansvarlig for valg og varsling av mest hensiktsmessig enhet(-er) til gjennomføring av oppdrag på bakgrunn av hastegrad i følge medisinsk indeks, ressurstilgjengelighet og gjeldene prosedyrer.
3. Ambulansepersonellet orienteres dersom andre ressurser er varslet/sendt.
4. Ambulansepersonellet varsles på samband dersom det tilkommer nye opplysninger om oppdraget.
5. Ambulansepersonellet bistår AMK med sin lokalkunnskap i oppdrag med spesielle utfordringer eller for å identifisere hendelsessted.
6. Ambulansepersonellet overtar pasientansvaret når de er fremme hos pasienten(-e).
7. Ambulansepersonellet gir en rask tilbakemelding til AMK ved ankomst hendelsessted /skadested
8. AMK bistår ambulanspersonellet med utsendelse av ytterligere ressurser, innhenting av opplysninger eller konferanse med AMK lege.
9. Oppkall fra ambulanspersonellet etter ankomst på hendelsesstedet, skal ved kode I og II besvares umiddelbart.
10. Når ikke lege er rekvirent, avgjør ambulanspersonellet på hvilket nivå innen helsetjenesten pasienten skal leveres.
Dette kan være legevakt - sektorsykehus - traumemottak. Pasienter som tilsees på stedet må fylle definisjoner og krav i gitt prosedyre " Pasienter som ikke transporteres til sykehus/lege" i MOM (Medisinsk Operativ Manual, v.6, s 38). **TILLEGG:** Når lege/legevakt er rekvirent skal pasienten tas med til legevakt eller sykehus med mindre pasienten motsetter seg ambulansettransport eller konferering med lege tillater at pasienten blir etterlatt på stedet.
11. AMK avgjør leveringssted i henhold til sektorisering/folkeregister eller annen relevant informasjon, for eksempel redusert mottakskapasitet.
12. Ambulansepersonellet gir AMK melding om de er operative eller må oppgradere bil/utstyr umiddelbart etter at oppdraget er avsluttet.

Operasjonsleder i AMK-sentralen leder og koordinerer virksomheten derfra, og er leder for alle mannskaper på vakt. På vakttid er operasjonsleder også første kontaktpunkt i personelladministrative saker. Operasjonsleder er bindeledd mellom mannskapene på vakt, operativ leder i ambulansavdelingen og jourhavende leder. Ved storulykker og masseskadehendelser har AMK-sentralen behov for å forsterke sin kapasitet og samtidig utføre varslings- og mobiliseringsoppgaver. Dette betyr at operasjonsleder skal utføre koordinerende ledelse i tiden frem til krisestab i Prehospitalt senter blir satt.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: Side: 26 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:	

AMK-sentralen ved Oslo universitetssykehus skal ivareta rollen som regional-AMK-sentral i Helse Sør-Øst. Dette innebærer bistand til de andre AMK sentralene ved behov eventuelt å koordinere de samlede prehospitaltressurser ved store hendelser.

Operatørene sjekkes ut som medisinsk operatør og ressurskoordinator. Ressurskoordinatorer sjekkes ut for de ulike geografiske områdene, i tillegg til spesialfunksjoner som bl.a. luftambulanskoordinering. Dagens organisering innebærer koordinator for Stor-Oslo, Asker/Bærum med Follo, samt Romerike med Oslo lufthavn. Luftambulanskoordinering vil bli skillt ut som egen koordinering med egne koordinatører sjekket ut i samarbeid med Luftforsvarets seleksjonssenter på Rygge. Disse gis særskilt opplæring i samarbeid med medisinsk operatør og luftambulansavdelingen. OUS er nå i ferd med å bygge opp egen kompetanseplan for dette fagområdet.

Juridiske avklaringer

Jurist i avdeling fag og pasientsikkerhet i Sykehuset Østfold har gjort en vurdering av problemstillingen knyttet til pasientregistrering m.m i en situasjon hvor pasientdata for innbyggere i Østfold registreres i Amk Oslo og Akershus. Prosjektet anser at dette blir etter samme modell som at AMK OUS også i dag dekker nødmeldetjeneste for de andre HF i Oslo og Akershus.

Viser for øvrig vedlegg 2.

Oppsummering

Det er identifisert forskjeller mellom dagens sentraler i Helse Sør Øst selv om det også er mange likhetspunkter.

I forhold til Oslo/ Akershus og Østfold velger prosjektet å drøfte spesielt følgende momenter:

Ansatte og ansettelsesforhold. AMK Oslo/ Akershus har i det vesentlige faste ansatte som hovedsakelig arbeider i sentralen, mens i Østfold ruller ansatte inn fra hhv akuttmottak og ambulansetjeneste.

Prosedyrer: I AMK Oslo Akershus dialogen direkte mellom ambulanspersonell og f.eks triageringslege/ akuttmottak – men i Østfold er Amk i større grad med i kommunikasjonen mellom ambulans og mottakende sykehus/LV.

Varsling etc internt: I Oslo og Akershus har skrankefunksjonene i HF ansvar for internvarsling i sitt eget HF, mens i Østfold er AMK i større grad involvert i dette. Anmerk: I forhold til eksisterende beredskapsplan har SØ tatt høyde for økt arbeid i skranken i akuttmottaket – egen katastrofefunksjon.

Samarbeid med pirmærhelsetjenesten: AMK Østfold har en sentral rolle i dette i dag Det må legges kompenserende for/løsninger i alternativ 2, da Oslo/Akershus ikke har de samme rutineene per i dag. **Samarbeid med Sverige:** AMK Østfold har en sentral rolle og lang erfaring i dette. AMK Oslo og Akershus har ikke tilsvarende i dag. Må bygges opp/videreføres med basis i Østfold.

I alternativ med ny AMK i Østfold/Kalnes vil man også i større grad innføre faste ansatte i AMK samt at avstand til akuttmottak vil kunne endre sentralens funksjon fremover. Kravene til overflow og samarbeid mellom sentralene i Helse Sør Øst vil medføre at sentralene blir mer standardiserte og "like" i forhold til utstyr, kompetanse og prosedyrer.

Arbeide i AMK Østfold oppleves spennende og interessant for de ansatte i akuttmottaket og ambulansetjenesten. Dersom AMK Østfold innlemmes i AMK Oslo Akershus melder tillitsvalgte representanter at det på sikt kan være en utfordring i forhold til rekruttering til akuttmottaket og ambulansetjenesten i Sykehuset Østfold.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	HELSE  SØR-ØST	Dato: Side: 27 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:	

Prosjektet vurderer at kvaliteten for pasientene blir like god i begge alternativene. Utvikling i forhold til teknologi/kart m.m. gjør at avstand ikke vil ha så stor betydning fremover. Begge alternativ vil vektlegge sertifisering/kjentmannskrav til koordinatorene.

Ingen av sentralene har i dag tilfredstillende reservefunksjon. Dette må løses uavhengig av hvilke alternativ man velger for AMK funksjon i Østfold.

Alternativ 2 (AMK Oslo Akershus Østfold) innebærer at man splitter den tradisjonelt enhetlige tjeneste bestående av AMK og ambulansetjeneste. Prosjektet vurderer ikke at dette vil ha særlig betydning for driften. utfordringer må løses med aktuelle formaliserte samarbeidsfora. Prosjektet ser også fordeler ved en økt profesjonalisering av AMK tjenestene.

Det er fortsatt behov for avklaringer og drøftinger både innenfor juridisk ansvar, avklaring av virksomhetsoverdragelse m.m. Det bør tas hensyn til i videre utredning og konkretisering av det alternativ som velges - og som et ledd i et gjennomføringsprosjekt.

En eventuell risiko ved en sentralisering til Oslo/Akershus er først og fremst at man reduserer antall geografiske lokasjoner hvor man kan motta 113-telefoner og andre henvendelser. Større enheter vil kunne gi mer robuste tjenester ved at det er flere som kan ta i mot telefoner ved medisinsk nød, men slik teknologien er innrettet i dag vil det også øke sårbarheten ved at man reduserer antall lokasjoner som kan tolerere nedetid. Prosjektgruppen har ikke klart å påvise signifikante kvalitetsforskjeller mellom sentralene, ei heller store forskjeller i driftskostnader mellom de ulike alternativene. Valget mellom alternativene vil derfor i større grad dreie seg om kostnaden knyttet til investering i nytt bygg på Kalnes, og hvilke prinsipper man legger til grunn for hva som skal ligge i et komplett akuttisykehus av Østfolds størrelse.

 SYKEHUSET ØSTFOLD		Dato: _____ Side: 28 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id: _____	

Vedlegg

Vedlegg 1

Vedlegg til Alternativ 1 – Bygge ny AMK-sentral på Kalnes

Grunnlag for romfordeling i sikkerhetssone 2:

- Kontrollrommet inneholder 8 operatørplasser. En slik plass krever mer areal enn en vanlig kontorplass. En rekke datasystemer skal ha plass på hver operatørplass. Det nevnes; AMIS (over to skjermer), Transmed, Nødnett (ICCS) og intranett/Bliksund. Dette krever opp mot fem dataskjermer (som står ved siden av hverandre) til hver operatørplass. Med en skjermstørrelse på 24" blir dette opp mot 275 cm langt. Det vil si at alle bord må være opp mot 3 meter lange. Arealet rundt hver plass er beregnet til 15 m² (3meter x 5meter). Med 8 operatørplasser blir da dette 120 m². Dette er også det de fleste andre AMK sentraler har som mal.
- AMK sentralen bør være utformet slik at den fyller krav til universell utforming.
- Med en bemanning på 4 personer, må man ha 7-8 operatørplasser, slik at man har 3-4 plasser ekstra ved nedfall av plasser og mulighet for å bemanne opp sentral ved større hendelser og kriser. Dette er også fornuftig i forhold til en fremtidig utvidelse at man bygger med flere plasser en dagens 4 plasser.
- AMK sentralen må bygges med tanke på at sikkerheten blir godt ivaretatt, noe som krever minst to soner med sikkerhets adgang. Kamera overvåkning må være ved alle innganger til sentralen. Vinduer i sentralen bør også være tilnærmet skuddsikrede. Det er en stor fordel om en slik sentral plasseres så høyt som mulig i bygget for best mulig sikring.
- AMK sentralen må bygges med datagulv, slik at man har størst mulig fleksibelt til å flytte rundt på plasser og omgjøring av sentralen. Dette reduserer også brannfare.
- Innenfor sikkerhets sone 2 (indre sone) bør man ha spiserom/kjøkken, wc, samtalerom/stillerom og kontrollrom. Ved en slik utforming kan man bevege seg fritt innenfor et sikkert område og raskt komme inn i sentralen ved behov.
- Det er en meget stor fordel om datarom for Nødnett ligger nært kontrollrommet, og at det er visuelt innsyn til datarommet fra kontrollrommet slik at man ser hvem som beveger seg inn og ut av rommet. Men dette stiller store krav til lydisolering av datarom.
- Det er også ønskelig at møterom/kriserom/beredskapsrom ligger innenfor sikkerhets sone 2, og rett ved siden av AMK. Det må være glassvegg/store vinduer mellom kontrollrom og møterom. Rommet bør inneholde et eget rom med glassvegger med to operatørplasser som kan brukes ved kriser og med tanke på opplæring. Dette rommet kan også tas i bruk hvis man i fremtiden trenger en større AMK sentral eller sette opp en reserve AMK for andre områder.
- I kontrollrommet og møterom/kriserom/beredskapsrom må man legge stor vekt på god akustikk og lysforhold. Det må også være et godt ventilasjons-/klima anlegg som kan styres fra rommet.
- Samtalerom og stillerom - dette rommet bør være slik at ansatte kan trekke seg tilbake for å snakke sammen om hendelser etter vaktskifte og/eller ved behov. En vakt på AMK er preget av mange sterke inntrykk, hendelser og stress, og den enkelte kan ha behov for å sette seg ned et sted hvor det er stille.

 SYKEHUSET ØSTFOLD		Dato: Side: 29 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:	

- Kjøkken og spiseplass – er viktig at man godt kjøkken og spiseplass, da man under en vakt på AMK vil ha liten mulighet for å forlate bygget for å kjøpe mat og drikke. Det er også sannsynlig at man vil ha vaktlengder på opp mot 12 timer på AMK i fremtiden.

Grunnlag/krav for romfordeling i sikkerhetssone 1:

- Inn til sikkerhetssone 1 må det være adgangskontroll med kamera og ringanlegg.
- Kontor til Seksjonsleder og fagstillinger må også legges her. Disse kontorene har normal standard for kontorrom.
- Det trengs et lite lager/Kopi rom hvor man kan lagre forbruksmateriell.

Grunnlag/krav for romfordeling i inngang sone/garderobe:

- Garderober – man trenger to garderober med Wc og dusj en for menn og kvinner. Det vil være ca 40 ansatte som jobber ved AMK som trenger garderobeplass. Det er laget en litt større garderobe som da man ikke vil en like fordeling mellom menn og kvinner. Slik ta man kan ta høyde for utvidelse av ansatte.
- Datarom – for andre tekniske løsninger og Nødstrøm til sentralen.

Nødnett – datarom tilknyttet:

Ved etablering av AMK på nytt sted må det i forbindelse med Nødnett etableres et teknisk rom mindre enn 100 meter fra operatørplassene. Eller kan kostnader og tekniske løsninger bli mer komplisert.

Tekniske installasjoner

Teknisk rom for AMK sentraler dimensjoneres iht. antall skap sentralen skal ha. Dette beregnes ut fra hvor mange operatørplasser man skal ha. HDO har laget et regneark for å beregne dette. Beregninger av dette gjør at man med 10 operatørplasser trenger dette:

- 2 stk WP-skap
- 2 stk CLI-skap
- 1 stk TRM-skap
- 1 stk IT-skap
- 1 stk ICCS-skap

Totalt 7 skap i teknisk rom til Nødnett.

Arealet til dette er 12,6 m² kun til skap.

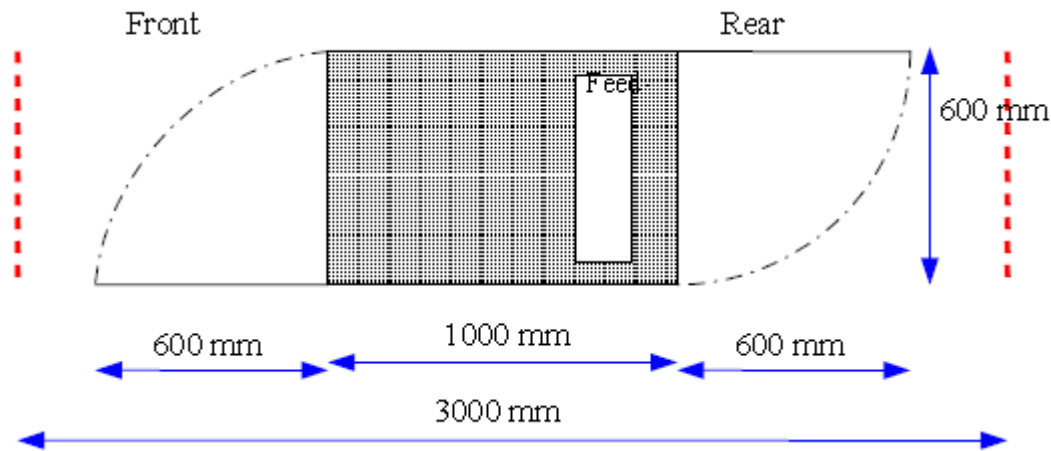
Hvert skap er 60 cm bredt og 100 cm dypt. Høyden varierer fra 200 cm til 220 cm på skapene.

Det skal kunne åpnes dører foran og bak på hvert skap. Det innebærer at et skap trenger en plass på 3 meters lengde. Med 60 cm brede skap, trenger hvert skap 1,8 m² golv areal. Se tegning av et skap under.



Sluttrapport

Prosjektnr/-id:



60 cm x 7 skap er 7 meter x 3 meter er totalt 21 m².

I tillegg kommer plass, strøm og kjøling av rommet. Står utstyret for tett i rommet krever dette mer kjøling grunnet mer varme produksjon. Derfor anbefales det at datarom er noen større enn minimumsarealene. Av den grunn bør et slikt datarom være minst 40-50 m²

TRM-skap (transmisjon): Her terminerer Bane/Tele sitt samband fra Tetranettet, fiber eller kobber-samband inklusiv modemer og multipleksere. Dersom det er dårlig plass i et teknisk rom, kan det være en mulighet å benytte ett lokalt dataskap til TRM-skap.

CLI-skap: Inneholder Motorola-utstyr for å ivareta kopling mot Tetranettet. Antall skap kalkuleres ut ifra antall ICCS operatørplasser, se vedlegg 1 "AMK beregning..".

ICCS-skap: inneholder sentralenheten (ICCS-switch) og kabinetter for forskjellige interface kort.

IT server-skap: inneholder de nødvendige servere, switcher, brannmur etc. ifm leveransen. Antall skap kalkuleres ut antall ICCS og MMS operatør-plasser, se vedlegg 1 for utregning.

WP server-skap: Inneholder klient-servere for hver enkelt operatør-plass. Kalkuleres ut ifra antall operatørplasser, se vedlegg 1 for utregning.

Klargjøring av strøm og jording

- UPS
- Fremføring av strøm til operatørrom
- Fremføring av strøm og jording til teknisk rom
- Anskaffe og montere opp RJ45 panel i teknisk rom
- Bestille og klargjøre telefonlinjer
 - Telefonlinjer mot offentlig nett termineres i RJ45 panel i teknisk rom
 - Telefonlinjer mot internt(PABX) termineres i RJ45 panel i teknisk rom
- Klargjøring av kabeltrase (gjennomføringer og kabelgater).
- Det er lokalt ansvar å fremskaffe strømuttak for nye terminaler.
- Kabling: Det er lokalt ansvar å tilrettelegge framføringsveier.



Sluttrapport

Prosjektnr/-id:

Datapunkter/Strøm

Det må sørges for at AMK er bestykket med nok datapunkter med tilgang til nødvendige nett

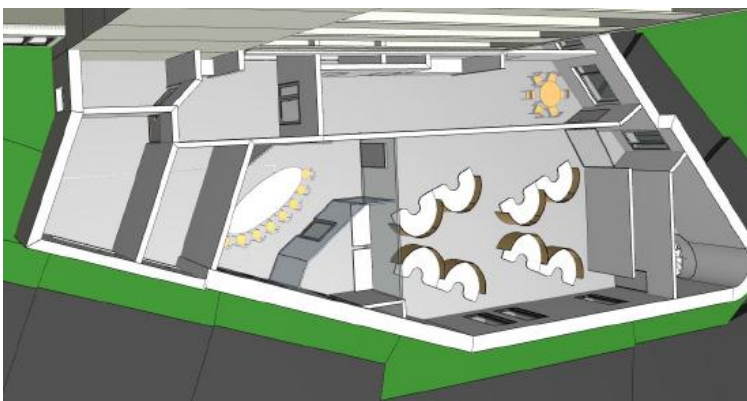
Det må sørges for at AMK er bestykket med nok strømpunkter knyttet til USP og nødstrøm.

Forslag på plantegning til ny AMK Østfold:

Detter er kun et enkelt forslag til plantegning til ny AMK, rom vil ikke være med riktige proporsjoner men m2 som står på tegninger er de riktige målene.



3D bilde av område rundt operasjonsrom



 SYKEHUSET ØSTFOLD	HELSE  SØR-ØST	Dato: _____ Side: 32 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id: _____	

Vedlegg 2:

Juridiske avklaringer

Jurist i direktør fag og pasientsikkerhet sin stab i Sykehuset Østfold har vært konsultert vedrørende håndtering av pasientopplysninger på tvers av ulike juridiske enheter.

Dette håndteres i dag i Oslo/Akershus ved at ambulansetjenesten og AMK er en felles tjeneste, mens dette ikke vil være tilfelle hvis AMK Østfold innlemmes i Oslo/Akershus. Prosjektgruppen har vurdert at det ikke ligger stor og prinsipiell problematikk knyttet til denne problemstillingen. AMK-tjenester er rettslig sett forankret i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a pkt. 4. Nærmere bestemmelser om virksomheten er gitt bl.a. i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, se vedlagte lenke til lovdata.

<http://lovdata.no/for/sf/ho/xo-20050318-0252.html#map006>

Både bestemmelsene i forskriften og merknadene til de enkelte bestemmelsene tar utgangspunkt i at det ikke er et krav om at alle sykehus med akutfunksjon har eget mottak av medisinsk nødnummer. Det forutsettes derimot at det finnes systemer for kommunikasjon av informasjon bl.a. mellom ulike instanser i spesialisthelsetjenesten. Hvis man ser på merknadene til § 6 finner man følgende formulering:

Til § 6

Systemet for medisinsk nødmeldetjeneste består av følgende elementer: Medisinsk nødnummer, akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (heretter AMK-sentraler) innen spesialisthelsetjenesten, legevaktssentraler (heretter LV-sentraler) i kommunehelsetjenesten og et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsepersonell i vaktberedskap. Sykehus med akutfunksjon uten mottak av gjeldende medisinsk nødnummer må sikre system for kommunikasjon med andre instanser i spesialisthelsetjenesten og eksterne ressurser.

Hvis man velger å gå for alternativ 2 vil Sykehuset Østfold bli et akuttsykehus uten mottak av nødnummer.

Videre følger merknadene til § 9 opp med følgende formuleringer:

Til § 9

Begrepet AMK-sentral omfatter sentraler med mottak av medisinsk nødnummer. Sykehus med akutfunksjon uten mottak av medisinsk nødnummer, må ha en kommunikasjonssentral med prioriterte linjer for å ivareta behovet for kommunikasjon ved disponering av egne akuttmedisinske ressurser og mottak av pasienter.

AMK-sentralene har ansvar for å ta i mot henvendelser videreformidlet fra annen kommunikasjonssentral. AMK-sentralene har også ansvar for å varsle andre AMK-sentraler som er berørt. Dette gjelder også varsling over det regionale helseforetakets grenser. I tillegg har AMK-sentralene ansvar for å videreformidle henvendelser som egentlig skulle vært rettet til nødnumrene for brann og politi, og til hovedredningssentralene. For ytterligere detaljer om rutiner ved behov for samordnet innsats vises det til brev fra Sosial- og helsedepartementet 24. september 1998 til fylkeskommunene og Statens helsetilsyn.

AMK-sentralene skal ha utstyr for logging av viktig trafikk. Dette innebærer en systematisk og kronologisk registrering av virksomhetens aktiviteter. Lydlogg skal benyttes på alle telefonlinjer og bør benyttes på radiosamband og eventuelle andre kommunikasjonslinjer. Lydlogg er et supplement og ikke et alternativ til nødmeldetjenestens skriftlige dokumentasjon. Lydlogg er å anse som en del av pasientens journal inntil nødvendige pasientopplysninger er skriftlig dokumentert.

Jurist i i SØ tolker dette som at personvernet fra HOD sin side ikke er ment å skulle være et hinder for slik

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST Dato: Side: 33 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:

organisering av AMK-tjenstene som HSØ i samarbeid med HFene finner hensiktsmessig, jf. den pågående prosessen omkring AMK-strukturen fremover.

Slik det fremgår av teksten legger forskriften også opp til kommunikasjon både mellom de ulike AMK-sentralene og i forhold til andre nødetater, men da selvsagt innenfor de rammer som taushetsplikten setter.

All informasjonsutveksling mellom helsepersonell i forbindelse med ytelse av både akutt og planlagt helsehjelp er i prinsippet bygget på en antakelse om at pasienter ønsker at behandlende personell skal ha tilgang til relevant informasjon, jf. helsepersonelloven §§ 25 og 45. Ulike praktiske og organisatoriske løsninger rokker i prinsippet ikke ved dette. Vi kjenner i dag ordningen som involverer OUS og AHUS, vi vet at AMK-sentralen rundt omkring i landet har avtaler om at de bistår hverandre ved behov, vi vet at pasienter som har kontaktet AMK her kan bli kjørt direkte til OUS dersom deres helsemessige situasjon tilsier det (store traumer, hjerteproblematikk osv.).

Per nå velger (?) jurist i direktør fag og pasientsikkerhet sin stab derfor å tenke at tematikken omkring det formelle grunnlaget for overføring av pasientopplysninger mellom en fremtidig felles AMK-sentral ved OUS og SØ ikke er en særlig aktuell problemstilling.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	 HELSE SØR-ØST	Dato: _____ Side: 34 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id: _____	

Vedlegg 3:

Vil beslutning om å innlemme AMK Østfold i AMK Oslo Akershus (Østfold) innebære en omstilling som oppfyller vilkårene i arbeidsmiljølovens kap 16 Virksomhetsoverdragelse?

Spørsmålet er utredet av HR rådgiver i samarbeid med ed advokat i Spekter.

Alternativ 2:

Dersom AMK Sykehuset Østfold blir en del av AMK Oslo Akershus vil medarbeidere som i dag utførere arbeid i AMK sentral bli berørt av omstilling.

En tenkt overføring av AMK sentral er forelagt advokat i Spekter.

De foreløpige konklusjoner er at overføringen ikke oppfyller vilkårene for virksomhetsoverdragelse i arbeidsmiljøloven kap 16

For at noen skal kunne påberope seg rettigheter aml. kap 16, må det foreligge en virksomhetsoverdragelse, jf. § 16-1 (1): *"Dette kapittelset kommer til anvendelse ved overdragelse av en virksomhet eller del av virksomhet til en annen arbeidsgiver. Med overdragelse menes overføring av en selvstendig enhet som beholder sin identitet etter overføringen"*

Kort oppsummert kan vilkårene oppsummeres slik:

1. Overføring
2. Selvstendig enhet
3. Beholder sin identitet"

Alle tre vilkårene må være oppfylt for å oppfylle kravet til virksomhetsoverdragelse.

1. Overføring:

Dersom AMK sentral Sykehuset Østfold overføres til AMK Oslo og Akershus oppfyller dette vilkåret. Det vil være en kontrakt for overdragelse mellom Sykehuset Østfold og Oslo Universitetssykehus og overdragelsen skjer under ett.

2. Selvstendig enhet

Vilkåret kan sies å være oppfylt selv om det pr dags dato ikke er en enhet med eget budsjett. Enheten lar seg med relativt enkel grep skille ut fra øvrig drift.

3. Beholder sin identitet

Den vesentlige delen av aktiva ved AMK sentralen er de ansatte.

Medarbeiderne som utøver oppgaver /arbeid i AMK sentral utfører oppgaver /arbeide med ulik fordeling på ulike seksjoner.

Advokat i Spekter vurderer at overføring ikke oppfyller kraveet om at enheten beholder sin identitet. Selv om ev noen medarbeider jobber i all hovedsak i AMK.

Tillitsvalgte ved Delta påpeker at det er på nåværende tidspunkt er for tidlig si noe om vilkårene for virksomhetsoverdragelse foreligger da man må inn i den enkeltes avtale. Ta vekk understrekning!

Foreløpig konklusjon fra prosjektgruppen:

Dersom det ved eventuelt tidspunkt for vedtak om overføring av AMK Østfold til AMK Oslo og Akershus må det drøftes mellom partene (arbeidsgiver og arbeidstaker organisasjonene) om forståelsen av hvorvidt aml kap 16 er oppfylt eller ei. Prosjektgruppen har derfor ikke fokusert ytterligere på dette alternativet på det nåværende tidspunkt.

Alternativ 1:

 SYKEHUSET ØSTFOLD	HELSE  SØR-ØST Dato: Side: 35 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:

Dersom Sykehuset Østfold etablerer AMK sentral i egen organisasjon vil medarbeidere i seksjon ambulansse Fredrikstad og akuttmottak bli berørt av endring og omstilling. I forslaget til AMK sentral i egen enhet vil både akuttmottak og seksjon ambulansse forventes å måtte avgi årsverk for å avgi ressurser til en nyopprettet seksjon for AMK Østfold.

