

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 14. februar 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

---

**SAK 1/2013: GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE.**

### Forslag til vedtak:

*Styret godkjenner innkalling og sakliste.*

Oslo, den 7. februar 2013

Stener Kvinnsland  
Sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Møteinnkalling

---

Møtenavn:	Styremøte 1/2013
Dato møte:	14. februar 2013
Møtetid:	Kl. 08.00 - 14.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, 1.etg., seminarrom 1 og 2.

---

- 1/2013 Beslutning: Godkjenning av innkalling og sakliste
- 2/2013 Beslutning: Godkjenning av protokoll styremøte 17.12.2013
- 3/2013 Beslutning: Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2012
- 4/2013 Orientering: Rapport per desember 2012
- 5/2013 Beslutning: Årlig melding 2012
- 6/2013 Beslutning: Oppdrag og bestilling 2013 (ettersendes)
- 7/2013 Beslutning: Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus, hovedprosjekt
- 8/2013 Beslutning: Utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus
- 9/2013 Beslutning: Vedlikehold og utbedring av bygninger
- 10/2013 Beslutning: Prinsippavtale med Oslo kommune om samarbeid, utleie og tjenesteytelser på Aker sykehus
- 11/2013 Beslutning: Forelegg for brudd på helsepersonelloven, *Unntatt off.*
- 12/2013 Beslutning: Suppleringsvalg til valgstyret
- 13/2013 Orientering: Bemanning i Oslo universitetssykehus
- 14/2013 Orientering: Forbruksrater og pasientsrømmer
- 15/2013 Orientering: Status oppfølging av styresaker
- 16/2013 Orientering: Administrerende direktørs orienteringer
- 17/2013 Beslutning: Lønnsregulering administrerende direktør

Stener Kvinnsland  
sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. februar 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Protokoll fra styremøte 17. desember 2013

---

**SAK 2/2013: GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA  
STYREMØTE 17. DESEMBER 2013.**

### Forslag til vedtak:

*Styret godkjenner protokoll fra styremøte 17. desember 2012.*

Oslo, den 7. februar 2013

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

## Protokoll

---

Møtenavn:	<b>Styremøte</b>
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	17. desember 2012
Dato møte:	17. desember 2012 kl. 8.00-1510 på Radiumhospitalet i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

---

Tilstede: Stener Kvinnsland, Anne Carine Tanum, Merete Norheim Morken, Ane Willumsen, Tor Ingebrigtsen, Ole Petter Ottersen, Tone Skogen, Anders Utne, Svein Erik Urstrømmen, Rita von der Fehr, Bjørn Wølsted-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Nina Bachke

Forfall: Raymond Robertsen

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

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget Nina Adolfsen og Heine Århus, media, publikum

### **Sak 80/2012 Godkjenning av innkalling og saksliste**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

### **Sak 81/2012 Godkjenning av protokoll**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 25. oktober 2012.

## **Sak 82/2012 Rapport per oktober 2012**

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapporteringen per november til orientering
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.

Styremedlemmene Aasmund Magnus Bredeli, Bjørn Wølsted Knudsen, Rita von der Fehr, Merete Norheim Morken og Svein Erik Urstrømmen ønsket følgende ført til protokollen under sak 82/2012:

”Ansattrepresentantene registrerer i saksfremlegget at OUS har et svært høyt forbruk av overtid/innleie i 2012. Det kan virke som om dette dekker et permanent bemanningsbehov, noe som både er lovstridig og uheldig for kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi. Ansattrepresentantene ber administrerende direktør sikre at OUS har en fast bemanning som står i forhold til reelt aktivitetsnivå.”

## **Sak 83/2012 Årlig melding**

Enstemmig vedtak:

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å sende rapporteringsdelen av årlig melding til Helse Sør-Øst RHF den 21. januar 2012 med påfølgende fremleggelse for styret den 14. februar 2013.

## **Sak 84/2012 Strategi for Oslo universitetssykehus HF**

Enstemmig vedtak:

Styret vedtar Strategi for Oslo universitetssykehus HF 2013-2018.

## **Sak 85/2012 Bygg – Mandat idéfase for somatikk og psykisk helse**

Enstemmig vedtak:

1. Styret vedtar oppstart av samlet idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus.
2. Styret ber om å bli holdt løpende orientert.

## Sak 86/2012 Budsjett 2013

Enstemmig vedtak:

1. Styret legger til grunn et årsresultat på minus 200 millioner kroner eller bedre som økonomisk styringsmål for 2013.
2. Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2013 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 86/2012. 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.
3. Styret ber administrerende direktør utarbeide en flerårig plan og intensivere vedlikeholds- og utbedringsprosjekter på bakgrunn av blant annet de pålegg som er fremkommet fra tilsyn. Administrerende direktør bes om å gjennomføre en dialog med Helse Sør-Øst RHF med sikte på å utvide investeringsrammen for 2013, dersom gjennomføringstakten tillater det. Styret ber om å bli orientert om status for vedlikeholds- og utbedringsprosjektene.
4. 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.
5. Administrerende direktør gis disponeringsfullmakt til å beslutte investeringer for bygg oppad til 50 millioner kroner.
6. Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.
7. Styret forutsetter at de tolv prinsipper for medvirkning legges til grunn for det videre arbeidet med budsjett 2013 og at det tilstrebes at bemanningstilpassninger skjer uten bruk av oppsigelser.

Styremedlemmene Aasmund Magnus Bredeli, Bjørn Wølsted Knudsen, Rita von der Fehr, Merete Norheim Morken og Svein Erik Urstrømmen ønsket følgende ført til protokollen under sak 86/2012:

”Selv om de økonomiske rammevilkårene er styrket i budsjettet 2013, vil de ansattes representanter påpeke at det fremdeles er store utfordringer knyttet til gjennomføring av driftsbudsjettet samt at vi mener at det er et misforhold mellom de oppgaver sykehuset er satt til å utføre sett i forhold til de økonomiske rammer.

Til tross for reduserte krav til innsparing og effektivitet fremkommer det i vedleggene til saken at det er usikkert om målene vil kunne nås. De foreslåtte innsparingstiltakene er særlig knyttet til samlokalisering. De ansattes representanter ser imidlertid areal og andre kapasitetsbegrensninger vil kunne vanskeliggjøre gjennomføringen av de fremlagte planene.

De ansattes representanter er kjent med at de foreslåtte innsparingsforslagene ikke har vært underlagt tilstrekkelig risikovurdering innad i klinikkene eller på tvers i sykehuset, noe som betyr at vi mangler oversikt over konsekvensene. Budsjettet har heller ikke vært til behandling i sykehusets arbeidsmiljøutvalg. Ansatterepresentantene forutsetter at tiltakene risikovurderes og AMU-behandles, og at kun tiltak som har akseptable konsekvenser for ansatte og pasienter iverksettes.

Ansatterepresentantene registrerer at OUS har et svært høyt forbruk av overtid/innleie i 2012. Det kan virke som om dette dekker et permanent bemanningsbehov, noe som både er lovstridig og uheldig for kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi. Ansatterepresentantene ber administrerende direktør sikre at OUS i 2013 har en fast bemanning som står i forhold til reelt aktivitetsnivå.

De ansattes representanter er bekymret for stadig økende kortsiktig gjeld, og fremtidig rentebelastning, som en følge av at budsjettet nå teknisk sett tilnærmet er saldert blant annet ved hjelp av et underskudd for 2013 med 200 mill kr. Denne situasjonen vil kunne bidra til å svekke sykehusets muligheter til å lånefinansiere fremtidige nybygg og andre nødvendige investeringer.

Tidligere planer om ferdigstilte nybygg innen 2018 er nå forlatt. For lukking av pålegg fra tilsynsmyndigheter betyr dette at vi må utbedre eksisterende bygningsmasse tilsvarende kostnader på 1,9 mrd kr i perioden 2013-2014. Investeringsbudsjettet i fremlagte budsjettsak synliggjør ikke hvordan dette skal finansieres. Det må legges frem en realistisk plan for hvordan pålegg fra tilsynsmyndigheter skal lukkes både på kort og lengre sikt.”

### **Sak 87/2012 Temasak – psykisk helse og avhengighet**

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

### **Sak 88/2012 Områdeplan IKT 2013-2016**

Enstemmig vedtak:

1. Styret konstaterer at Oslo universitetssykehus HF fortsatt har store utfordringer knyttet til mangler i eksisterende IKT-struktur.
2. Styret understreker viktigheten av at Oslo universitetssykehus HF fortsetter arbeidet med å etablere og videreutvikle IKT-løsninger som sikrer gjennomgående systemer, oppfyller myndighetskrav og som bidrar til forsvarlig og effektiv drift ved foretaket.
3. Styret vedtar foretakets områdeplan for IKT 2013-2016 og ber administrerende direktør oversende denne til Helse Sør-Øst RHF.

### **Sak 89/2012 Regional PAS/EPJ i Oslo universitetssykehus**

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelse om status forprosjekt regional elektronisk pasientjournal ved Oslo universitetssykehus HF til orientering og gir sin tilslutning til plan for rekruttering fra foretaket inn i hovedprosjektet.

## **Sak 90/2012 Leieavtale i bygg til Søndre Nordstrand DPS**

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til leieavtalen for Søndre Oslo DPS og BUP Oslo syd.
2. Styret ber administrerende direktør om å oversende leieavtalen for nytt felles bygg for søndre Oslo DPS og BUP Oslo syd, for godkjenning i Helse Sør Øst RHF.
3. Administrerende direktør gis fullmakt til å underskrive leieavtalen på vegne av Oslo universitetssykehus HF når avtalen er godkjent i Helse Sør-Øst RHF.

## **Sak 91/2012 Mål og strategier for brukervedvirkning i Oslo universitetssykehus**

Enstemmig vedtak:

Styret vedtar framlagte forslag til strategi for brukervedvirkning.

## **Sak 92/2012 Høring om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet**

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar redegjørelse om Oslo universitetssykehus HFs forløpige synspunkter på Helse- og omsorgsdepartementets forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven til orientering.
2. Styret ber om at merknader som er kommet frem i møte innarbeides, og gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre arbeidet med høringsuttalelsen administrativt.

## **Sak 93/2012 Ekstra styremøte i april**

Enstemmig vedtak:

Styret vedtar å avholde møte den 10. april 2013 klokken 13 for å behandle årsoppgjør 2012.

## **Sak 94/2012 Ansattevalgte styremedlemmer – oppnevning av valgstyre**

Enstemmig vedtak:

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

1. Brynhild Asperud, leder (vara Leif H. Eriksen)
2. Merete Skaug, sekretær (vara Tone Hagedal Wright)
3. Tove Røsten (vara Truls Gamnes)
4. Gry Bergskaug (vara Bård Erik Ruud)
5. Egil Hverven (vara Gunn Hvid)
6. Kjersti Baksaas Aasen (vara Christian Grimsgård)



## Sak 95/2012 Administrerende direktørs orienteringer

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Stener Kvinnsland  
Styreleder

Anne Carine Tanum  
Nestleder

Tone Skogen

Raymond Robertsen  
Ikke tilstede

Ole Petter Ottersen

Tor Ingebrigtsen

Svein Erik Urstrømmen

Ane Willumsen

Anders T. Utne

Merete Norheim Morken

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølsted-Knudsen

Rita von der Fehr

Nina Bachke

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. februar 2013

Saksbehandler: Direktør for pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg: 1. Risikovurdering med tiltaksplaner 3. tertial 2012  
2. Utdypende kommentarer til Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2011

---

### SAK 3/2013 LEDELSENS GJENNOMGANG 3. TERTIAL 2012

#### Forslag til vedtak:

*Styret tar ledelsens gjennomgang for 3. tertial 2012 til etterretning.*

Oslo, den 7. februar 2013

Bjørn Erikstein

## **Sammendrag**

Administrerende direktør har avholdt dialog- og oppfølgingsmøter (ledelsens gjennomgang) med alle klinikkledere og deres avdelingsledere etter 3.tertial 2012 i januar 2013. Hensikten med møtene er som tidligere å sikre god virksomhetsstyring gjennom dialog, rapportering og forbedring. Ledelsens gjennomgang må ses i sammenheng med den månedlige resultatoppfølgingen.

Det er gjennomgående stor aktivitet i Oslo universitetssykehus sine kjerneaktiviteter. Etter 3. tertial 2012 er det verdt å merke seg at risiko for at mål ikke oppnås er noe redusert innen flere områder. Dette er gledelig da foretaket fortsatt er preget av store omstillinger med høye krav til ledere og medarbeidere.

## **Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Intern styring og kontroll skal tilpasses organisasjonens kompleksitet og størrelse. Det er administrerende direktørs vurdering at sykehuset har etablert de nødvendige systemer og rutiner for å sikre god virksomhetsutøvelse. Oslo universitetssykehus er en stor og kompleks organisasjon og til tross for et etablert styringssystem er det et kontinuerlig arbeid å sikre implementering og effekt i hele organisasjonen.

Helseforetaket er inne i en noe mer positiv utvikling enn tidligere tertialrapporter viser. De mange ulike tiltakene som er iverksatt for å holde risiko innenfor et akseptabelt nivå begynner å gi effekt.

Det er gjennom 3.tertial ferdigstilt flere oppgraderinger av bygningsmassen som gir pasienter og ansatte langt bedre omgivelser. Integrasjon av pasientjournalen mellom lokalisasjonene har bedret pasientsikkerhet og de ansattes arbeidssituasjon. Ferdigstillelse av overordnet strategi har virket samlendende for organisasjonen. Økte investeringsrammer til bygg og infrastruktur, fornyelse og utskiftning av medisinsk teknisk utstyr over de neste tre årene og en noe bedret budsjett situasjon inn mot 2013 er positive signaler som er motiverende for ledere og ansatte etter krevende år etter fusjonen.

Administrerende direktørs vurdering er imidlertid at til tross for mange positive trekk er det fortsatt ubalanse i den underliggende drift, krevende rammer og mange parallelle prosesser som skal koordineres og harmoniseres for å utvikle Oslo universitetssykehus i tråd med overordnet strategi.

## **Faktabeskrivelse**

Tema for ledelsens gjennomgang 3.tertial har vært utvikling av kjernevirksomheten; pasientbehandling med særlig fokus på pasientsikkerhet og samhandling, opplæring og medvirkning av pasienter og pårørende, klinikkens utdanningsaktivitet og gjennomgang av forskningsaktivitet. Videre; gjennomgang av klinikkens systematiske HMS arbeid med oppfølging av sykefravær, IA, bruk av deltidsstillinger, brudd på arbeidstidsbestemmelser, utvikling av bemanningssituasjon inkl. tjenesteplaner, driftsutfordringer og budsjett 2013.

Risikovurderingen etter 3. tertial er gjort etter ledelsens gjennomgang med klinikkene og er således en oppdatering med bakgrunn i 2. tertial. Som ved tidligere risikovurderinger er funn systematisert i forhold til sykehusets fire målområder: Pasientbehandling, arbeidsmiljø, forskning, innovasjon og utdanning og økonomi.

Totalt sett er det ingen store endringer i sykehusets overordnede risikovurdering, men flere risikoområder er noe redusert etter 3.tertial. De iverksatte tiltakene innen områder som er

vurdert med for høy risiko (røde) forventes å gi mer effekt med tydeligere reduksjon i risiko i 2013.

### Pasientbehandling

Det økende presset på AMK sentralen er i 3. tertial varslet med for høy risiko dersom ikke nye tiltak iverksettes. Det er fortsatt utilstrekkelig kapasitet innen flere fagområder. Det er igangsatt et omfattende arbeid for styrking av det pasientadministrative arbeidet med stor opplæringsaktivitet for medisinsk personell samt rydding i ventelister med fokus på fristbrudd og langtidsventende. I tillegg har man innen flere fagområder midlertidig økt kapasiteten. Likevel er det fortsatt lange ventelister innen nevrologi, ortopedi, øre-, nese- og hals- og øyesykdommer. Kapasiteten innen radiologi er fortsatt utfordrende, mens det innen patologi er noe bedre. Mangelen på spesialsykepleiere, særlig operasjonssykepleiere, er ikke blitt vesentlig bedre. Det er fortsatt utfordringer med operasjonskapasitet og intensiv/PO-kapasitet, til tross for at bemanningen ved flere intensivenheter er økt. Samlet sett medfører dette at antall strykninger i operasjonsprogrammet fortsatt er høyt. God logistikk i pasientbehandlingen er avhengig av fungerende og effektive IKT-systemer og sykehuset har fortsatt problemer innen IKT pga. svikt og nedetid. Det er grunn til å tro på en bedring med samordnede EPJ-systemer og etableringen av felles IKT-plattform.

### Arbeidsmiljø

Sykehusets systematiske HMS-arbeid er i en positiv utvikling. Høsten 2012 ble nye elektroniske HMS-verktøy for HMS-runder, handlingsplaner og årsrapportering tatt i bruk. Verktøyene inneholder rapportfunksjoner som gir mulighet for oppsummering av risikovurderinger, handlingsplaner og effekt av tiltak. Første oppsummering vil bli foretatt i forbindelse med HMS-årsrapportering 2012 i februar. Som før satses det kontinuerlig på HMS-opplæring og i 2012 har omlag 150 verneombud og omlag 100 ledere fått opplæring.

Fortsatt er det behov for bemanningsreduksjoner og tilpasninger, men gapet mellom faktiske og budsjetterte stillinger er nå mindre. Likevel oppleves fortsatt arbeidsbelastningen mange steder i organisasjonen som høy. Det meldes om stress relatert til både høy arbeidsmengde og høyt tempo. IKT-systemer som ikke er harmoniserte skaper merarbeid og irritasjon. Fortsatt ser vi at lederne er spesielt utsatt for belastninger ved at lederrollen har blitt mer kompleks og krevende.

Usikkerhet relatert til gammelt medisinskteknisk utstyr forventes å synke etter hvert som nytt utstyr tas i bruk. Sykehuset har utarbeidet tiltaksplaner i forhold til de betydelige mangler som Arbeidstilsynet og brannvesenet har påpekt ved bygg- og branntekniske forhold, og det forventes forbedringer i takt med gjennomføringen av tiltakene.

### Forskning, innovasjon og utdanning

Det er god og økende forskningsaktivitet, men samtidig er det enkelte underliggende risikofaktorer som fortsatt ligger stabilt i 3.tertial.

Innen forskning, innovasjon og utdanning ser en noen av de samme risikoområdene som innen pasientbehandling, blant annet knyttet til kapasitet/bemanning, utstyr, arealer og IKT-systemer. Det er fortsatt store problemer med IKT-støtte til forskningsmiljøer, som over lengre tid synes nedprioritert regionalt som følge av det påtrengende behovet knyttet til kliniske systemer. Helseforetaket har en aktiv dialog med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner om løsningsalternativer for blant annet forbedret brukerstøtte til forskere. Tilstrekkelig tid, stillinger og karriereveier i forskning rapporteres fortsatt som et problem uten at det foreløpig

har ført til reduksjon i forskningsaktiviteten. Dette er en risiko som på sikt kan gå utover faglig utvikling og kvalitet i behandling. Kapasitet og logistikk for kliniske studier er for dårlig og forventes styrket fra eiers side. Oslo universitetssykehus samarbeider med Helse Sør-Øst om å styrke infrastruktur for kliniske studier fra 2013. Etterutdanningsaktiviteten og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press. Det er også problematisk å skaffe til veie tilstrekkelig antall praksisplasser innen sykepleie.

#### Økonomi og infrastruktur

Det samlede økonomiske resultatet for 2012 er svakere enn budsjettet, men bedre enn tidligere prognostisert. Endringen i forhold til prognose etter november skyldes i stor grad ekstraordinære inntekter som ikke var kjent da estimatet ble laget. Den somatiske driften hatt en negativ resultatutvikling de siste månedene og i desember spesielt. Årsakene til økte avvik er flere og ikke alt kan relateres til den faktiske aktiviteten utført i desember, men også til mangelfull periodisering av kostnader i tidligere perioder. Det gjennomføres møter med flere av klinikkene for å identifisere tiltak for å forbedre kvaliteten i den løpende rapporteringen.

På grunn av det store vedlikeholdsetterlepet i bygningsmassen er det igangsatt flere store investeringsprosjekter. Det er knyttet risiko til både planlegging, beregning og oppfølging av budsjett for det enkelte prosjekt. Det er dog gjennom 2012 etablert styrings- og oppfølgingssystemer som gir rimelig trygghet for at arbeid leveres til tid og innenfor rammen og erfaringer så langt tilsier at risiko innen område vil reduseres i 2013.

Generelt sett er IKT-svakhetene en risiko innen alle områder av sykehusets drift. Fortsatt har ikke sykehuset noe felles IKT-system for innkjøp og logistikk og dette påvirker arbeidsprosessene negativt. Likeledes er behov for mer hensiktsmessige IKT-løsninger slik at nødvendig styringsinformasjon kan gjøres tilgjengelig. Problemene med for lav investeringsgrad og fornying av medisinskteknisk utstyr ser ut til å bedres ved at det nå er sikret tilgang på investeringsmidler til dette området over de neste tre årene. Dette er svært positivt.

Risikokart og handlingsplaner er vedlagt saken i vedlegg 1. Det vises for øvrig til vedlegg 2 med resultater og kommentarer fra 3. tertial 2012.



# Ledelsens gjennomgang

## Risikovurdering 3. tertial 2012

Revurdering og oppdatering av risikovurderingen fra 2. tertial 2012

**Vedlegg 1**  
Styresak 3/2013

## Innholdsfortegnelse

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

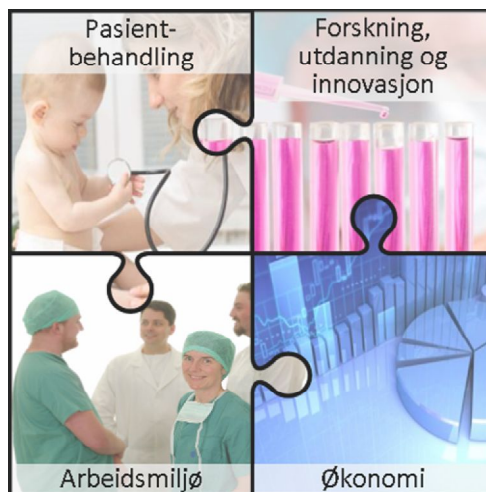
Denne risikovurderingen for 3. tertial 2012 vil bli lagt fram for styret i møtet 14. februar 2013.

# Risikovurdering

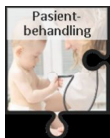
Den risikovurderingen som er gjennomført etter 3. tertial 2012 er en forenklet revurdering og oppdatering av risikovurderingen fra forrige tertial. Arbeidet er gjort i tilknytning til ledelsens gjennomgang. Med bakgrunn i innspill fra klinikker og stabsavdelinger er det gjort helhetlige vurderinger av sykehusets overordnede risikobilde. Hovedverneombud og representanter for de ansattes organisasjoner er vært delaktig i prosessen. Ledermøtet behandlet denne overordnede risikovurdering 29.01.13, og den blir lagt fram for styret i styremøte 14.02.13.

Som ved tidligere risikovurderinger dette året har en vurdert risiko opp mot sykehusets fire målområder: Pasientbehandling, arbeidsmiljø, forskning, innovasjon og utdanning og økonomi. Det er gjort en evaluering av metode og gjennomføring av risikovurderingene i 2012, og den viser at det har vært hensiktsmessig å ta utgangspunkt i dette firedelte målbildet. Ellers vil metoden bli ytterligere forbedret og fokusert mot gjennomføring og oppfølging av fastsatte risikoreducerende tiltak. Effekt av gjennomførte tiltak skal beregnes ved hjelp av et enkelt verktøy.

Nytt område etter 3.tertial med for høy risiko er det økende presset på AMK sentralen. For øvrig er det ingen store endringer i sykehusets overordnede risikovurdering, men flere risikoområder er noe redusert etter 3.tertial. De iverksatte tiltakene innen områder som er vurdert med for høy risiko (røde) forventes å gi enda mer effekt i 2013.



De fire risikokartene og en samlet handlingsplan for risikoreducerende tiltak er beskrevet i dette vedlegget.



## Pasientbehandling

Utfordringene med utilstrekkelig kapasitet innen flere fagområder er fortsatt til stede. Det er igangsatt et omfattende arbeid for styrking av det pasientadministrative arbeidet med stor opplæringsaktivitet av medisinsk personell samt rydding i ventelister med fokus på fristbrudd og langtidsventende. I tillegg har man innen flere fagområder midlertidig økt kapasiteten. Likevel er det fortsatt lange ventelister innen nevrologi, ortopedi, øre-/nese-/hals- og øyesykdommer. Kapasiteten innen radiologi er fortsatt utfordrende, mens det innen patologi er noe bedre. Mangelen på spesialsykepleiere, særlig operasjonssykepleiere, er ikke blitt vesentlig bedre. Det er fortsatt utfordringer med operasjonskapasitet og intensiv/PO-kapasitet, til tross for at bemanningen ved flere intensivenheter er økt. Samlet sett medfører dette at antall strykninger i operasjonsprogrammet fortsatt er høyt. God logistikk i pasientbehandlingen er avhengig av fungerende og effektive IKT-systemer og OUS har fortsatt problemer innen IKT pga. svikt og nedetid, Det er grunn til å tro på en bedring med samordnede EPJ-systemer og etableringen av felles IKT-plattform.



## Arbeidsmiljø

Sykehusets systematiske HMS-arbeid er i en positiv utvikling. Høsten 2012 ble nye elektroniske HMS-verktøy for HMS-runder, handlingsplaner og årsrapportering tatt i bruk. Verktøyene inneholder rapportfunksjoner som gir mulighet for oppsummering av risikovurderinger, handlingsplaner og effekt av tiltak. Første oppsummering vil bli foretatt i forbindelse med HMS-årsrapportering 2012 i februar.



Som før satses det kontinuerlig på HMS-opplæring og i 2012 har ca. 150 verneombud og ca. 100 ledere fått opplæring.

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



## Forskning, innovasjon og utdanning

Innen forskning, innovasjon og utdanning ser en noen av de samme risikoområdene som innen pasientbehandling, blant annet knyttet til kapasitet/bemanning, utstyr, arealer og IKT-systemer. Det er fortsatt store problemer med IKT-støtte til forskningsmiljøer, som over lengre tid synes nedprioritert regionalt pga det prekære behovet knyttet til kliniske systemer. Sykehuset har en aktiv dialog med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner om løsningsalternativer for blant annet forbedret brukerstøtte til forskere. Tilstrekkelig tid, stillinger og karriereveier i forskning rapporteres fortsatt som et problem uten at det foreløpig har ført til reduksjon i forskningsaktiviteten. Dette er en risiko som på sikt kan gå utover faglig utvikling og kvalitet i behandling. Kapasitet og logistikk for kliniske studier er for dårlig og forventes styrket fra eiers side. OUS samarbeider med Helse Sør-Øst om å styrke infrastruktur for kliniske studier fra 2013. Etterutdanningsaktiviteten og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press. Det er også problematisk å skaffe til veie tilstrekkelig antall praksisplasser innen sykepleie.



## Økonomi og infrastruktur

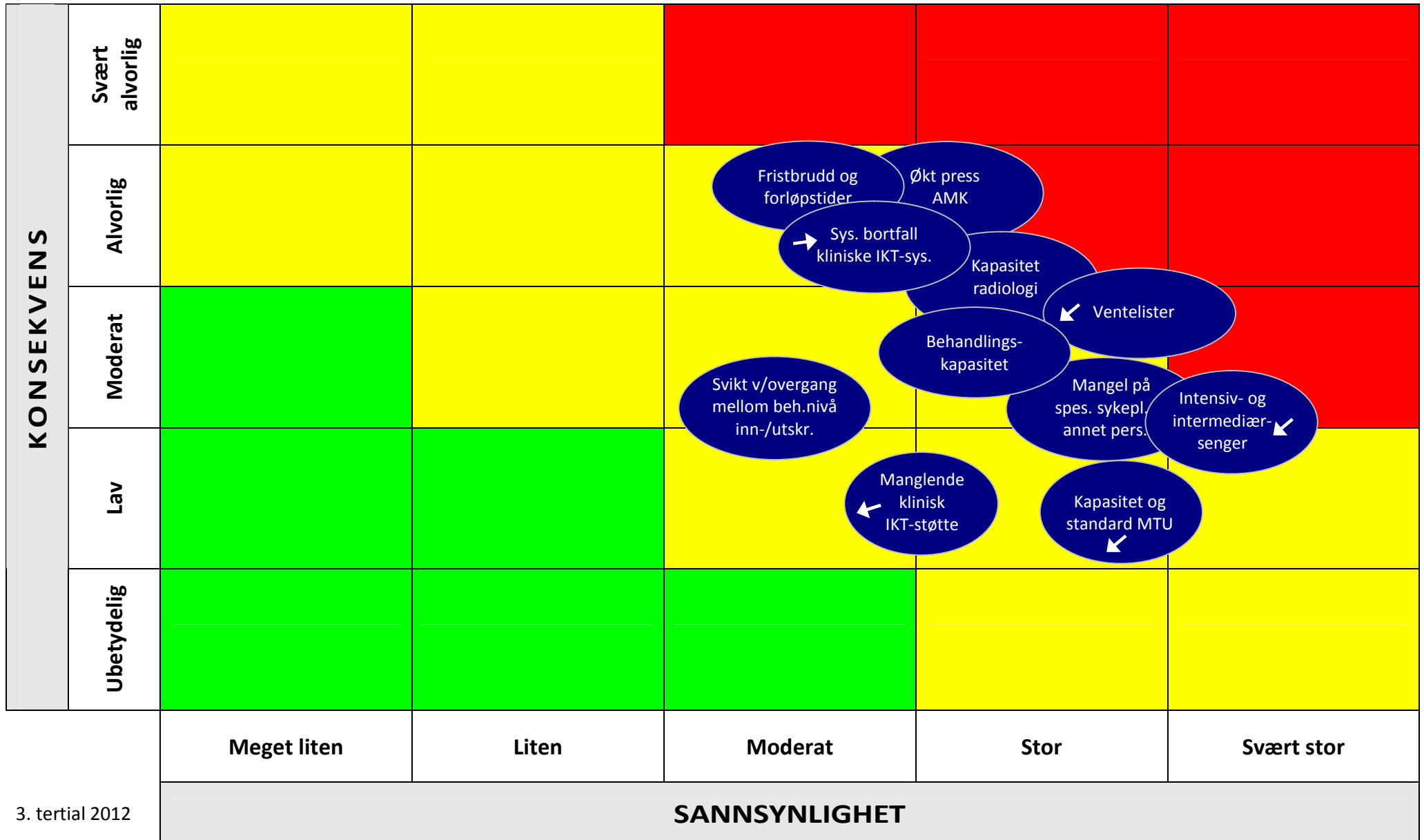
Fortsatt ser en at det er vanskelig for klinikkene og sykehuset som helhet å styre aktivitet innen de budsjetter som er gitt. Likevel er det en viss bedring. Tiltak for bedre periodisering kan bidra til at klinikkene kan oppnå større forutsigbarhet i forhold til kostnader. Pga. det store vedlikeholdsetterslepet i bygningsmassen er det igangsatt flere store prosjekter. Dette krever store investeringer og det er knyttet risiko til både planlegging, beregning og oppfølging av budsjett for det enkelte prosjekt. Det er dog gjennom 2012 etablert styrings- og oppfølgingsystemer som gir rimelig trygghet for at arbeid leveres til tid og innenfor rammen og erfaringer så langt tilsier at risiko innen område vil reduseres i 2013. Generelt sett er IKT-svakheter en risiko innen alle områder av sykehusets drift. Fortsatt har ikke sykehuset noe felles IKT-system for innkjøp og logistikk og dette påvirker arbeidsprosessene negativt. Likeledes er behov for mer hensiktsmessige IKT-løsninger slik at nødvendig styringsinformasjon kan gjøres tilgjengelig. Problemene med for lav investeringsgrad og fornying av medisinsk-teknisk utstyr ser ut til å bedres ved at det nå er sikret tilgang på investeringsmidler til dette området over de neste tre årene. Dette er svært positivt.



# Risikokart

## Risikovurdering av pasientbehandlingen

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

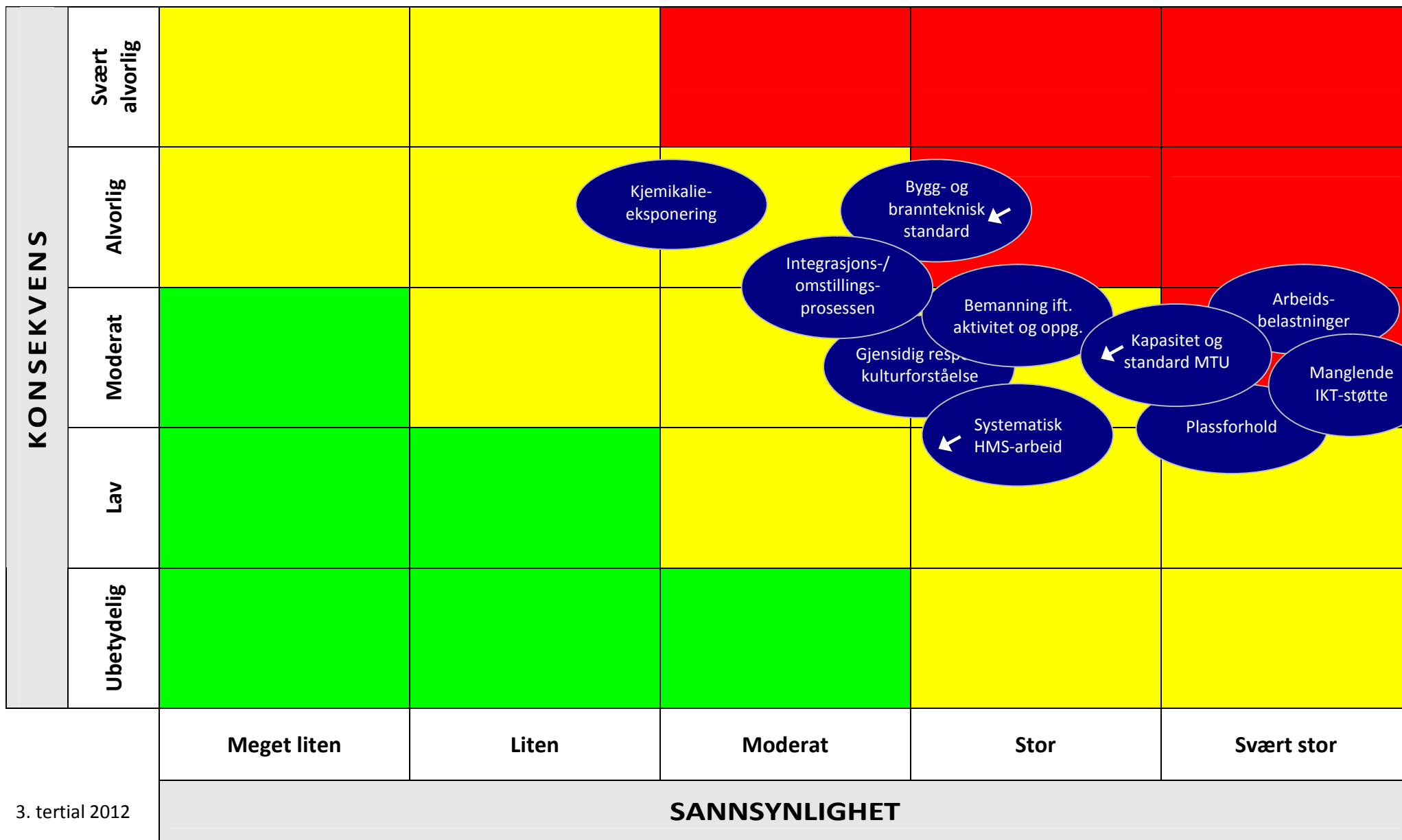


← Risikoområder med pil er flyttet i forhold til plassering i risikokartet for forrige tertial.

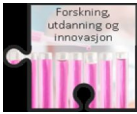


# Risikovurdering av arbeidsmiljøet

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid



← Risikoområder med pil er flyttet i forhold til plassering i risikokartet for forrige tertial.



# Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning

Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.

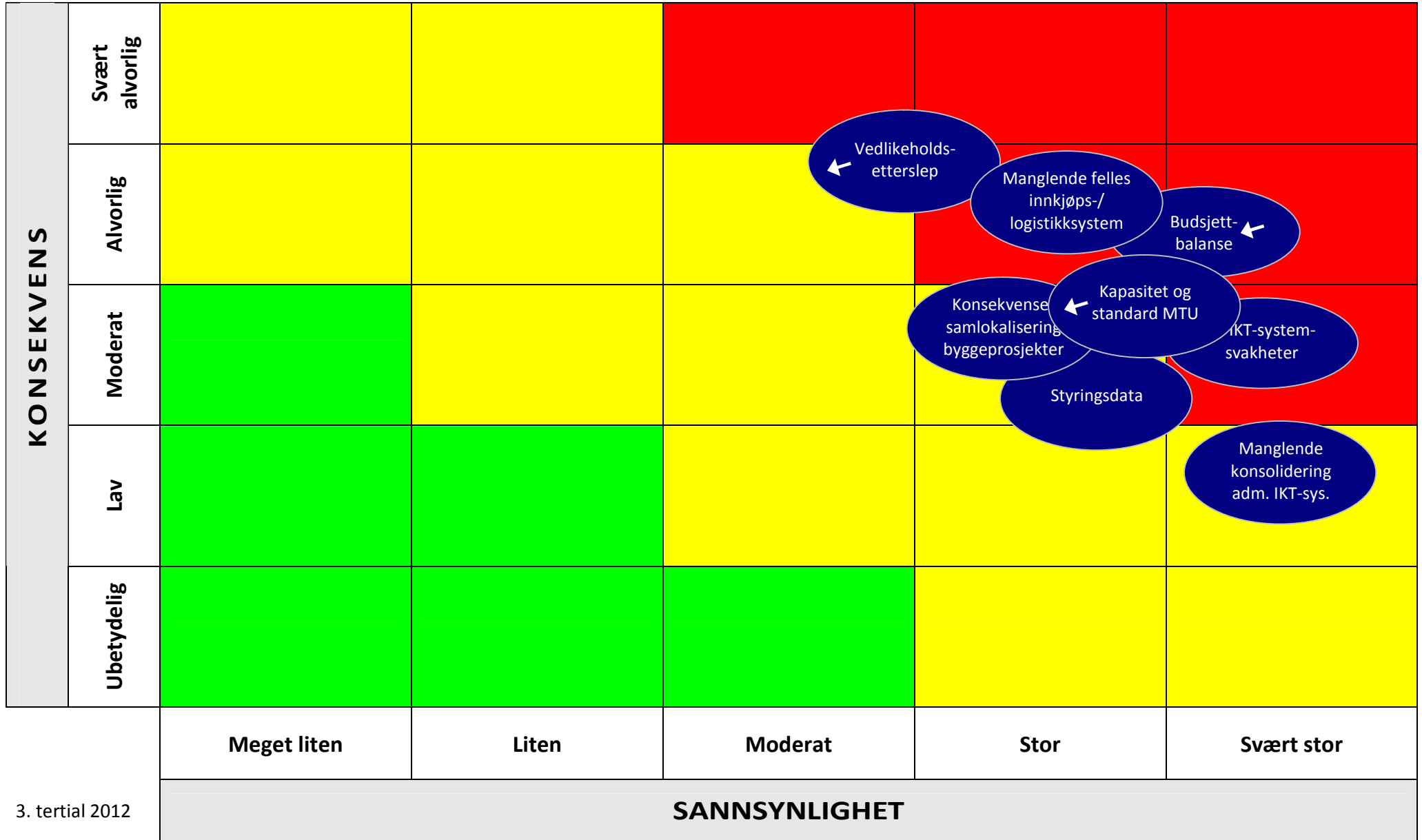
<b>KONSEKVENNS</b>	Svært alvorlig						
	Alvorlig						
	Moderat			Etterlevelse lover og etikk	Praksisplasser sykepl.stud og videreutd.	Biobank-fasiliteter lagring, sporing	
	Lav			Utstyr til forskning	Klin. studier: Kapasitet, logistil finansiering	Arealer	IKT-infrastruktur til forskning
	Ubetydelig					Etterutdannings-aktiviteter	Tid til klinisk forskn. og innovasjon
		Meget liten	Liten	Moderat	Stor	Svært stor	
3. tertial 2012	<b>SANNSYNLIGHET</b>						

← Risikoområder med pil er flyttet i forhold til plassering i risikokartet for forrige tertial.



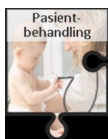
# Risikovurdering av økonomi og infrastruktur

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



← Risikoområder med pil er flyttet i forhold til plassering i risikokartet for forrige tertial.

# Risikoreducerende tiltak



## Pasientbehandling

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

	Risiko	Tiltak	Kommentar
1.	<b>Kapasitet AMK</b>	<p>Det arbeides med en tiltakspakke med vurdering av følgende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• økt bemanning AMK inkl legestilling</li> <li>• redusert aksestid for innringere</li> <li>• nytt IT-verktøy for beslutningsstøtte og flåtestyring, inkludert web-basert ambulansebestilling</li> <li>• overføring av flere rene transporter til pasientreiser</li> <li>• sammenhengende AMK-sentraler i HSØ som ser hverandres ressurser</li> <li>• en sentral i HSØ som koordinerer luft-ambulanseressursene</li> </ul>	<p>Betydelig økning av henvendelser til 113- telefonen, - ca. 5 % årlig de siste 10 årene. Dette har ført til en tilsvarende betydelig økning av ambulanse-oppdrag som er akutte og haster.</p> <p>Helsetilsynet har i tilsynssak påpekt at grunnbemanningen i AMK Oslo og Akershus i perioder har vært så marginal at driften har blitt ansett å være i strid med kravet til forsvarlig virksomhet.</p>
2.	<b>Intensiv- og intermedisærseger</b>	<p>Øke antall intensivseger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• overvåkningssenger i Med. klinikk</li> <li>• intensivseger Akuttklinikken, Ullevål (intensiv 3 er ferdig oppgradert og utvidet med 2 plasser)</li> <li>• økt bemanning PO/intensiv Ullevål</li> <li>• intensivseger Akuttklinikken, Rikshospitalet (startet forprosjekt for omgjøring av sengesentral til intensivplasser)</li> <li>• økt bemanning ved gen. intensiv Rikshospitalet</li> <li>• økt bemanning ved thoraxintensiv Rikshospitalet</li> <li>• økt postoperativ kapasitet Rikshospitalet</li> </ul>	<p>Kontinuering oppfølging og styring av intensiv/PO- ressurser.</p> <p>Noe bedret situasjon pga. økt bemanning.</p> <p>Det pågår kartlegging av alle enheter med hensyn til belegg og bemanning.</p>
3.	<b>Ventelister / fristbrudd / behandlingsskapitet</b>	<p>Det er etablert et gjennomføringsprosjekt for håndtering av anmerkninger og anbefalinger etter konsernrevisjoner (pasientadministrativt arbeid og</p>	<p>Ca. 600 000 nyhenviste hvert år. De aller fleste får behandling i forhold til forsvarlighet og innen frist og rimelig tid. 7000 fristbrudd i 2011 dvs. 1,1 % av alle nyhenviste.</p>

	Risiko	Tiltak	Kommentar
		<p>ventelister/fristbrudd) og for oppfølging av det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset". Fokusområder er: Henvising- og ventelistehåndtering; Pasientadministrative rutiner og – systemer; Korrekte aktivitets- og styringsdata. Det er utarbeidet en handlingsplan med tiltak og ansvar inkl gjennomføringsplan.</p> <p>Egen innsatsgruppe (jurist, IKT-støtte og med.dir.) oppsøker og støtter klinikkens forbedringsarbeid og sørger for opplæring og kompetansehevning.</p> <p>Tiltak for kapasitetsøkning innen enkelte fagområder ved skjerming av elektiv drift og prosjektarbeid for reduksjon av ventelister og håndtering av fristbrudd. Det arbeides også med avtaler med andre institusjoner for overføring av ventelister og så har regionen nedsatt midlertidige fagråd som skal se på kapasiteten innen fagområder med lange ventelister (nevrologi, ortopedi, ØNH og Øye). Eget forbedringsarbeid igangsatt ved KKN for å øke produktivitet.</p> <p>Etablere og kvalitetssikre flere pasientforløp for kreftpasienter.</p> <p>AMD - stor risiko for manglende kapasitet - det arbeides med løsninger for etablering av egen AMD-klinikk.</p> <p>Samarbeid om pasientbehandlingslinjer/pasientforløp med kommunehelsetjenesten. Samarbeid om etableringen av akutte døgnplasser i kommunal regi på Aker.</p>	<p>Effekt av tiltak må forventes på noe lengre sikt.</p>
4.	<b>Kapasitet radiologi</b>	<p>Gjennomføre og monitorere vedtatte prioriteringer for bruk av radiologiske undersøkelser.</p> <p>Klinikkene må tydeliggjøre radiologisk prioritet innen egne pasientgrupper.</p> <p>Prioritere MTU som gir</p>	<p>Saken følges regelmessig både i oppfølgingsmøter med klinikken og i ledermøtene. Kapasitetsutfordringene skyldes dels MTU og dels personellmangel. I tillegg vil felles RIS/PACS være viktig for god ressursutnyttelse og dermed bedring i kapasitet.</p>

	Risiko	Tiltak	Kommentar
		<p>kapasitetsforbedringer.</p> <p>Sammen med Helse Sør-Øst vurdere behovet for radiologiske tjenester som del av diagnostikk/ behandling i primærhelsetjenesten.</p> <p>Har etablert prosjekt for økning av radiologisk kapasitet innen onkologi med forventet reduksjon i medikamentutgifter og antall liggedøgn. Det er også etablert et prosjekt for å se på flaskehals i forbindelse med nevrologi-pasienter.</p> <p>Ta initiativ til felles prosedyrer og protokoller innen radiologi i regionen slik at antall reundersøkelser og regranskninger reduseres.</p>	
5.	<p><b>Sys. bortfall kliniske IKT-systemer</b>  Pasientinformasjon er ikke tilgjengelig for helsepersonell på en hensiktsmessig måte når de trenger det pga systembortfall.</p>	<p>Kontinuerlig sikring av serverpark/service i tett samarbeid med Sykehuspartner.</p> <p>Gode manuelle rutiner er utarbeidet og implementert.</p>	<p>Viktig å få på plass trygg IKT-plattform.</p> <p>Hyppigheten av svikt har vært noe større og dermed anses sannsynlighet for hendelser som økt.</p>
6.	<p><b>Kapasitet og standard medisinsk-teknisk utstyr</b></p>	<p>Etablere en 3 års plan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr.</p> <p>Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV.</p> <p>Utvikle gode businesscase med forpliktende effektivisering.</p> <p>Vurdere leasing eller lånefinansiering av MTU.</p>	<p>Gjennomsnittsalder på utstyr: 10,6 år. 39 000 MTU-enheter.</p> <p>Finansieringsordning er fastsatt og avklart med Helse Sør-Øst noe som vil gi en langt bedre situasjon i 2013.</p>
7.	<p><b>Manglende klinisk IKT-støtte</b></p>	<p>Gjennomføre planlagte og vedtatte prosjekter. Etablering av felles EPJ-system vil gi bedring.</p>	<p>Noe bedret situasjon etter etablering av felles Doculive- løsning på Rikshospitalet/Radiumhospitalet/Ullevål.</p>
8.	<p><b>Mangel på spesialsykepleiere og annet personell</b></p>	<p>Igangsatt rekrutteringstiltak av ferdigutdannede spesialsykepleiere med virkemidler.</p> <p>Økt utdanningskapasitet i samarbeid med høyskoler, stipendordninger videreføres, systematisk kompetansekartlegging og -planlegging. Planer for bibehold av ansatte. Følge opp krav i</p>	<p>Foreløpig har tiltakene gitt liten effekt.</p>



	Risiko	Tiltak	Kommentar
		oppdragsdokument om større strategisk kompetansekartlegging og -planlegging i sykehuset.	
9.	<b>Svikt i overgang mellom behandlingsnivå, inn/ut fra/til sykehus - primærhelsetjeneste</b>	Etablere felles utsendelsespolicy og rutiner for sikre god kvalitet i epikrisene. Det planlegges et eget henvisnings- og epikriseprosjekt med formål å bedre kvaliteten på henvisninger og sørge for gode og raskt utsendte epikriser. Koordinatorfunksjoner styrkes.	



## Arbeidsmiljø

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid

	Risiko	Tiltak	Kommentar
1.	<b>Arbeidsbelastning</b>	Bedre og mer riktig bruk av personalet. Forbedre arbeidsprosesser slik at en jobber smartere og får mer effekt av arbeidsinnsatsen. Gjennomgang av rutiner for å finne forbedrings- og forenklingpunkter. Bruke erfarent fagpersonale for å sikre tilgang til nødvendig kompetanse. Vurdere bemanning i forhold til arbeidsoppgaver.	Effekt av tiltak må forventes på noe lengre sikt.
2.	<b>Manglende IKT-støtte</b> medføre vanskelig arbeidssituasjon for ansatte	Gjennomføre planlagte og vedtatte tiltak.	Liten bedring foreløpig.
3.	<b>Bemanning i forhold til aktiviteter og oppgaver</b>	Gjennomgang av tjenesteplaner og turnus. God bemanningsstyring og realistiske planer for bemanningstilpasning. Innsatsgruppe.	Noe bedret situasjon.
4.	<b>Kapasitet og standard medisinsk-teknisk utstyr</b>	Etablere en 3 års plan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr  Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV  Utvikle gode businesscase med forpliktende effektivisering  Informasjon til ansatte om positiv utvikling.	Gjennomsnittsalder på utstyr: 10,6 år. 39 000 MTU-enheter.
5.	<b>Plassforhold</b>	Nybygging/ombygging. Fokus på å få avklart flyttinger slik at enheter som hører sammen blir fysisk samlet. God planlegging og medvirkning ved samlokalisering.	Tiltak begynner å gi noe effekt.
6.	<b>Gjensidig respekt og kulturforståelse</b>	Jobbe videre med kulturbyggende tiltak som blant annet gjennom utvikling av felles fagstrategi og målprosess, kulturbygging på tvers og videre arbeid med felles lederplattform (internt lederutviklingsprogram, program for ledergruppeutvikling)	Noe bedret situasjon.
7.	<b>Integrasjons- og omstillingsprosessen</b>	Arealplan, plan for samlokalisering/flyttinger. Realistiske tidsplaner, gode og involverende omstillingsprosesser, tydelig og realistisk beskrivelse av situasjonen i kommunikasjonsarbeidet	Tiltak begynner å gi noe effekt.
8.	<b>Bygg-/brannteknisk standard</b>	Branngjennomgang: Kartlegging av omfang og utarbeidelse av tiltaksplan. Med hensyn til oppgradering av sprinkler- og brannalarmanlegg. Brannetting og brannseksjonering. Oppfølging av prosjekter og oppgradering av branndokumentasjon.  Er i gang med lukking av kategori 5-avvik gitt av Arbeidstilsynet. Hovedtemaene her er spesialventilasjon, sikring av fasader/tak og oppgradering av generell slitasje. Gjennomgang av kritisk bygningsflate.	Delvis effekt av tiltak. Brannvesenet er tilfreds med igangsatte og planlagte tiltak.
9.	<b>Systematisk HMS-arbeid</b>	Økt fokus på opplæring, spesielt at alle ledere gjennomfører obligatorisk HMS-opplæring. Sikre at det opprettes HMS grupper alle steder.	

	Risiko	Tiltak	Kommentar
10	Kjemikalieeksponering	Konsekvens alvorlig, Det arbeides for at alle avdelingene har oppdatert stoffkartotek. Gjennomgå og gi opplæring i rutineene for håndtering av kjemikalier.	



## Forskning, innovasjon og utdanning

Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.

	Risiko	Tiltak	Kommentar
1.	<b>IKT-infrastruktur til forskning:</b> dårlig IKT-infrastruktur for forskning - lavt prioritert regionalt vs kliniske systemer. Svært ulikt tilbud til forskere innad i sykehuset (avhengig av arb.plass). Mangelfullt forsknings-administrativt system	Det er et stort investeringsbehov og behov for harmonisert og funksjonell IKT-støtte til forskere. Problemet omfatter også elementær brukerstøtte til forskere hos Sykehuspartner. Følgende tiltak prioriteres: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokuseres i OUS sin områdeplan for IKT</li> <li>• Faste møter mellom Stab IKT (OUS), Stab forskning, innovasjon og utdanning (OUS) og Sykehuspartner.</li> <li>• Sykehuspartner etablerer nå tjenesteansvarlig for Forskernett</li> <li>• Sykehuspartner kartlegger nå applikasjoner</li> <li>• Identifisering av behov for Ullevål-forskerne (Stab IKT)</li> </ul>	Risiko er uendret fra 2. tertial
2.	<b>Tilstrekkelig tid og stillinger</b> til forskning og innovasjon i klinikkene - herunder begrensede karriereveier og ansettelsesmuligheter	Fokuseres i tertialoppfølgingsmøter med klinikkene. Får betydelig fokus i internt strategiarbeid og råd/utvalg for forskning. Identifisert konkrete tiltak i klinikkens handlingsplaner. Øke omfang av og kvalitet på søknader om ekstern finansiering, utnytte finansieringskilder. Ordninger med tydelig reservert tid for prof II/førstaman. til forskning og utdanning prioritert som følge av avtale om kombinerte stillinger, innføres gradvis over fem år med virkning fra 2012.	Dette er også adressert i Forskningsrådets fagevaluering i 2011, og av sykehusets Scientific Advisory Board.
3.	<b>Biobankfasiliteter:</b> utilstrekkelige lagringsfasiliteter internt og sporingssystemer (IKT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avtale med Folkehelseinstituttet om leie av nye lokaler for biobank på Myren/Sandaker avhjelper noe, tiltak iverksettes for at dette brukes mer.</li> <li>• Det vurderes harmoniserte betalingsordninger for lagring internt og eksternt. Betalingsordning er innrettet mot bedre løsninger for materiale som fortsatt skal lagres lokalt i sykehuset.</li> <li>• Klinikkviss opprydding i eksisterende forskningsbiobanker i lokale felleslagre.</li> <li>• Kontrakt om regional anskaffelse av sporingssystemer er inngått mellom Sykehuspartner og leverandør, med betydelig bistand fra OUS. Implementering påbegynnes 1. tertial 2013 og vil avhenge av involvering fra Sykehuspartner</li> </ul>	Flere av tidligere iverksatte tiltak og tiltak i prosess bør ha effekt slik at vi i løpet av 2013 bør ha en bedret situasjon og redusert risiko. Inntil vi ser effekt av dette holdes risiko uendret.
4.	<b>Utstyr forskning:</b> Mangel på oppdatert utstyr pga manglende investeringsmidler	Arbeide for bedre finansieringsløsninger av kjernefasiliteter, flere søknader om eksternt finansierte midler til stort utstyr (NFR), mer sambruk med UiO og mellom miljøer.	

	Risiko	Tiltak	Kommentar
5.	<b>Utdanning: Mangel på praksisplasser for sykepleierstudenter, bachelor og videreutdanning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tilstrekkelig antall praksisveiledere som kan ivareta adm. og tilretteleggingen av læresituasjoner for studentene. Dette vil sikre kvalitet og kontinuitet på veiledningen av studentene.</li> <li>Vurdere internt system for fordeling av pålagte praksisplasser (bachelor).</li> <li>Sørge for at riktig grunnlag brukes i regional fordeling (oppdaterte KOSTRA-tall), slik at fordeling ml foretak blir riktigere (jf redusert pasientgrunnlag og overføring andre sykehus).</li> <li>Diskutere veiledningsmodeller og ev. kombinerte stillinger med HiOA.</li> <li>Implementere harmonisert modell i OUS for praksisveiledning av sykepleiere i videreutdanning innen anestesi, barn, intensiv og operasjon.</li> </ul>	Universitetet og høyskolene har svært ulike modeller for veiledning og undervisning av studenter i praksis ved sykehusene. Arbeidet mot høyskolene om justerte veil.modeller og regional vedr. fordeling av studenter vil være tidkrevende - risiko er derfor ikke redusert fra forrige tertial.
6.	<b>Kliniske studier, herunder oppdragsforskning:</b> For dårlig infrastruktur, logistikk, kapasitet og finansiering for kliniske studier, jf oppdragsdokument med krav til styrket tilrettelegging.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrke og avklare samarbeidet med Inven2 vedr. kliniske studier.</li> <li>Bedre samarbeid med industrien (arbeidsgruppe etablert med LMI).</li> <li>Delta i nordisk samarbeidsprosjekt om søknad til EU om infrastrukturmidler (ECRIN).</li> <li>Det etableres et treårs-prosjekt med særskilt finansiering til støttefunksjoner fra Helse Sør-Øst fra og med 2013, og det er god dialog med eier for å finne egnede løsninger.</li> </ul>	Preget av press på klinisk aktivitet i klinikkene, for dårlige støttefunksjoner mht planlegging og logistikk i studier, samt lavere lønnsomhet i oppdragsstudier enn tidligere. Inntil forbedrede støttefunksjoner er på plass holdes risiko uendret.
7.	<b>Utdanning: Etterutdanningsaktivitet og veiledningskapasitet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sette av tid og midler til etterutdanning i klinikkene.</li> <li>Skaffe bedre oversikt over dagens situasjon.</li> <li>Planlegge fordeling av kurs og reiser, bedre intern kompetansedeling</li> <li>Fokus på styrket veiledningskapasitet (gjelder særlig sykepleiere og utplassering av medisinstudent-hospitanter fra andre land).</li> </ul>	Jf også styresak om Utdanningsstrategi, styremøte 14.2.2013
8.	<b>Etterlevelse av lover og etikk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Internkontrollsystemer må kontinuerlig gjøres kjent og forstått i klinikkene, på alle nivåer. Dette er også tatt opp som særskilt tema i Ledelsens gjennomgang med klinikkene i 3. tertial.</li> <li>Kontinuerlig forbedre tilgjengelighet og presentasjonsform gjennom kurs, eHåndbok, nettsider og møter.</li> <li>Bistand til alle klinikker fra Forskningsstøtte og stabsenheter (herunder personvern).</li> <li>Forskningsombudsfunksjon er kontinuert.</li> <li>En arbeidsgruppe med interne og eksterne ressurspersoner, herunder forskningsombudet, fokuserer på problematikk og tiltak knyttet til praktisering av medforfatterskap ved publisering.</li> </ul>	Risiko holdes inntil videre uendret. I klinikkens handlingsplaner for forskning har klinikkene angitt egne, målrettede tiltak. Langsiktig og holdningsskapende arbeid.

	Risiko	Tiltak	Kommentar
9.	<b>Arealer: utilstrekkelige/for lite arealer til forskning i flere klinikker, ev. manglende ressurser til oppgradering av lokaler. Ev. også HMS-risiko (særlig i laboratorier)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus på tilstrekkelige arealer til forskning og undervisning i arbeid med klinikkens forflytninger og strategisk arealplanlegging, fokus på klinikknære arealer.</li> <li>• Prioritert område i vedtatt forskningsstrategi og handlingsplan.</li> <li>• Når klinikker støtter opp om store forskningssøknader må dette samtidig planlegges arealmessig. Stab FIU legger derfor frem oversikt over planlagte, omfattende søknader for Ledermøtet (SFF, SFI, Jepsen-sentre, infrastruktursøknader til NFR osv), som respektive klinikkledere må stille seg bak. Dette gjelder selv om søknaden sendes gjennom UiO.</li> </ul>	Risiko er uendret. Svært ulik standard på forskningsarealer. Arealer vil være begrensende på hvilke større søknader OUS kan stille seg bak.



## Økonomi og infrastruktur

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

	Risiko	Tiltak	Kommentar
1.	<b>Budsjettbalanse</b>	Sikre gjennomføring av vedtatte tiltak og identifisere nye tiltak. Detaljere tiltaksplaner som grunnlag for gjennomføring som planlagt.	Effekt av tiltak må forventes på noe lengre sikt.
2.	<b>Manglende felles IKT-system for innkjøp og logistikk</b>	Følge det felles ERP prosjekt som nå iverksettes i regi av HSØ RHF  Sletting av eksisterende fullmaktregistre i innkjøpssystemene, alle må registreres inn på nytt	Tiltakene er i arbeid. Uendret situasjon.
3.	<b>Manglende administrativ støtte fra konsoliderte IKT-løsninger</b>	Prioritere og følge opp pågående prosjekter i utvikling av LIS og KPP.	Risikonivå vil først reduseres etter at prosjektene er ferdigstilte.
4.	<b>IKT-systemsvakheter</b>	Gjennomføre milepælen M5 som planlagt. Planlegge for feilrettinger knyttet til ventelisteoppfølging og for bedre prøvesvarsoppfølging. Aktivt melde systemavvik til Sykehuspartner.	Foreløpig liten effekt av tiltak.
5.	<b>Vedlikeholdsetterslep for bygningsmassen</b>	Bedre planlegging. Vurdere mulighet for å prioritere disse investeringene høyere. Gjennomføre arealutviklingsplanen for sykehuset. Kfr. arealutviklingsplan OUS 2025 samt Multimaprapport (Tilstandsanalyse) Fase 1: Utarbeide idéfase og vedlikeholdsplan.	Se også økonomisk langtidsplan. En begynner å se noen effekter av tiltak.
6.	<b>Kapasitet og standard medisinsk-teknisk utstyr</b>	Etablere en 3 års plan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr (Økonomisk langtidsplan 2013-2016)  Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV  Utvikle gode businesscase med forpliktende effektivisering.	Gjennomsnittsalder på utstyr: 10,6 år. 39 000 MTU-enheter. Finansierungsordning er fastsatt (Helse Sør-Øst). Forbedring kan forventes i 2013.
7.	<b>Driftskonsekvenser byggeprosjekter.</b> Store prosjekter gjennomføres uten at potensiell gevinst er beregnet og realisering følges opp.	Stille krav til gevinster og oppfølging av disse i retningslinjer for gjennomføring av større prosjekter.	Foreløpig liten effekt av tiltak.
8.	<b>Styringsdata.</b> Ikke tilstrekkelig styrings-informasjon for sykehusets ledere	Gjennomføre vedtatt LIS-utviklingsplan (tom 2. tertial 2012)	Foreløpig liten effekt av tiltak.
9.	<b>Manglende konsolidering av adm. IKT-systemer</b>		

Målgruppe: Foretaksstyret  
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet  
Dato: 04.02.2013  
Revidert:



[www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

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





# Ledelsens gjennomgang

## Utvalgte områder og kommentarer

Vedlegg 2  
Styresak 3/2013

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll .....</b>	<b>4</b>
1.1 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll .....	4
1.2 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering .....	6
1.3 Interne revisjoner og revisjoner utført av konsernrevisjonen .....	7
1.4 Eksterne tilsyn .....	11
1.5 Juridiske forhold .....	13
<b>2. Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling .....</b>	<b>16</b>
2.1 Pasienthendelser .....	16
2.2 Ny meldeordning etter Specialisthelsetjenestelovens § 3-3 .....	19
2.3 Varsel til Statens helsetilsyn etter Specialisthelsetjeneste- lovens § 3-3a .....	19
2.4 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) .....	20
2.5 Pasientsikkerhetskampanjen og klinikkens pasientsikkerhetstiltak .....	22
2.6 Klager fra pårørende og deres representanter .....	22
2.7 Andre avvik og forbedringsforslag .....	23
2.8 Samhandling .....	24
2.9 Internasjonalt samarbeid .....	28
2.10 Bred diabetessatsning .....	30
2.11 Fafus – Forebygging av uønsket svangerskap og abort hos ikke-vestlige innvandrerkvinner .....	30
2.12 Tro- og livssynsbetjening på sykehus .....	31
<b>3. Opplæring av pasienter og pårørende .....</b>	<b>32</b>
3.1 Aktivitet .....	32
3.2 Strategiplan for brukermedvirkning .....	32
3.3 Ungdomsrådet .....	32
3.4 Rådet for barn som pårørende .....	32
3.5 Utdanningsprogram i pasient- og pårørendeopplæring .....	33
3.6 Registrering av pasientopplæring .....	33
<b>4. Utdanning av helsepersonell .....</b>	<b>34</b>
4.1 Samarbeidsavtaler med høyskoler og fagskoler .....	34
4.2 Utdanningskapasitet for spesialsykepleiere .....	34
4.3 Helsefagarbeiderlæringer .....	34
4.4 Hospiteringsordninger .....	34
4.5 Spesialistutdanning for leger .....	35
4.6 Synliggjøring av utdanningsaktiviteter ved sykehuset .....	35
4.7 Kulturveilederstudiet – veiledning i flerkulturelt helsearbeid .....	35
4.8 Erfaringskonferanse Likeverdsprosjektet .....	35
<b>5. Forskning og utvikling .....</b>	<b>37</b>
5.1 Vurdering av forskningsaktivitet .....	37
5.2 Vurdering av innovasjonsaktivitet .....	40
<b>6. Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet) .....</b>	<b>42</b>
6.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelsene .....	42

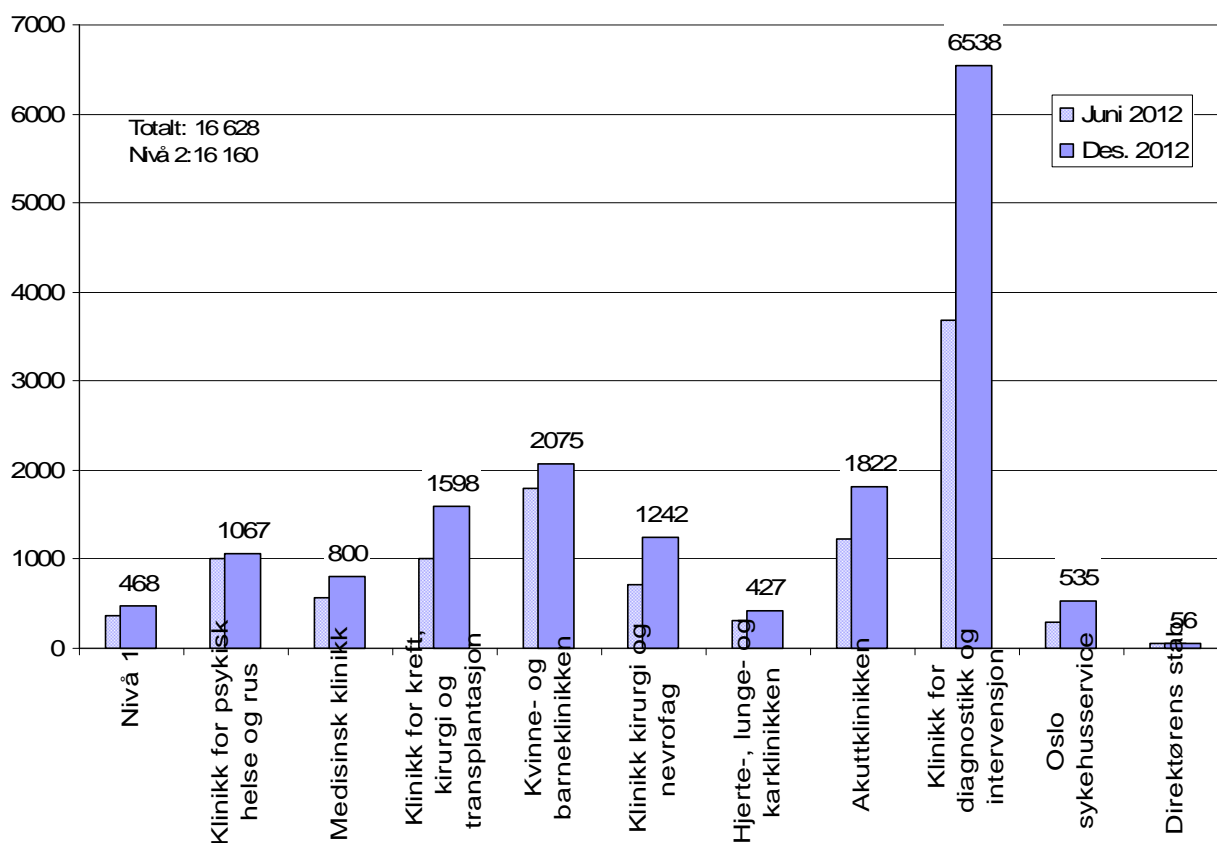
6.2	HMS-avvik 3. tertial 2012 .....	44
6.3	De hyppigst meldte HMS-avvikene .....	49
6.4	Arbeidsmiljø .....	52
6.5	Klinikkvis meldeprofil .....	53
<b>7.</b>	<b>Kommunikasjon og omdømme.....</b>	<b>55</b>
7.1	Pasienter og pårørende.....	55
7.2	Internt.....	56
7.3	Sykehuset i media .....	58
7.4	2012 oppsummert.....	59
<b>8.</b>	<b>Referansetabeller .....</b>	<b>61</b>
8.1	Eksterne tilsyn gjennomført i 3. tertial 2012 .....	61
8.2	Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid .....	63
8.3	Påstartede og planlagte klinikkvise tiltak innen pasientsikkerhet.....	64

# 1. Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

## 1.1 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll

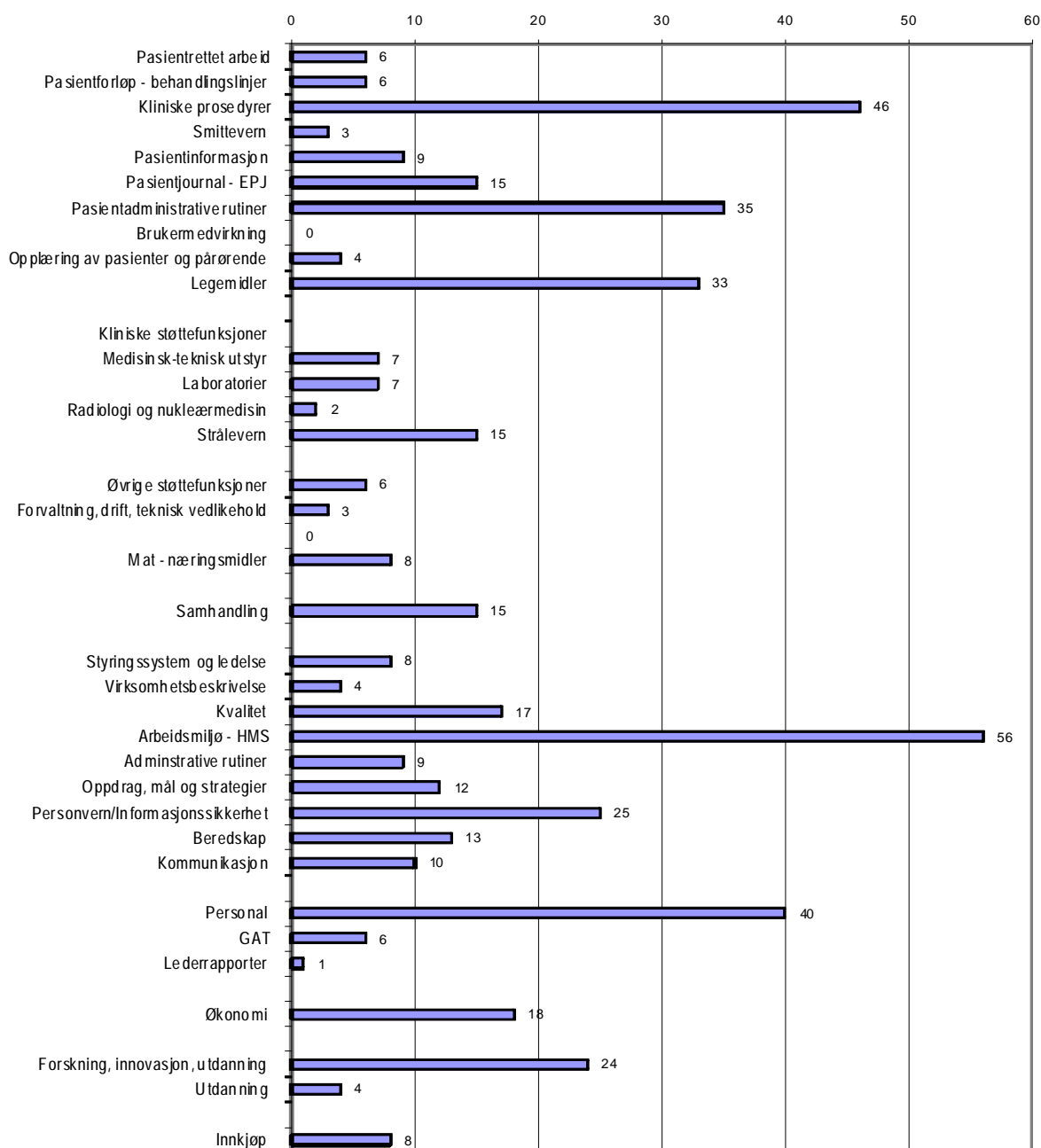
For å sikre god og forsvarlig praksis må lederne på de ulike nivåer sørge for at det utarbeides styrende dokumentasjon i form av prosedyrer, retningslinjer og andre dokumenter. Dette er i tråd med myndighetenes krav om internkontroll. Dokumentene gjøres tilgjengelige og styres gjennom dataverktøyet eHåndbok.

Siden eHåndbok ble tatt i bruk som sykehusets system for styrende dokumentasjon i september 2010, har det blitt nedlagt et meget stort arbeid med å få på plass nødvendige styringsdokumenter. Arbeidet er styrt ut fra sykehusets instruks – "Utarbeidelse, bruk og styring av dokumentasjon". Ved utgangen av 2011 var det tatt i bruk ca. 7500 dokumenter. Ett år senere er det registrert 16 630 dokumenter, - 470 fellesdokumenter for alle (nivå 1-sykehusomfattende) og 16 160 dokumenter i klinikkene (nivå 2).



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

Overordnede fellesdokumenter for alle ansatte (nivå 1) utgjør en mindre del av alle dokumentene (3 %). Disse dokumentene skal sikre samordnende og likeverdige tjenester på et forsvarlig nivå. Derfor er det viktig at disse dokumentene utgjør et tilstrekkelig grunnlag for styring og kontroll i sykehuset. Det pågår et omfattende arbeid for å samordne fagprosedyrer der det er hensiktsmessig.



Figur 2. Antall nivå 1-dokumenter innen de ulike områder.

Fram til nå har sykehuset i tillegg til eHåndbok opprettholdt de gamle håndbokssystemene fra de tidligere sykehusene (Elektronisk kvalitetshåndbok (EK) på Aker og Rikshospitalet, og gammel eHåndbok på Ullevål). Risikoen med parallelle systemer har vært kjent, og derfor har

det hele tiden vært en forutsetning at de gamle systemene skal frakobles straks det er mulig. Etter påpekninger fra tilsynsmyndigheter ble det utarbeidet en egen retningslinje for "Bruk av eksisterende håndbokssystemer i en overgangsfase". Etter planen skulle de gamle systemene frakobles fra 1. januar 2012. Ledermøtet bestemte 18. desember 2012 at det trengs noe mer tid, men innen 15. februar 2013 må alle dokumenter som er nødvendige for forsvarlige tjenester, være på plass i eHåndbok. Fra den datoen vil de gamle håndboksystemene bli arkivert.

Klinikk for diagnostikk og intervensjon er i en særstilling siden de totalt har svært mange dokumenter (40 % av alle). Det er derfor gjort avtale om at fire avdelinger har fått forlenget frist for bruk av gammel håndbokssystem (EK) fram til 1. april 2013.

## 1.2 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering

Utviklingen av ansattes registrering ved uønskede hendelser, avvik og forbedringsforhold viser fortsatt en økning i antall registreringer.

- Totalt antall registrerte avvik i 2012 sammenliknet med 2011 har gått opp med 5 %.
- Totalt antall registrerte avvik i 3. tertial sammenliknet med samme periode i 2011 har gått ned med 3 %.

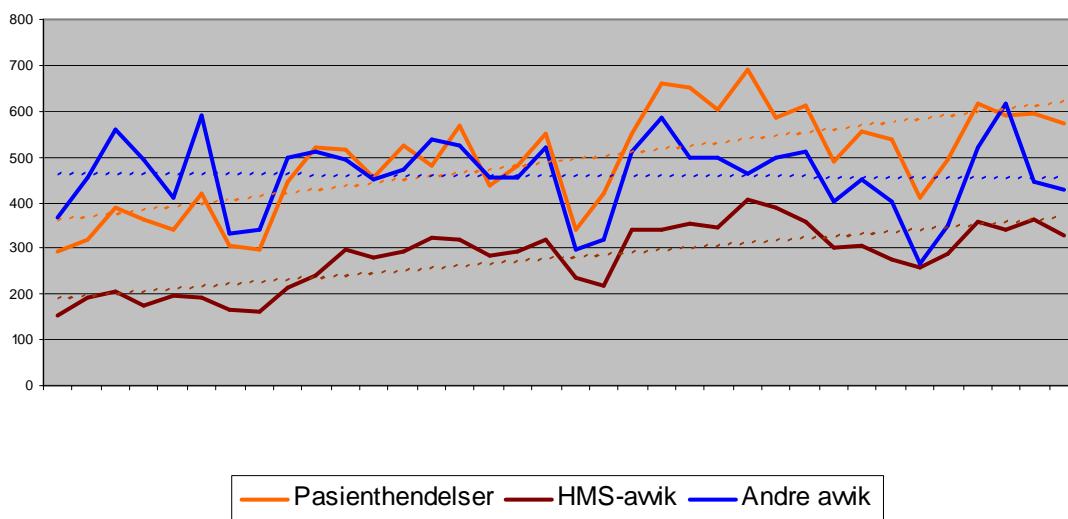
Andel saker med "ingen faktisk konsekvens" er 50 %, identisk med samme periode i 2011 og forenlig med at kulturen for å registrere nesten-hendelser, avdekke mulig risiko og foreslå forbedringsbehov vurderes til å være god.

Det er registrert 2065 tiltak knyttet til de 5773 avvik som ble registrert i perioden, tilsvarende 36 % av avvikene. Dette er på samme nivå som tidligere

Antall registreringer pr ansatt viser ingen endring gjennom året. Dette tilsvarer at ca hver tredje medarbeider gjør en registrering i løpet av året. Tertial 2 er påvirket av avvikling av sommerferien.

Tertial 1	Tertial 2	Tertial 3
0,34	0,28	0,34

Tabell 1. Antall meldinger registrert pr ansatt i 2012.



Figur 3. Registrerte avviksregistreringer pr måned 2010-2012. Kilde: avvikssystemet.

### 1.3 Interne revisjoner og revisjoner utført av konsernrevisjonen

Oslo universitetssykehus HF og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF har et formalisert samarbeid om den interne revisjonsvirksomheten i sykehuset. Det er regelmessige møter med fokus på hvor det eventuelt kan være svakheter i den interne styringen og kontrollen ved foretaket. Samarbeidet består i erfaringsutveksling, rådgivning, koordinering av revisjonsoppdrag, felles utførelse av oppdrag og øvrige prosjekter. Hensikten med samarbeidet er å tilstrebe en bredest mulig dekning av interne revisjoner ved foretaket.

#### 1.3.1 Revisjoner utført av konsern revisjonen

I 3. tertial har det ikke vært utført nye revisjoner av konsernrevisjonen, men det er en pågående revisjon av tverrgående prosesser mellom pasientreisekontorene i sykehusene og Pasientreiser ANS. Revisjonen forventes ferdigstilt ved utgangen av februar 2013.

#### 1.3.2 Revisjoner som har vært styrebehandlet i perioden

I 3. tertial har det ikke vært revisjoner som har vært styrebehandlet.

#### 1.3.3 Oppfølginger fra konsernrevisjonen

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

Funnene fra disse revisjonene var forbundet med tildels høy risiko, og tiltak ble umiddelbart satt i verk i de enheter som revisjonene omfattet.

I tillegg har Oslo universitetssykehus HF etablert et sykehusomfattende prosjekt - "Gjennomføringsprosjektet"- som tar for seg alle anmerkningene fra de to revisjonene. Prosjektet omfatter også de funn som er gjort gjennom det regionale helseforetakets prosjekt om det pasientadministrative arbeidet - økt pasientsikkerhet gjennom pasientadministrativ arbeid – prosjekt "Glemt av sykehuset."

Det er stort ledelsesmessig fokus på prosjektet og det går som planlagt. Et overordnet tiltak er opplæring og kompetanseheving med gjennomgang av lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og -system. I perioden 1. november 2012 til 13. desember 2012 har 501 ansatte deltatt på fellesundervisning. I tillegg til opplæringstiltak har klinikkene/avdelingene egne handlingsplaner som bl.a. krever at avdelingene utvikler gode kontroll rutiner for ivaretagelse av prosedyrer med tydeliggjøring av roller og ansvar, herunder prioritering av arbeid med ventetider og håndtering av fristbrudd. Gjennomføringsprosjektet utarbeider et veiledningshefte til støtte for prosjektarbeidet i klinikkene.

Det skal utarbeides en rapport etter at prosjektet er sluttført og styret vil deretter få en fullstendig rapportering.

Det vises for øvrig til styresak 65/2012 som omhandler prosjektet og overordnet handlingsplan samt milepælsplan.

#### **1.3.4 Andre oppfølginger fra konsernrevisjonen**

- Revisjon styringskrav fra eier  
Anbefalingene er fulgt opp og tiltakene i handlingsplanen er utført.
- Revisjonen av behandlingsreiser til utlandet (et fast tilbud som tilbys utvalgte diagnosegrupper)

Styret fikk en status på styremøtet 20. september 2012 (ref beslutningssak 102/2011, styremøte 29. september 2011). Alle tiltakene på handlingsplanen er utført. Ref. for øvrig et av tiltakene som det redegjøres for i pkt. 1.3.5.

#### **1.3.5 Interne revisjoner og oppfølginger**

Det har i perioden vært utført to revisjoner innenfor revisjonsplan 2012 og en revisjon i tillegg etter vedtak i ledermøte, sak 240/2012.

- Revisjon forsvarlig tilsyn med behandlingssteder/behandlingsreiser i utlandet.  
Oslo universitetssykehus HF anmodet konsernrevisjonen Helse Sør-Øst våren 2011, om å gjennomføre revisjon av de økonomiske og organisatoriske sidene ved forvaltningen av tilskuddordningen. Et av funnene fra revisjonen var at tilsynsprosessen med behandlingsstedene ikke var ivaretatt.  
På bakgrunn av konsernrevisjonen funn ble det gjennomført en intern revisjon av tilsynsprosessen i november 2012. Formålet med revisjonen var å se etter at det finnes forsvarlig faglig tilsyn med behandlingsstedene.  
Revisjonen fant 1 avvik, 5 forbedringsforslag og 3 bifunn.  
Avvik: Seksjon for behandlingsreiser har en form for tilsyn, benevnt som oppfølging, med



behandlingsstedene. Men disse kan ikke betegnes som fullverdige tilsyn/ oppfølginger med behandlingsstedene. Det er generelt ikke stilt krav om at det skal gjennomføres tilsyn. Det er ikke nedfelt i årsplanen med faste tidspunkter og ansvarlige for dette arbeidet. Det er heller ikke gitt klare føringer for hvordan tilsynene skal utføres (metodikk).

Tilsynene/oppfølgingene inkluderer heller ikke fokus på feil og /eller svakheter, avvikshåndtering og oppfølging av hendelser. Det er heller ikke systematisk oppfølging av alle kontraktene, og det utarbeides ikke tilsynsrapporter etter hvert besøk.

Avviket er forbundet med til dels høy risiko da det ansees som svært viktig styrings- og kontrollvirkemiddel innenfor ordningen med behandlingsreiser til utlandet.

Det bemerkes for øvrig at revisjonsteamet (med bred faglig sammensetning) vurderte arbeidet som ble utført av personalet på begge de besøkte behandlingsstedene som meget god.

- Revisjon intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet

Revisjon skal gjennomføres ved flere avdelinger. Den første er utført ved Øre-, nese-, halsavdelingen (ØNH). Avdelingens styring og kontroll med personvern og informasjonssikkerhet er generelt svært god, med høyt bevissthetsnivå hos ansatte og ledere.

Revisjonen fant 5 avvik, 2 forbedringsforslag og 2 bifunn. Et avvik blir betegnet som alvorlig og omfatter sårbarhet i IKT-tjeneste som medfører fare for stans i avdelingens virksomhetskritiske systemer. Øvrige avvik er knyttet til forbedring av elementer innen opplæring av nyansatte og repeterende opplæringstiltak, samt behov for prosedyre for elektronisk kommunikasjon med pasienter.

Et viktig bifunn, som avdelingen ikke kan lastes for, var utstrakt bruk av telefaks i forsendelse av sensitive personopplysninger, både fra interne og eksterne enheter. For avsendere innebærer praksisen brudd med både sykehusets sikkerhetsinstruks og lov/forskrift for elektronisk forsendelse av sensitive personopplysninger.

- Revisjon forsvarlig mottak og håndtering av patologi prøvesvar

Revisjonen er utenom revisjonsplanen og ble besluttet på bakgrunn av ledermøtesak 240/12 (5. juni 2012) Målet med revisjonen var å kartlegge og vurdere om avdelingene hadde forsvarlig håndtering av mottak av prøvesvar fra patologi, og om pasientene dermed får forsvarlig oppfølging og behandling. Videre var målet å identifisere eventuelle mangler/svakheter i eksisterende mottak av patologisvar, slik at dette kan justeres for å sikre forsvarlig mottak av prøvesvarene.

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

Siden 15. oktober 2012 har det vært en elektronisk endring som gjør at alle patologisvar er elektronisk tilgjengelige for et samlet Oslo universitetssykehus HF i en av de to svarmodulene i Pasdoc. "Pasdoc-WEB" er den normale svarmodulen for DnR og RH, og "Pasdoc-WIN" er den normale svarmodulen benyttet for Ullevål. Begge svarmodulene er imidlertid tilgjengelige for alle leger med tilgang i Pasdoc uavhengig av om tilgangen gjøres fra DnR/RH-nettet eller Ullevålnettet.

Alle patologisvar er dermed elektronisk tilgjengelige og skal kvitteres elektronisk. Imidlertid vil 2-3 % av svarene for Ullevål inntil endring av dette er gjennomført, være å finne i svarmodulen for DnR/RH. Mottak av papirsvar hvor svaret ikke finnes i normal svarmodul for Ullevål, innebærer dermed at disse må søkes opp og kvitteres for i svarmodulen for DnR/RH.

Andre funn fra revisjonen arbeides det videre med i tiltaksplaner.

## 1.4 Eksterne tilsyn

### 1.4.1 Generelt om eksterne tilsyn i 2012

I 2012 er det gjennomført 26 tilsynsbesøk. I tillegg til Statens helsetilsyn er det 10 forskjellige tilsynsmyndigheter som har gjennomført tilsynsbesøk eller postale tilsyn (dokumentgjennomgang). Ved tilsynene er det gitt avvik ved 19 tilsyn, - totalt 52 avvik. Når det blir gitt avvik utarbeides en handlingsplan innen den frist som blir gitt. Handlingsplanene følges opp både lokalt, gjennom linjeledelsen og sentralt på sykehuset. Ved utgangen av 2012 er det 10 tilsynssaker (19 avvik) som fortsatt er under behandling.

Det er etablert et godt samarbeid med tilsynsmyndighetene i forbindelse med gjennomføring og oppfølging av tilsynene.

### 1.4.2 Tilsynsbesøk gjennomført 3. tertial 2012

I 3. tertial er det gjennomført 12 eksterne tilsyn fra 8 forskjellige tilsynsmyndigheter. Formen har variert fra enkle dokumentgjennomganger til omfattende tilsynsbesøk med intervjuer og inspeksjoner i flere klinikker. Funn fra 5 av tilsynene er lukket. Noen av tilsynene ble gjennomført sent i tertialet og sykehuset har ennå ikke mottatt endelig rapport fra 4 tilsynsmyndigheter.

Blant de mer omfattende tilsynene kan nevnes:

- ***Fylkesmannen helseavdeling (tidligere Helsetilsynet i fylket):***

- ***Håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft***

Her ble det gitt to avvik: Fylkesmannen mener at sykehuset ikke sørger for at viderehenvisninger (fra andre sykehus/HF) håndteres i tråd med regelverket. Informasjon til pasient og henviser gjøres heller ikke i tråd med regelverket. Sykehuset har allerede startet et eget prosjekt (Gjennomføringsprosjektet) som blant annet vil finne løsninger på disse problemstillingene. Handlingsplan for lukking av avvikene er oversendt Fylkesmannen innen fristen 15. januar 2013.

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

- ***HMS/kvalitet, elektromedisinsk utstyr opplæring avvik***

DSB gjennomfører et omfattende tilsyn hvert år.

Ved tilsynet i november 2012 ble det gitt 6 avvik og 2 anmerkninger:

Avvik 2 er forbundet med høy risiko da sykehusets egne risikovurderinger innen elektro ikke er tilstrekkelig dekket med risikoreduserende tiltak. På denne bakgrunn tok administrerende direktør initiativ til møte med DSB og direktør for Oslo sykehuservice for dialog og gjennomgang. Tiltaksplan for å lukke dette avviket er sendt innen frist 1. februar 2013.

For øvrig gjaldt avvikene innen elektroområdet følgende:

- Mangler ved kontroll og vedlikehold av elektriske anlegg.
- Kontrollen av elektrisk utstyr er ikke tilstrekkelig enhetlig og kvalitetsmessig tilfredstillende.

- Intervallene i kontrollene er forlenget uten å vurdere om det kan resultere i uakseptabel risiko.

I forhold til elektromedisinsk utstyr ble følgende avvik gitt:

- Legene (og enkelte sykepleiere) kan ikke dokumentere vedlikeholdt opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr.
- Det gis ingen systematisk opplæring til vikarer og ekstravakter i bruk av utstyr.

DSB har gitt varsel om vedtak i forhold til avvikene med frist innen 15.mars 2013.

- **Oslo brann- og redningsetat (OBRE):**  
**Branntilsyn med fokus på fjordårets handlingsplan**  
Dette tilsynet ble gjennomført som møte 19. desember 2012. Tilsynet i 2011 hadde særlig fokus på brann- og bygningstekniske forhold. Derfor er det utført, påbegynt eller planlagt relativt omfattende og kostnadskrevenne brann- og bygningstekniske tiltak ved en rekke bygninger ved de ulike sykehusområdene. Disse og andre tiltak fra forrige handlingsplan ble gjennomgått med OBRE. Ved siden av tekniske forhold påpekte OBRE også mer organisatoriske mangler, blant annet manglende opplæring av vikarer og ekstravakter. I møtet ble det uttalt tilfredshet med utførte og planlagte tiltak. Supplerende dokumentasjon oversendes OBRE. Formell rapport fra tilsynet er ennå ikke mottatt.
- **Mattilsynet:**  
**Rutineinspeksjon postkjøkkeninternkontroll mat (IK-mat)**  
Ved uanmeldte tilsynet ved rehabiliteringsposten i Medisinsk klinikk (Aker) 23.oktober 2012 ble det avdekket 2 avvik.  
Det første gjaldt innredning og vedlikehold på kjøkken mens det andre påpekte mangler ved etterlevelse av krav om internkontroll innen næringsmiddelområdet i forhold til alle postkjøkken ved sykehuset.  
De tekniske og vedlikeholdsmessige forhold er allerede ivaretatt gjennom iverksatte og planlagte tiltak. Kravet om internkontroll, IK-mat, er et omfattende krav knyttet mot produksjonskjøkken, transport, postkjøkken samt eiendom og teknisk vedlikehold. Det er under ledelse av hovedkjøkkenet (Oslo sykehusservice) startet utarbeidelse av grunnleggende prosedyrer og en handlingsplan for videre utvikling og implementering ovenfor medarbeidere i alle aktuelle områder.  
Handlingsplan og dokumentasjon oversendes innen fristen 28.februar 2013.

Se ellers Tabell 27 i kapittel 8.1 for oversikt over alle tilsyn i perioden.

### 1.4.3 Tidligere tilsyn – pågående prosess

Enkelte pålegg innebærer større endringer som må gjennomføres over lengre tid. I Tabell 28 i kapittel 8.2 er status for disse sakene beskrevet.

Alle pålegg og avvik følges opp i henhold til fastsatte handlingsplaner.

## 1.5 Juridiske forhold

### 1.5.1 Rettssaker – endringer siden forrige tertial

#### Kommentar:

I tvistesakene er sykehuset stevnet bortsett fra tvist i kontraktsforhold der sykehuset har tatt ut forliksklage. Prosessen i domstolsapparatet vil avklare sykehusets juridiske posisjon.

I perioden som har gått har enkelte av sakene fått sin løsning gjennom forlik, sak er trukket og dom er også falt. I tillegg har det kommet to nye stevninger.

Av arbeidsrettssakene skiller man mellom individuelle og kollektive saker der sistnevnte går for Arbeidsretten. Gitt sykehusets størrelse og omfattende og allsidige virksomhet er det ikke mange tvistesaker.

#### Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

Assistentlege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling.

Prinsipielt spørsmål for midlertidig ansatt, om leger i spesialisering lovlig kan ansettes midlertidig i henhold til lovens krav om unntak for praksisarbeid.

Siden forrige periode har det falt dom i saken i Borgarting lagmannsrett.

Oslo universitetssykehus vant saken og fikk medhold i at det er hjemmel for å ansette LIS-leger midlertidig. Saken er anket av saksøker.

Spørsmål om rettmessigheten av en oppsigelse

I perioden har saken fått sin løsning gjennom utenrettslig forlik

Ny stevning – i perioden

Oppsigelsessak. Sykehuset er stevnet av en ansatt etter endringsoppsigelse. Saken har sin bakgrunn i omstilling og omplassering. Tvisten står om oppsigelsen er formuriktig, usaklig og ugyldig.

#### Arbeidsrettssakene - kollektive saker:

LO – LO Stat og Fagforbundet saksøkte foretaket og Spekter.

Spørsmål om lønnsjustering til de uorganiserte er tariffstridig etter tariffoppgjøret 2010.

Forståelse av overenskomsten mellom Spekter og YS-Spekter.

I perioden ble saken forlikt av Spekter og YS/LO i forbindelse med Hovedavtaleforhandlingene desember 2012.

Dom har falt:

Tekna – Teknisk-naturvitenskapelig forening og foretaket og Spekter. Saken gjelder brudd på bestemmelsene om arbeidstid i overenskomst del B mellom Tekna og Oslo universitetssykehus.

Siden sist har dom falt i saken under dissens 6-1. Flertallet kom til at den arbeidstidsordning som ble etablert med strålebehandling på kveldstid ved Ullevål ikke er i strid med overenskomsten. Det ble frifinnelse for foretaket og Spekter.

Ny sak:

Den norske legeforening har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder tvist om forståelse av overenskomstens del A2 og overenskomstens del B vedrørende adgangen til å inngå hjelpeplaner om sommeren 2011 Ved Gynekologisk avdeling.

#### Erstatningskrav i pasientforhold

Krav om oppreisning etter feilbehandling av pasient.

I perioden har saken blitt trukket av saksøker.

#### Erstatningskrav i kontraktsforhold.

Mangler knyttet til prosjektering (elektro).

I perioden har saken blitt innstilt fra Forlikrådet. Sykehuset vurderer videre rettslige skritt.

### **1.5.2 Saker med risiko for rettslig prosess**

#### Kommentar:

Sak 1 og 2 får sin løsning uten rettslig prosess. Sak 3 kan resultere i en rettslig prosess.

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

Sak 1: Kontraktsforhold: erstatningskrav knyttet til utsettelse av kontrakt: brannsikring av bygg. Siden sist nærmer saken seg en konstruktiv løsning i forhandlinger mellom partene.

Sak 2: Kontraktsforhold: uenighet om krav til databehandleravtale som inngår i leveranse av Medisinsk utstyr. Siden sist nærmer saken seg en konstruktiv løsning.

Sak 3: Kontraktsforhold: uenighet om provisjonskrav knyttet til eiendomssalg.

### **1.5.3 Straffbare forhold**

#### Kommentar:

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

Rekruttering av spesialsykepleiere fra Filippinene.

I perioden har politiet avsluttet sitt arbeid og påtalemyndigheten har tatt ut tiltale mot foretaket for brudd på Utlendingsloven § 108, tredje ledd bokstav b som går ut på:

*"for forsettlig eller grovt uaktsomt å ha formidlet arbeid eller bolig for en utlending eller utferdiget eller formidlet erklæringer, tilsagn eller dokumenter til bruk for en sak etter loven, når forholdet innebar en utilbørlig utnyttelse av utlendingens situasjon".*

Det ble ikke straffebestemmelse om menneskehandel som først var det forhold etterforskningen var rettet mot. Det er ventet at saken blir berammet etter sommeren.

Brudd på arbeidstidbestemmelser

Sykehuset er på grunnlag av anmeldelse fra Arbeidstilsynet under politietterforskning for brudd på arbeidstidbestemmelsene i arbeidsmiljøloven. Forholdet er knyttet til 12 ansatte. Saken er fortsatt under etterforskning.

Se også kapittel 6.1.

Ny sak under etterforskning:

I perioden er det igangsatt etterforskning (etter anbefaling fra fylkesmannen) i forbindelse med en pasient som døde etter hjerteoperasjon.

Ny sak under etterforskning:

Hendelse som oppstod ved Oslo legevakt der en ansatt avverget en utagerende pasient i å utøve vold på to kvinnelige politibetjenter. Forholdet er under etterforskning av Sefo.

#### **1.5.4 Klagesaker KOFA**

Saker for klageorganet for offentlige anskaffelser:

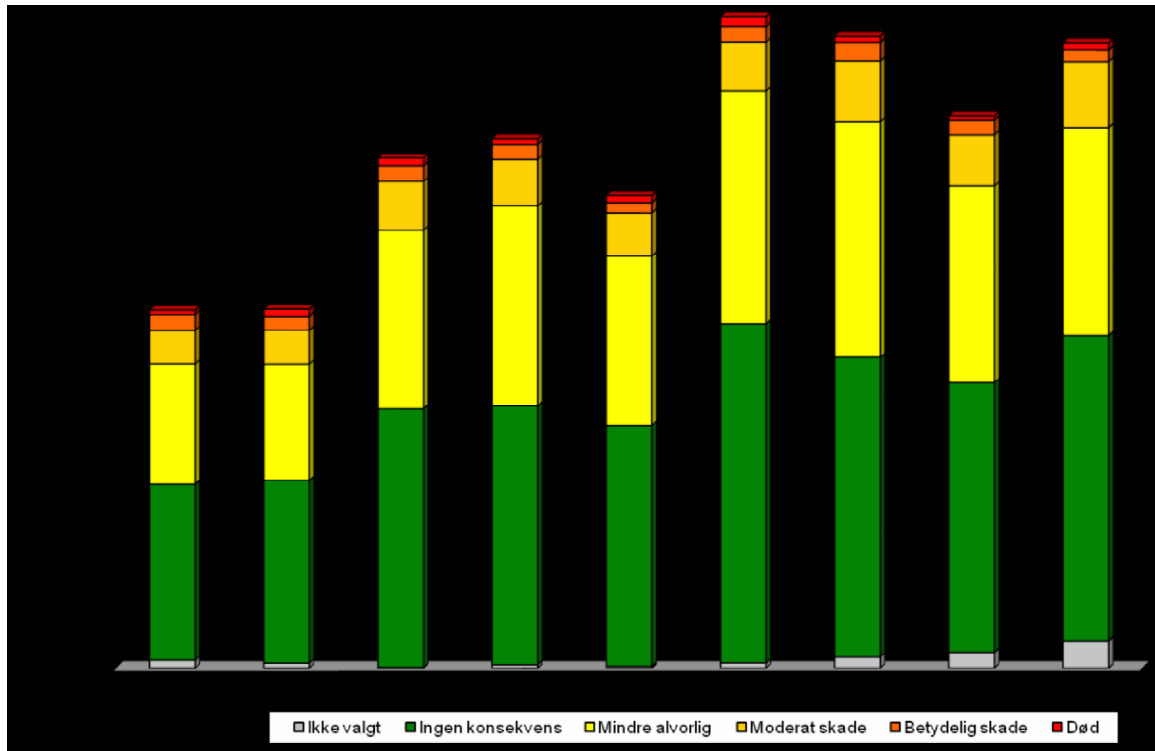
Foretaket var innklaget sammen med 14 andre helseforetak til Klagenemnda for offentlige anskaffelser for å ha foretatt ulovlige direkteanskaffelser av legevikarer. Saken koordineres og håndteres av Helse Sør-Øst RHF på vegne av samtlige helseforetak i Sør-Øst. Det er påstand om at det har skjedd ulovlige anskaffelser ved at foretaket har kjøpt legevikarer fra leverandører som ikke er med i nasjonal rammeavtale. Klagen ble utvidet til å gjelde flere forhold. Siden sist er klagen avvist av KOFA (nemnda). Dette betyr at leverandør nå er henvist til å ta ut søksmål dersom de ønsker å forfølge saken videre. Søksmål kan rettes enten mot KOFA med påstand om at avvisningen av klagen må kjennes ugyldig eller mot helseforetakene med krav om erstatning.

Foretaket er innklaget til KOFA av en leverandør i sak som gjelder anskaffelse av defibrillatorer. Foretaket forbereder skriftlig klagebehandling.

## 2. Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling

### 2.1 Pasienthendelser

Tendensen for antall registrerte hendelser og avvik i pasientrettet aktivitet er fortsatt økende.

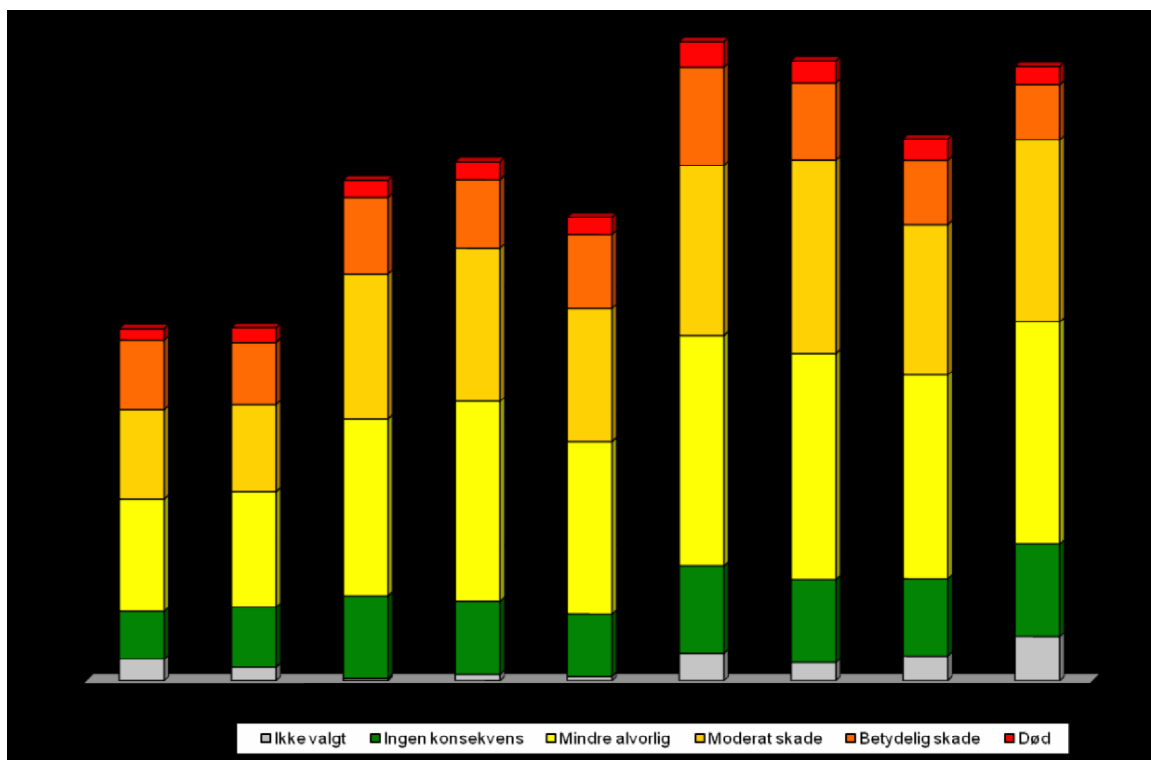


Figur 4. Pasienthendelser. Faktisk konsekvens. Kilde: Avvikssystemet

Figur 4 viser den tertialvise utvikling fra 2010 fordelt på vurdering av alvorlighetsgrad. Fordelingen på alvorlighetsgrad er i hovedsak den samme som i tidligere tertialer, men andel pasienthendelser med faktisk konsekvens betydelig skade eller død har gått noe ned fra 3,9 % i 3 tertial 2011 til 3,0 % i 2012. Endringen kan være statistisk tilfeldig.

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





Figur 5. Pasienthendelser. Potensiell konsekvens. Kilde: Avvikssystemet

Mønsteret for fordeling av pasienthendelser på hovedkategoriene er sammenliknbart med tidligere tertialer. Viktigste hovedkategori (ca en av tre registreringer) er knyttet til selve den pasientnære undersøkelse, pleie og behandling.

	Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Død	Ikke valgt	
Pasienthendelse	2377	1163	791	249	46	26	102	
Diagnostikk, behandling og pleie	767	295	298	105	28	20	21	32 %
Dokumentasjon	169	102	50	10	1	0	6	7 %
Ernæring	10	6	4	0	0	0	0	0 %
Fall og andre ulykker	125	60	47	14	2	0	2	5 %
Legemidler og blodprodukter	408	282	104	17	2	0	3	17 %
Medisinsk utstyr	158	92	48	14	1	1	2	7 %
Pasientadferd	78	16	26	26	7	3	0	3 %
Pasientadm. / samhandling	394	208	139	31	1	1	14	17 %
Sykehusinfeksjon	20	11	7	2	0	0	0	1 %
Ikke kat	248	91	68	30	4	1	54	10 %

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

Tabell 2 illustrerer ulikheter i relativ risiko i hovedkategoriene. For eksempel er alvorlighetsgrad ved hendelser innenfor legemidler og blodprodukter lavere enn i flere av de andre kategoriene. Antall sykehusinfeksjoner er lavt, men dette skyldes at det fremdeles ikke er innarbeidet at sykehusinfeksjoner skal registreres (til tross for at de er meldepliktige som alle andre hendelser).

Risikoområder som fremkommer i registreringene og som understøtter risikobolde, ref., vedlegg 1:

### **Kapasitet intensivbehandling**

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

### **Radiologikapasitet**

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

### **Medisinsk teknisk utstyr**

Hendelser knyttet til gammelt/slitt utstyr.

### **Prehospitale tjenester**

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

Foreldelse og redusert teknisk standard i ambulanseflåten.

#### **2.1.1 Forebyggbarhet av dødsfall registrert i avvikssystemet**

I avvikssystemet registreres hendelser og forhold i stor grad uavhengig av om de er påregnelige og forutsette, eller om de burde vært forebygget. Vurderingen i hvilken grad hendelsen kunne vært forebygget baserer seg i stor grad på skjønn.

Det er i 3. tertial 2012 registrert i avvikssystemet 26 pasientdødsfall. Melder angir samtidig sin vurdering om hendelen kunne vært forbygget eller ikke. Denne vurderingen kan senere endres på og vurderingene må derfor tolkes med forbehold og varsomhet.

<b>Forebyggbarhet</b>	<b>Antall</b>
0. Ikke valgt / ikke ferdig behandlet	1
1. Ganske sikkert ikke forebyggbar	10
2. Sannsynligvis ikke forebyggbar	8
3. Sannsynligvis forebyggbar	3
4. Ganske sikkert forebyggbar	4
<b>Totalt</b>	<b>26</b>

Tabell 3. Tabell forebyggbarhet – registrerte dødsfall i avvikssystemet 3. tertial

7 av de 26 dødsfallene blir av primær melder klassifisert som sannsynligvis/ ganske sikkert forebyggbare. 3 av de 4 dødsfallene som er klassifisert som "ganske sikkert forebyggbare" fant sted utenfor sykehuset.

Oslo universitetssykehus HF arbeider med å utvikle et forslag til nasjonale kriterier og klassifiseringsrutiner for forebyggbarhet av betydelige skader og dødsfall. Arbeidet vil bli fremlagt styret i egen sak senere.

### 2.1.2 Konkrete enkeltsaker

Eksempel på saker som i perioden er klassifisert med død eller betydelig skade, og som er merket med sannsynlig eller sikker forebyggbarhet:

- Pasient ble dårlig på post og sykepleier opplevde å ikke få hjelp. Vakhavende lege opptatt med andre akutte pasienter. Det gikk over 2 timer før pasienten ble overført intensiv.
- Manglende intensivkapasitet hindret donorpreservasjon. Alvorlig risiko for recipienter som venter på levertransplantasjon.
- Betydelig underdosert cytostatika til kreftpasient på grunn av feil i IKT-system.
- Pasient trakk ut nål og fikk blødning, var ikke tilstrekkelig overvåket. Tiltak som skal sikre kontinuerlig tilsyn er implementert.
- Pasient fikk høy feber og sterke magesmerter på grunn av for tidlig oppstart av ernæring etter kirurgisk inngrep. Tiltak er bedre systematikk på tilkalling av kirurgisk tilsyn.
- Pasient fikk 4 dagers opphold på sengepost i stedet for intensiv på grunn av manglende intensivkapasitet.
- Forsinket strålebehandling til kreftpasient i palliativ fase medførte svekket livskvalitet. Hendelsen oppfattes som et resultat av reorganisering/flytting av pasientgruppen fra Radiumhospitalet til Ullevål.
- Perinealrift grad 4 etter fødsel feiltolket og behandlet som grad 2.
- Avbrutt narkose.
- Pasient innlagt fra sykehjem med trykksår, dehydrert og med forhøyede nyreprøver. Ekstern årsak, sykehjem kontaktet.
- Mangelfull informasjon ved overføring av pasient med sepsis.
- Forsinket diagnostikk ved smerter under graviditet.
- Forsinket forløp ved innkomst av arteriell emboli på grunn av svikt i kommunikasjon.
- Urolig pasient med nakkefraktur, godt tilsett og korrekt medisineret, falt og pådro seg ytterligere skade.
- Internhenvisning på kreftpasient ikke vurdert på ti dager.
- Pasient med lave elektrolyttverdier mangelfullt oppfulgt for dette i 4 dager.
- Pasient som ventet på ambulansetransport fra sykehuset var cyanotisk på hender, armer, ansikt og lepper. Surkling fra lungene og hjelpemusklatur, svak radialis og lav oksygenmetning.
- Pasient som skulle ha Metotreksat ukentlig fikk det ved en feiltagelse daglig. Bivirkninger stomatitt, leukopeni, anorexi, magesmerter og høye leverprøver.

## 2.2 Ny meldeordning etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3

Oslo universitetssykehus HF melder nå automatisk elektronisk til Kunnskapssenteret alle meldepliktige hendelser som registreres i avvikssystemet. Ordningen er fortsatt så ny at det er vanskelig å vurdere nytteverdien av ordningen.

## 2.3 Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a

1. juni 2010 vedtok Helsedepartementet en ny ordning med varsling av alvorlige hendelser i sykehusene direkte til Statens Helsetilsyn (SHT) via elektronisk post. Oslo universitetssykehus

HF varslet dagen etter, som det første sykehus i Norge, en alvorlig hendelse. Varsler til SHT er fremdeles økende, hvilket tyder på at den fremdeles er under innarbeiding i sykehusene. Det er gjort en evaluering av ordninger i 2012.

I 2012 er det fra Oslo universitetssykehus HF sendt 33 varsler til Statens Helsetilsyn. Varslene medførte tilsynsmessig oppfølging i 16 saker (2 utrykninger og 14 oversendelser til Fylkesmannen som tilsynssak), tilsvarende ca 50 %. Dette er litt i underkant av gjennomsnittet for norske sykehus.

	Antall varsler		
	2010	2011	2012
Ingen tilsynsmessig oppfølging	6	7	17
Tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen		3	14
Utrykning		5	2
Totalt	6	15	33

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

Som det fremgår er antall varslinger økende. Tilsvarende økning ses i nasjonale tall.

I 3. tertial 2012 er det fra Oslo universitetssykehus HF inngitt 13 varsler, hvorav 6 er oversendt Fylkesmannen som tilsynssak og ett varsel medførte utrykning til sykehuset ved SHT. Denne saken dreier seg om et dødsfall hos en ung pasient med alvorlig medfødt sykdom og hvor man undervurderte i hvilken grad pasienten hadde en akutt farlig forverring.

I følge Statens Helsetilsyn er antallet varsler fra Oslo universitetssykehus HF noe lavere enn i andre sykehus hvis en vurderer aktivitetsvolum (muntlig overlevering uten tallmateriale). Sykehuset ser også eksempler på at meldepliktige hendelser registreres i avviksystemet uten at det er blitt varslet og som i noen tilfelle varsles med forsinkelse.

Sykehusets tiltak for å øke antallet varslinger er;

- Informasjon gjennom linje og kvalitetsutvalg.
- Opplæring (nyansattkurs).
- Tilbakemelding til meldere av avvik.
- Informasjon i avvikssystemet ved registrering av varslingspliktige hendelser.
- Styrende dokumentasjon (meldeplakaten).

Varsleaktiviteten forventes å øke i 2013.

## 2.4 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

År	Totalt antall	Avslag	Medhold	Medhold %
Hele 2009	392	271	121	31 %
Hele 2010	459	327	132	29 %
1. tertial 2011	143	100	43	30 %
2. tertial 2011	145	105	40	26 %
3. tertial 2011	149	105	44	30 %
Hele 2011	437	310	127	29 %

1. tertial 2012	140	113	27	19 %
2. tertial 2012	143	115	28	20 %
3. tertial 2012	185	139	46	25 %
Hele 2012	468	367	101	21 %

Tabell 5. Avsluttede NPE-saker, utvikling over tid. Kilde: NPE.

Tall innhentet fra Norsk Pasientskadeerstatning viser en svak fallende tendens av saker der klager får medhold på sin klage for Oslo universitetssykehus HF i perioden 2009 til 2012, men tallgrunnet er veldig lite. Sakene behandlet i 2012 er vesentlig hendelser oppstått i fusjonsårene 2010 og 2011. De to neste årene vil gi svar på andel medhold er signifikant lavere etter 2010 enn i årene før fusjonen.

Eksempler på årsaker til medhold i perioden, som angitt av NPE	Antall
Funn ikke fulgt opp/mangelfull utredning	8
Ikke indikasjon for operasjon/behandling	1
Burde vært operert/operert tidligere	0
Feil behandlingsteknikk/metode	3
Feil utstyr eller feilplassering av utstyr	2
Mangelfull kontroll etter utskrivning	1
Mangelfull/manglende/feil medisinerings	4
Mangelfull/manglende behandling	3
Mangelfull journalføring	1
Kommunikasjonssvikt	1
Mangelfull sikring, overvåkning, tilsyn	2
Feiltolkning av symptomer i akutt situasjon	1
Feiltolkning av prøvesvar	1

Tabell 6. Eksempler på årsaker til medhold i perioden, som angitt av NPE. Merk at hendelsene primært er fra tidligere år. Kilde: NPE.

Total erstatningssum var på 32 millioner kroner i tredje tertial 2012, hvorav 1,6 millioner skal dekkes av foretaket. I hele 2012 ble den totale erstatningssum på 119 millioner, hvorav 4,5 millioner skal dekkes av foretaket.

## 2.5 Pasientsikkerhetskampanjen og klinikkenes pasientsikkerhetstiltak

Oslo universitetssykehus HF deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Sykehuset er representert i kampanjens fagråd, deltar i den regionale samarbeidsgruppen og fagpersoner har bidratt til å utvikle tiltak og veiledninger i kampanjen.

Gjennomføringen av kampanjens virkemidler er imidlertid varierende. Årsakene er dels at det er mange pågående pasientsikkerhetsprosesser og at kapasiteten i avdelinger og seksjoner til å starte opp nye prosjekter og rapportere resultater er begrenset.

Dette er så langt gjennomført:

- Sykehuset har registrert og rapportert globale GTT-tall.
- Sjekkliste for Trygg Kirurgi er gjennomført i de fleste operative enheter.
- Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen er gjennomført.
- Deltakelse i prosjekt legemiddelavstemming.
- Fallforebygging.

Se også påstartede og planlagte klinikkvise tiltak innen pasientsikkerhet i Tabell 29 i kapittel 8.3.

## 2.6 Klager fra pårørende og deres representanter

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

	2010	2011			2012		
	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3
Fra Fylkesmannen	44	63	65	65	77	73	51
Fra pasient / pårørende	103	85	69	96	112	128	122
Fra Pasientombud	14	18	17	32	27	35	17

Tabell 7. Nye klager og klagerelaterte saker. Kilde: Avvikssystemet.

Det er nedgang i antall klagesaker fra Fylkesmannen og Pasientombudene siden forrige tertial.

Fordelingen av klagesaker mellom klinikkene virker naturlig i forhold til tidligere erfaringer med klager pr fagområde. Innholdsmessig er det heller ingen store endringer der hovedmengden av sakene består av misnøye med adferd og uenighet om behandling/ventetid.

Alle saker følges opp i forhold til lovbestemt svarfrist, men sykehuset har fremdeles for mange saker som besvares etter frist. Dette følges opp med klinikkene og det forventes bedring.

Stab pasientsikkerhet og kvalitet har kategorisert Fylkesmannens konklusjoner i saker som er registrert som avsluttet i avvikssystemet i perioden.

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

Tabell 8. Fylkesmannens konklusjoner i avsluttede klagesaker.

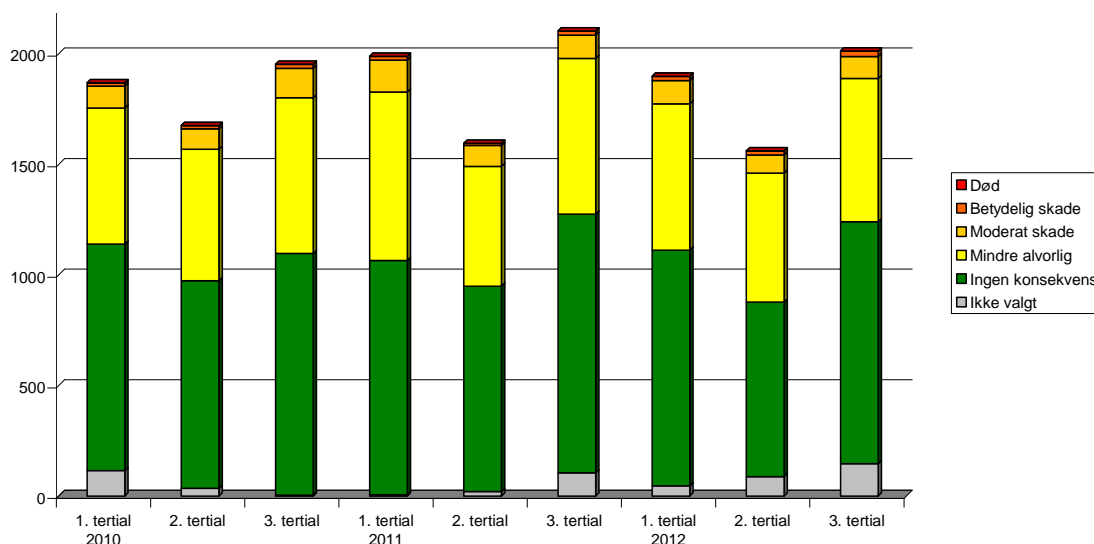
50 % av de registrerte klagesakene avsluttes uten at Fylkesmannen konkluderer med lovbrudd eller har vesentlige anmerkninger til saken. Fylkesmannen har funnet brudd på forsvarlighet i 5 av 34 saker, en lavere andel enn i forrige tertial. Der det er brudd vurderes årsak og eventuelt nye tiltak.

## 2.7 Andre avvik og forbedringsforslag

Avviksregistreringer av typen "Andre avvik og forbedringsforslag" inkluderer:

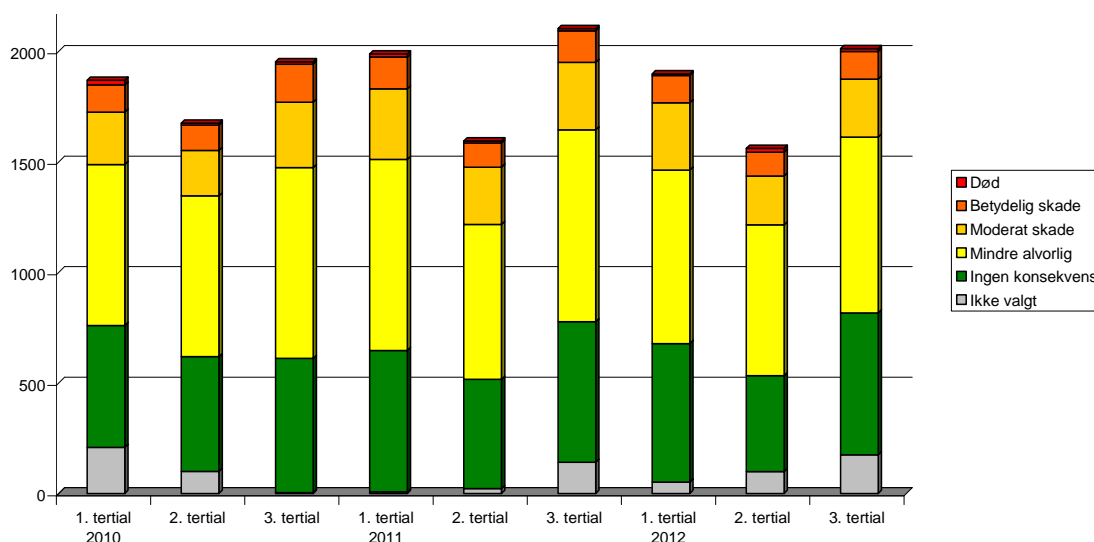
- Driftsavvik
- Laboratorieavvik
- Informasjonssikkerhet
- IK-mat
- Intern service
- Forbedringsforslag.

Registreringene i hovedkategorien "Andre avvik" (Figur 6 og Figur 7) viser ingen nye trender.



Figur 6. Avviksregistrering i hovedkategorien "Andre avvik". Faktisk konsekvens. Kilde: Avvikssystemet.

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



Figur 7. Avviksregistrering i hovedkategorien "Andre avvik". Potensiell konsekvens. Kilde: Avvikssystemet.

## 2.8 Samhandling

### 2.8.1 Videre arbeid med implementering av Samarbeidsavtalene

Oslo universitetssykehus HF har sammen med de øvrige sykehus i Hovedstadsområdet og Oslo kommune utarbeidet samarbeidsavtaler i henhold til de krav som er stilt i Samhandlingsreformen. Dette utgjør en hovedsamarbeidsavtale og 8 ulike tjenesteavtaler.

Struktur for felles møteplasser på ulike organisasjonsnivåer i bydelene, Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF er etablert og fungerer som viktige arenaer for felles implementeringsarbeid. Første halvår 2012 var hovedfokus å implementere nye lovkrav, mens det andre halvåret har hatt fokus på det konkrete samhandlingsarbeidet knyttet til pasientbehandling og pasientforløp.

Oslo universitetssykehus HF tok i november 2011 initiativ overfor våre lokalsykehusbydeler til å etablere en arbeidsgruppe som ble kalt: "Arbeidsgruppe for iverksettelse av Samhandlingsreformen". Gruppen startet sitt arbeid primo desember 2011, umiddelbart etter at forskrift om kommunens medfinansierings-/betalingsplikt fra januar 2012 ble ferdigstilt. Arbeidsgruppen har utarbeidet felles prosedyrer for meldeplikten knyttet til pasienter som innlegges og der det vil være behov for kommunale tjenester etter utskrivelse. Prosedyren er implementert i bydelene og i sykehuset, samt fulgt opp og evaluert av samme gruppe.

Senest har Direktørmøte mellom Oslo universitetssykehus HF og tilhørende bydeler etter diskusjon i sitt møte desember 2012 kommet frem til at operasjonalisering av tjenesteavtalene bør tilstrebes å være så likt som mulig for hele hovedstadsområdet. Slike avtaler er utarbeidet. Sykehuset og bydelene i sykehusets sektor vil derfor anbefale at Samarbeidsutvalget tar ansvar for dette arbeidet. Konkret foreslås at det etableres en prosjektgruppe som representerer bydelene, sykehusene og helseetaten og som har et overordnet ansvar for å iverksette arbeidet med å operasjonalisere tjenesteavtalene.



## 2.8.2 Tildeling av samhandlingsmidler for 2012

Syv prosjektsøknader fra Oslo universitetssykehus HF ble tildelt samhandlingsmidler for 2012. De ulike prosjektene har kompetanseoverføring og veiledning til primærhelsetjenesten som primærfokus.

Alle de ulike samhandlingsprosjektene er nå organisert og i startfasen av det videre arbeidet. Prosjektene har et mål om å bidra til etablering av effektive behandlingstilbud i kommunen.

- Det planlegges etablering av en egen dialyseenhet knyttet til et spesifikt sykehjem.
- Etableringen av felles ambulerende team i palliasjon vil muliggjøre god kommunal ivaretagelse av en svært sårbar pasientgruppe.
- Oslo universitetssykehus HF vil sammen med bydel Nordre Aker bidra til at det etableres et lokalmedisinsk senter i denne bydelen.
- Sykehuset samarbeider med Bydel Sagene om å bedre livskvaliteten til unge med alvorlige hodeskader.
- Et samhandlingsprosjekt fokuserer på kompetanseheving for personell i hjemmetjenesten gjennom å prøve ut en praksiskonsulentmodell for sykepleiere. (ref. den tilsvarende modell for fastleger i sykehus).
- Prosjekt "Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre" har vært i virksomhet et år og starter medio januar med implementering av forbedringstiltak i bydelene Nordre Aker og Bjerke. I bydel Østensjø vil dette arbeidet starte opp i august. Prosjektet er tungt forankret i medisinsk klinikk, det er etablert et eget følgeforskningsprosjekt og et eget delprosjekt i regi av Innovasjonspoliklinikken skal gjøre kost/nytte analyser av iverksatte forbedringstiltak.

## 2.8.3 Status iverksatte tiltak for økt overføring av utredningsoppgaver og kontroller til fastleger

Praksiskonsulentene (fastlegene) i sykehusets stab for samhandling og internasjonalt samarbeid bidrar ved konkret rådgivning knyttet til samarbeid og ansvarsdeling mellom fastleger og sykehus i pasientforløpsarbeidet

De bistår poliklinikker som ønsker det, gjennomgang av arbeidsvolum knyttet til kontroller, henvisningsmønster- og kvalitet, samt i å se på mulige, alternative løsninger for pasienter som står på venteliste. De deltar også i arbeidet med å standardisere samarbeidet og informasjonen som gis til pasienter.

Eksempel på slik tekst i pasientinformasjon er følgende:

*Vi anbefaler at du regelmessig har kontakt med din fastlege.*

*Du vil få råd hos oss om hvor hyppig du bør ha kontroll og blodprøver hos fastlegen.*

*Fastlegen får rapport fra oss med veiledning i forhold til sitt arbeid med oppfølgingen av din sykdom. Fastlegen kan kontakte vår avdeling for råd dersom det er behov.*

*Fastlegen hjelper deg med resepter på medisiner, og med sykemeldinger ut over det som naturlig kan gjøres ved fremmøtene hos oss.*

*Be alltid din fastlege om å få med liste over faste medisiner til kontrollene hos oss.*

Praksiskonsulentene har laget en oversikt (et kart) over henvisningsadresser til Oslo universitetssykehus HF. Kartet er sendt ut med bladet "*Fastlegenytt*" til alle primærleger i Oslo. Det er også tatt i bruk i "*Veiviser for helsepersonell*" å etterspørres av medarbeidere både internt i Oslo universitetssykehus HF og i primærhelsetjenesten.

#### **2.8.4 Elektronisk samhandling**

En viktig forutsetning i Samhandlingsreformen er å overføre informasjon elektronisk mellom de ulike parter i det helhetlige pasientforløp.

EPJ situasjonen i Oslo universitetssykehus HF er krevende og medfører at det etter et år med Samhandlingsreformen ikke har vært mulig å videreutvikle elektronisk meldingsutveksling med primærhelsetjenesten.

Følgende forberedende aktiviteter er gjennomført:

- kartlegging av feilkilder ved bruk av elektronisk epikrise til fastleger, her blir det nå satt i gang et arbeid for å sørge for at alle klinikker skal sende elektroniske epikriser til henvisere. Teknisk funksjonalitet er på plass, arbeidet vil primært fokusere på å få på plass standardiserte arbeidsprosesser.
- kartlegging av forutsetninger og nødvendig tilpasninger for elektronisk epikrise til Pleie- og omsorgstjenesten i Oslo kommune
- analyse av ulike scenarier for etablering av pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) og dialogmeldinger fra Oslo universitetssykehus HF til Oslo kommune. Her er det besluttet at dette skal innføres ved oppstart av DIPS
- vurdert organisering av mottak av elektroniske henvisninger til Oslo universitetssykehus HF. Her anbefales felles mottak i Oslo universitetssykehus HF for papir- og elektroniske henvisninger. Dette må forberedes før oppstart av DIPS

En gjennomgang av pasientsikkerhet knyttet til dagens manuelle rutiner for overføring av pasientinformasjon er levert Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune. Her konkluderes det med at manuelle rutiner og særlig doble rutiner (elektroniske og manuelle) så raskt som mulig må sikres elektronisk. Manuelle rutiner ivaretar ikke kravene til pasientsikkerhet og hemmer god samhandling i pasientforløpene.

#### **2.8.5 Tolk og tolketjenester ved Oslo universitetssykehus / i Hovedstadsområdet**

I regi av *Likeverdsprosjektet* ble det i sommer publisert en rapport om kvaliteten på tolketjenestene hos partene i prosjektet, det vil si Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Lovisenberg sykehus og Oslo kommunale tolketjeneste. For de sykehusene som kjøper tjenester fra private tolkeformidlere, var resultatene nedslående.

På bakgrunn av funnene i rapporten, fikk Likeverdsprosjektet mandat fra sine eiere, Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune, til å jobbe videre med tolketjenester i helsesektoren. Prosjektet, som ledes av Oslo universitetssykehus HF, fikk blant annet i oppdrag å utrede ulike modeller for hvordan institusjonene kan sikre at de får tolking når det trengs, med vekt på kvalitet,

tilgjengelighet, kapasitet og mulig fremtidig utvikling. På bakgrunn av dette, ble prosjektet også bedt om å komme med en anbefaling på hvilken løsning som anses mest hensiktsmessig.

I rapporten "*Akkurat som vi gjør med andre spesialister - Anbefalinger for fremtiden: Talking som en integrert del av tjenestetilbudet i helsevesenet i hovedstadsområdet*", som ble levert til oppdragsgiverne i oktober, utredes to modeller for bestilling av tolk.

- Den ene er anbudsavtale om bestilling av tolk via formidlingsbyrå, den andre er egenregi på bestilling av tolk i form av en egen tolkesentral.
- Egenregi på bestilling av tolk. Dette ansees å være den modellen som best ivaretar hensyn til kvalitet og kontinuitet i tjenestetilbudet, samt at den på sikt er mest kostnadseffektiv for helsevesenet og mest samfunnsøkonomisk gunstig.

Rapporten anbefaler siste alternativ.

*Helse Sør-Øst ga i desember 2012 Oslo universitetssykehus HF i oppdrag å lede det videre utredningsarbeidet. Oslo kommune er invitert med som observatør i prosessen. Det er oppnevnt prosjektleder i utredningsfasen, og representanter fra Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune inngår i arbeidsgruppen.*

#### **2.8.6 Regionale utviklingsområder rehabilitering:**

I styresak 044/2010 legger Helse Sør-Øst RHF føringer for regionale utviklingsområder for rehabiliteringstjenestene i regionen.

Ad områdeplan for rehabilitering: Den første områdeplanen innen rehabilitering ble ferdigstilt i januar 2012 og styrebehandlet i Oslo universitetssykehus HF i mai 2012. Styret forutsatte en revidering av planen (ref styresak 30/2012) i samarbeid med Oslo kommune og andre relevante samarbeidsparter. Det er på bakgrunn av dette igangsatt en prosess for å revidere områdeplanen for rehabilitering.

Ad Individuell plan: I 2012 har Oslo universitetssykehus HF videreutviklet Individuell plan (IP) som arbeidsform og arbeidsverktøy. Dette innebærer at det er laget et overordnet styrende dokument samt en implementeringsplan for IP som er sendt på høring til Koordinerende enhet i sykehuset.

Ad Koordinerende enhet/ koordinator: Målet med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er å sikre koordinerte tjenester til de som trenger det. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal ha en sentral rolle i å legge til rette for god samhandling. Dette gjelder både på individnivå mellom pasient/bruker og tjenesteytere, og mellom tjenesteytere fra ulike fag, sektorer og nivåer.

I samhandlingsreformen er bestemmelsen om koordinerende enheter i kommunene og i spesialisthelsetjenesten løftet fra forskrift til lov. Samtidig tydeliggjøres at enhetene skal ha "*overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator*". Styringen av lovgivningen på dette området er et sentralt

virkemiddel i å sikre bedre koordinerte tjenester til de som trenger det. Dette er et av målene i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015.

Koordinerende enhet ved Oslo universitetssykehus HF er lagt i administrativ linje. Enheten ligger i seksjon Samhandling, under Stab Samhandling og internasjonalt samarbeid.

Oppgaver for koordinerende enhet er:

- Ha overordnet ansvar for Individuell plan (IP)
- Oversikt over alle private rehabiliteringsinstitusjoner
- Utvikle kommunikasjon og samarbeid med koordinerende funksjoner i kommunehelsetjenesten
- Overordnet ansvar for opplæring og veiledning av de som skal være koordinatorene i pasientrettet arbeid

Det er satt i gang en prosess i samarbeid med klinikkene for å utvikle en hensiktsmessig organisering av koordinerende enhet (KE)/ koordinatorrollen ved Oslo universitetssykehus HF.

### **2.8.7 Regionale utviklingsområder habilitering:**

I styresak 045/2010 legger Helse Sør-Øst føringer for regionale utviklingsområder for habiliteringstjenestene i regionen.

Ad områdeplan for habilitering – barn og voksne: det er laget områdeplan for både barn og voksne innen habilitering. Planen er nå under revidering i henhold til styrevedtak 30/2012. Planene revideres i samarbeid med Oslo kommune og andre relevante samarbeidspartener og forventes ferdigstilt primo mars 2013.

### **2.8.8 Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen ved Oslo universitetssykehus**

Områdeplan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg planlegges revidert. Berørte parter er bedt om å oppnevne representanter. Arbeidet vil bli ferdigstilt i løpet av våren 2013.:

Områdeplanen for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg vil være en viktig premisse for utformingen av Tjenesteavtale 6 – samarbeid om jordmortjenester.

### **2.8.9 Utenlandsbehandling**

Oslo universitetssykehus HF har sammen med Helse Sør-Øst RHF og Oslo Kommune utarbeidet forslag til samhandlingsavtale om utenlandske pasienter uten trygderettigheter.

## **2.9 Internasjonalt samarbeid**

Oslo universitetssykehus HF er nå representert i styret til Norsk helsenettverk for utvikling (NHU).

NHU er et nettverk av helseinstitusjoner i Norge, herunder store helseforetak, andre sykehus, helseutdanningsinstitusjoner, frivillige institusjoner (NGO) og enkeltpersoner.

Formålet med nettverket er å styrke deltakerne i nettverket i kunnskap og forståelse for internasjonalt samarbeid innen helsesektoren. Nettverket skal skape møteplasser for samarbeid og utveksling av ideer og gi informasjon om offisiell norsk policy rundt utviklingssamarbeid.

Oslo universitetssykehus HF har fått sekretariatsoppgavene for nettverket.

Sekretariatsoppgavene finansieres av UD, Norad og Fredskorpset og det er bevilget 750 000 NKR over to år.

Sykehuset har også fått ekstern finansiering av til 3 forprosjekt:

- I september var en delegasjon fra Nevrokirurgen i Malawi for å se på muligheten for å få til et utdanningsprogram for Nevrokirurgi i Malawi (Blantyre). I november hadde Oslo universitetssykehus HF besøk fra Malawi. Prosessen med å skrive en hovedsøknad er i gang og skal leveres Fredskorpset i januar 2013.
- I november reiste en delegasjon fra Psykiatrisk avdeling til Malawi for å se på muligheten for å få til et utdanningsprogram for å utdanne psykiatere. Hovedsøknad forventes å være ferdig i løpet av våren.
- Psykiatrisk avdeling har vært på et forprosjekt i Sudan, et mulig samarbeid med organisasjonen AFHAD og kompetanseoverføring innen posttraumatisk stressyndrom. Eventuell hovedsøknad vil bli klar i løpet våren 2013.

Samarbeidprosjektet i India er videreført i hele 2012. 2 norske sykepleiere er nå stasjonert i Kolkata, 2 Indiske sykepleiere og 1 lege har i hele 2012 hospitert ved Oslo Universitetssykehus HF ved Nyfødt Intensiv.

Et samarbeid med Norwegian and Indian partnership initiativ (NIPI) diskuteres med norske myndigheter.

Også prosjektet i Malawi er videreført i 2012. Sykehuset hatt en ortoped, en gynekolog og en jordmor stasjonert i landet.

En søknad til NORAD om kompetanseoverføring til Etiopia innen infeksjonsmedisin er under planlegging. og det er også arbeid i gang for å bidra til onkologutdanning i Etiopia.

Ansatte ved sykehuset har bidratt til kompetanseoverføring og utredninger ved sykehuset Makassed i Øst-Jerusalem. Sykehuset har også vært representert i en ad-hoc-komite ved sykehuset. Arbeidet ble avsluttet i november 2012.

### **2.9.1 Prosjektet Utvikling av Gastroenterologi og gastrokirurgi, No1 Bysykehus i Arkhangelsk, Russland.**

#### Aktivitet i 2012 og planer for 2013

Prosjektet som startet i 2007 er et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) på den ene siden og Bysykehus No1 i Arkhangelsk på den andre. Hensikten har vært å bringe gastrokirurgi og gastromedisin i Arkhangelsk opp på Vest-Europeisk nivå gjennom nær faglig kontakt mellom leger ved disse universitetssykehus. Fra norsk side har det vært interessant å få tilgang på de store pasientgruppene innen enkelte sykdomskategorier, som for eksempel pankreatitt, der russerne stor behandlingserfaring.

Samarbeidet har bestått i gjensidige besøk, der man har operert og drevet klinisk arbeid sammen i begge land, deltatt i faglige møter og seminarer, og lagt opp vitenskapelige kliniske studier. Arbeidet har hele tiden vært finansiert av Barents Helseprogram.

Med faglig bistand fra norsk side gjennomførte teamet i Arkhangelsk en sammenligning av to forskjellige behandlingsopplegg for akutt pankreatitt ved No1 bysykehus, Arkhangelsk. Resultatene ble, med norsk finansiell bistand, presentert på internasjonal konferanse i London. Som en direkte følge av samarbeidet har russiske medlemmer av prosjektet deltatt i internasjonalt møte i Paris i juli og i Danmark i august.

### Planer for 2013

Det planlegges besøk fra Arkhangelsk til Oslo universitetssykehus HF i mai med deltakelse av det samme teamet, der en vil videreføre aspekter av behandlingsopplegg for sykdommer innen lever, pankreas og galle. Også dette besøket vil gå over en uke og bestå av klinisk arbeid, seminarer og faglige møter der også representantene fra Tromsø vil delta.

En planlegger et samarbeid med en forskningsgruppe i Edinburgh der en vil konsentrere seg om behandling av pancreatitt, der engelskmennene har høy forskningskompetanse og er interessert i samarbeidet på grunn av de store pasientmaterialene i Arkhangelsk. De engelske forskerne vil bli invitert til Oslo i forbindelse med besøket i mai.

Hjertekirurgiprojektet i Arkhangelsk ble avsluttet i 2012 etter å ha oppnådd målet ved å lage en hjertekirurgisk enhet i Arkhangelsk på lik linje med kompetansen vi har i Norge.

## **2.10 Bred diabetessatsning**

Oslo universitetssykehus HF har høsten 2012 hatt fokus på forebygging av diabetes blant innvandrere. I samarbeid med Diabetesforbundet og innvandrersorganisasjoner i Oslo er det holdt stands på Grønland torg, i St. Hallvard kirke på Tøyen og moskeen Central Jamaat-E Ahl-E sunnat på Grønland. Her ble det delt ut informasjon på ulike språk og gjort blodsuktermålinger. Personer med forhøyede verdier ble oppfordret til å ta kontakt med fastlege for nærmere oppfølging. Mange i Norge har diabetes uten å være klar over det.

I forbindelse med Verdens diabetisdag 14. november holdt sykehuset også diabetesstand for ansatte og pasienter i Sentralblokka på Ullevål. På 2 timer lot 147 seg måle. Ved samme anledning ble Tårnbygget på Ullevål lyst opp i blått – et tiltak som bidro til å sette fokus på Diabetesområdet for ansatte, pasienter og alle som passerte Ring 2. Opplysningen vakte stor oppsikt og var estetisk veldig flott!

## **2.11 Fafus – Forebygging av uønsket svangerskap og abort hos ikke-vestlige innvandrerkvinner**

FAFUS-prosjektet startet i 2010 basert på jordmødres hypotese om at ikke alle "ikke-vestlige" innvandrerkvinner får det samme helsetilbud som etnisk norske kvinner knyttet til reproduktiv helse. Pilotprosjektet har vist at dagens helsetilbud i noen grad er utilstrekkelig for en del minoritetskvinner og at det bør utvikles alternative tilbud for å sikre et likeverdig helsetilbud.

Samarbeidsutvalget mellom Oslo sykehusene og Oslo kommune tildelte i august 900 000 kr til FAFUS-prosjektet. Midlene skal brukes til å utvikle en modell for fremtidig organisering av et tilbud som til nå har vært drevet av Oslo universitetssykehus HF. I løpet av høsten ble det etablert styringsgruppe og prosjektgruppe. Styringsgruppen er bredt sammensatt med representanter fra Oslo universitetssykehus HF, Oslo kommune/bydelene, Sykepleierforbund, Jordmorforeningen, Helsedirektoratet, MIRA-senteret og Enhet for mangfold og integrering. Prosjektgruppen er representert blant annet ved Kvinne- og barneklivnikken ved Oslo universitetssykehus HF, Helsestasjon og Voksenopplæringen på Rosenhof.

I kommende periode bygges det videre på de erfaringer som er gjort så langt i prosjektet. En viktig oppgave for prosjektet er å vurdere modeller og organisatorisk plassering for fortsettelsen, med tanke på at dette primært er et tilbud som bør ligge i førstelinjetjenesten. Overføring av kompetanse til aktuelle miljøer som kan følge opp tilbudet, er da nødvendig.

## **2.12 Tro- og livssynsbetjening på sykehus**

Oslo universitetssykehus HF fikk i desember 2012 kr 500 000,- i støtte fra Kulturdepartementet til prosjektet *”Tros- og livssynsbetjening for pasienter og pårørende på sykehus”*.

Dette er et prosjekt som bidrar til at pasienter fra tro- og livssynsminoriteter skal få en mer likeverdig betjening i tro- og livssynsspørsmål i løpet av sykehusoppholdet, gjennom at det tilbys samtaler med ressurspersoner fra 12 ulike tros- og livssynssamfunn.

Det er utarbeidet brosjyrer om tilbudet og visittkort med kontaktinformasjon.

Prosjektet er et samarbeid med Samarbeidsrådet for tros- og livssyns samfunn (STL). I desember 2012 ble rapport fra prosjektets første periode ferdigstilt. Den ligger tilgjengelig på sykehusets intra- og internettside.

### 3. Opplæring av pasienter og pårørende

#### 3.1 Aktivitet

Det er en klar økning både i antall kurs og antall deltagere som gjennomfører læringstilbud, noe som er i tråd med sykehusets mål om å øke antall gruppebaserte læringstilbud til pasienter og pårørende

##### 3. tertial

Pasient- og pårørendeopplæring	3. tertial 2011	3. tertial 2012
Antall læringstilbud	105	120
Antall pasienter og pårørende som har gjennomført et tilbud	1741	2698

Tabell 9. Pasient- og pårørendeopplæring 3. tertial 2012,

##### Årsbasis

Pasient- og pårørendeopplæring	Hele 2011	Hele 2012
Antall læringstilbud	256	359
Antall pasienter og pårørende som har gjennomført et tilbud	3894	7314

Tabell 10. Pasient- og pårørendeopplæring - årsoversikt

#### 3.2 Strategiplan for brukermedvirkning

Strategi for brukermedvirkning 2013 – 2018 ble i desember 2012 vedtatt av sykehusets styre. Oslo universitetssykehus HF har nå en førende strategi for hvordan en skal arbeide for at brukerne og brukermedvirkning i ennå større grad skal integreres i hele sykehusets arbeid.

#### 3.3 Ungdomsrådet

Ungdomsrådet i Oslo universitetssykehus HF har kommet godt i gang med arbeidet i løpet av høsten. Rådet konstituert seg med Sarah Jensen som leder og har i høst arbeidet mye med mandat for arbeidet. Rådet har nå egen internettside på Oslo universitetssykehus HF sitt nettsted og har laget egen facebookgruppe, for å profilere rådets arbeid. Ungdomsrådet har også arbeidet med synliggjøring på ulike arrangementer og gjennom positiv medieomtale ved oppstart.

#### 3.4 Rådet for barn som pårørende

Rådet har i perioden gjennomført en fagdag for alle oppnevnte barneansvarlige på sykehuset. Over 100 deltok på fagdagen. Rådet har videre ferdigstilt en sykehusomfattende styrende dokument om barn som pårørende og barneansvarlige, slik at det nå ligger en felles retningslinje for alle klinikker på dette området.

Rådet for barn som pårørende arbeider jevnlig med veiledningsgrupper for barneansvarlige i klinikkene og arbeider også med å standardisere dokumentasjon av arbeidet med barn som pårørende i pasientenes journal.



### **3.5 Utdanningsprogram i pasient- og pårørendeopplæring**

Det er gjennomført en pilot i grunnmodulen i et utdanningsprogram for pasient- og pårørendeopplæring. Piloten er gjennomført med deltakere fra alle klinikkene, representanter fra 1. linjen og brukerutvalget. Piloten har fått gode evalueringer, og grunnmodulen tilbys nå alle ansatte med oppgaver innen pasient- og pårørendeopplæring. Flere moduler i utdanningsprogrammet er under utarbeidelse.

### **3.6 Registrering av pasientopplæring**

Det er utarbeidet en nivå1- prosedyre om registrering av pasientopplæring i de pasientadministrative systemene. Forslag til prosedyre har nå vært på høring i klinikkene, og vil bli lagt ut i e-håndbok. Målet er å sikre riktig rapportering av den opplæringsvirksomheten som foregår ved sykehuset.

## **4. Utdanning av helsepersonell**

Det har vært arbeidet med flere sentrale utdanningsaktiviteter i 3. tertial 2012, blant annet:

### **4.1 Samarbeidsavtaler med høyskoler og fagskoler**

Det er i 3. tertial inngått nye samarbeidsavtaler mellom Oslo universitetssykehus HF og henholdsvis Høgskolen i Buskerud, Fagskolen i Oslo, Høgskolen i Bergen.

Samarbeidsavtaler er under utarbeidelse mellom Oslo universitetssykehus HF og Høyskolen Diakonova og Lovisenberg diakonale høgskole (operasjonssykepleiere).

Som ledd i oppfølging av samarbeidsavtalen med Høgskolen i Oslo og Akershus er det i ferd med å etableres profesjonsrettede fagråd innen fysioterapi, ergoterapi, vernepleie og sosialt arbeid, i tillegg til det allerede etablerte fagråd for sykepleie.

Sykehuset har fortsatt samarbeidet med høyskolene i forhold til utarbeidelse av nye utdanningsløp; master i klinisk avansert sykepleie og bachelor i paramedic.

### **4.2 Utdanningskapasitet for spesialsykepleiere**

Det har vært fokus på tiltak for å bedre utdanningskapasiteten, spesielt innen anestesi- barneintensiv- og operasjonssykepleie (ABIO). Høyskolen i Oslo og Akershus (HiOA) startet et kull et halvt år tidligere enn planlagt innenfor disse fire fagretningene. Det ble arbeidet med å skaffe tilveie tilstrekkelig antall praksisplasser og stipender til dette kullet. På grunn av mangelen på operasjonssykepleiere tilbød Lovisenberg diakonale høgskole ti ekstra plasser til Oslo universitetssykehus HF (oppstart januar 2013), men det meldte seg ikke kandidater til dette tilbudet.

Det er arbeidet aktivt med å stimulere fagmiljøene til å søke midler for å styrke kvaliteten på veiledning i praksis. Ledelsen har dessuten vedtatt en veiledningsmodell for sykepleiere i videreutdanning (innen ABIO) som tilfredstiller formelle krav fra Kunnskapsdepartementet.

### **4.3 Helsefagarbeiderlæringer**

Som en oppfølging av samarbeidsavtalen mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune v/Sykehjemsetaten har de første fire helsefagarbeiderlæringer hatt praksis i sykehuset. Det er gjennomført en intern evaluering, som vil bli fulgt opp overfor Sykehjemsetaten. Sykehusledelsen har dessuten vedtatt å etablere en fremtidig ordning for helsefagarbeiderlæringer. Dette vil innebære å ha læringer ansatt i sitt fjerde skoleår fra og med 2016. Det skal inngås en intensjonsavtale med Utdanningsetaten i Oslo kommune om dette.

### **4.4 Hospiteringsordninger**

Sykehuset har arbeidet videre med retningslinjer for hospitering, herunder søknadshåndtering. Dette har lenge vært et uoversiktlig felt og pågangen er økende fra både enkeltstudenter, studentorganisasjoner, Universitetet i Oslos partneruniversiteter i utlandet med flere.

Etterspørselen etter hospiteringsplasser er langt større enn hva sykehuset har mulighet for å ta i mot, og det er påkrevd med bedre rutiner og informasjon.

#### **4.5 Spesialistutdanning for leger**

Omorganiseringen av sykehuset medfører at organiseringen av flere av spesialistutdanningene for leger er endret. Sykehuset må søke Helsedirektoratet om godkjenning av endringene. Arbeidet med omorganiseringene og søknadsprosessene startet i første tertial og har fortsatt gjennom året. Sykehuset har også deltatt i en arbeidsgruppe i Helsedirektoratet som skal vurdere behovet for endringer i spesialitetsstrukturen for leger, herunder vurdere om spesialistutdanningene er i tråd med fremtidige behov for helsetjenester.

#### **4.6 Synliggjøring av utdanningsaktiviteter ved sykehuset**

Det har vært arbeidet med bedre synliggjøring og profilering av utdanningsaktiviteter på inter- og intranettsider for sykehuset.

#### **4.7 Kulturveilederstudiet – veiledning i flerkulturelt helsearbeid**

I midten av oktober startet det 5 kullet med kulturveiledere (Videreutdanning i veiledning i flerkulturelt helsearbeid) på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). Høstens kull har 46 studenter, hvorav 22 er ansatte ved Oslo universitetssykehus HF. Dette studiet har tidligere vært et delprosjekt under "Likeverdsprosjektet", men er fra og med i høst, innlemmet som et ordinært tilbud ved HiOA. Dette anser vi som en stor seier for fagfeltet, ved at det er gått fra "prosjekt til drift" – og at det nå er åpent også for søkere som ikke er tilknyttet partene i Likeverdsprosjektet.

Utdanningen bidrar til at studentene blir mer bevisste på sin rolle som profesjonsutøver i et flerkulturelt helsevesen. I tillegg får de økt kunnskap om ulike kulturelt betingede helserelaterte forskjeller.

Totalt har 80 ansatte fra Oslo universitetssykehus HF nå bestått denne videreutdanningen, og deltar nå i lokale og tverrgående kulturveiledernetverk.

#### **4.8 Erfaringskonferanse Likeverdsprosjektet**

Likeverdsprosjektet arrangerte 29. november 2012 en nasjonal erfaringskonferanse på Ullevål.

Konferansen la vekt på å spre kunnskap og erfaringer partene har gjort seg i prosjektperioden knyttet til de ulike delprosjektene. Kulturveilederordning og utdanning, satsingen innen tolkefeltet, frokostmøter og radioprojektet var blant temaene.

I tillegg ble det gitt en presentasjon om migrasjonshelse i Norge og utfordringer i hverdagen sett med en fastleges øyne.

Totalt 112 deltakere møtte til konferansen, og representerte både spesialist- og primærhelsetjenesten, departement, direktorat, ombud og organisasjoner.

Konferansen har fått gode tilbakemeldinger i etterkant.

## 5. Forskning og utvikling

### 5.1 Vurdering av forskningsaktivitet

Akkumulerte tall pr 3. tertial 2012 viser fortsatt god forskningsaktivitet, til tross for at det gjennom året i risikoanalyser fra klinikkene er meldt om vedvarende press på tid, utstyr, IKT-systemer og arealer til forskning. Negative effekter av ressursmangel vil imidlertid gi utslag over tid.

Oslo universitetssykehus HF bidrar i et nasjonalt arbeid med å vurdere et bredere sett av forskningsindikatorer enn de som normalt benyttes. I denne rapporten pr 3. tertial har vi valgt å inkludere noen flere forskningsindikatorer enn tidligere; "Andel av artiklene som inkluderer utenlandsk forfatteradresse", samt "Andel av artiklene som er publisert i tidsskrifter på nivå 2/2A" (se forklaring under tabellene). Det er et mål å supplere indikatorsettene ytterligere, blant annet med antall siteringer.

#### 5.1.1 Antall publiserte vitenskapelige artikler, akkumulert pr 3. tertial

Klinikk	2010	2011	2012
Klinikk psykisk helse og avhengighet	105	118	141
Medisinsk klinikk	275	258	281
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	237	215	256
Kvinne- og barneklubben	210	217	226
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	493	523	523
Hjerte-, lunge- og karklubben	174	165	197
Akuttklubben	59	56	67
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	439	471	492
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	99	97	99
TOTALT (unike artikler)	1544	1580	1731

Tabell 11. Det tas forbehold om endringer som følge av gjenstående kvalitetssikring av tallene. Antall publikasjoner i perioden er målt via søk mot PubMed og Web of Science (WOS) som løpende oppdaterer helseforetakets database [www.publika.no](http://www.publika.no). Denne er basert på registrerte forskningsaktive personer ved Oslo universitetssykehus og adressering av artikler med Oslo universitetssykehus eller liknende. Kun kategoriene vitenskapelige artikler og vitenskapelige oversiktsartikler (reviews) inngår i tabellen. Tallene er tatt ut 7.1.2013 Merk at artikler telles hos flere klubber når det er forfattere fra flere klubber. I tallet for TOTALT er hver artikkel kun talt én gang, og dette er dermed ikke summen av de andre tallene.

Antall registrerte artikler, akkumulert pr. 3. tertial 2012, er høyere enn foregående år. Registreringene for 2012 har foreløpig ikke vært gjennom like nøye kontroll som 2011-tallene, slik at den reelle økningen trolig er noe mindre.

### 5.1.2 Antall publikasjonspoeng, akkumulert pr 3. tertial

Klinikk	2010	2011	2012
Klinikk psykisk helse og avhengighet	70,6	63,8	78,3
Medisinsk klinikk	138,8	125,1	123,9
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	132,9	106,1	142,4
Kvinne- og barneklubben	93,5	98,4	94,4
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	321,6	319,5	333,5
Hjerte-, lunge- og karklubben	84,0	91,6	96,9
Akuttklubben	23,9	32,2	28,9
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	227,8	252,2	244,3
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	29,1	29,4	31,2
TOTALT	1100,9	1103	1173,9

Tabell 12. Det tas forbehold om endringer som følge av gjenstående kvalitetssikring av tallene. Tall er hentet fra helseforetakets database [www.publika.no](http://www.publika.no) pr 7.1.2013. NIFUs beregningsmetode for helseforetak benyttes, men nå basert på forfatterandeler. Nivåinndeling 1,2 og 2A, (henholdsvis 1, 3 og 10 poeng), 100 % ekstra for internasjonalt samarbeid (medforfatter med utenlandsk adresse).

Antall publikasjonspoeng viser en oppgang totalt. Poengene vil antakelig gå noe ned når alle institusjoner har kontrollert materialet, fordi det skjer en korrigerings og komplettering av adresser. Kun vitenskapelige originalartikler og oversiktsartikler (reviews) inngår i målingen, men i tillegg gir konferanseartikler ("proceedings paper") uttelling når disse er publisert i tidsskriftene som inngår i målesystemet.

### 5.1.3 Andel av artiklene som inkluderer utenlandsk forfatteradresse

Klinikk	2010	2011	2012
Klinikk psykisk helse og avhengighet	40,0 %	46,6 %	34,8 %
Medisinsk klinikk	42,5 %	43,0 %	40,2 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	30,8 %	33,0 %	39,5 %
Kvinne- og barneklubben	42,9 %	49,8 %	43,8 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	46,5 %	42,1 %	46,5 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	42,5 %	35,2 %	43,1 %
Akuttklubben	25,4 %	16,1 %	23,9 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	42,1 %	43,3 %	39,6 %
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	12,1 %	17,5 %	21,2 %
TOTALT (unike artikler)	44,0 %	44,5 %	45,8 %

Tabell 13. Det tas forbehold om endringer som følge av gjenstående kvalitetssikring av tallene. Tall er basert på helseforetakets database [www.publika.no](http://www.publika.no) pr 7.1.2013.

Helse Sør-Øst satte som mål for 2012 at minst 40 % av artiklene i regionen inkluderte en utenlandsk forfatteradresse. De foreløpige tallene viser at Oslo universitetssykehus har bidratt til at regionen som sådan når dette målet. Dersom en artikkel blir publisert med internasjonalt samarbeid, blir resultatet av poengberegningen høyere.

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

Klinikk	2010	2011	2012
Klinikk psykisk helse og avhengighet	32,4 %	26,3 %	23,4 %
Medisinsk klinikk	21,5 %	24,8 %	19,9 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	23,6 %	17,2 %	22,3 %
Kvinne- og barneklubben	14,3 %	17,1 %	20,4 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	21,9 %	24,3 %	27,9 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	23,0 %	24,2 %	22,3 %
Akuttklubben	16,9 %	16,1 %	11,9 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	26,2 %	23,8 %	22,0 %
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	13,1 %	20,6 %	24,2 %
TOTALT (ut fra unike artikler)	23,0 %	22,5 %	23,2 %

Tabell 14. Andel av artiklene som er publisert i tidsskrifter på nivå 2/2A

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

- Nivå 2A: En liten gruppe generelle og særlig betydningsfulle tidsskrifter (Journal of the American Medical Association (JAMA), Lancet, Nature, Nature Medicine, New England Journal of Medicine og Science). Vekt: 10
- Nivå 2: Ledende tidsskrifter som utgir omtrent 20 % av publikasjonene. Vekt 3
- Nivå 1: Alle andre tidsskrifter som inngår i målesystemet. Vekt 1

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

#### 5.1.5 Antall doktorgrader, akkumulert pr 3. tertial

Klinikk	2010	2011	2012
Klinikk psykisk helse og avhengighet	13,0	10,0	8,0
Medisinsk klinikk	12,0	13,0	14,0
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	13,5	13,0	17,0
Kvinne- og barneklubben	13,0	15,5	13,5
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	31,0	35,5	34,5
Hjerte-, lunge- og karklubben	9,0	9,0	12,0
Akuttklubben	2,0	0,5	5,0
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	22,5	25,0	39,0
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	1,0	1,0	0
TOTALT	117,0	122,5	143,0

Tabell 15. Tallene for 2012 er basert på gjennomgang av Universitetet i Oslo sine disputasoversikter primo september 2012. Det kommer normalt noen suppleringer vedrørende andre universiteter, samtidig som noen kan bli tatt ut av lista eller bli delt poengmessig, fordi innsatsen fra helseforetakssiden er begrenset/fordelt på flere. Tall for 2010 og 2011 er hentet fra årsrapportene til NIFU.

Antall doktorgrader med arbeid hovedsakelig utført ved Oslo universitetssykehus HF, øker betydelig, noe som lenge har vært en nasjonal trend og som er en konsekvens av økt ekstern

finansiering i de foregående årene. Tallene pr 3. tertial 2012 er innhentet fra en ny datakilde ved Universitetet i Oslo, og det tas forbehold om at tallene kan være noe for høye (kan inneholde enkelte kandidater som hovedsakelig har utført arbeidet andre steder).

## 5.2 Vurdering av innovasjonsaktivitet

Sykehuset har i 3. tertial oppnådd svært gode resultater med hensyn til nye ideer/oppfinnelser – såkalte DOFI (Disclosure of Invention). I forhold til 2011 har antall DOFI økt med om lag 40 % for året som helhet. Det er en gledelig, og mye større økning enn forventet. Kvaliteten på ideene som tas videre, både internt gjennom Idépoliklinikken og gjennom Inven2, vurderes som god. Det er de mest forskningstunge klinikkene, Klinikk for diagnostikk og intervensjon og Kreft-, kirurgi-, og transplantasjonsklinikken, som også utmerker seg i innovasjonsaktivitet. Flere andre klinikker, eksempelvis Akuttklinikken, viser stor fremgang.

Alle patenterbare ideer/oppfinnelser vurderes og håndteres av Inven2. Den interne Idépoliklinikken i Oslo universitetssykehus HF mottar og viderefører ikke-patenterbare idéer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner. Idépoliklinikken bistår også andre sykehus i regionen, og totalt for 2012 ble seks ideer fra ansatte utenom Oslo universitetssykehus HF vurdert av Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus HF (regional forskningsstøttefunksjon).

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

Klinikk	Akkumulert 2012		Totalt 2011	
	Inven2	Idépoliklinikken	Inven2	Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	3			3
Medisinsk klinikk	5	3	4	
Klinikk for kirurgi og nevrofag		1	2	4
Kvinne- og barneklinikken	2	2	2	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	19	11	16	2
Hjerte-, lunge- og karklinikken	5	1	5	
Akuttklinikken	6	3	2	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	27		15	3
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	6	7	3	4
<b>Totalt</b>	<b>68*</b>	<b>28</b>	<b>49</b>	<b>18</b>

Tabell 16. Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken. \* Merk at ideer/DOFI telles hos flere klinikker når ideen involverer flere klinikker. I totalsum er hver DOFI kun talt én gang, og utgjør dermed ikke summen av de andre tallene

### 5.2.2 Pågående innovasjonsprosjekter i sykehusets pr 3.tertial 2012

Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2	Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet		1
Medisinsk klinikk	6	2
Klinikk for kirurgi og nevrofag		
Kvinne- og barneklinikken	2	
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	19	4
Hjerte-, lunge- og karklinikken	4	
Akuttklinikken		



Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2	Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklinikken
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	20	2
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	1	5
Totalt	52	14

Tabell 17. Pågående innovasjonsprosjekter i sykehusets pr 3.tertial 2012

Antall aktive innovasjonsprosjekter (uavhengig av når ideen er innmeldt) er stabilt, og er i realiteten en funksjon av kapasiteten til Inven2 og Idépoliklinikken. Det viktige er at prosjektene trekkes gjennom fasene konseptualisering, verifisering/pilotering og implementering/lisensiering. Idépoliklinikken har søkt og fått midler til bruk av tjenstedesign i flere prosjekter. Det er stort fokus på pasientforløp og kost-nytte-vurderinger.

## 6. Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)

### 6.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Tredje tertial 2012 viser en økning på om lag 400 brudd fra 9.333 i andre tertial til 9.727 i tredje tertial. Brudd på årsregelen har som ventet steget fra 54 til 302 brudd og utgjør en stor del av denne økningen. For øvrig knyttes økningen til aktivitet, ferieavvikling og økt sykefravær mot slutten av året.

Sammenlignet med tilsvarende periode i 2011 ser man imidlertid en positiv utvikling for foretaket med en reduksjon på 1.030 brudd fra tredje tertial 2011 til tredje tertial 2012.

Klinikk	Dag	Uke	4-ukers	Årsregel	Sum brudd
Klinikk psykisk helse og avhengighet	689	709	634	29	2061
Medisinsk klinikk	429	465	405	52	1414
Klinikk for kirurgi og nevrofag	98	192	131	2	423
Kvinne- og barnklinikken	519	350	314	73	1256
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	254	254	69	0	577
Hjerte-, lunge- og karklinikken	190	151	109	40	490
Akuttklinikken	1354	793	702	79	2928
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	142	158	201	27	528
Oslo sykehuservice	7	27	16	0	50
Totalt	3745	3099	2581	302	9727

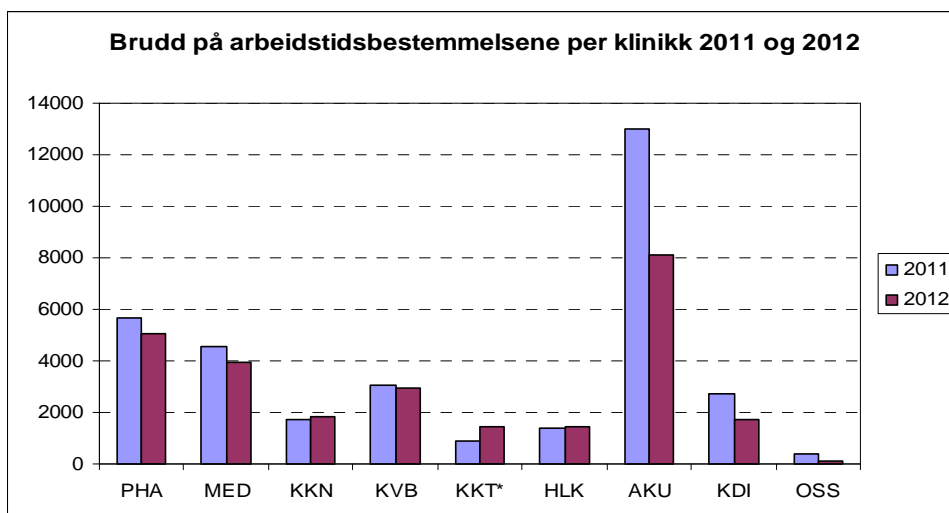
Tabell 18. Antall brudd (dag, uke, 4-ukers og årsregel) per klinikk for tredje tertial 2012

Klinikk	1. tertial	2 tertial	3 tertial	Sum 2012
Klinikk psykisk helse og avhengighet	1005	1980	2061	5046
Medisinsk klinikk	872	1666	1414	3952
Klinikk for kirurgi og nevrofag	786	612	423	1821
Kvinne- og barnklinikken	753	925	1256	2934
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	257	638	577	1472
Hjerte-, lunge- og karklinikken	560	403	490	1453
Akuttklinikken	2945	2221	2928	8094
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	355	855	528	1738
Oslo sykehuservice	38	33	50	121
Totalt	7571	9333	9727	26631

Tabell 19. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2012, per tertial og totalt

#### 6.1.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2012

Totalt antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2012 er 26.631. Dette er en nedgang fra 33.380 brudd i 2011 som tilsvarer om lag 20 pst reduksjon. Figur 8 viser brudd på arbeidstidsbestemmelsene per klinikk i 2011 og 2012.



Figur 8. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene per klinikk i 2011 og 2012. Tallgrunnlaget for Kreft- kirurgi- og transplantasjonsklinikken i 2011 er knyttet usikkerhet til. En kvalitetsforbedring i registrerings- og rapporteringspraksis i 2012 kan ha gitt et stort utslag i rapportene.

Akuttklinikken og Klinikk for diagnostikk og intervensjon viser en nedgang på henholdsvis 38 % og 36 %. Begge klinikkene har redusert sin andel av totalt antall brudd ved sykehuset. Oslo sykehuservice har et lite antall brudd og går ned fra 409 brudd i 2011 til 121 brudd i 2012. Klinikk for psykisk helse og avhengighet, Medisinsk klinikk og Kvinne- og barneklinikken viser også en nedgang i brudd sammenlignet med 2011.

Klinikk for kirurgi og nevrofag øker med 7 % og Hjerte-, lunge- og karklinikken øker med 3 % fra 2011 til 2012. Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken viser også en relativt stor økning, her tas forbehold om den nevnte usikkerhet rundt tallgrunnlaget fra 2011.

Årsaker til overtid er mange og sammensatte. Kompetansekrav i kombinasjon med høy aktivitet og utsatte enheters sykefravær fremheves som hovedårsaker til at tilfeller av brudd på arbeidstidsbestemmelsene øker.

I 2012 ble både generelle og målrettede tiltak for å unngå overtid og brudd iverksatt ved alle klinikker. Fellestrekk ved tiltakene er:

- målrettede rekrutterings- og ressursplanleggingstiltak for å sikre kritisk kompetanse i utsatte enheter
- benytte personalressurser på tvers og samtidig sikre kontroll med ressursene på tvers av enheter
- målrettede tiltak innen ressursplanlegging og turnusplanlegging i utsatte enheter
- sykefraværsoppfølging og forebygging av sykefravær
- kompetanseheving innen ressursplanlegging og regelverk hos ledere i linjen

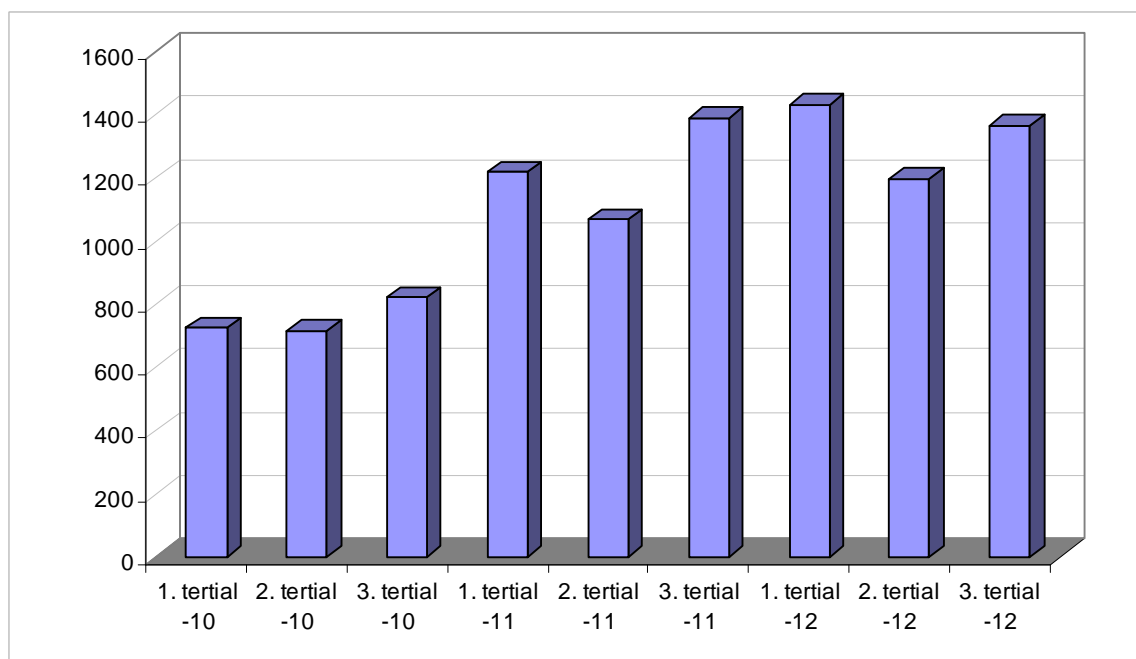
Det ble i tillegg etablert et samarbeid på foretaksnivå mellom HR-direktøren og foretakstillitsvalgte. Samarbeidet skal fortsette inn i 2013, og målet er en overordnet diskusjon rundt felles tiltak for Oslo universitetssykehus HF for å unngå overtid og brudd.

## 6.2 HMS-avvik 3. tertial 2012

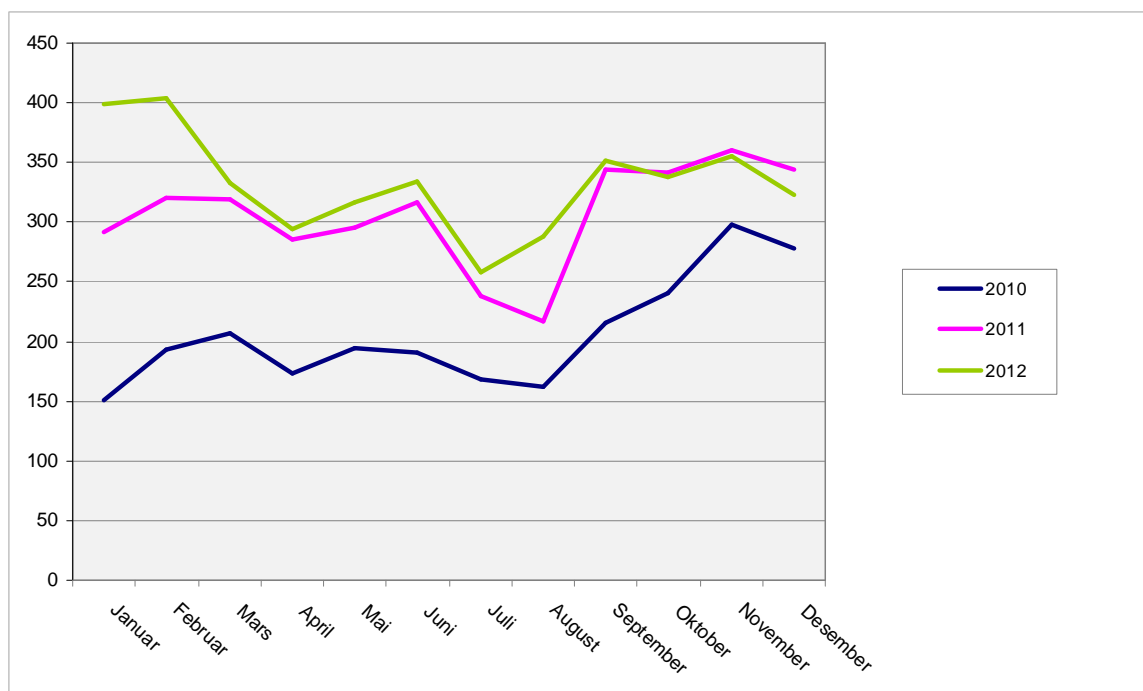
HMS-avvik er forhold (uønskede hendelser, tilløp til slike og uønskede tilstander) som ikke er i tråd med de målsetninger Oslo universitetssykehus har for HMS. Det er også forhold som er i strid med HMS-krav i lover og forskrifter eller forhold som på annen måte påvirker arbeidsmiljøet og/eller ansattes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

### 6.2.1 Registrerte HMS-avvik

Under sees en oversikt over utviklingen i melding av HMS-avvik for perioden 1. tertial 2010 til og med 3. tertial 2012:



Figur 9. Utviklingen i melding av HMS-avvik for perioden 1. tertial 2010 til og med 3. tertial 2012. Kilde: Avvikssystemet.



Figur 10. Utviklingen i melding av HMS-avvik i 2010, 2011 og 2012. Kilde: Avvikssystemet

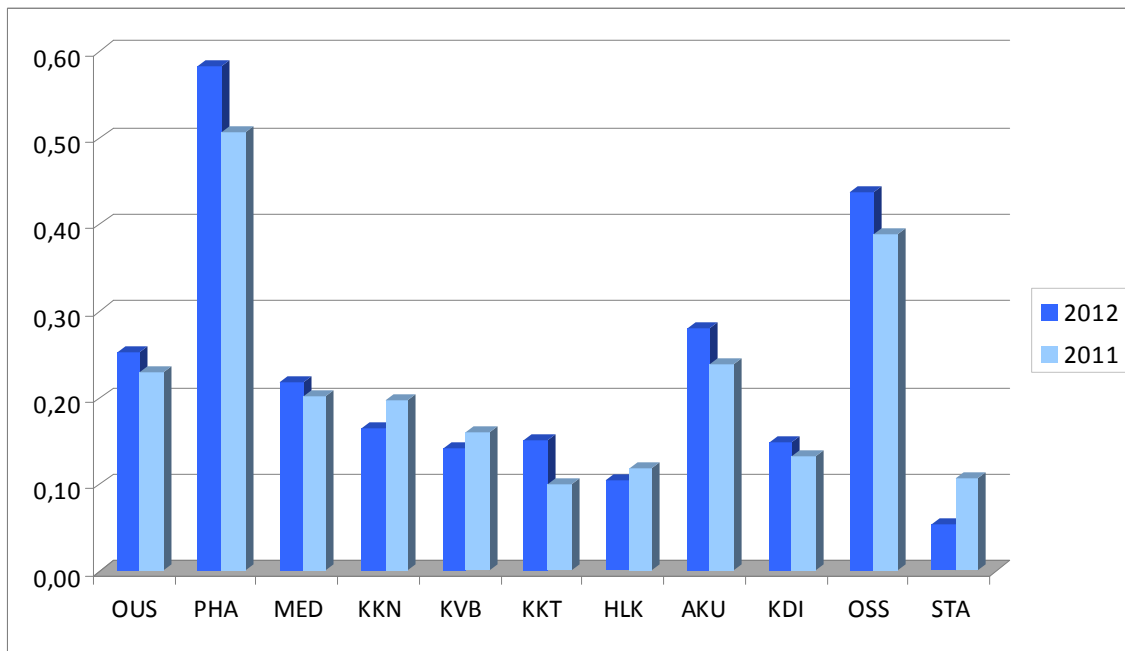
Det ble meldt 1.366 HMS-avvik i 3. tertial 2012 sammenliknet med 1.389 HMS-avvik i samme periode i 2011, hvilket er omtrent det samme. Bortsett fra januar og februar som var høyere, har meldefrekvensen i 2012 vært omtrent den samme som i 2011.

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

Arbeidsmiljøavdelingen vurderer at det fortsatt er noe underrapportering på HMS-avvik fordi:

- Det er mangelfull kjennskap til avvikssystemet
- Det er utydelig kommunikasjon om viktigheten av å bruke avvikssystemet som forbedringsverktøy
- Det er meldetretthet og manglende tro på at det nytter å melde fra (gjelder særlig avvik som krever vedlikeholds- og investeringsmidler eller er gjentakende avvik)
- Det er arbeidspress og mangel på tid til å registrere
- Det oppleves ugreit eller utrygt å registrere helsebelastende arbeidsmiljøkonsekvenser
- Det oppleves mangelfull aksept og respekt for melding av avvik
- Avvik blir lukket raskt uten at forbedringstiltak blir iverksatt (gjelder bl.a. enkelte serviceavdelinger i OSS, IKT og Sykehuspartner)
- Det kan forekomme muntlige tilbakemeldinger som kan inneha både indirekte trussel og direkte budskap om konsekvenser for videre yrkeskarriere i Oslo universitetssykehus HF.

## 6.2.2 Registrerte HMS-avvik / årsverk



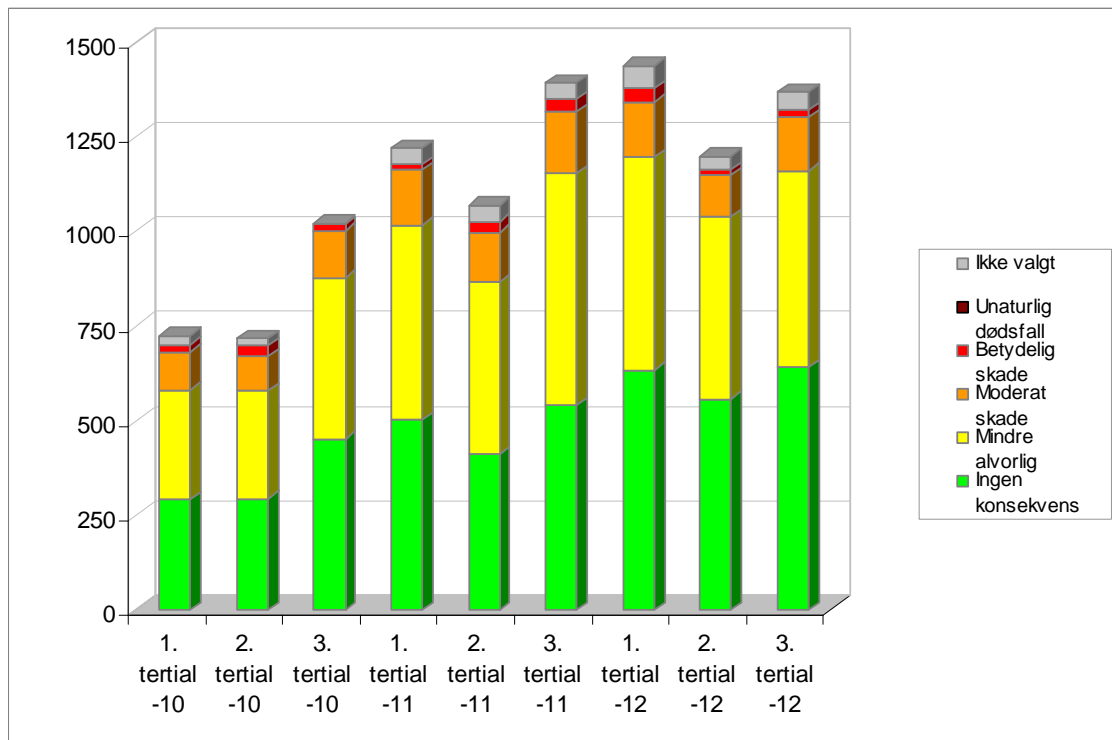
Figur 11. Totalt antall registrerte HMS-avvik pr. årsverk i 2012 sammenliknet med 2011.

Snittet for Oslo universitetssykehus HF har steget fra 0,23 avvik/årsverk til 0,25 avvik/årsverk. Det betyr at meldefrekvensen fortsatt er svakt stigende. Det er ganske store variasjoner klinikkene imellom. Fra 0,58 (Klinikk for psykisk helse og avhengighet) til 0,10 (Hjerte-, lunge klinikken). Aller lavest er stabene med 0,05 avvik/årsverk.

Forskjellene klinikkene imellom representerer nok i noen grad forskjellige arbeidsmiljøutfordringer, men sannsynligvis i hovedsak forskjeller i meldekultur og i det daglige systematiske HMS-arbeidet. Unntaket er Oslo sykehusservice som er litt kunstig forhøyet på grunn av de får overført ansvaret for enkelte avvikstyper (gjelder eksempelvis bygningstekniske avvik, brann og renhold) fra de andre klinikkene.

### 6.2.3 Reell konsekvens

For hele OUS:



Figur 12. Figuren viser en fordeling av faktisk konsekvens innen de fem gradene: ingen konsekvens, mindre alvorlig konsekvens, moderat skade, betydelig skade, og unaturlig dødsfall. Kilde: Avvikssystemet

Ca. 85 % av de registrerte HMS-avvikene i 3. tertial 2012 er vurdert av ansatt/leder å ha ingen eller mindre alvorlig reell konsekvens (grønn + gul). Tilsvarende var dette snittet i 2011 83 %.

Ingen HMS-avvik medførte unaturlig dødsfall / katastrofal faktisk konsekvens i 3. tertial 2012.

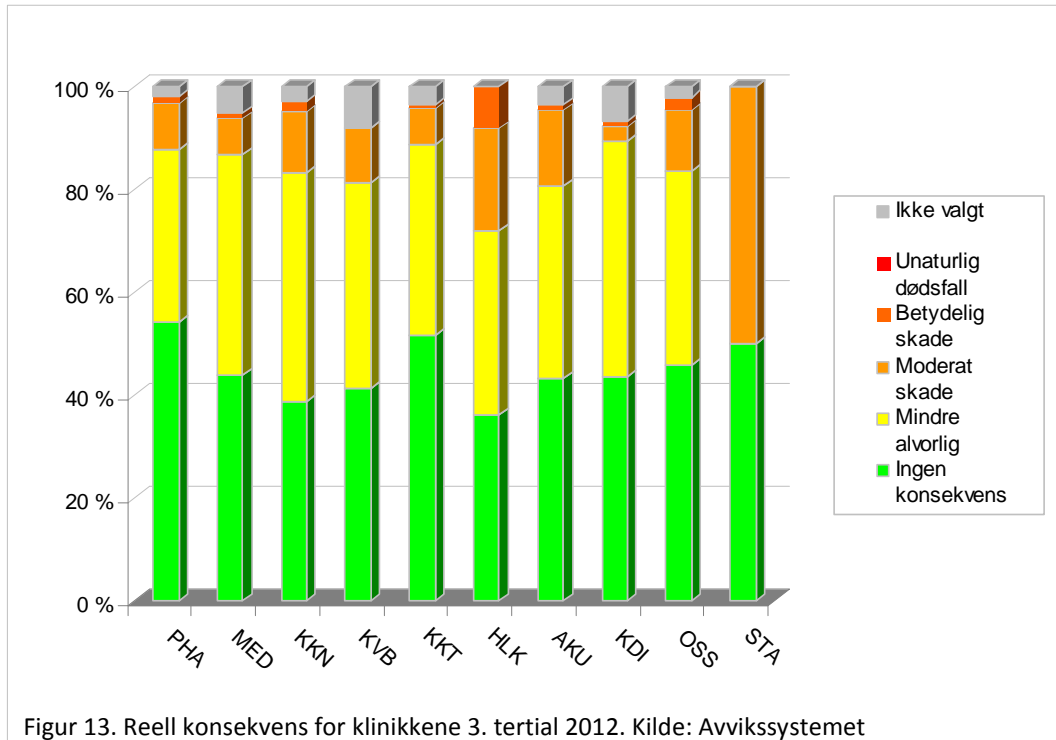
22 HMS-avvik ble vurdert til betydelig faktisk skade/konsekvens, og 139 til moderat faktisk skade/konsekvens. I de fleste alvorlige avvikene anses det vurderte risikonivået som rimelig. Enkelte avvik er imidlertid ut fra informasjonen i avviket vurdert noe høyt. Dette kan ha sammenheng med sammenblanding av faktisk og potensiell konsekvens eller at mulig konsekvens for pasient også er tatt med i vurderingen.

Avvikstype	Lukket Adekvate tiltak implementert	Lukket Ingen tiltak	I arbeid Adekvate tiltak igangsatt	I arbeid Ingen tiltak
Smittevern		1		
Annen smitteeksponering	1			3
Omstilling	1		1	
Øyeskade	1			
Fall, slag, støt, klem, kutt	2			
Belysning				1
Arbeidspress	1			
Rømningsveier				1
Ledelse	1			
Inneklima				1
Muskel/skjelettskade	2		3	2

Tabell 20. Tiltaksstatus for de 22 HMS-avvikene som er vurdert til betydelig reell skade/konsekvens

I gruppen **”moderat skade”** er det 58 avvik innen avviksgruppen **”Skade på ansatt”** og hvor 19 **”Muskel/skjelettskade”** er den klart største undergruppen.

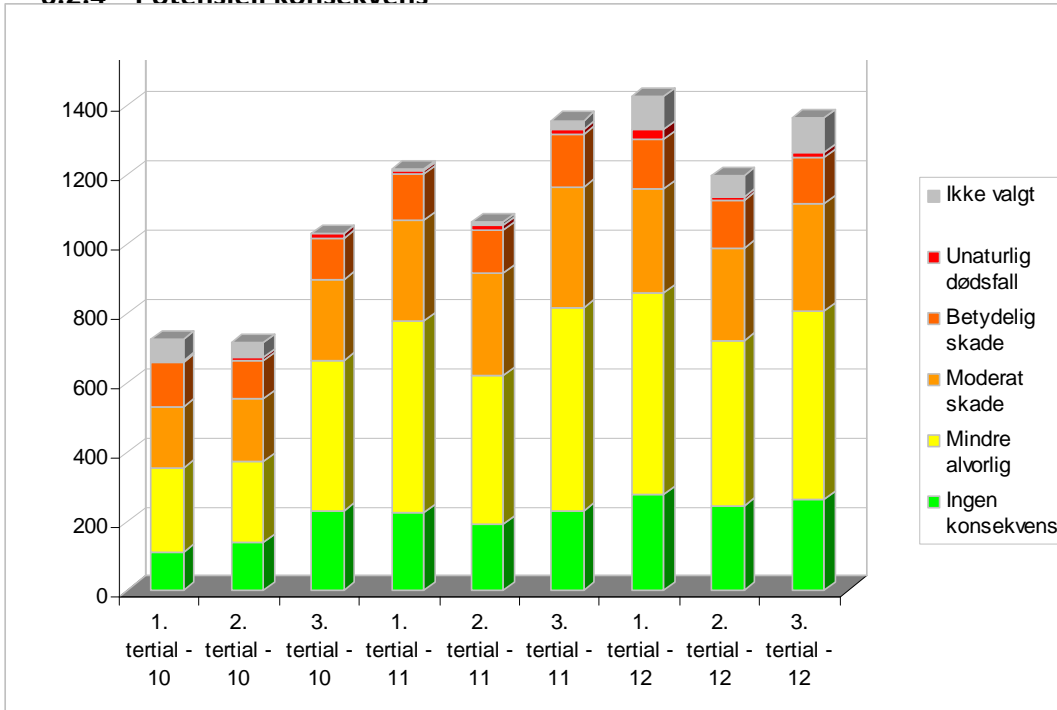
Det er 60 avvik innen **”Arbeidsmiljø”** og hvor 15 **”Bemanning”** er den klart største undergruppen.



Da det er store forskjeller i meldefrekvens og til dels underreportering, er det vanskelig å kommentere forskjellene som man ser mellom klinikkene.



## 6.2.4 Potensiell konsekvens



Figur 14. Figuren viser en fordeling av potensiell konsekvens innen de fem gradene: ingen konsekvens, mindre alvorlig konsekvens, moderat skade, betydelig skade, og unaturlig dødsfall. Kilde: Avvikssystemet

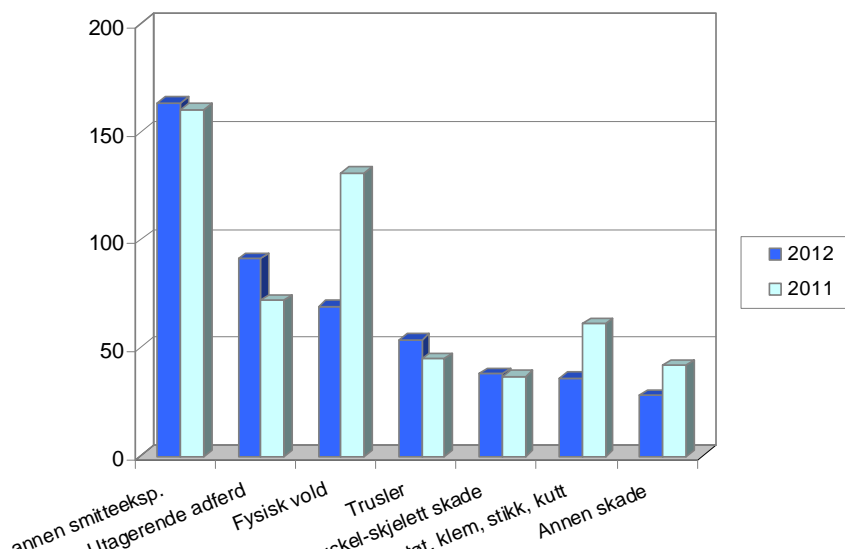
Potensielle skadepotensialet er større enn den reelle/faktiske skaden. For reell konsekvens summerer orange, rød og mørkerød seg til 15 %, mens for potensiell konsekvens summerer de seg til 41 %. Det er ca. det samme snittet som i 3. tertial 2011.

17 avvik ville i verste fall kunne medført unaturlig dødsfall / katastrofal skade. De fordeler seg jevnt utover avvikstypene.

131 avvik kunne ført til betydelig skade. De største avvikstypene her er 13 "Sikk / kutt med smitteeksponering", 13 "Brudd på sikkerhetsbestemmelser", 8 "Annen smitteeksponering", 7 "Rømningsveier", 7 "Smittevern", 7 "Muskel/skjelettskade" og 6 "Fall / slag / støt / klem / stikk / kutt".

## 6.3 De hyppigst meldte HMS-avvikene

### 6.3.1 Skade på ansatte



Figur 15. Skade på ansatt - klassifisert

Totalt ble det registrert 479 avvik i hovedgruppen "Skade på ansatte" i 3. tertial 2012 mot 548 i samme periode i 2011, hvilket er en nedgang på 13 %. Arbeidsmiljøavdelingen er ikke kjent med noen arbeidsmiljøforbedringer som skulle gi en slik nedgang, og antar at det skyldes variasjoner i meldekultur, tidspress etc.

Avviksgruppen "Fysisk vold" er betydelig redusert sammenliknet med samme periode i 2011. Dette er imidlertid ikke uttrykk for en reduksjon totalt sett. For hvis en legger i sammen "Fysisk vold", "Trusler" og "Utagerende adferd" får vi 228 i 2012 mot 248 i 2011. Altså totalt sett omtrent det samme. Det er bare fordelingen mellom avviksgruppene som har endret seg.

Den største avviksgruppen var "Stikk / kuttskader" + "Annen smitteeksponering" med 163 avvik. Nest størst var "Utagerende adferd" med 91 avvik, deretter "Trusler" med 54 avvik.

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

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

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

### **Oppfølging av skader på ansatte**

Det er utført en manuell gjennomgang av skadeoppfølgingen fra august til november 2012:

#### **Fysisk vold / trusler / utagerende adferd**

Majoriteten av avvikene er fra Sikkerhetsavdelingene innen psykiatrien, og er oftest forårsaket av pasienter som opptrer truende og voldelig. En del avvik kommer også fra Akuttavdelinger og fra Geriatrien. Pasientene er oftest enten psykotiske eller psykisk ustabile når de utøver vold og trusler.

Avvikene vurderes typisk å ha påregnelig / kalkulert risiko.

I de fleste tilfellene har skaden ingen eller mindre alvorlig reell konsekvens, og medfører sjelden sykefravær. De ansatte opplever dog at det er belastende å jobbe med uforutsigbare pasienter.

Typisk oppfølging:

- Bistand fra kolleger i akuttfasen for å roe / få kontroll over pasienten
- Bistand fra Oslo sykehusservice- Sikkerhetsavdelingen i akuttfasen
- Lokal leder har et møte/kontakt med ansatt om hendelsen og behov for tiltak vurderes
- Debriefing / støttesamtale

- Evaluering av eksisterende sikkerhetstiltak og arbeidsrutiner
- Innskjerping av arbeidsrutiner
- Ytterligere sikkerhetstiltak (fysisk, bemanning, arbeidsrutiner)
- Opplæring i håndtering av aggressive pasienter
- Alvorlige skader meldes NAV og, forsikringsselskap av leder
- Alvorlige skader meldes av Arbeidsmiljøavdelingen til Arbeidstilsynet
- Alvorlige hendelser anmeldes til Politiet
- Arbeidsmiljøavdelingen følger opp de alvorligste avvikene

#### Stikkskader / annen smitteeksponering

Skadene oppstår typisk ved blodprøvetaking, ved avhending av kanyler og under operative inngrep. Skyldes oftest uhell. Medvirkende årsak kan være brudd på fastsatte rutiner, trange arbeidsforhold, at det er travelt, at man er sliten, at man blir distraherert, er ukonsentrert etc. Reell konsekvens er typisk liten, og resulterer nesten aldri i sykefravær.

Typisk oppfølging:

- Følge sykehusets stikkskaderutine med skylling / desinfisering
- Ved kjent smitte hos pasienten (hepatitt B, AIDS) gis medikamentell behandling
- Skaden følges opp med blodprøvetaking for å avdekke eventuell smitte
- Skaden følges opp av Arbeidsmiljøavdelingen (vurdering og oppfølging av prøveresultater og vaksinerings ved behov)
- Lokal leder har et møte/kontakt med ansatt om hendelsen og behov for tiltak vurderes
- Alvorlige skader meldes NAV og forsikringsselskap av leder
- Alvorlige skader meldes av Arbeidsmiljøavdelingen til Arbeidstilsynet

#### Muskel/skjelettskader

Skyldes oftest enten uhell eller er et resultat av langvarig tung/ensidig belastning. Uhellene resulterer gjerne i forstuinger, forstrekkinger og/eller brudd, mens belastningene oftest gir tendinitter.

Reell konsekvens av skaden er typisk moderat, og medfører ofte sykefravær.

Typisk oppfølging:

- Lokal leder har et møte/kontakt med skadet ansatt hvor behov for tiltak vurderes
- Arbeidet tilrettelegges (utstyr, arbeidsstilling, rullering)
- Forflytningsutstyr brukes/vedlikeholdes/anskaffes
- Alvorlige skader meldes av leder til NAV og forsikringsselskap
- Alvorlige skader meldes av Arbeidsmiljøavdelingen til Arbeidstilsynet
- Arbeidsmiljøavdelingen tar kontakt med leder/ansatt ved de alvorligste avvikene

#### Fall, slag, støt, klem, stikk, kutt

Skyldes oftest uhell hvor man sklir på vått gulv, på is ute, snubler, kutter seg på gjenstander, klemmer seg, får fallende gjenstander på seg etc. Medvirkende årsak til uhellene er noen ganger brudd på arbeidsrutiner.

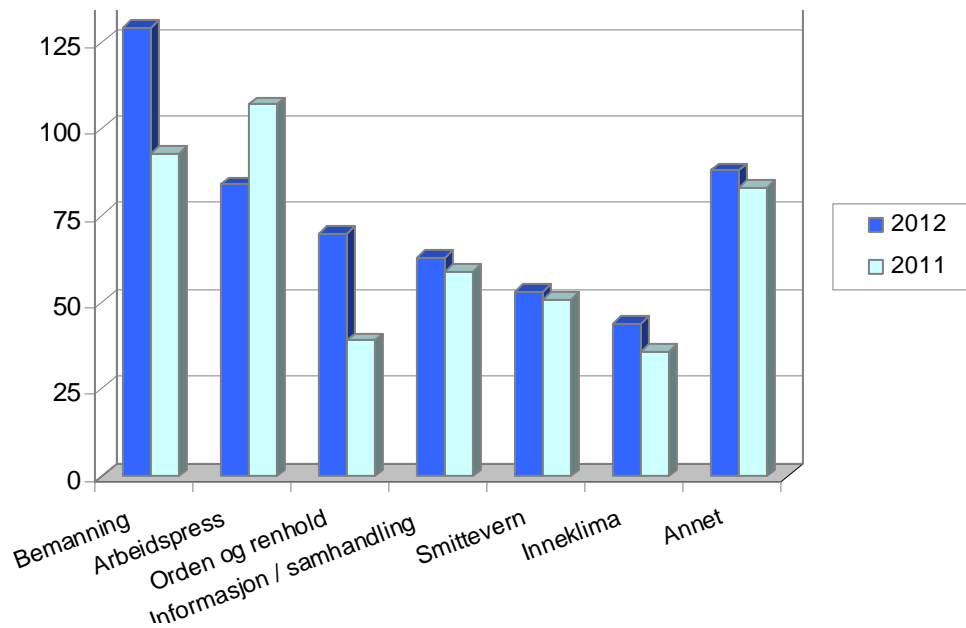
Uhellene resulterer gjerne i blåmerker, sårskader, forstuinger og/eller brudd.

Reell konsekvens av skaden er typisk liten, og resulterer sjelden i sykefravær.

Typisk oppfølging:

- Lokal leder har et møte / kontakt med ansatt hvor behov for tiltak vurderes
- Innskjerping av arbeidsrutiner
- Tilrettelegging av arbeidet
- Alvorlige skader meldes av leder til NAV og forsikringsselskap
- Alvorlige skader meldes av Arbeidsmiljøavdelingen til Arbeidstilsynet
- Arbeidsmiljøavdelingen tar kontakt med leder / ansatt ved de alvorligste avvikene

## 6.4 Arbeidsmiljø



Figur 16.

Arbeidsmiljøklassifiserte avviksregistreringer 3. tertial 2012. Kilde: Avvikssystemet.

Totalt ble det registrert 531 avvik i hovedgruppen "Arbeidsmiljø" i 3. tertial 2012 mot 468 i samme periode i 2011, hvilket utgjør en økning på 13 %. Organisasjonen blir stadig flinkere til å melde arbeidsmiljørelaterte avvik.

Største avviksgruppe i 3. tertial 2012 er "Bemanning" med 129 avvik – en 38 % økning sammenliknet med samme periode i 2011. Det dreier seg oftest om ubalanse mellom ressurser og oppgaver.

Eksempler på avvikstitler er: Lav bemanning, underbemanning, for lav grunnbemanning, bemanning ikke i samsvar med aktivitetsnivå, mangel på kompetanse, overtid, samtidighetskonflikt, stor arbeidsbelastning, mangler legeressurser, for få ansatte, overbelegg, for mange vikarer på jobb, stor vaktbelastning, personellmangel.

Nest største avviksgruppe er "Arbeidspress" med 84 avvik, en nedgang sammenliknet med samme periode i 2011. Eksempler på avvikstitler er: Stor arbeidsbelastning, ikke tid til matpause, svekket beredskap, ressursmangel, slitasje på personalet, for lav bemanning.

De to ovennevnte avviksgruppene "Bemanning" og "Arbeidspress" har en glidende overgang. Hvis vi summerer de 2 avviksgruppene, så får vi 213 avvik i 3. tertial 2012 mot 200 avvik 3. tertial 2011. Altså en liten samlet økning på 6 %.

Tredje største avviksgruppe er "Orden og renhold" med 70 avvik. Nesten alle avvikene er relatert til renhold, kun noen få til orden. Det meldes avvik relatert både til pasientarealer og til ansattarealer. Eksempler på avvikstitler er: Mangelfullt renhold, dårlig renhold, mangelfull vask av undersøkelsesrom, mangelfull vask av behandlingsrom, mye støv, mye støv og skitt, søppel ikke tømt, mangler hovedrenhold, manglende oppfølging av renholdsrutiner.

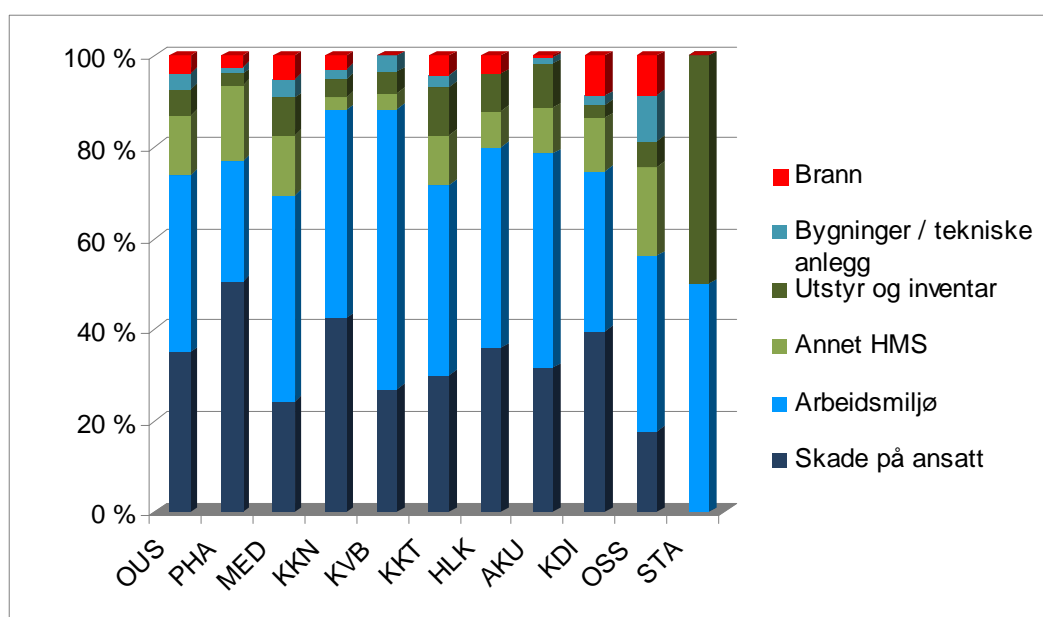
De største gruppene av avvik dernest er "Informasjon/samhandling" (64), "Smittevern" (54), og "Inneklima" (44).

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

## 6.5 Klinikkvis meldeprofil

	Totalt	Skade på ansatt	Arbeidsmiljø	Annet HMS	Utstyr og inventar	Bygninger/ tekniske anlegg	Brann
Oslo universitetssykehus HF	1365	479	531	178	77	47	53
Klinikk for psykisk helse og avhengighet	383	194	101	64	9	6	9
Medisinsk klinikk	98	24	44	13	8	4	5
Klinikk for kirurgi og nevrofag	101	43	46	3	4	2	3
Kvinne barn klinikk	85	23	52	3	4	3	0
Kreft og kirurgi klinkken	116	35	48	13	12	3	5
Hjerte lunge klinikken	25	9	11	2	2		1
Akuttklikken	218	69	102	22	21	3	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	103	41	36	12	3	2	9
Oslo sykehusservice	235	42	90	46	13	24	20
Stab	2	0	1	0	1	0	0

Tabell 21. Oversikt over hvordan HMS-avvikstypene fordeler seg på hovedkategorier i klinikkene i 3. tertial 1012.



Figur 17. Oversikt over hvordan forholdsmessig fordeling av HMS-avvikstypene fordeler seg på hovedkategorier i klinikkene i 3. tertial 1012

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

Klinikk	Avviksgrupper
Klinikk for psykisk helse og avhengighet	Utagerende adferd, fysisk vold, trusler, brudd på sikkerhetsrutiner, bemanning
Medisinsk klinikk	Arbeidspress, bemanning, stikkskader, smittevern
Klinikk for kirurgi og nevrofag	Stikkskader, bemanning, arbeidspress, fall/slag/støt/klem/stikk/kutt, orden og renhold
Kvinne barn klinikk	Bemanning, arbeidspress, stikkskader
Kreft og kirurgi klinikk	Stikkskader, bemanning, arbeidspress, smittevern
Hjerte lunge klinikk	Bemanning – ellers jevnt fordelt - ingen trender
Akuttklinikk	Arbeidspress, bemanning, stikkskader, fysisk vold
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	Stikkskader, annen smitteeksponering, informasjon/samhandling
Oslo sykehusservice	Orden/renhold, smittevern, fall/slag/støt/klem/stikk/kutt, inneklima
Stab	Enkeltavvik – ingen trender

Tabell 22. De største HMS avviksgrupper pr. klinikk.

## 7. Kommunikasjon og omdømme

### 7.1 Pasienter og pårørende

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

I hele 2012 har sykehusets kommunikasjonsavdeling i et prosjekt arbeidet særskilt med revidering, foredling og utvikling av pasientkommunikasjonen, både på nett, papir og i andre kanaler (f eks sosiale medier).

I tredje tertial har det vært arbeidet særlig med å få til aktivitet på dette området i alle klinikker. Mye av tiden har gått med på å sikre at alle tekster legges inn i sykehusets system for styrende dokumentasjon (eHåndbok), slik at en sikrer framtidig jevn revisjon, og dermed god kvalitet på den skriftlige pasientinformasjonen.

I tillegg er forsiden på internett blitt betydelig mer pasientrettet, i tillegg til gode pasientsider som strukturerer sykdommer og behandlinger på kategorisider som kreft, muskel/skjelett osv. Det er også påbegynt et arbeid med utvikling og publisering av informasjonsfilm til nett, på en forsvarlig måte. Forskningsformidlingen er også satt inn i et bedre system, slik at den blir relevant for pasienter - særlig med tanke på kliniske studier og muligheten til å delta i disse.

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

- 318 diagnoser
- 108 undersøkelser
- 183 behandlinger

Dette er publisert slik at de også er tilgjengelige for andre sykehus i regionen (og understøtter dermed regional løsning) og den offentlige helseportalen [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no). 382 enheter (klinikker, avdelinger, sentre og seksjoner) presenterer seg på nett, inklusive 32 kompetansetjenester og fagmiljøer (nasjonale og regionale).

I tillegg har den praktiske informasjonen fått nok et løft, og vil materialiseres både i form av bedre strukturerte nettsider samt opptrykk av en ny pasientrettet brosjyre om sykehuset. Det er igangsatt et revisjonsarbeid for barne- og ungdomssidene på nett, både med å utvikle bedre stoff for ungdom og for å øke graden av visuell/audivisuell kommunikasjon.

Videre pågår det et prosjekt for egen selvbetjeningsløsning mot ungdom som har hatt kreft - noe en håper kan gi nytte for befolkningen i løpet av 2013.

Til sist er det publisert informasjon om kvaliteten ved pasientbehandlingen ved sykehuset. Dette omfatter ventetider og ventelister, fristbrudd og frist for helsehjelp samt flere kvalitetsindikatorer.

## 7.2 Internt

### 7.2.1 Intranett

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

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

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

#### Teknisk oppgradering

I 3. tertial 2012 har intranettet fått en teknisk oppgradering som blant annet har resultert i at løsningen responderer raskere. Oppgraderingen legger grunnlaget for videre arbeid i 2013 med brukervennlighet og søkefunksjon.

#### Bruksmønster

	Type	Antall besøk på sida
E-post på tvers av sykehus og PC'er (fra snarveier)	Infoside	67836
Registrering og oppfølging av uønskede hendelser, nesten-uhell og farlige forhold (avvikssystemet)	Infoside	25383
Tjenester, systemer og andre nyttige ressurser (lenke fra forsida)	Infoside	23455
Interne telefonkataloger (fra snarveier)	Infoside	20231
Pasientreiser	Avd.side	19284
Styrende dokumenter (Ressurser)	Infoside	16559
Kundesenter i Oslo sykehusservice (snarvei på forsida)	Infoside	14397
Tilbud og rabattavtaler til ansatte	Infoside	13528

Tabell 23. Mest brukte verktøysider/informasjonsider 1. september – 31. desember 2012 (antall besøk på sida)

	Type	Antall besøk på sida
Kakefest for levertransplantasjon nr. 1000	Nyhet	5162
Etablering av egen pensjonskasse for helseforetakene i hovedstadsområdet	Nyhet	3016
Medarbeiderundersøkelsen 2012: Si din oppriktige mening!	Nyhet	2396
Bente Mikkelsen slutter i Helse Sør-Øst	Nyhet	2326
Seniorpolitikken har fått oppdaterte retningslinjer	Nyhet	2285
Oppslag på TV2 om forskning ved Oslo universitetssykehus	Nyhet	2151
TV2 gir et skjevt inntrykk	Nyhet	2150
Julekalender på intranett	Nyhet	2109

Tabell 24. Mest leste nyheter 1. september – 31. desember 2012 (antall besøk på sida).



	Type	Antall leste
Sparing	Diskusjon	3818
"Gleder du deg til julebordet?"	Diskusjon	2976
Sekretærer/Helsesekretærer	Disk	2925
Flekk i glassgata	Disk	2680
Tregt internett	Disk	2250

Tabell 25. Mest leste temaer på diskusjonsforumet 1. september – 31. desember 2012

### Mest aktive diskusjonstråder 1. september – 31. desember 2012

- Vil du komme i superform? (Bootcamp) – 27 innlegg
- Sekretærer/helsesekretærer (invitasjon til forum) – 23 innlegg
- Sparing – 14 innlegg

### **7.2.2 Øvrig internt kommunikasjonsarbeid**

I perioden har sykehusets ledelse t gitt ut tre nyhetsbrev.

I tillegg har klinikkene gitt ut lokale nyhetsbrev:

Klinikk	Antall
Klinikk for psykisk helse og avhengighet	4
Medisinsk klinikk	1
Klinikk for kirurgi og nevrofag	0
Hjerte-, lunge- og karklinikken	2
Kvinne- og barneklubben	2
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	2
Akuttklubben	0
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	1
Oslo sykehusservice	2

Tabell 26. Lokale nyhetsbrev.

Klinikkleder i Akuttklubben har begynt å lage ukentlige oppsummeringer til ansatte. Flere avdelinger/seksjoner har startet med ukedagssummeringer.

### Informasjonskontaktmøter

Alle klinikkene har en fast klinikkontakt i kommunikasjonsstaben. Det er også en dedikert informasjonskontakt i hver klinikk.

I nettverket med informasjonskontaktene har kommunikasjonsstaben arrangert fire informasjonskontaktmøter.

### Åpen dag

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

Totalt har 35 ansatte gått på internettpubliseringskurs i regi av Åpen dag, og 42 medarbeidere har deltatt på webcaféen. Vi har innhentet tilbakemeldinger fra deltagerne via verktøyet Questback. Mellom 80 og 100 prosent er tilfreds eller svært tilfreds med webcaféen, og rundt 80 til 100 prosent er tilfreds eller svært tilfreds med internettpubliseringskurset.

### **7.2.3 7.3. Øvrig kommunikasjonsarbeid**

#### Malawi

I forbindelse med sykehusets arbeid for å starte et samarbeid innen nevrokirurgi med Malawi har en kommunikasjonsrådgiver vært med Seksjon for internasjonalt samarbeid til Malawi. Hensikten var å dokumentere arbeidet i tekst og bilder. Det er skrevet artikler til nett og nyhetsbrev, og prosjektet har også blitt omtalt i Dagens Medisin.

#### Besøk til sykehuset

Helseminister J.G. Støre besøkte sykehuset (Rikshospitalet, Ullevål og Aker)

Helseminister fra Portugal besøkte sykehuset (generelt)

H.M. Dronningen besøkte sykehuset (barn)

Leder av helse- og sosialkomiteen på Stortinget, B. Høye, besøkte sykehuset (rusbehandling)

Arbeiderpartiets helsepolitiske fraksjon på Stortinget besøkte sykehuset (generell sykehusdrift)

#### Film- og videoprojekter

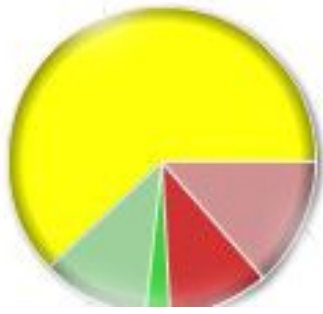
Det har i perioden vært arbeidet med om lag syv større film- og videoproduksjoner – bl.a. Åpen og lukket hjerteoperasjoner fra minutt til minutt, sendt på NRK 1, dokumentar hvor flere kreftpasienter følges til utredning, behandling og oppfølging, skal sendes på TV2 senere i 2013.

#### **Andre prosjekter med særlig kommunikasjonsfokus i perioden**

- Nytt akuttbygg
- Overordnet strategi
- Nytt PAS/EPJ
- Campus Oslo
- Nytt GAT
- Helsearena Aker
- Utvalg for koordinering av fagprosedyrer og behandlingsforløp
- Gjennomføringsprosjektet

### **7.3 Sykehuset i media**

Sykehuset har hatt 494 innkommende mediehenvendelser fra 1.9 til 31.12.2012 – eksklusive meldinger om pasientskade – og 1408 for hele året. Antall saker i mediene økte fra 3970 i andre tertial til 6812 i tredje tertial. Dette er en normal sesongvariasjon, og skyldes nok i hovedsak sommerferie.



Figur 18. Mediahenvendelser. Den gule andelen viser nøytrale saker (62 prosent). De grønne andelene viser positive og svakt positive saker (14 prosent). De røde andelene viser negative og svakt negative saker (24 prosent).

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

Av de 1639 negative sakene dominerte følgende temaer:

- Hjertepasienter
- Manglende intensivkapasitet
- Rusbehandling på avdeling ung
- Hjernebiopsi – forskningsprosjekt ved nevrokirurgisk avdeling
- Barneombudet om forholdene ved prematuravdelingen på Rikshospitalet

Av de 956 positive sakene dominerte følgende temaer:

- Ny arealplan
- Ekspertter fra Oslo universitetssykehus HF
- Ny hijab ved sykehuset
- Levertransplantasjon nummer 1000

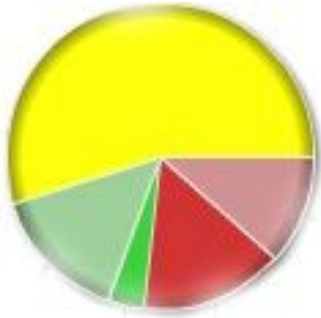
De 4217 nøytrale sakene handler om svært mange ulike temaer. I mange av dem er sykehuset bare nevnt uten å spille noen sentral rolle i saken. Omtale av skadde pasienter brakt til Oslo universitetssykehus HF og Bente Mikkelsens avgang har spilt en stor rolle i de nøytrale sakene.

Oslo universitetssykehus HF har i perioden økt med 268 følgere og har nå 2468 følgere på Twitter (@oslounivsykehus). Det har vært twitret 87 ganger fra denne profilen i andre tertial. Sykehuset har også mange aktive medarbeidere på Twitter som twitrer fag og deltar i samfunnsdebatten.

## 7.4 2012 oppsummert

Sykehuset har hatt 1408 henvendelser fra media i år – eksklusive henvendelser om pasientskader, mot 1780 i 2011. I tallene for 2011 er også oppslag knyttet til 22. juli regnet med. Da ble også pasientskader regnet med i den generelle loggføringen, i dag føres de i egen logg. Det er 158 loggførte henvendelser om pasientskader i 2012, men alt er ikke loggført så tallet kan antas å være vesentlig høyere.

Det har vært 16 790 medieoppslag om Oslo universitetssykehus HF i 2012. Sykehuset har ikke sammenlignbare tall fra 2011 da medieovervåkingsleverandør ble byttet midt i året.



Figur 19. Mediahenvendelser hele 2012. Den gule andelen viser nøytrale saker (55 prosent). De røde andelene viser negative og svakt negative saker (27 prosent). De grønne andelene viser positive og svakt positive saker (18).

Saker der sykehusets personell uttaler seg i kraft av sin ekspertise blir vektet svakt positivt. Praksisen med slik vekting ble innført våren 2012, etter en dialog med medieovervåkningsbyrået om vekting og analyse.

I de 4487 negative sakene dominerer disse temaen:

- Manglende intensivkapasitet
- Lange ventelister
- Hjertepasienter
- Hjernebiopsi – forskningsprosjekt
- Ansettelse av filipinske sykepleiere
- Flytting fra Aker
- Senaborter på Rikshospitalet
- Kritikk av fusjonen

I de 3089 positive sakene dominerer disse temaene:

- Fageksperter fra Oslo universitetssykehus HF
- Ungdomsråd ved Oslo universitetssykehus
- 22.juli – ett år etter og 22.juli-kommisjonens rapport
- Levertransplantasjon nummer 1000
- Metanolforgiftning og spesialkompetanse på Oslo universitetssykehus HF
- Nettvett for gravide
- Ny hijab ved sykehuset

## 8. Referansetabeller

### 8.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 3. tertial 2012

Tilsyns- dato	Tilsynsetat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Frist	Kommentar - status
19.12.12	Oslo brann- og redningsetat	<b>Brann tilsyn med fokus på fjordårets handlingsplan</b>	Hele sykehuset				Ikke mottatt rapport. Tilsynet gjennomført som møte. Avventer rapport.
04.12.12	Helsedirektoratet	Genteknologiloven - komperativ medisin	Oslo sykehus- service KPM Radium- hospitalet	0	0		Avsluttet
04.12.12	Helsedirektoratet	Genteknologi - Lab for celleterapi	Kreft-, kirurgi- og transplantasjons- klinikken	0	0		Avsluttet
05.11.12	Direktoratet for samfunns- sikkerhet og beredskap	<b>HMS/kvalitet, MTU opplæring avvik</b>	Akuttklinikken, Medisinsk klinikk, OSS, Hjerte/lunge/ karklinikken, Klinikk for kreft, kirurgi og transpl.	6	0	15.03.	Tilsynsrapport fra des. ga 6 avvik og 2 anmerkn. Direktøren har hatt møte med DSB 11.01.13. Handlingsplan for ett avvik allerede oversendt.
02.11.12	Statens strålevern	Systematikk m/kartegging, vurdere risiko og iverksette risikoreduserende tiltak	Klinikk for diagnostikk og intervensjon				Spørreundersøkelse, ikke mottatt tilbakemelding
30.10.12	Arbeidstilsynet	Tilsyn med ambulanseavdelingen region 5	Akuttklinikken Ambulanse- tjenesten	0	0		Avsluttet
23.10.12	Mattilsynet	<b>Uanmeldt rutine- inspeksjon postkjøkken IK-mat</b>	OSS, Medisinsk klinikk	2		28.02.	Under arbeid. Handlingsplan utarbeides og oversendes innen frist.
22.10.12	Riksrevisjonen	<i>Selskapskontroll 12 vedr. gj.føring og effekt av omstilling av OUS</i>	Hele sykehuset				Gjennomføres ved dokumentgjennomgang supplert med intervjuer.
08.10.12	Fylkesmannen helseavd.	<b>Håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pas. med tykk- og endetarmskreft</b>	Klinikk for kreft, kirurgi og transpl. og Medisinsk klinikk	2			Handlingsplan er utarbeidet og oversendt innen frist.
27.09.12	Arbeidstilsynet	Krav for å forebygge arb.relaterte sykdommer og skade, samt innleid arb.kraft	Hele sykehuset				Avsluttet
25.09.12	Mattilsynet	Internasjonalt tilsyns- prosjekt om HACCP RAD Detaljomsetting og servering av mat	Oslo sykehusservice	2	2		Avsluttet

Tilsyns- dato	Tilsynsetat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Frist	Kommentar - status
		og drikkevarer.					
20.09.12	Mattilsynet	Detaljomsetning og servering av mat og drikke, Ullevål. HACCP- analyser	Oslo sykehusservice	3	2		Handlingsplan utarbeidet og oversendt. Ombygging oversendt prosjekt ARU
07.09.12	Arbeidstilsynet	Oppfølging av arbeidsmiljøforholdene ved laboratoriene på RH	Klinikk for diagnostikk og intervensjon	3	0	01.03.	I arbeid. Tiltak iverksettes innen frist.

Tabell 27. Tilsynsbesøk i 3. tertial 2012.

## 8.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid

Tilsyns- dato	Tilsynsetat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Frist	Kommentar - status
28.08.12	Statens legemiddelverk	Tilvirkertillatelse for legemidler	Kreft-, kirurgi- og transplantasjons- klinikken	5		20.03.13	I arbeid. Tiltak iverksettes innen frist.
20.06.11	Hafslund DLE	Anleggskontroll mot nyanlegg, tavler og pas.områder og tekniske anlegg mht person og brannsikkerhet	Oslo sykehuservice	47	ca.40	01.03.13	I arbeid. Handlingsplan utarbeidet og følges opp.
15.06.11	Arbeidstilsynet	Tilsynsrapport fra statusmøte	Hele sykehuset	10	8	Følges opp fortløp. i dialogmøte	I arbeid. Handlingsplan utarbeidet og følges opp.

Tabell 28. Ikke avsluttede avvik/pålegg fra tidligere tilsyn.

### 8.3 Påstartede og planlagte klinikkvise tiltak innen pasientsikkerhet

Klinikk	Tiltak
Klinikk for psykisk helse og avhengighet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utrykningsgruppe</li> <li>• Revisjon på intern kontroll i alle avdelinger</li> <li>• Pasientsikkerhetskampanjen innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling</li> </ul>
Medisinsk klinikk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikovurdere pasientbehandling etter gitte parametre (pilotpost), ønsker å jobbe med kvalitetsmarkører</li> <li>• Legemiddelsamstemming, innført kartleggingsskjema.</li> <li>• Fallforebyggende prosedyrer (undervisning, screening, kartlegging)</li> <li>• Slagsløyfe, skal iverksette "en pakke" prosedyrer, målinger, etc</li> <li>• Utvidelse av intensivkapasitet</li> <li>• Utnyttelse av senger på tvers av fagområder</li> </ul>
Klinikk for kirurgi og nevrofag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innføre Trygg kirurgi</li> <li>• Intern revisjon (samarbeide med KDI)</li> <li>• Fokusområder, sammensetning i KPU, hver avdeling identifiserer forbedringsområde</li> <li>• Opprettelse av register i Achilles</li> <li>• Komplikasjonsregistrering</li> <li>• Pilot for Achilles (ikke avgjort hvilken avdeling)</li> <li>• Opprettelse av kvalitetsråd i avdelingene</li> </ul>
Kvinne barn klinikk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forankring av pasientsikkerhetskampanjen og program for pasientsikkerhet 2014-2019. Vil kartlegge omfang av spesielle hendelsestyper (GTT) og øke kunnskap om risikonivået i pasientbehandlingen.</li> <li>• Velge ut fokusområder for forbedring.</li> <li>• Styrke arbeidet med leder som ressurs, pasientsikkerhetskultur og starte pasientsikkerhetsvisitter.</li> <li>• Sterkere involvering av legene i prosjekter eller arbeid som handler om kvalitet og pasientsikkerhet.</li> </ul>
Kreft og kirurgi klinikken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komplikasjonsregistrering i avvikssystemet innføres i AGK</li> <li>• Standardisering av pasientdokumentasjon</li> <li>• Internrevisjon – oppfølging av Gjennomføringsprosjektet</li> <li>• Avviksbehandling til avdelingsledermøte hver 6.uke</li> <li>• Trygg kirurgi</li> </ul>
Hjerte lunge klinikken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revurdering av rutiner for antikoagulasjon/oppheving av antikoagulasjon ved ablasjon</li> <li>• Ny generell prosedyre for hjertekirurgi</li> <li>• Prøve å korte ned forsinkelsen mellom hendelse/diagnose/tiltak ved cerebral ischemi som komplikasjon til prosedyre.</li> <li>• Trygg kirurgi</li> </ul>
Akuttkliikken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utskifting av Trykktanken</li> <li>• Trygg kirurgi er implementert i Nevro-kjeve opr og Generell seksjon Ullevål, Sentraloperasjon Aker og Dagkirurgen Ullevål. Ved andre lokalisasjoner er det i bruk</li> <li>• Deltatt i sykehusets Global trigger tool team. System for å se etter kriterier for pasientskade i et tilfeldig utvalg journaler</li> <li>• Tilført stillinger og budsjett ved forskjellig PO/intensivseksjoner og AMK.</li> <li>• Fornyer bilparken 22,4 Mill kr i 2013</li> <li>• Gradvis oppbygging/utvidelse av 119 – legebemannet ambulanse.</li> <li>• Revisjon og fornyet fokus på intensivkoordinering i sykehuset</li> <li>• First responder på Nesodden</li> </ul>
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det jobbes med et eget klinikkovergripende prosjekt (med midler fra Helse Sør-Øst RHF) med å forbedre ventetidene i radiologi for kreftpasienter.</li> <li>• Det jobbes med en klinikkovergripende pilot med "strømlelinjeformet" pasientforløp (brystkreft). Skal kunne brukes på flere forløp.</li> </ul>



Klinikk	Tiltak
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oslo universitetssykehus HF Pasientidentifikasjonskampanjen: "Merkebevissthet" (vår 2013)</li> <li>• Oslo universitetssykehus HF Blodprøver og svar når pasienten trenger det (oppstart slutten av januar)</li> <li>• Bredde e-rekvirering</li> <li>• Internrevisjon med klinikk for kirurgi og nevrofag vedrørende bruk av klinikkens tjenester (prioriteringskriterier)</li> <li>• Internrevisjon av 2D etiketter etter en innføringsperiode</li> </ul>

Tabell 29. Påstartede og planlagte klinikkvise tiltak innen pasientsikkerhet

Målgruppe: Foretaksstyret  
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet  
Dato: 1. februar 2013.



[www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

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

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. februar 2012

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

Vedlegg: Tabellvedlegg

---

### **SAK 4/2013 RAPPORTERING FOR DESEMBER 2013**

Forslag til vedtak:

*Styret tar rapporteringen for desember 2012 til orientering.*

Oslo, den 7. februar 2013

Bjørn Erikstein

## 1. Sammendrag

Gjennomgangen av status og foreløpige resultater for 2012 (bemanning for januar) viser kortfattet følgende:

- Somatikk:
  - Aktiviteten innenfor somatikken var i 2012 1,3 prosent høyere enn budsjettet. Effekt av feilrapportering av flere konsultasjoner samme dag og utførende helsepersonell er da hensyntatt i det rapporterte resultatet.
  - Det har vært betydelig færre liggedøgn for utskrivningsklare pasienter enn budsjettet.
- Psykisk helsevern og rusbehandling:
  - Aktiviteten innenfor psykisk helsevern for voksne var høyere enn planlagt både for døgnvirksomheten og poliklinisk aktivitet.
  - Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien ble det skrevet ut flere pasienter enn budsjettet i 2012, mens poliklinisk aktivitet var lavere enn budsjettet
  - Det var høyere døgnaktivitet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn lagt til grunn i budsjettet, mens den polikliniske aktiviteten innenfor dette området var lavere enn budsjettet.
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) økte betydelig i perioden august - november, vesentlig som følge av avvikling av langtidsventende. I desember ble gjennomsnittlig ventetid til avvikling redusert til 80 dager fra 100 dager i november.
- Antall langtidsventende fra 1-4 år er redusert med 129 i desember og nesten 2.300 fra april.
- Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i desember 550 og antall fristbrudd av ventende pasienter var 2.560 (19 prosent).
- Det foreløpige økonomiske resultatet for 2012 viser et negativt budsjettavvik på 138 millioner kroner. Dette inkluderer gevinst fra salg av eiendom på 82 millioner kroner og nedskrivning av bygningsmasse med 47 millioner kroner.
- Antall brutto månedsverk var i desember 17.217, og ble i januar 2013 redusert med 168 til 17.051. Antall brutto årsverk ble redusert med 374 fra gjennomsnitt 2011 til gjennomsnitt 2012.
- Gjennomsnittlig sykefravær i 2012 (til og med oktober) var 7,6 prosent. Dette er på samme nivå som tilsvarende periode i 2011.

## 2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør konstaterer at aktiviteten 2012 var høyere enn planlagt både innenfor somatikken og deler av psykisk helsevern. Dette må sees i sammenheng med lange ventelister og et målrettet arbeid for å redusere disse. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, hvor aktiviteten på enkelte områder har vært lav, har sykehusledelsen gitt oppmerksomhet til aktivitetsnivået for å bidra til at omstillingsarbeidet ikke fører til svekket tilbudet til pasientene.

Administrerende direktør har gjennom høsten 2012 etablert en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset. Det tidligere omtalte Gjennomføringsprosjekt er organisert slik at konsernrevisjonens anmerkninger og anbefalinger knyttet til det

pasientadministrative arbeidet, inkludert ventelistehåndtering og fristbruddpasienter, følges opp. Prosjektet er forankret i lederlinjen på klinikk- og avdelingsnivå, og følges tett opp av sykehusledelsen. Rapportering på gjennomføring inngår også i administrerende direktørs ordinære oppfølgingsmøter med klinikkene.

Administrerende direktør konstaterer at det samlede økonomiske resultatet for 2012 er bedre enn tidligere prognostisert. Dette skyldes imidlertid i stor grad ekstraordinære inntekter som ikke var kjent da de siste estimatene ble laget. Den negative resultatutvikling knyttet til den somatiske driften de siste månedene er derimot svært bekymringsfull. Årsakene til økte avvik er flere og ikke alt kan relateres til den faktiske aktiviteten utført i desember, men også til mangelfull periodisering av kostnader i tidligere perioder. Klinikkenes resultatutvikling gjennom 2012, og for desember spesielt, vil bli gjennomgått i klinikkvise oppfølgingsmøter. Det gjennomføres i tillegg ekstra møter med flere av klinikkene for å identifisere tiltak for å forbedre kvaliteten i den løpende rapporteringen.

Reduksjon i antall årsverk til budsjettet nivå for 2013 er viktig for å forbedre produktiviteten som forutsatt i budsjett 2013. Utviklingen i bemanningstallene er etter administrerende direktørs vurdering fortsatt ikke tilfredstillende og dette vil bli fulgt opp overfor klinikkene.

### **3. Pasientbehandling**

#### **3.1 Aktivitet somatikk**

Foreløpige DRG-tall viser at i 2012 var den reelle aktiviteten innenfor somatikken 1,3 prosent (2.743 DRG-poeng) høyere enn budsjettet, hvorav 0,8 prosent (1.520 DRG-poeng) er knyttet til "sørge-for" ansvaret. Rapportert resultat er korrigert ned med 1.900 DRG-poeng (om lag 1 prosent) knyttet til feil rapportering av flere konsultasjoner samme dag og feil registrering av utførende helsepersonell. Aktiviteten i desember var i hovedsak i samsvar med budsjettet.

Sammenlignet med 2011 er det registrert en reell aktivitetsreduksjon i somatikken på om lag 1,4 prosent (aktivitet begge år målt med DRG-poeng ut fra 2012-grouper). Reduksjonen i aktivitet fra 2011 skyldes at den såkalte haleaktiviteten i overføringsområdet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF er avviklet. Innenfor enkelte områder er det imidlertid økt aktivitet fra 2011 til 2012. Dette relateres både til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling for å unngå fristbrudd og redusere ventelistene. Eksempel på områder med økt aktivitet er indremedisinske tilstander (øyeblikkelig hjelp), PCI'er, ablasjoner, fødsler/nyfødte, enkelte organtransplantasjoner og traumer. De siste månedene av 2012 har det vært en økning i antall ecmo-pasienter (extra corporal membrane oxygenator), det vil si pasienter som får en kunstig sirkulasjonsstøtte til både lunge og hjerte. Dette er svært ressurskrevende, og har medført at øvrig aktivitet har vært noe lavere enn den ellers ville vært, spesielt innenfor Hjerte-, lunge- og karklinikken.

Når all aktivitet er ferdig registrert og endelig aktivitetsgrunnlag sendt til Norsk Pasientregister forventes det at aktivitetstallene vil endre seg noe.

#### **3.2 Aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

For *voksenpsykiatrien* var antall utskrevne pasienter i 2012 286 flere (26 prosent) enn budsjettet, mens antall polikliniske konsultasjoner er 15 prosent (10.825 konsultasjoner)

høyere enn plantall. Den høye aktiviteten henger sammen med lite vakanser og god produktivitet per behandler. Sammenlignet med 2011 var det en reduksjon i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 4 prosent (54 utskrivninger). Antall polikliniske konsultasjoner økte imidlertid med 18 prosent, fra 69 074 til 81 538 konsultasjoner. Dette er uttrykk for en ønsket og planlagt endring av virksomheten med større grad av poliklinisk behandling.

Den polikliniske aktiviteten innenfor *barne- og ungdomspsykiatrien* var i 2012 10 prosent (4.719 konsultasjoner) lavere enn plantall. Sammenlignet med 2011 var det en reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner med 1.874 (4 prosent). Avviket for polikliniske konsultasjoner knyttes særlig til to av poliklinikkene (Spesialavdelingen og BUP Oslo Syd). I budsjettet var det forutsatt at Spesialavdelingen ble godkjent som offentlig poliklinikk i januar, og dermed ville bidra til flere polikliniske konsultasjoner per fagårsverk gjennom hele året. Fylkeslegen godkjente imidlertid Spesialavdelingen som offentlig poliklinikk først høsten 2012. Manglende godkjenning som offentlig poliklinikk ble kompensert med økt antall dagbehandlinger. Ved BUP Oslo Syd var det høyt sykefravær, og en del ubesatte stillinger som ble holdt ledig i påvente av innplasseringsprosessen. Her er det startet en rekrutteringsprosess. For døgnbehandling ble det skrevet ut 6 pasienter mere enn budsjettet. Sammenlignet med 2011 ble det skrevet ut 42 pasienter (30 prosent) færre, og antall liggedøgn ble redusert med 1.224 (25 prosent). Det gjennomføres tiltak for å rette opp ulike forhold med hensyn til høyt sykefravær, bedret inntaksarbeid og pasientforløp, bedret registreringspraksis mm.

Innenfor *tverrfaglig spesialisert rusbehandling* ble det skrevet ut 20 prosent (447) flere pasienter fra døgnbehandling enn plantall. Sammenlignet med 2011 var det en reduksjon i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 17 prosent (548) pasienter. Endringen fra 2011 henger sammen med et nedtrekk på 10 døgnplasser for avgiftning fra 16. 01.2012 og avvikling av 8 plasser ved enheten Frogn fra mai 2011. At antall utskrevne pasienter er høyere enn budsjettet betyr at det er flere pasienter som avbryter behandling. Dette er en lite ønsket situasjon. Antall polikliniske konsultasjoner var 15 prosent (1.429) lavere enn budsjettet og ble redusert med 8 prosent (753 konsultasjoner) fra 2011. Den pågående prosessen med bemanningsreduksjoner og forsinket dreining fra døgn til dag- og poliklinisk aktivitet er hovedårsaken til avviket. I tillegg har det vært noe feilregistrering av aktivitet ved enkelte av poliklinikkene. Dette følges opp med den enkelte behandler og en ny runde med opplæring.

Det gjennomføres store omstillinger innenfor både barne- og ungdomspsykiatrien og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Omstillingene påvirker aktivitetstallene og gir negative avvik mot budsjett, spesielt for poliklinisk aktivitet. Sykehusledelsen følger fagområdene tett for å sikre at omstillingene ikke får konsekvenser for pasientbehandlingen. Når det gjelder endringene i døgnvirksomheten fra 2011 til 2012 henger disse i stor grad sammen med senere overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF innenfor disse fagområdene.

### **3.3 Ventelisteutvikling**

*Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (helsehjelp igangsatt) og for ventende*

For 2012 er målet at gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter skal reduseres ned mot 65 dager. Gjennomsnittlig ventetid (for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp) er lengre de siste månedene enn i første halvår 2012, og dette er knyttet til avvikling av langtidsventende. Det er først og fremst avvikling av pasienter uten rett til

prioritert helsehjelp som gir dette utslaget. I desember er ventetiden redusert til 80 dager fra 100 dager i november. Reduksjon i antall som har ventet mer enn 1 år er også knyttet til ikke-ordinær avvikling fra venteliste. Ikke-ordinære avviklinger påvirker ikke gjennomsnittlig ventetid til avvikling. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy.

Ventetid for de som venter på start helsehjelp følges også tett opp. Per desember er gjennomsnittlig ventetid for alle ventende 361 dager. Ventetid for ventende pasienter er per desember redusert fra samme periode i 2011. Det er stor forskjell i ventetid for ventende med og uten rett til prioritert helsehjelp. For ventende med rett er gjennomsnittlig ventetid ved periodeslutt 113 dager, og redusert fra omlag 121 i desember 2011. For ventende uten rett er gjennomsnittlig ventetid ved utgangen av desember 552 dager, og redusert fra 654 dager i desember 2011.

#### *Antall ventende, herunder langtidsventende*

Antall ventende ved Oslo universitetssykehus HF er per utgangen av desember omlag 31 400, hvorav omlag 57 prosent (omlag 18 000) er innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag. Av totalt antall ventende har i overkant av 40 prosent rett til nødvendig helsehjelp.

Ved utgangen av desember er antall ventende som har ventet mer enn 1 år omlag 8 000, hvorav omlag 900 har rett til nødvendig helsehjelp. Antall ventende over 1 år er redusert med omlag 3 000 fra mai.

Sammenlignet med status i april var målsettingen å redusere antall langtidsventende 1-4 år fra 8 139 til 4 322 per utgangen av 2012. Dette innebærer at det per utgangen av året ikke lenger skal være pasienter som har ventet 1-4 år innenfor mange fagområder. Av flere årsaker vurderes det ikke som realistisk å klare dette innenfor alle fagområder. Dette gjelder innenfor fagområdene ortopedi, plastikkirurgi, nevrokirurgi, nevrologi, ØNH, øye og medisinsk genetik. For fagområder som har langtidsventende per utgangen av året, lages det nå en plan med måltall for videre reduksjon av langtidsventende for første kvartal 2013. Per utgangen av desember er antallet innenfor somatiske fagområder som har ventet 1-4 år redusert til 5 384 fra 5 513 i november, dvs en reduksjon på 129. Reduksjonen siste måned er størst innenfor nevrologi og øre-nese-hals. Det er et avvik i forhold til måltall på 1 193, dette skyldes forsinket oppresentart av tiltak innenfor enkelte fagområder. Det er størst avvik fra måltall for plastikkirurgi, ortopedi og øye.

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

Det er etablert en plan for å komme i kontakt med langtidsventende innenfor alle fagområder med langtidsventende bortsett fra innen nevrokirurgi hvor ventelistene i første omgang må gjennomgås. Videre gjennomgås status for overføring av ortopediske pasienter til private leverandører som Helse Sør-Øst RHF har avtale med og til andre foretak innen regionen.

#### *Vurderingstid*

Tid fra mottak av henvisning til denne er ferdig vurdert var 7,5 dager i 2012

(gjennomsnittstall). Det gjøres oppmerksom på at det pasientadministrative system (PasDoc) ikke kan fremstille data som viser hvilke henvisninger som er viderehenvisninger fra andre sykehus, slik at sekundærhenviste pasienter inngår i rapporteringen.

#### *Tiltak*

Ventelister og fristbrudd tas opp i alle oppfølgingsmøtene med klinikkene, hvor hovedfokus er langtidsventende og fristbrudd. Tiltak i arbeidet med å redusere ventetid til helsehjelpen starter er bedre planlegging av aktivitet i avdelingene og mer aktivt bruk av ventelistene i planlegging av driften. I tillegg arbeides det med tiltak for å bedre kapasiteten innenfor enkelte fagområder. Ellers vises det til styresak 60/2012 hvor det redegjøres for handlingsplan for ivaretagelse av konsernrevisjonens anmerkninger og anbefalinger knyttet til det pasientadministrative arbeidet og ventelistebehandling og fristbruddpasienter. I handlingsplanen er også anbefalinger fra det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset" inkludert. Det er nedsatt et gjennomføringsprosjekt som skal sørge for at handlingsplanen blir gjennomført. Fokusområder er kompetanseheving og opplæring, rydding i ventelister og rutiner for oppfølging av ventelister. Dette arbeidet vil ha innvirkning på alle styringsparametre knyttet til ventelister og prosjektet gjennomføres så langt etter plan.

Gjennomføringsprosjektet arrangerte i perioden 1/11-13/12 fellesundervisning hvor alle sluttbrukere som har roller tilknyttet henvisninger og ventelister ble bedt om å delta. Undervisningens innhold er kvalitetssikret av fagdirektør, jurister, ventelistecontroller og ventelisteansvalig på klinikknivå. Denne kompetansegruppen gjennomfører også undervisningen. Undervisningens hovedmomenter er hvordan man best bør organisere arbeidet rundt mottak, registrering og behandling av henvisninger, praktisk registrering i pasientadministrativt system, utsendelse av korrekte brev samt gjennomgang av juridiske aspekter. Følgende aspekter gjennomgås grundig:

- Rettighetsvurdering, utfall av rettighetsvurdering
- Fastsettelse av den juridisk bindende frist for rettighetspasienter
- Fastsettelse av frist for behovspasienter
- Fornyet vurdering
- Viderehenvisninger fra andre sykehus
- Forpliktelser ved fare for fristbrudd
- Når helsehjelpen er startet (den juridiske fristen oppfylt)
- Helsehjelp i det videre forløp
- Handlingsrom ved manglende kapasitet
- Utsettelse

Prosjektet har utarbeidet et veiledningshefte for gjennomgang og oppfølging av ventelister.

Når det gjelder fokus på kapasitet innenfor enkelte fagområder kan det spesielt nevnes at det innen ortopedi og nevrologi er igangsatt tiltak for en midlertidig kapasitetsøkning og en optimalisering av driften slik at ventelistene kan reduseres. I tillegg har det regionale helseforetaket nedsatt midlertidige fagråd innen disse to fagområdene som bl.a skal se på kapasitetsutnyttelse innen regionen. Regionen har også nedsatt midlertidig fagråd innen ØNH og øyesykdommer som bl.a. skal se på kapasitetsutnyttelse. Dette er fagområder hvor Oslo universitetssykehus HF har lange ventelister.



Innenfor plastikk- og rekonstruktiv kirurgi pågår det også et regionalt prosjekt som ser på behov, kapasitet og dimensjonering av dette fagområdet i regionen. I tillegg er foretaket i 2012 tildelt 13,2 millioner kroner til tiltak for å redusere ventelistene innenfor brystrekonstruksjon.

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

### **3.4 Fristbrudd**

For 2012 er målet at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. I rapportering og oppfølging er det fokus på:

- Antall og andel fristbrudd for pasienter hvor utredning/behandling er påstartet eller avsluttet (igangsatt helsehjelp/avviklede pasienter)
- Antall og andel fristbrudd for pasienter som fortsatt venter
- Antall fristbrudd i rapporteringsperioden
- Fristtid (viser hvor lange frister som gis)
- Ventetid ut over (individuell satt) frist

#### *Status per desember*

Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i desember 550 (andel 14 prosent). Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av desember var 2.560 (19 prosent), og økt fra 1.795 (andel 14 prosent) per utgangen av november. Det er store klinikkvise variasjoner, og dette følges tett opp som en del av Gjennomføringsprosjektet og i oppfølgingsmøter med klinikkene slik at antallet og ventetid ut over frist reduseres.

#### *Tiltak*

Tiltakene som er omtalt under ventelisteutvikling omfatter også tiltak for å redusere antall fristbrudd. Som en del av Gjennomføringsprosjektet økes kompetansen rundt pasienters rettigheter og korrekt håndtering av pasienter med rett til prioritert helsehjelp, i tillegg til at det settes fokus på ajourførte ventelister og god planlegging av driften. Tiltak for midlertidig økning av kapasitet innenfor enkelte fagområder med høy andel fristbrudd er også iverksatt.

### **3.5 Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent**

Prevalensundersøkelser måler andel pasienter med helsetjenesteassosierte (nosokomiale) infeksjoner på et gitt tidspunkt. De fire vanligste typer helsetjenesteassosierte infeksjoner samt bruk av antibiotika registreres ved disse undersøkelsene. Oslo universitetssykehus HF er gjennom oppdragsdokumentet pålagt å gjennomføre fire prevalensundersøkelser i året. Prevalensrate av de 4 infeksjonstypene som skal meldes til Nasjonalt folkehelseinstitutt er 5,6 prosent for registreringer gjennomført i 2012. Sammenlignet med hele 2011 er dette en reduksjon på 0,3 prosent (fra 5,9 prosent). Det er denne målingen som er grunnlaget for målsettingen om at andelen sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 prosent.

### **3.6 Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

Oslo universitetssykehus HF arbeider for at flest mulig pasienter får informasjon om time for utredning/behandling samtidig som det gis informasjon om vurderingen av henvisningen. Per dags dato har ikke Oslo universitetssykehus HF data på hvor stor andel

pasienter som får tidspunkt for helsehjelp i samme brev som det gis informasjon om henvisningsvurderingen. Foretaket har startet prosjekt for innføring av DIPS i løpet av 2014, og videreutvikling av PasDoc (eksisterende pasientadministrativt system) vil være begrenset i denne perioden. Rapportering av andel pasienter som får bekreftelse på mottatt henvisning og tidspunkt for behandling i same brev, vil derfor ikke kunne gjøres før DIPS er tatt i bruk.

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

### **3.7 Alle epikriser skal være sendt ut innen 7 dager etter utskrivning**

Etter gjennomføring av milepæl 5 (M5) i FKI-prosjektet (felles klinisk informasjonsgrunnlag) var det forutsatt at foretaket skulle kunne rapportere andel epikriser sendt ut innen 7 dager etter utskrivning. Status er at det tidligere tekniske miljøet som er benyttet for dette formål er avvirket, uten at dette er bestilt fra sykehuset. Problemstillingen er tatt om med Sykehusparter, og saken følges tett opp for å sikre at dette kan rapporteres som forutsatt snarest.

### **3.8 Andel korridorpasienter**

For 2012 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter var i desember 1,3 prosent, og noe høyere enn gjennomsnittet i 2012 på 1,0 prosent. Tiltak i klinikkene for å redusere omfanget av korridorpasienter er økt fokus på planlegging av utskrivning, tidligere legevistiter og dermed tidligere utskrivning av pasienter og bedre bruk av senger på tvers av de ulike sengepostene. Det er videre innført rutiner for bestilling av transport for utskrivningsklare pasienter, slik at dette skal være garantert.

### **3.9 Utskrivningsklare pasienter**

Både antall og andel utskrivningsklare pasienter innen somatikken er redusert fra januar til desember. Det samme gjelder for antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter. I desember er det rapportert 58 utskrivningsklare pasienter (177 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter var i desember 0,5 prosent, og gjennomsnittet for 2012 0,5 prosent. Nivået i 2. og 3. tertial var på 0,3 prosent, mens nivået i 1. tertial var 0,8 prosent. Generelt reflekterer reduksjonen i utskrivningsklare pasienter at samhandlingsreformen og kommunens betalingsplikt har gitt effekt. I budsjett 2012 var det budsjettert med inntekter for utskrivningsklare pasienter tilsvarende det beløp (24 millioner kroner) som ble overført til kommunen. På grunn av at antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er redusert som beskrevet ovenfor gir dette et negativt avvik på omlag 21 millioner kroner.

Innenfor psykisk helsevern for voksne var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter 7,1 prosent i 2012. Det var en liten reduksjon i andel liggedøgn 3. tertial, men det er ikke registrert tilsvarende reduksjon i utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern som innenfor somatikken. Utfordringene ved å overføre utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern er hovedsakelig knyttet til manglende botilbud i primærhelsetjenesten. For å imøtekomme utfordringer knyttet til kompetansebehov i primærhelsetjenesten, er det igangsatt ulike former for kompetansehevede tiltak, samt flere ulike samhandlingsprosjekt.

## 4. Økonomi

### 4.1 Resultat per desember (foreløpig resultat)

Det økonomiske resultatet (foreløpig) for Oslo universitetssykehus HF viser for 2012 et regnskapsmessig underskudd på 538 millioner kroner mot et budsjettert underskudd på 400 millioner kroner, dvs at resultatet er 138 millioner kroner mer negativt enn budsjettert. Per november ble det rapportert et negativt avvik på 126 millioner kroner, slik at det akkumulerte avviket isolert sett er økt med 12 millioner kroner i desember. Resultatet for desember må ses på bakgrunn av at det er bokført flere ekstraordinære inntekter og kostnader i perioden. Dette omfatter blant annet tildeling av økte inntekter fra Helse Sør-Øst RHF i desember og ekstraordinære nedskrivninger av eiendommer. De somatiske klinikkene har i desember gjennomgående hatt vesentlig høyere kostnader enn budsjettert. Samtidig er det løst opp reserver knyttet til fakturaetterslep, lønnsoppgjør mv, og kostnadene til IKT er blitt noe redusert. Videre er det gjort en avsetning i regnskapet for kostnader knyttet til restrukturering innenfor Klinik for psykisk helse og avhengighet med 11,6 millioner kroner.

Økte inntekter fra Helse Sør-Øst RHF som ble bokført i desember, med en nettoeffekt på om lag 75 millioner kroner, omfatter følgende:

- Fordeling av tilbakeholdte midler (34 millioner kroner)
- Kompenasjon for økte pensjonskostnader for gjestepasienter (31 millioner kroner)
- Økt enhetspris ISF (9 millioner kroner)
- Dekning av merkostnader knyttet til pasienter som behandles i utlandet (11 millioner kroner)
- Omdisponering av midler til investeringsformål Regional avdeling for spiseforstyrrelser (-10 millioner kroner)

Innenfor IKT-området viser de foreløpige resultatene for 2012 et mindreforbruk på omlag 70 millioner kroner, hvorav 30 millioner kroner i desember. Mindreforbruket skyldes i stor grad forsinkelser i leveranser fra Sykehuspartner. Endring i desember skyldes sen avklaring av enkeltsaker og oppdatert informasjon om fremdrift og kostnader for prosjekter. Det er iverksatt tiltak for å bedre kommunikasjonen med Sykehuspartner for å sikre bedre informasjon om påløpte kostnader mv innenfor IKT-området.

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

ØBAK OUS	Hittil i 2012			
	Faktisk	Budsjett	Avvik budsjett	
Basisramme	10 421 368	10 421 368	0	Basisrammen inntektsføres som budsjettert.
Aktivitetsbaserte inntekter	5 924 430	5 843 893	80 537	Høyere aktivitet enn budsjettert innenfor somatikken bidrar til høyere aktivitetsbaserte inntekter. Lave inntekter for utskrivningsklare pasienter (-21 mnok) og forhold knyttet til kurtdøgn mv fra 2011 reduserer det positive avviket. Avvik for andre aktivitetsbaserte inntekter må også ses delvis i sammenheng med avvik for andre inntekter. I resultatet inngår også tapsføring knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag og feil rapportert utførende helsepersonell, med 50 mnok (herav 20 mnok knyttet til 2011). Effekt av økt enhetspris ISF utgjør om lag 9 mnok.
Andre inntekter	1 827 419	1 600 193	227 226	Andre inntekter inkluderer 82 mnok i gevinst fra salg av eiendom. Videre er det inntektsført 22 mnok mer enn budsjettert fra Raskere tilbake. Økte inntekter fra HSØ knyttet til fordeling av tilbakeholdte midler (34 mnok) og finansiering av økte pensjonskostnader (31 mnok) inngår også i merinntekten.
Sum driftsinntekter	18 173 217	17 865 454	307 763	Korrigert for gevinst fra salg av eiendom, tapsføring knyttet til saken fra avregningsutvalget og økte inntekter fra HSØ, er driftsinntektene 110 mnok høyere enn budsjettert. Dette relateres i hovedsak til høyere aktivitet enn budsjettert.
Lønn- og innleiekostnader	12 920 166	12 468 100	452 066	Det er et merforbruk på lønn- og innleiekostnader på 452 mnok, tilsvarende 3,6 pst. Underfinansiering av økte pensjonskostnader har bidratt til å øke avviket for lønn.
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 150 044	2 070 814	79 230	Varekostnadene er høyere enn budsjettert. Dette skyldes blant annet høyere aktivitet enn budsjettert. Videre er det høye kostnader til dyre implantater som delvis relateres til prisøkninger og delvis til høyere aktivitet enn forutsatt i budsjettert. Deler av avviket relateres også til svært dyre medikamenter til enkeltpasienter. Konserninterne gjeslepasienskostnader er lavere enn budsjettert.
Andre driftskostnader	3 550 446	3 628 982	-78 536	Det er mindreforbruk på flere poster, blant annet er energikostnadene hittil i år 44 mnok lavere enn budsjettert og det er lavere IKT-kostnadene enn budsjettert. Videre er det noe forsiktig budsjettering.
Sum driftskostnader	18 620 656	18 167 896	452 760	Sum driftskostnader er 2,5 pst høyere enn budsjettert. Deler av dette relateres til høyere aktivitet enn budsjettert. Hoveddelen av avviket skyldes høyere bemanning enn forutsatt i budsjettert.
Driftsresultat	-447 439	-302 442	-144 997	
Netto finans	-90 875	-97 558	6 683	Avviket skyldes lavere rentekostnader enn budsjettert og effekt av mindreinntekt og interne eliminerings av AS'ene.
<b>Resultat OUS</b>	<b>-538 314</b>	<b>-400 000</b>	<b>-138 314</b>	

I vedlegg 1 gis en nærmere redegjørelse for avvik per ØBAK-linje (rapporterings-formatet til Helse Sør-Øst RHF) og klinikkens avvik. Som det fremkommer har flere av klinikkene store negative avvik i desember. Årsakene til dette er sammensatte, og kan i stor grad grupperes i følgende kategorier:

- 1) Driftsrelaterte i perioden
- 2) Kostnader som er påløpt, men ikke kostnadsført i tidligere perioder
- 3) Manglende gjennomføring av tiltak

Dette gjennomgås med klinikkene, og der det identifiseres forbedringsområder vil det bli iverksatt tiltak fortløpende. Det foreløpige årsresultatet er om lag 60 millioner kroner mer positivt enn rapportert årsestimat etter november. Forbedringen i forhold til tidligere rapporterte årsestimat motsvarer om lag tildeling av ekstra inntekter fra Helse Sør-Øst RHF.

#### 4.2 Endelig årsregnskap 2012

Årsregnskapet for 2012 skal behandles av styret 10. april 2013. Selv om det er vektlagt at det foreløpig rapporterte resultatet skal være så likt endelig årsresultat som mulig, er det erfaringsmessig noe endringer i resultatet fra rapportering av foreløpig resultat til endelig årsregnskap. Styret vil bli orientert om eventuelle endringer i forbindelse med fremleggelsen av årsregnskapet i april.

#### 4.3 Gjennomføring av budsjett 2012 og oppfølging av tiltak

Styret ble orientert om klinikkens arbeid med å gjennomføre tiltak sist i styresak 82/2012 - Rapportering per oktober. Klinikken rapporterte etter september at 80 prosent av de

budsjetterte gevinstene knyttet til tiltakene var gjennomført. Per oktober var den meldte gjennomføringsprosenten noe lavere (75 prosent). Denne gjennomføringsprosenten er nå uendret for desemberreporteringen og baserer seg på klinikkens meldte gjennomføring av tiltak.

Det er primært tre klinikker som har vesentlige endringer i tiltaksgjennomføringen. Klinikken for psykisk helse og uavhengighet budsjetterte en stor andel av sine tiltak med gjennomføring i desember. Denne klinikken går i økonomisk balanse og har gjennomført andre store endringer i driften som ikke er fanget opp av de tiltak som lå til grunn ved årets start. Hjerte-, lunge- og karklinikken hadde planlagt en omorganisering av Thoraxkirurgisk avdeling som ikke er gjennomført i henhold til de planer som ble lagt ved inngangen til 2012. Årsakene til dette er både lav intensivkapasitet og et behov for ytterligere faglige avklaringer. Den reduserte gjennomføringsgraden ved disse to klinikkene oppveies i stor grad av at Oslo sykehusservice med en stor tiltaksportefølje (73 millioner kroner) har hatt en betydelig økt gjennomføringsgrad fra 71 prosent i oktober til 91 prosent i desember.

Totalt for 2012 er det gjennomført rapporterte tiltak for 254 millioner kroner og 290 årsverk. Oslo sykehusservice er den klinikken som isolert sett bidrar med størst reduksjon i kostnader og årsverk.

#### 4.4 Investeringer

##### *Investeringer til videreføring av drift*

På bakgrunn av risikoen for et negativt resultatavvik for driften vedtok styret å redusere investeringsbudsjettet for 2012 (ordinære driftsinvesteringer) fra 315 millioner kroner til 250 millioner kroner i styremøte 20. juni 2012 (sak 43/2012). Foreløpige regnskapprosentall ved utgangen av desember viser at det er regnskapsført om lag 230 millioner kroner til medisinskteknisk utstyr, bygg og annet. Det er forsinkelser knyttet til fremdriften på IKT-prosjekter, som i hovedsak forklares med forsinkelse i planlagt anskaffelse av innkjøps- og logistikksystem. Det tas sikte på at anskaffelsen vil bli gjennomført i 2013 finansiert over investeringsbudsjettet for 2012.

Styret har vedtatt et investeringsbudsjett til ordinære investeringer i 2013 på 414 millioner kroner, jamfør styresak 86/2012. For at nødvendig investeringer ikke skulle utsettes ga styret administrerende direktør fullmakt til å bestille utstyr i 2012 for levering i 2013 innenfor en ramme på 200 millioner kroner, jamfør styresakene 43/2012 og 73/2012. Ved utgangen av desember var det inngått forpliktelser for 159 millioner kroner innenfor 2013-budsjettet. Innenfor investeringsrammen for 2013 på 414 millioner kroner er det budsjettert med 136 millioner kroner til sammenbrudd medisinskteknisk utstyr, hvorav det ved utgangen av desember var inngått forpliktelser for 86 millioner kroner.

##### *Omstillingsinvesteringer*

Det er fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for om lag 1 mrd kroner siden opposentart av disse prosjektene i 2010. Det pågår også utredninger av delprosjekter der det foreløpig ikke er anslått en endelig kostnadsramme, men som alle skal finansieres innenfor den avklarte rammen på 1,5 mrd. kroner (2012-kroner).

I en første pulje ble det igangsatt delprosjekter for 750 millioner kroner. Disse prosjektene er nå enten ferdigstilte eller under gjennomføring. I det finansieringen på 1,5 mrd. kroner var sikret ble alle delprosjekter som ikke var igangsatt kvalitetssikret, revurdert og

omprioritert i en helhetlig plan som også tok hensyn til nye behov. Samlingen av alle delprosjekter i en helhetlig plan sikrer at flere gjensidige avhengigheter og kvalitetssikring på tvers ivaretas, samt at det tas hensyn til arealutviklingsplanen og andre overordnede planer. Det er deretter suksessivt igangsatt nye puljer av delprosjekter ettersom kvalitetssikring og virksomhetsavklaringer er foretatt. Foreløpige regnskapstall ved utgangen av desember viser at det er påløpt utgifter til omstillingsinvesteringer i 2012 på om lag 330 millioner kroner, mot budsjettet 570 millioner kroner. For årene 2010-2012 var det samlet gjennomført omstillingsprosjekter for omlag 550 millioner kroner.

#### **4.5 Likviditet**

Ved utgangen av desember var benyttet driftskreditt for Oslo universitetssykehus HF på 2.554 millioner kroner mot budsjettet 3.170 millioner kroner. Kontantstrøm fra drift bidro med et positivt avvik på om lag 410 millioner kroner, mens kontantstrøm fra investeringer og finansiering bidro med om lag 210 millioner kroner.

Det positive avviket på kontantstrøm fra drift forklares i stor grad med en ikke budsjettet innbetaling på om lag 250 millioner kroner fra Helse Sør-Øst RHF (vedrørende pensjon). I tillegg er det forsyvninger i innbetalinger og utbetalinger knyttet til kundefordringer og kortsiktig gjeld som ikke var budsjettet. Dette bidro med en positiv kontantstrøm på om lag 260 millioner kroner.

Det er flere forhold som bidrar til det positive avviket på 210 millioner kroner fra investeringer og finansiering. Ordinære driftsinvesteringer bidrar med et positivt avvik på om lag 60 millioner kroner som følge av det reduserte investeringsbudsjettet for 2012. Det er solgt flere eiendommer enn forutsatt i budsjettet og overføring av likviditet til Sykehuspartner for IKT-investeringer er ikke utbetalt på grunn av forsinkelser i gjennomføring.

### **5. Bemanning, sykefravær**

#### **5.1 Utvikling månedsverk**

Antall brutto månedsverk var i desember 17 217, og økt med 126 fra november. Fra desember til januar 2013 er det en reduksjon på 168. Økningen fra november til desember forklares i stor grad med noe etterslep i registreringen mot slutten av året. Ser man på bemanningsutviklingen gjennom året var antall brutto månedsverk høyere i 2. halvår 2012 enn i 1. halvår. Dette kan i stor grad forklares ved sesongvariasjoner og noe økning i antall årsverk med ekstern finansiering gjennom året.

Justert for effekt av konvertert lønnsmodell for overleger (65) og økning i eksternt finansierte årsverk er antall månedsverk i desember 2012 redusert med 134 (0,8 prosent) fra desember 2011, mens reduksjonen er på 443 (2,7 prosent) årsverk når man sammenligner gjennomsnittlig antall månedsverk i 2012 med gjennomsnitt for foregående år.

Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk i 2012 var 524 høyere enn budsjettet. Avvik i forhold til budsjettet bemanning må sees på bakgrunn av at:

- Det var noe udisponerte midler i budsjettet mv som det ikke var knyttet årsverk til. Dette kompenserer noe for forsinkelser i tiltaksgjennomføring.

- Høyere aktivitet enn budsjettet gir økte inntekter som isolert sett gir rom for noe høyere bemanning enn budsjettet i 2012.
- Økning i antall årsverk med ekstern finansiering (forskning, øremerkede midler mv) på om lag 100 fra januar 2012 til desember 2012.

For mer detaljert informasjon om bemanningsutviklingen i perioden 2010-2012 vises til styresak 8/2013 om bemanningsutvikling ved Oslo universitetssykehus HF i perioden 2010-2012.

## **5.2 Utvikling i årsverk på stillingsgrupper**

Den relative andelen av månedsværk pr stillingsgruppe forholder seg stabilt gjennom 2012. En relativ økning på leger må ses i sammenheng med konvertert lønnsmodell for overleger, som gir en forventet økning på ca 65 årsverk.

## **5.3 Innleie av helsepersonell**

Gjennomsnittlig innleide månedsværk var i 2012 183 per måned. Dette er relativt utforandret fra 2011. Innleie av helsepersonell benyttes i hovedsak for å sikre særlig kritisk kompetanse og utviklingen i 2012 må sees i sammenheng med sesongvariasjoner og aktivitetsnivå.

## **5.4 Sykefravær**

Per oktober 2012 er sykefraværet 7,6 prosent, fordelt på 2,6 prosent korttidsfravær og 5,0 prosent langtidsfravær. Det totale sykefraværet ligger på samme nivå som for tilsvarende periode i 2011.

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

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

I tillegg arbeides det med å sikre samarbeid mellom avdeling, HR og Arbeidsmiljøavdeling i håndteringen av arbeidsrelatert fravær. Avtalen om inkluderende arbeidsliv og handlingsmålene under denne blir fulgt opp i klinikk AMU, sentralt AMU og i HMS-rapporteringen.

# Styresak 4/2013 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF  
OUS HF

Månedrappport desember 2012

(Bemanningstall for januar 2013)



# Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

## 1 Innhold i tabellvedlegg

### 2 Pasientbehandling

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

### 3 Økonomi og finans

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

### Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

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

## 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

### Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år  
Status per mnd: Akkumulerte tall

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

## 2.1 Aktivitet og DRG – somatikk

AKKUMULERT PER DESEMBER	Status per DESEMBER			Endring fra 2011	
	Resultat	Avvik	Avvik i %	i antall	i %
<b>Klinikk</b>					
Medisinsk klinikk	27 895	1 246	4,7 %	-1 893	-6,4 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	55 038	129	0,2 %	-1 946	-3,5 %
Kvinne- og barneklubben	34 848	822	2,4 %	264	0,8 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	55 593	628	1,1 %	-568	-1,0 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	31 726	-266	-0,8 %	452	1,4 %
Akuttklubben	4 010	670	20,1 %	746	22,9 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	125	89	247,2 %	-16	-11,3 %
Stab, Utenlandskontoret	81	81		9	12,5 %
Biologiske legemidler	1 849	-79	-4,1 %	-	
Fellesposter	-1 900	-582	44,2 %	-	0,0 %
<b>SUM til rapportering</b>	<b>209 265</b>	<b>2 738</b>	<b>1,3 %</b>	<b>-2 951</b>	<b>-1,4 %</b>
<b>Sum FØR korrigerings av feil rapportering av utførende helsepersonell / flere konsultasjoner samme dag</b>	<b>211 165</b>	<b>4 638</b>	<b>2,2 %</b>	<b>-2 951</b>	<b>-1,4 %</b>

Merknader:

- Tallene er ikke endelige (aktivitetsfiler til NPR for 3. tertial 2012 leveres 4.2)
- Sammenligning med 2011 (som 2012) er gjort ekskl Legevakten / Biologiske legemidler
- Under Fellesposter er det korrigerings for estimert effekt av feil registrering/rapportering av flere konsultasjoner samme dag/utførende helsepersonell.