Innhentet ressurs: I følge seksjonsleder Merete M. Jansen i seksjon akuttmottak SØ forventes det liten risiko for at medarbeider blir overtallig ved en slik omstilling. Naturlig avgang og turnover i forbindelse med studiepermisjon i seksjon akuttmottak vil gi muligheter til å avgi ledige årsverk til ny seksjon eller budsjettmessig endring ved ev vedtak om overføring til felles AMK Oslo Akershus Østfold

Innhentet ressurs: Seksjonsleder Inga-Lill Olsson i seksjon ambulansse Fredrikstad informerer om at seksjonen allerede i dag langtidsplanlegger med at det kan komme krav om reduksjon enten ved at AMK sentral organiseres i annen form i egen organisasjon/seksjon eller blir overført til annet helseforetak. Naturlig avgang innebærer at det er liten risiko for overtallighet. Seksjonsleder ser at noen medarbeidere kan vil bli spesielt berørt av endring og omstilling da de som følge av helsemessige årsaker har tilrettelagt arbeide som AMK operatør og ikke lenger kan arbeide som ambulanssearbeider .

Kommentarer knyttet til fremtidig omstilling og ev rekruttering

Tillitsvalgte Delta og Fagforbundet og seksjonsleder Merete Fjellgaard gir uttrykk for at det er godt grunnlag for rekruttering av medarbeidere til ny AMK sentral Østfold for operatører og sykepleiere/spesialsykepleiere.

Tillitsvalgte antar at lang reisevei med behov for bytte av offentlig kommunikasjon vil medføre at et fåtall av medarbeidere som i dag arbeider i AMK Østfold vil ønske å fortsette i en ny felles AMK sentral Oslo Akershus Østfold.

AMK Oslo Akershus Opplever for tiden god rekruttering – variert utvalg av søkere med relevant kompetanse.

 SYKEHUSET ØSTFOLD	HELSE  SØR-ØST	Dato: Side: 36 / 38
Sluttrapport	Prosjektnr/-id:	

Vedlegg 4

Ad kapasitet i AMIS. (kopi av kommunikasjon på epost mellom Sykehuset Østfold og Nirvaco)

Fra: Svein Jarle Hole [<mailto:sjh@nirvaco.no>]

Sendt: 30. oktober 2013 11:32

Til: Lind Glenn-David

Kopi: Kjellrun Borgmo; Eirik Bjørnset

Emne: SV: AMIS/skalering

Hei, takk for forespørsel.

Vi har ikke mottatt noen forespørsel om skalering av AMIS i forbindelse med å slå sammen AMK-Østfold med AMK Oslo/Akershus.

En viktig funksjonalitet i AMIS og som AMK Oslo/Akershus benytter, er inndeling i distrikter for å fordele områdene mellom operatørene i AMK. Dermed oppnår en både fordeling og evt lokalkunnskap samtidig som en kan arbeide på tvers av distrikter og se ressurser i andre distrikter. Således ligger funksjonaliteten til rette i AMIS for å konfigurere Østfold inn som et eget distrikt.

Der ligger ingen formelle- eller lisensbegrensninger knyttet til AMIS for en slik sammenslåing i og med at AMIS prises pr. innbygger og at de allerede i dag er i samme kontrakt i Sykehuspartner.

Dersom det er slik at operatørene fortsatt skal sitte i Østfold, men arbeide mot en felles AMIS og AMIS database, må selvfølgelig nettkapasitet mellom sitene være dimensjonert for dette.

Vi antar at hovedspørsmålet er om AMIS teknisk sett kan dimensjoneres til å håndtere Østfold's 41.000 (2012) hendelser i tillegg til Oslo/Akershus med 170.000, altså en utvidelse på 24%?

Der er ingen tekniske begrensninger i AMIS for dette. Det som må dimensjoneres er databaseserveren, synkroniseringsserveren og nettverkskapasiteten generelt:

For *AMIS databasen* er det maskinkraft og gode driftsrutiner (tuning og overvåkning av logger) som er avgjørende.

Vi har videre lagt inn betydelige ressurser på optimalisering og stresstesting av *AMIS Synkroniseringsserver* og vi mener således denne kan håndtere betydelig større trafikk enn det som er i drift i AMK Oslo/Akershus.

På *nettverk* er ikke vi eksperter, men har noen steder sett at AMIS har vært påvirket av annen aktivitet i samme nettverk og eventuelle forsinkelser i brannmurer m.v. Ved utvidelse bør dette gås gjennom grundig av nettverkseksperter. Vi ser også at noen AMK-er kjører på et eget nettverk uavhengig av sykehuset for øvrig og det virker som en god løsning.

Vi er også klar over at trafikk i AMK varierer mye over døgnet og vi antar at AMK-ene/Sykehuspartner har beregninger for akseptabel kapasitet for håndtering av toppe. Vi stiller selvfølgelig opp for å teste AMIS for enda større belastning enn vi i dag har gjort.



Sluttrapport

Prosjektnr/-id:

Håper dette raske svaret er tilstrekkelig i denne omgang. Vi er som sagt til rådighet for å utrede spørsmålet grundigere.

VI ser frem til et fortsatt positivt samarbeid.

Med vennlig hilsen
Svein Jarle Hole



Sluttrapport

Prosjektnr/-id:

Litteratur

Utkast til Nasjonal standard for AMK-sentraler, Helsedirektoratet 2013.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 25. september 2014
Saksbehandler: Direktør pasientsikkerhet og kvalitet
Vedlegg: 1. Rapport 1/2014: Revisjon av Hjerte-, lunge- og karklinikken ved Oslo universitetssykehus HF
2. Klinikkens handlingsplan

SAK 46/2014 REVISJON AV INTERN STYRING OG KONTROLL I HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN

Forslag til vedtak:

Styret tar Konsernrevisjonens rapport 1/2014 til etterretning

Oslo, den 18. september 2014

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har gjennomført en revisjon av intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Hjerte-, lunge- og karklinikken innen områdene pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring, samt innen kompetansestyring og ressursstyring.

Revisjonens formål er å bidra til å forbedre klinikkens virksomhetsstyring slik at klinikken kan oppfylle krav som er satt for virksomheten. Hensikten med revisjonen er i tillegg lokal forankring og forbedring, samt erfaringsoverføring til organisasjonen for øvrig. Konsernrevisjonens samlede konklusjon er at klinikkens interne styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen ikke er tilstrekkelig utviklet.

Det ble avdekket svakheter innen alle reviderte områder. De ulike avdelingene har vurdert og risikovurdert funnene og det er utarbeidet handlingsplaner innen alle områder. Klinik- og avdelingsledelsens vurdering av risiko har gitt prioritet til ulike forbedringsaktiviteter som er dokumentert i handlingsplaner.

2. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør har i sitt oppdrag til klinikkleder i Hjerte-, lunge- og karklinikken for 2014 spesifisert særskilt oppfølging av revisjonen. Klinikken har utarbeidet handlingsplaner lokalt og arbeider systematisk med oppfølging og utvikling. Klinikleder har initiert en rekke tiltak som vil bedre klinikkens interne styring og kontroll spesielt.

Resultatene i revisjonsrapporten er presentert og delt med alle klinikkene slik at funnene og erfaringene kan brukes i forbedringsarbeidet i hele organisasjonen. Det er etablert en arbeidsgruppe som vurderer forbedringer av virksomhetsstyringen i Oslo universitetssykehus, herunder behovet for å styrke koordinering av sentrale føringer og forbedre implementeringsaktiviteter gjennom opplæring og lederutvikling.

Administrerende direktør vil følge opp framdrift i klinikkens handlingsplaner gjennom ledelsens gjennomgang hvert tertial.

3. Faktabeskrivelse

Konsernrevisjonen har i henhold til revisjonsplan 2012-2015 revidert intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Hjerte-, lunge- og karklinikken i Oslo universitetssykehus. Valget av klinikk er foretatt med bakgrunn i at klinikkleder ønsket en revisjon som utgangspunkt for eget forbedringsarbeid.

Formålet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere om det er etablert intern styring og kontroll innenfor et utvalg av prosesser i Hjerte-, lunge- og karklinikken. Resultatet av revisjonen har til hensikt å bidra til forbedring innen de reviderte områder for å understøtte klinikken i å nå sine mål. Avdelingene som hadde spesielt revisjonsfokus var Kardiologisk avdeling og Thoraxkirurgisk avdeling.

Beskrivelse av revisjonsområdene:

Virksomhetsstyring

Med virksomhetsstyring menes prosessene og aktivitetene som gjennomføres for å sette interne mål, definere oppgaver og aktiviteter for å oppfylle målene, å måle resultater og

bruk av informasjonen til å ha styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre sin interne virksomhet.

I virksomhetsstyringen inngår blant annet de plan- og oppfølgingsprosessene som Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre. Dette omfatter blant annet arbeidet med ”Oppdrag og bestilling”, strategi og langtidsbudsjett, budsjettering og risikostyring, månedsrapportering, tertialrapportering og årlig melding. Aktiviteter knyttet til disse prosessene, vil alle inngå i virksomhetsstyringsaktiviteter i klinikken.

Pasientforløp

I pasientforløpsprosessen inngår de aktivitetene som gjennomføres i klinikken for å sikre planlegging, gjennomføring, dokumentering og oppfølging av utredning og behandling av pasientene (pasientforløpet). Fokus i revisjonen har vært pasientforløpene for pasienter med hjerteklaff sykdom i henholdsvis Kardiologisk avdeling og Thoraxkirurgisk avdeling.

Forskning

I forskningsprosessen ble det gjennomgått og vurdert om det er etablert et helhetlig system for styring og kontroll for forskningsvirksomheten, og forskningsprosjektene. Det er også undersøkt hvordan klinikken finansierer forskningsaktiviteter, herunder bruk og rapportering av midler. Gjennomgangen tok utgangspunkt i ett forskningsprosjekt fra hver av følgende avdelinger, Kardiologisk avdeling, Institutt for kirurgisk forskning samt fra Institutt for eksperimentell medisinsk forskning.

Utdanning

I utdanningsprosessen inngår de aktivitetene som gjennomføres i klinikken for å sikre utdanning av helsepersonell. Fokuset for revisjonen har vært å undersøke i hvilken grad det er planlagt og tilrettelagt på enhetsnivå (prosessnivå), for at studenter skal få gjennomført sin praksis og LIS leger sin spesialisering. Gjennomgangen har blitt utført på thoraxkirurgisk sengepost 1 og sengeposten på lungeavdelingen. Avdelingene er valgt ut for å sikre et mest mulig helhetlig bilde av klinikken.

Kompetansestyling

I kompetansestylingen inngår de aktivitetene som gjennomføres i klinikken for å sikre planlegging, gjennomføring og evaluering av kompetansearbeidet slik at klinikken, enheter og den enkelte medarbeider har den nødvendige kompetanse i forhold til dagens og fremtidens mål og oppgaver. Utføringen av revisjonen har foregått på de samme enheter som er omtalt tidligere.

Ressursstyring

I ressursstyringen inngår de aktivitetene som gjennomføres for å sikre at foretaket til enhver tid har tilstrekkelig med ressurser for gjennomføring av oppgaver. Fokuset for revisjonen har vært styring av bemanningsressurser. Dette er gjort ved å kartlegge og vurdere på hvilken måte bemanningsplanlegging gjennomføres, på enhetsnivå (prosessnivå). Revisjonen har ikke omfattet finansiell ressursstyring, eller ressursstyring av utstyr, teknologi eller arealer.

Funn

Konsernrevisjonens samlede konklusjon: Klinikkenes interne styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen ikke er tilstrekkelig utviklet.

Det ble funnet svakheter i de ulike prosessene. De ulike funn tilsvarer konsernrevisjonens anbefalinger i vedlagte handlingsplan. Som det fremgår av handlingsplanen er alle funn som av klinikken ble vurdert med for høy risiko nå redusert til moderat (gul) eller lav (grønn).

Generelle svakheter innen virksomhetsstyringen:

- Behov for å definere roller og ansvar knyttet til virksomhetsstyringen
- System for å sikre lederes kompetanse for å ivareta oppgaver knyttet til virksomhetsstyring
- Definerings og planlegging av virksomhetsstyringen i klinikken på en samlet måte gjennom operasjonalisering av oppgaver og aktiviteter
- Operasjonalisering av mål gitt gjennom Oppdrag og bestilling på alle nivåer
- Tydeligere prioritering og planlegging av oppfølging av tiltak

Iverksatt forbedringsarbeid

Klinikken har iverksatt interne prosesser både i de avdelingene som er revidert og i de andre avdelingene i klinikken. Det ble umiddelbart utarbeidet handlingsplaner innen de reviderte områdene pasientforløp, utdanning og kompetansestyring.

Innen området pasientforløp vektlegger klinikkleder arbeidet med håndtering av henvisninger og ventelister og legenes dokumentasjon i pasientjournalen. Ventelistekoordinator har gjennomført undervisning om nivå 1 prosedyrer. Rapporteringsmal på tiltaksoppfølging er sendt avdelingene. Avdelingslederne gikk i gang med å beskrive retningslinjer for legers dokumentasjon i pasientjournalen umiddelbart etter gjennomført revisjon.

Innen utdanning og kompetansestyring vektlegger klinikken arbeidet med strategisk kompetansestyring av kritisk kompetanse (spesialsykepleiere og perfusjonister) og dokumentasjon av utdanningsprosessen. Rapportdel ressursstyring tangerer forbedringspunktene i rapportdel kompetansestyring hvor fokus er samstemming av kompetanse og bemanningsplaner opp mot aktivitetsplaner. Tiltaksplan innen dette området vil bli koordinert med budsjettprosessen i klinikken.

Årshjul er under utarbeidelse og styringslinjen blir beskrevet og dokumentert. I utarbeidelsen av handlingsplanen innen forskningsområdet har klinikkleder et nært samarbeid med klinikkens forskningsleder.

Klinikkleder forventer leveranse fra alle avdelingene i oppfølging av handlingsplaner, og disse vil bli en del av oppfølgingssamtalene klinikkleder har med avdelingslederne hver måned. Tiltakene i handlingsplanene blir også lagt inn som oppfølgingspunkter i avdelingsledernes personlige mål. Klinikkenes stab og den sentrale stab bistår avdelingene i implementering og opplæring.

Administrerende direktør vil følge opp gjennom de ulike delprosessene og samlet i tertialvise oppfølgingsmøter.

Erfaringer fra revisjonen er diskutert i sykehusets ledergruppe og inngår i videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF.

Rapport 1/2014

Revisjon av Hjerte-, lunge- og karklinikken ved Oslo universitetssykehus HF

Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
04.04.2014

Rapport nr.	1/2014
Revisjonsperiode	Oktober 2013-januar 2014
Virksomhet	Hjerte-lunge-karklinikken ved Oslo universitetssykehus HF
Rapportmottaker	Administrerende direktør Bjørn Erikstein
Kopi (av endelig rapport)	Klinikkleder Hjerte-lunge-karklinikken Oslo universitetssykehus Styreleder Oslo universitetssykehus HF Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Revisor	Tove Kolbeinsen, Omid Asthari, Tove Farstad, Wenche A.Klementsens, Mari Repstad

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	3
1.1 BAKGRUNN OG FORMÅL MED REVISJONEN	3
1.2 OMFANG OG AVGRENSING	3
1.3 PROSESS OG METODE.....	4
1.4 VEILEDNING TIL LESEREN	4
1.5 BEHANDLING AV RAPPORTEN.....	5
2. OPPSUMMERING AV UTFØRT ARBEID.....	6
2.1 KORT OM OPPSUMMERING INNENFOR DET ENKELTE OMRÅDE.....	6
2.1.1 <i>Pasientforløp</i>	6
2.1.2 <i>Forskning</i>	9
2.1.3 <i>Utdanning</i>	9
2.1.4 <i>Kompetansestyring</i>	10
2.1.5 <i>Ressursstyring</i>	11
2.1.6 <i>Virksomhetsstyring</i>	6
3. INTERN STYRING OG KONTROLL	12
3.1 KORT OM INTERN STYRING/KONTROLL	12
3.2 REVISJONSGRUNNLAG (OVERORDNET)	12
3.3 OPPSUMMERING INTERN STYRING OG KONTROLL	13
3.3.1 <i>Styrings- og kontrollmiljø</i>	13
3.3.2 <i>Målsettinger og risikovurderinger</i>	13
3.3.3 <i>Tiltak for å ha styring og kontroll</i>	14
3.3.4 <i>Informasjon og kommunikasjon</i>	14
3.3.5 <i>Oppfølging</i>	15
4. INFORMASJONSGRUNNLAG, SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING.....	16
4.1 DOKUMENTASJON.....	16
4.2 GJENNOMFØRTE SAMTALER	16
4.3 SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING.....	17

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og formål med revisjonen

Konsernrevisjonen har i henhold til revisjonsplan 2012-2015, fastsatt av revisjonsutvalget Helse Sør Øst, revidert intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Hjerte-, lunge- og karklinikken (HLK) i Oslo universitetssykehus HF (OUS). Valget av klinikk er foretatt med bakgrunn i at OUS anmodet om slik gjennomgang.

Formålet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere om det er etablert intern styring og kontroll innenfor et utvalg av prosesser i Hjerte-, lunge- og karklinikken (HLK). Resultatet av revisjonen er å bidra til forbedring av klinikkens prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll for understøttelse av klinikkens måloppnåelse.

1.2 Omfang og avgrensning

I Hjerte-, lunge- og karklinikken ble områder for gjennomgang valgt ut etter en innledende kartlegging og risikovurderinger, og i samråd med klinikkens ledelse. Hovedfokus i revisjonen har vært klinikkens kjerneoppgaver. For at disse oppgavene skal kunne utføres, er det viktig at styrings- og støtteprosesser fungerer. Revisjonen har derfor også omfattet en gjennomgang av virksomhetsstyringen i klinikken, samt kompetansestyling og ressursstyring.

Virksomhetsstyring

Denne delen av revisjonen tar for seg prosessene knyttet til virksomhetsstyringen i klinikken. Med virksomhetsstyring menes prosessene og aktivitetene som gjennomføres for å sette interne mål, definere oppgaver og aktiviteter for å oppfylle målene, å måle resultater mot målene og bruk av informasjonen til å ha styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre sin interne virksomhet.

I virksomhetsstyringen inngår blant annet de plan- og oppfølgingsprosessene som OUS HF og dermed også klinikken er pålagt å gjennomføre. Dette omfatter blant annet arbeidet med Oppdrag og bestilling, strategi og langtidsbudsjett, månedsrapportering, tertialrapportering, årlig melding, budsjettering og risikostyring. Aktiviteter knyttet til disse prosessene, vil alle inngå i virksomhetsstyringsaktiviteter i klinikken.

Pasientforløp

I pasientforløpsprosessen inngår de aktivitetene som gjennomføres i HLK for å sikre planlegging, gjennomføring, dokumentering og oppfølging av pasientens forløp. Fokus i revisjonen har vært pasientforløpene for pasienter med hjerteklaff sykdom i henholdsvis Kardiologisk avdeling (KAD) og Thorax-Kirurgisk avdeling (TKA).

Forskning

I forskningsprosessen ble det gjennomgått og vurdert om det er etablert et helhetlig system for styring og kontroll for forskningsvirksomheten, og i forskningsprosjektene. Det er også undersøkt hvordan man finansierer sine forskningsaktiviteter, herunder bruk og rapportering av midler. Gjennomgangen tok utgangspunkt i ett forskningsprosjekt fra hver av følgende avdelinger, Kardiologisk avdeling (KAD), Institutt for kirurgisk forskning (IKF) samt fra Institutt for eksperimentell medisinsk forskning (IEMF).

Utdanning

I utdanningsprosessen inngår de aktivitetene som gjennomføres i HLK for å sikre utdanning av helsepersonell. Fokuset for revisjonen har vært å undersøke i hvilken grad det er planlagt og tilrettelagt på enhetsnivå (prosessnivå), for at studenter skal få gjennomført sin praksis og LIS leger

sin spesialisering. Gjennomgangen har blitt utført på TKAS1 og sengeposten på lungeavdelingen. Avdelingene er valgt ut for å sikre et mest mulig helhetlig bilde av HLK.

Kompetansestyring

I kompetansestyringen inngår de aktivitetene som gjennomføres i HLK for å sikre planlegging, gjennomføring og evaluering av kompetansearbeidet slik at klinikken, enheter og den enkelte medarbeider har den nødvendige kompetanse i forhold til dagens og fremtidens mål og oppgaver. Utføringen av revisjonen har foregått på enhetsnivå (prosessnivå) og er gjennomført på TKAS1 og sengeposten på lungeavdelingen. Avdelingene er valgt for å sikre et mest mulig helhetlig bilde av HLK.

Ressursstyring

I ressursstyringen inngår de aktivitetene som gjennomføres i HLK for å sikre at foretaket til enhver tid har tilstrekkelig med ressurser for at oppgaver gjennomføres. Fokuset for revisjonen har vært styring av bemanningsressurser. Dette er gjort ved å kartlegge og vurdere på hvilken måte bemanningsplanlegging gjennomføres, på enhetsnivå (prosessnivå). Revisjonen har ikke omfattet finansiell ressursstyring, eller ressursstyring i forhold til utstyr, teknologi eller arealer.

Utføringen av revisjonen har foregått på TKAS1 og sengeposten ved lungeavdelingen. Avdelingene er valgt for å sikre et mest mulig helhetlig bilde av HLK.

1.3 Prosess og metode

Gjennomgangen omfatter ikke alle prosesser og alle deler av virksomheten i HLK. Dette betyr at enkeltobservasjoner kun gjelder den enhet eller det området den er beskrevet for, og det er ikke ment å være generaliserende.

Revisjonsgrunnlaget som er lagt til grunn for utviklingen av revisjonene er hentet fra

- Lov og forskriftskrav for området
- Styrende dokumenter
- Klinikkenes egne prosedyrer
- Intern styring og kontroll (fra rammeverk HSØ "God virksomhetsstyring")

Revisjonen er utført ved bruk av ulike metoder. Dette inkluderer gjennomgang av relevante dokumenter på de ulike områdene, intervjuer i stab og linje, arbeidsmøter/workshops, datauttrekk fra PasDoc og journalgjennomganger.

1.4 Veiledning til leseren

Denne rapporten er et sammendrag av resultatet av revisjonen i HLK for de områdene som revisjonen har omfattet. Detaljgrunnlaget for rapporten med vurderinger og anbefalinger innenfor hvert område, er overlevert de reviderte enhetene og samlet sett til klinikkleder. Detaljgrunnlaget som rapporten bygger på er verifisert hos de reviderte enhetene.

Kapittel 2 gir en oversikt over punkter under hvert av områdene hvor konsernrevisjonen har gitt anbefalinger.

Kapittel 3 gir en samlet oversikt over intern styring og kontroll i klinikken for områdene og delene som er dekket i denne revisjonen.

1.5 Behandling av rapporten

Utkast rapport fra konsernrevisjonen oversendes klinikkleder for innspill før oversendelse av utkast rapport til AD. Den endelige rapporten fremlegges for styret sammen med administrerende direktørs oppfølging av tiltaksarbeidet i tråd med gjeldende prosedyrer.

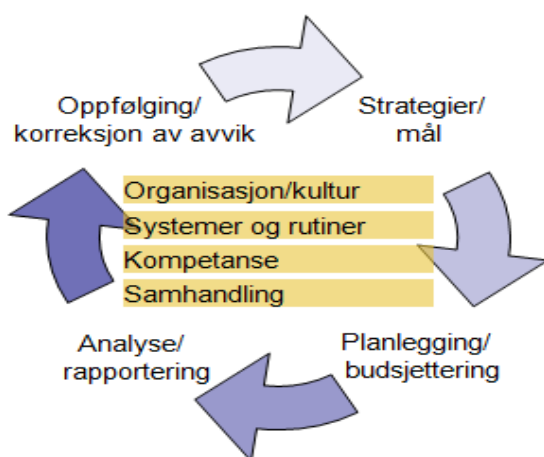
Det anbefales at administrerende direktør benytter denne oppsummeringen i oppfølging inn mot klinikken, og forsikrer seg om at tiltaksarbeidet er iverksatt og er i tråd med foretakets overordnede mål.

2. Oppsummering av utført arbeid

2.1 Kort om oppsummering innenfor det enkelte område

Resultatet av revisjonen på områdene pasientforløp, forskning, utdanning, kompetansestyring, ressursstyring og virksomhetsstyring i Hjerte, lunge- og karklinikken (HLK) fremkommer i kap 2.1.1 – 2.1.6. I denne oppsummeringen er det kun tatt med de deler av områdene hvor det er avdekket svakheter og gitt anbefalinger.

2.1.1 Virksomhetsstyring



Revisjonen har avdekket svakheter på følgende områder:

- Definerings av roller og ansvar knyttet til virksomhetsstyring
- System for å sikre at ledere har tilstrekkelig kompetanse for å ivareta sine oppgaver knyttet til virksomhetsstyring
- Definerings og planlegging av virksomhetsstyringen i klinikken på en samlet måte gjennom operasjonalisering av oppgaver og aktiviteter
- Operasjonalisering av mål gitt gjennom Oppdrag og bestilling på alle nivåer
- Tydeligere prioritering og planlegging av oppfølging av tiltak

2.1.2 Pasientforløp



Revisjonen har avdekket svakheter på følgende områder:

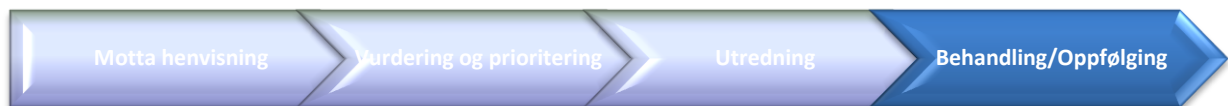
- Rutiner for registrering og videresending av henvisninger til riktig enhet
- Bruk av det pasientadministrative systemet (PAS) ved vurdering og registrering av henvisninger
- Vurdering av henvisninger innenfor kravet på 30 virkedager

- Oversendelse av fullstendig og riktig informasjon til pasient og henviser vedrørende rettighetsvurderingen og klagemuligheter



Revisjonen har avdekket svakheter på følgende områder:

- Bruk av PAS for føring av ventelister for pasienter som venter på start helsehjelp og pasienter som skal til videre utredning/kontroll
- Rutiner som sikrer at alle rettighetspasienter får startet helsehjelpen innenfor juridisk frist
- Informasjon til pasienten dersom juridisk frist ikke kan overholdes (HELFO)
- Rutiner som sikrer at pasienter får time innen det som er vurdert som medisinsk forsvarlig eller at medisinsk faglige vurderinger gjøres før utsettelse av fastsatt tentativ dato for behandling
- Informasjon til pasienten ved utsettelse av fastsatt tentativ dato
- Rutiner for fortløpende signering av journaldokumenter



Revisjonen har avdekket svakheter på følgende områder:

- Forankring av roller-, ansvars-, og oppgavefordelingen mellom seksjonene i TKA.
- Tiltak som kan redusere antall strykninger.
- Tilgang til intensivkapasitet ved gjennomføring av operasjonsprogrammet
- Rutiner for utarbeidelse og implementering av fagprosedyrer.
- Rutiner for vurdering av postoperativ medisinsk oppfølging og dokumentasjon i journalen
- Rutiner som sikrer at Tryggkirurgi sjekkliste benyttes.
- Oppdatering av informasjon i epikriser og oversendelse til oppfølgende instans



Revisjonen har avdekket svakheter på følgende områder:

- Avviksrapportering ved svikt i medisinsk teknisk utstyr (MTU)
- Definisjon av hvilken opplæring/informasjon pasient og pårørende bør ha til hvilken tid, hvem som skal gi denne og hvordan det sikres at pasienten har fått tilstrekkelig informasjon
- Praksis for å innhente samtykke fra pasient til at helseopplysninger gis pårørende
- Rutiner for å sikre at pasienter og pårørende har forstått innhold i og betydning av de opplysninger som gis
- Journalføring av opplysninger gitt til pasient
- Informasjon til pasienten ved skade eller alvorlig komplikasjon
- Forankring og prioritering av det pasientadministrative arbeidet i klinikken

- Tydeliggjøring og forankring av den enkeltes rolle, ansvar og oppgaver innenfor det pasientadministrative arbeidet
- Definisjon av krav til kompetanse og iverksetting av opplæringstiltak innenfor det pasientadministrative området.