## 2.2 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapportering Des 2012		Denne periode				Resultat hittil i år			
Klinikk		Faktiske tall periode	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %
Aktivitet	Indikator								
<b>VOP</b>	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	95	88	7	8,0 %	1 364	1 075	289	26,9 %
	Liggedøgn	7 107	6 366	741	11,6 %	77 690	75 924	1 766	2,3 %
	Dagopphold	43	0	43		625	0	625	
	Polikliniske konsultasjoner	4 788	5 719	-931	-16,3 %	81 538	70 713	10 825	15,3 %
<b>BUP</b>	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	9	8	1	12,5 %	98	92	6	6,5 %
	Liggedøgn	315	386	-71	-18,4 %	3 668	4 575	-907	-19,8 %
	Dagopphold	181	255	-74	-29,0 %	2 657	3 020	-363	-12,0 %
	Polikliniske konsultasjoner	2 822	3 074	-252	-8,2 %	44 470	49 189	-4 719	-9,6 %
<b>TSB</b>	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	201	193	8	4,1 %	2 734	2 287	447	19,5 %
	Liggedøgn	1 932	2 344	-412	-17,6 %	27 805	28 140	-335	-1,2 %
	Dagopphold	67	137	-70	-51,1 %	647	2 000	-1 353	-67,7 %
	Polikliniske konsultasjoner	548	783	-235	-30,0 %	8 213	9 642	-1 429	-14,8 %

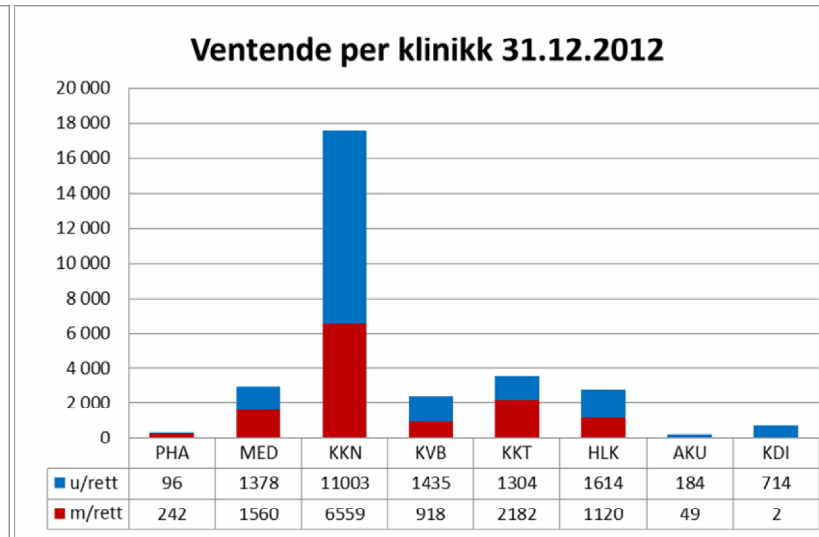
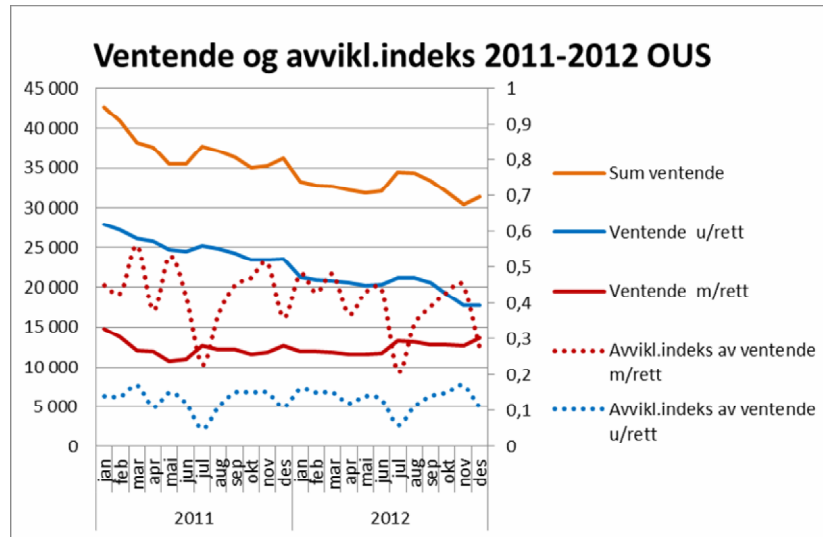
### Forkortelser:

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

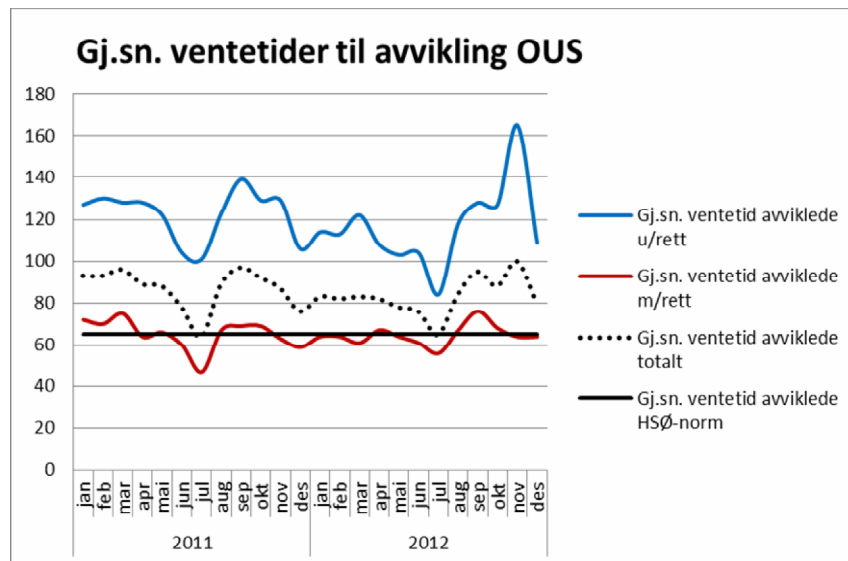
TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

## 2.3 Ventelisteutvikling – antall ventende



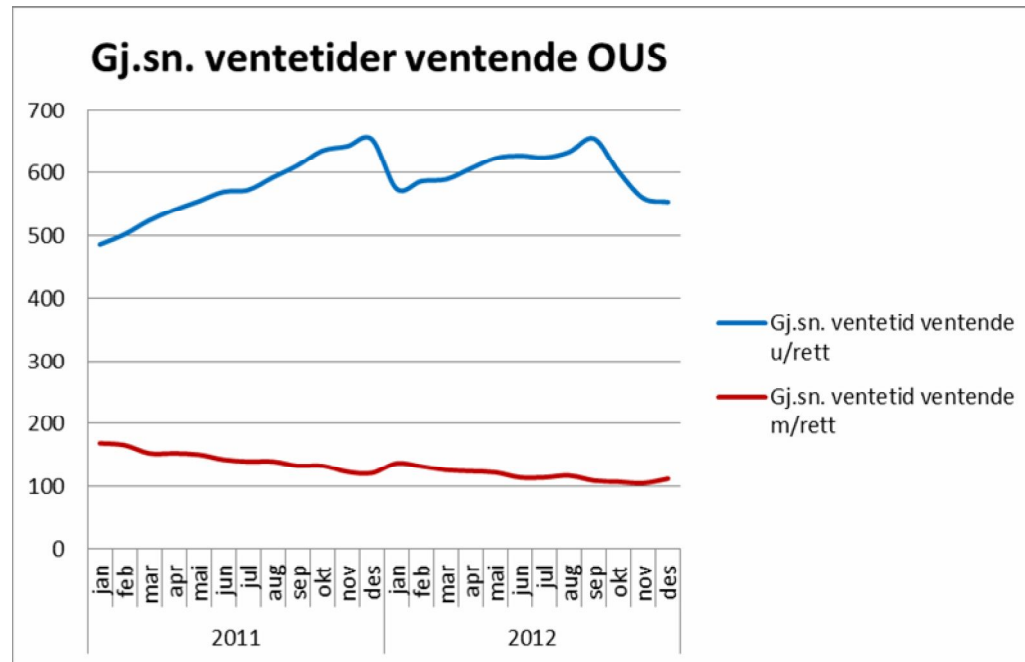
Sum ventende	2011												2012											
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des
PHA	535	501	509	447	447	457	484	441	410	395	391	459	285	310	295	305	330	307	367	345	313	330	338	364
MED	4 667	4 525	4 238	4 022	3 760	3 808	4 036	4 036	3 862	3 714	3 772	3 801	3 147	3 110	3 126	3 094	2 922	3 053	3 520	3 729	3 689	3 137	2 938	3 086
KKN	21 002	20 266	18 849	18 694	18 059	18 329	19 432	19 186	19 023	18 544	18 665	19 015	19 247	19 231	19 138	18 869	18 991	19 037	19 884	19 792	19 688	18 517	17 562	17 847
KVB	4 400	4 227	4 074	3 925	3 641	3 509	3 640	3 526	3 315	3 191	3 232	3 454	2 414	2 329	2 238	2 267	2 173	2 123	2 487	2 382	2 223	2 573	2 353	2 639
KKT	5 199	4 826	4 337	4 296	3 922	3 812	4 226	4 017	3 994	3 737	3 803	4 011	3 449	3 435	3 500	3 428	3 336	3 398	3 617	3 413	3 219	3 360	3 486	3 732
HLK	3 575	3 346	3 038	3 169	2 968	3 053	3 364	3 284	3 205	3 039	2 964	3 066	3 082	2 932	3 022	2 863	2 786	2 887	3 229	3 288	2 929	2 859	2 734	2 770
AKU	607	602	608	587	544	510	522	514	536	494	465	504	416	409	372	330	266	236	263	278	301	274	233	202
KDI	1 468	1 475	1 485	1 414	1 125	1 034	1 084	1 170	1 081	1 008	1 053	1 022	963	855	862	857	873	880	902	918	914	830	716	694
<b>Sum klinikker</b>	<b>41 453</b>	<b>39 768</b>	<b>37 138</b>	<b>36 554</b>	<b>34 466</b>	<b>34 512</b>	<b>36 788</b>	<b>36 174</b>	<b>35 426</b>	<b>34 122</b>	<b>34 345</b>	<b>35 332</b>	<b>33 003</b>	<b>32 611</b>	<b>32 553</b>	<b>32 013</b>	<b>31 677</b>	<b>31 921</b>	<b>34 269</b>	<b>34 145</b>	<b>33 276</b>	<b>31 880</b>	<b>30 360</b>	<b>31 334</b>

## 2.5 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling



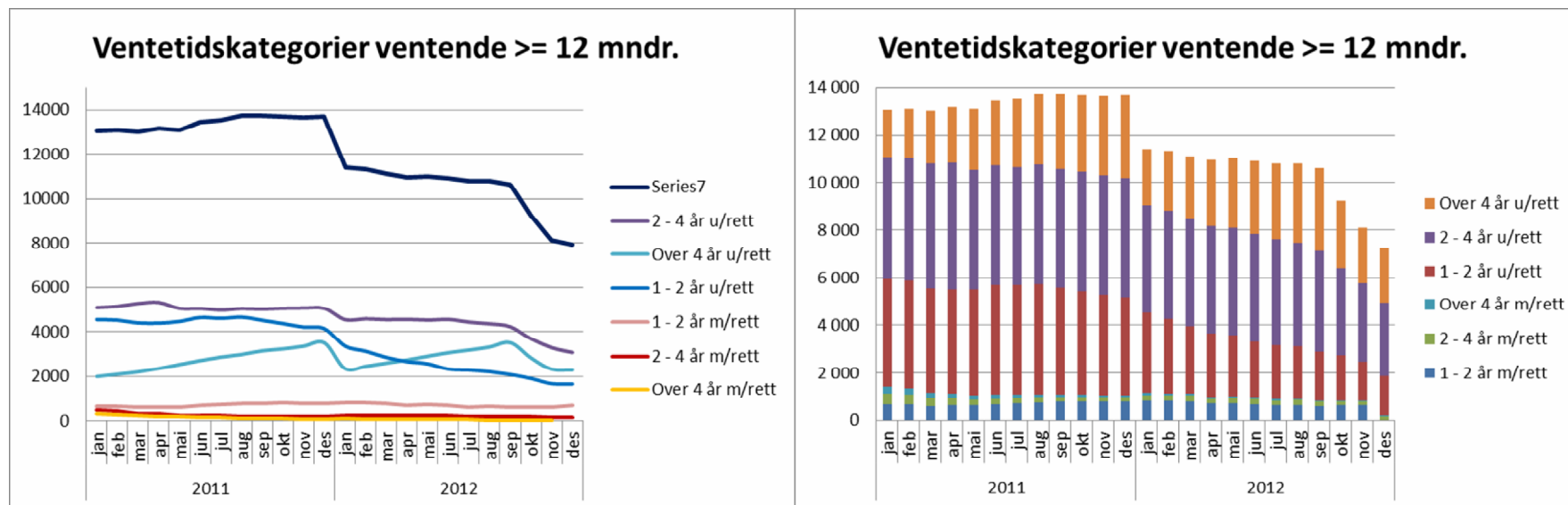
Gj.sn. v.tid til avvikling	2011												2012											
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des
PHA	57	51	58	48	46	51	45	42	52	45	39	43	44	63	39	37	38	38	36	47	45	34	40	38
MED	69	70	65	60	73	56	51	71	99	81	67	55	75	74	72	61	62	57	41	55	63	64	60	62
KKN	118	124	126	124	113	102	93	118	118	121	119	102	106	101	108	110	112	106	95	119	137	131	125	121
KVB	72	59	62	62	69	55	35	64	68	59	68	52	70	66	56	61	60	58	40	66	65	60	61	47
KKT	77	72	75	68	65	56	46	68	72	72	57	56	56	60	54	60	55	58	50	60	66	60	53	55
HLK	148	152	154	136	141	132	110	146	167	147	140	141	141	134	124	119	108	88	122	130	142	117	118	91
AKU	97	114	131	187	131	111	114	132	122	123	106	98	90	107	99	111	87	98	73	97	95	90	90	73
KDI	65	50	53	43	46	43	59	42	43	35	42	35	39	28	42	44	39	25	25	54	38	40	393	51

## 2.3 Gjennomsnittlig ventetid for ventende



Gj.sn. v.tid ventende	2011												2012											
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des
PHA	116	118	108	127	132	127	130	146	137	152	159	143	59	41	38	42	40	40	45	44	40	38	36	46
MED	361	371	385	403	421	414	388	395	398	399	387	388	215	202	184	187	191	180	178	178	180	105	97	104
KKN	433	449	478	491	515	520	513	534	546	568	570	575	565	576	587	602	609	615	606	622	631	594	552	541
KVB	367	388	402	421	447	464	467	490	514	539	532	512	231	216	208	209	213	196	189	191	198	171	173	174
KKT	194	190	174	174	172	174	168	168	154	150	142	138	122	119	111	114	111	102	108	94	81	57	54	61
HLK	225	224	222	216	210	197	199	205	192	195	188	183	178	174	158	165	164	159	160	158	150	146	134	143
AKU	322	321	317	327	352	375	384	392	382	401	423	405	106	105	92	96	92	73	89	78	72	73	76	85
KDI	539	535	539	581	428	465	456	435	476	522	515	547	574	622	589	603	589	596	611	622	620	556	367	324

## 2.3 Langtidsventende ( $\geq 12$ mnd)



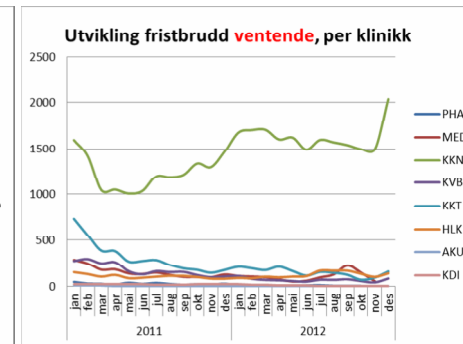
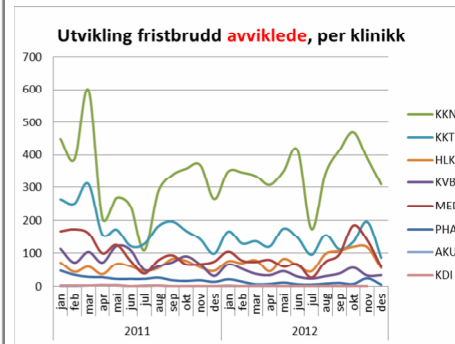
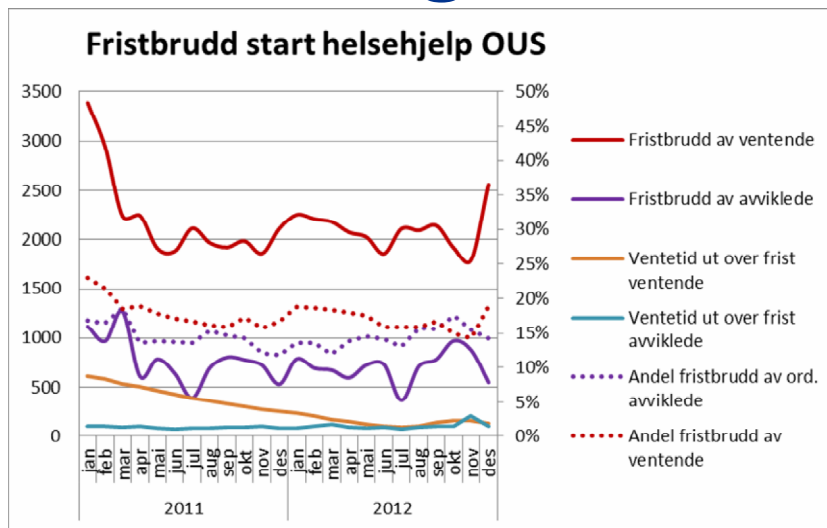
Antall ventet $\geq 1$ år	2011												2012											
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des
PHA	39	40	34	39	41	40	41	46	42	45	48	44	7	1	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0
MED	1310	1327	1336	1290	1254	1210	1079	1079	1011	939	930	920	479	487	455	427	414	397	404	400	405	168	143	155
KKN	7823	7936	7921	8037	8198	8454	8555	8731	8866	8951	9002	9064	9115	9210	9242	9159	9292	9326	9226	9344	9327	8350	7452	7293
KVB	1012	1037	1095	1158	1221	1280	1292	1346	1340	1354	1335	1340	466	407	357	351	339	288	285	265	265	229	209	218
KKT	574	544	480	458	416	436	445	440	403	361	339	327	280	283	260	265	249	228	220	167	167	29	28	27
HLK	643	603	520	526	485	487	514	490	457	443	414	407	383	350	304	279	283	272	262	218	132	133	106	115
AKU	114	113	116	115	118	123	125	129	131	127	128	129	11	12	11	10	9	4	4	2	2	1	1	2
KDI	683	679	671	679	445	470	474	506	532	528	537	533	531	479	438	437	414	420	426	430	408	302	138	103
Sum	12198	12279	12173	12302	12178	12500	12525	12767	12782	12748	12733	12764	11272	11229	11068	10929	11001	10937	10828	10827	10706	9212	8077	7913

## 2.3 Status ventende 1-4 år per desember

Antall ventende 1-4 år per fagområde	Oktober	November (3.1)	Desember (09.01.201)	Endring april - N	Endring siste mån	Måltall C	Avvik ifht mål	Fagområdet inngår i områder med måltall fra HSØ	Ant ventende over 4 år per 31.12
<a href="#">010 Generell kirurgi</a>	6	3	-	-12	-3	-	-3	Ja	4
<a href="#">020 Barmekirurgi (under 15 år)</a>	11	14	14	4	0	-	-14	Ja	5
<a href="#">030 Gastroenterologisk kirurgi</a>	12	9	3	-19	-6	-	-9	Ja	0
<a href="#">040 Karkirurgi</a>	25	10	10	-94	0	-	-10	Ja	0
<a href="#">050 Ortopedisk kirurgi (inklusive revmakirurgi)</a>	1 828	1 664	1 689	-634	25	1 302	-362	Ja	351
<a href="#">060 Thoraxkirurgi (inklusive hjertekirurgi)</a>	6	4	5	1	1	-	-4	Ja	0
<a href="#">070 Urologi</a>	5	5	6	-9	1	-	-5	Ja	0
<a href="#">080 Kjevekirurgi og munnhulesykdom</a>	42	45	45	-1	0	-	-45	Ja	117
<a href="#">090 Plastikk-kirurgi</a>	1 550	1 433	1 461	18	28	1 151	-282	Ja	167
<a href="#">100 Nevrokirurgi</a>	256	248	238	-51	-10	157	-91	Ja	252
<a href="#">110 Generell indremedisin</a>	33	19	27	-8	8	-	-19	Ja	1
<a href="#">120 Blodsykdommer (hematologi)</a>	-	-	1	-8	1	-	0	Ja	0
<a href="#">130 Endokrinologi</a>	44	45	45	-3	0	-	-45	Ja	11
<a href="#">140 Fordøyelsesykdommer</a>	15	11	10	-9	-1	-	-11	Ja	1
<a href="#">150 Hjertesykdommer</a>	120	117	129	-80	12	-	-117	Ja	15
<a href="#">160 Infeksjonssykdommer</a>	-	-	-	-2	0	-	0	Ja	0
<a href="#">170 Lungesykdommer</a>	11	10	10	0	0	-	-10	Ja	0
<a href="#">180 Nyresykdommer</a>	3	4	2	-51	-2	-	-4	Ja	0
<a href="#">190 Revmatiske sykdommer (revmatologi)</a>	2	-	-	-2	0	-	0	Ja	0
<a href="#">200 Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp</a>	11	4	7	-36	3	-	-4	Ja	0
<a href="#">210 Anestesiologi</a>	2	2	3	-8	1	-	-2	Ja	1
<a href="#">220 Barnesykdommer</a>	175	168	168	-72	0	-	-168	Ja	48
<a href="#">240 Hud og veneriske sykdommer</a>	-	4	4	-15	0	-	-4	Ja	1
<a href="#">250 Nevrologi</a>	1 271	1 129	1 069	-485	-60	1 261	132	Ja	542
<a href="#">260 Klinisk nevrofysiologi</a>	1	2	2	0	0	-	-2	Ja	0
<a href="#">290 Øre-nese-hals sykdommer</a>	340	322	194	-418	-128	271	-51	Ja	387
<a href="#">300 Øyesykdommer</a>	226	200	214	-3	14	30	-170	Ja	52
<a href="#">340 Transplantasjon, utredning og kirurgi</a>	-	-	-	-4	0	-	0	Ja	0
<a href="#">350 Geriatri</a>	-	-	-	-25	0	-	0	Ja	0
<a href="#">840 Medisinsk genetikk</a>	137	41	28	-245	-13	150	109	Ja	74
<a href="#">853 Terapeutisk onkologi og radioterapi</a>	2	2	2	-5	0	-	-2	Ja	0
<b>Sum for fagområder som inngår i måltall HSØ</b>	<b>6 132</b>	<b>5 513</b>	<b>5 384</b>	<b>-2 276</b>	<b>-129</b>	<b>4 322</b>	<b>-1 193</b>	<b>Ja</b>	<b>2 029</b>



# 2.4 Utvikling fristbrudd



Fristbrudd avviklede	2011												2012											
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des
PHA	47	34	28	27	22	22	22	26	18	16	18	13	21	14	6	7	11	6	5	8	10	7	24	5
MED	167	173	161	100	125	78	38	79	94	66	67	75	105	78	74	80	59	67	26	74	97	184	139	59
KKN	450	387	599	206	268	244	109	287	338	358	369	265	349	346	335	307	350	416	174	342	415	470	390	309
KVB	113	72	104	72	121	110	49	60	73	91	66	31	66	52	37	33	45	29	23	30	38	56	32	33
KKT	264	251	310	157	172	122	128	182	196	168	142	99	166	129	136	120	175	147	96	155	112	134	195	87
HLK	72	43	59	36	68	60	46	55	83	77	57	46	76	70	79	45	83	62	45	98	107	119	118	55
AKU	1	1	2	3	4	0	2	2	0	1	1	0	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	0	2
KDI	3	3	3	4	2	1	0	2	0	0	1	1	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Sum	1117	964	1266	605	782	637	394	693	802	777	721	530	786	690	670	595	724	728	370	708	780	970	898	550

Fristbrudd ventende	2011												2012											
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des
PHA	47	30	27	19	38	26	36	25	17	21	19	28	12	10	3	4	7	11	12	6	5	5	4	15
MED	285	246	178	182	138	131	148	122	101	101	96	126	110	104	97	74	51	59	95	127	223	146	55	126
KKN	1595	1421	1044	1049	1006	1034	1191	1184	1210	1335	1296	1468	1673	1701	1705	1602	1621	1493	1596	1570	1541	1497	1493	2035
KVB	273	294	248	260	161	128	162	152	154	120	97	105	110	80	68	64	56	50	70	68	75	56	42	83
KKT	728	554	386	380	267	274	284	230	192	176	145	175	209	193	174	210	163	115	153	145	123	70	93	158
HLK	151	131	104	122	87	92	103	113	112	100	82	81	90	86	103	96	104	109	168	167	167	134	101	138
AKU	9	9	7	4	4	3	1	0	0	0	0	2	1	1	1	0	1	0	3	2	1	2	2	0
KDI	21	23	25	22	22	21	19	19	19	21	23	25	20	15	13	12	12	11	2	1	0	1	1	1
Sum	3109	2708	2019	2038	1723	1709	1944	1845	1805	1874	1758	2010	2225	2190	2164	2062	2015	1848	2099	2086	2135	1911	1791	2556

## 2.4 Fristbrudd per desember 2012

	Periodetall			Øyeblikkstill ved utgangen av perioden					
	Ekskludert utsettelse			Inkludert utsettelse			Ekskludert utsettelse		
	Frist i rapp.-periode	Fristbrudd	Fristbrudd ordinært avvirket	Fristbrudd	Ventende	%andel brudd	Fristbrudd	Ventende	%andel brudd
<b>OUS</b>	7 197	1 125	550	3 208	14 744	22	2 560	13 647	19
<b>PHA</b>	204	18	5	47	313	15	15	269	6
<b>MED</b>	1 463	108	59	260	1 873	14	126	1 644	8
<b>KKN</b>	2 568	722	309	2 335	7 387	32	2 035	6 953	29
<b>KBK</b>	685	54	33	128	1 232	10	83	1 133	7
<b>KKT</b>	1 599	147	87	239	2 607	9	158	2 406	7
<b>HLK</b>	554	75	55	193	1 277	15	138	1 193	12
<b>AKUTT</b>	124	1	2	1	46	2	0	42	0
<b>KDI</b>	0	0	0	1	1	100	1	1	100
<b>Mangler verdi</b>	0	0	0	4	4	100	4	4	100
<b>Ukjent verdi</b>	0	0	0	0	4	0	0	2	0

## 2.5 Andre styringsparametre

Månedlige styringsparametere	F201209	F201210	F201211	F201212	HiÅ F2012
5a Andel korridorpasienter - somatikk	1,1 %	0,9 %	1,1 %	1,3 %	1,0 %
2h Andel med timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning	-	-	-	-	-
7a Antall utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	52	51	32	58	833
7b Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	97	134	61	177	2 246
7c Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0,5 %	0,5 %
7d Antall utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	15	18	18	17	235
7e Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	362	395	380	447	5 482
7f Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern voksne	5,5 %	5,9 %	5,7 %	6,3 %	7,1 %
8a Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen	7	8	8	7	8
8b Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle	-	-	-	-	-
8c Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	-	-	-	-	-

Indikatorene 2h, 8b og 8c rapporteres foreløpig ikke på grunn av manglende datagrunnlag.

For indikator 8 a inneholder rapporteringen også viderehenvisninger i spesialisthelsetjenesten.

## 3.1 Økonomisk resultat

ØBAK OUS	Denne periode				Hittil i 2012			
	Faktisk	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	882 691	882 691	0	0,0 %	10 421 368	10 421 368	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	508 293	455 590	52 702	11,6 %	5 924 430	5 843 893	80 537	1,4 %
Andre inntekter	205 248	132 183	73 065	55,3 %	1 827 419	1 600 193	227 226	14,2 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>1 596 232</b>	<b>1 470 465</b>	<b>125 767</b>	<b>8,6 %</b>	<b>18 173 217</b>	<b>17 865 454</b>	<b>307 763</b>	<b>1,7 %</b>
Lønn -og innleiekostnader	1 153 777	1 086 044	67 734	-6,2 %	12 920 166	12 468 100	452 066	-3,6 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	194 856	200 111	-5 256	2,6 %	2 480 463	2 408 964	71 499	-3,0 %
Andre driftskostnader	367 499	287 133	80 366	-28,0 %	3 220 028	3 290 832	-70 804	2,2 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>1 716 133</b>	<b>1 573 288</b>	<b>142 845</b>	<b>-9,1 %</b>	<b>18 620 656</b>	<b>18 167 896</b>	<b>452 760</b>	<b>-2,5 %</b>
Driftsresultat	-119 901	-102 823	-17 077	-1,1 %	-447 439	-302 442	-144 997	-0,8 %
Netto finans	-4 714	-9 599	4 885	50,9 %	-90 875	-97 558	6 683	6,9 %
<b>Resultat OUS</b>	<b>-124 615</b>	<b>-112 422</b>	<b>-12 192</b>	<b>-0,7 %</b>	<b>-538 313</b>	<b>-400 000</b>	<b>-138 314</b>	<b>-0,7 %</b>

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

Art ØBAK	Regnskap	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
<b>Basisramme</b>	10 421 368	10 421 368	0	i/a
<b>ISF egne pasienter</b>	2 096 933	1 958 248	138 685	De totale ISF-inntektene er omtrent 17,5 mnok høyere enn budsjettet. Se også kommentarer for aktivitet somatikk. ISF-refusjon kommunal medfinansiering er høyere enn budsjettet. Dette skyldes at en noe større andel av aktiviteten rapporteres som KMF enn det som er lagt til grunn i budsjettet. Avvik mellom øvrige ISF-inntekter skyldes at effekt av grupper 2012 gir større utslag for polikliniske aktivitet (stråle) enn forutsatt i budsjettet. I resultatet inngår tapsføring som følge av avregning av ISF for 2011. Estimert tap knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag og feil rapportert utførende helsepersonell, inngår med tilsammen 30 mnok for 2012. Effekt av økt enhetspris ISF utgjør omlag 9 mnok.
<b>ISF somatisk poliklinisk aktivitet</b>	265 015	395 927	-130 912	
<b>ISF-refusjon kommunal medfinansiering</b>	563 226	552 318	10 908	
<b>ISF-inntekt kostnadskrevede legemidler UTENFOR sykehus</b>	28 315	29 468	-1 153	
<b>Utskrivningsklare pasienter</b>	3 233	24 427	-21 194	Andelen utskrivningsklare pasienter er vesentlig lavere enn budsjettet og gir et negativt budsjettavvik på 21 mnok.
<b>Gjestepasienter</b>	536 485	479 158	57 327	Høyere gjestepasientinntekter må sees i sammenheng med øvrige aktivitetsbaserte inntekter.
<b>Salg av konserninterne helsetjenester</b>	2 013 556	1 999 267	14 289	Merinntekt relateres til forhold fra tidligere år (kurdøgn SSE).
<b>Polikliniske inntekter</b>	417 669	405 080	12 589	De polikliniske inntektene er 12,5 mnok høyere enn budsjettet. Dette gjelder i hovedsak laboratorie- og radiologiområdet.
<b>Øremerkede tilskudd raskere tilbake</b>	44 767	22 978	21 789	Det er høyere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Avviket skyldes i hovedsak aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag, Nevrokirurgisk avdeling.
<b>Andre øremerkede tilskudd</b>	964 960	912 669	52 291	Nivå for inntektsføring av øremerkede tilskudd er noe høyere enn budsjettet. Hoveddelen av det positive avviket kan relateres til forskning. Inntekt fra HSØ for å dekke merkostnadene knyttet til utenlandsbehandling inngår i linjen andre øremerkede tilskudd. Øvrige avvik må sees i sammenheng med merinntekt under andre driftsinntekter.
<b>Andre driftsinntekter</b>	817 693	664 546	153 147	I avvik for andre driftsinntekter inngår gevinst fra salg av eiendom med 82 mnok, økte inntekter fra HSØ knyttet til fordeling av tilbakeholdte midler (34 mnok) og finansiering av økte pensjonskostnader for gjestepasienter (31 mnok) mv. Inntekter fra selvbetalende pasienter er lavere enn budsjettet. Deler av avviket er relatert til aktivitet med ekstern finansiering og må ses i sammenheng med andre øremerkede tilskudd.
	18 173 217	17 865 454	307 763	
<b>Kjøp av off helsetjenester</b>	75 066	76 207	-1 141	Avvik mellom disse linjene må ses i sammenheng. Totalt viser disse en merkostnad på om lag 6 mnok. Hoveddelen av avviket skyldes kostnader til behandling i utlandet (utenlandskontoret), hvor merkostnadene er finansiert fra HSØ (økt inntekt under andre øremerkede tilskudd).
<b>Kjøp av private helsetjenester</b>	210 392	203 196	7 196	
<b>Varekostnader knyttet til aktiviteten i FG</b>	2 150 044	2 070 814	79 230	Varekostnadene er høyere enn budsjettet. De fleste klinikkene har høyere varekostnader enn budsjettet og deler av ufordelte budsjettmidler er budsjettet under varekostnader. Merkostnadene på klinikk utgjør tilsammen 139 mnok. Eksempelvis er det høye kostnader til dyre implantater. Dette relateres delvis til prisøkninger og delvis til høyere aktivitet enn forutsatt i budsjettet. Deler av avviket relateres også til svært dyre medikamenter til enkeltpasienter.
<b>Innleid arbeidskraft - del av kto 458</b>	152 865	85 048	67 817	Innleiekostnadene er ikke redusert så mye som forutsatt i budsjettet, og de er litt lavere enn i 2011. Merforbruket er størst innenfor operasjons- og intensivområdet, og skyldes mangel på intensiv- og operasjonssykepleiere. Innenfor andre områder, som for eksempel nyfødt, skyldes avviket delvis høy aktivitet.
<b>Kjøp av konserninterne helsetjenester</b>	44 960	58 747	-13 787	Hoveddelen av avviket skyldes at det er kjøpt mindre tjenester innenfor somatikken enn budsjettet fra andre foretak.
<b>Lønn til fast ansatte</b>	8 401 731	8 138 525	263 206	For de samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 384 mnok. Avviket skyldes vesentlig høyere bemanning enn budsjettet, hvorav noe kan relateres til høyere aktivitet. De økte pensjonskostnadene for 2012 er underfinansiert med 40 mnok. Dette gir tilsvarende avvik innenfor lønnsområdet for øvrig, vesentlig for overtid og ekstrahjelp. Avvik for overtid/ekstrahjelp finansieres i stor grad av at sykelønnsrefusjonene er høyere enn budsjettet.
<b>Overtid og ekstrahjelp</b>	1 025 373	861 383	163 990	
<b>Pensjon</b>	2 444 797	2 444 000	797	
<b>Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft</b>	-624 636	-480 119	-144 517	
<b>Annen lønn</b>	1 520 036	1 419 263	100 773	
<b>Avskrivninger</b>	787 506	800 000	-12 494	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibruktagele.
<b>Nedskrivninger</b>	49 174	0	49 174	Det er i desember foretatt en nedskrivning av bygg på Dikemark og Radiumhospitalet med 47 mnok.
<b>Andre driftskostnader</b>	2 383 348	2 490 832	-107 484	Det er mindreforbruk på flere poster, blant annet er energikostnadene omlag 44 mnok lavere enn budsjettet. Videre er det noe forsiktig budsjettering for øvrige driftskostnader. IKT-kostnadene er også lavere enn budsjettet.
	18 620 656	18 167 896	452 760	
<b>Finansinntekter</b>	3 566	25 024	-21 458	Avviket skyldes mindreinntekt på investering av datterselskap på om lag 3 mnok, samt effekt av interne eliminerings relatert til kjøp og salg fra AS'ene som er bokført på andre linjer (andre driftsinntekter og -kostnader).
<b>Finanskostnader</b>	94 441	122 582	-28 141	Rentekostnadene er nesten 28 mnok lavere enn budsjettet. Dette skyldes at rentesatsen for 2. halvår er lavere enn det som er forutsatt i budsjettet.
<b>Netto finans</b>	90 875	97 558	-6 683	
<b>TOTALT</b>	-538 313	-400 000	-138 314	

### 3.3 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering Des 2012	Denne periode				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-260	0	-260	-0,2 %	4 095	0	4 095	0,2 %
Medisinsk klinikk	-9 929	0	-9 929	-10,7 %	-43 899	0	-43 899	-4,2 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-34 210	0	-34 210	-18,6 %	-175 291	0	-175 291	-9,2 %
Kvinne- og barneklubben	-11 664	0	-11 664	-8,3 %	-26 383	0	-26 383	-1,8 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	-19 898	0	-19 898	-9,7 %	-177 429	0	-177 429	-8,1 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	-17 566	0	-17 566	-18,8 %	-121 955	0	-121 955	-12,7 %
Akuttklubben	-12 834	0	-12 834	-6,7 %	-108 183	0	-108 183	-5,1 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	8 264	0	8 264	4,7 %	37 052	0	37 052	1,9 %
Oslo sykehusservice	-4 702	0	-4 702	-2,5 %	13 830	0	13 830	0,7 %
Konsern	2 409	1 588	821	-	7 777	10 770	-2 993	-
Kreftregisteret	0	0	0	0,0 %	0	0	0	0,0 %
Fellesposter	-72 981	-114 007	41 026	-33,8 %	-71 786	-410 770	338 984	-3,3 %
Direktørensstab	48 756	0	48 756	75,3 %	123 858	0	123 858	11,1 %
Eliminering innenfor OUS foretaksgruppen	-2	0	-2	-0,1 %	-3	0	-3	0,0 %
<b>Sum OUS</b>	<b>-124 615</b>	<b>-112 422</b>	<b>-12 192</b>	<b>-0,7 %</b>	<b>-538 313</b>	<b>-400 000</b>	<b>-138 314</b>	<b>-0,7 %</b>

## 3.4 Kommentarer til klinikkens avvik per desember (I)

Klinikk	Avvik i mnok	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	+ 4,1	Regnskapet viser totalt sett et negativt budsjettavvik på 0,3 mnok for perioden og et positivt akkumulert avvik på 4,1 mnok. Akkumulert resultat inneholder lavere gjestepasient-inntekter enn budsjettet på ca 19 mill kr som motvirkes av en lavere gjestepasientkostnad enn budsjettet med ca 29 mill kr, netto positiv effekt på ca 10 mill kr. Personalkostnader har et positivt avvik på ca 25 mill kr som skyldes høyere refusjoner på arbeidskraft og lavere pensjonskostnader enn budsjettet på ca 30 mnok. Omorganisering med personaltilpasninger inne i en avsluttende fase og har identifisert en overtallighet på ca 27 årsverk. Dette er hensyntatt i regnskapet.
Medisinsk klinikk	- 43,9	Resultat til medisinsk klinikk pr desember er på minus 43,9 mnok. En betydelig del av dette forklares med følgende : 1/ Usaldert budsjett på 27 mnok, klinikken har høy beleggspersent i alle sengeposter, har allerede innført bemanningsnorm og enkelte fag har høy andel liasonvirksomhet. 2/ Inntektskrav knyttet til utskrivningsklare pasienter utgjør 9,8 mnok. Medisinsk klinikk hadde i utgangspunktet veldig høyt belegg og derfor har det ikke vært mulig for klinikken å redusere lønnskostnader knyttet til frafall av UK-meldte pasienter. 3/ Ikke igangsett eller forsinket tiltak utgjør 6,2 mnok. I 2012 hadde Medisinsk klinikk en 78% oppnåelse av opprinnelig tiltakspakke. Omorganisering av sengeposter var ikke gjennomført pga av høy pasient belegg og manglet lokale og reduksjonen i bemanning knyttet til Akuttgeriatriske pasienter er gjennomført men overtallig problematikken har ført til en redusert økonomisk effekt.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	- 175,3	Klinikken har gjennom høsten hatt store avvik fra budsjett, og spesielt høyt avvik i desember. Skyldes lavere polikliniske inntekter enn forventet. I tillegg noe lavere inntekter knyttet til kurdøgn enn tidligere måneder. Etter avregning har det blitt tilført 133 DRG poeng til klinikken. Inntekten knyttet til disse inngår ikke i regnskapet. Klinikken har hatt et høyt aktivitetsnivå gjennom høsten og spesielt høyt i desember på enkelte avdelinger. Dette gir utslag i høye varekostnader inkludert innleie. Høyt aktivitetsnivå gir seg også utslag i høye variable lønnskostnader. I tillegg har klinikken hatt et høyt antall ansatte ute i fødselsperm gjennom høsten, høyt sykefravær enkelte steder, samt noen ekstraordinære utbetalinger og korreksjoner.
Kvinne- og barneklinikken	- 26,3	I desember forverret klinikken resultatet med ca kr 12 mill. Aktiviteten i desember var tilnærmet på plan, og positivt ISF-avvik i desember regnskapet (kr 3 mill) skyldes i hovedsak pga etterkoding fra tidligere måneder. Det negative resultatet i desember skyldes derfor merforbruk på kostnadssiden. Rundt kr 3-4 mill av merforbruket på lønn i desember skyldes at budsjettmidlene for lønnsoppgjøret ble tildelt tidlig på høsten, mens faktisk utbetaling kom senere. Det reelle merforbruket i desember skyldes i hovedsak høye kostnader på innleie fra vikarbyrå, variabel lønn, medikamenter, implantater, andre medisinske forbruksvarer og medisinsk teknisk utstyr.
Kreft-, kirurgi og tansplantasjonsklinikken	- 177,4	Fremdeles svært store avvik i klinikken. Store avvik for både personalkostnader og varekostnader i desember. Bedring i ISF-resultat de siste månedene.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	- 122,0	Klinikken har et forverret resultat på ca 18 mill i desember. Av dette utgjør udef. ca 3,3 mnok og 3 mnok skyldes omstilling av TKA som er bakt inn i budsjettet men er forsinket i oppstart. I tillegg har klinikken et avvik på innleie på 5,2 mnok denne mnd. som skyldes for lav intensivkapasitet på TKA og Kard. overvåking. Klinikken har også et avvik på medikamenter denne måned som skyldes en feilføring av medikamenter på KDI som skulle vært på Angio UUS. Klinikken har også ryddet i prosjekter og dette har fått utslag i desember og som utgjør ca 2,5 mnok.

## 3.4 Kommentarer til klinikkenes avvik per desember (II)

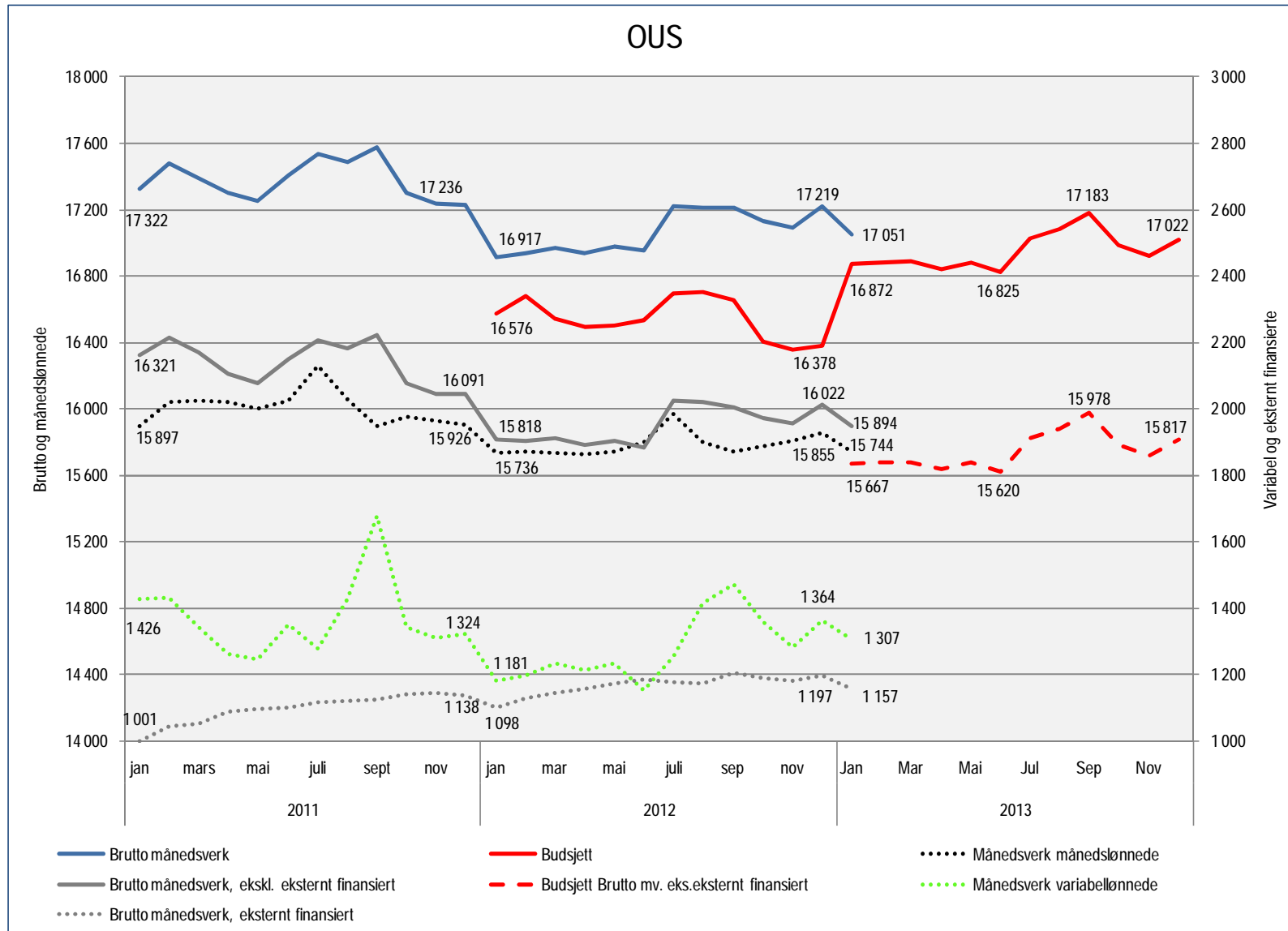
Klinikk	Avvik i mnok	Overordnet beskrivelse av avvik
Akuttklinikken	- 108,2	Over 2/3-deler av avviket skyldes høyere lønnskostnader enn budsjettert. Dette skyldes i hovedsak merforbruk av overtid PhS, intensiv og anestesiområdet. I desember er det avsatt 7,8 mnok som utbetales i januarlønn. Dette fordeler seg mellom Intensiv og Operasjon på Aker og er en kompensasjon til de ansatte som valgte å bli værende på Aker. Avtaler på dette ble inngått i 2011 og er ikke budsjettert. Videre er det et merforbruk på innleie på over 20 mnok (vesentlig Intensiv og Operasjon) som skyldes økt aktivitet og mangel på spesialsykepleiere. Merforbruk på varekostnader på 15 mnok er inklusiv økt forbruk av engangsutstyr til robot- og laparoscopioperasjoner, samt medisinske forbruksvarer til intensiv. Det er også et merforbruk på medikamenter på i underkant 2 mnok.
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	+ 37,1	Klinikken har et positivt avvik i desember på 10 mnok. Dette skyldes høy aktivitet på AMG, IMM, MBK og MIK. Per desember er også inntektene for ARN hentet inn i forhold til budsjett. Det positive avviket på inntektsiden har vært høyere siste tertial pga reversering av overordnet avsetning for usikkerhet første halvår knyttet til overgang til nytt kodeverk innenfor radiologi kombinert med ny løsning for innsending av refusjonskrav (BKM). Varekostnadene viser i desember et positivt avvik på ca 3 mnok. Årsaken til dette er knyttet til ompostering av medikamentkostnader mellom HLK og ARN. Akkumulert er det negative avviket på 6,5 mnok. Lønnskostnadene har i desember et negativt avvik på ca 4 mnok. Dette skyldes at lønnskompensasjon og etterbetalinger er i utakt samt at det er ført avsetninger og tap på ØM. Akkumulert negativt avvik på ca 3 mnok. Positivt avvik på internhandel som henger sammen med varekostnader (PNA, stamcellehøsting, opprydding i prosjekter og viderefakturering av blod).
Oslo sykehusservice	+ 13,8	OSS har et positivt resultat på ca. 14 mnok. Dette skyldes lavere energipriser i 2012 enn det som ble lagt til grunn i budsjett. Eksklusive energi har OSS sin øvrige drift et negativt avvik hittil i år på -32 mnok. Dette skyldes manglende tiltak for 30 mnok. Tiltak for 80 mnok er implementert og har samlet sett fått den totaleffekt som er forutsatt i budsjett for 2012.
Stab	+ 123,9	Forhold som bidrar til stabens positive avvik er mindre bruk av eksterne konsulenter enn budsjettert, reduserte forsikringskostnader (kollektiv ulykke/gruppeliv), tilbakebetaling 2011 fra Sykehuspartner innenfor HR mv. I tillegg kommer at IKT-området har overskudd som følge av forsinket gjennomføring av prosjekter mv.
Fellesposter mv	+ 335,9	Avviket relateres til flere forhold, blant annet ikke-fordelte budsjettmidler, generelt fakturaetterslep, økte ISF-inntekter, reduserte finanskostnader, gevinst fra salg av eiendom, økte pensjonskostnader, foretakets andel av fordelte midler fra Helse Sør-Øst RHF(34 mnok), finansiering av økte pensjonskostnader for gjestepasienter (31 mnok) på og avsetning knyttet til sak fra Avregningsutvalget og feil rapportering utførende helsepersonell mv.
Samlet avvik	- 138,3	I samlet avvik inngår gevinst fra salg av eiendom med 82 mnok, ekstraordinære nedskrivninger med 47 mnok og foretakets andel av fordelte midler fra Helse Sør-Øst RHF i desember med 34 mnok.



## 3.5 Budsjetterte og gjennomførte tiltak per klinikk etter innsatsområde

Budsjettert og gjennomført effekt per desember										
Klinikk	1. Bem. norm	2. Kjøp av tid	3. Innkjøp	4. Samarb. m andre	5. Tverr- gående	6. Annet	9. AHUS	Total	Gjennom- ført i desember	gj. føring i %
PHA	26 101							26 101	<b>2 765</b>	11 %
MED	1 208	2 874	6 000	4 897	5 401	2 932	820	24 132	<b>18 976</b>	79 %
KKN	11 702	8 633	100			5 512		25 946	<b>21 146</b>	81 %
KVB	19 185	1 981	1 548	700	1 693	4 922	19 822	49 851	<b>29 764</b>	60 %
KKT	16 975	6 407	16 130		8 208	1 596		49 316	<b>30 268</b>	61 %
HLK	9 800	7 000	2 504		2 500	12 085		33 889	<b>13 404</b>	40 %
AKU	1 242	8 625			12 229		1 199	23 296	<b>20 477</b>	88 %
KDI	11 674	13 575	3 488	1 000	22 202	1 160		53 099	<b>44 428</b>	84 %
OSS			14 629		52 000	7 850	7 000	81 479	<b>73 748</b>	91 %
<b>Totalt</b>	<b>97 887</b>	<b>49 095</b>	<b>44 399</b>	<b>6 597</b>	<b>104 234</b>	<b>36 057</b>	<b>28 841</b>	<b>367 109</b>	<b>254 976</b>	<b>75 %</b>

# 4.1 Bemanningsutvikling



## 4.2 Bemanningsindikatorer

OUS															
Brutto månedsverk	17 229	17 376	-146	17 219	16 378	841	17 051	16 872	179	17 066	16 543	524	3,2 %	-11	-0,1 %
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	16 091	16 278	-186	16 022	15 213	809	15 894	15 667	227	15 899	15 377	522	3,4 %	-69	-0,4 %
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	1 138	1 098	40	1 197	1 165	31	1 157	1 205	-48	1 167	1 165	1	0,1 %	59	5,1 %
Innleie fra vikarbyrå	258	187	71	360						183				155	86,9 %
Månedsverk månedslønnede	15 905	16 008	-103	15 855			15 744	15 776	-32	15 786				-50	-0,3 %
Månedsverk variabelønnede	1 324	1 368	-43	1 364			1 307	1 096	211	1 280				40	2,9 %
Netto månedsverk nasj. ind. (nov)	13 628	13 660	-33	13 850			13 871			13 388				-202	-1,6 %
Sykefraværspersent (nov)	8,0	7,6	0,4	8			8,1	7,4	0,7	7,7				0,4	5,5 %



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

## 4.3 Brutto månedsværk (eks. e.f.) på stillingsgrupper

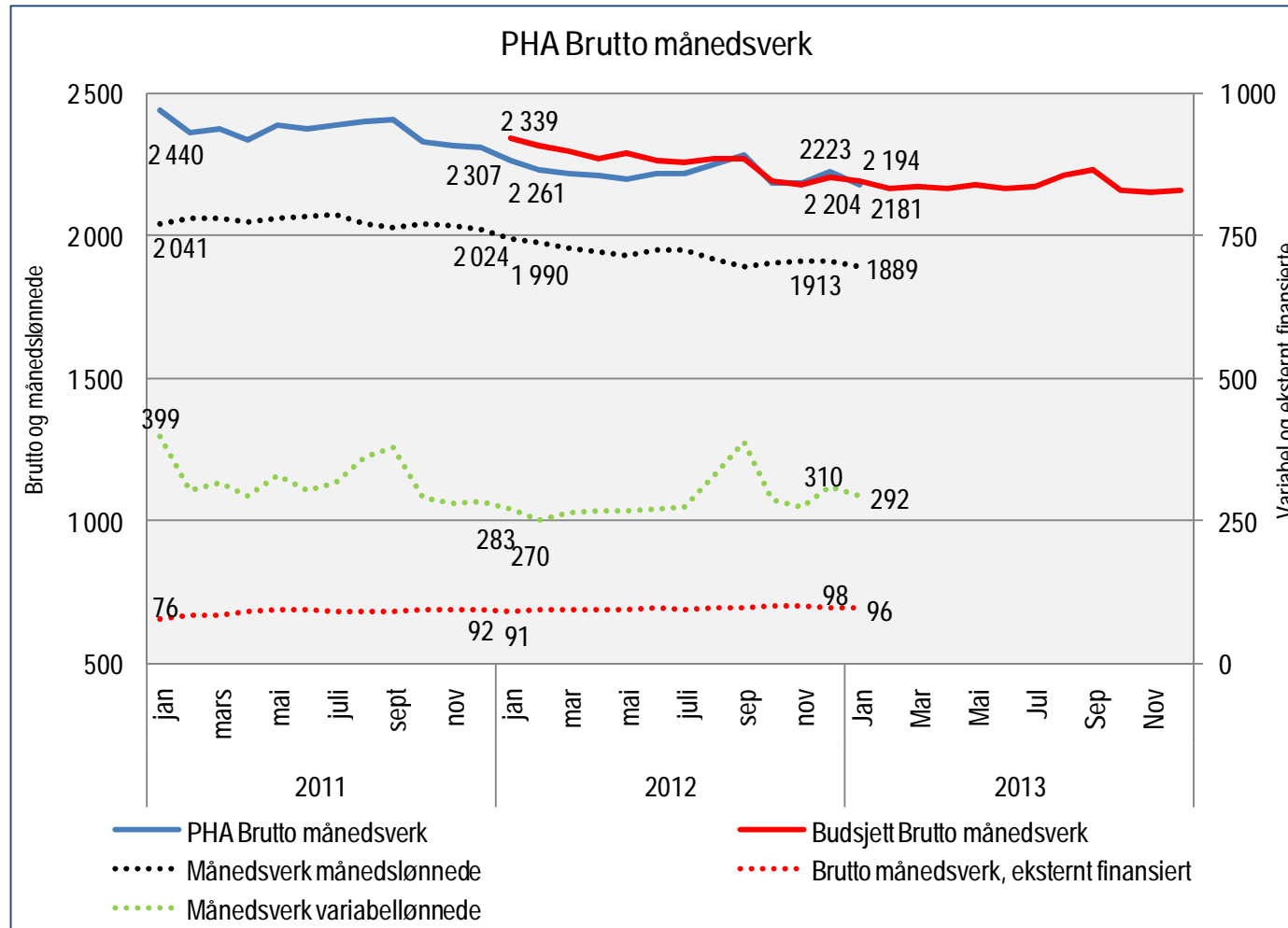
OUS	(1) Administrasjon/Ledelse	3 115	2 723	2 688	2 684	2 672	2 680	2 674	2 667	2 668	2 676	2 677	2 674	2 666	2 686	2 648	-468	-37	-1,4%	17,0%	16,8%	-0,1%
OUS	(2) Pasientrettede stillinger	1 588	1 449	1 395	1 378	1 408	1 384	1 392	1 396	1 469	1 525	1 516	1 416	1 386	1 410	1 391	-197	-39	-2,7%	9,3%	9,0%	-0,3%
OUS	(3) Leger	2 272	2 169	2 194	2 192	2 206	2 215	2 211	2 216	2 239	2 235	2 270	2 246	2 241	2 260	2 212	-59	91	4,2%	13,3%	14,0%	0,7%
OUS	(3a) Overleger	1 352	1 272	1 315	1 328	1 333	1 352	1 344	1 339	1 356	1 355	1 379	1 360	1 362	1 361	1 342	-11	89	7,0%	7,9%	8,5%	0,6%
OUS	(3b) LIS-leger	872	855	840	832	838	828	832	841	846	851	857	852	843	859	836	-35	4	0,5%	5,2%	5,3%	0,1%
OUS	(3c) Turnusleger	48	41	38	32	35	35	35	36	36	29	35	34	36	39	34	-14	-3	-6,4%	0,3%	0,2%	0,0%
OUS	(4) Psykologer	342	237	228	228	224	225	220	226	223	218	213	216	222	229	226	-115	-8	-3,4%	1,5%	1,4%	-0,1%
OUS	(5) Sykepleier	5 772	5 514	5 379	5 372	5 400	5 375	5 376	5 344	5 425	5 364	5 329	5 423	5 446	5 468	5 438	-334	-46	-0,8%	34,0%	33,9%	0,0%
OUS	(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	779	637	617	612	614	611	613	619	615	613	601	601	594	602	586	-194	-34	-5,4%	4,0%	3,8%	-0,2%
OUS	(7) Diagnostisk personell	1 273	1 290	1 261	1 266	1 250	1 251	1 264	1 260	1 304	1 286	1 272	1 267	1 273	1 270	1 276	2	-20	-1,6%	7,9%	8,0%	0,1%
OUS	(8) Apotekstillinger	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-0	-0	-20,5%	0,0%	0,0%	0,0%
OUS	(9) Drifts/teknisk personell	1 547	1 392	1 347	1 374	1 345	1 345	1 342	1 340	1 387	1 415	1 387	1 381	1 374	1 391	1 387	-160	-1	0,0%	8,8%	8,6%	-0,2%
OUS	(10) Ambulanspersonell	408	448	439	435	451	452	467	455	462	446	445	442	465	466	468	60	18	3,9%	2,7%	2,8%	0,2%
OUS	(11) Forskning	220	206	207	209	212	210	206	206	199	206	215	213	215	219	203	-17	12	6,0%	1,2%	1,3%	0,1%
OUS	(99) Ukjente	43	26	60	55	40	34	38	38	53	59	84	59	26	19	55	13	-7	-28,4%	0,3%	0,3%	0,0%
<b>SUM</b>	<b>Alle stillingsgrupper</b>	<b>17 361</b>	<b>16 091</b>	<b>15 817</b>	<b>15 808</b>	<b>15 824</b>	<b>15 783</b>	<b>15 804</b>	<b>15 769</b>	<b>16 046</b>	<b>16 044</b>	<b>16 011</b>	<b>15 940</b>	<b>15 913</b>	<b>16 022</b>	<b>15 894</b>	<b>-1 467</b>	<b>-69</b>	<b>-0,4%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>

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

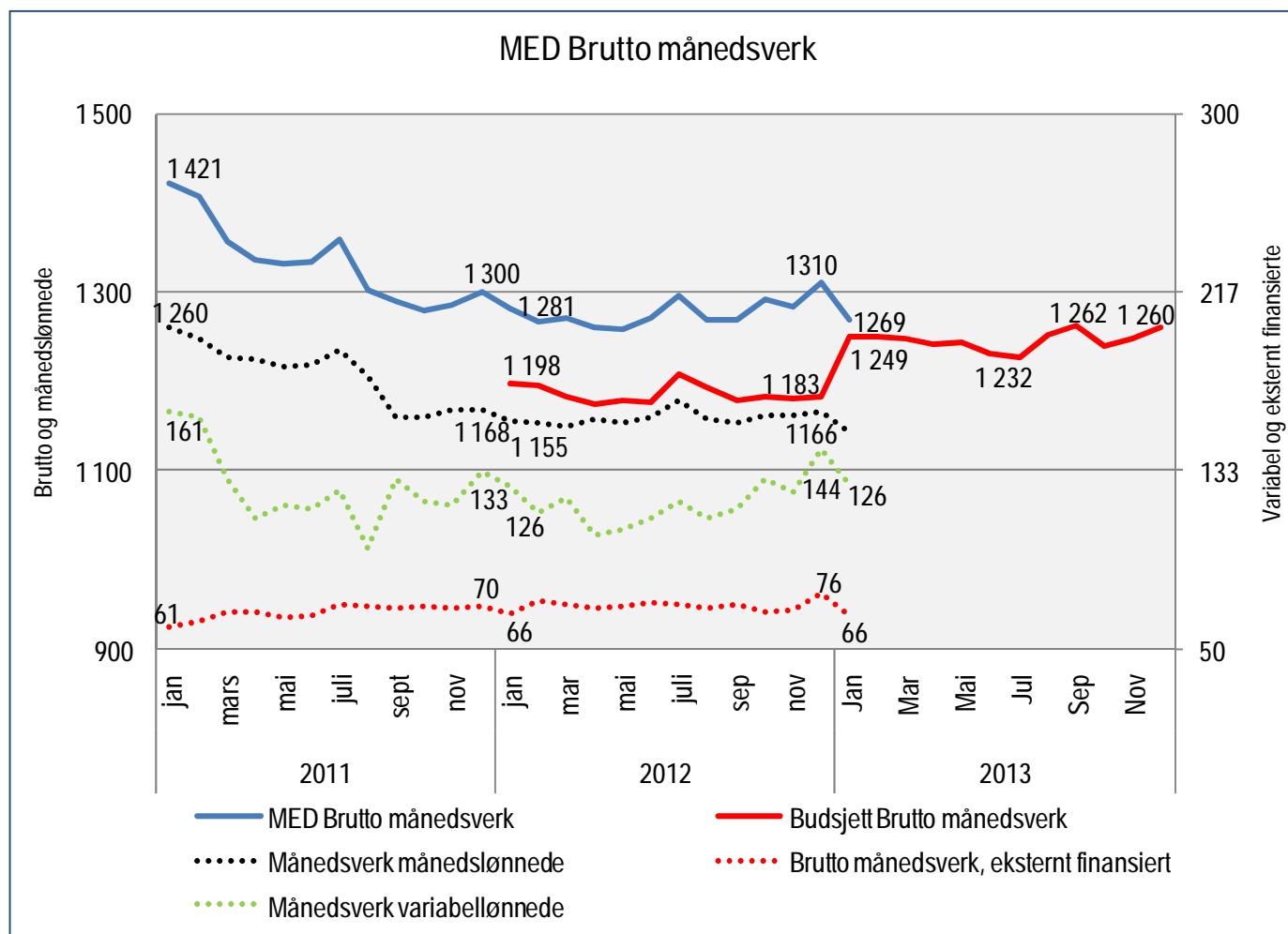
2012 tallene for Overleger er ikke sammenlignbare med 2010-2011 på grunn av konverteringer mellom hovedlønnsmodell (A2) og alternativ lønnsmodell. Konverteringen mellom modellene er estimert med en økning på 63,99 månedsværk for overleger.

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

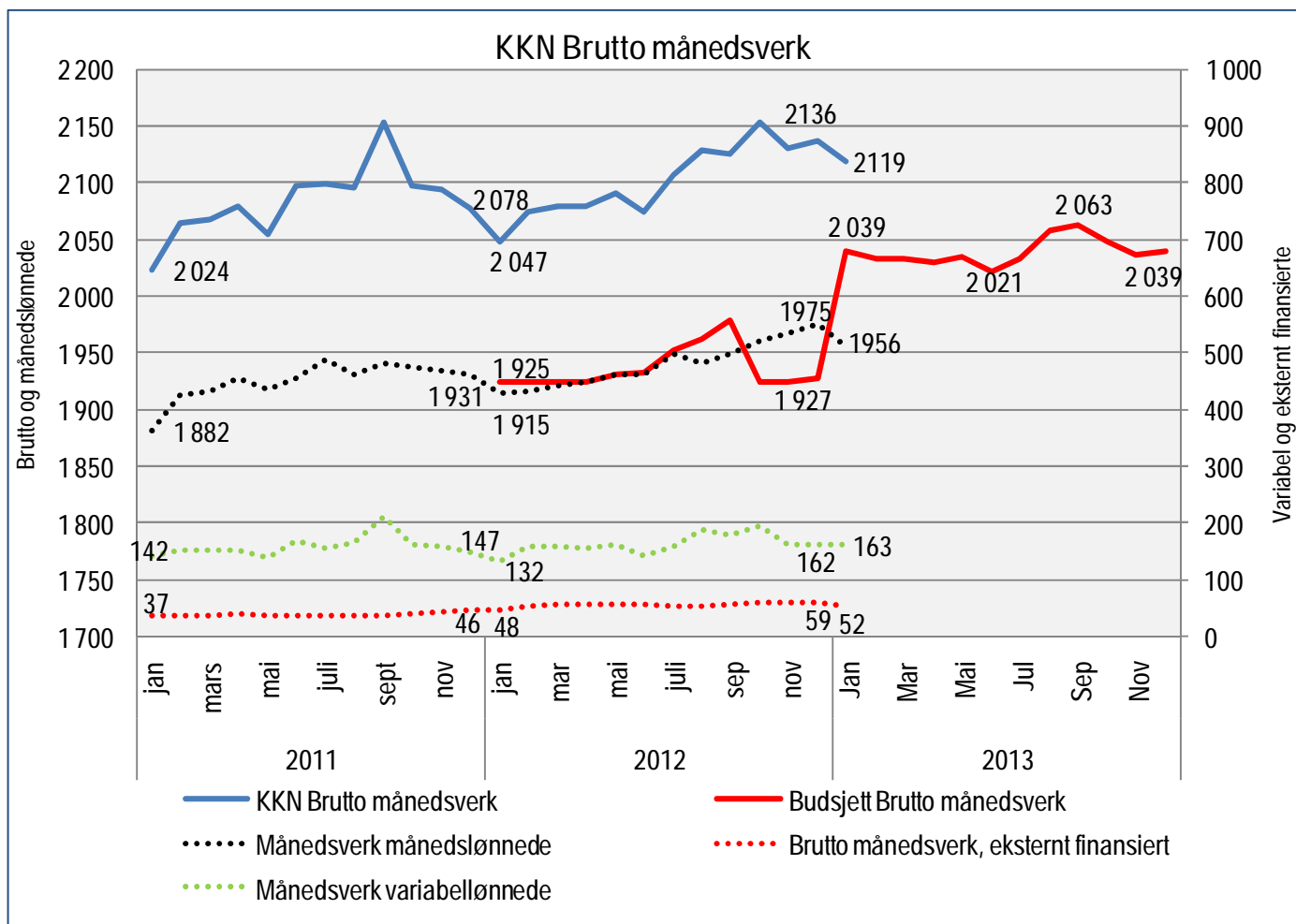
## 4.3 Bemanningsutvikling PHA



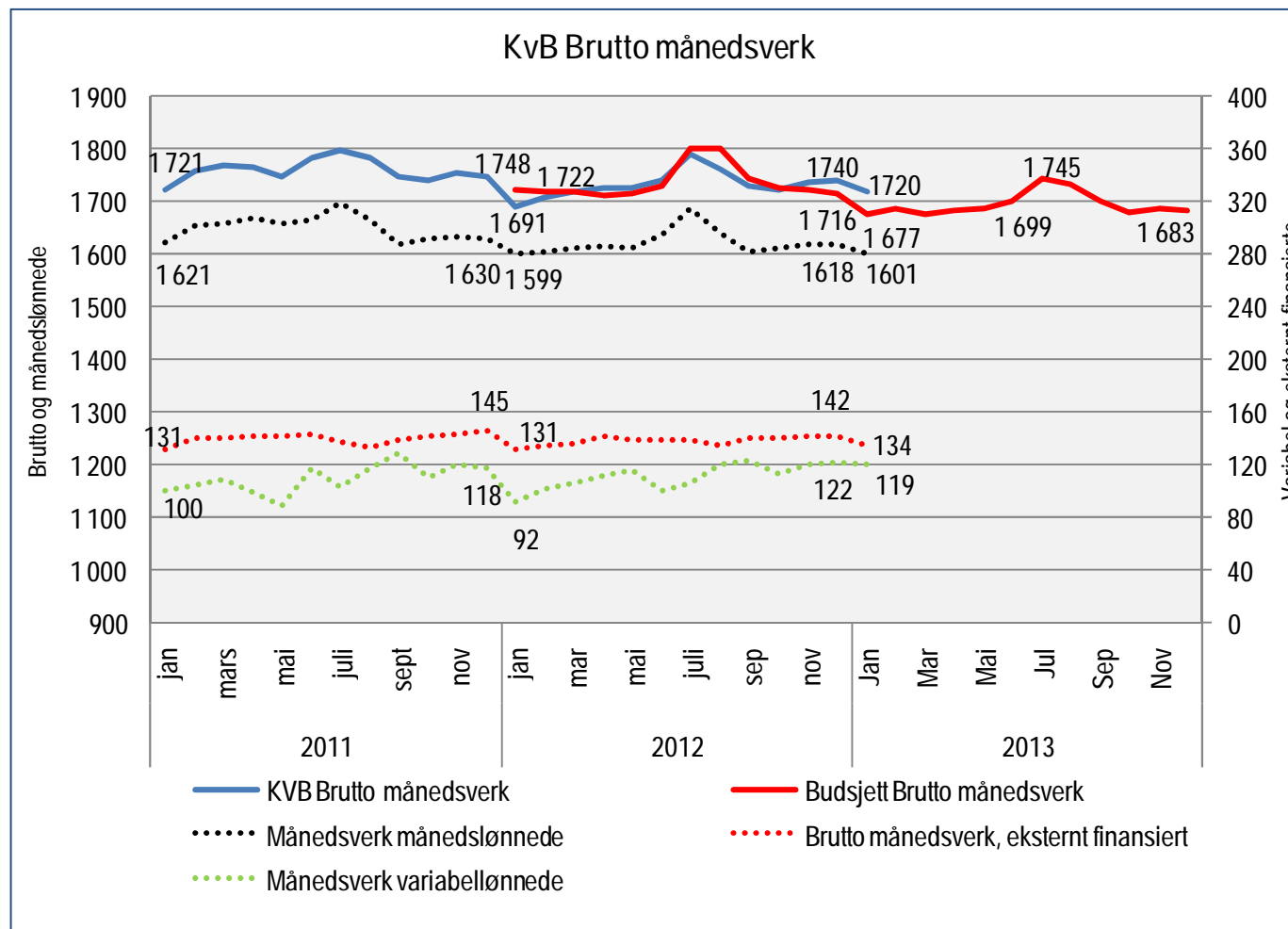
## 4.3 Bemanningsutvikling MED



## 4.3 Bemanningsutvikling KKN

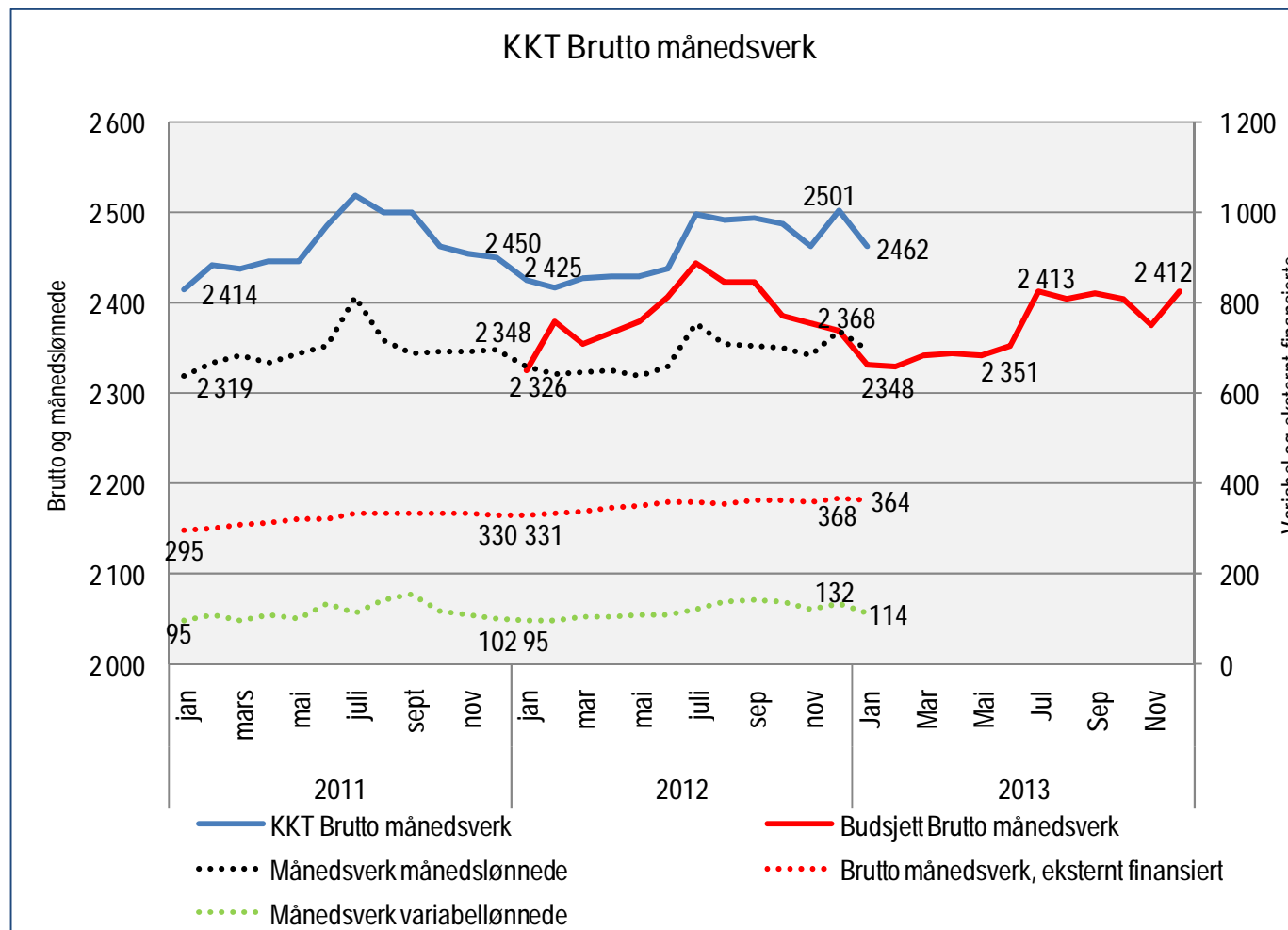


## 4.3 Bemanningsutvikling KVB

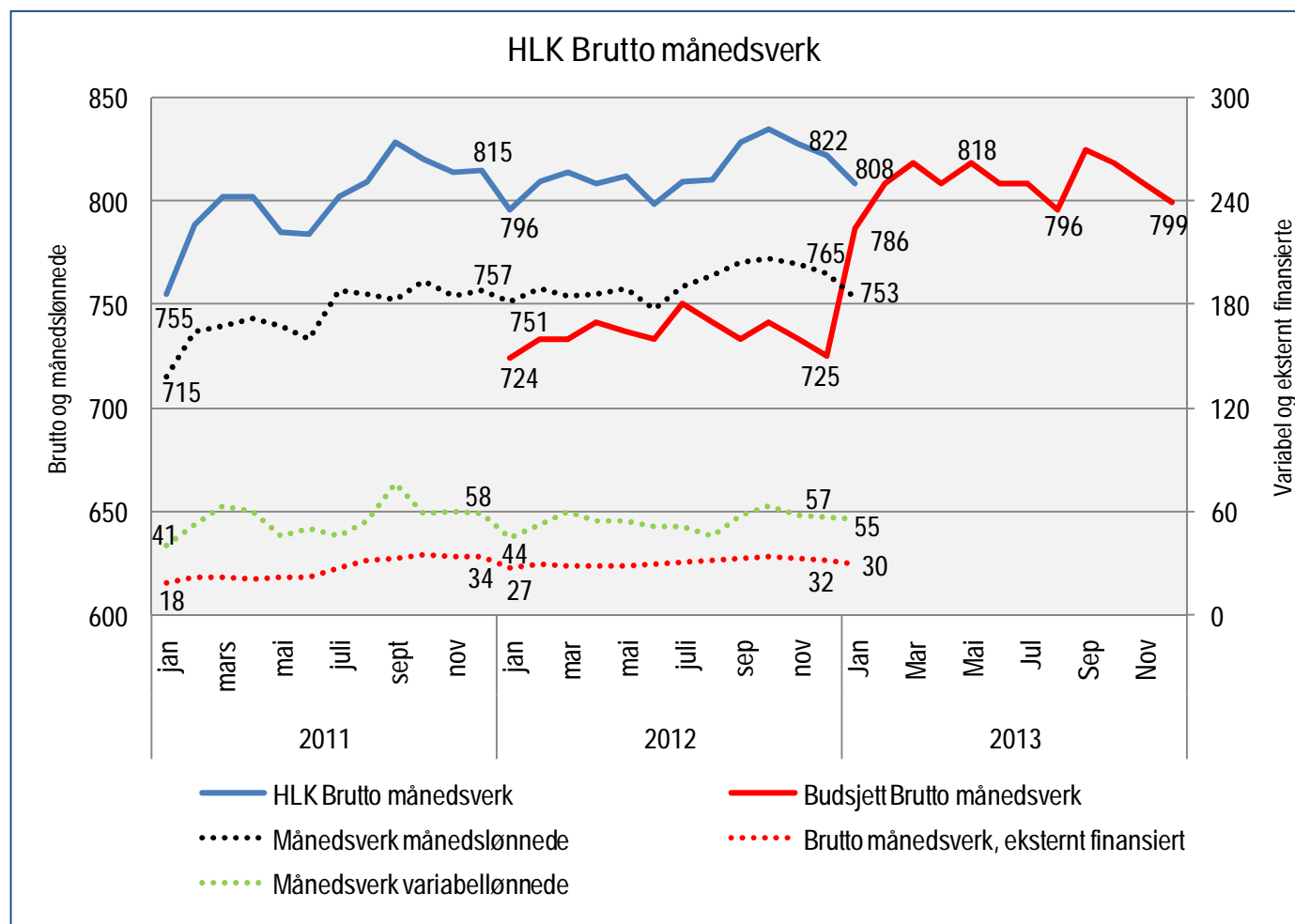




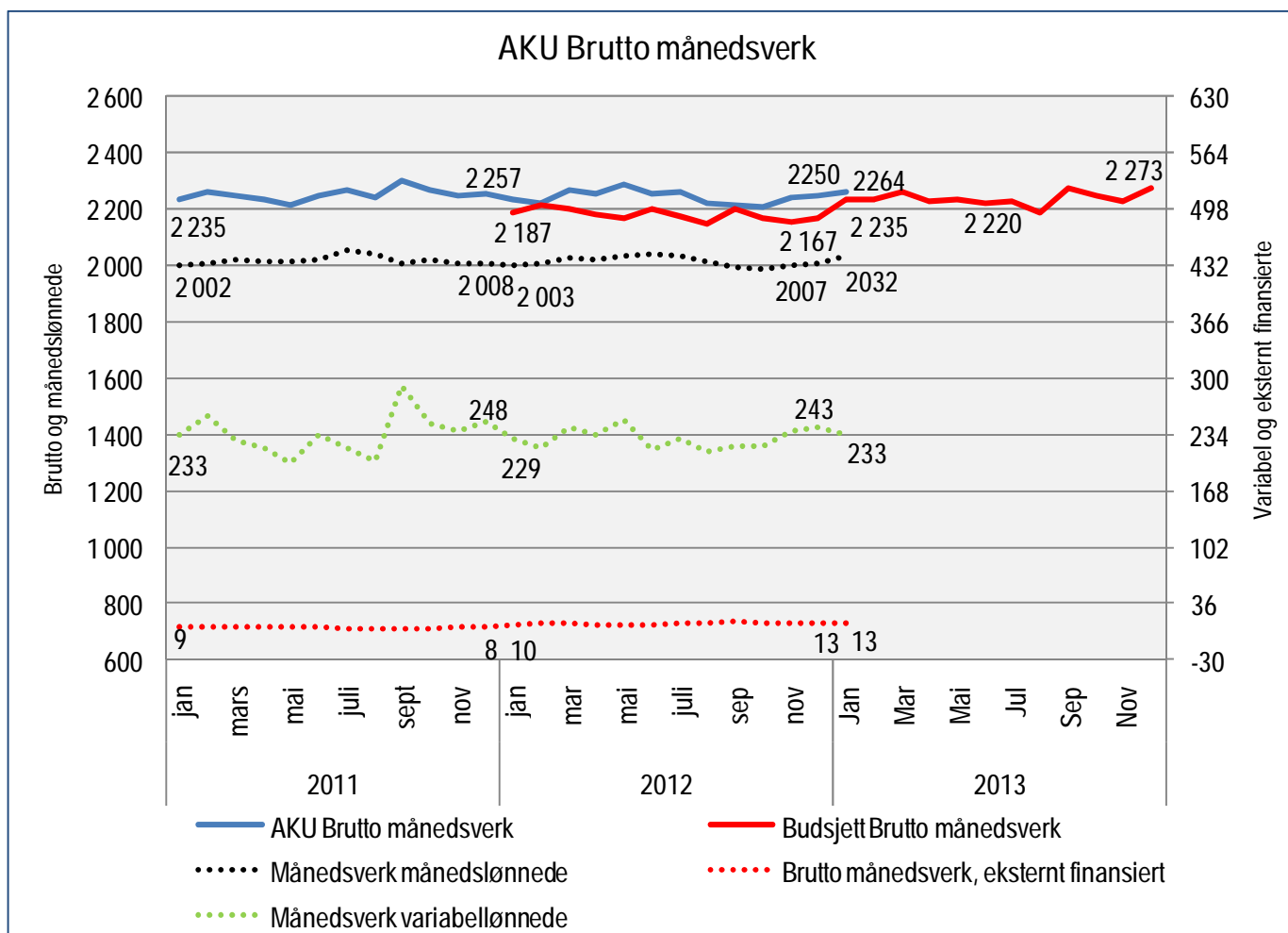
## 4.3 Bemanningsutvikling KKT



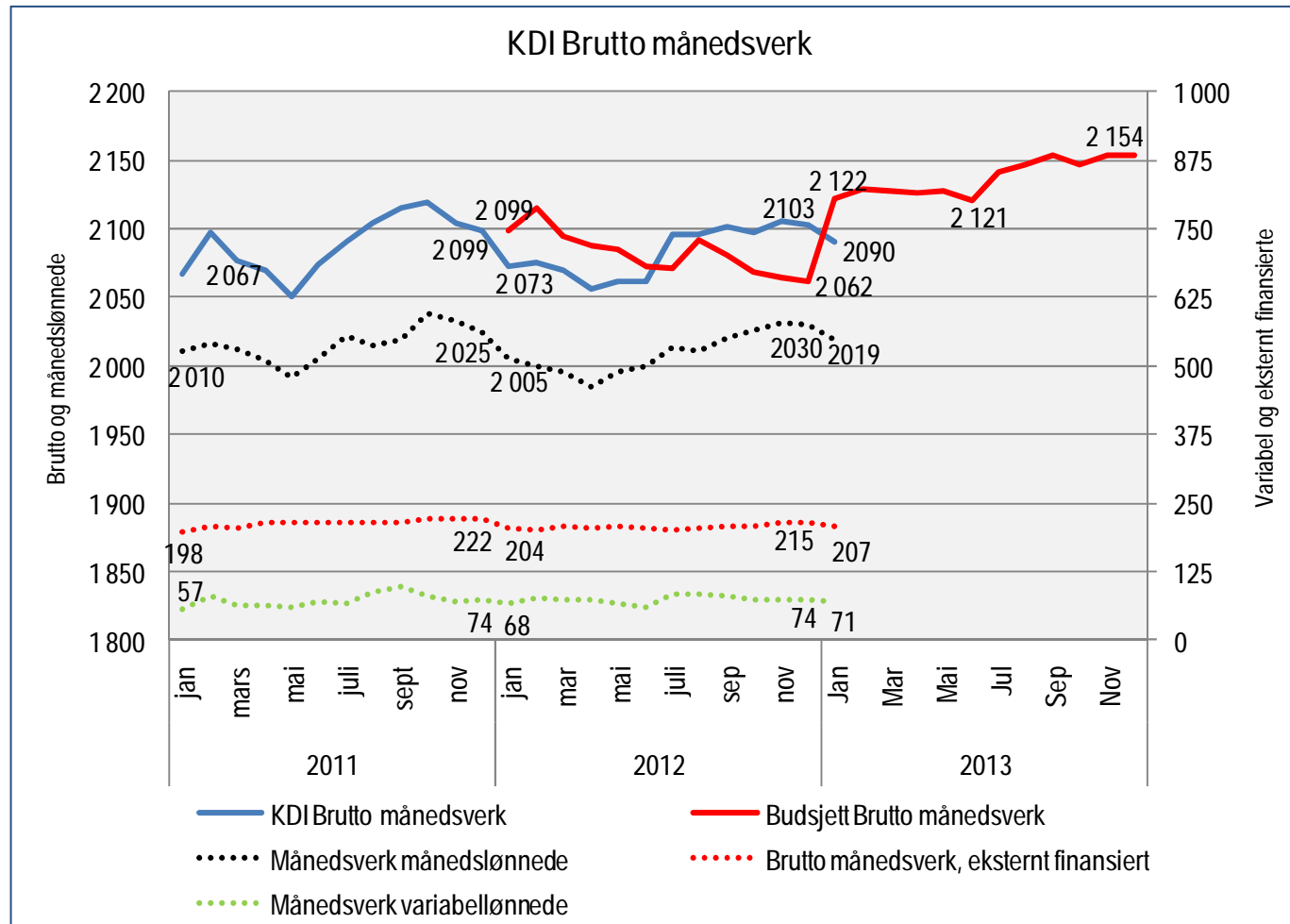
## 4.3 Bemanningsutvikling HLK



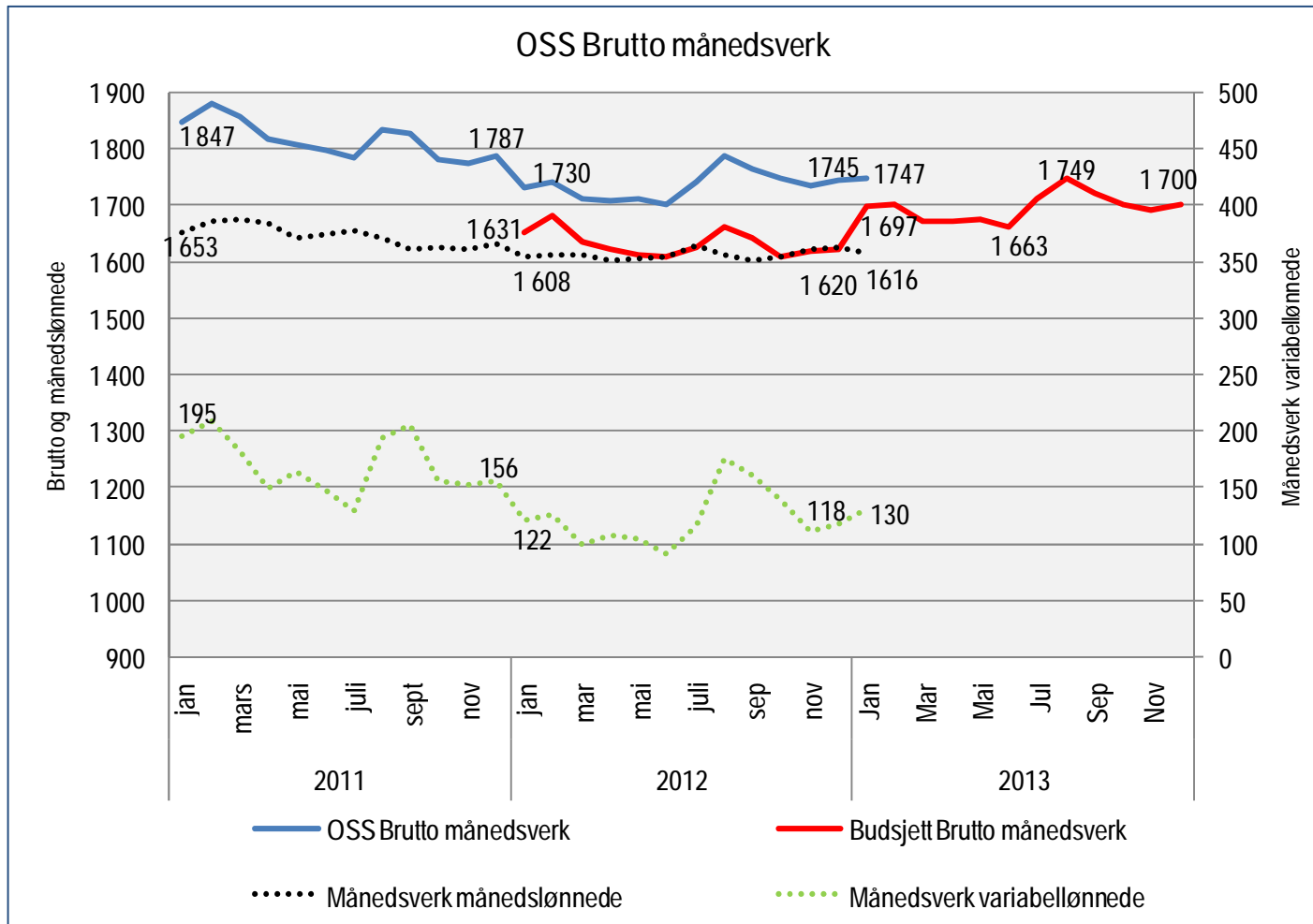
## 4.3 Bemanningsutvikling Akutt



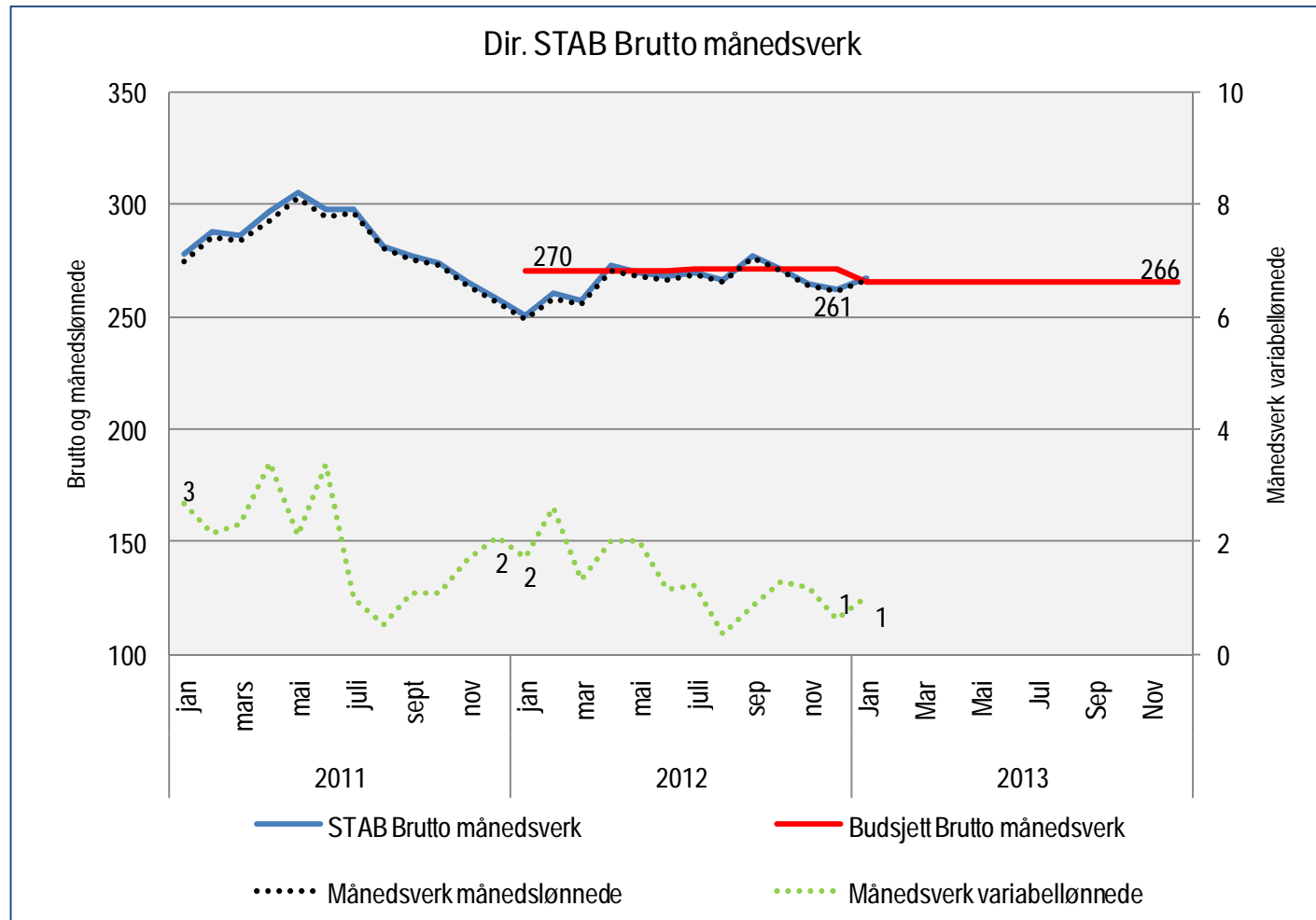
## 4.3 Bemanningsutvikling KDI



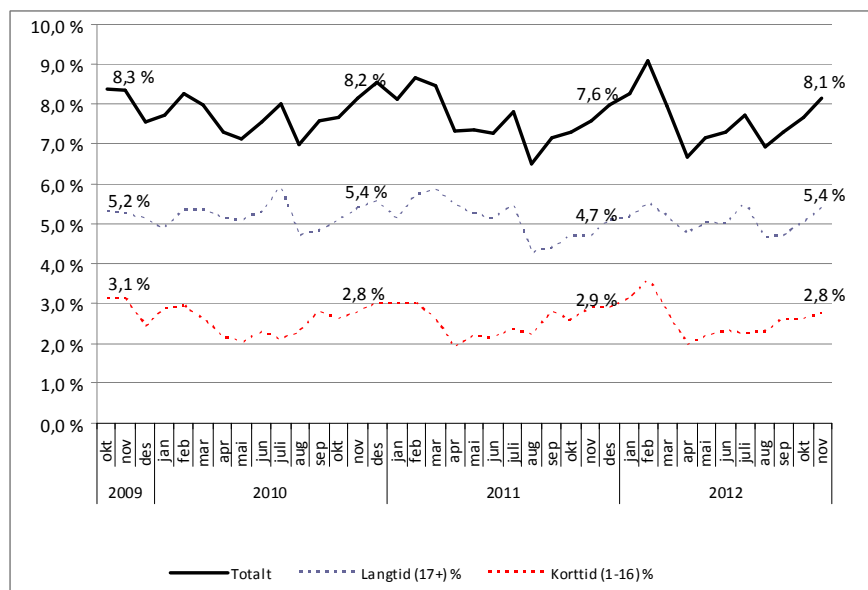
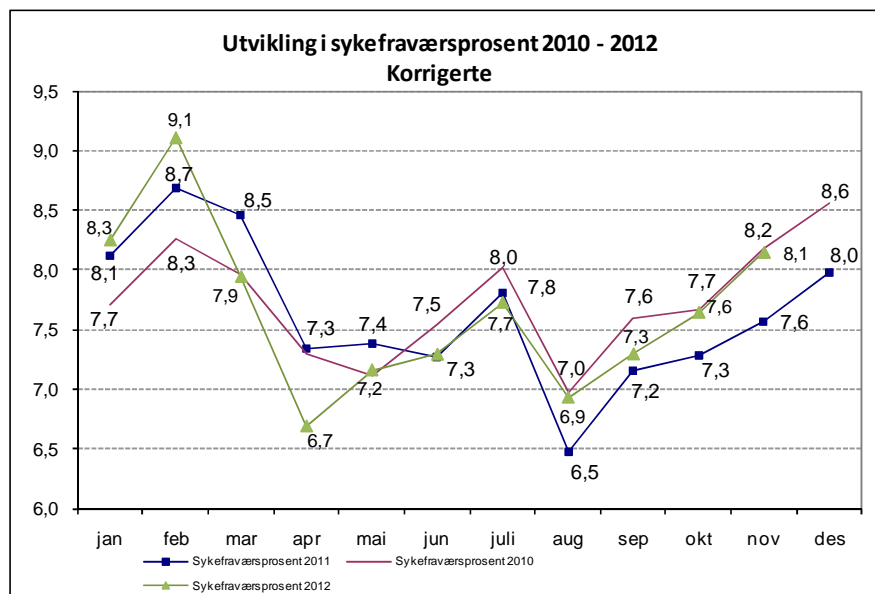
## 4.3 Bemanningsutvikling OSS



## 4.3 Bemanningsutvikling STAB



## 4.4 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær



## 4.5 Sykefravær per klinikk, per nov 2011-2012

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

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



# Definisjoner årsverksindikatorer

<b>Brutto månedsverk</b>	<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. <b>Ikke</b> 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>	
<b>Månedslønnede månedsverk</b>	<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>	
<b>Variabel lønn månedsverk</b>	<i>Nasjonal definisjon</i>	Variabel lønn som <b>ikke</b> 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>	
<b>Netto månedsverk nasj. ind.</b>	<i>Nasjonal definisjon</i>	Arbeidstid omgjort til månedsverk på ansatte som er på jobb
	<i>Forklaring/formål</i>	Skal vise den gjennomsnittlige bemanningen som faktisk er på jobb i foretaket. Dvs. brutto månedsverk minus alt fravær.
	<i>HR-kuben</i>	Brutto månedsverk minus alt fravær. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
<b>Innleie månedsverk</b>	<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)
<b>Herav eksternt finansierte mv</b>	<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: 14. februar 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: 1. Utkast til Årlig melding for 2012 (plandel)  
2. Rapporteringsdelen basert på oppdragsdokumentet (sendt Helse Sør-Øst)  
3. Brukerutvalgets årsmelding

---

## SAK 5/2013 ÅRLIG MELDING 2012 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

### Forslag til vedtak:

- 1. Styret slutter seg til ukast til Årlig melding for 2012 med de innspill som er gitt i møtet.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt, etter samråd med styreleder, til å justere Årlig melding ut i fra de endelige driftsresultater for 2012 og de innspill som er fremkommet i møtet.*

Oslo, 7. februar 2012

Bjørn Erikstein

**Bakgrunn**

Etter § 14 i vedtektene til Oslo universitetssykehus HF skal styret i foretaket hvert år sende en melding til Helse Sør-Øst RHF som viser styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år.

Frist for oversendelse av årlig melding er 1. mars 2013.

I styremøte 17. desember 2012 (sak 83/2012) gjorde styret følgende vedtak:

*Styret gir administrerende direktør fullmakt til å sende rapporteringsdelen av årlig melding til Helse Sør-Øst RHF den 21. januar 2012 med påfølgende fremleggelse for styret 14. februar 2013.*

Rapporteringsdelen for 2012 ble sendt det regionale foretaket 21. januar 2012 med forbehold om styrets godkjenning.

Årlig melding settes opp etter en mal utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF og består i tillegg til en innledning av to hoveddeler:

- Rapporteringsdel for oppdrag og bestilling 2012 (Del II)
- Styrets plandokument for 2012-2015 (Del III).

Til Årlig melding vedlegges:

- Rapportering 2012 på Oslo universitetssykehus sin oppgave med å ivareta regionale forskningsstøttefunksjoner.
- Redegjørelse for insentivmidler til økt inntak og kvalitet på praksisplasser for høgskolestudenter

Brukerutvalget, tillitsvalgte og hovedverneombud har gitt innspill til meldingen.

**Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

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

Utkast

# Årlig melding 2012

Oslo universitetssykehus HF

## Innholdsfortegnelse

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG .....	4
1. Om Oslo universitetssykehus HF – oppgaver og organisering .....	4
1.1. <i>Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag</i> .....	6
1.2. <i>Oslo universitetssykehus HFs mål for 2012</i> .....	6
1.3. <i>Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll</i> .....	7
1.3.1. <i>Arbeidet med god virksomhetsstyring</i> .....	7
1.3.2. <i>Arbeidet med god virksomhetsstyring</i> .....	8
1.3.3. <i>Risikostyring og vurdering av overordnet risikobilde</i> .....	9
1.3.4. <i>Sentrale saker behandlet i styret</i> .....	10
1.4. <i>Medvirkning fra brukere og tillitsvalgte</i> .....	11
2. Sammendrag .....	13
2.1. <i>Positive resultater og uløste utfordringer</i> .....	13
2.2. <i>Oppfølging av mål for Helse Sør-Øst</i> .....	15
2.3. <i>Evaluering av egen virksomhet og organisering</i> .....	15
DEL II: RAPPORTERINGER .....	15
3. Rapportering på oppdrag gitt i 2012 .....	15
3.1. <i>Overordnede mål og mål 2012 i oppdrag og bestilling 2012</i> .....	15
3.1.1. <i>Innsyn og konsernrevisjon</i> .....	15
3.1.2. <i>Visjon og mål for Helse Sør-Øst</i> .....	15
3.1.3. <i>Overordnede styringsbudskap</i> .....	15
3.1.4. <i>Samhandlingsreformen</i> .....	15
3.1.5. <i>Kvalitetsforbedring</i> .....	15
3.1.6. <i>Pasientsikkerhet</i> .....	15
3.1.7. <i>Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning</i> .....	15
3.1.8. <i>Opplæring av pasienter og pårørende</i> .....	15
3.1.9. <i>Kreftbehandling</i> .....	15
3.1.10. <i>Hjerneslag</i> .....	15
3.1.11. <i>Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling</i> .....	15
3.1.12. <i>Psykisk helsevern</i> .....	15
3.1.13. <i>Habilitering og rehabilitering</i> .....	15
3.1.14. <i>Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati</i> .....	15
3.1.15. <i>Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling</i> .....	15
3.1.16. <i>Barne- og ungdomsmedisinske avdelinger</i> .....	15

3.1.17.	<i>Kjeveleddsdysfunksjon</i> .....	15
3.1.18.	<i>Beredskap og smittevern</i> .....	15
3.1.19.	<i>Forebygging</i> .....	15
3.1.20.	<i>Behandling av sykkelig overvekt</i> .....	15
3.1.21.	<i>Rekonstruksjon av bryst etter brystkreft</i> .....	15
3.1.22.	<i>E-helse</i> .....	15
3.1.23.	<i>Forskning</i> .....	15
3.1.24.	<i>Innovasjon</i> .....	15
3.1.25.	<i>Innkjøp og logistikk</i> .....	15
3.1.26.	<i>Bygg og eiendom</i> .....	15
3.1.27.	<i>Ledelse og lederutvikling</i> .....	15
3.1.28.	<i>Medvirkning til omstilling</i> .....	15
3.1.29.	<i>Nasjonale rammeavtaler for leie av helsepersonell</i> .....	15
3.1.30.	<i>Redusert bruk av deltid</i> .....	15
3.1.31.	<i>Utdanning av helsepersonell</i> .....	15
3.1.32.	<i>Årlig medarbeiderundersøkelse</i> .....	15
3.1.33.	<i>Resultatkrav</i> .....	15
3.1.34.	<i>Avtalt aktivitetsnivå</i> .....	15
3.2.	<i>Styringsparametre fra oppdrag og bestilling 2012</i> .....	15
3.3.	<i>Øvrige oppdrag gitt i løpet av 2012</i> .....	15
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT 2012 - 2015.....		15
4.	<i>Utviklingstrender og rammebetingelser</i> .....	15
4.1.	<i>Faglig og demografisk utvikling</i> .....	15
4.2.	<i>Forventet økonomisk utvikling</i> .....	15
4.3.	<i>Personell- og kompetansebehov</i> .....	15
4.4.	<i>Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer</i> .....	15
5.	<i>Planer for innsatsområdene</i> .....	15
5.1.	<i>Pasientbehandling</i> .....	15
5.2.	<i>Forskning og innovasjon</i> .....	15
5.3.	<i>Kunnskapsutvikling og god praksis</i> .....	15
5.4.	<i>Organisering og utvikling av fellestjenester</i> .....	15
5.5.	<i>Mobilisering av medarbeidere og ledere</i> .....	15
5.6.	<i>Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring</i> .....	15

## DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG

### 1. Om Oslo universitetssykehus HF – oppgaver og organisering

Oslo universitetssykehus har fire primære ansvarsområder:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Utdanning av helsepersonell
- Opplæring av pasienter og pårørende

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

Oslo universitetssykehus HF yter et bredt spekter av spesialisthelsetjeneste og har nasjonale funksjoner, flerregionale- og regionale funksjoner og område- og lokalsykehusfunksjoner. I løsningen av disse oppgavene driver Oslo universitetssykehus HF avansert pasientbehandling, forskning, utprøvende behandling, undervisning og rådgivning på høyt internasjonalt nivå.

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

Oslo universitetssykehus HF har et nasjonalt ansvar som kompetansemiljø og referanseinstitusjon for sentrale myndigheter og for andre sykehus, samt i utdanning av helsepersonell. Helseforetaket skal sikre at samarbeid om utdanning av medisinstudenter og helsefagstudenter reguleres i egne avtaler.

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

## Funksjonsfordeling:

Alle regionsfunksjoner er samlet i Oslo universitetssykehus med unntak av revmakirurgi og deler av revmatologi. Disse er plassert ved Diakonhjemmet sykehus. Områdefunksjoner innen Øre-, nese- og hals er fordelt mellom Lovisenberg sykehus og Oslo universitetssykehus. For øvrig er alle områdefunksjoner samlet ved Oslo universitetssykehus HF. Diakonhjemmet sykehus har fortsatt egen akuttkirurgi, men arbeidet med å planlegge overflytting av denne til Oslo universitetssykehus HF er i gang. Lovisenberg Diakonale sykehus dekker indremedisin i bydel Sagene for Oslo universitetssykehus.

## Opptaksområde Oslo universitetssykehus

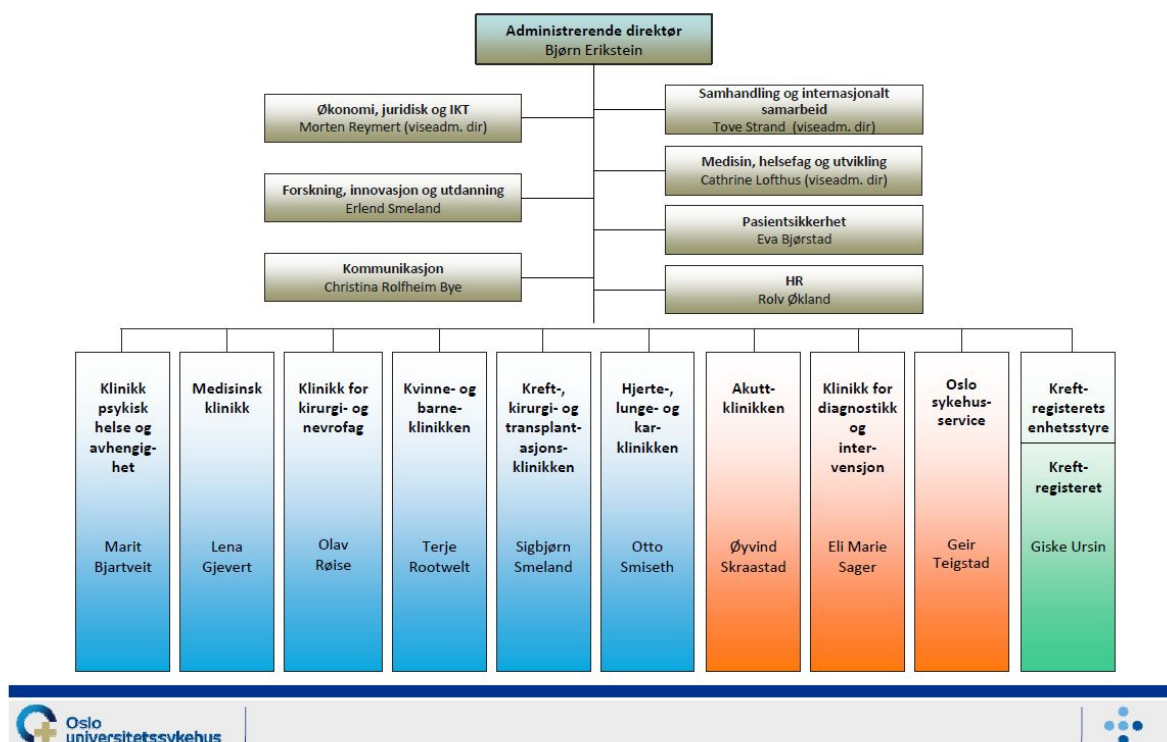
Sykehuset har lokalsykehusansvar for bydelene Bjerke, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Nordre Aker, Østensjø og Sagene. Områdeansvar har foretaket i tillegg for bydelene Vestre Aker, Ullern, Frogner, St.Hanshaugen, Gamle Oslo og Grünerløkka. Dette innebærer et opptaksområde for lokalsykehusansvaret på i overkant av 250 000 innbyggere og områdeansvar for en befolkning på mer enn 500 000 personer. For enkelte funksjoner som eksempelvis øye, strekker områdeansvaret seg utover Oslo og tilsvarer et befolkningsgrunnlag på nærmere en million.

## Organisering

Oslo universitetssykehus har ni klinikker, inkludert Oslo sykehusservice som leverer ikke-medisinske tjenester til resten av sykehuset. Budsjettet er på ca 17,5 milliarder kroner. Rundt 20 000 mennesker har sitt arbeidssted ved Oslo universitetssykehus. Sykehuset har per i dag virksomhet på mer enn 40 ulike steder. Organisasjonskartet vises i nedenstående figur.

Organisasjonskart per januar 2012 - Oslo universitetssykehus

## Oslo universitetssykehus





## 1.1. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

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

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

Oslo universitetssykehus skal

- Ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv
- Være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon
- Være en god samarbeidspartner en engasjert samfunnsaktør
- Ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

## 1.2. Oslo universitetssykehus HF's mål for 2012

Helseforetakets mål for 2012 følger blant annet av eiers Oppdrag og bestilling for 2012 samt andre vedtak i foretaksmøte. I oppfølgingen av dette har Oslo universitetssykehus blant annet arbeidet for at helseforetaksgruppen skal oppnå de prioriterte mål for perioden 2011-2014:

### Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

#### Mål 2012

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være ned mot 65 dager.
- Ingen fristbrudd

### Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %

#### Mål 2012

- Helseforetaket blir fulgt opp i fht eget delmål om å redusere sykehusinfeksjoner

### Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

#### Mål 2012

- Helseforetaket skal prioritere implementering og opplæring i bruk av ny PAS-modul for å sikre at måloppnåelse blir registrert og rapportert.
- *Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.*
- *Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.*

Oslo universitetssykehus arbeider kontinuerlig med å oppnå de mål som settes til virksomheten. Oppnåelsen av helseforetakets mål og løsningen av oppdrag og oppgaver er

fordelt i organisasjonen og følges opp i foretakets styringssystem. Det rapporteres månedlig til eier og rapporter sendes også andre instanser.

Eiers Oppdrag og bestilling for 2012 med tilhørende tildelinger rapporteres i Årlig melding.

### **1.3. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll**

#### **1.3.1. Arbeidet med god virksomhetsstyring**

Det systemet som var tilrettelagt for intern styring og kontroll allerede ved etableringen av helseforetaket, er videreutviklet gjennom det siste året. I dette arbeidet bygges det både på myndighetenes krav om internkontroll og på prinsippene for god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst. Det systematiske arbeidet er dokumentert gjennom en rekke prosedyrer og andre dokumenter.

Gjennom et eget dokument for virksomhetsplan for 2012 ble visjon og hovedmål kommunisert til ledere og andre medarbeidere. Her ble det også satt opp måleparametre og måltall for flere viktige områder. Med bakgrunn i den overordnede virksomhetsplanen har klinikkene fastsatt egne mål og planer. Disse er blitt fulgt opp i oppfølgingsmøter gjennom året.

Det har vært mange saker om helseforetaket i massemedia. Med bakgrunn i dette ga administrerende direktør helseforetakets revisor, Pricewaterhouse Coopers, i oppdrag å gjennomføre en revisjon av foretakets virksomhetsstyring og intern styring og kontroll. Denne revisjonen konkluderte med

#### **Internkontroll**

Sykehusets system for styring og kontroll består av en rekke elementer. Disse er beskrevet i prosedyrer og andre dokumenter i helseforetakets elektroniske dokumentstyringssystem. Dette systemet, eHåndboken, ble tatt i bruk høsten 2010 og implementert i 2011 gjennom omfattende opplæring og oppfølging av klinikker og staber. I 2012 er det lagt stor vekt på å få på plass alle dokumenter som er nødvendige for å sikre forsvarlighet. Målet har vært å få koblet fra tidligere håndboksystemer som inntil nå fortsatt er vært i bruk. Gjennom 2012 har det vært utført et omfattende arbeid på alle nivåer i helseforetaket for å utarbeide den nødvendige dokumentasjonen. Antallet dokumenter har i løpet av året økt fra 7500 til over 16000 godkjente dokumenter. Det er nå fastsatt at de tidligere håndboksystem skal utgå i 2013.

Alle ledere har et delansvar for sikring av intern styring og kontroll. På ulike måter er det arbeidet for å tydeliggjøre dette ansvaret, - blant annet kan lederne kontrollere eget arbeid ved hjelp av en sjekklister for internkontroll. I 2012 er lederutviklingsprogrammet for virksomhetsstyring og analyse videreført. Gjennom dette programmet har ledere fått innføring i helseforetakets systemer for intern styring og kontroll.

#### **Tilsyn**

En egen tilsynsordinator i direktørens stab koordinerer og sikrer oppfølging av alle tilsynsbesøk fra tilsynsmyndighetene. Ved det sikres best mulig samarbeid og gjennomføring av tilsynene samt tydelig rollefordeling for videre oppfølging av avvik, pålegg og øvrige tilbakemeldinger. I 2012 har helseforetaket hatt totalt 26 tilsynsbesøk fra 11 ulike tilsynsmyndigheter:

- Arbeidstilsynet
- Branntilsyn

- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
- Fylkesmannen helseavd.
- Statens helsetilsyn
- Statens legemiddelverk
- Statens strålevern
- Helsedirektoratet
- Luftfartstilsynet
- Mattilsynet
- Riksrevisjonen

Gjennom de rutiner som er etablert sikres at alle tilsyn med avvik eller anmerkninger blir fulgt opp med konkrete handlingsplaner og avsluttes i henhold til de frister som er satt. I 2012 har tilsyn fra Arbeidstilsynet, Oslo brann- og redningsetat og enkelte andre tilsynsmyndigheter medført omfattende planer og arbeid på og i foretakets bygninger.

### **Avviksbehandling**

Registreringer av uønskede hendelser, avvik og farlige forhold, viser også i 2012 en jevnt økende tendens, noe som tolkes som at helseforetaket har en åpen registreringskultur. Kompetanse og kvalitet på arbeidet i klinikkens kvalitetsutvalg er bedret i løpet av 2012 og samarbeidet med sentral stab oppleves som godt.

Læringserfaringer fra konkrete hendelser sikres på flere måter:

- Alle viktige saker behandles i klinikkens kvalitetsutvalg
- Konklusjoner i saker behandlet av Helsetilsynet legges frem og diskuteres i sentralt ledermøte.
- Viktige risikoområder basert på liknede uønskede hendelser / enkeltvis viktige læringssaker publiseres på intranettet.
- System for sikkerhetsanbefalinger er innført.

Også hendelser i samhandlingsfeltet har blitt håndtert i 2012.

### **Interne revisjoner**

Oslo universitetssykehus har en funksjon for intern revisjon. Denne skal bidra i arbeidet for å ivareta ansvaret for etablering, gjennomføring og overvåking av en tilfredsstillende internkontroll. I tillegg skal denne funksjonen være et bindeledd til konsernrevisjonen med å fremskaffe tilleggsinformasjon og analyser som er nødvendig i forhold til saker som skal fremmes for styret i Helse Sør-Øst RHF eller i forbindelse med internrevisjon i foretaksgruppen

Alle revisjonsoppdrag blir forelagt ledergruppen og styrebehandlet. Etter hver revisjon arbeider foretaket med funn og anbefalinger i revisjonen og det er blir utarbeidet egne handlingsplaner, ofte foretaksovergrepene prosjekter- som har stort ledelsesmessig fokus. Arbeidet blir fulgt opp med konkrete tiltak, tidsfrister og ansvarlig for gjennomføring av forbedringer. Styret holdes underrettet om status, vanligvis hvert tertial.

### **1.3.2. Arbeidet med god virksomhetsstyring**

Styret handler innenfor foretakets formål, regelverk, pålegg og krav. Alle protokoller fra foretaksmøte behandles i styret. Styret vedtar strategier, planer og mål for virksomheten, herunder planer for omstilling og forbedring, oppfølging av tilsyn og revisjoner og krav og bestillinger fra eier m.m.

Styret holder seg orientert om foretakets virksomhet og gjør vedtak om eventuelle tiltak og korrigeringer for å styre mot de oppsatte planer og mål. Styremøtene har faste aktivitets- og

økonomirapporteringer og orienteringer fra virksomheten for øvrig i egen sak. Hvert tertial utvides rapporteringen og det fremlegges risikovurderinger på sentrale områder som styret tar til etterretning og som rapporteres til Helse Sør-Øst RHF. Styret følger utvalgte områder og saker over tid og får fremlagt status oppfølging av styrets vedtak hvert halvår.

Styret behandler alle saker som skal til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning. Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF rapporteres i Årlig melding. Årets virksomhet legges frem for godkjenning av eier i årsoppgjøret.

Styret har en instruks for sitt arbeid og har gitt instruks til administrerende direktør. Styreleder deltar i oppfølgingsmøtene med Helse Sør-Øst RHF. Administrerende direktør deltar i direktørmøtene i regi av Helse Sør-Øst RHF.

### **1.3.3. Risikostyring og vurdering av overordnet risikobilde**

Oslo universitetssykehus har gjennomført regelmessige risikovurderinger helt siden starten i 2010. Dette arbeidet er styrt gjennom en egen retningslinje for risikovurderinger. I retningslinjen settes det krav til både regelmessige, tertialvise risikovurderinger og enkeltvise situasjonsbetingede risikovurderinger. Gjennom identifisering og analyse av risiko utarbeides det på avdelings-, klinikk- og foretaksnivå egne handlingsplaner for risikoreduserende tiltak. Det er en økende innsikt og forståelse for arbeidet med risikoanalyse og fastsettelse av risikoreduserende tiltak.

I 2013 vil det bli lagt vekt på situasjonsbetingede risikovurderinger. Denne type risikovurderinger gjøres ved omstillinger eller når endring i forutsetninger eller krav gjør det nødvendig med gjennomgang av risikoer og konsekvenser. Det er gjennomført slike risikovurderinger knyttet til flyttinger og andre endringer i avdelinger og klinikker. På helseforetaksnivå er det gjennomført situasjonsbetingede risikovurderinger på flere områder, bl.a. for å vurdere konsekvenser av innsparings- og budsjettforslag.

#### **Tertialvise risikovurderinger**

I henhold til retningslinjen ble det 1. tertial gjort en hovedgjennomgang av risikosituasjonen i klinikker og avdelinger og i helseforetaket som helhet. Denne tok utgangspunkt i oppdragsdokumentet og andre bindende føringer og forutsetninger for vår virksomhet. I 2012 er det gjort en endring i metoden slik at risikovurderingen er delt i fire forskjellige områder: Pasientbehandling, arbeidsmiljø, forskning/utdanning og økonomi. De identifiserte risikoene er blitt fulgt opp med handlingsplaner med risikoreduserende tiltak på de ulike ledelsesnivåer.

I 2. og 3. tertial er det gjort en forenklet gjennomgang ved revurdering av risikoanalyser og handlingsplaner fra foregående tertial. I 3. tertial ble det gjennomført en egen risikovurdering av forslag til budsjett for 2013.

De tertialvise risikovurderingene er rapportert til styret og Helse Sør-Øst RHF innen fastsatte frister.

#### **Hovedpunkter i helseforetakets risikovurdering i forhold til bestillinger og egne mål**

Helseforetakets metode for risikovurdering ble endret i 2012 slik at en vurderer risiko innen helseforetakets fire målområder: Pasientbehandling, arbeidsmiljø, forskning (inkl. innovasjon og utdanning) og økonomi. Erfaringen med dette firedelte risikokartet har vært positiv ved at det har blitt lettere å definere konkrete risikoer innen det enkelte området.

**Pasientbehandling:** Det er fortsatt kapasitetsproblemer innen flere av helseforetakets behandlingsområder bl.a. med lange ventelister innen nevrologi, ortopedi, øre, nese hals og øye. Kapasiteten innen radiologi og patologi er fortsatt en flaskehals. Manglende

oppgradering av medisinskteknisk utstyr har påvirket behandlingskapasitet, men ved slutten av året ser det ut til at denne situasjonen kan bedres. Det er noe mangel på spesialsykepleiere (operasjonssykepleiere) og det gir igjen press på intensivene og redusert operasjonskapasitet innen enkelte områder. Det er fortsatt problemer innen IKT grunnet ulike kliniske systemer og manglende felles plattform.

**Arbeidsmiljø:** Arbeidsbelastningen oppleves mange steder som høy, og det meldes om stress relatert til både høy arbeidsmengde og høyt tempo. Omstillings- og integrasjonsprosessen kombinert med den økonomiske situasjonen medfører behov for bemanningsreduksjoner og -tilpasninger. I tillegg kan flytte- og ombyggingsprosessene gi vanskelige og trange arbeidsforhold. IKT-systemer som ikke er harmoniserte skaper merarbeid og irritasjon. Arbeidstilsynet og brannvesenet har påpekt betydelige mangler ved bygg- og branntekniske forhold og disse forhold er fulgt opp med omfattende utbedringer og planer.

**Forskning, innovasjon og utdanning:** Det er risiko knyttet til kapasitet/bemanning, utstyr, arealer og IKT-systemer. Forskningsledere i klinikkene opplever vedvarende problemer med IKT-støtte til forskningsmiljøer. Tilstrekkelig tid, stillinger og karriereveier i forskning er et kontinuerlig problem delvis knyttet til omstillinger og realiserte kostnadskutt. Kapasiteten og logistikk for kliniske studier har vært dårlig. Det forventes styrket infrastruktur i 2013. Etterutdanningsaktiviteten og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press, bl.a. er det ikke et tilstrekkelig antall praksisplasser innen sykepleie.

**Økonomi:** Gjennom hele året har det vært et problem å etterleve de styringsforutsetningene som ble satt for 2012. Innenfor investeringer er det et vedlikeholdsetterslep som krever store investeringer i bygningsmassen. Flere store prosjekter er igangsatt i den forbindelse, og det er knyttet risiko til både planlegging, beregning og oppfølging av investeringsbudsjett for det enkelte prosjekt. Generelt sett er IKT-svakheter en risiko innen alle områder av helseforetakets drift. Gjennomsnittlig brukstid på MTU er høyt, men det forventes økt utskifting i 2013. Det er fortsatt ikke god nok styringsinformasjon tilgjengelig gjennom hensiktsmessige IKT-løsninger.

### 1.3.4. Sentrale saker behandlet i styret

Styret for Oslo universitetssykehus HF hadde ni møter i 2012. Styret behandlet 95 saker. Det har vært 4 foretaksmøter.

Styret har fremlagt beretning og årsregnskap for 2011, vedtatt i foretaksmøte 20. juni 2012.

Styret har vedtatt og fulgt opp plan og budsjett for 2012 og eiers oppdrag og bestilling og styringsbudskap for 2012.

Status for virksomheten behandles fast i styremøtene med blant annet aktivitets- og økonomirapporteringer. Styret er forelagt en utvidet rapportering hvert tertial med risikovurdering av virksomheten. Styret har holdt seg oppdatert om foretakets arbeid med ventelister og fristbruddspasienter. Arbeidsmiljørapport for 2011 er behandlet. Styret har fulgt opp eiers styringsbudskap og prestasjonskrav og at helseforetaket har rapportert til eier i henhold til gjeldende rutiner. Årlig melding for 2011 er oversendt Helse Sør-Øst RHF.

Eiers oppdrag og bestilling og betingelsene for dette har fra styrets ståsted også for 2012 vært krevende. Oppfølging av at virksomhetens utvikling følger budsjett og krav til økonomisk resultatmål og arbeid med tiltak for å oppnå dette har vært en hovedsak for styret gjennom hele året. Styret har initiert tiltak for å redusere resultatrisiko og styrke likviditeten. I

mai vedtok styret å forskyve i investeringer til 2013. De korrigerende tiltak har vært risikovurdert for å balansere med god drift, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. I påfølgende behandlinger har styret grundig fulgt opp nye tiltak og reduksjon i kostnadene.

Styret har vedtatt arealutviklingsplan 2025 for foretaket. Planen er sammen med helhetlig plan for samlokaliseringer og vedlikeholdsplan et sentralt grunnlag for omstillingsarbeidet i foretaket de kommende årene. Styret er orientert om mulighetsstudie for Gaustad. På den bakgrunn har styret vedtatt oppstart av samlet idefase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus.

Styret har behandlet områdeplaner for Oslo sykehusområde i samarbeid med Oslo kommune og Sunnaas sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus. Styret har vedtatt tjenesteavtaler med Oslo kommune.

Styret vedtok foretakets områdeplan for IKT 2013 til 2016. Her konstaterer styret at foretaket fortsatt har store utfordringer knyttet til mangler i eksisterende IKT-struktur. Styret understreker viktigheten av å etablere IKT-løsninger som sikrer gjennomgående systemer, oppfyller myndighetskrav og som bidrar til forsvarlig og effektiv drift ved foretaket. Som ledd id dette har styret vedtatt forprosjekt for anskaffelse av programmet DIPS som pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal for hele foretaket. Styret har også vært positive til en regional løsning for økonomi- og logistikksystem.

Styret er blitt holdt orientert om alvorlige tilsynssaker og prosesser som foretaket har hatt med de ulike tilsynsmyndighetene, og som angår foretakets sentrale oppgaver, herunder Helsetilsynets overoppsyn med omstillingsprosessen, Arbeidstilsynets gjennomgang av inneklima og arbeidslokalenes utforming.

Styret har hatt møte med revisor og behandlet merknader og nummerert brev til ledelsen. Rapporter fra konsernrevisjon er behandlet og handlingsplaner for forbedring og oppfølging av revisjonens anbefalinger.

Styret har vedtatt økonomisk langtidsplan 2013-2016 for foretaket. Planen ligger til grunn for budsjett 2013 som har vært gjenstand for flere behandlinger i styret. Underveis har styret konstatert foretakets store utfordringer med å tilpasse kostnadsnivået og spesielt bemanningen til de økonomiske rammene for 2013, samtidig med gjennomføringen av pålagt aktivitet. Budsjettet legger til grunn reduksjon i antall årsverk fra 2012 til 2013.

Av andre saker som styret har behandlet kan nevnes:

- Vedtatt strategi for Oslo universitetssykehus HF 2013-
- Vedtatt strategi for pasient og pårørendeopplæring 2012-2016
- Vedtatt mål og strategier for brukermedvirkning i Oslo universitetssykehus 2013-2018
- Implementert etiske retningslinjer for Helse Sør-Øst RHF
- Styret er oppdatert om nye lover og forskrifter

## **1.4. Medvirkning fra brukere og tillitsvalgte**

### **Tillitsvalgte**

Oslo universitetssykehus ivaretar medvirkning for tillitsvalgte og verneombud iht. Hovedavtalen, arbeidsmiljøloven og de 12 prinsipper for omstilling i Helse Sør-Øst. Foretaket har etablert en rekke formelle og uformelle fora som innebærer ukentlige møter mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud. Tillitsvalgte og verneombud er involvert i registrerte prosjekter og omstillingsprosesser. Medvirkningen utgjør et viktig supplement til vurderinger og beslutninger som treffes. Det legges imidlertid ikke skjul på at det fortsatt er

krevende å implementere gode rutiner i hele foretaket og på alle nivå. Foretakstillitsvalgte melder at samarbeid og medvirkning fungerer godt på foretaksnivå, men ikke nødvendigvis lenger ned i organisasjonen. Det jobbes derfor fortsatt aktivt med lederopplæring og bevisstgjøring om medvirkning i organisasjonen. Det er fortsatt variasjoner mellom klinikkene, men klinikkrapportene for årlig melding viser at Oslo universitetssykehus utvikler seg i positiv retning på alle nivå i organisasjonen

### **Brukerutvalget**

Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus ble oppnevnt i styresak 68/2009, 7. mai 2009. Nåværende brukerutvalg 2011 – 2013, ble oppnevnt i styresak 56/11, 26. mai 2011. Nytt brukerutvalg 2013 – 2015 skal oppnevnes av styret i mai 2013. Brukerutvalgets viktigste oppgave er å bidra til kvalitetsforbedring primært på systemnivå slik at pasienter og pårørende opplever et velfungerende sykehus med god kvalitet på helsetjenestene.

Brukerutvalget har avholdt 9 møter à 4 timers varighet i 2012, og har behandlet 78 saker. Mandatet gir hjemmel for at utvalget har inntil 14 medlemmer men brukerutvalget har kun hatt 12-13 representanter i 2012. Nina Adolfsen har fungert som leder i brukerutvalget og Heine Århus som nestleder.

Brukerutvalgets medlemmer har i 2012 deltatt i en rekke prosjekter/konferanser/seminarer og arrangementer både som deltakere og foredragsholdere. De har også vært representert i klinikkens brukerråd, det sentrale kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget, kvalitetsutvalget ved Akuttklinikken og i ungdomsrådet ved Oslo universitetssykehus som ble opprettet 21. juni 2012.

Viseadministrerende direktør for samhandling har vært fast møtende representant fra ledelsen. Administrerende direktør møter for dialog til direktørens time når det er anledning. Videre har en rekke representanter fra ledelsen møtt brukerutvalget i forbindelse med ulike saker. Brukerutvalget har stilt en rekke viktige spørsmål til ledelsen.

Leder og nestleder med vararepresentanter har deltatt som observatører på styremøter. Brukerutvalget har hatt et felles møte med styret ved Oslo universitetssykehus 3. mai 2012, for å orientere om sin virksomhet og for dialog (Styresak 32/2012).

### **Brukerutvalget vil spesielt trekke frem følgende saker fra 2012**

- *Strategiplan for brukermedvirkning 2013- 2018.* Brukerutvalget har arbeidet med strategiplan for brukermedvirkning som ble lagt fram for styret i desember 2012. Klinikkenes brukerråd har også fått anledning til å komme med innspill.
- *Samhandlingsavtalene.* Brukerutvalget har gitt innspill til samhandlingsavtalene og mener at brukermedvirkning er for vagt beskrevet, og at det bør legges større vekt på dette.
- *Handlingsplan 2012.* Handlingsplan 2012 beskriver hvilke saker brukerutvalget la vekt på i 2012. Handlingsplanen ble sendt til klinikkens brukerråd for innspill.
  - Brukermedvirkning må ivaretas i utarbeidelse av behandlingslinjer
  - Pasientsikkerhet: Brukerutvalget er opptatt av at pasienten blir forsvarlig behandlet til tross for nedbemanning
  - Pasientsikkerhetskampanjen: Brukerrepresentantene følger opp pasientsikkerhetskampanjen i klinikkens brukerråd
  - Minoritetsspråklige: Brukerutvalget har mer fokus på behandlingslinjer for minoritetsspråklige og for eksempel tolketjenesten
  - Brukerutvalget på nasjonalt nivå: Brukerutvalgene i sykehus og regionale helseforetakene bør samarbeide om å løfte satsningsområder nasjonalt slik at brukermedvirkning kan styrkes
  - Samhandling: Brukerutvalget er opptatt av at tilbud ikke legges ned på sykehus før tilsvarende tilbud er opprettet hos kommunen

### **Strategi for brukermedvirkning**

Oslo universitetssykehus ble i oppdragsdokumentet for 2012 gitt i oppdrag å utvikle mål og strategier for brukermedvirkning som resulterte i en Strategi for brukermedvirkning 2013-2018. Strategien ble utformet i tett samarbeid med Brukerutvalget på Oslo universitetssykehus HF ved Seksjon for pasient- og pårørendeopplæring. Et samlet Brukerutvalg stilte seg bak strategien som ble vedtatt av styret ved Oslo universitetssykehus i desember 2012.

### **Ungdomsrådet**

Landets første ungdomsråd i sykehus tiltrådte i juni 2012. Rådet ble etablert for å ivareta brukermedvirkning for ungdom i Oslo universitetssykehus. Det skal arbeides for at ungdom opp til 18 år kan ivaretas med egne tilbud og avdelinger, og at overføring fra barneavdeling til voksenavdeling og over til kommune bedres. Det er et mål for rådet at helsepersonells kompetanse og forståelse for ungdom i helsevesenet øker. Det er 22 medlemmer i rådet som består av ungdom, helsepersonell og representanter fra administrasjonen. Sarah Jensen er leder, og rådet har hatt 4 møter. Det er i 2012 arbeidet med mandat og profileringsarbeid. I oktober 2012 ble det opprettet en egen facebookside som ungdommene fra rådet selv har ansvar for å administrere. Leder for ungdomsrådet holdt innlegg på Handy filmfestilval – en festival som setter fokus på mennesker som lever med spesielle behov. Ungdomsrådet har påbegynt et arbeid med å utarbeide en refleksjonsfilm om ungdom og møtet med helsevesenet som blant annet skal benyttes i undervisning. I 2013 blir viktige arbeidsfelt å kartlegge ungdommer i helseforetaket, arbeide for retningslinjer for overganger mellom barne- og ungdomsavdelinger, og gjøre seg kjent for helseforetakets inneliggende ungdommer med gode nettsider, informasjonsbrosjyrer og egne tiltak for ungdommer i helseforetaket.

### **Pasientmedvirkning**

Sykehuset har en høy aktivitet knyttet til lærings- og mestringstilbud, der brukermedvirkning er en viktig bestanddel, og en forutsetning for tilbudene. Det arbeides aktivt for å få pasient- og pårørendeopplæring, inkludert brukermedvirkning til å bli en integrert del av utvalgte pasientforløp.

## **2. Sammendrag**

### **2.1. Positive resultater og uløste utfordringer**

#### **Pasientbehandling**

I 2012 har Oslo universitetssykehus hatt en virksomhetsplan delt inn i de fire kjerneområdene for sykehuset: pasientbehandling, arbeidsmiljø, forskning/utdanning/innovasjon og økonomi.

Gjennom 2012 har Oslo universitetssykehus arbeidet med overordnet strategi for perioden 2013-2018. Strategien ble godkjent av styret i desember 2012. Visjonen er "Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling". Sykehusets felles verdigrunnlag er de nasjonale verdiene for helsetjenesten, Kvalitet, trygghet og respekt, og Oslo universitetssykehus kultur skal være åpen, lærende og helhetstenkende.

Hovedmålene er at Oslo universitetssykehus skal:

- Ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv
- Ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt
- Være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon



- Være en god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

Oslo universitetssykehus har hatt høy aktivitet i 2012 og har levert i henhold til oppdragsdokumentet. Det har vært en økning i DRG-produksjonen ut over aktivitetsbudsjett som blant annet henger sammen med økning i øyeblikkelig hjelp og reduksjon av ventelister.

Gjennom store deler av 2012 har det vært arbeidet særskilt for å redusere antall fristbrudd og langtidsventende. Med bakgrunn i to konsernrevisjoner vedrørende administrative rutiner for det pasientadministrative arbeidet og fristbrudd og ventelister startet sykehuset "Gjennomføringsprosjektet" høsten 2012. Prosjektet omfatter også de anbefalinger det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset" har gitt. Fokusområder for prosjektet er opplæring og kompetanseheving, kvalitetssikring av arbeidsprosesser knyttet til henvisninger, ventelister og pasientadministrativt arbeid samt korrekte aktivitets- og styringsdata. Det er gjennomført undervisning for alle klinikker, utarbeidet detaljerte handlingsplaner og veiledningshefte for ajourhold av ventelister. Status fra klinikkene viser at prosjektet begynner å gå resultater. For enkelte fagområder er kapasiteten midlertidig økt og antall langtidsventende er gjennom 2012 redusert betraktelig. Fortsatt er det enkelte fagområder som har store utfordringer med lange ventelister og fristbrudd. Prosjektet fortsetter inn i 2013.

Prehospital virksomhet har over flere år hatt en aktivitetsøkning på mellom 5 og 10 % i AMK sentralen, ambulansetjeneste og pasientreiser. De økende oppgaver er betinget av økning i befolkningen og høyere bruk av prehospitale tjenester. Virksomheten har et behov for å sikre kapasitet og kvalitet ved at man vurderer regionens organisering av AMK sentraler og innfører flere forskjellige elektroniske verktøy for beslutning, ambulansebestilling, overføring av samtaler mellom AMK og flåtestyring av ambulansene.

Anestesi- og intensivvirksomheten har økt siste år på Ullevål sykehus og Rikshospitalet. Oslo Universitetssykehus gir høy kvalitets traumebehandling til et større antall traumepasienter enn i 2011. Intensivvirksomheten på Ullevål sykehus og Rikshospitalet har som følge av et gradvis større ansvar for regionens og landets avanserte kirurgi og intensivbehandling i en utvidet bakvaksfunksjon.

I hele 2012 har Oslo universitetssykehus arbeidet med arbeidsmiljøet gjennom systematisk oppfølging av pålegg fra arbeidstilsyn og branntilsyn. Et eksempel på dette er utvidelse og oppgradering av dialyseenheten på Ullevål sykehus. I tillegg er også pålegg håndtert i forbindelse med oppgradering av arealer for å tilrettelegge for samlokalisering og omstilling. Dette har ført til oppussing og utbedring av en rekke sengeposter på Ullevål sykehus, i tillegg til noen arealer på Radiumhospitalet. Samtidig opplever helseforetaket at byggingen av nytt akuttbygg går etter plan. Bygget vil når det står ferdig legge forholdene til rette for økt kapasitet og god pasientlogistikk i Akuttmottaket samt øke kapasiteten innen operasjon og intensiv.

Omstillingene som er gjennomført i 2012 omfatter blant annet samling av hematologi på Rikshospitalet, funksjonsfordeling innen gastrokirurgi og onkologi samt flytting av all inneliggende gastrokirurgi og generell indremedisin fra Aker sykehus til Ullevål sykehus. Helseforetaket har også utvidet sin dagkirurgiske kapasitet på Aker sykehus.

I mars 2012 behandlet styret Arealutviklingsplan 2025 og det er gjennom året arbeidet med forskjellige utredninger og mulighetsstudie for samling i Gaustadområdet lagt et grunnlag for oppstart av idéfase. Styret godkjente i desember 2012 mandat for idéfase Campus Oslo - somatikk, psykiske helse og avhengighet. Dette blir et viktig og spennende arbeid som del i den videre utviklingen av Oslo universitetssykehus.

I oktober 2012 fikk Oslo universitetssykehus felles pasientjournal for Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål sykehus gjennom at databasene ble slått sammen. Dette har

bedret tilgangen på pasientinformasjon, spesielt for enheter som har gjennomført flyttinger og er samlokalisert på en av disse lokalisasjonene. Samtidig vedtok styret i august 2012 oppstart av forprosjekt for innføring av DIPS som felles pasientadministrativt system og felles elektronisk pasientjournal for Oslo universitetssykehus. Prosjektet går som planlagt og styret skal i februar 2013 behandle sak om oppstart hovedprosjekt. Innføring av felles system for hele Oslo universitetssykehus vil føre til mer effektiv drift og bedret pasientsikkerhet. Planlagt oppstart vil være oktober 2014.

Oslo universitetssykehus opplever store utfordringer med leveranseevnen til Sykehuspartner og dette innebærer at mindre endringer i eksisterende systemer som er viktig for effektiv drift og pasientsikkerhet ikke blir levert. Det er også utfordringer med stabil drift av eksisterende systemer med flere episoder med systembortfall.

Gjennom hele 2012 har antall sammenbrudd av medisinsk teknisk utstyr økt og tildelt ramme ble brukt opp tidlig på høsten. Imidlertid førte en fullmakt fra styret om å få bruke av budsjett for 2013 til at sammenbrudd kontinuerlig har blitt erstattet. I tillegg er det planlagt for enkelte kvalitetsforbedringer i form av nyanskaffelser og investeringsbudsjett for 2013 er betraktelig bedre med tanke på mulighetene for anskaffelser av medisinsk teknisk utstyr som vil bedre diagnostikk og behandling samt føre til mer effektiv drift.

Mange av prosjektene som er gjennomført i 2012 har vist at de ansatte har stor omstillingsevne og -vilje. Innenfor andre områder opplever man at det fortsatt er store kulturforskjeller innad i fagmiljøene. Dette bidrar til at det er spesielt utfordrende for mellomledere ved Oslo universitetssykehus. Samtidig opplever helseforetaket at alle ansatte bidrar sterkt til den gode pasientbehandlingen som Oslo universitetssykehus yter hver dag.

### **Forskning**

Forskningsaktiviteten er høy og holder en gjennomgående høy kvalitet, til tross for stort press på tid, driftsmidler og infrastruktur. Helseforetakets forskningsmiljøer konkurrerer godt nasjonalt og internasjonalt og har i 2012 blant annet, sammen med Universitetet i Oslo, fått en ny tildeling til Senter for fremragende forskning (psykoseforskning), EU-midler og nye K. G. Jebsen-sentre for medisinsk forskning.

Sykehuset har, sammen med Universitetet i Oslo, lagt vekt på å etablere velfungerende forskningsgrupper i alle miljøer. Dette synes som et vellykket tiltak, både for kvalitet og konkurransedyktighet, etikk, læringsmiljø og kultur.

Sykehusets forskningsmiljøer har særlig problemer knyttet til IKT-støtte for forskning. Det er store mangler i både systemer og støttefunksjoner, som også er meldt til Helse Sør-Øst v/Sykehuspartner. Det er utilstrekkelig forskningsinfrastruktur i form av arealer, utstyr og lagringsfasiliteter for biobank i mange miljøer. Problemene her varierer mellom miljøer og lokalisasjoner. Infrastruktur for kliniske studier er heller ikke tilstrekkelig, og det arbeides med flere tiltak for å forbedre dette. Risiko og tiltak er beskrevet i helseforetakets risikoanalyser gjennom året.

### **Registre og biobanker**

I 2012 har tre av helseforetakets medisinske kvalitetsregistre fått status som nasjonale registre, og Oslo universitetssykehus har nå totalt seks nasjonale medisinske kvalitetsregistre (eksklusiv Krefregisterets nasjonale registerfunksjoner). Dette er svært viktig infrastruktur for forskere med betydning for bedret behandlingskvalitet. Det er også lagt ned et omfattende arbeid i Oslo universitetssykehus, sammen med Akershus universitetssykehus og Helse Sør-Øst, for å anskaffe sporingssystemer for biobankmateriale.

### **Innovasjon**

Innovasjonsaktiviteten er stor ved helseforetaket. Det er i 2012 særlig lagt vekt på styrket tjenesteinnovasjon med støtte fra stab til klinikkene i innovasjonsprosjekter med formål å bedre pasientflyt/-logistikk. Klinikkenes tilbakemelding er svært positiv. Innovasjonsaktiviteter i form av oppfinnelser og kommersialisering er også høy, tatt i betraktning helseforetakets krevende økonomiske situasjon. Samarbeidet med kommersialiseringsenheten Inven2 AS er styrket gjennom 2012.

Innovasjonsaktiviteten begrenses som følge av tidspress i klinikkene og støttefunksjoner fra Innovasjonsseksjonen. Forventninger fra eier om økt aktivitet, kulturbyggende tiltak m.v. krever mer ressurser enn helseforetaket i dagens økonomiske situasjon kan prioritere.

### **Utdanning**

Det har gjennom 2012 vært arbeidet med bedre organisering, synliggjøring og profilering av utdanningsaktiviteter i helseforetaket, med større grad av koordinering i en nyetablert utdanningsseksjon i stab. Det er jobbet mye med å strukturere samarbeidet med høgskolene ved blant annet å avholde dialogmøter og å etablere profesjonsrettede fagråd. Oslo universitetssykehus har i 2012 revidert og inngått en rekke nye samarbeidsavtaler med høyskoler i egen region og andre regioner. Det er også inngått avtale med Oslo kommune om helsefagarbeiderlæringer og enkelte fagskoler. Det er utarbeidet harmoniserte ordninger for praksisveiledning av sykepleiere i videreutdanning i Oslo universitetssykehus. Utdanningsseksjonen har aktivt bidratt inn i prosjektgrupper som vurderer endringer i medisinstudiet ved Universitetet i Oslo og nasjonale endringer i spesialistutdanning for leger.

Utdanningskapasitet og logistikk utfordres gjennom helseforetakets omstillinger og flytteprosesser. Det har vært særlig problematisk innen spesialistutdanning for leger og det har vært vanskelig å skaffe tilstrekkelig antall praksisplasser for sykepleiere (bachelorutdanning). Det er et vedvarende press på tid og midler til videre- og etterutdanningsaktiviteter, som er viktig for å opprettholde kvalitet og kompetanse.

### **Økonomi**

Det økonomiske resultatet for 2012 ble bedre enn det som var prognostisert etter annet tertial. Dette skyldes blant annet høyere inntekter enn det som var forventet. Underskudd på drift er fremdeles en betydelig utfordring for Oslo universitetssykehus ved utløpet av 2012. Dette skyldes at det er krevende å finne bedre løsninger for drift av den pasientrettede virksomhet innenfor de rammebetingelser som blant annet er gitt av bygningsstruktur og IKT-løsninger.

## **2.2. Oppfølging av mål for Helse Sør-Øst**

*Følgende mål for helseforetaksgruppen er i oppdrag og bestilling 2012 videreført frem til 2014:*

- *Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.*
- *Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.*
- *Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.*
- *Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.*
- *Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.*

*Som hovedregel skal ingen pasienter vente mer enn et år.*

### **Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke firstbrudd**

Oslo universitetssykehus arbeider aktivt med å redusere ventelister og fristbrudd. Det er etablert et gjennomføringsprosjekt som tar for seg alle anmerkningene i de to konsernrevisjonene på området:

- Rapport 4/2012. Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF.
- Rapport 6/2012. Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF.

I tillegg tar prosjektet opp de funn som er gjort gjennom det regionale helseforetakets prosjekt om det pasientadministrative arbeidet:

- Økt pasientsikkerhet gjennom pasientadministrativ arbeid - "Glemt av sykehuset"

Fokusområder er henvisnings- og ventelistebehandling, pasientadministrative rutiner og systemer samt korrekte aktivitets- og styringsdata. Prosjektet omfatter alle klinikker og avdelinger. Det er gjennomført opplæringsprogram for alle som håndterer henvisninger og ventelister samt gjennomført en stor arbeidsinnsats i avdelingene med rydding, styring og kontroll av ventelister. Det er fokus på et års planleggingstid i timebøker på alle poliklinikker, bedre planlegging av aktivitet i avdelingene og mer aktivt bruk av ventelistene i planlegging av driften. Avdelingene er også kjent med retningslinjene for fritt sykehusvalg og de rettigheter dette gir pasientene.

Fortsatt har Oslo universitetssykehus lange ventetider og/eller fristbrudd innen noen fagområder som ortopedi, nevrokirurgi, plastikkirurgi, nevrologi øre-, nese-, hals- og øyesykdommer. Årsakene er sammensatte som mangel på operasjonssykepleiere, økende pasienttilstrømning og flyttinger samt bruk av fritt sykehusvalg. Det er satt i gang tiltak for mer effektiv drift, omlegging av drift med skjerming av elektiv virksomhet og midlertidig utvidet kapasitet innen flere fagområder. I tillegg har Helse Sør-Øst RHF nedsatt midlertidige fagråd innen fagråd innen ortopedi, nevrologi, øre-, nese-, hals- og øyesykdommer som bl.a. skal se på kapasitetsutnyttelse på tvers av foretak i regionen. Dette er fagområder hvor Oslo universitetssykehus har lange ventelister. Det vil bli arbeidet med ytterligere tiltak i 2013.

Oslo universitetssykehus sitt mål for fristbrudd er at dette ikke skal forekomme. Monitorering av trender samt planlegging, iverksetting og oppfølging av tiltak har vært gjort i alle klinikker. Gjennomføringsprosjektets arbeid har redusert antall fristbrudd ikke representerer reelle brudd og det arbeides videre med sikte på at dette ikke lenger skal forekomme. Det er imidlertid en utfordring at viderehenvisninger av pasienter fra andre helseforetak ikke inneholder opplysninger som knytter seg til den rettighetsvurderingen som er gjort ved henvisende foretak. I tillegg er det slik at et stort antall av pasienter som registreres som fristbrudd ikke har møtt til avtalt tid.

Alle klinikker og avdelinger ved Oslo universitetssykehus har ventelisteansvarlige og det er etablert ventelistenettverk både på sykehus- og klinikknivå. Det planlegges egenrevisjoner i det Gjennomføringsprosjektet er avsluttet.

### **Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %**

Analysene av årets siste prevalensregistrering 28. november er ikke ferdige. Gjennomsnittlig prevalensrate av sykehusinfeksjoner som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt var for de første tre kvartalene 5,7 %. Dette inkluderer pasienter som ble overført til Oslo universitetssykehus med sykehusinfeksjon oppstått ved en annen helseinstitusjon, og resultatet for året som helhet forventes å bli liggende på samme nivå. I 2011 var prevalensraten gjennomsnittlig 5,9 %. Prevalensnivå i helseforetaket varierer sterkt mellom lokalisasjoner og forskjellige typer avdelinger.

Oslo universitetssykehus arbeider med en ny strategi for det infeksjonsforebyggende arbeidet som planlegges implementert i løpet av første kvartal 2013, og anser det som mulig å redusere forekomsten av sykehusinfeksjoner ytterligere. Men blant annet på grunn av helseforetakets pasientsammensetning, med en stor andel pasienter med nedsatt motstandskraft mot infeksjoner, og mye gamle og dårlige lokaler, vil det være svært krevende å nå målet på en prevalensrate på 3 %.

#### **Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

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

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

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

Medarbeiderundersøkelsen ved Oslo universitetssykehus ble gjennomført med en svarprosent på 72 %. Hele helseforetaket var med i undersøkelsen. Andel som har hatt utviklingssamtaler er økt fra 54 % til 66 % fra 2011 til 2012. Opplevd kvalitet på utviklingssamtaler er økt fra 71 % til 73 %. Andel medarbeidere som har vært involvert i etterarbeid etter forrige medarbeiderundersøkelse har økt fra 33 % til 48 %. Det arbeides også for innføring av elektronisk handlingsplan for alle klinikker basert på gode erfaringer fra gjennomføring i pilotklinikk.

#### **Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer**

Oslo Universitetssykehus styrt etter et resultatmål på minus 400 mill kroner i 2012. Estimert etter første tertial viste et negativt avvik fra resultatmålet. Styret i Oslo universitetssykehus HF reduserte derfor investeringsnivået i 2012 i overensstemmelse med styringsprinsippene og oppdragsdokument fra Helse Sør-Øst RHF. Det økonomiske resultatet for 2012 ble bedre enn det som var prognostisert etter annet tertial. Dette skyldes blant annet høyere inntekter enn det som var forventet. Underskudd på drift er fremdeles en betydelig utfordring for Oslo universitetssykehus ved utløpet av 2012. Dette skyldes at det er krevende å finne bedre løsninger for drift av den pasientrettede virksomhet innenfor de rammebetingelser som blant annet er gitt av bygningsstruktur og IKT-løsninger.

Resultatet fra drift i 2012 har medført økt gjeldgrad for foretaket og dermed redusert handlingsrommet for fremtidige investeringer. Behovet for reinvesteringer er likevel så vidt presserende at det er utarbeidet en utvidet plan for investeringer i 2013 i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.

### **2.3. Evaluering av egen virksomhet og organisering**

Oslo universitetssykehus fortsetter arbeidet med utvikling av organisasjonen slik at sykehuset får en mest mulig stabil og bærekraftig driftssituasjon. Målet er en organisering av

klinisk virksomhet som gir grunnlag for god pasientbehandling, gode pasientforløp, forskning og undervisning og en økonomi i balanse.

Samlokaliseringer for å oppnå mer robuste fagmiljø og unngå kostbar vaktberedskap er helt avgjørende for sykehuset, og overføring av døgn- og akuttvirksomheten fra Aker til Ullevål og Rikshospitalet vil bidra til at sykehuset kommer i en bedret og mer stabil driftssituasjon. Samtidig oppfyller også dette styrets føringer om en samling av akuttfunksjoner innen kirurgi, medisin og psykisk helse så raskt som mulig. Målsettingen om at akuttmottaket på Aker skulle være stengt til den 1.7 2012 ble nådd.

Oslo universitetssykehus har en stor utfordring i å gjenvinne produktiviteten sykehuset hadde før overføring av opptaksområder. Det er også en stor utfordring å prioritere bruken av de begrensede ressursene riktig mellom pasientgrupper, funksjonsnivåer, innad i klinikker, på tvers av klinikker samt bruken av medisinske serviceklinikker. Dette gjelder også mellom foretak i regionen.

Oslo universitetssykehus har i løpet av 2012 vurdert mulighetene for å realisere en arealutviklingsplan som ble forelagt styret til behandling i februar. Etter en mer grundig vurdering av kostnader og risikoer ved bygging av nye klinikkbygg på Ullevål er det fremkommet behov for en ny vurdering av arealutviklingsplanen for Oslo universitetssykehus. Styret har vedtatt oppstart av ide' faseutredning for tre alternativer. Dette medfører at ansatte ved Oslo universitetssykehus med stor sannsynlighet må forvente å drifte i de lokaler som eksisterer per i dag i mange år fremover (8-12 år). Det er derfor behov for å utarbeide en god plan for hvordan bygningsmassen skal utbedres og forvaltes i denne mellomperioden. Denne planen må både sikre gode arbeidsforhold for våre ansatte, sikkerhet for pasienter og ansatte, god pasientbehandling og økonomisk bærekraftig drift.

Det er fremdeles en utfordring for Oslo universitetssykehus å oppnå en bedre produktivitet enn det helseforetaket hadde før overføring av opptaksområder til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Dette arbeidet vil få en fortsatt prioritet i ledelsen av helseforetaket i 2013.

## DEL II: RAPPORTERINGER

### 3. Rapportering på oppdrag gitt i 2012

#### 3.1. Overordnede mål og mål 2012 i oppdrag og bestilling 2012

Oppdrag og bestilling 2012 til Oslo universitetssykehus HF inneholder følgende overordnede mål og mål for virksomheten i 2012:

##### 3.1.1. Innsyn og konsernrevisjon

###### Mål 2012

- *Oslo universitetssykehus HF skal styrebehandle alle rapporter som mottas fra konsernrevisjonen som beslutningssaker og etablere handlingsplaner som angir tiltak, ansvar og frister. Handlingsplanene skal også behandles som beslutningssaker og fremdrift og virkning av tiltakene skal følges opp av styret.*

Oslo universitetssykehus HF har styrebehandlet alle konsernrevisjonsrapporter som beslutningssaker. Alle handlingsplaner etter revisjonsfunn fra konsernrevisjonen er lagt frem for styret og følges opp gjennom ledelsens gjennomgang med rapportering etter standard rutine hvert tertial.

I tillegg blir styret fortløpende orientert om saker relatert til konsernrevisjonens virksomhet.

Oslo universitetssykehus HF har i 2012 arbeidet med å forbedre praksis vedrørende oppfølging av tiltak. Målet er at alle revisjonsfunn skal ha en handlingsplan med konkrete og målbare tiltak som skal utføres innen gitt tidsfrist. Det skal også være en ansvarlig som følger opp at tiltak får ønsket effekt

##### 3.1.2. Visjon og mål for Helse Sør-Øst

**Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd**

###### Mål 2012

- *Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være ned mot 65 dager.*
- *Ingen fristbrudd*

Oslo universitetssykehus HF har sterkt fokus på ventetid og fristbrudd og arbeider med dette blant annet i "Gjennomføringsprosjektet". Prosjektet tar for seg alle anmerkningene i de to konsernrevisjonene:

- Rapport 4/2012. Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF

- Rapport 6/2012. Revisjon av ventelistehåndtering og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF

I tillegg omhandler prosjektet de funn som er gjort gjennom det regionale helseforetakets prosjekt om det pasientadministrative arbeidet:

- Økt pasientsikkerhet gjennom pasientadministrativ arbeid - ”Glemte av sykehuset”

Fokusområder er henvisnings- og ventelistehåndtering, pasientadministrative rutiner og systemer, samt korrekte aktivitets- og styringsdata. Prosjektet omfatter alle klinikker og avdelinger på sykehuset.

I 2012 har det vært spesielt fokus på langtidsventende (pasienter som har stått på venteliste over 12 mnd) og på fristbrudd. Antall langtidsventende er betraktelig redusert gjennom året og en konsekvens av dette har vært at gjennomsnittlig ventetid til avvikling har økt. Målet er at gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter skal reduseres ned mot 65 dager, og dette målet er nådd for mange fagområder ved Oslo universitetssykehus HF. De fagområder som fortsatt har langtidsventende på venteliste har følgelig en lengre ventetid. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår, må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy.

Andel fristbrudd er fortsatt høy innen en del fagområder, og det er etablert midlertidig ekstrakapasitet for enkelte fagområder slik at fristbrudd kan håndteres raskt og med målsetning om at det unngås. Det er videre fokus på effektiv drift, god funksjonsfordeling og kapasitetstilpasninger som understøtter de overordnede målene. I tillegg ser sykehuset på mulighet for samarbeid med andre foretak, slik at den samlede kapasiteten utnyttes. Gjennomføringsprosjektet har stort ledelsesmessig fokus i Oslo universitetssykehus HF og det forventes en positiv utvikling på området i 2013.

## **Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %**

### **Overordnede mål**

- *Helseforetaket skal medvirke til at Helse Sør-Øst når foretaksgruppens prioriterte mål for perioden 2012-2014.*

### **Mål 2012**

- *Helseforetaket blir fulgt opp i fht eget delmål om å redusere sykehusinfeksjoner.*

Det er svært krevende for Oslo universitetssykehus HF å nå målet om at sykehusinfeksjoner skal være redusert til under 3 %, delvis på grunn av sykehusets pasientsammensetning med en høy andel av immunkompromitterte pasienter og delvis på grunn av at sykehuset behandler pasienter overført med infeksjon fra andre sykehus.

Sykehuset gjennomfører registreringer av sykehusinfeksjoner hvert kvartal. I 2012 var prevalensraten for sykehusinfeksjoner 5,6 %.

Til sammenligning var prevalensraten 5,9 % i 2011.

Håndhygiene er som kjent et viktig element ved forebygging av sykehusinfeksjoner og smittevernpersonell ved Oslo universitetssykehus HF arbeider kontinuerlig med informasjon, opplæring og implementering av god håndhygiene, med støtte fra ledelse og helsemyndigheter.



Med jevne mellomrom blir det gjennomført kampanjer og i 2012 ble dette gjennomført 5. mai. I tillegg ble det gjennomført en spørreundersøkelse om bruk av ringer og armbåndsur blant ansatte ved Oslo universitetssykehus HF og resultatet ble brukt i arbeidet med god håndhygiene. Videre har Avdeling for smittevern fulgt opp klinikkene med tilbud om undervisning. Avdelingen arbeider også ut mot klinikkene i oppfølging av prevalensundersøkelsene knyttet til sykehusinfeksjoner.

## **Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

### **Overordnede mål**

- *Helseforetaket skal medvirke til at Helse Sør-Øst når foretaksgruppens prioriterte mål for perioden 2012-2014.*

### **Mål 2012**

- *Helseforetaket skal prioritere implementering og opplæring i bruk av ny PAS-modul for å sikre at måloppnåelse blir registrert og rapportert.*

I Gjennomføringsprosjektet har Oslo universitetssykehus HF sterkt fokus på at pasienter skal gis en timeavtale samtidig med en bekreftelse på mottatt henvisning i undervisningen av leger, sykepleiere og kontorpersonale som arbeider med mottak, rettighetsvurdering og registrering av henvisninger.

Klinikkene melder tilbake at de har stort fokus på dette i organiseringen av henvisningsmottakene.

Ved innføring av DIPS som pasientadministrativt system vil også Oslo universitetssykehus HF ha mulighet til å kunne rapportere på andel pasienter som får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning og informasjon om rettighetsvurdering.

## **3.1.3. Overordnede styringsbudskap**

### **Oppfølging i hovedstaden 2012**

#### **Mål 2012**

- *Det skal legges økt vekt på god kommunikasjon med og informasjon til befolkningen, pasienter og ansatte i forbindelse med det videre omstillingsarbeidet i hovedstadsområdet.*

De største omstillingsprosjektene i 2012 har vært flytting av virksomhet fra Aker til Ullevål sommer 2012, flytting av aktivitet fra Ullevål til Rikshospitalet, utviklingen av Helsearena Aker samt byggingen av nytt akuttbygg på Ullevål. Prosjektene har utarbeidet kommunikasjonsplan med oversikt over interessenter og tiltak for å dekke informasjonsbehov og behov for dialog. Prosjektene er i tillegg omtalt på sykehusets nettsider med oppdatert informasjon.

Videre har sykehuset i 2012 hatt et særlig fokus på pasientkommunikasjon på internett, og klinikkene har i løpet av året produsert flere hundre diagnosebeskrivelser og behandlingsbeskrivelser, samt fornyet forsiden på Internett til en betydelig mer brukervennlig og pasientrettet inngang til sykehuset.

- *Det forutsettes at det legges vekt på å sikre gode IKT-løsninger i de tre helseforetakene i hovedstadsområdet*

Oslo universitetssykehus HF har i 2012 etablert ny styringsstruktur for IKT. Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus 2013-2016 ble styrebehandlet 17. desember. Områdeplanen vektlegger omstilling og mange av tiltakene er rettet nettopp mot å sikre sikker og stabil drift i det fusjonerte sykehuset.

Det er store IKT-problemer knyttet til støttefunksjoner for forskning i Oslo universitetssykehus HF. Sykehuset har sendt et brev til Helse Sør-Øst RHF om denne problemstillingen. Styret er orientert gjennom risikoanalyse og administrerende direktørs orienteringer.

## Intern kontroll og risikostyring

### Mål 2012

- *Uavhengig av tilsynsområder og tilsynsobjekter skal helseforetaket påse at kravene til styring og ledelse følges opp på en måte som sikrer at tjenestene blir utført til beste for pasientene og i tråd med regelverket.*

Det er lagt til rette for internkontroll av virksomhet og de tjenestene som ytes. Gjennom dette er hovedprosesser identifisert og fordelt til ansvarlige ledere på de ulike ledernivåene. Det er tilrettelagt systemer for å sikre tilstrekkelig styring og kontroll. Blant annet gjennomføres regelmessige risikovurderinger. Der det er økt risiko for svikt og mangler blir aktiviteter og tjenester støttet med nødvendige prosedyrer for pasientbehandling og andre funksjoner.

Uønskede hendelser med avvik fra gjeldende rutiner og dokumenterte prosedyrer registreres i avvikssystemet. Gjennom dette sikres en oppfølging med nødvendige forbedringstiltak.

I tillegg følger lederne opp praksis på ulike måter, både ved direkte deltakelse og ved gjennomgang av parametre for drift og kvalitet. Det gjennomføres interne revisjoner innen områder hvor det er usikkerhet med hensyn til den praksis som utøves. Dessuten er det regelmessig lederoppfølging og gjennomgang av systemer tertialvis og delvis også månedsvise.

- *Journalføring og annen skriftlig dokumentasjon som skal bidra til trygg pasientbehandling skal gjennomføres på en forsvarlig måte.*

Oslo universitetssykehus HF har utfordringer med elektronisk pasientjournal grunnet forskjellige systemer på de tidligere sykehusene som foretaket består av. Arbeidet med å etablere en felles elektronisk pasientjournal har pågått kontinuerlig, og situasjonen har bedret seg ytterligere etter medio oktober 2012 da de elektroniske journalene ved Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål ble slått sammen.

Pasientbehandling ved Aker dokumenteres fortsatt i DIPS, men dette gjelder et mindre antall pasienter.

Sykehuset har sikret felles forståelse av roller og behandlingsansvar ved etablering av flere styrende dokumenter på virksomhetsomfattende nivå.

- *Minimum én gang per år skal styret har en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaket med hensyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.*

Helseforetaket har hvert tertial gjennomført Ledelsens gjennomgang. Dette innebærer gjennomgang og vurdering av systemer for å sikre god virksomhetsstyring. Den tertialvise

risikovurderingen, som foretas både i klinikker/avdelinger og på overordnet nivå, er en del av sykehusets rapport fra ledelsens gjennomgang. Her presenteres også resultater fra avvikssystemet, andre systemer og funksjoner. I rapporten angis også tiltak for vesentlige områder hvor det er identifisert risiko, svikt eller mangler.

Rapporten fra Ledelsens gjennomgang styrebehandles. Hovedgjennomgangen av risikobildet med tilhørende handlingsplan legges fram for Styret etter 1. tertial.

- *Ved omstilling av virksomheten, herunder innføring av ny teknologi og organisasjonsendringer, må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha, også for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. Der det foreligger risiko for uønskede hendelser skal det etableres særlige overvåkingsrutiner og forebyggende tiltak for å redusere risiko.*

Foretaket har etablert et system for tertialvise risikovurderinger for å sikre en generell gjennomgang av alle mulige risikofaktorer på de ulike ledernivåene. I tillegg gjennomføres mer situasjonsbetingede risikovurderinger knyttet til endringer innen organisering, metoder, teknologi m.m. Det utarbeides handlingsplaner for å minimalisere identifisert risiko. Tiltakene i planene tilpasses aktuell risiko slik at en sikrer tilstrekkelig overvåkning og forebygging.

Investeringer i Medisinsk teknisk utstyr (MTU) skjer gjennom et bredt sammensatt prioriteringsutvalg (PRU), som gjør en grundig vurdering av behov og konsekvenser ved anskaffelse av ny teknologi. Effekten for pasientbehandlingen er en del av denne vurderingen. Normalt vil ikke innføring av ny teknologi gi noen økt risiko ut over den påregnelige risikoen som følger med enhver bruk av MTU.

- *Feil som begås skal ses i sammenheng og inngå i et systematisk forbedringsarbeid. Rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter skal systematisk følges opp for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.*

Oslo universitetssykehus HF benytter et egenutviklet webbasert IT-system for registrering og oppfølging av uønskede hendelser, klager og avvik/bemerkninger etter tilsyn. Systemet oppleves av de ansatte som brukervennlig og funksjonelt. Antallet registreringer er høyt og fortsatt økende, noe sykehuset anser som ønskelig så lenge antallet alvorlige hendelser ikke samtidig øker. Alle registreringer ansees som potensielle kilder til forbedringer og inngår i sykehusets systematiske forbedringsarbeid. Avvik saksbehandles normalt av lokal leder. I de mest alvorlige sakene avsluttes saksbehandlingen i lokale pasientsikkerhetsutvalg i de enkelte klinikker, eventuelt i sykehusets sentrale kvalitetsutvalg som består av sykehusets toppledergruppe.

Styret behandler tertialvis, knyttet til styrebehandling av Ledelsens gjennomgang, status og utvikling i antall og innhold av uønskede hendelser, klager, revisjonsfunn og tilsynsavvik.

- *Forespørsler fra Statens helsetilsyn og andre tilsynsmyndigheter skal følges opp og besvares innenfor de fristene som er satt.*

For å sikre best mulig gjennomføring og oppfølging av tilsyn, har sykehuset etablert en funksjon som tilsynsordinator. Denne har oversikt over alle tilsynsaktiviteter, gjør avtaler med tilsynsmyndighetene og er bindeledd mellom myndigheter og de enkelte tilsynsobjekter i klinikkene.

I 2012 er det gjennomført 26 tilsynsbesøk. I tillegg til Statens helsetilsyn er det 10 forskjellige tilsynsmyndigheter som har gjennomført tilsynsbesøk eller postale tilsyn (dokumentgjennomgang). Det er gitt avvik ved 19 tilsyn, - samlet 52 avvik.

Når det blir gitt avvik utarbeides en handlingsplan innen den frist som blir gitt. Handlingsplanene følges opp både lokalt og sentralt på sykehuset. Ved utgangen av 2012 er det 10 tilsynssaker som fortsatt er under behandling, og i disse sakene er det totalt 19 avvik som ennå ikke er lukket.

Oslo universitetssykehus HF har etablert et godt samarbeid med tilsynsmyndighetene, og funn etter tilsyn brukes som en viktig del av sykehusets forbedringsarbeid.

## Regjeringens eierskapspolitikk

### Mål 2012

- *Helseforetaket skal gjøre seg kjent med kravene som følger av regjeringens eierskapspolitikk.*

Oslo universitetssykehus HF har gjort seg kjent med kravene som følger av regjeringens eierskapspolitikk.

- *Helseforetaket skal gjøre seg kjent med kravene til samfunnsansvar, særlig på områdene menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, miljø/klima og arbeidet mot korrupsjon. Helseforetaket skal ha retningslinjer og rutiner for å operasjonalisere og ivareta samfunnsansvaret både i strategisk og operasjonell virksomhetsstyring*

Oslo universitetssykehus HF har gjort seg kjent med kravene til samfunnsansvar og det er under utarbeidelse en egen prosedyre for kontrollhandlinger innenfor økonomiforvaltningen..

Oslo universitetssykehus HF har styrende dokumentasjon for å operasjonalisere og ivareta samfunnsansvaret både i strategisk og operasjonell virksomhetsstyring.

- *Helseforetaket skal bidra til moderasjon i lederlønningene og være kjent med og følge retningslinjene for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper fastsatt 31. mars 2011*

Oslo universitetssykehus HF lønnsystem/arbeidskontrakt for ledere er i tråd med gjeldende retningslinje.

- *Helseforetaket skal gjøre seg kjent med Riksrevisjonens lederlønnsundersøkelse i Dokument 3:2 (2011-2012)*

Oslo universitetssykehus HF er kjent med Riksrevisjonens lederlønnsundersøkelse

## 3.1.4. Samhandlingsreformen

### Overordnede mål

- *Det skal etableres og videreutvikles effektive og lokale behandlingstilbud i samarbeid med kommunene, herunder lokalmedisinske sentre.*

Det viktigste samarbeidet om utvikling av lokale behandlingstilbud skjer i regi av Helsearena Aker/Samhandlingsarena Aker.

Flere andre pågående samhandlingsprosjekt legger grunnlag for etablering av effektive behandlingstilbud i kommunene. Det planlegges etablering av et dialysesamarbeid med et sykehjem. Etableringen av felles ambulerende team i palliasjon vil muliggjøre god kommunal ivaretagelse av en svært sårbar pasientgruppe. Oslo universitetssykehus HF vil sammen med bydel Nordre Aker bidra til at det etableres et lokalmedisinsk senter i denne bydelen. Oslo universitetssykehus HF samarbeider også med Bydel Sagene for å bedre ivaretagelse av unge med alvorlige hodeskader.

Kompetanseoverføring og veiledning vil være sykehusets viktigste bidrag inn i mye av det pågående arbeidet.

- *Med bakgrunn i de lovpålagte avtalene mellom kommuner og helseforetak skal det etableres helhetlige pasientforløp og avklares arbeidsdeling mellom helseforetak og kommuner.*

Sykehusene i Oslo området og Oslo kommune har i fellesskap utarbeidet tjenesteavtale om koordinerte tjenester. I denne avtalen er partene forpliktet til å samarbeide om utarbeidelse av retningslinjer om pasientforløp – "fra hjem til hjem"

Oslo universitetssykehus HF har i løpet av året etablert styrende dokumenter for hvordan sykehuset skal arbeide med helhetlige pasientforløp.

Oslo universitetssykehus HF har i dette arbeidet forpliktet seg til å sikre dialog og samarbeid med øvrige samarbeidsparter i det enkelte pasientforløp. Sykehusets Stab samhandling er aktive inn i alle pasientforløp med koordinering og veiledning slik at samhandlingsaspektet blir ivarettatt. I tillegg er det i samarbeidsfora mellom bydeler og sykehuset iverksatt arbeid med hvordan felles avtaler skal bli implementert i praksis.

For Oslo universitetssykehus HF er det også avgjørende å ha godt fungerende relasjoner med fastleger nasjonalt, det vil si også utenfor eget opptaksområde og region, i forhold til sykehusets lands- og regionsfunksjoner.

## **Mål 2012**

- *I 2012 skal Oslo universitetssykehus HF i dialog med Oslo kommunene og bydelene i sitt opptaksområde bidra til implementering av samhandlingsreformen.*

Struktur for felles møteplasser på ulike organisasjonsnivåer i bydelene, Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF er etablert og fungerer som viktige arenaer for felles implementeringsarbeid.

Første halvår av 2012 var hovedfokus å implementere nye lovkrav, mens det andre halvår har vært fokus på det konkrete samhandlingsarbeidet knyttet til pasientbehandling og pasientforløp.

Oslo universitetssykehus HF tok i november 2011 initiativ overfor våre lokalsykehusbydeler for å etablere en arbeidsgruppe som ble kalt: "Arbeidsgruppe - Iverksettelse av Samhandlingsreformen". Gruppen startet sitt arbeid i starten av desember 2011, umiddelbart etter at forskrift om kommunens medfinansierings- betalingsplikt fra januar 2012 ble ferdigstilt.

Arbeidsgruppen har utarbeidet felles prosedyrer for meldeplikten knyttet til pasienter som innlegges og det vil være behov for kommunale tjenester etter utskrivelse. Prosedyren er implementert i bydelene og i sykehuset, samt fulgt opp og evaluert av samme gruppe.

Oslo universitetssykehus HF har sammen med de øvrige sykehus i Osloområdet og Oslo kommune utarbeidet samarbeidsavtaler i henhold til de krav som er stilt i Samhandlingsreformen. Dette utgjør en hovedsamarbeidsavtale og 8 ulike tjenesteavtaler. Ytterligere er det utarbeidet felles prosedyrer innenfor mange områder der både primærhelsetjenesten og Oslo universitetssykehus HF involveres.

- *Det skal inngås samarbeidsavtaler på de lovpålagte elementene med frist 31.1.2012 og 1.7. 2012.*

I henhold til helse og omsorgstjenesteloven § 6-1 er kommunene forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesteloven har fått en ny bestemmelse i § 2-1 e. Den fastslår at de regionale helseforetakene skal sørge for at helseforetakene inngår samarbeidsavtaler med kommunene, jf. styresak 09/2012

I tråd med nasjonal veileder (2011) om lovpålagte avtaler, foreligger det en undertegnet samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF.

Det foreligger også to godkjente tjenesteavtaler. Det gjelder:

- Retningslinjer for innleggelse i sykehus (tjenesteavtale 2). Denne tjenesteavtalen er fulgt opp med underavtalen:
  - Retningslinje for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Underavtalen er gjeldene for Oslo universitetssykehus HF og bydelene i sykehusets optaksområde.
- Omforente beredskapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede (tjenesteavtale 9).

Sykehusene og kommunene er pålagt å inngå ytterligere 7 tjenesteavtaler. Oslo kommune og sykehusene har blitt enige om at tjenesteavtale 4 og 5 slås sammen til en felles avtale. Ønsket om en felles avtale for alle sykehusene har gjort prosessen mer omfattende og avtalene er blitt noe forsinket i forhold til fristen 1. juli i år. Helsedepartementet er orientert om at Oslo kommune og Oslo-sykehusene vil behandle avtalene tidlig høst 2012.

De resterende tjenesteavtalene gjelder:

- Tjenesteavtale 1 - koordinerte tjenester
- Tjenesteavtale 3 - beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp
- Tjenesteavtale 4 - utdanning og forskning
- Tjenesteavtale 6 - samarbeid om jordmortjenester
- Tjenesteavtale 7 - samarbeid om lokale IKT-løsninger
- Tjenesteavtale 8 - samarbeid om forebygging

Avtalene skal bygge på til dels nye og endrede forskrifter og departementet har forutsatt at partene legger bestemmelsene i forskriftene til grunn, etter hvert som forskriftene ferdigstilles.

Partene har blitt enige om at spørsmål knyttet til forskning, utdanning, praksis og læretid samt retningslinjer om kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling med mer, samles i en avtale. Tjenesteavtalene er svært overordnede, og det er behov for en konkretisering og en avklaring på hvordan man i hovedstadsområdet ønsker det videre arbeidet med implementering av tjenesteavtalene. Det må vurderes på hvilket nivå videre utarbeidelse av retningslinjer skal gjennomføres, enten felles for hovedstadsområdet eller på lokalsykehusnivå.

- *Det skal legges inn et eget punkt i avtalene som beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudene i kommunene i tråd med rammene for tilskuddsordningen, slik at partene ser øyeblikkelig hjelp-tilbudene sine i sammenheng og kan bli enige om løsninger som er hensiktsmessige for pasienter, kommuner og helseforetak og hindrer etablering av dobbeltkapasitet eller nedtrapping av tilbudet i helseforetakene uten at tilbud er etablert i kommunene.*

Det er utarbeidet egen Tjenesteavtale som beskriver kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Tjenesteavtalen er inngått mellom Oslo kommune og Sykehusene i Hovedstadsområdet. Gjennom avtalen forplikter partene seg til å samarbeide om etableringen av de kommunale akutte døgnplassene. Minimum en av de enheter som etableres skal lokaliseres til Aker. Virksomheten skal sees i sammenheng med etablering av kommunal legevakt samme sted.

Partenes ansvar for øyeblikkelig hjelp og akuttmedisinske tjenester følger av helselovgivningen. Helseforetak/sykehus er forpliktet gjennom avtale om ikke å bygge ned eller redusere sitt tilbud før kommunen har et forsvarlig tilbud etablert. Kommunen er forpliktet til å ha slutført etableringen av kommunale akutte døgnplasser i løpet av 2016. Det vil rimeligvis ta tid å innarbeide rutiner /retningslinjer for triagering av aktuell pasientgruppe. Men sykehusene har allerede fått trekk i sine økonomiske rammer i forhold til kommunale døgnplasser og vil fortløpende måtte ta stilling til på hvilket tidspunkt en nedtrapping av tilbudet i sykehus/helseforetak vil være forsvarlig.

- *Avtaler om jordmortjenester, herunder følgetjenesten for gravide, skal inngås innen 1.7.2012.*

#### Ad Områdeplan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg:

Fødeavdelingen ved Oslo universitetssykehus HF skal tilby svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i samarbeid med tolv av Oslos femten bydeler. Fødeavdelingen ved Oslo universitetssykehus HF har i underkant av 10000 fødsler per år. Dette tallet er ventet å stige, og i 2030 er det forventede fødselstallet anslått til mellom 12700 og 15300 fødsler per år. God kommunikasjon og god arbeidsdeling mellom sykehus og primærhelsetjeneste er helt avgjørende for å ivareta god oppfølging av den enkelte pasient. Fagmøter mellom helsesøstre, kommunejordmødre, fastleger og aktuelle fagpersoner i spesialisthelsetjenesten bør videreføres og videreutvikles.

Et viktig punkt å følge opp videre vil være å etablere et tett samarbeid med Oslo kommune i utarbeidelse og revidering av områdeplanen innen fødselsområdet. Dette gjelder særlig innen svangerskaps- og barselomsorgen, der kommunen spiller en vesentlig rolle.

#### Ad Tjenesteavtale 6 – samarbeid om jordmortjenester:

Den nye Helse- og omsorgstjenesteloven (kapittel 6) forplikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler. Dette er ett av flere virkemidler for å nå målene i samhandlingsreformen. En av samarbeidsavtalene (Tjenesteavtale 6) er samarbeid om jordmortjenester. Formålet med avtalen er å sørge for at tilbudet under svangerskap, fødsel og barsel er faglig forsvarlig og sammenhengende. Tilbudet skal være likeverdig og differensiert og i tråd med Helsedirektoratets "Nasjonale faglige retningslinjer for Svangerskapsomsorgen". Partene skal sørge for god og effektiv informasjonsflyt.

Områdeplanen for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg og Tjenesteavtale 6 – samarbeid om jordmortjenester må sees i sammenheng. Styret ved Oslo universitetssykehus forutsatte i behandlingen av områdeplanene i mai 2012 (ref styresak 30/2012) at innholdet i

områdeplanen skulle legge føringer i arbeidet med Tjenesteavtale 6 – samarbeid om jordmortjenester.

- *Det er behov for mer kunnskap om samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. NPR har forbedret kodeverkene for rapportering av henvisende enhet/enhet det henvises til. Nye koder skal tas i bruk og rapporteres i tråd med spesifikasjon. Det skal sikres at det er mulig å identifisere behandlingssted i rapporterte data.*

Sykehuset vil mest sannsynlig kunne rapportere sted i årsfilen til NPR gjeldene for hele 2012.

- *Det skal registreres og rapporteres på utskrivningsklare pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

Sykehusets Senter for rus- og avhengighetsbehandling (SRA) arbeider aktivt med å registrere antall utskrivningsklare pasienter. Samhandlingen med bydelene er forsterket både rundt den enkelte pasient og på systemnivå. Det arbeides med å implementere en felles faglig forståelse av hva å være utskrivningsklar innebærer for å sikre enhetlig registreringspraksis

- *Samhandlingsavtalene med kommunene skal dimensjoneres slik at befolkningens behov for gode og helhetlige helse- og omsorgstjenester ivaretas og at avtalene i tilstrekkelig grad omfatter samarbeid om forebyggende tiltak og gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.*

Sykehusene i hovedstadsområdet og Oslo kommune har utarbeidet tjenesteavtale om forebyggende og helsefremmende arbeid. Partene forplikter seg der til:

- Etablere møteplasser for erfaringsdeling og kompetanseoverføring.
- Delta i utviklingen av nye tilbud der dette er relevant.
- Bidra til kunnskapsutvikling og kompetanseutveksling om folkehelse, helsefremming og forebyggingstiltak.

Det blir viktig å utvikle helseindikatorer i fellesskap med tanke på å forebygge utvikling av sykdom, komplikasjoner, forbedre prognoser og hindre tilbakefall av alvorlig sykdom.

Det er inngått tjenesteavtale om kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling mellom sykehusene i Hovedstadsområdet og Oslo kommune. Det er vesentlig å legge til rette for gjensidig kunnskapsoverføring. Tilstrekkelig dialog og informasjonsutveksling bidrar til å sikre gode tjenester og pasientforløp.

Det må utvikles felles tiltak for å styrke kunnskap og kompetansebygging hos helepersonell, dette vil understøtte samhandlingsreformens intensjon. Ambulant virksomhet sees som et prioritert område som må videreutvikles. Her må det utarbeides lokale retningslinjer og avtaler.

- *Oslo universitetssykehus HF skal bidra til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade iht. ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og følger opp den lovpålagte veiledningsplikten overfor kommunene, jf. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven.*



Oslo universitetssykehus HF har et internt opplæringsprogram for prosessveiledere som arbeider med kunnskapsbaserte pasientforløp. I arbeidet fokuseres det på å legge tilrette for "en helhetlig sammenhengende beskrivelse av pasientens kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av sykdomsperioden" i tråd med føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er følgelig vektlagt gode prosesser for å fremme samarbeid med kommunehelsetjenesten og andre samarbeidende helseforetak. I tillegg er det utarbeidet en egen veileder for praktisk gjennomføring av pasientforløpsarbeidet og en intern retningslinje med systembeskrivelse for Oslo universitetssykehus HF.

- *Samhandlingen skal styrkes og det skal stimuleres til etablering av tilbud i kommunene, herunder døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, i tråd med føringene i oppdragsdokumentet til Helse Sør-Øst RHF og i henhold til regelverket for tilskuddsordningen.*

Oslo kommune og sykehusene i Hovedstadstadsområdet har igangsatt et arbeid for å etablere kommunale akutte døgnopphold. Det er inngått egen Tjenesteavtale som beskriver kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp.

Det er etablert en egen arbeidsgruppe som har kartlagt dagens situasjon og som vurderer, analyserer og foreslår avklaringer i forhold til fremtidens behov for kommunale akutte døgnplasser. Arbeidsgruppen har gitt anbefalinger i forhold til målgruppe/innhold, kompetansebehov, dimensjonering/omfang og organisering/lokalisering. Partenes ansvarsområder reguleres av helselovgivningen og av samarbeidsavtalen. Forut for oppstart i 2013 skal partene avklare følgende områder:

- Krav til kompetanse
- Kompetanseutveksling
- Kartlegging av pasientgrupper
- Utarbeide retningslinjer for hvilke pasientgrupper det er snakk om
- Opptappingsplan for etablering
- Samarbeid rundt servicetjenester og medisinske støttefunksjoner
- Elektronisk samhandling og meldingsutveksling

Fra januar/februar 2013 skal etableres inntil 32 senger tilknyttet legevakten ved Aker. Utover i 2013 utvides aktiviteten ved Aker med ytterligere 16-20 senger. Innen 2016 skal totalt 73 senger være etablert i Oslo.

- *Tilbudet i Oslo universitetssykehus HF skal tilpasses i forhold til etableringen av nye tilbud i kommunene.*

Samhandlingsreformen legger opp til at folk skal få bedre helsehjelp nær der de bor. Tjenestene skal henge bedre sammen, noe som forutsetter at kommunene får en sterkere rolle i den samlede helse- og omsorgstjenesten. Det skal etableres kommunale tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold. Kommunene vil i større grad ta seg av kronikere, flere og sykere pasienter.

Veksten i spesialisthelsetjenesten må bremses. Dette betyr at sykehuset må bli mer spesialisert innen en del fagområder enn dagens situasjon. Arbeidet med standardiserte pasientforløp må vektlegges. Samtidig må sykehusets ambisjon være å styrke sykehusfunksjonen for en multikulturell befolkning, både med hensyn til somatisk og psykisk helse. Dersom kommunen skal lykkes i å ta seg av flere og multisyke eldre, vil dette kreve at sykehuset kan tilby et robust og spesialisert geriatri miljø.

En vesentlig forutsetning for å kunne etablere robuste helsetilbud i kommunene vil være kompetanseheving i flere faggrupper. Her har Oslo universitetssykehus HF startet kompetanseoverføringstiltak.

- *Samhandling og tilrettelegging av tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i kommunene skal videreutvikles slik at disse områdene ikke nedprioriteres.*

Sykehusets "Klinikk for psykisk helse og avhengighet" har samarbeidsmøter med de sektorbydelene som de distriktpsykiatriske sentrene (DPS) håndterer, et møte for hvert DPS. Dette er møter som etter strukturer i den gamle samarbeidsavtalen ble kalt "Samarbeidsforum 2".

DPSene har jevnlig møter i bydelsvise arbeidsgrupper, hvor fokus er diskusjon omkring direkte pasientoverføringer med enkeltbydeler.

Samarbeidsforum i henhold til ny lokal samarbeidsavtale er under arbeid.

#### Josefinesgate DPS

- Rus og psykiske lidelser prosjektet (ROP) er i gang.
- Planlegges et prosjekt "Ikke møtt" for å sikre oppfølging av pasienter som ikke møter til poliklinisk time.

#### Søndre Oslo DPS

- Avdelingsoverlegen har det siste året hatt veiledning ut til enkelte legekontor (gjennomføres ikke på nåværende tidspunkt)
- Dialogkonferanse, konferanse med bydeler, bruker og DPS med fokus på samhandling
- Arbeidsgruppe "Felles Barn", har sammen med bydeler og bruker kartlagt arbeidet med barn av voksne med psykisk lidelse, sett på oppfølging og behov for endringer.
- Utdanningsutvalget for kompetanseheving i psykisk helsevern i kommunen (UPK) innebærer månedlig undervisning fra DPSene til bydelene. Program lages i samarbeid med brukere og bydelene.

Klinikken har etablert et felles møtested med "Byrådsavdelingen for eldre- og sosiale tjenester". Fokus på møtene er å drøfte felles saker og utfordringer, med Samhandlingsreformen som utgangspunkt. På disse møtene er alle fagområder i klinikken representert.

Senter for rus- og avhengighetsbehandling har et strukturert samarbeid med Oslo kommune både på system og individ nivå. Oslo kommune har vært med i utforming av områdeplan TSB og deltar i oppfølgingen av planen. Et viktig prosjekt er "legemiddel assistert stabiliserende substitusjonsbehandling i Oslo" (LASSO) hvor opiatavhengige pasienter som ikke er i Legemiddelassistert behandling får buprenorfin fra lege i Oslo universitetssykehus HF og oppfølging av kommunen. Prosjektet ledes av Oslo kommune.

Det er søkt og fått samhandlingsmidler for oppfølging av LAR-pasienter i samarbeid med bydel Nordstrand.

- *Forskning og innovasjon for å understøtte helhetlige og koordinerte tjenester i tråd med samhandlingsreformens målsettinger skal styrkes, jf. Helse- og omsorgsdepartementets Strategi 2011-2014 Forskning og innovasjon for bedre samhandling.*

Det er inngått en tjenesteavtale om utdanning og forskning mellom sykehusene i hovedstadsområdet og Oslo kommune. Formålet med avtalen er å sørge for gjensidig kunnskapsoverføring, dialog og informasjonsutveksling mellom partene og at dette er sentrale elementer for å sikre gode tjenester og pasientforløp. Partene er også gjensidig forpliktet til å legge til rette for gjennomføring av gode hospiteringsordninger.

Forskning og innovasjon er en del av flere pågående samhandlingsprosjekter. Det er etablert eget Fagråd for samhandlingsforskning (se omtale under punkt 5.2.1), og sykehusets innovasjonsutvalg har gitt samhandlingsfeltet stor oppmerksomhet. Det skal være særlig fokus på å styrke forskningsaktivitetene på tvers av tjenestenivåene.

Det arbeides med at pasientbehandling, forskning, opplæring og innovasjon skal bli gjensidig kvalitetshevende og være tett integrert i forskningsnære klinikker.

### **Samhandlingsarena Aker**

- *Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF skal sammen med Oslo kommune samarbeide om konkrete planer for det fremtidige tilbudet på Aker sykehus. Fellesprosjektet ledes av Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune.*

*Målet er å utvikle tilbud som kommer hele Oslos befolkning til gode. Samhandlingsarena Aker vil være en viktig brikke for å få til en sammenhengende behandlingssløyfe for pasienter i Oslo.*

Høsten 2011 startet Prosjekt samhandlingsarena Aker som et samarbeid mellom Oslo kommune og sykehusene som betjener Oslo. Oslo universitetssykehus HF leder prosjektet sammen med Oslo kommune. Oslo universitetssykehus HF besluttet å organisere sin deltakelse i Prosjekt samhandlingsarena Aker gjennom et internt prosjekt, Prosjekt helsearena Aker. Prosjektet har i tillegg oppgaven å koordinere flytting, omstilling og utviklingsarbeid på Aker når det involverer enheter på tvers av organisasjonene i Oslo universitetssykehus HF.

Det løpende prosjektarbeidet i Prosjekt samhandlingsarena Aker har vært ledet av en prosjektstab med deltakere fra Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune, og med en prosjektleder fra Oslo kommune. Prosjektstaben forbereder saker for en styringsgruppe der sentrale ledere i kommunen og i sykehusene deltar sammen med representanter for de største fagforeningene, brukerorganer, Høyskolen i Oslo og Akershus og Universitet i Oslo. Styringsgruppen har besluttende myndighet om utviklingen av prosjektet og rådgivende myndighet overfor tiltak som krever involvering av de aktuelle sykehus og etater.

Det er formulert en felles visjon og virksomhetsidé for Aker som samhandlingsarena. Denne ideen skal sette sitt preg på all virksomhet på Aker.

- Aker skal bli en helseinstitusjon der spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste arbeider sammen på samme sted koordinert mot de aktuelle pasient- og brukergruppene
- Tjenestene vil bli tilbudt på tvers av Oslos bydeler basert på godt utviklet brukermedvirkning og med sikte på å få til kvalitativt bedre pasientforløp

Ved Aker skal det ut fra virksomhetsideen både være direkte pasientrettet virksomhet og virksomhet knyttet til utvikling og spredning av kunnskap – både når det gjelder de pasientgruppene en konsentrerer virksomheten mot og i forhold til bedre samhandling generelt.

Aker som samhandlingsarena skal gi betydelige ringvirkninger når det gjelder kompetanse-spredning i Oslo – både i forhold til helsepersonell ved sykehus og i kommunehelsetjeneste.

Dette blir sentrale virksomhetsområder på Aker:

- Helse knyttet til aldring
- Helse knyttet til livsstil og utbredte kroniske lidelser
- Rehabilitering
- Psykisk helse og rusbehandling
- Migrasjonshelse

Frem mot mai 2012 ble det utarbeidet en samlet arealplan for bruk av de byggene som skulle inngå i en samhandlingsarena på Aker sykehus. Denne planen tok opp i seg de behovene Oslo universitetssykehus HF selv hadde i forhold til virksomhet på Aker. Planen er basert på at byggene i størst grad brukes til den typer virksomhet de er best egnet til innenfor aktuelle områder uten behov for investeringer ut over det som skal til for grunnleggende funksjonell tilpasning. Arbeidet med arealplanen bidro dermed også som underlag for et investeringsbudsjett.

Arealplan og investeringsbudsjett er sommeren og høsten 2012 fulgt opp med oppstart av en rekke forprosjekter som også i noen tilfeller er gått over i gjennomføringsprosjekt. I forhold til de planer som er lagt, er følgende virksomhet en realitet i den aktuelle delen av Aker:

- Et geriatrisk ressurscenter er etablert (vil bli utvidet i 2013) - drevet av Oslo kommune, men samarbeid med sykehuset.
- En sengepost innen rehabilitering – drevet av Oslo universitetssykehus HF.
- En sengepost innen rehabilitering – drevet av Sykehjemsetaten, Oslo kommune
- En poliklinikk innen rehabilitering – drevet av Sunnaas sykehus (vil bli utvidet i 2013)
- Første del i etablering av et dagkirurgisk senter drevet av Oslo universitetssykehus HF (to operasjonsstuer, planlagt utvidet i 2013)
- Legevakt Aker, en allmennlegevakt drevet av Helseetaten Oslo kommune

Forprosjekt innen følgende områder er dessuten i gang med mulig praktisk gjennomføring i 2013:

- Kommunal akutt døgnenhet, drevet av Helseetaten, Oslo kommune (32 senger).
- En poliklinikk og dagenhet innen rehabilitering drevet av Oslo universitetssykehus HF.
- Senter for mamascreening, drevet av Oslo universitetssykehus HF.
- DPS Nord med ruspoliklinikk, drevet av Oslo universitetssykehus HF.
- Felles treningsarealer for rehabilitering og lignende
- Felles områder for møterom, kantine og resepsjonstjeneste

Dessuten utredes følgende aktiviteter:

- Et mulig ressurscenter for migrasjonshelse
- Samarbeidstiltak innen psykisk helse og rus
- Utvidede aktiviteter innen forskning, innovasjon og utdanning

### **3.1.5. Kvalitetsforbedring**

#### **Overordnede mål**

- *Tjenestene som tilbys skal være av god kvalitet, trygge og sikre.*

Oslo universitetssykehus HF har etablert systemer for å sikre god kvalitet. Sykehuset arbeider metodisk for å sikre at alle tjenester er trygge og sikre.

- *Behandlingen skal gi bedre behandlingsresultat, økt overlevelse og mindre variasjon mellom sykehus.*

Alle klinikkene er opptatt av god kvalitet i pasientbehandlingen og arbeider på forskjellige måter og områder for å oppnå det. Her kan nevnes faglige retningslinjer, standardisering på tvers av fagmiljøer, styrende dokumentasjon, trygg kirurgi, nasjonale registre og kvalitetsregistre som for eksempel traumeregister, register for intensiv medisin og hjertestansregisteret.

Sykehuset har i 2012 opprettet et eget ernæringsråd. Ernæringsrådet skal fremme god kost, måltidsopplevelser, informasjon og opplæring for pasienter og pårørende i sykehuset når det gjelder ernæring og næringsmiddelhygiene.

- *Tjenestene skal preges av god lærings- og forbedringskultur.*

Oslo universitetssykehus HF arbeider metodisk med at alle uønskede hendelser blir registrert, utredet og blir fulgt opp med forebyggende og/eller forbedrende tiltak.

Antall registreringer i sykehusets avvikssystem er jevnt økende uten at antallet alvorlige hendelser øker tilsvarende – dette er gledelig og kan tolkes som at de ansattes terskel for å melde feil er lav. Avvikssystemet er et godt verktøy for å følge opp uønskede hendelser og forhold hvor gjennomføring av tiltak fører til risikoreduksjon og kvalitetsforbedring.

Sykehusets vurderer at det fortsatt er noe underrapportering. Fagavdelingene knytter dette til:

- Det er fortsatt mangelfull kjennskap til avvikssystemet
- Det er utydelig kommunikasjon om viktigheten av å bruke avvikssystemet som forbedringsverktøy
- Det er meldetretthet og manglende tro på at det nytter å melde fra (gjelder særlig avvik som krever vedlikeholds- og investeringsmidler eller er gjentakende avvik)
- Det er arbeidspress og mangel på tid til å registrere
- Det oppleves ugreit eller utrygt å registrere helsebelastende arbeidsmiljøkonsekvenser
- Det oppleves mangelfull aksept og respekt for melding av avvik
- Avvik blir lukket raskt uten at forbedringstiltak blir iverksatt
- Det kan forekomme muntlige tilbakemeldinger som kan inneha både indirekte trussel og direkte budskap om konsekvenser for videre yrkeskarriere i Oslo universitetssykehus HF.

Vurderingene understøttes også i medarbeiderundersøkelsen. Status og utvikling følges regelmessig gjennom de tertialvise oppfølgingsmøtene med alle klinikker og styrerapporteres gjennom Ledelsens gjennomgang.

Det er høyt fokus innen de kliniske fagmiljøer i å forbedre og utvikle behandlingstilbudet. Dette synliggjøres gjennom antallet og nivået på faglige publikasjoner, seminarer og bruk av forskjellige kvalitetsregistre.

- *Ledelsen på alle nivå skal legge til rette for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.*

Oslo universitetssykehus HF har etablerte systemer for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeide fungerende på alle nivåer. Eksempler på innhold er:

- Kvalitetsarbeid på agendaen i ledermøtet på sentralt, klinikk og avdelingsnivåer.
- Sentralt nettverk knyttet til styrende dokumentasjon.
- Fokus på utvikling av kompetanse i kunnskapsbasert praksis.
- Arbeide med standardisering og godkjenning av pasientforløp.
- Fokus på kliniske kvalitetsindikatorer.
- Nettverk knyttet til ventelistebehandling.
- Gjennomføringsprosjektet
- Pasientsikkerhetsutvalg sentralt og i alle klinikker.
- Brukerråd.
- Beredskapsråd.
- Internrevisorer i alle klinikker samlet i et sykehusomfattende nettverk – inten- og egenrevisjoner.
- Fokus på regelmessige og situasjonsbestemte risikovurderinger.
- Elektronisk HMS handlingsplan
- Fokus på trygt arbeidsmiljø; systematisk oppfølging av medarbeiderundersøkelsen.
- Fokus på videreutvikling av forbedringsarbeid ved uønskede hendelser i pasientbehandlingen.
- Utvikle en nasjonal standard for forebygging av uønskede hendelser med støtte fra Kunnskapscenteret.

- *Ledelsen på alle nivå skal ha oversikt over kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten.*

Kvalitet og pasientsikkerhet er et prioritert fokusområde for ledere på alle nivåer og blir behandlet i alle ledermøter. Gjennom regelmessige tertialvise gjennomganger (Ledelsens gjennomgang) kontrolleres status og fremdrift innen sentrale områder i klinikkvise møter der Administrerende direktør, alle stabsdirektører, klinikkleder, klinikkstab og alle avdelingsledere er tilstede.

Alle uønskede hendelser, klager og tilsynsavvik registreres fortløpende i sykehusets avvikssystem. Alle ledere har kontinuerlig tilgang til dette og får i tillegg tilsendt ukentlige rapporter om status i eget ansvarsområde.

- *Nasjonale faglige retningslinjer skal tas i bruk.*

Gjennom sykehuset elektroniske system for styrende dokumentasjon (eHåndbok) og virksomhetsportal er det sikret at medarbeiderne lett kan få tilgang til nasjonale faglige retningslinjer og andre overordnede føringer.

I de to siste år er det lagt en stor innsats i å utarbeide prosedyrer og andre fagdokumenter. Nasjonale faglige retningslinjer brukes som en naturlig del i dette arbeidet.

I samarbeid med sentrale myndigheter har en også arbeidet med kunnskapsoppbygging og dyktiggjøring i praktisk implementeringsarbeid. Dette er en forutsetning for å få endret praksis i forhold til de nasjonale og interne føringer som er gitt.

- *Nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal være etablert og tatt i bruk innen viktige fagområder.*

Oslo universitetssykehus HF har 6 nasjonale kvalitetsregistre;

- Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes
- Nasjonalt traumeregister

- Norsk nyfødtt medisinsk kvalitetsregister, som er del av Fødselsregisteret
- Nasjonalt HIV-register
- Nasjonalt kvalitetsregister for døvblindhet
- Norsk Nefrologiregister.

Nasjonale registre tillagt Oslo universitetssykehus HF og regionen sikres bistand til å kunne ivareta formelle krav, herunder konsesjon. Videre tilrettelegges og formaliseres besluttede kvalitetsregistre som brukes internt og ivaretar utlevering til de nasjonale godkjente registrene.

- *Datakvaliteten for nasjonale kvalitetsindikatorer skal være tilfredsstillende.*

Oslo universitetssykehus HF har kontinuerlig løpende fokus på god datakvalitet som grunnlag for riktig rapportering.

## **Mål 2012**

- *Godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal ha felles infrastruktur og nasjonal dekning.*

Gjennom etablering av et regionalt fagsenter for kvalitetsregistre arbeides det med en felles infrastruktur for kvalitetsregistre i tråd med Nasjonalt helseregisterprosjekt. Regionalt fagsenter inngår i det interregionale nettverk ledet av det nasjonale servicemiljøet for kvalitetsregistre. For å ivareta oppdraget når det gjelder formelle krav og behov for godkjenning, er foretakets personvernombud delaktig i det regionale ressursmiljøet. Bistand for å oppfylle formelle krav og sikre godkjenninger av interne og nasjonale kvalitetsregistre ivaretas på denne måten av noden i Oslo universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus HF følger lojalt de føringer som er besluttet i interregional styringsgruppe for valg av infrastruktur. For å ivareta nasjonal dekning har dette medført mulighet for tre typer registerløsning i tillegg til den som servicemiljøet i Midt-Norge har etablert. For å sikre en god nasjonal mulighet for dekning ved valg av løsning for barnediabetesregisteret, har eksisterende infrastrukturenløsning for Norsk nyfødtt medisinsk kvalitetsregister vært tillagt vekt ved etablering. For nasjonalt traumeregister og HIV er løsningen utarbeidet av servicemiljøet i Midt-Norge valgt. Noen av de siste godkjente registrene har hatt tekniske løsninger og har vært breddet nasjonalt fra opp til 10 år bakover. Disse registrene er ikke påtvunget endringer, da de allerede har nasjonal dekning.

- *Årlig rapportering for nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal skje på felles elektronisk mal. Rapporteringen skal synliggjøre i hvilken grad registrene oppfyller sitt formål.*

Den etablerte nodefunksjonen i Oslo universitetssykehus HF har bidratt til etablering av felles mal og rapporterer egne register i følge denne malen.

Kreftregisteret har for nasjonale kvalitetsregistrene innenfor kreftområdet etablert et elektronisk meldingssystem (KREMT) og høsten 2012 muliggjort for Oslo universitetssykehus HF å bruke denne meldingsformen blant annet for brystkreft og tykk-/endetarmsregisteret.

- *Tiltakene i Nasjonalt helseregisterprosjekts handlingsplan for 2012 skal være iverksatt innenfor eget ansvarsområde. (Tiltakene legges ut på [www.nhrp.no](http://www.nhrp.no) etter at*

*handlingsplanen er behandlet i styringsgruppen for prosjektet i begynnelsen av februar 2012.)*

Forskningsstrategi og handlingsplaner for forskning i Oslo universitetssykehus HF har som særskilt prioritert område en videreutvikling av kvalitetsregisterområdet, i tråd med handlingsplanen for Nasjonalt helseregisterprosjekt.

For å sikre ønsket opprettelse av nasjonale kvalitetsregistre som regionen har ansvar for, og Oslo universitetssykehus HF deltakelse for utlevering til eksisterende nasjonale kvalitetsregistre, sikres klinikkene god oppfølging på de formelle behov og krav, inkludert utforming av formål for registre, vedtekter for styring, utforming samtykkeskriv, og endelig godkjenningssprosess.

Strukturen på styringen av de registrene som sykehuset er ansvarlig for er organisert slik at fagkompetansen er førende i opprettelse og utvikling, samtidig som formelle og økonomiske krav supplerer og justerer, slik at også disse ansvarsområder ivaretas. På denne måten er det vektlagt at fagkompetansen med en inkludering fra hele landets fagmiljø gis en lik mulighet for faglig styring, uten at dette utfordrer formelt og linjemessig ansvar.

Oslo universitetssykehus HF har ansvar for 6 nasjonale kvalitetsregistre, lagt til klinikkene. I tillegg har sykehuset en rekke regionale og lokale kvalitetsregistre. Det er etablert et Biobank- og registerutvalg som rapporterer til forskningsdirektøren. Det er avsatt sentrale forskningsmidler til infrastrukturiltak for kvalitetsregistrene.

- *Nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevende metoder skal tas i bruk.*

Mini HTA vil bli tatt i bruk i 2013.

- *Nasjonalt mandat for kliniske etikkomiteer skal legges til grunn for den lokale komiteenes virksomhet (jamfør brev av 18. november 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet).*

Klinisk etikk komité ved Oslo universitetssykehus HF legger til grunn nasjonalt mandat for kliniske etikkomiteer i sitt arbeide.

- *Det skal være god kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern til Norsk pasientregister.*

Oslo universitetssykehus HF har kontinuerlig løpende fokus på god kvalitet i rapporteringen og iverksetter nødvendige tiltak for dette.

- *100 % av epikriser skal være sendt ut innen sju dager.*

Oslo universitetssykehus HF har kontinuerlig løpende fokus på at epikriser skal ferdigstilles og sendes ut rett etter at sykehusoppholdet er avsluttet. Det planlegges for en egen epikrisedugnad i 2013 for å sikre økt andel epikriser som sendes ut innen syv dager, samt at det vil vektlegges økt bruk av elektroniske epikriser.

Per 2012 kan sykehuset dessverre ikke rapportere på andel epikriser som er sendt ut innen syv dager.

- *Det skal ikke være korridorpasienter.*



Overbelegg og korridorsenger er en kjent problemstilling i sykehuset. Registrering av pasientbelegg følges daglig.

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

Medisinsk klinikk har over 90 % øyeblikkelig hjelp innleggelser og kan derfor ikke styre sin virksomhet i samme grad som klinikker som har stor grad av elektiv virksomhet. Sykehusets styrende dokumentasjon sier at ledige senger skal benyttes på tvers av fagområder og klinikker for å unngå å legge pasienter i seng på korridoren. Dette fungerer til en viss grad, men er av behandlingshensyn av og til umulig, og er knyttet til en kjent risiko for redusert pasientsikkerhet. De enkelte klinikker har også utarbeidet retningslinjer for ekstra tiltak og ansvar til bruk i situasjoner med høyt belegg.

For å sikre frie rømningsveier ved brann har sykehusets brannvernleder og brannvernkoordinator gått brannvernrunde og definert mulige bufferplasser der pasienter i nødstilfeller kan legges.

- *Oslo universitetssykehus HF skal bidra til at den nye pålagte elektroniske meldeordningen for 3-3 meldinger som overføres fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret gjennomføres på forsvarlig måte.*

Oslo universitetssykehus har i samarbeid med Kunnskapssenteret etablert rutiner og operasjonelle forhold rundt implementering av ny meldeordning. Alle slike meldinger fra sykehuset blir i dag overført elektronisk.

Oslo universitetssykehus HF har videre samarbeidet med Kunnskapssenteret om kvalitetssikring, tolkning og oppsvaret av meldinger. Arbeidet videreføres i 2013.

- *Minst 90 % av elektivt opererte pasienter ved innleggelse skal legges inn samme dag som inngrepet finner sted.*

Sammedagsoperasjon av elektive pasienter er av økonomiske og driftsmessige hensyn et mål for sykehuset.

Målet gir dog enkelte utfordringer. Sykehuset har en rekke landsfunksjoner der pasienter har lang reisevei ved at de kommer fra andre deler av landet. Å innkalle disse pasientene en ekstra gang i forkant av operasjon for å utføre nødvendige undersøkelser er ikke hensiktsmessig. Å operere reisetrette pasienter er av pasientsikkerhetshensyn heller ikke optimalt.

I tillegg behandler sykehuset en rekke pasienter med misdannelser og stort pleiebehov som krever mer tilrettelegging i forkant av en operasjon.

Dette gjør at sammedagkirurgi kun er mulig i et noe begrenset omfang.

### 3.1.6. Pasientsikkerhet

#### Overordnede mål

- *Færre uønskede hendelser.*
- *Økt antall uønskede hendelser som meldes*
- *Uønskede hendelser brukes aktivt til læring og forbedring.*
- *Ledelsen på alle nivå sikrer velfungerende systemer for melding og håndtering av uønskede hendelser.*
- *Ansatte opplever det trygt å melde, og meldingene skal følges opp fra et system- og læringsperspektiv.*

Oslo universitetssykehus HF benytter et egenutviklet webbasert IT-system for registrering og oppfølging av uønskede hendelser, klager og avvik/bemerkninger etter tilsyn. Systemet oppleves av de ansatte som brukervennlig og funksjonelt. Antallet registreringer er høyt og fortsatt økende, noe sykehuset anser som ønskelig så lenge antallet alvorlige hendelser ikke samtidig øker. Alle registreringer ansees som potensielle kilder til forbedringer og inngår i sykehusets systematiske forbedringsarbeid. Avvik saksbehandles normalt av lokal leder. Foretaket har fortsatt forbedringspotensialer i å gi ledere tilstrekkelig kunnskap om saksbehandling, i å prioritere saksbehandling innen frist og i å vise de rette holdninger til meldesystemet.

I de mest alvorlige sakene avsluttes saksbehandlingen i lokale pasientsikkerhetsutvalg i de enkelte klinikker, eventuelt i sykehusets sentrale kvalitetsutvalg. Klinikkenes pasientsikkerhetsutvalg ble etablert ved opprettelse av Oslo universitetssykehus HF. Pasientsikkerhetsutvalgene har gradvis økt sin kompetanse og nytteverdi, mye på grunn av dedikerte og faglig interesserte medarbeidere. Sentralt kvalitetsutvalg består av sykehusets toppledergruppe, slik at informasjonsutveksling, ledelsesforankring og beslutningsmyndighet blir ivarettatt.

Styret behandler tertialvis, knyttet til styrebehandling av Ledelsens gjennomgang, status og utvikling i antall og innhold av uønskede hendelser, klager, revisjonsfunn og tilsynsavvik.

Oslo universitetssykehus HF arbeider aktivt og systematisk med å redusere all forekomst av alvorlige uønskede hendelser.

Tilbakemeldinger blant annet gjennom medarbeiderundersøkelsen antyder at enkelte ansatte føler det utrygt å melde og at de føler seg utsatt for represalier. Dette er signaler som blir tatt meget alvorlig av sykehusets ledelse.

Oslo universitetssykehus HF har i tillegg til muligheten å melde via avvikssystemet og via linjen, etablert en egen varslingsordning der sykehusets juridiske direktør er tillagt rollen som varslingsombud. Ordningen gir en mulighet for ansatte og pasienter i de tilfeller det føles vanskelig eller nytteløst å melde via normale varslingsveier. Antall varslingsmeldinger er lavt i forhold til tilsvarende meldinger i avvikssystemet, men funksjonen har vist seg nyttig i enkelttilfeller.

Sykehuset gjennomførte et større åpent dagsseminar om varslings høsten 2012 med god deltagelse.

- *Brukere/pasienter og pårørende skal oppleve det enkelt og trygt å melde, og at meldingene følges opp fra et system- og læringsperspektiv.*

Sykehusets styrende dokumentasjon legger til grunn at det for brukere, pasienter og pårørende skal være enkelt og trygt å gi tilbakemeldinger/klage. Alle klager blir registrert i sykehusets avvikssystem og blir der fulgt for å sikre læring og systemforbedring.

- *Færre infeksjoner påført i forbindelse med sykehusopphold.*

Oslo universitetssykehus HF arbeider aktivt og systematisk for å redusere antallet infeksjoner påført i forbindelse med sykehusopphold. Prevalenstall brukes i arbeidet opp mot klinikkene.

Håndhygiene er som kjent et viktig element ved forebygging av sykehusinfeksjoner og smittevernpersonell ved Oslo universitetssykehus arbeider kontinuerlig med informasjon, opplæring og implementering av god håndhygiene.

Antallet sykehusinfeksjoner vil ved Oslo universitetssykehus HF være noe høyere enn landsgjennomsnitt forklart med at sykehuset får overført pasienter fra andre sykehus, samt sykehusets pasientsammensetning med høy andel av immunkompromitterte pasienter.

Det er vanskelig å sammenligne forekomsten av infeksjoner med tidligere år fordi metodene for registrering var ulike ved de ulike sykehusene frem til 2012. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet. Gjennomsnittlig prevalensrate var 5,9 % i 2011, mens den i 2012 var 5,6 %.

- *Tryggere legemiddelbruk.*

Legemiddelrelaterte uønskede hendelser blir fortløpende registrert i sykehusets avvikssystem.

Sykehusets legemiddelkomité (LMK) har legemiddelsikkerhet som et av hovedfokusområdene, herunder å bidra til å etablere systemer og prosedyrer som sikter mot å forebygge medikamentelle bivirkninger, uheldige interaksjoner og feilmedisinering. LMK bidrar til å følge opp legemiddelrelaterte avviksmeldinger. Det har vært nedlagt et stort arbeid med å revidere og koordinere prosedyrer for legemiddelhåndtering generelt, i tillegg til å arbeide med prosedyrer for risikolegemidler. RELIS Sør Øst som del av Oslo universitetssykehus HF arbeider spesielt med saker som omhandler bivirknings- og interaksjonsmeldinger i avvikssystemet. Meldingene inngår i en internasjonal WHO database.

Det er fokus på feil som kan oppstå når ansvar for pasienten overføres mellom behandlingsnivåer eller mellom avdelinger. Dette gjelder spesielt mellom primærhelsetjeneste og sykehus, og i forbindelse med innleggelse av pasienter som bruker multidosepakkelegemidler koordinert av kommunetjenesten.

Sykehuset har deltatt i Pasientsikkerhetskampanjens nettverksamling om legemiddelhåndtering.

Generell indremedisinsk sengepost (GIMS) har tilsatt farmasøyt som har tatt masteroppgave i strukturert innhenting av legemidler med bakgrunn i IMM-modellen. Skjema for innhenting av legemidler er nå vedtatt i bruk på alle innleggelser til Medisinsk klinikk. I tillegg vil prosjektet på GIMS fortsette etter IMM-modellen ved også å omhandle mal for epikrise / medikamentdel med begrunnelse for endringer og etter hvert systematisk legemiddelgjennomgang for alle inneliggende pasienter på sengeposten. Det forventes at erfaringene fra dette arbeidet blir tatt i bruk på sikt i hele sykehuset.

## **Mål 2012**

- *Alle sykehus og helseforetak skal delta i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i tråd med styringsgruppens beslutninger, og rapportere data til kampanjens sekretariat i henhold til fastsatte tidsfrister.*

Oslo universitetssykehus HF deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Sykehuset er representert i kampanjens fagråd, deltar i den regionale samarbeidsgruppen og fagpersoner har bidratt til å utvikle tiltak og veiledninger i kampanjen.

Gjennomføringen av kampanjens virkemidler er imidlertid varierende. Årsakene er dels at de konkurrerer med sykehusets egne pasientsikkerhetsprosesser og at kapasiteten / motivasjonen i avdelinger og seksjoner til å starte opp prosjekter og rapportere resultater er begrenset. Dette er så langt gjennomført:

- Sykehuset har registrert og rapportert globale GTT-tall.
  - Sjekklister for Trygg Kirurgi er gjennomført i de fleste operative enheter.
  - Pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen er gjennomført.
  - Deltakelse i prosjekt legemiddelavstemming.
  - Fallforebygging.
- *Ledelsen i helseforetaket skal følge aktivt opp egne resultater i kampanjen.*

Sykehusets resultater behandles av ledergruppen og rapporteres tertialvis til styret.

- *Helse Sør-Øst RHF har, i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, utarbeidet informasjonspakke om håndtering av endringer i meldeordningen. Helseforetaket skal delta i arbeidet med å sikre at denne informasjonen når ut til alle ansatte.*

Oslo universitetssykehus HF har på forskjellige måter informert alle ansatte om endringene i meldeordningen.

Sykehuset har ved å endre på det interne avvikssystemet sikret at meldinger ut i fra gitte kriterier nå også automatisk sendes Kunnskapssenteret uten at dette i praksis har medført noen endringer for de ansatte.

- *Det skal sikres nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer.*

Oslo universitetssykehus HF har etter sammenslåingen hatt store utfordringer knyttet til forskjellige pasientadministrative systemer ved de enkelte lokalisasjoner. Arbeidet med å etablere ett felles system har pågått kontinuerlig, og sykehuset har nå felles pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal (PasDoc og Doculive) ved Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål. Ved Aker benyttes fortsatt DIPS, men det gjelder kun en mindre mengde pasienter.

Behov for opplæring og utarbeidelse av rutiner er knyttet til antall systemer og kompleksiteten i disse, noe som i 2012 har blitt enklere.

Sykehuset har stort fokus på opplæringstiltak og kontroll med utførte registreringer. Det har særlig vært iverksatt opplæringstiltak knyttet til prosjekter som har omhandlet de pasientadministrative systemer og elektronisk pasientjournaler. I tillegg har Gjennomføringsprosjektet stort fokus på nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av de

pasientadministrative systemer. Alle prosedyrer knyttet til det pasientadministrative arbeidet som omhandler henvisninger og ventelister er gjennomgått og revidert i 2012.

Konsernrevisjonen har i perioden utført en revisjon på sykehusets pasientadministrative arbeid. Funn herfra følges opp i regi av Gjennomføringsprosjektet.

- *Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med Sykehusapotekene HF følge opp felles etablerte mål og tiltak for å redusere feilmedisinering under sykehusopphold og ved utskrivning. Det forutsettes at veilederen om legemiddelhåndtering, utarbeidet av Helse Sør-Øst, legges til grunn for endringer og implementering av prosedyrer samt tiltak som sikrer den nødvendige kompetanse hos helsepersonell som håndterer legemidler.*

Oslo universitetssykehus HF er kjent med veilederen om legemiddelhåndtering utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF, og har revidert de interne legemiddelprosedyrene ut i fra den. I forbindelse med rapportering av uønskede hendelser (feilmedisinering) blir det ofte henvist til gjeldende prosedyre, eller at prosedyren blir brukt som referanseramme ved vurdering av grad av avvik fra prosedyre og risiko for gjentakelse med eventuell pasientskade.

Helse Sør-Øst RHF sine krav til opplæring av helsepersonell i legemiddelhåndtering er implementert i nyansattekurs for sykepleiere.

- *Forbedringspunktene som er avdekket gjennom revisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet, skal ivaretas. Dette vil inngå i oppfølgingsmøtene med Helse Sør-Øst RHF.*

Dette følges opp i regi av Gjennomføringsprosjektet som har stort ledelsesmessig fokus. Alle klinikker og avdelinger blir fulgt opp på prosjektet gjennom egen rapportering og gjennom tertialmøter med klinikkene hvor administrerende direktør, alle stabsdirektører, klinikkleder, klinikkstab og alle avdelingsledere er til stede.

- *Det skal sikres at helseforetaket har metoder for å teste og overvåke eventuelle svikt i det pasientadministrative arbeidet slik at tiltak iverksettes raskt.*

Sykehuset har kontrollrutiner for å avdekke svikt i det pasientadministrative arbeidet. Kontrollrutinene har i 2012 avdekket svikt som har medført endringer i rutiner og praksis. Ett tilfelle av svikt knyttet til registrering av opphold er rapportert til Helse Sør-Øst RHF.

- *Arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutiner med hensyn til organisasjons- og kompetanseutvikling følges opp.*

Alle pasientadministrative rutiner knyttet til henvisninger og ventelister er gjennomgått og revidert i 2012.

### **3.1.7. Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermidvirkning**

#### **Overordnede mål**

- *Pasienter, brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg.*
- *Pasienter, brukere og pårørende skal ha innflytelse over utformingen av eget behandlingstilbud og virksomhetenes tjenestetilbud.*

Sykehuset har utviklet "Virksomhetsplan 2012" med hovedmål, fokusområder, tiltak og indikatorer for oppfølging av resultateffekt. Virksomhetsplanen er basert på innspill fra ledelse, tillitsvalgte, ansatte og brukerutvalgsrepresentanter.

I arbeidet med pasientforløp er det forventet stor grad av brukermedvirkning. Dette understrekes i opplæringsprogrammet for prosessveiledere og i sykehusets overordnede retningslinjer. Erfaringsmessig representerer brukerrepresentantene et annet og viktig perspektiv i sykehusets forbedringsarbeid.

- *Tjenestene skal være innrettet etter brukernes behov, både når det gjelder fysisk, kulturell og språklig tilgjengelighet.*

Via sykehuset dokumentstyringssystem og intranett er det lagt tilgjengelig informasjon for medarbeiderne om hvordan en kan bidra til fysisk, kulturell og språklig tilgjengelighet.

I forhold til å innrette tjenestene etter brukernes behov i kulturell og språklig forstand, har sykehuset i 2012 jobbet særlig aktivt innenfor tre områder:

Sykehuset har videreført satsingen med å styrke ansattes kompetanse i flerkulturell forståelse og kultursensitivitet, gjennom at 10 ansatte i 2012 har deltatt på videreutdanning i "Veiledning i flerkulturelt helsearbeid", gjennom Høgskolen i Oslo og Akershus. Ytterligere 22 ansatte startet på studiet i oktober 2012. I tillegg jobbes det aktivt videre med å formalisere kulturveiledernettverket, som består av ansatte som har fullført studiet tidligere – fra 2010 til nå, totalt 4 kull.

Hva språklig tilpassing angår, har sykehuset bevisst arbeidet med tolk og tolketjenester. I 2012, i regi av samhandlingsprosjektet "Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i hovedstadsområdet" (Likeverdsprosjektet), har det vært fokus på status på kvalitet på tolking på sykehuset. I juni ble en kartlegging presentert, som viste at Oslo universitetssykehus HF, gjennom sin anbudsavtale, ikke fikk kvalitet i henhold til avtalen i 88 % av oppdragene. Neste ledd var derfor å utarbeide anbefalinger som ivaretar kvalitet på tolking, og derigjennom ivaretar pasientsikkerheten. Rapporten ble oversendt til prosjektets oppdragsgivere 1. oktober 2012. I notat fra Helse Sør-Øst RHF har Oslo universitetssykehus HF nå fått ansvar for å utrede i detalj etablering av en egen tolkesentral, som i særlig stor grad satser på videotolking. I tillegg har tolking vært tema på faglunsj for kulturveiledernettverket, med oppfordring om at kunnskapen videreformidles til ansatte i egen enhet.

Videre er et e-læringsprogram i kommunikasjon via tolk tilgjengelig for alle ansatte via Læringsportalen, i tillegg til at utfordringer knyttet til tolking er tatt opp på fagdager/faglunsjer på flere avdelinger.

Det tredje området, er knyttet til etableringen av et tilbud med tro- og livssynsbetjening for pasienter og pårørende på sykehuset. Det består av et samtaleteam med representanter fra 12 ulike tros- og livssynsretninger, som kan stille opp for pasienter og pårørende som ønsker å snakke med en fra eget tros- eller livssynssamfunn. Mange som er på sykehus befinner seg i en sårbar situasjon, og man kan da ha behov for å snakke med noen som forstår og identifiserer seg med samme trosretning. Samtalen kan være av religiøs, livssynsmessig eller eksistensiell karakter, eller være relatert til mer hverdagslige situasjoner. Prosjektkoordinator for samtaleteamet er ansatt på Seksjon for likeverdig helsetjeneste, og avdelingene tar kontakt med henne om pasienter eller pårørende har ønske om samtale.

- *Pasienter og pårørendes erfaringer og klager skal brukes systematisk i kvalitetsforbedringsarbeid, forskning og innovasjon.*

Pasienter og pårørendes erfaringer og klager blir rutinemessig registrert i sykehusets avvikssystem og blir saksbehandlet der. Dette sikrer god dokumentasjon og at alle erfaringer blir utnyttet til systematisk oppfølging og kvalitetsforbedring.

Sykehuset har etablert et eget Brukerutvalg med regelmessig aktivitet – se egen årsrapport. En bruker er også deltager i Akuttklinikkens pasientsikkerhetsutvalgene med positivt erfaring. Det er også etablert et eget ungdomsråd som ivaretar unges perspektiv og erfaringer i forbedringsarbeid.

- *Bedre informasjon om fritt sykehusvalg.*

Sykehusets nettside er utviklet med informasjon om ventetider, fristbrudd og kvalitetsindikatorer, beskrevet slik at det er til hjelp for pasienter og pårørende ved valg av sykehus. Det er videre igangsatt et arbeid for forenkling av de brev som sendes til pasienter fra sykehuset med informasjon blant annet om retten til fritt sykehusvalg. Det sees på muligheten for å gjøre kompleks juridisk terminologi lettere å forstå for pasient og pårørende - innenfor de rammene som er satt i helsedirektoratets malverk. Alle pasienter som mottar pasientbrev fra Oslo universitetssykehus HF mottar også et informasjonsskriv hvor det opplyses om blant annet fritt sykehusvalg.

#### **Mål 2012**

- *Det skal iverksettes tiltak for å bedre informasjonen til pasienter og pårørende om fritt sykehusvalg. Informasjonen om fritt sykehusvalg bør gis sammen med at pasienten får opplyst når de har timeavtale, slik at pasienten gis et grunnlag for å vurdere om det kan være hensiktsmessig å benytte fritt sykehusvalg.*

Alle pasienter får tilsendt et informasjonsskriv sammen med opplysninger om rettighetsvurdering og timeavtale. Her gis det informasjon om fritt sykehusvalg.

Det er videre igangsatt et arbeid for forenkling av de brev som sendes til pasienter fra sykehuset med informasjon blant annet om retten til fritt sykehusvalg.

- *Det skal leveres oppdaterte ventetider til nettsiden fritt sykehusvalg.*

Oslo universitetssykehus HF har i perioden arbeidet aktivt for å sikre oppdaterte ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg. I forbindelse med Gjennomføringsprosjektet og ved bruk av ventelisteansvarlige i klinikkene er det laget rutine for oppdatering av ventetider på nettsidene til fritt sykehusvalg.

- *Alle helseforetak skal ha styrebehandlet mål og strategier for brukermedvirkning.*

Oslo universitetssykehus HF har i samarbeid med sykehusets brukerutvalg utarbeidet en strategi for brukermedvirkning, som skal gå fra 2013 – 2018. Strategien ble vedtatt i styremøte i desember 2012. Strategien bygger på Helse Sør-Østs prinsipper for brukermedvirkning, tar sitt utgangspunkt i føringer gitt i lovverk og sykehusets arbeid med samhandlingsreformen. Hensikten med strategien er å gi helsepersonell og brukermedvirkere en felles forståelse for hva medvirkning er, både som en strategi og som et virkemiddel for å oppnå god kvalitet på sykehusets tjenester.

- *Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser, registrering og rapportering av uønskede hendelser og andre kvalitetsmålinger skal være offentliggjort på helseforetakenes nettsider.*

Resultater av pasienterfaringsundersøkelser og kvalitetsresultater er i noen grad offentliggjort på sykehusets nettsider, inkludert her er styresaker som berører sikkerhet og kvalitet i sykehuset.

Rapportering av uønskede hendelser på foretakets nettsider er vurdert i sykehusets ledelse, Arbeidsmiljøutvalget og i dialogmøte med personalorganisasjonene.

### **3.1.8. Opplæring av pasienter og pårørende**

#### **Overordnede mål**

- *Pasient- og pårørendeopplæring skal være kunnskapsbasert og ha god faglig kvalitet*
- *Pasient- og pårørendeopplæring skal være integrert i behandling på alle nivå i pasientforløpet*

Oslo universitetssykehus HF har opprettet et overordnet råd for barn som pårørende, for å ivareta og implementere lovverket inn i sykehuset. Rådet har i 2012 startet kompetansehevingen og veiledning av oppnevnte barneansvarlige fra hver enhet i sykehuset. I tillegg har rådet arbeidet med å standardisere arbeidet med barn som pårørende og få felles retningslinjer og prosedyrer i sykehuset for å ivareta denne sårbare gruppen.

Oslo universitetssykehus HF har, som det første sykehuset i Norge, opprettet et ungdomsråd for å ivareta barn og unges perspektiv og rettigheter i sykehuset.

Ulike organisasjoner, klinikker, brukerutvalget og kommunehelsetjenesten er representert i ungdomsrådet. Rådet hadde sitt etableringsmøte 21. juni, og Oslo universitetssykehus HF er med dette et foregangssykehus på medvirkning for unge. Sykehuset har fått mange positive medieoppslag på saken.

Det er utarbeidet en felles kvalitetsindikator for hele sykehuset, som måler gruppebasert opplæringsvirksomhet og antall pasienter som gis strukturert gruppeopplæring som en del av sin behandling.

Videre er det utarbeidet en prosedyre, for å standardisere registreringen av opplæringen som gis i sykehuset.

Pasient- og pårørendeopplæring er lagt inn i veilederen for utarbeiding av pasientforløp.

Det arbeides systematisk med opplæring inn i alle prioriterte pasientforløp, samt å lage en ressursbase med personer til å bistå klinikkene med å innarbeide pasient- og pårørendeopplæring i de ulike pasientforløpene.

#### **Mål 2012**

- *Lærings- og mestringssentrene (LMS) skal videreutvikles som arena for samhandling og brukermedvirkning*

Alle klinikker er representert i et nettverk som har fokus på å etablere læringstilbud til sykehusets pasienter. Det arbeides med kompetansekrav til de erfarne brukere. Omfanget av læringstilbud til pasienter og pårørende er økt betydelig gjennom 2012.

- *LMS skal styrkes som helsepedagogisk ressursmiljø i helseforetakene*



Det er etablert et kompetansehevingsprogram for ansatte og brukere som arbeider med pasient- og pårørendeopplæring. Lærings- og mestringsforum har vært delaktige med å utarbeide grunnmodulen bestående av fire samlinger, og har vært pilotgruppe for den første gjennomføringen. Lærings- og mestringsforum har også evaluert grunnmodulen.

Det har vært arrangert fagdager i pasient- og pårørendeopplæring, der alle klinikker var invitert for å presentere noen av sine prosjekter vedrørende opplæring. Hensikten med fagdagen var å spre informasjon om hva som foregår i klinikkene, lære av hverandres tilbud og være med å skape overføring av verdier og kunnskap på tvers av klinikkene.

- *Samarbeidet med brukerorganisasjoner og kommuner om pasient- og pårørendeopplæringen skal styrkes*

Oslo universitetssykehus HF har et tett samarbeid med brukerorganisasjoner og kommunen, og disse er representert i alle formelle nettverk. Dette gjelder lærings- og mestringsforum, rådet for barn som pårørende og ungdomsrådet.

I utviklingen av kompetansehevingsprogrammet for ansatte og brukermedvirkere i pasient- og pårørendeopplæring, har både representanter fra kommunen og brukerutvalget vært representert. Det er inngått et samarbeid med Oslo kommune knyttet til en av modulene i kompetansehevingsprogrammet, slik at denne også kan tilbys ansatte i Oslo kommune. Det utarbeides også en grunnmodul som rettes mot brukere i sykehuset, som har en særlig rolle knyttet til opplæringen

Det har også i år blitt arrangert torgdager for alle brukerorganisasjonene i Oslo og Akershus. Torgdagen ble avholdt på Rikshospitalet og rundt 80 brukere og ansatte var til stede.

### **3.1.9. Kreftbehandling**

#### **Overordnede mål**

- *Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer.*

Pasientforløpet utvikles kunnskapsbasert i tråd med nasjonale standarder og handlingsprogrammet innenfor kreftsykdommer.

- *Hensiktsmessig organisering av tilbudet til kreftpasienter med vekt på samling av funksjoner som av kvalitetsmessige årsaker bør skje på færre enheter (eks spesialisert kreftkirurgi) og desentralisering av tilbud som kan gis nær pasienten med god kvalitet.*

Sykehuset har gjennom året forberedt samling av gynekologisk kreft ved Radiumhospitalet. Flyttingen vil iverksettes fra januar 2013. I tillegg til bygningsmessige tilpasninger, er det et eget lean-arbeid med prosessforbedring i avdelingen med utgangspunkt i forløp knyttet til pasienter med kreft i eggstokkene. I tillegg er det innenfor Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken arbeidet med en god funksjonsfordeling mellom de ulike lokalisasjoner, slik at en sikrer samling av funksjoner innen kreftbehandling.

- *Gode og effektive pasientforløp for kreftpasienter.*

Pasientforløpet utvikles kunnskapsbasert i tråd med nasjonale standarder og handlingsprogrammet innenfor kreftsykdommer.

## **Mål 2012**

- *Det skal gjennomføres tiltak for å redusere flaskehalsen i forløpene for kreftpasienter.*

Flaskehalsen for utredning av kreftpasienter i Oslo universitetssykehus HF er i første omgang skopi-undersøkelser og avansert bildediagnostikk med CT og MR. De ytre rammene for radiologi ble redusert i 2012, og selv om sykehuset har gjennomført en rekke tiltak for å kompensere for dette, er totalbildet en relativt sett trangere flaskehals.

Det er etablert prioriteringskriterier i sykehuset som vil prioritere pasienter som er til utredning med mulighet for kurativ behandling. I tillegg er det nedsatt et prosjekt som skal se på bedre flyt og koordinering mellom radiologiske tjenester og øvrige ledd i pasientforløpet for brystkreftpasienter.

Tid til tildelt time for colonoskopi fra mottatt henvisning har variert i løpet av året og høsten 2012 har det vært kapasitetsproblemer og for lang ventetid. Det er derfor satt i gang ekstraordinær aktivitet for å få ned ventetiden for denne undersøkelsen og øke kapasiteten.

I forbindelse med pasientforløpsarbeidet innen eggstokkreft, har berørte fagmiljø fordypet seg i nytteverdien av radiologisk regraner og beskrivelser av tilsendte røntgenbilder fra andre foretak og avtalespesialister. Studiet forventes å kunne bringe ny kunnskap om behovet for standardisering, radiologisk kompetanse innen kreftdiagnostikk, kliniske vurderinger av behandlingsmetode ut fra radiologiske funn og pasientresultater.

Det arbeides kontinuerlig - daglig - for å forbedre flyt og forutsigbarhet i utredning.

- *80 % av kreftpasienter skal ha forløp innenfor anbefalte forløpstider:*
  - *5 virkedager fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert.*
  - *10 virkedager fra mottatt henvisning til utredning er påbegynt.*
  - *20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling.*

Alle klinikker som behandler kreftpasienter har fokus på forløpstider og Oslo universitetssykehus har i 2012 fått opp egne styringsindikatorer med forløpstider for enkelte kreftformer.

Gjennomføringsprosjektet har fokus på løpende vurdering av henvisninger og arbeidet med pasientforløp har fokus på tid til utredning og behandling er starter.

- *Pasienter som henvises med mistanke om kreft skal få utnevnt en egen kontaktperson. Kontaktpersonen skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om hva som skjer når, rettigheter og ventetider. Det vil ofte være hensiktsmessig at denne kontaktpersonen også har en aktiv rolle i å koordinere forløpet for pasienten.*

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken har opprettet stillinger som pasientkoordinatorer som er kontaktperson for pasienten og også ansvarlig i forhold til forløpet for den enkelte pasient. Pasientkoordinatorer finnes nå for flere av de store pasientgruppene som brystkreft, tykk-/endetarmskreft, men er ennå ikke på plass for prostatakreft eller lungekreft. Det arbeides med å få dette på plass.

- *Utdanningskapasiteten for onkologer og patologer skal gjennomgås og vurderes.*

Det vises til utførlig omtale i brev fra Helse Sør-Øst til Helsedirektoratet av 10.8.2012, der det redegjøres for stillingsbehov, herunder særlig onkologi og patologi. Helse Sør-Øst RHF foreslår også fri etablering av utdanningsstillinger overfor helsemyndighetene.

Grunnet streng regulering av legehjemler utdannes det alt for få onkologer i forhold til behovet nasjonalt. Oslo universitetssykehus HF og Avdeling for kreftbehandling har en så stor klinisk virksomhet at avdelingen kan utdanne flere spesialister enn avdelingen har hjemler til. Dette er også påpekt av spesialitetskomiteen. Det forventes betydelig onkologmangel i årene framover i hele landet. Oslo universitetssykehus HF mistet en utdanningshjemmel i 2011 til Akershus universitetssykehus HF, og har høsten 2012 fått tildelt en ny hjemmel. Det ble søkt om 4-5 nye hjemler. Avdelingen ønsker nå ytterligere 4-5 utdanningshjemler for å bidra til å sikre tilstrekkelig antall spesialister i regionen og landet, herunder ressurser til dette. Det vises for øvrig til brev fra Helse Sør-Øst RHF til Helsedirektoratet, der det bes om 10 ny utdanningsstillinger relatert til kreft for 2013.

Avdeling for patologi i Oslo universitetssykehus HF har tilstrekkelig stillinger til å utdanne patologer med tanke på rekrutteringsbehov i egen avdeling og for å tilby samarbeidende avdelinger i Helse Sør-Øst hospitering/fordypning.

To områder er dog problematiske:

1. At gravide ikke kan arbeide med formalin (Nivå 1-prosedyre, pålegg fra Arbeidstilsynet). Dette krever mye ekstra tilrettelegging og stykker opp utdanning av nye patologer, slik at det blir mindre effektiv utdanning.
2. At Avdeling for patologi pt har høy gjennomsnittsalder (60 år) og derfor i en overgangsperiode på 5-10 år trenger mange flere patologer som mestrer spesialiserte oppgaver. Grunnet høy andel kvinner i fertil alder (kf pkt 1) er gjennomføringshastigheten langt dårligere enn ønsket, slik at dette vil skape mangel på patologer i vår avdeling i noen år. Tilgang på overleger fra andre avdelinger er erfaringsmessig begrenset

- *Tiltak for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft skal iverksettes.*

Plastikkirurgisk avdeling har i løpet av høsten 2012 startet et prosjekt for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreftoperasjon, særlig rekonstruksjon med eget vev. Det ventes å gi resultater. Prosjektet fortsetter i 2013 med økt kapasitet.

- *Det skal legges til rette for gjennomføring av videreutdanning i henhold til kriteriene for den nasjonale piloten i kompetanseområde palliativ medisin.*

Seksjon for lindrende behandling arbeider med å utarbeide en søknad til Helsedirektoratet om godkjenning som utdanningsinstitusjon innen Kompetanseområdet palliativ medisin. Det krever et omfattende undervisnings- og veiledningsopplegg. Seksjonen har kompetanse til å få dette til, men det vil kreve veilednings- og undervisningskapasitet som et arbeides med å få på plass i tillegg til klinisk virksomhet og forskningsaktivitet.

- *Det skal, i samarbeid med brukere og kommuner, tilrettelegges for helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem for pasienter med kreft og utvikles minimum to nye behandlingslinjer i 2012.*

Oslo universitetssykehus HF har under utarbeidelse et pasientforløp for brystkreft. Praksiskonsulent har deltatt noe i dette arbeidet. Informasjon om henvisninger til trippeldiagnostikk ved mistanke om brystkreft ble sendt ut til alle fastleger i Oslo i "Fastlegenytt" i november 2012.

Oslo universitetssykehus HF har også startet arbeid for pasientforløp for eggstokk-kreft og barn med hjernesvulst.

Det er i Oslo universitetssykehus HF utviklet en metodikk med prosedyrer, rutiner og veiledning for arbeid med pasientforløp. Det blir i denne sammenheng laget en enkel veiledning for hvordan man skal sikre involvering av primærhelsetjenesten i arbeidet med pasientforløpene.

Brukermedvirkning sikres ved at brukerrådet foreslår en representant som deltar i arbeidet med pasientforløpene.

### 3.1.10. Hjerneslag

#### Overordnede mål

- *Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneslag i tråd med nasjonale faglige retningslinjer.*

Ved Seksjon for hjerneslag arbeides det etter nasjonale faglige retningslinjer. Avdelingen har stabilt personell med lang erfaring i slagbehandling. Det drives kontinuerlig etterutdanning. Helsetilsynet ga god tilbakemelding etter en vurdering av seksjonen høsten 2011, spesielt det tverrfaglige tilbudet til pasientene.

Den nasjonale retningslinjen for slagbehandling har vist seg å ikke være tilstrekkelig klar på hvordan mistanke om akutte livstruende intrakranielle blødninger skal håndteres og triageres, - med den konsekvens at slike blødninger har blitt triagert på linje med andre slagpasienter med forsinket nevrokirurgisk behandling som resultat. Det bør derfor etableres en regional prosedyre på dette slik at fornuftig triagering gjøres likt i regionen uten at det oppstår forsinkelser for hastepasientene.

- *Godt og effektivt forløp for slagpasienter.*

Oslo universitetssykehus HF har en god slag-sløyfe å tilby befolkningen, med akutenhet – døgnehabilitering – dagrehabilitering – slagpoliklinikk – lærings- og mestringssenter.

Et problemområde er å skaffe plass ved slagenheten fra første dag til samtlige slagpasienter. Videre arbeides det med forsinkelsen som oppstår hos de 2-3 % av pasientene som skal vurderes for trombectomi (overføring fra Ullevål til Rikshospitalet). Det arbeides med at denne delen av sløyfen skal bli bedre.

- *Alle pasienter med akutt hjerneslag skal behandles i slagenhet.*

Oslo universitetssykehus HF har 20 sengeplasser for hjerneslag. Dette er i utgangspunktet tilstrekkelig for vår befolkning. I enkelte perioder har det vært problematisk å skaffe akutt plass på slagenheten grunnet generelt overbelegg i klinikken. Det foreligger en handlingsplan for å løse dette problemet

- *Flere pasienter med akutt hjerneinfarkt skal få trombolyse.*

Oslo universitetssykehus HF har nådd målet på 20 % trombolyse. Trombolyse blir i gjennomsnitt startet 45-50 min. etter ankomst sykehuset, det vil si innenfor anbefalinger i nasjonale retningslinjer. Det arbeides kontinuerlig for å bedre trombolyse-sløyfen, med regelmessig målinger av tidsforløp, gjennomføring av trombolyssemøter osv.

- *Økt kunnskap blant helsepersonell, pasienter og pårørende om symptomene ved akutt hjerneslag.*

Slagmiljøet arbeider kontinuerlig med dette gjennom aktiv internundervisning på avdelingen, deltagelse i eksterne kurs med foredrag, deltagelse på hjerneslagdagene på Lærings- og mestringssenteret etc.

### **Mål 2012**

- *20 % av pasienter med hjerneinfarkt under 80 år skal ha fått trombolyse.*

Målet på 20 % er nådd (70-80 trombolysen per år av pasientgruppe på ca. 370 personer)

- *Alle helseforetak som behandler pasienter med hjerneslag skal rapportere data til Norsk hjerneslagregister.*

Det er opprettet en ansvarsgruppe fra seksjonen i Geriatrik avdeling, og oppstart av registeret var 30. november 2012.

- *Det skal være iverksatt tiltak for å gjøre helse- og omsorgstjenesten og befolkningen oppmerksom på symptomene ved akutt hjerneslag.*

Det arrangeres Hjerneslag-dager som er åpne for publikum.

## **3.1.11. Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling**

### **Overordnede mål**

- *Høy kompetanse og kvalitet i tilbudet til pasienter/brukere med rusmiddel- og annen avhengighet.*

Bemanningsplanene sikrer tverrfaglig kompetanse bestående av lege, psykolog, sosionom og sykepleier på alle enheter.

Det arbeides med å heve andelen spesialister i senteret.

Den enkelte pasient har et tverrfaglig behandlingsteam.

- *Tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) skal være samordnet med tjenester innen psykisk helsevern og andre spesialisthelsetjenester slik at tilbudet er tilpasset pasienter med sammensatte lidelser.*

Det er utarbeidet en områdeplan TSB i samarbeid med Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus, de private A-klinikkene samt Oslo kommune. Planen skisserer en rekke tiltak i forhold til pasientbehandling, forskning, fagutvikling, brukermedvirkning og samarbeidstiltak.

Det er etablert rutiner for samhandling med psykisk helsevern internt i sykehuset samt arbeides det med å etablere tilstedeværelse i somatisk observasjonspost for å sikre pasienter med sammensatte lidelser tilgang på TSB kompetanse og tjenester når de er innlagt i somatisk avdeling.

- *Tjenestene innen TSB skal i størst mulig grad tilbys nær pasientenes bosted og i samarbeid med kommunale tjenester.*

Majoriteten av pasienter i Senter for rus- og avhengighetsbehandling kommer fra eget opptaksområde og får behandling i nært samarbeid med kommunale tjenester. En vesentlig andel av pasienter tilhørende sykehusområdet får imidlertid sin behandling hos private avtalepartnere lokalisert i stor avstand fra pasientens bosted. Dette er en strukturell utfordring som må løses i samarbeid med det regionale helseforetaket.

- *Pasientene skal oppleve gode og sammenhengende behandlingsforløp, også ved øyeblikkelig hjelp og der behandling startes av ambulansetjenesten ved overdoser.*

Ambulansetjenesten rykker ut på ca 3.300 oppdrag pr år direkte knyttet mot rus/overdoser, men det er store mørketall og det er grunn til å tro at mange oppdrag rubrisert som fall, skader etc. også innbefatter rus.

Sykehuset har gode rutiner og protokoller for behandling prehospitalt, men det oppleves at det ikke er et godt nok behandlingstilbud til pasienter som er hardt belastet og "gjengangere i Oslo" i etterkant av ambulansetjenestens akuttbehandling.

Rusakuttmottaket i sykehuset har fast daglig kommunikasjon med den kommunale legevakten om pasienter som skal til TSB.

Det er utarbeidet en rutine for øyeblikkelig hjelp til pasienter med rusmiddelbruk og samtidig symptomer på psykose.

Det er et eget prosjekt som arbeider for å sikre daglig tilstedeværelse av TSB kompetanse i sykehusets observasjonspost.

- *Det skal være gode rutiner for samarbeid med kommunen under behandling, ved endt behandling og ved behandlingsavbrudd, samt rutiner for hurtig reinntak i TSB ved behandlingsavbrudd dersom pasienten ønsker dette.*

Sykehuset har aktivt samarbeid rundt alle pasienter i forkant, under og etter behandling. Epikriser og Individuell Plan er prioriterte satsingsområder. Det er tilrettelagt raskt reinntak ved behandlingsavbrudd i avdelingene. Det er utarbeidet områdeplan for TSB. Denne er under revidering.

### **Mål 2012**

- *Det samlede tilbudet innen TSB skal styrkes.*

Tilpasningen til nytt opptaksområde etter overføringen til Akershus universitetssykehus ble gjennomført i 2012. Økonomi, aktivitet og bemanning har vært redusert som følge av dette. Det er ikke tilført ekstra ressurser til TSB i Oslo universitetssykehus HF.

- *Det skal etableres behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunene i påvente av oppstart av behandling.*

Det er et utstrakt samarbeid med pasient og henviser i forkant av oppstart behandling. Områdeplan tydeliggjør vurderingsinstansens særskilte ansvar for å følge opp pasienter der hvor det er lang ventetid.

- *Andel pasienter som fullfører TSB skal økes.*

Andelen pasienter som fullfører TSB er økt.

Det har vært arbeidet aktivt med å øke gjennomføringen av påbegynt behandling. Spesielt avgiftningsavdelingen har positive resultater, men også de andre kliniske avdelingene har høyt fokus på dette. I avdeling ung ser vi at det er mange pasienter som avbryter behandlingen for deretter gjenoppta behandlingen etter kort tid. Avdelingen har derfor tilpasset seg for å sikre at sekvensiell behandling er mulig å gjennomføre innenfor avdelingens rammer.

- *Økt oppmerksomhet på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider.*

Avdeling spesialiserte poliklinikker har hevet kompetansen i det kliniske miljøet for å styrke tilbudet om behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider. Det er etablert et samarbeid med Hormonlaboratoriet og søkes eksterne prosjektmidler for å styrke arbeid.

- *Helseforetaket skal vurdere samarbeidsavtalen med Kriminalomsorgen med henblikk på å tydeliggjøre at avtalen også omfatter TSB og kommunen, jf. utsendt mal for avtale.*

Det er etablert et samarbeid mellom sykehuset og kriminalomsorgen. Samtaler med kriminalomsorgen region Øst om revisjon av samarbeidsavtalen pågår.

- *Det skal legges særlig vekt på etablering av behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunene.*

Det er et utstrakt samarbeid med pasient og henviser i forkant av oppstart behandling.

Områdeplan tydeliggjør vurderingsinstansens særskilte ansvar for å følge opp pasienter der hvor det er lang ventetid.

- *Pasienter som ønsker å stå på venteliste til et bestemt tilbud, skal gis informasjon om rettigheter og behandlingssteder med kortere ventetid samt om konsekvenser av å eventuelt frasi seg rett til behandling innen frist.*

Pasienter informeres skriftlig og muntlig om sine rettigheter.

Det er en bekymring om at for mange pasienter velger å si fra seg sine rettigheter for å vente på behandling på et bestemt tilbud/behandlingssted.

- *Det skal sikres at informasjon om forskjellige behandlingstilbud er lett tilgjengelig for pasienter, pårørende og behandlingsapparatet.*

Sykehuset har gjennom hele året hatt et prosjekt for utvikling av pasientkommunikasjon, med basis i nettsiden men med blikk på en rekke kanaler. Arbeidet har gitt flere hundre diagnose- og behandlingsbeskrivelser samt en bedret seksjon for praktisk informasjon for de som kommer til sykehuset. Sykehuset har kommet langt i å tilby systematisk og kvalitetssikret pasientinformasjon i 2012, og samtidig gjenstår mye før vi har nådd målet om å være Norges beste sykehus på pasientkommunikasjon. Dette arbeidet fortsetter ufortrødent.

### 3.1.12. Psykisk helsevern

#### Overordnede mål

- *Omstillingen innen psykisk helsevern skal videreføres slik at DPS blir prioritert og satt i stand til å ivareta allmennpsykiatriske funksjoner, herunder akuttfunksjoner gjennom døgnet.*

Det arbeides med å etablere et 24/7 tilbud i DPSene. Inntil videre har sykehusene i Oslo sykehusområdet et samarbeid om psykiatrisk legevakt som driftes av Oslo Universitetssykehus HF.

DPSene har øyeblikkelig hjelp tilbud og Akutteam i tillegg.

- *Pasienter/brukere skal ha et helhetlig tilbud på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og et normalt liv, dvs. at tilbudet som hovedregel skal gis på kommune- og DPS-nivå.*

Det arbeides aktivt med utskriving av ferdigbehandlede pasienter til et kommunalt nivå.

Antall pasienter som er definert som utskrivningsklare er få, men representerer et høyt antall liggedøgn. Det er krevende å etablere tilstrekkelig tilbud i bydelene, primært grunnet et omfattende og sammensatt omsorgsbehov. Det arbeides målrettet i samarbeidet med bydelene omkring disse pasientene.

- *Sykehusene skal ivareta oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå, dvs. sikkerhetsavdelinger, lukkede akuttavdelinger og enkelte avgrensede spesialfunksjoner.*

Akuttpsykiatrisk avdeling, alderspsykiatrisk avdeling og avdeling for spesialisert døgnbehandling ivaretar disse funksjonene. Avdeling for spesialisert døgnbehandling har områdefunksjoner for lokal sikkerhetspsykiatri.

- *Psykisk helsevern skal i størst mulig grad være basert på frivillighet.*

Oslo universitetssykehus HF ligger meget lavt på bruk av tvang, så lavt at en av våre Kontrollkommisjoner har meldt sykehuset til Helsetilsynet og Helsedirektoratet for manglende tvangsbruk.

#### Mål 2012

- *Regionale og lokale planer for redusert og riktig bruk av tvang skal gjennomføres som ledd i den nasjonale strategien på området.*

Oslo universitetssykehus HF ligger meget lavt på bruk av tvang, så lavt at en av våre Kontrollkommisjoner har meldt sykehuset til Helsetilsynet og Helsedirektoratet for manglende tvangsbruk.

- *Det skal legges til rette for at BUP og DPS kan ha samkonsultasjoner med fastlege, i skolehelsetjenesten, på helsestasjon, med barnevernet mv også for pasienter som ikke er henvist til spesialisthelsetjenesten.*



Det er ikke etablerte faste/systematiske samkonsultasjoner mellom BUP, DPS, Skolehelsetjenesten eller andre. Dette skjer likevel med uregelmessige mellomrom, avhengig av pasientens behov.

Lavterskeltilbudet ved BUP Syd har som en del av skolehelsetjenesten samarbeid med fastleger både om fysisk-, seksuell- og psykososial helse.

Det er også et samarbeid om henvisninger til BUP og DPS. Det er halvårlege samarbeidsmøter mellom TIPS ung, TIPS voksen og Ambulant i Syd.

I utvidede ressursteam på de videregående skolene deltar PPT, skolens rådgiver, ledelse, skolehelsetjeneste og BUP fast. Barnevernet kan være med.

TIPS har en del konsultasjoner av denne typen. De kan være med på en første samtale hos fastlegen, på skolen eller med barnevernet eller med en familie for deretter å gi råd til videre handling. Henvisning til TIPS, BUP eller oppfølging i 1 linjen.

- *Alle helseforetak/sykehus skal bidra til å innfri nye anbefalinger fra Nasjonal strategigruppe II psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk 2012.*

Sykehuset arbeider med å implementere ROP-retningslinjen.

- *Det legges til grunn en større vekst i behandlingsaktivitet innen tverrfaglig spesialisert rus og psykisk helsevern enn i somatikk. I tråd med intensjonene i opptrappingsplanen videreføres satsingen med en styrking og modernisering av tjenestene innenfor psykisk helsevern og TSB. Omstilling innenfor disse tjenestene skal komme pasientene innenfor disse fagområdene til gode.*

Tverrfaglig spesialisert behandling videreutvikles ved økt satsning på utredning, systematisk bruk av anerkjente behandlingsmetoder, videreutvikling av det polikliniske tilbudet, utvikling av dagplasser, intermedisær og utredningstilbud samt driver forskning og kvalitetsarbeide. Lærings- og mestringstiltak er videreutviklet og de første brukerstyrte sengene tatt i bruk. Det har imidlertid ikke vært en økonomisk realvekst innenfor TSB i sykehuset.

### **3.1.13. Habilitering og rehabilitering**

#### **Overordnede mål**

- *Tilbudene innenfor habilitering og rehabilitering skal være relevante og tilstrekkelige, dette gjelder også institusjonsbaserte tilbud.*
- *Tilbudene innenfor habilitering og rehabilitering skal være helhetlige og koordinerte.*

Habilitering: Oslo universitetssykehus har tilbud innenfor habilitering og det er ingen andre innen spesialisthelsetjenesten i området som yter tilsvarende tjenester. De regionale tilbudene representert gjennom kompetansesentrene har ikke klinisk virksomhet/ ser i svært begrenset omfang kliniske pasienter og kan ikke supplere klinisk virksomhet.

Avdelingen samhandler nær sagt daglig med kommunen/bydelene, dessuten har den faglig utveksling og veiledning i forhold til NAV- problematikk og med andre deler av spesialisthelsetjenesten. Avdelingen innhenter samtykke fra pasient eller deres pårørende/hjelpeverger. I de aller fleste tilfeller utarbeides da en samarbeidsavtale mellom

bydel og spesialisthelsetjenesten og tiltak knyttet til enkeltbrukere. Fastlegen har en sentral rolle i forhold til alle personer i målgruppen og står for ca 80 % av alle henvisninger.

Rehabilitering: Det har siden 2005 vært etablert en helhetlig behandlings- og rehabiliteringskjede for pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade. Det er fremdeles en utfordring knyttet til svingninger i traumetall og intensivkapasitet. Det er i 2012 etablert en tidlig rehabilitering for personer med subarachnoidalblødninger og pasienter fra Oslo har også fått en enhetlig behandlingskjede med definert videre oppfølging. Det er stort behov for en regional behandlingskjede med flerregionalt samarbeid i senere rehabiliteringsfaser for denne gruppen slik det er etablert for de traumatisk skadde.

Det bør arbeides videre med behandlingskjedene for tumor cerebri og andre hjerneskader der rehabiliteringskjeden ennå er fragmentert

Ad områdeplan for habilitering – barn og voksne: det er laget områdeplan for både barn og voksne innen habilitering. Arbeidet har fungert meget godt og man er nå i gang med revidering av planene i henhold til styrevedtak 30/2012 ved Oslo universitetssykehus HF. Planene revideres i samarbeid med Oslo kommune og andre relevante samarbeidsparter og forventes ferdigstilt primo mars 2013.

Ad Individuell plan: I 2012 har Oslo universitetssykehus videreutviklet Individuell plan (IP) som arbeidsform og arbeidsverktøy.

Ad Koordinerende enhet/ koordinator: Målet med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er å sikre koordinerte tjenester til de som trenger det. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har en sentral rolle i å legge til rette for god samhandling. Dette gjelder både på individnivå mellom pasient/bruker og tjenesteytere, og mellom tjenesteytere fra ulike fag, sektorer og nivåer.

I samhandlingsreformen er bestemmelsen om koordinerende enheter i kommunene og i spesialisthelsetjenesten løftet fra forskrift til lov. Samtidig tydeliggjøres at enhetene skal ha «overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator». Styrkingen av lovgivningen på dette området er et sentralt virkemiddel i å sikre bedre koordinerte tjenester til de som trenger det. Dette er et av målene i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015.

Koordinerende enhet ved Oslo universitetssykehus HF er lagt i administrativ linje.

Definerte oppgaver er:

- Ha overordnet ansvar for Individuell plan (IP)
- Oversikt over alle private rehabiliteringsinstitusjoner
- Utvikle kommunikasjon og samarbeid med koordinerende funksjoner i kommunehelsetjenesten
- Overordnet ansvar for opplæring og veiledning av de som skal være koordinatorene i pasientrettet arbeid

Koordinerende enhet ved Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt i nettverksmøter med Regional Koordinerende enhet, Helse Sør-Øst RHF.

## **Mål 2012**

- *Den medisinskfaglige kompetansen i habiliteringstjenestene skal styrkes.*

Forskning er et helt sentralt fundament for å styrke faglig kompetanse innenfor rehabiliteringsfeltet. Det er et stort behov for prioritering av forskningsmidler til dette feltet så vel i Oslo universitetssykehus HF som i Helse Sør-Øst RHF for å sikre fagutvikling videre.

Den medisinskfaglige kompetansen innen habilitering i Oslo universitetssykehus HF har blitt styrket. Man har ansatt en lege med forskningskompetanse som ny leder for seksjon for nevrohabilitering - barn. Alle leger på denne seksjonen, med unntak av en, er i ferd med eller har tatt doktorgrad.

Det har vært problemer med å få Nevrologisk forenings spesialitetsutvalg til å anerkjenne kurstimer innen habilitering som tellende timer. Dette ønskes tatt opp med Helsemyndighetene nå etter at de har tatt over ansvaret for spesialiseringen.

- *Det skal sikres tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, og etableres tilbud til pasienter med sansetap.*

Barn: Pasienter med sansetap ivaretas av seksjon for nevrohabilitering - barn. Pasienter med sansetap (hørsel, syn) i Oslo-området får sitt utrednings- og veiledningstilbud fra forskjellige kompetansesentre i Oslo utenfor Oslo universitetssykehus HF, så som Skådalen senter for døvblinde og Huseby senter for blinde. I tillegg benyttes Øyeavdelingen og Ø-N-H avdelingen ved Oslo universitetssykehus HF, der det er nødvendig.

Kapasiteten for noen diagnosegrupper som barn med muskelsykdommer eller ryggmargsbrokk er tilstrekkelig. Kompetansen innenfor feltene er dog personavhengig og sårbar siden marginal bemanning tilsier lite tid til veiledning eller opplæring av kollegaer. For noen diagnosegrupper, spesielt for barn med autisme, har tilbudet måttet reduseres.

Voksne: Pasienter med ervervet hjerneskade med sanseutfall favnes av tilbudet ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering. Denne gruppen har ofte problemer med koordinering av syn med svimmelhet og balanseproblemer som det blir særlig fokusert på i rehabiliteringen. Det er stort press for de yrkesgruppene som skal utføre disse tjenestene og det medfører en nedprioritering spesielt for tjenester fra ernæringsfysiologer og fysioterapeuter.

- *Økt oppmerksomhet på pasienter med narkolepsi, spesielt ved de regionale fagmiljøene for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.*

Barn: Sykehuset har i tråd med mandat (2009) hatt ansvar for narkolepsi som en av de fire diagnosene fagmiljøet som Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (RFM) skal arbeide i forhold til. Fagmiljøet har ikke pasientansvar, men er et kompetansemiljø med fokus på forskning og kompetanseutvikling.

Sykehuset har i inneværende år hatt økt oppmerksomhet på pasienter med narkolepsi, ved å nedsette et team på tre personer som skal ha et utvidet ansvar for denne brukergruppen (RFM). Teamet har samarbeidet med Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (NK) og Foreningen for Søvn sykdommer (FfS) for å planlegge tiltak for gruppen. Det blir utarbeidet et lærings- og mestringsopphold for ungdommer og et nettsted for barn og unge. RFM tilbyr i samarbeid med NK undervisning til helseforetak og skoler i regionen som har elever med narkolepsi. RFM har deltatt på en ukes lærings- og mestringsopphold på Frambu med 34 familier. Teamet på tre personer har deltatt på internasjonal søvnkonferanse og RFM arrangerer konferanse hvor narkolepsi er et av temaene på programmet.

Voksne: Sykehuset har trolig den største pasientportefølje innen kategorien i Norge. Det er nå etablert et tilbud til narkolepsipasienter og til pasienter med Huntingtons sykdom uten tilførsel av nye ressurser.

- *Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med Regional koordinerende enhet ved Sunnaas sykehus HF utvikle og etablere en regional informasjons- og veiviserfunksjon for habilitering. Funksjonen skal ligge under nettsiden til Regional koordinerende enhet ved Sunnaas sykehus HF, og bygges etter samme metodikk. Ansvaret for drift og utvikling ligger hos Oslo universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF skal sikre at fagmiljøene innen habilitering fra øvrige helseforetak i regionen, involveres i arbeidet.*

Oslo universitetssykehus HF har valgt å legge arbeidet med veileder- og informasjonsfunksjonen under RHABU. Leder av RHABU er ansatt og etableringen av ressurscenteret er startet.

Sykehuset har opprettet kontakt med Sunnaas Regional koordinerende enhet for Helse Sør-Øst, for å drøfte hvordan arbeidet med utvikling av informasjons-veiviserfunksjon kan gjennomføres. Det er berammet videre møter for dette.

Det er knyttet utfordringer til ressursituasjonen for drift av slik informasjonsvirksomhet på lengre sikt.

- *Oslo universitetssykehus HF skal opprette regional ressursenhet innen barnehabilitering (RHABU). Opprettelsen skal følge av prosjektbeskrivelsen som er utarbeidet av deltakere fra fagråd for habilitering, klinikkledelsen ved Oslo universitetssykehus HF, brukerrepresentanter og Helse Sør-Øst RHF.*

Leder av RHABU er ansatt og etableringen av ressurscenteret er startet.

### **3.1.14. Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati**

#### **Overordnede mål**

- *Tilbudet til pasienter med CFS/ME skal være adekvat med hensyn til diagnostikk, behandling og rehabilitering.*

#### **Mål 2012**

- *Tilbudet til pasienter med CFS/ME skal gjennomgås med hensyn til om det bør gis ved ett eller flere sykehus i regionen for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk. Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake til hvordan oppdraget skal løses i 2012. Oslo universitetssykehus HF har ansvar for ambulant(e) team og regional poliklinikk.*

ME/CFS senteret i Oslo universitetssykehus HF tilbyr denne pasientgruppen tverrfaglige poliklinisk konsultasjoner, mestringskurs, pårørendekurs og ambulant tjeneste. I tillegg har Medisinsk klinikk to (2) utredningssenger til de sykeste pasientene som ikke klarer å delta på de andre tilbudene (en region og en landsdekkende seng). Senteret har også kurs for

helsepersonell og deltar på møter etc. for å overføre sin kompetanse til andre deler av helsevesenet.

Ved Kvinne- og Barneklubben er det etablert et landsdekkende helsetilbud til barn og unge med kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME). Ved Barnemedisinsk avdeling og Barneavdeling for nevrofag (tidligere Barneklubben, Rikshospitalet) er det gjennom de siste 10 år bygget opp klinisk og forskningsmessig spisskompetanse på kronisk utmattelsessyndrom; CFS/ME. En helhetlig forståelse ligger til grunn for forskning, klinisk utredning og behandlingsanbefalinger. Klinisk har en utviklet et program for somatisk utredning og en tverrfaglig behandlingsveiledning. Dette bygger på en somatisk og barnepsykiatrisk utredning ved barnelege, evt. fastlege og psykolog eller barne- og ungdomspsykiater lokalt, som suppleres av teamet i Barnepoliklinikken. Pasientene er vanligvis inne en dag for samtale, undersøkelse og vurdering av pediater, ergoterapeut og fysioterapeut. Virksomheten er nå lagt inn under Barneavdeling for nevrofag, Seksjon for nevrologi. Der det diagnostiske bildet er svært komplekst deltar Seksjon for psykosomatikk og CL-barnepsykiatri (tidligere BUP-seksjonen, Barneklubben, Rikshospitalet) i diagnostikk, behandling, oppfølging og opplæring. Man har her en bred erfaring med vurdering av barn og unge med komplekse, alvorlige psykosomatiske tilstander; dvs. tilstander med svært alvorlige somatiske symptomer og utfall uten tilstrekkelig somatiske funn som kan forklare tilstandsbildet organisk. Tjenesten inkluderer klinisk-, fag- og metodeutviklings-, forsknings-, undervisnings- og veiledningserfaring rettet mot pasienter/pårørende og lokalt/regionalt fagpersonell. Forskningserfaringen er særlig konsentrert rundt dr.med. Vegard Bruun Wyllers forskning på patofysiologiske mekanismer, autonom dysregulering og psykososial belastning utført ved Barneklubben.

Oslo universitetssykehus HF har i dag pediater/barnenevrolog, ergoterapeut, fysioterapeut, spesialsykepleier, barne- og ungdomspsykiater samt psykolog og sosionomer med spesifikk kompetanse på dette feltet, men uten tilstrekkelig øremerket tid for denne funksjonen. Videre er det samarbeid med sykehuskolens spesialpedagog. Alle disse innehar spisskompetanse innen sine delområder relatert til CFS/ME. Det arbeides både i forhold til diagnostikk, behandling, oppfølging og opplæring av pasienter/pårørende, samt faglig samarbeid med det lokale/regionale hjelpeapparatet. Arbeidet med denne pasientgruppen fordrer tett tverrfaglig samarbeid som tilrettelegges avhengig av behov for den enkelte pasient/familie beroende på tilstandsbildet og foreliggende arbeid i det lokale støtte- og behandlingsapparatet. Videre bygger en på en lokal forankring, med tverrfaglig overføring til lokal barneavdeling, PP-tjeneste, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, helsesøster og fastlege. En videre veiledning og oppfølging av det lokale/regionale hjelpeapparatet tilstrebes avhengig av behov.

CFS/ME-teamet ved Barnepoliklinikken Rikshospitalet har siden 2004 vurdert mellom 550 og 600 pasienter med tanke på CFS/ME og har lang venteliste. Dette dreier seg om pasienter som er henvist fra hele landet, både fra lokalsykehus og fra øvrige regionsykehus for diagnostikk og second opinion. For tiden har vi kapasitet til 2-3 ny pasient på dagenheten i uken, i tillegg kommer pasienter som krever en utvidet vurdering av et bredere sammensatt team over 1-2 uker, ca 10-15 pasienter i året. Slik tilbudet er i dag er det tilfredsstillende, men i en lang periode har kapasiteten vært for dårlig.

Lærings- og mestringscenteret ved Oslo universitetssykehus HF har igjen hatt et gruppetilbud til ungdom og unge voksne med CFS/ME

- *Det skal tilbys lærings- og mestringskurs til pasienter med CFS/ME.*

Det er i 2012 jevnlig tilbudt lærings- og mestringskurs til pasienter med CFS/ME. Det gis tilbud til voksne pasienter ved Medisinsk klinikk, og til barn med CFS/ME og foreldre til barn med CFS/ME i Kvinne- og barneklubben

- *Det skal etableres tiltak for å sikre kunnskapsoverføring til kommunehelsetjenesten.*

Oslo universitetssykehus HF tilbyr kurs for helsepersonell i kommunehelsetjenesten, deltar på seminar/møter og underviser for å spre kunnskap. Det er etablert eget ambulant team og regional poliklinikk. Poliklinikken arbeider målrettet med kunnskapsoverføring til fastleger og andre som henviser.

### **3.1.15. Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling**

#### **Overordnede mål**

- *Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling skal få et tilbud av god kvalitet på riktig behandlingsnivå.*

#### **Mål 2012**

- *Tilbudet til barn og nyfødte som trenger intensivbehandling skal gjennomgås for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk.*

Nyfødte: Regionalt fagråd for nyfødtmedisin, svangerskap og fødselsomsorg har gitt råd til Helse Sør-Øst RHF i forhold til intensivbehandling av premature og nyfødte. Alle premature under 26 ukers svangerskapsalder og høyintensivbehandling av premature over 26 uker skal behandles ved Oslo universitetssykehus HF. Intensivbehandling av barn over 26 ukers svangerskapsalder kan gjøres ved sentralsykehusene om de sikrer seg nødvendig kompetanse og holder denne kompetansen ved like. Dette krever imidlertid ikke ubetydelig med ressurser på de enkelte sentralsykehusene.

Barn: Volumet på intensivbehandling av barn er lite. Det er verken medisinsk- eller faglig forsvarlig å legge intensivbehandling av barn på sentralsykehusene. Å sikre faglig kompetanse på sentralsykehusene vil kreve betydelige ressurser. Intensivbehandling av barn må sentraliseres til et fåtall sentra. Oslo universitetssykehus HF er i full gang med å styrke eksisterende intensivavdelinger for barn for å møte fremtidige behov.

### **3.1.16. Barne- og ungdomsmedisinske avdelinger**

#### **Overordnede mål:**

- *Tjenesteansvaret til dagens barneavdelinger utvides til å gjelde barn og unge opp til 18 år. Disse avdelingene blir barne- og ungdomsmedisinske avdelinger.*

#### **Mål 2012**

- *Helseforetaket skal starte arbeidet med å planlegge hvordan eksisterende barneavdeling kan tilrettelegges for en generell heving av aldersgrensen fra dagens 16 til 18 år.*

Sykehuset har etablert en arbeidsgruppe med mandat å kartlegge behovet for innleggelser/dagvirksomhet og poliklinisk aktivitet for aldersgruppen. Arbeidsgruppen skal levere sin innstilling januar 2013.

Det er kartlagt pasientvolumet (antall og liggedøgn) av kirurgiske barn som i dag ligger på voksensengposter. Det er dialog mellom de som skal avgi pasientgruppen og mottaker. Det er registrert noen utfordringer knyttet til areal og selve prinsippet for overføring av ressurser. Det er iverksatt planer om kompetanseheving for personalet i barneavdelingen for ivaretagelsen av ungdom. Hvem som har det medisinske ansvaret for pasientene endres ikke

i vår modell for økningen av aldersgrensen, kun hvor pasienten fysisk er innlagt. Målet er å få gjennomført overføringene i løpet av første halvår 2013.

### 3.1.17. Kjeveleddsdysfunksjon

#### Overordnede mål

- *Det skal gis et tilstrekkelig tilbud av god kvalitet til pasienter med invalidiserende kjeveleddsdysfunksjon (TMD).*

#### Mål 2012

- *Det skal iverksettes tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveleddsdysfunksjon. Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake til hvordan oppdraget skal løses i 2012.*

Helsedirektorat har opprettet en arbeidsgruppe for denne pasientkategorien. Sykehuset har deltatt i flere møter. De med invalidiserende kjeveleddsdysfunksjon skal sentraliseres til Haukeland.

### 3.1.18. Beredskap og smittevern

#### Overordnede mål

- *Tilstrekkelig beredskap for å kunne håndtere ulykker og katastrofer.*

Planverk på sykehusnivå er oppdatert og revidert etter 22. juli 2011. Man søker å lage planverk som tar høyde også for andre typer hendelser. Man legger vekt på enkle planer og kunnskap om disse hos de ansatte. Sykehuset utreder anskaffelse av automatisert varslingssystem for innkalling av egne ansatte i beredskapssituasjoner.

For utvikling av planverk og standarder for prehospitaltjenester er det nødvendig med koordinering mellom HF, RHF og nasjonale myndigheter.

- *Redusert risiko for helsetjenesteassosierte infeksjoner.*

Oslo universitetssykehus HF arbeider aktivt og systematisk for å redusere antallet infeksjoner påført i forbindelse med sykehusopphold.

Prevalenstall brukes i arbeidet opp mot klinikkene.

Håndhygiene er som kjent et viktig element ved forebygging av sykehusinfeksjoner og smittevernpersonell ved Oslo universitetssykehus arbeider kontinuerlig med informasjon, opplæring og implementering av god håndhygiene.

Antallet sykehusinfeksjoner vil ved Oslo universitetssykehus HF være noe høyere enn landsgjennomsnitt forklart med at sykehuset får overført pasienter fra andre sykehus, samt sykehusets pasientsammensetning med høy andel av immunkompromitterte pasienter.

Det er vanskelig å sammenligne forekomsten av infeksjoner med tidligere år fordi metodene for registrering var ulike ved de ulike sykehusene frem til 2012. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet. Gjennomsnittlig prevalensrate var 5,9 % i 2011, mens den i 2012 var 5,6 %.

- *Redusert risiko for utvikling av antibiotikaresistens.*

Det er et økende antall pasienter som blir innlagt med antibiotikaresistente bakterier. Det er også et økende antall helsearbeidere som får påvist resistente bakterier. Sekundær spredning i sykehuset forsøkes hindret ved screening, isolering av risikopasienter og personell. Dette setter press på driften fordi det er mangel på isolater. Det økende omfanget av screening er i tillegg ressurskrevende og går på bekostning av andre smittevernaktiviteter.

Infeksjonsmedisinsk avdelings leger er sterkt involvert i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk i sykehus. Arbeidet ledes av overlege Jon Birger Haug ved Infeksjonsmedisinsk avdeling.

Oslo universitetssykehus HF planlegger et prosjekt for å identifisere konkrete problemstillinger og fremme forslag til løsninger knyttet til antibiotikaresistens.

Sykehusets mikrobiologiske avdeling (MIK) følger utviklingen av antibiotikaresistens i Oslo universitetssykehus HF og i sykehusets nedslagsfelt. MIK har rutiner for rapportering av mikrober med spesielle resistens mønstre til klinikken. Dette kan bli utviklet videre men ytterligere utvikling er avhengig av at avdelingen kan automatisere spesielt bakteriologiske rutiner som er meget manuelle og personellkrevende.

- *Innsamlede infeksjonsdata skal brukes aktivt i forbedringsarbeid, og dette arbeidet er forankret i ledelsen ved det enkelte sykehus/helseforetak.*

Oslo universitetssykehus HF arbeider aktivt med reduksjon av antall sykehusinfeksjoner.

Sykehuset bruker de dataene som framkommer fra NOIS og fra registreringer av bestemte kliniske kvalitetsindikatorer i forbedringsarbeidet.

Sykehuset arbeider for å øke antall registreringer av sykehusinfeksjoner i avvikssystemet slik at den innarbeidede forbedringsmetodikken i dette systemet også vil bli benyttet til redusere antall infeksjoner.

### **Mål 2012**

- *Beredskapsplanene i regionen og i helseforetakene skal være oppdatert og tilpasset med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringene av terrorangrepet 22. juli 2011 og andre tidligere hendelser.*

Planverk på sykehusnivå er oppdatert og revidert etter 22. juli 2011. Man søker å lage planverk som tar høyde også for andre typer hendelser. Man legger vekt på enkle planer og kunnskap om disse hos de ansatte. Sykehuset utreder anskaffelse av automatisert varslingsystem for innkalling av egne ansatte i beredskapssituasjoner.

- *Det skal fra og med 1. september 2012 være iverksatt kontinuerlig registrering av alle de kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS og som utføres på det enkelte sykehus.*

Det er satt i gang kontinuerlig registrering innen frist.

Dette arbeidet er ressurskrevende og går på bekostning av annet smitteforebyggende arbeid.

- *Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med Sykehusapotekene HF sørge for implementering og oppfølging av Bilag R2 om regional beredskap til den inngåtte rammeavtalen mellom Helse Sør-Øst RHF og Sykehusapotekene HF.*



Oslo universitetssykehus HF har i samarbeid med Sykehusapotekene HF nedsatt en arbeidsgruppe for å følge opp implementeringen av Bilag R2 om regional beredskap og konkretisere lokale tilpasninger til denne. Arbeidet startet i 2012 og forventes fullført første halvår 2013.

Oslo universitetssykehus HF har gjennom 2012 utviklet et tettere samarbeid med Sykehusapoteket i Oslo for å følge opp forsyningssvikt av legemidler. Begge HF har måttet sette av konkrete ressurser til dette arbeidet, som øker i omfang.

- *Foretaksgruppen innfører felles krisestøttesystem i 2012. Dette som en del av et samordnet avtaleopplegg for de fire regionale helseforetakene i regi av Helsedirektoratet og anbefalt av Helse- og omsorgsdepartementet. Det vises til brev av 07.12.11 fra Helse Sør-Øst RHF. Helseforetaket skal samarbeide med Helse Sør-Øst RHF, de øvrige helseforetakene og Helsedirektoratet om innføringen.*

Oslo universitetssykehus HF deltar i samarbeidet i regionen knyttet til innføring av krisestøttesystem og følger felles framdriftsplanen. Dette innebærer at systemet ikke ble tatt i bruk i 2012, men at forberedelser til ibrukstakelse har pågått gjennom året.

### **3.1.19. Forebygging**

#### **Overordnede mål**

- *Bedre ernæringsstatus hos pasienter i ernæringsmessig risiko.*

Sykehuset er i ferd med å utvikle en handlingsplan for ernæring og næringsmiddelhygiene. I arbeidet blir det lagt vekt på tiltak som sikrer pasientene adekvat ernæringsstatus og oppfølging når pasienten beveger seg mellom ulike tjenestenivå eller mellom behandlingssenheter.

- *Oppdatert kunnskap om ulykker som medfører personskader.*

Oslo universitetssykehus HF har en egen skaderegistreringsmodul i det pasientadministrative system. Sykehuset arbeider med systematisk registrering og oppfølging slik at dette kan danne grunnlag for oppdatert kunnskap og forebygging innen området.

- *Redusert bruk av tobakk hos pasienter.*

Sykehusets enhet for Preventiv kardiologi og enhet lungerehabilitering hatt informasjonsstands i sykehuset i forbindelse med verdens tobakksfrie dag 31. mai de 2 siste årene med bra pressedekning.

Sykehuset har utarbeidet 2 brosjyrer "Vil du slutte å røyke? La oss hjelpe deg" og "Ønsker du å være røykfri i forbindelse med en operasjon? La oss hjelpe deg". Brosjyrene åpner for at pasienter kan ta direkte kontakt på telefon for å få time.

#### **Mål 2012**

- *Dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov skal følge med pasienten når han/hun flytter til et annet tjenestenivå eller mellom behandlingssenheter.*

Sykehuset er i ferd med å utvikle en handlingsplan for ernæring og næringsmiddelhygiene. I arbeidet blir det lagt vekt på tiltak som sikrer pasientene adekvat ernæringsstatus og oppfølging når pasienten beveger seg mellom ulike tjenestenivå eller mellom behandlingenheter.

- *Helseforetaket skal rapportere komplette og kvalitetssikrede data om skader og ulykker til NPR.*

Oslo universitetssykehus HF rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om skader og ulykker til NPR etter beste evne.

- *Sykehusene skal etablere tilbud om tobakksavvenning i tråd med faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet.*

Sykehusets enhet for Preventiv kardiologi har i mange år hatt et tilbud om tobakksavvenning i individuelle konsultasjoner og dette videreføres. Seksjonen får henvist pasienter for hjelp til røykeslutt fra fastleger og fra andre avdelinger, spesielt fra hjerteavdelingen.