2.1.3 Forskning



Revisjonen har avdekket svakheter på følgende områder:

- Definerer av krav til kompetanse for prosjektleder og andre som er involvert i forskningen
- Etablering av rutiner for å forhindre dobbeltfinansiering av forskningsprosjekter
- Utarbeide tilstrekkelig detaljert driftsbudsjett for forskningsprosjektene
- Utarbeide oversikt over estimerte kostnader og tilhørende finansieringsplan i forbindelse med planlegging av forskningsprosjekter
- Oppdatering av samtykkeerklæring for å sikre at pasienter er informert om risiko ved deltagelse i forskningsprosjekter



Revisjonen har avdekket svakheter på følgende områder:

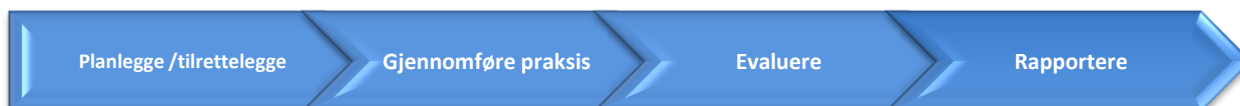
- Fortsatt prioritering og oppfølging av igangsatt arbeid med utvikling av IKT-infrastruktur
- Rutiner for datainnsamling og lagring av forskningsdata må være i samsvar med gjeldende lov og forskrifter
- Sikre forsvarlig oppbevaring av biologisk materiale (gjelder forsøksdyr)
- Rutiner for stenging av regnskapsføring ved avslutning av prosjekter



Revisjonen har avdekket svakheter på følgende områder:

- Ajourført oversikt over pågående forskningsprosjekter i klinikken
- Rutiner for vurdering og rapportering av risiko knyttet til forskningsprosjekter
- Tettere oppfølging av økonomi, fremdrift og faglige resultater i forskningsprosjektene

2.1.4 Utdanning



Revisjonen har avdekket svakheter på følgende områder:

- Definerer av ansvar og oppgaver for alle deler av utdanningsprosessen
- Formalisering av interne/avdelingsvise rutiner i kvalitetssystemet
- Kartlegging og risikovurdering av utdanningsprosessen

2.1.5 Kompetansestyring



Revisjonen har avdekket svakheter på følgende områder:

- Definisjon av mål og krav til kompetanse på klinikk-, enhets- og individnivå
- Dokumentasjon av mål og krav
- Utarbeide gjennomgående bemanningsplaner som viser samlet kompetansebehov
- Kartlegging av nåværende og fremtidige kompetansekrav
- Systematisk kartlegging av kompetansebehov



Revisjonen har avdekket svakheter på følgende områder:

- Fastsetting og planlegging av kompetansetiltak for alle faggrupper
- Gjennomføring av planlagt opplæring for alle faggrupper
- Dokumentasjon av gjennomført opplæring
- Måling av effekt av tiltak, evaluering og anvendelse av resultat i forbedringsarbeid.



Revisjonen har avdekket svakheter på følgende områder:

- Systematisk rapportering av styringsinformasjon fra hele kompetansestyringsprosessen
- Definisjon og dokumentasjon av ansvar og oppgaver knyttet til kompetansestyringsprosessen
- Opplæring i gjeldende prinsipper for kompetansestyring
- Kartlegging og risikovurdering av kompetansestyringsprosessen
- Forankring og etterlevelse av gjeldende retningslinje for kompetansestyring.

2.1.6 Ressursstyring



Revisjonen har avdekket svakheter på følgende områder:

- Avstemming av aktivitetsplaner mellom faggrupper
- Synliggjøring av kapasitets- og kompetansebehov i gjennomgående bemanningsplaner
- Ajourføring av eksisterende bemanningsplaner
- Avstemming av bemanningsplaner med samarbeidende avdelinger/enheter og faggrupper
- Dokumentasjon i forhold til turnus-/arbeidsplaner



Revisjonen har avdekket svakheter på følgende områder:

- Tydeliggjøring og forankring av ansvar og oppgaver knyttet til ressursstyringsprosessen
- Fastsettelse av kompetansekrav for arbeidstidsplanlegging og gjennomføring av opplæring
- Kartlegging og risikovurdering av ressursstyringsprosessen
- Gjennomgang og vurdering av styrende dokumenter for ressursstyring

3. Intern styring og kontroll

3.1 Kort om intern styring/kontroll

Rammeverk for god virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst ble gjort gjeldende for helseforetakene i oppdrag og bestilling for 2011. Det forutsettes at risikostyring benyttes som verktøy inn i dette. Oslo Universitetssykehus HF har i sine retningslinjer operasjonalisert rammeverket.

Et bærende prinsipp er at den interne styring og kontroll bør tilpasses den risiko og egenart som gjelder for virksomheten. Å fastsette et tilstrekkelig og hensiktsmessig opplegg for intern styring og kontroll innebærer derfor at det gjennomføres prosesser for å identifisere og håndtere risiko, dvs. risikostyring.

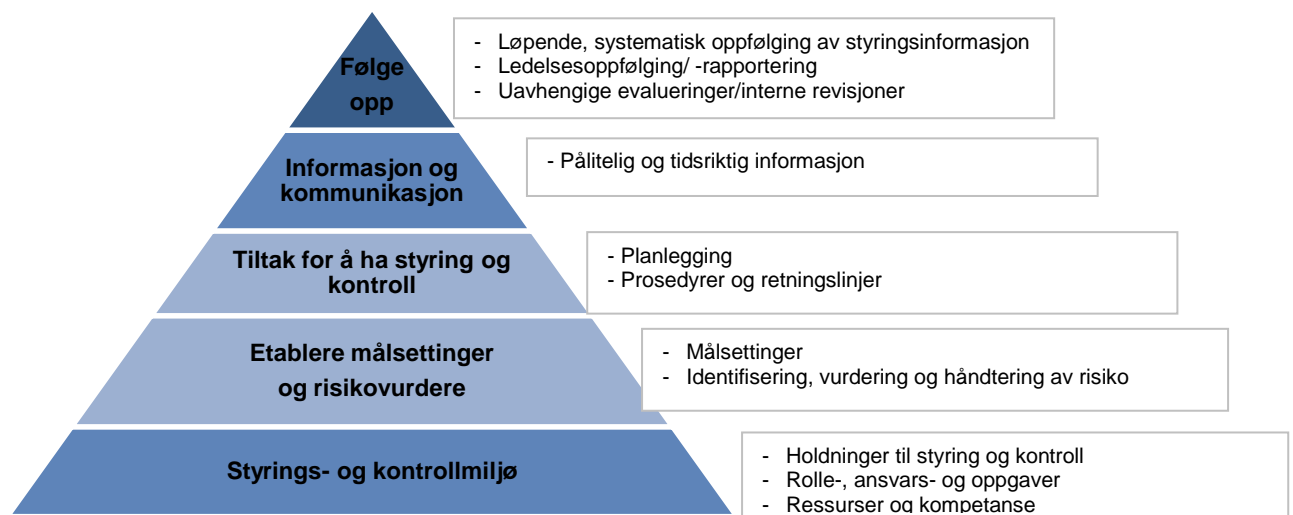
3.2 Revisjonsgrunnlag (overordnet)

Rammeverket for intern styring og kontroll inneholder 5 sentrale elementer:

1. Styrings- og kontrollmiljø
2. Etablere målsettinger og vurdere risiko
3. Tiltak for å ha styring og kontroll
4. Informasjon og kommunikasjon
5. Oppfølging/korrigerende/rapportering

Rammeverket ivaretar krav nedfelt i internkontrollforskriften¹, og har i tillegg økt fokus på styring og ledelse.

I revisjonen av HLK er utvalgte deler av intern styring og kontroll undersøkt som vist i figur 1.



Figur 1: Illustrasjon av sammenhengen i elementer og faktorer i intern styring og kontroll

¹ Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (FOR.2002-12-20 nr1731)

3.3 Oppsummering intern styring og kontroll

I dette kapitlet oppsummeres vurderingene av intern styring og kontroll som er foretatt for de reviderte områdene og som er kommunisert som ledd i verifiseringen innenfor hvert av de reviderte områdene jfr kap. 2.1.1- 2.1.6. Denne oppsummeringen viser hvor konsernrevisjonen har gjort vurderinger av innenfor rammeverket, samt angir hvilke områder det anbefales å igangsette tiltak.

3.3.1 Styrings- og kontrollmiljø

Styrings- og kontrollmiljøet er en av grunnforutsetningene for arbeidet med intern styring og kontroll i foretakene og i den enkelte enhet. Det danner grunnlaget for de øvrige elementene som inngår i et helhetlig system for intern styring og kontroll, og har således en sterk innvirkning på om arbeidet blir effektivt og av god kvalitet.

Styrings- og kontrollmiljøet består av flere faktorer, hvorav det i revisjonene har vært fokus på tre av disse. Det følger av tabell 1 hvor konsernrevisjonen har gjort vurderinger, samt angir hvilke områder det anbefales å igangsette tiltak.

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhetsstyring	Utdanning	Forskning	Ressursstyring	Kompetansestyring	Pasientforløp
Det er uttrykt forventninger til den enkeltes ivaretagelse av styring og kontroll (internkontroll)	Tiltak anbefalt	Ikke vurdert	Ikke vurdert	Ikke vurdert	Ikke vurdert	Ikke vurdert
Rolle, ansvar, oppgaver og myndighet er definert og rapporteringslinjer etablert.	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Tiltak ikke nødvendig	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt
Ledere og ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgavene innenfor sitt ansvarsområde.	Tiltak anbefalt	Tiltak ikke nødvendig	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt

Tabell 1: Styrings- og kontrollmiljøet

3.3.2 Målsettinger og risikovurderinger

Målsettingene kan både være en blanding av strategiske/overordnede mål og mer operative mål. Målene må dermed fordeles/operasjonaliseres på det enkelte nivå i organisasjonen. For å sikre måloppnåelse på de ulike nivåene i organisasjonen må de ulike enhetene som har oppgaver innenfor de ulike fasene i den enkelte arbeidsprosess, identifisere og vurdere risiko som kan hindre måloppnåelse. Det må vurderes hvor sannsynlig det er at risikoene inntreffer og hvilke konsekvenser dette kan få for foretakets evne til å gjennomføre mål på området, etterleve lov- og regelverk og oppnå pålitelige styringsdata. Gjennom dette vil den enkelte enhet og foretakene som helhet sette seg i stand til å finne tiltak for å ha god nok styring med på sin virksomhet.

Det følger av tabell 2 hvor konsernrevisjonen har gjort vurderinger innenfor området, samt angir hvilke områder det anbefales å igangsette tiltak..

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhetsstyring	Utdanning	Forskning	Ressursstyring	Kompetansestyring	Pasientforløp
Den enkelte enhet har med utgangspunkt i arbeidsprosessen, identifisert og operasjonalisert målene for sin enhet	Tiltak anbefalt	Tiltak ikke nødvendig	Ikke vurdert	Tiltak ikke nødvendig	Tiltak anbefalt	Ikke vurdert
Enheten identifiserer og vurderer risiko i prosessen.	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Ikke vurdert

Tabell 2: Målsettinger og risikovurderinger

3.3.3 Tiltak for å ha styring og kontroll

God intern styring og kontroll forutsetter tiltak som sikrer at fastsatte mål nås. Tiltak bør være etablert ut fra risiko- og vesentlighetsvurderinger, de bør være en kombinasjon av forebyggende tiltak, korrigerende tiltak og oppdagende tiltak. I tillegg er det konkrete krav i lover og forskrifter som må dekket opp gjennom konkrete kontrollaktiviteter i arbeidsprosessene, både i form av programmerte kontroller i selve systemene og manuelle kontroller.

Det følger av tabell 3 hvor konsernrevisjonen har gjort vurderinger innenfor området, samt angir hvilke områder det anbefales å igangsette tiltak.

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhetsstyring	Utdanning	Forskning	Ressursstyring	Kompetansestyring	Pasientforløp
Planlegging av virksomheten	Tiltak anbefalt	Ikke vurdert	Tiltak ikke nødvendig	Ikke vurdert	Ikke vurdert	Ikke vurdert
Prosedyrer og rutinebeskrivelser	Ikke vurdert	Tiltak anbefalt	Tiltak ikke nødvendig	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt

Tabell 3: Tiltak for å ha styring og kontroll

3.3.4 Informasjon og kommunikasjon

God informasjon og kommunikasjon er viktig for å sikre at relevant informasjon blir identifisert, fanget opp og kommunisert i en form og i et tidsperspektiv som gjør det mulig for de ansatte å ivareta sitt ansvar. Effektiv kommunikasjon skjer også i videre forstand, både vertikalt og horisontalt i virksomheten.

Det følger av tabell 4 hvor konsernrevisjonen har gjort vurderinger innenfor området, samt angir hvilke områder det anbefales å igangsette tiltak.

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhetsstyring	Utdanning	Forskning	Ressursstyring	Kompetansestyring	Pasientforløp
Generer og bruker relevant og pålitelig styringsinformasjon.	Tiltak ikke nødvendig	Ikke vurdert	Ikke vurdert	Ikke vurdert	Ikke vurdert	Ikke vurdert

Tabell 4: Informasjon og kommunikasjon

3.3.5 Oppfølging

Det siste elementet i helhetlig intern styring og kontroll er å følge opp arbeidet, vurdere resultater, rapportere resultater og eventuelle avvik, og iverksette korrigerende tiltak ved behov.

Det følger av tabell 5 hvor konsernrevisjonen har gjort vurderinger innenfor området, samt angir hvilke områder det anbefales å igangsette tiltak.

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhetsstyring	Utdanning	Forskning	Ressursstyring	Kompetansestyring	Pasientforløp
Løpende og systematisk oppfølging på klinikk, avdelings – og enhetsnivå, for å korrigere og forbedre.	Tiltak anbefalt	Tiltak ikke nødvendig	Tiltak anbefalt	Tiltak ikke nødvendig	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt
Ledelsesoppfølging/ -rapportering	Tiltak ikke nødvendig	Tiltak ikke nødvendig	Tiltak anbefalt	Tiltak ikke nødvendig	Tiltak anbefalt	Ikke vurdert
Frittstående evalueringer og interne revisjoner	Ikke vurdert	Tiltak ikke nødvendig	Ikke vurdert	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Ikke vurdert

Tabell 5: Oppfølging

4. Informasjonsgrunnlag, saksgang og rapportbehandling

4.1 Dokumentasjon

Dokumentasjon
• Overordnede styrende dokumenter
• Styresaker
• Styrende dokumenter i foretaket – nivå1 prosedyrer
• Budsjett og planer
• Prosedyrer/instrukser/retningslinjer i E-håndboka
• Avviksmeldinger
• Interne møtereferat
• Lokale prosedyrer
• Ledelsens gjennomgang
• Dokumentasjon som viser arbeidsplanlegging
• Stillingsinstrukser
• Strategidokumenter
• Sjekklistor
• Kartleggingsdokumenter
• Handlingsplaner
• Mandater
• Rapporter
• Avtaler
• Lederavtaler
• Overenskomster
• Søknad om forskningsdyr
• Forskningsprotokoller
• Samtykkeerklæringer (forskningsprosjekter)
• Søknader og tildelingsbrev i forskning

4.2 Gjennomførte samtaler

Rolle
Ledelsen i klinikken, og andre aktuelle klinikker (Medisinsk klinikk, Akuttklinikken og KDI)
Sentral stab (HLK)
Ledelsen i avdelingene (TKA, KAD, og Lungeavd)
Utvalgte seksjonsledere/ass.ledere
MTU-ansvarlige
Klinikere innenfor reviderte områder
HR-leder
Helsefaglig-rådgiver

Utdanningssykepleiere
Studentansvarlig
Datacor-ansvarlig
Leder for institutt for kirurgisk forskning
Leder og nestleder i forskningsutvalget
Forskning og undervisningskoordinatorer
Leder for Institutt for eksperimentell medisinsk forskning
Prosjektledere
Forskningsgruppeledere
Post doc forsker
Doktorgradsstipendiater
Forskningsleder
Studiesykepleier

4.3 Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
17.02.2014	Verifisering av detaljgrunnlag gjennomført for alle de reviderte enhetene
19.02.2014	Presentasjon av utkast rapport for klinikkleder
21.02.2014	Oversendt utkast rapport fra revisjonen til klinikkleder
27.02.2014	Tilbakemelding på utkast rapport
04.03.2014	Utkast korrigert for innspill fra klinikkleder oversendes AD
31.03.2014	Tilbakemelding fra AD
04.04.2014	Oversendelse endelig rapport
Ikke avklart	Fremleggelse av endelig rapport og AD's oppfølging av tiltaksarbeidet for styret

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvarsperson	Frist (dato)
A. HLK styrker sin operasjonalisering av virksomhetsstyringen gjennom å:							
1. Formalisere roller og ansvar knyttet til virksomhetsstyring	<ul style="list-style-type: none"> Organisering med tydelig og effektiv linjeledelse helt ut. Etablere prosess og rutiner for mottak av oppdrag, fordeling, rapportering og oppfølging. 	<ul style="list-style-type: none"> Strategi 2013-2018 OUS (gjelder generelt for alle punkter) Kvalitetssystemet (gjelder generelt for alle punkter) Innplassering av ledere Rekruttering og ansettelse av ledere i lederstilling Rekrutterings- og ansettelsesprosessen Omstilling - Bemanningstilpasninger - Innplassering Utviklingssamtalen: Samtale med leder Fullmaktsstruktur med fullmaktsmatrise Lederansvaret i sykehus, rundskriv I-2/2013, Helse- og omsorgsdepartementet 		<ul style="list-style-type: none"> Utarbeide/oppdatere organisasjonskart for alle enheter (dokumenteres i eHåndboken). - Leder lager utkast for egen enhet Lage lederkontrakter for ledere på alle nivåer som beskriver roller og ansvar knyttet til virksomhetsstyring. Utarbeide/oppdatere stillingsbeskrivelser for alle lederstillinger og ansvarlige stabstillinger (dokumenteres i eHåndboken). Beskrive personlige mål og tiltak for ledelsesfunksjon og kompetanseutvikling i de årlige utviklings-samtalene for ledere på alle nivåer. 	Informasjonssak på klinikkens ledermøte	Avdelingsledere HR-leder	Utført 01.02.15 01.02.15 30.09.15

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvarsperson	Frist (dato)
2. Fastsette hvilken kompetanse som forventes av linjeledere og stabsleder på ulike nivå, og legge til rette for opplæring i samsvar med disse forventningene.	<ul style="list-style-type: none"> • Er det avsatt tilstrekkelig tid til ledelse? • Balanse mellom fagansvar og lederansvar 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetansestyring - overordnede prinsipper • Utviklingsamtalen: Samtale med leder 		<ul style="list-style-type: none"> • Beskrive kompetansekrav til linjeledere (bl.a. ved utviklingssamtalen). - krav til avsatt tid for lederrollen • Beskrive behov for leder- og administrasjonsstøtte på alle nivåer. - beskrive kompetansekrav til stabsstillinger. • Kartlegge kompetanse blant ansatte i lederstillinger og stabsstillinger. • Lage opplæringsplaner for å dekke kompetansebehov for ledere og stabspersoner: <ul style="list-style-type: none"> ○ førstelinjelederprogrammet (N4, N5) og andre tilgjengelige opplæringstiltak ○ egne opplæringstiltak ○ Etablere faste programmer ○ Vedlikehold 	<p>Dokument i eHåndbok Informasjonssak på klinikkens ledermøte</p> <p>Følge opp i MU</p> <p>Resultat legges frem på informasjonsmøte i klinikken</p> <p>Dialog med HR sentralt/avd. for kompetanseutvikling</p>	Avdelingsledere HR-leder	30.09.15 01.10.15 01.03.15 01.03.15
3. Definere oppgaver og aktiviteter knyttet til virksomhetsstyring på de ulike nivåene i klinikken, f.eks. gjennom å utarbeide et årshjul og ta retningslinjene på nivå 1 mer aktivt i bruk	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Risikovurdering og -styring • Systematisk HMS-arbeid i OUS • Se årshjul i andre klinikker og avdelinger • 12 prinsipper for medvirkning i omstilling - Helse Sør-Øst • Kvalitetssystemet 		<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide årshjul for klinikken i eHåndboken innenfor; <ul style="list-style-type: none"> ○ Kvalitetssystem/ internkontroll <ul style="list-style-type: none"> • Oppdrag og bestilling: sette mål, definere oppgaver, måle resultater og utvikle og forbedre virksomheten. • Ledelsens gjennomgang 	Informasjon på klinikkens ledermøte. Dele ut oppfølgingstabell til avdelingslederne	Birgitte Kolsung (i samarbeid med klinikkstab)	01.10.14

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvarsperson	Frist (dato)
B. HLK etablerer prosesser for å planlegge virksomheten i tråd med oppdraget de mottar							
1. Det etableres en enhetlig praksis for identifisering og operasjonalisering av mål på ulike nivå i klinikken	•	<ul style="list-style-type: none"> • Oppdrag og bestilling 2014 fordelt på klinikk og stab • Risikovurdering og -styring 		<ul style="list-style-type: none"> • OBD (oppdragsdokumentet) settes opp som sak på ledermøtet i klinikken • Avdelingene melder tilbake om gjennomføringsevne • Hver avdeling rapporterer på sitt oppdrag i ledermøtet <ul style="list-style-type: none"> ○ Avdelingene rapporterer i oppfølgingsmøter ○ Avdelingene rapporterer til Årlig melding • Gjennomføre risikovurdering hvert tertial innen pasientbehandling, utdanning, arbeidsmiljø og økonomi. <ul style="list-style-type: none"> ○ Klinikkenes stab syr sammen avdelingenes risikovurderinger på klinikknivå og rapporterer til sykehusnivået. ○ Risikonivå og tiltak settes fast på agendaen til ledermøte 	<p>Tabell for rapportering på status fra hver avdeling</p> <p>Skjema sendes ut til avdelingene i god tid før frist.</p> <p>Sak på ledermøtet i klinikken før LGG</p>	Klinikkleder	<p>Utført mars 2014</p> <p>Utført Juni 2014</p> <p>Utført mai 2014</p>
6. Det utarbeides planer som sikrer at alle deler av oppdrag og bestilling i møtekommene, som igjen kan brukes som grunnlag for utfylling av årlig melding.	•	•		<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeider rapporteringsmal 	Rapporteringsmal brukes i dialog med avdelingene	Sentral stab/ klinikk stab	Utført Juni 2014

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvarsperson	Frist (dato)
c. HLK etablerer prosesser for oppfølging							
1. Det gjennomføres en tydeligere prioritering av skisserte tiltak, og hvordan oppfølgingen av tiltakene skal iverksettes.		<ul style="list-style-type: none"> Risikovurdering og -styring 		<ul style="list-style-type: none"> Handlingsplaner som utformes i risikovurderinger pr. tertial inneholder tydelige og konkrete tiltak, med ansvarsplassering på person og tidsfrist. Oppfølgingen av tiltakene skjer i Klinikkleders driftsmøter med avdelingsleder; <ul style="list-style-type: none"> hver måned: med avdelingslederne tre ganger i året utvidet driftsmøte med avdelingsleder og seksjonsledere 	<p>Dialog om tiltakene med avdelingslederne og i HLK stab</p> <p>På saksliste for dialog med avdelingene. Referatføres. Tabell overordnet møtestruktur</p>	Avdelingsledere	Mai 14 (utført) Sept. 14

Handlingsplan – pasientforløp - oppfølging av konsernrevisjon – Hjerne-, lunge karklinikken

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars-person	Frist (dato)
1. Motta henvisning							
<p>Nivå 1 prosedyre følges i forhold til innregistrering og videresending av henvisninger.</p>	<p>Sørge for at oppgaver fordeles og at medarbeidere og vurderingsansvarlig lege får nødvendig informasjon og opplæring slik at henvisnings- og ventelistebehandling utføres i henhold til prosedyrer og regelverk.</p> <p>Henvisningsmottaket og alle medarbeidere som håndterer henvisninger kjenner prosedyrene og følger de opp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedyre - Mottak og vurdering av eksterne henvisninger til OUS • Prosedyre - Henvisningsmottak • DIPS prosedyre: 103.1 Henvisning - ny tilstand (primærhenvisning) registrering Brukerveiledning • 		<ul style="list-style-type: none"> • Organisere struktur for avdelingsvise henvisningsmottak. • Opplæring av alle som skal arbeide med avdelingens henvisningsmottak <ul style="list-style-type: none"> • Lage og beskrive henvisningsflyten på avdelingen • Nivå 1 prosedyrer er tilpasset lokalt 	<p>Organiseringen er beskrevet, forstått av alle og tatt i bruk</p> <p>Ansatte har kunnskap om henvisningsflyt.</p> <p>Arbeidsgruppene er beskrevet.</p> <p>Lederopplæring</p> <p>Oppfølgingsplan</p> <p>Evaluerer etter 3 mnd/6 mnd</p>	<p><i>Avdelingsleder/ seksjonsleder kontor/ventelisteansvarlig</i></p>	15.10.14

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars-person	Frist (dato)
<p>Det iverksettes tiltak for å tydeliggjøre kriteriene for fordeling av henvisninger i klinikken og mellom klinikkene.</p>	<p>Etablerer gode interne rutiner for håndtering og oppfølging av henvisninger. Henvisninger registreres i PAS og sendes til riktig enhet for vurdering ved at: 1. Alle henvisninger registreres ved første henvisningsmottak. 2. Det er klart definert hvor henvisningene skal vurderes.</p> <p>Avdelingene skal forberedes på endringer som Sentralt henvisningsmottak innebærer. En viktig forutsetning for at sentralt henvisningsmottak kan etableres er at <u>struktur for avdelingsvise henvisningsmottak er besluttet</u>. I følge overordnet prosedyre "Henvisnings-mottak" skal det bare være ett henvisningsmottak pr. avdeling med en adresse inn. <u>Det skal utarbeides en oversikt over avdelingsvise henvisningsmottak og hvilke behandlings-tjenester som tilbys</u>. Det må utarbeides en utfyllende liste, og klinikkens fagmiljøer må bidra til utfylling.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Henvisningsmottak 		<p>. Det skal utarbeides en oversikt over avdelingsvise henvisningsmottak og hvilke behandlingstjenester som tilbys.</p> <p>For fagområder som har virksomhet i ulike klinikker, for eksempel hjerte, lunge må det utarbeides retningslinjer for fordeling av behandlingstjenester (helsehjelp).</p>	<p>Avdelingens henvisningsmottak er beskrevet i eHåndbok Bekjentgjøring av sentrale roller og ansvar</p> <p>Retningslinjer utarbeides i samarbeid med andre berørte klinikker. Ved uenighet løftes saken i lederlinjen.</p>	<p><i>Avdelingsleder/Legeansvar</i></p>	15.10.14