Seksjonen har også forskningsprosjektet hvor en ser på Røykeslutt og 2 forskjellige dietter for å unngå vektøkning – her har vi annonsert etter deltagere både i vår og høstsemesteret. Alle pasienter ved seksjonen blir uansett henvisningsdiagnose spurt om røykestatus og får klare råd om røykeslutt i tillegg til informasjon om medikamentell støtte og tilbud om oppfølging hos lege eller sykepleier ved slutforsøk dels med motiverende intervjueteknikk.

Sykehusets enhet for Lungerehabilitering har også tilbud om enkeltkonsultasjoner som oppfølging ved røykeslutt.

### **3.1.20. Behandling av sykkelig overvekt**

#### **Mål 2012**

- *Helseforetaket skal i sine planer beskrive hvordan man skal møte og følge opp den økende utfordringen med sykkelig overvekt i samarbeid kommunene.*

Barn og ungdom i alderen 3 til 18 år med sykkelig overvekt og deres familier får oppfølging i behandlingstilbudet Stor & Sterk ved sosialpediatrisk seksjon. Tilbudet blir gitt i samarbeid med helsesøstre, fastleger og andre aktuelle samarbeidspartnere i førstelinje som barnevern og BUP.

Voksne pasienter blir behandlet ved den regionale seksjonen for sykkelig overvekt.

- *Overvektspasienter fra eget opptaksområde skal sikres utredning og vurdering ved en tverrfaglig poliklinisk virksomhet med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet.*

Barn og ungdom i alderen 3 til 18 år med sykkelig overvekt og deres familier får oppfølging i behandlingstilbudet Stor & Sterk ved sosialpediatrisk seksjon. Sosialpediatrisk seksjon består av lege og klinisk ernæringsfysiolog. Psykolog og psykiatrisk sykepleier deltar ved behov og avhengig av kapasitet. I hovedsak ser de pasientene og deres familier ved ½ årlige kontroller, av og til oftere avhengig av alvorlighetsgrad. Dersom det etableres økt kapasitet i behandlingsteamet ville det være ønskelig med flere konsultasjoner spesielt i startfasen av behandlingen.

Voksne pasienter i eget opptaksområde blir i dag sikret utredning og vurdering. Det er høy kompetanse på behandlingen, og seksjonen har redusert sine ventelister og har ikke hatt noen fristbrudd.

- *Oslo universitetssykehus HF skal videreføre arbeidet med utvikling av regionale, helhetlige tilbud til pasienter med sykelig overvekt.*

Seksjon for sykelig overvekt har arbeidet mye med pasienttilbudet, og har bistått Sykehuset Innlandet – Gjøvik med å etablere et helhetlig behandlingstilbud for pasienter med sykelig overvekt. Neste år planlegges tilsvarende støtte til Sykehuset Østfold.

Oslo universitetssykehus HF har sammen med Sykehuset i Vestfold i april 2008 sendt en søknad til Helse Sør-Øst RHF om å få delt regionalt sosialpediatrisk ansvar. Henvendelsen har ikke blitt besvart. Det er i dag Sykehuset i Vestfold som har regionalt ansvar. Sosialpediatrisk seksjon ved Oslo universitetssykehus HF tilbyr allikevel behandling til pasienter utenom Oslo dersom pasientene ønsker dette (fritt sykehusvalg).

- *I 2012 skal det utføres minst 300 fedmeoperasjoner ved Oslo universitetssykehus HF.*

Målet er innfridd.

### **3.1.21. Rekonstruksjon av bryst etter brystkreft**

#### **Mål 2012**

- *I samarbeid med Helse Sør-Øst RHF skal helseforetaket i løpet av 2012 iverksette tiltak for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft.*

Prosjektet for å redusere ventetiden for pasienter som står på venteliste for rekonstruksjon av bryst med eget vev er iverksatt og det planlegges økt kapasitet fra primo 2013.

### **3.1.22. E-helse**

#### **Mål 2012**

- *Det skal legges til rette for utbredelse/bruk av elektronisk resept.*

Oslo universitetssykehus HF sammen med Sykehuspartner bidrar med sin kompetanse inn i Helsedirektoratets prosjekt for å etablere en nasjonal infrastruktur for å kunne sikre utbredelse og bruk av sikkerhetskrevende IKT-tjeneste som bruk av e-resept og tilgang på tvers av juridiske enheter

Oslo universitetssykehus deltar i det regionale arbeidet, men vil vente til DIPS er tatt i bruk med å legge til rette for utbredelse/bruk av elektronisk resept.

- *De nasjonale tiltakene for elektronisk meldingsutveksling skal følges opp. Alle helseforetak skal i løpet av 2012 ha forbredt for mottak av elektroniske henvisninger fra primærhelsetjenesten.*

Nødvendige risikovurderingen av informasjonssikkerhet ved IKT-løsninger gjennomføres løpende i parallell med utviklingen av nye løsninger.

På grunn av det pågående arbeidet med å bytte PAS/EPJ til DIPS, vil ikke Oslo universitetssykehus HF kunne prioritere mottak av elektroniske henvisninger fra primærhelsetjenesten før DIPS er implementert.

### 3.1.23. Forskning

#### **Overordnede mål:**

- *Økt omfang av klinisk pasientrettet forskning og helsetjenesteforskning av høy relevans og kvalitet.*

Oslo universitetssykehus HF har, til tross for de store pågående omstillinger og flytteprosesser og stort arbeidspress i klinikkene, opprettholdt den høye forskningsaktiviteten. En rekke eksterne evalueringer peker på den høye kvaliteten som jevnt over preger forskningsaktiviteten i Oslo universitetssykehus HF.

Forskningen er tett integrert med Universitetet i Oslo i felles forskningsgrupper. Klinikkenes handlingsplaner for forskning legger et godt grunnlag for en videre kvalitetsheving og økt konkurransedyktighet internasjonalt.

Oslo universitetssykehus HF har stor og økende aktivitet innenfor grunnleggende bioteknologisk forskning og utvikling og utprøving av nye diagnostiske metoder og legemidler basert på bioteknologi. I 2012 har Oslo universitetssykehus HF blant annet blitt tildelt midler til store satsinger innenfor utprøving av kreftlegemidler og nasjonalt forskningsprosjekt for personlig tilpasning av kreftbehandling (BIOTEK 2021). Universitetet i Oslo er i samarbeid med Oslo universitetssykehus HF tildelt et nytt Senter for fremragende forskning innen psykoser.

Sykehusets forskningsaktivitet og kvalitet er ytterligere omtalt under øvrige rapporteringspunkter (overlappende).

- *Alle helseforetak og private institusjoner som har avtale med og mottar hovedtyngden av sin finansiering fra det regionale helseforetaket skal ha egen forskningsaktivitet.*

Oslo universitetssykehus HF er landets største helseforskningsaktør, med om lag 80 prosent av publikasjonene i Helse Sør-Øst og 50 prosent av publikasjoner blant alle landets helseforetak/sykehus som inngår i målesystemet til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Endelige tall for forskningsaktiviteter i 2012 vil foreligge våren 2013, når internasjonale og nasjonale databaser er oppdatert og kvalitetssikret (det er egne rapporteringsrutiner til HOD når det gjelder aktivitet og ressursbruk, og det legges således ikke opp til rapportering av aktivitetstall i Årlig melding).

- *Økt synliggjøring og bruk av resultater oppnådd gjennom forskning og innovasjon.*

Oslo universitetssykehus HF har i løpet av 2012 oppgradert nyhetsformidlingen via forskningssiden på [www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no), og har sammen med Universitetet i Oslo (UiO) laget et opplegg for synliggjøring av alle forskningsgrupper på klinikkenes og UiO sine internettsider, og flere klinikker er i gang. Det arbeides også med planer for økt formidling via andre kanaler. Det formidles fortløpende nyheter om både studier, resultater, forskningspriser, forskningsstøtte mv.

Et eksempel på synliggjøring av aktuell og etterspurt forskning, er samlet oversikt over forskning etter terrorhendelsene 22/7. I Oslo universitetssykehus HF er det opprettet en

koordineringsgruppe for forskning etter terrorhendelsene, med medlemmer fra alle klinikker. Gruppen har bidratt til samordning og synliggjøring av denne forskningen.

Innovasjonsaktiviteten har også egen nettside for innhenting og presentasjon av nye ideer, [www.idepoliklinikken.no](http://www.idepoliklinikken.no), som er videreutviklet i 2012. Det er i løpet av året satset stort på sosiale medier for å synliggjøre innovasjonsaktiviteten på sykehuset (Facebook, Twitter, Vimeo og egen blogg (norsk og engelsk)).

- *God forskningsinfrastruktur for kliniske multisenterstudier translasjonsforskning og biobanker.*

Oslo universitetssykehus HF arbeider fortløpende med å bygge opp en tilfredsstillende infrastruktur for kliniske multisenterstudier, translasjonsforskning og biobanker gjennom sine forskningsstøttefunksjoner, bl.a. i dialog med Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo. Det er etablert en ekstern lagringsfasilitet (Myrens verksted) i samarbeid med Folkehelseinstituttet og det pågår en prosess internt for bedre felles lagringsfasiliteter lokalt.

I dag er det liten lagringskapasitet for biobanker lokalt, og det er et stort behov for større lagringsenheter i rimelig nærhet med god logistikk, sikkerhet og felles overordnede regler for innskudd og uttak/bruk av biobankmateriale

I Oslo universitetssykehus HF er det jevnt over god kultur for forskning og en likestiller basal-, translasjons- og klinisk forskning. Premissene for mer og bedre forskning innen alle segmenter er klarere til stede med etableringen av forskningsgruppene i klinikken. Det er dog et betydelig behov for økt infrastruktur og tid for forskningsmotiverte klinikere, og det må bygges opp tilstrekkelig forskningsinfrastruktur for å etablere, drifte og monitorere kliniske studier. Det arbeides konkret med å styrke infrastrukturen, særlig knyttet opp mot prosjektlogistikk i klinikkene.

Helse Sør-Øst RHF bidrar særskilt i denne prosessen, også med særskilte prosjekttilskudd fra og med 2013. Formålet med prosjektet er å skape en mer helhetlig prosess for gjennomføring av industrifinansierte kliniske studier ved Oslo universitetssykehus HF ved å styrke infrastruktur, bidra til bedre koordinering og nettverksbygging, og avhjelpe flaskehalsproblemer.

Også samarbeid og arbeidsflyt mellom klinikkene/forskerne, Inven2 (avtalepart med industrien på vegne av Oslo universitetssykehus HF) og Forskningsstøttefunksjoner skal styrkes.

- *Økt nasjonalt og internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid.*

Oslo universitetssykehus HF samarbeider betydelig nasjonalt og internasjonalt innen både klinisk forskning og laboratorieforskning. Om lag 45 prosent av publikasjonene fra Oslo universitetssykehus HF har utenlandske medforfattere. Det er ønske om enda større utveksling mellom sykehuset og internasjonale institusjoner. Potensialet påpekes også av Oslo universitetssykehus HF sitt Scientific Advisory Board. Oslo universitetssykehus HF har gjennom sentrale midler til klinikkene i 2012 (videreføres i 2013) lagt inn stimuleringsmidler til klinikkene for å følge opp anbefalinger fra NFRs fagevaluering fra 2011, med vekt på blant annet stimulans til økt internasjonalt samarbeid.

Oslo universitetssykehus HF bidrar betydelig i nasjonale og regionale forskningsnettverk. Kreftforskning er i 2012 utpekt av NSG som et nasjonalt satsingsområde, der sykehuset har en ledende rolle. Dette vil bidra ytterligere til og fremme samarbeid innen egen region og mellom regionene (nettverksarbeid).

Innovasjonsseksjonen ved Oslo universitetssykehus HF er navet i Innovasjonsnettverket i Helse Sør-Øst. Regionalt har vi et tett samarbeid med Akershus universitetssykehus, Sunnaas sykehus og Sykehuset Østfold i konkrete prosjekter, i strategisk arbeid og infrastruktur for å øke innovasjonsaktiviteten. Nasjonalt har sykehuset tett samarbeid med Helse Bergen og St. Olavs Hospital. Et innovasjonsnettverk mellom universitetssykehusene i Norge, Danmark og Sverige er under planlegging.

- *Økt norsk deltakelse i det europeiske forskningsområdet, herunder EUs 7. rammeprogram, felles europeiske forskningsprogrammer og europeiske forskningsinfrastrukturtiltak.*

Oslo universitetssykehus HF har sammen med Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo i 2012 arbeidet med organiseringen av en felles enhet for EU-søknader og liknende.

Oslo universitetssykehus HF arbeider kontinuerlig med intern informasjon om mulighetene for europeisk forskningsfinansiering og nettverksaktivitet.

### **Mål 2012**

- *Oslo universitetssykehus HF skal implementere felles forskningsadministrativt system for alle typer forskningsprosjekter når dette foreligger, jf tilleggskdokument til Oppdragsdokument 2011.*

Oslo universitetssykehus HF deltar i den nasjonale arbeidsgruppen for kravspesifikasjonen til et forskningsadministrativt system

- *Oslo universitetssykehus HF skal styrke og videreutvikle egen infrastruktur for kliniske multisenterstudier, evt. gjennom NorCRIN.*

Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt i NorCRIN og i styringsgruppen for ECRIN.

- *Oslo universitetssykehus HF skal styrke egen infrastruktur for biobanker og forskning på humant biologisk biobank materiale, evt. gjennom deltakelse i Biobank Norge.*

Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt i Biobank Norge og leder en av arbeidspakkene i prosjektet. Gode lagringsfasiliteter er et særskilt prioritert område, blant annet i samarbeid med Folkehelseinstituttets lagringsfasiliteter.

- *Oslo universitetssykehus HF skal medvirke til å etablere mer effektive systemer for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene og rapportere i tråd med nye tidsfrister, jf. kapittel 7 Oppfølging og rapportering.*

Oslo universitetssykehus HF sin representant leder den nasjonale ressursgruppen som gir råd om ressurskartleggingen. Rapporteringen vil bli noe mer detaljert fra 2012 for å lette kvalitetssikringen.

- *Oslo universitetssykehus HF skal utarbeide rutiner som sikrer at pasienter får informasjon om at humant biologisk materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning og informasjon om retten til å reservere seg.*

Fra Oslo universitetssykehus HF sin hovedside på Internett er det en link til foretakets personvernpolicy. Her er videre link til personvern sett fra et pasientperspektiv hvor

muligheten til å reservere seg mot bruk av humant biologisk materiale fra helsetjenesten uten at pasienten blir bedt om å samtykke.

Det er også i samarbeid med personvernombudet utarbeidet samtykkeskjema hvor pasienten har mulighet til å samtykke til bruk av overskuddsmateriale til spesifikk forskning i tråd med helseforskningslovens krav til informasjonsplikt

- *Oslo universitetssykehus HF skal bidra til at målet om minst 40 % av publikasjonene fra 2012 i Helse Sør-Øst RHF har internasjonalt forsknings samarbeid (en eller flere utenlandske medforfattere) kan nås.*

Om lag 45 % av artiklene ved Oslo universitetssykehus HF har utenlandsk medforfatterskap, noe som er vesentlig for å ha et gjennomsnitt på minst 40 % for regionen.

- *Oslo universitetssykehus HF skal bidra til at målet om at minst 20 % av artiklene fra 2012 i Helse Sør-Øst RHF skal være på nivå 2/2a (publisert i tidsskrifter vurdert å ha høy kvalitet og relevans) kan nås*

Over 23 % av artiklene ved Oslo universitetssykehus HF publiseres i Nivå 2/2A-tidsskrifter, noe som er vesentlig for å ha et gjennomsnitt på minst 20 % for regionen.

- *Oslo universitetssykehus HF skal bidra til at Helse Sør-Øst når langsiktige mål og mål for 2012 satt av Helse- og omsorgsdepartementet*

Oslo universitetssykehus HF er den største bidragsyter til at Helse Sør-Øst RHF når sine langsiktige mål for forskning og mål satt av departementet. Oslo universitetssykehus HF bidrar med om lag 80 prosent av regionens publiserte forskningsartikler pr år og er landets største aktør innen helseforskning og innovasjon.

Styret i Oslo universitetssykehus HF har vedtatt separate strategier for forskning og innovasjon, som støtter opp om nasjonale og regionale mål, samtidig som det spisser foretakets sine strategiske mål der foretaket har spesiell kompetanse.

- *Oslo universitetssykehus HF skal bidra til å oppnå målene i regional forskningsstrategi for 2008-2012*

Oslo universitetssykehus HF sin forskningsstrategi støtter godt opp under mål i regional forskningsstrategi. Det er i tillegg utarbeidet en overordnet handlingsplan for forskning i Oslo universitetssykehus HF, med ytterligere spesifiserte tiltak og prioriteringer i klinikkvise handlingsplaner. Prosessen med klinikkvise handlingsplaner har vært god, og det arbeides godt i klinikkene med å etterleve mål og tiltak i disse. Økt kvalitet og konkurranseevne gjennom fokus på velfungerende forskningsgrupper er en nøkkelfaktor for å lykkes med å realisere egne mål og mål i regional forskningsstrategi.

- *Oslo universitetssykehus HF skal bidra med aktiv synliggjøring av forskningsnyheter fra egen virksomhet.*

Oslo universitetssykehus HF legger vekt på en aktiv synliggjøring av forskningsnyheter og resultater på både norsk- og engelskspråklige websider. Det samarbeides tett med Universitetet i Oslo for å samordne felles forskningsnyheter.

Oslo universitetssykehus HF har vært en pådriver for at den nasjonale malen for helseforetakenes web-sider i større grad enn i dag åpner for å profilere forskning, innovasjon

og utdanning tydelig på åpningssiden på internett. Sykehuset har tatt dette opp gjennom regionale og nasjonale fora, som videre har henstilt departementet om dette. Etter sykehusets vurdering er ikke departementets og RHF-ets målsetning om aktiv synliggjøring av forskning i dag i tråd med den nasjonalt fastlagte malen.

Det vises for øvrig til omtale ovenfor under punktet "*Økt synliggjøring og bruk av resultater oppnådd gjennom forskning og innovasjon*"

- *Oslo universitetssykehus HF skal legge til rette for samhandlingsforskning i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer, også innenfor egne budsjettammer.*

Samhandlingsforskning ved Oslo universitetssykehus HF har gradvis blitt styrket de siste årene og foregår i flere klinikker. Det arbeides med å tilrettelegge for en mer koordinert og kvalitetsmessig begrunnet satsing på samhandlingsforskning.

Foretaket opprettet i 2012 et eget Fagråd for samhandlingsforskning, ledet av professor og overlege i geriatri, Torgeir Bruun Wyller. Fagrådet er bredt sammensatt og har representanter fra klinikker, stabsenheter, Universitetet i Oslo, Høyskolen i Oslo og Akershus, Oslo kommune, primærhelsetjenesten samt Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF. Fagrådet har kartlagt pågående samhandlingsforskning ved Oslo universitetssykehus HF, arbeidet med begrepsavklaringer, identifisering av områder som bør prioriteres fremover, samt utarbeidet forslag til en egen handlingsplan for Samhandlingsforskning. Handlingsplanen vil bli ferdigstilt og forelagt ledelsen for behandling primo 2013.

Oslo universitetssykehus HF har søkt, og fått tilsagn om, ekstern støtte til flere forskningsprosjekter som klassifiseres som Samhandlingsforskning

- *Helse Sør-Øst RHF har vedtatt et langsiktig mål om opptrapping av ressursbruk til forskning i helseforetaksgruppen samlet til 5 % av totalkostnader. Ressursbruk til forskning inkluderer både interne og eksterne midler. Oslo universitetssykehus HF skal bidra til realiseringen av dette målet ved at helseforetakets ressursbruk til forskning for 2012 øker i forhold til nivået for 2011.*

Ressursbruken til forskning forventes å øke i 2012 sammenliknet med 2011, særlig på grunn av nye tildelinger fra Forskningsrådet (SFF og klinisk utprøving) og noe økning for Helse Sør-Øst RHF (prosjektmidler).

- *Oslo universitetssykehus HF skal i løpet av 2012 legge fram en langsiktig plan for opptrapping av helseforetakets ressursbruk til forskning, inkludert eksternt finansierte midler.*

Oslo universitetssykehus HF har i henhold til bestilling utarbeidet en langsiktig opptrappingsplan for ressursbruk til forskning, inkludert eksternt finansierte midler. Det er usikkerhet knyttet til planen, både i forbindelse med sykehusets totale økonomiske situasjon, og anslått vekst i konkurranseutsatte eksterne midler. Det er også viktig å vurdere utvikling i ekstern finansiering sammen med tilsvarende utvikling ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, som forvalter en betydelig del av midlene som benyttes til forskning ved helseforetakene (prosjekter ledet av personer med kombinerte stillinger mellom helseforetak og universitet).

- *Oslo universitetssykehus HF skal bidra med råd og kompetanse i forbindelse med utvikling av nasjonalt/ flerregionalt databasesystem for rapportering av kliniske intervensjonsstudier.*



Oslo universitetssykehus HF har stilt kompetanse til rådighet og bidrar med innspill til Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med utvikling av nasjonalt/ flerregionalt databasesystem for rapportering av kliniske intervensjonsstudier. Helse Sør-Øst RHF eier prosjektet og er ansvarlig for fremdrift. Saken følges også opp i RHFénes strategigruppe for forskning.

- *Oslo universitetssykehus HF skal bidra med råd og kompetanse i forbindelse med utvikling av nytt nasjonalt/ flerregionalt forskningsadministrativt system.*

Oslo universitetssykehus HF har stilt kompetanse til rådighet og bidrar med innspill til nytt nasjonalt/ flerregionalt forskningsadministrativt system. Helse Sør-Øst RHF eier prosjektet og er ansvarlig for fremdrift. Saken følges også opp i RHFénes strategigruppe for forskning.

- *Oslo universitetssykehus HF skal samarbeide om gjennomføringen av Biobank Norge.*

Oslo universitetssykehus HF leder en av arbeidspakkene i Biobank Norge og deltar ellers aktivt i prosjektet.

Oslo universitetssykehus HF arbeider med anskaffelse av sporingssystem for biobanker som ivaretar krav til sikkerhet ved lagring av sensitive personopplysninger, herunder risikovurdering av teknisk løsning

- *Oslo universitetssykehus HF skal styrke arbeidet med egen infrastruktur, samt utforming og kvalitetssikring av prosedyrer, for gjennomføring av kliniske intervensjonsstudier i tråd med lovkrav og bidra til interregionalt og nasjonalt samarbeid om gjennomføring av kliniske intervensjonsstudier innenfor NorCRIN.*

Det vises til omtale ovenfor, rapporteringspunkter om henholdsvis infrastruktur for kliniske multisenterstudier og om deltagelse i NorCrin og Ecrin.

- *Oslo universitetssykehus HF skal ivareta rollen som nav i det regionale forskningssystemet og oppfylle regionale forpliktelser knyttet til tildelte regionale forskningsmidler, spesielt innen kategoriene regionale forskningsnettverk, prosjektbaserte nettverk, forskningsgrupper, og regionale kjernefasiliteter. I tillegg skal Oslo universitetssykehus ivareta regionale forskningsstøttefunksjoner, kfr kapittel 5.2.3 Regional forskningsstøtte.*

Nav-funksjonen innen forskning som Oslo universitetssykehus HF ivaretar for regionen er styrket i 2012, med gode tilbakemeldinger fra mange brukere i regionen. Dette gjelder både regionale forskningsstøttefunksjoner, regionale forskningsnettverk, prosjektbaserte nettverk og regionale teknologiske kjernefasiliteter. For regionale funksjoner med støtte fra Helse Sør-Øst gis det en nærmere beskrivelse i offentlig tilgjengelig årsrapport fra hvert enkelt prosjekt (eRapport til Helse Sør-Øst RHF). Rapportene kan hentes fra internettsider for forskning i Helse Sør-Øst RHF.

I tillegg til bidrag gjennom formaliserte prosjekttildelinger og regionale forskningsstøttefunksjoner, bidrar en rekke fagpersoner i Oslo universitetssykehus HF med veiledning til stipendiater utenfor foretaket, og med annen forskningsfaglig kompetanse og samarbeid. Veiledning til stipendiater som utfører arbeidet andre steder enn ved Oslo universitetssykehus HF er i liten grad synlig i oversikter over forskningsaktivitet i regionen, og doktorgraden krediteres det sykehuset doktorgraden hovedsakelig utføres ved og/eller finansieres av.

Oslo universitetssykehus HF bidrar også i økende grad med presentasjoner og faglige innlegg om forskning, forskningsorganisering og forskningsledelse ved andre sykehus, som en del av nav-funksjonen og i tillegg til det som omfattes av regionale forskningsstøttefunksjoner.

Flere fagområder bidrar med multisenterstudier. Godt samarbeid krever noen basismidler på tvers av enkeltprosjekter, og trenger tid for å bygges og konsolideres. Det er utfordrende at en oppbygging og spredning av forskningskompetanse til øvrige foretak i regionen slår negativt ut på kreditering og tildeling av forskningsfinansiering, jamfør modell der medforfatterskap på tvers av sykehus reduserer antall publikasjonspoeng pr institusjon og dermed gir insentiver som virker hemmende på samarbeid. Det bør derfor arbeides med modeller som sikrer at miljøer med utstrakt nav-funksjon og bistand ut i regionen krediteres og belønnes i større grad enn tilfellet i dag.

For rapportering om regionale forskningsstøttefunksjoner henvises til egen årsrapport, som separat vedlegg til Årlig melding. Regionale forskningsstøttefunksjoner er rapportert tertialvis til Helse Sør-Øst RHF og presentert i aktuelle regionale fora.

### **3.1.24. Innovasjon**

#### **Overordnede mål:**

- *Økt forskningsbasert og behovsdrivet innovasjon.*

Oslo universitetssykehus HF opprettholder og styrker det gode samarbeidet med det deleide datterforetaket Inven2, som i 2012 har etablert en ordning med fast tilstedeværelse en dag i uken i Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (størst innovasjonsaktivitet) for å komme i nærmere kontakt med forskerne.

Sykehuset har i 2012 oppnådd svært gode resultater med hensyn til nye ideer/oppfinnelser – såkalte DOFI (Disclosure of Invention). I forhold til 2011 har antall DOFI økt med om lag 40 % for året som helhet. Det er en gledelig, og mye større økning enn forventet. Kvaliteten på ideene som tas videre vurderes som god. Dette gjelder både ideer som vurderes av Inven2 (patenterbare ideer) og internt gjennom Idépoliklinikken (idéer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner).

Innovasjonsseksjonen har flere prosjekter som omhandler ventetider og pasientflyt, hvor ansatte og pasienter er involvert.

- *Økt implementering av nye produkter, tjenester, diagnostikk- og behandlingsmetoder, organisatoriske prosesser og løsninger som bidrar til økt kvalitet, effektivitet, kostnadseffektivitet, samhandling og mer helhetlige pasientforløp.*

Idéportalen [www.idepoliklinikken.no](http://www.idepoliklinikken.no) er under revisjon og prosessforløpet for ideene tilpasses de nye nasjonale innovasjonsindikatorerne. Innovasjonsseksjonen har utarbeidet en metodikk for å vurdere kost/nytte i prosjektene. Resultatene herfra gir et godt grunnlag for en eventuell implementering.

- *Økt innovasjonsaktivitet gjennom bruk av offentlige innkjøp, før-kommersielle avtaler og prosjekter med leverandørindustrien.*

Oslo universitetssykehus HF samarbeider med leverandørindustrien gjennom Oslo MedTech og direkte med leverandører for å gjennomføre innovasjonsprosjekter i ulike faser. Bruk av

tjenestedesign leverandører har vist seg svært nyttig i innovasjonsprosessen og det er inngått rammeavtale med tre leverandører.

### **Mål 2012**

- *De regionale helseforetakene skal ha videreført satsingen på innovasjon i helseforetakene i tråd med nye føringer som vil bli formidlet når de foreligger fra Helse- og omsorgsdepartementet.*

Som omtalt ovenfor har sykehuset hatt svært god innovasjonsaktivitet i 2012. Det er de mest forskningstunge klinikkene som også har den høyeste innovasjonsaktiviteten. Dog er det en positiv fremgang i flere sykehusmiljøer.

Innovasjonsseksjonen er engasjert i flere prosjekter med brukermedvirkning (ansatte og pasienter) som tar for seg ventetider, pasientforløp og logistikk. Enheten har søkt og fått innvilget finansiering til prosjekter. Innovasjonsseksjonen bidrar for øvrig med kost-nyttevurdering, synliggjøring og kunnskapsdeling.

- *Oslo universitetssykehus HF skal bidra til at Helse Sør-Øst når langsiktige mål og mål for 2012 satt av Helse- og omsorgsdepartementet*

Oslo universitetssykehus HF er den største bidragsyteren blant landets helseforetak når det gjelder innovasjonsaktivitet.

Oslo universitetssykehus HF har deltatt i og vært sekretariat for arbeidsutvalget som har utarbeidet Handlingsplan for innovasjon i Helse Sør-Øst.

- *Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak for å videreutvikle innovasjonsaktiviteten i eget helseforetak, evt. i samarbeid med de øvrige helseforetak og Inven2.*

Den totale innovasjonsaktiviteten vurderes som god. Oslo universitetssykehus HF samarbeider med Kreftforeningen, Oslo MedTech og Inven2 knyttet til prosjekter som skal redusere ventetid og forbedre pasientflyt ved sykehuset. Webportalen for innmelding og prosessering av ideer er under revisjon og vil bli tilpasset de nye nasjonale innovasjonsindikatorerne. Sykehuset har opprettet et eget innovasjonsutvalg.

- *Oslo universitetssykehus HF skal bistå med videreutvikling av innovasjonsnettverket Helse Sør-Øst.*

Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt i planlegging, gjennomføring og oppfølging av de faste møtene i Innovasjonsnettverket, og står ellers til disposisjon for alle forespørsler.

- *Oslo universitetssykehus HF skal bidra til etablering av en ny, felles nasjonal database for innovasjonsindikatorer i helseforetakene under ledelse av Helse Sør-Øst og i samarbeid med CRISTIN.*

Oslo universitetssykehus HF har sammen med Helse Sør-Øst RHF gjennomført flere møter angående det nasjonale systemet CRISTin for å diskutere hvordan dette kan realiseres.

### **3.1.25. Innkjøp og logistikk**

#### **Overordnede mål**

- *Oslo universitetssykehus HF skal bidra aktivt for å oppfylle handlingsplanen for innkjøp og logistikk i tråd med føringer gitt fra helse Sør-Øst RHF.*

Oslo universitetssykehus HF samarbeider godt med Sykehuspartner og Hinas om regionale og nasjonale anskaffelser og bidrar med ressurser der det er ønskelig.

Retningslinjer og føringer fra Helse Sør-Øst RHF følges i saker som gjelder lokale anskaffelser og kontrakter.

### **Mål 2012**

Oslo universitetssykehus HF har fortsatt 3 innkjøpssystemer, og dette påvirker muligheten til å jobbe systematisk med oppfølging av klinikkene med hensyn til forbedringer av innkjøps-indikatorene. Til tross for dette er det fokus på bruk av eksisterende rammeavtaler med videre for å oppnå best mulig priser. Tiltak innenfor dette området er også fokus i budsjett 2013.

- *Helseforetaket skal oppnå 80 % bruk av avtaler.*

Per 2. tertial 2012 var andelen kjøp via avtaler 71 %. Dette omfatter varekjøp (om lag 50 %), legemiddelkjøp (85 %) og tjenestekjøp (84 %).

- *Helseforetaket skal oppnå 70 % bruk av innkjøpssystem.*

Utnyttelse av elektronisk bestillingssystem er 56 %. Lav utnyttelsesgrad gjenspeiler utfordringen knyttet til at foretaket har vedlikehold, oppgradering og opplæring av brukere i tre varekataloger og tre innkjøpssystemer.

- *Helseforetaket skal oppnå 90 % bruk av elektronisk produktkatalog.*

Andelen kjøp fra elektroniske produktkataloger utgjør omlag 50 %. Foretaket har tre innkjøpssystemer og dette gjør er det krevende å følge opp klinikkene med hensyn til økt kjøp via elektroniske produktkataloger. Foretaket har også tre gamle system, hvor søkemotoren er dårlig, noe som gjør det vanskelig å finne varene i katalogene.

- *Helseforetaket skal bruke Forsyningssenteret for innkjøp med 150 MNOK.*

Foretaket brukte Forsyningssenteret for innkjøp med 109 MNOK i 2012 og har fokus på å øke dette ytterligere i 2013.

## **3.1.26. Bygg og eiendom**

### **Vedlikehold av bygningsmassen**

#### **Mål 2012**

- *Oslo universitetssykehus HF skal vedlikeholde sin bygningsmasse i tråd med vedtatt strategi for eiendomsområdet (sak 010-2011) og i tråd med krav om planmessig vedlikehold gitt i foretaksmøter. Vedlikeholdsplanene skal føre til en forpliktende oppgradering av bygningsmassen til en tilstand som er tilstrekkelig god for gjeldende og planlagt bruk.*

Oslo universitetssykehus HF har store utfordringer knyttet til vedlikehold, behov for effektivisering og løpende tilpasninger av bygningsmassen. Tidligere utførte kartlegging av tilstandsgrader bekrefter dette.

Med basis i Arealutviklingsplan 2025 har Oslo universitetssykehus HF utarbeidet flere handlingsplaner, blant annet årets tiltaksplan for tilsynssaker (AT + brann), planer for samlokalisering og andre investeringsplaner. Oslo universitetssykehus HF ser på disse planer som nødvendige tiltak som også har et vedlikeholdsperspektiv om enn ikke utfyllende. Tiltaksplanen for brann og arbeidstilsynssaker har meget høy prioritet. Flere pågående prosjekter som er prioritert av sykehusets ledelse vil også redusere vedlikeholdsbehovet i eksisterende arealer. Videre har Oslo universitetssykehus HF startet arbeidet med tilnærming mot et planmessig vedlikehold hvor retningslinjer fra Helse Sør-Øst RHF vil bli adressert.

Vurderinger er at målet gitt i strategidokumentet fra Helse Sør-Øst RHF vil ha lengre gjennomføringstid for Oslo universitetssykehus HF en angitt i dokumentet.

- *Oslo universitetssykehus HF må utarbeide vedlikeholdsplaner, og sikre at budsjettet i tilstrekkelig grad er avstemt med disse og vedtatt eiendomsstrategi for foretaksgruppen. Vedlikeholdsplaner og budsjettet må ivareta nødvendig oppfølging av avvik i henhold til lover og forskrifter.*

Oslo Universitetssykehus HF har ikke etablert rullerende vedlikeholdsplaner som foreslått i FUBE delprosjekt 7. Sykehusets samlede vedlikeholdsbehov er så stort at det ikke kan løses gjennom et regulært vedlikeholdsbudsjett. Det arbeides med å etablere en oppdatert tilstandsanalyse av sentrale bygg slik at man kan etablere en realistisk vedlikeholdsplan som omfatter nødvendig infrastruktur og bygningsmessige oppdateringer i et 15 års perspektiv. En slik vedlikeholdsplan må sees i sammenheng med arealutviklingsplanen.

Som kjent er sykehuset nå i ferd med å starte opp idefaser for fremtidig utvikling av sykehuset. Uansett valg av scenarie vil det måtte gjøres midlertidige oppgraderinger av dagens bygningsmasse. I arealutviklingsplanen som ble styrebehandlet i mars 2012, var dette behovet anslått til ca 6 mrd som inkluderer ombygninger og tekniske oppgraderinger. Så langt har foretaket antydnet et behov for 250 mill i årlige investeringsmidler til midlertidig oppgradering av eksisterende bygningsmasse og å lukke tilsynsavvik. Dette beløpet er ment å komme i tillegg ordinære driftsinvesteringer og omstillingsinvesteringer som også i noen grad lukker avvik. Det arbeides med å komme frem til en mer langsiktig investeringsplan som også omfatter nødvendig infrastruktur. Vedlikeholdsplaner vil utarbeides i nært samarbeid med Helse Sør-Øst RHF. Se for øvrig plandelen

- *Oslo universitetssykehus HF må gi tilbakemelding med status per 31.12.11 om arbeidet med de vesentligste avvikene påpekt i Riksrevisjonenes rapport, sett i sammenheng med oppfølgingen av eiendomsstrategien i Helse Sør-Øst (jf. styresak 069-2011).*

I henhold til brev fra Helse Sør-Øst RHF datert 9. november 2011 skulle RHF'et sende et eget brev om Riksrevisjonens undersøkelse for å gi ytterligere føringer for hvordan områder med avvik og forbedringspotensial vil bli fulgt opp. Siden Oslo universitetssykehus HF ikke har registrert et slikt brev, er det ikke sendt noe svar og tilbakemelding. Likevel kan Oslo universitetssykehus HF nå gi følgende kommentar til helseforetakets oppfølging av avvik og forbedringspotensial i Riksrevisjonens rapport:

Riksrevisjonen skriver generelt at 50 % av HF-enes bygningsmasse preges av middels kraftige og kraftige symptomer på dårlig tilstand.

Oslo universitetssykehus HF var i 2011 aktiv deltaker i flere av FUBE sine delprosjekter som har adressert observasjonene i Riksrevisjonens rapport. Spesielt påpekes her *Vedlikeholdsplaner og tilstandsvurderinger* som la prinsipper for en felles mal for rullerende vedlikeholdsplan til bruk i alle HF i Helse Sør-Øst.

Oslo universitetssykehus HF hadde ved utgangen av 2011 startet kartlegging av tilstandsgrader for enkelte lokasjoner og planla for flere. Fusjonen av de 4 sykehusene (Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Ullevål og Aker) synliggjorde forskjellig nivå på kartlegging av og omfang av gjennomført vedlikehold i egen bygningsmasse. Foretakets fokus har vært samlokalisering av funksjoner. Oslo universitetssykehus HF utarbeidet i 2011 blant annet en Arealplan 2025 med flere scenarier. Ytterligere tilstandskartlegginger av hele Oslo universitetssykehus HF sin bygningsmasse i denne forbindelse ble enhetlig gjennomført. Prosjekter relatert til Arealplanen og godkjente flyttinger skulle også sørge for at enheter som ble relokalisert fikk en viss oppgradering av arealene ved behov. Tilsynspålegg avstedkom prosjekter som også bidro til lokalt bedret tilstandsgrad i noen arealer.

Videre anfører Riksrevisjonen at nøkkeltall for vedlikehold og regnskapsføring av disse i henhold til Norsk Standard ikke er av god nok kvalitet.

Målrettet arealutnyttelse og arealutvikling er et annet av Riksrevisjonens fokusområder. Dette krever relevant informasjon om bygningsmassen. Oslo universitetssykehus HF hadde i 2011 fokus på dette og etablerte et felles arealregnskap i tråd med oppdragsdokumentet. Foretaket arbeidet videre for å etablere en samlet arealdatabase for alle sine bygg og eiendommer - denne var ved utgangen av 2011 ikke ferdigstilt.

Mangelfullt beslutningsunderlag for investeringer i sykehusbygg er også ett av Riksrevisjonens fokusområder. Oslo universitetssykehus HF har i perioden etterstrebet å følge *Tidligfaseveilederen* og lagt opp rutiner for det. Oslo universitetssykehus HF er klar over at veilederen blir revidert og vil hensynta dette når den offentliggjøres.

Generelt sett er det ved utgangen av 2011 startet et målrettet arbeide på de fleste områdene som ble påpekt av Riksrevisjonen. Noen av disse arbeidene er langsiktige og videreføres sammen med fokusområder som ikke ble adressert i 2011.

- *Oslo universitetssykehus HF skal, som en del av økonomisk langtidsplan, inkludere plan for forbedring av minimumstilstand for bygg. Det skal rapporteres om status for arbeidet pr. 2. tertial 2012.*

Tertialrapportering 2/2012 hadde 7 pkt innen området bygg og vedlikehold. Alle relatert til vedlikeholdsetterslep og bygningenes tilpasningsdyktighet til funksjonsformål og etterlevelse av forskrifter.

For å ivareta oppgradering og utskifting til forskriftmessig og funksjonell tilstand brukes Arealutviklingsplanen 2025 som basis for å utarbeide handlingsplaner, tiltaksplaner for tilsynspålegg, funksjonstilpasninger og vedlikeholdsplaner. Dette er MÅ-planer som er å betrakte som minimumstiltak.

Til ØLP er det synliggjort et årlig finansieringsbehov på 250 MNOK for midlertidig oppgardering av eksisterende bygningsmasse, som også skal inkludere tilsyn. For 2013 er det søkt om 200 MNOK og foreløpig signalisert at foretaket vil gis en likviditet på 100 MNOK.

- *Kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold samt utvikling og service skal registreres i tråd med NS3454, og rapporteres periodisk til RHF.*

Pilotprosjekt på fire kostnadssteder ble gjennomført tredje kvartal 2012.

NS3454 er implementert i Basware og innen utgangen av november 2012 også i Visma. Det er gitt opplæring i bruk av NS3454 for alle involverte i pilotprosjektet. Det er også gjennomført to evalueringsmøter for å diskutere erfaringer og utfordringer man har møtt underveis.

Det ble i løpet av november/desember gjennomføres opplæring i NS3453 for alle kostnadssteder som ikke har vært med i pilotprosjektet. Alle skal kontere etter NS3454 fra og med 1. januar 2013.

Oslo universitetssykehus HF møter opp i periodiske møter hos Helse Sør-Øst RHF sammen med andre helseforetak for å rapportere om status.

## **Effektiv arealbruk**

### **Mål 2012**

- *Arbeidet med klassifisering av sykehus areal i henhold til Helsedirektoratets standard fullføres. Oslo universitetssykehus HF skal bidra til at dataene gjøres tilgjengelige i felles database, etablert på nasjonalt nivå.*

Etablering av felles ny arealbase (ikke felles DV) er en forutsetning for å innfri forventningen fra sykehusets ledelse om komplett oppdatert arealregnskap. Spesielt oppfølging av krav til redusert bruk av areal.

Status og fremdrift:

- Fase 1: Det er opprettet ny server på OUS-nett med Lydia 5.1, og det pågår pt import av tegninger/rom/leietakere fra gammel RH-base - ca 400.000m<sup>2</sup>.
- Fase 2: Import av data fra Aker, planlagt påbegynt Q4 2012, ikke startet.
- Fase 3: Overføring av data fra Ullevål til ny server/felles database, planlagt Q1-2 2013, forsinket.

Opprinnelig plan var at felles arealbase, med leiekontrakter på alle lokalisasjoner og arealinformasjon tilgjengelig for alle ansatte på intranett (eLydia) skulle være på plass innen utgangen av 2013. Det er sannsynlig at dette målet ikke nås, grunnet utfordringer med hensyn til feil og mangler i bestilt leveranse fra Lydia AS, mangler oppdaget i klassifikasjonssystemet som fører til forsinkelser/merarbeid, og på grunn av uforutsette kapasitetsutfordringer.

- *Oslo universitetssykehus HF skal ta i størst mulig grad anvende bygningsinformasjonsmodellering ved planlegging av nye bygg og større ombygginger. Dokumentet BIM-strategi i Helse Sør-Øst tas bruk.*

Ved oppføring av nybygg, utvidelser av bygg, større rehabiliteringsprosjekter og større ombygginger benytter Oslo universitetssykehus HF BIM ved planlegging og gjennomføring i byggefase, samt bestreber bruk av informasjonen og dataene videre i driftsfasen

## **Felles kompetansesenter for avhending av eiendommer**

### **Mål 2012**

- *Oslo universitetssykehus HF må bistå i fremskaffe en oversikt over de større aktuelle salgsubjekter, med beskrivelse av konsekvenser, risiko og mulig fremdrift for*

*avhending som Oslo universitetssykehus HF har. Oversikten skal bygge på Oslo universitetssykehus HF's utviklingsplaner og øvrig planverk.*

Større avhendinger vil bli særskilt behandlet som egne prosjekter og vil bli fremlagt for styret for behandling.

Det er i dag to store potensielle avhendinger i denne kategorien og de er nevnt i og er en forutsetning for Arealplan 2025:

1. Søndre del av Aker – Sinsen. Er etablert med eget prosjekt.
  2. Dikemark - er lagt ut som internasjonal arkitektkonkurranse med Asker kommune som hovedaktør, og Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF som delaktører. Konkurransen kjøres parallelt med revidert kommunedelsplan for Asker. Besluttet regulering forventet i desember 2013. Vinner av arkitektkonkurransen kunngjøres i desember 2013
- *Oslo universitetssykehus HF må ta i bruk den utarbeidede rapporten som gir føringer og prosedyrebeskrivelse for salg av eiendommer i Helse Sør-Øst i sine avhendingsprosesser.*

Oslo universitetssykehus HF vil følge gjeldende prosedyrer for salg av eiendom.

## **Planprosesser**

### **Mål 2012**

- *Oslo universitetssykehus HF skal legge prinsipper og føringer i Helsedirektoratets Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter til grunn i sine planprosesser. Revidert veileder legger bl.a. til grunn at investeringsprosjekter skal forankres i de regionale helseforetakenes overordnede strategiplaner og i helseforetakenes utviklingsplaner.*

Oslo universitetssykehus HF benytter primært gjeldende føringene i Helsedirektoratets Veileder for tidligfasen både for grupper av prosjekt og for enkeltprosjekter der dette kreves.

## **3.1.27. Ledelse og lederutvikling**

### **Mål 2012**

- *Det skal etableres gode systemer for å velge kandidater og legge til rette for deres deltakelse i Nasjonalt topplederprogram.*

Oslo universitetssykehus HF har i 2012 deltatt med 2 kandidater på Nasjonalt topplederprogram. Foretaket har innlemmet føringer for nasjonal lederplattform i lederplattformen og arbeidet målrettet med lederutvikling..

Oslo universitetssykehus HF benytter følgende fremgangsmåte for å velge kandidater til deltagelse i Nasjonalt topplederprogram som er benyttet over flere år: Klinikken foreslår kandidater og kandidatliste kvalitetssikres av HR-stab. Kvalitetssikret kandidatliste legges frem for sykehusets toppledergruppe før Administrerende direktør fatter endelig beslutning om innstilling.

- *Gode systemer for utvikling av fremtidige ledere på ulike nivå skal sikres.*



Samlinger for toppledergruppen: Ledergruppen i Oslo universitetssykehus HF har et pågående utviklingsprogram i samarbeid med Henning Bang. Hensikten er å styrke sykehusets øverste ledelse som gruppe.

Ledersamlinger for nivå 1-3: Oslo universitetssykehus HF har hatt felles samlinger med de tre øverste ledernivåene i sykehuset ca hver tredje måned. Hensikten med samlingene er å diskutere konkrete tema som budsjett og fagstrategi og sikre at sykehusets øverste ledernivåer er samkjørte mht mål og forståelse av felles lederutfordringer.

Lederutviklingsprogram: Oslo universitetssykehus HF utviklet i 2010 en egen lederplattform med et tilhørende lederutviklingsprogram. Fokus i dette programmet er verdibasert endringsledelse og virksomhetsstyring (økonomi, HR og kvalitet). I løpet av 2011/2012 har omlag 600 ledere (ca 1/2 av totalt antall ledere) vært gjennom programmet.

Dialogmøter og inspirasjonsseminarer: Det arrangerer kvartalsvise inspirasjonssamlinger for ledere der samtlige ledere ved sykehuset inviteres. Tema for disse samlingene har for eksempel vært medarbeiderskap, ledelse og ledergruppers effektivitet. Om lag 300 ledere deltar i disse inspirasjonsseminarene hver gang.

E-læringskurs: Det tilbys en rekke e-læringskurs som er spesielt relevante for ledere, som for eksempel kurs i endringskommunikasjon, bemanningstilpasninger, tilbakemeldingsmøter etter Medarbeiderundersøkelsen (forbedringer i psykososialt arbeidsmiljø) osv. Det foreligger ikke eksakte tall på hvor mange som har gjennomført (pga tilgang til data), men vi anslår at ca 200 ledere gjennomgår disse pr år.

Partnerskap med fagmiljøer innen området organisasjon og ledelse: Oslo universitetssykehus HF har vært aktiv bidragsyter i Partnerforum og spesielt på HR-siden har det vært trukket veksler på partnerskapet med Universitetet i Oslo og BI. Dette arbeidet gir god tilgang på spisskompetanse innen organisasjonsutvikling og ledelse. Flere ledere ved Oslo universitetssykehus HF har også gjennomgått lederutdanningsprogram i Helseledelse.

Lederprogram med flerkulturelt perspektiv: Oslo universitetssykehus HF har etablert et eget lederprogram med flerkulturelt perspektiv. Programmet har to mål; å øke andelen ledere i sykehuset med flerkulturell bakgrunn samt styrke forståelsen for mangfoldsledelse generelt – hos fremtidige ledere. Programmet henvender seg derfor både til flerkulturelle ansatte og etnisk norske som har ambisjoner og talent til å bli fremtidige ledere i sykehuset.

- *Nasjonal lederplattform skal tas i bruk som verktøy for ledelse og for å rekruttere, følge opp og utvikle ledere.*

Oslo universitetssykehus HF har tatt høyde for nasjonale føringer i foretakets ulike lederutviklingsprogrammer og jobber med implementering av nasjonal lederplattform som del av egen lederplattform.

### **3.1.28. Medvirkning til omstilling**

#### **Mål 2012**

- *Helseforetakets arbeid med effektivisering og omstilling skal videreføres i 2012. Det er en forutsetning for å lykkes i dette at ledelsen og tillitsvalgte samarbeider godt og etterlever regionens "12 prinsipper for medvirkning i omstilling". Oslo universitetssykehus HF bes redegjøre for hvordan disse prinsippene er ivaretatt i de lokale prosessene som er gjennomført.*

Oslo universitetssykehus HF ivaretar medvirkning for tillitsvalgte og verneombud i henhold til Hovedavtalen, Arbeidsmiljøloven og de 12 prinsipper for omstilling i Helse Sør-Øst. Dessuten er dette ytterligere utfyllt i retningslinjene for gjennomføring av omstillinger i foretaket.

Oslo universitetssykehus HF har etablert en rekke formelle og uformelle fora som innebærer ukentlige møter mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud. Tillitsvalgte og verneombud er involvert i registrerte prosjekter og omstillingsprosesser. Medvirkningen utgjør et viktig og nødvendig korrektiv til de vurderinger og beslutninger som treffes.

Som eksempel kan nevnes vernetjenestens tilbakemelding etter 2012:

Område	Negativt	Positivt
<p><b>Fysisk arbeidsmiljø</b> Det har vært gjennomført mange flytte og oppussingsprosjekt i løpet av året som har gått.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uforutsigbart i forhold til tidsfrister. Datoer har ofte blitt endret på.</li> <li>• Rikshospitalet opplever overfylte lokaler. Dette sliter på de ansatte.</li> <li>• Flytteprosjektene har vært preget av manglede helhetstenkning i forhold til pasientsløyfer.</li> <li>• Prosjektene har vært preget av dårlig økonomi.</li> <li>• På grunn av for dårlig tid til oppussing, har personalet måtte flytte inn i lokaler som ikke var ferdige.</li> <li>• Prosjekt har vært forsinket på grunn av uforutsette hendelser som følge av gamle bygg.</li> <li>• Det har i de senere årene vært gjort store kutt i renholdsavdelingen og 2012 var intet unntak. Vi opplever at sykehuset har blitt mer skittent.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppgradering av lokalene har bidratt til bedre fysisk arbeidsmiljø.</li> <li>• Noen prosjekter har også vært godt planlagt og gjennomført.</li> </ul>
<p><b>Psykososialt arbeidsmiljø</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansatte er lei omstilling, og det har ført til mye uro og slitasje.</li> <li>• Prosesser som har trukket ut i tid og datoer har blitt flyttet</li> <li>• Ansatte har sluttet på grunn av missnøye og kompetanse har gått tapt</li> <li>• Slitsomt med omstilling samtidig som du skal tilby god pasientbehandling</li> <li>• Usikkerhet med hvem som får beholde jobbene sine, som igjen har ført til misstenksomhet blant ansatte</li> <li>• For lite fokus på kulturbygging</li> <li>• Arbeid med psykososialt arbeidsmiljø i er ikke satt i system i omstillingsprosjektene</li> <li>• Manger kunnskap om hvordan få til gode omstillingsprosesser</li> <li>• Ledere som ikke tar psykososiale utfordringer på alvor</li> <li>• Det er ikke satt av tid til å jobbe med psykososialt arbeidsmiljø</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Noen prosjekt har hatt fokus på kulturbygging og psykososialt arbeidsmiljø. I disse prosjektene omstillingene vært vellykket</li> </ul>
<p><b>Organisatorisk arbeidsmiljø</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For stort lederspenn</li> <li>• Mangel på stedlig ledelse</li> <li>• Støttefunksjonene til ledere er</li> </ul>	

Område	Negativt	Positivt
	blitt kuttet, dette har resultert i mye administrativ jobbing og mindre tid til ledelse <ul style="list-style-type: none"> <li>• På noen steder er det for lite til ledelse. For eksempel når noen har en lederstilling på 20 % og jobber 80 % klinikk</li> <li>• Ansatte opplever liten mulighet til å påvirke egen arbeidssituasjon</li> <li>• Stort arbeidspress</li> <li>• Kutt av fagdager</li> </ul>	
<u>Inkluderende arbeidsliv</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanskeligere å vare på ansatte med spesielle behov etter at aktiv sykemelding ble fjernet</li> <li>• Trenger mer kunnskap om IA arbeid blant ledere</li> </ul>	
<u>Medvirkning</u>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vernetjenesten opplever mye god involvering av verneombud ute i klinikkene. Utfordringen er å få til gode prosesser.</li> </ul>

Vernetjenestens innspill er i mange tilfeller identisk med tilsvarende innspill fra organisasjonene. Ledelsen i Oslo universitetssykehus HF benytter aktivt slike kommentarer og tilbakemeldinger fra organisasjonene og vernetjenesten i forbedringsarbeidet. For eksempel har tilbakemeldinger fra de ansatte om opplevelse at de ikke har tilstedeværende og synlige ledere i sin arbeidshverdag, blant annet som en følge av store lederspenn og mangel på stedlig ledelse, nå medført at et arbeid er påstartet med å legge om lederstrukturen i sykehuset ved å innføre stedlig ledelse i mer en 60 enheter.

Tilbakemeldinger fra organisasjonene er at medvirkning av tillitsvalgte på foretaksnivå fungerer stort sett godt. Sykehuset har fortsatt utfordringer knyttet til involvering av tillitsvalgte helt ned til førstelinjenivå. I medarbeiderundersøkelsen fremkommer det utfordringer knyttet til de enkelte medarbeideres opplevelse av mulighet for medvirkning i omorganiseringsprosessen.

### 3.1.29. Nasjonale rammeavtaler for leie av helsepersonell

#### Mål 2012

- *De forhold som Riksrevisjonen har påpekt i sin undersøkelse av nasjonale rammeavtaler for leie av helsepersonell skal følges opp.*

Oslo universitetssykehus tilstreber å følge de rammeavtaler som til enhver tid er gjeldende for virksomheten/HSØ, forutsatt at disse dekker den kompetanse foretaket har behov for.

### 3.1.30. Redusert bruk av deltid

#### Mål 2012

- *Helseforetaket skal videreføre det systematiske arbeidet for å redusere andelen deltidsansatte i tråd med foretakets vedtatte handlingsplan. Dette forutsetter at foretaket har hensiktsmessige prosedyrer i forhold til fortrinnsrett samt at permisjonsreglement og permisjonspraksis ikke medfører unødige deltidsstillinger. For øvrig må det arbeides aktivt med planlagte tiltak tilpasset de lokale årsaksbilder og forutsetninger.*

Oslo universitetssykehus HF har innført retningslinjer for bruk av deltidsstillinger og ansattes fortrinnsrett til stillingsutvidelse. Bruk av deltid behandles tertialvis i ledelsens gjennomgang.

- *Foretaket skal dokumentere det løpende arbeidet ved månedlig rapportering basert på den felles nasjonale rapporteringsmatrise og de nye regionale rapporteringsrutiner som ble etablert i 2011.*

Oslo universitetssykehus HF har rapportert inn deltidsdata i henhold til de forespørsler og krav som er formidlet via eier (ref felles nasjonal rapporteringsmatrise og regionale rapporteringsrutiner).

		Deltid fast ansatte				
Måned	Totalt antall ansatte	Herav deltid	Andel	Gj.snittlig juridisk st.prosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
Januar 2012	14732	2652	18 %	95 %	16 %	96 %
November 2012	14720	2584	17,60 %	95,80 %	14,70 %	96,80 %

- *Alle ansatte som har registrert ønske om heltid og som fortsatt står i deltidsstilling pr. 1.1.2012, skal få en vurdering av sine muligheter for økt beskjeftigelse ved foretaket. Det skal fortrinnsvis gis tilbud om 100 % fast ansettelse.*

Fast ansatte medarbeidere som har registrert ønske om utvidelse av sin stilling skal bli vurdert av leder i forhold til aktuelle ledige stillinger. Per 1. januar 2013 har 101 medarbeidere registrert at de har uønsket deltid. Omlag 20 som har registrert at de har uønsket deltid har akseptert tilbud om høyere stilling. 503 har registrert at de har ønsket deltid.

- *I samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, jf. blant annet avtalen mellom Fagforbundet og Spekter om å arbeide sammen for flere heltidsstillinger, skal det arbeides for å finne prosjekter eller gode tiltak som kan bidra til å øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og gi flere heltidsstillinger.*

For å redusere uønsket deltid pågår to prosjekter med støtte fra midler tildelt via NAV.

- Medisinsk klinikk har etablert egen bemanningsenhet for sykepleietjenesten. Alle i deltid får tilbud om å fylle opp til ønsket stillingsprosent.
- I Kvinne- og barneklubben pågår et prosjekt i Fødeenheten på Rikshospitalet for å se om forlenget vakt i helgen kan gjennomføres og gi mindre bruk av deltid. 8 jordmødre starter nå med endret arbeidstid.

Den sentrale enheten for personalformidling vil gradvis utvide tilbudet om ekstravakter, og da også tilbud til deltid om å fylle opp til ønsket stillingsprosent. I denne sammenheng er det innledet et samarbeid med enheter i Kvinne- og barneklubben. Det jobbes for at enheten skal kunne gi et tilbud gjeldende for alle klinikker og yrkesgrupper.

#### IA-avtalen

Oslo universitetssykehus HF har inngått en IA-avtale for perioden 2010-2013. Sykehuset har gjennom den nye IA-avtalen forpliktet seg til å arbeide for å forebygge sykefravær, øke jobbnærværet og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet for sine ansatte.

Handlingsplanen for Inkluderende arbeidsliv følges opp og det er etablert prosjekter for å styrke nærværarbeidet:

- Forflytningsprosjektet avsluttes i 2013, med mål om riktig forflytning av pasienter og redusert omfang av muskel- og skjelettplager.
- Opplæring av ledere
- Ut fra de overordnede nasjonale målene samt tre nasjonale delmål som Oslo universitetssykehus er underlagt, er det blitt utarbeidet egne delmål og handlingsplaner med tiltak for å sikre at målene nås for hele helseforetaket og tiltaksplaner pr klinikk for å sikre IA avtalens målsettinger

Tilbakemeldinger fra enhetene er at økonomiske innsparinger og effektivisering de senere år har gitt seg utslag i stadig færre muligheter til å tilrettelegge for ansatte som har behov for det. Det blir også stadig vanskeligere å få omplassert ansatte utenfor egen enhet I noen enheter synes man å ha nådd grensen for hvor mange man kan tilrettelegge for innenfor de eksisterende driftsrammer.

#### AML-brudd

Det arbeides kontinuerlig for å unngå AML-brudd ved Oslo universitetssykehus HF. Generelle tiltak på tvers og målrettede tiltak er iverksatt ved alle klinikker:

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

Trenden virker positiv selv om tallene er noe usikre grunnet mangel av felles arbeidstidsplanleggingsystem i sykehuset.

#### Sykefravær

Oslo universitetssykehus HF arbeider kontinuerlig med å begrense sykefraværet ved helseforetaket. Det ble for 2012 vedtatt en handlingsplan med tiltak for å redusere sykefraværet til 7,5 % i 2012. Hver enkelt klinikk utarbeider i tillegg egne tiltak for å nå målet og rapporterer månedlig om sykefravær til ledelsen.

Ved enheter som har hatt særskilt høyt sykefravær er det iverksatt målrettede tiltak for å bedre sykefraværet, noe som har gitt positivt utslag. Tiltak som fremheves er:

- Rekrutteringstiltak for å sikre bemanning i utsatte grupper,
- Et fortsatt sterkt fokus på oppfølging av arbeidstakere med hyppig fravær, samt
- Oppfølgingen av de langtidssykmeldte og gravide arbeidstakere.

Samarbeidet mellom avdeling, HR i klinikk og Arbeidsmiljøavdelingen står sentralt i håndtering av arbeidsrelatert fravær. Inkluderende arbeidsliv blir fulgt opp i klinikk AMU og sentralt AMU og i HMS-rapporteringen.

#### Arbeidstidsordninger

Oslo universitetssykehus HF arbeider kontinuerlig med å redusere antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene ved helseforetaket. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene er en del av månedlig gjennomgang i klinikkene. Det er også tema ved ledelsens tertialgjennomgang med hver klinikk. Det er utarbeidet en tiltaksplan med sentrale og klinikkvise tiltak for å sikre at arbeidstidsordninger er i samsvar med rammene i

arbeidstidsbestemmelsene. Tiltakene er i hovedsak knyttet til kompetanseheving hos ledere, rekrutterings- og ressursplanleggingstiltak for å sikre kritisk kompetanse, samt målrettede tiltak mot utsatte enheter.

### 3.1.31. Utdanning av helsepersonell

#### Overordnede mål

- *Riktig kompetanse, tilstrekkelig helsepersonell, god utvikling og utnyttelse av personellressursene.*

Oslo universitetssykehus HF arbeider kontinuerlig med å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelig helsepersonell. Det er innført bemanningsnorm på sengeposter. LEAN metodikk bidrar til kontinuerlig forbedringsarbeid, og med dette til god og riktig bruk av personalressursene.

#### Seniorpolitikk/livsfasepolitikk

Det ble i 2012 besluttet en ny felles retningslinje om seniorpolitikk for Oslo universitetssykehus HF. Hensikten med tiltakene er å tilrettelegge for god ivaretagelse av eldre arbeidstakere og stimulere ansatte til å stå lenger i arbeid. Retningslinjen omfatter alle arbeidstakere fra det året de fyller 62 år.

- *Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring som støtter opp under samhandlingsreformen.*

Det er inngått samarbeidsavtale mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune som støtter opp under samhandlingsreformens intensjoner. Avtalen skal legge til rette for at det utvikles felles tiltak for kompetanseoppbygging hos helsepersonell, forskning og innovasjon. Avtalen regulerer og tydeliggjør partenes samarbeid og forpliktelser for gjensidig kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, hospitering og etablering av faglige nettverk.

Klinikkene bidrar til å overføre kompetanse til bydelen ("bedside" undervisning, gruppe undervisning og veiledning) relatert til både enkeltpasienter og grupper av pasienter.

Det er i 2012 arrangert en vellykket regional utdanningskonferanse om sykehuset som utdanningsarena - kvalitet i utdanning. Målgruppen for konferansen var helsepersonell som har ansvar for utdanningsprogrammer ved helseforetakene i regionen og andre interesserte fra profesjonsorganisasjonene, sentral helseforvaltning, høyskoler og universitet. Ett av temaene på konferansen var hvorvidt fremtidig kompetansebehov i kommunehelsetjenesten skaper grunnlag for et tettere samarbeid. Oslo universitetssykehus HF arbeider med å identifisere prioriterte utdanningsoppgaver relatert til samhandlingsreformen i forhold til Oslo kommune.

Lovisenberg diakonale høgskole (Ldh) etablerer en ny utdanning "master i allmennsykepleie" på 120 studiepoeng som blant annet skal bidra til å imøtekomme både kommunenes og sykehusets behov for kompetanse. Oslo universitetssykehus HF har bidratt aktivt i samarbeidet med Ldh om denne nyetableringen.

Det vises for øvrig til punkt vedrørende læreplaner for elever i videregående opplæring.

- *Nødvendig etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene skal ivareta kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene.*

- *Praksis- og turnusordninger skal bidra til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer og arbeidsplasser.*

Sykehusets ledelse har vedtatt en veiledningsmodell for sykepleiere som tar videreutdanning innen anestesi- barne- intensiv- og operasjonssykepleie. Egne ansatte praksisveiledere følger studentene i praksis gjennom hele utdanningsløpet, følger den enkelte students progresjon og kan veilede uegnede kandidater ut av studiet. Det arbeides kontinuerlig med å videreutvikle sykehusansattes veiledningskompetanse blant annet ved at de deltar på kurs i regi av høgskolene. Disse veiledningskursene plikter høgskolen å arrangere uten kostnader som en konsekvens av samarbeidsavtalene mellom den enkelte høgskole og Oslo universitetssykehus HF. Dette bidrar til å heve kvaliteten på praksistilbudet studentene får.

Oslo universitetssykehus HF har gitt bidrag til "forslag om forskriftsendring som innfører ny turnustjeneste for leger" i sykehuset.

- *Best mulig kvalitet i tilbudet og bærekraftig utvikling mht personell og arbeidskraftbehov i sektoren.*

I 2010/2011 kompetansekartla Oslo universitetssykehus HF i overkant av 10.000 ansatte. Dette er et nyttig materiale i arbeidet med systematisk kompetansestyring og planlegging. Kompetanseoversiktene må løpende oppdateres og det arbeides med elektroniske systemer som kan underlette dette, bla via samarbeid med SP og Dossier. Strategisk kompetansestyring er ett av flere felt det jobbes med som et samarbeid mellom HR-stab og stab medisin, helsefag og utvikling. Oslo universitetssykehus HF deltar i arbeidet med felles verktøysutvikling for regionen i regi av Helse Sør-Øst RHF.

Oslo universitetssykehus HF har i 2012 jobbet for å harmonisere de tre tidligere sykehusenes velferdsordninger. Det er blant annet utarbeidet ny felles retningslinje for gaver og jubileer ved Oslo universitetssykehus HF.

- *Etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner skal være utnyttet på en god og kraftfull måte og i samsvar med utviklingen av tjenestetilbudet.*

Oslo universitetssykehus HF er representert og deltar aktivt i de etablerte samarbeidsorganer som eksisterer. Sykehuset har også deltatt i det arbeidet som foregår ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo om en eventuell revisjon av medisinerstudiet. Videre er det etter overføringen av opptaksområder til Akershus universitetssykehus HF blitt noe mindre kapasitet for den kliniske delen av medisinerutdanningen. Det drøftes om mer av denne undervisningen skal overføres til Akershus universitetssykehus HF.

- *Helseforetaket skal fremstå som en attraktiv arbeidsgiver.*

Oslo universitetssykehus HF har i 2012 jobbet for å vedlikeholde sitt omdømme som en attraktiv arbeidsgiver i en krevende tid med tunge omstillingsprosesser. Foretaket rekrutterer godt for de fleste yrkesgrupper med unntak av spesialsykepleiere. Det registreres også at rekrutteringen av ledere er vanskeligere enn før.

## **Mål 2012**

- *Praksisopplæring i samarbeid med UH-sektor og aktuelle kommuner skal ivaretas og utvikles.*

Oslo universitetssykehus HF har i 2012 gjort et omfattende arbeid med å revidere og harmonisere samarbeidsavtaler mellom sykehuset og UH-sektoren. Følgende avtaler er inngått:

- Høgskolen i Oslo og Akershus (omfatter 10 helsefag på alle utdanningsnivåer)
- Lovisenberg diakonale høgskole (sykepleie på alle utdanningsnivåer)
- Høgskolen i Vestfold (masterstudenter jordmor)
- Høgskolen i Buskerud (radiografstudenter)
- Fagskolen i Østfold (barsel- og barnepleie)

Under utarbeidelse:

- Fagskolen i Oslo (helseadministrasjon)
- Diakonova (videreutdanning i nyresykepleie og kreftsykepleie)
- Høgskolen i Vestfold (videreutdanning kreftsykepleie)
- Særavtale med Lovisenberg diakonale høgskole vedrørende praksisstudier for operasjonssykepleie

Det vises for øvrig til omtale vedrørende læreplaner for elever i videregående opplæring. Oslo universitetssykehus HF tilbyr praksisplasser for helsefagarbeiderlærlinger, utdanner 55 ambulansesykepleiere årlig og tilbyr 32 praksisplasser til elever i videregående skole innen fagfeltet helsesekretær.

- *Det skal utvikles planer for etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene som bidrar til å løse sektorens utfordringer.*

Sykehusets utdanningsutvalg har i 2012 utarbeidet forslag til Utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus HF, i nært samarbeid med universitet og høgskoler. En overordnet målsetting i sykehusets forslag er å sørge for at foretakets samlede kompetanse sikres og utvikles slik at kvaliteten på helsetjenestene er meget god, møter samfunnets behov og er oppdatert når det gjelder nye effektive behandlingsmetoder. Sykehusets utdanningsutvalg har også arbeidet med hva som bør være satsningsområde for sykehuset med utgangspunkt i Stortingsmelding nr 13 "Utdanning for velferd".

Tidlig på året ble det gjort en behovskartlegging for spesialsykepleiere i Oslo universitetssykehus HF. Behovene for intensiv- og operasjonssykepleiere er spesielt stort. Sykehuset har spesielt en utfordring knyttet til rekruttering av operasjonssykepleiere. I 2012 var det ikke søkere på mer en ca halvparten av de utlyste stipendene innen dette området. Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) fremskyndet opptaket av et kull med et semester for å øke utdanningskapasiteten. Det er også avsatt midler i budsjettet til 72 stipend for sykepleiere i videreutdanning som et rekrutteringstiltak med vektlegging av de to nevnte spesialsykepleiergruppene. Det er planlagt en mer omfattende behovskartlegging i 2013.

Det er også inngått en samarbeidsavtale mellom Oslo universitetssykehus HF og Høgskolen i Bergen slik at sykehusets ansatte kan ta videreutdanning i kunnskapsbasert praksis. Dette utdanningstilbudet skal bidra til å heve kompetansen blant annet for å utvikle kunnskapsbaserte fagprosedyrer.

Det arbeides for at sykehuset til enhver tid har en bemanning som innehar riktig kompetanse ut fra de oppgaver som skal løses. Det gjennomføres kartlegginger og bemanningsnorm er innført i enkelte av sykehusets klinikker.

Sykehusledelsen har fulgt opp temaet "etter- og videreutdanningsplaner" med ledelsen i klinikkene i Ledelsens gjennomgang (2. tertial) i 2012.

- *Helse Sør-Øst RHF skal medvirke i arbeid med mulig omlegging av turnustjeneste for leger inkludert iverksetting av tiltak høsten 2012 som kan avhjelpe kapasitetsutfordringer i dagens ordning. Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet.*



Oslo universitetssykehus HF er positiv til omleggingen av turnusordningen for leger og har startet forberedelsene for måten ny ordning skal håndteres internt både for stab og linje.

Oslo universitetssykehus HF avventer sentrale myndigheters implementering med oppstart i 2013.

- *Det skal gjennomføres analyser og fremlegges planer for fremtidig kompetanse- og personellbehov i 2020-perspektiv, jf. tilleggsdokument til oppdragsdokument 2011.*

Sykehusets helsefaglige forum arbeider sammen med HR om utvikling av bedre analyser og planer for å dekke fremtidige behov for helsepersonell. Det fokuseres særskilt på behovet for spesialutdannede sykepleiere som det oppleves å være ressursknapphet på. Et annet fokus er utvikling av lærlingeplasser til helsefagarbeidere i spesialisthelsetjenesten og omlegging av spesialutdanninger til mastergradsutdannet helsepersonell.

- *Dobbelkompetanseutdanning i psykologi skal videreføres ved at kliniske stillinger er tilgjengelig i helseforetakene i samarbeid med universitetene.*

Dobbelkompetanseutdanning i psykologi er videreført ved sykehuset som planlagt. Flere slike stillinger er allerede opprettet i samarbeid med Universitetet i Oslo.

- *Helseforetaket skal sørge for at ansatte til enhver tid får tilstrekkelig opplæring til å sikre et kvalitativt godt og faglig forsvarlig tjenestetilbud. Alle utgifter til reise og opphold i forbindelse med etter- og videreutdanning dekkes av arbeidsgiver eller de nasjonale utdanningsfond, jf. Helse Sør-Østs etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt, pkt. 7.4. Unntak skal ikke lenger forekomme.*

Sykehuset er utdanningsinstitusjon for 42 forskjellige spesialistutdanninger for leger. Disse er fulgt opp gjennom året, inkludert de årlige meldingene til Legeforeningen (SERUS-rapportene). Sykehusledelsen v/Utdanningsseksjonen følger opp spesialitetskomiteenes besøk på sykehuset, samt de påfølgende rapportene. Sykehuset er også representert i Helsedirektoratets arbeidsgruppe som gjennomgår den nasjonale spesialitetsstruktur og -innhold for leger.

Utdanningsseksjonen har i samarbeid med Regionalt utdanningsutvalg i Helse Sør-Øst utlyst fem reisestipend a kr 20 000. Formålet med reisestipendene er å utvikle kvalitet på spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgave; utdanning av helsepersonell

Det er utarbeidet en retningslinje i sykehuset (inngår i sykehusets eHåndbok) som regulerer forholdet til næringsliv/legemiddelindustri, og som tar høyde for at utdanningsvirksomhet skal finansieres i henhold til nytt regelverk. Det er budsjettert med økte egenutgifter for dette i sykehuset. Som meddelt Helse Sør-Øst RHF gjennom risikoanalyser oppleves dette likevel som et problematisk område med ressursmangel, med risiko for utilstrekkelig etter- og videreutdanningstilbud.

- *Helseforetaket skal understøtte bedre ressursstyring gjennom å heve kompetansen på bemannings- og arbeidstidsplanlegging hos 1.linjeledere. Dette skal inngå i planen for strategisk kompetansestyring.*

Oslo universitetssykehus HF har i 2012 igangsatt arbeidet med eget ressursstyringsprosjekt i foretaket. Implementering av BRASSE inngår som del av dette. HR-staben styrker sin kompetanse gjennom ansettelse av tre nye årsverk som skal arbeide med utrulling av prosjektet og sammen med seksjon for arbeidsgiverpolitikk drive kartlegging i klinikkene og opplæring av ledere i bruken av ressursstyringsmoduler og lov/avtaleverk med hensyn til

optimalisering av ressursbruken. Kartleggingsarbeidet for prosjektet samordnes med implementering av ny bemanningsnorm for sengeposter som er i gang i klinikkene.

- *Helseforetaket skal sikre at personalet får opplæring til å håndtere de spesielle utfordringer som ligger i å gi minoritetsgrupper et likeverdig tilbud.*

I 2012 har 10 ansatte fra Oslo universitetssykehus HF i regi av Likeverdsprosjektet fullført videreutdanningen "Veiledning i flerkulturelt helsearbeid" på Høgskolen i Oslo og Akershus. Fra og med høsten 2012 er dette studiet etablert som et ordinært studietilbud på Høgskolen i tråd med Likeverdsprosjektets mål om at prosjekter overføres til drift. Ved oppstart i oktober 2012 var 22 av 46 deltakere på studiet ansatte ved Oslo universitetssykehus HF.

I tillegg til dette formaliserte videreutdanningstilbudet, bistår sykehusets Seksjon for likeverdig helsetjeneste med foredrag og innlegg på fagdager og temadager etter forespørsel fra avdelingene. Tidligere utdannede "kulturveiledere" bistår i økende grad med slike tilbud, både på egen avdeling, og nærliggende avdelinger, og bidrar i så måte til å spre kunnskap og kompetanse knyttet til å forstå sin egen rolle som profesjonsutøver i et flerkulturelt arbeidsmiljø. Dette bidrar også til å spre bevissthet knyttet til at pasient og helsepersonell kan ha ulik oppfattelse av sykdom, sykdommens årsak og hva som er beste behandling. Videre informeres det om andre tilbud ved sykehuset som for eksempel samtalepartner fra ulike tros- og livssynssamfunn som et ledd i å ivareta pasienters tilbud om likeverdige helhetlige tilbud i forbindelse med sykehusoppholdet.

- *Høgskolene har fra 2009 fått økt antall studieplasser for helse- og sosialfaglig personell. Behovet for praksisplasser har økt tilsvarende og Oslo universitetssykehus HF får videreført økonomiske insentiv til å øke praksisinntaket også i 2012. Ressurstilførselen skal synliggjøres i forhold til praksiskoordinatorerne i Oslo universitetssykehus HF.*

Med bakgrunn i reduksjon av sengetallet ved Oslo universitetssykehus HF, har antallet studenter ikke økt det siste året. Det har likevel vært problematisk å få tilbudt det antall praksisplasser sykehuset er forpliktet til, spesielt innen kirurgi for bachelorstudenter i sykepleie (jmfør risikoanalysen).

Sykehuset fikk tildelt økonomiske insentivmidler (totalt tildelt 1 325 000 fra Helse Sør-Øst RHF) i 2012. Midlene er benyttet innen innenfor fagfeltet sykepleie på bachelornivå siden utfordringene vedrørende å skaffe tilstrekkelig kvalitativt gode praksisplasser har vært størst her. Midlene er fordelt til alle sykehusets klinikker. Fokuset har blant annet vært å etablere flere såkalt studenttette poster, men også kvalitetshevende tiltak innen veiledning.

- *Det skal legges til rette for å øke antall læreplasser for elever i videregående opplæring*

Det ble inngått en samarbeidsavtale mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune ved Sykehjemsetaten primo 2012. Det er etablert fire nye praksisplasser for lærlinger innen helsefag. Hver praksisperiode er på åtte uker. Planen er å øke antall læreplasser i 2013. Dette kommer i tillegg til de læreplassene sykehuset tilbyr innen ambulansesarbeiderfaget (ca 55) og for helsesekretærer (ca 32).

Sykehuset har også vært aktivt deltakende i et prosjekt som heter "bli helsefagarbeider", som er et samarbeidsprosjekt mellom Kommunenes Sentralforbund (KS), Spekter og Virke, og finansieres i hovedsak av Helsedirektoratet. Målet med dette prosjektet er å øke rekrutteringen til helsefagarbeideryrket og minke frafallet fra den videregående skole. Kunnskapsdepartementet har sammen med partene i arbeidslivet inngått en samfunnskontrakt for å sikre god tilgang på praksisplasser (april 2012) i forbindelse med

etableringen av Kuben yrkesarena ønsker Utdanningsetaten i Oslo kommune å utvikle et nytt studietilbud, kalt "TAF-helse" hvor elevene både får fagbrev og studiekompetanse med fordypning i matematikk og fysikk. Sykehuset er i en prosess hvor det vurderes hvorvidt det skal søke om å bli godkjent lærebedrift for helsefagarbeiderlærlinger.

### **3.1.32. Årlig medarbeiderundersøkelse**

#### **Mål 2012**

- *Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre medarbeiderundersøkelse for 2012 i tråd med gjeldende regional standard og innenfor fastsatte frister. Resultatene fra fjorårets undersøkelse skal følges opp ved bruk av elektronisk handlingsplan.*
- *Kompetanseplanlegging skal være en del av oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen. Det forutsetter at foretakene arbeider med utvikling av helhetlige kompetanseutviklingsplaner for virksomheten. Resultatmålene bekreftes i oppdrag og bestilling for 2012 til det enkelte helseforetak. Det må sikres at foretaksgruppen når sine samlede regionale mål for perioden.*
- *Minst 70 % av medarbeiderne har besvart årets undersøkelse*
- *Minst 85 % av enhetene har utarbeidet handlingsplan*
- *Minst 60 % av medarbeiderne har vært involvert i oppfølgingen av forrige års medarbeiderundersøkelse. Kravet om 60 % involvering i forrige års medarbeiderundersøkelse vil bli økt til samme nivå som for øvrige helseforetak fra 2013.*

Medarbeiderundersøkelsen ved Oslo universitetssykehus HF ble gjennomført med en svarprosent på 72 %. Hele sykehuset var med i undersøkelsen. Andel som har hatt utviklingssamtaler er økt fra 54 til 66 % fra 2011 til 2012. Opplevd kvalitet på utviklingssamtaler er økt fra 71 til 73 %.

Andel medarbeidere som har vært involvert i etterarbeid etter forrige medarbeiderundersøkelse har økt fra 33 til 48 %.

Det arbeides med innføring av elektronisk handlingsplan for alle klinikker basert på gode erfaringer fra gjennomføring i pilotklinikk.

Tall fra Medarbeiderundersøkelsen viser at 51 % av medarbeiderne har en kompetanseplan. Det arbeides med lederopplæringstiltak for å øke dette tallet. Det arbeides også for innføring av elektronisk handlingsplan for alle klinikker basert på gode erfaringer fra gjennomføring i pilotklinikk.

I 2010/2011 kompetansekartla Oslo universitetssykehus HF i overkant av 10.000 ansatte. Dette er et nyttig materiale i arbeidet med systematisk kompetansestyring og planlegging. Kompetanseoversiktene må løpende oppdateres og det arbeides med elektroniske systemer som kan underlette dette, bla via samarbeid med SP og Dossier. Strategisk kompetansestyring er ett av flere felt det jobbes med som et samarbeid mellom HR-stab og stab medisin, helsefag og utvikling.

Oslo universitetssykehus HF deltar i arbeidet med felles verktøysutvikling for regionen i regi av Helse Sør-Øst RHF.

### **3.1.33. Resultatkrav**

#### **Mål 2012**

- *For å legge til rette for fortsatt omstilling i 2012, godkjennes det at Oslo universitetssykehus HF kan vise et negativt resultat lik inntil 400 mill. kroner.*

Det er budsjettet med et negativt resultat på 400 mill kroner for 2012. Foretakets årsprognose (utarbeidet etter rapporteringen for november) viser et estimert negativt resultat på 600 mill kroner, det vil si et estimert resultat som er om lag 200 mill kroner mer negativt enn budsjettet. Dette inkluderer nedskrivning av eiendom som ikke er i bruk på Dikemark og Radiumhospitalet med nærmere 50 mill kroner.

### 3.1.34. Avtalt aktivitetsnivå

#### **Mål 2012**

- *Det øremerkede tilskuddet til "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.*

Det øremerkede tilskuddet til "Raskere tilbake" kommer i tillegg til, og ikke i stedet for de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.

- *Aktiviteten og pasienttilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) skal ha en større vekst enn somatisk virksomhet. Det forutsettes også at ressurser som frigjøres som følge av kvalitetsforbedring, omstilling og mer effektiv drift innen psykisk helsevern og TSB skal benyttes innen fagområdene til å bedre pasienttilbudet innen disse tjenesteområdene.*

Innenfor somatikken har det vært en liten reduksjon i aktiviteten fra 2011 til 2012. Reduksjonen relateres i hovedsak til avvikling av haleaktivitet knyttet til overføring av pasientgrunnlag fra Oslo universitetssykehus HF til Vestre Viken HF og Akershus universitetssykehus HF fra 1. januar 2011.

Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ressurser som frigjort som følge av kvalitetsforbedring, omstilling og mer effektiv drift benyttet innenfor disse fagområdene.

Gjennom 2012 er det gjennomført store omstillinger innenfor både barne- og ungdomspsykiatrien og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Omstillingene har påvirket aktivitetstallene for 2012, og da særlig den polikliniske aktiviteten. Sykehusledelsen har imidlertid fulgt områdene tett for å sikre at omstillingene ikke får konsekvenser for pasientbehandlingen. Poliklinisk aktivitet innenfor voksenpsykiatrien er økt med omlag 20 % fra 2011 til 2012. Den høye aktiviteten henger sammen med lite vakanser og god produktivitet per behandler.

Endringene i døgnvirksomheten fra 2011 til 2012 henger disse i stor grad sammen med senere overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF innenfor disse fagområdene.

### 3.2. Styringsparametre fra oppdrag og bestilling 2012

#### AKTIVITET

<b>Somatikk - DØGNBEHANDLING</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	104256	101920
Antall liggedøgn - døgnbehandling	496539	481583
<b>Fordeling av antall DRG-poeng - tradisjonelle DRG-poeng</b>		
- Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	149283	147935
- Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	12759	14377
- Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner	0	0
- Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale	0	0
<b>Sum DRG-poeng innlagte</b>	<b>162042</b>	<b>162312</b>

<b>Somatikk - DAGBEHANDLING</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Antall dagbehandlinger	74847	67551
<b>Fordeling av antall DRG-poeng - tradisjonelle DRG-poeng</b>		
- Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	11286	11323
- Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	734	788
- Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner	0	0
- Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale	0	0
<b>Sum DRG-poeng dagpasienter</b>	<b>12020</b>	<b>12111</b>

<b>Somatikk - POLIKLINISK VIRKSOMHET</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Ant. inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	782188	712786
<b>Fordeling av antall DRG-poeng - poliklinisk virksomhet</b>		
- Pas bosatt i egen region beh. i eget HF	41852	32166
- Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	943	832
- Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner	0	0
- Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale	0	0
<b>Sum DRG-poeng poliklinikk</b>	<b>42795</b>	<b>32998</b>

<b>Somatikk - TOTALT ANTALL DRG-POENG</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Totalt ant. DRG-poeng (døgn, dag og polikli.) iht. "Sørge for ansvaret" (pas. fra egen region)	<b>202421</b>	<b>191424</b>
Totalt ant DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (fra egen og andre regioner)	<b>216857</b>	<b>207421</b>

<b>Voksenpsykiatri - HELSEFORETAK (SUM SYKEHUS OG DPS-ER)</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling	1415	1364
Antall liggedøgn døgnbehandling	81600	77690
Ant. oppholdsdager dagbehandling	678	625
Ant. polikliniske konsultasjoner	69074	81538
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private	12	19
Antall liggedøgn døgnbehandling private	11499	11094
Antall oppholdsdager dagbehandling private	0	0
Ant. polikliniske konsultasjoner private	0	0

<b>Barne- og ungdomspsykiatri</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Antall utskrevne pasienter – døgnbehandling	140	98
Antall liggedøgn – døgnbehandling	4892	3668
Ant. oppholdsdager dagbehandling	3707	2657
Ant. polikliniske konsultasjoner	46344	44470
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private	0	0
Antall liggedøgn døgnbehandling – private	0	0
Antall oppholdsdager dagbehandling private	0	0
Ant. polikliniske konsultasjoner private	0	0

<b>Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Antall utskrevne pasienter – døgnbehandling	3282	2734
Antall liggedøgn døgnbehandling	37944	27805
Antall oppholdsdager – dagbehandling	659	647
Ant. polikliniske konsultasjoner	8966	8213
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private	0	0
Antall liggedøgn døgnbehandling private	0	0
Antall oppholdsdager dagbehandling private	0	0
Ant. polikliniske konsultasjoner private	0	0

<b>Pasientopplæring</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Antall kurs ved LMS	215	
Antall kursdeltagere ved LMS	3012	

**STYRINGSPARAMETRE:**

Beskrivelse av mål	2011	2012
2 h Andel med timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning	Ikke data	Ikke data
3 Andel oppdaterte ventetider på nettstedet, <a href="http://www.frittsykehusvalg.no">www.frittsykehusvalg.no</a> *	Ikke data	Ikke data
4a. Andel epikriser sendt innen 7 dager – somatikk	67,3%	Ikke data
4b. Andel epikriser sendt innen 7 dager – psykisk helsevern	55,3%	Ikke data
4c. Andel epikriser sendt innen 7 dager – tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige	44,8%	Ikke data
5a. Andel korridorpasienter - somatikk	1,0%	1,0%
5b. Andel korridorpasienter - akuttavd psykisk helsevern	Ikke data	Ikke data
7a/b/c Andel liggedøgn utskrivningsklare - somatikk	2,4%	0,5%
7d/e/f Andel liggedøgn utskrivningsklare - psykisk helsevern voksne	10,0%	7,1%
8a Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ved eget sykehus) til vurdering av henvisningen er fullført	Ikke data	7
8b Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gammel	Ikke data	
8c Antall pasienter med åpen henvisning uten avtale om ny kontakt	Ikke data	
9a Andel fristbrudd - somatikk	12,2%	
9b Andel fristbrudd - psykisk helsevern	11,1%	
9c Andel fristbrudd - tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	17,5%	
11 c Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern voksne	7,9%	
11 d Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern (BUP)	12,3%	
16 Prevalens av sykehusinfeksjoner *	Ikke data	
18 Tvungen innskriving i psykisk helsevern, andel totalt (sum TO og TPH)	Ikke data	
19 Andel ikke planlagte reinnleggelser i psykisk helsevern (voksne)	Ikke data	
20 Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft*	Ikke data	
21 Tid fra henvisning til første behandling brystkreft*	Ikke data	
22 Tid fra henvisning til første behandling lungekreft *	Ikke data	
24 Registrering av hovedtilstand Psykisk helsevern voksne *	Ikke data	
25 Registrering av hovedtilstand Psykisk helsevern BUP *	Ikke data	
26 Fødselsrifter 3. og 4. grad *	Ikke data	
27 Trombolysebehandling ved hjerteinfarkt *	Ikke data	
28 Registrering av lovgrunnlag Psykisk helsevern voksne *	Ikke data	

\* Indikatorene blir bearbeidet og publisert av Helsedirektoratet. Tall for 2011 finnes på Helsedirektoratets statistikkside: <http://nesstar2.shdir.no/kvalind/>. For 2012 rapporterer helseforetaket egne tall hvis mulig.

**ANDRE STYRINGSPARAMETRE:**

Beskrivelse av mål	Ja	Nei
Har helseforetaket behandling av slagpasienter ved slagenhet?		
Rapporterer helseforetaket komplette og kvalitetssikrede data om ulykker og skader til NPR?		
Har foretaket etablert tilbud om røykeavvenning?		



**BEMANNING:**

Beskrivelse av mål	2011	2012
Brutto månedsverk (gjennomsnitt)	17376	17066
Antall ansatte (ved årets slutt)	23423	21869
Sykefravær i %	7,38%	
Brutto månedsverk, leger (gjennomsnitt)	2278	2322
Brutto månedsverk, sykepleierpersonell (gjennomsnitt)	6261	6075
Brutto månedsverk, laboratoriepersonell (gjennomsnitt)	931	909
Brutto månedsverk, annet fagpersonell i pasientbehandling (gjennomsnitt)	2221	2164
Brutto månedsverk, forsknings- og fagutviklingspersonell (gjennomsnitt)	781	830
Brutto månedsverk, ledere (gjennomsnitt)	1169	1179
Brutto månedsverk, adm-/kontorpersonell (gjennomsnitt)	1943	1910
Brutto månedsverk, teknisk-/forsyningspersonell (gjennomsnitt)	1733	1623
Brutto månedsverk, ukjent (gjennomsnitt)	55	50

**RESULTAT**

Beskrivelse av mål	2011	2012
Sum driftsinntekter	17845129	
Sum driftskostnader	18288021	
Driftsresultat	-442892	
Netto finans	-114496	
Resultat	-558761	
- Herav økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger		

### 3.3. Øvrige oppdrag gitt i løpet av 2012

#### Fra Foretaksmøtet 28. mars 2012

- *Innarbeide i rutiner for pasientbehandling at det ikke brukes smykker (ringer, armbånd eller øredobber) av personell som er involvert i pasientbehandling.*

Oslo universitetssykehus HF har i etterkant av foretaksmøtet fått informasjon om at øredobber er fjernet fra kravet.

For øvrig er kravet innarbeidet i prosedyrebeskrivelser for håndhygiene. Regelmessig kartlegging og informasjon pågår. Fortsatt er det en del helsepersonell som ikke følger påbudet.

- *Sikre at endringer i praksis for håndhygiene følges opp ledelsesmessig for å sikre en enhetlig gjennomføring*

Ledelsen i Oslo universitetssykehus HF anser god håndhygiene som det viktigste enkelttiltaket for å forebygge sykehusinfeksjoner og hindre smittespredning. Håndhygiene bidrar til å forbygge kryssinfeksjoner og fjerner effektivt midlertidig flora.

Håndhygiene er jevnlig tema i internundervisning. Plakater om korrekt utført håndvask, såpe- og spritdispensere er tilgjengelig ved alle vasker i kliniske soner. Sykehusets avdeling for hygiene og smittevern har gjennomført hygienedag med utlevering av informasjonsmateriell og egenproduserte desinfisjonsprit til ansatte.

#### Foretaksmøtet 28. juni 2012

- *Styregodtgjørelse for Oslo universitetssykehus HF fastsettes fra 1. april 2012 til:  
Styreleder: kr. 226 000 per år.  
Nestleder: kr. 158 000 per år.  
Styremedlemmer: kr. 113 000 per år.  
Varamedlemmer gis en godtgjørelse på kr. 4 100 per møte med deltagelse som styremedlem.*

Nivå for styregodtgjørelse er innført.

- *Foretaksmøtet 7. juni 2012 for Helse Sør-Øst RHF viser til at ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter ser ut til å virke etter intensjonen og ba om at aktiviteten i sykehusene styres og tilpasses aktiviteten i kommunene og aktivitetsbestillingen i oppdragsdokumentet for 2012.  
For at det regionale helseforetaket skal kunne oppfylle dette overordnede styringskravet, er det av vesentlig betydning at kravene som er stilt i oppdrag og bestilling 2011 til Oslo universitetssykehus HF om samhandling med kommunene oppfylles.*

For virksomheten i Oslo universitetssykehus HF virker ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter etter intensjonen. Antallet utskrivningsklare somatiske utgjør ikke lenger driftmessige utfordringer. Så langt er dette ikke direkte reflektert i klinikkens sengetall. Det er ingen endring i tilstrømning av øyeblikkelig hjelp pasienter.

Det arbeides aktivt i kommunene for å få på plass kommunale akutte døgnenger, omsorg pluss-tjenester og flere intermediært tilbud, noe som på sikt vil bidra til at trykket på sykehuset reduseres. Oslo universitetssykehus HF bidrar med kompetanse inn i dette arbeidet.

Fra fastleger og avtalespesialister i Oslo forventer sykehuset mer ansvar for forundersøkelser og oppfølging av enkelte pasientgrupper. Dette vil forutsette tett og forpliktende dialog og system for kompetanseoverføring. Praksiskonsulentene (fastlegene) i sykehuset bidrar ved konkret rådgivning knyttet til samarbeid og ansvarsdeling mellom fastleger og sykehus i pasientforløpsarbeidet.

Flere iverksatte samhandlingsprosjekt bidrar til å øke kompetansen i primærhelsetjenesten, dette gjelder både leger og helsefaglig personell for øvrig.

Samlet vil de ulike tiltakene etter hvert bety at primærhelsetjenesten vil kunne håndtere flere av de pasienter som i dag legges inn i sykehuset.

- *Foretaksmøtet påpeker at pasienter i livets slutfase, med forventet død innen kort tid, ikke skal vurderes som utskrivningsklare selv om de er medisinsk ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, dersom pasienten/pårørende og legen ut fra en forsvarlighetsvurdering kommer frem til at det beste for pasienten er å være på sykehus.*  
*Foretaksmøtet ba Oslo universitetssykehus HF bidra til at det etableres øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene i tråd med intensjonen.*

Oslo universitetssykehus ivaretar pasienter i livets slutfase, med forventet død innen kort tid.

Oslo universitetssykehus HF har aktivt bidratt til forberedelse av etablering av et akutt døgntilbud, både gjennom samarbeid om innhold og lokalisering. En arbeidsgruppe med deltakelse fra Oslo universitetssykehus HF, utredet først de kriteriene som skulle legges til grunn ved etableringen av et akutt tilbud. Dette arbeidet ble så fulgt opp med en kartlegging av om det var pasienter på Oslo-sykehusene i dag, som ville kunne gis nødvendig oppfølging ved et kommunalt døgntilbud. Oslo universitetssykehus HF deltok i dette arbeidet og kartla potensielle pasienter i fire avdelinger over en fjorten dagers periode. En samlet rapport om resultatene fra kartlegging ved Oslo-sykehusene og Oslo kommunale legevakt vil foreligge tidlig på nyåret.

Parallelt med deltakelsen i arbeidet med å definere innholdet i tilbudet, har Oslo universitetssykehus HF stilt lokaler til disposisjon på samhandlingsarena Aker til de første 32 sengene. Lokalene vil være klare til oppstart i første kvartal 2013. Lokalene settes i stand til å dekke formålet av Oslo universitetssykehus HF, men i tett samarbeid med Oslo kommune.

Oslo universitetssykehus HF har også bidratt aktivt i utformingen av tjenesteavtalen som regulerer samarbeidet mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus om pasienter til det kommunale øyeblikkelig hjelp tilbudet.

- *Helse Sør-Øst RHF viser til sitt brev av 4. juni 2012 til helseforetakene om forbedring av pasientadministrative rutiner med utgangspunkt i prosjektet Økt pasientsikkerhet gjennom pasientadministrativt arbeide, også kalt Glemte av sykehuset.*  
*I brevet presiseres oppdrag til helseforetaket om uten opphold å iverksette lukking av avvik og sikre at pasientsikkerheten ivaretas,*  
*'Foretaksmøtet forutsetter at oppdragene i brevet følges opp og at arbeidet med*

*opprydding i rutiner og systemer innen det pasientadministrative arbeidet gis høy prioritet i helseforetaket.*

Det har vært foretatt to revisjoner ved foretaket relatert til pasientadministrativt arbeid i 2012:

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

Begge revisjonene har avdekket mangler og /eller svakheter i de reviderte prosesser. Funnene er forbundet med til dels høy risiko. Funnene omfatter nivå 1 vedrørende

- styrings- og kontrollmiljøet (organisering, roller, ansvar - og oppgavefordeling, kompetanse og opplæring)
- tiltak for å ha styring og kontroll (spesielt oppdagende tiltak)

Funnene på nivå 2 var alvorlige i Klinikk for kirurgi og nevrofag i alle delprosesser av pasientforløpet.

Etter revisjonen er det etablert et stort prosjekt "Gjennomføringsprosjekt" med forankring i sentral ledelse. Handlingsplanen som er satt opp inkluderer alle funn revisjonene samt anbefalinger fra det regionale prosjektet "Økt pasientsikkerhet gjennom pasientadministrativt arbeid - Glemt av sykehuset". Alle forbedringsområder skal ha tilhørende tiltak med angitt fremdrift og ansvar. Prosjektet skal gjelde hele sykehuset – også de klinikker som ikke var med i de omtalte revisjonene.

- *Foretaksmøtet tar den regionale anskaffelsen av økonomi- og logistikksystem og de føringer dette legger for helseforetakets virksomhet til etterretning.*

Oslo universitetssykehus HF legger til rette for å bidra med ressurser i prosessen.

- *Foretaksmøtet velger PricewaterhouseCoopers som revisor for Oslo universitetssykehus HF med virkning fra regnskapsåret 2012.*

Oslo universitetssykehus HF legger til rette for å benytte PricewaterhouseCoopers som revisor for Oslo universitetssykehus HF med virkning fra regnskapsåret 2012.

## DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT 2012 - 2015

### 4. Utviklingstrender og rammebetingelser

#### 4.1. Faglig og demografisk utvikling

Oslo universitetssykehus skal jobbe for å tilby alle pasienter likeverdige helsetjenester; likhet i tilgang, kvalitet og resultat. For å få dette til må helseforetaket tilpasse sin virksomhet til de fremtidige demografiske utfordringene som generell befolkningsvekst, økt andel med innvandrerbakgrunn; flere eldre; sosioøkonomiske forskjeller og et stadig større kulturelt og språklig mangfold.

Oslo er det fylket i landet som i følge Statistisk Sentralbyrås prognoser forventes å ha den sterkeste befolkningsveksten. I løpet av de neste fire årene legges det til grunn en vekst på omlag 7 %. Det forventes vekst i alle bydelene i Oslo. Kraftigst vekst forventes i Indre Øst, nærmere bestemt bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka og Sagene. Av disse har Gamle Oslo den desidert sterkeste veksten frem til 2015. Ser vi perioden frem mot 2022 forventes en vekst på omlag 31% samlet for disse bydelene,

Veksten i bydelene der Oslo universitetssykehus har lokalsykehusansvar er om lag som forventet vekst i Oslo. Den store veksten i pasienttilfang vil komme i bydeler der Oslo universitetssykehus har områdeansvar. I tillegg har regionen en betydelig sterkere forventet vekst enn landet for øvrig.

Utviklingen av sykdomsbildet og etterspørsel etter sykehustjenester for Oslo universitetssykehus framover, vil påvirkes av følgende forhold:

- Aldersutviklingen – omfanget av sykdommer og tilstander med økt forekomst over 65 år vil øke. For utviklingen på litt lengre sikt er det snakk om følgende bilde: Dersom en tar hensyn til befolkningsvekst og endring i aldersprofil tilsier prognosen at Oslo universitetssykehus HF vil stå overfor en økning på totalt nærmere 50 % i forekomst av de fire vanligste krefttypene i løpet av de neste 20 årene. Prognoser for sykehusinnleggelse i Oslo universitetssykehus HF for alle hoveddiagnosene gir 20 – 50 % økning fram til 2030.
- Ytterligere økt overlevelseshetsgrad fra livstruende sykdommer og skader. Dette vil føre med seg økt behov for rehabilitering, oppfølgende behandling, håndtering av bivirkninger og omfang av andre ikke livstruende sykdommer som pasienter som overlever i større grad vil være utsatt for. Her vil ikke minst det økte antallet kreftoverlevende være en viktig og ressurskrevende gruppe fremover.
- Antibiotikaresistens - antibiotika benyttes mye i behandlingen av svært syke pasienter. En økning av antallet antibiotikaresistente bakterier vil kunne medføre at infeksjoner ikke lar seg behandle og operasjoner og bruk av cellegift vil bli mer komplisert enn det er i dag.
- Endret livsstil fører til endret sykdomsbilde. Konsekvensene her er sammensatte. Livsstilsendringene er sterkt påvirket av sosial bakgrunn, arbeid og utdanning. Særtrekk ved sykdomsframkallende livsstil i vårt opptaksområde vil gjenspeiles av den sosioøkonomiske profilen i dette området (store sosioøkonomiske forskjeller). Fedme og livsstil som ligger bak dette, ser ut til å være hovedutfordringen framover.
- For Oslo kommer dessuten spesielt utfordringer knyttet til særskilte forhold som stor konsentrasjon av enslige, stort antall mennesker med annen kulturell bakgrunn, sterk økning i

antall barn og unge, mange innbyggere som er sosioøkonomisk ressursvake og mennesker med midlertidig opphold. Sykdomsmessig kan disse forholdene slå ut i form av relativt større utfordringer når det gjelder f.eks. psykisk helse og rus samt omfang og risiko for infeksjonssykdommer. I tillegg kan det bety større utfordringer når det gjelder samarbeid om omsorgsansvar mellom pasientenes hjemmemiljø og helsevesen. Det kan argumenteres for at denne typen utfordringer kan vokse i årene framover.

Sosioøkonomiske faktorer har stor betydning for sykkelighet og død. Kontrasten i forventet levealder mellom bydeler i Oslo er kjent og forskjellen i dødelighet mellom bydelene er fortsatt stor. Historisk har Oslo vært delt i øst og vest som bl.a. gir seg uttrykk i forskjeller i inntekt, utdanning og forventet levealder mellom den mer velstående delen av befolkningen på vestkanten, og befolkningen på østkanten.

Per inngangen til 2011 hadde i overkant av 28 % av Oslos befolkning innvandrerbakgrunn, har selv innvandret til Norge, eller er født i Norge av to foreldre som begge har innvandret, hvorav ca 5 % kommer fra Norden og Vest-Europa. Prognoser (middels) fra Statistisk Sentralbyrå tilsier at Norge per 2025 vil ha 1 millioner innbyggere med innvandrerbakgrunn. En stor del av veksten forventes å komme i Oslo-området. Denne demografiske utviklingen gir nye helse- og kommunikasjonsrelaterte utfordringer. For helseforetaket innebærer økt kulturelt mangfold blant annet å håndtere ulike syn på helse, sykdom og behandlingsformer på en profesjonell og åpen måte som ivaretar respekten for pasientens verdisyn. Samtidig er det viktig å legge til rette for økt forståelse for det norske helsevesen og betydningen av helsefremmende arbeid blant større grupper av befolkningen.

Sentrale stikkord for faglige teknologiske og metodiske endringer i årene framover er trolig:

- Generelt en fortsatt vekst i ikke-kirurgisk intervensjonsmetodikk.
- Mer spesifikke diagnosemetoder gjennom kombinasjon av ulike typer billeddiagnostikk, invasiv intervensjon og genbasert diagnostikk.
- Økt grad av glidning mellom ulike behandlingsformer, f. eks mellom ulike typer kirurgiske inngrep, ikke kirurgiske inngrep, ulike typer stråleterapi (kreft) og ulike typer medikamentell behandling samt ulike former for integrering av trening og ernæringsmessige regimer.
- Mer kunnskap om effekter av behandlingsforløp inklusiv kunnskap om hvordan oppnå varig funksjonsforbedring og unngå bivirkninger.

Disse utviklingstrekkene vil på flere områder gi konsekvenser for Oslo universitetssykehus sin utvikling:

- De vil påvirke hvor spesifikk forståelse det er mulig å få av en lidelse og dermed hvor individuelt tilpasset behandlingsopplegg det er mulig å gi.
- Det vil påvirke hva slags kompetanse som involveres både i vurdering og behandling og i mange tilfeller kreve at det trekkes inn flerfaglige grupper i disse prosessene og det vil forsterke utvikling i retning av ytterligere spissing av kompetanseområder og tildels flytte behov for kompetanse over på andre spesialiteter og faggrupper enn tidligere.
- Det vil legge grunnlaget for en endring av arbeidsdeling innen pasientforløp – med spisset, men teambasert vurdering, mer spesialiserte behandlinger i en fase, men også mer distribuert behandling eventuelt under ulike former for fjernveiledning.
- Det vil føre til at behovene for sykehusinnleggelse ved vurdering og behandling reduseres betydelig.

Mer konkret kan forhold som påvirker kapasitetsutviklingen ved Oslo universitetssykehus beskrives slik:

- Funksjoner og deler av pasientforløp som kan ivaretas like godt i primærhelsetjenesten eller på lokalsykehusnivå (der pasienten kommer fra annet sykehusområde) kan flyttes dit (eks oppfølgende behandling og kontroller, rehabilitering og palliasjon, enklere terapi)

- Samhandlingsreformen har ført til at antallet utskrivningsklare pasienter i helseforetaket er redusert.
- Ved "samhandlingsarena Aker" etableres nå viktige samhandlingstiltak og nye helsetjenestetilbud i frigjorte lokaler på Aker sykehus. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF, og Oslo universitetssykehus har ansvar for å samordne spesialisthelsetjenestens innsats i prosjektet. Tjenestetilbudene som opprettes har fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig intervensjon, rehabilitering samt koordinering av behandling og oppfølging. Intensjonen er å selekttere pasientgrupper /områder hvor pasientene profilerer på at tjenestenivåene samhandler og er samlokalisert. Oslo kommune vil også opprette 32 kommunale akutte døgnplasser ved Aker.
- Innen flere fagområder samarbeider Oslo universitetssykehus med andre sykehus om deler av pasientforløpet, hvor både utredning og oppfølging legges til lokalsykehus.
- Utviklingen innen teknologi og medisinsk og helsefaglig metodikk kan utnyttes offensivt til ytterligere å øke omfanget av bruk av dagbehandling og poliklinikk.
- Både kronikere, kreftpasienter og eldre med funksjonssvikt kan knyttes opp mot mer planlagte og semiakutte forløp slik at presset på rene akuttforløp reduseres.
- Helseforetakets sengekapasitet vil konsentreres ytterligere om pasientgrupper med mer krevende oppfølgingsbehov i intensiv og observasjonsfaser.
- Arbeidsdeling mellom sykehusområder (utvikling av flerområdefunksjoner og nye regionfunksjoner), regioner (utvikling av flere landsfunksjoner) og utvikling av internasjonal arbeidsdeling vil påvirke kapasitetsbehovene i Oslo universitetssykehus.

Vurderinger av Oslo Universitetssykehus sin kapasitet i forhold til behov for årene framover er en viktig del av arealutviklingsplanen som er styrebehandlet i 2012, og vil også være del av det videre idéfasearbeidet som skal gjennomføres i 2013.

## 4.2. Forventet økonomisk utvikling

Budsjettet for 2013 og de utfordringene det representerer, viser den balansen som er nødvendig mellom kortsiktige hensyn og utfordringer for å sikre gjennomføring av neste års oppgaver og oppdrag på den ene siden og hensynet til et mer langsiktig krav om en bærekraftig økonomi for Oslo universitetssykehus HF på den andre siden. Det økonomiske resultatkravet er fastsatt etter en vurdering av utfordringene i driften i 2013 og etter dialog med Helse Sør-Øst RHF. Gjennomføring av resultatkravet krever en reduksjon av lønnskostnader og antallet årsverk i foretaket fra 2012 til 2013. Det gjenstår ytterligere tiltak for å styre mot det økonomiske resultatkravet for 2013. Oslo universitetssykehus har svekket sin økonomiske situasjon helt siden fusjonen i 2009. Gjelden har økt og likviditeten er begrenset. Selv med en vellykket gjennomføring av budsjettet vil dette også være tilfellet for 2013.

## 4.3. Personell- og kompetansebehov

### Kompetanse, rekruttering og opplæring av ansatte

Foretaket har jevnt over god kontroll på personellbehov og tilgang på kompetanse, men registrerer vesentlige utfordringer innen spesialsykepleiergruppen. Dette gjelder i særlig grad operasjonssykepleiere og i noen grad anesthesi- og intensivsykepleiere. Det er satt i gang en kartlegging av utdannings- og rekrutteringstiltak innen disse gruppene, og det er etablert en egen stilling som rekrutteringsrådgiver som arbeider med å følge opp behov og initiere tiltak på tvers av klinikker. Det skal arbeides videre med dette i 2013.

Strategisk kompetansestyring er ett av satsningsområdene i HR-strategien 2011-2014. Det er utarbeidet overordnede føringer for hvordan kompetansestyring i helseforetaket skal gjennomføres. I 2012 er det utarbeidet en skisse til dialogbasert prosess med mulig kobling til Utviklingssamtalen, og det har vært gjennomført en prosess med vurdering av ulike alternativer for systemstøtte for dokumentasjon av kompetanse. Pilotering av dialogbasert prosess vurderes igangsatt i 2013.

Innenfor legegruppen, særlig i virksomhet knyttet til helseforetakets høyspesialiserte tilbud og lands- og regionsfunksjoner, er det en økende tendens til subspesialisering, hvor hver enkelt lege går dypere inn i et mer begrenset område av sin spesialitet eller fagfelt. Bredden i perspektivet rundt den enkelte pasients sykdom sikres ved multidisiplinær vurdering, behandling og koordinering. Et stadig økende antall eldre pasienter, ofte med flere diagnoser, øker behovet for legespesialister med en bred faglig bakgrunn, samtidig som de utfordrer tidligere grenser for avansert kirurgisk og medikamentell kreftbehandling.

Kompetanseprogrammet klinisk stige er et kompetanseprogram for sykepleiere og spesialsykepleiere. Programmet skal bidra til å kvalitetssikre pasientbehandlingen gjennom systematisk faglig utvikling og kompetanseheving i direkte pasientarbeid. Programmet har også til hensikt å gi sykepleiere og spesialsykepleiere karrieremuligheter, samt å rekruttere og beholde sykepleiere. Tidsrammen for programmet er fra 3 til 5 år og består av tre trinn. Kursene i programmet arrangeres i samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus. Det er videre startet er arbeid for å se på hvordan programmet kan tilrettelegges for øvrige helsefag.

Medarbeidere fra helseforetaket deltar i internasjonal kompetanseoverføring gjennom medvirkning i internasjonale oppdrag. Dette gjelder institusjoner i lavinntektsland som helseforetaket har samarbeidsavtaler med, og arbeid som utføres av frivillige organisasjoner. Slik deltakelse gir viktige erfaringer og økt kultursensitivitet som er nyttig i møter med helseforetakets flerkulturelle pasienter.

### **Lederutvikling**

Oslo universitetssykehus har et systematisk arbeid med lederutvikling på flere nivå i organisasjonen. I 2012 ble det igangsatt et utviklingsprogram for toppledergruppen i foretaket og vi har hatt kvartalsvise samlinger for alle ledere på nivå 1-3 med aktuelle tema i henhold til oppdraget fra eier. Helseforetaket har også mer omfattende lederutviklingsprogrammer for å sikre kandidater som kan påta seg lederoppgaver fremover. Om lag 600 av 1000 ledere har vært i gjennom det såkalte 1. linjelederprogrammet til nå. Oslo universitetssykehus har også deltatt med to kandidater på Nasjonalt topplederprogram for helseforetakene. Et annet virkemiddel er lederevaluering (basert på en lederkontrakt) som foregår i den årlige utviklingssamtalen mellom leder og ledes leder. Arbeidet med et eget lederutviklingsprogram med særlig fokus på potensielle lederkandidater med flerkulturell bakgrunn er videreført og videreutviklet i 2012 basert på gode erfaringer ved gjennomføringene som ble gjort i 2011.

Oslo universitetssykehus har et lederrekrutteringsprogram med fokus på mangfoldsledelse. Hvor 16 ansatte fullførte programmet sommeren 2012. Målet er å øke andelen flerkulturelle ansatte til lederstillinger, samtidig som ansatte med etnisk norsk bakgrunn også blir trent i å kunne være leder på en arbeidsplass preget av mangfold. Dette er derfor et tilbud både til ansatte med innvandrerbakgrunn og til etnisk norske ansatte. Et nytt "lederrekrutteringsprogram med flerkulturelt perspektiv" vil starte opp i 2013.

### **Utdanning**

Utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus styrebehandles februar 2013. Utdanning er en lovpålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten og Oslo universitetssykehus bidrar til å utdanne flere helsearbeidere enn noe annet norsk sykehus. Helseforetaket har en sentral



rolle som bidragsyter til at studenter tilegner seg viktig kunnskap i praksisfeltet. Det arbeides kontinuerlig for å styrke og videreutvikle det gode samarbeidet mellom helseforetaket og utdanningsinstitusjonene. Som landets største universitetssykehus er samarbeidet med Universitetet i Oslo spesielt nært. Hvert semester får nærmere tusen studenter en del av sin praktiske undervisning ved Oslo universitetssykehus. Universitetet arbeider nå med å revidere sin studiemodell, og det kan ventes endringer i fremtiden som også påvirker Oslo universitetssykehus – både når det gjelder omfang av undervisning og undervisningsformer. Oslo universitetssykehus deltar aktivt i universitetets arbeid med revidert studiemodell ("Oslo 2014").

Oslo universitetssykehus samarbeider med seks høgskoler og to fagskoler og har inngått samarbeidsavtaler med disse. Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) er vår største samarbeidspartner når det gjelder mottak av sykepleie- og andre helsefagstudenter i praksis. I 2012 har Oslo universitetssykehus samlet sett hatt 1523 bachelorstudenter i praksis, hvorav 1179 sykepleiestudenter. I tillegg har det vært en økning i antall studenter på videreutdanningsnivå. Dette skyldes at opptaket av studenter innenfor anesthesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleie ble fremskyndet et halvt år. Helseforetaket har tilbudt praksisplasser til 255 studenter innen videreutdanningene jordmor, anesthesi-, operasjon-, barn-, nyfødt-, intensiv-, kreft- nyre- og ortopedisykepleie og psykisk helsearbeid. Det er et betydelig behov for praksisplasser innen bachelorutdanningene i Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus forplikter å etablere tilstrekkelig antall praksisplasser. Utdanningen er størst innen bachelor i sykepleie innenfor fagfeltet kirurgi.

Helseforetaket har i 2012 for første gang tilbudt praksisplasser til helsefagarbeiderlæringer, som en konsekvens av inngått samarbeidsavtale mellom helseforetaket og Oslo kommune v/Sykehjemsetaten. Ordningen er evaluert og erfaringene er i hovedsak positive. Sykehusledelsen har dessuten vedtatt å etablere en fremtidig ordning for helsefagarbeiderlæringer, i samarbeid med Utdanningsetaten i Oslo kommune. Dette vil innebære å ha læringer ansatt i sitt fjerde skoleår fra og med 2016. Oslo universitetssykehus vil i 2013 inngå en intensjonsavtale med Oslo kommune om dette.

#### **4.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer**

Det har gjennom 2012 vært arbeidet systematisk med fire planer som alle berører arealer og virksomhet i Oslo universitetssykehus HF:

1. Helhetlig plan for samlokaliseringer - omstilling
2. Arealutviklingsplan 2025
3. Vedlikeholdsplan
4. Plan for arealbruk knyttet til Helsearena Aker

De to første planene har ulike tidsperspektiv. I helhetlig plan for samlokaliseringer ligger tiltak som planlegges gjennomført i eksisterende bygningsmasse. I arealutviklingsplan legges det til rette for nybygg og ombygninger som ytterligere virkemiddel for samlokalisering. Disse to planene er harmonisert og følger på hverandre. I tilknytning til dette, er det arbeidet med en totaloversikt over de investeringsbehov som knytter seg til samlokaliseringer i Oslo universitetssykehus HF, både på kort (fase I – helhetlig plan for samlokaliseringer) og lang sikt (fase II og III – arealutviklingsplan).

Helseforetaket har en omfattende bygningsmasse med svært varierende kvalitet. Dette gjenspeiles i en rekke avvik fra ulike tilsyn, hvor de mest omfattende avvikene knytter seg til

brann, ventilasjon og elektrofag. Helseforetakets samlede vedlikeholdsbehov er så stort at det ikke kan løses gjennom et regulært vedlikeholdsbudsjett. Det arbeides med å etablere en oppdatert tilstandsanalyse av sentrale bygg slik at man kan etablere en realistisk vedlikeholdsplan i et 15 års perspektiv. En slik vedlikeholdsplan må sees i sammenheng med arealutviklingsplanen. Uansett valg av scenarie vil det måtte gjøres midlertidige og til dels kortsiktige oppgraderinger av dagens bygningsmasse. I arealutviklingsplanen som ble styrebehandlet i mars 2012, var dette behovet anslått til omlag 6 milliarder som inkluderer ombygninger og tekniske oppgraderinger. Beregningene omfatter i hovedsak Ullevål sykehus og Radiumhospitalet. Bygningene på Rikshospitalet er 12 år og også her vil det måtte gjøres oppgraderinger av infrastruktur for å understøtte videre drift og ytterligere samlokaliseringer.

Omstillingsprosjektene knyttet til samlokalisering av virksomhet har en foreløpig ramme på 1,5 milliarder. Der omstillingsprosjekter foregår i arealer med vesentlige tilsynsavvik, inkluderes lukking av disse i prosjektene. Se for øvrig omtale av helhetlig plan for samlokalisering, arealtiltak Aker og punkt om vedlikeholdsplan

### **Samlokalisering - omstilling**

Oslo universitetssykehus gjennomfører samlokaliseringstiltak eller omstillingstiltak i fase I innen en investeringsramme på 1,5 milliarder, ref Prop. 1S for budsjettåret 2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet hvor det står følgende:

*"Investeringene ved Oslo universitetssykehus HF er hovedsakelig knyttet til gjennomføring av første fase av samlokaliseringstiltak i forbindelse med omorganiseringene i hovedstadsområdet. Tiltakene er beregnet til om lag 1,5 milliarder. 2012-kroner og får en samlet låneramme på 750 mill. 2012-kroner, som betales ut i perioden 2012–2013."*

I tillegg til nevnte rentebærende lån på 750 millioner kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet forutsettes investeringene finansiert med salg av eiendom og kontantoverføring fra Helse Sør-Øst RHF.

### **Inndeling i puljer**

Omstillingsprosjektene er delt inn i ulike grupper og puljer. I første omgang ble det igangsatt delprosjekter for om lag 750 millioner kroner og alle inngikk i en portefølje kalt Oslo universitetssykehus-arealtiltak (også omtalt som Oslo universitetssykehus Dag 4-tiltak). I det en finansieringsramme på totalt 1,5 milliarder kroner var sikret, ble alle delprosjekter som ikke var igangsatt kvalitetssikret og prioritert på nytt i en helhetlig plan sammen med nye behov som var kommet til. De nye behovene som var identifisert knyttet seg blant annet til samlokalisering av enheter innen psykisk helse og avhengighet og Helsearena Aker-prosjekter. I tillegg ble det identifisert en del utstyrsavhengigheter som ikke var med i opprinnelig plan. Samlingen av alle delprosjekter i en helhetlig plan sikrer at flere gjensidige avhengigheter ivaretas og kvalitetssikring på tvers, samt at det tas hensyn til Arealutviklingsplan og andre overordnede planer.

Det er igangsatt puljer av delprosjekter etter hvert som kvalitetssikring og virksomhetsavklaringer er foretatt, disse er navngitt som pulje 1 og pulje 2, og forholder seg samlet innen rammen av 1,5 milliarder. Tiltak i forbindelse med utvikling av Samhandlingsarena Aker på 75 millioner kommer i tillegg.

Som angitt i styresak 60/2012 i Oslo universitetssykehus pågår det virksomhetsavklaringer for flere fagområder som hittil ikke er løst eller kostnadsestimert. Blant disse er; Karkirurgi, Urologi, Endokrinologi, Barnemedisin, Rusbehandling med flere. Dersom disse prosjektene skal la seg realisere er det behov for ytterligere omstillingsmidler, anslagsvis 250 millioner, spesifisert som pulje 3 i tabellen over innmeldt behov. Totalt vil behovet for omstillingsmidler beløpe seg til vel 1,75 milliarder.

Det understrekes at det ikke er gjennomført forprosjekter på mange av prosjektene i pulje 3 slik at kostnadsanslagene er basert på erfaring og ikke gjennomarbeidede kalkyler.

### **Salg av eiendommer**

Det er så langt ikke planlagt å selge noen større eiendommer i 2013. Det ble i 2012 solgt en tomt til Bærum kommune for 50 millioner kroner.

### **Status akuttbygg Ullevål**

Prosjekt "Nytt akuttbygg" på Ullevål ble godkjent i 2011. Bygget har en ramme på 376 millioner kroner og finansieres gjennom omstillingsmidler. Byggearbeidene følger plan og er beregnet ferdig vinteren 2013/2014. Deretter vil det foregå ombyggingsarbeider i gammel bygningsmasse knyttet til nybygget, fram til sommer 2014. Akuttmottaket vil kunne være i full drift september 2014.

### **Status arealtiltak Aker**

Det er utarbeidet en plan for samlet arealbruk for byggene på nordre del av Aker sykehus. Planen er vedtatt og samkjørt med prosjekt Samhandlingsarena Aker, som ledes av Oslo kommune. Planen ligger til grunn for tildelingen av 75 millioner kroner til samhandlingsrettede investeringer på Aker sykehus i 2013 og 2014, og for de investeringsbehov av tilsvarende omfang det vil være behov for knyttet til tilrettelegging for omstilling og innflytting av virksomhet på Aker sykehus. Det er satt i gang forprosjektarbeid relatert til disse investeringene, og enkelte tiltak er også allerede under gjennomføring. Også andre aktører enn Oslo universitetssykehus vil drive virksomhet i samhandlingsarenaen på Aker sykehus.

Det presiseres at det også ved Aker sykehus vil det måtte gjøres vesentlige HMS- og brannrelaterte oppgraderinger i bygningsmassen, i tillegg til funksjonelle tilpasninger for samhandlings- og omstillingsprosjekter.

I arbeidet med helhetlig plan for samlokaliseringer koordineres det også slik at planer for utflytting av aktivitet fra Aker sykehus henger sammen med planer for innflytting av aktivitet på Aker sykehus.

### **Arealutviklingsplan 2025 og overgang til idefase**

Styret ved Oslo universitetssykehus vedtok 29. mars 2012 i sak 18/2012 at Arealutviklingsplan 2025 skulle utgjøre grunnlaget for videre utvikling av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus. Helseforetakets strategi utgjør det faglige grunnlaget og en utviklingsvei som vil være førende for videre dimensjonering, utnyttelse og plassering av bygninger.

Oslo universitetssykehus ønsker å konsentrere sin virksomhet på færre lokalisasjoner. En flytting og sammenslåing av likartede aktiviteter ved sykehusene innen Oslo universitetssykehus er nødvendig for å oppnå bedre effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen. Med et utgangspunkt på om lag en million kvadratmeter spredt på 70 adresser og om lag 185 bygninger er dette en omfattende oppgave. Disse tiltakene krever både oppgradering /tilpasning av eksisterende bygninger, etablering av ny bygningsmasse og avvikling av bygg som ikke lenger er egnet for helseformål. utfordringene ved dette er flersidig; store arealer er vernet, og bygningsmassen ved helseforetaket har både dårlig teknisk kvalitet, manglende egnethet og spredt beliggenhet.

Arealutviklingsplanen anbefaler at det i den videre utviklingen legges til rette for en samling over tid hvor helseforetaket og universitet er knyttet sammen innen forskning, utdanning og innovasjon. Idéen videreføres i en visjon hvor Campus Oslo er utviklet som et

samlingsbegrep for et av verdens fremste områder for høyspesialisert pasientbehandling, og hvor forskning, utdanning og vitenskap for å bedre liv og helse integreres.

På bakgrunn av dette starter Oslo universitetssykehus nå en idéfase. Denne skal identifisere mulige prinsipielle løsningsalternativer for å realisere et Campus Oslo innenfor det geografiske området Gaustad, Blindern og Ullevål. Idéfasen vil omfatte utredning av løsninger knyttet både til organisering av virksomheten og til arealbehov i fremtiden

### **Idefase Campus Oslo**

Idéfasen skal gjennomføres i samsvar med veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter (Helsedirektoratet 12/2011). I idéfasen skal det avklares om det er mulig å samle et komplett Oslo universitetssykehus, enten i området Gaustad-Blindern eller på Ullevål. Alternativet til en komplett lokalisering er bruk av hele området Gaustad-Blindern-Ullevål.

I henhold til veilederen skal det også beskrives et nullalternativ skal vise konsekvenser av å opprettholde akseptabel ytelse for virksomheten og byggene over byggenes resterende levetid, med minst mulig kostnader. Dette er den aktuelle og relevante løsningen hvis investeringsprosjektet ikke kan gjennomføres.

I alle scenarioer forutsettes det at Aker sykehus utvikles til en samhandlingsarena med Oslo kommune. Det legges opp at det her drives virksomhet både i regi av Oslo universitetssykehus, andre Oslo-sykehus og Oslo kommune. Det forventes at det samlede framtidige tilbudet på Aker sykehus vil bidra til å redusere kapasitetsbehovet en ellers ville hatt andre steder i Oslo universitetssykehus.

Idefasen skal tydeliggjøre hvilke områder som fraflyttes i de ulike scenarioene og estimere verdien av de fraflyttede bygninger og tomtearealer. Verdien vil kunne utgjøre et vesentlig bidrag til finansieringen av nytt sykehus. Modeller for optimal verdiskapning (for alle interessenter, spesielt Oslo universitetssykehus og involverte kommuner) skal skisseres.

Denne idefasen omfatter langt mer enn et tradisjonelt sykehusprosjekt. Campus Oslo må forstås også som et byutviklingsprosjekt og som en nasjonal satsning på livsvitenskap, forskning, utdanning og innovasjon. Arbeidet vil derfor kreve utstrakt samarbeid mellom flere. Av særlig betydning vil forholdet til Oslo Kommune og Universitetet i Oslo være. Varighet av idefasen er ennå ikke fastlagt men det er antagelig realistisk å forvente om lag 18-24 måneders varighet.

### **Status vedlikeholdsplan for Oslo universitetssykehus**

Oslo universitetssykehus har en til dels gammel og nedslitt bygningsmasse, med et betydelig vedlikeholdsetterslep. En rapport fra Multiconsult fra 2011 antyder at dersom man skal oppgradere dagens bygningsmasse slik at den understøtter en bærekraftig drift, så vil dette medføre oppgraderingskostnader på mellom 7 og 9 milliarder. Det arbeides i disse dager med en oppdatert tilstandsanalyse som vil danne grunnlag for en mer systematisk vedlikeholdsplan av bygg ved de ulike lokalisasjonene. Dette vil settes inn i et rammeverk som er tilpasset Helse Sør-Østs standarder.

I Arealutviklingsplanen ligger det en forutsetning om å erstatte mange av dagens bygg med nye og mer egnede bygg som bedre kan understøtte fremtidsrettet pasientbehandling. Det ligger i tillegg planer om oppgraderinger av mange av dagens bygg inne i denne planen, og dette utgjør om lag 6 milliarder. I hovedsak knytter dette seg til oppgradering av bygningsmasse ved Radiumhospitalet og Ullevål sykehus, men også ved flere av de andre lokalisasjonene.

Uansett løsning og uavhengig av scenario 1, 2 eller 3 i Arealutviklingsplanen, så vil det måtte gjennomføres midlertidige oppgraderinger av dagens bygningsmasse. Det gjøres derfor nå en ny gjennomgang av alle tiltak per bygg som må gjennomføres til annet alternativ finnes, med beregning av tilhørende investeringskostnader. Summen av disse tiltakene er ikke beregnet endelig og i 2013 vil det lages et oppdatert grunnlag som grunnlag for investeringer. Dette vil primært dreie seg om infrastrukturkostnader knyttet til strøm, ventilasjon, kjøling med mer.

### **Tilsynspålegg**

Helseforetaket har tett samarbeid med ulike tilsyn og det foreligger om lag 70 ulike handlingsplaner for å lukke tilsynsavvik. De tilsynsavvikene som i praksis innebærer de største investeringsbehov knytter seg til brann og arbeidsmiljø. Svært mange av tilsynsavvikene var forutsatt dekket av de planer og investeringene som lå inne i Arealutviklingsplanen og som tidligere er lagt inn i økonomisk langtidsplan, under "tekniske investeringer" og "ombygninger".

En gjennomgang viser at en det ikke er mulig å gjennomføre disse prosjektene i det omfanget som er forutsatt. Dette skyldes i hovedsak at oppgraderingene som er nødvendige er innen bygg der det drives aktiv pasientbehandling. Det i sin tur krever at det etableres "rokadearealer" slik at man kan tømme hele sengeposter eller behandlingsområder. Det etableres derfor en etasjewis plan der man går inn og lukker ulike avvik samtidig, eksempelvis både brann- og arbeidsmiljøtiltak slik det er gjennomført allerede i deler av bygg 3 og 7 på Ullevål sykehus.

### **Midlertidighet legges til grunn**

Nivået for oppgraderinger gjøres for å sikre et forsvarlighetsnivå, men har et midlertidig preg på den måten at det er forventet en rekke nye bygg som alternativ til dagens bygningsmasse (uavhengig av scenario i Arealutviklingsplanen).

Nivået det legges opp til er tilpasset at det skal etableres alternative arealer i nye bygg. Et eksempel på dette er rensing av ventilasjonssystemer fremfor totalrehabilitering med nye ventilasjonsanlegg. Et annet eksempel kan være tilføring av ytterligere strøm gjennom "trafo" fremfor erstatning av stigeledninger og hovedtavler. Det er vanskelig å anslå levealder av et tiltak, og denne vil trolig også variere. Noen tiltak vil kunne vare i 15-20 år og andre vil antagelig vare kortere. Dette innebærer en risiko for å måtte gjøre ytterligere tiltak i de samme arealene dersom realiseringen av nye bygg forsinkes. Utfordringen i beregning og omtale av dette er at det ikke foreligger konkrete tidligfaseprosjekter for noen nye bygg nå, bortsett fra Akuttbygget som er under oppføring. Se ellers risikoomtalen under.

### **Omstillingsprosjekter og sammenhengen med tilsynsavvik**

I de arealene der det gjennomføres omstillingsprosjekter tas det også høyde for tilsynsavvik som lukkes og dermed finansieres av omstillingsinvesteringer. Eksempler på dette er de samlokalisering av indremedisin i bygg 3 på Ullevål sykehus og samlokalisering av ortopedi og gastrokirurgi i bygg 7 på Ullevål sykehus, samt samlokalisering av gynekologisk onkologi ved Radiumhospitalet.

### **Planer 2013-2015**

Høsten 2012 har det vært arbeidet med en sammenstilling og prioritering av alle vesentlige avvik og en prioritering av disse. I opprinnelige krav fra arbeidstilsynet var planen at disse skulle lukkes i løpet av en tre års periode, og største delen av dette dreier seg om manglende ventilasjon. Dette vil ikke være mulig å gjennomføre verken i tid eller omfang. Dette skyldes i hovedsak at det drives full pasientbehandling i alle bygg og at man derfor krever en etasjewis tilnærming og avlastningsområder for pasientbehandling.

Det arbeides i disse dager med en konkretisering av en treårsplan for tiltak og oppgraderinger av dagens bygningsmasse som etter plan vil styrebehandles i foretaket primo 2013. Denne planen skal ta høyde for å lukke de største avvikene fra tilsyn, spesielt brann, arbeids- og el tilsyn.

For 2013 er det lagt en plan for lukking av avvik og kortsiktige tiltak på vel 200 millioner kroner. Dette kommer i tillegg til omstillingsprosjekter som også lukker avvik der dette er aktuelt. For årene som kommer er det lagt et ambisjonsnivå på ca 250 millioner årlig til fortsatt å lukke avvik og til å imøtekomme de største infrastrukturutfordringene på kort sikt. Dette vil i hovedsak omhandle brannutbedringer samt infrastrukturbedringer knyttet til vann, strøm, ventilasjon med mer. I tillegg planlegges totalrehabilitering av operasjonsstuer ved Radiumhospitalet i forbindelse med etablering av et brystkreftsenter.

## **5. Planer for innsatsområdene**

### **5.1. Pasientbehandling**

#### **Strategi for fag og virksomhet 2013-18**

I løpet av 2012 ble forslag til overordnet strategi utarbeidet med bred representasjon fra klinikker, stab, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere. Strategien ble vedtatt i styremøte 17. desember 2012 etter å ha vært på en omfattende ekstern og intern innspillsrunde.

Visjonen for Oslo universitetssykehus 2013-18 er: "Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling". Helseforetakets felles verdigrunnlag er de nasjonale verdiene for helsetjenesten: "Kvalitet, trygghet og respekt, og Oslo universitetssykehus kultur skal være åpen, lærende og helhetstenkende."

Hovedmålene er at Oslo universitetssykehus skal

- Ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv
- Ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt
- Være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon
- Være en god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

Strategidokumentet bidrar til å skape et felles målbilde for Oslo universitetssykehus. Strategien vil være retningsgivende for så vel den faglige utvikling som de omstillinger som skal foregå i helseforetaket i årene som kommer. Visjoner, prinsipper og overordnede mål er i overensstemmelse med føringer gitt fra Helse Sør-Øst og med nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner. Strategien vil bli gjort rullerende og fulgt opp internt gjennom rullerende handlingsplaner på både foretaks- og klinikknivå.

#### **Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus – etablering av sykehusområder**

Alle regionsfunksjoner er samlet i Oslo universitetssykehus med unntak av revmakirurgi og deler av revmatologi. Disse er plassert ved Diakonhjemmet sykehus. Områdefunksjoner innen Øre-, nese- og hals er fordelt mellom Lovisenberg sykehus og Oslo universitetssykehus. For øvrig er også alle områdefunksjoner samlet ved Oslo universitetssykehus. Diakonhjemmet sykehus har fortsatt egen akuttkirurgi, men arbeidet med å planlegge overflytting av denne til Oslo universitetssykehus er i gang. Lovisenberg Diakonale sykehus dekker etter avtale indremedisin i bydel Sagene for Oslo universitetssykehus.

Innen sykehusområde Oslo, er det regelmessige samarbeidsmøter med Lovisenberg Diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Oslo universitetssykehus. Innen ortopedi og gastrokirurgi er det opprettet to partssammensatte grupper med Diakonhjemmet sykehus. Det er videre utarbeidet en samarbeidsavtale innen fot- og ankelkirurgi med både Diakonhjemmet sykehus og Akershus universitetssykehus. I tillegg arbeider en faggruppe med alderspsykiatri, og dette arbeidet fortsetter inn i 2013.

Sunnaas sykehus har hatt et betydelig antall pasienter fra Oslo sykehusområder. Det er dessuten omfattende samarbeid mellom Sunnaas og Oslo universitetssykehus om fag, forskning og pasientforløp. Dette er utgangspunkt for at de to sykehusene har inngått en samarbeidsavtale som i 2012 ble gjort til en treårig.

Ved etablering av sykehusområder i Helse Sør-Østs ble det slått fast at alle sykehusområder på nærmere bestemte områder skulle lage en plan for utvikling av behandlingstilbud og funksjonsdeling. Arbeidet med planene for Oslo sykehusområde er gjennomført under ledelse av Oslo universitetssykehus. Det foreligger nå planer innen habilitering, rehabilitering, fødselsomsorg, psykisk helsevern og rusbehandling. Oslo kommune har vært delaktig i prosessene. Planene vil bli utviklet videre i årene framover.

### **Videre utvikling i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet**

Arbeidet med å videreutvikle kvalitet og pasientsikkerhet vil skje på flere område i 2013. Både som system, i pasientadministrativt og i møte med den enkelte pasient. Forbedringer i IKT-verktøy, logistikk og samhandling er viktige elementer i tillegg til faglige. Utvidet bruk av kvalitetsregistre og bruk av indikatorer er et viktig, men krevende arbeid i denne sammenheng. I 2013 vil det også bli lagt til rette for systematiske elektroniske brukertilbakemeldinger fra pasienter eller pårørende til bruk i arbeidet med pasientsikkerhet og brukerinnflytelse. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen vil også stå på i fokus i 2013.

Læring av uønskede hendelser og påvisning av forbedringsbehov vil fortsette og sannsynligvis øke i 2013. Bruken av avvikssystemet står sentralt. I 2013 vil det gjennomføres flere endringer i systemet som legger til rette for å bruke informasjonen til forbedring i de kliniske enhetene. Innholdet blir bedre ved at ikke bare feil og avvik i pasientbehandlingen men også komplikasjoner, sykehusinfeksjoner, klagesaker, revisjonsavvik, NPE-saker, tilbakemeldinger fra eksterne samarbeidspartnere og brukertilbakemeldinger blir tilgjengelig. Systemet vil derfor endre karakter fra å være et "avvikssystem" til å bli et system for håndtering av forbedringsarbeid av enhver art. Navnet vil bli "Achilles" og idéen er å systematisere og bruke all type kunnskap om forbedringsbehov, uansett kilde, i et verktøy der ledere enklere kan administrere og sjekke ut tiltak.

I 2013 introduseres nye rutiner for pasientsikkerhetsvisitter der leder gjør planlagte visitter i de kliniske miljøene for å drøfte pasientsikkerhetsspørsmål. Oslo universitetssykehus innfører også en ordning med utrykningsgrupper i klinikkene ved særlig alvorlige hendelser. Organiseringen med klinikkvise kvalitetsutvalg vil videreføres.

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen har flere prosjekter som er iverksatt i helseforetaket. Dette vil fortsette. Men kampanjens aktivitetsområder utvides etter hvert og vil forutsette ytterligere aktiviteter i 2013.. Dette gjelder for eksempel gjennomføring av pasientsikkerhetskulturundersøkelse, innhenting av indikatordata, lokal bruk av Trigger-verktøy, sjekklister etc. Dette er prosjekter som kommer i tillegg til det øvrige pasientsikkerhetsarbeidet, som allerede er iverksatt utenfor kampanjen.

Oslo universitetssykehus har fortsatt som ambisjon at kompetanse og utvikling på pasientsikkerhetsområdet er en naturlig del av foretakets regionale og nasjonale rolle. Helseforetaket arbeider aktivt inn mot Kunnskapssenteret, Helse Sør-Øst RHF, Statens Helsetilsyn, leverandører, andre helsevirksomheter og internasjonale fagmiljøer på flere

fagfelt med betydning for kvalitet og pasientsikkerhet, herunder også meldeordninger, modeller for tilsyn, revisjon og læring etc. I tillegg vil helseforetaket, som en stor aktør med landsfunksjonsansvar og tunge kompetansemiljøer, spille en aktiv rolle inn mot fagpolitiske miljøer for bedre kvalitet og pasientsikkerhet ved spesialisthelsetjenesten i Norge.

### **Tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov**

Oslo universitetssykehus tar utgangspunkt i pasientens behov. Foretakets strategi for brukermedvirkning 2013-2018 har tre hovedmål. Det ene er målet om at pasient- og pårørendeopplæring skal være integrert i alle de fire lovpålagte oppgavene; pasientbehandling, utdanning, forskning og pasient- og pårørendeopplæring. Videre er det et mål at pasienter skal kunne medvirke i behandlingen og ha innflytelse dersom de ønsker det. Strategien har som et tredje mål at pasienter skal ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne medvirke i behandlingen, til å ta egne valg og til å mestre sykdom og behandling. Strategien er ambisiøs og vil kreve bevisstgjøring om brukermedvirkning i virksomheten og samtidig sette standard for rekruttering av brukere med nødvendig erfaring og perspektiv. Strategien vil bli fulgt opp med handlingsplaner i samarbeid med klinikkene, brukerutvalget og brukerrådene.

Det er etablert et formelt nettverk med klinikkoppnevnte representanter, representanter fra kommune, praksiskoordinator og brukerrepresentanter, som alle bidrar inn i dette arbeidet.

Rådet for barn og pårørende har i 2012 arbeidet med sitt mandat i helseforetaket og har utarbeidet prosedyrer for hvordan helseforetaket skal ivareta oppgavene knyttet til barn som pårørende. I det videre arbeidet blir oppfølging og kompetanseheving av de barneansvarlige på hver enhet viktig, samtidig som det må utarbeides standarder som legges inn i pasientadministrative systemer, for å kunne synliggjøre og dokumentere om pasienter har mindreårige barn, og hvem som ivaretar dem. Rådet er bredt sammensatt av fagpersoner fra helseforetaket og kommunehelsetjenesten, representanter fra brukerutvalget og fastlegene.

Som det første helseforetaket i landet, har Oslo universitetssykehus etablert et ungdomsråd. Rådet har til hensikt å fremme unges interesser og rettigheter på helseforetaket i både tilbud og behandling, og skal ha et særlig fokus på overgangen mellom barn og voksen.

I 2013 vil det bli arbeidet for å sikre at pasient- og pårørendeopplæring inngår som en integrert del av pasientforløpene, og at nødvendig informasjon legges til rette for den enkeltes behov. Pasient- og pårørendeopplæring skal fremme og styrke helheten og sammenhengen i behandlingsskjeden. Samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune vedrørende pasient- og pårørendeopplæring i pasientforløp, er en viktig forutsetning for å lykkes i dette arbeidet. Helseforetakets og primærhelsetjenestens ansvar beskrives og tydeliggjøres.

### **Forpliktende samhandling med kommunene styrkes og videreutvikles**

Oslo universitetssykehus har sammen med Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg sykehus, Akershus universitetssykehus og Oslo kommune inngått avtale om samhandling angående helsetjenester knyttet til lokalsykehusfunksjoner. Avtalen er fulgt opp med utarbeidelse av åtte underliggende tjenesteavtaler som regulerer samhandlingen på ulike fagområder. Samarbeidsutvalget mellom partene arbeider med spørsmål i forbindelse med operasjonaliseringen av tjenesteavtalene.

Målet med Samhandlingsreformen er å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud med vekt på kvalitet, pasientsikkerhet og individuelt tilpasset den enkelte pasient. Gjennom endret ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten forventes at kommunene vil ta et større ansvar for forebygging, pasient - og pårørendeopplæring, enklere lidelser og også større del av oppfølgingen etter



sykehusopphold. Helseforetaket må gjennom bl.a. kompetanseoverføring bidra til at dette arbeidet intensiveres fremover. Samlet må det forventes at utvikling av kommunale tjenester over tid kan redusere presset på helseforetakets lokalsykehusfunksjoner.

For å få til denne utviklingen er det behov for et bredt sett av virkemidler. Hovedvekt vil ligge på økonomi, lovverk, samarbeidsavtaler, overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, samt økt vekt på forebygging og tidlig intervensjon spesielt på kommunenivå.. Spesialisthelsetjenesten vil i større grad enn tidligere måtte understøtte kommunens arbeid med å sikre pasientbehandling etter LEON-prinsippet. Dette forutsetter også tettere og mer forpliktende samarbeid med andre sykehus, fastleger og primærhelsetjeneste.

Det er utarbeidet en intensjonsavtale om samarbeid med helseforetaket Innlandet, og Oslo universitetssykehus er i dialog også med flere andre sykehus om utvikling av et tettere samarbeid og avtaler om oppgavedeling. Oslo universitetssykehus har et veletablert samarbeid med Sunnaas sykehus om pasienter med hodeskader og er i dialog om utvikling av flere sammenhengende pasientforløp.

Det blir viktig å bygge på gode erfaringer, samle eksempler og informere om dem, og også etter hvert måle resultater for hver klinikk i Oslo universitetssykehus.

Oslo universitetssykehus ønsker en arbeidsdeling hvor fastleger og avtalespesialister i Oslo i større grad tar forundersøkelser og oppfølging av enkelte pasientgrupper. Dette vil forutsette tett og forpliktende dialog og system for kompetanseoverføring. Arbeidet vil bli intensivert fremover.

Oslo universitetssykehus bidrar i et felles arbeid med å utarbeide overordnede, helhetlige pasientforløp innenfor ulike pasientgrupper og vil vektlegge at helseforetakets og primærhelsetjenestens erfaringer, rutiner og kunnskap om hva som kan bidra til gode pasientforløp, gir best mulig effekt for den enkelte pasient. Pasientens forløp gjennom hele helse- og omsorgskjeden, fra hjem til hjem, beskrives. Helseforetakets og primærhelsetjenestens ansvar beskrives og tydeliggjøres. Fordelene med standardiserte pasientforløp er at de bidrar til lettere samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehus, mellom sykehus og kommune og mellom fastlege og sykehus. Det gir forutsigbarhet for pasient og pårørende, gjør protokoller og prosedyrer kjent og muliggjør effektiv ressursbruk. En viktig forutsetning i Samhandlingsreformen er å overføre informasjon elektronisk mellom de ulike parter i det helhetlige pasientforløp.

Systemene for elektronisk pasientjournal i Oslo universitetssykehus gjør at det etter et år med Samhandlingsreformen ikke har vært mulig å videreutvikle elektronisk meldingsutveksling med primærhelsetjenesten.

En gjennomgang av pasientsikkerhet knyttet til dagens manuelle rutiner for overføring av pasientinformasjon er levert Helse Sør-Øst og Oslo kommune. Her konkluderes det med at manuelle rutiner og særlig doble rutiner (elektroniske og manuelle) så raskt som mulig må erstattes med elektroniske. Manuelle rutiner ivaretar ikke kravene til pasientsikkerhet og hemmer god samhandling i pasientforløpene.

Oslo universitetssykehus skal ha et likeverdig helsetilbud til alle pasienter – og god oppfølging til pårørende. Helseforetaket vil i 2013 legge vekt på tolking av god kvalitet, styrke flerkulturell kompetanse blant ansatte og å legge til rette for helhetlige tjenester i løpet av et sykehusopphold ved å tilby samtaler til pasienter og pårørende som tilhører tro og livssynsminoriteter.

### **Tolk til helsepersonell i kommunikasjon med minoritetsspråklige pasienter.**

På bakgrunn av resultatene fra to rapporter utarbeidet i regi av Likeversprosjektet i 2012, har Oslo universitetssykehus fått i oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF å detalj Utrede etablering av en Tolkesentral, med fokus på å tilby kvalitativt god tolking til Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og Sunnaas sykehus. Vi skal være sikre på at vi gjennom å sørge for kompetente tolker ivaretar pasientsikkerheten og god og effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient som snakker ulike språk. Det er nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra de tre sykehusene og Helse Sør-Øst. Oslo kommune er med som observatør i arbeidsgruppen.

En eventuell tolkesentral har som mål å gradvis bygge ut et godt skjermtolketilbud, styrke helsepersonells ferdigheter i kommunikasjon via tolk og bestillingsrutiner. Sentralen kan, dersom den etableres, ta høyde for å tilby tolker til andre helseforetak i regionen på sikt. Oslo kommune er også i dialog om evt. samarbeid i fremtiden. Dersom det besluttes å etablere en tolkesentral, er ambisjonen å få på plass en midlertidig løsning i løpet av våren 2013.

### **Ansatte med kompetanse i flerkulturelt helsearbeid**

I oktober 2012 startet det 5 kullet med kulturveiledere (Videreutdanning i veiledning i flerkulturelt helsearbeid) på Høgskolen i Oslo og Akershus. Av 46 studenter er 22 ansatte ved Oslo universitetssykehus. Når disse uteksamineres i mai 2013 vil Oslo universitetssykehus til sammen ha hatt nærmere 60 ansatte som har fullført dette studiet. Helseforetaket vil i 2013 satse på å etablere mindre nettverk, knyttet til geografisk eller tematisk nærhet. Målet er at de direkte og indirekte gjennom innsats bidrar til å bekjentgjøre flerkulturell kommunikasjon og flerkulturelt helsearbeid som fagfelt.

### **Tilbud til pasienter og pårørende fra tro- og livssynsminoriteter**

Formålet med prosjektet "Samtalepartnere om tro og livssyn" er å ivareta grunnleggende menneskerettigheter og pasientrettigheter knyttet til tros- og livssynsutøvelse ved å tilby tros- og livssynsbetjening for alle pasienter og pårørende. Tilbudet startet i januar 2012 og har fått prosjektmidler fra Kulturdepartementet til ytterligere ett år. Målet er at dette over tid skal bli et ordinært tilbud på helseforetaket. Prosjektet er utviklet i samarbeid med Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn, og har hatt tett kontakt med prestetjenesten ved helseforetaket siden oppstarten.

Våren 2013 skal prosjektet lage en kommunikasjonsstrategi og benytte denne i arbeidet med å gjøre tilbudet ytterligere kjent for helsepersonell på de ulike avdelinger og for medlemmer av tilknyttede tros- og livssynssamfunn. Det er en tatt initiativ til formelt samarbeid med nærliggende sykehus, ved å tilby dem å bruke prosjektets samtalepartnere. Dette arbeidet følges opp vinteren 2013.

### **Spesialisthelsetjenestens rolle innen forebygging skal tydeliggjøres**

Oslo universitetssykehus har en betydelig oppgave i å forebygge sykdom hos befolkningen. Dette gjøres innen en rekke områder. Blant eksempler som her trekkes frem er:

- Det er gjennomført et pilotprosjekt knyttet til forebygging av KOLS i samarbeid med primærhelsetjeneste og brukere. Resultatet er en modell for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste om forebygging av sykdom og ivaretagelse av helse.
- Avdeling for Preventiv kardiologi har vært sentrale i utarbeidelsen av Helsedirektoratets 'Nasjonale Retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer'
- Avdeling for Endokrinologi har vært sentrale i utarbeidelsen av Helsedirektoratets 'Nasjonale kliniske retningslinjer for Forebygging, diagnostikk og behandling av Diabetes'.

### **Lokalbaserte tilbud til flertallet av pasientene**

Oslo kommune og Helse Sør-Øst har en avtale om lokalsykehusfunksjoner. I tillegg arbeides det med rutiner og retningslinjer. Disse tilpasses det enkelte sykehus med respektive bydeler.

Planlegging av framtidig virksomhet på Aker sykehus er en viktig del av lokalbaserte tilbud i Oslo som Oslo universitetssykehus bidrar til å drive og utvikle. Dette tilbudet vil omfatte både kunnskapsutvikling og kunnskapsspredning, men også direkte pasientrettet virksomhet. Disse prosessene motiveres både av det generelle arbeidet med å relokalisere virksomhet innen Oslo universitetssykehus og av pålegget fra eier om å bidra til å utvikle helsetilbud på Aker sykehus i et tett samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. I løpet av 2012 er deler av denne ambisjonen realisert. Dette arbeidet er samlet og koordinert innad i og utad fra Oslo universitetssykehus gjennom Prosjekt Helsearena Aker, og i samspillet mellom sykehus og kommune ledet gjennom Prosjekt Samhandlingsarena Aker der kommunen har prosjektledelse, mens Oslo universitetssykehus deltar i en felles prosjektstab.

Oslo universitetssykehus har ansvar for flere eksternt finansierte samhandlingsprosjekt. Et felles evalueringsprosjekt av fire intermedieærheter/spesialiserte korttidsenheter er gjennomført. Nytt prosjekt "Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre" har pågått i 2012. Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus og tre bydeler. I 2012 ble også prosjekt "Ambulerende sårteam", et samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus og tre bydeler etablert. Foretakets ansvar for pasient- og pårørendeopplæring er ytterligere styrket på strategisk nivå med etablering av et klinikkovergripende forum hvor også brukerutvalget og primærhelsetjenesten er representert.

### **Akutfunksjoner og akuttmedisinske behandlingsskjeder styrkes og videreutvikles på grunnlag av nasjonale standarder**

Akutfunksjonene i kirurgi i Oslo sykehusområde vil samles på Ullevål sykehus hvor man har startet byggingen av et nytt akuttmottak og en ombygging av det gamle akuttmottaket. Det legges stor vekt på funksjonaliteten og pasienthåndteringen i utformingen av det nye akuttmottaket.

### **Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra nødvendig pasientvolum og faglige avhengigheter**

I planene for samlokaliseringer og flyttinger legges det til grunn at like funksjoner som hovedregel samles. Det vektlegges faglige avhengigheter og behov for nærhet til spesialisert utstyr og spesialisert kompetanse.

### **Regionale funksjoner samles og rendyrkes**

Oslo universitetssykehus har gjennomført flere prosesser med sikte på å samle landsfunksjoner og dupliserte regionsfunksjoner på Rikshospitalet, men for enkelte fagområder med flere avhengigheter må det tas flere hensyn. I planene for samlokaliseringer og flyttinger legges det til grunn at det som hovedregel er ønskelig at like funksjoner samles.

### **Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet styrkes lokalt og regionalt**

I foretaksmøter i juni 2010 ble helseforetakene gitt i oppdrag å utarbeide områdeplaner innen habilitering, rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for sykehusområdene. Det er uttalt at habilitering og rehabilitering er et av regionens prioriterte satsingsområder og det skal sikres tilstrekkelig, likeverdig og god tjeneste i hele Helse Sør-Øst. Områdeplanene er viktige verktøy for å nå disse målene.

Områdeplan for rehabilitering og Områdeplaner for habilitering, barn og voksen, er en del av felles områdeplaner for rehabiliterings og habiliteringstjenestene i Oslo sykehusområde.

I områdeplanene beskrives behovene man har innenfor rehabilitering og habilitering, hva som finnes samt udekket behov. Planene beskriver samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og de gir en definisjon av områdeoppgaver og skisserer hvordan tjenestene innen disse områdene bør utvikles i årene fremover. I tillegg gis en kort oversikt over forskning og utvikling innen fagfeltene.

### **Om koordinerende enhet**

Målet med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er å sikre koordinerte tjenester til dem som trenger det. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal ha en sentral rolle i å legge til rette for god samhandling. Dette gjelder både på individnivå mellom pasient/bruker og tjenesteytere, og mellom tjenesteytere fra ulike fag, sektorer og nivåer.

I samhandlingsreformen er bestemmelsen om koordinerende enheter i kommunene og i spesialisthelsetjenesten løftet fra forskrift til lov. Samtidig tydeliggjøres at enhetene skal ha «overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator». Styrkingen av lovgivningen på dette området er et sentralt virkemiddel i å sikre bedre koordinerte tjenester til de som trenger det. Dette er et av målene i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015.

### **Tverrfaglig spesialisert rusbehandling styrkes og integreres i lokalsykehusstilbudet.**

Det arbeides aktivt med å styrke tverrfaglig spesialisert rusbehandling og integrere dette i lokalsykehusstilbudet. Det er også utstrakt samarbeid med kommunehelsetjenesten på dette området. Dette er det redegjort for i meldingens del II. Nedenfor beskrives kort enkelte områder:

- Avgiftningsavdelingen: kontakter pasienter til elektive innleggelser kvelden før, og rapporterer til inntaksteam dersom pasienter ikke har møtt på angitt dato.
- Avgiftningsavdelingen har i enkelte saker behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunen, spesielt i saker der det erfaringsmessig kan oppstå komplikasjoner eller særskilte *utfordringer* i forbindelse med behandlingen. Det blir i alle § 6-2 saker avholdt bistandsmøte/forberedelsesmøte med kommunen før innleggelse.
- Avdeling Spesialiserte ruspoliklinikker: Aktivitet med pasient som en avklarende samtale, registreres ikke som behandling. Ved Avhengighetspoliklinikken starter den polikliniske behandlingen innen en uke etter rett er gitt. Ved LAR poliklinikkene starter behandlingen med samarbeidsmøter internt eller eksternt, eller samtale med pasienten. Dette skjer gjerne før oppstarten av den medikamentelle behandlingen.
- Behandlingsavdeling voksen har kontinuerlig samarbeid med pasienten og samarbeidspartnere i venteperioden, f.eks. avklaringssamtale, utredning av personlig informasjon, målsetting for oppholdet, ev. ansvarsgruppe, IP, opphevelse av taushetsplikt. Spesiell fokus på eventuelle endringer i pasientens livs- og rusituasjon. Hvis nødvendig/aktuelt legges pasienten inn før planlagt tid.
- Avdeling ung: Det er ikke etablert noe spesifikt behandlingsforberedende tiltak i samarbeid med kommunen da det i 2011 har vært svært kort ventetid for rettighetspasienter. Det utføres generelt behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i påvente av oppstart i form av samtaler.
- Rusakuttmottaket ved SRA har fast daglig kommunikasjon med Legevakten om pasienter som skal til TSB. Det er utarbeidet en rutine for øyeblikkelig hjelp til pasienter med rusmiddelbruk og samtidig symptomer på psykose. Det er en utfordring at mange Oslo pasienter får sin behandling hos private tjenesteleverandører som ikke regelmessig har samhandling med lokalbasert psykisk helsevern i opptaksområdet.

## **Tilbudet innen psykisk helsevern videreutvikles**

Tilbudet til psykisk helsevern er behandlet i del II av meldingen. Nedenfor beskrives kort noen områder.

Generelt skal Helse Sør-Øst RHF gjennomgå funksjons- og arbeidsfordeling innen psykisk helsevern med bakgrunn i tilrådning fra Nasjonal strategigruppe II. Dette arbeidet er i gang. Helseforetak og sykehus skal følge opp alle strategiske føringer og anbefalinger gitt i de fem delrapportene i arbeidet med "Nasjonal strategi II Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk". Rapportene fra de fem arbeidsgruppene er; Riktigere og redusert bruk av tvang i behandlingen, Arbeidsfordeling DPS - Sykehus, Kunnskapsbaserte metoder, Brukermidvirkning og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Oslo universitetssykehus har fulgt opp føringene og er representert i den nasjonale gruppen.

Vedrørende planlegging av virksomheten går alle elektive henvisninger til spesialisthelsetjenesten via DPS. Akutteam er etablert på Søndre Oslo DPS. Det arbeides med å gjøre om ambulantteam i Josefinegt. DPS til et akutteam, etter samme modell som Søndre Oslo DPS. Helseforetaket har styrket alderspsykiatrisk poliklinikk (APS), gjennom å overføre ressurser fra sykehusnivå. APS arbeider også ambulant. Det arbeides med å legge til rette for et døgnåpent tilbud i Oslo.

Innen den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen leder Oslo universitetssykehus ekspertgruppen innfor psykisk helse som har valgt områdene selvmord og overdoser som sine temaer.

## **5.2. Forskning og innovasjon**

Oslo universitetssykehus sin forskningsstrategi<sup>1</sup> støtter opp under regional forskningsstrategi for Helse Sør-Øst, men åpner for og understreker betydningen av at Oslo universitetssykehus har et selvstendig strategisk handlingsrom for prioriteringer. Strategien følges opp gjennom rullerende handlingsplaner, både på overordnet nivå og pr klinikk. Klinikkenes handlingsplaner konkretiserer satsinger og tiltak, og det legges stor vekt på oppfølging av anbefalinger fra fagpanelene i Norges forskningsråds fagevaluering (2011) av biologi, medisin og helsefag.

I overordnet handlingsplanen vil følgende tiltak/områder være særlig høyt prioritert i 2013:

- IKT, budsjett og areal – videreføres som prioriterte områder fra 2012
- Forskningsinfrastruktur inkludert biobanker.
- Organisering og ledelse av forskningsgrupper, særlig funksjon i kliniske miljøer.
- Karriereveier – forskere i kliniske avdelinger og merittering - kvalitetsheving av den kliniske forskningen, bruk av D-stillinger.
- Internasjonal finansiering, særlig EU-finansiering.
- Andre sentrale områder i NFR-evaluering som ikke er dekket godt nok av gjeldende handlingsplan
- Tiltak foreslått av Scientific Advisory Board for Oslo universitetssykehus vurderes særskilt

Faglige eller tematiske satsinger i klinikkene og vektlegging av kvalitet og etikk gjennom etablering av robuste forskningsgrupper, er sentrale deler av klinikkens handlingsplaner. Både eksisterende og reetablerte forskningsgrupper og tematiske forskningsområder skal

---

<sup>1</sup> [http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Mål%20og%20strategier/Forskningsstrategi\\_styrevedtatt\\_24.11.2010.pdf](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Mål%20og%20strategier/Forskningsstrategi_styrevedtatt_24.11.2010.pdf)

synliggjøres på internett, både på engelskspråklige websider som primært er rettet mot forskere og på norske websider som i større grad rettes mot pasienter, media, eiere og samarbeidspartnere. Helseforetaket og universitetet vil i 2013 samarbeide om å utvikle gode presentasjoner av forskningsgruppene og deres aktivitet, med mest mulig gjenbruk av tekst og profilering på helseforetakets og universitetets hjemmesider.

Forskningsrådets evaluering peker på hvilke muligheter helseregistre, biobanker, helseundersøkelser og personnummersystemet gir Norge når det gjelder å drive forskning helt i front i internasjonal sammenheng. Mange av miljøene som får topp karakter nasjonalt i fagevalueringen har lykket nettopp i å utnytte dette potensialet, og det pekes på at enda flere burde benytte seg av mulighetene. Satsing på videreutvikling av biobanker og kvalitetsregistre er i Oslo universitetssykehus nedfelt i en egen delstrategi og en rullerende tiltaksplan. Planverket er forankret i helseforetakets Biobank- og registerutvalg og omhandler blant annet systemansvar for helseforetakets biobanker og registerdata, logistikk og godkjenningssprosedyrer, lagringsfasiliteter internt og i samarbeid med Folkehelseinstituttet, regionale rådgivningsfunksjoner og nasjonalt samarbeid, og verktøy for biobank- og registervirksomhet. I Biobank- og registerutvalget er både Universitetet i Oslo og Brukerutvalget representert. Etablering av gode retningslinjer for tilgang til bruk av biobanker for forskning og en infrastruktur for biobanker og registre etter beste praksis er en sentral strategisk oppgave for utvalget. Oslo universitetssykehus vil arbeide aktivt for å styrke IKT-infrastrukturen for forskning, i tråd med Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus 2013 – 2016.

Oslo universitetssykehus vil i 2013 arbeide aktivt sammen med Helse Sør-Øst, gjennom en styrking av den regionale noden for kvalitetsregistre, for etablering av flere nasjonale kvalitetsregistre, eksempelvis et nasjonalt hjertestansregister, nasjonalt register for pacemaker og nasjonalt kvalitetsregister for demens.

Oslo universitetssykehus vil ha et fortsatt sterkt fokus på forskningsetikk. Viktige tiltak er videreføring av etablert forskningsombudsfunksjon, økt oppmerksomhet på medforfatterskap ved publisering samt god informasjon til pasienter for å ivareta pasientrettigheter, som eksempelvis reservasjonsrett og personvern. Styrket kunnskap om helseforskningsloven, herunder forbedrede melderutiner ved uønskede hendelser i forskning, er et prioritert område. Styrket opplæring vil omfatte både forskere og ledere, og informasjon skjer blant annet gjennom organiserte kurs, ledermøter, forskningsfora i klinikk og klinikkovergripende forskningsfora.

Forskning innen samhandlingsfeltet gis økt oppmerksomhet og er et uttrykt strategisk mål i forskningsstrategien, jf også Årlig melding Del II, Rapportering, der det gis en utfyllende omtale av arbeidet i helseforetakets nyetablerte Fagråd for samhandlingsforskning. Oslo universitetssykehus er av eier gitt en særskilt rolle som "nav" for forskning og innovasjon i regionen. Denne oppgaven prioriteres og styrkes videre. Sterke forskningsmiljøer tar i økende grad ansvar for nettverksbygging, drift av kjernefasiliteter og formidling og deling av kunnskap og resultater.

I tråd med helseforetakets Innovasjonsstrategi 2011-2015<sup>2</sup>, er det opprettet et Innovasjonsutvalg som arbeider med en handlingsplan for innovasjon. Det strategiske hovedmål er at innovasjon skal være en integrert og tydelig del av helseforetakets virksomhet, skape verdi gjennom bedre pasientbehandling og nye behandlingsrutiner og slik bidra til optimal ressursbruk og økonomisk gevinst. Strategien omhandler blant annet temaer som innovasjonskultur, dokumentasjon av gevinster og måling av innovasjonsaktivitet, validering av funn innen forsknings- og kliniske miljøer med tanke på fremtidig kommersiell utnyttelse, rettigheter (IPR) og samarbeid med datterforetaket Inven2,

---

<sup>2</sup> jf [http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Forskning%20og%20utvikling/Annen%20lyspære\\_%20Innovasjonsstrategi.pdf](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Forskning%20og%20utvikling/Annen%20lyspære_%20Innovasjonsstrategi.pdf)

samhandling med førstelinjetjenesten, nasjonalt og internasjonalt samarbeid, herunder samarbeid med næringslivet.

Sammen med føringer i oppdragsdokument fra eier, vil helseforetakets strategier og handlingsplaner for forskning og innovasjon danne grunnlag for politikktutforming og interne prioriteringer innen forskning og innovasjon.

### **5.3. Kunnskapsutvikling og god praksis**

Kompetanseutvikling, opplæring og god praksis blant foretakets ansatte er en forutsetning for en stabil virksomhetsgjennomføring med høy kvalitet over tid. Kompetansen blant de ansatte skal være fremtidsrettet, behovstilpasset og gjenspeile den medisinske og helsefaglige utvikling og holde høyt nivå sett i internasjonal sammenheng. De ansatte skal ha grunnlag for etisk refleksjon og vurdering av skikkethet. Det legges blant annet på viktigheten av systemer som legger til rette for at den enkelte medarbeider skal kunne ivareta eget ansvar for oppdatert klinisk kompetanse. Helseforetaket har et bevisst og målrettet arbeid gjennom videreutdanning, etterutdanning og ansettelse for å ha medarbeidere som kan ivareta den kompetansen som virksomhetsgjennomføringen forutsetter, nå og fremover.

Strategi for pasient- og pårørendeopplæring ble styrevedtatt i 2012. Strategien strekker seg til 2016, og legger fundamentet for helseforetakets arbeid med pasient- og pårørendeopplæring. I Helseforetaket har som mål å øke antall gruppebaserte læringstilbud til pasienter og pårørende, Tallene fra 2012 viser en klar økning både i antall tilbud og antall pasienter og pårørende som har gjennomført læringstilbud sammenlignet med 2011. Det er etablert nye nettsider for læring og mestring der alle læringstilbud er samlet på ett sted og er gjort tilgjengelig for pasienter og pårørende. Det er utarbeidet en prosedyre for å sikre lik og riktig registrering av de tilbud som gis i Oslo universitetssykehus. Det er gjennomført en pilot for grunnmodulen i et kompetansehevingsprogram for ansatte og brukermedvirkere som skal arbeide med opplæring av pasienter og pårørende.

### **5.4. Organisering og utvikling av fellestjenester**

Samlokalisering av ikke - medisinske tjenester innen en rekke funksjoner har også vært tema i 2012. Dette for å kunne oppnå et harmonisert tilbud til kunden, styrke det faglige miljøet og gi stordriftsfordeler. Eksempelvis kan nevnes forskningsstøtte, funksjoner innen eiendom, mat/kjøkken, klinisk dokumentsenter, og tjenester knyttet til IKT.

Med bruk av LEAN- metodikk er det gjennomført forbedringsprosjekter innenfor renhold, tekstil og kjøkken. Resultatet av prosjektene har gitt mer strømlinjeformede prosesser, høyere effektivitet og større grad av profesjonalitet i leveransen. Med fokus på kundebehandling og økt service pågår det parallelt en satsing på kontinuerlig forbedring innenfor alle helseforetakets ikke medisinske tjenester.

Det er planlagt og startet prosjekter innenfor elektroniske systemer og verktøy som gir klare driftsfordeler og som muliggjør samhandling på tvers av funksjoner og lokaliteter. I denne sammenheng kan det nevnes innføring av felles regionalt ressursstyringssystem som vil være tatt i bruk i helseforetaket sommeren 2013, og felles fakturasystem som er planlagt startet våren 2013 og ferdigstilles i løpet av året. I tillegg pågår et prosjekt for å ta i bruk Aktiv forsyning på Ullevål som vil frigjøre ressurser til pasientbehandling.

## 5.5. Mobilisering av medarbeidere og ledere

Oslo universitetssykehus har i 2012 gjennomført omstillinger etter gjeldende og nå godt utprøvde retningslinjer i foretaket. Oslo universitetssykehus har videreført en god medvirkning med tillitsvalgte og verneombud i henhold til Hovedavtalen, arbeidsmiljøloven og de 12 prinsipper for omstilling i Helse Sør-Øst. Spesielt har det vært et fokus på at omstillingene skulle gjennomføres med samtidig krav til et best mulig arbeidsmiljø, selv om dette har vært en utfordrende balanse.

Koordinering av gjennomgående stillinger på tvers av foretakets klinikker basert på innplasseringsprosessene i de somatiske klinikkene og støtteklinikken fra 2011 ble håndtert primo 2012. Det samme gjelder avslutning av innplasseringsprosessen i klinikk for psykisk helse og avhengighet. Overtalligheten som følge av disse prosessene har fortløpende blitt håndtert i samarbeid mellom klinikkene og omstillingscenteret i Oslo universitetssykehus og foretaket har funnet løsninger for de fleste ikke-innplasserte internt i virksomheten, eksternt i andre virksomheter eller ved sluttvederlag. Det meste av klinikkens grunnarbeid for eventuelle nye innplasseringsprosesser for å tilpasse bemanningen til foretakets budsjettbetingelser i 2013 er gjort. Tillitsvalgte og verneombud har deltatt i prosessene.

Det understrekes at mobilisering av ledere og medarbeidere for å kombinere effektiviseringsarbeid for å oppnå driftsbalanse med omstillings- og utviklingsarbeid knyttet til integrasjon av virksomheten har vært krevende også i 2012. Foretaket har i denne forbindelse jobbet mye med oppfølging og reduksjon av brudd på arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven og sett resultater av dette. Det er utarbeidet en tiltaksplan med sentrale og klinikkvise tiltak for å sikre at arbeidstidsordninger er i samsvar med rammene i arbeidstidsbestemmelsene. Tiltakene er i hovedsak knyttet til kompetanseheving hos ledere, rekrutterings- og ressursplanleggingstiltak for å sikre kritisk kompetanse, samt målrettede tiltak mot utsatte enheter.

Et av målene til foretaket i 2012 har vært at flere medarbeidere deltar i utviklingssamtale (medarbeidersamtale). Utviklingssamtalen er en viktig arena å snakke om kompetanseutviklingsplaner for den enkelte inkludert innspill til fagenhetenes utvikling. Tall fra Medarbeiderundersøkelsen viser at 51 % av medarbeiderne har en kompetanseplan. Det arbeides med lederopplæringstiltak for å øke dette tallet. Oslo universitetssykehus arbeider for å etablere elektroniske systemer for kompetansestyring, blant annet via samarbeid med Sykehuspartner og Dossier.

Oslo universitetssykehus styrker sin kompetanse i arbeidet for å redusere deltid. For å redusere uønsket deltid pågår to prosjekter med støtte fra NAV. Medisinsk klinikk har etablert egen bemanningsenhet for sykepleietjenesten. Alle i deltid får tilbud om å fylle opp til ønsket stillingsprosent. I Kvinne- og barneklubben pågår et prosjekt i Fødeenheten på Rikshospitalet for å se om forlenget vakt i helgen kan gjennomføres og gi mindre bruk av deltid. Åtte jordmødre starter nå med endret arbeidstid. Den sentrale enheten for personalfordeling vil gradvis utvide tilbudet om ekstravakter, og da også tilbud til deltid om å fylle opp til ønsket stillingsprosent. I denne sammenheng er det innledet et samarbeid med enheter i Kvinne- og barneklubben. Det jobbes for at enheten skal kunne tilby etterspurt kompetanse for alle klinikker og yrkesgrupper.

Helseforetaket har etablert en rekke formelle og uformelle fora som innebærer ukentlige møter mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud. Tillitsvalgte og verneombud er involvert i registrerte prosjekter og omstillingsprosesser. Det jobbes løpende med å gjennomgå erfaringer fra dette arbeidet for å forbedre prosessene i foretaket. I 2012 har det blant annet blitt jobbet frem en veileder for topplederansettelser i Oslo universitetssykehus som skal gi



forutsigbarhet og sikre god medvirkning fra de ansattes organisasjoner. Veilederen trer i kraft primo 2013.

Oslo Universitetssykehus HF har i 2012 gjennomført utviklingsprogrammer og kurs for ledere, blant annet innen områdene arbeidsgiverrollen, omstilling, bemanningstilpasninger, HMS, Personalportalen med flere. Helseforetaket har en lokal lederplattform basert på regionale og nasjonale føringer og et tilhørende lederutviklingsprogram for ledere på de laveste ledernivåene i organisasjonen. Til nå har omlag 600 av 1000 ledere på disse nivåene deltatt i programmet. Tema er verdibasert endringsledelse og virksomhetsstyring (økonomi, HR og kvalitet). Såkalte Nivå 3-samlinger arrangeres fire ganger i året for ledere på nivå 1 til 3. Det arrangeres også kvartalsvise inspirasjonssamlinger der samtlige ledere ved helseforetaket inviteres.

Foretaket har jevnt over god kontroll på tilgangen på kompetanse, men har fortsatt utfordringer knyttet til spesialsykepleiergruppen. Rekrutteringsutfordringene blant spesialsykepleiere gjelder i særlig grad operasjons-, anesthesi- og intensivsykepleiere. Det er derfor etablert et samarbeid mellom HR, helsefag og tillitsvalgte i kartlegging og iverksettelse av utdannings og rekrutteringstiltak innen disse gruppene. Det er etablert en egen rekrutteringsfunksjon sentralt for disse gruppene.

Det tilbys en rekke e-læringskurs for medarbeidere og ledere i Oslo universitetssykehus og vi registrerer en økende bruk av disse verktøyene i Oslo universitetssykehus.

## **5.6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring**

Oslo universitetssykehus HF står fremdeles overfor store økonomiske utfordringer i langtidsplanperioden grunnet de endringer som følger av Hovedstadsprosessen og overføring av oppgaver til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. De samlede kostnadene i Oslo universitetssykehus HF skal reduseres de neste årene på grunn av inntektsbortfall og for høyt inngående kostnadsnivå ved årsskiftet 2011/2012. Oslo universitetssykehus HF skal også gjennomføre store investeringer de nærmeste årene for å oppgradere eksisterende eiendomsmasse i samsvar med krav fra tilsyn, sikre oppdatert medisinsk teknisk utstyr og gå over på nye IKT-løsninger. Dette vil øke avskrivningskostnadene og fakturerte IKT-kostnader fra Sykehuspartner.

Oslo universitetssykehus HF fikk ved fremleggelse av Statsbudsjettet for 2012 stilt til rådighet 1 500 millioner kroner til omstillingsinvesteringer for årene 2010-2013. Videre er foretaket blitt prioritert i de regionalt finansierte IKT-prosjektene.

Oslo universitetssykehus har i 2012 revurdert arealutviklingsplanen og setter nå i gang idéfaseutredning for tre alternativer for utvikling av eiendomsmassen i foretaket. Det er en tett dialog med Helse Sør-Øst RHF om investeringsbehovet knyttet til både omstillingen og det løpende behovet for utskiftninger og oppgraderinger. Styret behandlet et investeringsbudsjett 17. desember 2012.

Driftssituasjonen for Oslo universitetssykehus HF er noe bedret grunnet høyere inntektsgrunnlag fra den innsatsstyrte finansieringen, justerte takster for kurdøgnpriser og oppdatering av inntektsgrunnlag fra andre helseregioner. Det er likevel slik at driftssituasjonen for de kommende årene vil være krevende. Utfordringen for foretaket er å redusere kostnadene ved å øke produktiviteten i organisasjonen. Mulighetene for resultatforbedring gjennom 2013 og de kommende årene er blant annet knyttet til at den somatiske døgnvirksomheten på Aker kan trappes ned og avvikles, at foretaket etter hvert

kan ta i bruk gjennomgående IKT-systemer, og at det legges til rette for ytterligere samlokalisering av fagområder og etablering av bærekraftige driftsenheter. Utover dette krever produktivitetsforbedringer at det gjennomføres standardisering av bemanningen så langt det er mulig og at andre fellestiltak blir besluttet og gjennomført.

I planperioden vil det løpende være behov for ordinære utskiftninger i medisinsk teknisk utstyr og et betydelig behov for vedlikehold/investeringer i eksisterende bygningsmasse i påvente av nye klinikkbygg.

Styret vedtok i oktober en områdeplan for IKT. I denne planen er det prioritert følgende områder:

- Stabil og forsvarlig drift, samt myndighetspålegg
- Understøttelse av omstillingsprosessen
- Videre digitalisering av informasjon og arbeidsprosesser, samt understøttelse av helseforetakets ' spesialoppgaver

I 2013 vil Oslo universitetssykehus HF styres etter et budsjettert underskudd på 200 millioner kroner. Dette innebærer en forbedring av det budsjetterte underskuddet i 2012 med 200 millioner kroner. Den overordnede oppgaven for den økonomiske styringen de neste årene vil være å bidra til at Oslo universitetssykehus HF kan komme i økonomisk balanse i 2014, og at driften deretter kan gi positive likviditetsbidrag til framtidige investeringer.



Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:  
Trondheimsveien 235  
0514 Oslo

Til: Helse Sør-Øst RHF

Sentralbord:  
02770

Fra: Oslo universitetssykehus, Stab forskning, innovasjon og utdanning

Org.nr:  
NO 993 467 049 MVA

Dato: 30.1.2013

[www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

## Regionale forskningsstøttefunksjoner for 3. tertial samt årsrapport 2012

### 1. Oppdrag

#### *Grunnlag for funksjonen*

Oslo universitetssykehus er fra og med 2010 tildelt oppgaven med å ivareta regionale forskningsstøttefunksjoner. Oppgaven er særskilt finansiert med basis i regionale forskningsmidler, og oppdrag gitt gjennom Oppdrag og bestilling 2012 fra Helse Sør-Øst (HSØ), punkt 5.2.3 Regional forskningsstøtte. Bemanning og funksjoner som inngår i oppdraget er i stor grad basert på en videreføring av oppgaver og finansiering gitt av tidligere Helse Øst til tidligere Ullevål universitetssykehus. I samråd med Helse Sør-Øst er funksjonene gradvis noe omdefinert og tilpasset nye organisasjonsstrukturer regionalt og som følge av etableringen av Oslo universitetssykehus.

#### *Dimensjonering, svingende etterspørsel og spesialisert kompetanse*

I oppdragsdokumentet fra 2011, som var mer detaljert enn i 2012, ble det presisert at ”i utgangspunktet bør Oslo universitetssykehus påregne at minst 20 % av tjenestene utføres i helseforetak og private ideelle sykehus i regionen, utenfor Oslo universitetssykehus, selv om forskningsstøtte til miljøer internt ved Oslo universitetssykehus vil utgjøre hoveddelen av virksomheten”. Av denne rapportens punkt 3, ”Leveranser”, fremgår hvor mange årsverk de forskjellige enhetene har til disposisjon for regionale forskningsstøttefunksjoner, herav andel som kan forventes benyttet utenfor OUS. Andel tjenester levert til andre helseforetak i HSØ og private sykehus i regionen med driftsavtale med HSØ vil variere noe over tid ut fra etterspørsel etter tjenester. OUS må derfor dimensjonere det samlede forskningsstøttetilbudet slik at det over tid er robust og dekker både egne og regionens behov. De ansatte har svært spesialisert kompetanse (som statistikere, kliniske monitorer, jurister, sykepleiere med veiledningskompetanse etc), og kortsiktige endringer/tilpasninger i bemanningen for å dekke svingende etterspørsel, kan ikke påregnes. OUS og HSØ har gjennom dialogmøter fortløpende diskusjoner om tilbudet.

### 2. Organisering og dimensjonering av regionale forskningsstøttefunksjoner

#### *Organisering*

I oppdraget er det ikke stilt eksplisitte krav til organisasjonsmodell. OUS har funnet det formålstjenlig å samorganisere den regionalt finansierte forskningsstøtten med de etablerte, lokale forskningsstøttefunksjoner ved OUS. Organiseringen er i tråd med sykehuset organisasjonsmodell for hva som organiseres i henholdsvis stabsenheter, i Oslo sykehusservice (servicedivisjon) og i klinikker. Forskningsseksjonen i Stab forskning, innovasjon og utdanning har en koordinerende funksjon mellom HSØ og enheter som yter regional forskningsstøtte i OUS, der virksomhetsområdet Forskningsstøtte i Oslo sykehusservice er største aktør (se under).

### *Tilgjengelighet for forskere i regionen*

Henvendelser fra eksterne samarbeidspartnere gis like høy prioritet som interne forespørsler ved OUS. Brukerne/forskerne tar direkte kontakt med de forskjellige enhetene for forskningsstøtte, inklusive juridiske tjenester og personvern. Det ligger kontaktinformasjon og veiledning både på OUS' intranett, på OUS' internett <http://oslo-universitetssykehus.no/fagfolk/forskning/forskningsstotte/Sider/side.aspx> og på HSØs internett [http://www.helse-sorost.no/fagfolk/forskning/Sider/side.aspx?utm\\_source=lenker&utm\\_medium=listetittel&utm\\_campaign=nhn](http://www.helse-sorost.no/fagfolk/forskning/Sider/side.aspx?utm_source=lenker&utm_medium=listetittel&utm_campaign=nhn) tilgjengelig for alle. Det jobbes kontinuerlig med oppgradering av web-portalen, og det er iverksatt tiltak for å sette opp lenker til denne i det enkelte helseforetak i regionen. Sykehuset orienterer om aktiviteten i Administrativt forskningsledernetverk i Helse Sør-Øst, og har i tillegg flere ganger henvendt seg pr brev til alle helseforetak i regionen med tilbud om orienteringsmøter. Respons på dette tilbudet har vært variabelt, men over tid ser vi styrkede relasjoner til flere miljøer som ikke i tilstrekkelig grad har vært kjent med tilbudet. En rekke foretak har også inngått formell avtale med personvernombudet. I 2012 er det også gitt en særskilt orientering til Regionalt forskningsutvalg.

### *Nærmere om enheter som yter regionale tilbud*

De regionale forskningsstøttefunksjonene ivaretas gjennom tverrfaglig samarbeid uavhengig av organisering av de forskjellige enhetene som ivaretar funksjonene:

**Stab forskning, innovasjon og utdanning (FIU)** er pr 3. tertial 2012 organisert i tre seksjoner, hvorav to har enkelte regionale forskningsstøttefunksjoner:

- Forskningsseksjonen (koordinerende ansvar)
- Innovasjonseksjonen

**Forskningsstøtte** er organisert under Oslo sykehusservice (OSS) som egen nivå 3-enhet.

Forskningsstøtte består av fem enheter hvorav fire har regionale forskningsstøttefunksjoner:

- Forskningsadministrasjon og biobank
- Klinisk forskningsstøtte
- Biostatistikk, epidemiologi og helseøkonomi
- Medisinsk bibliotek

De regionale forskningsstøtteenhetene driver operativ støtte gjennom kurs, bistand/rådgivning til forskere i regionen. Forskningsstøtte som spesielt er rettet mot helsefag er organisert i noen utvalgte klinikker.

**Juridisk kompetanse** er organisert under Juridisk seksjon, Stab økonomi, juridisk og IKT.

Juridisk seksjon ved Oslo universitetssykehus tilbyr regional forskningsstøtte til forskere i helseregion Sør-Øst. Det er totalt lite henvendelser og behov for hjelp som formidles til seksjonen. I løpet av året er nettsiden og presentasjon av regional forskningsstøtte - juridisk rådgivning gjennomgått og forbedret. For øvrig har seksjonen et samarbeid med Seksjon for personvern og informasjonssikkerhet og Forskningsstøtte i Oslo sykehusservice.

**Personvernombudsfunksjonen** er organisert som en del av Stab pasientsikkerhet og kvalitet i seksjon for personvern og informasjonssikkerhet. Personvernombudsfunksjonen gir veiledning i hvordan man ivaretar personvernet i forskning og kvalitetssikring. Fokuset er å kvalitetssikre og forenkle arbeidet med personvernet, og å sikre at mulighetsrommet i lovverket utnyttes til beste for både pasient, forsker, og sykehus. Personvernfunksjonen tilbys i to alternative modeller for bistand. Det ene alternativet er inngåelse av formell avtale om personvernombud for forskning, hvor det enkelte helseforetak søker Datatilsynet om unntak fra meldeplikten ved oppnevning av personvernombud for forskning utenfor REKs mandat. Dette omfatter mandat til å formalisere studier utenfor REKs mandat, interne kvalitetsregistre og helseregistre med forskning og kvalitetssikring som formål. Eventuelt behov for konsesjon og dispensasjon fra taushetsplikten for samme typer studier bistås med som en del av tjenesten. Det andre alternativet er at helseforetaket benytter personvernombudsfunksjonen som rådgivningsinstans innen personvern. Funksjonen er videre etablert i Oslo universitetssykehus seksjon for personvern og informasjonssikkerhet, og

trekker veksler på breddekompetansen i seksjonen. (Se <http://www.oslo-universitetssykehus.no/OMOSS/PERSONVERN/Sider/forskning.aspx>)

### **Stillinger i klinikker – aktive forskere med regionale støtte- og veiledningsfunksjoner, helsefag**

Det ytes regional rådgivning og veiledningstjenester fra forskere med spesiell kompetanse innen helsefag, som har sitt daglige virke i kliniske miljøer ved OUS. Funksjonene er tillagt to sykepleiere og en fysioterapeut, dels med akademiske bistillinger. Ordningen er videreført fra tidligere oppdrag i Helse Øst, og involverte personer har i 2012 bla. arrangert omfattende kursvirksomhet innrettet spesielt på forskningsmessig kompetanseheving for helsefaglige profesjoner (det henvises til egen prosjekttildeling og egen rapportering til HSØ for dette tiltaket, som også søkes videreført i 2013).

### **Andre tjenester som ytes, men som ikke belastes regional forskningsstøtte**

Ut over de personer som lønnes av det regionale forskningsstøttetilskuddet legger flere personer ned betydelig med tid knyttet til det regionale oppdraget. Dette gjelder blant annet direktør forskning, innovasjon og utdanning og spesialrådgivere i stab, som blant annet deltar i møter med HSØ, gjennomgår budsjetter og rapporter, deltar på enkelte relaterte møter/konferanser på sykehus i regionen etter invitasjon mv. Dette har en grenseflate mot OUS sin nav-funksjon for forskning i regionen og rapporteres ikke særskilt i tertial- eller årsrapporter. Stab for forskning, innovasjon og utdanning er også tildelt et koordinerende ansvar for etablering av et regionalt fagsenter for medisinske kvalitetsregistre på OUS.

### 3. Leveranser

I tabellen redegjøres det for aktiviteter for 3. tertial innen de oppgaver som er beskrevet i oppdragsdokumentet. Dette innebærer at de forskjellige oppgavene/områdene ivaretas av ressurser innen en eller flere av enhetene, redegjort for i kolonnene for ressurser. I kolonnen til høyre oppsummeres leveransene for 2012.

**RFS = regional forskningsstøtte**

Område	Ressurser som inngår i RFS (årsverk), inkl OUS	Oppgaver	Omfang av eller type aktivitet utenfor OUS i 3.tertial	Årsrapport 2012 Oppsummering
Forskning (Forskningsseksjonen - Stab FIU)	1,1 årsverk 20 % = 0,2 årsverk	Koordinering av regional forskningsstøtte	Faste møter og ad hoc møter mellom ledelsen i Stab FIU og Forskningsstøtte i OSS.  Deltagelse i regionale møter og utvalg.  Medlem av fagrådet i NorCRIN	Forskningsseksjonen har et generelt koordineringsansvar for den samlede regionale forskningsstøtten. Dette omfatter også budsjettering og økonomioppfølging på tvers av alle involverte enheter.
		Drift og videreutvikling av regional lagringsfasilitet for forskningsbiobanker	Rådgivning til brukere og interessenter regionale HF's.  Videreutvikling av regionalt tilbud om lagringsplass for forskningsbiobanker ved Myrens verksted.  To møter avholdt i Arbeidsgruppen for etablering av et Regionalt Biobanksenter. Sekretariatsstøtte gis av rådgiver.  Etablert kontakt med Helse-Vest for mulig samarbeid. Informasjonsmøte avholdt.	Løpende rådgivning til potensielle brukere i regionen samt utvikling av tilbudet ved Myrens.  Etablering av arbeidsgruppen for etablering av et Regionalt Biobanksenter (RBS). Totalt tre møter avholdt.
		CRISStin systemet	Felles fremstøt mot Sykehuspartner angående oppdatering av forskerpersonale er planlagt, men ikke gjennomført.	Tiltaket er satt på vent på grunn av mye arbeid med andre saker (økonomioppfølging HSØ-prosjekter). Deltakelse i nasjonal gruppe for utvikling av datavarehus og rapportfunksjonalitet knyttet til CRISStin.
		Ressurskartlegging	Leder nasjonal Ressursgruppe til støtte for NIFU. Ett møte avholdt i 3. tertial.	Møteserie er avholdt i Ressursgruppen, og resultatet er presentert i RHFenes strategigruppe for forskning og publisert.

Område	Ressurser som inngår i RFS (årsverk), inkl OUS	Oppgaver	Omfang av eller type aktivitet utenfor OUS i 3.tertial	Årsrapport 2012 Oppsummering
		Webprofilering av forskning og forskningstøttefunksjoner	Web-samordning og redigering/omlegging av inter-/intranett er utført.  Arbeid igangsatt for å ta i bruk sosiale medier for profilering av forskningsnyheter o.l.	Det har vært arbeidet med kompetanseheving når det gjelder forskningsformidling på web og bruken av web-verktøy. Bistand kan etter hvert tilbys andre helseforetak også når det gjelder norske sider. I samarbeid med UiO er det utarbeidet et opplegg for systematisk presentasjon av alle forskergrupper på norske og engelske nettsider.
		Regionale og nasjonale biobankprosjekter (i samarbeid med Avdeling for forskningsadm. og biobank)	IKT-prosjekter <ul style="list-style-type: none"> <li>eBiobank</li> <li>Biobank Norge</li> </ul> Deltagelse i to møter i den nasjonale arbeidsgruppen for <i>Best Biobanking Practice</i>	eBiobank: forhandling med leverandør av sporingssystem gjennomført, kontrakt signert for regional anskaffelse desember 2012.
<b>Administrativ forskningsstøtte</b> (Avdeling for forskningsadministrasjon og biobank)	<b>1,0</b>	Tilbud om rådgivning som ledd i kvalitetssikring for kliniske og helsefaglige forskningsprosjekter med søknadsplikt til REK.	Løpende rådgivning pr telefon og e-post.	Omfanget av råd og veiledning til forskere i andre foretak er forholdsvis stabil til sammenligning med tidligere år.  Mye råd og veiledning knytter seg imidlertid indirekte til forskere i andre helseforetak i HSØ som ledd i samarbeidsprosjekter.
	<b>0,5</b>	Rådgivning i forhold til lokal implementering og bruk av kvalitetssystemer for forskning.	Råd, veiledning og presentasjon av OUS' internkontrollsystem (Sykehuset Vestfold, Sunnaas og Modum Bad). Sykehuset Innlandet og Sykehuset Vestfold har også fått tilsendt relevante styringsdokumenter som mal for eget internt arbeid.	Det har i år vært noen enkelthenvendelser. Implementering og bruk av kvalitetssystemer for forskning må imidlertid sees i sammenheng med personvernfunksjonen – da dette utgjør en sentral del av et internkontrollsystem for forskning.
	<b>0,1</b>	Implementering og rådgivning i forhold til bruk av IKT-baserte systemverktøy (prosjektdatabase, forskningsproduksjon).	Forskningsstøtte er representert i nasjonal arbeidsgruppe i regi av CRISTin-organisasjonen i forbindelse med utvikling av prosjektkatalog og arbeidsgruppe for nasjonalt forskningsadministrativt system i regi av HSØ.	Arbeidet i nevnte grupper har ikke medført konkrete tiltak i 2012. Det forutsettes imidlertid at pågående prosesser videreføres i 2013.
	<b>0,9</b>	Forskningsweb – profilering av forskning og forskningsmiljø (ous-research.no).	Et tilbud til forskningsgruppene både internt på sykehuset og som modell for oppbygging av tilsvarende sider i andre foretak.	Tilbud om bistand til forskningsgrupper i andre foretak har vært presentert, men det har vært begrenset med henvendelser så langt.

Område	Ressurser som inngår i RFS (årsverk), inkl OUS	Oppgaver	Omfang av eller type aktivitet utenfor OUS i 3.tertial	Årsrapport 2012 Oppsummering
				I samarbeid med UiO er det utarbeidet et opplegg for systematisk presentasjon av alle forskergrupper på norske og engelske nettsider.
	0,1	Superbrukerfunksjon – registrering og oppfølging av publikasjoner i CRISStin.	Tilbud om assistanse fra superbruker i OUS på CRISStin testing høst 2011 og etablering i 2012.	CRISStin er nå operasjonalisert i HSØ. Deltakelse i nasjonal gruppe for videreutvikling av prosjektmodulen.
	1,5	Forskningsfinansiering, generell utforming av søknader og rapporteringer.	I hovedsak prosjekter som utgår fra OUS.	Generell bistand har vært presentert for andre foretak, men med begrensede henvendelser.
	1,5	EU-finansiering spesielt: utforming av søknader og rapporteringer.	Råd og veiledning i forbindelse med formalisering av EU-samarbeid. På dette området har vi etablert vellykket samarbeid med blant annet Sørlandet sykehus. Det ligger også an til en økning i antall søknader totalt sett rettet mot kliniske studier.	Erfaring i 2012 viser en økt interesse for EU-finansiering generelt og rundt kliniske studier spesielt.  Ny medarbeider på EU-siden f.o.m. 18. oktober 2012. Dette har vært viktig for å støtte opp om søknadsarbeid i høst, bl.a. til EU-rammeprogram, herunder ERC.  Foretak vi har besøkt har ytret økt interesse og vi forventer større etterspørsel i 2013.
	1,0	Regulatoriske forhold, samarbeidsavtaler om forskning og forskningsfinansiering.	Generell, ad hoc rådgivning i enkeltsaker.	Forespørsel rundt regulatoriske forhold og avtaler er økende. Noe av dette skyldes blant annet krav fra Forskningsrådet rundt samarbeidsavtaler.  Denne tjenesten har betydelige positive ringvirkninger i det en rekke spørsmål og avtaler berører samarbeidsprosjekter der flere helseforetak i HSØ er involvert.
	0,2	Rådgivning vedrørende administrasjon knyttet til opprettelse og kvalitetssikring av forskningsbiobank, herunder regionale samarbeidsprosjekter.	Brukerstøtte til forskere og strategisk rådgivning innen biobankvirksomhet - antall henvendelser fra regionen (utenfor OUS) utgjør 3. For 3. tertial omfatter denne enklere henvendelser.  Et noe større fokus på infrastruktur for biobank i 3. tertial (eBiobank/sporingssystem og lagringsfasiliteter).	Konkrete råd og veiledning rundt opprettelse og kvalitetssikring av forskningsbiobanker, må sees i sammenheng med vår generelle rådgivningsfunksjon i forbindelse med prosjekter som er fremleggelsespliktig for REK.  Det er samtidig overlapp mellom rådgivning ved opprettelse av forskningsbiobank og etablering av kvalitets- og forskningsregistre.  En økning i samarbeidsprosjekter på tvers av helseforetak i HSØ, har også positiv effekt for



Område	Ressurser som inngår i RFS (årsverk), inkl OUS	Oppgaver	Omfang av eller type aktivitet utenfor OUS i 3.tertial	Årsrapport 2012 Oppsummering
				samarbeidende forskere utenfor OUS.
	<b>0,4</b>	System for primærregistrering av strukturerte data i journalsystem (fokus på PAT data).	Dette er et utviklingsprosjekt der erfaring og system vil ha betydning for registeroppbygging og etablering av datavarehus.	Dette er et pågående prosjekt der vi forventer at resultatene vil ha betydelig overføringsverdi for satsningen rundt kvalitetsregistre. Dvs. innsamling og prosessering av data.
	<b>0,2</b>	Utvikling av nettside for regional forskningsstøtte.	Pågående utvikling av websider på internett.	Aktiviteten rundt nettsidene for regional forskningsstøtte har vært noe lavere i 2. og 3. tertial. Det planlegges imidlertid en oppgradering på enkelte områder i 2013.
	<b>7,4 årsverk</b> <b>20 % = 1,4 årsverk</b>			
<b>Juridisk forskningsstøtte</b> (Juridisk seksjon)	<b>1 årsverk</b> <b>20 % = 0,2 årsverk</b>	Juridisk rådgivning		Rådgivning i forhold til konkrete saker: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeidsavtale UiO - OUS om helseforskning og forskningsansvarlig</li> <li>• Samarbeidsavtale om Prosjekt Palante</li> <li>• Samarbeidsavtale- Foto- og videotjenesten, UiO og OUS</li> <li>• HF som Sponsor i et nordisk samarbeid</li> <li>• "Thromboelastography in Trauma Haemorrhage (TEGinTH)"</li> <li>• MeDALL, birth cohort data pooling agreement</li> <li>• Avtale med MD Anderson</li> </ul>
<b>Metodestøtte, klinisk forskningsstøtte og helsetjenesteforskning</b> (Avdeling for biostatistikk, epidemiologi og helseøkonomi)	<b>15 årsverk</b> 3 m/ prof.komp. i epidemiologi og biostatistikk 4 m/dr.grad. på førsteamanuensisnivå (1 still. i	Fungere som kompetansesenter for kliniske forskere ved OUS og HSØ. Gi veiledning til aktive forskere og stipendiater under doktorgradsprogrammet ved Det medisinske fakultet, UiO. Veiledningen inkluderer de viktigste fasene i klinisk forskning fra idé til publikasjon:	<b>Veiledningsprosjekt utenfor OUS:</b> <b>Lett:</b> n = 46 (39 %) regionale prosjekter av totalt 118 prosjekter av kort varighet som krever veiledning ≤ 1 måned. <b>Moderat:</b> n = 29 (32 %) regionale prosjekter av totalt 91 prosjekter som krever etterfølgende veiledninger ≤ 1 år.	Felles for alle besøk til regionale sykehus er at prosjektene ofte følges opp via e-post og telefon fra OUS mellom hvert besøk, mens det i noen prosjekter er aktuelt med hyppigere møter og de får da utvidet veiledningstid i OUS.  Kurs i klinisk forskningsmetodikk: 102 deltagere Workshop i helseøkonomisk evaluering: 60 deltagere

Område	Ressurser som inngår i RFS (årsverk), inkl OUS	Oppgaver	Omfang av eller type aktivitet utenfor OUS i 3.tertial	Årsrapport 2012 Oppsummering
	perm.)  7 m/mastergrad 1 IT rådgiver <b>20 % = 3 årsverk</b>	litteratursøk, metodevalg, valg av design, skrive protokoll, lage Case Report Form (CRF), databasedesign, databehandling, utføre statistikkanalyse, tolkning av resultater og diskusjon, skrive artikkel og til slutt publisere. Ansatte ved enheten reiser regelmessig til regionale sykehus for å veilede og holde foredrag. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrangere kurs i klinisk forskningsmetodikk.</li> <li>• Rådgivning for valg av IT-løsninger for store forskningsprosjekter og utvikling av IT-infrastruktur for forskning.</li> <li>• Drive aktiv forskning på eget fagfelt.</li> <li>• Medforfatter i publikasjoner (antall artikler registrert i PubMed pr. år).</li> <li>• Råd og veiledning i helseøkonomiske analyser.</li> <li>• Tilby forskningsstøtte innen helsetjenesteforskning.</li> </ul>	<p><b>Omfattende:</b> n = 20 (19 %) regionale prosjekter av totalt 106..</p> <p><b>Sum:</b> 95 (30 %) regionale prosjekter av totalt 315.</p> <p><b>Annen aktivitet:</b> Månedlig besøk m/veiledning og undervisning til forskere/stipendiater ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sørlandet sykehus HF (Kristiansand og Arendal)</li> <li>• Sykehuset Innlandet HF (Brumunddal)</li> <li>• Sykehuset Østfold HF (Fredrikstad)</li> <li>• Sykehuset i Vestfold (Tønsberg)</li> <li>• Sykehuset i Telemark (Skien)</li> <li>• Akershus universitetssykehus (Lørenskog)</li> </ul> <p><b>Statistisk poliklinikk:</b> 1 gang per uke (tirsdager kl 13-15). Hensikt: å tilby kort rådgivning, øyeblikkelig hjelp ved hastesaker, en mulighet til å bli kjent med sykehusets statistikere og epidemiologer. Antall henvendelser 2.tertial 2012: 8</p> <p><b>Aktiviteter innen helsetjenesteforskning</b> Helsetjenesteforskning har i tett samarbeid med Idèpoliklinikken (Innovasjon) ved OUS, veiledet på totalt 13 til dels omfattende prosjekter. Flertallet av prosjektene er lokalisert ved OUS og 4 er lokalisert ved andre institusjoner (sykehus/kommune).</p> <p>For å markedsføre det utvidede tilbudet innen helsetjenesteforskning, har vi jobbet med synliggjøring av tjenesten på nettsider og laget en ny avdelingsbrosjyre. Det vil i 2013 fokuseres på videre arbeid med nettverksbygging, og gjøre tilbudet kjent i form av oppsøkende aktivitet i helseforetakene og ved andre samhandlingsarenaer.</p>	<p>Statistisk poliklinikk: Henvendelsene følges om nødvendig opp via et langsiktig samarbeid med en eller flere av våre statistikere, epidemiologer eller helseøkonomer</p> <p>Publikasjoner i internasjonale tidsskrift (www.PubMed.gov): Totalt 99, utenfor HSØ 16, førsteforfatter 9</p> <p>Referee for internasjonale fagtidsskrift: Totalt 21 oppdrag</p> <p><b>Helsetjenesteforskning</b> I 1.tertial 2012 ble det arrangert en presentasjonsrunde sammen med avdeling for biostatistikk, epidemiologi og helseøkonomi ved alle helseforetak i HSØ, hvor helsetjenesteforskning hadde det administrative arbeidet. Målet med presentasjonen var å markedsføre tilbudet ved avdelingen, knytte kontakter, og få tilbakemelding/innpill fra miljøene om behov.</p> <p>Pløpet av våren ble det opprettet et samarbeid med avd. for helseledelse og helseøkonomi ved Universitet i Oslo, med bistand til protokollskrivning og søknader for Oslo kommune og OUS.</p> <p>Stillingen innen helsetjenesteforskning var ubesatt fra juni-november 2012. Det ble i november etablert et tett samarbeid med Idèpoliklinikken (Innovasjon) ved OUS som jobber tett mot prosjekter innen helsetjenesteforskning, med særlig fokus på samhandling. I dette arbeidet blir det gitt rådgivning og hjelp til praktisk gjennomføring av prosjekter, søknadsskriving (REK, NFR, HSØ), metodespørsmål knyttet til kost-nytte evalueringer.</p>

Område	Ressurser som inngår i RFS (årsverk), inkl OUS	Oppgaver	Omfang av eller type aktivitet utenfor OUS i 3.tertial	Årsrapport 2012 Oppsummering
			<p><b>Aktiviteter innen helseøkonomi</b></p> <p>Helseøkonomi oppgir å ha veiledet på 10 prosjekter. Flertallet av prosjektene er lokalisert ved OUS og 5 av disse prosjektene er lokalisert ved andre sykehus.</p> <p>I november ble den årlige workshop i helseøkonomisk evaluering arrangert, med over 60 deltakere og med flere innlegg fra forskningsprosjekter ved flere av helseforetakene i HSØ. Dette er et samarbeid mellom kjernekompetansemiljø i helseøkonomisk vurdering (HEHØ) ved Universitet i Oslo og OUS.</p>	<p>Enkelte av prosjektene er store og omfattende, som blant annet samhandlingsprosjektene vi har i samarbeid med Sunnaas sykehus.</p> <p>Det ble også etablert god kontakt med avd. for helseledelse og helseøkonomi ved Universitet i Oslo og lagt planer for videre arbeid.</p> <p>For å markedsføre det utvidede tilbudet innen helsetjenesteforskning, har vi jobbet med synliggjøring av tjenesten på nettsider og laget en ny avdelingsbrosjyre. Link til nettside: <a href="http://www.oslo-universitetssykehus.no/fagfolk/forskning/forskningsstotte/tema/biostatistikk-epidemiologi/Sider/side.aspx">http://www.oslo-universitetssykehus.no/fagfolk/forskning/forskningsstotte/tema/biostatistikk-epidemiologi/Sider/side.aspx</a></p> <p><b>Helseøkonomi</b></p> <p>I 1.tertial 2012 ble det arrangert en presentasjonsrunde av avdeling biostatistikk, epidemiologi og helseøkonomi ved alle helseforetak i HSØ, hvor en representant fra helseøkonomi presenterte sitt område.</p> <p>Helseøkonomene bidrar med råd og veiledning på prosjekter med bl.a. søknadsskriving og helseøkonomiske evalueringer, i tråd med tidligere aktiviteter HSØ. I november ble den årlige workshop i helseøkonomisk evaluering arrangert, i tett samarbeid med kjernekompetansemiljø i helseøkonomisk vurdering (HEHØ) ved Universitet i Oslo.</p>
<b>Klinisk forskningsstøtte</b> (Avdeling for klinisk forskningsstøtte)	<b>4,7 årsverk</b> <b>20 % = 0. 94 årsverk</b>	Deltagelse i NorCRIN og underliggende arbeidsgrupper. Avdelingen er representert i 3 av de fire gruppene (SOPer, GCP, monitorering).  Kursing i GCP for alle	Det har vært et NorCRIN-møte, to møter i monitoreringsgruppa og et møte i SOP-gruppa. Det har vært jevn aktivitet i SOP-gruppa fordi det planlegges en versjon 2.0 av alle SOPene i løpet av 2013. Spesielt har innsatsen vært stor for datahånderings-SOPene da det finnes lite informasjon i versjon 1.0. "Nordic Monitoring Network" hadde sitt første møte i	Forskningstøtte har deltatt på alle NorCRIN-møtene i 2012 samt vært en sterk bidragsyter i SOP-gruppa med tanke på versjon 2.0 av SOPene og i monitoreringsgruppa. SOPene har også vært lagt ut på OUS sitt internett i form av kvalitetsdokumenter og maler, sjekklister osv. Dette har gjort det mulig for andre sykehus i HSØ å slippe å implementere alle SOPene

Område	Ressurser som inngår i RFS (årsverk), inkl OUS	Oppgaver	Omfang av eller type aktivitet utenfor OUS i 3.tertial	Årsrapport 2012 Oppsummering
		<p>interesserte i HSØ GCP-rådgivning om skriving av protokoll, dokumentasjonskrav osv. Gjelder spesielt legemiddelstudier.</p> <p>Monitorering innbefatter bl.a. verifisering av data i CRF i forhold til kildedokumentasjon, at sikkerhetsdata er registrert og rapportert i hht til lovverk, at alle essensielle dokumenter er på plass, at fasiliteter til for eksempel lagring av biobanker er adekvate og at samtykke er gitt.</p> <p>Datahåndtering innbefatter utforming av CRF og/eller randomiseringsmodul, hjelp til opprettelse av database i samarbeid med Institutt for medisinsk informatikk, verifisering av data og utlevering av SPSS-filer samt rådgiving innen nevnte oppgaver.</p>	<p>København 8. oktober 2012 med 3 deltagere fra OUS.</p> <p><b>Kurs:</b> Et kurs ble avholdt 13. september med 43 deltagere hvorav 4 fra HSØ (inkl. universitetet), 1 fra Inven2 og 1 fra et legesenter. Et kurs ble avholdt 29. november med 36 deltagere hvorav 10 fra HSØ (inkl. universitetet), 1 fra Helse Bergen og 3 fra kommersielle aktører. Generell veiledning gis til alle som spør. Det ble satt opp møter for 8 studier som trengte generell GCP/monitoreringsrådgivning, og 4 studier som ønsker datahåndteringsrådgivning.</p> <p><b>Monitorering:</b> Av de totalt 21 studiene er 15 på oppdrag fra OUS og 4 fra HSØ (inkl 1 fra UiO) og 2 fra Helse-Midt.</p> <p>Gradering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lette: 6 fra OUS, 2 HSØ (&lt; 5 arbeidsdager)</li> <li>• moderate: 5 fra OUS, 2 fra HSØ, 2 fra Helse-Midt (5-10 arbeidsdager)</li> <li>• tunge: fra 4 OUS (&gt; 10 arbeidsdager).</li> </ul> <p>De fleste studier der AKF er ansvarlig for datahåndteringen er initiert av OUS eller grupper som Nordisk lymfomgruppe der prosjektleder er ansatt ved OUS. Data samles fra bl.a. sentra innen HSØ. I 3. tertial 2012 ble det jobbet med 17 studier.</p> <p>Gradering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 lette (&lt; 5 arbeidsdager)</li> <li>• 2 moderate (5-10 arbeidsdager)</li> <li>• 3 tunge (&gt; 10 arbeidsdager)</li> </ul>	<p>selv. En person har fått opplæring i internettpublisering og har hatt ansvar for våre nettsider.</p> <p>Det ble holdt 4 GCP-kurs i 2012. Kurset er blitt forlenget fra 5 til 6 timer og strukturen og innholdet er revidert. Det er også blitt holdt et eksternt GCP-kurs. Det satses mer og mer på rådgivning for å hjelpe forskerne til å skrive en god protokoll, samt sørge for en hensiktsmessig datahåndtering. Høst 2012 startet poliklinikkjeneste på tirsdager kl. 13-15. Hensikten er å tilby rådgivning til et tidlig tidspunkt i forskningsprosessen.</p> <p>Av fire monitorer (tre med HSØ-finansiering) har to sluttet i 2012 og en person har gått i foreldrepermisjon. Alle er blitt erstattet. Ingen forespørsler om monitorering av studier initiert i HSØ er blitt avslått i 2012. Det har vært et avslag totalt for en studie fra Flymedisinsk. Avslaget skyldtes dårlig kapasitet da de nye monitorene ikke var ansatt ennå.</p> <p>En av datahåndtererne med HSØ-finansiering har gått fra vikariat til fast stilling, og én med delvis HSØ-finansiering er i foreldrepermisjon. Sistnevnte er erstattet med et vikariat. To studier initiert på OUS samt en studie initiert av Flymedisinsk er blitt avslått i 2012. Avslagene skyldtes dels dårlig kapasitet og dels at oppgavene kan ivaretas innad i forskningsgruppen.</p>

Område	Ressurser som inngår i RFS (årsverk), inkl OUS	Oppgaver	Omfang av eller type aktivitet utenfor OUS i 3.tertial	Årsrapport 2012 Oppsummering
Innovasjon (Innovasjonsseksjonen - Stab FIU)	3 årsverk  20 % = 0,6 årsverk	<p><b>MÅL:</b>  <b>Innovasjon</b> skal bidra til å utvikle og innføre nye produkter og tjenester, pluss virksomhetsforbedringer i form av bedre og mer kostnadseffektive prosesser, organisatoriske løsninger og pasientforløp. Regional forskningsstøtte skal bidra til å styrke vilkårene for gjennomføring av innovasjonsprosesser i regionen.</p> <p><b>Regional forskningsstøtte:</b>  - Rådgivning i forhold til implementering og bruk av kvalitetssystemer for forskning og indikatorer for innovasjon, nasjonale IKT-baserte systemverktøy for forskning, inkludert det nasjonale forskningsinformasjonssystemet CRISStin.</p> <p>- Gi støtte til forskningsbaserte innovasjonsprosesser og ha nært samarbeid med innovasjonsselskapet Inven2 og bidra med:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rådgivning vedrørende utnyttelse og spredning av kunnskap og ideer fra forskning og rådgivning om felles muligheter for innovasjon på tvers av helseforetakene.</li> </ul>	<p><b>Møter:</b>  I regionen har vi et nært samarbeid og mange møter med Ahus, Sykehuset Østfold og Sunnaas sykehus. Møtene er dels prosjekterelatert, men også av strategisk karakter. Vi deler vår erfaring med innovasjonsarbeid: Hvordan bygge opp en infrastruktur og prosessering av ideer. OUS har god erfaring med bruk av tjenstedesign i prosjektutvikling og har delt grunnlagsmaterialet med Ahus.</p> <p>Handlingsplan for Innovasjon HSØ er presentert for Forskningsutvalget i HSØ.</p> <p>Idépoliklinikken deltok med presentasjon på Velferdsteknologikonferansen i Trondheim. Møte med Forskningsrådet om hvordan vi skal posisjonere oss for å få gjennomslag for våre innovasjonsprosjekter.</p> <p>Møter med Innovasjonsschlüssen Västra Götaland om samarbeid om innovasjonsprosessering. Telefonmøter med Haukeland</p> <p><b>Innovasjonsnettverket HSØ:</b>  Planlegging og presentasjon i nettverksmøtet for å dele erfaringer og bygge opp innovasjon i regionen.</p> <p><b>Sekretariatsfunksjon for HSØ:</b>  Idépoliklinikken har gjennom samarbeidet med Bjørn Grønli deltatt i flere aktiviteter:  Møter med CHRISStin for å tilpasse databasen for innovasjon i henhold til Oppdragsdokumentet  Møter med UiO for sammen med Inven2 å planlegge aktiviteter i Innovasjonsåret 2013.  Møte om Aker som samhandlingssenter.</p> <p><b>Samhandling med kommunen</b>  Samarbeidet med Geriatrikksressursenter, Oslo kommune om DesignPilot 2012, Almas hus er avsluttet.</p>	<p>Innovasjonsseksjonen har gjennom året jobbet målbevisst for å utbedre webløsningen for mottak og prosessering av ideer. Neste versjon av <a href="http://www.idepoliklinikken.no">www.idepoliklinikken.no</a> vil være tilpasset de nye nasjonale innovasjonsindikatorene. Den nye versjonen har balansert ønsket om å være et lavterskeltilbud samtidig som ressursene konsentreres på de av ideene som skal gjennom de 3 fasene for innovasjonsprosjekter. Det er stor interesse i Ahus og sykehuset Østfold for dette arbeidet, også i andre helseregioner (Helse Vest og Helse Midt) og utover landets grenser.</p> <p>Innovasjonsseksjonen har funnet sin plass i organisasjonen. Vår rolle er blitt tydeligere, og våre tjenester er etterspurt internt og eksternt.</p> <p>Prosjektporteføljen omhandler ventetider, pasientflyt og logistikk. Vi har søkt og fått innovasjonsmidler til å engasjere leverandører av tjenstedesign som verktøy i utvikling av prosjektene både fra Norsk Designråd og Helse Sør-Øst.</p> <p><b>Kost/nytte vurderinger</b>  Innovasjonsseksjonen har fått på plass både prosess og metodiske verktøy i arbeidet med å vurdere innovasjonsprosjekter. Disse verktøy er basert på velkjente internasjonale skjema (HTA, Health Technology Assessment), og har blitt testet ut i praksis. Vi har etablert et godt nettverk i og utenfor sykehuset, som legger godt til rette for fremtidig innhenting og analyse av data. Alt dette arbeidet er med på å kvalitetssikre Innovasjonsseksjonens anbefalinger om fullskala implementeringer og spredninger av nye tjenester og prosesser i regionens og nasjonens helsetjenester. Antallet aktive verdivurderingsprosjekter er også i sterk økning.</p>

Område	Ressurser som inngår i RFS (årsverk), inkl OUS	Oppgaver	Omfang av eller type aktivitet utenfor OUS i 3.tertial	Årsrapport 2012 Oppsummering
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Rådgivning og formidling av kontakt med hensiktsmessige kompetansemiljøer, herunder Inven2.</li> <li>Rådgivning om finansieringsordninger for innovasjon.</li> </ul>	<p>Tjenestetilbudet Almas hus – velferdsteknologisk senter for personer med kognitiv svikt og demens er i drift etter avsluttet prosjekt. Det er laget 2 filmer og 1 digital historie om tjenesten, som eies og brukes av Geriatrisk ressurscenter.</p> <p><b>Samarbeid med andre:</b> Samarbeidet med Kreftforeningen, Inven2, Oslo Medtech om ønskebrønn for pasienter.</p>	
<p><b>Forsker-utdanning og regionale veilednings-funksjoner</b></p> <p>(Helsefaglige funksjoner organisert i Akuttklinikken, Kreft-, kirurgi- og transplantasjons-klinikken og Klinik for kirurgi og nevrofag)</p>	<p>3 – hvorav 1 nylig tilsatt er kombinert professorstilling</p> <p><b>20 % = 0,6 årsverk</b></p>	<p>Veiledningsoppgaver</p> <p>Forskningsveilederkurs</p> <p>Informasjon om forskerutdanning</p> <p>Initiering av forsknings- og fagutviklingsprosjekter og deltagelse i faglige nettverk knyttet til ulike forskningsprosjekter</p> <p>Veiledning i protokollskrivning og søknadsprosedyrer for forskning</p> <p>Søknader innen forsknings- og fagutviklingsmidler for sykepleiere.</p> <p>Veiledning i gjennomføring av prosjekter, bidra i analyse og tolkning av resultater.</p> <p>Veiledning i skriving av vitenskapelige artikler, rapporter og konferansepresentasjoner.</p> <p>Foredrag/kurs/undervisning.</p>	<p>En rekke veilederoppgaver innen stipendiat-/mastergrad-/forsknings-/fagutviklingsprosjekter.</p> <p>Prosjekt for kompetanseheving innen helsefaglig profesjoner, søknad om gjentakelse av kurset i 2013 sendt HSØ ved Ø Krüger.</p>	<p>Det gjennomføres en rekke regionale kurs innen forskningsstøtte, som det er redegjort for under de øvrige enheter.</p> <p>Ledelse av nettverket FYSIOFORSK – forum for fysioterapiforskning, OUS.</p> <p>Deltagelse i Nordisk nettverk for bekken- og ryggplager</p> <p>Deltagelse i styret for Norsk Forening for Ryggforskning.</p> <p>Medveileder i stipendiatgruppe Norsk senter for Aktiv Rehabilitering (NAR).</p> <p>Prosjekt for kompetanseheving innen helsefaglig profesjoner, søknad om gjentakelse av kurset i 2013 sendt HSØ ved Ø Krüger.</p> <p>Databasestøtte m.m til 3 forskningsprosjekter ved øyeavdelingen.</p> <p>Veiledning prosjekt om sorgstøtte for etterlatte etter 22. juli 2011, Ahus.</p> <p>Sentral i utvikling av pasientderiverte scorer innen revmatologi på europeisk nivå for Diakonhjemmet Sykehus.</p> <p>Seminar Akershus, Nordisk nettverksmøte Trondheim.</p> <p>Ledet tverrfaglig seminar Muritunet, Valldal, Helse Midt Norge.</p>

Område	Ressurser som inngår i RFS (årsverk), inkl OUS	Oppgaver	Omfang av eller type aktivitet utenfor OUS i 3.tertial	Årsrapport 2012 Oppsummering
		Prosjektgjennomføring for styrking av helsefaglig forskning.		
<b>Bibliotekstjeneste</b> (Avdeling for medisinsk bibliotek)	<b>2 årsverk</b>  <b>20 % = 0,4</b>	Litteratursøk utført på oppdrag.  Mulighet for bestilling av litteratur/tidsskriftartikler.  Kurs og opplæring i bruk av databaser og andre elektroniske ressurser.	Litteratursøk, utført på oppdrag.  Videreutdanning innen Jordmorfaget, fra Vestre Viken høst 2012  Bestilling av litteratur/ tidsskriftartikler.  Kurs og opplæring Veiledning og rådgivning, herunder også foredragsvirksomhet i regionen o.a.  EndNote-kurs på Sunnaas med 12 deltakere, 2.11.2012  Kursdeltakere fra regionen i 3. kvartal 2012: 0	Alle oppgavene knyttet til kjerneaktivitetene som biblioteket er satt til å betjene både innad for brukere i OUS og overfor forskere i HSØ som mangler eller har et mangelfullt bibliotektilbud. Størst interesse har det til nå vært for tjenester som kurs og opplæring.
<b>Personvern</b> (Seksjon for personvern og informasjonssikkerhet)	<b>2 årsverk</b>  <b>20 % = 0,4</b>	Tjenester og kompetanse som leveres:  1. Formell tilrådning ved opprettelse av personregistre med formål intern kvalitetssikring av diagnostisering og behandling, ref HPL § 26. 2. Formell tilrådning for kvalitetsstudier, helsetjenesteforskning og annen forskning utenfor REKs mandat 3. Formell anbefaling om innvilgelse av konsesjon når det er nødvendig for gitt forskningsformål 4. Bistand til søknad om dispensasjon fra taushetsplikten for studier utenfor REKs mandat, og	Foretak som har inngått formell avtale med personvernombudet ut over OUS, ref punktene 1-10 under oppgaver: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sunnaas sykehus</li> <li>• Diakonhjemmet sykehus</li> <li>• Sykehuset Innlandet</li> <li>• Lovisenberg Diakonale Sykehus</li> <li>• Revmatismesykehuset på Lillehammer</li> <li>• Vestre Viken HF</li> <li>• Kreftregisteret</li> <li>• Sykehusapotekene HF (inngått avtale, og oversendt til Datatilsynet for formalisering)</li> <li>• Martina Hansens Hospital for å avklare om de ønsker formell avtale om PVO.</li> </ul> Avtalene er knyttet til formell utnevning av personvernombud, som er en personlig utnevning med godkjenning fra Datatilsynet. Ordningen med personvernombud har hjemmel i personopplysningsforskriften § 31 og er innført for å forbedre og forenkle arbeidet med personvern.	Midlene fra RHFet dekker 2 stillinger á 100 %. Disse midlene er operativt fordelt på alle ansatte ved seksjonen, slik at den samlede kompetanse er tilgjengelig. De RHF-midler som Oslo universitetssykehus tilføres for å yte denne funksjonen er således utnyttet maksimalt, til beste for forskere i regionen.  Funksjonene omfatter både formell tilrådning for studier/registre utenfor REKs mandat for de foretak som har inngått formell avtale om personvernombud. Slik avtale er inngått med 9 virksomheter i regionen. Det er videre etablert et tettere samarbeid med Ahus med jevnlig møter med deres personvernfunksjon.  Videre omfatter funksjonen råd og veiledning innen personvern og informasjonssikkerhet i forskning, inkludert opplæring, samt tilgjengeliggjøring av maler for samtykker, databehandleravtaler, se webside: <a href="http://www.oslo-universitetssykehus.no/OMOSS/PERSONVERN/Sider/forskning.aspx">http://www.oslo-universitetssykehus.no/OMOSS/PERSONVERN/Sider/forskning.aspx</a>

Område	Ressurser som inngår i RFS (årsverk), inkl OUS	Oppgaver	Omfang av eller type aktivitet utenfor OUS i 3.tertial	Årsrapport 2012 Oppsummering
		<p>5. Internkontroll av informasjonssikkerhet, personvern og sikring av hjemmelsgrunnlag for forskningsstudier</p> <p>6. Faglige innlegg ifm kurs/opplæring</p> <p>7. Deltakelse i lokale arrangement ved andre foretak, gjennomført ved VV og SI i inneværende rapporteringsperiode</p> <p>8. WEB-side som inngår i avtalen om PVO</p> <p>9. Generell rådgivning innen personvern og informasjonssikkerhet</p> <p>10. Revisjon innen personvern og informasjonssikkerhet</p> <p>Pågående prosjekt som vil forenkle forskningsadministrasjon og styrke personvernet (samarbeid med FIU-staben og IKT):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtykkeregister med tematisk konsesjon</li> <li>• Levende samtykke, for innhenting av samtykker/dialog med pasienten</li> </ul> <p>Prosjektet ”levende samtykke” er under organisering i KKT-klinikken. Dokumentasjonen fra dette prosjektet vil kunne benyttes for vurdering/etablering i andre virksomheter.</p>	<p>Kvalitetsstudier, annen forskning enn medisinsk og helsefaglig forskning, og interne kvalitetsregistre behandles og gis formell tilrådning av personvernombudet. Med unntak av Vestre Viken har alle disse foretakene gitt beskjed om at de opprettholder også avtalen om internkontroll for forskningsprosjekter som behandler personopplysninger, selv om prosjektet skal godkjennes av REK. Dette innebærer at melding sendes personvernombudet også for prosjekt som godkjennes av REK, og at kompetansesenteret gjør internkontrollen i tillegg til formelle tilrådninger for de registre/studier som er utenfor REKs mandat.</p> <p>Etablert jevnlig møter med Ahus PVO/sikkerhetsledelse, slik at kompetansen og erfaringene fra den regionale tjenesten ved OUS også tilgjengeliggjøres ved Ahus som har eget PVO.</p>	



Vedlegg til årlig melding – redegjørelse for bruk av insentivmidler 2012 (ref brev fra HSØ 08/00604-38)

Nr	Klinikk, Avdeling, Prosjektansvarlig	Kort beskrivelse av søknad	Søkt sum	Bruk av insentivmidler
1	Medisinsk klinikk. Generell indre medisin avd.	Avdelingen hadde søkt midler året før til prosjekt: endring av den ordinære kontaktsykepleie modellen til studenttettpost og målet var mer fokus og økt kunnskap og trening innenfor teamarbeid og ledelse i sykepleietjenesten. Pga en meget positiv tilbakemelding fra studenter søker de midler igjen for å fortsette med prosjektet. I tillegg har de behov for frikjøping av praksisveileder 2 dager pr uke til veiledning av studenter.	188 700	Søknaden ble innvilget og utbetalt av resterende insentivmidler for 2011-2012
2	Hjerte, lunge- og karklinikken Kardiologisk sengepost	Kardiologisk sengepost har drevet studenttettpost i flere år. I 2011 søkte avdelingen insentivmidler for å øke kvantitet og tok dermed i mot flere studenter enn noen gang. Nå søker avdelingen midler for å øke kvaliteten ved å sende noen av sykepleiere som er direkte involvert i oppfølging av studenter på veiledningskurs og utdanning innen pedagogikk. Midlene skal brukes på kurs, utdanningskostnader og leie av vikarer.	81 878	Søknaden ble innvilget og utbetalt av resterende insentivmidler for 2011-2012
3	Hjerte, lunge- og karklinikken Karavdelingen	Karavdelingen søker om insentivmidler i forbindelse med å ta i mot flere studenter. Karavdelingen har høy andel av studenter i forhold til antall sykepleiere. Avdelingen søker midler for å kunne oppbemanne / avsette dedikerte ressurser for å gi bedre kvalitet på oppfølging og veiledning til studenter ved å sende de studentansvarlige på kurs og innleie av vikarer.	126 000	Søknaden ble innvilget og utbetalt av resterende insentivmidler for 2011-2012
4	Kreft-, kirurgi- og transplantasjons klinikken Gastro- og barnekirurgisk avd.	Avdeling for gastro- og barnekirurgi har økt motakk av antall studenter for dette studieåret. For å tilrettelegge en god oppfølging av disse studentene har avdelingen søkt på midler. Det er til å arrangere inspirasjonsdager for kontaktsykepleier (hvor de kan forbrede seg til å ta imot studenter), undervisning av kontaktsykepleierteamet (krever frikjøp av deltakelse, innleie av høgskolelektor, servering og materiell) og frikjøp av sykepleier til å ha ansvar for studenter, kontaktsykepleiere og forberedelse av praksisperiodene.	291 800	Søknaden ble innvilget og utbetalt av insentivmidler for 2012
5	Medisinsk klinikk Nyremedisinsk sengepost	Avdelingen har startet et studieprosjekt i høsten 2010 ”endring fra kontaktsykepleie modell til studentsamhandlings modell” hvor fokuset er ”problem basert læring” I en studenttettpost. Ønske om å fortsette med dette prosjektet og ha studenttettpost, øke kunnskap om denne modellen hos nyansatte og øke kompetanse hos kontaktsykepleiere innenfor veiledning av studenter søker dermed avdelingen på midler. Det er også ønskelig med å	300 000	Søknaden ble innvilget og utbetalt av insentivmidler for 2012

Nr	Klinikk, Avdeling, Prosjektansvarlig	Kort beskrivelse av søknad	Søkt sum	Bruk av insentivmidler
		gjennomføre en studie som omhandler blodtrykksmåling av inneliggende pasienter.		
6	Klinikk for kirurgi og nevrofag Plastikkirurgisk sengepost	Avdelingen har lang erfaring med å drive studenttettpost og med forskjellige studentprosjekt. Avdelingen ønsker å heve veilederkompetanse hos de ansatte /studentveiledere. Det er ønskelig om å søke midler til å dekke lønnsutgifter for at 6 sykepleiere på sengeposten skal tas ut av drift for å delta på kurs ”Veiledning og vurdering av sykepleierstudenter” i regi av HiOA.	30 000	Søknaden ble innvilget og utbetalt av insentivmidler for 2012
7	Klinikk for kirurgi og nevrofag Ortopedisk voksenpost	En av erfarne sykepleiere tas ut av drift i klinikken til forberedelse og oppfølging av studenter. Avdelingen er nødt til å erstatte dette ved å leie inn vikarer. Det søkes midler til å dekke utgifter og samtidig sende den student ansvarlige sykepleieren til kurs. Hensikten er å heve kompetanse hos studentansvarlig sykepleier og dermed kvalitet på praksisplass.	123 060	Søknaden ble innvilget og utbetalt av insentivmidler for 2012
8	Kvinne- og barne- klinikken Barnemedisinsk avdeling	Klinikken har vært preget av betydelige endringer og arbeidspress i de siste. Utskifting av sykepleiere og nedbemanning kan gå utover studenter og begrense antall motakk av studenter i hver praksisperiode. Avdelingen søker derfor insentivmidler for å sende de studentansvarlige sykepleiere på kurs samt og dekke utgifter til innleie av vikarer.	48 000	Søknaden ble innvilget og utbetalt av insentivmidler for 2012
9	Kvinne- og barne- klinikken Kvinneklinikken gynekologisk kreft sengepost	Kvinneklinikken gyn kreft sengepost er i en prosess hvor to lokalisasjoner slås sammen til en. Dette resulterer en stor sengepost med 43 sengeplasser. Det er viktig at i en så stor avdeling er flere sykepleiere som har veiledning kompetanse. Avdelingen søker insentivmidler nettopp for å dekke utgifter til å sende 4 sykepleiere til veileder kurs for bachelor studenter.	24 000	Søknaden ble innvilget og utbetalt av insentivmidler for 2012
10	Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken Seksjon for sengeposter	Hovedmålet med prosjektet er å styrke kontaktsykepleier sin veiledningskompetanse. Avdelingen vil rette fokus på veilederrollen og ansvaret dette innebærer, og dermed legge et grunnlag som gir en bedre forberedelse til praksisperioden. Dette skal gjennomføres via fag dager og seminarer som også er godkjent av NSF.	135 500	Søknaden ble innvilget og utbetalt av insentivmidler for 2012
11	Hjerte, lunge- og kar klinikken Thoraxkirurgisk sengepost 1	Avdelingen søker midler til å sende sykepleiere som skal være kontaktsykepleier for studenter på kurs. Kurset arrangeres på HiOA og varer i tre dager. Midlene vil bli brukt for å dekke kostnader ved å erstatte kursdeltakende sykepleiere med ekstravakter, samt kurs kostnader.	328 500	Søknaden ble innvilget og utbetalt av insentivmidler for 2012

Nr	Klinikk, Avdeling, Prosjektansvarlig	Kort beskrivelse av søknad	Søkt sum	Bruk av insentivmidler
12	Kvinne- og barneklubben Gynekologisk avdeling	Avdelingen ønsker å øke kvalitet på praksisplasser som tilbys studenter. Avdelingen skal gjennomføre dette ved å sende alle sykepleiere i avdelingen på seminar i gynekologi. Midlene skal brukes til kostnadene til seminaret, honorar og foredragsholdere.	21 000	Søknaden ble innvilget og utbetalt av insentivmidler for 2012

Insentivmidler for kalenderåret 2012 mottatt fra HSØ Kr 1 325 000

Tildelt insentivmidler i kalenderåret 2012 Kr 1 301 860

Resterende beløp i kalenderåret 2012 Kr 23140

Helseforetakene i Helse Sør-Øst  
Diakonhjemmet sykehus  
Lovisenberg Diakonale sykehus  
Betanien Hospital  
Martina Hansens Hospital  
Revmatismesykehuset

**Vår referanse:**

08/00604-38

**Deres referanse:****Dato:**

22.02.2012

**Saksbehandler:**

Gunvor Ånestad, +47 976 76 345

## **Insentivmidler til økt inntak og kvalitet på praksisplasser for høgskolestudenter i 2012**

Helse Sør-Øst RHF har sett behov for økonomiske insentiver for at helseforetakene/sykehusene skal øke praksisinntaket for høgskolestudenter. Dette for å understøtte normative krav i oppdragsdokumentene og gi anerkjennelse for at utdanningsaktivitet innenfor helse- og sosialfagutdanning, som i store deler er basert på praksisstudier, er et tosidig forhold mellom høgskoler og helseforetak, der det må balanseres mellom aktivitetsforutsetninger og ressurstilføring.

I 2011 ble det satt av insentivmidler med 5 mill. kroner til fordeling. Samarbeidsorganet for høgskolene og helseforetakene i regionen har vært delaktig i hvordan midlene ble fordelt, og har i oppfølgingen erfaring for at bevilgningen har inspirert til nytenkning både for organisering av praksisplasser og tiltak for å effektivisere veiledning og læringsutbytte. Derfor er bevilgningen videreført også i 2012 (studieåret 2012/13) på samme nivå som i 2011 med prisjustering.

Midlene for 2012 er lagt inn i helseforetakene/sykehusenes rammer og etter samme fordelingsnøkkel som i 2011.

Saken er omtalt i oppdragsdokumentene til helseforetakene, hvor det er sagt at helseforetakene/sykehusene skal gis økonomisk insentiv til å øke praksisinntaket, og at ressursøkningen skal synliggjøres i forhold til praksiskoordinatorne. Derfor sendes dette brevet med kopi direkte til dem. Helse Sør-Øst RHF forutsetter at det er praksiskoordinator i det enkelte helseforetak/sykehus som har best forutsetning for å vurdere hvordan insentivmidlene kan brukes på beste måte til å øke kvantitet og kvalitet på praksis.

Helse Sør-Øst RHF ønsker heller ikke i år å legge ytterligere føringer på bruken av insentivmidlene, **men forutsetter at det enkelte helseforetak/sykehus i etterhånd rapporterer kort i årlig melding om hva midlene ble brukt til og om resultatet i forhold til praksismottak av høskolestudenter innen helse- og sosialfag for studieåret 2012/2013.**

Med vennlig hilsen  
Helse Sør-Øst RHF



Alice Beathe Andersgaard  
Fagdirektør



Gunvor Ånestad  
Prosjektdirektør

Kopi kun pr. e-post til:  
Praksiskoordinatorene ved helseforetakene og høskolene i helseregion sør-øst  
Representantene i Samarbeidsorganet for høskolene og helseforetakene i helseregion sør-øst

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14 februar 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

---

### **SAK 6/2013 OPPDRAG OG BESTILLING 2013 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Eiers oppdrag og bestilling vil bli ettersendt styret etter at det er vedtatt på foretaksmøte 8. februar 2013.

Oslo den 7. februar 2013

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. februar 2013

Saksbehandler: Medisinsk direktør Einar S. Hysing

Vedlegg:

- Prosjektdirektiv Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus Gjennomføringsfasen
- Budsjettbetraktninger
- Prosjektdirektiver til delprosjektene er uttrykt vedlegg, kan fås ved henvendelse

---

## **SAK 7/2013 REGIONAL EPJ VED OSLO UNIVERSITETS- SYKEHUS HF, GJENNOMFØRINGSFASEN**

### **Forslag til vedtak:**

- 1. Styret godkjenner leveransen fra forprosjekt regional EPJ ved Oslo universitetssykehus HF: Prosjektdirektiv Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus HF Gjennomføringsfasen med tilhørende prosjektdirektiver for delprosjektene.*
- 2. Styret vedtar gjennomføringsfasen i tråd med prosjektdirektivet. Det vedtas et budsjett for innføring av regional EPJ ved Oslo universitetssykehus HF (gjennomføringsfasen) på totalt 730 millioner kroner (2013-priser) inkludert en risikomargin på 95 millioner kroner.*

Oslo, den 7. februar 2013

Bjørn Erikstein

**Bakgrunn**

I styresak 152/2011 på styremøtet 15. desember 2011 ble styret orientert om oppstart av DIPS foranalyse. Foranalysens formål var å utrede konsekvensene ved å innføre DIPS i Oslo universitetssykehus HF. Foranalyserapporten forelå 15. mai 2012.

På bakgrunn av en i Helse Sør-Øst RHF regi fremforhandlet avtale med DIPS og IKT-strategiarbeidet som foregikk i Helse Sør-Øst RHF våren 2012 besluttet styret i Oslo universitetssykehus HF i sak 56/2012 på styremøtet 10. august 2012 å gjøre avrop på rammeavtalen med DIPS.

På styremøtet i Helse Sør-Øst RHF 21. september 2012 sak 057/2012 ble dette tatt til etterretning. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF vil i løpet av første kvartal 2013, etter at forprosjektet er ferdig, presentere revidert budsjettforslag og risikovurdering, ekstern kvalitetssikring og plan for måloppfyllelse.

Helse Sør-Øst RHF har inngått avtale med Terramar for å gjennomføre ekstern kvalitetssikring av prosjektet. Det er avholdt åtte møter mellom deltakere/ledelse i forprosjektet og den eksterne kvalitetssikringsgruppen, og det utarbeides en rapport til styremøtet i Helse Sør-Øst RHF i mars 2013. Rapporten vil bli ettersendt styret i Oslo universitetssykehus HF straks den er ferdig og før styremøtet 14. februar 2013.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i sak 066-2012 en IKT-strategi og handlingsplan. Denne underbygges av nylig kommet Stortingsmelding nr. 9 (2012-13): "En innbygger – en journal Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren."

Det er laget et forprosjekt Felles PAS/EPJ ved Oslo universitetssykehus HF som hadde sitt første styringsgruppemøte 7. september 2012. Styringsgruppen har hatt seks møter. Det har vært to møter i styringsgruppens arbeidsutvalg. På det siste styringsgruppemøte den 28.januar 2013 ble det gjort følgende vedtak:

*"Direktiv for gjennomføringsfasen godkjennes med de innspill som fremkom i møtet. Beslutning (B4) tas av styret i Oslo universitetssykehus HF 14.02.13. Prosjektet jobber videre i henhold til direktivet. "*

Det er redegjort for arbeidet i forprosjektet i styremøtet 25. oktober 2012, sak 77/2012 og i styremøtet 17. desember 2012 sak 89/2012. På det siste møtet ga styret sin tilslutning til plan for rekruttering fra helseforetaket til gjennomføringsfasen. Denne rekrutteringen er nå på det nærmeste fullført, og det er avholdt oppstartsmøter og arbeidet i arbeidsgruppene er igangsatt.

Forprosjektet har ved overlevering av prosjektdirektiv med budsjett og risikoanalyse fullført sitt arbeid. Forprosjektet er gjennomført innenfor budsjettet på 63 millioner kroner, hittil er det brukt ca. 57 millioner kroner.



I prosjektdirektivet er tidsplanen med innføring av DIPS den 20. oktober 2014 og avslutning gjennomføringsprosjektet, og kalt fase 1, ved årets slutt 2014, opprettholdt fra foranalysen. Det forutsettes imidlertid en fase 2 for stabilisering av løsningen og optimalisering av arbeidsprosessene og innføring av ny funksjonalitet som er ønskelig, men ikke mulig i fase 1. Fase 2 vil bli planlagt og budsjettert i fase 1. Angitt budsjett medtar ikke fase 2.

Formålet med denne styresaken er vedtak (B4) om gjennomføringsfase i henhold til vedlagt prosjektdirektiv. Det presiseres at budsjettet i direktivet er oppgitt uten buffere for uventede hendelser (se nedenfor).

### **Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Administrerende direktør sin vurdering er at det er svært viktig at prosjektet vedtas gjennomført i tråd med prosjektdirektivet. Det er i tråd med Helse Sør-Øst RHF sin vedtatte IKT-strategi og vil gi Oslo universitetssykehus HF en felles pasientjournal og like arbeidsprosesser.

### **Nærmere om budsjett og risikoanalyse**

Det vises til prosjektdirektivet side 50 til 57 og vedlegget budsjettbetraktninger for detaljert oversikt inklusivt tabeller.

Det er laget et svært detaljert budsjett med i hovedsak reelle priser. Budsjettet i prosjektdirektivet er som budsjettet i foranalysen og i tråd med ønsker fra Helse Sør-Øst RHF et netto budsjett uten buffere på noe nivå for uventede hendelser. Det er mulig at noe kan bli billigere, men mulighetene for at noe blir dyrere er betydelig større. Det vil alltid forekomme uventede hendelser.

Budsjettet er skrevet med 2013 lønninger/priser (også for arbeid/kjøp i 2014). I foranalysens budsjett ble det brukt 2012 lønninger/priser.

Alle kostnader skal fremkomme i budsjettet. Det innebærer at lønnskostnader til 12 500 sluttbrukere for den tiden de læres opp er medtatt (som i foranalysen). I andre prosjekter som gjelder innføring av DIPS i Norge er ikke lønnskostnadene til sluttbrukerne ved opplæring medtatt.

I foranalysen ble lønnskostnader for frikjøpt personell fra Oslo universitetssykehus HF regnet som brutto lønn uten pensjon og sosiale kostnader. Det er nå tatt med kostnader til pensjon og sosiale utgifter ved at lønnskostnadene er tillagt 39 %.

Totalt omfang av sluttbrukeropplæring er økt med 10 000 timer til opplæring i pleie og omsorgs (PLO) meldinger som ikke var inne i foranalysen.

Antall dagsverk (utenom opplæring i PLO meldinger) det er budsjettert med har økt med ca. 3 % fra foranalysen, fra 58767 til 60473. I tillegg kommer 1333 dagsverk som nevnt til opplæring i PLO-meldinger.

Utvikling/endring i DIPS var ikke budsjettert i foranalysen. Forprosjektet viser (som og påpekt i foranalysen) at dette er helt nødvendig og er nå budsjettert med 5 millioner kroner.

Budsjettet for opplæring har økt fra 64 millioner kroner til 104 millioner kroner p.g.a. nevnte økte sats og utvidet sluttbrukeropplæring. Budsjettet for infrastruktur har økt fra 76 millioner kroner til 93 millioner kroner da en trenger ett servermiljø mer enn angitt i foranalysen og noe flere ressurser. Budsjettet for integrasjon har økt fra 35 millioner kroner til 48 millioner kroner da det trenges flere ressurser. Det totale budsjettet har fra foranalysen økt med 80 millioner kroner fra 554 millioner kroner til 635 millioner kroner. Det innebærer en økning på 14 %. Ca. 4 % skyldes lønns-/prisstigning fra 2012 til 2013, altså en reell økning på ca. 10 %.

#### Leveranseprosjekt

All prosjektaktivitet knyttet til å planlegge, bygge og levere løsningen karakteriseres som leveranseprosjekt. Det er aktiviteter som leder frem til leveransen. Det er aktivitetene prosjektledelse, prosjektkontor, arkitektur, programvare, teknisk infrastruktur, løsning, integrasjon, konvertering og test. Leveranseprosjektet finansieres av Helse Sør-Øst RHF.

#### Mottaksprosjekt

All prosjektaktivitet knyttet til å ta i bruk løsningen i organisasjonen karakteriseres som mottaksprosjekt. Dette er aktiviteter som i hovedsak gjennomføres etter at løsningen er levert og dermed ikke bidrar til å bygge løsningen. Mottaksprosjektet finansieres av Oslo universitetssykehus HF.

Det har vært dialog med revisor om klassifisering av opplæringskostnader i prosjektet. I det fremlagte budsjettet er det lagt til grunn at hoveddelen av opplæringskostnadene er en driftskostnad. Oslo universitetssykehus HF vil i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF fortsette dialogen med revisor for å få en nærmere vurdering av om deler av opplæringskostnadene kan klassifiseres som en investering, og dermed fordeles over flere år. Slik budsjettet nå foreligger fordelt mellom investeringer og drift vil gjennomføring av prosjektet isolert sett medføre en økning i driftsutgiftene for Oslo universitetssykehus HF fra 2013 til 2014 på om lag 100 millioner kroner, hovedsakelig knyttet til opplæring. Dette vil for et gitt resultatmål øke utfordringsbildet for drift av sykehuset i 2014 tilsvarende.

#### Risikoer.

Prosjektet er svært avhengig av tilstrekkelig og korrekt kompetanse tilgjengelig til rett tid fra de tre samarbeidspartnerne, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuspartner og DIPS/Deloitte. Erfaringen fra forprosjektet og fra rekrutteringen til gjennomføringsfasen som nærmer seg fullføring er god.

Prosjektet, spesielt konvertering og integrering, er avhengig av bistand med rett kompetanse til rett tid fra tredje parts leverandører. Alle avtaler med tredje parts leverandører er ikke ferdigstilt. Det innebærer at budsjetterte priser er estimater. Det er i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF nedsatt et forhandlingsutvalg som forhandler med en viktig tredje parts leverandør. Forhandlingene pågår. Det

planlegges hvordan prosjektet kan nå sine mål om forhandlingene ikke fører frem.

Prosjektet konkurrerer med andre store prosjekter i Helse Sør-Øst og med andre prosjekter i Oslo universitetssykehus HF om ressurser. Det er derfor viktig at prosjektet samarbeider med andre prosjekter og at prosjektet får nødvendig prioritet av alle involverte, Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuspartner, DIPS/Deloitte og tredje parts leverandører, for å nå målet på tid, kvalitet og kostnad.

Det er svært viktig at prosjektet støttes av sykehusets linjeledelse, og at det er forankret ute i klinikkene. Opplæring av 12 500 sluttbrukere og innføring av et nytt PAS/EPJ med nye arbeidsrutiner vil påvirke aktiviteten til Oslo universitetssykehus HF.

Hvis produksjonsdato, nå planlagt til 20. oktober 2014, utsettes med mer enn noen få uker, vil den måtte utsettes til ca. 1. mars 2015. Det skyldes at det ikke er mulig å produksjonssette like før eller under tiden for juleturnus. Opplæringen må foregå like før produksjonsdato. Det innebærer en merkostnad på i størrelsesorden 80 millioner kroner for samme leveranse.


#### Behov for risikomargin

Det er risiko for at prosjektets samlede kostnader kan overstige prosjektets budsjett (uten risikomargin) på 635 millioner kroner. Det er normalt å budsjettere med påslag for risiko, og det foreslås budsjettert med en risikomargin på 15 %, tilsvarende 95 millioner kroner. Dette gir et totalt budsjett for prosjektet på 730 millioner kroner inkludert risikomargin. Risikomarginen er fordelt med 75 millioner kroner på leveranseprosjektet og 20 millioner kroner på mottaksprosjektet.

Fullmakt til disponering av risikomarginen er todelt:

- Leveranseprosjektet (75 millioner kroner): Disponeres av det regionale Fornyingsstyret eller administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF (avklares senere).
- Mottaksprosjektet (20 millioner kroner): Administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus HF.

Det er avtalt dialog med Helse Sør-Øst RHF for å avklare nærmere rutiner for disponering av risikomarginen.

	Dato: 05.02.2013	Side: 1 / 61
Regional EPJ ved OUS Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

## Prosjektdirektiv


# Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus Gjennomføringsfasen

**GODKJENT AV:**

Navn	Rolle	Stilling	Dato

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>PROSJEKTETS NAVN</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>PROSJEKTEIER</b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>BAKGRUNN FOR, HENSIKT MED OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET</b> .....	<b>4</b>
3.1	BAKGRUNN FOR PROSJEKTET .....	4
3.2	HENSIKT MED PROSJEKTET .....	5
<b>4</b>	<b>AVGRENSNINGER</b> .....	<b>5</b>
4.1	ANDRE PROSJEKT/PROGRAM .....	5
4.2	FASE 2 .....	6
<b>5</b>	<b>INTERESSETER</b> .....	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>KRITISKE SUKSESSFaktorER</b> .....	<b>11</b>
<b>7</b>	<b>PROSJEKTORGANISERING OG STYRING</b> .....	<b>12</b>
7.1	PROSJEKTETS FORHOLD TIL LINJEN .....	12
7.2	ORGANISERING .....	13
7.3	STYRINGSGRUPPEN .....	15
7.4	ARBEIDSUTVALG .....	16
7.5	PROSJEKTLEDER OG ANDRE SENTRALE ROLLER .....	16
7.6	EKSTERN QA .....	18
7.7	AVVIKSHÅNDTERING .....	18
7.8	STABSFUNKSJONER.....	18
7.8.1	<i>Prosjektkontor</i> .....	18
7.8.2	<i>Innførings- og endringsledelse</i> .....	19
7.8.3	<i>Virksomhetsarkitektur</i> .....	21
7.9	DELPROSJEKT .....	22
7.9.1	<i>Løsning</i> .....	22
7.9.2	<i>Opplæring</i> .....	29
7.9.3	<i>Teknisk infrastruktur</i> .....	30
7.9.4	<i>Konvertering</i> .....	33
7.9.5	<i>Integrasjon</i> .....	36
7.9.6	<i>Test</i> .....	39
7.9.7	<i>Beste praksis</i> .....	41
7.9.8	<i>Forvaltning</i> .....	42
<b>8</b>	<b>RESULTATMÅL, EFFEKTMÅL OG GEVINSTER</b> .....	<b>43</b>
8.1	EFFEKTMÅL .....	43
8.2	RESULTATMÅL.....	44
8.3	GEVINSTER .....	44
<b>9</b>	<b>PROSJEKTPLAN OG HOVEDMILEPÆLER</b> .....	<b>48</b>
9.1	PROSJEKTPLAN .....	48
9.2	MILEPÆLER .....	49
<b>10</b>	<b>BUDSJETT (OVERORDNET)</b> .....	<b>50</b>
<b>11</b>	<b>RISIKOANALYSE / USIKKERHETSANALYSE</b> .....	<b>52</b>
11.1	PROSJEKTRISIKO .....	52

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>3 / 61</b>
	<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455

11.2	PRODUKTRISIKO.....	57
<b>12</b>	<b>KVALITETSSIKRING.....</b>	<b>58</b>
<b>13</b>	<b>ENDRINGSHÅNDTERING .....</b>	<b>59</b>
<b>14</b>	<b>PROSJEKTAVSLUTNING .....</b>	<b>60</b>

#### Endringslogg

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av
0.1	31.10.12		Dokument opprettet	Eli S. Rondeel	
0.2x		Alle	Innarbeidet beskrivelser av alle delprosjekt	Flere	
0.60	12.12.12		Sendt til kvalitetssikring i prosjektet	Eli S. Rondeel	
0.70	16.12.12	Alle	Innarbeidet kommentarer etter leserunde Sendt til Styringsgruppen for kommentarer	Eli S. Rondeel	
0.80	10.01.13	Alle	Innarbeidet kommentarer og innspill fra leserunde. Endringsmarkering er benyttet. Budsjett er uforandret.	Eli S. Rondeel	
0.90	21.01.13	Flere	Skilt ut Innførings- og endringsledelse Interessentanalyse revidert Virksomhetsarkitektur beskrevet Risikoanalyse lagt inn Revidert budsjett Lagt frem for godkjenning	Eli S. Rondeel	
1.0	04.02.13		Innarbeidet kommentarer etter behandling i Styringsgruppen 28.1.2013 Godkjent direktiv	Eli S. Rondeel	
1.1	05.02.13	Budsjett	Budsjett endret pga endret sats for OUS-ansatte	Eli S. Rondeel	

#### REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Her kan det settes inn referanser til andre dokumenter som for eksempel prosjektplan, risikoanalyse, strategidokument, handlingsplan eller liknende.

Nr.	Dokumentnavn	Dok.id.	Versjon	Arkiv	Dato
1	DIPS forprosjekt OUS Foranalyserapport		1.1	Prosjektplassen	07.06.2012
2	Mandat DIPS Forprosjekt		1.0	Prosjektplassen	14.09.2012
3	Direktiv Forprosjekt Felles PAS/EPJ ved OUS		1.0	Prosjektplassen	11.10.2012
4	Direktiv DP Løsning		1.0	Prosjektplassen	04.02.2013
5	Direktiv DP Teknisk infrastruktur		1.0	Prosjektplassen	21.01.2013
6	Direktiv DP Konvertering		1.0	Prosjektplassen	21.01.2013
7	Direktiv DP Integrasjon		1.0	Prosjektplassen	21.01.2013
8	Overordnet testplan		2.0	Prosjektplassen	21.01.2013
9	Direktiv DP Opplæring		1.0	Prosjektplassen	04.02.2013
10	Direktiv DP Beste praksis		1.0	Prosjektplassen	04.02.2013
11	Direktiv DP Forvaltning		1.0	Prosjektplassen	04.02.2013
12	Rollebeskrivelser		1.0	Prosjektplassen	21.01.2013
13	Leveranse- og kvalitetssikringsplan		1.0	Prosjektplassen	21.01.2013
14	Budsjett Samlet kostnad gjennomføring Budsjett Timer Budsjett Anskaffelser		1.1	Prosjektplassen	05.02.2013
15	Prosjektplan		1.0	Prosjektplassen	04.02.2013

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>4 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

## 1 PROSJEKTETS NAVN

Prosjektets navn er Regional EPJ ved OUS (Oslo universitetssykehus HF).  
Dette direktivet gjelder fasen Gjennomføring iht prosjekt og porteføljemodellen i Helse Sør-Øst.

## 2 PROSJEKTEIER

- Prosjekteier: Administrerende direktør Bjørn Erikstein
- Leder av styringsgruppen: Administrerende direktør Bjørn Erikstein
- Prosjektleder: Medisinsk direktør Einar S. Hysing

Prosjektet er en del av program Regional Klinisk Dokumentasjon (RKD).

## 3 BAKGRUNN FOR, HENSIKT MED OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET

### 3.1 Bakgrunn for prosjektet

- Helse Sør-Øst gjennomførte i perioden mai 2011- desember 2011 en utredning av de strategiske føringene for klinisk dokumentasjon frem mot 2020, samt et scenarioarbeid knyttet til ulike leverandørstrategier. Det ble avklart at det vil kreves store investeringer, omfattende endringsprosesser inkludert høy grad av standardisering for å kunne nyttiggjøre de funksjonelt rikeste løsningene. Styringsgruppens konklusjon ble derfor, basert på investeringsmidler tilgjengelig, at konsolidering på DIPS som PAS/EPJ med fokus på standardisering av bruk og innhold gir mest nytte for Helse Sør-Øst i et 5-7 års perspektiv.
- Fra februar – juni 2012 ble det gjennomført en foranalyse der man så på konsekvenser av å innføre DIPS PAS/EPJ. Ut fra kartlagte arbeidsprosesser fant man at DIPS i hovedsak har lik eller bedre funksjonalitet. På noen områder har DIPS manglende eller utilstrekkelig funksjonalitet, og disse må nærmere utredes i forprosjektet. Det ble også beskrevet hvordan et forprosjekt kunne gjennomføres i forhold til omfang, tid og ressurser (økonomi), dokumentreferanse 1.
- Styret i OUS behandlet 10.08.12 sak 56/2012 “Anskaffelse av DIPS som PAS/EPJ ved Oslo universitetssykehus HF” og fattet følgende enstemmige vedtak:

1. Med bakgrunn i Helse Sør-Østs IKT-strategier gir styret administrerende direktør fullmakt til å gjøre avrop på regional rammeavtale og inngå kjøpskontrakt med DIPS ASA for innføring av DIPS ved Oslo universitetssykehus HF.

2. Styret vedtar et budsjett for forprosjekt DIPS i 2012 på 63 millioner kroner.

	Dato: <b>05.02.2013</b> Side: <b>5 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455 Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

3. Styret legger til grunn at godkjenning av forprosjekt for oppstart av hovedprosjekt skal vedtas av styret primo 2013. Styret ber administrerende direktør utarbeide en plan som omfatter fremdrift og budsjett for hovedprosjekt, samt plan for gevinstrealisering og ibruktage. Det må sikres bred involvering av brukere og tillitsvalgte.

4. Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus får en sentral rolle i videreutvikling av systemene for PAS/EPJ i *Helse Sør-Øst*.

- Fra august 2012 til januar 2013 gjennomføres forprosjekt (B3-fasen) for Felles PAS/EPJ ved OUS. Forprosjektets hensikt har vært å gjennomføre de forberedelser som er nødvendige for at et felles PAS/EPJ hovedprosjekt kan starte effektivt primo 2013 som en del av en samlet plan for IKT-prosjekter i perioden 2013-14. Dette innebærer revisjon av planer og budsjett som ble utarbeidet i foranalysen, se dokumentreferanse 2 og 3. Dette direktivet er utarbeidet i denne fasen. Prosjektet endrer navn til "Regional EPJ ved OUS" fra gjennomføringsfasen.

### 3.2 Hensikt med prosjektet

Prosjektets hensikt er å:

- Sikre at pasientinformasjon er tilgjengelig på tvers av fag og geografi i OUS med en journal og en felles løsning for prøvesvar.
- Etablere en felles elektronisk pasientjournal og pasientadministrasjon for både somatikk, psykiatri, rus og avhengighet i hele OUS.
- Etablere like arbeidsprosesser for bruk av EPJ på tvers av OUS for bedre samarbeid internt.
- Etablere den nye regionale standarden for EPJ.
- Bedre pasientsikkerhet gjennom fokus på arbeidsprosesser, opplæring og kompetanseheving for alle yrkesgrupper og sikre systemstøtte i ny EPJ.

## 4 AVGRENSNINGER

### 4.1 Andre prosjekt/program

Prosjektet har avgrensninger til andre prosjekt/program.

Prosjekt/program	Ansvar/avhengighet
Regionalt Lab-prosjekt	Tidsplan for innføring av C5LIMS ved OUS per desember 2012 tilsier at oppstart DIPS ligger 6 mnd eller mer før oppstart av C5LIMS. Dette medfører at Regional EPJ ved OUS vil utvikle integrasjoner med eksisterende lab-systemer. C5LIMS prosjektet blir ansvarlig for å utvikle integrasjoner med DIPS.



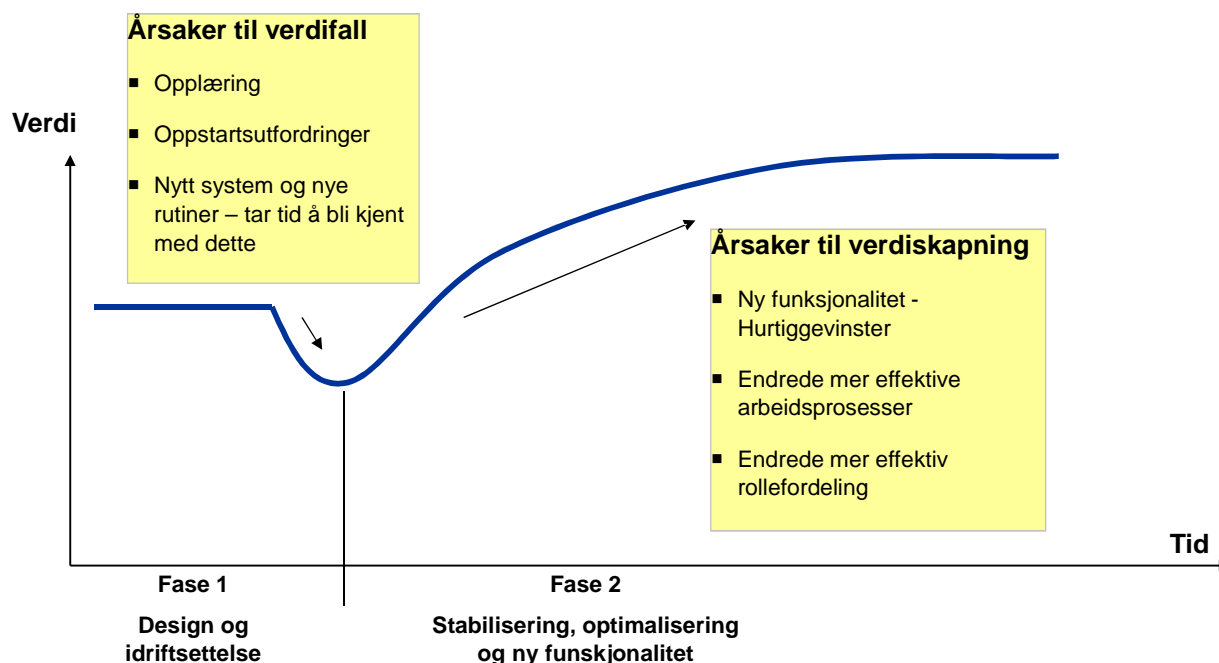
	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>6 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

Prosjekt/program	Ansvar/avhengighet
Regional Føde	Tidsplan for dette prosjektet gir oppstart av Partus som fødejournal på Ullevål og som erstatning for Obstetrix som fødejournal på Rikshospitalet i 2013. Dette prosjektet vil utvikle integrasjoner mot Partus, ikke Obstetrix.
Meldingsløftet/Digital samhandling	Det er avklart med Meldingsløftet at Regional EPJ ved OUS vil inkludere teknisk tilrettelegging og opplæring i arbeidsprosesser for elektronisk henvisning og PLO-meldinger fra oppstart. Meldingsløftet har ansvar for dialog med primærhelsetjenesten og organisatorisk tilpasning av henvisningsmottak.
Program RKD <ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisering</li> </ul>	Standardiseringsprosjektet i RKD-programmet er ansvarlige for utarbeidelse av standarder og retningslinjer som skal benyttes i dette prosjektet. Prosjektet skal arbeide nært sammen med Regional EPJ ved OUS og være tett koordinert med dette prosjektet sin fremdriftsplan da OUS er første sykehuset som innfører regional EPJ.
Program RKD <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekko</li> <li>• Endoskopi</li> </ul>	Som del av forprosjektet har det blitt identifisert behov for å initiere to anskaffelser. Disse vil bli etablert som egne prosjekt i program RKD. Disse prosjektene har ansvar for å gjennomføre disse anskaffelsene og innføre disse løsningene i OUS med koordinert oppstart med dette prosjektet.
Regional RIS/PACS	Foreløpig tidsplan for innføring av ny regional RIS/PACS-løsning for OUS ligger med prosjektoppstart i 2014 og produksjonssetting i 2015. Det medfører at Regional EPJ ved OUS må utvikle integrasjoner mot eksisterende RIS/PACS-applikasjoner. Regionalt RIS/PACS prosjekt skal utvikle integrasjoner mot DIPS.
Plattformprogrammet	Det er flere deler av Plattformprogrammet som må koordineres med Regional EPJ ved OUS. Det gjelder både omlegging OUS og etablering av ny regional integrasjonsplattform og utvikling av integrasjoner.

## 4.2 Fase 2

Å få ut ønsket verdi ved innføring av et nytt pasient- og journalsystem er en tidkrevende prosess og krever fokus fra organisasjonen gjennom design av løsning, idriftsettelsesfasen og oppfølging i etterkant av idriftsettelse.

Figuren under viser hvordan den ønskede effekt av en ny løsning utvikler seg over tid ved overgangen til en ny løsning. Det er normalt å oppleve en negativ verdi av løsningen umiddelbart etter overgang til et nytt system. Årsaker til dette er bl. a at organisasjonen må investere mye kapasitet i opplæring samt at det tar tid å bli kjent med nye rutiner og nytt system etter at det er tatt i bruk. Den første perioden må man også regne med noen oppstartsutfordringer som kan være krevende for organisasjonen. Den ønskede verdien som OUS ønsker fra prosjektet vil det ta noe lengre tid å ta ut.



Dette direktivet beskriver fase 1 – Gjennomføringsfasen, som er perioden fra prosjektet starter 07.01.13 frem til løsning er tatt i bruk og oppstartsperiode gjennomført 31.12.2014. Fase 1 avsluttes derfor i en periode der verdien for organisasjonene er på det laveste. Prosjektet legger derfor til grunn at det umiddelbart i etterkant av fase 1 vil starte en fase 2 med fokus på 2 hovedområder. Som en del av Fase 1 skal prosjektet utarbeide en plan og budsjett for aktiviteter som skal være en del av Fase 2. Grovt sett kan aktiviteter i Fase 2 deles i to hovedelementer:

### 1. Stabilisere løsningen

En viktig del av Fase 2 er arbeidet med å stabilisere og best mulig utnytte den løsning som er satt i drift i Fase 1. Dette er endringsarbeid ut mot den kliniske virksomheten for å institusjonalisere bruken av den nye løsningen. Dette krever god kunnskap om løsning og klinikk. Arbeidet kan betegnes som optimalisering. Området bør avgrenses i kalendertid (timeboxing) for å legge press på at videre oppfølging må tas over av forvaltningen. I denne perioden vil arbeidet med gevinstrealisering og endringsledelse fortsette.

Erfaringer fra forankringsarbeidet med de enkelte klinikker i 2014 og status etter gjennomført oppstartsperiode vil legges til grunn for hvilke områder/prosesser det vil fokuseres på. Erfaringer fra andre implementeringer viser at det ofte er behov for ekstra fokus på prosessene for intern henvisning og eksternt henvisning. Det vil også være aktuelt å ha et spesielt fokus på legegruppen i denne fasen.

### 2. Innføre ny funksjonalitet

En felle oppstart på en nytt PAS/EPJ system for helse OUS er en krevende øvelse. Fase 1 har derfor som hovedfokus å erstatte den funksjonalitet som har systemstøtte i dag. I fase 2 vil prosjektet implementere restanser fra Fase 1 og ny funksjonalitet/integrasjoner som ikke var planlagt innført i Fase 1. Dette er tradisjonelt innføringsarbeid, men organisert ofte som flere små

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>8 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

delprosjekter. Dette avsluttes når antall og omfang på prosjekter blir lite og kan mer effektivt håndteres i linjen.

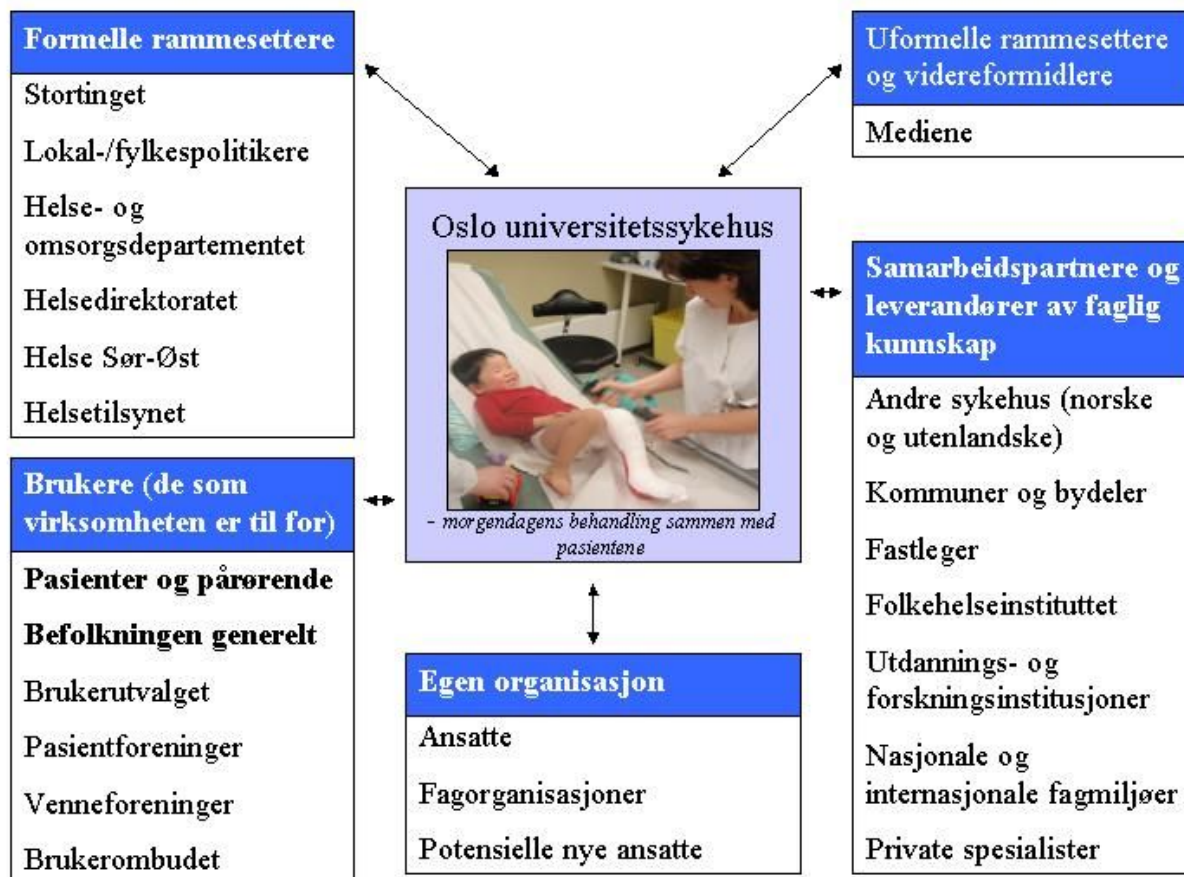
Det er ved utarbeidelse av direktivet allerede skissert følgende områder for å innføre ny eller bredde funksjonalitet:

- Bredde elektronisk dokumentasjon for sykepleie til enheter som ikke har dette i dag.
- Bredde DIPS operasjonsplanlegging til de enheter som ikke har dette i dag
- Erstatte Hippocrates med funksjonalitet for strukturert journal i DIPS
- Innføre elektronisk henvisning til radiologisk undersøkelse
- Innføre nye integrasjoner. I fase 1 vil det gjøres en vurdering og prioritering av nye integrasjoner som skal være en del av fase 2 (ref styringsgruppesak 12-63)

## 5 INTERESSENER

Prosjektet må forholde seg til individer, enheter og organisasjoner som direkte eller indirekte påvirker prosjektets utforming og utførelse og som selv påvirkes av prosjektets utfall.

OUS har en geografisk struktur som skaper utfordringer i den interne kommunikasjonen og hvordan de enkelte målgrupper skal nås. Totalt er det pasientvirksomhet på 46 ulike adresser. Det vil være viktig at ingen av disse blir nedprioritert på grunn av avstanden, men at de blir håndtert på en god måte.



Interessentene vil ha ulike krav, behov og forventninger til prosjektet. For å ha en proaktiv styring må dermed prosjektet ha bevisste strategier knyttet til prosjektets interessenter. Det vil være sentralt at en løpende gjennom prosjektperioden vurderer hva slags innflytelse interessentene har på prosjektforløpet og at en velger strategier i forhold til dette.

Nedenfor gis en oversikt over de mest sentrale interessentgruppene til prosjektet på et overordnet nivå. I gjennomføringsfasen vil prosjektet oppdatere sin detaljerte interessentanalyse løpende.

Følgende interne interessenter, som i ulik grad og ulikt format vil bli direkte berørt av prosjektet, er identifisert:

- Gruppe 1: Administrerende direktør. Stabs- og klinikkledere (N1 og N2)
- Gruppe 2: Avdelingsledere (N3)
- Gruppe 3: Seksjonsledere og enhetsledere (N4, N5, N6)
- Gruppe 4: IKT-kontakter, informasjonskontakter, instruktører, superbrukere og andre ressurspersoner
- Gruppe 5: EPJ-brukere (sluttbrukere som registrerer i EPJ)
  - Behandlere

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>10 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

- Støttefunksjoner
- Ansatte innen psykisk helsevern
  
- Gruppe 6: Hovedtillitsvalgte og hovedverneombud
- Gruppe 7: Andre
  - Ventelistenettverk i OUS og ventelisteansvarlige i klinikkene
  - Helsejurister (representanter fra ventelistenettverk)
  - Omliggende prosjekter

Følgende omgivelser vil også være berørt av prosjektet som eksterne interessenter, hvor ulike kommunikasjons- og forankringstiltak fortløpende vurderes og gjennomføres:

- Pasienter og pårørende
  - Brukerutvalg. Pasienter viktige interessenter til journalen og bør involveres i hovedprosjektet gjennom brukerutvalget
  - Pasientorganisasjoner
- Politikere
- HOD
- Helsedirektoratet
- HSØ RHF
- Sykehuspartner
- Omliggende prosjekter og programmer (Program Regional Klinisk Dokumentasjon, Regional EPJ standardisering, Regional medikasjons- og kurveløsning, Regionalt fødesystem, Program Regionalt laboratoriesystem, Plattformprogrammet, andre lokale prosjekter, Innføring av DIPS på STHF)
- Pasienter og pårørende (pasient-/pårørendeorganisasjoner)
- Primærhelsetjenesten
- Media
- Rapporteringsinstanser (SSB, KITH)
- Leverandører

Prosjektet har utarbeidet en overordnet kommunikasjonsplan, der interessentene og deres beskrives nærmere. Formålet med kommunikasjonsplanen er å legge et grunnlag for målrettet og strukturert kommunikasjon med alle parter som berøres av innføringen av regional standard for EPJ ved OUS. Kommunikasjonsansvarlig i prosjektet sørger for at tiltak og kanaler tilpasses de ulike interessenter og deres behov. Det utarbeides en detaljert tiltaksplan, som identifiserer kommunikasjonsaktivitet, tidsfrist og ansvar.