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars-person	Frist (dato)
2. Vurdering og prioritering							
Henvisningene vurderes elektronisk.	Hvert enkelt henvisningsmottak har vurderings-ansvarlig lege tilknyttet, slik at vurderinger gjøres fortløpende i henhold til lovverket. Vurderingen av henvisningene utføres elektronisk i det pasientadministrative system (PasDoc/DIPS) av legespesialist.	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedyre - Henvisningsmottak • Mottak og vurdering av eksterne henvisninger 		<ul style="list-style-type: none"> • Alle som er ansvarlig for pasientbehandling gjennomfører obligatorisk opplæring i DIPS. • Elektronisk vurdering av henvisningene implementeres så fort legene har fått opplæring i DIPS. • Det etableres en lokal veiledningsressurs 	<p>Opplæringskoordinator på avdelingsnivå har navnelister på ansatte som har deltatt i DIPS opplæring.</p> <p>B3 skjema avvikles Lage rutiner på når henvisninger skal vurderes og hvem som skal gjøre det gjennom uken.</p> <p>Leger kontakter superbruker i avdelingen.</p>	Avdelingsleder/den avdelingsleder utpeker for å følge opp tiltaket Leger	20.10.14
Det iverksettes tiltak som sikrer at alle henvisninger blir vurdert innenfor kravet på 30 virkedager.	Vurderingsansvarlig lege foretar daglig vurdering av mottatte henvisninger fra elektronisk henvisnings-liste i Pasdoc/DIPS. Henvisningen skal være vurdert i løpet av 10 virkedager fra mottaks-dato. Forløpstid (ikke lovkrav) for kreft: 5 virkedager Henvisning videresendt i spesialisthelsetjenesten (fra annet helseforetak) og hvor rettighetsvurdering allerede er utført, er det ingen vurderingsfrist. Henvisningen skal vurderes fortløpende ut fra medisinsk forsvarlighet.	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedyre - Mottak og vurdering av eksterne henvisninger til OUS 		<p>. Ukentlig på morgenmøte skal det fokuseres på at henvisninger skal være vurdert i løpet av 10 virkedager fra mottaksdato.</p> <p>. Vurderingsansvarlig lege foretar daglig vurdering av mottatte henvisninger fra elektronisk henvisningsliste i DIPS.</p> <p>. "Stikk prøver" hver annen uke for å se om henvisningene er vurdert innen 30 virkedager</p>	<p>Punktrevisjon</p> <p>Leder følger opp at avtalte rutiner og plan for henvisninger implementeres og fungerer</p>	<p>Avdelingsleder/</p> <p>Vurderingsansvarlig lege/ den avdelingsleder utpeker for å følge opp tiltaket</p>	30.01.15

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars- person	Frist (dato)
Nivå 1 prosedyrer om informasjon til pasient og henviser etter vurdering av henvisning blir implementert.	Sender fullstendig og riktig informasjon til pasient og henviser vedrørende rettighetsvurderingen, herunder informasjon om klagemuligheter og rettigheter. <i>Bruk oversikt over brevmaler fra opplæringen i Gjennomføringsprosjektet .Standardbrev (rettighetsvurderingsbrev) og informasjonsskriv i PAS skal benyttes</i> Pasient skal motta brev om rettighetsvurderingen, type helsehjelp og fristdato for start av helsehjelp. For pasienter som ikke har rett til prioritert helsehjelp, har pasienten rett til å vite når forventet helsehjelp kan starte. Dette er ikke en fastsatt frist men veiledende dato for når pasienten kan forvente at helsehjelpen kan starte.	<ul style="list-style-type: none"> Prosedyre - Mottak og vurdering av eksterne henvisninger til OUS Henvisning videresendt i spesialisthelsetjenesten 		Systematisere: - hva som skal sendes til pasienten - hva som sendes til henviser - hvilke brev og vedlegg som skal benyttes og hvor de skal sendes Beskrive og lage den interne strukturen	Legenes tjenesteplaner for 12 mnd foreligger Timebøker for 12 mnd foreligger Det er beskrevet hvilke standardbrev som skal sendes til pasient og henviser Oppgavene er beskrevet og fordelt.	<i>Avdelingsleder</i> <i>Seksjonsleder kontor</i> <i>Ansatte ved henvisningsmottak</i>	01.12.14
3. Utredning							
Det iverksettes tiltak som sikrer at alle rettighetspasienter får startet helsehjelpen innenfor juridisk frist.	Sikre at ventelister blir håndtert korrekt og praktiseres likt ved alle avdelinger, slik at OUS skal kunne gi pasientene god service og forsvarlig behandling samt unngå fristbrudd og rapportere korrekte ventetider. Ventelistene i PAS skal til hver tid være oppdatert.	<ul style="list-style-type: none"> Ventelistedministrering 		<ul style="list-style-type: none"> Avdelingene utarbeider detaljerte retningslinjer for intern ventelistedministrering med tydelig arbeidsfordeling og ansvarsforhold. Papirventelister er avviklet 	Arbeidsoppgaver er fordelt, beskrevet og kjent Ventelisteansvarlig følger opp utløpstider og fristbrudd og varselskoder i PAS. Legekontaktes/konfereres ved fare for fristbrudd Punktrevisjon	<i>Ventelisteansvarlig N4/ seksjonsleder kontor</i>	01.12.14 30.01.15

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars- person	Frist (dato)
Pasienter med rett til helsehjelp får den informasjonen (skriftlig) de har krav på (i forkant av fristbruddet) hvis frist ikke kan overholdes.	Pasient skal motta skriftlig informasjon om nært forestående fristbrudd dersom det ikke har mulig å overholde fristen. Pasienten informeres om sine rettigheter (HELFO). Ved fristbrudd skal avdelingen skaffe tilbud enten ved egen avdeling eller ved annet helseforetak.	<ul style="list-style-type: none"> Fristbrudd Skjemaer hos HELFO 		<ul style="list-style-type: none"> Ved fristbrudd skaffer avdelingen tilbud enten ved egen avdeling eller ved et annet helseforetak (HELFO kan sørge for det siste). 	Avdelingen har oversikt over evt. fristbrudd Pasienten får time før fristbrudd forekommer	<i>Avdelingsleder/ Seksjonsleder kontor</i>	01.12.14
Avdelingene vurderer tiltak som kan redusere avhengigheten til merkantilt personell i planleggingen og gjennomføringen av utredningene	Vurderingsansvarlig lege foretar daglig vurdering av mottatte henvisninger fra elektronisk henvisningsliste i DIPS	<ul style="list-style-type: none"> Mottak og vurdering av eksterne henvisninger 		<ul style="list-style-type: none"> Legetjenesten er organisert slik at det er daglig vurdering av henvisninger. Det er etablert og gjort kjent en plan pr. uke for vurdering av henvisninger 	Punktrevisjon	<i>Avdelingsleder/ vurderingsansvarlig lege</i>	20.10.14
Alle pasienter som står med åpen henvisning (uten ny kontakt) avsluttes eller blir satt opp til videre utredning, behandling eller kontroll.	Pasientene skal settes opp med ny kontakt/ time for videre utredning/ behandling/ kontroll.			Kontaktliste, som viser oversikt over åpne henvisninger, tas ut rutinemessig for å sikre eventuelle pasienter som ikke blir satt opp til ny tentativ dato eller som er glemt avsluttet. Medisinske vurderinger knyttet til pasientens tilstand og informasjon til pasienten om utsettelse, annet behandlingstilbud etc. dokumenteres i journal.	Ventelisteansvarlig tar ut lister og følger opp åpne henvisninger ukentlig	<i>Seksjonsleder kontor Ansatte ved henvisningsmottak</i>	01.12.14
Det gis skriftlig informasjon til pasient hvis det settes opp ny tentativ dato for videre helsehjelp.	Pasienten informeres skriftlig om tidspunkt for ny time/kontakt (direkte time) eventuelt tentativ dato for utredning/ behandling/kontroll.			<ul style="list-style-type: none"> Avdelingen beskriver rutine for å gi skriftlig informasjon til pasienten om ny tentativ dato <i>Kardiologisk avdeling</i>	Rutinen er gjort kjent for ansatte	<i>Seksjonsleder kontor</i>	01.12.14 <i>Utført 02.07.14</i>

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars- person	Frist (dato)
Ventelisten benyttes aktivt for å kalle inn pasienter innen fastsatt tentativ dato.	Papirventelister skal ikke forekomme. Ved manglende tilgjengelige timer, skal ventelisten legges inn til ansvarlig seksjonsoverlege med beskjed om dette.	• Ventelisteadministrering		<ul style="list-style-type: none"> ○ Ventelister følges opp daglig både på kodeansvarlig fagenhet og ved org. enhet. ○ Ventelistene i DIPS er til en hver tid oppdatert. 	Bruker ventelisteoversikten i DIPS for å gi time innenfor frist helsehjelp	Avdelingsleder/ seksjonsleder kontor Venteliste-ansvarlig i avdelingen - kontorleder	01.12.14
Hvis pasientene ikke får utredning/ behandling/ kontroll innen medisinsk forsvarlig frist, iverksettes tiltak som sikrer en medisinsk faglig vurdering/ prioritering av pasientene ut i fra hastegrad/ diagnose	Medisinsk ansvarlig i avdelingen skal sikre faglig forsvarlig håndtering av pasienten.			<ul style="list-style-type: none"> ○ Medisinskfaglige vurderinger skal gjøres før utsettelse av fastsatt tentativ dato. 	Det etableres rutiner for hvordan legetjenesten, ventelisteansvarlig og pasientkoordinator skal samarbeide for å sikre dette Punktrevisjon	Medisinsk ansvarlig i avdelingen	01.12.14 30.01.15
Pasienter som ikke får time innen tentativ dato informeres skriftlig om dette, herunder at de informeres om når de kan forvente å komme inn til ny time.	Pasienten informeres skriftlig hvis det er fare for fristbrudd.			<ul style="list-style-type: none"> • Det er etablert rutine for å gi informasjon til pasientene hvis fastsatt tentativ dato overskrides og når pasienten kan forvente å bli innkalt. • Medisinske vurderinger knyttet til pasientens tilstand og informasjon til pasienten om utsettelse, annet behandlingstilbud etc. dokumenteres i journal. 	Ansatte er kjent med rutinen og det følges opp at implementering har skjedd. Punktrevisjon	Avdelingsleder Medisinsk ansvarlig i avdelingen Venteliste-ansvarlig i avdelingen/ kontorleder	01.12.14 30.01.15
Avdelingen bruker det elektr. systemet for registrering og oppfølging av ventelister.	Håndtering av ventelister og henvisningsvurdering skal være elektronisk. Papirflyt og papirsystem skal unngås.	- Ventelisteadministrering		<ul style="list-style-type: none"> • Eventuelle papirbaserte ventelister avvikles. • Det er en veiledningsressurs til individuell veiledning. 	Kontroll ukentlig – fom. 15. oktober Kontorleder veileder og følger opp	Ventelisteansvarlig i avdelingen/ Henvisningsmottak	01.12.14

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars-person	Frist (dato)
4. Pasientbehandling							
Roller-, ansvars-, og oppgavefordelingen mellom seksjonene i TKA forankres i hele avdelingen.				<ul style="list-style-type: none"> Ferdigstille funksjonsbeskrivelser for nøkkelpersonell med spesielt ansvar eks. driftsansvarlig lege ved TKAS1 Det utarbeides instruksjer eller retningslinjer på områder som i dag er uklare, eks. Overføring av pasient innad i TKA. Utarbeide oversikter over hva de enkelte seksjonene har av oppgaver og ansvar Temaet tas opp i aktuelle eksisterende fora (personalmøte etc) 	Nye retningslinjer gjøres kjent i seksjonene	Avdelingsleder Seksjonsledere TKA eller den avdelingsleder utpeker for å følge opp tiltaket	01.01.15
A+ avtalen revideres.				<ul style="list-style-type: none"> Operasjonsprogrammet settes opp i henhold til fordelingen beskrevet i A + avtalen. Behandlingskapasitet Ullevål og RH sees samlet 	Problemstillingen opphører ved ferdigstillelse og innflytting i nye lokaler	Avdelingsleder TKA Operasjonsprogramansvarlig Kirurg med fagansvar	01.10.14
Det vurderes om det innefor vedtatte funksjonsfordeling i TKA er mulig å gjøre grep for i større grad å utnytte den samlede behandlingsskapasiteten i avdelingen og dermed redusere antall strykninger fra operasjonsprogrammet	<ol style="list-style-type: none"> Identifisere hovedårsak til strykninger Benytte verktøyet Albert ved registrering av operative inngrep. Vil kunne gi verdifulle data ifbm planlegging av aktivitet. 			<ul style="list-style-type: none"> Det må besluttes om vedtatte funksjonsfordeling i TKA skal videreføres slik det er i dag, eller endres i tråd med dagens situasjon. Behandlingskapasitet Ullevål og RH må ses samlet. 	TKA registrerer alle operative inngrep i Albert Det utarbeides instruksjer eller retningslinjer på områder som i dag er uklare, eks. overføring av pasient innad i TKA	Klinikkleder Avdelingsleder TKA	01.01.15

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars-person	Frist (dato)
Det legges til rette for at behovet for den medisinske oppfølgingen postoperativt blir vurdert og dokumentert i journalen. Behovet vurderes kontinuerlig og dokumenteres slik at den til enhver tid er oppdatert og tilgjengelig for helsepersonell som jobber med pasienten.	Det må tilrettelegges for at utøvende helsepersonell har en pålitelig og effektiv ikt-infrastruktur.			<p>Krav om dokumentasjon i journal skal inngå i opplæring av nye leger. Det skal lages opplærings- og gjennomføringsplanplan</p> <p>Superbruker for leger i DIPS får medansvar for oppfølging etter implementeringen ved å dokumentere gjennomføringsplanen / og ved behov ta stikkprøver</p>	<p>Det lages opplærings- og gjennomføringsplaner for legene</p> <p>Superbruker dokumenterer oppfølging og gjennomføring av opplæringen</p> <p>Stikkprøver / punktrevisjon</p>	Avdelingsleder Seksjoneleder leger	30.11.14 30.01.15
Det igangsettes tiltak for å prioritere arbeidet med utvikling av fagprosedyrene.		<ul style="list-style-type: none"> Mandat Fagråd i Kreft-, kirurgi-og transplantasjonsklinikken 		<ul style="list-style-type: none"> Avdelingene skal etablere Fagråd bestående av representanter fra relevante faggrupper i avdelingen (se forslag til mandat fra KKT) Handlingsplan for utvikling av fagprosedyrer settes opp 	Avdelingsleder utpeker leder for avdelingens fagråd	Avdelingsleder Seksjonsleder Leder Fagråd	01.12.14
Avdelingen iverksetter tiltak som sikrer at Tryggkirurgi sjekklister blir benyttet.	<ol style="list-style-type: none"> Årsak til manglende benyttelse avklares Holdningsarbeid <p>Avdelingsleder skal sørge for at medarbeiderne får nødvendig informasjon og opplæring, slik at de kan følge prosedyren. Behandlende helsepersonell har ansvar for å følge prosedyren</p>			<ul style="list-style-type: none"> Opplæring av aktuelt personell Ansvarliggjøre 1 funksjon i operasjonsteamet v/operasjonsstart (eks. anestesilege, operasjonssykepleier 1) Dokumentere bruk av sjekklister Evaluere arbeidet etter 6 måneder 		Avdelingsleder TKA og KAR Seksjonsleder leger	01.12.14

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars- person	Frist (dato)
Det iverksettes tiltak som bidrar til å sikre at epikrisene inneholder nødvendig og korrekt informasjon, og at de sendes til de rette adressater.	Avdelingsleder skal sørge for at medarbeiderne får nødvendig informasjon og opplæring, slik at de kan følge prosedyren. Behandlende helsepersonell har ansvar for å følge prosedyren	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedyre - Epikrise 		<ol style="list-style-type: none"> 1. N1 Prosedyre fra E-håndbok, Epikrise: gjøres kjent i avdelingen (på fagmøte?) 2. Alle leger i avdelingen skal følge overnevnte prosedyre 3. Avdelingsleder utpeker "Journalansvarlig" som jevnlig foretar kontroller/stikkprøver av epikriser 4. Henvisende lege må registreres i henvisningsbildet 	<p>Opplæring og presisering til aktuelt personell</p> <p>Det foretas stikkprøver v/punktrevisjon</p>	Avdelingsleder Ansvarshavende ved lokale henvisningsmottak	<p>01.10.14</p> <p>30.01.15</p>

<p>5. Gjennomgående (forhold som gjelder flere faser i pasientforløpsprosessen)</p>	<p>I dette underkapitlet beskrives gjennomgående forhold som gjelder hele eller flere faser i pasient-forløpsprosessen. I denne gjennomgangen har fokus vært på om det foreligger oversikt over medisinsk teknisk utstyr (MTU) og om dette utstyret fungerer som forutsatt. Videre er opplegg for opplæring/ informasjon til pasient og pårørende, og forhold vedrørende organisering og gjennomføring av det pasientadministrative arbeidet i klinikken vurdert.</p>					
<p>Medisinsk teknisk utstyr (MTU): Rutinene for melding av avvik knyttet til svikt i bruk av MTU tydeliggjøres for ledere og medarbeidere.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Uønskede hendelser og risikoforhold – registrering og analyse av avvik • Håndtering av medisinsk-teknisk utstyr (MTU) • HMS-handlingsplan 	<ul style="list-style-type: none"> • Sykehusets rutiner for melding av utstyrs-relaterte skader og uhell gjøres kjent og følges (se prosedyre) • Avdelingen oppnevner MTU-kontaktperson (ansvarsområder beskrevet i Eåndbok. • Gjennomgang av MTU- avvik hver måned - fokus hvordan brukes dataene til forbedring 	<p>Opplæring årlig ved MTU kontakt Oppfølging skjer ved rapportering i HMS-handlingsplan</p>	<p>Avdelingsleder Seksjonsleder Enhetsleder</p>	<p>1.10.14</p>

<p>Opplæring/ informasjon til pasient og pårørende:</p> <p>Klinikken definerer hvilken opplæring/ informasjon pasient og pårørende bør ha til hvilken tid, hvem som skal gi denne og hvordan det skal kontrolleres at pasienten er tilstrekkelig informert ved de ulike prosessstegene, samt iverksetter tiltak for å sikre at dette blir gjennomført.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2012 - 2016 	<ul style="list-style-type: none"> • Avdelingene definerer ansvarlig for pasient – og pårørende opplæring i egen seksjon. • Det utarbeides sjekklister for pasientinfo (kvalitetssikrer at pasienten er tilstrekkelig informert). • Klinikken er representert i Forum for Pasient- og pårørende opplæring • Klinikken sørger for at Strategi for pasient– og pårørende opplæring 2012-2016 gjøres kjent i avdelingene 	<p>Det utarbeides sjekklister for pasientinfo. (kvalitetssikrer at pasienten er tilstrekkelig informert).</p> <p>Opplæring og informasjon til pasienten journaldokumenteres Pasientopplæring gjøres kjent på internett</p> <p>Punktrevisjon</p> <p>Avdelingene rapporterer tiltak og effekt i Årlig melding</p>	<p>Klinikkleder Avdelingsleder Ansvarlig for pasient-og pårørendeopplæring.</p>	<p>1.12.14</p>
<p>Der klinikken avdekker at pasienten ikke er tilstrekkelig informert/opplært ved utskrivelse etableres det tiltak for å ivareta dette.</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Sjekklister for informasjon/opplæring ved utskrivelse gjennomføres av pasientansvarlig. 	<p>Gjennomført sjekklister dokumenteres i journal Det utleveres skriftlig pasientinformasjon Pasienten får en kontaktperson i avdelingen</p> <p>Pasienten tilbys deltakelse på temakvelder og pasientkurs</p>		<p>01.12.14</p>

<p>Samtykke fra pasient til at pårørende gis opplysninger om dennes helsetilstand og den helsehjelp som ytes innhentes aktivt og dette dokumenteres i journalen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Rutine forankres og implementeres i avdeling Det defineres journalansvarlig lege i avdelingen som har som ansvarsområde å besørge at rutiner vedrørende journal-dokumentasjon er kjent og følges Oppfølging ved punktrevisjon <p>Handlingsplan pasient og pårørende opplæring</p>	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Det defineres journalansvarlig lege i avdelingen. Vedkommende skal sørge for at rutiner vedrørende journaldokumentasjon er kjent og følges Opplæring leger og sykepleiere 	<p>Punktrevisjon</p>	<p>Avdelingsleder</p>	<p>01.12.14</p>
<p>Klinikken iverksetter tiltak for og så langt som mulig undersøker om pasienter og pårørende har forstått innhold i og betydning av de opplysninger som gis. Klinikken gjennomgår og vurderer om avklaring av behov og tiltak for å sikre at tilpasset informasjon / opplæring er tilstrekkelig beskrevet i prosedyrer/ retningslinjer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> generelle informasjonen før behandling: skriftlig og muntlig, Pasienthåndbok "Bare spør" den individuelle som gis av behandler; muntlig og skriftlig <p>Tiltaksoppfølging:</p> <ul style="list-style-type: none"> punktrevisjon; dokumentert i journal 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Avdelingene skal definere hva som er "nødvendig /kritisk" opplysning til pasienter og pårørende Utarbeider sjekklister med kontrollspørsmål Gjennomgå sjekklister og kontrollspørsmålene med alt aktuelt personal 	<p>Går inn i opplæringen av leger</p> <p>Benytter sjekklister/kontrollspørsmål</p> <p>Skriftlig informasjon</p> <p>Opprette kontaktpersoner</p>	<p>Avdelingsleder</p>	<p>01.12.14</p>
<p>Nivå 1 prosedyre "Tolk og tolketjeneste i møte med minoritetsspråklige pasienter" er førende for bruk av tolk i klinikken.</p>	<p>Nivå 1 prosedyre gjøres kjent. Avdelingsleder skal sørge for at medarbeiderne får nødvendig informasjon og opplæring, slik at de kan følge prosedyren. Behandlende helse-personell har ansvar for å følge prosedyren</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tolk og tolketjenester i møte med minoritetsspråklige pasienter 	<ul style="list-style-type: none"> Nivå 1 prosedyre gjøres kjent (se hyperlink) for aktuelt personal 	<p>Opplæring i avdeling/seksjon</p>	<p>Avdelingsleder</p>	<p>15.10.14</p>

Klinikken definerer hvilke opplysninger om informasjon til pasient som skal journalføres, og sikrer at det blir gjennomført	Tilbakemelding fra avdelingene: Beskrives i eHåndboken	•	• Avdelingene beskriver sine krav til legenes journaldokumentasjon i eHåndboken. • Alle leger i avdelingen skal følge overnevnte prosedyre	Avdelingsintern undervisning Benytte tolketjenesten ved behov	Avdelingsleder	01.12.14
Klinikken tydeliggjør hva som skal defineres som skade eller alvorlig komplikasjon og dermed utløse informasjon til pasienten om det inntrufne og klageadgang til NPE, og hvordan denne informasjonen skal overbringes.	Tilbakemelding fra avdelingene	• Uønskede hendelser og risikoforhold – registrering og analyse av avvik	• Avdelingene diskuterer og utarbeider definisjon på skade og alvorlig komplikasjon og samarbeidet med avdeling for pasientsikkerhet og kvalitet om arbeidet • Avdelingene diskuterer og utarbeider prosedyre om hvordan pasientene skal informeres om skaden og NPE	Ta opp i klinikkens PKU Informasjon på klinikkens ledermøte Informasjon om NPE legges til i sjekkliste for pasientinformasjon	Sak i PKU Sak i klinikkens ledermøte	01.10.14
Pasientadministrativt arbeid: Forankringsaktiviteter finner sted på alle nivåer i klinikken slik at det pasient-administrative arbeidet prioriteres.	Tilbakemelding fra avdelingene	•	• Nettverk for pasientadministrativt arbeid etableres på klinikknivå v/ventelistekoordinator i klinikk med jevnlig møtefora. • Erfaringer fra Gjennomføringsprosjektet gjennomgås i alle aktuelle enheter • Avdelingsleder besørger at aktuelle ansatte frigjør tid til nødvendige kurs/opplæring	Opplæring Jevnlige møter etableres etter DIPS innføringen	Avdelingsleder Venteliste-koordinator i klinikk	Gjennomført 15.05.14
Roller, ansvar og oppgaver knyttet til det pasient-administrative arbeidet tydeliggjøres og gjøres kjent.	Tilbakemelding fra avdelingene: kartlegging av arbeidsprosesser ifht. DIPS	•	• Det utarbeides funksjonsbeskrivelser for roller og ansvarsområde for alle stillinger knyttet opp til det administrative arbeidet – dette gjelder også legestillinger	Funksjonsbeskrivelsene gjøres kjent og oppgavene fordeles innad i avdelingen	Avdelingsleder <i>Avdelingsleder og lederassistent</i>	

<p>Det utarbeides prinsipper for hvilken kompetanse den enkelte skal ha i bruk av det pasient-administrative systemet, både rettet mot registrering, samt styring og oppfølging (som et ledelsesverktøy)</p>	<p>Tilbakemelding fra avdelingene: kartlegging av arbeidsprosesser ifht. DIPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegging av arbeidsprosesser ifht. DIPS – • Beskrive nødvendig kompetanse for den enkelte, også når det gjelder bruk av DIPS som ledelsesverktøy • Plan for aktuell undervisning /opplæring settes opp og gjennomføres <i>Se forrige punkt.</i> 	<p>Oppgavene (evt. sammensetning av oppgaver) i arbeidsprosessen vurderes mht. nødvendig kompetanse</p> <p>Det sikres at oppgavene fremover løses av tilstrekkelig kompetent personell</p>	<p>Avdelingsleder</p>	
<p>Det iverksettes opplæringstiltak for å sikre at ledere og medarbeidere har den nødvendige kompetanse til å kunne ivareta sine arbeidsoppgaver og kontrollansvar på en tilfredsstillende måte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "Lederpakke HLK" - spesifisering av obligatoriske kurs • Førstelinjelederkurs 	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Førstelinjelederkurs for alle mellomledere • Opplæringsprogram for alle nyansatte <p>Se for øvrig del-rapport kompetanse</p>	<p><i>Det føres kontroll med deltagelse på gjennomførte opplæringstiltak</i></p> <p>Dokumentasjon på alle førstelinjeledere som har gjennomført kurset.</p>	<p>HR- leder</p>	<p>01.12.14</p>

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars-person	Frist (dato)
Avstemming av aktivitetsplaner mellom faggrupper	<ul style="list-style-type: none"> Aktivitetsplaner skal utarbeides i samarbeid med ansvarlig for bemanning. Gjøres systematisk ifbm. budsjettprosess			<ul style="list-style-type: none"> Samarbeidende faggrupper på tvers av og i avdeling etablerer systematisk samarbeid for avstemming av aktivitetsplaner. Faggruppene overholder innmeldt aktivitet Aktivitetsplaner dokumenteres i egnet system 	<ul style="list-style-type: none"> Avdelingene rapporterer på tiltak og effekt i egen handlingsplan 	Avdelingsleder Seksjonsleder	Frister ref. budsjettprosess 15.11.14
Synliggjøring av kapasitets- og kompetansebehov i gjennomgående bemanningsplaner		<ul style="list-style-type: none"> Omstilling - Bemanningstilpasninger - Innplassering 		<ul style="list-style-type: none"> Kompetanseplan lages på bakgrunn av aktivitetsplan Bemanningsplan utarbeides basert på behov for kompetanse og forventet aktivitet. 	<ul style="list-style-type: none"> Aktivitetsplan, bemanningsplan og turnusplan registreres i GAT 	Avdelingsleder Seksjonsleder	Frister ref. budsjettprosess 15.11.14
Ajourføring av eksisterende bemanningsplaner				<ul style="list-style-type: none"> Bemanningsplaner ajourføres/ revideres minimum 1 gang pr. år Bemanningsplaner ajourføres ved endring av aktivitet 	<ul style="list-style-type: none"> Ajourføring skal registreres i GAT 	Avdelingsleder Seksjonsleder	Frister ref. budsjettprosess
Avstemming av bemanningsplaner med samarbeidende avdelinger / enheter og faggrupper	Spesielt viktig der pasientforløpet strekker seg over flere enheter og faggrupper.			<ul style="list-style-type: none"> Ajourføring av bemanningsplaner med samarbeidende avdelinger/enheter/ faggrupper minimum 1 gang pr. år. 	<ul style="list-style-type: none"> Ajourføring skal registreres i GAT 	Avdelingsleder Seksjonsleder	Frister ref. budsjettprosess 15.11.14
Dokumentasjon i forhold til turnus- / arbeidsplaner	Forutsetter at modul i GAT oppgraderes			<ul style="list-style-type: none"> Individuelle avtaler er synlig i GAT Arbeidsplaner registreres i GAT Drøftingsnotater /protokoller lagres i GAT både for leger og sykepleiere 	<ul style="list-style-type: none"> Ledere/mellomledere og medarbeidere som registrerer i GAT går GAT-kurs 	Avdelingsleder Seksjonsleder	01.01.15