Kommunikasjonsarbeidet vil være knyttet til målsettinger, milepæler og aktiviteter i prosjektet, og til målene i kommunikasjonsstrategien for OUS.

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>11 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

## 6 KRITISKE SUKSESSFaktorER

For den enkelte medarbeider vil bytte av system medføre vesentlige endringer i måten å arbeide på. Prosjektet vil legge vekt på at endring i organisering av arbeidsprosesser er mer krevende enn selve systembyttet. Det er spesielt tre forhold som påvirker tilnæringsmåte ved utarbeidelse av funksjonell løsning:

- **Størrelse:** OUS består av de tidligere sykehusene Ullevål, Rikshospitalet/Radiumhospitalet og Aker, og består av fagområdene somatikk, voksenpsykiatri, rus og barne- og ungdomspsykiatri (BUP). OUS er det største helseforetaket som innfører DIPS med hensyn til antall ansatte og aktivitet. At hele helseforetaket skal opp på samme løsning gir en unik mulighet for å utarbeide felles EPJ rutiner og arbeidsprosesser. For prosjektgjennomføringen er det avgjørende at alle berørte områder er involvert i utarbeidelsen, og at de kan påvirke hvordan de kommende arbeidsprosesser skal være.
- **Kultur:** På tross av sammenslåing opplever brukerne en sterk tilknytning til «sitt» geografiske sykehus. Det beskrives ulike måter å jobbe på ved sykehusene, spesielt ulikheter mellom Ullevål og Rikshospitalet. Utnyttelse av funksjonalitet med elektronisk kommunikasjon og oppgaveoverføring på tvers, vil kreve diskusjoner om hvordan enhetene skal samarbeide i en mer elektronisk hverdag.
- **Variasjon i bruk av rutiner:** Foranalysen identifiserte stor variasjon i dagens rutiner. Det er mye bruk av papir og sidesystemer som støtte til de pasientadministrative arbeidsprosessene. Enkelte enheter har tatt i bruk mer funksjonalitet i dagens system og jobber tilnærmet «fullelektronisk». Valg av ambisjonsnivå for elektronisk arbeidsflyt må ta hensyn til hvor mye det er mulig å løfte helseforetaket. Løsningen som utarbeides må ta sikte på å ivareta de som i dag er elektroniske, og i størst mulig grad løfte de enhetene som er mer papirbasert. DP Løsning vil derfor identifisere ulikhetene som en del av metoden, og deretter forankre endringen, spesielt for de enheter hvor arbeidsprosessen må vesentlig endres.

Prosjektets kritiske suksessfaktorer:

- Prosjektet må ha forankring i ledelsen ved sykehuset og må få nødvendig prioritet. Det må være solid forankring i alle lederledd, og de må stille seg bak prosjektet og være synlige i både med- og motgang
- Prosjektet må ha tilgang til ressurser i riktig omfang og med rett kompetanse gjennom hele prosjektperioden. Dette gjelder både ressurser fra OUS, Sykehuspartner, DIPS og andre eksterne leverandører.
- Endringen som skal gjennomføres ved innføring av like arbeidsprosesser på tvers av fag og geografi er stor. Det er derfor kritisk at prosjektet blir gjennomført med sterk deltakelse fra klinikkene og solid forankring av nye arbeidsprosesser slik at berørte interessenter tar eierskap til endringene.
- Det vil være behov for å ta prinsipielle beslutninger fortløpende i løsningsutarbeidelsen. Det er kritisk for fremdriften at beslutninger blir tatt raskt i nødvendige fora.
- Det er et overordnet mål å etablere felles rutiner og arbeidsprosesser for helseforetaket. Det er avgjørende at arbeidsgruppedeltakerne er motiverte for og har klinikkens aksept for å utvikle nye rutiner.
- Det vil være et stort behov for kontakt med klinikken, både i form av innsamling av data og kartlegging. Det er avgjørende at prosjektet har tilgang til møte med klinikken i angitte perioder.

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>12 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

## 7 PROSJEKTORGANISERING OG STYRING

Prosjektet gjennomføres som et samarbeidsprosjekt, noe som innebærer en integrert prosjektorganisasjon hvor Oslo universitetssykehus, Sykehuspartner og DIPS arbeider tett sammen for å utforme de fleste av prosjektets leveranser.

I den løpende prosjektplan vil det identifiseres den enkeltes ansvar for leveranser og aktiviteter i prosjektet. Sykehuspartner og DIPS har ansvar for å stille ressurser som er tilgjengelig med riktig kompetanse og kapasitet i forhold til prosjektets bestilling. Disse ressursene står under ledelse av prosjektleder og delprosjektleder.

I tillegg skal DIPS levere programvare med den funksjonalitet som fremgår av inngått kontrakt. Sykehuspartner sitt ansvar er i tillegg å levere spesifikke leveranser som bestilles av prosjektet (eksempelvis installasjon av teknisk miljø, utvikling av integrasjoner som bestilles av prosjektet etc.).

Oslo universitetssykehus har totalansvaret for gjennomføringen av prosjektet. Dette innebærer at OUS formelt leder og gjennomfører prosjektet. Alle beslutninger underveis i prosjektet fattes av OUS.

### 7.1 Prosjektets forhold til linjen

Det legges opp til utstrakt forankring av prosjektet i linjeorganisasjonen. Prosjektet er avhengig av at linjen stiller med ressurser i prosjektet, og at prosjektet kan innhente informasjon fra det kliniske og administrative miljøet underveis i prosjektperioden.

Linjens ansvar:

- Sikre at ressurser som avgis til prosjektet er frigjort fra normale arbeidsoppgaver i avtalt periode.
- Være tilgjengelig for prosjektet i forhold til avklaringer og spørsmål som har betydning for prosjektet. Dette gjelder både klinisk- og administrativt personell.
- Ledere må sikre at alle nødvendige yrkesgrupper får frigjort tid til å delta på opplæring.
- Gjennomføre anbefalt opprydding av data i dagens systemer for å ivareta eller øke datakvaliteten ved oppstart av DIPS.

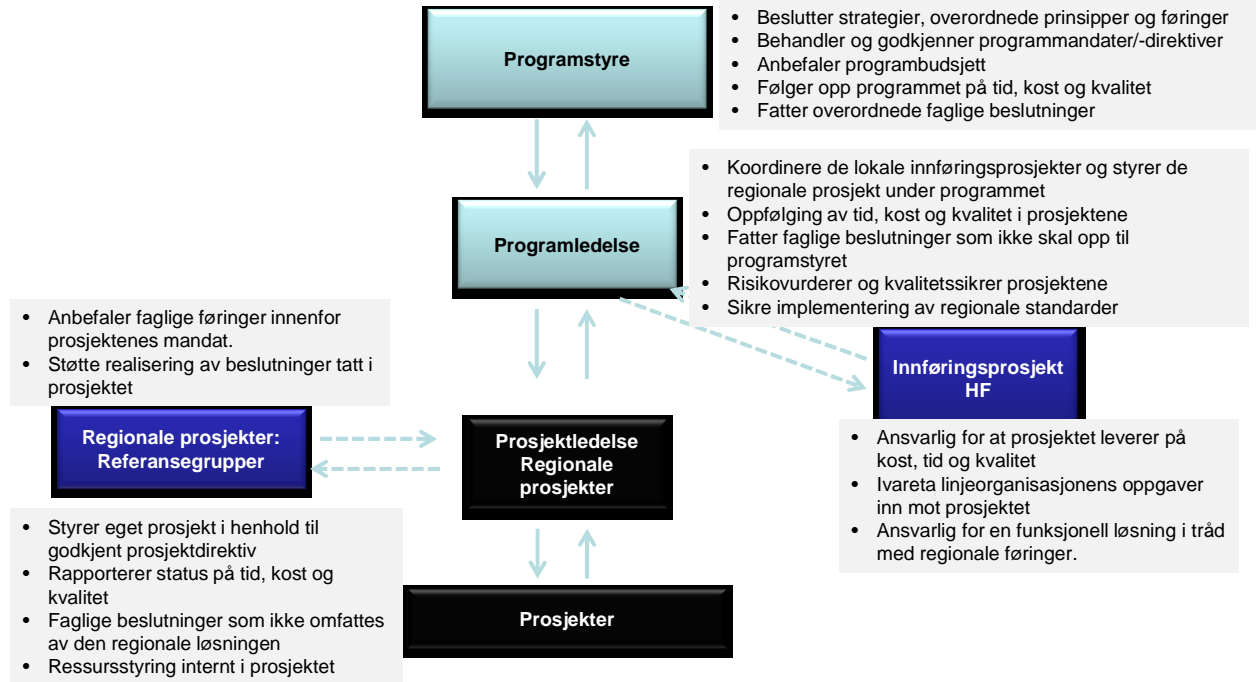
Prosjektets ansvar:

- Sikre at beslutninger for innføringen blir formidlet til organisasjonen.
- Koordinere og samle spørsmål til klinikk og sykehusledelse slik at drift forstyrres i minst mulig grad.
- Utarbeide prosesser og rutiner sammen med linjen og gjennom dette sikre forankring i klinikken.
- Holde organisasjonen oppdatert med viktig informasjon om prosjektet og fremdrift.
- Etablerte råd og utvalg (EPJ-råd) brukes til rådgivning i viktige beslutninger.

- Sikre økonomisk kompensasjon til enheter som avgir ressurser gjennom frikjøp, slik at disse får tilbakeført budsjettmidler etter de regler som er vedtatt.

## 7.2 Organisering

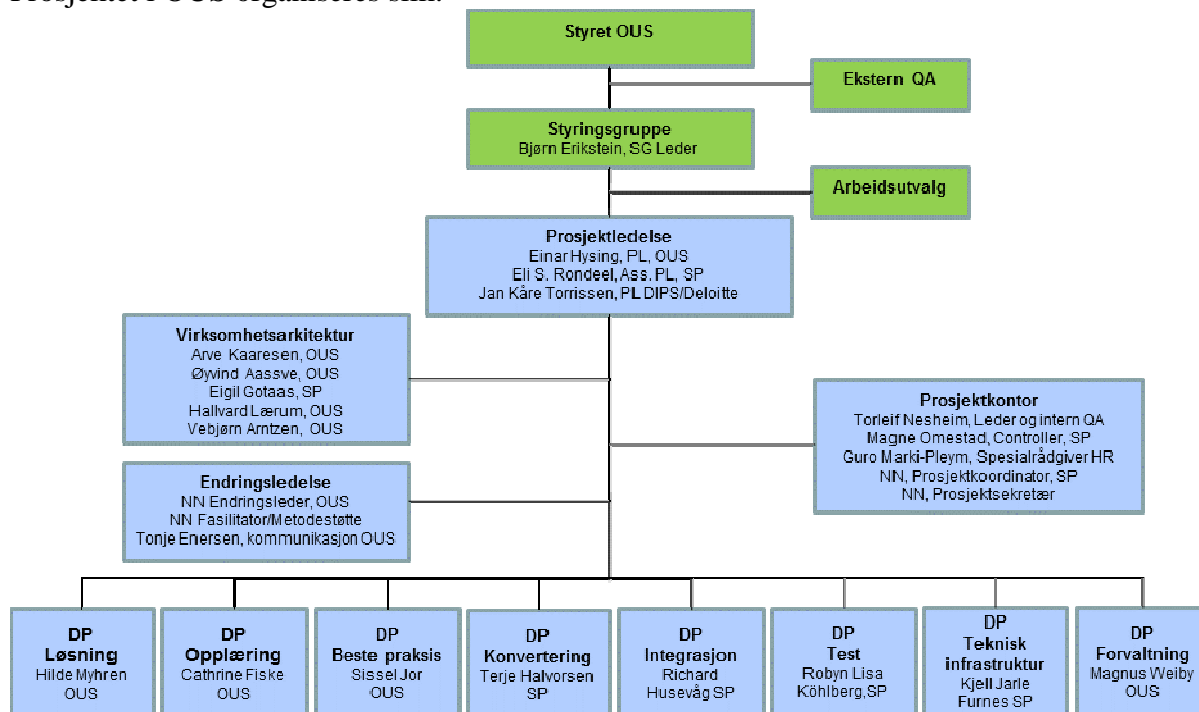
Den regionale styringsmodellen for programmet:



Prosjektet vil forholde seg til de gjeldende prosesser og styringsmekanismer som er etablert i programmet.



Prosjektet i OUS organiseres slik:



Roller	Ansvar	Kommer fra	Navn
Prosjekteier	Øverste ansvarlig for prosjektet	OUS	Bjørn Erikstein
Program RKD	Mottar rapportering fra prosjektet og gir retningslinjer for utarbeidelse av regionale føringer	HSØ	Bengt Nilssen (programleder)
Styringsgruppeleder	Leder av styringsgruppen	OUS	Bjørn Erikstein
Styringsgruppemedlem	Deltar i Styringsgruppen	OUS, SP, HSØ, DIPS	Se kapittel 7.3.
Prosjektleder	Leder og ansvarlig for prosjektet	OUS	Einar Hysing
Ass. Prosjektleder og Prosjektleder SP	Assisterende til prosjektleder	SP	Eli Stokke Rondeel
Prosjektleder DIPS/Deloitte	Hovedansvarlig for leveranser og ressurser fra DIPS og Deloitte	DIPS/Deloitte	Jan Kåre Torrissen
Delprosjektledere	Leder for delprosjekt	OUS, SP	Se organisasjonskart.


	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>15 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

### 7.3 Styringsgruppen

Styringsgruppens sammensetning:

<p><b>Styringsgruppe</b></p> <p>Bjørn Erikstein, SG Leder</p> <p>Morten Reymert</p> <p>Cathrine Lofthus</p> <p>Marit Bjartveit</p> <p>Sigbjørn Smeland</p> <p>Terje Rootwelt</p> <p>Lena Gjevert</p> <p>Eli Marie Sager</p> <p>Kenneth Solstrand</p> <p>Merete Norheim Morken, TV</p> <p>Bjørn Wølstad-Knudsen, TV</p> <p>Asmund Magnus Bredeli, TV</p> <p>Rita H. von der Fehr, TV</p> <p>Per Oddvar Synnes, HVO</p> <p>Thomas Bagley, HSØ</p> <p>Cato Rindal, SP</p> <p>Tor Arne Viksjø, DIPS</p> <p>Einar Hysing, PL</p> <p>Eli Stokke Rondeel, sekretær</p>
--

<b>Beskrivelse</b>	<p>Overordnet ansvarlig for styringen av prosjektet.</p> <p>Leder av styringsgruppen er prosjekteier. Styringsgruppemedlemmer er ansvarlige for realisering av prosjektets resultatmål innenfor prosjektmandatets rammer og sikre gode arbeidsforhold for prosjektet. Tillitsvalgte skal være representert i styringsgruppen.</p>
<b>Myndighet</b>	<p>Styringsgruppen styrer prosjektet og tar nødvendige beslutninger innenfor prosjektets mandat.</p>
<b>Ansvar og oppgaver</b>	<p>Styringsgruppen skal sikre at prosjektet etableres iht. Helse Sør-Østs modell for prosjekt-, program-, og porteføljestyling.</p> <p>Styringsgruppen er ansvarlig for prosjektets resultater, og bistår og følger opp prosjektleder for å sikre at prosjektet når sine mål.</p> <p>Styringsgruppen godkjenner prosjektdirektiv, beslutningsunderlag, prosjektstyringsdokumenter, prosjektets resultat og leveranser.</p> <p>Styringsgruppen foretar nødvendige prioriteringer og løser eventuelle prioriteringskonflikter som måtte oppstå.</p> <p>Leder av styringsgruppen er ansvarlig for å gjennomføre og lede styringsgruppemøter.</p> <p>Styringsgruppen følger opp saker fra styringsgruppemøtene som de er ansvarlige for, og sikrer at egen organisasjon lever opp til sine forpliktelser overfor prosjektet.</p> <p>Øvrige oppgaver er å:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• støtte prosjektleder og prosjektet</li> </ul>

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>16 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sikre at prosjektets ressurs- og kompetansebehov dekkes</li> <li>• støtte prosjektet i egen organisasjon</li> <li>• være proaktiv overfor saker som prosjektet bør være oppmerksomme på/må løse tidlig</li> <li>• sikre at prosjektet ikke går utover sitt mandat</li> <li>• gi styringssignaler og andre innspill til prosjektleder</li> </ul> <p>Styringsgruppen skal sikre at beslutninger som får konsekvenser i egen organisasjon eller i Helse Sør-Øst for øvrig, er forankret på rett nivå før beslutninger fattes.</p>
--	---

Det legges opp til månedlige styringsgruppemøter. Prosjektleder kaller inn til styringsgruppemøter i samråd med styringsgruppens leder. Dokumentasjon sendes ut senest tre virkedager før møtene, dersom ikke annet er avtalt.

#### 7.4 Arbeidsutvalg

Det er etablert et arbeidsutvalg bestående av fem av Styringsgruppens medlemmer som skal være et mer operativt forum for prosjektet å søke forankring hos og bruke som sparringspartner i saker som krever beslutning av Styringsgruppen.

#### 7.5 Prosjektleder og andre sentrale roller


Dette kapitlet beskriver de sentrale rollene. For øvrige rollebeskrivelser, se dokument referanse 12.

<b>Beskrivelse</b>	Prosjektleder leder prosjektet.
<b>Myndighet</b>	Prosjektets styringsgruppe gir prosjektleder myndighet til å styre prosjektet.
<b>Ansvar og oppgaver</b>	<p>Prosjektlederen er ansvarlig for å styre prosjektet slik at det når sine mål innenfor godkjent prosjektmandat og -direktiv (økonomi, ressurser, tid).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daglig ledelse av prosjektet og prosjektgruppen</li> <li>• Planlegge og gjennomføre kick-off</li> <li>• Utarbeide og revidere prosjektdirektiv</li> <li>• Prosjektets løpende styring og fremdrift av leveranser og milepæler i forhold til tid, kost og kvalitet, inkludert statusrapportering til og forankring mot styringsgruppen og ledergruppen</li> <li>• Som ansvarlig for den daglige ledelse av prosjektet skal prosjektlederen sikre at de ressursene som er i prosjektteamet spiller konstruktivt sammen, både innbyrdes og i forhold til de målene som eksisterer for prosjektet</li> <li>• Informere om og forankre prosjektet i organisasjonen</li> <li>• Vurdere risikobildet ved innføring av Regional EPJ</li> <li>• Vurdere avhengigheter til andre prosjekter</li> <li>• Prosjektleder har myndighet til å omfordele midler innad og mellom kostnadselementer.</li> </ul> <p>Prosjektleders ansvar i forhold til styringsgruppen er å sørge for grunnlaget for styringsgruppens beslutninger og rapportering av status på regelmessige styringsgruppemøter. Prosjektleder innkaller til styringsgruppemøter etter avtale med leder av styringsgruppen.</p> <p>Prosjektleder rapporterer til styringsgruppen og sikrer rapportering til HSØ via Clarity. Rapportering i Clarity gjøres hver måned.</p>

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>17 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

	<p>Prosjektleder skal identifisere behov for prosjektressurser og bemanne prosjektet iht. prosjektdirektivet.</p> <p>Prosjektleder er ansvarlig for å følge Helse Sør-Østs modell for prosjekt-, program- og porteføljestyring.</p>
--	---

Rolle	Oppgaver og ansvar
Assisterende prosjektleder	Assisterende prosjektleder utøver den daglige ledelsen av prosjektet på vegne av prosjektleder. For øvrig rollebeskrivelse som prosjektleder. Assisterende prosjektleder deltar på Styringsgruppemøter og er her referent.
Prosjektleder DIPS/Deloitte	Prosjektleder for DIPS/Deloitte rapporterer til prosjektleder og bistår prosjektleder med etablering og gjennomføring av prosjektet, samt utarbeide utkast til styrende dokumenter etter avtale med prosjektleder. Prosjektleder DIPS/Deloitte skal være bindeledd mellom kunde og Leverandør (DIPS), sikre ressurser fra DIPS/Deloitte og følge opp at nevnte ressurser ivaretar sin rolle/funksjon. I tillegg skal det rapporteres ukentlig timeforbruk. Sammen med prosjektleder skal prosjektleder DIPS/Deloitte være pådriver for fremdrift i prosjektet, og bidra til at oppgaver og leveranser leveres i henhold til prosjektplan innenfor avtalte rammer og tidsfrister.  Dette innebærer blant annet oppgaver som: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bistå med prosjektetablering (malverk, rapporteringsveier etc.)</li> <li>• Utarbeide utkast til styrende dokumenter etter bestilling fra prosjektleder</li> <li>• Rapportere time- og reise kostander jevnlig til Controller og prosjektleder</li> <li>• Sikre rutiner for innmelding av endringsønsker i DIPS</li> </ul>
Prosjektleder Sykehuspartner	Prosjektleder for Sykehuspartner rapporterer til prosjektleder og bistår prosjektleder med etablering og gjennomføring av prosjektet. Prosjektleder er bindeleddet inn mot Sykehuspartner, og skal sikre ressurser fra Sykehuspartner, samt følge opp at ressurser ivaretar sin rolle og funksjon. Prosjektleder for Sykehuspartner skal følge opp de tekniske delprosjektene (test, konvertering, integrasjoner og teknisk infrastruktur), samt at oppgaver og leveranser leveres i henhold til prosjektplan innenfor avtalte rammer og tidsfrister.  Dette innebærer blant annet oppgaver som: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bistå prosjektleder med informasjon og leveranser for delprosjektene integrasjon, test, konvertering og teknisk infrastruktur, og sikre nødvendig dokumentasjon av dette</li> <li>• Sikre og følge opp risiko, samt følge opp at tiltak blir håndtert i Sykehuspartner</li> <li>• Sikre tilgjengelig ressurser i utarbeidelse av konfigurering og oppsett slik at SP er forberedt til å forvalte DIPS etter overlevering</li> <li>• Rapportere time- og reisekostnader jevnlig til Controller og prosjektleder</li> </ul>
Delprosjektleder	Delprosjektleder har ansvar for å lede, planlegge og følge opp delprosjektets leveranser. Delprosjektleder rapporterer til prosjektleder innenfor tid, kost og kvalitet (herunder omfang) i delprosjektledermøter på det formatet som er gitt fra prosjektleder.
Prosjektdeltaker	Prosjektdeltaker er ansvarlig for å utføre de oppgaver som er avtalt med delprosjektleder innen de rammer som er avtalt og rapportere fortløpende aktivitet og avvik på det formatet som gjelder i prosjektet.
Arbeidsgruppeleder	Arbeidsgruppeleder er leder for en arbeidsgruppe med ansvar for å koordinere og lede arbeidsgruppesamlinger, sikre gode prosesser og forankring som ledd i utarbeidelse av anbefalinger i henhold til OUS sine interesser. Arbeidsgruppeleder rapporterer status til delprosjektleder.
Arbeidsgruppe-deltaker	Deltakere i arbeidsgruppen skal delta på avtalte møter og skal sørge for at de oppgaver som er angitt i mandat for arbeidsgrupper blir utført. De rapporterer fremdrift/risiko til sin arbeidsgruppeleder.

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>18 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

## 7.6 Ekstern QA

Helse Sør-Øst har inngått avtale med Terramar om ekstern QA ifm B4-beslutningen. Ekstern QA rapporterer til styret i OUS og styret i Helse Sør-Øst. Det er per januar 2013 ikke avklart hvorvidt denne funksjonen fortsetter etter mars 2013, men det er ønskelig. Styringsgruppen vil holdes orientert om arbeidet med ekstern QA.

## 7.7 Avvikshåndtering

Den som blir klar over et avvik, rapporterer dette til prosjektleder som er ansvarlig for å finne korrigerende tiltak og følge opp avviket. Det er også definert en intern kvalitetssikringsansvarlig i prosjektet som har fokus på å identifisere avvik og risiko som oppstår under gjennomføringen av prosjektet. For øvrig håndteres avvik også som del av risikohåndteringen.

## 7.8 Stabsfunksjoner

### 7.8.1 Prosjektkontor

Prosjektkontoret er en stab som organiserer prosjektets administrative støttefunksjoner.

Prosjektkontoret har følgende funksjoner:

- Prosjektintern kvalitetssikring
- Økonomi
- HR
- Kontrakter og andre juridiske spørsmål
- IKT og prosjektintern infrastruktur
- Prosjektlokaler og møterom
- Sekretariat

### Prosjektintern kvalitetssikring

Prosjektintern kvalitetssikring er en proaktiv funksjon der man i alle sentrale prosesser i prosjektets arbeid legger inn sjekkpunkter og rutiner for samarbeid og overvåkning for å sikre kvalitet i alle prosjektets leveranser, avdekke risiko og treffe risikoreducerende tiltak. Dette er dokumentert i prosjektets Kvalitetsplan.

### Økonomi

Prosjektet fører sitt regnskap i Sykehuspartners systemer. Prosjektets controller er ansvarlig for alle rutiner omkring budsjett, bestilling/ innkjøp, fakturagodkjenning, timeregnskap og regnskap/rapportering. Prosjektets rutiner følger tilsvarende rutiner hos Sykehuspartner.

### HR

Prosjektet har en spesialrådgiver fra klinikk i OUS som HR-ansvarlig. HR-ansvarlig er ansvarlig for gjennomføringsprosesser ved frikjøp av OUS-ansatte fra klinikkene til prosjektets delprosjekter. HR-ansvarlig skal sikre at prosjektdeltagere rekrutteres til og fases ut fra prosjektet etter avsluttet oppgave tilbake til sin opprinnelige stilling. HR-ansvarlig skal utøve øvrig HR rådgivning til prosjektet. Prosjektet har også egne HR-retningslinjer som regulerer tilknytningsformer, personalansvar og refusjonsrutiner for kompensasjon til klinikkene når

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>19 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

medarbeidere er frikjøpt. Prosjektets rutiner lages i samarbeid med direktørens HR stab. HR i prosjektet følger opp omdisponert personell i dialog med HR i klinikk og HR sentralt.

### **Kontrakter og andre juridiske spørsmål**

Prosjektkontoret har et løpende samarbeid med OUS' juridiske avdeling og innkjøpsavdelingen i Sykehuspartner i spørsmål om anskaffelsesmessige og juridiske problemstillinger som angår prosjektet. Prosjektkontoret har prosjektets kontraktarkiv og arbeider med kommersiell oppfølging av prosjektets leverandører.

### **IKT og prosjektintern infrastruktur**

Prosjektkontoret har ansvar for prosjektets interne infrastruktur. Dette inkluderer PCer, skrivere/kopiering, lokale nettverk og tilrettelegging for dette i prosjektets lokaler. Prosjektkontoret er bestiller overfor Sykehuspartner på dette området. Prosjektkontoret og delprosjekt Infrastruktur har et nært samarbeid om den totale DIPS konfigurasjonen.

### **Prosjektlokaler og møterom**

Prosjektkontoret har ansvar for prosjektets lokaler og tilpasning av omfang og funksjon i prosjektets ulike faser, inklusive leiekontrakter, bygningsmessige forandringer, møblering etc. Prosjektkontoret samarbeider med OUS' Eiendomsavdeling. Området omfatter også tildeling av adgangskort til prosjektdeltagerne.

### **Sekretariat**

Prosjektkontoret har prosjektets sekretariat med prosjektsekretær som støtter delprosjektene på alle områder der det er produktivt med avlastning og sekretærstøtte. Sekretariatet har oversikt over deltagere ut og inn i prosjektet, utlån av utstyr etc.

## **7.8.2 Innførings- og endringsledelse**

Innførings- og endringsledelse har som hensikt å sikre at prosjektet bidrar til de ønskede endringer i OUS.

Faktorer som påvirker en vellykket endring:

- Kompetanseutvikling
- Håndtering av usikkerhet
- God kommunikasjon
- Oppfølging av brukere
  - Bidrar til medvirkning og mestringsfølelse
- Forståelse – Forankring – Forpliktelse
- Realistiske forventninger
- Sterk og tydelig ledelse

OUS har behov for å utvikle seg til å jobbe mer likt, utvikle samhandling og forstå hvorfor og hvordan pasientadministrative rutiner må følges for å få best mulig utnyttelse av den nye regionale EPJ-løsningen, DIPS.

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>20 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektledelse Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

Terskelen for endring må gradvis senkes ved at organisasjonen er i en kontinuerlig endringsprosess. Funksjonen Innførings- og endringsledelse skal bidra til at sykehusets medarbeidere ikke opplever at de får en stor terskel som skal forseres rett i forkant av systeminnføringen. DIPS er et IKT-verktøy, men verdien for organisasjonen er å få medarbeidere som blir i stand til å etterleve enhetlige, effektive og gode arbeidsprosesser, for å gjennomføre god pasientbehandling og ivareta pasientsikkerheten på en best mulig måte.

Alle kommunikasjonsaktiviteter og -tiltak gjennom oppfølging ute på klinikkene må fokusere på hva som kan gjøre medarbeiderne bedre forberedt til systeminnføringen i tidligere faser av prosjektet. Konkretisering og oppfølging av ”små steg” i hele prosjektets levetid og de små ”suksesshistoriene” vil være nødvendig for å bidra til å bevege organisasjonen mot det ønskede resultatet. De ”små steg” og ”suksesshistoriene” konkretiseres gjennom delmilepæler i egne tiltaksplaner ute på klinikkene. Dermed kan måloppnåelse følges opp, og korrigerende tiltak iverksettes.

Som del av Innførings- og endringsledelse ligger ansvaret for kommunikasjonsplaner og -aktiviteter for involvering av sykehusets ansatte og øvrige målgrupper. Kommunikasjonsaktivitetene skal støtte prosjektledelsen i dialogen med de ulike målgruppene og prosjektets interne informasjonsbehov. Retningslinjer og planer for dette er samlet i prosjektets Kommunikasjonsplan.

For å sikre en god innføring er det lagt vekt på:

- Bred forankring fra alle klinikkene i arbeidsgruppene i DP Løsning.
- Tidlig start av opplæringsaktiviteter med opplæringsansvarlig fra hver klinikk allerede fra 2013.
- Kontinuitet i prosjektdeltagelse fra klinikkene på tvers av delprosjektene. Medarbeidere fra OUS som er med i arbeidsgrupper i bl.a. delprosjekt løsning og integrasjon, er ønsket videreført gjennomføring av test av løsningen og deretter videre i opplæringen av sluttbrukere.
- Tidlig involvering og prosjektdeltagelse av de medarbeiderne som har et varig forvaltningsansvar både i OUS og SP.
- God involvering av tillitsvalgte og verneombud og etterlevelse ”12 prinsipper for medvirkning i omstilling”

Innførings- og endringsledelse er en koordinerende funksjon som er avhengig av et godt samarbeid med delprosjektene Løsning, Beste praksis, Opplæring, Forvaltning og Test. Innførings- og endringsledelse rapporterer til prosjektledelsen.

Leveranser fra Innførings- og endringsledelse:

- Interessentanalyse
- Kommunikasjonsplan
- Kommunikasjonsaktiviteter og kommunikasjonslogg

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>21 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

- Tiltaksplan for innføring av endringer – endringsleder eier planen og har mandat til å koordinere på tvers av delprosjektene og støtter prosjektledelse i oppfølging av klinikkene

### 7.8.3 Virksomhetsarkitektur

Virksomhetsarkitektur har hovedansvar for at alle applikasjoner som til sammen utgjør Regional EPJ ved OUS samspiller på en effektiv og god måte. De skal vedlikeholde applikasjonskart og planer for utskifting av applikasjoner i prosjektets periode.

Virksomhetsarkitektur har ansvar for koordinering mellom prosjektet og regionale og lokale programmer og prosjekter og sørge for at leveransene fra de ulike prosjektene er avstemt med hverandre både i tid og innhold.

Virksomhetsarkitektene deltar i og kvalitetssikrer delprosjektene leveranser og påser at dokumentasjonen er i tråd med regionale standarder og sørger for at dokumentasjonen kan lastes inn i regionens register for virksomhetsarkitektur.

Konsekvensene av at sykehuset innenfor de kommende år også skal gjennomføre en utskifting av IKT-systemer innenfor både laboratorieområdet og RIS/PACS-området belyses.

Virksomhetsarkitektur forbereder løpende saksgrunnlag for nødvendige beslutninger i prosjektets styringsorganer og sørger for at beslutningene er koordinert med andre programmer og prosjekter.

Virksomhetsarkitektene organiseres som en stabsfunksjon i prosjektet, og rapporterer til prosjektledelsen. Virksomhetsarkitektene skal sikre en helhetlig løsning på tvers av delprosjektene og i tråd med virksomhetens mål og målsetninger i mandatet.

Leveransene fra virksomhetsarkitektur er:

Leveranse	Mottaker	Kritisk linje	Fristdato
Plan for sanering av systemer	Delprosjektene Klinikkene	Nei	30.04.2013
Funksjonskart og applikasjonslandskap v. 1.0	Delprosjektene Klinikkene	Nei	30.06.2013
Funksjonskart og applikasjonslandskap v.2.0	Delprosjektene Klinikkene	Nei	20.12.2013
Datagrunnlag for innlasting i regionalt register for arkitektur	Regional virksomhets-arkitektur	Nei	20.12.2013



	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>22 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

## 7.9 Delprosjekt

### 7.9.1 Løsning

Delprosjekt Løsning (DP Løsning) har ansvar for å planlegge og gjennomføre aktiviteter som til sammen designer en funksjonell løsning og oppsett i DIPS for OUS. Flere aktiviteter ligger på kritisk linje og er prosjektinterne leveranser til andre delprosjekt. I løsningsutarbeidelsen vil delprosjektet:

- ivareta de regionale føringene som gjelder for standardisering av DIPS
- i størst mulig grad gjenbruke arbeid som er gjort i tidligere prosjekter
- samarbeide med pågående prosjekter som har sammenfallende aktiviteter
- bidra til kompetanseoverføring for videre forvaltning av løsningen

Løsning utarbeider et prosjektdirektiv som ytterligere spesifiserer aktiviteter i delprosjektet, metoder og leveranser. Direktivet vil fungere som mandat for hovedaktivitetene og være klart til medio januar 2013.

Nedenfor beskrives kort hovedaktiviteter for DP Løsning og leveranser. Alle aktiviteter ut mot klinikken dokumenteres og kvalitetssikres før oppsett og funksjonell løsning besluttet og konfigureres. Løsningen vil bli utarbeidet i henhold til plan for prøvekonvertering og test.

### Organisasjonsoppsett


Det er utarbeidet regionale føringer for organisasjonsoppsett i DIPS. Disse ligger til grunn for de lokale prinsippene som er utarbeidet i forprosjektet og besluttet januar 2013. Disse er ikke på et detaljeringsnivå som gir tilstrekkelig informasjon til å kunne sette opp OUS organisasjon i DIPS. For å sikre pasientadministrativ flyt, styring og aktivitetsrapportering, må det kartlegges hvordan virksomheten er og bør være organisert på avdelingsnivå. En god dialog ved møteaktivitet og diskusjon innen klinikkene er nødvendig for å oppnå forståelse og motivasjon for ev endringer i forhold til dagens organisering.

#### Leveranser Organisasjonsoppsett

Leveranse	Mottaker	Kritisk linje	Fristdato
Dokumentasjon av beslutninger av anbefalt org.oppsett per avdeling	DP Løsning	Nei	31.05.13
Innlesningsark organisasjonsoppsett	DP Konvertering	Ja	31.05.13
Informasjonsmateriell	PL	Nei	Oppstart DIPS
Løsningsbeskrivelse – org.oppsett	Forvaltning	Nei	05.12.14

### Tilganger

Det er utarbeidet regionale føringer for tilganger i DIPS. Disse ligger til grunn for de lokale prinsippene som er utarbeidet i forprosjektet og besluttet januar 2013. Det gjenstår noe prinsipparbeid som må utarbeides i hovedprosjektet. Det er blant annet enkelte avklaringer vedrørende roller og tilganger, behov for skjerming av sensitive opplysninger, bruk av sperrefunksjonalitet og varighet av tilgang. Forprosjektet har avklart at det er mulig å gjenbruke tilganger for journal og noe mer usikkert vedrørende funksjonell tilgang fra dagens oppsett.

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>23 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektaktiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

Metode for oppretting av brukere til oppstart er uklart, og det gjenstår avklaringer på dette området.

Det er behov for kartlegging på avdelingsnivå for å utarbeide tilgangsprofiler; arbeidsgruppe-tilgang og organisasjonstilgang. Funksjonelle tilganger vil bli kartlagt pr identifiserte rolle. Det skal videre opprettes et regelsett for maskinell oppdatering av tilganger for brukere. Nye brukere må ivaretas med tilganger underveis i prosjektperioden.

#### Leveranser tilganger

Leveranse	Mottaker	Kritisk linje	Fristdato
Dokumentasjon av kartlegging	DP Løsning	Nei	30.09.13
Innlesningsark: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tilgangsprofiler</li> <li>○ Brukertypeoppsett</li> <li>○ Regelsett for IDM løsning</li> </ul>	DP Konvertering	Ja	15.12.13
Informasjonsmateriell oppstart	PL	Nei	Oppstart DIPS
Løsningsbeskrivelse – tilganger	Forvaltning	Nei	05.12.14

#### Skanning

Det er utarbeidet en anbefaling om sentralisering av skanning. Hovedoppgaven blir å innhente og kategorisere papir/skjema som i dag skannes, gjennomgå disse og tilpasse skanningsinstruksen. Det er utarbeidet en regional standard for journalstruktur. Den vil ligge til grunn for oppstart med DIPS, og det er derfor nødvendig å justere ryddemalen i henhold til denne. Det må også utarbeides navn på dokumenttyper for skanning, utarbeide kodeverk/rutiner for journalplassering og journaltyper og systemoppsett for skanning.

#### Leveranser fra skanning

Leveranse	Mottaker	Kritisk linje	Fristdato
Innlesningsark for dokumenttyper	DP Konvertering	Ja	15.12.13
Systemparameter for skanning	DP Konvertering.	Ja	15.12.13
Rutiner for: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ skanning i DIPS</li> <li>○ journalplassering i DIPS</li> </ul>	Klinisk dokumentsenter	Nei	21.12.13
Tilpasset skanningsinstruks	Klinisk dokumentsenter	Nei	05.12.14
Løsningsbeskrivelse skanning	Klinisk dokumentsenter	Nei	05.12.14

	Dato: 05.02.2013	Side: 24 / 61
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektledelse Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

### Maler og brev

Det er utarbeidet regionale føringer for maler og brev i DIPS. Disse ligger til grunn for de lokale prinsippene som er utarbeidet i forprosjektet og besluttet januar 2013. Maler og brev fra dagens system konverteres ikke. OUS vil derfor opprette maler og brev direkte i DIPS. Dette er et stort arbeid hvor man først må samle inn og kategorisere dagens elektroniske maler (journal) og brev, og beslutte hvilke som skal videreføres. Arbeidet vil foregå i 2013. I 2014 vil gruppen kvalitetssikre forslag til maler og brev med klinikken ved avdelingsvise møter. I arbeidet inngår også utarbeidelse av innlesningsark for journalstruktur og utarbeidelse av navn på dokumenttyper. Gruppen vil også diskutere og eventuelt anbefale bruk av fraser. Fraser må også opprettes i DIPS til oppstart.

#### Leveranser - maler og brev

Leveranse	Mottaker	Kritisk linje	Fristdato
Innlesningsark for journalstruktur	DP Konvertering	Ja	31.05.13
Rutiner	Forvaltning	Nei	21.12.13
Oversikt - opprettede maler og blanketter i basen	Forvaltning	Nei	21.12.13
Informasjonsmateriell	PL	Nei	Oppstart DIPS
Løsningsbeskrivelse for maler/brev	Forvaltning	Nei	05.12.14

### Kodeverk

Det er mange ulike kodeverk i DIPS-applikasjonene. Kodeverkene er for ekstern og intern rapportering. Noen er lokalt redigerbare. Arbeidet med kodeverk består i å innhente uttrekk fra avgivende system, inkludert DIPS/Aker, for å vurdere om disse skal videreføres. Dersom verdier i avgivende system er ulike i forhold til verdier i DIPS, må disse mappes før konvertering. Regler for mapping utarbeides i Løsning i samarbeid DP Konvertering. Enkelte kodeverk vil diskuteres i arbeidsgruppene som en del av rutineutarbeidelse. Det er lagt opp til at det er en intern ressurs som har ansvaret for kodeverk som aktivitet i DP Løsning.

#### Leveranser - kodeverk

Leveranse	Mottaker	Kritisk linje	Fristdato
Regler for kodeverk til mapping – testkonvertering	DP Konvertering	Ja	30.06.13
Regler for kodeverk til mapping – prøvekonvertering	DP Konvertering	Ja	31.10.13
Når kodeverk er ferdig konfigurert til systemtest	DP Test	Ja	15.12.13
Løsningsbeskrivelse for kodeverk	Forvaltning	Nei	05.12.14

### Systemoppsett

Aktiviteten «Systemoppsett» innebærer både å sette opp systemet slik at det understøtter prosessene og definisjon av feltoppsett i DIPS. Hvilke systemparameter som må besluttes,

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>25 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

avhengig av hvilke moduler som tas i bruk ved OUS. Løsningsgruppen vil jobbe med systemoppsettet parallelt med de øvrige aktivitetene.

#### Leveranser - systemoppsett

Leveranse	Mottaker	Kritisk linje	Fristdato
Løsningsbeskrivelse for systemoppsett	Forvaltning	Nei	05.12.14

#### Behandlingsplan for sykepleie (EDS)

I foranalysen ble det identifisert at sykepleiere/miljøtjenesten i Klinikk for psykisk helse og avhengighet benytter behandlingsplan i DIPS og i DocuLive via KPO modellen. Det er besluttet at de enheter som benytter strukturert dokumentasjon av sykepleie i dag, skal ta i bruk behandlingsplan i DIPS fra oppstart. DIPS behandlingsplan benytter seg av kodeverkene NIC og NANDA. KPO-modellen brukes i psykiatrien i dag og det er et ønske at gruppen diskuterer innarbeidelse av NOC som del av fritekst i DIPS behandlingsplan fra oppstart. I hovedprosjektet skal det planlegges for en utrulling av de øvrige enheter i fase 2. Det har pågått og pågår et regionalt arbeid med utvikling av veiledende behandlingsplaner for Helse Sør Øst. De regionale veiledende behandlingsplanene vil ligge til grunn for arbeidet med veiledende behandlingsplaner i hovedprosjektet.

Arbeidet vil bestå i å kartlegge dagens veiledende planer regionalt og ved OUS for å vurdere videreføring, revidering, eller utvikling av nye. Utarbeide en overordnet strategi for bruk av behandlingsplan. Gjennomgang av dagens rutinebeskrivelser for bruk av behandlingsplan i DIPS. Utarbeide opplæringsplan for fase 1 og for utrulling i fase 2

#### Leveranser EDS

Leveranse	Mottaker	Kritisk linje	Fristdato
Strategi for EDS	DP Løsning	Nei	21.12.13
Plan for opplæring fase 1	DP Opplæring/ Forvaltning	Nei	30.04.14
Noen veiledende behandlingsplaner til test	Test og opplæring	Ja	31.12.13
Veiledende behandlingsplaner	PL	Ja	Oppstart DIPS
Plan for utrulling EDS fase 2	Forvaltning	Nei	05.12.14

#### Operasjonsmodul

DP Løsning har initiert en aktivitet for å kunne se nærmere på operasjonsmodulen i DIPS for OUS Aker. Beslutningen vedrørende DIPS operasjonsmodul versus Albert, er ikke avklart, og det er usikkert når denne vil foreligge. Det er derfor ikke spesifisert konkret aktivitet, ei heller knyttet ressurser til aktiviteten foreløpig.

#### PAS risiko

---

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>26 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektledelse Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

PAS risiko kan defineres som struktur for overvåking og internkontroll av pasientadministrative prosesser og rutiner. Dette gjelder blant annet områder hvor oppgaver og ansvar flytter seg mellom enheter og personell (eks. eksterne og interne henvisninger som sendes elektronisk). Det er gjennomført prosjekter i regi av Helse Sør Øst («Glemt av sykehuset») og det pågår et lokalt prosjekt i OUS, «Gjennomføringsprosjektet» som ledd i tiltak knyttet til konsernrevisjon. Dette vil ligge til grunn for det videre arbeidet i hovedprosjektet. Målet med eget fokus på PAS risiko i hovedprosjektet er å etablere et strukturert system for internkontroll for pasientadministrative EPJ prosesser. Dette skal gjøres ved å jobbe via arbeidsgruppene i DP Løsning. Arbeidsgruppene vil utarbeide beskrivelse av arbeidsprosesser i DIPS. PAS risiko vil bistå arbeidsgruppene med å identifisere risiko og foreslå egnede kontroller. PAS risiko vil kvalitetssikre leveransene, før disse forankres i klinikken. I tillegg vil gruppen utarbeide overordnede risikovurderinger og foreslå kontroller for utvalgte prosesser. I dette arbeidet vil PAS risiko bygge på prosedyrer og maler som finnes per i dag.

#### Leveranser - PAS risiko


Leveranser spesifiseres nærmere i prosjektledelse for DP Løsning og mandat for PAS risiko.

Leveranse	Mottaker	Kritisk linje	Fristdato
Nivå 1-prosedyrer for eHåndbok	Forvaltning/MHU	Nei	31.05.13
Arbeidsprosesskart med risikoer – arbeidsgrupper vår 2013	Forvaltning/MHU	Nei	30.06.13
Arbeidsprosesskart med risikoer – arbeidsgrupper høst 2013	Forvaltning/MHU	Nei	21.12.13

#### Arbeidsgrupper for utarbeidelse av rutiner og prosesser

Det er planlagt aktivitet innenfor områdene: Elektronisk arbeidsflyt (i DIPS), poliklinikk, sengepost og journal for våren 2013, og økonomi, rapporter, psykiatri/BUP modul, akutfunksjon, operasjonsmodul og spesialfunksjoner høsten 2013 som organiseres i arbeidsgrupper. Arbeidsgruppene har som hovedmål å utarbeide rutiner/ prosedyrebeskrivelser for bruk av DIPS ved oppstart. Enkelte av gruppene vil også få ansvar for systemoppsett, kodeverk og utarbeidelse av innlesningsark. Dette fremkommer i leveranseoversikten for den enkelte arbeidsgruppe.

Arbeidsgruppene vil jobbe ut fra samme metode. Først skal de identifisere dagens nivå 1 prosedyrer, og deretter beskrive hvordan avdelingene faktisk jobber i dag.

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>27 / 61</b>
	<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455

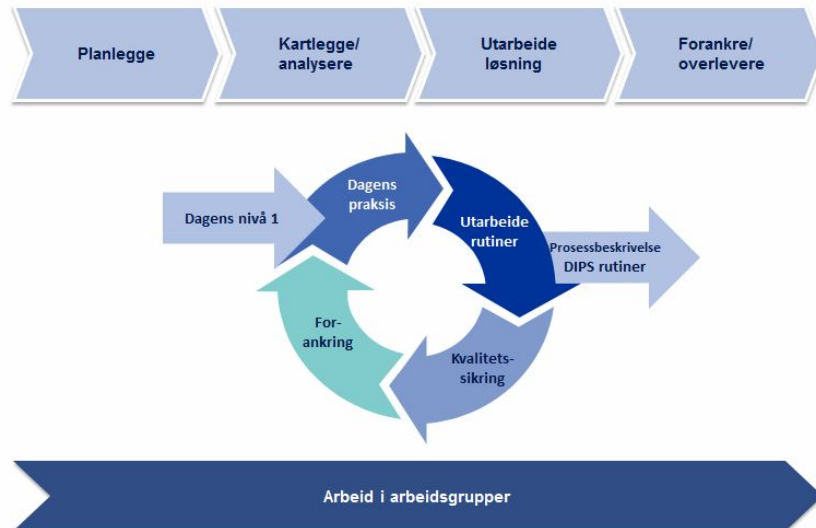


Fig. Viser metode for arbeid i arbeidsgrupper

Fra foranalysen er det kjent at dagens rutiner følges i varierende grad, og at det er stor variasjon i hvor stor grad de utnytter funksjonaliteten i dagens systemer. Arbeidsgruppedeltakerne må derfor kartlegge prosessene i «sin» klinikk og utarbeide prosessbeskrivelse som skal benyttes til forankring senere. Arbeidsgruppene utarbeider rutiner for hvordan DIPS skal tas i bruk ved oppstart, og det utarbeides prosessbeskrivelse for kommende praksis. Ved utarbeidelse av rutiner i DIPS vil man ta utgangspunkt i dagens nivå 1 prosedyrer, vurdere rutiner fra andre helseforetak som har startet med DIPS, og deretter utarbeide OUS spesifikke rutiner. Det vil utarbeides ca 200 rutinebeskrivelser.

#### Leveranser - arbeidsgrupper

Leveranse	Mottaker	Kritisk linje	Fristdato
Prosessbeskrivelser - dagens praksis	DP Løsning	Nei	21.12.13
Prosessbeskrivelser - oppstart med DIPS	DP Test/ DP Opplæring og Forvaltning	Nei	21.12.13
Rutiner	DP Test/ DP Opplæring og Forvaltning	Nei	21.12.13
Kodeverk- lokale	DP Konvertering	Ja	15.12.13
Systemoppsett	DP Konvertering	Ja	30.06.13
Innlesningsark arbeidsflyt	DP Konvertering	Ja	30.06.13

#### NPR

For å sikre god kvalitet på rapporteringsgrunnlaget, legges det opp til gjennomgang av NPR uttrekket etter prøvekonvertering i 2014. Aktiviteten vil bestå i å vurdere NPR uttrekk fra DIPS og avgivende system for å avdekke eventuelle avvik. Funn av eventuelle feil i oppsettet vil dokumenteres og korrigeres.

	Dato: 05.02.2013	Side: 28 / 61
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

#### Leveranser - NPR

Leveranse	Mottaker	Kritisk linje	Fristdato
Dokumentasjon av funn ved gjennomgang av NPR uttrekk		Nei	31.03.14

#### Restoppgaver

Med restoppgaver menes vedlikehold av løsningen underveis i prosjektperioden. Det vil være ca ett år fra rutiner er ferdigstilt fra løsning, til man skal gå i produksjon. Det kan derfor avdekkes behov for nye løsninger under testløpene. Omfanget av slike behov er ukjent, men fra tidligere erfaringer er områdene organisasjonsoppsett, tilganger, oppsett for arbeidsflyt, maler og brev, kodeverk og systemoppsett hovedområder for endring. Tilsvarende avdekker man gjerne feil og uhensiktsmessige rutiner i test og opplæring. Rutinene må fortløpende diskuteres, oppdateres og godkjennes. Behov for feltoppsett (default) besluttes i etterkant av konvertering.

#### Konfigureringsstyring

DP Løsning eier løsningsdesign frem til oppstart. DIPS arkitekten er ansvarlig for styring av endringer i konfigurering av løsningen, og ansvarlig for prosjektets DIPS-miljø i prosjektperioden.

#### Leveranser - restoppgaver

Leveranse	Mottaker	Kritisk linje	Fristdato
Dokumentasjon av endringer	Prosjektinternt	Nei	Fortløpende

#### Forankring

Med forankring menes ulike aktiviteter etter at oppsett og funksjonell løsning er utarbeidet og besluttet. I 2014 vil DP Løsning i enda større grad arbeide sammen med DP Test og DP Opplæring. Forankringsaktiviteter:

- Avdeling-/ klinikkvis gjennomgang av prosessbeskrivelser som viser dagens praksis og kommende praksis, med tilhørende diskusjon om hva som skal til for å skape nødvendig endring
- Delta i og utarbeide informasjonskampanjer
- Utarbeidelse av informasjonsmateriell til oppstart
- Bistand til kompetanseoverføring til test
- Involvering i utarbeidelse av opplæringsinnhold og materiell

#### Leveranser - forankring

Leveranse	Mottaker	Kritisk linje	Fristdato
Dokumentasjon av møter med klinikken	Prosjektinternt	Nei	01.10.14
Presentasjoner og informasjonsmateriell	Prosjektinternt	Nei	01.10.14

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>29 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

## 7.9.2 Opplæring

Delprosjekt Opplæring har ansvar for at alle brukere av elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system i OUS får tilbud om en kvalitetssikret og tilpasset opplæring i DIPS før oppstart.

Opplæringstilbudet skal reflektere den elektroniske virkeligheten den enkelte bruker arbeider innenfor. Opplæringen skal bidra til effektive arbeidsprosesser, god registreringspraksis og god arbeidsflyt i systemet.

Viktige hovedaktiviteter for delprosjektet vil være kartlegging av opplæringsbehov i klinikkene, videre planlegging av de opplæringsaktiviteter som skal gjennomføres, utarbeide en detaljert logistikkplan, planlegge/budsjettere og sørge for nødvendige endringer i midlertidige kursrom samt gjennomføre opplæring av 120 instruktører og ca. 12.500 sluttbrukere.

### Detaljert aktivitetsplan og milepælsplan

Delprosjektet skal utarbeide en detaljert plan over de aktiviteter og milepæler som er knyttet mot opplæring, samt sørge for at planlagte aktiviteter gjennomføres som planlagt.

### Plan og ferdigstilling av midlertidige kursrom

Delprosjektet skal fullføre sin utredning om hvilke lokaler i OUS som egner seg best som midlertidige kursrom. Dette gjelder lokaler ved lokasjonene Ullevål, Rikshospitalet, Radiumhospitalet, SSE og Dikemark. Delprosjektet vil sørge for nødvendige avtaler med de klinikker som disponerer lokalene.

Delprosjektet vil samarbeide med delprosjekt Infrastruktur og Prosjektkontoret om lokal infrastruktur i aktuelle rom. Det vil i samarbeid med Sykehuspartner gjennomføres en markstudie for å sørge for at alle rom innehar nødvendig standard når det gjelder teknisk infrastruktur.

Delprosjektet vil utarbeide en detaljert plan over hvilke rom som skal benyttes til kursrom i opplæringsperioden.

Delprosjektet vil sørge for at alle kursrom er ferdig utrustet før opplæringen starter.

### Kartlegging av opplæringsbehov i klinikkene

Delprosjektet skal kartlegge om det eksisterer særskilte behov for opplæring i de ulike klinikkene. Det skal også kartlegges hvor mange ansatte per brukergruppe pr klinikk som skal ha opplæring.

### Logistikkplan

Delprosjektet skal utarbeide en detaljert logistikkplan som vil være nødvendig for planlegging og gjennomføring av opplæring. Planen skal inneholde oversikt over kapasiteten i de ulike kursrommene og auditoriene samt oppsett og fordeling av ulike kurs/ undervisning i ulike kursrom/ auditorier.

### Detaljert opplæringsplan



	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>30 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

Delprosjektet skal utarbeide en detaljert opplæringsplan. Planen vil beskrive valgt opplæringsstrategi i detalj, og bygge videre på opplæringsplanen som ble utarbeidet under foranalysen og forprosjektet.

### **Interaktive opplæringspakker**

Delprosjektet skal sørge for at det blir utarbeidet spesialtilpassede e- læringskurs for aktuelle brukergrupper, samt at disse blir tilgjengeliggjort i Læringsportalen senest åtte uker før oppstart av DIPS.

### **Gjennomføre opplæring av instruktører og sluttbrukere**

Delprosjektet utarbeide opplæringsmateriell og skal gjennomføre opplæring av 120 instruktører og ca. 12.500 sluttbrukere, dette i perioden 01.08.14 til 01.12.14. Opplæringen vil foregå i kursrom, auditorier og i brukerkaféer.

### **Evalueringsrapport**

Delprosjektet skal gjennomføre en evaluering etter at all opplæring knyttet til prosjektperioden er gjennomført. Resultatene skal beskrives i en evalueringsrapport.

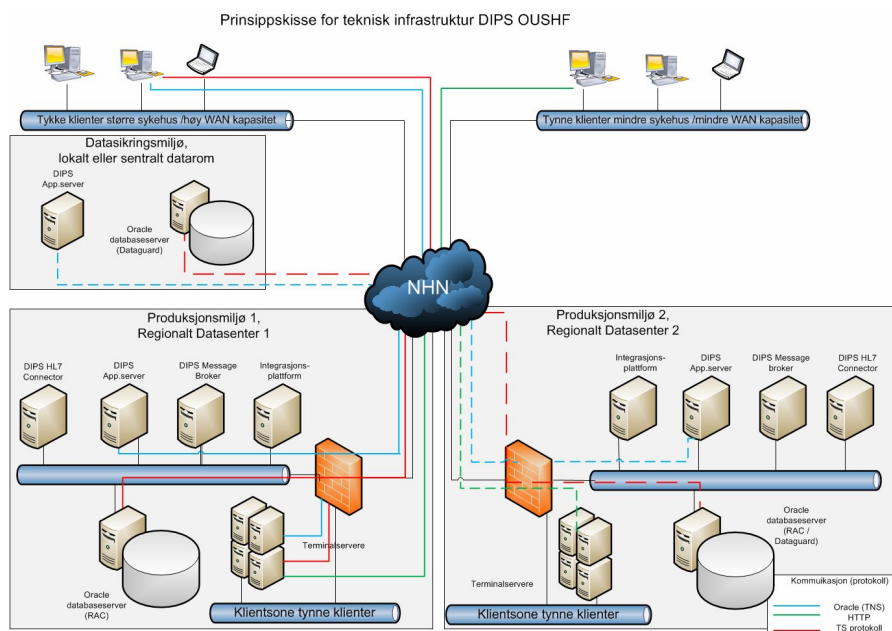
### **7.9.3 Teknisk infrastruktur**

Delprosjekt Teknisk infrastruktur har ansvaret for følgende leveranseområder som beskrives mer utførende nedenfor:

- Produksjonsmiljøet for DIPS samt sanering av dagens løsning for PAS/EPJ i OUS
- Prosjektmiljøer for hele prosjektet
- Lokal infrastruktur som ikke er dekket av Plattformprogrammet
- De prosjektinterne prosessene Configuration Management, Release Management og Change Management

### Produksjonsmiljø

Produksjonsmiljøet er den høytillgjengelige tekniske infrastrukturen som må etableres for å kunne kjøre DIPS med tilhørende integrasjoner. Det består av tre datasentre som vist i figuren nedenfor. To identiske, komplette tekniske infrastrukturer etableres i to regionale datasentre. I tillegg etableres et datasikringsmiljø.




Dagens produksjonsmiljø for PAS/EPJ i OUS vil i en overgangsperiode være aktivt samtidig med det nye produksjonsmiljøet. Når overgangsperiode utløper, så skal delprosjektet sørge for at dagens produksjonsmiljø saneres.

### Prosjektmiljøer

Prosjektet har behov for flere prosjektmiljøer. De fleste miljøene har en klar funksjon og det er en klar definisjon for hvordan de skal bygges opp, men for noen miljøer gjenstår det en del designarbeid før alle detaljer er på plass. Tabellen nedenfor beskriver hvert enkelt miljø i mer detalj.

Prosjektmiljø	Beskrivelse
Demomiljø	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dette er det enkleste prosjektmiljøet. Det består kun av to virtuelle servere hvor siste versjon av DIPS skal installeres.</li> <li>• Hensikten med miljøet er i hovedsak å kunne demonstrere DIPS som løsning ifm arbeidsmøter som fokuserer på arbeidsprosesser og rutiner.</li> <li>• Databasen består av konstruerte data. Den skal aldri inneholde skarpe data.</li> </ul>
Utviklingsmiljø	Dette er et mye mer komplekst miljø som består av følgende

	Dato: 05.02.2013 Side: 32 / 61
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455 Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

Prosjektmiljø	Beskrivelse
	<p>elementer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• To virtuelle servere hvor siste versjon av DIPS er installert.</li> <li>• Et sett med virtuelle servere hvor kjøremiljøet til BizTalk er installert.</li> <li>• Et sett med virtuelle servere hvor utviklingsverktøyene for BizTalk er installert.</li> <li>• Det kan bli aktuelt med et sett virtuelle servere for å etablere en ekstra instans av verktøy for konfigurasjonsstyring og versjonskontroll.</li> </ul>
Testmiljøer	<p>Dette er det mest komplekse prosjektmiljøet. Det endelige antall parallelle testmiljøer er ikke fastlagt enda. Testmiljøet består av følgende elementer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Et sett med virtuelle servere som kjører DIPS</li> <li>• Et sett med virtuelle servere som kjører BizTalk kjøremiljø med tilhørende grensesnitt.</li> <li>• Et sett med virtuelle servere som enten simulerer og/eller er kopier av testmiljøene til eksterne fagsystemer som DIPS skal integreres med.</li> </ul> <p>Etablering og forvaltning av testdata inngår ikke i omfanget til delprosjekt Teknisk Infrastruktur.</p>
Kursmiljø	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Et sett med virtuelle servere som kjører DIPS.</li> <li>• Gode, anonymiserte data som gir en god læresituasjon.</li> </ul> <p>Etablering og forvaltning av kursdata inngår ikke i omfanget til delprosjekt Teknisk Infrastruktur.</p>
Konverteringsmiljø	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Et sett med virtuelle servere for de verktøy som DP Konvertering skal bruke.</li> <li>• Fysiske servere for kjøring av konverteringsløsningen samt for konverteringsdatabaser.</li> </ul>
ProdKopiMiljø	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En komplett kopi av databasen til alle kilde-systemer som skal konverteres.</li> <li>• I første omgang tas bare en komplett kopi ved å bruke eksisterende backupfiler. På et senere tidspunkt skal det etableres en synkronisering av databasene slik at ProdKopiMiljøet kontinuerlig oppdateres og er synkronisert med produksjon.</li> </ul>
Produksjonslikt testmiljø x2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dette er et miljø som strukturelt sett skal ligne på produksjon. Det betyr man bare baserer seg på virtuelle servere, men at disse skal stemme med de fysiske serverne som finnes i produksjon.</li> <li>• De to produksjonslike testmiljøene egner seg ikke til å kjøre ytelsestester.</li> </ul> <p>Etablering og forvaltning av testdata inngår ikke i omfanget til</p>

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>33 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

Prosjektmiljø	Beskrivelse
	delprosjekt Teknisk Infrastruktur.
Ytelsestestmiljø	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dette miljøet skal brukes til fullskala ytelsestest av første versjon samt fremtidige versjoner av DIPS.</li> </ul>

### Lokal infrastruktur

Dette leveranseområdet dekker flere aktivitetsområder. De viktigste aktivitetsområder er:

- Dekke gapet mellom faktisk behov og faktisk utførte oppgraderinger av lokal infrastruktur utført i regi av Plattformprogrammet.
- Lokal infrastruktur knyttet til prosjektmiljøer, bl.a. kurs og testlaver.
- Økt behov for lokal infrastruktur pga. nye arbeidsprosesser som etableres ved innføring av DIPS.

### Prosjektinterne prosesser

Delprosjektet skal etablere samt håndtere følgende prosjektinterne prosesser:

- Configuration Management
- Release Management
- Change Management

De prosjektinterne prosessene baserer seg på samt integreres med de samme prosessene i linjen til Sykehuspartner.

### 7.9.4 Konvertering

Delprosjekt Konvertering har hovedansvar for å planlegge, forberede og gjennomføre konvertering av data fra kilde-systemene til DIPS, for de kilde-systemene som skal erstattes av DIPS. Dette gjelder PasDoc, DocuLive, DIPS Aker, BUP-data og RUS-data.

Delprosjektet skal planlegge, utarbeide og implementere de nødvendige konverteringsregler i konverteringsprosessen som sikrer:

- Ivaretagelse av historiske data som er kritiske for en konsistent pasienthistorikk og for fremtidig behandling av pasienter
- Konsistens i dataene som lastes inn i DIPS, slik at konverterte data blir tilgjengelig i DIPS

Delprosjektet skal designe og implementere en konverteringsprosess som;

- Er skalert og tilpasset for å konvertere de dataene som skal ivaretas i DIPS (mengde, type data)
- Ivaretar de definerte konverteringsreglene for datatransformeringen
- Sikrer sporbarhet i datatransformeringen i tilstrekkelig grad
- Er skalert for å konvertere data fra kilde-systemene til DIPS innenfor begrenset nedetid (lesemodus på kilde-systemene)

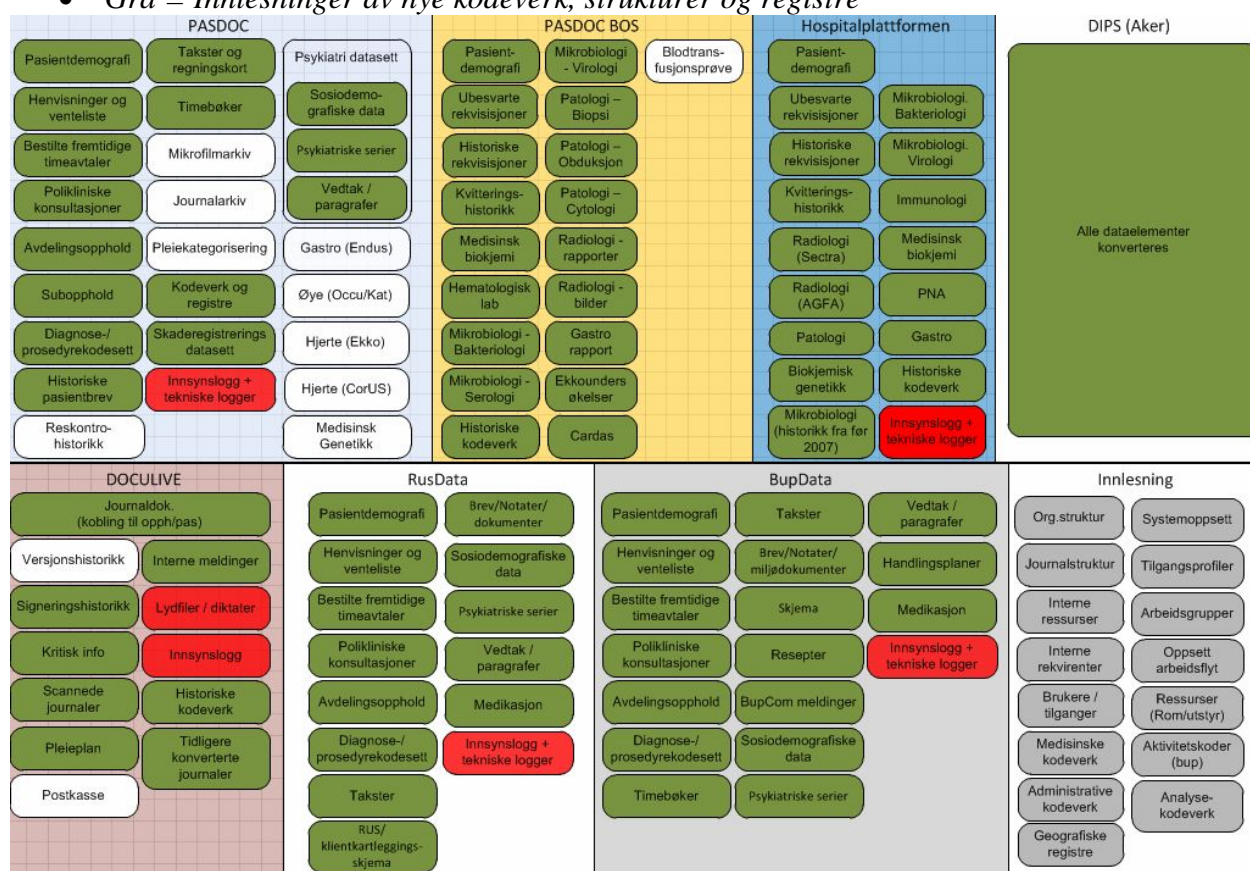
Delprosjektet skal bistå OUS med anbefalinger om hvilke data som må ryddes opp i kilde-systemene for å bevare eller mulig øke datakvalitet i overgangen til DIPS. Delprosjektet skal

også fortløpende i prosjektperioden informere OUS om hvilke data som avviker fra konverteringsregler, kvalitetssjekker i konverteringen, og som må ryddes i kildesystemene.

### Data som skal konverteres:

Fargekoder:

- *Grønn* = Skal konverteres til DIPS
- *Rød* = Skal ikke konverteres til DIPS, men ivaretas på annen måte
- *Hvit* = Uavklart
- *Grå* = Innlesninger av nye kodeverk, strukturer og registre



	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>35 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

**Leveransene er:**

Leveranse	Beskrivelse
Utarbeidelse av konverteringsregler	Delprosjektet skal utarbeide konverteringsregler som er nødvendig for gjennomføring av konvertering og data transformasjon fra kildesystemene til DIPS. Dette inkluderer; vask av data på tvers av kildesystemene, regler i datatransformasjonen, mappingregler, regler knyttet til datakvalitet og konsistenssjekk på tvers av kildesystemene eller de forskjellige dataelementene
Kvalitetssikring av data	Delprosjektet skal, som del av konverteringsprosessen, kvalitetssikre data: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikre sporbarhet og kvalitet i datatransformasjonen</li> <li>• Sikre riktig datakonsistens i datagrunnlaget som leses inn i DIPS</li> <li>• Gi anbefalinger til OUS om hvilke data som må ryddes i kildesystemene som følge av avvik i datakonsistens eller kvalitet som oppdages i konverteringsprosessen</li> </ul>
Utvikling av konverteringsscript	Delprosjektet skal utvikle konverteringsscript som er nødvendig for å gjennomføre datatransformeringen fra kildesystemene til DIPS. Dette gjelder: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Uttrekk av data fra alle kildesystemene</li> <li>○ Script for håndtering av datatransformasjon (regler, datavask, mapping)</li> <li>○ Innlesningsscript til DIPS</li> <li>○ Script for å håndtere delta (endringer i kildesystemene etter hoved konverteringen) gjennom hele konverteringsprosessen</li> </ul>
Implementering og konfigurasjon av konverteringsprosessen	Delprosjektet skal utvikle script og mekanismer for å sette sammen den helhetlige konverteringsprosessen, inkludert mekanismer for; migrering, deltaloggning, deltakonvertering, kjørerutiner og kjøreplan.
Uttrekk til dataanalyse	Delprosjektet skal bistå andre delprosjekter med nødvendige datauttrekk fra kildesystemene. I hovedsak gjelder dette uttrekk av kodeverk, registre og datastrukturer som skal benyttes til dataanalyse som del av arbeidet med å definere de nye kodeverkene, registrene og strukturene i DIPS.
Innlesning og vedlikehold av systemdata i prosjektperioden	Delprosjektet skal gjennomføre den tekniske innlesningen av de nye systemdataene til den nye DIPS databasen; eks: kodeverk, registre, org.oppsett og andre systemdata.

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>36 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211


Leveranse	Beskrivelse
	I perioden etter innlesning og frem til produksjonssetting skal delprosjektet sørge for rutiner og mekanismer for vedlikehold av systemdata og mappinger som benyttes i konverteringen
Gjennomføre en Testkonvertering	Som en del av Utviklingsperioden, skal delprosjektet gjennomføre en testkonvertering med et begrenset antall pasienter. Testkonverteringen er en teknisk test som gjennomføres av delprosjekt konvertering
Gjennomføre Prøvekonvertering #1 og #2	Delprosjektet skal gjennomføre to prøvekonverteringer, som skal være en komplett konvertering av alle data som skal konverteres. Prøvekonverteringen skal også teste deltamekanismene som skal brukes i deltakonverteringen
Gjennomføre datakonverteringen i produksjonssettingen	Delprosjektet skal gjennomføre datakonverteringen, som en del av produksjonssettingen
Etterarbeid etter produksjonssetting	Delprosjektet skal etter produksjonssettingen være med å kvalitetssikre datakvaliteten i de konverterte dataene i overgangen til DIPS, og gjennomføre evt. etterkonverteringer eller justeringer dersom dette er nødvendig

### 7.9.5 Integrasjon

Delprosjekt Integrasjon har hovedansvar for å ivareta alle integrasjoner med felles PAS/EPJ. Arbeidet organiseres i tre arbeidsgrupper: Laboratoriefag, Radiologi og Øvrige integrasjoner. Løsningene som utarbeides og settes opp skal være godt forankret hos de sentrale interessentene, som derfor må bidra med representanter gjennom deltagelse i arbeidsgruppene. Delprosjektet er ansvarlig for å iverksette nødvendige bestillinger mot leverandører, inkludert Sykehuspartner. Bestillinger til DIPS utarbeides av delprosjekt integrasjon.

Delprosjektet skal utarbeide en detaljert funksjonell beskrivelse av hvordan de prosesser som er knyttet til laboratorie- og radiologivirksomheten skal løses. Det er spesielt prosesser knyttet til bestilling (herunder radiologihenvisninger og funksjonsfordeling mellom laboratoriene), svar, svaroppfølging (begrenset til områder hvor lab/rad er premissgivere, arbeidsflyten i DIPS og rutiner knyttet til kvittering/signering ligger til DP Løsning) og etikettløsninger, som delprosjektet må utarbeide detaljerte beskrivelser av.

Spesifikasjonene skal benyttes for å sette opp DIPS slik at DIPS understøtter de beskrevne prosessene. Spesifikasjonene vil også være en del av grunnlaget for test og opplæringen av sykehusets brukere og vil i så måte være delprosjektets leveranse til delprosjekt Test og delprosjekt Opplæring.

	Dato: 05.02.2013	Side: 37 / 61
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektledelse Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

En viktig leveranse for delprosjektet er også dokumentert kvalitetssikring og forankring av at integrasjonsgrensesnittene vil dekke behov og inneha nødvendig funksjonalitet hos de ulike interessentene ved OUS, Sykehuspartner og DIPS. Deltagelse fra interessentene i delprosjektet og arbeidsgruppene sikrer dette.

Delprosjektet skal også sikre at funksjonalitet for videre forvaltning/overvåkning av integrasjonsløsninger etter oppstart av DIPS vil være tilstrekkelig og må derfor også ivretas gjennom utvikling/anskaffelser der det er nødvendig.

### Ambisjonsnivå for integrasjoner

Delprosjektet skal ivareta at integrasjoner med DIPS dekker tilsvarende funksjonelle nivå som de har i dag. Behov for ytterligere integrasjoner planlegges til fase 2. I tillegg til eksisterende integrasjoner legges det til rette for elektroniske henvisninger og PLO- meldinger i samarbeid med meldingsløftet. Der det er mulig skal eksisterende integrasjonsfunksjonalitet breddes til nye brukergrupper.

De viktigste integrasjonene:

System	Grensesnitt	Retning	Type	Format	Ver.	Protokoll
Unilab	Rekvisisjoner medisinsk biokjemi	Inn	Meldinger	HL7	2.5	MLLP
Unilab	Svar på laboratorieundersøkelser	Ut	Meldinger	HL7	2.5	MLLP
Unilab	Logistikkmeldinger for pasienter	Inn	Meldinger	HL7	2.4	MLLP
Unilab	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	Proprietær		Webservice
Swisslab	Rekvisisjoner medisinsk biokjemi	Inn	Meldinger	HL7	2.2	FIL
Swisslab	Svar på laboratorieundersøkelser	Ut	Meldinger	HL7	2.2	FIL
Swisslab	Logistikkmeldinger for pasienter	Inn	Meldinger	HL7	2.3	FIL
Swisslab	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice
Flexlab	Rekvisisjoner medisinsk biokjemi	Inn	Meldinger	Edifact		FIL
Flexlab	Svar på laboratorieundersøkelser	Ut	Meldinger	KITH XML	1.3	FIL
Flexlab	Logistikkmeldinger for pasienter	Inn	Meldinger	HL7	2.4	MLLP
Flexlab	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	Proprietær		DIPSAPI
PNA	Svar på laboratorieundersøkelser	Ut	Meldinger	HL7	2.4	MLLP
DocuLive Patologi	Svar på patologiske undersøkelser	Ut	Meldinger	KITH XML	1.3	Fil
DocuLive Patologi	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice
Prosang	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice
Siemens RIS	Svar på radiologiske undersøkelser	Ut	Meldinger	KITH XML	1.2	FIL
Siemens RIS	Logistikkmeldinger for pasienter	Inn	Meldinger	HL7	2.4	MLLP
Siemens RIS	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice
Siemens PACS	Verktøyintegrasjon åpning PACS-viewer					
Sectra RIS	Svar på radiologiske undersøkelser	Ut	Meldinger	KITH XML	1.4	FIL
Sectra RIS	Logistikkmeldinger for pasienter	Inn	Meldinger	HL7	2.4	MLLP
Sectra RIS	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice
Sectra	Verktøyintegrasjon åpning PACS-					



System	Grensesnitt	Retning	Type	Format	Ver.	Protokoll
PACS	viewer					
Agfa RIS	Svar på radiologiske undersøkelser	Ut	Meldinger	HL7	2.4	FIL
Agfa RIS	Logistikkmeldinger for pasienter	Inn	Meldinger	HL7	2.4	MLLP
Agfa RIS	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice
Agfa RIS	Pasientsporing	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice
Agfa PACS	Verktøyintegrasjon åpning PACS-viewer					
Felles klinisk bildelager	Verktøyintegrasjon åpning PACS-viewer					
Albert	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	Proprietær		Webservice
Blodspor	Logistikkmeldinger for pasienter	Inn	Meldinger	HL7	2.4	MLLP
Cytodose	Svar på laboratorieundersøkelser	Inn				
Cytodose	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice
Aria	Logistikkmeldinger for pasienter	Inn	Meldinger	HL7	2.4	MLLP
Medfolio	Logistikkmeldinger for pasienter	Inn	Meldinger	HL7	2.4	MLLP
Medfolio	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice
Medfolio	Oppslag av pasienttilhørighet	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice
Metavision	Svar på laboratorieundersøkelser	Inn	Meldinger			
Metavision	Logistikkmeldinger for pasienter	Inn	Meldinger	HL7	2.4	MLLP
Nytt skopisystem	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice
Nytt skopisystem	Timebok	Inn	Tjeneste	Proprietær		DIPSAPI
Hippokrates	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice
Partus	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice
Neonatal	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	Proprietær		Webservice
Nyre/HLA-lab	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice
SPISS	Oppslag av demografisk informasjon	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice
IDM	Brukerprovisjonering	Ut	Tjeneste			Webservice
DIPS	Regional (nasjonal) folkeregisterløsning	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice
DIPS	Regional (nasjonal) hjelpenummertjeneste	Inn	Tjeneste	HL7	3	Webservice

**Leveransene er:**

- Dokumentasjon/spesifikasjon på hvordan de funksjonelle løsningene skal settes opp og fungere.
- Enhetstestede løsninger som ivaretar dagens funksjonelle nivå i de ulike applikasjonene
- Fortløpende utvikling, feilretting, enhetstesting, integrasjonstesting og tilpasninger av integrasjonsgrensesnitt i mellomvareløsninger etter behov (eksempelvis i forbindelse med nødvendige oppgraderinger av systemer underveis i prosjektperioden)

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>39 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektledelse Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

## 7.9.6 Test

Delprosjekt Test har ansvar for å planlegge, forberede og gjennomføre testnivåene installasjonstest, systemtest, systemintegrasjonstest og akseptansetest. Delprosjektet skal sikre at arbeidsprosesser, løsning, integrasjoner, konvertering og ytelse testes i tilstrekkelig grad for å måle kvaliteten av ulike leveranser som leveres i løpet av prosjektperioden. Hovedmålet er at løsningen holder høy kvalitet og risiko for feil ved produksjonssetting er lav.

Viktige hovedaktiviteter for delprosjekter vil være å:

- identifisere produktrisikoen på systemet/produktet
- avstemme testløpet i forhold til innføringsstrategier
- bistå i arbeidet med etablering av testmiljøer (kartlegging av behovene)
- etablere testorganisasjonen
- tilrettelegge, planlegge og gjennomføre test
- rapportere feil og påse at retting gjennomføres i det aktuelle delprosjekt
- reteste og regresjonsteste etter overlevering av testede rettelsener fra leverandør

Delprosjektet har ansvar for at testarbeidet utføres i henhold til Sykehuspartners etablerte testmetodikk og at det gjennomføres i henhold til Rammeavtale K bilag 5 «Testing og godkjenning».

Ansvar for testgjennomføringen er fordelt mellom DIPS, OUS og SP. Alle testledere rapporterer til DPL Test, som har ansvar for å følge opp samtlige testaktiviteter og rapporterer til prosjektledelsen.

### 7.9.6.1 Tester som DIPS har ansvar for

#### Test av løsning EPJ

Som første del av systemtest, skal det gjennomføres en brøytetest på DIPS-løsningen og den skal kontrollere at konfigurering og parametersetting av programvaren er i henhold til løsningsspesifikasjon, samt kontrollere at systemet er klargjort for å gjennomføre systemtesten. I løpet av brøytetestperioden skal leverandør fortløpende korrigere eventuelle feil som oppdages under denne testen. Testspesifikasjoner vil bestå av sjekklister og enkle testprosedyrer for å kontrollere funksjonalitet.

Systemtesten skal dokumentere at leveransen fungerer i henhold til løsningsbeskrivelser, derav prosess – og rutinebeskrivelser som er utarbeidet av DP løsning. Systemtest av DIPS-løsningen er en formell test som omfatter primært funksjonelle tester av systemet i henhold til godkjent løsningsbeskrivelse. Test skal ha fokus på arbeidsprosesser og ende-til-ende test i DIPS. Det skal vektlegges å verifisere definerte rutiner innenfor områder som: Poliklinikk, sengepost, journal, elektronisk arbeidsflyt, økonomi, skanning, akuttfunksjon, spesialfunksjon og EDS.

### 7.9.6.2 Tester som Sykehuspartner har ansvar for

#### Test av Integrasjoner

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>40 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektledelse Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

Systemintegrasjonstesten skal teste leveransen fra DP integrasjon, dvs. verifisere at integrasjoner som blir reetablert mellom DIPS og OUS sine fagsystemer fungerer i henhold til løsningsspesifikasjonen og -design. Systemintegrasjonstesten vil omfatte funksjonell test av arbeidsprosesser på tvers av DIPS og fagapplikasjon, samt ikke-funksjonell-/tekniske tester.

### **Installasjonstest**

Installasjonstest er en test som å verifisere installasjonen av maskinvare, operativsystem og mellomvare. Testen gjennomføres som en sjekklistetest og skal verifisere at teknisk infrastruktur er satt opp i henhold til løsningsdesign. Testen skal først gjennomføres for testmiljøer som skal benyttes under systemtest av løsning – EPJ og systemintegrasjonstest og den endelige og formelle installasjonstesten gjennomføres for det nye produksjonsmiljøet for ny EPJ-løsning. Testen gjennomføres med bistand fra DIPS.

### **Teknisk Systemtest**

Teknisk systemtest er fasen hvor tekniske krav og kriterier skal prøves og blir den viktigste og mest omfattende tekniske fasen. I denne perioden skal ytelse, pålitelighet, failover, back up og recovery, redundans og rapportkjøring settes på prøve. Teknisk testing av mellomvare og integrasjoner mot eksterne fagsystemer inngår i dette begrepet.

Målet er å avdekke så mange feil som mulig slik at senere akseptansetest passerer.

### **Teknisk Akseptansetest**

Teknisk akseptansetest kjøres sammen med funksjonell akseptansetest (i parallell eller sekvensielt) Teknisk akseptansetest skal inneholde utsjekk av de kritiske ikke-funksjonelle kravene, verifisere akseptansekriteriene og bekrefte at områder som under systemtestene hadde mange defekter fungerer tilfredsstillende. Sykehuspartner har ansvaret for strategi, planlegging, gjennomføring og analyse. Prosjektledelsen evaluerer testleders anbefaling i sluttrapporten.

## **7.9.6.3 Tester som OUS har ansvar for**

### **Funksjonell Akseptansetest**

Etter at Leverandøren har meldt installasjonsdag og systemintegrasjonstest integrasjoner er gjennomført, skal kunden (OUS) gjennomføre en funksjonell akseptansetest. Akseptansetesten skal ikke teste ny funksjonalitet, men være en regresjonstest med formål å kontrollere at leveransen av den totale løsningen, DIPS inkludert integrasjoner, er levert i henhold til spesifiserte krav og løsningsbeskrivelser. Akseptansetesten skal gi grunnlag for beslutningen om aksept og om løsningen er god nok for driftssetting.

### **Test av konvertering, Systemtest og akseptansetest**

DP Konvertering skal gjennomføre 2 prøvekonverteringer før en den endelige konverteringen og migreringen gjennomføres til det nye produksjonsmiljøet. I denne sammenheng vil det gjennomføres systemtest 1 og 2 samt en akseptansetest for å kontrollere datakvaliteten fra disse kjøringene. Testen vil gjennomføres ved å sammenligne data mellom kildesystemene og DIPS, samt kontrollere data som hentes inn fra innlesningsark utarbeidet av DP løsning.

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>41 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

#### 7.9.6.4 Leveranser

Leveransene fra delprosjekt Test er:

- Detaljerte testplaner, gjennomførte tester, sluttrapporter og evaluering for:
  - Systemtest – Løsning EPJ
  - Systemintegrasjonstest
  - Funksjonell akseptantens
  - Installasjonstest
  - Systemtest Teknisk Infrastruktur
  - Teknisk Akseptansetest
- Strategi, detaljert detaljert testplan, gjennomført test, sluttrapport og evaluering for:
  - Ytelsestest
- Testspesifikasjoner dokumentert i tester i testverktøy HP ALM

#### 7.9.7 Beste praksis

Delprosjekt Beste praksis har hovedansvar for å identifisere områder for verdiskapning for OUS i forbindelse med innføring av regional EPJ, kvalitativt og kvantitativt.

Selve innføringen av et nytt IKT system som erstatter et annet vil ikke automatisk generere bedre kvalitet eller mer effektive arbeidsprosesser. Dette krever et systematisk, tverrfaglig arbeid med god lederstøtte.

Delprosjekt Beste praksis vil sammen med delprosjekt Løsning etablere gode og effektive arbeidsprosesser for kliniske enheter ved OUS. Det vil bli tatt utgangspunkt i en sengepost og poliklinikk som ønsker å bli foregangsenhet på kvalitet, kapasitetsutnyttelse og gode arbeidsprosesser. Foregangsenhetene, eller ”fyrtårnene” skal vise vei for andre enheter. Disse enhetene blir et mål å strekke seg etter totalt sett for OUS med hensyn på bedre kvalitet, tid og kapasitet knyttet til pasientbehandling.

Disse foregangsenhetene vil jobbe i et tett samarbeid med prosjektet. Det skal gjennomføres en grundig kartlegging av dagens arbeidsprosesser i samarbeid med delprosjekt Løsning, samt etablering av en nullinjemåling for identifiserte indikatorer. Kartlegging av dagens prosesser gjøres i samarbeid med delprosjekt Løsning. Kartleggingen tar blant annet utgangspunkt i allerede tilgjengelig materiale fra tidligere prosjekter, som for eksempel Klinisk arbeidsflate, Felles klinisk informasjonsgrunnlag og Gjennomføringsprosjektet. Videre skal målbildet for arbeidsprosessene utarbeides og forankres. Endringstiltakene defineres ut i fra forskjellen mellom dagens situasjon og fremtidens målbilde.

Enkelte tiltak vil være systemuavhengige, som prosjektet kan realisere før systeminnføringen, mens andre endringstiltak ikke vil kunne realiseres før systemet er innført.

For å gi best og mest mulig verdi samlet sett til klinikkene i forhold til de initiativer som pågår i OUS, er det svært viktig å ha et kontinuerlig fokus på å koordinere delprosjektets aktiviteter med andre prosjekter. Endringstiltakene skal blant annet ta hensyn til handlingsplanene som

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>42 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

utarbeides for hver klinikk i regi av Gjennomføringsprosjektet. Dette for å skape minst mulig forstyrrelser for den daglige driften i klinikkene.

Erfaringer fra tidligere (Ahus, Helse Vest, VVHF) og pågående (STHF) innføringsløp av DIPS skal videreføres og hensyntas i forhold til gjennomføringen av prosjektaktivitetene.

Delprosjektet skal utvikle tids-/kapasitets- og kvalitetsindikatorer i samarbeid med LIS<sup>1</sup>-gruppen, som gjør det mulig å ta stilling til OUS' løpende måloppnåelse. Hensiktsmessige indikatorer som gir relevant informasjon om tidsbruk, kapasitetsutnyttelse og aktivitetsutførelse kan bidra til å tydeliggjøre evt. flaskehalsar og/eller forbedringsområder, slik at ledelsen kan fatte gode operative beslutninger.

Det skal gjennomføres indikatormålinger gjennom prosjektperioden for å kunne iverksette korrigerende tiltak for å nå målbildet.

Indikatorerne må kunne brukes videre i kommende driftssituasjon for videre forbedringsarbeid etter avsluttet prosjekt. Derfor må indikatorerne være relevante på tvers av OUS og ta utgangspunkt i eksisterende og pålagte indikatorer som foreligger regionalt/nasjonalt.

Etter at "fyrtårnene" er etablert, vil videre bredding av tiltak og erfaringer gjennomføres innenfor de andre enhetene i OUS og hele tiden i et koordinert løp med aktivitetene til delprosjekt Løsning og delprosjekt Opplæring.

Leveransene er:

- Gevinstavhengighetsmatrise, som synliggjør effektmål, gevinster og tiltakene for å realisere verdi.
- Oppdatert gevinstrealiseringsplan med definerte indikatorer for måling.
- Identifisert og forankret foregangsenheter/"fyrtårn" (sengepost og poliklinikk).
- Detaljert kartlegging av nåsituasjon for "fyrtårn".
- Resultat av nullinjemåling og et etablert rapporteringsregime i samarbeid med linjen.
- Utarbeidet målbildet for arbeidsprosesser/arbeidsflyt i "fyrtårn"- enhetene.
- Forankret målbildet med prosjektets interessenter.
- Utarbeidet endringsanalyse.
- Innføring av endrede arbeidsprosesser i samarbeid med delprosjekt Løsning.
- Dokumentasjon på beste praksis sengepost og poliklinikk på OUS.
- 2-3 gjennomførte målinger på "fyrtårn"-avdelingene.

### 7.9.8 Forvaltning

Delprosjekt Forvaltning har hovedansvar for å planlegge den fremtidige forvaltningen av Felles PAS/EPJ i OUS og Sykehuspartner herunder at roller og ansvar er i tråd med regionale modeller.

<sup>1</sup> LIS står for Ledelse og informasjonssystem

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>43 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektledelse Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

Delprosjektet skal planlegge for å sikre varig og kvalifisert bruk av løsningene gjennom utarbeidelse av gode rutiner samt sørge for at klinikkens brukere besitter riktig og nok kompetanse slik at helhetlig pasientflyt kan understøttes. Delprosjektet skal samarbeide med delprosjektene Løsning, Opplæring og Beste praksis .

Leveransene er:

- Utarbeide plan for fremtidig forvaltning
- Utarbeide en omforent beskrivelse/forståelse av rollefordeling mellom SP, AKS og klinikk.
- Arbeidsprosesser og rutiner utarbeidet i delprosjekt Løsning skal kvalitetssikres og være klare til overlevering til forvaltning
- Brukerveiledninger og opplæringsmaterieill utarbeidet i delprosjekt Opplæring skal kvalitetssikres og overleveres til forvaltning
- Rekruttere og utvikle ressurspersoner som skal ha en aktiv rolle i prosjekt og forvaltning (instruktører, superbrukere etc)
- Etablering av forsterket linje med mobilisering fra OUS, SP og DIPS for oppstarten
  - Brukerstøtte,
  - Tilstedeværelse
  - Task-force/særskilt mottak av henvendelser inkludert utvidet åpningstid og beredskapskapasitet og varighet
  - Spesifisere beredskapsrom (OUS og SP)
  - Detaljplan for ambulerende team (i samarbeid med opplæring)
- Plan for overlevering til forvaltning og drift (OUS og SP)
  - Tidspunkt og prosess
  - Hva skal overleveres
- Plan for hvordan man skal realisere og bredde erfaringer som blir gjort ifra delprosjekt Beste praksis sine fyrtårnsenheter etter oppstartsperiode i samarbeid med aktiviteter i Fase 2.

## 8 RESULTATMÅL, EFFEKTMÅL OG GEVINSTER

### 8.1 Effektmål

Prosjektet skal nå følgende effektmål:

- Kvalitet og trygghet i pasientbehandlingen
- Pasientopplevd kvalitet og trygghet
- Tidsbesparende, forenkla arbeidsprosesser
- Bedre planlegging og rapportering
- Bedre oppfølging av myndighets-/eierkrav
- Bedre elektronisk samhandling

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>44 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

- OUS effekt av stordriftsfordeler hos Sykehuspartner

## 8.2 Resultatmål

Prosjektet skal gjennomføre systemskifte med tilhørende prosessendringer iht tid, kost og kvalitet. Dette innebærer følgende resultatmål:

- Innført DIPS som PAS/EPJ ved OUS iht regional standard
- Innført arbeidsprosesser og rutiner for å støtte effektiv og sikker pasientbehandling
- Konvertert data fra PasDoc, DocuLive, DIPS Aker, BUP og Rus
- Etablert integrasjonsløsninger på tilsvarende funksjonelle nivå som eksisterende integrasjoner
- Løsningen med tilhørende data og integrasjoner skal være testet til å ha den kvalitet og ytelse som kreves for at risiko for feil ved produksjonssetting er akseptabel
- Systemløsningen tilfredsstillende krav til stabilitet, ytelse og informasjonssikkerhet.
- Det er etablert plan for beste bruk av EPJ og denne er forankret med linjeledere
- Gjennomført tilpasset opplæring av ca 12.500 brukere
- Prosjekt er gjennomført med høy grad av involvering og forankring
- Forvaltningsorganisasjon er etablert i OUS og SP iht regional modell
- Utarbeidet plan for Fase 2

## 8.3 Gevinster

Det er utført mange kartlegginger av arbeidsprosesser, spesielt knyttet til det pasientadministrative arbeidet de siste årene<sup>2</sup>, samt revisjon av intern styring og kontroll av pasientadministrativt arbeid. Alle konkluderer med at det er store variasjoner i forhold til hvordan enhetene gjennomfører de samme arbeidsprosessene. Gjennomføringsprosjektet har beskrevet følgende vedrørende prosessen "Ekstern henvisning":

*Det er store variasjoner i arbeids-/papirflyt, følgende varianter er beskrevet;*

- *Henvisning mottas i henvisningsmottak, registreres i Pasdoc og skannes i Doculive (svarer til nivå I prosedyre) deretter følgende avvikende varianter:*
  - *Mottak av post i eget journalrom/-arkiv (post kommer direkte og ikke via felles postmottak i OUS)*
  - *Det skrives ut vurderingsskjema som stiftes fast i henvisning, begge deler leveres til lege for vurdering. Lege vurderer på papirskjema som etterregistreres av støttepersonell.*
  - *Kun vurderingsskjema skrives ut og legges til lege for vurdering. Lege fremfinder henvisning i Doculive. Lege vurderer på papirskjema som etterregistreres av støttepersonell.*

<sup>2</sup> Blant annet: Revisjon av intern styring og kontroll av pasientadministrativt arbeid, Prosjekt klinisk arbeidsflate, Dips foranalyse og Gjennomføringsprosjektet.


	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>45 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

- *Papirvurderingsskjema blir etterregistrert i Pasdoc, skannes ikke papirvurderingsskjemaer oppbevares i permer eller makuleres*
- *Papirvurderingsskjema blir etterregistrert i Pasdoc, skannes, lege vurderer etter elektronisk pasientene som står på "Henvisningsliste"*

Siden det ikke gjennomføres standardiserte arbeidssteg, er det tungt å jobbe på tvers av OUS. Det gjøres dobbeltarbeid ved at flere medarbeidere må ta tak i de samme arbeidsoppgavene gjentatte ganger, som følge av manuelle og individuelle prosesser og rutiner. Slike forskjeller gir utfordringer i forhold til pasientsikkerhet og datakvalitet, samt forårsaker mye unødig tidsbruk. Det er utstrakt bruk av ulike støttesystemer i form av papir/permer og andre elektroniske støttesystemer utover dokumentasjonen i dagens PAS/EPJ. Gjennomføringsprosjektet gjør en stor jobb med opplæring og utarbeidelse av prosedyrer, som skal videreføres i Regional EPJ ved OUS for å styrke forbedringsarbeidet.

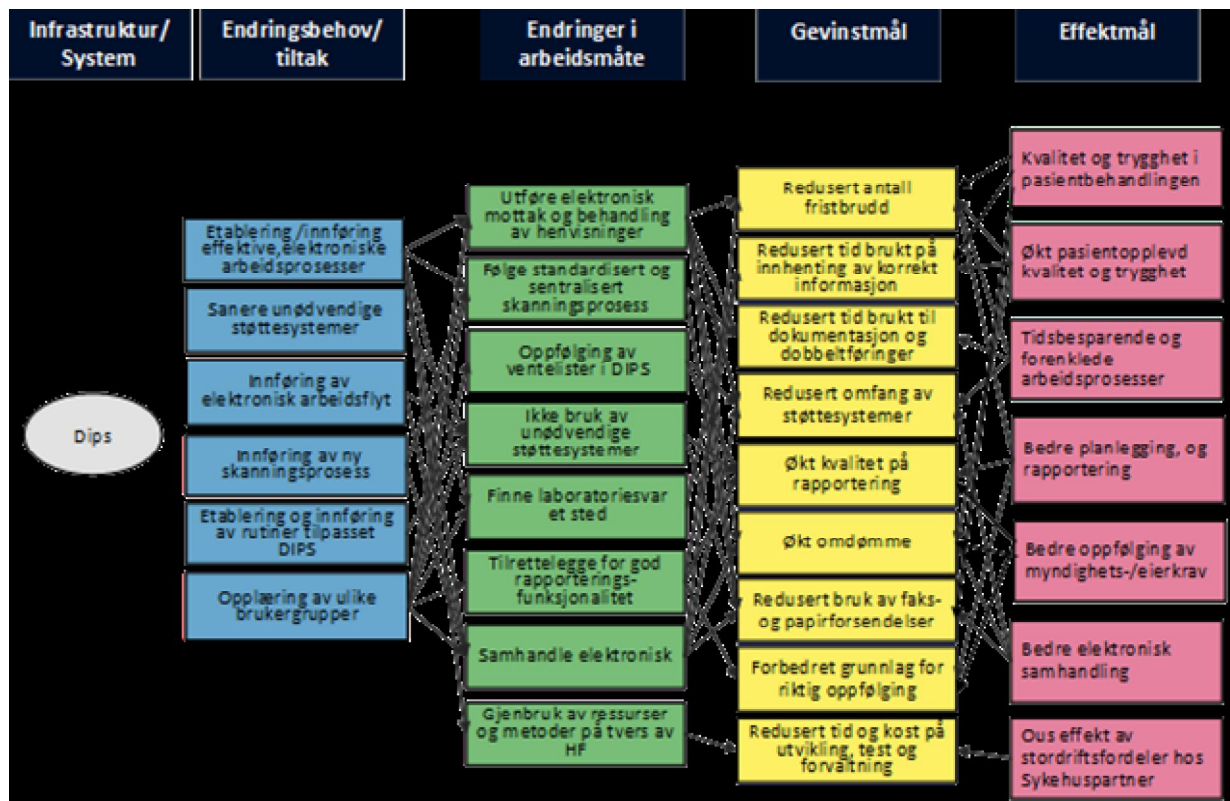
For å skape mest mulig verdi for OUS er målsetningen at prosjektet skal realisere kvalitative gevinster gjennom innføring av mer elektronisk arbeidsflyt og samhandling, forbedret kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen, samt mer effektive og standardiserte rutiner/prosedyrer. Det er begrenset hvilke målbare økonomiske gevinster som er mulig å realisere ut i fra et systembytte for PAS/EPJ. Prosjektet skal likevel vurdere i samarbeid med Sykehuspartner mulige stordriftsfordeler som på sikt kan realiseres ved innføring av regionale standarder av fellessystemer. Dette er i tråd med målsetningene til RKD-programmet (Regional Klinisk Dokumentasjon).



	Dato: <b>05.02.2013</b>		Side: <b>46 / 61</b>
	<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektledelse Gjennomføringsfasen		Referanse PPM- verktøy: PRJ01455

For å lykkes med prosjektets gevinstmål, som kan gi en reell verdi for OUS, er det en forutsetning at klinikkene i samarbeid med prosjektet identifiserer kandidater til å være foregangsenheter/”fyrstårn” (poliklinikk/sengepost). De identifiserte enhetene må etter eget ønske engasjere seg for å forbedre egne arbeidsprosesser, -flyt og rutiner i et tett samarbeid med prosjektet.

Prosjektet vil følge Helse Sør-Øst sin metodikk for gevinstrealisering og jobbe sammen med Helse Sør-Øst RHF for å følge opp alle gevinstområdene. I tråd med HSØs metodikk har prosjektet utarbeidet en gevinstavhengighetsmatrise. Matrisen synliggjør sammenhengen mellom prosjektets effektmål, gevinstmål og hvilke tiltak som må iverksettes for å kunne realisere de identifiserte gevinstene. Se figur:



Figur: Gevinstavhengighetsmatrise i tråd med HSØs metodikk for gevinstrealisering

Prosjektet har valgt å fokusere primært på tid spart og kvalitet, fremfor økonomi og har valgt å dele opp gevinstene på følgende måte:

Områder	Tid spart	Økt kvalitet	Økonomisk gevinst
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innhenting av korrekt informasjon</li> <li>Mindre dobbeltføringer og mindre bruk av papir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redusert antall fristbrudd</li> <li>Elektronisk arbeidsflyt medfører mer forutsigbare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redusert tid og kost på utvikling, test og forvaltning</li> <li>Enklere og bedre brukerstøtte</li> </ul>

**Regional EPJ ved OUS**  
Prosjektdirektiv  
Gjennomføringsfasen

Referanse PPM-  
verktøy: PRJ01455

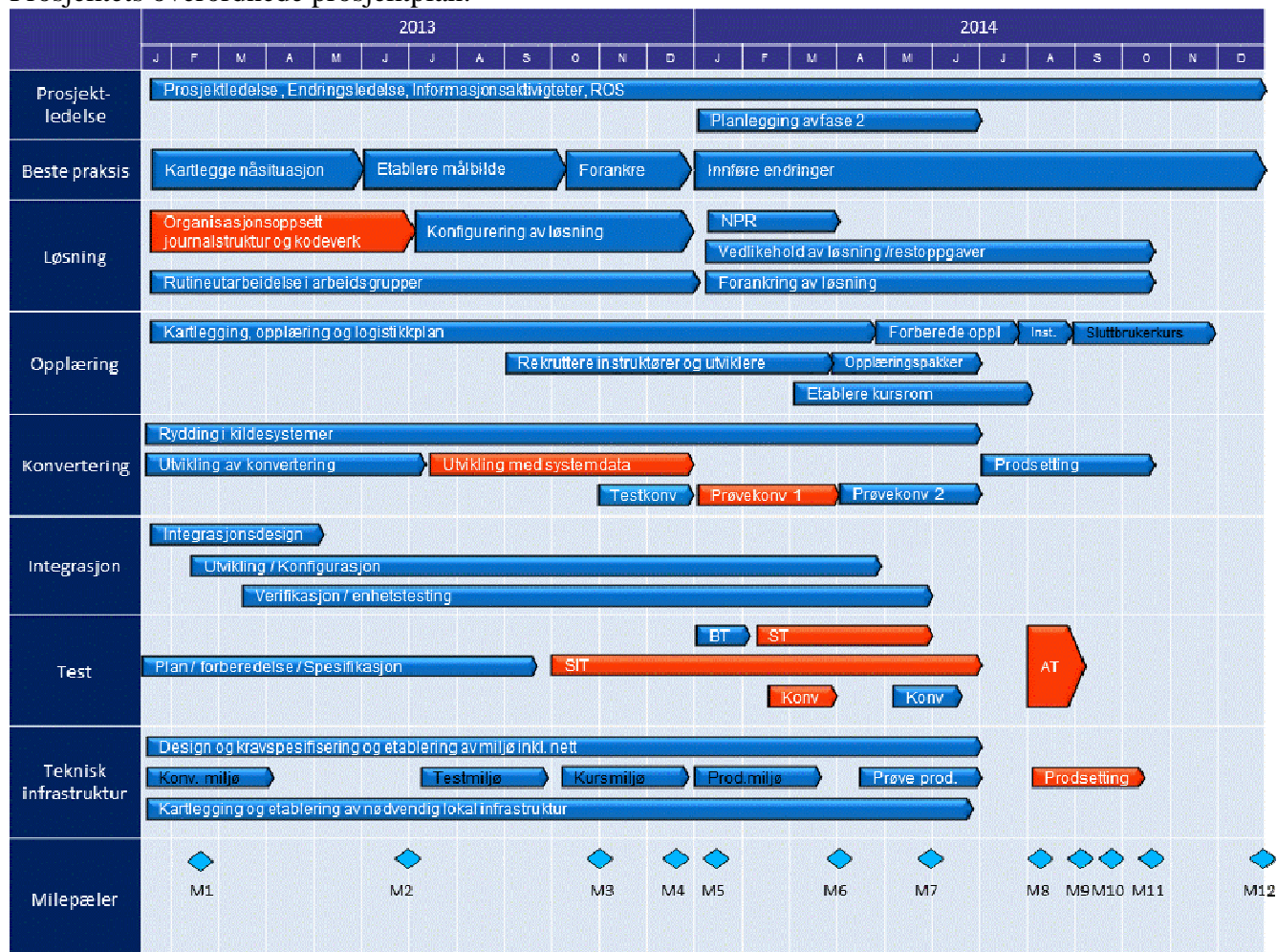
Referanse til regnskap:  
SP Prosjektnr: 58211


	Tid spart	Økt kvalitet	Økonomisk gevinst
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mer elektroniske prosesser (elektronisk henvisning etc)</li> <li>Bedre utnyttelse av kapasitet/ressurser</li> </ul>	<p>prosesser</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bedre omdømme</li> <li>Økt kvalitet på dokumentasjon og rapportering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Færre applikasjoner gir lavere driftskostnad</li> <li>Redusert bruk av faks og papirforsendelser</li> </ul>
Målinger	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nullinjemåling og ettermåling</li> <li>Utarbeide indikatorer og verktøy som kan brukes i kontinuerlig forbedring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styringsparametre og kvalitetsindikatorer</li> <li>Pasienttilfredshetsundersøkelser</li> <li>(Omdømmemålinger i kommunen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effekt på driftsoverføringer til SP</li> <li>Målinger av brukerfeil før og etter innføring</li> </ul>

## 9 PROSJEKTPLAN OG HOVEDMILEPÆLER

### 9.1 Prosjektplan

Prosjektets overordnede prosjektplan:



	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>49 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

## 9.2 Milepæler

Prosjektet arbeider iht milepælene nedenfor.

Milepæl	Beskrivelse	Kriterium	Dato
M0	Gjennomføringsfasen er startet	Prosjektets ressurser for gjennomføringsfasen er avklart og prosjektfasen har startet	7.1.2013
M1	Styret beslutter oppstart gjennomføringsfasen	Styret i OUS beslutter oppstart av gjennomføringsfasen	14.2.2013
M2	Design av løsning som påvirker konvertering ferdig, design av konvertering og integrasjoner ferdig	Løsning har ferdigstilt Organisasjonsoppsett, kodeverk og journalstruktur. Design av konvertering er ferdig Design av integrasjoner er ferdig. Nåsituasjon Beste praksis er ferdig	1.7.2013
M3	DIPS hovedversjon klar for installasjon	Den versjonen som inneholder den funksjonalitet som skal tas i bruk ved OUS er tilgjengelig for installasjon Ansvarlig: DIPS	1.11.2013
M4	Rutiner og utvikling er ferdigstilt og klar til test	Rutiner er utarbeidet og løsningen er konfigurert klar til test Konverteringsjobber er utviklet og klare til test Integrasjon er utviklet og klare til test Gevinstrealiseringsplan er ferdig	20.12.2013
M5	Testaktiviteter startet	Brøttest har startet	7.1.2014
M6	Prøvekonvertering 1 gjennomført Instruktører rekruttert	Prøvekonvertering 1 er gjennomført og testet. Instruktører er rekruttert Testene kan benytte konverterte data	1.4.2014
M7	Systemtest avsluttet Installasjonsdag	Systemtest er avsluttet og kontraktmilepæl Installasjonsdag oppnås.	1.6.2014
M8	Konvertering startet	Konvertering av data har startet opp	11.8.2014
M9	Sluttbrukeropplæring startet	Sluttbrukeropplæringen har startet	1.9.2014
M10	Akseptansetest godkjent	Akseptansetesten er godkjent	19.9.2014
M11	Løsning i produksjon	Opplæring er gjennomført Testen har gitt akseptabel kvalitet Løsningen er satt i produksjon	20.10.2014
M12	Prosjekt avsluttet	Sluttrapport er skrevet Prosjektet avsluttes	20.12.2014
M13	Godkjenningsdag/Leveringsdag	Godkjenningsperioden er avsluttet og kontraktmilepæl godkjenningsdag/leveringsdag oppnås	20.1.2015

## 10 BUDSJETT (OVERORDNET)

Budsjett for gjennomføringsfasen er utarbeidet i 2013-kroner og er vist nedenfor i ulike oppstillinger for å vise de ulike dimensjonene. Det er fortsatt usikre poster i budsjettet. Dette er vist i noter til budsjettet nedenfor.

### Budsjett per delprosjekt:

Delprosjekt	Organisasjon	Budsjett totalt	Budsjett 2013	Budsjett 2014	Budsjett 2015
Programvare DIPS	Anskaffelser (1)	40 053 716	1 700 000	19 176 858	19 176 858
<b>Totalt Programvare DIPS</b>		<b>40 053 716</b>	<b>1 700 000</b>	<b>19 176 858</b>	<b>19 176 858</b>
Arkitektur (5)	SP ressurser (2)	2 059 848	1 264 347	795 501	
	OUS ressurser (3)	4 868 325	2 483 250	2 385 075	
<b>Totalt Arkitektur</b>		<b>6 928 173</b>	<b>3 747 597</b>	<b>3 180 576</b>	
Forvaltning	SP ressurser	6 144 503	-	6 144 503	
	OUS ressurser	1 648 245	124 163	1 524 083	
	DIPS/Deloitte ressurser (4)	3 358 058	-	3 358 058	
<b>Totalt Forvaltning</b>		<b>11 150 805</b>	<b>124 163</b>	<b>11 026 643</b>	
Beste praksis (5)	SP ressurser	888 694	682 133	206 561	
	OUS ressurser	3 643 958	2 218 238	1 425 720	
	DIPS/Deloitte ressurser	5 177 277	2 477 790	2 699 487	
<b>Totalt Beste praksis</b>		<b>9 709 928</b>	<b>5 378 160</b>	<b>4 331 768</b>	
Infrastruktur	SP ressurser	38 347 672	19 000 203	19 347 470	
	Anskaffelser	55 003 059	31 355 792	23 647 267	
<b>Totalt Infrastruktur</b>		<b>93 350 731</b>	<b>50 355 995</b>	<b>42 994 737</b>	
Integrasjon	SP ressurser	23 642 612	11 447 573	12 195 039	
	OUS ressurser	4 810 191	2 683 543	2 126 648	
	DIPS/Deloitte ressurser	11 130 494	6 168 393	4 962 101	
	DIPS/Deloitte reisekost	2 415 000	1 207 500	1 207 500	
	Andre/Anskaffelser (6)	6 020 000	4 550 000	1 470 000	
<b>Totalt Integrasjon</b>		<b>48 018 296</b>	<b>26 057 009</b>	<b>21 961 287</b>	
Konvertering	SP ressurser	23 611 308	11 193 828	12 417 480	
	OUS ressurser	6 590 719	4 402 320	2 188 399	
	DIPS/Deloitte ressurser	47 175 818	23 907 413	23 268 404	
	DIPS/Deloitte reisekost	3 255 000	1 627 500	1 627 500	
	Andre/Anskaffelser (7)	25 000 000	15 500 000	9 500 000	
<b>Totalt Konvertering</b>		<b>105 632 845</b>	<b>56 631 061</b>	<b>49 001 783</b>	
Løsning	SP ressurser	4 158 960	3 090 840	1 068 120	
	OUS ressurser	41 946 431	29 505 154	12 441 278	
	DIPS/Deloitte ressurser	55 566 676	30 245 526	25 321 151	
	DIPS/Deloitte reisekost	2 415 000	1 207 500	1 207 500	
	Andre/Anskaffelser	500 000	500 000	-	

**Regional EPJ ved OUS**  
 Prosjektdirektiv  
 Gjennomføringsfasen

 Referanse PPM-  
 verkøy: PRJ01455

 Referanse til regnskap:  
 SP Prosjektnr: 58211

Totalt Løsning		104 587 068	64 549 019	40 038 048	
Opplæring	OUS ressurser	47 920 549	4 432 613	43 487 936	
	DIPS/Deloitte ressurser	9 832 914	2 608 200	7 224 714	
	DIPS/Deloitte reisekost	330 000	200 000	130 000	
	Andre drift	4 389 000		4 389 000	
	Andre investering	3 381 961		3 381 961	
	OUS Sluttbrukertimer (8)	37 781 250		37 781 250	
<b>Totalt Opplæring</b>		<b>103 635 674</b>	<b>7 240 813</b>	<b>96 394 861</b>	
Prosjektkontor (5)	SP ressurser	1 729 890	603 720	1 126 170	
	OUS ressurser	1 318 144	614 719	703 425	
	Andre ressurser	7 790 720	3 816 800	3 973 920	
	Annet investering	437 500	437 500		
	Annet drift (9)	16 194 477	9 086 083	7 108 394	
<b>Totalt Prosjektkontor</b>		<b>27 470 731</b>	<b>14 558 822</b>	<b>12 911 909</b>	
Prosjektledelse	SP ressurser	14 519 110	7 127 725	7 391 385	
	OUS ressurser	1 984 500	967 500	1 017 000	
	DIPS/Deloitte ressurser	6 572 664	3 204 360	3 368 304	
	Annet	575 000	275 000	300 000	
<b>Totalt Prosjektledelse</b>		<b>23 651 274</b>	<b>11 574 585</b>	<b>12 076 689</b>	
Innførings- og endringsledelse (5)	OUS ressurser	3 507 338	1 498 763	2 008 575	
	Andre ressurser	6 311 844	2 943 540	3 368 304	
<b>Totalt Innførings- og endringsledelse</b>		<b>9 819 182</b>	<b>4 442 303</b>	<b>5 376 879</b>	
Test	SP ressurser	26 808 499	10 203 523	16 604 977	
	OUS ressurser	11 940 471	3 147 456	8 793 015	
	DIPS/Deloitte ressurser	10 487 572	4 600 865	5 886 707	
	Annet	100 000	100 000		
	Andre/Anskaffelser	1 364 742	555 240	809 502	
<b>Totalt Test</b>		<b>50 701 284</b>	<b>18 607 083</b>	<b>32 094 201</b>	
<b>Totalsum</b>		<b>634 709 705</b>	<b>264 966 608</b>	<b>350 566 239</b>	<b>19 176 858</b>

**Budsjett fordelt på finansieringsform:**

Finansieringsform	Budsjett totalt	Budsjett 2013	Budsjett 2014	Budsjett 2015	Kommentar
<b>Leveranseprosjekt</b>	<b>500 394 117</b>	<b>247 781 171</b>	<b>233 436 088</b>	<b>19 176 858</b>	
Drift	27 133 231	14 221 322	12 911 909	-	
Investering	473 260 886	233 559 849	220 524 179	19 176 858	
<b>Mottaksprosjekt</b>	<b>134 315 589</b>	<b>17 185 438</b>	<b>117 130 151</b>	-	
Drift	130 933 628	17 185 438	113 748 190	-	Viderefaktureres OUS direkte
Investering	3 381 961	-	3 381 961	-	Låneavtale må inngås
<b>Totalsum</b>	<b>634 709 705</b>	<b>264 966 608</b>	<b>350 566 239</b>	<b>19 176 858</b>	

**Leveranseprosjekt** - All prosjektaktivitet knyttet til å planlegge, bygge og levere løsningen karakteriseres som leveranseprosjekt. Dette vil være aktiviteter som leder frem til leveransen.

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>52 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

Slike aktiviteter (delprosjekt) er prosjektledelse, prosjektkontor, arkitektur, programvare, teknisk infrastruktur, løsning, integrasjon, konvertering og test. Leveranseprosjekt finansieres av Helse Sør-Øst RHF.

**Mottaksprosjekt** - All prosjektaktivitet knyttet til å ta i bruk løsningen i organisasjonen karakteriseres som mottaksprosjekt. Dette vil være aktiviteter som i hovedsak gjennomføres etter at løsningen er levert og som dermed ikke bidrar til å bygge løsningen. Slike aktiviteter (delprosjekt) er opplæring, forvaltning og gevinstrealisering. Mottaksprosjekt finansieres av OUS.

Noter til budsjettet:

1. Lisenspris for kjøp av DIPS er reforhandlet. Det er sendt inn en del endringsønsker til DIPS. Noen er besvart, men andre er fortsatt utestående. Det er budsjettet med 5 MNOK i kjøp av moduler som resultat av endringene. Dette vil også medføre økt vedlikeholdskostnad.
2. Timepris for Sykehuspartner er justert til 2013-priser.
3. Ressurser fra OUS er budsjettet med en dagrate som er beregnet ut fra to kategorier ressurser: Leder/Lege, sykepleier/kontor/øvrigt. For disse kategoriene er det brukt gjennomsnittslønn + 39%.
4. Timepris for DIPS/Deloitte er i forhandlingene redusert med 10% og deretter justert til 2013-priser.
5. Områdene Arkitektur, Beste praksis, Innførings- og endringsledelse og Prosjektkontor er nå budsjettet som egne områder.
6. Det er fortsatt usikkerhet i kostnader til 3. part ved utvikling/ending av integrasjoner. Budsjett er basert på erfaringer fra tidligere prosjekt. Inkluderer estimert bistand fra CSAM.
7. Det er fortsatt usikkerhet i kostnader til 3. part ved konvertering. Det pågår forhandlinger som antas ferdigstilt i januar/februar 2013. Inkluderer estimert bistand fra CSAM og Siemens.
8. Kursdeltagelse for sluttbrukere er skilt ut som eget punkt. Totalt omfang for sluttbrukeropplæring økt med 10.000 timer pga PLO-meldinger.
9. Leie av prosjektlokaler, møtekostnader og lokal infrastruktur til prosjektgjennomføringen er i hovedsak budsjettet under Prosjektkontor.

## 11 RISIKOANALYSE / USIKKERHETSANALYSE


Risiko vil følges opp fortløpende og rapporteres til Styringsgruppen. Det er i hovedsak to typer risiko som vurderes: Prosjektrisiko og Produktrisiko.

Prosjektledelsen vil løpende vurdere både produkt- og prosjektrisiko i samarbeid delprosjektlederne og intern og ekstern QA. Alle risikopunkter skal ha en eier som har ansvaret for risikoreducerende tiltak. Slike tiltak blir fulgt opp i ukentlige prosjektledermøter.

### 11.1 Prosjektrisiko

Prosjektrisiko er risiko knyttet til gjennomføringen av prosjektet og analyserer risiko i forhold til alle faktorer som inngår i en effektiv og produktiv arbeidsplan for å frembringe prosjektets resultat iht tid, kostnad og kvalitet. Følgende elementer vil være de sentrale i denne vurderingen:

- Prosjektstyring og kvalitet i styrende dokumenter
- Kontrakter
- Planer, estimer og budsjett
- Prosjektledelse, organisering og ressurser
- Prosessutvikling og gevinster
- Systemintegrasjon og datakonvertering

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>53 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

- Testplaner
- Infrastruktur
- Opplæring
- Produksjonsstart og planer for forvaltning
- Videreføring og optimalisering etter produksjonsstart

Hovedmålet med styringen av prosjektrisiko er å sikre at hele prosessen fram mot ferdig løsning har akseptabel risiko.

Prosjektrisiko vurderes iht den klassifisering som er utarbeidet av RKD-programmet basert på:

Sannsynlighet		Konsekvens	
Svært Stor	$S > 90\%$	Svært Alvorlig	<u>Hvis ett eller flere av punktene under inntreffer:</u> 1. Sluttmilepæl vil ikke nås 2. Kvalitet på leveranser blir ubrukelig 3. Budsjettsprekk $> 25\%$ (beløp under 1,0 MNOK gir stor konsekvens)
Stor	$60\% < S \leq 90\%$	Alvorlig	<u>Hvis ett eller flere av punktene under inntreffer:</u> 1. Viktige milepæler blir vesentlig forsinket og godkjent sluttmilepæl er i fare. 2. Kvalitet på leveranser blir vesentlig dårligere enn planlagt 3. Budsjettsprekk $[25\%, 10\%]$ (beløp under 0,5 MNOK gir moderat konsekvens)
Moderat	$30\% < S \leq 60\%$	Moderat	<u>Hvis ett eller flere av punktene under inntreffer:</u> 1. Noen milepæler blir forsinket, men sluttmilepæl holdes. 2. Kvalitet på leveranser blir dårligere enn antatt 3. Budsjettsprekk $< 10\%$ (beløp under 0,1 MNOK gir lav konsekvens)
Liten	$10\% < S \leq 30\%$	Lav	<u>Hvis ett eller flere av punktene under inntreffer:</u> 1. Mindre justeringer på milepæler, men hovedmilepæler er ikke truet 2. Kvalitet på leveranser må justeres
Meget liten	$S \leq 10\%$	Ubetydelig	Får liten eller ingen påvirkning på prosjektgjennomføringen



	Dato: 05.02.2013	Side: 54 / 61
	Regional EPJ ved OUS Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455

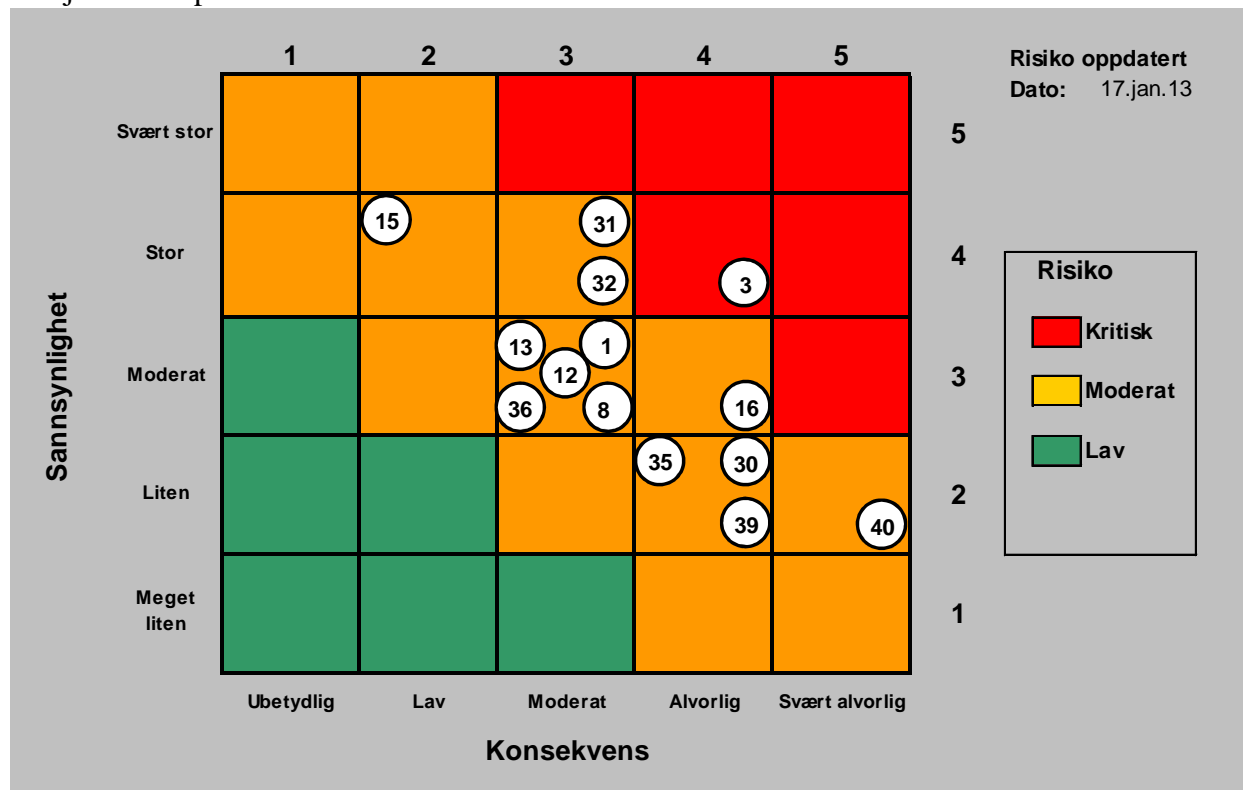
Prosjektrisiko vurderes ved oppstart slik:

Id	Kort navn	Ønsket hendelse	S	Sannsynlighet	Konsekvens (beskrivelse)	K	Konsekvens	R	Risiko
3	Ressurser fra OUS med korrekt kompetanse er ikke tilgjengelig	Ressurser fra OUS er ikke tilgjengelig. Dette kan skyldes manglende prioritering, mange parallelle prosjektinitiativ regionalt og lokalt. Ressurser som er avgitt blir likevel ikke fristilt for prosjektet. Spesielt innen Lab og Rad er dette kritisk.	4	Stor	Prosjektet blir ikke ferdig innenfor planlagt tid. Uholdbar ressursituasjon innenfor et eller flere av delprosjektene.	4	Alvorlig	16	Høy
16	Manglende 3. partsleveranser og kompetansebistand forsinket konvertering	Manglende 3. partsleveranser forsinket prosjektet. Dette kan skyldes at kravspesifikasjoner til 3. partsleveranser kommer for sent ute eller manglende kvalitet. Det kan skyldes manglende kapasitet fra 3. part.	3	Moderat	Leverandører av konverteringsjobber blir forsinket/feiler med sine leveranser og forsinket større eller mindre deler av prosjektet.	4	Alvorlig	12	Middels
31	Forankringen i klinikken på beslutninger er mangelfull	Forankringen i klinikken på beslutninger er ikke god nok slik at det blir mange omkamper/endringer. Kommunikasjonskapasitet/Budskap/Formidling	4	Stor	Det blir flere omkamper. Endringer blir ikke gjennomført. Arbeidsrutiner blir ikke fulgt.	3	Moderat	12	Middels
32	Kritiske endringer i DIPS kommer for sent	Endringer i DIPS kommer for sent - både tekniske og funksjonelle endringer	3	Moderat	Funksjonalitet eller teknologi blir ikke tilgjengelig/tilfredsstillende. Får ny versjon under test med ny funksjonalitet som medfører lengre/mer kompleks test.	4	Alvorlig	12	Middels

Id	Kort navn	Uønsket hendelse	S	Sannsynlighet	Konsekvens (beskrivelse)	K	Konsekvens	R	Risiko
40	Kritiske integrasjoner blir ikke klare i tide	Utvikling av kritiske integrasjoner blir forsinket og ikke klare til test enten pga kompleksitet eller kapasitet eller andre avhengigheter	2	Liten	Kritiske integrasjoner innen Lab og Radiologi må være klare til oppstart. Uten dette blir oppstarten forsinket.	5	Svært alvorlig	10	Middels
1	Kritiske beslutninger kommer for sent	Det vil være et stort behov for beslutninger på flere nivåer i gjennomføringsfasen. Det er kritisk at disse kommer i tide.	3	Moderat	Prosjektets framdrift blir hindret med forsinkelser og økt kostnad som konsekvens	3	Moderat	9	Middels
8	Avhengighet til plattformprogrammet er ikke godt nok ivaretatt	De komponentene i plattformprogrammet som dette prosjektet er avhengig av forsinkes eller planer er ikke i samsvar med prosjektets behov.	3	Moderat	Mer kompleks infrastruktur å forholde seg til.	3	Moderat	9	Middels
12	Det er mange konkurrerende aktiviteter i klinikkene som kan gi endringstrøtthet.	Det er mange konkurrerende aktiviteter i klinikkene med motstridende interesser som fører til lav motivasjon for prosjektet og de endringer dette medfører.	3	Moderat	Endringer blir ikke gjennomført som planlagt og gevinster/effekter av prosjektet uteblir.	3	Moderat	9	Middels
13	Ressurser fra Sykehuspartner er ikke tilgjengelig	Ressurser fra Sykehuspartner er ikke tilgjengelig. Det kan være manglende kapasitet og/eller kompetanse hos Sykehuspartner til å støtte prosjektet	3	Moderat	Dette fører til manglende leveranser, utilstrekkelig kvalitet og/eller forsinkelser og økte kostnader	3	Moderat	9	Middels
36	Tekniske miljø blir forsinket	Tekniske miljø kommer for sent (konvertering, løsning, test, kurs, produksjon++)	3	Moderat	Aktiviteter får forsinket oppstart som igjen kan påvirke oppstartsdato	3	Moderat	9	Middels

Id	Kort navn	Uønsket hendelse	S	Sannsynlighet	Konsekvens (beskrivelse)	K	Konsekvens	R	Risiko
15	Datakvaliteten er for dårlig.	Datakvaliteten er for dårlig for en effektiv og sikker konvertering fra dagens systemer til DIPS	4	Stor	Datakonvertering forsinket og fordyrer prosjektet. Dårlig kvalitet kan flyttes over til DIPS. Behov for flere ryddejobber enten manuelle eller maskinelle som krever ressurser og gir økt kostnad.	2	Lav	8	Middels
30	Instruktørene har ikke tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre opplæringen på en god måte	Opplæringen av instruktørene og videre til sluttbrukerne er ikke lik eller i tråd med rutinene	2	Liten	Opplæringen videre til sluttbrukerne blir ikke god nok og løsningen blir ikke tatt i bruk som planlagt.	4	Alvorlig	8	Middels
35	Anskaffelser blir forsinket for Ekko, Endo	Nye anskaffelser som følge av bortfall av funksjonalitet i PasDoc forsinket oppstart	2	Liten	Gir bortfall av funksjonalitet, eventuelt forsinket oppstart.	4	Alvorlig	8	Middels
39	Konverteringsjobbene kan ikke gjennomføres som planlagt	Konverteringsjobbene tar lang tid eller konverteringen går ikke som planlagt	2	Liten	Metode for konvertering eller gjennomføring av konvertering må endres og det kan føre til forsinket oppstart eller lengre kjøretid med lengre nedetid.	4	Alvorlig	8	Middels

Prosjektrisiko presentert i risikomatriksen:



## 11.2 Produktrisiko

Med produktrisiko menes risiko knyttet til at den løsningen som skal settes i produksjon ikke oppnår tilfredsstillende kvalitet og risikostyring langs en rekke dimensjoner, hvorav følgende vil være de mest sentrale

- Systemkvalitet; systemet utfører de oppgaver som forventes
- Systemsikkerhet; alle typer sikkerhetskrav tilfredsstilles
- Ytelse og driftsstabilitet er i henhold til krav
- Kompatibilitet med alle relevante lovverk og forskrifter
- Effektivitet i etablerte rutiner og opplæring

Hovedmålet med styring av produktrisiko er å sørge for at den løsningen som settes i drift har den sikkerhet og kvalitet som kreves.

Som en del av arbeidet med produktrisiko, vil det foregå et kontinuerlig arbeid med ROS-analyse iht norm for informasjonssikkerhet av selve løsningen, dvs DIPS med tilhørende integrasjoner, prosesser og rutiner både for sluttbrukere, forvaltere og drift av løsningen. Dette organiseres som en funksjon i prosjektkontoret.

For å sikre at løsningen tilfredsstiller alle relevante lovkrav vil det som en del av vurdering av produktrisiko bli gjennomført en gjennomgang av løsningen i samarbeid med juridisk avdeling ved OUS.

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>58 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

## 12 KVALITETSSIKRING

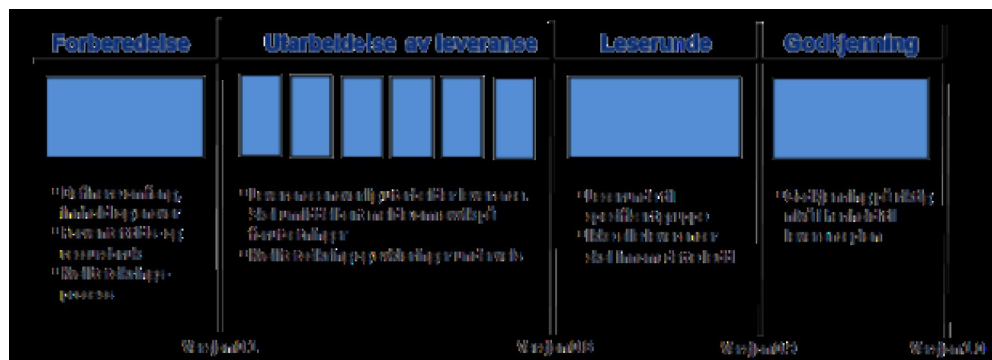
Prosjektet skal ha en helhetlig strategi for kvalitet i alle prosesser; - fra planlegging til ferdig implementert systemløsning når denne er tatt i bruk på hele OUS. Prosjektets kvalitetsrutiner og rammeverk beskrives i Kvalitetsplanen. Kvalitetsplanen er et levende dokument som publiseres på Prosjektlassen.

Prosjektets overordnede strategi er at kvalitetssikring skal bygges inn i alle arbeidsprosesser og i all ferdigstilling av prosjektets leveranser. Dette betyr at prosjektet skal gjennomføres med en kvalitetsfilosofi og tilhørende praktiske arbeidsmåter og organisering som omfatter alle prosesser og faser i gjennomføringen.

En viktig del av kvaliteten i prosjektets leveranser er å sikre tilstrekkelig forankring av leveransene inn mot sykehusets organisasjon og innen prosjektet. Formålet med denne planen er å sikre at:

- Prosjektet utarbeider leveranser som har avtalt innhold, tidsfrist og kvalitet.
- Leveranser er gjennomgått og forankret hos relevante interessenter i organisasjonen, både internt i prosjektet og på sykehuset.
- Kvalitet er en integrert del av leveranseutarbeidelsen og det er satt av tid til kvalitetssikring i fremdriftsplan.

Det er et mål at kvalitetssikrings- og godkjenningsaktivitetene går raskt og med minst mulig ressursforbruk. Modellen under skisserer forankringsprosessen.



Kvalitetsplanen omhandler konkret organisering og ansvar i forhold til kvalitet og de konkrete kvalitetstiltakene innenfor følgende områder:

1. Prosjektets mandat og øvrige styrende dokumenter
2. Prosjektets styring og organisering
3. Prosess for beslutninger
4. Arbeidsmetodikk og eksterne rammeverk
5. Kommunikasjonsplan
6. Virksomhetsarkitektur
7. Risikostyring
8. Faglig kvalitetssikring av dokumenter/leveranser
9. Styring og kontroll med interne leveranser i prosjektet

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>59 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

10. Kvalitetssikring av nye arbeidsprosesser i klinikken som støttes av nytt system
11. Kontrakter og leverandørstyring
12. Prosjektadministrative rutiner
13. Datakonvertering og datakvalitet
14. Versjonsstyring av programvare /kodeobjekter
15. Konfigurasjonsstyring av prosjektets IKT miljøer
16. Testing av systemløsninger / Testplan
17. Kvalitetssikring av produksjonssetting/Produksjonssettingsplan
18. Opplæring av instruktører og organisering av oppstartstøtte etter produksjonssetting
19. Opplæring av primærbrukere
20. Forvaltning av den produksjonssatte løsningen

### Organisering

Prosjektet har kvalitetssikring fra ekstern part oppnevnt av styringsgruppen. Prosjektet har også en rolle som prosjektintern kvalitetssiker. Denne rollen arbeider nært sammen med prosjektledelsen og delprosjektlederne for å avdekke risiko og bedre kvaliteten i alle prosjektets leveranser.

Overordnet ansvar for prosjektets kvalitetssikring ligger hos prosjektleder. Hver enkelt delprosjektleder har selvstendig ansvar for kvalitetssikring og risikostyring innenfor sitt arbeidsområde.

### 13 ENDRINGSHÅNDTERING

Prosjektet har etablert en rutine for håndtering av endringer med en endringskoordinator som har ansvar for prosjektets endringshåndtering.

Endringer vil oppstå i mange former og de viktigste årsakene til endring vil være:

- Endring i DIPS for å dekke OUS' behov
- Endring i system som DIPS skal integreres med eller konvertere data fra
- Endringer i teknisk infrastruktur
- Kommersiell endring i prosjektets kontrakter
- Endring i planer, ressurser/organisering, systemer etc. initiert av aktør utenfor prosjektet og som påvirker prosjektets tid, kost eller kvalitet.

Endringer kan initieres på to måter:

1. Prosjektinternt initierte endringer – type 1
2. Eksternt initierte endringer – type 2

#### Type 1 – Prosjektinitierte endringer

Disse endringene kommer fra prosjektet og skal dokumenteres og håndteres i prosjektets egen endringsrutine. Ved behov skal informasjon gis til aktører utenfor prosjektet.