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars-person	Frist (dato)
Tydliggjøring og forankring av ansvar og oppgaver knyttet til ressursstyringsprosessen				<ul style="list-style-type: none"> Systematisk opplæring som sikrer at lederne har nødvendig kompetanse Ansvar tydeliggjøres i Funksjonsbeskrivelse for ledere 	<ul style="list-style-type: none"> Påse at mellomledere i klinikken gjennomfører Førstelinjelederkurset ”Nedenfra – opp” involvering ved budsjettprosess i klinikken 	Avdelingsleder Seksjonsleder HR	01.01.15
Fastsettelse av kompetansekrav for arbeidstidsplanlegging og gjennomføring av opplæring				<ul style="list-style-type: none"> GAT-kurs. Systematisk opplæring av ansatte som arbeider med arbeidstidsplanlegging/ turnusplanlegging/ferieplanlegging Kompetent support på klinikknivå: oversikt over superbrukere GAT på intranett 	<ul style="list-style-type: none"> Avdelingene rapporterer på tiltak og effekt i egen handlingsplan 	HR Avdelingsleder Seksjonsleder	01.01.15
Kartlegging og risikovurdering av ressursstyringsprosessen		<ul style="list-style-type: none"> Systematisk HMS-arbeid i OUS HMS-årsrapport 		<ul style="list-style-type: none"> Risikovurdering av Aktivitets – og bemanningsplaner ved tertialvis risikovurdering. 	<ul style="list-style-type: none"> Avdelingene rapporterer på tiltak og effekt i egen handlingsplan 	Avdelingsleder Seksjonsleder HR	01.01.15
Gjennomgang og vurdering av styrende dokumenter for ressursstyring N1 dokumenter		Årlig planlegging av virksomhet, aktivitet og bemanning på klinikk- avdelings- og seksjonsnivå		<ul style="list-style-type: none"> Retningslinje N1 gjøres kjent i klinikken, avdelinger og seksjoner. Retningslinjen implementeres i klinikkens virksomhetsstyring. 	<ul style="list-style-type: none"> Avdelingene rapporterer på tiltak og effekt i egen handlingsplan 	Klinikkleder Avdelingsleder HR	15.12.14

Handlingsplan – kompetansestyring og utdanning - oppfølging av konsernrevisjon – HLK

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars-person	Frist (dato)
1. Det defineres mål og krav til kompetanse både for klinikken, enheten og den enkelte. Mål og krav dokumenteres.	Det må lages en overordnet målsetting i forhold til kompetanse for HLK og alle enhetene. Kompetansekartleggingen fra 2011 revideres og ajourføres. Det gjennomføres en gjennomgående kartlegging som systematisk ut fra ending i aktivitet, metodikk og pasienttyngde.	<ul style="list-style-type: none"> Retningslinje - Kompetansestyring - overordnede prinsipper 		<ul style="list-style-type: none"> Utarbeide kompetanseplan for personell i hht. nivå 1 prosedyre. Revidere og ajourføre kompetansekartleggingen fra 2011. Dette gjelder for <ul style="list-style-type: none"> praksis for sykepleiestudenter og praksis for sykepleiere i videreutdanning i samarbeid med aktuelt lærested For leger i spesialistutdanning foreligger nasjonale regler pr spesialitet, årlige SERUUS-rapporter og evalueringsbesøk fra komiteer. Det må sikres at dette følges opp faglig og at den enkelte lege får tilstrekkelig veiledning for avdeling for klinikk 	<ul style="list-style-type: none"> Prosedyre på N1 er kjent for ledere og ansatte Avd. leder og seksjonsleder har dokumentert kompetansekrav til sine fagområder Revisjon er gjennomført Aktuelle opplæringsplaner for aktuelle grupper er etablert i den enkelte enhet 	HR-leder/ avdelingsleder/ seksjonsleder	30.11.14
2. Det utarbeides gjennomgående bemanningsplaner som viser samlet kompetansebehov	<ul style="list-style-type: none"> Arbeid med bemanningsplaner må oppdateres for alle profesjoner. 	<ul style="list-style-type: none"> 		<ul style="list-style-type: none"> Bemanningsplaner er oppdatert for alle profesjoner 	<ul style="list-style-type: none"> Gjennomgang i budsjettprosess for 2015 	HR	Frister i budsjettprosessen

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars-person	Frist (dato)
3. Det gjøres en helhetlig kartlegging av nåværende og fremtidig kompetansekrav. Kartlegging av kompetansebehov gjennomføres systematisk	<ul style="list-style-type: none"> • Driften i klinikken endres over tid, og det er viktig at det er fokus på fremtidig kompetansebehov. Arbeidet må gjøres i tett samarbeid med avdelingene. • Utviklingssamtaler et godt utgangspunkt for kompetansekartlegging og behov hos den enkelte, det er derfor viktig at disse gjennomføres. • Det må legges inn i rutinen en systematisk gjennomgang for å kunne fange opp endringer i behov. 	•		<ul style="list-style-type: none"> • Avdelingene lager kompetanseplaner med fremtidig kompetansebehov i et 5 – 10 års perspektiv. Klinikken utarbeider en samlet oversikt • Kartlegger kompetansebehov hos den enkelte medarbeider hvert år ifbm. utviklingssamtalen • Bruke malen for Utviklingssamtalen på N1 og Retningslinje for kompetansestyring N1 	<ul style="list-style-type: none"> • Planen revideres hvert år • Det må sikres rekruttering av nødvendig faggrupper, også egen initiert utdanning av perfusjonister og intensivsykepleiere • Hver ansatt har en individuell kompetanseplan • Fylle ut skjema for kompetansekartlegging N1: leder ett eks. og ansatt ett eks. 	HR Enhetsleder	31.12.14 31.12.14
4. Kompetansetiltak fastsettes og planlegges for alle faggrupper	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentering av gjennomført opplæring for alle profesjonsgrupper på en standardisert måte. • Utarbeide rekrutteringsstrategi "i samarbeid med OUS sentralt" 	•		<ul style="list-style-type: none"> • Opplæringen dokumenteres på maler i eHåndboken • Samarbeide med OUS sentralt om rekrutteringsstrategi 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppbevares hos leder • Presenteres på ledermøter i avdeling/sekjson • Dokumenteres i eHåndboken • Ligger til grunn for utlysningstekst 	Avdelingsledere	
5. Planlagt opplæring gjennomføres for alle faggrupper, og gjennomført opplæring dokumenteres på en standardisert måte.	<ul style="list-style-type: none"> • Det må foreligge opplæringsplaner i den enkelte avdeling som sikrer avdelingens kompetansebehov. • Opplæringsplanene må være standardiserte. 	•		<ul style="list-style-type: none"> • Beskrive opplæringsplaner per enhet og per profesjon • Bruker mal fra N1 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumenteres i eHåndbok • Presenteres på ledermøter i avdeling/sekjson 	Avdelingsledere / seksjonslerer	

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars- person	Frist (dato)
6. Effekter av tiltak måles og evaluering gjennomføres systematisk. Resultater anvendes i forbedringsarbeid.	<ul style="list-style-type: none"> Måling av effekt er ikke systematisk, og det foreligger i varierende grad et grunnlag som kan anvendes i forbedringsarbeidet. Det må defineres indikatorer slik at dette kan måles, f eks gjennom opplæring av nyansatte. 	<ul style="list-style-type: none"> 		<ul style="list-style-type: none"> Opplæringsprogram for nyansatte inneholder kompetansekriterier som kan dokumentere effekt av undervisning 	<ul style="list-style-type: none"> Dokumenteres i eHåndbok Presenteres på ledermøter i avdeling/sekjson 	Seksjonsleder e	
7. Rapportering skjer slik at klinikken sikrer styringsinformasjon fra hele kompetansestyrings prosessen	<ul style="list-style-type: none"> Rapportere på standard indikatorer, men ikke for hele prosessen. 	<ul style="list-style-type: none"> Retningslinje - Kompetansestyring - overordnede prinsipper 		<ul style="list-style-type: none"> Bruker mal fra N1 Bruker rapporteringsmal for N1 	<ul style="list-style-type: none"> Fast punkt for klinikkleder på oppfølgingsmøter med avdelingsledere og seksjonsledere 		
8. Ansvar og oppgaver knyttet til kompetansestyrings prosessen defineres og dokumenteres i klinikken. Ansvarlige for styring får opplæring i gjeldende prinsipper. Kompetansestyring skjer i henhold til interne og angitte prinsipper	<ul style="list-style-type: none"> Nivå 1 prosedyren må implementeres i hele klinikken, den er i dag lite kjent. 	<ul style="list-style-type: none"> Retningslinje - Kompetansestyring - overordnede prinsipper 		<ul style="list-style-type: none"> Gjennomføre informasjonsmøter med avdelingene om innholdet i Nivå 1 prosedyren 	<ul style="list-style-type: none"> Registrere antall ledere som er på informasjonsmøtet Lesebekreftelse på prosedyre N1 	HR	

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars-person	Frist (dato)
<p>9. Metode for risikovurdering vurderes og defineres. Prosedyrer gjøres kjent og etterleves i avdelingene for å sikre at praksis er i tråd med interne prinsipper</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det må etableres en metode for risikovurdering av kompetansestyring. Vedtatte prosedyrer må gjøres kjent og etterleves slik at kompetansestyringen gjennomføres i henhold til interne prinsipper og metodikk. prosedyre – link, verktøy 	<ul style="list-style-type: none"> • Retningslinje - Risikovurdering og -styring 		<ul style="list-style-type: none"> • Risikovurdering av kritisk kompetanse settes inn i den tertialvise risikovurderingen under området "Forskning, utdanning og innovasjon" 	<ul style="list-style-type: none"> • Ledere reviderer handlingsplanen. Har tiltakene hatt effekt ? 	<p>Avdelingsledere</p>	

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Etterlevelse - oppfølging	Ansvars-person	Frist (dato)
1. Formalisere roller og ansvar knyttet til utdanningsprosessen	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar og oppgaver er i varierende graddefinert og på ulike måter dokumentert for de ulike delene av utdanningsprosessen. Dette gjelder både på klinikk- og avdelingsnivå. • Definisjon og tydeliggjøring av ansvar og oppgaver. • Det lages en felles retningslinje for klinikken. 	•		<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar og oppgaver i utdanningsprosessen er beskrevet i eHåndboken. - for avdeling - for klinikk • Klinikken utløser den årlige revisjonen 	<ul style="list-style-type: none"> • Revideres hvert år. 	HR-leder	31.12.14
2. Utdanningsprosessen kartlegges og risikovurderes	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomført helhetlig kartlegging av utdanning og utdanningsprosess i klinikken. 	•		<ul style="list-style-type: none"> • Utdanningsprosessen for de ulike faggruppene kartlegges. Bruker mal fra N1 	<ul style="list-style-type: none"> • HR-leder lager en samlet oversikt for klinikken 	HR-leder	31.03.15
3. Interne og avdelingsvise rutiner formaliseres i ehåndboken	<ul style="list-style-type: none"> • Det foreligger en nivå 1 prosedyre for utarbeidelse, bruk og styring av dokumenter av varig karakter som skal legges i kvalitets-systemet. Avdelingsvise prosedyrer må legges inn i OUS sitt kvalitetssystem. 	•		<ul style="list-style-type: none"> • Følger retningslinje for utarbeidelse av styrende dokumenter på N1 	<ul style="list-style-type: none"> • Setter opp revisjonsintervaller etter risikovurderingen 	avdelingsledere	

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars-person	Frist (dato)
2.3.2. Planleggingsfasen							
Det anbefales at HLK definerer krav til kompetanse for prosjektleder og andre som er involvert i forskningen.	HLK vil sammen med Avdeling for forskningsstøtte sørge for at det gis kurs og støtte i administrasjon og økonomi, slik at prosjektledere innehar tilstrekkelig kompetanse og støtte innen disse felt.			<ul style="list-style-type: none"> Utarbeide e-læringskurs i samarbeid med Avdeling for forskningsstøtte Delta i etablerte kurs som arrangeres jevnlig av Avdeling for forskningsstøtte 	Ta ut rapporter i læringsportalen x 1 i året	Forskningsleder	31.12.14
Det vurderes om det er behov for at prosjektleder har oversikt over begrensninger i de bevilgninger som er gitt. Videre anbefales det at det etableres rutiner for å avdekke/forhindre dobbeltfinansiering av forsknings-prosjekter	Prosjektleder har et delegert ansvar for administrativ oppfølging av egne forskningsprosjekter, inkludert rapportering. Dette ansvaret er nærmere regulert i retningslinje for virksomhet med særskilt ekstern finansiering. For å sikre overordnet forankring på systemnivå, så er det tatt opp i klinikkens ledermøte at prosjektleder skal avklare eventuelle begrensninger i bevilgningen som er gitt, samt konsekvensene av dette, med avdelingsleder.	OUS forskningsinstruks Retningslinje for virksomhet (oppgaver) med særskilt finansiering		<ul style="list-style-type: none"> Klinikken vil påse at disse dokumentene er godt kjent og implementert. Benytte lesekvittering i eHåndboken som dokumentasjon <ul style="list-style-type: none"> Det etableres samtidig avdelingsvise rutiner som vurderer hvorvidt det foreligger dobbelfinansiering for alle innvilgede prosjekter. 	Økonomileder kontrollerer i klinikken Oversiktslister tas ut i eHåndboken Avdelingsleder og prosjektleder kontrollerer	Forskningsleder Avdelingsledere Prosjektledere	31.12.14

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars-person	Frist (dato)
Det vurderes å utarbeide driftsbudsjett for forskningsprosjektene som er detaljerte nok til å ivareta planlegging av finansieringsbehov, samt løpende oppfølging av regnskap	Det er i etterkant av revisjonen utarbeidet en forbedret nivå-1-prosedyre for eksternt finansierte midler, herunder budsjettering. Retningslinjen angir overordnede prinsipper for budsjettering og vil bli fulgt opp med egne budsjettmaler tilpasset forskning. Retningslinjen er gjennomgått med klinikkens økonomiledere og vil bli ytterligere fulgt opp med klinikkens forskningsledere og gjennom fast kurstilbud i OUS til forskere.	<ul style="list-style-type: none"> Budsjettering av øremerkede midler (ØM) Retningslinje for virksomhet (oppgaver) med særskilt finansiering 		<ul style="list-style-type: none"> Implementering av prosedyre for budsjettering av øremerkede midler. Budsjettmal tilpasset forskning er utarbeidet Gjennomgang av retningslinjen med klinikkens økonomiledere Gjennomgang av retningslinjen med klinikkens forskningsledere 	-E-læringskurs (ref. forrige side)	Prosjektleder	Budsjett settes opp i forbindelse med søknad.
Konsernrevisjonens anbefalinger 2. 3.3 Formalisering							
Det anbefales at det ved planlegging av forskningsprosjektet utarbeides en oversikt over estimerte kostnader med en tilhørende finansieringsplan der det fremkommer hvor stor andel som planlegges dekket av eksterne midler, av avdelingens ordinære driftsbudsjett, tilgjengelige "frie" forskningsmidler i avdelingen osv. Det bør være et bevisst forhold til kostnadene relatert til forskningsprosjektet.	Budsjett og finansieringsplan for forskningsprosjektene skal forankres hos avdelingsleder.	<ul style="list-style-type: none"> Budsjettering av øremerkede midler (ØM) Retningslinje for virksomhet (oppgaver) med særskilt finansiering 		Budsjett og finansieringsplan for forskningsprosjekter legges frem for avdelingsleder	Avdelingsleder signerer på alle nye prosjekter	Avdelingsledere	01.09.14

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars- person	Frist (dato)
Det anbefales at informasjon om risiko knyttet til ekstra innstikk i hjertemuskelen innarbeides i pasientinformasjonen (samtykke-erklæringen), og at REK informeres om endringen.	Tydligere informasjon om risiko knyttet til ekstra innstikk er innarbeidet i samtykkeerklæringen, og Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har godkjent nytt pasientinformasjonsskriv.			Samtykkeerklæringen inneholder tydelig informasjon om risiko knyttet til ekstra innstikk i hjertemuskelen. Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) godkjenner nytt pasientinformasjonsskriv.	Ny samtykkeerklæring er tatt i bruk. Jf vedtak i REK Sør-Øst 2010/2226	Prosjekt- leder Forsknings- leder HLK	Utført
2.3.4 Datainnsamling, håndtering og bearbeiding							
Det anbefales at arbeid knyttet til IKT infrastruktur som er iverksatt følges opp og gis nødvendig prioritet.	Gjennomgangen har vist mangler vedr. oppbevaring av sensitive forskningsdata.	Lagring, arkivering og sletting av helse- og personopplysninger i forskningsstudier, kvalitetsregistre og helseregistre		Klinikken implementerer rutiner for datalagring i tråd med nivå 1-dokument	-E-læringskurs (ref. forrige side)	Forsknings- leder Avdelings- leder Prosjekt- leder	31.12.14
Det anbefales at rutinene gjennomgås for å sikre at forskningsdata lagres og anvendes iht. lov, forskrift og avtaler. Det bør sikres nødvendige avtaler og backuprutiner for å sikre tilgang til og sikring av forskningsdata når eksternt harddisk og egen PC benyttes.	Klinikken vil implementere rutiner for datalagring For store datamengder og behov for tung regnekraft vil klinikken følge OUS nye.	(eHåndbok, dokument-ID: 11789), Lagring, arkivering og sletting av helse- og personopplysninger i forskningsstudier, kvalitetsregistre og helseregistre		<ul style="list-style-type: none"> Gjennomgang og oppdatering av rutiner for datalagring i tråd med nivå 1-dokument. Klinikken følger nye Interne rutiner for store datamengder av Tjenester for Sensitive Data (TSD) på USIT, tilgjengeliggjort for OUS sine forskere 5.mai 2014 	-E-læringskurs (ref. forrige side) Klinikken forskningsutvalg tar dette opp som sak på møte	Forsknings- leder HLK. Avdelings- ledere	Høst- semester hvert år
Det anbefales at det iverksattes tiltak for å sikre forsvarlig oppbevaring av biologisk materiale fra forsøksdyr	Det er sikret nødvendig fryserkapasitet på kort sikt.			<ul style="list-style-type: none"> Søke om midler til utvidelse av fryserkapasiteten. 		Avdelings- leder ved aktuell avdeling	Utført

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars- person	Frist (dato)
2.3.5 Rapportering, publisering og avslutning							
Det anbefales at det etableres løpende tilgjengelig og oppdatert oversikt over pågående forskningsprosjekter i klinikken	<p>Det er i dag flere systemer ved OUS som gir tilgang til samt oversikt over forskningsprosjekter ved OUS.</p> <p>OUS er involvert i arbeid med å etablere et nasjonalt forskningsadministrativt system basert på data fra REK-søknadsprosess samt mot eksterne finansieringskilder (NFR, HSØ, Kreftforeningen m.v.). Krav til nasjonale løsninger gjør at lokale løsninger ikke videreutvikles nevneverdig inntil videre.</p>	<p>- OUS økonomisystem LIS – regnskapsrapporter (en særskilt fil med oversikt over all eksternt finansiert forskning)</p> <p>Databasen FORPRO sykehusets forskningsadministrative system der alle REK-godkjente studier registreres fortløpende</p>		Klinikkens forskningsleder, med støtte fra administrativ koordinator, har oversikt over alle forskningsprosjekt i HLK mht prosjektittel, prosjektleder, godkjenninger (REK, eller lignende), og prosjektslutt	<p>Oppretter tilgangsstyrt mappe på K-området</p> <p>Gjøre seg godt kjent med bruk av Forpro</p>	<p>Forskningsleder</p> <p>Økonomileder</p> <p>Forpro: Forskningsstøtte og personvern ombud</p>	15.11.14
Det anbefales at HLK innfører rutiner for vurdering og rapportering av risiko knyttet til forskningsprosjekter	<p>Regnskapsavdelingen ved OUS har ca 2 ganger i året et systematisk uttrekk av prosjekter der klinikken rapporterer økonomisk status på de utvalgte prosjektene.</p> <p>Avdelingsledere skal rapportere risiko knyttet til forskningsprosjekter hvert kvartal, dersom det ikke foreligger risiko som krever umiddelbare tiltak.</p>			<p>Klinikken har pr i dag møter med prosjekteiere og Instituttene.</p> <p>Avdelingsledere skal rapportere risiko knyttet til forskningsprosjekter hvert kvartal</p>	<p>Er dette møter som referatføres?</p> <p>Prosjekteiere rapporterer risiko på sine prosjekter på klinikkens ledermøte x 2 pr. år</p>	<p>Økonomileder</p> <p>Avdelingsledere</p>	<p>April og august</p>

Konsernrevisjonens anbefalinger	Vurdering - kommentarer	Aktuelle dokumenter – nivå 1	Risiko	Tiltak - systemforbedring (Hva skal gjøres? Vær konkret!)	Tiltak - implementering	Ansvars- person	Frist (dato)
Det anbefales at det etableres tettere oppfølging av prosjektene mht. økonomi, vurdert mot framdrift og faglige resultater.	Økonomi i klinikken har pr i dag jevnlig møter med Instituttene og prosjekteiere, men da kun med hensyn på økonomi.: Avdelingsledere har ansvar for å følge opp økonomi opp mot framdrift og faglige resultater.	<ul style="list-style-type: none"> Retningslinje for virksomhet (oppgaver) med særskilt finansiering 		<ul style="list-style-type: none"> Det er etablert en systematisk møtestruktur vedrørende økonomisk oppfølging. Prosjektledere rapporterer avvik til avdelingsleder Det er etablert en systematisk møtestruktur med formell rapportering mellom forskningsledelsen i klinikken og avdelingsledelsene 	Møteplan er laget	Økonomi- leder / Forsknings- leder / Avdelings- ledere /prosjektled ere	15.10.14

Merknad – om sykehuset forskningsstrategi og handlingsplan for forskning, herunder klinikkens egen Handlingsplan for forskning:

OUS har en styrevedtatt forskningsstrategi og en overordnet handlingsplan for forskning (vedtatt av sykehusledelsen).

I tillegg har hver klinikk en egen handlingsplan for forskning (vedtatt av klinikkleder). Klinikken handlingsplan for forskning dekker en bredere tematikk enn det som fremgår ovenfor (mer faglig rettede tiltak for å forbedre klinikkens forskningsaktivitet og – kvalitet) og må ikke forveksles med ovennevnte handlingsplan som er snevrere og en oppfølging av konkrete funn i revisjonen.

Ved neste revisjon av klinikkens handlingsplan for forskning, vil det vurderes om tematikk fra ovennevnte handlingsplan skal innarbeides.

Det skjer fortløpende erfaringsdeling mellom klinikkens forskningsledere i Forskningslederforum – et møteforum ledet av direktør forskning, innovasjon og utdanning ved OUS og instituttleder fra Det medisinske fakultet, Institutt for klinisk medisin.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 25. september 2014
Saksbehandler: Visadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg:

SAK 47/2014 BUDSJETT 2015

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering

Oslo den 18. september 2014

Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING

Denne styresaken gir en kort orientering om status for Helse Sør-Øst RHF's styrebehandling av økonomisk langtidsplan 2015-2018 (35) og implikasjonene for Oslo universitetssykehus HF for budsjett 2015. Saken gir også en orientering om planlegging av aktivitetsnivå for 2015 og arbeidet med kostnadsreduserende tiltak.

2. TIDLIGERE VEDTAK

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

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

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

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

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Oslo universitetssykehus HF har behov for likviditet til å gjennomføre nødvendig oppgradering av bygninger og for å holde og helst øke standarden på det medisinske tekniske utstyret. Dette krever finansiering utover det foretaket kan frembringe ved løpende drift. Oslo universitetssykehus HF ble i 2014 tildelt 450 mill kroner i ekstraordinære investeringsmidler for nevnte formål. Helse Sør-Øst RHF behandlet foretaksgruppens økonomiske langtidsplan 2015-2018 (35) i sitt styremøte 19. juni. Administrerende direktør konstaterer at det der ble omtalt i saksgrunnlaget at Helse Sør-Øst RHF vil videreføre ekstraordinær likviditet til Oslo universitetssykehus HF.. Administrerende direktør er imidlertid kjent med at Helse Sør-Øst RHF har en krevende likviditetssituasjon for 2015. Det pågår også en dialog med Helse Sør-Øst RHF om finansiering av vedlikehold og oppgraderinger etter 2015.

Det ble i styremøte 24. april satt et ambisiøst mål om effektivisering av drift i Oslo universitetssykehus HF for 2015 med 1 ½ pst og resultatmål på 150 mill kroner i overskudd. Administrerende direktør har fordelt ansvaret for arbeidet med tiltak for forbedring av resultatene slik det ble beskrevet i økonomisk langtidsplan og denne saken inneholder en oppdatert oversikt over de områder det arbeides med.

4. FAKTA

Fire områder vil bli omtalt under:

- Finansiering av investeringsbudsjett og Helse Sør-Øst RHF's behandling av økonomisk langtidsplan
- Budsjettskriv nr. 4 fra Helse Sør-Øst RHF som inneholder informasjon om planlegging av aktivitet for 2015
- Tiltak for å oppnå budsjettert resultatutvikling
- Tidsplan

Investeringsbudsjett og finansiering

Helse Sør-Øst RHF styrebehandlet den 19. juni økonomisk langtidsplan 2015-2018 (35). Fra saksfremlegget fremgikk at Helse Sør-Øst RHF for 2015 må sikre tilgjengelig finansiering for å ferdigstille igangsatte investeringsprosjekter, hvorav følgende inngår:

- Oslo universitetssykehus HF viderefører samlokalisering fase I
- Vedlikeholdsinvesteringer (pålegg mv)/medisinskteknisk utstyr ved Oslo universitetssykehus HF

Helse Sør-Øst RHF skrev videre i styresaken at realisering av investeringsplaner som er meldt inn krever en vesentlig styrking av den økonomiske bæreevne:

”For 2015 legges det opp til å gjennomføre igangsatte prosjekter. Dette forutsetter imidlertid at det økonomiske handlingsrommet øker enten gjennom driftsmessige tilpasninger, eller ved en vurdering av de regionale satsningene herunder standardisering og digital fornying.”

Det står også følgende i saken i forhold til tidspunkt for avklaring:

”Den konkrete disponeringen av regionale midler til investeringer behandles av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med budsjettbehandlingen for 2015.”

I vedlegg til sak står følgende om Oslo universitetssykehus:

”Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF har en løpende dialog om det ekstraordinære vedlikeholdsbehovet ved helseforetaket som ikke lar seg håndtere innenfor helseforetakets egen likviditet. Det er i budsjett 2014 regionalt bevilget 350 millioner kroner til ekstraordinære vedlikeholdsinvesteringer. Det vil inn mot budsjett 2015 gjøres en vurdering av behov og mulighet for å reservere regional likviditet også i 2015.”

Styret i Helse Sør-Øst RHF fattet følgende vedtak i behandlingen av sak 41-2014 Økonomisk langtidsplan 2015-2018 (35):

1. Økonomisk langtidsplan for perioden 2015-2018 tas til etterretning. Det er nødvendig å sikre handlingsrommet for fremtidige investeringer, og foretaksgruppen må derfor legge opp til en styrking av de økonomiske

resultatene og egen finansieringsevne. Årsbudsjettet for 2015 skal reflektere dette behovet.

3.2. _____ Styret tar til etterretning at helseforetakene foreløpig ikke har planlagt for tilstrekkelig økning i pasientbehandling innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) sammenlignet med somatikk. Styret legger til grunn at budsjettet for 2015 ivaretar gjeldende føringer.

5.3. _____ Ved igangsetting av nye investeringsprosjekter skal det påvises tilstrekkelig egenfinansiering og økonomisk bæreevne for helseforetaket som skal forestå investeringen. Videre skal det gjennom planleggingsperioden arbeides for å identifisere og konkretisere gevinster fra investeringsprosjektet, og det skal følges opp at gevinstene realiseres.