Følgende rutine gjelder for Type 1 endringer i prosjektet:

---

	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>60 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektledelse Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211



- Endringer dokumenteres på Prosjektplassen under: 2. Prosjektledelse, d. Endringshåndtering
- Endringer nummereres fortløpende med unikt nummer og loggføres. Alle endringer skal ha en intern eier, som har ansvar for framdrift i arbeidet og resultatet av endringen.
- Logg over endringsønsker vedlikeholdes av prosjektets endringskoordinator og inneholder til enhver tid korrekt status. Endringseier rapporterer ny status til endringskoordinator ved hver endring i arbeidet. Endringskoordinator rapporterer periodisk status til prosjektledelsen for alle endringer som er i prosess.

### Type 2 - Eksternt initierte endringer

Type 2 endringer kommer fra andre prosjekt/program eller omfatter oppgraderinger/endringer kildesystemer for datakonvertering eller i integrerte systemer eller plattformer og har betydning for prosjektet. Utfordringen for prosjektet er å bli informert om disse endringene. For å fange opp disse endringene gjelder følgende:

- Prosjektet knytter seg opp til gjeldende endringsprosess i Sykehuspartner, ved jevnlig å ha oppdateringer fra CAB og endringskoordinator.
- Alle fysiske endringer i prosjektmiljø eller produksjonsmiljø skal benytte endringsprosessen i Service Manager i Sykehuspartner.


I de tilfeller der en type 2 endring er av en slik karakter at prosjektet må initiere en egen endring for å beholde et konsistent forhold til omgivelsene, vil prosjektet initiere en ”type 1 endring”.

### Beslutningsnivå

Endringer som ikke påvirker tid, kost eller kvalitet tas av prosjektledelsen. Alle endringer som påvirker tid, kost eller kvalitet, skal fremlegges for styringsgruppen når konsekvensene går ut over de fullmakter som er gitt til prosjektledelsen.

## 14 PROSJEKTAVSLUTNING

Prosjektet skal ved slutten av prosjektet levere en sluttrapport som skal inneholde følgende:

 <b>HELSE SØR-ØST</b>	Dato: <b>05.02.2013</b>	Side: <b>61 / 61</b>
<b>Regional EPJ ved OUS</b> Prosjektdirektiv Gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: PRJ01455	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: 58211

- Vurdering av oppnåelse av resultatmål og effektmål i direktivet
  - Gjennomføring i forhold til prosjektplan (hovedaktivitet og fremdrift)
  - Prosjektorganisering og ressursdisponering.
  - Kostnader og finansiering (prosjektregnskap)
  - Viktige erfaringer
  - Plan for Fase 2
-



# Regional EPJ ved OUS Gjennomføringsfasen Budsjett

Nytt budsjett 2013-kroner  
Budsjett fra 10.8.12 (foranalysen) i 2012-kroner

Sak 007/2013 Vedlegg

# Budsjett per delprosjekt

Delprosjekt	Budsjett totalt	Budsjett 2013	Budsjett 2014	Budsjett 2015
Arkitektur	6 928 173	3 747 597	3 180 576	-
Beste praksis	9 709 928	5 378 160	4 331 768	-
Forvaltning	11 150 805	124 163	11 026 643	-
Infrastruktur	93 350 731	50 355 995	42 994 737	-
Innførings- og endringsledelse	9 819 182	4 442 303	5 376 879	-
Integrasjon	48 018 296	26 057 009	21 961 287	-
Konvertering	105 632 844	56 631 061	49 001 783	-
Løsning	104 587 068	64 549 019	40 038 048	-
Opplæring	103 635 674	7 240 813	96 394 861	-
Programvare	40 053 716	1 700 000	19 176 858	19 176 858
Prosjektkontor	27 470 731	14 558 822	12 911 909	-
Prosjektledelse	23 651 274	11 574 585	12 076 689	-
Test	50 701 284	18 607 083	32 094 201	-
<b>Totalsum</b>	<b>634 709 705</b>	<b>264 966 608</b>	<b>350 566 239</b>	<b>19 176 858</b>
<b>Risikomargin 15 %</b>	<b>95 290 295</b>			
<b>Totalsum med risikomargin</b>	<b>730 000 000</b>			

# Budsjett per finansieringsform

Finansieringsform	Budsjett totalt	Budsjett 2013	Budsjett 2014	Budsjett 2015	Kommentar
Leveranseprosjekt	500 394 117	247 781 171	233 436 088	19 176 858	
Drift	27 133 231	14 221 322	12 911 909	-	
Investering	473 260 886	233 559 849	220 524 179	19 176 858	
				-	
Mottaksprosjekt	134 315 589	17 185 438	117 130 151	-	
Drift	130 933 628	17 185 438	113 748 190	-	- Viderefaktureres OUS direkte
Investering	3 381 961	-	3 381 961	-	- Låneavtale må inngås
<b>Totalsum</b>	<b>634 709 705</b>	<b>264 966 608</b>	<b>350 566 239</b>	<b>19 176 858</b>	
<b>Risikomargin 15 %</b>					
Leveranseprosjekt	<b>75 125 215</b>				
Mottaksprosjekt	<b>20 165 080</b>				
<b>Totalsum med risikomargin</b>	<b>730 000 000</b>				

# Budsjett per delprosjekt – sammenlignet med foranalysen

Sammenligning	Forprosjekt 2013-02-05	Foranalysen 2012-08-10	Endring fra Foranalysen	Kommentar
Arkitektur	6,9	-	6,9	Se delprosjekt Prosjektledelse
Beste praksis	9,7	-	9,7	Se delprosjekt Prosjektledelse
Forvaltning	11,2	13,6	-2,4	
Infrastruktur	93,4	75,7	17,6	<b>Ett nytt miljø, flere ressurser</b>
Innførings- og endringsledelse	9,8	-	9,8	Se delprosjekt Prosjektledelse
Integrasjon	48,0	35,1	12,9	Flere ressurser
Konvertering	105,6	104,5	1,1	
Løsning	104,6	105,8	-1,2	
Opplæring	103,6	64,0	39,6	<b>Sosiale kostnader for OUS-personell ikke inkl. i Foranalysen. Utvidet sluttbrukeropplæring.</b>
Programvare	40,1	43,8	-3,7	
Prosjektkontor	27,5	21,3	6,2	
Prosjektledelse	23,7	37,6	-13,9	Splittet på flere delprosjekt (+12,4)
Test	50,7	53,0	-2,3	
<b>Totalsum</b>	<b>634,7</b>	<b>554,4</b>	<b>80,3</b>	<b>Samlet økning 14 % hvorav 3,5 % er forventet prisstigning til 2013.</b>
<b>Risikomargin 15 %</b>	<b>95,3</b>	-	<b>95,3</b>	<b>Risiko ikke inkl. i Foranalysen</b>
<b>Totalsum med risikomargin</b>	<b>730,0</b>	<b>554,4</b>	<b>175,6</b>	<b>Samlet økning med risiko 32 %.</b>

# Sammenligning av budsjett – dagsverk mot foranalysen

Organisasjon	Forprosjekt 2013-01-28	Foranalyse 2012-08-10	Differanse	Kommentar
SP	14 693	11 163	3 530	Prosjektleder og økonomiansvarlig, flere ressurser innen infrastruktur og integrasjon
OUS	34 493	37 578	-3 085	Uten sluttbrukeropplæring Flere arbeidsgrupper jobber sekvensielt
DIPS/Deloitte	11 286	10 026	1 260	Prosjektkoordinator, fasilitator Beste praksis, opplæring av instruktører
<b>Totalsum</b>	<b>60 473</b>	<b>58 767</b>	<b>1 706</b>	<b>Samlet økning 3 %</b>
Opplæring sluttbrukere	10 000	8 667	1 333	Opplæring av sluttbrukere økt pga. PLO-meldinger. Økning ca. 15 %

# Sammenligning av budsjett mot STHF

Sammenligning (MNOK)	OUS	STHF	Forholdstall	Kommentar
Arkitektur	6,9	N/A	N/A	Inkludert i prosjektledelse
Beste praksis	9,7	1,5	6,5	
Forvaltning	11,2	1,3	8,8	
Infrastruktur	93,4	27,9	3,3	
Innførings- og endringsledelse	9,8	N/A	N/A	Inkludert i prosjektledelse
Integrasjon	48,0	10,7	4,5	
Konvertering	105,6	16,6	6,4	Annen konverteringsmetode i OUS skyldes datamengden og andre løsninger
Løsning	104,6	28,6	3,7	
Opplæring	103,6	7,4	14,1	Uten sluttbrukeropplæring STHF
Programvare	40,1	10,9	3,7	
Prosjektkontor	27,5	N/A	N/A	Inkludert i prosjektledelse
Prosjektledelse	23,7	22,0	3,1	
Test	50,7	8,3	6,1	
<b>Totalsum</b>	<b>634,7</b>	<b>135,1</b>	<b>4,7</b>	

# Forholdstall OUS - STHF

<b>Sammenligning organisasjon</b>	<b>OUS</b>	<b>STHF</b>	<b>Forholdstall</b>
Antall ansatte 2011	24 144	4 240	5,7
DRG-poeng (aktivitetsmål) 2011	218 506	42 328	5,2
Omsetning 2011 (MNOK)	17 845	3 378	5,3

<b>Sammenligning prosjekt</b>	<b>OUS</b>	<b>STHF</b>	<b>Forholdstall</b>
Interne dagsverk	34 493	7 284	4,7
Sykehuspartner-dagsverk	14 693	3 618	4,1
DIPS/Deloitte-dagsverk	11 286	2 927	3,9
Antall integrasjoner	40	30	1,3
Antall DIPS-brukere	12 500	3 000	4,2

## Risiko i budsjettet

- Det er budsjettet med en risikomargin på 15 % tilsvarende 95 MNOK for usikkerhetsfaktorer
  - 75 MNOK hører til Leveranseprosjektet og disponeres av HSØ
  - 20 MNOK hører til Mottaksprosjektet og disponeres av OUS
- Ved forsinkelser/utsatt oppstart
  - Vanskelig å produksjonssette tett oppunder jul
  - Neste mulige produksjonsdato: Ca. 1. mars, dvs. 4,5 mndr. forsinkelse
  - Dagskostnad før opplæring starter: Ca. 900 KNOK per dag, dvs. ca. 80 MNOK ekstra kostnad ved full test og konverteringsaktivitet i perioden
  - Utvider også perioden for vedlikehold av dagens løsninger



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. februar 2013

Saksbehandler: Direktør forskning, innovasjon og utdanning

Vedlegg: Forslag til Utdanningsstrategi 2013-2018,  
Oslo universitetssykehus HF

---

### **SAK 8/2013 UTDANNINGSSTRATEGI 2013-2018, OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

#### **Forslag til vedtak:**

*Styret vedtar Utdanningsstrategi 2013-2018, Oslo universitetssykehus HF.*

Oslo, den 7. februar 2013

Bjørn Erikstein

**Bakgrunn og tidligere vedtak i saken**

Vedlagt følger forslag til "Utdanningsstrategi 2013-2018, Oslo universitetssykehus HF". Dette er helseforetakets første utdanningsstrategi. Svært få andre helseforetak har en egen utdanningsstrategi, og det ligger derfor mye nybrottsarbeid i å avgrense strategiens virkeområde, herunder hva som skal være mål og ansvarsområder og hva som primært tilligger utdanningsinstitusjonene. Arbeidet med strategien har vært drevet fram i regi av Utdanningsutvalget i Oslo universitetssykehus, som i stor grad har basert seg på innspill fra klinikkene (såkalte SWOT-analyser av utdanningsvirksomheten, som belyser klinikkens syn på styrker, svakheter, muligheter og trusler på utdanningsområdet).

En tidligere versjon av strategien ble forelagt styret for vedtak 3. mai 2012, jf. sak 35/2012. Styret ønsket enkelte justeringer i strategien, i form av både suppleringer og en tydeligere retning på strategiske mål. Styret ba om å få en revidert versjon presentert etter at det forelå en strategi for Oslo universitetssykehus HF: Styret fattet følgende vedtak: "*Styret ber om at Utdanningsstrategi 2012-2015 for Oslo universitetssykehus HF revideres etter de innspill som kom frem i styremøte og foretakets virksomhets- og fagstrategi før den legges frem for vedtak*".

**Revisjoner og involvering**

Strategien ble i forkant av styrebehandlingen 2012 sendt på bred høring til alle klinikker, stabsenheter, Universitetet i Oslo v/Det medisinske fakultet, aktuelle samarbeidende høyskoler, Helsefaglig forum, tillitsvalgte, Brukerutvalget og Helse Sør-Øst. Det ble avgitt en rekke høringsuttalelser. Den reviderte versjonen som nå presenteres for styret er på nytt forankret med tillitsvalgte, Brukerutvalget og foretakets ledergruppe. Styrets tidligere innspill er gjennomgått og innarbeidet. Innholdsendringer har i hovedsak bestått i å tydeliggjøre:

- Helseforetakets rolle versus utdanningsinstitusjonenes rolle
- Brukermedvirkning
- At utdanning skal komme egne ansatte til gode ved at medarbeiderne får brukt og videreutviklet sin kompetanse
- At utdanning skal ha fokus på ferdigheter, holdninger og verdier
- Behovet for å inneha endringskompetanse
- Lærlingenes posisjon
- Mulighet for å påvirke utdanningene til å være i samsvar med endrede behov
- Det internasjonale engasjementet
- Kompetanse som er nødvendig for å tilby likeverdige helstjenester

**Administrerende direktørs vurdering**

Strategien gir viktige føringer for ivaretagelse av foretakets lovpålagte ansvar for utdanning. Utdanning er et område med flere involverte, hvor ansvar er fordelt mellom helseforetak, universiteter, høyskoler, videregående skoler, fagskoler, kommune, helsemyndigheter etc. Det er i utarbeidelsen av utdanningsstrategien lagt vekt på Oslo universitetssykehus sitt ansvar som en ledende utdanningsarena i spesialisthelsetjenesten, og at denne oppgaven må løses i samarbeid med de øvrige aktørene. Strategien vil bli fulgt opp med en handlingsplan.

# Utdanningsstrategi 2013 – 2018

Oslo universitetssykehus HF

## **1. Sammen med utdanningsinstitusjonene utdanner vi morgendagens helsearbeidere**

Oslo universitetssykehus utdanner flere helsearbeidere enn noe annet norsk sykehus. I nært samarbeid med utdanningsinstitusjoner skal sykehuset være medvirkende til at det utdannes helsearbeidere basert på samfunnets fremtidige behov. Utdanning skal også bidra til at sykehuset innehar den kompetanse som et ledende universitetssykehus trenger. Utdanning er en av helseforetakenes lovpålagte oppgaver og omfatter både grunn-, videre- og etterutdanning.

I instruks fra Helse- og omsorgsdepartementet pålegges helseforetakene å sørge for at universitetenes og høgskolenes behov for undervisning, opplæring og veiledning av helsefaglige studenter dekkes i samsvar med fastsatt utdanningspolitikk, eksterne forpliktelser og foretatte prioriteringer fra overordnede politiske organer og oppdragsgivere. Utdanningsoppgaver for Oslo universitetssykehus er blant annet konkretisert i samarbeidsavtaler mellom sykehuset og utdanningsinstitusjonene, gjennom årlig oppdragsdokument fra eier og gjennom nasjonale regler for spesialistutdanning. Som universitetssykehus har sykehuset utdanningsoppgaver definert i forskrift<sup>[1]</sup> for bruk av betegnelsen universitetssykehus. Blant vilkårene er at helseforetaket må samarbeide med ett eller flere universitet(er) som uteksaminerer medisiner og annet helsepersonell. Oslo universitetssykehus må bidra vesentlig i forskningsbasert utdanning i medisinske fag og i annen helsefaglig utdanning samt i doktorgradsutdanning. Det stilles også krav om at kandidatene har det vesentlige av sin praktiske og teoretiske undervisning ved sykehuset. Samlet innebærer dette at sykehuset har et nært og forpliktende samarbeid med universitet og høyskoler i bidrag til utdanning av helsepersonell. Sammen med den utstrakte forskningsaktiviteten bidrar utdanning også til universitetssykehusets egenart.

Oslo universitetssykehus innehar det største medisinske og helsefaglige miljøet i Norge, og er landets mest komplette sykehus. Derfor har sykehuset et særskilt ansvar for å bidra til både bredde- og spisskompetanse i utdanning av medarbeidere til helsesektoren.

## **2. Hva utdanningsstrategien omfatter**

Utdanningsstrategien bygger på Strategi for Oslo universitetssykehus 2013-2018. Den må også sees i sammenheng med sykehusets Forskningsstrategi, Innovasjonsstrategi og Strategi for brukermedvirkning.

Utdanningsstrategien omfatter:

- Det lovpålagte ansvaret sykehuset har etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-8, punkt 2, utdanning av helsepersonell. Det vises også til helsepersonellovens § 3, definisjon av helsepersonell, jf § 48 Autorisasjon. Utdanningsstrategien omfatter også profesjoner i sykehuset som yter helsehjelp hvor autorisasjon eller lisens ikke er påkrevd.
- Utdanning av helsepersonell fra videregående skole, fagskole, høyskole og universitet, samt sykehusets egne ansatte.

Strategien omfatter ikke kompetanseutvikling for annet personell enn helsepersonell, og ikke utvikling av lederkompetanse. Dette omfattes av sykehusets HR-strategi. Sykehuset har videre en egen Strategi for pasient- og pårørendeopplæring.

Konkretisering av de overordnede mål i strategien skal nedfelles i en handlingsplan for de enkelte utdanninger ved sykehuset.

### 3. Visjon

#### *Oslo universitetssykehus - den ledende utdanningsarenaen i spesialisthelsetjenesten*

### 4. Prinsipper

Utdanningsvirksomheten ved Oslo universitetssykehus bygger på følgende prinsipper:

1. Utdanning skal komme egne medarbeidere til gode. Dette medfører at arbeidsgiver legger forholdene til rette, men også at medarbeidere selv må ta ansvar for egen kompetanseutvikling.
2. Utdanningsvirksomheten skal være kunnskaps- og forskningsbasert, av høy faglig og pedagogisk kvalitet og gjenspeile den medisinske og helsefaglige utvikling. Utdanningene skal være innovative og fremtidsrettete og raskt fange opp endrede behov, samt ta i bruk faglige og teknologiske nyvinninger. Dette forutsetter utvikling av god endringskompetanse hos studenter og ansatte.
3. Utdanningstilbudet skal gis i tråd med myndighetenes krav til utdanning for de ulike fagområder, og innenfor helsepolitiske områder der Oslo universitetssykehus har et særskilt ansvar. Dette gjelder for eksempel universitetsutdanning i medisinske fag. Utdanningene skal foregå i nært og forpliktende samarbeid med universiteter og høyskoler, samt videregående skoler og fagskoler. Sykehuset skal identifisere behov for endringer i utdanningstilbudet og formidle disse behovene til utdanningsinstitusjonene.
4. Utdanning er et lederansvar. Sykehusets utdanningsvirksomhet skal være tett integrert med klinisk virksomhet, forskning og innovasjon. Utdanningstilbudet skal ha tilstrekkelig kapasitet til å imøtekomme pasientenes og samfunnets behov, i henhold til prinsippet om å tilby likeverdige helsetjenester. Utdanningsaktivitet og -kvalitet skal dokumenteres i samarbeid med ansvarlige utdanningsinstitusjoner.
5. Utdanning skal organiseres i samsvar med gjeldende lover og regler. Utdanning skal ha fokus på kunnskaper, ferdigheter, holdninger og verdier. Utdanning skal bygge på helseforetakets verdigrunnlag og inneholde etisk refleksjon og vurdering av skikkethet.
6. Utdanning skal være et virkemiddel for å beholde og rekruttere medarbeidere. Utdanning er verdiskapende og kulturbyggende for organisasjonen.
7. Utdanning skal komme alle pasienter og pårørende til gode. Pasienterfaringer skal være en sentral del av utdanningen, og det skal legges vekt på hvordan man møter minoritetspasienter.
8. Utdanning skal være både profesjonsrettet og tverrfaglig. Utdanning skal stimulere til samarbeid og sikre grunnleggende samhandlingskompetanse.
9. Utdanning skal ha et internasjonalt perspektiv i form av utveksling og overføring av kompetanse.

## 5. Strategiske mål

### a. **Utdanningens betydning skal synliggjøres og utgjøre en tydelig del av sykehusets profil.**

Utdanningsaktiviteten må organiseres og tilrettelegges på en slik måte at det enkelte fagområde gis mulighet til å gi et faglig forsvarlig tilbud til pasienter, pårørende og studenter. Linjeansvaret for utdanning og delegering av ansvar for utdanningsaktiviteter må være tydelig i organisasjonen. I samarbeid med Universitetet i Oslo må det konkretiseres hvilket ansvar og hvilke koordineringsoppgaver som tilligger henholdsvis linjeledere i sykehuset og semesterledere eller andre fagansvarlige ved Det medisinske fakultet, herunder koordineringsansvar ved problematikk som oppstår på tvers av klinikk- og avdelingsstrukturer.

Forholdene skal legges til rette slik at medarbeiderne får brukt og videreutviklet sin kompetanse. Sykehusets klinikker og avdelinger skal ha egne planer for videre- og etterutdanning av ansatte. Det skal rapporteres på bakgrunn av disse. Den enkelte enhet skal sørge for at egne medarbeidere blir ivaretatt og fulgt opp gjennom utdanningsplaner og interne etterutdanningsprogrammer, som eksempelvis klinisk stige. Obligatorisk undervisning skal tydelig fremkomme i aktuelle tjenesteplaner og turnuser.

Sykehuset skal ha et utdanningsutvalg som skal være et rådgivende organ i strategiske utdanningsspørsmål. Utvalget gir råd til administrerende direktør, Universitetet i Oslo og samarbeidende høyskoler.

### b. **Oslo universitetssykehus skal legge til rette for gode utdanningsløp**

Sykehuset skal ivareta utdanning for alle relevante fagområder/spesialiteter og i tillegg tilby kvalitativt gode praksisplasser.

Sykehuset skal tilrettelegge for utdanningsløp som gir både spesialist- og forskerutdanning, samt for masterutdanning for medarbeidere med helsefaglig utdanning.

Sykehuset skal legge til rette for fullstendige kliniske utdanningsløp innenfor spesialistutdanning av leger. Sykehuset skal sørge for at det finnes gode og velfungerende rotasjonsordninger for leger i spesialisering mellom ulike lokalisasjoner, avdelinger og klinikker, samt mellom Oslo universitetssykehus og andre sykehus og primærhelsetjenesten.

Sykehuset skal, i samarbeid med utdanningsinstitusjoner, sikre at utdanningene i fremtiden dekker sykehusets og samfunnets behov for kompetanse og være en pådriver i forhold til å etablere eventuelle nye helsefaglige utdanninger.

Sykehuset skal etablere en ordning for helsefagarbeiderlærlinger.

Sykehuset skal ivareta utdanning av alle studenter på en god måte ved å legge til rette for gode systemer for mottak og oppfølging av studentene.

c. **Vi skal arbeide for å synliggjøre ressursbruk og sikre adekvat ressurstilgang til utdanning**

Sykehuset skal tilstrebe å synliggjøre ressurser brukt til utdanning. Ressursene skal stå i forhold til de målene sykehuset har når det gjelder omfang og kvalitet på utdanningsaktivitetene.

Sykehuset skal sørge for definerte og tilstrekkelige arealer til utdanningsformål, inkludert egnede kliniske undervisningsrom der pasienter behandles. Det må være tilstrekkelig med lærekrefter og arealer for å ivareta utdanning på det høye nivå som forventes.

Sykehuset skal arbeide for flere delte eller kombinerte stillinger mellom sykehuset og utdanningsinstitusjonene.

d. **Vi skal dokumentere aktivitet og kvalitet på utdanningsvirksomheten**

Sykehuset skal måle seg selv på utdanning, og utdanningsaktiviteten skal rapporteres regelmessig. Sykehuset skal identifisere, utvikle og implementere indikatorer for måling av utdanningsaktivitet og utdanningenes kvalitet.

Sykehuset skal i samarbeid med universiteter og høyskoler styrke og videreutvikle gode evalueringssystemer for utdanning, gjennom undervisning og systematisk oppfølging av studentevalueringer.

Avdelinger og seksjoner i sykehuset skal tydelig definere hvem som har ansvaret for oppfølging av studentene i praksis (praksisveiledere).

Sykehuset må i samarbeid med videregående skoler, fagskoler, universiteter og høyskoler sikre at utdanning følger gode pedagogiske prinsipper. Sykehuset skal bidra til en systematisk utvikling av veilederkompetanse og -modeller, samt øke antall ansatte med veilederkompetanse innen alle yrkesgrupper hvor dette er relevant.

Kvaliteten på videreutdanning av leger skal vurderes gjennom systematisk oppfølging av de medisinske spesialitetskomiteenes tilbakemeldinger på alle relevante nivåer.

e. **Vi skal ta i bruk nye læringsarenaer**

Sykehuset skal videreutvikle nye læringsarenaer som simulering, e-læring, telekommunikasjon, poliklinikker, studenttette poster, dagposter og andre tverrfaglige læringsarenaer. Læringsarenaer som bygges opp som følge av samhandlingsreformen vil være svært sentrale; som eksempelvis kommunale akutte døgnposter, sykehjem og pasientens hjem.

Oslo universitetssykehus skal bistå samarbeidende sykehus og Oslo kommune med ulike former for kompetansedeling og praksisopplæring for å sikre god samhandling i helhetlige pasientforløp.

f. **Utdanning skal ha et internasjonalt perspektiv**

Oslo universitetssykehus skal legge til rette for internasjonalt samarbeid som omfatter ansatte og studenter, og være en attraktiv og interessant samarbeidspartner for

utenlandske utdanningsinstitusjoner. Sykehuset skal også dele sin kunnskap og kompetanse med utviklingsland.

**g. Fokus på likeverdige helsetjenester skal gjenspeiles i utdanningsvirksomheten**

For å ivareta minoritetspasienters behov og fremme likeverd skal sykehuset legge til rette for at ansatte har nødvendig tilleggskompetanse når det gjelder kulturforståelse, tverrkulturell kommunikasjon og grunnleggende kjennskap til migrasjonshelse.

**h. Pasient- og brukermedvirkning skal være integrert i utdanning**

Sykehuset skal være en pådriver overfor utdanningsinstitusjonene for at brukermedvirkningens filosofi og metodikk inkluderes i utdanningsprogrammene.

Med bakgrunn i sine erfaringer med helsetjenesten er pasient- og brukerrepresentanter naturlige deltagere i utviklingen av eksisterende og nye utdanninger fremover.

---

<sup>[1]</sup> Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, FOR-2010-12-17-1706



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. februar 2013

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg: Plan for vedlikeholdsinvesteringer

---

### **SAK 9/2013 PLAN FOR VEDLIKEHOLDSINVESTERINGER OG NØDVENDIGE TILTAK 2013**

#### **Forslag til vedtak:**

- 1. Styret tar redegjørelsen om arbeidet med plan for vedlikeholdsinvesteringer til orientering.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre vedlikeholdsinvesteringer innenfor tildelt investeringsramme i samsvar med omtalen i denne styresak og foretakets vedlikeholdsplan.*

Oslo, den 7. februar 2013

Bjørn Erikstein

## 1. Sammendrag

Det er etter oppdrag fra styret utarbeidet en flerårig plan for å intensivere vedlikeholds- og utbedringsprosjekter som har som formål å imøtekomme pålegg fra ulike tilsyn.

Hensikten med denne saken er å sette en slik plan inn i et større utfordringsperspektiv, redegjøre for status og det videre arbeidet med en slik plan, samt å sikre forankring av både plan og tilnærming til denne. I tillegg foreslås fullmaktsstruktur for håndtering av investeringsmidler knyttet til denne planen for 2013. Planen er detaljert for 2013 og mer overordnet for 2014 og utover. Summen av tiltak tilsvarer omlag 2 milliarder kroner, men det jobbes videre med å kvalitetssikre det reelle behovet. For 2013 er det kommunisert et investeringsbehov til Helse Sør Øst på 200 millioner kroner og foreløpig gitt tilsagn om 100 millioner kroner. Det er imidlertid åpnet for en dialog med eier med mulighet for utvidelse av investeringsrammen.

Tiltaksplanen for vedlikeholdsinvesteringer er presentert for tilsynsmyndigheter og fremdrift er tilpasset de ulike avvik. Planen for 2013 er senere supplert med såkalte MÅ-tiltak knyttet til infrastrukturutfordringer med kjøling, strøm etc. for å kunne sikre forsvarlig drift av virksomheten. Til sammen ligger det nå tiltak i planen for omlag 285 millioner kroner for 2013. I tillegg lukkes avvik som en del av omstillingsprosjektene, og dette inngår i den oversikten som jevnlig rapporteres til de ulike tilsynsmyndigheter.

Pågående omstillingsprosjekter, IKT-prosjekter, prosjekter knyttet til utstyr (MTU), samt tilsynsprosjekter, bygger på en forutsetning om infrastruktur (at det er nok strøm, ventilasjon, kjøling etc.). Det arbeides aktivt med en kartlegging av det samlede behovet, og på bakgrunn av tidligere dokumentasjon legges det til grunn at dette er betydelig. Gjennom 2013 vil det oppstå nye behov som må gjennomføres for å sikre drift, såkalte MÅ-tiltak. Uten at disse gjennomføres vil øvrige planlagte prosjekter risikere stopp p.g.a. manglende nødvendig infrastruktur. Infrastrukturbehov må sees opp imot den foreliggende plan, og kan nødvendiggjøre forskyvning av tiltak fra ett år til et annet dersom ikke rammen utvides. Denne reprioriteringen vil bli ivaretatt innenfor rammen av totalplanen, og understreker poenget med at en slik plan ikke kan være statisk.

Når de nødvendige infrastrukturbehovene er sammenstilt, vil disse danne utgangspunkt for en helhetlig vedlikeholdsplan over flere år. Denne vil kunne presenteres for styret innen sommeren og danne grunnlag for en videre dialog med eier.

For å sikre koordinering av prosjekter og avhengighetene mellom dem etableres det en stedlig koordinering per lokalisasjon der de sentrale virksomhetsområdene som Medisinsk teknisk, Teknisk, IKT, Arealutvikling blir ivaretatt. Det vil oppstå tilfeller der et prosjekt er forutsetning for et annet og dette krever koordinering og planlegging.

## 2. Tidligere vedtak i styret

Arbeidet med plan for vedlikeholdsinvesteringer baserer seg på styrets vedtak ved behandling av sak 86/2012:

*”Styret ber administrerende direktør utarbeide en flerårigplan og intensivere vedlikeholds- og utbedringsprosjekter på bakgrunn av blant annet de pålegg som er fremkommet fra tilsyn. Administrerende direktør bes om å gjennomføre en dialog med Helse Sør-Øst RHF med sikte på å utvide investeringsrammen for 2013, dersom gjennomføringstakten tillater det. Styret ber om å bli orientert om status for vedlikeholds- og utbedringsprosjektene.”*

### **3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Administrerende direktør ser det som positivt at det nå er utarbeidet en vedlikeholdsplan for 2013 og at det arbeides systematisk med å avdekke avhengigheter mellom ulike prosjekter og kartlegging av infrastrukturbehov slik at man kan utarbeide en realistisk plan for vedlikeholdsinvesteringer i årene som kommer. Administrerende direktør vektlegger viktigheten av å lukke tilsynsavvik og vil gå i dialog med eier om å utvide investeringsrammen på 100 millioner kroner for 2013. Videre mener administrerende direktør at det er nødvendig å signalisere behov for omfattende vedlikeholdsinvesteringer i årene framover, blant annet i økonomisk langtidsplan. Dette er nødvendig for å opprettholde fremdrift i investeringene for å sikre forsvarlig drift og godt arbeidsmiljø og i tillegg slik det forventes av de ulike tilsyn.

### **4. Faktabeskrivelse**

Oslo universitetssykehus har en til dels gammel og nedslitt bygningsmasse, med et betydelig vedlikeholdsetterslep. Helseforetakets samlede vedlikeholdsbehov er så stort at det ikke kan løses gjennom et regulært vedlikeholdsbudsjett. Manglende vedlikehold over tid kommer også til uttrykk gjennom tilsynsavvik, spesielt brann-, arbeids- og el-tilsyn. Helseforetaket har arbeidet systematisk med å få en oversikt over og prioritere mellom de ulike tiltak for lukking av de mest alvorlige avvik over en tre års periode. I tillegg til avvikene er det nødvendig å planlegge tiltak knyttet til infrastruktur for å opprettholde forsvarlig drift, disse er kalt MÅ-tiltak.

#### **4.1 Infrastruktur og MÅ-tiltak**

Ved de fleste av sykehusets lokalisasjoner bidrar alder, fortetting og kompleksitet i utvikling av infrastruktur til økende infrastrukturkostnader. Alder gjør at flere av de tekniske installasjonene trenger utskifting eller mer omfattende vedlikehold i seg selv. I tillegg er kapasiteten sprengt på en rekke anlegg pga. fortetting og samlokalisering av virksomhet. Dette medfører både mer utstyr og flere ansatte, men også flere støttefunksjoner som for eksempel intensivplasser, angiografilaboratorier etc. som igjen krever mer infrastruktur. En tredje faktor er utvikling innen IKT og MTU som stadig krever mer strøm, kjøling og kabling i komplekse og dyre oppgraderinger.

En investeringsplan i infrastruktur vil være en del av en vedlikeholdsplan som skal sees i sammenheng med helseforetakets overordnede planer for arealutvikling. Et overordnet mål må være å gjøre tilstrekkelige investeringer i bygningsmassen i tide slik at man sikrer lengst mulig utnyttelsesgrad av disse investeringene. Uten større investeringer tidlig, vil investeringsbehovet øke og nytten bli relativt mindre

#### **4.2 Dagens lovkrav og midlertidighetsbegrepet**

Dagens lovkrav gir utfordringer i gjennomføring av helseforetakets omstillingsprosjekter. Svært mange av bygningene der det drives pasientbehandling er

bygget under andre lover og forskrifter enn de som eksisterer per i dag. Eksempler på dette er manglende ventilasjon og forekomst av asbest. Helt urørt og uendret er dette sjelden en utfordring, men når man flytter virksomhet fra et bygg til et annet, så møter man fort større ombyggingsbehov enn antatt pga lovkrav. Dette betyr at føringene om å gjennomføre midlertidige tiltak (vurdert etter de enkelte bygningers brukstid, ref. sak 6/2012) representerer både en utfordring og et dilemma som vil diskuteres med de aktuelle myndigheter som Plan- og bygningsetaten med flere.

Uansett hvilke fremtidige sykehusløsninger som vil bli lagt til grunn i den videre utviklingen av Oslo universitetssykehus, så vil det måtte gjennomføres oppgraderinger av dagens bygningsmasse for å sikre forsvarlig drift. Så lenge tidsperspektivet for nybygg ikke er fastslått, vil midlertidighetsbegrepet representere en utfordring og påvirke oppgraderingsbehovene og investeringsnivåene.

#### **4.3 Behov for en langsiktig plan som sikrer bærekraftig drift**

Vedlagt denne sak presenteres plan for vedlikeholdsinvesteringer, MÅ-tiltak for 2013 og et utdrag av estimerte investeringsbehov per år. Planen tar høyde for å lukke de største avvikene fra tilsyn, spesielt brann-, arbeids- og el-tilsyn. Tiltakene er kategorisert i ulike grupper der arbeidsmiljøtiltak (HMS 5) kommer foran mindre alvorlige tiltak (HMS 4) etc. HMS tiltak i kategori 5 - fare for liv og helse, utgjør vel 160 millioner kroner av de totale tiltakene i den flerårige planen. Det totale investeringsbehovet knyttet til avvik beløper seg til ca 2 mrd kroner, men det arbeides videre med å kvalitetssikre det reelle behovet.

Noen av tiltakene er så vidt omfattende at de ikke lar seg gjennomføre innen den tid som er forutsatt. Dette skyldes i hovedsak at nødvendige oppgraderingene skal utføres i bygg der det drives aktiv pasientbehandling. Dette i sin tur krever at det etableres "rokadearealer" slik at hele sengeposter eller behandlingsområder kan tømmes.

Ettersom det tar tid å få på plass en gjennomføringsorganisasjon som kan drive oppgraderinger av bygg og lukke avvik over tid vil det i planleggingen bli lagt vekt på et flerårlig perspektiv for oppgraderingene.

Planen slik den foreligger nå har en karakter av "byggningsmessig førstehjelp". Målet er å komme over i et planlagt og proaktivt vedlikeholdsregime som tar for seg nødvendige tiltak for å drifte helseforetaket frem til nye bygg foreligger samt å legge investeringer i infrastruktur ut i tid. Forutsetning for en slik systematisk vedlikeholdsplan er oppdatert tilstandsanalyse per bygg ved de ulike lokalisasjonene over et 15 års perspektiv. Arbeid med dette er igangsatt og det er planlagt å kunne presentere dette for styret så snart det er ferdig og forhåpentligvis før sommeren 2013 som et innspill til høstens leveranser av økonomisk langtidspan.

Helseforetaket oppdaterer kontinuerlig planen og holder oversikt over fremdrift i lukking av avvik.

Prosj.nr	Inngår i prosj.nr	AT nr	Sak nr	Vedtak	Lokalasjon	Bygg	Etk	Post	Beskrivelse av tiltak	B (B)	Kontrollsum: Tekn. infra- struktur (T)	Andre saker (A)	Prognose 1 881 236 300	2013 forslag budsjett kr	2014 forslag budsjett kr	2015 forslag budsjett kr	Kostnads- prognosen (fordelles senere)	Kostnads- prognosen (fordelles senere)	Kostnads- prognosen (fordelles senere)
83206	AT3	50400			Radiumhospitalet	A-B			Etablering av spesialvent i bygg A/B				1 896 621 300	285 017 300	313 698 000	314 316 000	314 316 000	983 590 000	
83206	AT6	50403			Radiumhospitalet	A-B			Bygge om ventilasjonsanlegg / arkstak bygg AB				1 500 000	1 000 000	500 000	500 000			
83206	AT8	50404			Radiumhospitalet	C			Asbestnettning etter skade på isolasjon på rør				250 000	150 000	100 000				
83206	AT9	50405			Radiumhospitalet	C			11 stk dører inn til strålebunkere må byttes føringskabiner og løpethjul				250 000	150 000	100 000				
83206	AT11	50406			Radiumhospitalet	F			Etablering av spesialvent i bygg C				250 000	250 000					
83206	AT13	50408			Radiumhospitalet	F	4		Kompensere tiltak, flytte laboratorier ut av bygningen				1 000 000	1 000 000					
83206	AT14	50409			Radiumhospitalet	G			Etablering av spesialvent i bygg H				500 000	500 000					
83206	AT16	50411			Radiumhospitalet	H			Etablering av spesialvent i bygg G				500 000	500 000					
83207	AT120	50418			Rikshospitalet	AI-A3			Utskifting av HEPA filter på avtrekks og tilluft laboratorier.				280 000	280 000					
83207	AT121	50419			Rikshospitalet	BI-B2			Utskifting av HEPA filter på avtrekks og tilluft laboratorier.				280 000	280 000					
83207	AT127	50424			Rikshospitalet	CI-C6			Luftmiteme isolator, bytte hepafilter, 2 stk pr isolat				250 000	250 000					
83207	AT128	50425			Rikshospitalet	CI-C6			Luftmiteme isolator, bytte hepafilter, 2 stk pr isolat				250 000	250 000					
83207	AT24	50422			Rikshospitalet	CI-C6			Beskyttelse isolator C3, bytte hepafilter, 2 stk pr isolat				50 000	50 000					
83207	AT25	50421			Rikshospitalet	CI-C6			Luftmiteme isolator C4, rengjøring avtrekkskanaler				50 000	50 000					
83207	AT26	50423			Rikshospitalet	CI-C6			Luftmiteme isolator C4 M.3. Utskifting av hepafilter, 5 stk pr. isolat.				250 000	250 000					
83207	AT28	50425			Rikshospitalet	DO-D4			Utskifting av hepafilter operasjonstak. Leveltid 8 år. Ikke skiftet.				652 000	652 000					
83207	AT29	50426			Rikshospitalet	DO-D4			Full overhalling av taksveyer operasjon og intensiv.				3 315 000	3 315 000	315 000				
83207	AT32	50429			Rikshospitalet	D3-D4			5. etg Operasjon - inkl. kanallet, splid, HEPA-filtre, LAF-tak, spjeldregulering inkl. 328				2 499 000	2 499 000					
83207	AT31	50430			Rikshospitalet	D3-D4			5. etg Operasjon - inkl. kanallet, splid, HEPA-filtre, LAF-tak, spjeldregulering inkl. 328				428 400	428 400					
83207	AT32	50430			Rikshospitalet	D5-D7			Operasjon - inkl. kanallet, splid, HEPA-filtre, LAF-tak, spjeldregulering inkl. 328 og andre systemer				408 000	408 000					
83207	AT34	50431			Rikshospitalet	E1-E2			Andre systemer				170 000	170 000					
83207	AT35	50432			Rikshospitalet	E1-E2			Andre systemer				170 000	170 000					
83207	AT37	50434			Rikshospitalet	E1-E2			Andre systemer				582 500	582 500					
83207	AT42	50443			Rikshospitalet				For lite garderober				850 000	450 000	400 000				
83207	AT55				Aker sykehus				Innfesting av fasade pga rustne bindre				5 000 000	5 000 000	5 000 000				
83207	AT56				Radiumhospitalet	F			Bygg F fasade				8 500 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	5 000 000		
83207	AT57				Rikshospitalet	AI-A3			Utskifting av glassrørværk				500 000	500 000					
83207	AT58				Rikshospitalet	Z5			Kompensere tiltak: Utskifting vifter etc. (bytte aggregater)				12 000 000	12 000 000					
83207	AT111				Radiumhospitalet	Z5	5		Patologi: Avtrekkskap, inkl. ombygging av ventilasjon.				600 000	600 000					
83207	AT159				Radiumhospitalet	A	5		Bygg A: Brannoppgadering, korridor er sprinklet, Sengerom - sprinkles, dører				20 000 000	19 000 000					
83207	AT160				Radiumhospitalet	A-B	1		Skille Jæver fra dørmanningsvei, del av totaloppgadering				2 000 000	2 000 000					
83207	AT161				Radiumhospitalet	B	4		Bygg B: Brannsikring påkrets, sprinkling, dører, nedlys, tetting. Generell oppussing,				15 000 000	10 000 000					
83207	AT162				Radiumhospitalet	B	5		Bygg B: Brannoppgadering, korridor er sprinklet, Sengerom - sprinkles, dører				15 000 000	7 000 000					
83207	AT163				Radiumhospitalet	C	2		2.etasje, flyt est, røpmanningsveier ut, sprinkling, brannceller, dører og brannnettning				5 000 000	1 000 000					
83207	AT164				Radiumhospitalet	C	2		Brann atrium polydimnisk, kontor B2				18 000 000	18 000 000					
83207	AT165				Radiumhospitalet	C	2		Etablering av poliklinikk. Full oppgradering brann og AT tiltak som generell oppussing,				20 000 000	2 400 000	17 600 000				
83207	AT166				Radiumhospitalet	C	1		Infeksjonsmedisinsk sengepost				9 000 000	9 000 000					
83207	AT167				Radiumhospitalet	3	P 1		Brann, post 4, nyre gastro				7 000 000	7 000 000					
83207	AT168				Radiumhospitalet	3	P 4		Hjerter op/pacemaker				5 000 000	5 000 000					
83207	AT169				Radiumhospitalet	7	P 1		Post 1. Hjertemest, sengepost				18 000 000	3 000 000	15 000 000				
83207	AT170				Radiumhospitalet	7	3		(Øst: Sengepost (intensiv): Utrede ny dørmanningsvei, (Øst)				6 200 000	6 200 000					
83207	AT171				Radiumhospitalet	7	3		Syd: Garderober;Nødvendig brannoppgadering.				4 000 000	4 000 000					
83207	AT172				Radiumhospitalet	7	3		Nord: Sengepost. Innevænt nødvendig brannoppgadering.				12 000 000	12 000 000					
83207	AT173				Radiumhospitalet	7	1		Syd: Sengepost syd, Ortopedi Post 2				7 000 000	7 000 000					
83207	AT174				Radiumhospitalet	7	1		Nord: Sengepost (gastro post 1): All nødvendig brannoppgadering.				187 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000			
83207	X				Radiumhospitalet	2	alle		Hele bygget: Ferdig prosjekt foreligger. Reduksjon av risiko klasse må avlæres.				32 000 000	12 000 000					
83207	AT175				Radiumhospitalet	5	alle		Nord: Sengepost, iverksett nødvendig brannoppgadering.				12 000 000	12 000 000					
83207	AT176				Radiumhospitalet	5	alle		Syd: Sengepost syd, Ortopedi Post 2				7 000 000	7 000 000					
83207	AT177				Radiumhospitalet	alle			Hele bygget: Ferdig prosjekt foreligger. Reduksjon av risiko klasse må avlæres.				187 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	181 000 000	
83207	AT178				Radiumhospitalet	alle			Kompensere tiltak: Løpende. Ekstra tilsyn og nødvendig tiltak, utbedre				20 500 000	7 000 000	10 000 000				
83207	AT179				Radiumhospitalet	alle			Samløst. Sikringskap for underfordeling sikres				20 500 000	500 000	20 000 000				
83207	AT180				Radiumhospitalet	alle			Kompensere tiltak: Løpende. Ekstra tilsyn og nødvendig tiltak, utbedre				12 750 000	2 000 000	3 000 000				
83207	AT181				Radiumhospitalet	alle			Samløst. Sikringskap for underfordeling sikres				1 600 000	500 000	1 100 000				
83207	AT182				Radiumhospitalet	alle			Kompensere tiltak: Arlig sjekk av tak og fasader. Løse steiner.				1 700 000	1 700 000					
83207	AT183				Radiumhospitalet	A			Grave ny drenering				6 800 000	500 000	1 000 000				
83207	AT184				Radiumhospitalet	A			Felles infrastruktur for hele bygget. Gassutak medisinske gasser. Starte utredning				150 000	50 000	50 000				
83207	AT185				Radiumhospitalet	A			Felles infrastruktur for hele bygget. Gassutak medisinske gasser. Starte utredning				25 500 000	2 000 000	23 500 000				
83207	AT186				Radiumhospitalet	A			Kompensere tiltak. Arlig sjekk. Fasade				17 000 000	2 000 000	17 000 000				
83207	AT187				Radiumhospitalet	C			Avspisystem Radiumhospitalet bygg AB, pga gamle rør må vi ha TT-teknikk her ca 3				25 500 000	2 000 000	2 000 000	10 000 000			
83207	AT188				Radiumhospitalet	C			UPS D/ avnett				2 040 000	200 000	1 840 000				
83207	AT189				Radiumhospitalet	C			Bunnledning hovedkjøkken				150 000	50 000	50 000				
83207	AT190				Radiumhospitalet	H			Kompensere tiltak fasade. Arlig sjekk.				1 700 000	1 700 000					
83207	AT191				Radiumhospitalet	H			Setsningskader fundament gangbro				500 000	500 000					
83207	AT192				Radiumhospitalet	D3			Skifte ut teglsten, lede vann ut av stussfuger.				20 400	20 400					
83207	AT193				Radiumhospitalet	D5-D7			Kontorer, TVG-arealer - inkl. kanallet, splid, ventil, VAV-utstyr, spjeldregulering				38 000	38 000					
83207	AT194				Radiumhospitalet	F1			Andre systemer				119 000	119 000					
83207	AT195				Radiumhospitalet	F1			Andre systemer				150 000	150 000					
83207	AT196				Radiumhospitalet	F1			Fordekningsanlegg, sekundær				1 700 000	800 000	900 000				
83207	AT197				Radiumhospitalet	F1			Opplagning, inklusive ei. fjel				3 100 000	3 100 000					
83207	AT198				Radiumhospitalet	F1			Oppgradering av alle fordelinger + Utskifting av ledlys. Nødløst 2mill overført til Brann.										

Proj.nr.	Inngår i AT nr.	Sak nr.	Prosj.nr.	Prosj.nr.	Vedtak	Lokasjon	Bygge	Eg	Post	Beskrivelse av tiltak	Prosjektleder	B	HMS	Kontrollsum:	Andre	Prognose	2013	Kostnads-	Kostnads-	Kostnads-	
												(B)	lata-	Tekn. infra-	saker	1.881.236.300	forslag budsjett	forslag budsjett	forslag budsjett	etter 2015	
													gori	(T)	(A)		Kr	Kr	Kr	Kr	fordelles senere)
										Deluttid:							1.896.621.300	285.017.300	314.698.000	983.590.000	
AT96										Oppgradering av kjøleanlegg			4	4	HMS		10.710.000	10.710.000			
AT97										Utv. Perstemer			4	4	HMS		500.000				
AT98										Ny fasade og vinduer - som mot gøt/gyld			4	4	HMS		15.000.000	15.000.000			
AT99										Ny drenering			4	4	HMS		450.000	450.000			
AT100										Drenering for å få løst kjeller			4	4	HMS		450.000	450.000			
AT101										Avløpsrør, trekke strømppe i rør			4	4	HMS		3.400.000	3.000.000	400.000		
AT102	50439									Yttertak, omlegging av bak			4	4	HMS		2.500.000	2.500.000			
AT103										Kompensende tiltak, teiningslister og fuging, sølvsøjerming, igjenskruing			4	4	HMS		1.750.000	250.000	1.000.000	500.000	4.400.000
AT104										Underfordeliger bygge A, B, og C			4	4	HMS		20.400.000	1.000.000	5.000.000	10.000.000	
AT105										Bygge B vinduer - kompensere tiltak. Helt nødvendige tiltak som, tettinglister,			4	4	HMS		2.000.000	2.000.000			
AT106										Bygge C Vinduer - kompensere tiltak. Helt nødvendige tiltak som, tettinglister,			4	4	HMS		2.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	
AT107										Avrulsanlegg, kompressorer m.m.			4	4	HMS		34.000.000	20.000.000	13.000.000		
AT108										Behandlingsbasseng, kompensere m.m.			4	4	HMS		1.000.000	700.000	300.000		
AT109										Utskifting av takpapp med oppbygg av tekniske installasjoner			4	4	HMS		2.500.000	2.500.000			
AT110										Avløpsrør, trekke strømppe i rør			4	4	HMS		17.000.000	8.500.000	8.500.000		
X										alle			4	4	HMS		6.800.000	204.000	6.596.000		
X										Totaleitab av 20 bad på hele området.			4	4	HMS		4.250.000	4.250.000			
X										Yttertak, takrenner, nedløp			4	4	HMS		3.570.000	250.000	1.000.000	2.320.000	
X										Skrive vinduer			4	4	HMS		3.400.000	1.000.000	2.150.000		
X										Skrive armaturer			4	4	HMS		2.550.000	750.000	1.700.000		
X										Garderøber			4	4	HMS		170.000	120.000			
X										Dører			4	4	HMS		8.500.000	500.000	8.000.000		
X										Yttertak, Avklare tiltak. Kan bygget friskmeldes etter tiltak?			4	4	HMS		1.700.000	1.200.000	500.000		
X										Ikke spesialventilasjon her			4	4	HMS		7.000.000	500.000	6.500.000		
X										Skrive hele anlegget. Ne spesialventilasjon			4	4	HMS		50.000.000	50.000.000			
X										Noe spesialventilasjon, men aktivitetene trappes ned. 5			4	4	HMS		61.000.000	10.000.000	25.000.000	25.000.000	
X										Utbedring av mangelfull ventilasjon, inkl infrastruktur, bygn.messig, elektro, varme,			4	4	HMS		39.000.000	2.000.000	106.000.000	200.000.000	
X										Kjølemaskin og kjøtkjøler for ventilasjon bygge A-B. Sengeposter, Operasjon, intensiv,			4	4	HMS		4.000.000	4.000.000			
X										Utskifting av forbruksvann/utstyr			4	4	HMS		25.500.000	13.000.000	13.000.000		
X										Utbedring av mangelfull ventilasjon, inkl infrastruktur, bygn.messig, elektro, varme,			4	4	HMS		180.000.000	1.000.000	90.000.000	89.000.000	
X										Bygge C fasade			4	4	HMS		2.500.000	500.000	1.000.000	1.000.000	
X										Yttertak, 'Tukke om taket			4	4	HMS		8.500.000	4.000.000	4.500.000		
X										Gruppe 2 rom, bygge A, B, C og D			4	4	HMS		25.500.000	1.000.000	15.000.000	9.500.000	
X										Medisinst luft			4	4	HMS		10.200.000	1.000.000	9.200.000		
X										Yttertak, 'Tukke om taket			4	4	HMS		4.250.000	500.000	3.750.000		
X										Utskifting kjøleenhets UPS hovedrom EDB			4	4	HMS		1.700.000	1.700.000			
X										Utbedring av mangelfull ventilasjon, inkl infrastruktur, bygn.messig, elektro, varme,			4	4	HMS		6.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000	
X										Etablering av gr.2 rom for Strålebygget			4	4	HMS		2.550.000	500.000	2.250.000	2.250.000	
X										Utabelle klimaforhold			4	4	HMS		3.400.000	3.400.000			
X										Utskifting av befuktere, Utbedring av spesial ventilasjon, inkl infrastruktur,			4	4	HMS		17.000.000	1.000.000	10.000.000	6.000.000	
X										Ventilasjon m/fylling			4	4	HMS		34.000	24.000			
X										Skrive armaturer			4	4	HMS		170.000	170.000			
X										Kjøling			4	4	HMS		850.000	50.000	800.000		
X										Kjøling			4	4	HMS		4.000.000	500.000	3.500.000		
X										Totalrenoering			4	4	HMS		170.000	120.000			
X										Styreravly			4	4	HMS		850.000	100.000	750.000		
X										Belysning			4	4	HMS		5.100.000	100.000	5.000.000		
X										Ventl.			4	4	HMS		2.175.000	50.000	2.075.000		
X										Skifte lysarmaturer			4	4	HMS		1.700.000	50.000	1.650.000		
X										Ventl.			4	4	HMS		5.100.000	50.000	5.050.000		
X										Dører			4	4	HMS		170.000	50.000	120.000		
X										Porter varemottak			4	4	HMS		5.100.000	100.000	5.000.000		
X										Ventl.			4	4	HMS		170.000	120.000			
X										Dører			4	4	HMS		170.000	170.000			
X										ECT prosjekt			4	4	HMS		0	0	5.610.000		
X										Utskifting av tavler og oppgø av gruppe 2 rom			4	4	HMS		17.850.000	50.000	6.300.000	11.000.000	
X										Invendig oppussing			4	4	HMS		500.000	500.000	15.300.000	8.000.000	
X										Invendig oppussing			4	4	HMS		8.500.000	1.000.000	3.000.000	7.500.000	
X										Oppussing av overflater ved kontordelen			4	4	HMS		2.000.000	2.000.000	0	0	
X										Nytt ventl.anlegg			4	4	HMS		0	0	0	0	
X										2013: Hvs klarsignal, kostnader medtatt i DP, Rehabilitering av Operasjon bygg A/B,			4	4	HMS		0	0	0	0	
X										Fasade, løse steiner, kompensere tiltak Sikre fasade i 2012			4	4	HMS		340.000	100.000	100.000	140.000	
X										Fasade, løse steiner, Sikre løse steiner. Se skilss. sjekk, risikoretuserende tiltak,			4	4	HMS		0	0	0	0	
X										Skringskåp for underfordeliger sikres. Se amnesak , tiltak.			4	4	HMS		0	0	0	0	

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. februar 2013

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg: .

---

### **SAK 10/2013 INNGÅELSE AV PRINSIPPAVTALE MED OSLO KOMMUNE OM SAMARBEID, UMLEIE OG TJENESTEYTELSER PÅ AKER**

#### **Forslag til 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 sykehus til etterretning.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå en slik avtale med Oslo kommune.*

Oslo, den 7. februar 2013

Bjørn Erikstein

## **1. Sammendrag**

I tilknytning til Oslo universitetssykehus HF sitt oppdrag om å opprette en samhandlingsarena Aker, skal helseforetaket også inngå samarbeidsavtaler med Oslo kommune. Avtalene skal stadfeste målsetningene med samarbeidet, beskrive hvordan samarbeidet langsiktig skal forvaltes organisatorisk og skissere de økonomiske og ansvarsmessige betingelsene for leie og tjenesteyting.

Det arbeides nå med et utkast til en prinsippavtale. Økonomisk sett bygger den på at Oslo universitetssykehus skal få dekket sine direkte og indirekte kostnader ved leie og tjenesteforholdet – det gjelder både drift- og investeringskostnader. Dessuten er avtalen bygd opp slik at den skal fremme samspill, fleksibilitet, forutsigbarhet, langsiktighet og helhet i samarbeidet på Aker. Avtaleutkastet inneholder både generelle forutsetninger og de fellesbestemmelser som alle enkeltstående avtaleforhold må bygge på og innarbeide.

Det har vært en lang drøftingsprosess mellom administrasjonen i Oslo universitetssykehus og Oslo kommune forut for forslagene til innhold i en prinsippavtale.

## **2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Administrerende direktør konstaterer at det er arbeidet godt med å etablere en samhandlingsarena på Aker hvor både Oslo kommune og spesialisthelsetjenesten er involvert. Arbeidet har hatt god fremdrift og bygger på et godt samarbeid mellom alle aktører. Dette gjelder spørsmål om arealbruk på Aker og om ulike typer faglig samarbeid. Administrerende direktør mener derfor at Oslo universitetssykehus har lagt til rette for at de krav og forventninger helseforetaket har fått om å medvirke til utvikling av en samhandlingsarena på Aker, ivaretas. Samtidig er administrerende direktør opptatt av hvordan Aker sykehus brukes av Oslo universitetssykehus og hvilken virksomhet foretaket skal ha på Aker. Dette må sees sammen med øvrig virksomhet ved Oslo universitetssykehus og de utfordringer foretaket har med eksisterende bygningsmasse og kapasitet innen enkelte fagområder.

Fra foretakets side er det opprettet et eget prosjekt, Helsearena Aker, som skal understøtte utviklingen av Aker og som samarbeider tett med prosjekt Samhandlingsarena Aker og Oslo kommune. Det nære samspillet og prosjektsamarbeidet rundt felles prosesser har bygd et nødvendig tillitsgrunnlag for videre samarbeid.

Administrerende direktør mener at for å skape den nødvendige gjensidige trygghet og kontroll med risiko i forbindelse med økonomi og teoretisk mulige samarbeidskonflikter, er det viktig å etablere en juridisk plattform for samarbeidet. Administrerende direktør ser derfor med tilfredshet på at det har vært enighet mellom administrasjonen i helseforetaket og administrativ ledelse i Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester i Oslo kommune om at det inngås en prinsippavtale mellom partene for å sikre en ensartet, langsiktig og tilfredsstillende regulering av samarbeid, utleie og tjenester på Aker.

Gjennom drøftinger mellom partene er en på administrativt nivå kommet til enighet om å legge til grunn de rammebetingelser og prinsipper det redegjøres for i denne



saken. Det anbefales at styret godkjenner disse og gir administrerende direktør fullmakt til å inngå en avtale som bygger på disse prinsippene.

### **3. Faktabeskrivelse**

#### **3.1 Bakgrunn**

I en særskilt foretaksprotokoll av 24. november 2010, fikk Oslo universitetssykehus i oppdrag å delta i opprettelse av en samhandlingsarena på Aker sykehus. Dette oppdraget var først gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF. Et viktig punkt i foretaksprotokollen var at Oslo universitetssykehus skulle inngå et forpliktende samarbeid med kommunen.

Oppfølging av dette ble deretter behandlet i tre styremøter – sist gang i desember 2011 (sak 145/2011). Et punkt i vedtaket i denne saken var at administrerende direktør ble bedt om å gå i dialog med Helse Sør-Øst RHF om de utfordringer utvikling av en samhandlingsarena på Aker kunne stille Oslo universitetssykehus overfor når det gjaldt de samlede investeringsbehovene i helseforetaket. Som resultat av dette ble det i revidert nasjonalbudsjett 2012 gitt en fullmakt til å disponere inntil 75 millioner kroner til samhandlingsrelaterte investeringer på Aker innenfor den låneramme som alt var gitt til omstillingen ved Oslo universitetssykehus. Det forutsettes at nedbetaling av investeringskostnader legges inn i husleien for eksterne parter på Aker.

Kravet om et forpliktende samarbeid og langsiktig sikkerhet for de kostnader Oslo universitetssykehus vil ha for å legge til rette for og drifte en samhandlingsarena, tilsier at det lages hensiktsmessige juridiske bindinger mellom samarbeidspartene på Aker.

I forbindelse med innflytting av Geriatrisk ressurscenter og Kommunal rehabiliteringsavdeling på Aker i løpet av 2012 ble det inngått leieavtaler mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF. Etter utarbeidelsen av disse avtalene ble det klart at det vil være hensiktsmessig å lage en overordnet avtalestruktur som sikrer enhetlige bestemmelser for alle aktører som nå kommer inn på Aker. Det vi si en avtalestruktur der flest mulig av bestemmelsene og vilkårene står fast uavhengig av hvilken aktør eller hva slags virksomhet som etableres ved Aker.

En slik overordnet avtale vil også bli en institusjonell ramme som sikrer og regulerer virksomheten på Aker som samhandlingsarena langt ut over prosjektperioden. Avtalen må dessuten bidra til at vilkårene som settes for leieforhold og levering av tjenester medvirker til å nå de målene som er vedtatt for Prosjekt samhandlingsarena Aker. Med denne bakgrunnen ble det klart at det var behov for det en har valgt å kalle en prinsippavtale for samarbeidet mellom aktører på Aker. Siden hovedsamarbeidspartnerne vil være Oslo kommune som ansvarlig for primærhelsetjenesten i Oslo, og Oslo universitetssykehus som representant for helseforetakene som dekker Oslo og som eier av tomt og bygg, blir dette en prinsippavtale mellom disse to partene.

Prosessen med utforming av et utkast til Prinsippavtale for samarbeidet på Aker foregår i regi av Prosjekt samhandlingsarena Aker. Fra Oslo universitetssykehus side leder Prosjekt helsearena Aker denne prosessen, og Oslo sykehusservice og stab Økonomi og finans (inkl. Juridisk seksjon) er også delaktig i arbeidet, og enkelte

spørsmål har vært forelagt Juridisk avdeling i Helse Sør-Øst RHF. I Oslo kommune ligger arbeidet med avtalen under Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester.

### **3.2 Oppbygging av avtalen**

Prinsippavtalen vil omtale rammebetingelser for samarbeidet på et overordnet nivå. Den stadfester formålet med samarbeidet, målsetningen med reguleringene i prinsippavtalen, organisering av samarbeidet og grunnprinsipper for leieberegning og tjenesteleveranser samt fastsetter avtalens varighet. Som vedlegg til prinsippavtalen vil det foreligge maler for enkeltavtaler når det gjelder leieforhold og kjøp av tjenester. Disse vil angi fellesbestemmelser for leietakere på Aker og for tjenesteleveranser fra en av partene til andre på Aker.

### **3.3 Hovedprinsipper**

Hovedprinsippene avtalen bygger på, tar utgangspunkt i at de ordningene som avtalen beskriver skal bidra til å fremme

- samspillseffekter mellom aktørene på Aker
- nødvendig fleksibilitet i bruk av lokaler over tid
- forutsigbarhet og langsiktighet for de som etablerer seg på Aker
- helhetlig koordinering mellom likeverdige parter med noe ulike roller på Aker.

Det grunnleggende prinsippet for prising skal være at utleier og leverandør av tjenester skal få dekket sine direkte og indirekte kostnader, uten noen form for fortjeneste ut over det.

Det fastsettes at det skal etableres et samarbeidsorgan mellom de aktørene som driver på Aker, og at disponering og redisponering av lokaler på Aker og tilsvarende endringer av tjenesteleveranser behandles her. Behandlingen er rådgivende for administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus og for Oslo kommune.

Det legges opp til å inngå prinsippavtalen med en varighet på 20 år.

I hovedprinsippene fremgår det også en avgrensning av avtalens gyldighetsområde presisert til de bygningene som inngår. Til sammen tilsvarer dette området som er kalt "øvre del av Aker". Det arealet som er tilgjengelig i de aktuelle byggene, er på til sammen ca 53 000 kvm (da er loft og kjeller holdt utenom og heller ikke inkludert i fellesareal). Innenfor disse arealer må Oslo universitetssykehus avklare sitt behov, og videre må Oslo kommune avklare sitt operasjonelle behov.

### **3.4 Særskilt om leieforhold**

Prinsippet om at prising skal dekke direkte og indirekte kostnader, er når det gjelder utleie supplert med to andre prinsipper. For det første prinsippet om at de samlede kostnadene ved utvikling og drift av byggene skal fordeles likt på hele arealet, det vil si fordeles likt på alle leietakere avhengig av hvor stort areal de leier. For det andre prinsippet om at en opererer med en utvidet forståelse av fellesareal, det vil si at en tilstreber en virksomhet der en betydelig grad av rom/funksjoner som flere virksomheter vil ha interesse i, tilbys som fellesressurs (eks. møteromsfasiliteter, resepsjonstjeneste, kantine, treningsrom med mer). Det betyr at det er lagt til grunn en noe høyere prosentvis påslag for fellesareal enn det som ofte er vanlig (dvs. 30 % i stedet for 20 %).

De elementene som er med i beregning av utleiers kostnader er:

- Driftskostnader til forvaltning, drift og vedlikehold av bygg både innvendig og utvendig (inkl administrativ overhead på klinikk- og konsernnivå)
- Relevante avskrivninger som står igjen i de aktuelle byggene
- Investeringskostnader knyttet til nyinvesteringer (inkl evt. finanskostnader ved låneopptak)

I tillegg til leien kommer dessuten energikostnader.

En del av avtalen går spesielt inn på leiebetingelser. Denne inneholder en lang rekke generelle bestemmelser som en ser for seg er nyttig og nødvendig å ha regulert, i det minste som beredskap i forhold til eventuelle situasjoner som kan oppstå. Disse bestemmelsene tar utgangspunkt i Husleieloven, men er tilpasset de behovene for reguleringer denne konkrete typen virksomhet tilsier.

### **3.5 Særskilt om tjenesteforhold**

Det er fastsatt at tre typer tjenester vil bli levert av Oslo universitetssykehus og knyttet direkte opp mot leieforholdet: sikkerhets- og vakttjenester, renhold og avfallshåndtering. Ved prising av dette vil prinsippet om dekning av direkte og indirekte kostnader også gjelde.

I den særskilte delen om tjenester fastsettes for øvrig bestemmelser om leverandørens og brukerens plikter, gjennomføring av endringer og håndtering av avvik.

### **3.6 Saksbehandlingen videre**

En sak om de overordnede prinsippene i avtalen legges fram for Oslo bystyre. De enkelte leieavtaler vil bli inngått mellom Oslo universitetssykehus og de enkelte virksomheter i Oslo kommune etter ordinær fullmaktsstruktur.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. februar 2013

Saksbehandler: Visadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: Forelegg

---

### **SAK 11/2013 FORELEGG FOR BRUDD PÅ HELSEPERSONELLOVEN**

#### **Forslag til vedtak:**

*Styret vedtar forelegg av 27. januar 2013 på kr 700 000 og gir styreleder fullmakt til å underskrive forelegget.*

Oslo, den 7. februar 2013

Bjørn Erikstein

**Bakgrunn**

Oslo universitetssykehus har fått et forelegg etter at en pasient døde under en hjerteoperasjon i februar 2011.

Grunnlaget er unnlattelse av forsvarlig behandling i forbindelse med en hjerteoperasjon ved at slangen mellom venstre ventrikkel i hjertet og rullepumpen på hjerte-lunge maskin ble koblet feil, og det ble unnlatt testing av venstre ventrikkel sugefunksjon før tilkobling av maskinen. Følgen var at pasienten fikk tilført luft til blodkar i hjernen, ble alvorlig hjerneskadet og døde som følge av skadene.

Helseforetaket rapporterte umiddelbart dødsfallet til Statens Helsetilsyn og til Politiet. Helsetilsynet foretok et stedlig tilsyn og opprettet tilsynssak. Hendelsen har vært gjenstand for en omfattende utredning, blant annet med bruk av sakkyndige og Statens Helsetilsyn oppsummerte sine vurderinger i juli 2012 med at det forelå brudd på forsvarlighetskravet. Det ble påpekt flere systemforhold som bidro til hendelsen.

Påtalemyndigheten har vektlagt systemmanglene i grunnlaget for å ilegge helseforetaket straff. Oslo universitetssykehus har gjennomført og planlagt en rekke tiltak i etterkant av denne alvorlige hendelsen for å rette opp systemmangler for å unngå slike hendelser i fremtiden. Disse omfatter blant annet:

- Obligatorisk kurs innen kanylering og perfusjonsteknologi for thorakskirurger.
- Revisjon av rutiner og sjekklister for perfusjonist ved oppsett og kjøring av hjerte-lungemaskin. Dette har resultert i nye, reviderte sjekklister.
- Utrulling av konseptet "Safe Surgery".
- Teamsammensetning, kommunikasjon og samhandling mellom berørte faggrupper er tema for diskusjon i klinikk og i kurs.
- Overordnet prosedyre for hjertekirurgi.
- Innskjerpelse av hva som er forsvarlig behandling settes på dagsorden på avdelingens morgendemonstrasjoner av operasjonsprogram basert på foreliggende kliniske og andre undersøkelser som foreligger før elektiv kirurgi.
- Bevisstgjøring og arbeid med risikostyring i Thorakskirurgisk avdeling.

Oslo universitetssykehus har beklaget den tragiske hendelsen overfor pasientens pårørende.

Straffen er satt til en bot på 700 000 kroner. Ved utmålingen av straffen har påtalemyndigheten tatt hensyn til at saken avgjøres ved forelegg. Dersom forelegget ikke vedtas fremmes saken for domstolsbehandling med straffepåstand på kr 850 000 og påstand om saksomkostninger.

Det er styret som helseforetakets øverste ledelse som har fullmakt til å vedta forelegg på vegne av helseforetaket. Påtalemyndigheten har etter henvendelse fra Oslo universitetssykehus utsatt vedtakelsesfristen til 14. februar 2013.

**Administrerende direktørs vurdering**

Administrerende direktør anbefaler styret å vedta forelegget.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. februar 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

---

### **12/2013 VALG AV ANSATTEVALGTE STYREMEDLEMMER – OPPNEVNING AV VALGSTYRE**

Styret oppnevnte den 17. desember 2012 (sak 94/2012) et valgstyre som skal forestå den praktiske gjennomføringen av valget av styremedlemmer av og blant de ansatte.

I ettertid er det kommet opp at et varamedlem i valgstyret stiller til valg og må tre ut av valgstyret. Det foreslås derfor at styret velger en erstatning for den som trer ut av valgstyret.

#### **Forslag til vedtak:**

*Varamedlem for Kjersti Baksaas-Aasen i valgstyret, Christian Grimsgaard, erstattes med Ruth F. Flenning.*

Oslo, den 7. februar 2013

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. februar 2013

Saksbehandler: HR Direktør.

Vedlegg: Ingen

---

### **SAK 13/2013 BEMANNINGSUTVIKLING I OSLO UNIVERSITETS- SYKEHUS 2010-2012**

#### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 7. februar 2013

Bjørn Erikstein

## 1. Bemanningsutvikling 2012

Bemanningsutviklingen i 2012 representerer et skift ned på et lavere bemanningsnivå målt mot 2011. Dette kan i stor grad forklares ved systematiske innplasseringsprosesser i henhold til nye bemanningsplaner for klinikkene og bevisst bemanningsstyring gjennom året. Antall månedsverk i desember 2012 er redusert med 134 (0,8 pst) fra desember 2011, mens reduksjonen er på 443 (2,7 pst) årsverk når man sammenligner gjennomsnittlig antall månedsverk i 2012 med gjennomsnitt for 2011. Tallene er justert for effekt av konvertert lønnsmodell for overleger (65) og økning i eksternt finansierte årsverk. Antall brutto månedsverk var høyere i 2. halvår 2012 enn i 1. halvår. Dette kan i stor grad forklares ved sesongvariasjoner og økning i antall årsverk med ekstern finansiering i løpet av 2012.

Bemanningsresultatet for 2012 har likevel et vesentlig avvik i forhold til budsjettet bemanning, noe som understreker behovet for å videreføre stram bemanningsstyring i foretaket. Avviket fra bemanningsbudsjettet for 2012 må imidlertid også sees på bakgrunn av at:

- Det var noe udisponerte midler i budsjettet mv som det ikke var knyttet årsverk til. Dette kompenserer noe for forsinkelser i tiltaksgjennomføring.
- Høyere aktivitet enn budsjettet gir økte inntekter som isolert sett gir rom for noe høyere bemanning
- Økning i antall årsverk med ekstern finansiering på ca 100 fra januar 2012 til desember 2012.

## 2. Bemanningsutvikling i perioden 2010 – 2012

Tabellen nedenfor viser utviklingen i bemanning i brutto månedsverk, bruk av variabel lønn og innleie tre siste år. Den viser også utviklingen fordelt på hovedområder, yrkesgrupper og klinikk.

Årsverk 2010-2012, OUS	Årsverk (snitt)			Andel av total		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
<b>BRUTTO MÅNEDSVERK</b>						
Brutto månedsverk inkl innleie	18 615	17 563	17 249			
Brutto månedsverk ekskl innleie	18 442	17 376	17 066			
<b>VARIABEL/FAST LØNN</b>						
Årsverk innleie (beregnet)	173	187	183	0,9 %	1,1 %	1,1 %
Månedsverk variabelønnede	1 378	1 368	1 280	7,4 %	7,8 %	7,4 %
Månedsverk månedslønnede	17 064	16 008	15 786	91,7 %	91,1 %	91,5 %
<b>FINANSIERING</b>						
Ekstern finansiering	1 002	1 098	1 167	5,4 %	6,3 %	6,8 %
Intern finansiering	17 440	16 278	15 899	94,6 %	93,7 %	93,2 %
<b>HOVEDOMRÅDER</b>						
Administrasjon og fellestjenester	2 205	2 057	1 957	12,0 %	11,8 %	11,5 %
Prehospitaltjenester	608	630	638	3,3 %	3,6 %	3,7 %
Psykisk helse	2 572	2 000	1 887	13,9 %	11,5 %	11,1 %
Rusomsorg	428	422	384	2,3 %	2,4 %	2,2 %
Somatikk	12 619	12 267	12 190	68,4 %	70,6 %	71,4 %
Ufordelt	10	0	11	0,1 %	0,0 %	0,1 %
<b>YRKESGRUPPER</b>						
(1) Administrasjon/Ledelse	3 270	2 998	2 929	17,7 %	17,3 %	17,2 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 680	1 555	1 476	9,1 %	8,9 %	8,7 %
(3) Leger	2 324	2 210	2 266	12,6 %	12,7 %	13,3 %
(4) Psykologer	369	269	251	2,0 %	1,5 %	1,5 %
(5) Sykepleier	5 875	5 579	5 449	31,9 %	32,1 %	31,9 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	764	659	610	4,1 %	3,8 %	3,6 %
(7) Diagnostisk personell	1 351	1 351	1 343	7,3 %	7,8 %	7,9 %
(8) Apotekstillinger	1	2	2	0,0 %	0,0 %	0,0 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 620	1 506	1 445	8,8 %	8,7 %	8,5 %
(10) Ambulansepersonell	419	438	452	2,3 %	2,5 %	2,6 %
(11) Forskning	721	751	791	3,9 %	4,3 %	4,6 %
Ufordelt	47	56	52	0,3 %	0,3 %	0,3 %
<b>ORGANISASJON</b>						
(A100) PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	2 945	2 369	2 223	16,0 %	13,6 %	13,0 %
(A110) MED MEDISINSK KLINIKK	1 647	1 333	1 277	8,9 %	7,7 %	7,5 %
(A120) KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	2 025	2 084	2 102	11,0 %	12,0 %	12,3 %
(A140) KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	1 795	1 760	1 732	9,7 %	10,1 %	10,1 %
(A150) KKT KREFT-, KIRURGI- OG TRANSPLANTASJONSKLINIKKEN	2 478	2 463	2 459	13,4 %	14,2 %	14,4 %
(A160) HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	734	801	814	4,0 %	4,6 %	4,8 %
(A210) AKU AKUTTCLINIKKEN	2 289	2 251	2 244	12,4 %	13,0 %	13,1 %
(A220) KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	2 147	2 089	2 083	11,6 %	12,0 %	12,2 %
(A230) KRG KREFTREGISTERET	115	122	130	0,6 %	0,7 %	0,8 %
(A300) OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	1 933	1 817	1 735	10,5 %	10,5 %	10,2 %
(A400) STA STAB	318	283	266	1,7 %	1,6 %	1,6 %
UFORDELTE	16	3	1	0,1 %	0,0 %	0,0 %



### 3. Kommentarer til bemanningstallene:

Det har vært en reduksjon på 1 376 brutto månedsverk i perioden 2010 til 2012. Dette skyldes for en stor del overføring av 823 årsverk til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken fra årsskifte 2011, og ytterligere bemanningsreduksjon i 2011 og 2012. For det enkelte år reduseres bemanningen med 1067 i 2011 og 310 årsverk i 2012. Parallelt med dette foretok alle klinikkene bemanningstilpasninger i 2011. Klinikene har utarbeidet detaljerte bemanningsplaner for alle organisatoriske enheter, hvilket har bidratt til økt bevissthet om bemanningsutviklingen. Det har gitt seg utslag i bemanningsstyring ved turnover slik at det ikke er gått til ansettelse når noen har sluttet. Klinik for psykisk helse og avhengighet fortsatte sin innplasseringsprosess i 2012, som har medført en forholdsvis stor andel overtallighet i klinikken. For de øvrige klinikkene er de sammenlignbare tallene her relativt små. Den relative andelen ansatte med ekstern finansiering, ansatte som ikke finansieres av sykehusets ordinære driftsmidler, øker også fra 5,4 pst til 6,8 pst i perioden. Andelen av variable månedsverk ved Oslo universitetssykehus er i årene 2010 til 2012 om lag 7,5 prosent. Dette er gjennomgående lavere enn ved andre sykehus i Helse Sør-Øst RHF, som opplyser å ha en andel variable månedsverk på om lag 10 prosent. Andel innleie ligger også relativt stabilt rundt 1 prosent. Dette viser at bemanningsreduksjonen i perioden ikke har ført til økt innleie eller økt bruk av variabel lønn totalt for Oslo universitetssykehus.

Detaljert oversikt med endring i årsverk fra år til år og samlet for perioden 2010-2012 fremgår av tabellen nedenfor med deltaverdier:

Deltaverdier 2010-2012, OUS	Årlig endring			Samlet	
	Verdi 2010	Δ 2011	Δ 2012	Δ	Δ %
<b>BRUTTO MÅNEDSVERK</b>					
Brutto månedsverk inkl innleie	18 615	-1 053	-314	-1 366	-7,3 %
Brutto månedsverk ekskl innleie	18 442	-1 067	-310	-1 376	-7,5 %
<b>VARIABEL/FAST LØNN</b>					
Årsverk innleie (beregnet)	173	14	-4	10	5,8 %
Månedsverk variabelønnede	1 378	-10	-88	-98	-7,1 %
Månedsverk månedslønnede	17 064	-1 056	-222	-1 278	-7,5 %
<b>FINANSIERING</b>					
Ekstern finansiering	1 002	96	69	164	16,4 %
Intern finansiering	17 440	-1 162	-378	-1 541	-8,8 %
<b>HOVEDOMRÅDER</b>					
Administrasjon og fellestjenester	2 205	-148	-101	-248	-11,3 %
Prehospitale tjenester	608	22	8	30	4,9 %
Psykisk helse	2 572	-573	-113	-685	-26,6 %
Rusomsorg	428	-6	-39	-44	-10,4 %
Somatikk	12 619	-352	-77	-429	-3,4 %
Ufordelt	10	-10	11	1	9,8 %
<b>YRKESGRUPPER</b>					
(1) Administrasjon/Ledelse	3 270	-272	-69	-341	-10,4 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 680	-125	-78	-203	-12,1 %
(3) Leger	2 324	-114	56	-57	-2,5 %
(4) Psykologer	369	-100	-18	-118	-31,9 %
(5) Sykepleier	5 875	-296	-131	-427	-7,3 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	764	-105	-50	-154	-20,2 %
(7) Diagnostisk personell	1 351	0	-9	-8	-0,6 %
(8) Apotekstillinger	1	1	0	1	42,8 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 620	-114	-61	-176	-10,8 %
(10) Ambulansepersonell	419	20	14	34	8,0 %
(11) Forskning	721	30	40	70	9,7 %
Ufordelt	47	8	-4	5	10,2 %
<b>ORGANISASJON</b>					
(A100) PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	2 945	-576	-146	-721	-24,5 %
(A110) MED MEDISINSK KLINIKK	1 647	-314	-56	-370	-22,4 %
(A120) KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	2 025	58	18	77	3,8 %
(A140) KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	1 795	-35	-28	-63	-3,5 %
(A150) KKT KREFT-, KIRURGI- OG TRANSPLANTASJONSKLINIKKEN	2 478	-15	-5	-20	-0,8 %
(A160) HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	734	66	14	80	10,9 %
(A210) AKU AKUTTCLINIKKEN	2 289	-37	-8	-45	-2,0 %
(A220) KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	2 147	-58	-6	-64	-3,0 %
(A230) KRG KREFTREGISTERET	115	7	7	14	12,4 %
(A300) OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	1 933	-116	-82	-198	-10,2 %
(A400) STA STAB	318	-34	-18	-52	-16,4 %
UFORDELTE	16	-12	-2	-15	-92,1 %

Den innbyrdes andelen mellom yrkesgrupper og hovedområder ved Oslo universitetssykehus ligger relativt stabilt gjennom perioden. To særskilte forhold påvirker imidlertid fordelingen noe:

1. Ved overføring til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken i 2011 ble relativt flere ansatte i gruppen *Psykologer* flyttet ut av Oslo universitetssykehus enn tilfellet var for andre grupper. På samme måte ble relativt flere som sorterer under hovedområde *Psykisk helse* overført. Dette fører til at tyngdepunktet i vektingen av ansattgrupper og hovedområder flytter seg bort fra henholdsvis *Psykologer* og *Psykisk helse*, og mot øvrige yrkesgrupper og hovedområder.
2. Omlegging av lønnsmodell for overleger i 2012, fører til en økning i rapporterte (men ikke reelle) årsverk for *Leger* (ca 65 årsverk). Dette fører til en (liten) forflytning av tyngdepunktet i vektingen av ansatte mot *Leger*, og bort fra øvrige grupper.

For flertallet av yrkesgruppene synker bemanningen i perioden 2010-2012, med en gjennomsnittlig reduksjon på 7,5 prosent. Den største reduksjonen er hos psykologer (31,9 pst, jfr overføring Akershus Universitetssykehus HF), dernest Helsefagarbeidere (20,2 pst), Pasientrettede stillinger (12,1 pst) og Administrasjon/ledelse (10,4 pst). Sykepleiere reduserer noe mindre enn snittet (7,3 pst), og leger og diagnostisk personell betydelig mindre enn snitt (hhv -2,5 pst og -0,6 pst). Ambulansepersonell og forskere *øker* i perioden (hhv 8,0 pst og 9,7 pst).

Administrative funksjoner reduseres i et noe høyere tempo enn øvrige grupper. Følgende relative vektorer for aktivitet og ansatte knyttet til administrative områder reduseres stabilt gjennom perioden:

- Hovedområde Administrasjon og fellestjenester (12 pst til 11,5 pst)
- Oslo sykehusservice og Direktørens stab (samlet 12,2 pst til 11,8 pst)
- Yrkesgruppene Drifts/teknisk og Adm/Ledelse (samlet 26,5 pst til 25,6 pst)

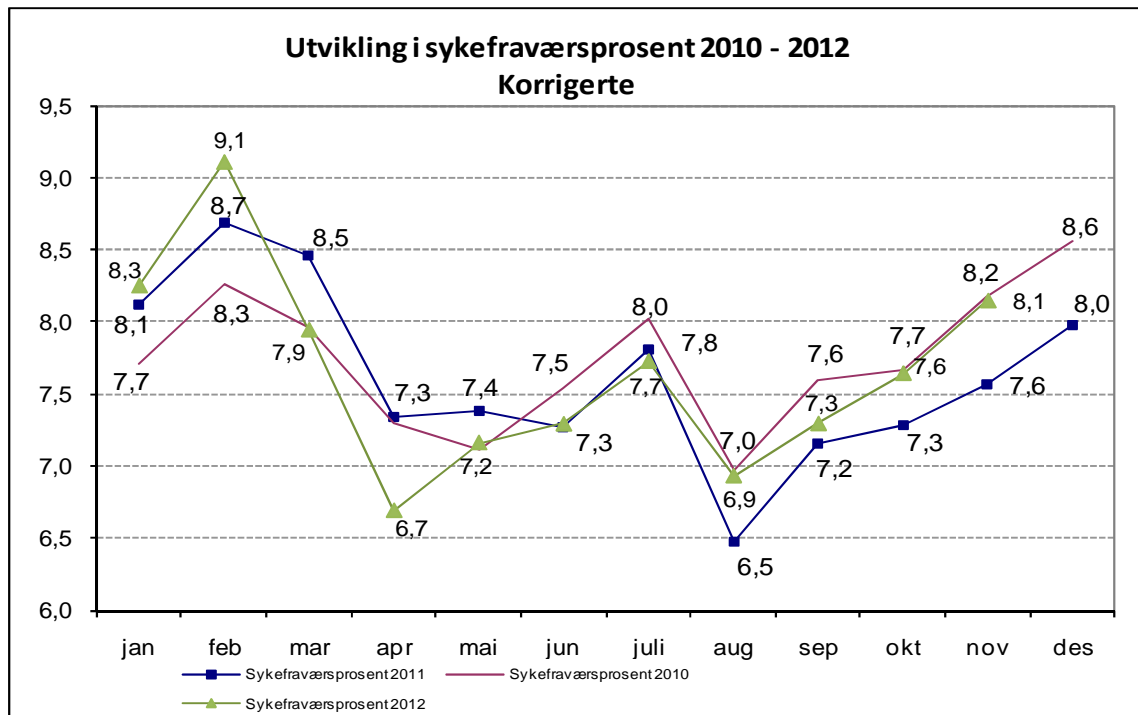
Klinikker gruppert	2010	2011	Δ 2011	pst 2011	2012	Δ 2012	pst 2012
Øvrig	13 247	12 907	-341	-2,6 %	12 842	-64	-0,5 %
Psykisk helse	2 945	2 369	-576	-19,5 %	2 223	-146	-6,2 %
Administrasjon	2 251	2 100	-151	-6,7 %	2 001	-99	-4,7 %

Vedrørende arbeidet med å redusere deltid i helseforetaket så ble det behandlet i sak 73/2012 til styret den 25. oktober 2012. Se pkt 5.4.

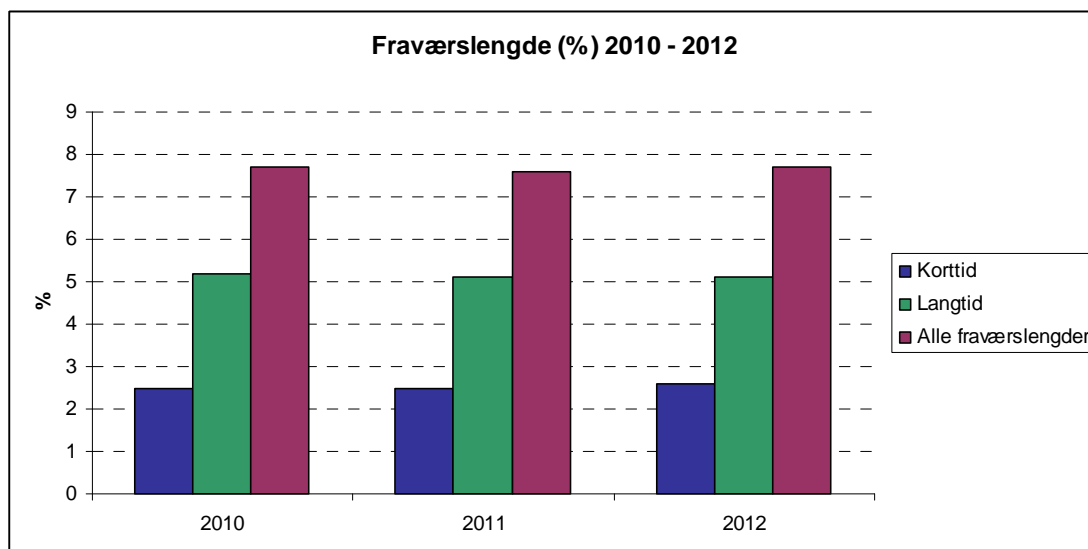
#### 4. Sykefravær 2010 – 2012

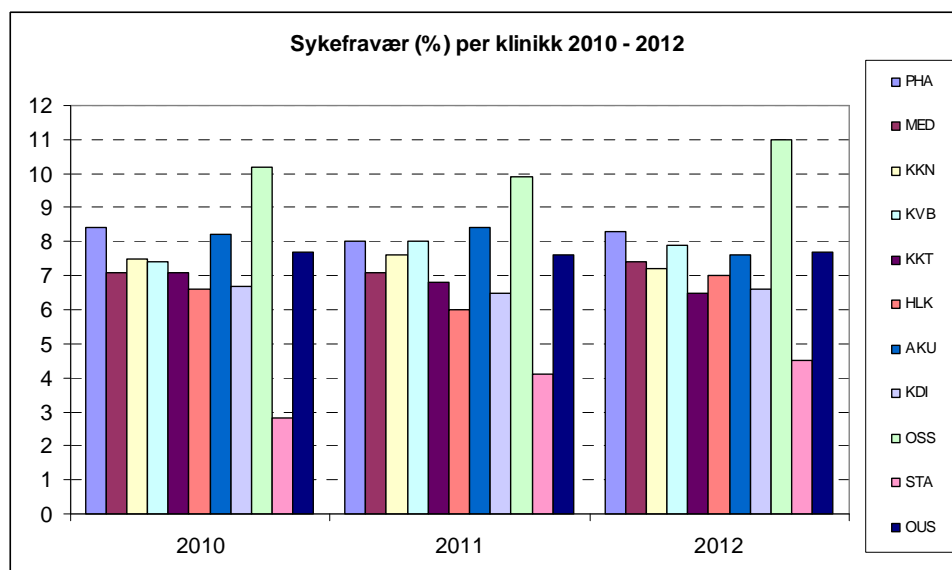
Sykefraværet i de tre årene viser en utvikling i tråd med naturlige svingninger og forventet forløp. I januar og februar er sykefraværet på det høyeste og er et uttrykk for sesongvariasjon. I 2012 gav det større utslag enn forventet i deler av foretaket, noe som trekker det totale sykefraværet opp sammenliknet med tidligere år<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Sykefraværet for 2012 i denne saken gjelder for perioden januar-november.



Figuren nedenfor viser at fordelingen mellom kort- og langtidsfravær er stabil over tid. Gjennomsnittlig sykefravær totalt er for årene 2010, 2011 og 2012 henholdsvis 7,7 prosent, 7,6 prosent og 7,7 prosent. Fordelingen mellom kort- og langtidsfravær er stabilt på omlag 2,5 prosent og 5,1 prosent.





Utviklingen i sykefravær i klinikkene er også relativt stabilt over de tre siste år som denne figuren viser. Oslo sykehuservice har utfordringer knyttet til to avdelinger som trekker gjennomsnittet for denne enheten opp og har gjort det over tid. Klinikker med lavt sykefravær har også en stabil utvikling med forventede svingninger i hele perioden.

#### Sykefraværarbeid ved Oslo universitetssykehus:

Oslo universitetssykehus HF har inngått en IA-avtale for perioden 2010-2013.

Sykehuset har gjennom den nye IA-avtalen forpliktet seg til å arbeide for å forebygge sykefravær, øke jobbnærværet og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet for sine ansatte.

Det ble for 2012 vedtatt en handlingsplan med tiltak for å redusere sykefraværet til 7,5 % i 2012.

Totalt sykefravær per november 2012 er 7,7 prosent.

Høsten 2011 og våren 2012 ble det i samarbeid med NAV Arbeidslivssenter Oslo gjennomført kurs om nytt regelverk for oppfølging av sykefravær for ledere i alle klinikker. I tillegg har Oslo universitetssykehus HF en overordnet handlingsplan for inkluderende arbeidsliv. Klinikken har utarbeidet egne delmål og handlingsplaner med tiltak for å nå målet om redusert sykefravær.

Ved enheter som har hatt særskilt høyt sykefravær er det iverksatt målrettede tiltak for å bedre sykefraværet, noe som har gitt positivt utslag. Tiltak som fremheves er:

- Rekrutteringstiltak for å sikre bemanning i utsatte grupper,
- Et fortsatt sterkt fokus på oppfølging av arbeidstakere med hyppig fravær, samt
- Oppfølgingen av de langtidssykmeldte og gravide arbeidstakere.

Samarbeidet mellom avdeling, HR i klinikk og Arbeidsmiljøavdelingen står sentralt i håndtering av arbeidsrelatert fravær. Inkluderende arbeidsliv blir fulgt opp i klinikk AMU og sentralt AMU og i HMS-rapporteringen. Inkluderende arbeidsliv og oppfølging av klinikkens handlingsplaner er også en del av klinikkens tertialsrapportering fra 2012.

Handlingsplanen for Inkluderende Arbeidsliv følger også opp prosjekter for å styrke nærværarbeidet:

- Forflytningsprosjektet avsluttes i 2013, med mål om riktig forflytning av pasienter og redusert omfang av muskel- og skjelettplager

- Opplæring av ledere innen sykefraværsoppfølging og forebygging
- Ut fra de overordnede nasjonale målene samt tre nasjonale delmål som Oslo universitetssykehus er underlagt, er det blitt utarbeidet egne delmål og handlingsplaner med tiltak for å sikre at målene nås for hele helseforetaket

Tilbakemeldinger fra enhetene er at økonomiske innsparinger og effektivisering de senere år har gitt seg utslag i stadig færre muligheter til å tilrettelegge for ansatte som har behov for det. Det blir også stadig vanskeligere å få omplassert ansatte utenfor egen enhet. I noen enheter synes man å ha nådd grensen for hvor mange man kan tilrettelegge for innenfor de eksisterende driftsrammer.

## **5. Administrerende direktørs vurdering**

Klinikkene har bedret sin bemanningskontroll gjennom omfattende omstillings- og innplasseringsprosesser i 2011 og 2012. Dette resulterte i at fem klinikker fikk unntak fra sentralt stillingsutvalg i løpet av 2012 og disse etablerte lokale stillingsutvalgsordninger. Det sentrale stillingsutvalgets funksjoner knyttet helsepersonell og stab-/støttepersonell ble også avviklet for de øvrige klinikkene per 1. februar 2013. Også her erstattes ordningen med lokale stillingsutvalg i klinikkene. Avviklingen er ment å gi bedre balanse mellom ansvar og myndighet, bidra til en tydeliggjøring av lederrollen og ledernes resultatansvar i klinikkene. Det sentrale underutvalget for overleger opprettholdes for alle klinikker inn til det er etablert en samlet oversikt for NR.ID-databasen som er komplett og ryddet.

Avviklingen av det sentrale stillingsutvalget vil innebære en tettere bemanningsoppfølging fra sykehusledelsens side i de månedlige og tertialsvisе rapporteringsmøtene med klinikkene.

Den sentrale innsatsgruppen som blant annet følger opp klinikkens gjennomføring av bemanningsreduksjoner fortsetter i 2013. Innsatsgruppen skal følge opp de effektiviseringstiltak som er felles for alle klinikker og sikre at klinikkens planer for bemanningsreduksjoner er realistiske. Klinikkene som har de største bemanningsutfordringene vil bli fulgt særskilt opp av innsatsgruppen i egne møter.

Det systematiske arbeidet for å kontrollere og redusere overtid/mertid fortsetter i 2013, blant annet innenfor følgende områder:

- Bruk av ekstravaktpool
- Tilpasse aktiviteten, redusere overbelegg
- Ressursbruk på tvers av enheter
- Styrt ferieavvikling
- Minimere vakanser
- Rekruttering til riktig tid for å unngå ekstraarbeid ved ledige stillinger
- Endre vaktlengde og bruk av forskjøvet vakt

## **6. Oppfølging av kompetanse- og bemanningsbehov på sikt**

Bemanningsoppfølging handler også om å planlegge ut fra forventet behov for kompetanse og bemanning på sikt (strategisk kompetansestyring). Foretaket har jevnt over god kontroll på personellbehov og tilgang på kompetanse, men registrerer vesentlige utfordringer innen spesialsykepleiergruppen. Dette gjelder i særlig grad operasjonssykepleiere og i noen grad anesthesi- og intensivsykepleiere. Vi har også utfordringer knyttet til rekruttering av patologer og

perfusjonister. Behovet for legespesialister med en bred faglig bakgrunn vil trolig bli større som følge av et stadig økende antall eldre pasienter med flere diagnoser.

Strategisk kompetansestyring er derfor et satsningsområde med forankring i sykehusets fagstrategi, utdanningsstrategi og HR-strategi. Det er utarbeidet overordnede føringer på sykehusnivå for hvordan kompetansestyring i sykehuset skal gjennomføres (nivå 1 prosedyre). Denne beskriver blant annet prinsipper for identifisering av kompetansebehov og måling av kompetansenivå.

I 2012 ble det igangsatt et arbeid som vurderer ulike alternativer for systemstøtte for dokumentasjon av kompetanse. Dette skjer blant annet i samarbeid med Sykehuspartner. Oslo universitetssykehus bidrar også i arbeidet som foregår regionalt og nasjonalt på området strategisk kompetansestyring.

## Oslo universitetssykehus HF

### Styresak

Dato møte: 14. februar 2013

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

Vedlegg: Ingen

---

### **SAK 14/2013 FORBRUKSRATER OG PASIENTSTRØMMER**

Det vil bli gitt en presentasjon av forbruksrater og pasientstrømmer i styremøtet.

### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 7. februar 2013

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. februar 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Oversikt over status for tidligere styresaker

---

### **SAK 15/2013 STATUS OG OPPFØLGING AV STYRESAKER**

Hvert halvår legges det fram en oversikt over status og oppfølging av vedtatte styresaker. Vedlagt følger en oppdatert oversikt over status og oppfølging av styresaker per 2012. Orienteringssaker er ikke tatt med i oversikten.

#### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til og med desember 2012 til orientering.*

Oslo, den 7. februar 2013

Bjørn Erikstein



## Vedlegg til sak 15/2013

### Status oppfølging av styrets vedtak 2012

Nedenfor følger oversikt med status og oppfølging av styrets vedtak i andre halvdel av 2012. Tidligere utkvitterte saker og orienteringssaker, herunder administrerende direktørs driftsorienteringer, tas ikke med i oversikten.

Saksnr	Saksnavn	Vedtak	Oppfølging vedtak
92/2012	Høringsuttalelse lovendring	<p>Styret tar redegjørelse om Oslo universitetssykehus HF's forløpige synspunkter på Helse- og omsorgsdepartementets forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven til orientering.</p> <p>Styret ber om at merknader som er kommet frem i møte innarbeides, og gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre arbeidet med høringsuttalelsen administrativt.</p>	Endringer innarbeidet og sendt HOD
91/2012	Strategi brukermedvirkning	Styret vedtar framlagte forslag til strategi for brukermedvirkning.	OK
90/2012	Leieavtale Søndre Nordstrand	<p>Styret slutter seg til leieavtalen for Søndre Oslo DPS og BUP Oslo syd.</p> <p>Styret ber administrerende direktør om å oversende leieavtalen for nytt felles bygg for søndre Oslo DPS og BUP Oslo syd, for godkjenning i Helse Sør Øst RHF.</p> <p>Administrerende direktør gis fullmakt til å underskrive leieavtalen på vegne av Oslo universitetssykehus HF når avtalen er godkjent i Helse Sør-Øst RHF.</p>	Leieavtalen er oversendt HSØ for godkjenning.
89/2012	Regional PAS/EPJ	Styret tar redegjørelse om status forprosjekt regional elektronisk pasientjournal ved Oslo universitetssykehus HF til orientering og gir sin tilslutning til plan for rekruttering fra foretaket inn i hovedprosjektet.	Hovedprosjekt, Styresak 7/2013

88/2012	Områdeplan IKT 2013-2016	<p>Styret konstaterer at Oslo universitetssykehus HF fortsatt har store utfordringer knyttet til mangler i eksisterende IKT-struktur.</p> <p>Styret understreker viktigheten av at Oslo universitetssykehus HF fortsetter arbeidet med å etablere og videreutvikle IKT-løsninger som sikrer gjennomgående systemer, oppfyller myndighetskrav og som bidrar til forsvarlig og effektiv drift ved foretaket.</p> <p>Styret vedtar foretakets områdeplan for IKT 2013-2016 og ber administrerende direktør oversende denne til Helse Sør-Øst RHF.</p>	Oversendt Helse Sør-Øst RHF
86/2012	Budsjett	<p>Styret legger til grunn et årsresultat på minus 200 millioner kroner eller bedre som økonomisk styringsmål for 2013.</p> <p>Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2013 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 86/2012. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter.</p> <p>Styret ber administrerende direktør utarbeide en flerårig plan og intensivere vedlikeholds- og utbedringsprosjekter på bakgrunn av blant annet de pålegg som er fremkommet fra tilsyn. Administrerende direktør bes om å gjennomføre en dialog med Helse Sør-Øst RHF med sikte på å utvide investeringsrammen for 2013, dersom gjennomføringstakten tillater det. Styret ber om å bli orientert om status for vedlikeholds- og utbedringsprosjektene.</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 disponeringsfullmakt til å beslutte investeringer for bygg oppad til 50 millioner kroner.</p>	<p>Under oppfølging</p> <p>Vedlikehold og utbedringer i styresak 9/2013</p>

		<p>Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.</p> <p>Styret forutsetter at de tolv prinsipper for medvirkning legges til grunn for det videre arbeidet med budsjett 2013 og at det tilstrebes at bemanningstilpassninger skjer uten bruk av oppsigelser.</p>	
85/2012	Mandat Idefase	<p>Styret vedtar oppstart av samlet idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus.</p> <p>Styret ber om å bli holdt løpende orientert.</p>	Under oppfølging.
84/2012	Strategi OUS	Styret vedtar Strategi for Oslo universitetssykehus HF 2013-2018.	OK
83/2012	Årlig melding	Styret gir administrerende direktør fullmakt til å sende rapporteringsdelen av årlig melding til Helse Sør-Øst RHF den 21. januar 2012 med påfølgende fremleggelse for styret den 14. februar 2013.	Sendt Helse Sør-Øst RHF.
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>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe nytt angiografilaboratorium innenfor en ramme på 11,1 millioner kroner, under forutsetning av godkjennelse 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>Prosjekt er under gjennomføring.</p> <p>Arealavklaringer pågår.</p> <p>Satt på vent mens alternativ utredes.</p> <p>Prosjekt er under gjennomføring.</p>

74/2012	Budsjett 2013	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.	Under arbeid.
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>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.</p>	<p>Gjennomføres som vedtatt</p> <p>Anskaffelse pågår.</p> <p>Prosjekt er under gjennomføring.</p> <p>Prosjekt er under gjennomføring.</p>
72/2012	Ledelsens gjennomgang	<p>Styret tar ledelsens gjennomgang for 2. tertial 2012 til etterretning.</p> <p>Styret ser alvorlig på den økningen av brudd på arbeidstidsbestemmelsene som har skjedd i andre tertial og ber om at det straks igangsettes relevante tiltak for å snu denne utviklingen.</p>	<p>Sendt Helse Sør-Øst RHF</p> <p>Styresak 3/2013 vedl. 2 kap 6.1</p>

		Styret ber om en redegjørelse om hvilke tiltak som gjøres for å redusere skader på de ansatte.	Styresak 3/2013, vedl 2, kap 6.2
65/2012	Oppfølgingsplaner for revisjon av ventelister og fristbrudd og intern styring og kontroll av det pasientadm. Arbeidet i OUS	Styret vedtar handlingsplan for ivaretagelse av anmerkninger og anbefalinger etter konsernrevisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet og ventelistebehandling og fristbruddpasienter i Oslo universitetssykehus.	Prioritert arbeid som er under gjennomføring.
64/2012	Tjenesteavtaler med Oslo kommune	Styret slutter seg til avtaleutkastene.  Styret gir administrerende direktør fullmakt til å undertegne avtalene og å godkjenne eventuelle mindre justeringer i avtalene etter behandling hos de øvrige parter.	Avtalene er undertegnet.
61/2012	Økonomisk langtidsplan 2013-2016	Styret vedtar økonomisk langtidsplan for 2013-2016 for Oslo universitetssykehus HF og ber administrerende direktør legge denne til grunn for videre planlegging av drift og investeringer i Oslo universitetssykehus HF.  På bakgrunn av vedtaket i styret i Helse Sør-Øst RHF den 20. juni 2012 ber styret administrerende direktør om å legge til grunn et null-resultat som økonomisk styringsmål for 2013.	Følges som vedtatt.
60/2012	Status investeringer i samlokaliseringer	Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter etablering av en pacemakerstue i bygg 3 på Ullevål innenfor en ramme på 12,2 millioner kroner.	Prosjekt er under gjennomføring.
56/2012	Anskaffelse av DIPS	Med bakgrunn i Helse Sør-Østs IKT-strategier gir styret administrerende direktør fullmakt til å gjøre avrop på regional rammeavtale og inngå kjøpskontrakt med DIPS ASA for innføring av DIPS ved Oslo universitetssykehus HF.	Avrop er gjort og kjøpskontrakt med DIPS ASA er inngått.

		<p>Styret vedtar et budsjett for forprosjekt DIPS i 2012 på 63 millioner kroner.</p> <p>Styret legger til grunn at godkjenning av forprosjekt for oppstart av hovedprosjekt skal vedtas av styret primo 2013. Styret ber administrerende direktør utarbeide en plan som omfatter fremdrift og budsjett for hovedprosjekt, samt plan for gevinstrealisering og ibruktakelse. Det må sikres bred involvering av brukere og tillitsvalgte.</p> <p>Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus får en sentral rolle i videreutvikling av systemene for PAS/EPJ i Helse Sør-Øst.</p>	<p>Har fått tilsagn fra Helse Sør-Øst</p> <p>Fulgt opp i sak 7/2013</p> <p>Følges opp ved deltagelse i regional styringsgruppe for klinisk dokumentasjon.</p>
51/2012	Samarbeidsavtale om Storbylegevakt	Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå en intensjonsavtale med Oslo kommune vedrørende bygging av ny storbylegevakt på Ullevål sykehus.	Venter på arbeid med idefase med deltakelse fra Oslo kommune.
49/2012	Anskaffelse av økonomi- og logistikksystem	<p>Oslo universitetssykehus HF er positiv til at det etableres en regional løsning for økonomi- og logistikksystem i Helse Sør-Øst.</p> <p>Styret ber administrerende direktør i samråd med styreleder å gå i dialog med Helse Sør-Øst RHF med hensyn på å dekke Oslo universitetssykehus HF sine behov for systemer innenfor økonomi, innkjøp og logistikk.</p>	Under oppfølging
44/2012	Nummerert brev fra revisor	Styret tar revisors brev til ledelsen om revisjonen for 2011 til etterretning og ber administrerende direktør følge opp revisors anbefalinger i samsvar med omtalen i styresaken.	Under oppfølging
43/2012	Rapport per mars 2012	<p>Styret konstaterer at driftssituasjonen hittil i år viser en risiko for et negativt resultatavvik i 2012 og ber administrerende direktør fortsette arbeidet med å finne nye tiltak for å redusere det negative avviket.</p> <p>Styret konstaterer at Oslo universitetssykehus HF er tildelt en samlet likviditet til drift og investeringer. På bakgrunn av risikoen for et negativt</p>	<p>Er fulgt opp</p> <p>Er fulgt opp. Sak 74/2012.</p>

		<p>resultatavvik for driften vedtar styret å redusere investeringsbudsjettet (ordinære investeringer) fra 315 millioner kroner til 250 millioner kroner. Styret er bekymret for de konsekvenser dette kan ha for investeringer i Medisinskteknisk utstyr. Styret gir videre administrerende direktør fullmakt til å bestille utstyr for levering i 2013 innenfor en ramme av 100 millioner kroner.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt (finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer) som omfatter etablering av 2 operasjonsstuer på Rikshospitalet innenfor en samlet ramme på 49 millioner kroner.</p> <p>Styret vedtar anskaffelse av MR ved Radiumhospitalet (finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer) og ber administrerende direktør forelegge saken for Helse Sør-Øst RHF for godkjenning</p> <p>Styret gir administrerende direktør i samråd med styreleder fullmakt til å godkjenne forprosjekter til gjennomføring når disse foreligger i perioden frem til styremøte i september 2012, slik at fremdrift i omstillingsprosjekter sikres.</p>	<p>Prosjekt er under gjennomføring.</p> <p>Brev sendt HSØ, anskaffelse pågår.</p> <p>Delprosjekt for etablering av kommunal legevaktbase på Aker er godkjent og iverksatt</p>
35/2012	Utdanningsstrategi Oslo universitetssykehus	Styret ber om at Utdanningsstrategi 2012-2015 for Oslo universitetssykehus HF revideres etter de innspill som kom frem i styremøte og foretakets virksomhets- og fagstrategi før den legges frem for vedtak.	Revidert utgave i sak 8/2013.
18/2012	Arealplan for Oslo universitetssykehus	<p>Styret godkjenner at den fremlagte Arealutviklingsplan 2025 vil være grunnlaget for videre arbeid med utvikling av bygningsmassen i Oslo universitetssykehus.</p> <p>Fag- og virksomhetsstrategi, inklusiv en oppdatert behovsanalyse for Oslo universitetssykehus skal utgjøre det faglige grunnlaget for planleggingsarbeidet i idefasene for sykehusbyggene.</p>	<p>Er videreført i idefasearbeidet, styresak 85/2012</p> <p>Strategi vedtatt, styresak 84/2012</p>

		<p>Styret ber om at planleggingsarbeidet går videre ved at Oslo universitetssykehus bearbeider Arealutviklingsplanen basert på innspill fra ekstern kvalitetssikring, og at man i dette arbeidet legger til grunn at Oslo universitetssykehus frem mot 2025 vil ha somatisk virksomhet på tre hovedlokalisasjoner.</p> <p>Styret mener det er viktig at videre planer for Oslo universitetssykehus utvikles sammen med øvrig spesialisthelsetjeneste i Oslo sykehusområde, og ber administrerende direktør sikre utvidet dialog med blant andre Diakonhjemmet, Lovisenberg og Oslo Kommune.</p> <p>Basert på dokumentasjonen i saksfremlegget skal følgende områder belyses, rekkefølge prioriteres og sammenholdes med fag- og virksomhetsstrategien inn mot idefase:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Samlokalisering Radiumhospitalet</li><li>b. Samlokalisering somatikk Ullevål (inkl. kartlegging av teknisk infrastruktur)</li><li>c. Samlokalisering somatikk Rikshospitalet (inkl. barnehabilitering)</li><li>d. Samlokalisering psykisk helse og avhengighet (Ullevål, Gaustad inkl. avklaring av regional sikkerhetsavdeling)</li><li>e. Videre utvikling av og eierforhold for eiendom Aker.</li></ul> <p>Styret forutsetter at videre planlegging og beslutninger skjer i henhold til "Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter" og i henhold til beslutningsfullmakten i Helse Sør-Øst, og innenfor en kostnadsramme for planleggingsaktiviteter i 2012 på 36 millioner. Det skal samtidig vurderes hvilke av områdene som føres direkte videre i en idefase og hvilke områder som bearbeides videre i Arealutviklingsplanen. Prioriteringen av prosjektplanleggingen må sikre at gjennomføringsrekkefølgen er praktisk og økonomisk mulig. Denne vurderingen må belyse hvilke kortsiktige investeringsbehov som da vil oppstå for å sikre god og forsvarlig virksomhet,</p>	Idefase i styresak 85/2012
--	--	--	----------------------------



		og for å tilfredsstille myndighetskrav og pålegg fra blant annet Arbeidstilsyn og Branntilsyn. Det skal legges særlig vekt på risikovurderinger knyttet til sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen for hele gjennomføringsperioden. Dialogen som har vært med Plan- og Bygningsetaten i Oslo Kommune rundt omregulering på Rikshospitalet videreføres og formaliseres.	Muligheter på Gaustad styresak 79/2012
16/2012	Rapport per februar	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.  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.	Anskaffelse pågår.  Prosjekt er under gjennomføring.
15/2012	Oppdrag og bestilling 2012	Styret tar protokoll fra foretaksmøte 10. februar 2012 i Oslo universitetssykehus HF til etterretning.	Fulgt opp i styresak 5/2013
6/2012	Vedlikeholdsplan og pålegg fra Arbeidstilsyn og branntilsyn	Styret tar redegjørelse om plan for vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler til etterretning.  Styret ber om at planen utvikles og gjennomføres for å oppfylle pålegg fra Arbeidstilsynet og Branntilsynet.  Styret legger videre til grunn at planen gjennomføres som del av foretakets arealplaner og samlokaliseringer. Det vises for øvrig til sak 7/2012.  Styret ber om at ansvarlinjer og fullmakter for brannvern gjennomgås.	Under oppfølging  Styresak 11/2013  Foreligger retningslinje ”Roller og ansvar - forebyggende brannvern” redegjør for hvem som har ansvar for hva.
5/2012	Budsjett 2012	Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2012 slik det fremgår av tabell 4 (driftsbudsjett) i styresak 5/2012.  Styret ber administrerende direktør følge driftsutviklingen nøye og løpende legge frem forstyret korrigerende tiltak for å sikre et driftsresultat i tråd med	Er fulgt opp.

	<p>vedtaket. Tiltakene må risikovurderes både i forhold til konsekvenser for pasienter og ansatte.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å igangsette følgende delprosjekter etter vurdering av forprosjektrapporter:</p> <p>Samlokalisering av indremedisinsk virksomhet ved Ullevål i bygg 3.</p> <p>Samlokalisering av ortopedisk virksomhet og gastrokirurgisk virksomhet ved Ullevål i bygg 7.</p>	Ferdig.
--	---	---------

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. februar 2013

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg: Utkast til møteprotokoll fra Helse Sør-Øst  
RHF styremøte 20. desember 2012

---

### **SAK 16/2013 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER**

Følgende legges frem til orientering:

- Drift - Kirkens Bymisjons rehabiliteringstilbud til unge med alvorlig psykoselidelse
- Samhandling - Basiskompetanse i arbeidslivet (BKA)
- Rettstvister – status per d.d.
- Mediebildet - Medieomtale 1. desember 2012 – 31. februar 2013
- Referater - Utkast til møteprotokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 20. desember 2012 (vedlegg)

### **Forslag til vedtak**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, 7. februar 2013

Bjørn Erikstein

## Innledning

Godt nytt styreår og velkommen til vårt nye styremedlem Johan Arnt Vatnan.

Vi startet det nye året med å gjenta fjorårets samling av N2, N3 og deler av N4 ledere på ledersamling i Tønsberg og denne gangen med fokus på ansvar og roller. Helseforetaket har flere hundre ledere og mange opplever at de har mer ansvar enn de kan ta, og mindre myndighet enn de ønsker. Våre avdelinger er store norske bedrifter hver for seg, og ansvar og myndighet må stå i forhold til hverandre. Det arbeides nå videre med planer for å bidra med viktig lederutvikling.

Ledersamlingen satte også fokus på temaene etikk og pasientsikkerhet hvor vi fikk interne og eksterne krefter til å bidra, og viktige problemstillinger ble fulgt opp med summing i grupper og dialog i plenum. Tilbakemeldingene i etterkant av samlingen tyder på at dette er et viktig møtepunkt med både tid og rom for å diskutere og etablere gode kontakter i sykehuset vårt.

## 1. DRIFT

### • **Kirkens Bymisjons rehabiliteringstilbud til unge med alvorlig psykoselidelse**

Tidligere Ullevål universitetssykehus, divisjon psykiatri inngikk i 2003 en avtale om kjøp av plasser ved Kirkens Bymisjons bo- og rehabiliteringssentre i Louisesgt og på Tåsen (BPR). Denne avtalen ble sagt opp 20.12.11 med ett års oppsigelse, oppsigelsen gjeldende fra 01.01.13. Etter forhandlinger med BPR har vi forlenget avtalen til 01.07.13.

I tråd med statlige føringer ønsker Klinikk psykisk helse og avhengighet å spisse sine tjenester for å gi spesialiserte tjenester til mennesker med psykisk lidelse og avhengighetsproblemer. Vi må videre tilpasse våre tjenester til det opptaksområdet som er vårt ansvar. Vi ønsker derfor å øke vår kapasitet for utredning og igangsetting av behandling for unge med mulighet for psykoseutvikling. Dette gjøres gjennom polikliniske tiltak, døgnbasert behandling, avslutning av døgnbehandling på spesialisthelsetjenestenivå og oppfølging poliklinisk etterpå. Det er spesialisthelsetjenesten som må definere når døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten ikke lenger er nødvendig og pasienten kan defineres utskrivningsklar.

BPR er ikke godkjent som en institusjon i spesialist-helsetjenesten og har aldri vært det. De gir tilbud om rehabilitering i et trygt og stabilt miljø av god kvalitet, men det er ikke tilsatt verken lege eller psykolog.

Det har vært avholdt møte mellom Helse Sør-Øst og Oslo kommune 18.10.12. I utkastet til referat står det: *Oslo kommune slutter seg til den faglige begrunnelse som er gitt fra OUS for beslutningen. Bolig og behandling til unge schizofrene bør følge de ordinære tilbudene, dvs. bolig i kommunen og behandling ved DPS. Det er enighet i møtet om en felles tilnærming til informasjon i saken.*

Fylkesmannen har mottatt en bekymringsmelding om denne saken, etter vår redegjørelse har fylkesmannen konkludert i sitt brev til Oslo universitetssykehus av 071112: *"Fylkesmannen finner at Oslo universitetssykehus HF ikke i tilstrekkelig grad har sikret at tilbudet til pasientgruppen er i samsvar med forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjensteloven §2-2. Fylkesmannen ber ledelsen gjennomgå kommentarer som fremgår ovenfor og iverksette nødvendige tiltak".*

Oslo universitetssykehus vil følge dette opp og vil i samarbeid med BPR gjøre en vurdering av hver enkelt beboer og bidra til tydeliggjøring overfor bydelene hvilket tilbud vi vil anbefale for hver enkelt. Vi vil opprettholde poliklinisk tilbud der det er behov for dette, samt tilby veiledning til bydelene.

### Oppsummert

Oslo universitetssykehus har vurdert at pasientene som er i BPR er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenestens døgntilbud. De er meldt til bydelene som utskrivningsklare. Hver beboer i BPR har ansvarsgruppe hvor også bydelen er representert, og der behandlere fra spesialisthelsetjenesten, AFP (eller DPS) deltar. Pasienten i BPR trenger spesielt tilrettelagt bo- og omsorgstilbud ved utskrivning til bydelen, men det er bydelens ansvar å tilrettelegge for mestring og et mest mulig normalt liv for denne gruppen unge menneske. Oslo universitetssykehus skal selvfølgelig fortsette vårt gode samarbeid med BPR ved å tilby poliklinisk oppfølging og veiledning til miljøpersonale.

Oslo universitetssykehus mener at vi har ytt og fortsatt yter forsvarlig helsehjelp til denne pasientgruppen, men det er spesialisthelsetjenesten som må definere når døgntilbud i spesialisthelsetjenesten ikke lenger er nødvendig og pasienten kan defineres utskrivningsklar.

Det er da bydelens ansvar å gi tilstrekkelig tilbud om bo- og omsorgstjenester. Dersom bydelen selv ikke er i stand til å fremskaffe dette i egen bydel, er det fortsatt etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester et ansvar for bydelene å fremskaffe tilstrekkelig tilbud, tilpasset den enkeltes behov. Ved gjennomgang av de siste årene viser det seg at ca halvparten av beboerne utskrives til egen leilighet eller til familie/kjæreste. Alle bydeler (unntatt én) har p.t beboere på BPR, enkelte bydeler har mange beboere på BPR, de fleste har 1-3.

## **2. SAMHANDLING**

### **• Basiskompetanse i arbeidslivet (BKA)**

Oslo universitetssykehus har blitt tildelt 480 000 kroner i BKA-midler fra VOX. Midlene skal gå til å styrke ansattes lese og skriveferdigheter, samt noe data og hverdagsmatte.

Ansatte som trenger å styrke sine skrive- og leseferdigheter på norsk får tilbud om 120 timer undervisning, fordelt over 3 semestre. Det legges opp til tre grupper med ulike ferdighetsnivå; klassene inndeles i henhold til en kartlegging før kursstart. Undervisning vil starte rett over påske.

Oslo Voksenopplæringen Skullerud (Utdanningssetaten i Oslo kommune) er vår faglige samarbeidspart. Seksjon for likeverdig helsetjeneste har det interne koordineringsansvaret. Å tilby BKA-kurs er i tråd med sykehusets strategi for likeverdig helsetjeneste, og et viktig bidrag for økt trivsel, et bedre arbeidsmiljø, bedre kommunikasjon og færre misforståelser. Gjennom å legge til rette for BKA-kurs til ansatte som trenger å styrke sine ferdigheter, tar sykehuset også et viktig samfunnsansvar.

Oslo universitetssykehus har gjennomført tilsvarende kurs i 2011-2012 for 75 ansatte (hvorav 55 fullførte de 3 semestrene), fordelt på 4 grupper. Kurset var svært vellykket, og deltakerne sa på avslutningen at de håpet på at det ville komme nye kurs. Mange av deltakerne vil fortsette på krusene som starter opp etter påske, for å bli enda tryggere på formidling og forståelse på norsk – både i arbeid og privat.

### 3. RETTSTVISTER – status per d.d.

Ass.lege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling. Ankesak til Høyesterett  
Saken gjelder spørsmålet om en lege i spesialisering (LIS), ansatt i midlertidig stilling, har krav på fast ansettelse.

Oslo universitetssykehus HF vant saken, både i tingretten og lagmannsretten, og fikk dermed medhold i at det er hjemmel for å ansette LIS-leger midlertidig. Lagmannsretten legger til grunn at LIS-legene utfører praksisarbeid som gir anledning til midlertidig ansettelse i medhold av arbeidsmiljøloven § 14-9 første ledd bokstav c. Nåværende praksis med adgang til å ansette LIS-leger i midlertidige stillinger fortsetter. Spekter og Legeforeningen arbeider imidlertid med å endre ordningen, slik at flest mulig kan få fast ansettelse.

Lagmannsretten uttaler i den forbindelse at iverksetting av en ny ordning med fast ansettelse av LIS-leger forutsetter utarbeidelse av et nytt rettslig rammeverk og ulike praktiske tiltak.

Dommen er anket til Høyesterett av saksøker.

Forståelse av arbeidskontrakt i forhold til lønnskrav fra tidligere ansatt.

Saken er berammet for lagmannsretten i 2013. Sykehuset fikk i tingretten medhold på to punkter og saksøker medhold på ett punkt. Saksøker dvs. den tidligere ansatte, har anket deler av dommen til lagmannsretten. Det har vært gjennomført rettsmekling i lagmannsretten uten at løsning ble oppnådd. Saken går videre til ordinær lagmannsrettbehandling.

Oppsigelsessak

Sykehuset er stevnet av en ansatt etter endringsoppsigelse som har sin bakgrunn i omstilling og omplassering av stilling. Tvisten står om oppsigelsen er formuriktig, usaklig og ugyldig. Saken er ennå ikke berammet.

Kollektive arbeidsrettssaker:

Den norske legeforening har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder tvist om forståelse av overenskomstens del A2 og overenskomstens del B vedrørende adgangen til å inngå hjelpeplaner om sommeren. Konkret er forholdet knyttet til hjelpeplan sommeren 2011 ved Gynekologisk avdeling, Kvinne-barn. Spekter vil føre saken på vegne av foretaket. Saken er berammet til mars 2013.

Rettslig prinsipiell sak – sykehuset er ikke part, men avgjørelsen er av betydning for vår virksomhet:

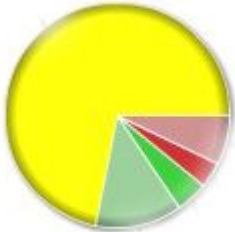
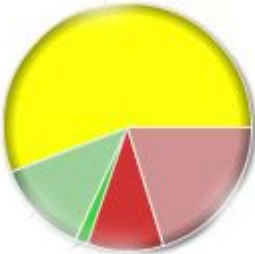
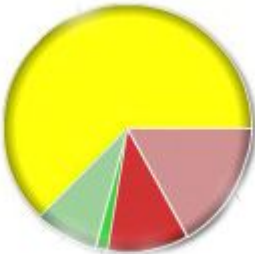
En av sykehusets ansatte er involvert som vitne i en straffesak mot en tiltalt som er innsatt i fengsel. Retten ønsker den ansattes vitneprov i forbindelse med tilregnelighetsvurdering av tiltalte. Tiltalte ønsker ikke å samtykke til opphevelse av den ansattes taushetsplikt. Den ansatte har derfor ikke forklart seg for retten. Dette ble et prosessuelt spørsmål og gjenstand for separat prosess. Retten kom til at den ansatte må kunne tale ubundet av taushetsplikten. Avgjørelsen ble anket til Lagmannsretten som forkastet anken. Avgjørelsen er anket til Høyesterett.

Saken gjelder isolert rettslig tolkning av en konkret bestemmelse. Saken vurderes å være av stor prinsipiell betydning hvor det er viktig å få en avklaring på hva som er gjeldende rett.

Konsekvensen av lagmannsrettens kjennelse vil være at i alle tilfeller hvor retten og eller de rettsoppnevnte sakkyndige er i tvil om tiltaltes strafferettslige tilregnelighet vil taushetsplikten vike. Utlevering av taushetsbelagte opplysninger uten samtykke har store konsekvenser for det nødvendige tillitsforhold mellom helsepersonell og pasient. Fengselspsykiatrisk poliklinikk ved sykehuset har pasienter som er innsatt i fengsler eller arrest, og som er særskilt avhengig av fortrolighet til helsepersonell. Saken er viktig for foretaket i arbeidsgiverrollen og som helseinstitusjon. Taushetsplikten blir utfordret og avgjørelsen vil få betydning for hvordan våre ansatte skal forholde seg.

#### 4. MEDIEOMTALE 1. DESEMBER 2012 – 31. JANUAR 2013

Antall saker i mediene har sunket fra 1818 i november, til 1331 i desember, totalt 3735 for hele perioden. 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
Januar 2013	1331		Positiv: 17 Nøytral: 72 Negativ: 11	Den økende andelen nøytrale saker skyldes blant annet stort fokus på svineinfluensa og stort press på Ahus, hvor OUS er nevnt, men ingen sentral aktør.
Desember 2012	2404		Positiv: 14 Nøytral: 56 Negativ: 30	Den relativt store andelen negative saker skyldes for det meste TV2s sak om nevrokirurgi, hjertepasienter og barneombudets kritikk av forholdene på prematuravdelingen på Rikshospitalet.
November 2012	1818		Positiv: 10 Nøytral: 62 Negativ: 28	Den økende andelen negative saker skyldes for det meste saker om hjertepasienter, redusert intensivkapasitet og rusbehandling avdeling ung.

Mediebildet ble i perioden preget av svineinfluensa, TV2s nevrokirurgisak, fortsettelse av saken om hjertepasienter, barneombudets kritikk av forholdene for prematurbarn på Rikshospitalet, utslipp av fyringsolje i Akerselva og en stor foretaksstraff, samt tiltale for utnyttelse av filippinske sykepleiere.

#### Mer om hjertepasientene

Saken om de tre hjertepasientene som ble flyttet fra Ullevål til Rikshospitalet fortsatte inn i desember. Ulike meninger om hvilke konsekvenser dette skulle få startet måneden, mens saken har ligget i ro etter at Helsetilsynet varslet at de vil etterforske saken. Oppmerksomheten var kortvarig, men negativ og bred.

#### Svineinfluensa

Det har vært mange medieoppslag rundt pasienter innlagt på Rikshospitalet med svineinfluensa i perioden. Oppslagene har vært i det alt vesentlige nøytralt vinklet, også da to av pasientene døde, henholdsvis i romjulen og på nyåret.

#### Barneombudets kritikk av forholdene for prematurbarn

Tidlig i desember rettet barneombud Anne Lindboe skarp kritikk mot forholdene på prematuravdelingen på Rikshospitalet. Hun påpekte at barna kunne bli sykere fordi det er svært trangt og mye støy rundt de aller minste.

Avdelingsleder ved nyfødtintensiven, Sverre Medbøe, imøtegår kritikken samme dagen som den kommer, men dette når dessverre ikke mange medier. Saken får stor spredning i mange medier over noen dager og det etterlatte inntrykket av saken er negativt.

#### Nevrokirurgi

Torsdag 4. desember sendte TV2 det første i en rekke kritiske oppslag om nevrokirurgi ved OUS. Saken startet med at tv-kanalen dekket at to pasienter hadde fått blødninger etter å ha fått tatt biopsier i hjernen i forbindelse med et forskningsprosjekt. De første tre dagene etter TV2s første innslag fikk saken stor og negativ oppmerksomhet i store deler av medie-Norge. Etter hver rettet TV2 søkelyset mot kirurgen som hadde utført inngrepene og hans selskap, som utviklet teknologi for trykkmålinger. Både kirurgen, selskapet og metoden med trykkmålinger fikk gjennomgå kraftig i tv-kanalens nyhetssendinger en periode. Andre medier falt av saken ganske raskt. Kanalen er fortsatt ikke helt ferdig med saken og kom på nyåret opp med en annen vinkling rettet mot samme problemstilling.

TV2 har meldt saken inn som kandidat til SKUP-prisen som deles ut i mars. Om de skulle bli tildelt den vil saken muligens kunne blomstre opp igjen. Sykehuset har bedt om å få se metoderapporten til TV2 i forbindelse med dette, og fått avslag frem til prisen deles ut. Sykehuset har gått ut med til sammen fem saker for å presisere og korrigere TV2s fremstilling.

#### Tiltale for utnyttelse av filippinske sykepleiere

Saken kom opp i mediene først for et snaut år siden. I årets første uke kunngjorde politiet at de tar ut tiltale mot foretaket, ikke enkeltpersoner, i saken. Dette førte til at mange medier hadde en oppsummering av saken.

#### Foretaksstraff

I forbindelse med en hjerteoperasjon som gikk galt i 2011 har politiet påtalt sykehuset for blant annet brudd på helsepersonelloven. I slutten av januar gikk politiet i Oslo ut med en pressemelding om at de ilegger sykehuset en foretaksstraff på 700.000 kroner. Med en beklagelse som kom raskt etter at forelegget ble kunngjort, viser sykehuset for omverden



at man har tatt saken svært alvorlig. Dekningen av saken avtar raskt, samme dag.

Ellers har perioden vært preget av mye oppmerksomhet rundt Ahus, hvor OUS er nevnt, men ingen hovedaktør. Rundt julen kom det også flere positive saker med barn som har blitt reddet på sykehuset og på nyåret har det kommet flere positive forskningssaker.

## **5. REFERATER**

- Utkast til møteprotokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 20. desember (vedlegg)

## Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
<b>Dato:</b>	Styremøte 20. desember 2012
<b>Tidspunkt:</b>	Kl 1200-1500

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Per Anders Oksum	styreleder
Ansgar Gabrielsen	nestleder
Turid Birkeland	
Kirsten Brubakk	
Trine Dønhaug	
Terje Bjørn Keyn	
Andreas Kjær	
Irene Kronkvist	
Bernadette Kumar	Forfall
Anita Ihle Steen	
Dag Stenersen	
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen	
Svein Øverland	
Signe Øye	

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Alf Magne Bårdsett (til kl 1345)
Erna Hogrenning

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Peder Olsen
Spesialrådgiver Ragnhild Woll (fung. styresekretær)
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, fagdirektør Alice Beathe Andersgaard, konserndirektør Atle Brynstad og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

---

### Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent.

**Saker som ble behandlet:**

<b>085-2012</b>	<b>GODKJENNING AV ORDINÆR PROTOKOLL OG B- PROTOKOLL FRA STYREMØTE 22. NOVEMBER 2012</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Protokoll og B-protokoll fra styremøtet 22. november 2012 ble godkjent.

<b>086-2012</b>	<b>AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER NOVEMBER 2012</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per november 2012 til etterretning.

<b>087-2012</b>	<b>FINANSSTRATEGI FOR HELSE SØR-ØST</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret slutter seg til finansstrategi for Helse Sør-Øst.

<b>088-2012</b>	<b>FORSLAG TIL ENDRINGER I PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN OG IMPLEMENTERING AV PASIENTRETTIGHETSDIREKTIVET - HØRING</b>
-----------------	--

Brukerutvalgets uttalelse til saken ble sendt ut til styret elektronisk.

Saken ble trukket.

089-2012

**VALG AV ANSATTVALGTE STYREMEDLEMMER –  
OPPNEVNING AV VALGSTYRE**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Ny valgperiode for ansattvalgte styremedlemmer tas til orientering.
2. I samråd med de konserntillitsvalgte oppnevnes følgende valgstyre:
  1. Steinar Marthinsen (vara: Erik Thorshaug)
  2. Anne B. Biering (vara: Dag Vatne)
  3. Veronica Kollevåg (vara: Margrete Kamperud)
  4. Ellen Gullberg (vara: Tatjana Schanche)
  5. Marit Grande (vara: Morten Sæheim)
  6. Linda Nilsen (vara: Tor Birger Jeppesen)
  7. Anne Marit Græe (vara: Bryndhild Asperud).
3. Valgstyret konstituerer seg selv med leder og nestleder.
4. Styret legger til grunn at den praktiske valggjennomføringen samordnes innen helseforetaksgruppen.

090-2012

**FORDELING AV FORSKNINGSMIDLER FOR 2013**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret tar til etterretning vedtak fattet i Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo 14. desember 2012 om fordeling av det øremerkede tilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet til forskning. Styret legger den samlede innstillingen fra vurderingskomiteene til grunn for vedtak om tildeling av 53,9 mill. kr. innen definerte søknadskategorier og til spesifiserte prosjekt og tiltak.
2. Styret vedtar innstillingen om fordeling og videreføring av strategiske forskningstiltak i regionen, som inkluderer utlysning og tildeling av 12 mill.kr til innovasjonsprosjekter for å styrke innovasjonsaktivitet i foretaksgruppen, samt inntil 40,0 mill.kr til Oslo universitetssykehus for å ivareta regionale forskningsstøttefunksjoner, heri inkludert støtte til styrket infrastruktur for gjennomføring av kliniske intervensjonsstudier, regional biobanklagring og tiltak for IKT-støtte til forskning. I tillegg er i alt 2,0 mill.kr øremerket prosjekt for evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst og 1,0 mill kr til eget forskningsprosjekt på effekt av omstillingen på samhandling. Regionalt kompetansesenter for helsetjenesteforskning (HØKH) ved Akershus universitetssykehus tildeles basisstøtte for 2013 med 2,0 mill.kr. Det avsettes inntil 4,0 mill.kr til strategiske forskningstiltak spesielt rettet inn mot samhandling og inntil 6 mill.kr til insentivordninger i løpet av 2013 for å stimulere forskningsmiljøene til innhenting av eksterne forskningsmidler fra nasjonale eller internasjonale kilder, spesielt EU.

091-2012

ETABLERING AV NY PENSJONSKASSE – STATUS

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

1. Styret tar redegjørelsen om etablering av ny pensjonskasse til orientering, og ber administrerende direktør arbeide videre i tråd med de linjer som er skissert i saken.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å utlyse nødvendige anbudskonkurranser og inngå nødvendige avtaler med eksterne leverandører for oppsett av pensjonskassen, innenfor de rammer som fremkommer av foretaksmøtets oppdrag av 30.09.11.

092-2012

ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2013

Årsplan styresaker tas til orientering.

**ANDRE ORIENTERINGER**

1. Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Det ble gitt en muntlig orientering om § 3.3 meldinger

Brukerutvalgets kommentarer på Riksrevisjonens rapport vedrørende helseforetakenes registrering og måloppnåelse for ventetider i Helse Sør-Øst ble delt ut i møtet (elektronisk)

2. Referat fra møte i Brukerutvalget 20. og 21. november 2012
3. Uttalelse fra fellesmøte for eldrerådene på Nedre Romerike om geriatritilbud på Ahus

**TEMASAKER**

- Lederutvikling, medarbeiderundersøkelse og sykefravær  
v/HR-direktør Anne Biering og spesialrådgiver HR Christer Mortensen

Møtet hevet kl. 15:00

Oslo, 20. desember 2012

---

Per Anders Oksum  
styreleder

---

Ansgar Gabrielsen  
nestleder

---

Turid Birkeland

---

Kirsten Brubakk

---

Trine Dønhaug

---

Terje Bjørn Keyn

---

Andreas Kjær

---

Irene Kronkvist

---

Bernadette Kumar  
(forfall)

---

Anita Ihle Steen

---

Dag Stenersen

---

Lizzie Irene Ruud Thorkildsen

---

Svein Øverland

---

Signe Øye

---

Ragnhild Woll  
fung. styresekretær