7.4. _____ Styret forutsetter at driftsrelaterte tiltak som anses nødvendig for å øke egenfinansieringen av investeringer og etablere økonomisk bæreevne, utformes i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

Det ble den 10. september avholdt møte mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF om finansiering av investeringer for 2015 og påfølgende år. På dette tidspunktet er det ikke avklart hvor mye ekstraordinær likviditet som vil bli tildelt Oslo universitetssykehus HF, jf omtalen ovenfor.

Helse- og omsorgsdepartementet har åpnet opp for å søke om investeringslån til vedlikeholds-/oppgraderingsprosjekter. Dette ble behandlet i Prop. 1S (2013-2014) og Helse- og omsorgsdepartementet har i brev til Helse Sør-Øst RHF presisert følgende:

”Departementets låneordning gjelder ikke bare nybyggprosjekter. Som tidligere oppgitt vurderer departementet lånesøknad til byggeprosjekter med bakgrunn i fremlagt konseptrapport, inkl. ekstern kvalitetssikring. Dette gjelder om prosjektet er oppgradering eller vedlikehold av eksisterende bygningsmasse eller nybyggprosjekter.”

I møte med Helse Sør-Øst RHF den 10. september ble det også diskutert finansiering av investeringer for å vedlikeholde og oppgradere bygg fra 2016 og fremover med utgangspunkt i omtalte mulighet for statlige lån.

Budsjettskriv nr. 4 fra Helse Sør-Øst RHF

Oslo universitetssykehus HF har mottatt budsjettskriv nr 4 fra Helse Sør-Øst RHF. Skrivet inneholder i hovedsak presiseringer knyttet til planlegging av aktivitet for 2015.

Helse Sør-Øst RHF skriver:

”I 2015 forutsettes det at foretakene/sykehusene viderefører arbeidet med bedret tilgjengelighet gjennom kortere ventetider og færre fristbrudd. Det forutsettes at fagområder som har de største ventetidsutfordringene blir gitt spesiell

oppmerksomhet ved budsjettering av aktivitet for 2015... Inntil videre bes foretakene/sykehusene utarbeide budsjett for 2015 ut fra egne vurderinger av forventet aktivitetsnivå, basert på forutsetningene som er gitt i forbindelse med Økonomisk langtidsplan 2015-2018.

Det vises her spesielt til RHF – styrets vedtak i sak 041-2014 Økonomisk langtidsplan 2015-2018:

“Styret tar til etterretning at helseforetakene foreløpig ikke har planlagt for tilstrekkelig økning i pasientbehandling innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) sammenlignet med somatikk. Styret legger til grunn at budsjettet for 2015 ivaretar gjeldende føringer.”

Helse Sør-Øst RHF ber Oslo universitetssykehus HF om å sende inn et forslag til aktivitetsbudsjett for 2015 den 15. oktober. Justeringer i aktivitetsbudsjettet kan gjøres helt frem til desember. Det fremgår også av dokumentet at ”Det er gitt signaler om at tidligere aktivitetstak hva gjelder antall DRG-poeng på regionalt nivå blir opphevet fra og med 2015.”

Det opplyses også om at kommunal medfinansiering (KMF) avvikles fra og med 2015.

Oslo universitetssykehus vil gjennomføre interne prosesser for å vurdere aktivitetsnivået for 2015. Styret vil bli orientert i styremøtet 30. oktober. Forslag til endelig aktivitetsbudsjett vil bli lagt fram til styremøtet 18. desember.

Tiltak for å oppnå budsjettert resultatutvikling

Oslo universitetssykehus HF har arbeidet videre med organisering og konkretisering av tiltak for å oppnå budsjettert resultatutvikling. Det er gjennomført to ledersamlinger der dette har vært tema. I vedlagte tabeller 1 og 2 følger felles sykehusovergripende tiltak. Tabell 1 inneholder de tiltak som det planlegges å rapportere på til styret hvert kvartal i 2015. Tabell 2 inneholder andre tiltak ledelsen i Oslo universitetssykehus HF fortsetter arbeidet med, men som ikke vil inngå i styrerapportering. I tillegg til felles tiltak arbeides det med kostnadskontroll og andre tiltak i klinikkene som del av budsjettprosess. Innholdet i klinikkens planer for budsjett 2015 vil forelegges styret den 30. oktober.

Tidsplan for styrets behandling av budsjett 2015

30. oktober	Drøftede detaljerte klinikkvise tiltaksplaner og risikoanalyse av gjennomføring. Status for sykehusovergripende tiltaksplaner. Informasjon om statsbudsjett og finansiering av investeringer
18. desember	Drøftet detaljert investerings- og driftsbudsjett, med vedtak om resultatkrav 2015

Tabell 1 – Tiltak som rapporteres til styret hvert tertial

#	Navn	Innhold	Strategisk ansv.	Organisering
1	Aktivitetsøkning	Øke aktiviteten i de kliniske klinikker i størst mulig grad innen dagens bemanning ved at flaskehalsen i støtteklinikken fjernes / reduseres (blant annet økt MR-kapasitet)	MHU	Linje
2	Effektive operasjonsforløp	Effektivitet i den operative sløyfen (jf etablering av kirurgisk driftsstyre og –råd for bedre koordinering og ressursutnyttelse av operative og postoperativ-/intensivressurser).	MHU	Driftsstyre og linje
		Skjerming av elektive pasientforløp for å redusere antallet strykninger og redusere omfanget av unødvendige kostnader	MHU	Driftsstyre og linje
3	Drift Aker	Gjennomføre prosjekter for flytting av døgnaktivitet ut av Aker og etablering av senter for dagkirurgi og elektiv kirurgi med 5-døgnspost.	MHU	Prosjekt
4	Operasjonssykepleiere oppgaver	Riktig / bedre bruk av operasjonssykepleiernes kompetanse for å bedre operasjonskapasiteten	MHU	Prosjekt
5	Poliklinikk, planlegging og effektivitet	Felles metode for planlegging og gjennomføring av polikliniske undersøkelser basert på kartlegging av pasienttilstrømning, rom/utstyr og legekapasitet og –kompetanse	MHU	Linje
		Effektivitet ved poliklinikkene (jf satsning fra Helse Sør-Øst RHF hvor det bl.a gis mulighet for sammenligning på tvers av foretak)	MHU	Prosjekt og linje
6	Effekt av nye IKT-systemer	PAS/EPJ-implementering med bredding av felles standarder ift planlegging og gjennomføring av aktiviteter (eks. standardiserte maler for dokumentasjon) vil være tidsbesparende for klinisk personell. Når systemet har vært i bruk over en lenger tidsperiode (1-2 år) skal dette bidra til økt aktivitet og effektivitet.	MHU	Prosjekt – deretter Linje
		GAT-implementering med ny rapportfunksjonalitet i 2014 – gir grunnlag for bedre ressursstyring opp mot aktivitet	HR	Prosjekt
		Felles innkjøpssystem for alle lokaliseringer med ett vareregister og bedret funksjonalitet	OSS	Prosjekt
7	Vaktordninger, ny vurdering	Vaktordninger - Alle vaktordninger er kartlagt og det skal gjennomføres omlegging innen enkelte fagområder	MHU/HR	Prosjekt og linje
8	Sengepostsamarbeid	Sengepostsamarbeid i helger	MHU	Linje

Tabell 2 – Tiltak som følges opp i ledelsens driftsmøter og ikke rapporteres til styret

#	Navn	Innhold	Strategisk ansv.	Organisering
9	Målrettet utdanning og forskning	Utdanning og forskning (ref. kapittel 2 c) brukes målrettet for å høyne kompetanse på drift og god pasientbehandling	Forskningsstab en	Linje
10	Kompetanseløft kontoransatte	Kontorfaglig nettverk engasjeres i arbeidet med kompetanseløft for at kontoransatte skal kunne løse flere merkantile oppgaver	MHU	Linje
11	Omfordeling av oppgaver til andre HF	Samarbeid med andre helseforetak med tydelig strategi for kompetansebygging for å fordele oppgaver mellom foretakene og daglig samhandling gjennom IKT/konferansemuligheter	MHU/Samhand ling	Linje
12	Lavere omsorgsnivå (døgn til dag til pol)	Gjennomgang av nye pasientgrupper mtp omlegging av behandling fra døgnbehandling til dagbehandling og poliklinisk behandling	MHU	Linje
13	Forske for bedre drift	Forskning (ref. kapittel 2 c) brukes målrettet for å sørge for kvalitative og driftsmessige endringer i pasientbehandling	Forskningsstab en	Linje

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 25. september 2014

Saksbehandler: Visadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling
Visadministrerende direktør samhandling

Vedlegg: Ingen

SAK 48/2014 VIRKSOMHET PÅ AKER SYKEHUS

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelse om virksomheten på Aker sykehus til orientering.

Oslo, den 18. september 2014

Bjørn Erikstein

1. SAMMENDRAG

Det er stor aktivitet ved Oslo universitetssykehus HF, Aker. Oslo universitetssykehus har per i dag betydelig aktivitet innen blant annet tverrfaglig spesialisert rusbehandling, urologi, karkirurgi, endokrinologi, rehabilitering, endokrinkirurgi, fedmekirurgi og ortopedi på Aker sykehus. I tillegg er Oslo kommune og Sunnaas sykehus viktige samarbeidspartnere og brukere av lokaler og tjenester på Aker. Aktiviteten på Aker er i hovedsak lokalisert i øvre del av området, som samlet omfatter arealer på ca 53 000 m².

Oslo universitetssykehus har i tillegg til flere heldøgns- og femdøgns- sengeposter samt poliklinikker, full bruk av 12 operasjonsstuer på Aker. Den største operative aktiviteten er innen fagområdene urologi, karkirurgi og ortopedi. Operasjonsstuene er av god kvalitet og det pågår et prosjekt for å avklare bruken av disse når døgntilbudet innen urologi og karkirurgi flyttes til henholdsvis Ullevål sykehus og Rikshospitalet. Målet er å utvikle et godt dagkirurgisk og elektivt kirurgisk senter med tilhørende femdøgns sengepost på Aker. Flere klinikker og kirurgiske fag ser muligheter til et faglig godt og effektivt tilbud til en rekke pasientgrupper. En endret utvikling av Oslo universitetssykehus sin bruk av Aker, vil også ha en gunstig effekt på utviklingen av Aker helsearena som fellesarena for Oslo kommune, Sunnaas sykehus og Oslo universitetssykehus.

Geriatrici og rehabilitering er to helt sentrale satsningsområder på samhandlingsarena Aker. Oslo universitetssykehus har geriatricisk poliklinikk på Aker, og Oslo kommune har etablert et geriatricisk ressursenter og Almas hus med utstilling av tekniske hjelpemidler for demente. Oslo kommune har også etablert en rehabiliteringssengepost med døgndrift. Dette tilbudet samhandler nært med Oslo universitetssykehus sitt spesialiserte rehabiliteringstilbud på Aker, og med Sunnaas sykehus sin poliklinikk og regionale kompetansesenter innen rehabilitering. Innen dette fagområdet satses det på å utnytte den samlede kompetansen for videre utvikling av tilbudet til rehabiliteringspasienter. Dette er helt i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen.

Oslo kommune har i dag legevakt og kommunale akutte døgnenger i lokaler på Aker. Disse enhetene samhandler nært med de etablerte miljøene innen blant annet rehabilitering og tilbudene har også fordel av de tjenester Oslo universitetssykehus må ha på Aker for sikring av egen drift, som for eksempel røntgentjenester og mulighet for akutt hjelp ved hjertestans. I regi av Oslo kommune er det i tillegg etablert et ressursenter for migrasjonshelse. På dette området er det et samarbeid mellom Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Migrasjonssenteret og Oslo universitetssykehus har blant annet etablert en helseradio hvor det sendes helseprogram på urdu, somali og arabisk hver søndag.

Ved utgangen av 2013 avsluttet Oslo universitetssykehus sin prosjektperiode for Samhandlingsarena Aker, og har nå etablert en mer varig organisasjonsmodell. Det er ansatt en koordinator for aktiviteter på Aker som skal bidra til samhandling mellom sykehusets ulike klinikker og virksomheter på Aker. Koordinator skal ha løpende dialog med Oslo kommunes aktører, med Sunnaas sykehus og eventuelt

andre aktører som ønsker å etablere virksomhet på Aker. Det er også opprettet en egen stilling som virksomhetsleder (Nivå 3) for Oslo sykehuservice på Aker. Virksomhetsleder er ansvarlig for alle støttetjenester og skal bidra til å legge til rette for rasjonell og god bruk av arealer.

Oslo kommune har til nå organisert sin aktivitet på Aker som et treårig prosjekt for utvikling av kommunale aktiviteter som er relevante i for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Prosjektet varer ut 2014 og det er foreløpig ikke avklart hvordan Oslo kommune vil organiseres sin tilstedeværelse på Aker fra årsskiftet.

Samarbeidsavtale om bruk av arealer på Aker er inngått mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus. Med utgangspunkt i denne avtalen, er det opprettet et samarbeidsorgan hvor både Oslo universitetssykehus og Oslo kommune er representert. Samarbeidsorganet gir råd om saker som angår bruken av arealet på Akers øvre område. Endelig vedtak i sakene fattes av Oslo universitetssykehus.

2. TIDLIGERE VEDTAK I STYRET

Foretaksrådet i Oslo universitetssykehus HF gjorde følgende vedtak den 24. november 2010:

- 1. Aker skal utvikles til en samhandlingsarena mellom spesialisthelsetjenesten og Oslo kommune med tilbud til for eksempel pasienter med rehabiliteringsbehov, livsstilssykdommer, kroniske lidelse, psykiske problemer og rusmiddelavhengige.*
- 2. Ved planlegging av hvilke polikliniske spesialisthelsetjenester som skal være ved Aker, skal det legges vekt på å understøtte Aker som samhandlingsarena.*
- 3. Rusakuten som ble åpnet i august i år og avgiftningsenheten som er underetablering, danner et godt grunnlag for utvikling av tilbudet til rusmiddelavhengige ved Aker.*
- 4. Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF forutsettes å videreføre et godt og forpliktende samarbeid med Oslo kommune for videre å planlegge og konkretisere de fremtidige tjenestene ved Aker. Forpliktende plan for framtidige tjenester ved Aker skal utvikles i samarbeid med Oslo kommune, og status i arbeidet rapporteres til Helse- og omsorgsdepartementet innen 20. januar 2011.*

Vedtaket ble behandlet i styret for Oslo unviertitetssykehus den 17 desember 2010 i sak 156/2010.

I styremøtet 28. april 2011 sak 41/2011 tok styret strategi for samhandling til orientering.

I styremøtet 26 mai 2011 sak 50/2011 ble det gitt en presentasjon om Aker som samhandlingsarena. Styret tok presentasjonen til orientering.

I styremøtet 15. desember 2011, sak145/2011 om Prosjekt Helsearena Aker gjorde styret følgende vedtak:

- 1. Styret tar til orientering redegjørelsen om utvikling av virksomheten ved Aker. Styret ber om å bli oppdatert jevnlig.*
- 2. Styret forutsetter videre at administrerende direktør utarbeider en samlet arealplan for Aker som fremlegges for styret, herunder disponering og eventuell eiendomsutvikling av de delene av Aker tomt som ikke skal brukes til helseformål.*
- 3. Styret ber administrerende direktør gå i dialog med Helse Sør-Øst RHF om investeringsbehovet på Aker. I denne sammenheng bør det også vurderes alternative modeller for eierskap for områder som skal benyttes av andre enn Oslo universitetssykehus HF.*

I styremøtet 14. februar 2013, sak 10/2013 om inngåelse av prinsippavtale med Oslo kommune om samarbeid, utleie og tjenesteytelser på Aker gjorde styret følgende vedtak:

- 1. Styret tar orienteringen om arbeidet med en prinsippavtale mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune om samarbeid og bruk av arealene ved Aker til etterretning.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå en slik avtale med Oslo kommune.*

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Oslo universitetssykehus har fortsatt betydelig sykehusaktivitet på Aker. Dette vil vedvare også fremover i tid, men sammensetningen av sykehusets tilbud på Aker vil endre seg. Det er et mål å få all heldøgnsaktivitet som krever døgnberedskap samlet på Rikshospitalet eller Ullevål sykehus. Dette gjelder spesielt urologi og karkirurgi. For disse fagområdene er det imidlertid aktuelt å opprettholde et betydelig poliklinisk og dagkirurgisk tilbud på Aker.

Det er besluttet at det skal etableres et dagkirurgisk senter på Aker, og hvilke funksjoner som skal legges til senteret blir utredet nå. Omfang og oppstarttidspunkt vil avhenge noe av når skadelegevakten kan flyttes tilbake til Storgaten. Det er viktig for Oslo universitetssykehus at den operative kapasiteten ved Aker utnyttes fullt ut.

Det er administrerende direktørs vurdering at tilbud Oslo universitetssykehus har i dag innen rehabilitering passer godt inn i visjonen for en samhandlingsarena på Aker. Det er etablert gode samarbeidsrelasjoner mellom aktørene på Aker og dette samarbeidet vil Oslo universitetssykehus understøtte ved å videreføre og videreutvikle eksisterende tilbud. Det arbeides også med mulige samarbeidssatsinger innen livsstilsykdommer. En utredning om dette vil foreligge i løpet av høsten 2014.

Administrerende direktør vil også fremheve det tette samarbeidet mellom Oslo kommune og Oslo-sykehusene og Akershus universitetssykehus innen migrasjonshelse. Dette vil bidra til kompetansebygging og et samlet sett bedre

tilbud om opplæring av helsepersonell og innhold i de tjenester som tilbys byens minoritetsbefolkning.

Oslo kommune, Sunnaas sykehus og Oslo universitetssykehus skal utarbeide et strategidokument for videre aktivitet og samhandling på Aker mot 2020. Dette arbeidet vil danne en viktig plattform for den videre utvikling av samhandlingsarenaen. Ved etablering av nye sykehusfunksjoner på Aker, vil administrerende direktør legge vekt på at dette skal være funksjoner som støtter opp under utviklingen av en samhandlingsarena på Aker. Samtidig er det viktig å understreke at Aker sykehus vil være en viktig lokalisasjon for sykehusdrift innen områder som spesialiserte rehabiliteringstjenester, operativ virksomhet, dagvirksomhet og poliklinisk virksomhet i mange år fremover.

4. FAKTABESKRIVELSE

Nedenfor beskrives driften de tre aktørene har på Aker i dag, videre planer for Aker og de synergieffekter man ser og arbeider videre med.

Oslo universitetssykehus HF

Døgnvirksomhet, sengeposter

Oslo universitetssykehus har 138 heldøgnssenger i bruk fordelt på fagområdene tverrfaglig spesialisert rusbehandling (43), rehabilitering inklusive senger for ME-pasienter (21+2), ortopedi (10), urologi (36) og karkirurgi (10) samt postoperativ virksomhet (16). Pasienter innen fagområdene sykkelig overvekt og endokrinkirurgi ligger i senger på urologisk sengepost. I tillegg 138 heldøgnssenger kommer 22 dagkirurgiske senger/plasser på Aker som ikke driftes hele døgnet.

Operativ virksomhet

Oslo universitetssykehus har 12 operasjonsstuer i daglig drift som ivaretar fagområdene urologi, karkirurgi, endokrinkirurgi, fedmekirurgi og ortopedi. I tillegg er det dagkirurgisk virksomhet innenfor fagområdene urologi, karkirurgi, smertebehandling, plastikk-kirurgi og kjevekirurgi. Til sammen utføres det cirka 6500 operasjoner per år. Av disse er cirka 1000 øyeblikkelig hjelp-operasjoner utført på døgnbasis og i helg.

Ortopedisk aktivitet fra Storgaten

Seksjon for skadelegevakt i Ortopedisk avdeling flyttet sin operative virksomhet fra Storgaten til operasjonsstuene på Aker på to dager i april 2013 da operasjonsstuene i Storgaten måtte stenge grunnet helse-, miljø- og sikkerhetsforhold. En 5-døgns sengepost ble også flyttet i løpet av sommeren 2013 for å unngå for mye transport av pasientene. Denne sengeposten er veletablert og fungerer bra.

Beredskap

Aker sykehus har døgnberedskap med akutteam som håndterer dårlige pasienter og hjertestans fra hele sykehuset.

Poliklinisk virksomhet

Det er høy poliklinisk virksomhet ved Aker. Mammografiprogrammet flyttet fra Galleri Oslo i august 2013. Urologisk poliklinikk gjennomfører cirka 21 000 konsultasjoner per år og har regionsansvar for flere diagnoser. Poliklinikken har ti

godt utstyrte stuer for prosedyretunge konsultasjoner. Karavdelingen har også stor poliklinisk aktivitet med konsultasjonspoliklinikk, screening av aorta og poliklinisk behandling av åreknuter. Avdelingen har regionsansvar for flere diagnoser.

Senter for sykkelig overvekt har poliklinikk for pasienter som utredes og forberedes til fedmekirurgi. CFS/ME-senteret har poliklinikk som utreder pasienter med ME. Her foregår det også forskning. Endokrinologisk avdeling har stor poliklinisk virksomhet, i all hovedsak knyttet til diabetes, sykdommer i skjoldbruskkjertelen og osteoporose. I tillegg er det poliklinisk virksomhet innen fagområdet endokrinkirurgi med utredning av pasienter mtp operativ behandling av skjoldbruskkjertelen.

Geriatrisk avdeling driver også poliklinisk virksomhet på Aker. Her utredes pasientene både kognitivt og i forhold til medikamenter, risiko for fall med mer. I tillegg kommer daghospitalet med spesialisthelsetjeneste innen geriatri og individuell tverrfaglig rehabilitering.

Avdeling for rus og avhengighetsbehandling har det eneste akutte poliklinikktilbudet for rusavhengige som finnes i Oslo, og mottar omkring halvparten av alle slike henvendelser på landsbasis. Dette er pasienter som blir vurdert og lagt direkte på sengeposten, som blir henvist til planlagt avgiftningsbehandling, eller som blir fulgt opp mens de venter på planlagt behandling.

I tillegg kommer klinisk kjemisk laboratorium og radiologitjenester. Til sammen utgjør den polikliniske virksomheten Oslo universitetssykehus har på Aker over 100 000 konsultasjoner per år.

Mottaksfunksjoner

Da akuttmottaket på Aker ble slått sammen med og flyttet til Ullevål sykehus ble det opprettet en liten mottaksenhet for urologiske og karkirurgiske pasienter på urologisk sengepost. Mottaket er godt etablert og drives felles av Karavdelingen og Avdeling for urologi. Kirurg har døgnvakt slik at eventuelt akutte behov, for eksempel operasjoner, ivaretas. Her er også et Sammedagsmottak hvor hovedmengden av pasientene tas imot og klargjøres dagen de skal opereres.

Alle elektive pasienter på Aker er til vurdering ved preoperativ poliklinikk en til to uker før de skal opereres. Her får de informasjon fra sykepleier og kirurg, og blir vurdert av anestesilege mtp operasjon. Dette sikrer at alle prøver og forundersøkelser er utført og at pasientene er helt klare til operasjon når de møter samme dag som operasjonen. Da Preoperativ poliklinikk ble etablert sank antallet strykninger til operasjon med årsak "ikke medisinsk klargjort" dramatisk og har siden holdt seg svært lavt.

Oslo universitetssykehus har videre et rusakuttmottak på Aker. Dette er knyttet til sengepost til Avdeling for rusbehandling.

Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse

Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse har nylig flyttet fra Ullevål sykehus til

Aker og er en styrking av tilbudene som finnes på Aker. Virksomheten vil gi ytterligere bidrag til samhandlingskonseptet.

Ansatte og areal

Oslo universitetssykehus har for tiden omlag 700 ansatte på Aker sykehus. Aktiviteten på Aker er i hovedsak lokalisert i øvre del av Aker-området, som samlet omfatter arealer på ca 53 000 m². Det er tidligere utarbeidet en arealplan for Aker sykehus. Denne revideres nå i tråd med endringer i behov og muligheter. I tillegg pågår det oppgraderingsarbeid knyttet til enkelte bygg ved Aker.

Oslo kommune

Døgnvirksomhet

Oslo kommune har 55 senger fordelt på kommunale akutte døgnenger og rehabilitering på Aker. Kommunal Akutt Døgnet har 32 senger og ønsker å øke med cirka 16 senger i inneværende år. Virksomheten startet med 10 senger i juni 2013, og har gradvis økt belegget og aktiviteten til 32 senger. Formålet med de kommunale sengene er å redusere antallet sykehusinnleggelses og gi pasientene tilbud på rett nivå.

Rehabiliteringsavdelingen har 23 senger med heldøgns rehabiliteringstilbud.

Legevakt/poliklinikk

Legevakten åpnet i november 2012, og har høye besøkstall. I april i år forlenget Legevakten åpningstiden til kl 01.30, og det er åpnet for mottak av ambulanse. Til sammen har Oslo kommune ca 55 000 konsultasjoner pr. år på Aker.

Migrasjonshelse

Ressurssenter for migrasjonshelse åpnet i vår, og skal bistå bydelene med kompetanse innen innvandrerhelse.

Geriatrisk ressurscenter

Geriatrisk ressurscenter arbeider for å bedre kompetansen i bydelene, og har innredet Almas hus som er en demonstrasjonsbolig for teknologiske hjelpemidler for eldre. Arbeidsområder er informasjonsformidling, kompetanseutvikling, rådgivning/veiledning, samhandling, tilrettelegging for økt bruk av velferdsteknologi, og bidrag til forskning og fagutvikling. Ressurssenterets målgrupper er helsepersonell på sykehjem og i bydeler, både offentlige og private aktører, samt helsepersonell på sykehus.

Ansatte og drift

Oslo kommune har cirka 170 ansatte på Aker. Kommunen har til nå organisert sin aktivitet på Aker som et prosjekt for utvikling av kommunale aktiviteter som er relevante i forhold til samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Prosjektet varer ut 2014 og det er foreløpig ikke avklart hvordan Oslo kommune vil organiseres sin tilstedeværelse på Aker fra årsskiftet.

Sunnas sykehus HF

Poliklinikk

Sunnas sykehus har poliklinikk Raskere tilbake på Aker. Poliklinikken har som

formål å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid og har cirka 2.100 konsultasjoner per år.

Regionalt kompetansesenter for rehabilitering

Regionalt kompetansesenter for rehabilitering ble åpnet i mars i år etter oppdrag fra Helse Sør-Øst. Kompetansesenteret skal formidle kunnskap og erfaring innenfor rehabilitering, være pådriver for etablering og oppfølging av faglige nettverk, arbeide for økt forskningssamarbeid innenfor rehabilitering og initiere fagutvikling innen fagfeltet. I oppdraget er det spesifisert at tjenesten skal være en del av samhandlingsarenaen på Aker.

Ansatte

Sunnaas sykehus har cirka 17 ansatte på Aker.

Organisering av drift Aker

Oslo universitetssykehus sin drift på Aker sykehus er organisert i eksisterende linje. Fra 1. mars 2014 er det ansatt en koordinator for Oslo universitetssykehus samlede virksomhet på Aker. I tillegg er det ansatt en virksomhetsleder på nivå 3 i Oslo sykehusservice med ansvar for støttetjenester på Aker. Koordinator er organisert i stab for Medisin, helsefag og utvikling og har følgende oppgaver:

- Kontaktperson for Oslo kommune og andre eksterne aktører i alle saker knyttet til virksomhet på Aker, inklusive for saker som skal videreformidles til Oslo sykehusservice sin virksomhetsleder på Aker og til linjen i Oslo universitetssykehus. Ansvar for en samlet oversikt over alle saker og spørsmål som omhandler Aker og driften der.
- Samarbeide med klinikkene ved Oslo universitetssykehus om drift på Aker og bidra til løsninger der koordinering er nødvendig.
- Representere Oslo universitetssykehus i Samarbeidsorganet sammen med virksomhetsleder for Oslo Sykehusservice. Samarbeidsorganet for arealforvaltning skal utrede og gi innstillinger i forhold til bruk av 53.000 kvm areal på Aker som omfatter Aker helsearena. Oslo universitetssykehus er også representert ved en jurist som har god kjennskap til inngåtte avtaler.
- Ansvar for en videreutvikling av samhandlingskonseptet slik at Oslo universitetssykehus henter ut synergier knyttet til at ulike virksomheter er samlokalisert på Aker.
- Leder driftskoordineringsmøtene på Aker og har ansvar for agenda og oppfølging av saker. Driftskoordineringsmøtet består av lederne for alle avdelinger/seksjoner som er lokalisert på Aker.
- Delta i Strategisk utviklingsforum (SUF) med formål å arbeide med å videreutvikle synergier mellom aktørene på Aker.

Videre planer for Aker

Prosjekt dagkirurgi og elektiv kirurgi utreder hvilken operativ virksomhet som skal flytte til Aker når det blir ledig operativ kapasitet i løpet av 2015.

Virksomheten planlegges som en blanding av dagkirurgi og inneliggende kirurgi som medfører en kort innleggelse etter kirurgi. I denne forbindelse utredes det etablering av en 5-døgns sengepost ved Aker.

Ortopedisk virksomhet som i dag er på Aker er planlagt flyttet tilbake til Storgaten etter at Oslo kommune har rehabilitert arealene. I tillegg er det planlagt at døgnaktivitet innen urologi og karkirurgi flyttes til hhv Ullevål sykehus og Rikshospitalet. Rusakuttmottak og sengeposter for avrusning skal ligge på Aker inntil videre.

Det er planlagt utvidet antallet kommunale akutte døgnseger i løpet av 2014. Dette krever interne omrokninger som utredes.

Det skal opprettes felles kantine, møterom og treningsarealer på Aker. Her pågår det utredninger for å finne løsninger innenfor de investeringsrammer man har til rådighet for samhandlingstiltak på Aker.

Det uttrykkes stadig ønsker om lokaler til ny virksomhet, eller utvidelse av eksisterende virksomhet fra ulike klinikker ved Oslo universitetssykehus, fra Oslo kommune og Sunnaas sykehus. Oslo kommune ønsker å øke antallet akutte døgnseger allerede inneværende år. Sunnaas sykehus ønsker lokaler for å opprette en tverrfaglig poliklinikk med treningsarealer for personer med behov for langvarig rehabilitering og oppfølging.

Også kompetansemiljøer i Oslo universitetssykehus ser Aker som en hensiktsmessig og god lokalisering med muligheter for synergier gjennom faglig samarbeid på tvers av nivåer og sykehus.

Aker vil i fremtiden kunne ha betydning for utdanningsinstitusjonene. Fremtidig pasientrolle og IKT-utvikling (også medisinsk utvikling) vil endre så vel legerollen som andre helsefaglige roller. Aker vil kunne gi muligheter for at de ulike utdanningsmiljøene skal kunne arbeide så vel tverrfaglig som tverretattlig, og vil kunne være en arena hvor nye konsepter kan testes ut.

Aker kan også utvikles som et "verksted" for uttesting av ny kunnskap innen samhandling, for eksempel gjelder dette livsstilssykdommer og geriatri. Dette vil også kunne handle om uttesting av nye måter å arbeide på og organisere tjenester på. Skal vi kunne flytte/forskyve en stor del av spesialisthelsestjenestens nåværende aktivitet ut mot primærhelsetjenesten, vil dette forandre at vi får erfaring med hva primærhelsetjenesten trenger av kompetanse og beslutningsstøtte.

Synergier

Det arbeides kontinuerlig med å se på aktuelle områder hvor de tre aktørene på Aker kan utvikle bedre pasientforløp og ha nytte av samdrift på Aker. Kontakter på tvers av organisasjonene bidrar til at samhandlingen rundt pasientene stadig forbedres.

Av faglige synergier kan Oslo kommunes mulighet til å benytte seg av Oslo universitetssykehus akutt team som rykker ut ved akutt dårlige pasienter eller ved hjertestans trekkes frem. Det er også utført en vellykket felles øvelse mellom

Kommunal akutt døgnenhet og Oslo universitetssykehus sitt akutteam. Oslo kommunes legevakt og kommunale akutte døgnseger samhandler nært med de etablerte miljøene innen rehabilitering og geriatri for å styrke sitt tilbud. Videre er det inngått avtaler i forhold til bruk av laboratorie- og røntgentjenester på Aker.

Innen rehabilitering satses det aktivt på å bruke den enkelte aktørs erfaring og kompetanse til å øke den samlede kompetansen slik at tilbudet til den enkelte pasient stadig blir bedre. Dette er helt i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen. Det er opprettet et faglig nettverk innen rehabilitering som har arrangert felles kurs for ansatte, og som arrangerer felles fagdag for alle studenter innenfor rehabilitering to ganger per år.

Når det gjelder migrasjonshelse pågår det et fellesprosjekt mellom Migrasjonssenteret og Oslo universitetssykehus knyttet til helseradio. Det sendes helseprogram på urdu, somali og arabiske hver søndag frem til mars 2015.

Støttetjenester som renhold, teknisk drift, portørtjeneste, pasientmat, sentralbord og resepsjonstjeneste benyttes av alle tre aktører. Alle treningsarealer kan benyttes felles av aktørene, og det samme gjelder møterom som kan benyttes og reserveres av alle.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 25. september 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Ingen

SAK 49/2014 EIERSKAP I SELSKAPER

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 18. september 2014

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Nedenfor gis en oversikt over Oslo universitetssykehus HF sitt eierskap i selskaper og en kort beskrivelse av selskapene. Orienteringen baserer seg på selskapenes årsrapporter for 2013.

Oslo universitetssykehus HF har etter salg av Barnehagebygg AS i juli 2014, tre heleide selskaper og er deleier i to. Selskapene er av ulik størrelse og driver innen ortopediske hjelpemidler, fremstilling av radiofarmaka, forskning, næringsutvikling, parkering og eiendom.

Selskapene hadde i 2013 en samlet omsetning på 288 millioner kroner med et samlet årsresultat på 25,7 millioner kroner. Økonomisk resultat i datterselskapene inngår i den månedlige rapporteringen i helseforetaket og videre til Helse Sør-Øst RHF og departementet. Selskapene hadde samlet 129,6 årsverk, hvorav 118,4 er ansatt i Sophies Minde AS og Inven2 AS.

2. Administrerende direktørs vurdering

Helseforetak eier virksomhet organisert i selskaper under forutsetning av at eierskapet er egnet til å fremme foretakets formål. Alle selskapene Oslo universitetssykehus HF har eierandeler i, driver og har formål knyttet opp mot helseforetakets virksomhet. Skulle eierskap i et selskap i fremtiden ikke lenger ha en slik sammenheng med formålet og virksomheten i helseforetaket, vil saken bli tatt opp i styret for behandling av om Oslo universitetssykehus HF skal avslutte sitt eierskap.

Oslo universitetssykehus HF forholder seg formelt til selskapene og er bevisst på at samhandling mellom helseforetak og selskap ikke skal innebære uønsket kryssubsidiering eller gi suboptimale løsninger for helseforetaket.

Oslo universitetssykehus HF velger både eksterne og ansatte til å sitte i selskapenes styre. Helseforetaket har retningslinjer og en restriktiv holdning til størrelsen på styregodtgjørelse. Hovedregelen er at ansatte i Oslo universitetssykehus HF ikke skal ha særskilt godtgjørelse for styreverv i selskaper i foretaksgruppen.

3. Beskrivelse av datterselskapene

Sophies Minde Ortopedi AS

Sophies Minde ortopeditekniske verksted har sitt utspring i en privat yrkesskole fra 1892 og ble senere overtatt av en stiftelse for så å bli en integrert del av den statlige sykehusvirksomheten ved Statens Senter for Ortopedi. Virksomheten ved dette sykehuset ble slått sammen med Rikshospitalet i 1995. Selskapet ble stiftet 29. september 2003. Oslo universitetssykehus HF eier alle aksjene i selskapet.

Selskapet fremstiller, tilpasser og omsetter ortopediske hjelpemidler som er refusjonsberettiget i henhold til Folketryktdloven. Ortopediske hjelpemidler selskapet er alene om å fremstille og/eller tilpasse skal tilbys Oslo universitetssykehus HF i den utstrekning virksomheten har behov for dem.

Selskapet holder til i lokaler på Aker sykehus. Selskapet har i tillegg avdelinger i Drammen, på Rikshospitalet, på Ullevål sykehus og en produksjonsavdeling for ortopedisk fottøy på Hamar.

Selskapet har i 2012 hatt flere studenter utplassert i praksis fra Høgskolen i Oslo og Akershus, samt egne lærlinger. Selskapet har en partnerskapsavtale med Fredskorpset frem til og med 2015 om utveksling av medarbeidere i Afrika og Asia.

Styret har seks medlemmer. Styreleder Anders Tuv, nestleder Lena Gjevvert, Tone Soltvedt, Thomas Glott, Nanna Ritchie og Andreas Huck. Fire kvinner og to menn. Lena Gjevvert og Tone Soltvedt er ansatt i helseforetaket.

Selskapet har en solid og likvid økonomi og hadde i 2013 en omsetning på 110 millioner kroner og et overskudd på 7 millioner kroner. Selskapet hadde i gjennomsnitt 89,4 årsverk. Samlet sykefravær var 7,2 % fordelt med 1,9 % kortidsfravær og 5,3 % langtidsfravær.

Selskapet har skattefritak og det er ikke anledning til å ta utbytte. I selskapets vedtekter § 7 heter det at selskapets eventuelle overskudd skal benyttes til ortopedisk forskning og utvikling. Selskapets finansiering av ortopedisk forskning og andre prosjekter skjer etter innhenting av faglig baserte forslag og råd fra et eksternt fagpanel. Selskapet satte av fem millioner kroner av 2013 resultatet til slike formål.

Barnehagebygg AS

Selskapet ble stiftet 15. desember 2004, heleid av helseforetaket. For å få bedre, mer samlede og effektive lokaler for barnehagevirksomheten ved foretaket satte selskapet i 2006 opp et barnehagebygg på Oslo universitetssykehus HF sin eiendom nord for sykehusbygget på Gaustad. Bygget ble leid ut til eksternt drift av barnehagen.

Styret hadde ett medlem, Øystein Solheim Lien. Selskapet hadde i 2013 en omsetning på 3,7 millioner kroner og et overskudd på 467 000 kroner.

Styret i Oslo universitetssykehus HF anbefalte i sak 16/2010 salg av Barnehagebygg AS sammen med eiendommen. Eiendomssalget er senere vedtatt i foretaksmøte 24. november 2010. Etter at avtalen med leietaker gikk ut juni 2014, ble selskapet og eiendommen solgt 2. juli 2014 for 48 millioner kroner til Gaustadskogen Eiendom AS. Salget ga en gevinst på 24 millioner kroner.

Eiendommen er regulert til barnehage. I forbindelse med salget ble det tinglyst en fortrinnsrett til barnehageplasser for nåværende og fremtidige ansatte i Oslo universitetssykehus.

Sykehotell AS

Selskapet ble stiftet 1. desember 2004. Oslo universitetssykehus HF eier alle aksjene i selskapet.

Selskapets formål er å drive virksomhet i forbindelse med utvidelse, utvikling og drift av sykehotellet på Rikshospitalet og annen virksomhet i tilknytning til dette.

Selskapet har oppført et tilbygg til sykehotellet på Rikshospitalet. Tilbygget inneholder 35 rom, hovedsakelig dobbeltrom og ble tatt i bruk 1. juli 2008. Totalt antall rom i hotellet er etter dette 125. Selskapet har en utleieavtale med driftsoperatør Norlandia Care AS til utgangen av 2015.

Styret har tre medlemmer. Styreleder Øystein Solheim Lien, Tone Elisabeth Mydske Olsen og Morten Bråthen. En kvinne og to menn. Alle ansatt i helseforetaket. Selskapet hadde i 2013 en omsetning på 9,5 millioner kroner og et overskudd på 978 000 kroner. Selskapet har en ansatt på deltid.

Radiumhospitalets Parkeringsselskap AS

Selskapet (RadPark AS) ble stiftet 24. mars 2004. Oslo universitetssykehus HF eier alle aksjene i selskapet.

Selskapets formål er på kommersielt grunnlag å drive et parkeringsanlegg for ansatte og besøkende til Radiumhospitalet i Oslo, og annen virksomhet i naturlig sammenheng med dette.

Parkeringsanlegget er de tre nederste etasjene i forskningsbygget ved Radiumhospitalet. Selskapet finansierte parkeringsanleggsdelen av bygget og forskningsbygget er organisert ved at selskapet og Oslo universitetssykehus HF har et sameie i bygget hvor RadPark AS eier 12,88 % - "Sameiet Vestenghaugen".

Oslo universitetssykehus HF leier 390 parkeringsplasser til ansatte i parkeringsanlegget. Ansatte kan få parkeringstillatelse i bygget mot et månedlig gebyr. De øvrige parkeringsplassene er for sykehusets brukere.

Selskapet har fra 2009 kjøpt vedlikeholds- og driftstjenester fra Oslo sykehusservice i Oslo universitetssykehus. Herunder håndheving av parkering.

Styret har tre medlemmer. Styreleder Øystein Solheim Lien, Esther C. Nygaard Norseth og Morten Bråthen. Alle ansatt i helseforetaket.

Selskapet hadde i 2013 en omsetning på 17,5 millioner kroner og et overskudd på 2,5 millioner kroner. Selskapet har en ansatt på deltid.

Norsk medisinsk syklotronsenter AS

Selskapet ble stiftet 1. desember 2003. Oslo universitetssykehus HF eier 70 prosent av aksjene. De øvrige eierne er Universitetet i Oslo med 20 prosent og Akershus universitetssykehus HF med 10 prosent.

Formålet er produksjon og utvikling knyttet til radiofarmaka for medisinsk og forskningsmessig bruk, samt annen virksomhet i naturlig tilknytning til dette. Selskapet er lokalisert i et bygg integrert som en del av hovedbygningen på Rikshospitalet. Selskapet har også virksomhet på Radiumhospitalet i forbindelse med en PET-skanner.

Virksomheten baserer seg på at selskapet eier og driver en syklotron. Isotopene fra syklotronen selges videre til bruk i medisin og forskning. GE-Healthcare AS viderefører isotopene til bruk i pasientundersøkelser.

I 2013 viste antall PET/CT undersøkelser i ved Oslo universitetssykehus en god utvikling, og endte på 4 358 skann, mot 3 736 året før. Selskapet har vært involvert i flere forskningsprosjekter. Det er i 2013 gjennomført 361 forskningskann.

Selskapet skal ikke gi utbytte til eierne, men drives ellers etter økonomiske prinsipper med målsetning om å bygge opp en egenkapital som sikrer videre drift, oppgradering av utstyr, samt nødvendige nyinvesteringer etc. Selskapet får ikke tilskudd fra eierne.

Året 2013 hadde selskapet inntekter på 30,8 millioner kroner som ga et årsresultat på en million kroner. Selskapet hadde i gjennomsnitt 10,6 årsverk.

Styret har syv medlemmer. Styreleder Ingar Pettersen, nestleder Erlend B. Smeland, Jo Døhl, Einar M. Iversen, Tore Bach-Gansmo, Tormod Fladby, Per Oscar Bremer og Petter Hurlen. Erlend B. Smeland og Tore Bach-Gansmo er ansatte i Oslo universitetssykehus.

Inven2 AS

Innovasjonsselskapet Inven2 AS ble stiftet 24. april 2010, og eies 50 % av Oslo universitetssykehus HF og 50 % av Universitetet i Oslo¹.

Selskapet har som oppgave å gjøre forskning til samfunnsnyttige og lønnsomme produkter og tjenester. Selskapet følger opp forskningsmiljøene ved universitetet og foretakene i Helse Sør-Øst for å identifisere forskningsbaserte resultater og oppdagelser med næringsmessig potensial. Selskapet befestet sin posisjon som den ledende kommersialiseringsaktøren i Norge med gjennomføring av 38 kommersialiseringer, 25 lisensavtaler og etablering av syv oppstartsselskaper i 2013.

I tillegg til innovasjonsbistand og næringsutvikling, håndterer selskapet kontrakter om kliniske studier med industriell oppdragsgiver som utføres ved blant annet Oslo universitetssykehus HF. Selskapet forvalter også forskningsfond.

På virksomhetsområdet kliniske studier har det i 2013 vært gjennomført flere tiltak i samarbeid med Oslo universitetssykehus for å forbedre arbeidsflyt og økonomioppfølging på dette området. Innen virksomhetsområdet forskningsfond har Oslo universitetssykehus etablert en ny fondsstruktur som er tilpasset helseforetakets organisasjon.

Selskapet hadde i 2013 en omsetning på 116 millioner kroner og et resultat på 13,7 millioner kroner. Inven2-konsernet hadde i gjennomsnitt 29 årsverk i 2013. Sykefraværet var 3,2 %.

¹ Oslo universitetssykehus HF har ikke bestemmende flertall i Inven2 AS, selskapet er derfor i regnskapet ikke et datterselskap til Oslo universitetssykehus HF, men et tilknyttet selskap.

Selskapet driver uten tilskudd fra Oslo universitetssykehus HF.

Selskapets styre består av leder Peter Pay, Egil Myklebust, Åse Aulie Michelet, Ragnhild Helene Hennum, Johan Magnus Gulbrandsen, Inger Sandlie, Bjørn Grønli, Erlend Bremertun Smeland, Tone Tønjum. De to siste er ansatt i Oslo universitetssykehus.

Oslo Cancer Cluster SA

Oslo Cancer Cluster ble etablert som en forening i 2006 og er en klynge av offentlig og private aktører innen kreftforskning, utvikling av innovativ kreftdiagnostikk og behandling. Visjonen er at klyngen skal akselerere utviklingen av ny kreftdiagnostikk og -legemidler til beste for kreftpasienter. Klyngen ble etter hvert et "Norwegian Centre of Expertise" gjennom Innovasjon Norge. Høsten 2013 besto klyngen av over 70 medlemmer, fra små bioteknologifirmaer til store multinasjonale legemiddelfirmaer, universiteter og universitetssykehus, her i blant Oslo universitetssykehus.

Fra og med 2014 ble Oslo Cancer Cluster omgjort fra en forening til et samvirkeforetak. Et samvirkeforetak er et selskap. Som helseforetak er Oslo universitetssykehus underlagt egne bestemmelser i lov om hva slags selskaper vi kan være eier i. Oslo Cancer Cluster er kjent med at Oslo universitetssykehus vil gjøre en juridisk avklaring av vår deltakelse før vi eventuelt kan bli medlem i Oslo Cancer Cluster som et samvirkeforetak.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 25. september 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Oversikt over status for tidligere styresaker

SAK 50/2014 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 første halvår 2014. 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 august 2014 til orientering.

Oslo, den 18. september 2014

Bjørn Erikstein

Vedlegg til sak 50/2014

Status oppfølging av styrets vedtak

Nedenfor følger oversikt med status og oppfølging av styrets vedtak til og med første halvår 2014. Tidligere utkvitterte saker, vedtak uten krav til oppfølging som orienteringssaker, herunder administrerende direktørs driftsorienteringer, tas ikke med i oversikten.

Saksnr	Saksnavn	Vedtak	Oppfølging
40/2014	Leie av arealer i Storgaten 40	<p>Styret tar til orientering at administrerende direktør inngår en 4-årig leieavtale (fremleieavtale) i Storgata 40 med Oslo kommune v/Helseetaten.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å forhandle frem en avtale om lenger leie og sende den til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå en langsiktig leieavtale i Storgata 40 forutsatt godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.</p>	En 4-årig avtale er inngått. OUS er i dialog med OK om en avtale for lenger leie.
39/2014	Budsjett 2015	<p>Styret ber administrerende direktør fortsette en dialog med Helse Sør-Øst RHF om å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer i 2015.</p> <p>Styret konstaterer at det fortsatt er en betydelig utfordring å gjennomføre driften slik at det oppnås en resultatforbedring med overskudd i 2015, men at dette er nødvendig for å sikre finansiering av investeringer.</p>	Under oppfølging
38/2014	Suppleringsvalg til brukerutvalget	Styret oppnevner Ane Ringstad Næss som nytt medlem til brukerutvalget for Oslo universitetssykehus HF for perioden 2014 - 2016.	OK
35/2014	Idefaserapport Oslo universitetssykehus HF	<p>Styret tar rapport fra Idéfase OUS – Campus Oslo med de merknader som fremkom i møtet til orientering.</p> <p>Styret ber om at rapporten sendes ut på høring som angitt i saksfremlegget.</p>	Rapport er sendt på høring med frist for høringssvar 1.11.2014

		Styret ber om at bearbejdet rapport med høringsuttalelser og en plan for videre arbeid legges frem for styret etter at høringsrunden er avsluttet.	
33/2014	Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2014	Styret tar ledelsens gjennomgang fra 1. tertial 2014 til etterretning.	OK
28/2014	Revisjonsplan internrevisjon	Styret tar forslag til revisjonsplan for 2014-2015 for Oslo universitetssykehus til etterretning.	Under oppfølging
24/2014	Investeringsbudsjett 2015	Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2015.	Under oppfølging
23/2014	Økonomisk langtidsplan	Styret gir sin tilslutning til forslaget til økonomisk langtidsplan. Styret konstaterer at kravet til resultatforbedring er krevende, men nødvendig for å sikre tilstrekkelig finansiering av nødvendige investeringer i bygg og medisinsk teknisk utstyr. Styret ber administrerende direktør innlede en dialog med Helse Sør-Øst RHF om å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer gjennom disponering av budsjettert overskudd og tilgang på ekstraordinære lån.	Er fulgt opp.
19/2014	Riksrevisjonens utvidete kontroll av omstillingsoppdraget til Oslo universitetssykehus - Dokument 3:2 (2013-2014)	Styret tar saken til etterretning. Styret ønsker å bli holdt jevnlig orientert om pasientforløpsarbeidet og organisasjonsgjennomgangen.	Under oppfølging. Styresak høsten 2014 om arbeid med pasientforløp. Organisasjonsgjennomgang omtalt i sak 41/2014

18/2014	Leie av arealer i innovasjonsparken på Montebello	<p>Styret slutter seg til avtalen om leie av lokaler i Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark.</p> <p>Styret ber administrerende direktør om å oversende avtalen for leie av lokaler i Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark til godkjenning i Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Administrerende direktør gis fullmakt til å underskrive leieavtalen på vegne av Oslo universitetssykehus når avtalen er godkjent i Helse Sør-Øst RHF.</p>	HSØ har gitt fullmakt og avtalen er signert.
16/2014	Årsoppgjør 2013	<p>Styret underskriver årsberetning og årsregnskap for 2013.</p> <p>Årsberetning og årsregnskap for 2013 legges frem for godkjenning i foretaksmøte.</p>	Årsregnskap er godkjent og sendt regnskapsregisteret.
8/2014	Erklæring om lederes ansettelsesvilkår	Styret vedtar erklæring om ledernes ansettelsesvilkår.	OK
6/2014	Årlig melding 2013	<p>Styret slutter seg til utkast til Årlig melding for 2013 med de innspill som er gitt i møtet.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å justere Årlig melding ut i fra de endelige driftsresultater for 2013 og de innspill som er fremkommet i møtet.</p>	Sendt HSØ
3/2014	Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2013	<p>Styret tar ledelsens gjennomgang fra 3. tertial 2013 til etterretning.</p> <p>Styret konstaterer økningen i antallet brudd på arbeidstidsbestemmelsene fra 2012 til 2013 og ber om at forholdet følges opp for å få færre brudd i 2014.</p> <p>Styret ber om en orientering i et senere møte om status og tiltakene for å redusere antallet brudd.</p>	OK

77/2013	Riksrevisjonens rapport Dok 3:2 (2013-2014)	Styret tar saken til foreløpig orientering.	Ny sak i juni 2014
76/2013	Tilsyn fra Helsetilsynet om håndtering av humane celler og vev	Styret tar tilsynsrapport og beskrevne tiltak for oppfølging av avvik til etterretning.	Følges opp i ledelsens gjennomgang
75/2013	Tilsyn fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap	Styret tar tilsynsrapport og beskrevne tiltak for oppfølging av avvik til etterretning.	Følges opp i ledelsens gjennomgang
74/2013	Konsernrevisjon av rutiner for henvisninger mellom Ringerike sykehus og Oslo universitetssykehus	Styret tar revisjonsrapport 7/2013 og tiltaksplan for oppfølging av anbefalingene til etterretning.	Følges opp i ledelsens gjennomgang
73/2013	Salg av Bogerudveien 13-15	Styret anbefaler salg av eiendommen Bogerudveien 13-15, gnr 163 bnr 83/87 i Oslo kommune. Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingen til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.	Vedtatt i foretaksmøte 13.6.2014. Salgsprosess iverksatt.
72/2013	Overdragelse av Medisinsk bibliotek til UiO	Styret anbefaler at Oslo universitetssykehus medisinske bibliotekjeneste virksomhetsoverdras til Universitetet i Oslo i henhold til vedlagte avtaleutkast. Styret ber administrerende direktør oversende saken til Helse Sør-Øst RHF for avklaring av overføring på statsbudsjettet og vedtak i foretaksmøte. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å undertegne avtalen om virksomhetsoverdragelse etter vedtak i foretaksmøte.	Saken er behandlet i HSØ og oversendt HOD for videre behandling. Avventer overføring av budsjettmidler fra HOD til KD..

71/2013	Budsjett 2014	<p>Styret legger til grunn et årsresultat på null kroner eller bedre som økonomisk styringsmål for 2014.</p> <p>Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2013 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 71/2013. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter.</p> <p>Administrerende direktør gis fullmakt til å ta opp lån fra Helse Sør-Øst RHF til å finansiere investeringer til omstilling i samsvar med tabell 3.</p> <p>Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.</p> <p>Styret forutsetter at det videre arbeid med tiltak innenfor innsatsområdene nevnt i budsjettsaken, er gjenstand for en bred prosess med god involvering av fagmiljø og tillitsvalgte og at bare tiltak som ikke reduserer kvalitet og pasientsikkerhet iverksettes.</p> <p>Styret forutsetter at de tolv prinsipper for medvirkning legges til grunn for det videre arbeidet med budsjett 2014.</p>	<p>Under oppfølging</p> <p>Under oppfølging</p>
28/2013	Revisjonsplan internrevisjon	Styret tar forslag til revisjonsplan for Oslo universitetssykehus til etterretning.	Under oppfølging
82/2012	Rapport per august	<p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter etablering av mammografiscreening på Aker innenfor en ramme på 15 millioner kroner finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe nytt trykkammer innenfor en ramme på 16 millioner kroner, under forutsetning av godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.</p>	<p>Prosjekt er gjennomført.</p> <p>HSØ har godkjent anskaffelse Arealprosjekt pågår.</p>

		<p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe nytt angiografilaboratorium innenfor en ramme på 11,1 millioner kroner, under forutsetning av godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre prosjekt for utvidelse av kapasitet ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser innenfor en foreløpig ramme på 20 millioner kroner finansiert av driftsmidler i 2012/2013.</p>	<p>Godkjent og anskaffet.</p> <p>Prosjekt er gjennomført.</p>
74/2012	Budsjett 2013	<p>Styret ber administrerende direktør forberede en plan for å gjennomføre årlige investeringer i medisinsk teknisk utstyr i størrelsen 350 millioner kroner per år i perioden 2013-2015 i samsvar med omtalen i denne styresaken (avsnitt 4.h). Anskaffelsene forutsettes gjennomført i samsvar med de årlige investeringsbudsjettene og innenfor gjeldende fullmaktsregime.</p>	<p>Under arbeid.</p>
73/2012	Rapport per august	<p>Styret ser det som nødvendig å sikre tilstrekkelig fremdrift i gjennomføring av investeringer i 2013 og gir administrerende direktør fullmakt til å bestille utstyr med videre til investering for levering i 2013 på 100 millioner kroner utover tidligere godkjent beløp.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gå til anskaffelse av 16 ambulanser med levering i 2013, innenfor en ramme på 22,4 millioner kroner.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter etablering av ny gjennomlysningslaboratorium/ intervensjonslaboratorium i bygg 6 ved Ullevål innenfor en ramme på 15 millioner kroner finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer.</p>	<p>Gjennomføres som vedtatt</p> <p>Anskaffelse gjennomført.</p> <p>Prosjekt er gjennomført</p>

		Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter samlokalisering av avhengighetsbehandling for voksne i bygg 21 ved Ullevål innenfor en ramme på 14,8 millioner kroner finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer. Dersom nytt ventilasjonsanlegg må installeres økes rammen med 5,8 millioner kroner til 20,6 millioner kroner.	Prosjekt er gjennomført
16/2012	Rapport per februar	<p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe CT-simulator og lineærakselerator for inntil henholdsvis 14 og 27 millioner kroner, i samsvar med omtale i styresaken.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å sette i gang delprosjekt 15 diagnostikk og intervensjon og delprosjekt 24 gynekologisk onkologi i samsvar med omtale i styresaken.</p>	<p>Anskaffelse gjennomført.</p> <p>Prosjekt er gjennomført.</p>

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 25. september 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

SAK 51/2014 ÅRSPLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 18. september 2014

Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
30. oktober 2014 kl 8 – ca 14	Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2015 Virksomhetsoverdragelse RVTS Øst til RBUP Øst og Sør	Rapportering Årsplan for styret Møte med Brukerutv.
Reservetid 27. november 2014 kl 8 – ca 14		
18. desember 2014 kl 8 – ca 14	Budsjett 2015 Områdeplan for anskaffelse av medisinskteknisk utstyr 2015-18 Idefase for Oslo universitetssykehus	Rapportering Årsplan for styret
13. februar 2015 kl 12-16	Oppdrag for 2015 fra HSØ RHF Årlig melding til HSØ for 2014	Rapportering Årsplan for styret Oppfølging styresaker
9. april 2015 kl 10-12	Årsoppgjør 2014 Økonomisk langtidsplan	Rapportering Årsplan for styret
30. april 2015 kl 8-14		Rapportering Årsplan for styret
Reservetid 28. mai 2015 kl 8 – ca 14		
25. juni 2015 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 1. tertial Prosess budsjett 2016	Rapportering Årsplan for styret
25. september 2015 kl 8-14	Rapportering Budsjett 2016 Eierskap i selskaper	Rapportering Årsplan for styret Oppfølging styresaker
25. september 2015 kl 14-19	Styreseminar	Rapportering Årsplan for styret
28. oktober 2015 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2016	Rapportering Årsplan for styret
Reservetid 25. november 2015 kl 8 – ca 14		
17. desember 2015 kl 8-14	Budsjett 2016 Områdeplan for anskaffelse av medisinskteknisk utstyr 2016-19	Rapportering Årsplan for styret

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte.: 25. september 2014
Saksbehandler: Leder, Direktørens kontor
Vedlegg: 1

SAK 52/2014 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

Følgende legges frem til orientering:

1. Organisasjon og utvikling
2. Forskning
3. Samhandling
4. Revisjoner
5. Rettstvister og straffesaker
6. Mediebildet - medieomtale
7. Referater

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 18. september 2014

Bjørn Erikstein

Innledning

Sykehuset står ikke stille selv om vi venter på innføring av felles elektronisk pasientjournal 20. oktober. Pasienter behandles, pasientforløp forbedres, regnskapsrapporter følges opp, rehabilitering av bygg utføres, avvikshendelser registreres og behandles i kvalitetsutvalg og ledergrupper, PC'er skiftes ut, årets lønnsoppgjør er i siste fase, og det jobbes med budsjett 2015. Arbeid og oppgaver som utføres på alle landets sykehus, uavhengig av størrelse.

20. oktober er en merkedag for Oslo universitetssykehus, og vi venter at mye bra skal skje, men samtidig vet vi at gode løsninger og beslutninger gjøres daglig i møter med pasientene, mellom kolleger, fagmiljøer og ledere. Det er derfor viktig at vi ikke lener oss tilbake og venter at PasEPJ skal gi oss alle løsningene, men at vi fortsetter det gode arbeidet på alle sykehusets områder og møteplasser. I tiden før og etter 20. oktober!

1. ORGANISASJON OG UTVIKLING

- **Gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus 2014-2015**

Som orientert om i administrerende direktørs orienteringer til styret den 26. juni 2014 så planlegges det for en gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus.

Mandatet for prosjektet har vært til behandling i ledergruppen flere ganger, det har vært drøfting, dialog og tilbakemeldinger fra tillitsvalgte og klinikkene har gitt innspill.

Prosjektet balanserer mellom ulike hensyn. Oslo universitetssykehus har vært gjennom en stor omstillingsprosess, og det er ikke ønskelig at en organisasjonsgjennomgang skal bidra til unødig uro ved at de ansatte opplever at organisasjonen nok engang skal til vurdering, men på den andre siden må prosjektet ha troverdighet i at det vil evne å belyse fastlåste strukturer som ikke fungerer hensiktsmessig i forhold til sykehusets strategi og mål. Prosjektet skal både løfte frem det som fungerer godt og påpeke områder som bør endres.

Det er av avgjørende viktighet at prosjektet er godt forankret hos de ansatte, og at de ansatte opplever å bli hørt og representert i organisasjonsgjennomgangen. Mandatet har nå en innretning som alle fagforeningene stiller seg bak, og arbeidet med prosjektet vil starte opp etter innføringen av DIPS.

Sammenligning av sykehusfusjoner – Oslo universitetssykehus og Aarhus universitetssykehus

Forskningsprosjektet med å se på beslutningsprosessen i forbindelse med opprettelsen av Oslo universitetssykehus er revidert og sendt inn til vurdering av Helse Sør-Østs regionale forskningsprogram 2015. Prosjektet søker å sammenligne prosessen ved Oslo universitetssykehus med prosessen ved Aarhus universitetssykehus, og det er opprettet prosjektsamarbeid med Aarhus universitetssykehus ved administrerende direktør Gert Sørensen og med Aarhus universitet ved instituttleder professor Thomas Pallesen.

- **Gjennomføring av idéfase for etablering av protonterapisenter i Helse Sør-Øst ved Oslo universitetssykehus**

På mandat fra Helse Sør-Øst er det iverksatt et idéfaseprosjekt for etablering av protonterapisenter ved Oslo universitetssykehus, med bakgrunn i den pågående nasjonale prosessen for etablering av regionale protonsentre i Norge.

Mandatet for gjennomføring av idéfasen legger vekt på beskrivelse av nåsituasjonen (dagens sykehusvirksomhet innen stråleterapi, protonterapi/utenlandsbehandling, utfordringer m.m.), utviklingsmuligheter (totalt stråleterapibehov, protonterapibehov, dimensjonerende forutsetninger, økonomi, realiseringsplan, kompetanseoppbygning m.m.) og alternative lokaliseringer innen Oslo universitetssykehus med vekt på plassering på Gaustad, Ullevål og Radiumhospitalet. I tillegg skal forsknings-, undervisnings- og fagutviklingsaspektene beskrives, med spesiell vekt på Universitetet i Oslo sin rolle inn mot senteret, samt mulighetene for senere utvidelse til karbonterapi.

Prosjektet er ledet av Oslo universitetssykehus, og organisert med styringsgruppe, prosjektgruppe og referansegruppe - og bred representasjon fra ulike fagmiljøer ved Oslo universitetssykehus, Helse Sør-Øst, Universitetet i Oslo, samt andre forsknings- og utdanningsinstitusjoner i Osloregionen, sykehus i helseregionen, brukerrepresentant og tillitsvalgte. Oslo kommune har også deltatt noe i arbeidet.

Plassering på ulike lokaliteter er inndelt i tre alternativer; 0-alternativet (ingen etablering av protonterapi i Helse Sør-Øst eller utsettelse), alternativ 1 (etablering i tilknytning til stråleterapibyggene på Ullevål sykehus eller Radiumhospitalet) og alternativ 2 (etablering på Rikshospitalet/Gaustad med tre ulike plasseringer).

Idéfaserapporten for protonterapisenter i Helse Sør-Øst skal foreligge til 15.oktober og inngå som en delleveranse i den nasjonale idéfaserapporten for etablering av regionale protonsentre, sammen med idéfaserapporter fra de andre regionale helseforetak. Den nasjonale idéfaserapporten leveres Helse og Omsorgsdepartementet 1.desember 2014, og vil omhandle de felles nasjonale delene av idéfasearbeidet, som økonomi, bemanningsmal, nasjonal kompetansebygging og mal for konseptfasen.

- **Status Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus 15.09.14**

Det er stor aktivitet og god fremdrift (rapporterer grønn på fremdrift for første gang) i prosjektet. Det er gjennomført tre prøvekonverteringer (overføring av data fra gamle systemer til DIPS) (en mer enn planlagt) og produksjonskonvertering (endelig overføring) er startet 10.09.14 etter plan. Det er gjennomført 4 *deltakonverteringer* (overføring av data som er endret etter siste konvertering). De viser at *deltakonverteringen* tar litt lengre tid enn planlagt (ca. 48 timer). P.g.a. dette og for å minske risiko så er det i styringsgruppemøtet 15.09. vedtatt at nedetid (system i lesemodus, kan ikke dokumentere eller motta nye data/svar) utvides fra kl. 17 fredag 17.10 til kl. 19 torsdag 16.10 og uforandret frem til kl. 07 mandag 20.10 da DIPS skal være tilgjengelig for alle brukere. Sentralt organisert etterregistrering av pasientadministrative data er planlagt søndag 19.10..

Opplæring av instruktører ble gjennomført i august. Opplæring av superbrukere og sluttbrukere pågår. Det er påmeldt over 13 000 til kurs. E-læringskurs, prosedyrer og brukerveiledninger er laget.

Det pågår en stor testaktivitet hvor man leter etter feil for å lukke disse og det lukkes flere feil enn det man finner av nye. Prosjektet har fortsatt plan om å lukke alle A- og B-feil til oppstart. Akseptansetest skal godkjennes 19.09. Det gjøres for konvertering, løsning og teknisk løsning, men det er vedtatt å utsette godkjenning av akseptansetest integrasjoner (koblinger til andre systemer) til 03.10 for å øke kvaliteten. Siden ikke all planlagt testing kan

gjennomføres innen den tid som er til rådighet, er det prioritert hvilke tester som gjennomføres og prosjektet er bekvem med det reviderte planlagte testomfang.

Delprosjekt forvaltning har hovedfokus på overlevering til drift og oppstart.

Prosjektet styres etter et totalbudsjett på 644,2 MNOK. Prognosen 15.09 er 643,9 MNOK, en økning på 2,6 MNOK fra forrige måned. Økningen skyldes i hovedsak estimert overtidsarbeid i perioden september – november. Prognosen gjenspeiler ikke aktivitet i desember som forberedelse til Fase 2.

- **Virksomhetsoverdragelse av RVTS Øst**

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

På denne bakgrunn er det iverksatt et arbeid for å etablere et grunnlag for å bestemme om seksjonen skal virksomhetsoverdras til Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør fra nyttår. Et vedtak om virksomhetsoverdragelse gjøres av styret i Oslo universitetssykehus HF på et senere tidspunkt.

2. FORSKNING

- **Priser til fremragende forskere ved Oslo universitetssykehus**

Et prioritert tiltak i sykehusets forskningsstrategi er bedre synliggjøring av forskningsresultater og belønningsordninger for fremragende forskning. Som et ledd i dette deler sykehuset to ganger årlig ut priser for fremragende forskningsartikler, og én gang i året deler sykehuset ut priser til fremragende forskere. Prisene til fremragende forskere består av én hovedpris á 300.000 kroner til en etablert og svært suksessrik forsker - *Excellent Researcher Award* – og to priser á 150.000 kroner til fremragende forskere som er i en tidlig fase av forskerkarrieren - *Early Career Awards*. Prispengene skal benyttes til videre, fritt valgte forskningsformål ved OUS. Kandidatene nomineres av minst to kolleger ut fra angitte kriterier og med krav til begrunnelse, og vurderingene foretas av Oslo universitetssykehus' Scientific Advisory Board. Årets priser for fremragende forskning ved Oslo universitetssykehus ble den 29. august tildelt av administrerende direktør til:

Excellent Researcher Award:

Ludvig M. Sollid, Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin

Early Career Awards - likeverdige prisvinnere:

Kyrre Eeg Emblem, Intervensjonssenteret

Edward Leithe, Institutt for kreftforskning

Mer om tildelingene og intervju med forskerne kan leses på http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/_nyheter/_Sider/forskningspriser-august14.aspx

3. SAMHANDLING

- **Områdeplan for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten i Oslo sykehusområde 2014**

Områdeplan for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten er utarbeidet av en tverrfaglig sammensatt faggruppe i samarbeid med representanter for brukerorganisasjoner, pårørendeorganisasjoner og for Oslo kommune, både fra bydelene og sentralt.

Målgruppen for planen er pasienter over 18 år med medfødte eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse av komplisert og sammensatt karakter som har behov for habilitering i spesialisthelsetjenesten. Pasientene har ofte flere diagnoser eller funksjonsnedsettelser, som f.eks. kognitiv svikt og tilleggs lidelser som f.eks. epilepsi, demens utvikling, adferdsproblemer mv.

Antall henviste pasienter pr år er ca 600.

Mange av pasientene har individuelt tilpassede kommunale tjenestetilbud blant annet med bolig, fritid og sysselsetting.

Den helsetjenesten som ytes, er basert på faglig spisskompetanse innen medisin, psykologi, vernepleiefag og gir en tverrfaglig funksjons- og årsaksdiagnostikk hvor pasientens forutsetninger og miljømessige forhold, samt utforming av forebyggende tiltak ut fra kunnskap om tilstandens forventede utviklingsforløp er sentralt i vurderingene.

I områdeplanen er det en gjennomgang av arbeids- og samarbeidsformer. Bla nevnes at OUS har et stort antall ambulante konsultasjoner. Områdeplanen gir også en oversikt over de kommunale tilbudene både de sentrale og de tilbudene som gis i den enkelte bydel. Det understrekes at det gjennomgående er et godt samarbeid mellom tjenestenivåene.

I planen gis det også en vurdering av utviklingstrekk. Bla understrekes det i planen at det i fremtiden blir en større gruppe eldre tjenestemottakere og også må forventes flere med flerkulturell bakgrunn. Andel flerkulturelle henviste er stabilt høyt, men det kan forventes økte utfordringer på dette området.

Planen fikk god tilslutning da den nylig ble forelagt for Samarbeidsutvalget.

Planen kan fås ved henvendelse til styrets sekretariat.

4. REVISJONER

- **Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri**

Styret er i tidligere styremøte orientert om systemrevisjon av enheten innen områdene økonomistyring, ledelse og styring samt ansatte og arbeidsmiljø.

I møte redegjøres det for status av tiltak og videre oppfølging.

5. RETTSTVISTER OG STRAFFESAKER - status per d.d

Krav om ekstraferie for arbeidstakere over 60 år – ”stråleferie”

Sykehuset ble stevnet av 12 ansatte som mente å ha rett til 6 virkedager ekstra ferie fra det året de fyller 60 år. Saken gjaldt spørsmål om en gruppe arbeidstakere som har en individuell avtale om seks uker ferie, også har krav på 6 ekstra virkedager ferie i henhold til ferieloven fra det året de fyller 60. Ordningen var opprinnelig en utvidet ferie begrunnet i vernehensyn for denne gruppen som arbeider med ioniserende stråling. Ordningen er avvirket.

Sykehuset ble av Oslo tingrett frifunnet. Retten kom til at saksøkerne ikke har krav på mer enn 6 uker ferie etter fylte 60 år, mao ingen 7 ekstrauke. Saken er anket til lagmannsretten av de ansatte. Det vil ta tid før den blir berammet.

Usaklig oppsigelse

Sykehuset var stevnet av en ansatt med påstand om usaklig oppsigelse i arbeidsforhold, herunder spørsmål om hvorvidt sykehuset lovlig kunne midlertidig omplassere den ansatte til et annet arbeidssted innenfor samme klinikk. Den ansatte motsatte seg omplasseringen og unnlot å møte på det nye arbeidsstedet.

Sykehuset ble frifunnet av Oslo tingrett.

Krav om etterbetaling av lønn

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

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

Lønnskrav

En ansatt har tatt ut forliksklage mot sykehuset. Saken gjelder urettmessig lønnstrekk og knytter seg til konvertering av lønnsmodell ved OUS gjennomført i 2011.

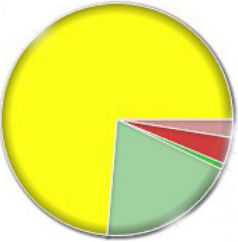
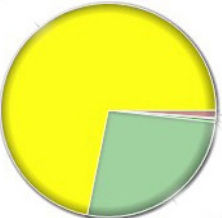
Kontraktsforhold

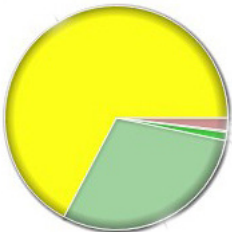
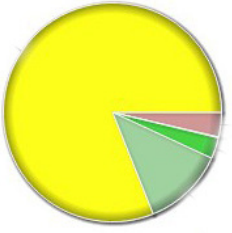
Sykehuset har som utleier hatt tvist med en leietaker om fastsettelse av gjengs leie.

Det ble inngått forlik om ny leie i Husleietvistutvalget.

6. MEDIEOMTALE 1. JUNI – 15. SEPTEMBER 2014

Antall saker i mediene har sunket fra 2400 i juni, til 1443 i august, totalt 5838 for hele perioden. Dette er en normal variasjon på grunn av sommer i redaksjonene. September ligger så langt an til å få noe flere mediasaker som tilsvarende måned i fjor. Medieomtalen er i det alt vesentlige vektet nøytralt, noe som har holdt seg stabilt siden forrige periode. Rødt viser andel svært negative/svakt negative saker, grønt viser andel svært positive/svakt positive saker, mens gult viser andel saker som er vektet nøytralt.

Periode	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
1.-14.september 2014	592		Positiv: 20 Nøytral: 74 Negativ: 6	Perioden har så langt vært preget av flere historier om kreftpasienter
August 2014	1443		Positiv: 27 Nøytral: 72 Negativ: 1	Måneden ble preget av saker om ebola og tv-serien "Født i feil kropp"

Juli 2014	1403		Positiv: 31 Nøytral: 67 Negativ: 2	Den store økningen av positive saker skyldes mange ekspertuttalelser om sommerhelse, varme og ebola.
Juni 2014	2400		Positiv: 15 Nøytral: 81 Negativ: 4	Det høye antallet nøytrale saker skyldes mye omtale av skadde pasienter brakt til OUS.

Mediebildet har i perioden vært preget av omtale av skadde pasienter brakt til sykehuset, ebola, sommerhelse, tv-serien "Født i feil kropp", soppforgiftning og flere krefthistorier.

Ebola

Den siste tidens ebola-utbrudd har i perioden generert mye omtale om problematikken også i norske medier. Arne Brantsæter ved Infeksjonsmedisinsk avdeling har stilt opp som ekspert i de fleste kanaler ved etterspørsel. Flere redaksjoner har også kommet til Ullevål og fått se litt hvordan man vil behandle slike pasienter, besøkt høysmitteavdelingen osv.

Omtalen har vært utelukkende positiv for sykehuset.

Født i feil kropp

I august startet tv-serien "Født i feil kropp" på TV2. Serien følger et utvalg av transseksuelle personer gjennom deres hverdag og behandling. Dette har gitt mye oppmerksomhet rundt temaet og har ført til mange henvendelser til psykosomatisk avdeling og Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme. I det alt vesentlige har omtalen vært positiv der avdelingsleder har hatt en sentral rolle i å fortelle om temaet. Plastikk-kirurger har også vært med og forklart om kjønnskorrigerende kirurgi.

Noe kritikk har kommet fra interesseorganisasjoner, som ofte er uenige i hvordan diagnosen stilles og klager på at behandlingstiden er lang.

Krefthistorier

Tidlig i september dukket det i to løpet av to dager opp to historier i Aftenposten om to kreftpasienter. I begge historiene har pasienten måtte vente svært lenge på utredning, prøver og behandling. Den ene pasienten døde. I artiklene er både Fylkeslegen, Kreftforeningen og generalsekretær i Norsk Pasientforening på plass med kritikk av sykehuset.

Dagen etter retter også Aftenposten kritikk mot sykehuset på lederplass og trekker frem behovet for pasientkoordinatorer.

I artiklene får klinikkleder komme til orde og legger seg helt flat for kritikken, men likevel er det etterlatte inntrykket av disse sakene negativt.

Samme uke tok også TV2 opp saken om pasienten som døde. Gangen var ikke helt ulik

Aftenposten, men noe mer fokus på pårørende, og det etterlatte inntrykket er fortsatt negativt.

I samme periode dukker det opp en blogg der en av sykehusets pasienter kommer med kraftig kritikk av sykehuset og systemet etter å ha blitt sendt mellom fire institusjoner i Oslo før hun

ble operert. Flere store medier publiserte hele eller deler av denne bloggposten på siden, med Nettavisen i front, og den har generert mye debatt både i sosiale og tradisjonelle medier. Sykehuset har svart på kritikken i flere omganger, men det etterlatte inntrykket av denne saken er negativt.

Soppforgiftning

I slutten av august ble det brakt flere pasienter til sykehuset med soppforgiftning etter å ha spist hvit fluesopp. Dette utløste mange henvendelser til sykehuset om temaet. Overlege på Akuttmedisinsk avdeling Dag Jacobsen stilte opp i de fleste kanaler med sin ekspertise. Det medførte mange positive oppslag for sykehuset.

Sommerhelse

Tradisjonen tro har sykehuset vært kontaktet gjentatte ganger i sommermånedene i forbindelse med såkalte sommerhelsetemaer. Denne gangen har det vært spesielt mye om varme, og ikke like mye om sol som tidligere har vært vanlig.

7. REFERATER

Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 12.09.14 (vedlegg)

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Voksenåsen, Oslo
Dato: Styremøte 12. september 2014
Tidspunkt: KI 0800-1245

Følgende medlemmer møtte:

Per Anders Oksum	Styreleder
Sigrun E. Vågeng	Nestleder
Eyolf Bakke	
Kirsten Brubakk	
Anne Cathrine Frøstrup	
Terje Bjørn Keyn	
Irene Kronkvist	
Bernadette Kumar	
Peer Jacob Svenkerud	
Truls Velgaard	
Svein Øverland	

Fra brukerutvalget møtte:

Øistein Myhre Winje
Rune Kløvtveit

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Peder Olsen
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, fagdirektør Alice Beathe Andersgaard, konserndirektør Atle Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og konsernrevisor Liv Todnem

Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent.

Saker som ble behandlet:

050-2014	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 19. JUNI 2014
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra styremøtet 19. juni 2014 godkjennes.

051-2014	AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER JULI 2014
-----------------	--

Rapport per august ble presentert i møtet. Administrerende direktør orienterte også om status for gjennomføringen av Digital fornying og innføringen av nye IKT-løsninger i det nye østfoldsykehuset.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per juli 2014 til etterretning.

052-2014	STIFTELSE AV NASJONALT HELSEFORETAK FOR SAMORDNING INNEN EIENDOMSOMRÅDET (SYKEHUSBYGG HF)
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret vedtar å stifte Sykehusbygg 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 Sør-Øst RHF skal ha en eierandel og finansieringsandel på 25 prosent av Sykehusbygg HF.
3. Som ledd i stiftelsen skal hver eier (de fire regionale helseforetak) skyte inn et innskudd på 1,25 millioner kroner.

4. Opprettelsen av Sykehusbygg 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 styremedlemmene Øverland og Keyn:

Utviklingen må følges nøye og det må løpende vurderes om det oppfattes nødvendig å kreve representasjon fra KTV i styret for å sikre reell medbestemmelse.

053-2014	SYKEHUSET I VESTFOLD HF - JURIDISK EIERSKAP TIL TØNSBERGPROSJEKTET
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF slutter seg til at Tønsbergprosjektet videreføres i regi av Sykehuset i Vestfold HF.
2. Styret forutsetter at Sykehuset i Vestfold som prosjekteier har det fulle ansvar økonomisk, fremdriftsmessig og kvalitetsmessig, og etablerer styringsmål og budsjett innenfor de rammer som fremgår av konseptrapporten, med nødvendig avsetning for usikkerhet (P50 nivå).
3. Styret legger til grunn at det etableres en statusrapportering fra prosjektet til Helse Sør-Øst RHF som er tilsvarende den som er etablert for Prosjekt nytt østfoldsykehus.

054-2014	VESTRE VIKEN HF – AVHENDING AV LIER SYKEHUS TRINN 2, GNR. 95, BNR. 14, 19 OG DEL AV 131 I 0626 LIER KOMMUNE
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender til foretaksrådet i Helse Sør-Øst RHF Vestre Viken HFs anmodning om samtykke til salg av Lier sykehus trinn 2, gnr. 95, bnr. 14, 19 og del av 131 i 0626 Lier kommune.
2. Styret legger til grunn at eiendommene, med unntak av BT1 og U1, ref. fig. 2, legges ut for åpent salg i markedet, og at BT1 og U1 tilbys Lier kommune til takst. Dersom Lier kommune ikke benytter seg av dette, forutsettes også denne delen av eiendommen lagt ut for salg i det åpne markedet.
3. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendig for klinisk drift.
4. Investeringer må behandles i henhold til gjeldende fullmaktstruktur.

5. Styret presiserer at Vestre Viken HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt, og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

055-2014	FRITT BEHANDLINGSVALG I SPESIALISTHELSETJENESTEN – UTKAST TIL HØRINGSSVAR
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret slutter seg til administrerende direktørs forslag til høringssvar.

056-2014	ORIENTERINGSSAK: FORSLAG TIL NY SPESIALITETSSTRUKTUR FOR LEGER OG VEILEDER I AKUTTMOTTAK. ORIENTERING OM ARBEIDET MED HØRINGSUTTALELSE
-----------------	---

Fagdirektør Alice Beathe Andersgaard.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar redegjørelsen om arbeidet med høringsuttalelse til ny spesialitetsstruktur for leger og veileder i akuttmottak til orientering.

057-2014	STATUS REVISJONSPLAN 2014-2015 FOR KONSERNREVISJONEN HELSE SØR-ØST
-----------------	---

Det ble gitt en presentasjon av konsernrevisor Liv Todnem.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar statusrapportering om konsernrevisjonens utførte og pågående revisjoner til orientering.

058-2014	ORIENTERINGSÅK: RAPPORT OM STATUS FOR UTVIKLING AV BEHANDLINGSTILBUDENE INNEN PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING FOR RUSMIDDELAVHENGIGHET
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar rapporten om status for utvikling av behandlingstilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet til orientering.

059-2014	ORIENTERINGSSÅK: ÅRSPLAN STYRESÅKER
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

1. Styreleder orienterer
2. Driftsorienteringer fra administrerende direktør, inkl status for tariffoppgjøret 2014.
3. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 20. august 2014
4. Referat fra møte i brukerutvalget 17. og 18. juni 2014
5. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 13.08.14 om retningslinjer for godtgjørelse til ledende ansatte - innspill

Temasaker

- Aktivitets- og kapasitetsanalyse Helse Sør-Øst. Presentasjon fra SINTEF
- Kort oversikt over status for helseforetakenes utviklingsplaner v/ Atle Brynestad
- Forskning og innovasjon i Helse Sør-Øst v/ Jon Torgils Vaage
- Om styrets oppgaver og arbeidsform (styret alene) v/styreleder

Møtet hevet kl. 12:15

Oslo, 12. september 2014

Per Anders Oksum
styreleder

Sigrun E. Vågeng
nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Anne Cathrine Frøstrup

Terje Bjørn Keyn

Irene Kronkvist

Bernadette Kumar

Peer Jacob Svenkerud

Truls Velgaard

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær