

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 31. oktober 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 59/2013 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 24. oktober 2013

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 6/2013
Dato møte:	31. oktober 2013
Møtetid:	Kl. 08.00 - 14.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, 1. etg., seminarrom en og to.

59/2013	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
60/2013	Beslutning:	Godkjenning av protokoll 26. september 2013
61/2013	Beslutning:	Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2013
62/2013	Orientering:	Rapport per september 2013
63/2013	Beslutning:	Budsjett 2014
64/2013	Orientering:	Samarbeid og ansvar i Oslo sykehusområde
65/2013	Orientering:	Idefase Oslo universitetssykehus
66/2013	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer

Styret har en egevaluering rett etter møtet 31. oktober 2013, fra klokken 13 til 14.
Se vedlagte skjema til støtte for evalueringen bakerst i dokumentene.

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 31. oktober 2013
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 26. september 2013

**SAK 60/2013 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 26. SEPTEMBER 2013**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 26. september 2013.

Oslo, den 24. oktober 2013

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	26. september 2013
Dato møte:	26. september 2013 kl 8.00-13.35 på Radiumhospitalet i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Anne Carine Tanum, Anders Utne, Svein Erik Urstrømmen, Bjørn Wølstad-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Nina Bachke, Rita von der Fehr, Tone Skogen, Ole Petter Ottersen, Johan Arnt Vatnan, Raymond Robertsen, Ane Willumsen, Vibeke Braastad Kristiansen

Forfall: Merete Norheim Morken

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Erlend Smeland, Rolv Økland, Christina Rolfheim Bye, Einar Hysing m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget Heine Århus, publikum

Sak 46/2013 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styreleder opplyste at en sak under administrerende direktørs orientering ville bli orientert om i lukket møte.

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 47/2013 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 27. juni 2013.

Sak 48/2013 Rapportering per august 2013

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen for august 2013 til orientering.

Sak 49/2013 Budsjett 2014

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelse om status for arbeidet med budsjett 2014 til orientering.

Sak 50/2013 Status investeringer i samlokaliseringer

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 51/2013 Oslo universitetssykehus sine funksjoner ved Oslo legevakt

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til at operasjonsstuene i Storgaten 40 oppgraderes slik at de funksjoner Oslo universitetssykehus har hatt i Legevakten kan reetableres og ber administrerende direktør følge opp dette overfor Oslo kommune.
2. Styret forutsetter at investeringskostnadene dekkes av Oslo kommune og at Oslo universitetssykehus dekker kostnadene gjennom leieprisen.
3. Styret ber administrerende direktør sørge for en optimal utnyttelse av operasjonsstuene i Storgaten 40.

Sak 52/2013 Overføring av alderspsykiatrisk seksjon til Diakonhjemmet sykehus

Saken ble trukket.

Sak 53/2013 Persontilpasset diagnostikk

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 54/2013 Salg av Montebello Terrasse 15

Enstemmig vedtak:

1. Styret vedtar salg av Montebello Terrasse 15, gnr. 29 bnr. 82 i Oslo kommune.
2. Styret ber administrerende direktør om å iverksette gjennomføringen av salget.

Sak 55/2013 Erklæring om ledes ansettelsesvilkår

Enstemmig vedtak:

Styret vedtar erklæring om ledernes ansettelsesvilkår.

Sak 56/2012 Eierskap i selskaper

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 57/2012 Status og oppfølging av styresaker

Enstemmig vedtak:

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til og med juli 2013 til orientering.

Sak 58/2012 Administrerende direktørs orienteringer

Administrerende direktør orienterte om en personalsak i lukket møte.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Tone Skogen

Raymond Robertsen

Ole Petter Ottersen

Johan Arnt Vatnan

Svein Erik Urstrømmen

Ane Willumsen

Anders T. Utne

Rita von der Fehr

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølstad-Knudsen

Merete Norheim Morken
ikke tilstede

Nina Bachke

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 31. oktober 2013

Saksbehandler: Direktør for pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg: 1. Risikovurdering med tiltaksplaner 2. tertial 2013
2. Utvalgte områder og kommentarer 2. tertial 2013

SAK 61/2013 LEDELSENS GJENNOMGANG ANDRE TERTIAL 2013

Forslag til vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang for andre tertial 2013 til etterretning.

Oslo, den 24. oktober 2013

Bjørn Erikstein

Det er gjennomført oppfølgingsmøter med klinikkledere og deres avdelingsledere etter andre tertial 2013. Hensikten med møtene er som tidligere å sikre god virksomhetsstyring med gjennomgang av resultater, risikoforhold og tiltak for læring og forbedring.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Risikovurderingen andre tertial er en revurdering av den hovedgjennomgang som ble gjort første tertial. Det har i løpet av andre tertial vært fokus på gjennomføringsgrad og effekt av tiltak. Andre tertial er preget av sommeravvikling, men vurderingen er at det er oppmerksomhet overfor risiko og at den systematikk som er lagt til grunn for å avdekke risiko og følge opp tiltak stadig blir bedre implementert i organisasjonen.

Kunnskap og rolleforståelse hos sykehusets ledere er viktig for utvikling og forbedring av virksomheten. Det er derfor iverksatt klinikknære lederprogrammer og klinikkene har etablert handlingsplaner for ledelse og lederutvikling som ledd i den sentrale handlingsplanen. Den enkelte klinikk har ulike ledelses- og lederutviklingsbehov i oppfølging av strategien for sykehuset. Flere klinikker har tatt i bruk eller planlegger forbedringsprogrammer basert på internasjonale programmer som "Lean" og "pasientfokusert redesign". Det at klinikkene selv utvikler sine handlingsplaner fører til økt bevissthet om hvilke tiltak den enkelte klinikk har behov for. De sykehusomfattende opplærings- og utviklingsprogrammene vil være arenaer for utveksling av kunnskap og forbedringer på tvers av klinikkene.

Det er etablert metoder og prosesser som skal bidra til god virksomhetsstyring og for å få kunnskap og innsikt i virksomheten. Fremover må det arbeides videre for å styrke tiltaksoppfølging og systematisk forbedringsarbeid.

Faktabeskrivelse

I andre tertial er det gjennomført ni eksterne tilsyn. Mattilsynet har gjennomført fem tilsyn, Arbeidstilsynet tre, og Statens strålevern ett tilsyn. Sykehuset har mottatt rapporter om til sammen seks avvik. Det arbeides med handlingsplaner og tiltak for å lukke avvikene innen den frist tilsynsmyndigheten har gitt.

Det er gjennom sommeren arbeidet videre med lukking av avvik gitt av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) etter tilsyn 5. november 2012. Dessverre har det ikke lyktes å lukke avviket som omfattet sykehusets tidligere risikovurdering av elektrisk anlegg innen fristen. Dette har ført til at det påløper en månedlig tvangsmulkt på kr 450 000,- fra 1. september 2013, se styresak 58/2013. Det er forventet at avviket er lukket ved årsskifte 2013-2014.

Per september arbeides det fortsatt med å lukke avvik etter interne revisjoner og revisjoner utført av konsernrevisjonen, alle innen de frister som er satt. Intern revisjon av intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet i forskning fra første tertial viste til dels alvorlige avvik. Revisjonen avdekket at flere pasienter var inkludert i registeret og forskningsbiobanken uten at det forelå samtykke. De pasientene som ikke hadde samtykket er fjernet fra registeret. Det er også sendt en henvendelse til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som et ledd i arbeidet med å lukke avviket knyttet til forskningsbiobanken. Informasjonsskrivene til pasientene er endret og avdelingen arbeider med å etablere en ny prosedyre for inklusjon som skal forhindre at situasjonen oppstår på nytt.

Registrering av uønskede hendelser/avvik og forbedringsforhold i sykehusets avvikssystem Achilles viser, som i første tertial, en liten nedgang i antall registreringer sammenliknet med

fjorårets andre tertial. Nedgangen kan skyldes reduksjon i faktisk forekomst av hendelser. Men en nedgang av registreringsfrekvensen kan også være uttrykk for en svakere meldekultur enn tidligere.

Antall og alvorlighetsgrad av pasienthendelsene er på nivå med samme tertial i 2012. Andelen betydelig skade eller død er på 3,7 prosent av antall meldinger, og har ligget mellom 3 og 4 prosent de siste to årene. Fordeling av pasienthendelser på hovedkategoriene viser stabilt mønster fra tidligere tertialer, men med en nedgang i antall registrerte dødsfall, både innen kategorien diagnostikk, behandling og pleie og innen kategorien pasientadferd. Sistnevnte skyldes endret registreringspraksis for selvmord blant tidligere pasienter. Det vises for øvrig til utdypende kommentarer i vedlegg 2.

Pasientbehandling

Sykehuset har fortsatt ikke tilstrekkelig kapasiteten innen flere deler av virksomheten. Spesielt knytter dette seg til intensiv, operasjon, radiologi, i hovedsak MR, og patologi hvilket får følger for pasientforløp innen flere fagområder inkludert kreft. Svartider for patologi er i noe bedring. Det er kapasitetsproblemer innen intensiv-/postop-/overvåkningsområdet og begrenset operasjonsstuekapasitet, blant annet på grunn av mangel på spesialsykepleiere. Det er vedtatt en plan for 100 utdanningsstillinger for spesialsykepleiere hvor operasjon, intensiv og nyfødt er sterkt prioritert. Det planlegges fornying av to MR-maskiner samt ytterligere utvidelse av kveldsdrift for dagens MR-maskiner. Det er iverksatt flere prosjekter for å bedre tilgjengelige plasser til intensiv-/post op samt operasjonskapasitet følges tett opp. Det er etablert et driftsstyre og driftsråd på tvers av klinikker for å sikre optimal utnyttelse av samlede ressurser i Oslo universitetssykehus og samarbeidende sykehus.

Arbeidsmiljø

Det er få indikasjoner på at arbeidsbelastningen har forverret seg siden første tertial, men belastningen oppleves likevel som for høy flere steder i organisasjonen. Det meldes om stress relatert til både stor arbeidsmengde og høyt tempo flere steder. Gapet mellom faktiske og budsjetterte stillinger har vært relativt stabilt siden forrige rapportering. IKT-systemer som ikke er harmoniserer med behov skaper merarbeid og frustrasjon. Flytte- og ombyggingsprosessene fører også til periodevis vanskelige og trange arbeidsforhold for sykehusets medarbeidere. Når det gjelder usikkerhet knyttet til gammelt medisinskteknisk utstyr forventes den å synke etter hvert som nytt utstyr tas i bruk. Sykehuset har utarbeidet tiltaksplaner for de betydelige mangler som Arbeidstilsynet, Oslo brann- og redningsetat og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har påpekt ved bygg-, brann- og elektrotekniske forhold. Det forventes forbedringer i takt med gjennomføringen av tiltakene.

Forskning, innovasjon og utdanning

Innen forskning, innovasjon og utdanning gjenspeiles flere av de samme risikoområdene som innen pasientbehandling, blant annet knyttet til kapasitet/bemanning, utstyr, arealer og IKT-systemer. Det er fortsatt store problemer med IKT-støtte til forskningsmiljøer, som over lengre tid synes har vært nedprioritert regionalt på grunn av det prekære behovet knyttet til kliniske systemer og manglende kompetanse på feltet hos Sykehuspartner, jf. styresak 30/2013. Sykehuset har en aktiv dialog med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner om løsningsalternativer for blant annet forbedret brukerstøtte til forskere, og Helse Sør-Øst har engasjert et eksternt firma som har utarbeidet en analyse av behov og mulige løsninger. Så langt har dette ikke ført til bedring i situasjonen, og risikovurdering opprettholdes som tidligere. Tilstrekkelig tid til, stillinger og karriereveier i forskning rapporteres fortsatt som et problem, uten at det foreløpig har ført til reduksjon i forskningsaktiviteten. Dette er en risiko

som på sikt kan gå utover faglig utvikling og kvalitet i pasientbehandling og diagnostikk. Kapasitet og logistikk for kliniske studier er for dårlig (også et nasjonalt problem), og det er i samarbeid med Helse Sør-Øst iverksatt tiltak for å styrke infrastruktur for kliniske studier fra 2013 i Oslo universitetssykehus. Sentralt i dette er etablering av et nettverk av koordinatører for kliniske studier, inkludert Inven2 AS, som særlig har kompetanse på industrisamarbeid. Tiltaket vurderes som svært positivt og noe som vil bidra til redusert risiko over tid.

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

Sykehuset står overfor utfordringer med hensyn til fremtidig rekruttering og kompetanseutvikling. I den forbindelse er det etablert en koordineringsgruppe bestående av medisin, helsefag og utvikling; forskning, innovasjon og utdanning og HR, som vil jobbe spesielt med strategisk kompetanseutvikling for sykehuset. I første omgang omfatter arbeidet kartlegging av kompetansebehov og strategiske tiltak.

Økonomi og infrastruktur

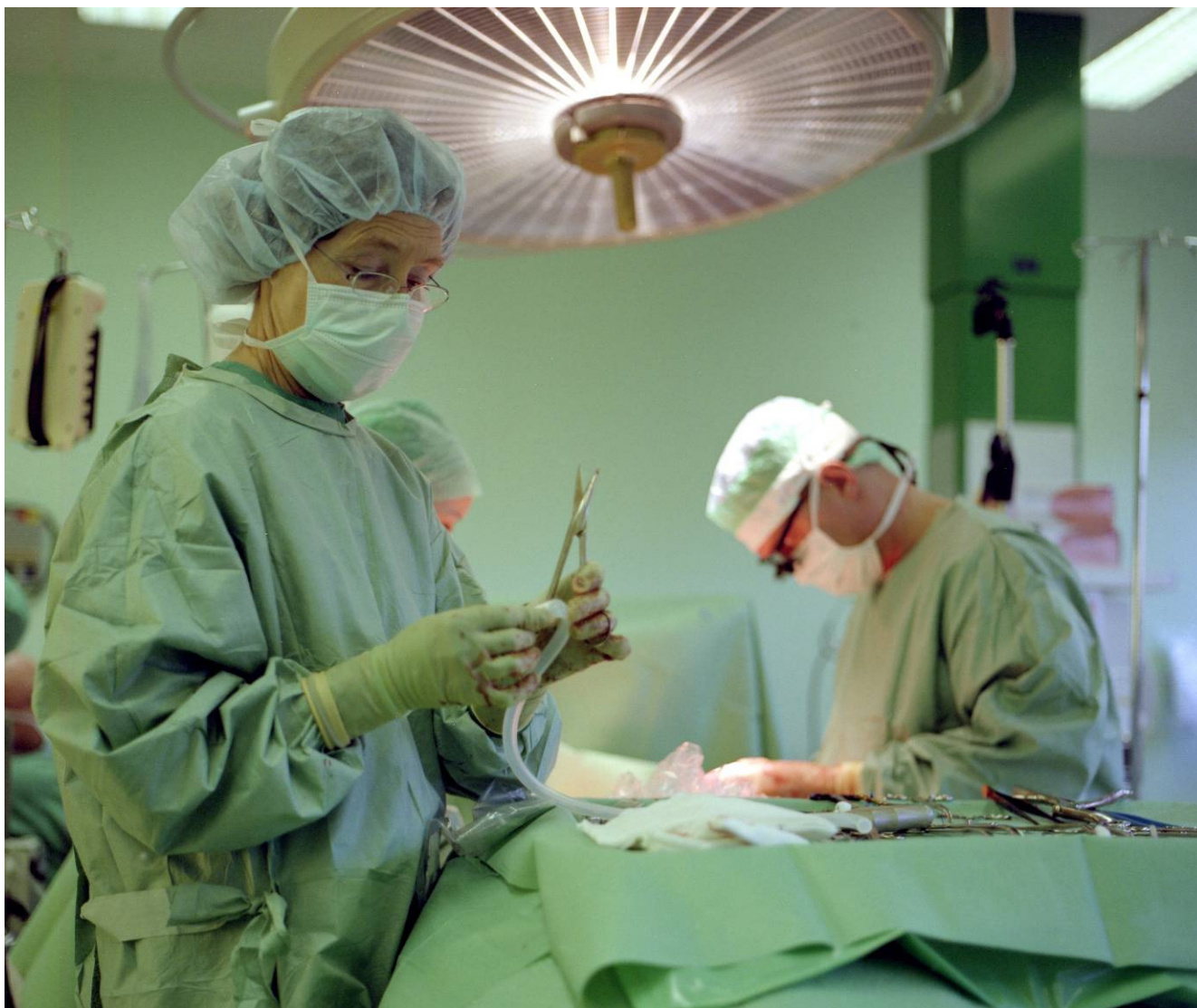
Aktiviteten etter andre tertial 2013 nærmer seg plan innenfor somatikken. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er aktiviteten på enkelte områder lav, og her har sykehusledelsen sterkt fokus på aktivitetsnivået for å bidra til at omstillingsarbeidet ikke fører til svekket tilbud til pasientene.

Den økonomiske utviklingen i 2013 er svært bekymringsfull. Budsjetttavvikene henger først og fremst sammen med klart høyere bemanning enn det er budsjett til. Videre ligger tiltaksgjennomføringen betydelig etter det som var forutsatt. På bakgrunn av styrets vedtak i juni (sak 37-2013) er det lagt til grunn økt tempo i gjennomføringen av allerede vedtatte tiltak, høy aktivitet inneværende år uten økt bruk av personalressurser, redusere bemanningen der produktiviteten er gått ned samtidig som nye tiltak som kan gi resultateffekt i 2013 må gjennomføres. Det er imidlertid likevel en stor risiko for et negativt budsjettavvik i 2013. Dette vil bli vurdert på nytt i forbindelse med rapporteringen for september.

For å bidra til riktig innhold i utviklingen av styringsdata ble det primo 2013 etablert et LIS-forum med deltakere fra klinikkene, og det jobbes nå med ferdigstillelse av en langtidsplan for ledelsesinformasjon i Oslo universitetssykehus.

Innenfor IKT-området er det risiko knyttet til gjennomføring av prosjekter både med hensyn til fremdrift og økonomi. For de administrative IKT-systemene er risikoen redusert fra første tertial. Utrullingen av felles GAT er fullført og fra 1. oktober 2013 har foretaket ett felles fakturabehandlingssystem. Det er videre satt i gang et prosjekt for etablering av felles IKT-system for innkjøp og logistikk. Dette er planlagt tatt i bruk fra 1. juli 2014. Problemene med for lav investeringsgrad og fornying av medisinskteknisk utstyr ser ut til å bedres ved at det nå er sikret tilgang på investeringsmidler til dette området over de neste årene. Det er vedlikeholdsetterslep på deler av bygningsmassen. Blant annet er det svakheter ved vannforsyningen ved Radiumhospitalet. Det arbeides med en rekke tiltak for å redusere denne og øvrig risikoer.

Det vises for øvrig til handlingsplaner i vedlegg 1.



Ledelsens gjennomgang

Risikovurdering 2. tertial 2013

med plan for risikoreducerende tiltak

Vedlegg 1
Styresak 61/2013

Innholdsfortegnelse

Risikovurdering	3
Pasientbehandling.....	3
Arbeidsmiljø.....	3
Forskning, innovasjon og utdanning	4
Økonomi og infrastruktur.....	4
Risikokart for sykehusnivået – 2. tertial 2013	5
Risikovurdering av pasientbehandlingen	5
Risikovurdering av arbeidsmiljøet	6
Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning	7
Risikovurdering av økonomi og infrastruktur	8
Risikoreduserende tiltak	9
Pasientbehandling.....	9
Arbeidsmiljø.....	11
Forskning, innovasjon og utdanning	12
Økonomi og infrastruktur	14

Risikovurdering

Risikovurderingen i 2. tertial er en revurdering av den hovedgjennomgang som ble gjort i 1. tertial. Det er gjort noen justeringer i tidligere beskrevne risikoer samtidig som enkelte nye risikoer er kommet til etter 1.tertial. Arbeidet med risikovurderingene har som tidligere, startet i avdelinger og klinikker. Med bakgrunn i de lokale risikovurderingene har direktørens stabsavdelinger i fellesskap gått gjennom sykehusets overordnede risikobilde. Hovedverneombud og hovedtillitsvalgte for de største fagorganisasjonene har gitt innspill til sykehusets overordnede risikovurdering. Sykehusets ledermøte og administrerende direktørs pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg har behandlet risikovurderingene etter 2. tertial. Vurderingene er rapportert til Helse Sør-Øst som foreløpige inntil styrebehandling 31.10.2013.

Risikovurderingene er metodisk gjennomført som ved tidligere tertial men denne gangen med større fokus på effektvurdering av tiltak enn tidligere.

Med bakgrunn i effektvurderingen og erfaringene fra 1. tertial er handlingsplanen for risikoreduserende tiltak gjennomgått og justert.

Pasientbehandling

Sykehuset har fortsatt ikke tilstrekkelig kapasiteten innen flere deler av virksomheten. Spesielt knytter dette seg til radiologi (i hovedsak MR) hvilket får følger for pasientforløp innen flere fagområder inkl. kreft. Svartider for patologi er i bedring. Det er kapasitetsproblemer innen intensiv-/postop-/overvåkningsområdet og begrenset operasjonsstuekapasitet, blant annet på grunn av mangel på spesialsykepleiere. Det er vedtatt en plan for 100 utdanningsstillinger for spesialsykepleiere hvor operasjon, intensiv og nyfødt er sterkt prioritert. Det planlegges fornying av 2 MR maskiner samt ytterligere utvidelse av kveldsdrift for dagens MR maskiner. Det er iverksatt flere prosjekter for å bedre tilgjengelige plasser til intensiv-/post op samt operasjonskapasitet følges tett opp. Det er etablert et overordnet driftsstyre og driftsråd på tvers av klinikker for å sikre optimal utnyttelse av samlede ressurser i Oslo universitetssykehus og samarbeidende sykehus.

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

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

Responstid og kapasitet innen AMK har ikke vært god nok i enkelte perioder og det arbeides med en egen tiltaksplan for å forbedre kapasiteten ved AMK.

Arbeidsmiljø

Det er få indikasjoner på at arbeidsbelastningen har forverret seg siden 1. tertial, men belastningen oppleves likevel som for høy mange steder i organisasjonen. Det meldes om stress relatert til både høy arbeidsmengde og høyt tempo flere steder. Gapet mellom faktiske og budsjetterte stillinger har vært relativt stabilt siden forrige rapportering. IKT-systemer som ikke er harmoniserer med behov skaper merarbeid og frustrasjon. Fortsatt ser vi at lederne er spesielt utsatt for belastninger ved at lederrollen er kompleks og at det å håndtere løpende drift med omstilling og flyttinger er krevende. Flytte- og ombyggingsprosessene fører også til periodevis vanskelige og trange arbeidsforhold for sykehusets medarbeidere. Når det gjelder usikkerhet knyttet til gammelt medisinsk-teknisk utstyr forventes den å synke etter hvert som nytt utstyr tas i bruk. Sykehuset har utarbeidet tiltaksplaner i forhold til de betydelige mangler som Arbeidstilsynet, Oslo brann- og redningsetat og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har påpekt ved bygg-, brann- og eltekniske forhold. Det forventes forbedringer i takt med gjennomføringen av tiltakene.

Forskning, innovasjon og utdanning

Innen forskning, innovasjon og utdanning gjenspeiles flere av de samme risikoområdene som innen pasientbehandling, blant annet knyttet til kapasitet/bemanning, utstyr, arealer og IKT-systemer. Det er fortsatt store problemer med IKT-støtte til forskningsmiljøer, som over lengre tid synes har vært nedprioritert regionalt pga det prekære behovet knyttet til kliniske systemer og manglende kompetanse på feltet hos Sykehuspartner, jf styresak 30/2013. Sykehuset har en aktiv dialog med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner om løsningsalternativer for blant annet forbedret brukerstøtte til forskere, og Helse Sør-Øst har engasjert et eksternt firma som har utarbeidet en analyse av behov og mulige løsninger. Så langt har dette ikke ført til bedring i situasjonen, og risikovurdering opprettholdes som tidligere. Tilstrekkelig tid til, stillinger og karriereveier i forskning rapporteres fortsatt som et problem, uten at det foreløpig har ført til reduksjon i forskningsaktiviteten. Dette er en risiko som på sikt kan gå utover faglig utvikling og kvalitet i pasientbehandling og diagnostikk. Kapasitet og logistikk for kliniske studier er for dårlig (også et nasjonalt problem), og det er i samarbeid med Helse Sør-Øst iverksatt tiltak for å styrke infrastruktur for kliniske studier fra 2013 i Oslo universitetssykehus. Sentralt i dette er etablering av et nettverk av koordinatorene for kliniske studier, inkludert Inven2, som særlig har kompetanse på industrisamarbeid. Tiltaket vurderes som svært positivt og noe som vil bidra til redusert risiko over tid. Etterutdanningsaktiviteten og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press, noe som er en risikofaktor for kvalitet og pasientsikkerhet. Det er også problematisk å skaffe til veie tilstrekkelig antall praksisplasser innen sykepleie. Det vises for øvrig til omtale under pasientbehandling vedrørende mangel på utdannede spesialsykepleiere, der virkemidler for rekruttering til disse utdanningene og vilkår under og etter fullført videreutdanning bør gjennomgås.

Økonomi og infrastruktur

Administrerende direktør registrerer at aktiviteten etter 2. tertial 2013 nærmer seg budsjettet nivå innenfor somatikken. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er aktiviteten på enkelte områder lav, og her har sykehusledelsen sterkt fokus på aktivitetsnivået for å bidra til at omstillingsarbeidet ikke fører til svekket tilbud til pasientene.

Den økonomiske utviklingen i 2013 er svært bekymringsfull. Budsjettavvikene henger først og fremst sammen med klart høyere bemanning enn det er budsjett til. Videre ligger tiltaksgjennomføringen betydelig etter det som var forutsatt. På bakgrunn av styrets vedtak i juni (sak 37-2013) er det lagt til grunn økt tempo i gjennomføringen av allerede vedtatte tiltak, maksimering av aktivitet inneværende år uten økt bruk av personalressurser, redusere bemanningen der produktiviteten er gått ned samtidig som nye tiltak som kan gi resultateffekt i 2013 må gjennomføres. Det er imidlertid likevel en stor risiko for et negativt budsjettavvik i 2013. Dette vil bli vurdert på nytt i forbindelse med rapporteringen for september.

For å bidra til riktig innhold i utviklingen av styringsdata ble det primo 2013 etablert et LIS-forum med deltakere fra klinikkene, og det jobbes nå med ferdigstillelse av en langtidsplan for LIS-OUS.

Innenfor IKT-området er det risiko knyttet til gjennomføring av prosjekter både mht fremdrift og økonomi. For de administrative IKT-systemene er risikoen redusert fra 1. tertial. Utrulling av felles GAT er fullført og fra 1. oktober 2013 har foretaket ett felles fakturabehandlingsystem. Det er videre igangsatt prosjekt for etablering av felles IKT-system for innkjøp og logistikk. Dette er planlagt tatt i bruk fra 1. juli 2014.

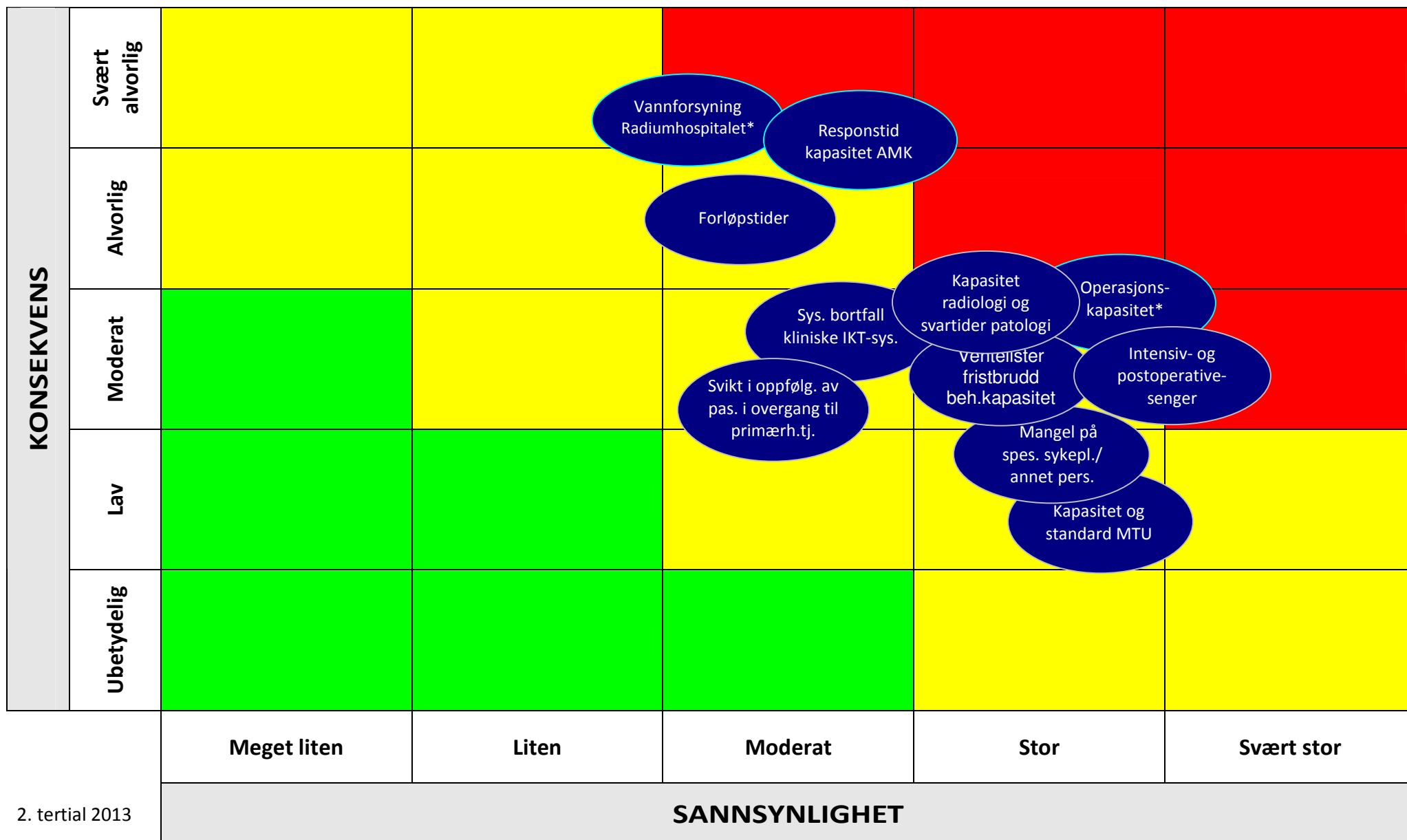
Problemer med for lav investeringsgrad og fornying av medisinsk-teknisk utstyr ser ut til å bedres ved at det nå er sikret tilgang på investeringsmidler til dette området over de neste årene.

Flere deler av bygningsmassen sliter med vedlikeholdsetterslep. Blant annet er det svakheter ved vannforsyningen ved Radiumhospitalet. Det arbeides med en rekke tiltak for å redusere denne og øvrige risikoer.

Risikokart for sykehusnivået – 2. tertial 2013

Risikovurdering av pasientbehandlingen

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

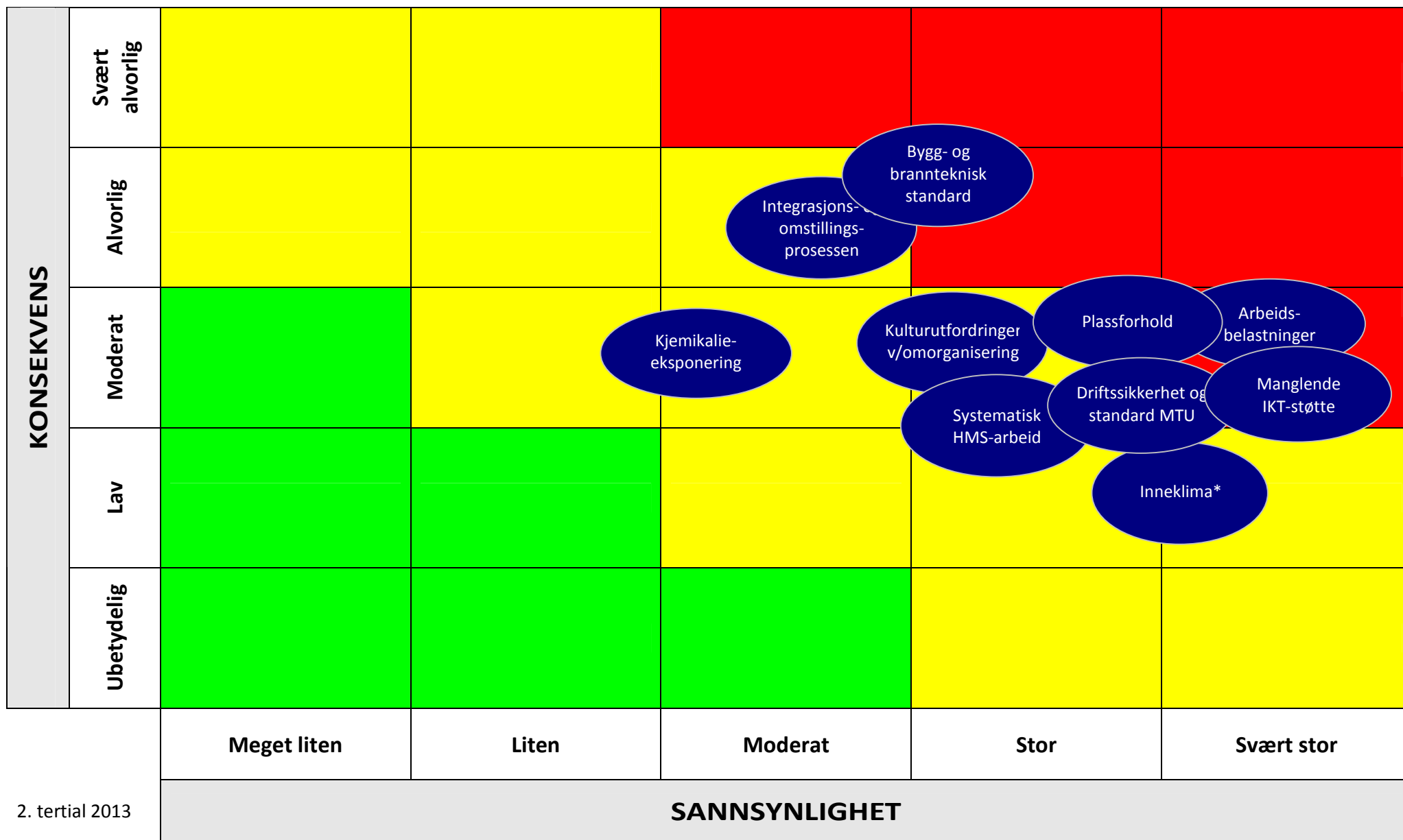


* Nyidentifisert risiko

Risikokartet viser identifisert risiko før iverksatte tiltak.

Risikovurdering av arbeidsmiljøet

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid

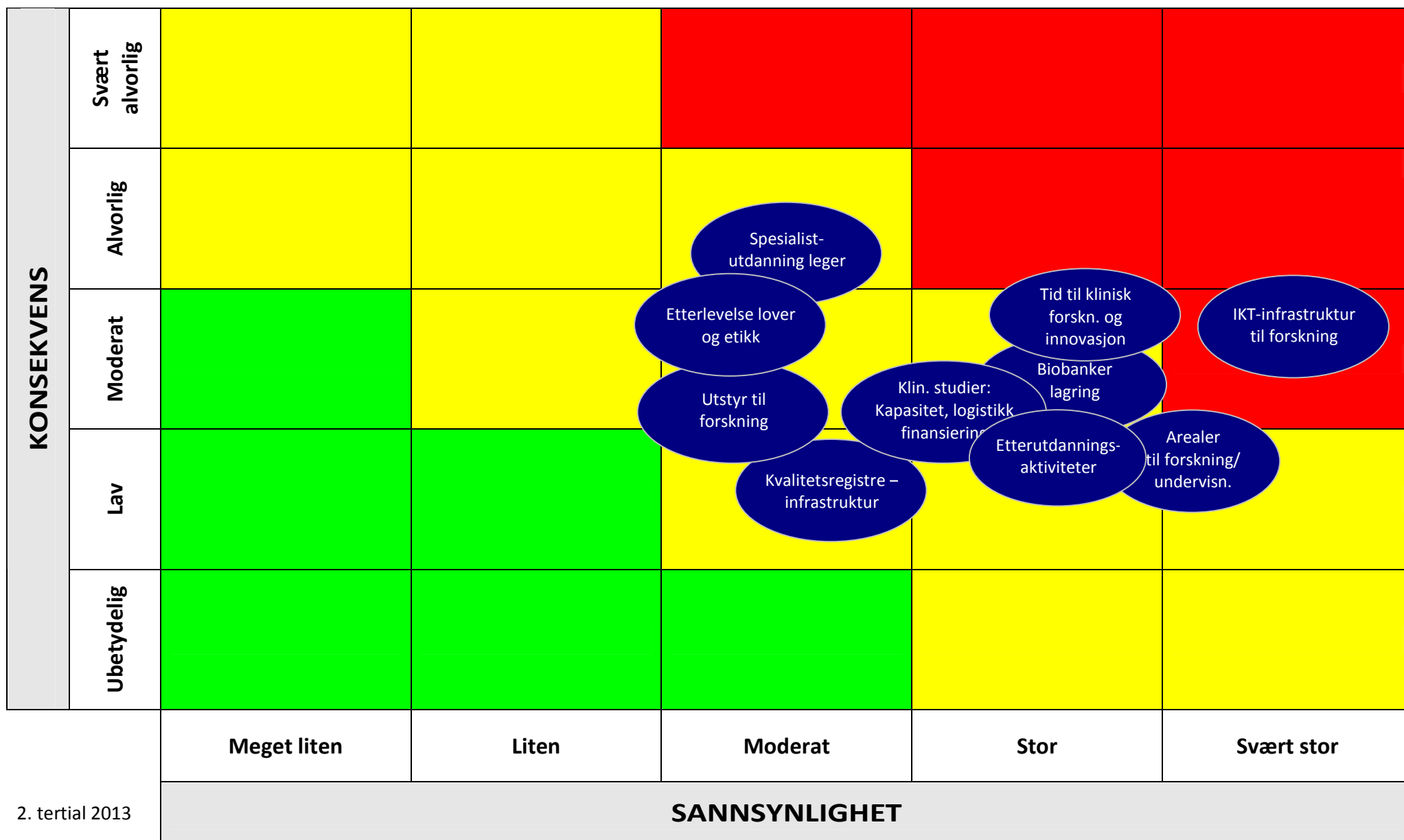


* Nyidentifisert risiko

Risikokartet viser identifisert risiko før iverksatte tiltak.

Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning

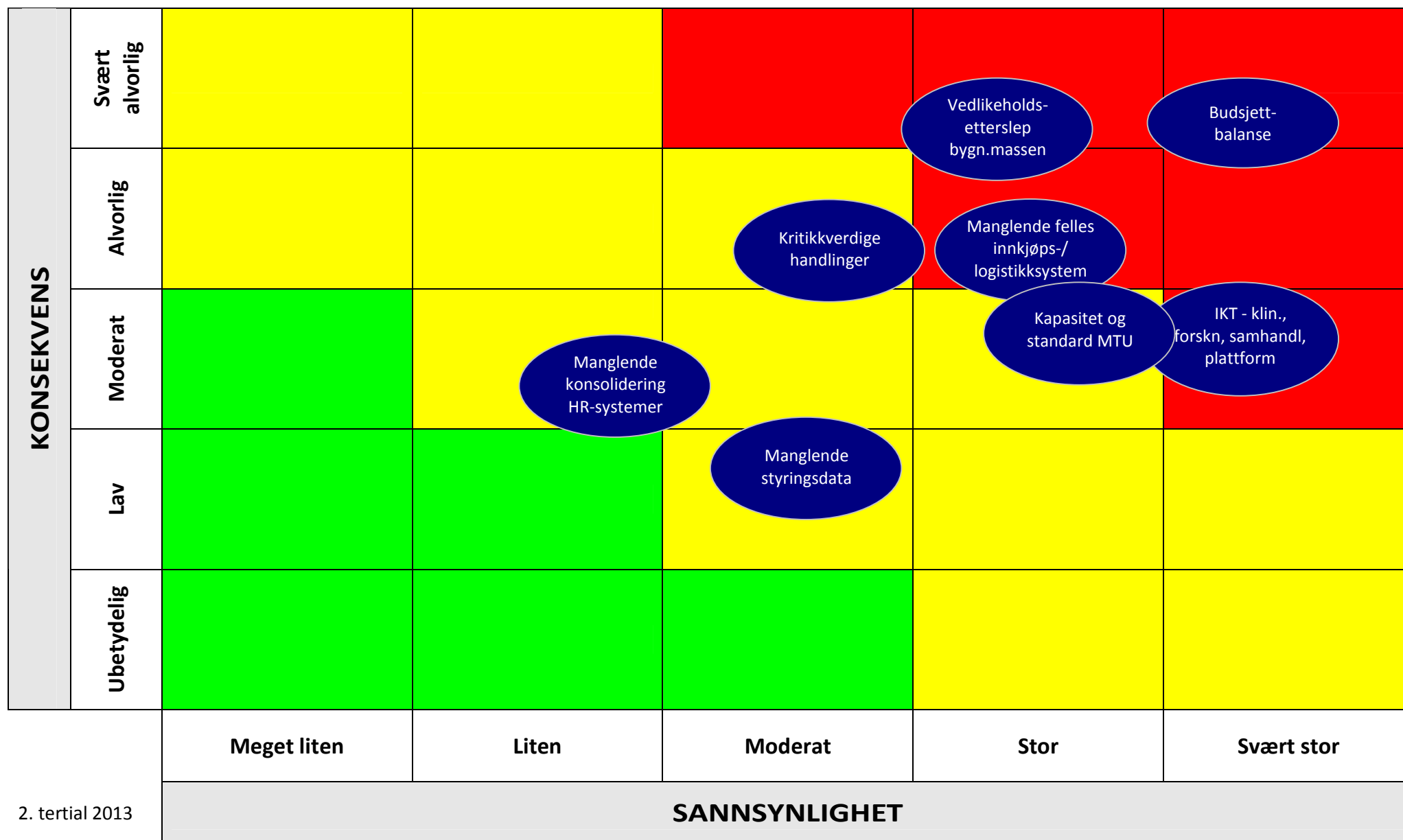
Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.



Risikokartet viser identifisert risiko før iverksatte tiltak.

Risikovurdering av økonomi og infrastruktur

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



* Nyidentifisert risiko

Risikokartet viser identifisert risiko før iverksatte tiltak.

Risikoreducerende tiltak

Pasientbehandling

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

	Risiko	Tiltak
1.	Responstid - kapasitet AMK	Det er etablert sammenhengende AMK-sentraler i Helse Sør-Øst som ser hverandres ressurser.
		Avventer avklaringer fra Sykehuspartner.
		Øke bemanningen ved AMK inkl. legestilling.
		Reduser svartid for innringere.
		Registrering av responstid rapporteres til Statens helsetilsyn fra 1.10.2013.
		Sorterer "pasienter som kan vente" parallelt med henvendelser som kan gå til Oslo kommunale legevakt.
		Anskaffe nytt IKT-verktøy for beslutningsstøtte og flåtestyring, inkl. web-basert ambulansebestilling.
2.	Kapasitet radiologi og svartider patologi	Systemvurdering pågår, deretter utprøving.
		Overføre flere rene transporter til pasientreiser.
		Etablere en sentral i Helse Sør-Øst som koordinerer luft-ambulanseressursene.
		Gjennomføre og monitorere vedtatte prioriteringer for bruk av radiologiske undersøkelser. Klinikkene må tydeliggjøre radiologisk prioritet innen egne pasientgrupper. Klinikk for diagnostikk og intervensjon ser nå på muligheten for etablering av brukerstyrte slotter/økter som kan styres av fagavdelingene.
		Prioritere medisinsk-teknisk utstyr som gir kapasitetsforbedringer. Det er siste mnd anskaffet og installert ny MR på Radiumhospitalet og anskaffelse av ny fremføringsmaskin til Patologisk avd. pågår.
		Øke bemanning innen radiologi med flere radiologstillinger.
		Sammen med Helse Sør-Øst vurdere behovet for radiologiske tjenester som del av diagnostikk/ behandling i primærhelsetjenesten.
3.	Operasjonskapasitet	Ta initiativ til felles regionale prosedyrer og protokoller innen radiologi slik at antall reundersøkelser og regranskninger reduseres.
		Omstrukturere og bedre logistikk og arbeidsflyt knyttet til patologiske undersøkelser og svar.
4.	Intensiv- og intermediærsenger	Manglende fasiliteter ivaretas med flytting av aktivitet til Aker(dagkirurgi plastikk, kjevekirurgi). Etablering av to nye operasjonsstuer Rikshospitalet v/ombygging. Rehabilitering av to operasjonsstuer Ullevål.
		Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.
		Øke antall intensivsenger: Intensiv 3 ved Ullevål var ferdig i 2012 og arealet er utvidet med 2 plasser (bufferkapasitet)
		Kapasitet Ullevål bedret.
		Forprosjekt for omgjøring av sengesentral til intensivplasser på Rikshospitalet pågår.
		Bemanningen ved gen. intensiv 2 ved Rikshospitalet er økt.
		Mangler intensivsykepleiere.
		Bemanningen ved thoraxintensiv ved Rikshospitalet er økt.
		Ansettelsesprosess pågår.
		Prosjekt vedrørende kartlegging og utvidelse av intermediærsenger som på sikt vil kunne avlaste intensiv pågår
		Bemanningen ved nyfødtintensiv ved Rikshospitalet og Ullevål er økt.
		Rekruttering er ferdig, opplæring pågår.

	Risiko	Tiltak
		Nytt akuttbygg Ullevål vil totalt sett gi flere PO/ intensivplasser.
5.	Vannforsyning Radiumhospitalet	Systematisk overvåking vanntemperatur varmtvann i kjele og rør, legionelladyrkning i vannprøver. Utbytting av dusjhoder. Informasjon til pasienter og ansatte. Gjennomgang og kvalitetssikring av overordnede prosedyrer knyttet til kontrollrutiner og sikkerhetstiltak knyttet til vannsikkerhet.
6.	Ventelister / fristbrudd / behandlingsskapasitet	<p>Gjennomføringsprosjektet er avsluttet og handlingsplan for oppfølging er etablert. Det er fortsatt stort fokus på ventelister / fristbrudd og status vil inngå i AD sin ordinære oppfølging av klinikkene. Klinikkllederne har tilsvarende ansvar for slutføring og oppfølging av alle avd. i egen klinikk.</p> <p>Opplæring og kompetanseheving fra ressurspersoner i direktørens stab tilbys fortsatt.</p> <p>Kapasiteten er midlertidig økt innen enkelte fagområder, for eksempel gjennom skjerming av elektiv drift og/eller prosjekter for reduksjon av ventelister og håndtering av fristbrudd.</p> <p>Det er etablert avtaler med andre sykehus innen enkelte fagområder for å avhjelpe med sykehusets ventelister.</p> <p>Det er etablert midlertidige fagråd i regionen for å se på kapasiteten innen områder med kapasitetsutfordringer (nevrologi, ortopedi, ØNH, plastikk-kirurgi og øyesykdommer).</p> <p>Etablering av egen AMD-klinikk vurderes siden AMD medfører utfordringer for den samlede kapasitet.</p>
7.	Forløpstider	Etablere og kvalitetssikre flere pasientforløp for kreftpasienter.
8.	Sys. bortfall kliniske IKT-systemer. Ved systembortfall vil helsepersonell ikke ha tilgang til nødvendig pasientinformasjon.	Kontinuerlig sikring av serverpark/service i tett samarbeid med Sykehuspartner.
9.	Svikt i oppfølging av pasienter i overgang til primærhelse-tjenesten	<p>Det er utformet forslag til et eget henvisnings- og epikriseprosjekt med formål å bedre kvaliteten på henvisninger og sørge for gode og raskt utsendte epikriser.</p> <p>Koordinatorfunksjoner skal etableres i alle klinikker. Koordinator skal ivareta koordineringsarbeid i forhold til utskrivning av pasienter med behov for tjenester fra ulike forvaltningsnivåer.</p> <p>Aktiv opplæring av klinikkens ansatte i forhold til nivå 1-prosedyre - utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester, er igangsatt.</p> <p>Gjennom arbeidet med pasientforløp legges det til rette for gode samhandlingslinjer mellom involverte parter internt og eksternt.</p>
10.	Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	<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>
11.	Mangel på spesialsykepleiere og annet personell	<p>Det er etablert en samarbeidsgruppe bestående av HR-stab, stab MHU, stab FiU og OSS som ser på ulike tiltak for rekruttering inklusive stipendordning og utdanningsstillinger.</p> <p>Øke utdanningskapasiteten bl.a. ved fremskyndet studiestart (bl.a. nyfødttintensiv) i samarbeid utdanningsinstitusjoner.</p> <p>Det planlegges og tilrettelegges for strategisk kompetanseutvikling.</p>

Arbeidsmiljø

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid

	Risiko	Tiltak
1.	Bygg-/brannteknisk standard	Branngjennomgang: Kartlegging av omfang og utarbeidelse av tiltaksplan med hensyn til oppgradering av sprinkler- og brannalarmanlegg.
		Branntetting og brannseksjonering.
		Oppfølging av prosjekter og oppgradering av branndokumentasjon.
		Lukking av avvik vedrørende spesialventilasjon, generell ventilasjon, sikring av fasader/tak og oppgradering av generell slitasje.
		Gjennomgang av kritisk bygningsflate.
2.	Arbeidsbelastning	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. Støttegruppe i sentral stab er etablert.
		Gjennomgang av tjenesteplaner og turnus. God bemanningsstyring og realistiske planer for bemanningstilpasning. Støttegruppe i sentral stab er etablert.
		Implementere ressursplanleggingssystem (Brasse) og hente ut effekter. Støttegruppe (sentralt) og lokale stillingsutvalg.
3.	Manglende IKT-støtte medføre vanskelig arbeidssituasjon for ansatte	Gjennomføre planlagte og vedtatte tiltak.
4.	Driftssikkerhet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	Etablere en 3 årsplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr.
		Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV.
		Utvikle gode businesscase med forpliktende effektivisering.
		Informasjon til ansatte om positiv utvikling.
5.	Plassforhold	Nybygging/ombygging. Fokus på å få avklart flyttinger slik at enheter som hører sammen blir fysisk samlet. God planlegging og medvirkning ved samlokalisering.
6.	Kulturutfordringer ved omorganisering	Utarbeide arealplan, plan for samlokalisering/flyttinger (igangsatt).
		Kulturbyggende tiltak blant annet gjennom oppfølging av ny strategi for OUS og videre arbeid med felles lederplattform (internt lederutviklingsprogram, program for ledergruppeutvikling, kollegaveiledning, talentprogram mv) (igangsatt).
7.	Systematisk HMS-arbeid	Ta i bruk eHMS i alle avdelinger.
		Økt fokus på opplæring, spesielt at alle ledere gjennomfører obligatorisk HMS-opplæring.
		Sikre at det opprettes HMS-grupper alle steder.
8.	Kjemikalieeksponering	Vurderer substitusjon i alle avdelinger.
		Oppdatere stoffkartotek (igangsatt).
		Gjennomgå og gi opplæring i rutinene for håndtering av kjemikalier.
9.	Inneklima*	Oppgradere ventilasjonsanlegg

Forskning, innovasjon og utdanning

Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.

Risiko	Tiltak
1. IKT-infrastruktur til forskning: Manglende brukerstøtte, ulikt tilbud i organisasjonen, manglende mulighet for sikker lagring av store datamengder	Forskning fokuseres i IKT-fagutvalg.
	Videreføre faste møter mellom Stab IKT (OUS), Stab forskning, innovasjon og utdanning (OUS) og Sykehuspartner
	Sykehuspartner må etablere egen tjenestestansvarlig for Forskernett.
	Videreføre kartlegging av applikasjoner (igangsatt av Sykehuspartner)
	Følge opp rapporten til arbeidsgruppen i Helse Sør-Øst for kartlegging av IKT-behovene og forslag til tiltak (skal ferdigstilles av Helse Sør-Øst i september 2013) - pådriverrolle overfor Helse Sør-Øst og Sykehuspartner.
2. Tilstrekkelig tid og stillinger til forskning og innovasjon i klinikkene (særlig problem i kliniske enheter) - herunder begrensede karriereveier og ansettelsesmuligheter innen forskning	Følge opp hvordan tiltak settes inn i klinikkene - en viktig del av klinikkens handlingsplaner for forskning.
	Øke omfang av og kvalitet på klinikkens søknader om ekstern finansiering, utnytte finansieringskilder.
	Gradvis implementere felles ordning i OUS med reservert tid for prof II/førsteaman. til forskning og utdanning (jf avtale om kombinerte stillinger) (innføres gradvis over fem år fra 2012).
3. Biobanksfasiliteter: utilstrekkelige lagringsfasiliteter internt (IKT)	Prosess for rydding og oppgradering ved Stab FIU og OSS følges opp
Kliniske studier, herunder oppdragsforskning: For dårlig infrastruktur, logistikk, kapasitet og finansiering for kliniske studier, jf oppdragsdokument med krav til styrket tilrettelegging.	Styrke samarbeidet med Inven2 og industri vedrørende kliniske studier.
	Videreføre arbeidet i Norcrin
	Følge opp treårsprosjekt med særskilt finansiering til støttefunksjoner fra Helse Sør-Øst fra og med 2013, herunder internt nettverk av prosjektkoordinatorer/studiesykepleiere.
4. Spesialistutdanning leger: problemer knyttet til antall hjemler i enkelte fag, mangelfull veiledning og systematisk oppfølging, mangelfull nasjonal rapportering	Forbedre utdanningsstruktur, veiledning og oppfølging av LIS-kandidater.
	Systematisk oppfølging av pålagt årsrapportering til helsemyndighetene (rapporteres til Legeforeningens spesialitetskomiteer) og tilbakemeldinger på årsrapportene. Systematisk oppfølging av evalueringsrapporter etter besøk fra nasjonale spesialitetskomité.
	Forbedre interne rotasjonsordninger i flere spesialiteter
5. Arealer: utilstrekkelige/for lite arealer til forskning og undervisning i flere klinikker, ev. manglende ressurser til oppgradering av lokaler. Ev. også HMS-risiko (særlig i laboratorier)	Sikre fokus på tilstrekkelige arealer til forskning og undervisning i arbeid med klinikkens forflytninger og strategisk arealplanlegging, fokus på klinikknære arealer. Prioritert område i vedtatt forskningsstrategi og handlingsplan.
	Sikre arealmessig planlegging i tråd med klinikkens støtte til store forskningssøknader. Dette gjelder selv om søknaden sendes gjennom UiO.
6. Utstyr forskning: 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 og strategisk koordinering med UiO og mellom miljøer.
7. Etterlevelse av lover og etikk	Sørge for at internkontrollsystemer blir tilstrekkelig kjent og forstått i klinikkene, på alle nivåer.

	Risiko	Tiltak
		Kontinuerlig forbedre tilgjengelighet og presentasjonsform gjennom kurs, eHåndboken, nettsider og møter.
		Sikre bistand til alle klinikker fra Forskningsstøtte og stabsenheter (herunder personvern).
		Kontinuere forskningsombudsfunksjon
		Tydeliggjøre interne meldesystemer ved alvorlige hendelser i forskning
8.	Utdanning: Etterutdanningsaktivitet og veiledningskapasitet	Klinikkene må sette av tid og midler til etterutdanning .
		Klinikkene må planlegge fordeling av kurs og reiser, bedre intern kompetansedeling
		Fokus på styrket veiledningskapasitet (øke antall veiledningskurs). Pilotprosjekt "Train the trainer" (leger)
9.	Infrastruktur kvalitetsregistre	Arbeide for økte ressurser til bistand og rådgivning ved etablering og drift av kvalitetsregistre.
		Videreføre modell i OUS med søknadsbaserte sentrale forskningsmidler til kvalitetsregistre.

Økonomi og infrastruktur

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

	Risiko	Tiltak
1.	Budsjettbalanse	Klinikkene rapporterer månedlig gjennomføringen av meldte tiltak. 11 september skal klinikkene melde nye tiltak som skal ha økonomisk effekt i 2013.
2.	Vedlikeholdsetterslep for bygningsmassen	Gjennomføre vedtatt investeringsbudsjett m økt rammetildeling fra HSØ. På lang sikt etableres en flerårig investeringsplan for OUS HF, idéfase med oppstart 2013.
3.	Manglende felles IKT-system for innkjøp og logistikk	Implementering av felles innkjøpssystem i regi av regionalt ERP- prosjekt Kvalitetssikring av fullmaktregistre og implementering i innkjøpssystemene. Implementering av felles Basware (fakturabehandling).
4.	IKT-systemer (kliniske systemer og plattform)	Gjennomføring av DIPS innføringsprosjekt. Gjennomføring av øvrige regionale prosjekter.
5.	Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	Arbeide videre med 3-års planen for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr (Økonomisk langtidsplan 2013-2016) Utvikle gode businesscase med forpliktende effektivisering. Arbeid i LIS-forum, herunder utarbeidelse av langtidsplan for LIS.
6.	Økonomiske- og omdømmekonsekvenser av kritikkverdige handlinger.	Handlingsplan for gjennomføring av kontrollhandlinger er vedtatt i ledermøtet og det lages gjennomføringsplaner. Informasjon i klinikkene om deres juridiske ansvar.
7.	Manglende styringsdata. Ikke tilstrekkelig styringsinformasjon for sykehusets ledere	Kvalitetssikring av grunnlagsdata herunder felles definisjoner og registreringspraksis
8.		Gjennomføre vedtatt LIS-utviklingsplan: a. HR-data b. Intensiv- og operasjonsdata c. Bredding av analyseverktøy
9.	Manglende konsolidering av HR-systemer	Innføring av felles GAT (sluttføres i juni).

Målgruppe: Foretaksstyret
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Dato: 24.10.2013
Revidert:



www.oslo-universitetssykehus.no

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



Ledelsens gjennomgang

Utvalgte områder og kommentarer

2. tertial 2013

Vedlegg 2
Styresak 61/2013

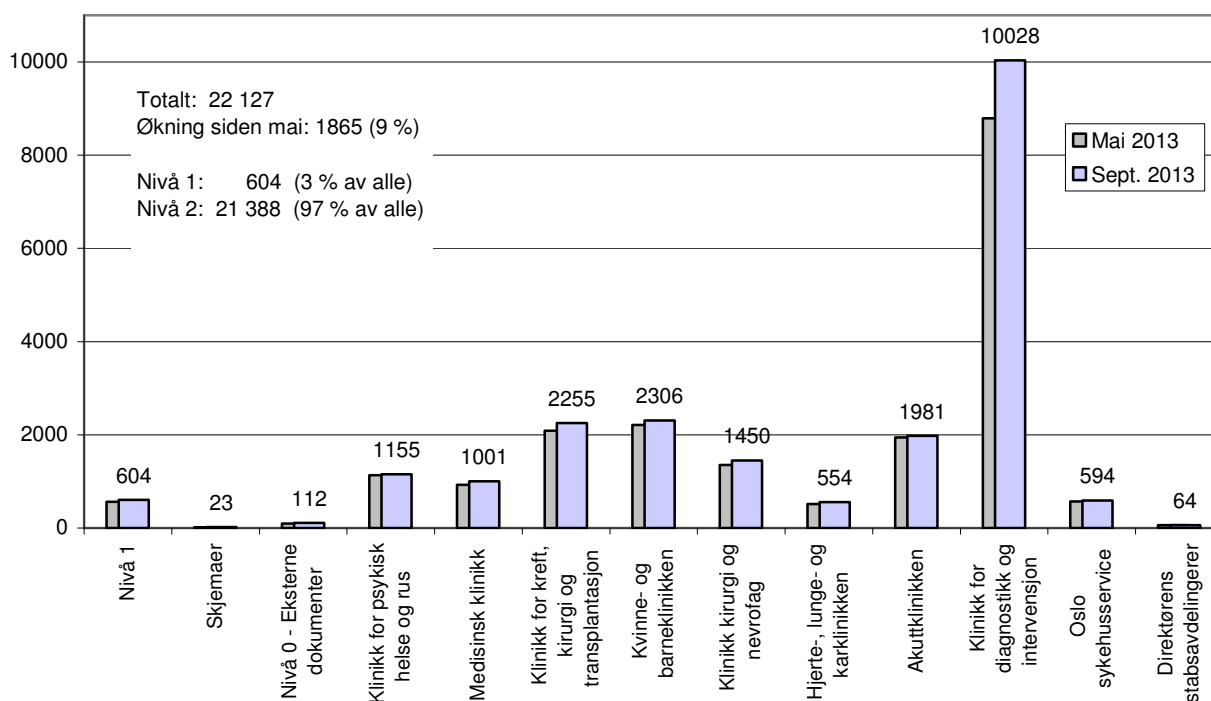
Innholdsfortegnelse

1. Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll	3
1.1 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll.....	3
1.2 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering	5
1.3 Eksterne tilsyn.....	8
1.4 Revisjoner utført av Konsernrevisjonen og sykehusets Internrevisjon.	10
1.5 Juridiske forhold	13
2. Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling.....	16
2.1 Uønskede pasienthendelser	16
2.2 Sykehusinfeksjoner	19
2.3 Melding til Kunnskapscenteret etter Specialisthelsetjenestelovens §3-3	20
2.4 Varsel til Statens helsetilsyn etter Specialisthelsetjenestelovens § 3-3a	21
2.5 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)	21
2.6 Pasientsikkerhetskampanjen	21
2.7 Brukerundersøkelser	23
2.8 Pasientsikkerhetsvisitter.....	26
2.9 Publisering av uønskede hendelser på nett.....	26
2.10 Klager fra pårørende og deres representanter	27
2.11 Samarbeid om tro- og livssynsbetjening	27
2.12 Likeverdsprosjekt:.....	28
2.13 Tolketjenester.....	28
2.14 Tjenesteavtaler	29
2.15 Utenlandsbehandling.....	30
2.16 Status for pågående samhandlingsprosjekt	30
2.17 Praksiskonsulentordningen	31
2.18 Elektronisk samhandling.....	32
2.19 Internasjonale prosjekter	33
3. Opplæring av pasienter og pårørende.....	36
3.1 Opplæring av pasienter og pårørende	36
3.2 Brukermedvirkning	37
4. Utdanning av helsepersonell.....	38
5. Forskning og utvikling.....	40
5.1 Vurdering av forskningsaktivitet.....	40
5.2 Vurdering av innovasjonsaktivitet	43
6. Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)	45
6.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelser.....	45
6.2 Helse Miljø Sikkerhet (HMS)	47
7. Kommunikasjon og omdømme	57
7.1 Pasienter og pårørende	57
7.2 Praktisk informasjon – rettigheter mm.....	57
7.3 Intranett	58
7.4 Nyhetsbrev	59
7.5 Politiske besøk til sykehuset i perioden	60
7.6 Overordnede prosjekter med særlig kommunikasjonsfokus i perioden	60
7.7 Sykehuset i media	60
8. Referansetabeller.....	62
8.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 2. tertial 2013.....	62
8.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid	63

1. Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

1.1 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll

Organisasjonens internkontrollsystem er en integrert del av Oslo universitetssykehus kvalitetssystem. Internkontrollsystemet skal sikre overholdelse av lov og forskrift mens kvalitetssystemet skal bidra til at sykehuset når sine interne krav og forventninger til praksis. Systemet skal avspeile organisasjonens størrelse og funksjon. Oslo universitetssykehus HF vil derfor ha et stort antall dokumenter knyttet til styring, veiledning, kontroll og forbedring (Figur 1). Dokumentene skal støtte personalets daglige arbeid og således bidra til en god og forsvarlig praksis. De krav som beskrives gir også grunnlag for forbedringsarbeidet blant annet gjennom avvikssystemet og interne revisjoner. Sykehusets dokumentstyringssystem, eHåndbok, legger til rette for både lederens styring av dokumentasjonsarbeidet og for at medarbeiderne lett skal finne de dokumentene de trenger.

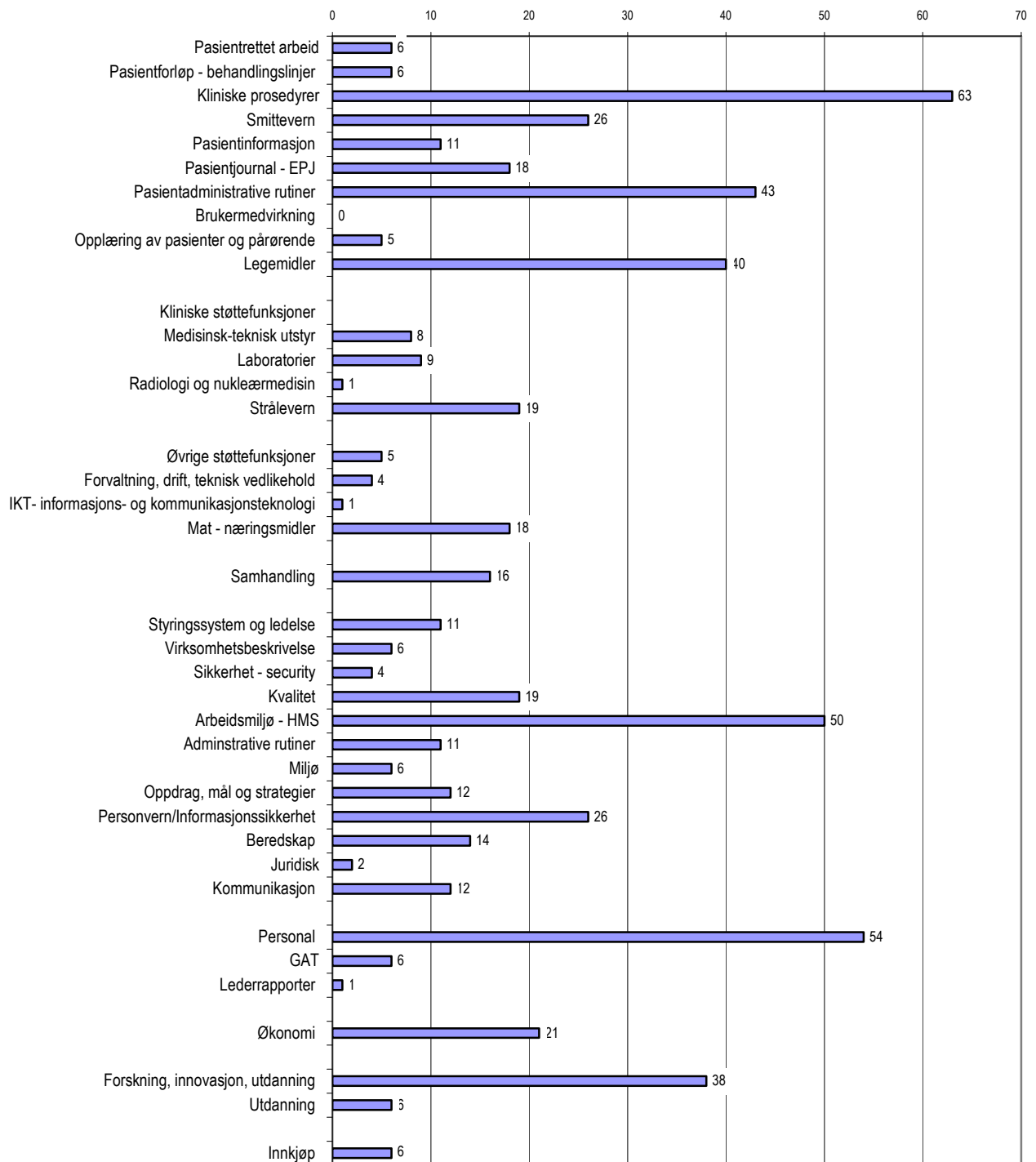


Figur 1. Antall styrende dokumenter i eHåndboken.

Aktiviteten rundt håndboksystemet er fortsatt stor og det blir stadig utarbeidet flere dokumenter. I andre tertial har det blitt utarbeidet og godkjent 1865 dokumenter (økning på 9 %). Av totalt 22 127 dokumentene er 604 overordnede fellesdokumenter for alle på sykehuset (nivå 1), mens de resterende (97 %) er lokale prosedyrer eller andre dokumenter for å styre og veilede aktiviteten i klinikker og avdelinger (nivå 2).

Figur 2 viser en oversikt over antall overordnede fellesdokumenter (nivå 1). Totalt sett utgjør disse dokumentene fortsatt en liten del av alle dokumentene (3 %). Denne andelen ønskes økt for å sikre standardisering av mest mulig lik prosedyrer for samme oppgav og for å redusere ressursbruk og arbeid med til dels likelydende dokumenter i klinikkene. Siden forrige tertial har det blitt utarbeidet 30 nivå 1-dokumenter, og det innebærer en større

prosentvis økning enn for klinikkens dokumenter. Økningen består blant annet i 15 nye smittevernsprosedyrer slik at sykehuset nå har til sammen 26 dokumenter innen dette viktige området.



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

Blant de 63 kliniske prosedyrene felles for alle på sykehuset, er over halvparten utarbeidet i henhold til kriteriene for kunnskapsbaserte prosedyrer. Oslo universitetssykehus HF er aktiv bidragsyter til Helsebibliotekets Nasjonale nettverk for fagprosedyrer. Oslo

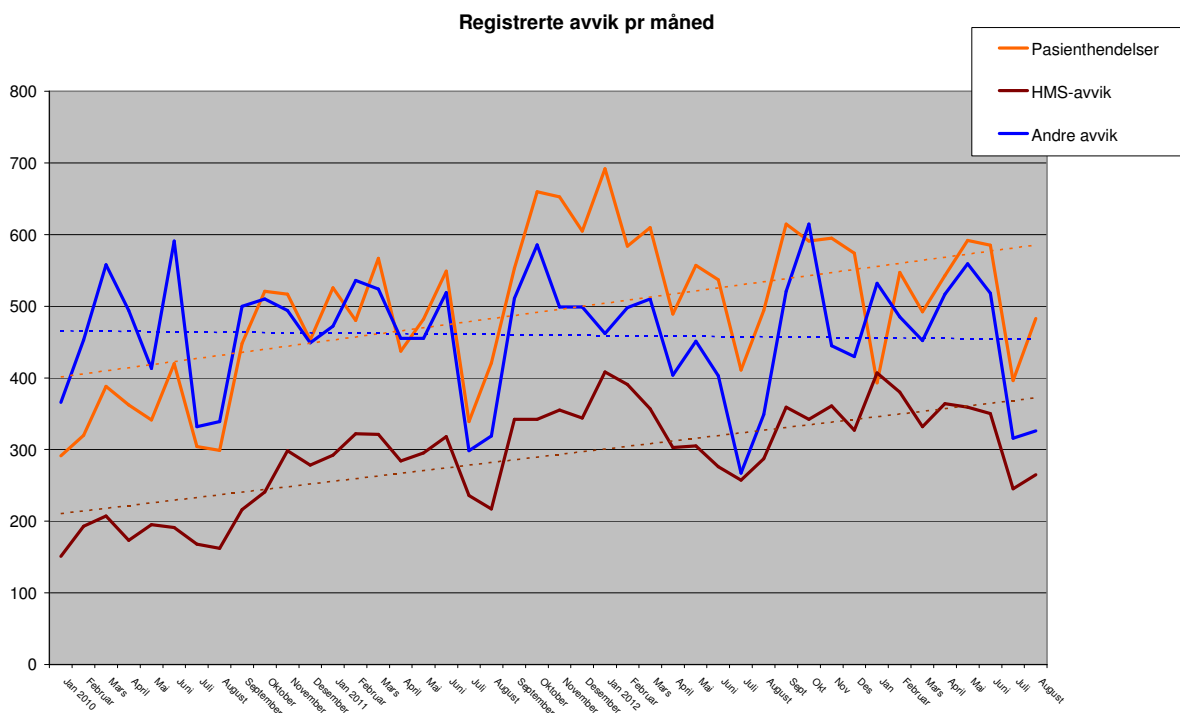
universitetssykehus HF har utarbeidet 39 av totalt de 71 kunnskapsbaserte fagprosedyrer som ligger tilgjengelig for landets fagfolk innen helsetjenesten.

1.2 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering

Registrering av uønskede hendelser/avvik og forbedringsforhold i sykehusets avvikssystem Achilles viser, som i første tertial, en liten nedgang i antall registreringer sammenliknet med fjorårets andre tertial.

Nedgangen kan skyldes en nedgang i den faktiske forekomst av hendelser og avvik. Men den kan også skyldes en nedgang av registreringsfrekvensen som uttrykk for en svakere meldekultur. I så måte er det en ikke ønsket utvikling.

Et mål for registreringsaktiviteten har vært å få registrert en så stor andel av hendelser og avvik som mulig. Forskning viser at man ved registreringsordninger at denne type bare får registrert en andel av de faktiske hendelser i et sykehus.



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

Hvis en tar utgangspunkt i funn ved journalgjennomgang (GTT-målinger – se kapittel 2.6.1) der en finner pasientskade ved 12,6 % av alle pasientopphold (døgnoophold), vil en kunne forvente nær 13.000 pasientskader i Oslo universitetssykehus HF pr år. I samme periode registrerte sykehuset 7000 hendelser i avvikssystemet som involverte pasienter.

Pasientskader registrert med GTT og avvik meldt i avvikssystemet Achilles er ikke samme populasjon. Mange GTT-påviste skader er ikke avvik, men påregnelige og til dels uunngåelige skader som følge av medisinsk undersøkelse og behandling.

Samtidig er mange av de registrerte sakene hendelser som ikke har medført skade men som kunne ha medført skade eller representerer et påvist risikoforhold.

Selv om sykehuset har en rimelig god praksis når det gjelder å registrere pasienthendelser så er det å anta at det fortsatt er mørketall når det gjelder avviksmeldte pasientskader. Det er derfor et viktig mål for Oslo universitetssykehus HF å opprettholde og helst øke registreringsaktiviteten.

Meldekultur

For å sikre en åpen og god meldekultur samt sikre forbedringer gjennom forebyggende tiltak er det særlig to forhold som ledelsen vil rette fokus mot:

1. De ansatte må oppleve verdien av å melde
Ledere på alle nivå i organisasjonen må bruke registrerte hendelser og avvik i forbedringsarbeidet. Ellers vil meldeaktiviteten forståelig nok kunne gå ned. Det er fortsatt ikke tilstrekkelig fokus og prioritet på dette arbeidet i alle sykehusets enheter. Oslo universitetssykehus HF har oppmerksomhet rundt denne problematikken.
2. De ansatte må oppleve det som trygt å melde
Det registreres enkelte eksempler på at ledere har reagert negativt på meldinger fra egne medarbeidere. Men dette er likevel unntak i en for øvrig god atmosfære for å si fra om skader, avvik og uønskede forhold.

Det er også stilt spørsmål om opplysningene som legges inn i avvikssystemet er trygge. Avvikssystemet Achilles inneholder opplysninger om pasienter, medarbeidere og krevende forhold i sykehuset. Verktøyet er utformet slik at personvernet er ivaretatt og godkjent. Det er også avgjørende med en streng innsynsbegrensning. Sykehuset har særlig det siste året sett eksempler på at media og pasienter/pårørende ønsker innsyn i avvikssystemet. For sykehuset er det derfor viktig med god informasjon om innsynsbegrensninger og andre forhold rundt verktøyet.

1. juli 2012 ble meldeplikten etter Specialisthelsetjenestelovens § 3-3 endret ved at alvorlige hendelser i sykehusene skulle meldes til Kunnskapssenteret for helsetjenesten i stedet for til Helsetilsynet. Hensikten med omleggingen var å styrke meldekulturen ved å etablere en sanksjonsfri og anonymisert meldeordning som ikke var knyttet til tilsynsformålet. Det har imidlertid ikke skjedd noen endring i meldekulturen i Oslo universitetssykehus HF etter omleggingen. Vi er kjent med at situasjonen er tilsvarende også i andre sykehus.

Årsaken til at kunnskapssenteret nå får flere meldinger enn det Helsetilsynet gjorde tidligere, er etter sykehusets oppfatning at meldingene nå oversendes i starten av meldesløyfen før sykehusene selv hadde kvalitetssikret alvorligheten i meldingene, og at terskelen for å sende over meldinger (satt i forhold til faktisk og potensiell konsekvens) i omleggingen ble noe senket.

Antall registreringer per ansatt (brutto årsverk).

2012			2013	
T1	T2	T3	T1	T2
0,34	0,28	0,34	0,32	0,29

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

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

Det er registrert 1815 tiltak knyttet til de 4994 avvik som ble registrert i perioden, tilsvarende 36 % av avvikene. Denne andelen har holdt seg stabil over lengre tid.

1.2.1 Andre avvik og forbedringsforslag

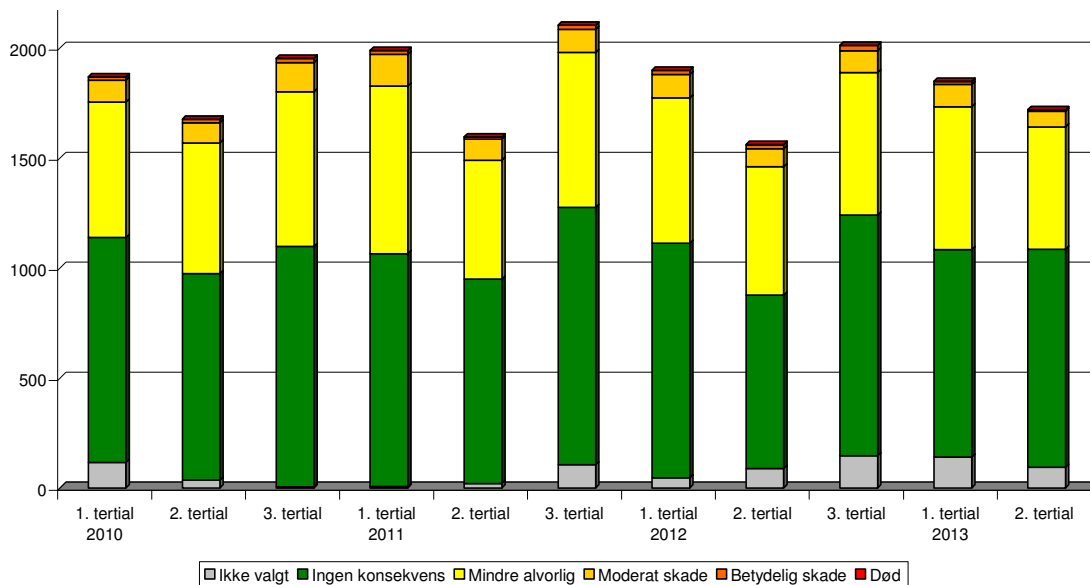
Avviksregistreringer av typen " Andre avvik og forbedringsforslag" inkluderer:

- Driftsavvik
- Laboratorieavvik
- Informasjonssikkerhet
- IK-mat
- Intern service
- Forbedringsforslag.
- IKT (data, programvare og telefoni)
- Forskning

Registreringene viser noe nedgang, og gjenspeiler fjorårets registreringsprofil (Figur 4).

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

137 avvik er i andre tertial registrert i forbindelse med IKT (data, programvare, telefoni). Kun en av disse sakene ble klassifisert med betydelig skade – den omhandlet totalt bortfall av telefoni og data ved en avdeling for barne- og ungdomspsykiatri grunnet strømbortfall. De fleste IKT-relaterte saker blir registrert kun i Sykehuspartners servicedeskprogram og en kan derfor anta en hvis grad av underrapportering av hendelser, derunder noen meldepliktige hendelser, i avvikssystemet der IKT-problemet har medført konsekvens for pasient, ansatt eller drift.



Figur 4. Avviksregistrering i hovedkategorien "Andre avvik". Faktisk konsekvens. Kilde: Avvikssystemet Achilles.

1.3 Eksterne tilsyn

1.3.1 Tilsynsbesøk gjennomført 2. tertial 2013

I 2. tertial er det gjennomført ni eksterne tilsyn. Mattilsynet har vært mest aktiv med fem tilsyn, Arbeidstilsynet tre tilsyn, og Statens strålevern med ett tilsyn.

Sykehuset har mottatt rapporter om til sammen seks avvik. Det arbeides med handlingsplaner og tiltak for å lukke avvikene innen den frist tilsynsmyndigheten har gitt.

- **Statens strålevern** hadde 29. mai 2013 tilsyn ved Hjerter-, lunge- og karklinikken, Kardiologisk avdeling, Kardiologisk intervensjon (Ullevål.). Det ble gitt tre avvik:
 - Opplæring.
 - Virksomheten må utarbeide et system for oppfølging av høye stråledoser (dette gjelder hele foretaket).
 - Avdelingen må definere hvilke stråleavvik som skal meldes i avvikssystemet.

Avdelingen har gjennomført en "Strålevernsdag" 25. september 2013 med gjennomgang av alle tiltak (ny e-læring etablert, avvikssystemet og prosedyre gjennomgang) i forbindelse med lukking av avvikene etter tilsynet.

Fristen for å få alt på plass er 1. november 2013.

- **Mattilsynets oppfølging av internkontroll mat (IK-mat) på postkjøkken og hovedkjøkken**
Gjennom Mattilsynets inspeksjoner på postkjøkken i 2012 ble det påpekt mangler ved innredning og vedlikehold. Disse forholdene er raskt blitt rettet ved iverksatte tiltak.

I tillegg ble det påpekt mangler ved etterlevelse av internkontrollkrav innen

næringsmiddelområdet ved alle postkjøkken på sykehuset. Dette er et omfattende krav knyttet til all næringsmiddelhygiene og matservering. Det berører aktivitet og forhold innen produksjonskjøkken, transport, postkjøkken samt vedlikehold. Under ledelse av hovedkjøkkenet (Oslo sykehusservice) er det startet utarbeidelse av grunnleggende prosedyrer. Det er også utarbeidet en handlingsplan for videre utvikling og implementering ovenfor medarbeidere i poster og alle andre aktuelle områder.

Handlingsplan og dokumentasjon ble oversendt innen fristen 28. februar 2013. De meldte og uanmeldte inspeksjonene som er gjennomført i 2. tertial er oppfølging av sykehusets handlingsplan for sikring av IK-mat.

Totalt har Mattilsynet gitt tre avvik ved de fem tilsynene. Disse avvikene er lukket med unntak av ett og handler om at displayene i kjølerommene og oppvaskmaskinen på Rikshospitalet må vise riktig temperatur. Dette arbeides det med å løse. Mattilsynets krav (fra tilsyn 18. mars 2013) om å sikre at fluer og andre insekter ikke får tilgang til postkjøkken, er ikke løst med tanke på hele foretaket.

Se oversikt over alle gjennomførte tilsyn i kapittel 8.1.

1.3.2 Tidligere tilsyn – pågående prosess

I 2. tertial har tre tilsyn fra forrige tertial blitt fulgt opp (Arbeidstilsynet 1 og Statens legemiddelverk 2). Enkelte tidligere pålegg som innebærer større endringer blir fulgt opp ved at tiltakene er innarbeidet i sykehusets langtidsplaner.

For å sikre god dialog om gjennomføringen av tiltak, gjennomføres dialogmøter med Arbeidstilsynet, Oslo Brann- og redningsetat og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.

- **Arbeidstilsynet – oppfølging i kvartalsvis innrapportering og oppfølgingsmøter:**

Følgende aktive pålegg fra Arbeidstilsynet er fulgt opp:

- Vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler - frist mars 2015
- Utbedring av ventilasjonsforhold – frist august 2014
- Kjemikaliesikkerhet i Patologiavdelingen. Pålegget ble lukket den 8. juli, men kontrollmålinger pågår.

Det utføres tiltak for påleggene med utgangspunkt i fastsatte handlingsplaner. Siste kvartalsvis innrapportering og kvartalsvise oppfølgingsmøter var 9. september 2013.

Kommentarer til andre tidligere tilsyn:

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

Håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft (gjennomført 8. oktober 2012)

Sykehuset fikk avvik om at sykehuset ikke sørger for at viderehenvisninger fra andre sykehus/HF håndteres i tråd med regelverket (ansiennitetsdato for opprinnelig henvisning ble ikke alltid brukt som utgangspunkt). Dette avviket stod åpent grunnet manglende mulighet i journalsystemet.

PasDoc ble i mai oppgradert slik at denne datoen kan registreres og brukes for å sikre pasientenes rettigheter.

Fylkesmannen har bedt om status for oppfølgingen per. 1. oktober 2013 med innsendelsesfrist per 20. oktober 2013.

- **Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB):**
HMS/kvalitet, elektromedisinsk utstyr opplæring avvik (gjennomført 5. november 2012)
Tilsynet viste 6 avvik, og 5 av dem ble lukket i løpet av våren. Avvik 2 pekte på at flere elektriske anlegg, i henhold til sykehusets egen risikovurdering, ikke ivaretar sikkerheten til pasienten.

DSB mener at avviket fortsatt ikke er lukket og fra 1. september 2013 påbegynte en månedlig tvangsmulkt på kr. 450 000,- (se orienteringssak 58/2013).

Årets tilsyn fra DSB er varslet og avtalt i uke 43 (21-25. oktober 2013) og tar utgangspunkt i fjorårets tilsynsrapport.

Se oversikt over oppfølging av tidligere tilsyn i kapittel 8.2.

1.4 Revisjoner utført av Konsernrevisjonen og sykehusets Internrevisjon.

1.4.1 Revisjoner utført av konsern revisjonen

I inneværende tertial har vært ferdigstilt en revisjon, og en revisjon er under utførelse.

- Revisjonsrapport(3/2013). Revisjon av tverrgående arbeidsprosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS.

Revisjonen har vært et samarbeidsprosjekt mellom internrevisjonene i de fire regionale helseforetakene og internrevisjonen i Pasientreiser ANS. Formålet var å kartlegge og vurdere i hvilken grad det er god styring og kontroll i de sentrale, tverrgående arbeidsprosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS. Revisjonen har omfattet alle 18 helseforetak som har pasientreisekontor, de fire regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS.

Revisjonsrapporten oppsummerer 19 funn fra hele området som er rettet mot både RHF, HF og Pasientreiser ANS. Styret er tidligere orientert om revisjonen, og vil bli forelagt ny sak med konkretisering og utdyping av funn ved pasientreisekontoret i Oslo universitetssykehus HF når rapporten er styrebehandlet i Helse Sør-Øst RHF.

- Ad hoc revisjon vedrørende henvisninger som er sendt, men ikke kommet til aktuelle avdelinger ved Oslo universitetssykehus HF.

Revisjonen er under utføring fra konsernrevisjon etter anmodning fra Oslo universitetssykehus HF.

På sensommeren kom det flere bekymringsmeldinger om at henvisninger sendt fra Vestre Viken HF, Ringerike sykehus, ikke hadde kommet frem til aktuelle avdelinger på Oslo universitetssykehus HF. Det ble besluttet at konsernrevisjonen skulle foreta en rask gjennomgang/revisjon.

Revisjonen har fulgt prosessen fra henvisende leger ved Ringerike sykehus, til mottak av henvisninger ved to avdelinger ved Oslo universitetssykehus HF. Det har også vært gjennomført en "walkthrough" av rutiner i postmottak og ut mot de aktuelle avdelingene (Barnekirurgisk avdeling, Rikshospitalet og Avdeling for gynekologisk kreft, Radiumhospitalet).

Konsernrevisjonen, Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, Ringerike sykehus har hatt en felles gjennomgang og avstemming av innsamlet informasjon, dokumentere funn fra revisjonen, risikoer, kontroller og avvik/restrisiko i de ulike prosesstegene. Når revisjonsrapporten foreligger, vil oppfølging av funn fra denne revisjonen bli løftet til hele organisasjonen.

Styret vil bli forelagt funn og oppfølgingsplan når rapporten foreligger.

1.4.2 Revisjoner som har vært styrebehandlet i perioden

Det har ikke vært styrebehandlet revisjoner i perioden. Overnevnte revisjoner er informert om i Administrerende direktørs orienteringer (26. september 2013)

1.4.3 Styrehandlede oppfølginger fra konsernrevisjonen

- Revisjon av ventelistehåndtering 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 til høy risiko, og tiltak ble umiddelbart satt i verk. Oslo universitetssykehus HF etablerte et foretaksovergrepene prosjekt - "Gjennomføringsprosjektet"- som tar for seg alle anmerkningene i de to konsernrevisjonene.

I tillegg omhandlet prosjektet de funn som er gjort gjennom det regionale helseforetakets prosjekt om det pasientadministrative arbeidet - økt pasientsikkerhet gjennom pasientadministrativt arbeid – prosjekt "Glemt av sykehuset."

Resultater fra Gjennombruddsprosjektet viser en betydelig bedring i antall langtidsventende, og det er generelt en bedring i andre styringsparametre. Prosjektet har bidratt til en markant bedring i korrekte aktivitetsdata og til en betydelig kompetanseheving i foretaket med fokus på lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og – system. Det er kontinuerlig oppfølging av ventelister, fristbrudd og tiltak gjennom administrerende direktørs ordinære oppfølgingsmøter med klinikkene.

Det er under planlegging interne revisjoner som skal følge opp vesentlige punkter fra Gjennombruddsprosjektet.

Tiltakene som er satt i gang etter disse revisjonen viser gode resultat på systemsiden. Rapportering fra revisjonen inngår nå i direktørens ordinære oppfølgingslinje, og vil ikke bli rapportert videre i ledelsens gjennomgang.

1.4.4 Interne revisjoner

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

Revisjonen ble utført ved Kreft, kirurgi og transplantasjonsklinikken/Avdeling for urologi. Fokusområdet for revisjonen har vært det konsesjonsbelagte forskningsregisteret "Register og biobank for urologiske sykdommer", hvorav "Register for radikal prostatektomi" og "Prostatabiobanken" inngår.

Det ble identifisert i alt 13 avvik hvorav to er klassifisert som alvorlige; revisjonen har avdekket at flere pasienter er inkludert i registeret og forskningsbiobanken uten at det foreligger samtykke. I forbindelse med rutineprøver er det i tillegg tatt ekstra blod til forskning uten at dette er tydeliggjort i samtykket. Det ble videre avdekket manglende oppfyllelse av vilkår i konsesjonen, blant annet knyttet til oversikt og kontroll med lagring og bruk av opplysningene.

Pr. september arbeides det fortsatt med å lukke avvikene. De som ikke har samtykket er fjernet fra registeret. Det er også sendt en henvendelse til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som et ledd i arbeidet med å lukke avviket knyttet til forskningsbiobanken. Informasjonsskrivene til pasientene er endret og avdelingen arbeider med å etablere en ny prosedyre for inklusjon som skal forhindre at situasjonen oppstår på nytt.

1.4.5 Oppfølging fra tidligere revisjoner:

- Revisjon intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet.

Utført ved Klinikk for kirurgi og nevrofag, Øre-, nese-, halsavdelingen (ØNH).

Avdelingens styring og kontroll med personvern og informasjonssikkerhet var generelt svært god, med høyt bevissthetsnivå hos ansatte og ledere.

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

Revisjonsleder evaluerer om avdelingens iverksatte tiltaksplaner har ønsket effekt innen gitte tidsfrister.

- Revisjon forsvarlig mottak og håndtering av prøvesvar fra patologi.

Revisjonen var ad hoc revisjon besluttet på bakgrunn av ledermøtesak.

Målsettingen med revisjonen var å kartlegge og å vurdere om avdelingene hadde forsvarlig håndtering av mottak av patologiske prøvesvar.

Funn fra revisjonene var ikke forbundet med høy risiko, men viste at det ikke er gode rutiner i alle enheter. Funnene er fulgt opp med tiltaksplaner både på nivå 1 og nivå 2. Effekt av tiltaksplanene er tilfredsstillende.

1.5 Juridiske forhold

1.5.1 Rettssaker – endringer siden forrige tertial

Proessen i domstolsapparatet vil avklare sykehusets juridiske posisjon.

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

Endringer siden sist framgår under sakene.

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

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

- Assistentlege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling.

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

Oslo universitetssykehus HF vant saken i lagmannsretten og fikk medhold i at det er hjemmel for å ansette LIS-leger midlertidig.

Saken ble anket av saksøker til Høyesterett. Siden forrige tertial er saken berammet for Høyesterett 8-9 oktober 2013.

- Forståelse av arbeidskontrakt i forhold til lønnskrav fra tidligere ansatt. Saken ble anket til lagmannsretten av den tidligere ansatte. Det er anket over deler av dommen fra tingretten der sykehuset fikk medhold på to punkter og saksøker medhold på ett punkt. Saken var berammet for behandling i september. Status siden tidligere rapporteringer er at saken er løst utenrettslig i minnelighet. Saken er trukket fra lagmannsretten.
- Oppsigelsessak. Sykehuset er stevnet av en ansatt etter endringsoppsigelse. Saken har sin bakgrunn i omstilling og omplassering. Tvisten står om oppsigelsen er formuriktig, usaklig og ugyldig. Siden forrige tertial har saken fått sin løsning gjennom forhandlinger.
- Ny oppsigelsessak. Siden forrige tertial har sykehuset blitt stevnet av en ansatt etter en oppsigelse grunnet adferd. Saken har blitt løst gjennom utenrettslige forhandlinger.

Arbeidsrettssakene - kollektive saker:

- I perioden har Norsk sykepleierforbund (NSF) saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder tvist om hvilket virkningstidspunkt som skal komme til anvendelse ved overgang fra et system med vaktklasser som kompensasjonssystem for ubekvem arbeidstid ved Rikshospitalet, til et avtalt nytt system med en tradisjonell godtgjøring av ubekvem arbeidstid med lørdags- og søndagstillegg, samt kvelds- og nattillegg. Det er avsagt voldgiftsdom med resultat frifinnelse for foretaket og Spekter.

Pengekrav i arbeidsforhold

- Ny sak: sykehuset er innklaget til forliksrådet av tre ansatte med krav om overtidsbetaling for sommerturnus som skal ha vært ugyldig sommeren 2008. Det ene kravet er akseptert og de to andre er til behandling i Forliksrådet.

Erstatningskrav i kontraktsforhold.

- Mangler knyttet til prosjektering (elektro). Saken har blitt innstilt fra Forliksrådet. Status siden forrige tertial er at sykehuset har valgt å ikke forfølge saken rettslig.
- Ny sak: Oslo universitetssykehus HF har tatt ut forliksklage for pengekrav mot Det Norske Kartselskap AS. Sykehuset finner å ha grunnlag for at selskapet gjennomgående, systematisk og bevisst har overfakturert sykehuset.

1.5.2 Saker med risiko for rettslig prosess

Sakene 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.

- Kontraktsforhold: uenighet om provisjonskrav knyttet til eiendomssalg. Siden forrige tertial vurderes risiko for prosess som lav.
- Arbeidsrettforhold: NITO varslet søksmål på vegne av 13 medlemmer. Søksmålsvarelet gjelder påståtte brudd på ferieloven § 5 (2) og det varsles krav om fastsettelsesdom for at arbeidstakere som har 6 ukers ferie etter individuell avtale også har rett til 6 ekstra virkedager i henhold til ferieloven. Det fremsettes også krav om erstatning. Status siden forrige tertial er uendret.
- Arbeidsrettsforhold: Avskjedssak grunnet grove pliktbrudd i tjenesten.

1.5.3 Straffbare forhold:

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

- Rekruttering av spesialsykepleiere til arbeid
Siden forrige tertial har riksadvokaten besluttet endelig tiltale. Tiltalen lyder på overtredelse av Utlendingsloven (§ 108, tredje ledd bokstav b, jf. Straffeloven § 48 a) 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 utilbørlig utnyttelse av utlendingens situasjon". Tiltalen for sykehuset gjelder straffansvar for foretaket. Saken går for Oslo tingrett i 20 dager med start 7. oktober.
- Brudd på arbeidstidbestemmelser
Sykehuset er på grunnlag av anmeldelse fra Arbeidstilsynet under politietterforskning for brudd på arbeidstidbestemmelsene i arbeidsmiljøloven. Forholdet er knyttet til 12 ansatte.
Siden siste rapportering er saken henlagt av politiet.
- Dødsfall.
I tertialet er det igangsatt etterforskning (etter anbefaling fra fylkesmannen) i forbindelse med en pasient som døde etter hjerteoperasjon.
Saken er henlagt.

Dødsfall.

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

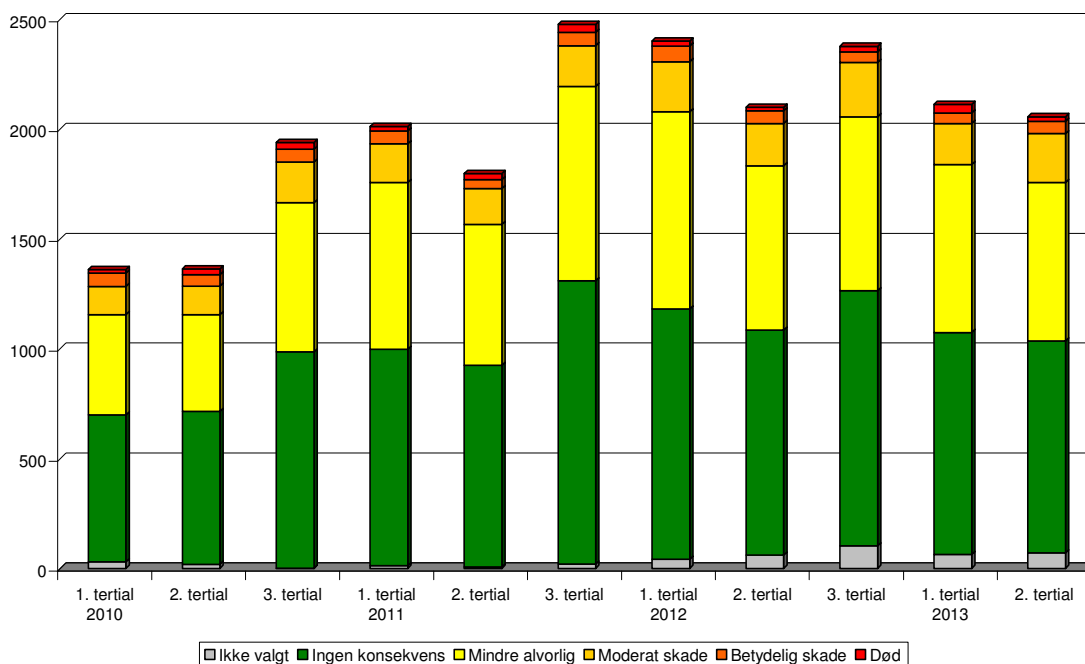
Siden forrige tertial er saken oversendt overordnet organ i Spesialenheten for politisaker for vurdering og beslutning av om forholdet skal påtales eller ikke.

1.5.4 Klagesaker KOFA (klageorgan for offentlige anskaffelser)

- Foretaket er innklaget til KOFA av en leverandør i sak som gjelder anskaffelse av defibrillatorer. Foretaket forbereder skriftlig klagebehandling.
Saken er til behandling i KOFA.
Status siden forrige tertial er uendret.
- Ny sak: Foretaket er innklaget av en leverandør i sak som gjelder ferdig anbudskonkurranse og inngåelse av kontrakt med valgt tilbyder av sikkerhetssystemer. Foretaket har forberedt og avgitt skriftlig tilsvare.
Saken er til behandling i KOFA.
- Ny sak: Foretaket er innklaget av en tilbyder i sak som gjelder anbudskonkurranse av flytransport ved organdonasjon. Foretaket har forberedt og avgitt skriftlig tilsvare.
Saken er til behandling i KOFA.

2. Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling

2.1 Uønskede pasienthendelser



Figur 5. Pasienthendelser - faktisk konsekvens. Kilde: Avvikssystemet

Figur 5 viser den tertialvise utvikling fra 2010 fordelt på vurdering av alvorlighetsgrad. Antall og alvorlighetsgrad av pasienthendelsene er på nivå med samme tertial i 2012. Andelen betydelig skade/død er på 3,7 %, og har ligget mellom 3 og 4 % siste 2 år. Tabell 2 viser utvikling av uventede/unaturlige dødsfall alene.

	2011			2012			2013	
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2
Uventet/unaturlig dødsfall	23	29	37	22	17	27	41	21
Antall registrerte pasientavvik	2013	1797	2473	2401	2078	2377	2112	2055

Tabell 2. Antall uventede/unaturlige dødsfall. Kilde: Avvikssystemet

Mønsteret for fordeling av pasienthendelser på hovedkategoriene viser stabil fordeling fra tidligere tertialer. Viktigste endring er nedgang i antall registrerte dødsfall, både innen kategorien Diagnostikk, behandling og pleie og innen kategorien pasientadferd. Sistnevnte skyldes endret registreringspraksis for selvmord blant tidligere pasienter.

	Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Død	Ikke valgt	
Pasienthendelse	2054	968	722	221	57	21	65	
Diagnostikk, behandling og pleie	685	241	288	102	30	9	15	33 %
Dokumentasjon	161	100	41	11	1	3	5	8 %
Ernæring	6	3	3	0	0	0	0	0 %
Fall og andre ulykker	144	73	47	17	6	0	1	7 %
Legemidler og blodprodukter	368	235	101	20	4	1	7	18 %
Medisinsk utstyr	134	71	51	7	0	1	4	7 %
Pasientadferd	84	36	26	9	6	6	1	4 %
Pasientadministrasjon / samhandling	306	150	116	35	0	0	5	15 %
Sykehusinfeksjon	18	11	4	1	0	1	1	1 %
Ikke kategorisert	148	48	45	19	10	0	26	7 %

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

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

- **Operasjons- / intensiv kapasitet**

Flere registreringer berører mangel på operasjons- og intensivkapasitet. Dette har medført utsettelse/strykninger av operasjoner.

Eksempler:

- Klinisk forverring og full peritonitt ved tilsyn ca kl 11. Pasienten ble meldt med prioritet til øyeblikkelig hjelp operasjon for drenasje, skylling og sutur av perforasjon, men tas ikke inn før kl 19:30.
- Pasienten fastet hele vekten i påvente av operasjon. Dette var femte døgnet pasienten fastet og hadde blitt strøket.
- Operasjoner på 4 barn ble utsatt. En av pasientene var elektiv, de tre andre var meldt som øyeblikkelig hjelp. En av disse har en shuntsvikt og har ligget og ventet i to dager på operasjon.
- Pasient lå og ventet et døgn med tynntarmslekkasje i bukhulen på grunn av sprengt operasjonskapasitet.

Mangelfull intensivkapasitet er en vedvarende utfordring og blir vurdert med høy risiko (vedlegg 1). Tradisjonelt er sommerferieperioden en utfordring knyttet til ferieavvikling både i Oslo universitetssykehus HF og i samarbeidende sykehus, mens antallet intensivtrengende pasienter ikke nødvendigvis viser samme nedgang. Oslo universitetssykehus HF har også spesielle utfordringer i sommerperioden på grunn av erfaringer om mange traumepasienter og svært dårlige intensivpasienter som det ikke er enkelt å overflytte. Mange pasienter blir da behandlet i sykehuset til de er klare for videre rehabilitering.

I uke 28 ble Oslo universitetssykehus HF av Helse Sør-Øst RHF bedt om å starte koordineringsmøter av intensivkapasiteten i regionen. Årsaken var mangel på ledige intensivsenger ved flere sykehus i regionen. Koordineringsmøter ble gjennomført daglig på telefon under ledelse av ansatt fra Akuttklinikken. Stab medisin, helsefag

og utvikling koordinerte deretter innrapporteringene og distribuerte disse i en daglig rapport.

Ordingen ble evaluert underveis, og ble opplevd som positiv av regionens intensivavdelinger. En valgte derfor å fortsette ordningen videre gjennom sommeren til den 9. august.

Intensivkapasiteten ved Oslo universitetssykehus HF i perioden varierte mellom 56 og 69 senger. Gjennomsnittlig belegg var 58 pasienter og gjennomsnittlig ledig kapasitet var 2 senger. I resten av regionen samlet var gjennomsnittlig meldt kapasitet 107 senger, gjennomsnittlig belegg 85 pasienter og gjennomsnittlig ledig kapasitet 19 senger.

- **Manglede radiologikapasitet**
Utilstrekkelig kapasitet (spesielt for CT og MR) fører til flaskehals og venting.
- **Manglede patologikapasitet**
Utilstrekkelig kapasitet har ført til for lange svartider.
- **Medisinsk teknisk utstyr**
Hendelser knyttet til gammelt/slitt utstyr.
- **Manglende kapasitet for prehospitaltjenester**
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 også for å vurdere om de er påregnelige eller om de kunne vært forebygget.

Vurderingen i hvilken grad hendelsen kunne vært forebygget baserer seg i stor grad på skjønn.

Det er i 2. tertial 2013 registrert 21 dødsfall i avvikssystemet, med følgende fordeling:

Forebyggbarhet	Antall
0. Ikke valgt / ikke ferdig behandlet	0
1. Ganske sikkert ikke forebyggbar	10
2. Sannsynligvis ikke forebyggbar	7
3. Sannsynligvis forebyggbar	3
4. Ganske sikkert forebyggbar	1
Totalt	21

Tabell 4. Forebyggbarhet – registrerte dødsfall i avvikssystemet 2. tertial.

Dødsfallene i kategori 3 og 4 er:

3. Sannsynligvis forebyggbar

- Utenfor sykehus: Pasient på sykehjem inntok etsende middel
- Pasient død under komplisert operasjon på behandlingstrengende thoracoabdominalt aortaaneurysme
- Alvorlig syk pasient døde etter uventet respirasjonsstans

4. Ganske sikkert forebyggbar

- Teknisk og samtalemessige svikt i nødsamtale til AMK fra sykehjem medførte tvil om hvilket sykehjem pasienten var innlagt på. Utrykningen ble forsinket.

2.2 Sykehusinfeksjoner

Det ble 13. februar og 29. mai gjennomført prevalensregistreringer av infeksjoner i sykehuset. Registreringene omfatter alle somatiske avdelinger på Aker, Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Ullevål og Statens senter for epilepsi (SSE).

Oslo universitetssykehus HF registrerer alle helsetjenesteassosierte infeksjoner, ikke bare de 4 infeksjonstypene som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Resultatene er derfor angitt på 2 måter:

- Prevalensrate av de 4 infeksjonstypene som skal meldes til Nasjonalt folkehelseinstitutt (urinveisinfeksjon, infeksjon i operasjonsområde, nedre luftveisinfeksjon og sepsis). Dette er grunnlaget for Helse Sør-Øst RHF's målsetting om at prevalensraten skal reduseres til under 3 %.
- Prevalensrate av alle helsetjenesteassosierte infeksjoner.

Til sammen ble det registrert 130 helsetjenesteassosierte infeksjoner hos 2854 pasienter på de to datoene. Det gir en gjennomsnittlig prevalensrate på 4,6 % når alle infeksjonstyper er tatt med.

Tilsvarende var det 102 infeksjoner som skal meldes til Folkehelseinstituttet, en prevalensrate på 3,6 %.

Til sammenligning var prevalensraten på helårsbasis 5,9 % i 2011 og 5,6 % i 2012. Det må her presiseres at SSE ikke var med i undersøkelsene i 2011 og 2012. Dette er normalt en avdeling med lite infeksjoner, som dermed trekker gjennomsnittet noe ned.

Klinikk	Prevalensrate av helsetjenesteassosierte infeksjoner som skal meldes Folkehelseinstituttet	Prevalensrate av alle typer helsetjenesteassosierte infeksjoner.
Akuttklinikken	15.0 %	17.0 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	8.3 %	10.0 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	2.4 %	2.6%
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	4.8 %	6.2 %
Kvinne- og barneklinikken (inkludert nyfødte)	0.5 %	1.0 %
Medisinsk klinikk	2.8 %	4.3 %
TOTAL (somatikk)	3.6 %	4.6 %

Tabell 5. Prevalensrater fra prevalensregistreringer av helsetjenesteassosierte infeksjoner utført 13/2 og 29/5. Avdeling for gynekologisk kreft deltok ikke 29/5. Kilde: Avdelings for hygiene og smittevern.

Det er antall infeksjoner som registreres, ikke antall pasienter med infeksjon. Siden noen pasienter har mer enn én infeksjon, er andelen pasienter med helsetjenesteassosierte infeksjoner litt lavere enn den oppgitte prevalensraten.

Klinikk	Avdeling	Prevalensrate i henhold til FHI %	Total prevalensrate %
AKU	Postoperativ/Intensivavdelingen	15,0	17,0
HLK	Kardiologisk avdeling	8,2	10,2
	Karavdelingen	0,0	0,0
	Lungeavdeling - HLK	3,8	5,8
	Thorax-kirurgisk avdeling	11,1	12,7
KKN	Avd. fysikalsk medisin og rehabilitering	9,1	9,1
	Kirurgisk avdeling for barn	4,8	5,7
	Nevrologisk avdeling	1,1	1,1
	Nevrokirurgisk avdeling	3,0	3,0
	Ortopedisk avdeling	3,9	4,5
	Plastisk kirurgisk avdeling	0,0	0,0
	SSE	0,0	0,0
	Øre-, nese- og halsavdelingen	2,6	2,6
KKT	Øyeavdelingen	0,0	0,0
	Avdeling for gastrokirurgi	4,8	7,0
	Avdeling for kreftbehandling	4,6	5,0
	Avdeling for blodsykdommer	16,7	20,8
	Avdeling for transplantasjonsmedisin	4,4	5,9
	Avd. for revmatologi, hud og infeksjon	0,0	0,0
	Avdeling for urologi	0,0	1,7
KVB	Barnemedisinsk avdeling	0,7	1,4
	Fødeavdelingen	0,0	0,0
	Avdeling for gynekologisk kreft (bare 13/2)	0,0	0,0
	Gynekologisk avdeling	0,0	4,0
	Nyfødtintensivavdeling	2,8	4,2
MED	Akuttmedisinsk avdeling	8,5	10,6
	Gastromedisinsk avdeling	3,1	3,1
	Geriatrisk avdeling	2,5	2,5
	Generell indremedisinsk avdeling	0,0	6,1
	Hjertemedisinsk avdeling	2,2	2,2
	Infeksjonsmedisinsk avdeling	1,7	1,7
	Lungemedisinsk avdeling	2,6	5,1
	Nyremedisinsk avdeling	3,3	10,0

Tabell 6. Prevalensrater fra prevalensregistreringer av helsetjenesteassosierte infeksjoner utført 13/2 og 29/5 fordelt per klinikk og avdeling. Avdeling for gynekologisk kreft deltok ikke 29/5. Kilde: Avdelings for hygiene og smittevern.

2.3 Melding til Kunnskapscenteret etter Spesialisthelsetjenestelovens §3-3

Oslo universitetssykehus HF sender meldepliktige hendelser som registreres i avvikssystemet Achilles til Kunnskapscenteret i henhold til Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3. Det er meldt 383 hendelser i 2. tertial, opp fra 371 i 1. tertial i år.

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

I 2. tertial 2013 er det etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a sendt 19 varsler til Statens helsetilsyn fra Oslo universitetssykehus HF. Statens helsetilsyn valgte i to tilfeller å komme på stedlig tilsyn (utrykning), mens i 8 tilfeller ble saken videresendt til Fylkesmannen for vurdering av annen tilsynsmessig oppfølging.

	2010	2011	2012	2013	
				1 Tertial	2 Tertial
Ingen tilsynsmessig oppfølging	6	7	17	11	9
Oppfølging - anmodning om redegjørelse	0	0	0	2	1
Tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen		3	14	5	7
Stedlig tilsyn v/Statens helsetilsyn		5	2	1	2
Totalt	6	15	33	19	19

Tabell 7. Antall varsler til Statens Helsetilsyn med påfølgende reaksjon.

2.5 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

År	Totalt antall	Avslag	Medhold	Medhold %
Hele 2010	459	327	132	29 %
1. tertial 2011	143	100	43	30 %
2. tertial 2011	145	105	40	26 %
3. tertial 2011	149	105	44	30 %
Hele 2011	437	310	127	29 %
1. tertial 2012	140	113	27	19 %
2. tertial 2012	143	115	28	20 %
3. tertial 2012	185	139	46	25 %
Hele 2012	468	367	101	21 %
1. tertial 2013	137	105	29	22 %
2. tertial 2013	124	93	31	25 %

Tabell 8. Avsluttede NPE-saker, utvikling over tid. Kilde: NPE.

Det lite endringer i andel saker som er ferdigbehandlet med medhold/erstatning fra Norsk Pasientskadeerstatning i perioden. Utbetalt erstatning fra Norsk Pasientskadeerstatning var på 32 millioner kroner i 2. tertial 2013, hvorav egenandel på kr 1 600 000,- dekkes av foretaket.

Antallet nye erstatningssaker er på nivå med tidligere tertialer.

2.6 Pasientsikkerhetskampanjen

Sykehusets implementering av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakker er godt i gang, men unntak av tiltakspakken for behandling av hjerneslag.

Det er opprettet faggrupper som tilpasser innholdet til bruk i Oslo universitetssykehus HF, for eksempel ved å oppdatere prosedyrene på området. I tillegg utvikles det informasjonsmateriale som plakater, brosjyrer, postere, rolls-up, lommekort og elæringskurs for å understøtte klinikkens implementering.

Sykehuset har valgt å utvide områdene med en intern kampanje for å sikre riktig identifikasjon av pasienter. Det ble blant annet satt opp rolls-ups i alle inngangspartier, og hengt opp plakater og lagt ut brosjyrer i avdelingene. Det ble sendt ut en epost fra administrerende direktør til alle ledere i Oslo universitetssykehus HF om viktigheten av sikker og riktig pasientidentifikasjon



Figur 6. Plakater utviklet for å sikre riktig pasientidentifikasjon

I forkant ble det gjennomført en manuell prevalensmåling av bioingeniører og radiografer der de registrerte antall pasienter i kontakt med dem som var uten navnebånd. Utvalget var pasienter innlagt på Ullevål, Rikshospitalet og på Radiumhospitalet.

	Radiologi Rikshospitalet	Radiologi Ullevål	Biokjemi Rikshospitalet	Biokjemi Radiumhospitalet
Antall uten navnebånd	82	56	194	31
Antall henvisninger innlagte pasienter	4518	4949	12493	1651

Tabell 9. Prevalensmåling av antall pasienter uten navnebånd i perioden 10-30. april 2013

Det vil bli utført ny prevalensmåling i etterkant av informasjonskampanjen for å måle effekt.

Tilsvarende metodikk vurderes også tilpasset og benyttet i forbindelse med innføring av de andre tiltakspakkene:

- Trygg kirurgi med fokus på postoperative sårinfeksjoner
- Samstemming av legemiddellister
- Behandling av hjerneslag (forsinket)
- Forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger
- Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra institusjon
- Forebygging av infeksjon ved sentralt venekateter

- Forebygging av trykksår
- Forebygging av fall i helseinstitusjoner
- Forebygging av urinveisinfeksjoner i forbindelse med bruk av kateter.
- Ledelse i pasientsikkerhet. Første samling vil være i november i år.

Oslo universitetssykehus HF var representert med fire postere og flere foredragsholdere på den nasjonale pasientsikkerhetskonferansen på Hotell Bristol i Oslo 18-19. september i år.

2.6.1 Journalundersøkelser med Global Trigger Tool (GTT)

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

En pasientskade i denne sammenheng defineres som en utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang

I Oslo universitetssykehus HF ble det i 2012 funnet 33 pasientskader i utvalget av 231 pasientjournaler, noe som tilsvarer 12,5 % av hvert pasientopphold. Resultatene ble nøyere beskrevet i sak 36/2013. De nasjonale tall som nå foreligger viser at pasientskade nasjonalt oppstår gjennomsnittlig i 13,9 % av hvert pasientopphold. Tallene er ikke egnet til å sammenligne sykehus.

2.7 Brukerundersøkelser

Den elektroniske brukerundersøkelsen, der pasienter og pårørende via minjournal.no kan svare anonymt til avdelingen de har vært på, er under etablering i klinikkene. Målet er at alle enheter er i gang med brukerundersøkelsen i oktober, og at alle pasienter dermed inviteres til å si deres mening.

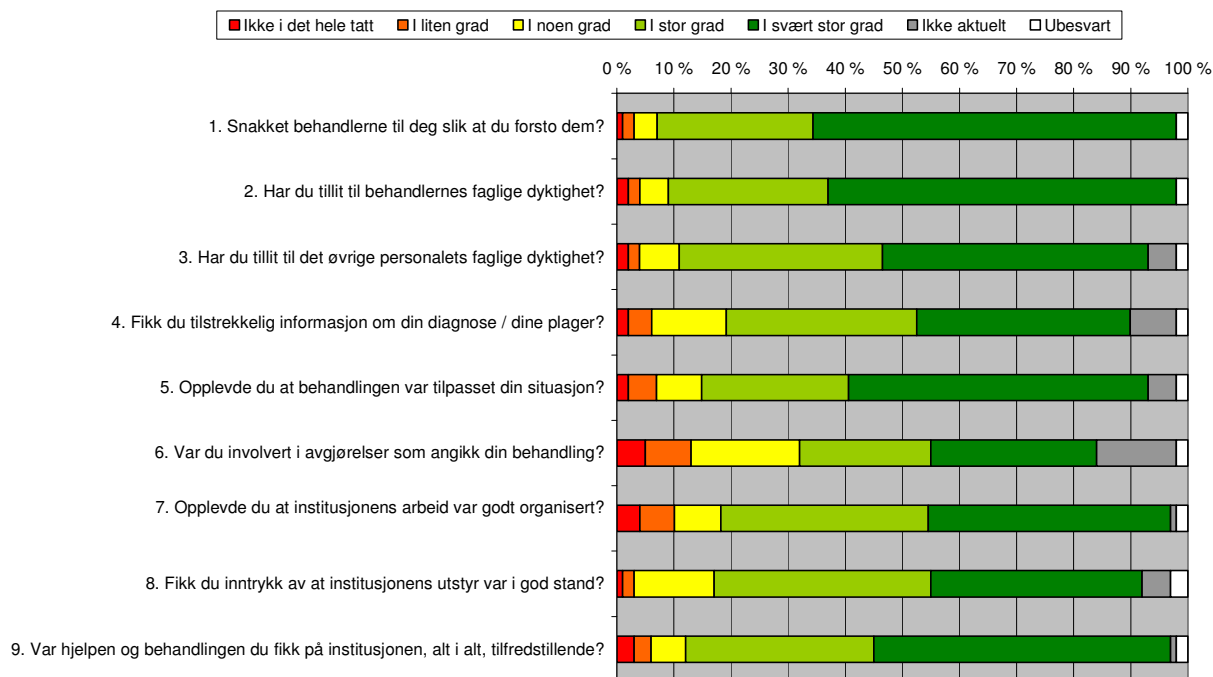
Det er så langt kommet 387 svar fra pasienter/pårørende fordelt på 35 enheter som har startet implementeringen av brukerundersøkelsen. Av disse har 203 (53 %) skrevet en kommentar i tillegg til å svare på spørsmålene. 33 % av de som svarte brukte mobiltelefon, 67 % brukte datamaskin/nettbrett.

Svarantallet er lavere enn forventet, og økning er avhengig av at invitasjoner blir delt ut til alle pasienter. En mangedobling av svarantallet ventes i løp av høsten.

Svarene gir foreløpig ikke et representativt bilde, siden det er få svar og fremdeles et lite utvalg enheter som har tatt undersøkelsen i bruk. Svarfordelingen er omtrent som forventet. Det mest iøynefallende resultatet er at ca 10 % angir å være feilbehandlet (Figur 10).

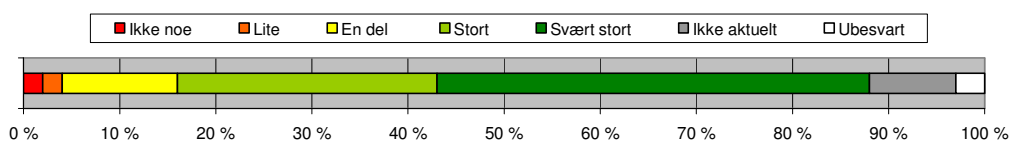
Erfaringene så langt bekrefter antagelsen om at det er kommentarene som er mest verdifulle i en slik undersøkelse.

Svarfordeling brukerundersøkelsen 2. tertial



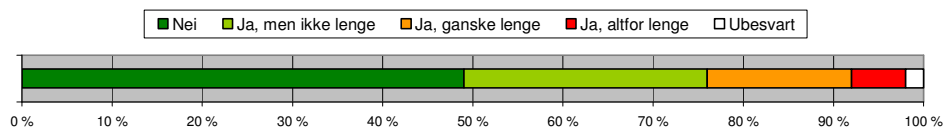
Figur 7

Hvilket utbytte har du hatt, alt i alt, av behandlingen på institusjonen?



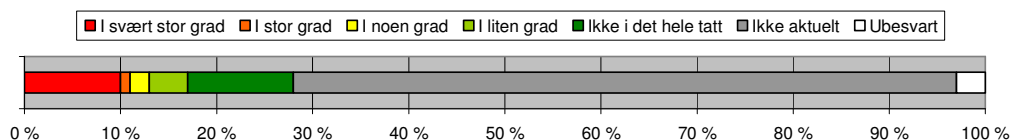
Figur 8

Måtte du vente for å få tilbud ved institusjonen?



Figur 9

Ble du feilbehandlet?



Figur 10

Et utvalg kommentarer:

- Bruker og oss følgepersoner følte oss godt ivaretatt og ble møtt med trygge og dyktige personale. Dere gjør en svært god jobb.
- Synes svarene vi fikk var noe diffuse, fikk ikke helt tiltro til at det faglige nivået var optimalt. Konklusjonen ble å fortsette en behandling som ikke har vært tilfredsstillende mht. bivirkninger. Dette kan nok være rett nå, men hadde håpet på skissering av mulige alternative behandlingstiltak dersom dette ikke fører frem.
- Svært proff og god oppfølging av den kvinnelige overlegen. Opplevde studentene i sommer som svært imøtekomende, støttende og ikke minst profesjonelle. Stå på!
- Hyggelig personale, som forklarer i detalj, tar dine plager alvorlig samtidig som du får følelsen av at de forstår at du kan være i en noe sårbar situasjon, du forklarer veldig intime og personlige detaljer og det kan til tider føles pinlig.
- Jeg synes man kan få tilbakemelding på prøver uansett resultat / utfall, ikke bare ved funn av sykdom.
- Et helt fantastisk tilbud! Noe å være stolt av!
- At man ikke får snakket med en ernæringsfysiolog når man har kreft er skammelig. I stedet må man kontakte primærlege for å sende deg i kø, dette er helt uøst.
- Synes det er altfor mye klaging, så her kommer en solskinnshistorie hvor jeg har en meget god opplevelse av besøket på Ullevål Sykehus. Veldig bra!!!
- Jeg opplevde litt forvirring om ventetid, kølappsystem, skjema osv.
- Det er noe veldig galt med holdningene hos en del leger ved OUS, det gjelder pasientens kunnskap og andre eksperters kunnskap, og brukervedvirkning har jeg aldri opplevd. I tillegg er det ingen kommunikasjon avdelinger eller tverrfaglig team, det virker som det alltid er en profesjonskamp, som virker direkte barnslig. Hvor er empati og profesjonalitet? Det hjelper lite med vakre ord på hjemmeside, når virkeligheten slår deg i bakken. Og stort sett må man alltid purre på henvendelser/henvisninger. Det må bli større ydmykhet.
- Fornøyd med roen som ble utstrålt av personalet, samtidig som dem var kompetent og ga god informasjon underveis.
- Veldig hyggelig og hjelpsomt personal. Forbedringsområder: Litt vanskelig å finne frem. Når man finner bygget, og går inn står det heller ingen info i gangen. Måtte gå inn i heisen for å finne ut hvilken etasje det lå i. Burde vært en tavle i gangen, og tydeligere merket.
- Jeg møter en ny lege hver gang (innenfor samme avdeling), og jeg blir sendt frem og tilbake mellom Ullevål og Rikshospitalet og ingen tar ordentlig ansvar fordi de tenker at de andre kan gjøre det.
- Opplevde at informasjon og rådgivning varierte mye mellom de ulike skiftene.
- Jeg har møtt en av de mest profesjonelle fagmiljøer jeg noensinne har sett. Selvsagt er bygg og infrastruktur gammel og slitt, men hva slags rolle spiller det da personalet er helt topp. Instruksjoner for fremmøte har vært bra, forklaring av problemer bivirkninger har vært forståelig, alle aspekter ved behandlingen har så langt blitt meg forklart på en grei og ordentlig måte. Når man leser alt det negative som kommer frem i media så forstår man jo hva som er problemet: Nemlig media verden selv. Så langt: Takk for fenomenal behandling.
- Etter min mening utviste personalet en perfekt balanse mellom profesjonalitet og menneskelighet, vennlige og hjelpsomme selv i stressede perioder.
- Jeg er utrolig takknemlig for all faglig og medmenneskelig hjelp jeg har fått, kunne ikke ha klart tilfriskningsprosessen så raskt uten dere. Tusen takk til dere alle!

2.8 Pasientsikkerhetsvisitter

Administrerende direktør har så langt i år avholdt 14 pasientsikkerhetsvisitter der risiko- og forbedringsområder har blitt avdekket i samtaler med de ansatte. I etterkant av visittene er det avholdt møter med klinikk-, avdelings- og enhetslederne der ansvar for gjennomføring av konkrete forbedringstiltak har blitt fordelt.

De besøkte enhetene er:

- Generell intensiv 2/ Akuttmottaket, RH
- Intermediær enhet, Nevrokirurgisk avdeling, RH
- AMK i Prehospitalt senter, US
- Nyfødtintensivpost, RH
- Rusakuttmottaket, Aker
- Histologilaboratoriet, Avdeling for Patologi RH
- Lungemedisinsk avdeling, US
- Angiolab., Seksjon for kardiologisk intervensjon, US
- Avdeling for blodsykdommer, RH
- Nevrologisk sengepost, RH
- Elektroavdelingen, Teknisk, Radiumhospitalet
- Sengepost A5, Radiumhospitalet
- Karavdelingen, Aker
- Avdeling for urologi, Aker

Totalt 43 tiltak er planlagt i forhold til følgende (grovdefinerte) problemområder:

- Bemanning, organisering og pasientflyt: 7
- Opplæring, forbedring, faglig utvikling, interne rutiner: 15
- Behov for nytt utstyr: 6
- Behov for bedre rutiner rundt samarbeid med andre klinikker: 5
- Behov for bedret rutiner rundt samarbeid med eksterne parter: 5
- Areal/ bygningsmasse: 3
- IKT: 2

Det er planlagt ytterligere 4 pasientsikkerhetsvisitter i 2013:

- Regional sikkerhetsavdeling, Dikemark
- Regional avd for spiseforstyrrelser, Ullevål
- Barnemedisinsk sengepost 2, Rikshospitalet
- Matproduksjon, spesialkost/ønskekost på Rikshospitalet

2.9 Publisering av uønskede hendelser på nett

Det er nå publisert 15 hendelser i forbindelse med undersøkelse og behandling av pasienter på sykehusets hjemmesider. Flere av hendelsene påpeker systemforhold og representerer langt flere konkrete hendelser enn de 15 som er brukt i eksemplene.

<http://www.oslo-universitetssykehus.no/fagfolk/kvalitet/pasientsikkerhet/uonskede-hendelser>

Sykehusets policy er å publisere hendelser som illustrerer risiko- og systemforhold i sykehuset med fokus på læring og forbedring.

2.10 Klager fra pårørende og deres representanter

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

Klager/henvendelser	2011		2012			2013	
	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2
Fra Fylkesmannen	65	65	77	73	51	57	70
Fra pasient / pårørende	69	96	112	128	122	170	147
Fra Pasientombud	17	32	27	35	17	42	43

Tabell 10. Nye klager og klagerelaterte saker. Kilde: Avvikssystemet Achilles.

Antall klagesaker mottatt fra Fylkesmannen er på nivå med samme tertial i 2012. Antall saker fra Pasientombudene er fortsatt høyere enn i foregående år.

Hovedmengden av sakene handler om misnøye med informasjon/kommunikasjon og ventetid.

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

	2. tertial 2012		3. tertial 2012		1. tertial 2013		2. tertial 2013	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerkning	28	60 %	17	50 %	27	60 %	13	41 %
Avsluttet med anmerkning	6	13 %	9	26 %	4	9 %	6	19 %
Brudd på informasjonsplikt	-	-	2	6 %	0	0 %	1	3 %
Brudd på pasientrettigheter	-	-	0	0 %	1	2 %	0	0 %
Brudd på krav til journalføring	-	-	1	3 %	0	0 %	2	6 %
Brudd: på forsvarlighet	13	28 %	5	15 %	13	29 %	10	31 %
SUM	47	100 %	45	100 %	34	100 %	32	100 %

Tabell 11. Fylkesmannens konklusjoner i avsluttede klagesaker.

En lavere andel enn tidligere er avsluttet uten anmerkninger til saken. Fylkesmannen har funnet brudd på forsvarlighet i 10 av 32 avsluttede saker, en høyere andel enn i forrige tertial. Der det er brudd vurderes årsak og forbedringstiltak.

2.11 Samarbeid om tros- og livssynsbetjening

Oslo universitetssykehus HF har inngått avtale med Diakonhjemmet sykehus AS om samarbeid om tros- og livssynsbetjening. Samtalepartnere om tro og livssyn ved Oslo universitetssykehus HF dekker et mangfold av ulike religions- og livssynstradisjoner og er et tilbud som er ment å sikre et likeverdig tilbud til pasienter og pårørende som ikke finner det ønskelig å bli betjent av sykehusets egne prester.

Tros- og livssynsprosjektet arrangerte i september en nasjonal konferanse om erfaringer så langt rundt dette tilbudet. Innledere var invitert fra blant annet England og Danmark som har jobbet med dette feltet i lengre tid. Også prestetjenesten fra Oslo

universitetssykehus HF, Tromsø, Bergen, Trondheim og fra samtalepartnerne bidro med sine erfaringer. Konferansen var i tillegg en del av et etterutdanningskurs for samtalepartnerne.

Prosjektet har hittil hatt 105 samtaler (fra 1. februar 2012). Prosjektkoordinator har holdt over 75 foredrag om prosjektet på ulike avdelinger på sykehuset.

2.12 Likeverdsprosjekt:

Samhandlingsprosjektet "Styrking av likeverdig helsetjeneste for minoritetsbefolkning i hovedstadsområdet" (Likeverdsprosjektet) ble gjennomført i perioden juni 2010 til juni 2013, med Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune som prosjekteiere, og Oslo universitetssykehus som prosjektleder.

I august 2013 ble sluttrapporten overlevert til prosjektets eiere. I rapporten gis det en oppsummering av tiltak og erfaringer fra prosjektperioden. I tillegg presenteres noen anbefalinger for videreføring av tiltak samt forslag til nye prosjekter som kan fremme likeverdig helsetjenester og helsefremmende arbeid med særlig fokus på innvandrergrupper.

2.13 Tolketjenester

På bakgrunn av anbefalinger fra Likeverdsprosjektet, ble Oslo universitetssykehus HF i november 2012 gitt i oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF:

"å påbegynne arbeidet med å forberede opprettelse av en Tolkesentral som en mulig område/ flerområdefunksjon for å dekke fremtidige behov for gode tolketjenester".

Tolkesentralen utredes som et samarbeid med Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF. En arbeidsgruppe, med representanter fra de tre sykehusene og med Oslo kommune som observatør, anbefaler etablering av en Tolkesentral med egenregi på tolkeformidling av oppdrag.

Ledermøtet besluttet 28. mai 2013 at Oslo universitetssykehus HF tar ansvar for å etablere en Tolkesentral, basert på en forutsetning om at sykehuset får et lån på 10 millioner kroner fra Helse Sør-Øst RHF. Det ble i august ansatt prosjektleder. Søknaden til Helse Sør-Øst RHF er klar til å fremmes medio oktober.

Det er innmeldt prosjektforslag til Helse Sør-Øst RHF om bestillingssystem. I september ble det utarbeidet en innstilling til ansettelse av tre rådgivere. Det er videre startet utvikling av kravspesifikasjoner til nødvendige IKT-hjelpemidler (bestillingssystem, videokonferanse), samt klargjøring av lokaler til administrasjon og tolker (i underetasjen på Søsterhjemmet, Ullevål). Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF er holdt orientert, og en intensjonsavtale med disse er under utarbeidelse.

Det er stor interesse for dette prosjektet, som har vært presentert for Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helsedirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, med flere. Nasjonal strategi for innvandrerhelse nevner bruk av kvalifisert tolk som et overordnet mål og ber om kartlegging av bruk av skjermtolking. Et offentlig utvalg som skal utrede bruk av tolk i offentlig sektor ble oppnevnt ved Kongelig resolusjon 23. august,

og har bedt om et møte med Oslo universitetssykehus HF for å få informasjon om den nye Tolkesentralen og hvordan AMK/Oslo legevakt bruker tolk i akutte situasjoner. Oslo universitetssykehus HF er også bedt om å delta i en referansegruppe for Utvalget.

2.14 Tjenesteavtaler

Oslo universitetssykehus HF har i ulike sammenhenger fremmet forslag om at operasjonalisering av tjenesteavtalene bør tilstrebes å være så likt som mulig for hele hovedstadsområdet. Det samme er ønskelig i arbeidet med å lage underavtaler og retningslinjer knyttet til utvalgte fagområder.

Bydelsdirektørene i Oslo universitetssykehus HF sektor har gitt tilslutning til denne intensjonen.

Både Oslo universitetssykehus HF og bydelene følger opp dette prinsippet i samarbeidsutvalg og ellers.

2.14.1 Tjenesteavtale 3

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

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

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

- Oslo kommune har fra primo september etablert 32 kommunale akutte døgnenger på Aker. Organisering av tiltaket gjennomføres i tett samarbeid med legevakt Aker.
- Kommunen og sykehusene i Hovedstadsområdet er enige om å søke en opptrapping av virksomheten ved Aker med ytterligere 22 senger fra 2014, under forutsetning av at de 32 første KAD-plassene viser seg å avlaste sykehusene i tråd med oppsatte mål. I løpet av de neste årene er det et mål å etablere totalt 73 sengeplasser.
- KAD skal bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser i spesialisthelsetjenesten.
- KAD er et kommunalt tilbud til pasienter som trenger innleggelse for behandling, observasjon og pleie, og som kan behandles av lege med allmennmedisinsk kompetanse og følges opp av sykepleiere. Målgruppen for innleggelse i KAD defineres ut fra medisinsk problemstilling sett opp mot den kompetanse/ressurser som er tilgjengelige i KAD. Det er utarbeidet forslag til retningslinjer for hvilke pasienter som kan omfattes av det kommunale tilbudet. Disse vil bli jevnlig revidert i et samarbeid mellom partene.
- Partene er enige om at det opprettes en referansegruppe for etablering av tiltaket, med representanter for alle parter. Dette sikrer en hensiktsmessig dialog mellom partene.

Partene er enige om at det gjennomføres forskning som dokumenterer/evaluerer måloppnåelse for tiltaket.

2.15 Utenlandsbehandling

Det er nå inngått en samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og Oslo-sykehusene om utenlandske pasienter uten trygderettigheter. Avtalen omfatter utenlandske pasienter både med lovlig og ulovlig opphold.

2.16 Status for pågående samhandlingsprosjekt

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

2.16.1 Akutt- og subakutt funksjonssvikt hos eldre

Prosjektets hensikt er å lage modeller for gode pasientforløp for eldre pasienter med akutt og subakutt funksjonssvikt, fra symptom oppstår i pasientens hjem, til diagnostikk og behandling hos fastlege og/eller på sykehus er igangsatt og situasjonen er under kontroll.

Prosjektet videreføres

2.16.2 Ambulerende sårteam

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

Villa Derma etablerte et eget sårteam som i stedet for å ta immobile pasienter fra sykehjem inn til poliklinisk behandling fikk behandling av sårteamet direkte på sykehjemmet. Det ble gjort diagnostisering av sår, sårstell og sårbehandlingsplan ble utarbeidet i samarbeid med personalet på sykehjemmet. Denne delen av prosjektet er nå avsluttet med meget gode resultater.

Det er dessuten foretatt en kostnad/nytteanalyse av denne måten å arbeide på. Konklusjonen på kostnad/nytteanalysen er at pasient og kommune får en betydelig gevinst målt så vel etter kvalitet som økonomi, mens Oslo universitetssykehus HF får et mindre netto inntektsbortfall. Oslo universitetssykehus HF har innledet dialog med sykehjemsetaten for å komme frem til en delingsmodell.

Det er ønskelig å legge prosjektet inn i drift når en finansieringsmodell er avklart. Dessuten vil prosjektet utarbeide modell for å benytte egne sårkontakter i bydelene for å øke kompetanse i hjemmesykepleien.

2.16.3 Kompetanseutvikling i hjemmetjenesten i to bydeler

Bydelene Nordstrand og Østensjø og Oslo universitetssykehus HF deltar.

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

Prosjektet videreføres.

2.16.4 Unge med ervervede hodeskader

Bydel Sagene, NAV og Oslo universitetssykehus HF deltar.

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

Prosjektet videreføres.

2.16.5 Ambulerende palliativt team (APT)

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

Prosjektets intensjon med Ambulerende palliativt team er å etablere mer helhetlig pasientforløp, der målet er å øke tryggheten i hjemmet/sykehjemmet både for pasient og pårørende. Skal man oppnå dette forutsettes kontinuitet og tett oppfølging fra de som tilbyr tjenester, helsepersonell som har riktig kompetanse og som er trygge og komfortable med sine arbeidsoppgaver. Dette vil man kunne oppnå ved å etablere team som består av personell fra palliative enheter på sykehuset med ambulerende funksjon, kreftkoordinatorer i bydelene og spesielle ressursgrupper i kommunehelsetjenesten med spesiell kompetanse innenfor palliasjon.

Prosjektet videreføres.

2.17 Praksiskonsulentordningen

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

Endret organisering har vært opplevd som positiv av praksiskonsulentene. Ordningen har fått en tydeligere og mer koordinerende rolle. Det legges vekt på å utvikle og anvende felles metodikk i arbeid med pasientforløp, henvisninger og epikriser.

Omorganiseringen bedret kontakten med klinikkene, kontakten ble mer målrettet. Det har hele tiden vært vektlagt at arbeid i prosjekter og øvrige tiltak skal forankres på relevante nivå i sykehuset.

Praksiskonsulentene har vært etterspurt og har deltatt i de fleste av samhandlingsprosjektene.

Flest ressurser er gitt til prosjektet "Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre". Ordningen har gjennom dette prosjektet bidratt til at fastleger i Oslo tar i bruk PLO (pleie og omsorgs) meldinger. En enkel veileder om bruk av PLO meldinger ved funksjonssvikt er utviklet. Ordningen har også bidratt i utvikling av en SAFE sjekkliste til bruk for hjemmesykepleien ved observasjon og tiltak for pasienter i målgruppen. Gjennom besøk på fastlegekontor, bruk av allmennlegeutvalg og gjennomslag for lønnet deltagelse av fastleger i ulike arbeidsgrupper, bidrar ordningen til stor grad av involvering av fastleger i prosjektet.

Oslo universitetssykehus HF har i dag ikke fastleger ansatt som praksiskonsulenter, men rekrutteringsarbeid er igangsatt.

2.18 Elektronisk samhandling

Oppgaver knyttet til Digital samhandling:

Utarbeidelse av prosedyre Nivå 1 for utsendelse av elektronisk epikrise.

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

Det ble utarbeidet en ny virksomhetsomfattende prosedyre: "*Utsendelse av elektronisk epikrise/brev*" etter at kartleggingen viste svikt både i forvaltning av adresseregister og brukerfeil ved riktig adressering. Det er fortsatt utfordringer knyttet til korrekt utsendelse av elektroniske epikriser, men det arbeides målrettet med forbedring.

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

Elektronisk epikrise til Oslo kommune (sykehjem)

I samarbeid med PROSIT Oslo kommune er det arbeidet med overføring av elektroniske epikriser til Gerica (Oslo kommunes EPJ system). Dette har fungert i lengre tid i DIPS fra Aker. Funksjonalitet for dette er nå etablert i hele sykehuset og elektroniske epikriser sendes nå til samtlige sykehjem i Oslo.

Organisering av elektronisk henvisningsmottak

Elektronisk mottak av henvisning har vært pilotert i Ullevål sykehus før etablering av Oslo universitetssykehus HF. Funksjonaliteten i PasDoc var ikke tilfredsstillende for å ha kontroll over innkomne henvisninger i sykehuset og ble derfor avsluttet. Denne funksjonaliteten er ikke utbedret ytterligere senere.

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

Prosjekt Felles EPJ vil ved oppstart av DIPS starte med elektronisk vurdering av henvisning, det vil si at henvisninger skannes ved mottak til Oslo universitetssykehus HF. Det vurderes også å starte med samtidig mottak av elektroniske henvisninger..

PLO – pleie- og omsorgsmeldinger, foranalyse

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

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

2.19 Internasjonale prosjekter

Oslo Universitetssykehus HF har en presentasjon av sykehusets engasjement i institusjonssamarbeid i lavinntektsland i Rapport om norske aktørers engasjement for globalhelse i forhold til Stortingsmelding nr 11 om Global helse i utenriks og utviklingspolitikken.

Oslo universitetssykehus HF har i 2013 mottatt finansieringsstøtte fra Utenriksdepartementet, for å drifte sekretariat for Norsk Helsenettverk for Utvikling (NHU). Stillingen ble besatt 14. mars 2013.

Sekretariatets oppgaver er:

- Etablere, oppdatere og videreutvikle web-side.
- Svare på henvendelser fra medlemmer og styremedlemmer.
- Forberede konferanser.
- Planlegge og arrangere styremøter.
- Delta på aktuelle konferanser.

2.19.1 Etiopia

Stab samhandling og internasjonalt samarbeid og kreftavdelingen i Oslo universitetssykehus HF, Universitetet i Oslo, Addis Ababa University og Department of Radiation Medicine Sciences ved Black Lion Hospital har inngått en samarbeidsavtale om å bidra med veiledning fra Norge for å utdanne onkologer til Addis.

Oslo universitetssykehus HF sender sine onkologer ut i en stafett der sykehusets bidrag er å bistå i organisering og undervisning av kurs slik at studentene får den opplæringen som innbefattes i en onkologi utdanning. Planen er videre at sykepleiere, radioterapeuter og medical phycisists etter hvert skal inkludere i programmet. Programmet vil pågå over en periode på 6-7 år.

Målet er at lokale lærere gradvis skal overtar ansvaret for utdanningen. Det er også et mål at en i løpet av denne perioden kan etablere en samarbeidsavtaler om forskning i utvikling i forhold til kreftpleie, kreftregistre, kirurgi og diagnostikk.

Prosjektet er finansiert av Aktiv mot kreft.

2.19.2 India

Oslo universitetssykehus HF ved Nyfødt Intensiv og Stab samhandling og internasjonalt samarbeid, og Sir Padam Pat Mother and child Health Institute, JK Lone Hospital Jaipur India, har inngått en samarbeidsavtale om kompetansehevende tiltak for å redusere spedbarnsdødeligheten ved nyfødtavdelinger.

Oslo universitetssykehus HF skal bidra i oppbyggingen av et ressurscenter som kan komme hele distriktet i Rajhastan til gode.

I november sender Oslo universitetssykehus HF 2 nyfødt sykepleiere som skal være på JK Lone Hospital jaipur i 12 måneder for å drive opplæring. Fokus vil være på amming, oppbygging av morsmelkbank, kenguroo (metode for behandlingen av premature barn), forebygging av infeksjoner og veiledning i forhold til bygging av infrastruktur i avdelingen. Nyfødt Intensiv får samtidig 2 sykepleiere i opplæring fra India som skal være her i 6 måneder av gangen.

Prosjektet er finansiert av Fredskorpset.

2.19.3 Malawi

Oslo universitetssykehus HF ved Stab samhandling og internasjonalt samarbeid, Nevrokirurgisk avdeling og Anestesiavdelingen har skrevet under på en samarbeidsavtale med Queen Elisabeth Hospital og College of medicine, Blantyre Malawi.

Overordnet mål for prosjektet er å bistå Queen Elisabeth Hospital i oppbyggingen av en Nevrokirurgisk avdeling. Per dags dato eksisterer ikke et nevrokirurgisk tilbud i Malawi.

Oslo universitetssykehus HF skal i første omgang sende som kan bistå i arbeidet med å bygge opp en operasjonsstue, postoperativ enhet og sengepost i Blantyre. Oslo universitetssykehus HF får i november 3 sykepleiere fra Malawi som skal hospitere på Nevrokirurgisk avdeling, operasjonsstue og anestesi. Disse blir i sykehuset i 6 måneder, så er planen at det kommer 3 nye i april.

Oslo universitetssykehus HF skal etter planen sende 2 sykepleiere i april. Da er det forventet at operasjonsstue, postoperativ enhet og sengepost er på plass.

Dette prosjektet er finansiert av Fredskorpset.

2.19.4 Palestina

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

En intensjonsavtale er nå underskrevet av de berørte parter.

Samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus HF og Augusta Victoria startet i 2004 og har gitt svært gode faglige resultater. Augusta Victoria er nå et anerkjent kreftsenter i Palestina.

3. Opplæring av pasienter og pårørende

3.1 Opplæring av pasienter og pårørende

Læringstilbud til pasienter og pårørende

For å sikre korrekt tertialrapportering av omfanget av læringstilbud (kurs) til pasienter og pårørende, benyttes etablert styringsindikator med et sett av kriterier som skal oppfylles. Som et tiltak i å sikre riktig forankring av tall og rapporteringer, skal det nå rapporteres via linjeledelsen til seksjon for pasient- og pårørendeopplæring som i stab melder videre til ledelsens tertialvise gjennomgang. Ny praksis blir gjeldende fra 3. tertial 2013.

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

Samhandlingsprosjekt

Sykehuset deltar i prosjektet "Et liv etter hjerneskade" sammen med Oslo kommune, Sagene bydel og NAV. Sykehuset er representert ved Stab samhandling og internasjonalt samarbeid og en representant fra Klinikk for kirurgi og nevrofag. Det arbeides blant annet med kompetanseutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten med fokus på pasient- og pårørendeopplæring, samt utvikling av mestringskurs for yngre personer med traumatisk hjerneskade og subaraknoidalblødning og deres pårørende.

Nettverk for erfarne brukere

Det er etablert et brukernettsverk som skal arbeide med brukermedvirkning i pasient- og pårørendeopplæring. Nettverket består av brukere med omfattende kompetanse og erfaring fra arbeid med å medvirke i pasient- og pårørendeopplæring ved sykehuset og i ulike organisasjoner som sykehuset samarbeider med.

Registrering i DIPS- påmeldingslister til pasient- og pårørendeopplæring (kurs)

I og med innføring av DIPS arbeides det med å etablere en lik praksis for påmelding til læringstilbud i Oslo universitetssykehus HF og brev som skal sendes kursdeltagere i forbindelse med påmeldingen.

Faglig nettverk i hovedstadsregionen

Gjennomføringen av Samhandlingsreformen bidrar til at behovet for etablering av læringstilbud i primærhelsetjenesten øker betraktelig. Primærhelsetjenesten skal takle en stadig økende mengde pasienter og pårørende som har behov for lærings- og mestringstilbud som en del av behandlingen og oppfølgingen utenfor sykehuset. Det er etablert et nettverk med representanter fra sykehusene i hovedstadsregionen for bedre å koordinere samarbeidet med primærhelsetjenesten om pasient- og pårørendeopplæring.

Synliggjøring på nett

Sykehusets nettsider, både intra- og internett, er oppdatert med fagstoff om brukermedvirkning og pasient- og pårørendeopplæring. Ungdomsrådets hjemmeside har fått lenkesamling med aktuelt om ungdomshelse.

3.2 Brukermedvirkning

Brukerutvalget

Det er oppnevnt nytt sentralt brukerutvalg for perioden 2013 - 2015. Det nye utvalgets sammensetning representerer et større mangfold enn tidligere i pasienterfaring, alder og kulturell bakgrunn. I forbindelse med oppnevning av nytt utvalg, er mandatet revidert, samt at to nye standarder for godtgjøring av brukermedvirkning er ferdigstilt.

Det nye utvalget har gjennomført modul 2, opplæring av nye utvalgsmedlemmer. Brukerutvalget er aktivt involvert i utforming av innhold i pasientbrev.

Ungdomsrådet

Ungdomsrådet er utvidet med den hensikt å skape større bredde i klinikkrepresentasjon, samt i ungdommenes erfaringer og alder. Rådet har nå representanter i aldersgruppen 14-18 år.

Oslo universitetssykehus HF har ved opprettelsen av ungdomsrådet, økt sitt fokus på ungdom og unge voksne i sykehuset. Dette sammenfaller med Barneombudets fokus i 2013, som blant annet omhandler barn og ungdom på sykehus. I denne forbindelse har ungdomsrådet hatt besøk av Barneombudet.

Ungdommene er i stadig økende grad delaktig i høringer og prosjekter på sykehuset som omhandler ungdomshelse. Rådet har blant annet vært representert i arbeidsgruppen i "Prosjekt 18-års grense" ved barneklubben og vært høringsinstans i ferdigstilling av preoperativ informasjonsfilm for ungdom. Filmen var en del av et prosjekt i kirurgisk avdeling for barn, klinikk for kirurgi- og nevrofag, som innførte 18-års aldersgrense juni 2013. Ungdomsrådet har deltatt i ungdomspanel i prosjektet "Ung medvirkning og mestring" – om å lage læringstilbud til ungdom og unge voksne.

Barn som pårørende

Arbeidet med å fremme ivaretagelse av barn som er pårørende er organisert via barneansvarlige, totalt 185. Rådet for barn som pårørende består av representanter fra alle klinikker med den hensikt å koordinere arbeidet med barn som pårørende. For bedre å ivareta koordinatorfunksjonen for alle barneansvarlige ved sykehuset er det fremmet forslag om opprettelse av stilling som koordinator for barn som pårørende i sykehuset. Koordinatoren skal fungere som rådets faglige leder.

Utdanningsprogram i pasient- og pårørendeopplæring

I forbindelse med oppstart av en sykehusintern utdanning i pasient- og pårørendeopplæring (helsepedagogikk), er det avholdt en pilot for erfarne brukere og likemenn som medvirker i ulike kurstilbud. Hensikten er å lære mer om hvordan man kan bruke sin historie og sine erfaringer for å fremme læring og mestring hos andre. Temaet ble etter piloten inkludert som en del av utdanningsprogrammets grunnmodul. Grunnmodulen er godkjent av Norsk psykologforening som 12 timers vedlikeholdskurs i spesialistutdanningen, av Norsk Sykepleierforbund som meritterende for klinisk spesialistutdanning, og av Den Norske legeforening som valgfritt kurs på 12 timer for alle kliniske spesialiteter, med unntak av allmenntidning.

4. Utdanning av helsepersonell

Det har vært arbeidet med flere sentrale utdanningsaktiviteter i 2. tertial 2013, blant annet:

Utdanningsstrategi 2013- 2018 – arbeid med handlingsplan

Sykehusets første utdanningsstrategi ble vedtatt i Styret i februar 2013 (sak 8/2013). På bakgrunn av denne er det utarbeidet en overordnet handlingsplan for 2013 – 2015 som nå justeres for innspill før vedtak i sykehusets ledelse.

Grunnutdanning innen medisin

Universitetet i Oslo legger om grunnutdanningen i medisin. Oslo universitetssykehus HF er involvert i arbeidet med å utvikle ny studieplan.

Spesialistutdanning av leger

Overordnet strategi for omlegging av spesialistutdanning av leger er nå godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet skal foreta en konsekvensutredning av foreslåtte endringer. I dette arbeidet er sykehuset involvert ved utdanningsleder.

Det er gjennomført en systematisk kartlegging av tilbakemeldningene fra de ulike spesialitetskomiteene i Legeforeningen. En av tilbakemeldingene er at det er nødvendig å styrke veiledningskompetansen i sykehuset. Det er derfor etablert et pilotprosjekt, i regi av Legeforeningen, i to ulike fagmiljøer, kalt "learn the learners". Hensikten er å utdanne veiledere som igjen kan utdanne andre veiledere internt.

Kompetanse innenfor pasientkommunikasjon

Mange av helseforetakets mottatte pasientklager innbefatter mangelfull kommunikasjon. Helseforetaket kartlegger muligheten for å gjennomføre et pilotprosjekt, hvor kommunikasjon med pasienter er i fokus.

Rekruttering til videreutdanning i sykepleie

Klinikkene rapporterer stor mangel på spesialsykepleiere, særlig innenfor fagfeltene operasjon, intensiv, barn og nyfødt. For å bedre rekrutteringen til videreutdanningene vedtok sykehusets ledelse juni 2013 å etablere 100 utdanningsstillinger som erstatter dagens stipendordning. Med utdanningsstillinger menes at sykepleiere i videreutdanning mottar lønn under utdanning og innehar da samme rettigheter som øvrige ansatte. Som motytelse arbeider studentene noe gjennom studietiden og bindingstiden forlenges.

Samarbeid med høyskoler

Siste tertial er det arbeidet med å styrke kvaliteten i praksisstudiene på lengre sikt, blant annet ved at sykehuset er representert i arbeidet med å definere praksisstudienes innhold.

Kartlegging av sårbare fagmiljøer

I forbindelse med prosjektet "Strategisk kompetanseutvikling" i regi av Helse Sør-Øst RHF har Oslo universitetssykehus HF kartlagt sykehuset med hensyn til sårbare fagmiljøer. Klinikkenes tilbakemeldinger er i sin helhet oversendt Helse Sør-Øst RHF.

Norskkurs for sykehusets egne ansatte

Oslo universitetssykehus HF har blitt tildelt kr 480.000,- i VOX BKA-midler (Basis-kompetanse i arbeidslivet). I april startet undervisning av 3 klasser. Kurset gjennomføres av Voksenopplæringen Skullerud, med Stab samhandling og internasjonalt samarbeid som intern koordinator mot kursdeltakere og deres ledere. 43 ansatte har begynt kurset i norsk lesing og skriving, hverdagsmatte og data denne gangen. Kurset strekker seg over 120 undervisningstimer og avsluttes i januar 2014.

Sykehuset har startet kartlegging av deltagerne med tanke på ny søknaden til kurs i 2015.

Veiledning i flerkulturelt helsearbeid - (Kulturveileder)

Studiet "Veiledning i flerkulturelt helsearbeid" åpnet høsten 2012 som et ordinært tilbud ved Høgskolen i Oslo og Akershus, etter å ha gjennomført 4 kull som et Oslo universitetssykehus HF-ledet prosjekt. Høsten 2013 har ca 35 nye studenter startet på utdanningen, hvorav flere rekruttert internt fra Oslo universitetssykehus HF.

Etter endt utdanning har kulturveiledere vært invitert inn i et tversgående nettverk med de samarbeidede parter i Likeverdsprosjektet. Etter at Likeverdsprosjektet ble avsluttet sommeren 2013, økes nå fokuset mot nettverket av kulturveiledere internt i Oslo universitetssykehus HF. Fra og med september 2012 har en nettverkskoordinator vært ansatt i 20 % stilling med ansvar for faglig kompetanseutvikling for de som er i nettverket. Nettverkskoordinator motiverer også til deling av erfaringer og kunnskap, enten gjennom mindre nettverk eller i egenregi på egen arbeidsplass.

I andre tertial har det vært arrangert en fagdag med tolk og kommunikasjon som tema, og en "coachingdag" for å styrke kulturveiledernes motivasjon og egenforståelse. I tillegg får medlemmene videreformidlet informasjon om andre seminarer og konferanser for å gi dem faglig påfyll og inspirasjon.

En arbeidsgruppe av kulturveiledere skal lage en bred mal for hva kulturveilederrollen kan innebære, noe som kan være nyttig for nye kulturveiledere og deres ledere i arbeidet med å utnytte denne ressursen best mulig.

5. Forskning og utvikling

5.1 Vurdering av forskningsaktivitet

Akkumulerte tall pr. 2. tertial 2013 viser et noe variert bilde. Det er en liten økning i antall doktorgrader, men ikke i antall artikler og publikasjonspoeng. Dette kan være naturlige variasjoner.

Effektene av dette vil vise seg over tid, og det kan ikke trekkes sikre konklusjoner basert på tertialtall.

Tertialtallene vil også være beheftet med mer usikkerhet enn tall for hele året, som gjennomgår en nasjonal kvalitetssikring.

Antall artikler sier heller ikke noe om utvikling i kvalitet på artiklene, og er mindre presist som mål for relativ aktivitet mellom klinikkene enn for eksempel forskningspoeng.

Utviklingen diskuteres med den enkelte klinikk, basert på de ulike indikatorene og lokal kjennskap til forskningen. Hver klinikk har en handlingsplan for sin forskningsaktivitet.

Antall publiserte vitenskapelige artikler, akkumulert pr 2. tertial:

Klinikk	2. t. 2011	2. t. 2012	2. t. 2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	78	93	81
Medisinsk klinikk	172	204	190
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	143	169	175
Kvinne- og barneklubben	137	142	128
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	341	322	361
Hjerte-, lunge- og karklubben	113	138	108
Akuttklubben	36	52	38
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	306	337	319
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	67	59	52
TOTALT (unike artikler)	1043	1134	1102

Tabell 12. Det tas forbehold om endringer som følge av gjenstående kvalitetssikring av tallene. Antall publikasjoner i perioden er målt via søk mot PubMed og Web of Science (WOS) som løpende oppdaterer helseforetakets database www.publika.no. Denne er basert på registrerte forskningsaktive personer ved Oslo universitetssykehus og adressering av artikler med Oslo universitetssykehus eller liknende. Kun kategoriene vitenskapelige artikler og vitenskapelige oversiktsartikler (reviews) inngår i tabellen. Tallene er tatt ut 3.9.2013 Merk at artikler telles hos flere klinikker når det er forfattere fra flere klinikker. 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. 2. tertial 2013, er litt lavere enn foregående år. Registreringene for 2013 har foreløpig ikke vært gjennom like nøye kontroll som 2012-tallene, slik at tallet for 2013 kan bli justert både opp og ned. Tallene kan imidlertid sees som et tegn på en mulig utflating i antall artikler. Det understrekes i denne sammenheng av flere miljøer fokuserer sterkt på å publisere flere artikler av høy kvalitet, fremfor et større antall artikler. Noe redusert publikasjonsaktivitet kan imidlertid også være en konsekvens av det som fremgår av risikoanalyser fra klinikkene: vedvarende press på tid, utstyr, IKT-systemer og arealer til forskning.

Andel av artiklene som inkluderer utenlandsk forfatteradresse:

Klinikk	2. tertial 2011	2. tertial 2012	2. tertial 2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	46,2 %	39,8 %	38,3 %
Medisinsk klinikk	45,3 %	38,7 %	39,5 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	29,4 %	40,8 %	32,0 %
Kvinne- og barneklubben	49,6 %	42,3 %	41,4 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	46,3 %	47,2 %	47,1 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	33,6 %	40,6 %	48,1 %
Akuttklubben	16,7 %	25,0 %	31,6 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	43,8 %	39,2 %	43,6 %
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	17,9 %	18,6 %	28,8 %
TOTALT (unike artikler)	45,4 %	45,5 %	45,3 %

Tabell 13. Andel av artiklene som inkluderer utenlandsk forfatteradresse. Det tas forbehold om endringer som følge av gjenstående kvalitetssikring av tallene. Tall er basert på helseforetakets database www.publika.no pr 3. september 2013.

Helse Sør-Øst RHF satte som mål for 2013 at minst 40 % av artiklene i regionen inkluderte en utenlandsk forfatteradresse. De foreløpige tallene viser at Oslo universitetssykehus HF vil bidra til at regionen når dette målet. Dersom en artikkel blir publisert med internasjonalt samarbeid, blir resultatet av poengberegningen høyere (+100 % for de aktuelle artiklene).

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 (seks¹) generelle og særlig betydningsfulle tidsskrifter, vekt: 10.

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

Nivå 1: Alle andre tidsskrifter som inngår i målesystemet, vekt: 1.

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

Klinikk	2. tertial 2011	2. tertial 2012	2. tertial 2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	20,5 %	19,4 %	24,7 %
Medisinsk klinikk	26,7 %	22,5 %	19,5 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	16,8 %	21,9 %	20,6 %
Kvinne- og barneklubben	17,5 %	18,3 %	21,1 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	24,0 %	25,8 %	30,2 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	24,8 %	21,7 %	22,2 %
Akuttklubben	16,7 %	11,5 %	13,2 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	22,2 %	19,3 %	20,7 %
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	22,4 %	20,3 %	28,8 %
TOTALT (ut fra unike artikler)	22,3 %	21,6 %	24,0 %

Tabell 14. Andel av artiklene som er publisert i tidsskrifter på nivå 2/2A. Det tas forbehold om endringer som følge av gjenstående kvalitetssikring av tallene. Tall er basert på helseforetakets database www.publika.no pr 3.9.2013. Sammenligning mellom klubber

¹ De seks tidsskriftene med spesielt høy uttelling (2A) er: Journal of the American Medical Association (JAMA), Lancet, Nature, Nature Medicine, New England Journal of Medicine og Science

Helse Sør-Øst RHF har satt som mål for 2013 at minst 20 % av artiklene fra regionen skal publiseres i tidsskrifter på nivå 2/2A. Ut fra de foreløpige tallene ser det ut til at Oslo universitetssykehus HF bidrar til at dette målet blir nådd.

Antall publikasjonspoeng, akkumulert pr 2. tertial

Klinikk	2. tertial 2011	2. tertial 2012	2. tertial 2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	38,6	54,0	52,4
Medisinsk klinikk	86,6	92,2	87,3
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	72,7	96,8	87,1
Kvinne- og barneklubben	58,9	60,9	50,6
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	200,6	202,8	197,0
Hjerte-, lunge- og karklubben	65,3	62,2	51,2
Akuttklubben	23,1	25,6	19,7
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	147,0	162,1	148,1
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	22,9	17,6	24,1
TOTALT	703,7	774,2	724,4

Tabell 15. Antall publikasjonspoeng, akkumulert pr 2. tertial . Det tas forbehold om endringer som følge av gjensstående kvalitetssikring av tallene. Tall er hentet fra helseforetakets database www.publika.no pr 3. september 2013. NIFUs beregningsmetode for helseforetak benyttes; forfatterandeler, nivåinndeling 1, 2 og 2A, (henholdsvis 1, 3 og 10 poeng), 100 % ekstra for internasjonalt samarbeid (medforfatter med utenlandsk adresse).

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

Antall doktorgrader, akkumulert pr 2. tertial

Klinikk	2. tertial 2011	2. tertial 2012	2. tertial 2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	10	6	4
Medisinsk klinikk	5	10	11
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	10	14	11
Kvinne- og barneklubben	11	5	7
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	21	26	32
Hjerte-, lunge- og karklubben	8	8	11
Akuttklubben	0	2	4
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	16	22	18
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	1	0	0
TOTALT	82	93	98

Tabell 16. Antall doktorgrader, akkumulert pr 2. tertial. Tallene for 2013 er basert på gjennomgang av UiO sine disputasoversikter primo september 2013. 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 2011 og 2012 er fra tellinger på tilsvarende tidspunkt disse årene, men enkelte doktorgrader som senere ble slettet i årsrapporten er trukket ut.

Antall doktorgrader (Tabell 16), med arbeid hovedsakelig utført ved Oslo universitetssykehus HF, øker fortsatt, noe som lenge har vært en nasjonal trend. Økningen er en konsekvens av økt ekstern finansiering i de foregående årene. Tallene pr. 2. tertial

2013 er innhentet fra en datakilde ved UiO, og det tas forbehold om justering av tallene (kan inneholde enkelte kandidater som hovedsakelig har utført arbeidet utenfor OUS, men det kan også komme til kandidater ved andre universiteter med tilknytning til OUS).

5.2 Vurdering av innovasjonsaktivitet

Gjennomføringen av "Sykehusets konkurranse om beste innovasjonsidé" og Inven2s "Medtechprisen 2013" har hatt en positiv effekt på innovasjonsaktiviteten. Det er tydelig at denne typen konkurranser er medvirkende til større fokus på innovasjon. Alle vinnerne er nå inne i en prosess for å utvikle ideene videre. Flere av de som ikke nådde opp i konkurransen prøver Idépoliklinikken å hjelpe på annen måte.

Prosjektene "Optimalt brystkreftforløp – Hvis pasienten kunne bestemme" og "Logistikk knyttet til radiologiske tjenester" har skapt mye engasjement på sykehuset, og er gode eksempler på at det kan være nyttig å tenke nytt. I prosjektet "Optimalt brystkreftforløp" har sykehuset tatt visjonen "sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling" på alvor.

Alle patenterbare ideer/oppfinnelser vurderes og håndteres av Inven2. Den interne Idépoliklinikken mottar og viderefører ikke-patenterbare ideer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner. Idépoliklinikken får inn mange ideer, men rapporterer kun de som vurderes som gjennomførbare med en nødvendig forankring i linjen. I tillegg til oppfølging av sykehusets egne innovasjoner, bidrar Idépoliklinikken med bistand til eksterne, blant annet som en del av regionale forskningsstøttefunksjoner.

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

Klinikk	2. tertial 2013		1. tertial 2013		Totalt 2012	
	Inven2	Idépoli- klinikken	Inven2	Idépoli- klinikken	Inven2	Idépoli- klinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	0	3	0	1	3	
Medisinsk klinikk	0	1	0	0	5	3
Klinikk for kirurgi og nevrofag	0	0	2	1		1
Kvinne- og barneklubben	2	0	2	1	2	2
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	3	1	7	1	19	11
Hjerte-, lunge- og karklubben	3	1	1	1	5	1
Akuttklubben	4	0	3	3	6	3
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	8	0	13	3	27	
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	0	4	2	1	6	7
Totalt	20	10	30	11*	68*	28

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

Pågående innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus i 2.tertial 2013

Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2	Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklinikken OUS
Klinikk psykisk helse og avhengighet	1	2
Medisinsk klinikk	4	2
Klinikk for kirurgi og nevrofag	1	1
Kvinne- og barneklubben	2	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	22	5
Hjerte-, lunge- og karklubben	5	0
Akuttklubben	3	3
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	25	3
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	3	6
Totalt	66	23

Tabell 18. Pågående innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus i 2.tertial 2013

Antall pågående innovasjonsprosjekter er nå på et nivå som står i forhold til de ressursene Inven2 og Idépoliklinikken kan sette inn i prosesseringen. En eventuell økning utover dette nivået forutsetter at klinikkene tar et større ansvar i gjennomføringen. Alle prosjektene håndteres i en strukturert prosess i fasene konseptualisering, verifisering/pilotering og implementering/lisensiering.

6. Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)

6.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelser

I andre tertial 2013 er det registrert 11 303 brudd på arbeidstidsbestemmelsene, en økning fra 9 630 i første tertial (Tabell 19). Sammenlignet med andre tertial 2012 ser man en økning på 21 %. En stor del av økningen tilskrives Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken og kommenteres nedenfor.

Siden rapporteringen av brudd på arbeidstidsbestemmelsene startet i 2011 er det arbeidet med å sikre kvalitet i datagrunnlaget. Felles GAT² er nylig implementert for hele foretaket. Rapporteringen for andre tertial er derfor til dels fra IRS. Noe av økningen i brudd i 2013 knyttes til endringer i datagrunnlaget etter enkelte klinikkers utfasing av IRS, hvor datakvaliteten for dette formålet var lavere enn i GAT. Fra tredje tertial vil GAT være eneste datakilde.

Imidlertid har rapporteringen andre tertial også avdekket konkrete feil i rapporter om brudd på arbeidsbestemmelser i nytt felles GAT. Det er påvist at identiske brudd på dagregel og fireukersregel fremkommer flere ganger i datagrunnlaget. Oslo universitetssykehus HF er i dialog med leverandør om problemstillingen.

I Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken har altså antall brudd økt betraktelig. Det er ved denne klinikken feilen i GAT-rapporten er avdekket. Omfanget er så langt noe usikkert. I tillegg har denne klinikken før implementeringen av felles GAT opplevd utfordringer med å kvalitetssikre data. Utviklingen over tid og med korrigerede rapporter, vil gi en antydning hvor reell økningen av brudd i denne klinikken er.

Klinikk	Dag	Uke	4-ukers	Årsregel	Sum
Klinikk psykisk helse og avhengighet	222	406	145	116	889
Medisinsk klinikk	566	309	277	0	1152
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	349	201	99	0	649
Kvinne-, og barne klinikken	954	443	314	0	1711
Kreft-, kirurgi-, og transplantasjonsklinikken	837	387	327	0	1551
Hjerte-, lunge- og karklinikken	313	355	214	0	882
Akuttklinikken	1831	916	1022	0	3769
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	207	175	129	0	511
Oslo sykehusservice	75	85	29	0	189
SUM	5354	3277	2556	116	11303

Tabell 19. Klinikkenes tertialsrapport LG september 2013. Datagrunnlag fra IRS og GAT

I de øvrige klinikkene hvor man ser en økning er bildet sammensatt. For Hjerte-, lunge og karklinikken representerer økningen en ekstra avdeling innlemmet i datagrunnlaget i tillegg til overbelegg i deler av klinikken, mens for Akuttklinikken er det en kombinasjon av

² Elektronisk arbeidsplan og ressursstyringsverktøy levert av Gatssoft.

aktivitet på PO/Intensiv og bedre datakvalitet. I Klinikk for diagnostikk og intervensjon knyttes økningen til en avdeling som over tid har hatt sammensatte utfordringer i driften. Klinikk for kirurgi og nevrofag melder om et sammensatt utfordringsbilde, som blant annet høyt sykefravær, kompetansebehov, høy pleiefaktor, og ekstraordinær aktivitet og overbelegg. Dette har ført til økning av brudd i sommermånedene.

Oslo sykehuservice og Klinikk psykisk helse og avhengighet viser en særlig positiv utvikling med en markant nedgang i antall brudd. Medisinsk klinikk og Kvinne- og barneklubben viser kun små endringer med henholdsvis 3 pst og 2 pst nedgang.

6.1.1 Tiltak for å unngå overtid og brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Tiltaksplanen for å unngå overtid og brudd er fast punkt på ledelsens tertialsoppfølging med hver klinikk. Rapporteringen for andre tertial 2013 viser at klinikkene, med sine ulikheter i utfordringsbilde og omfang, har fulgt opp tiltakene. Det generelle inntrykket er at man nå har en mye bedre kompetanse og oppfølging av arbeidstidsbestemmelser gjennom hele foretaket.

Status for tiltak for å unngå brudd på foretaksnivå

- Det er iverksatt opplæringstiltak for stab og ledere i linjen
- Implementering av felles GAT er ferdigstilt og IRS er utfaset
- Det er per mai 2013 innført to nye funksjoner i GAT som vil sikre bedre kvalitet i rapporteringen:
 - justering av døgnskille
 - hovedarbeidsgiver
- Bemanningsnorm 2013 er ferdigstilt
- Det innføres en felles arbeidsgiver for ekstravakter innen sykepleie og helsefag

Status for klinikkvise tiltak

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

Klinikkovergripende tiltak er iverksatt mens det arbeides videre med spesielle og målrettede tiltak internt i klinikkene. Når felles GAT nå er implementert vil det også settes fokus på kvalitetssikring og kontroll av nye aml-rapporter.

Samarbeidet mellom HR-direktør og foretakstillitsvalgte, hvor målet er en overordnet diskusjon rundt felles tiltak for å unngå overtid og brudd, fortsetter ut over høst 2013. Det er avviklet møter i 2013 med fokus på ulike områder av tiltaksplanen.

Oslo universitetssykehus HF har fortsatt tett samarbeid med Arbeidstilsynet hvor brudd er tema.

Rapportering fra ett felles ressursplanleggingssystem for hele Oslo universitetssykehus HF vil skje etter tredje tertial 2013.

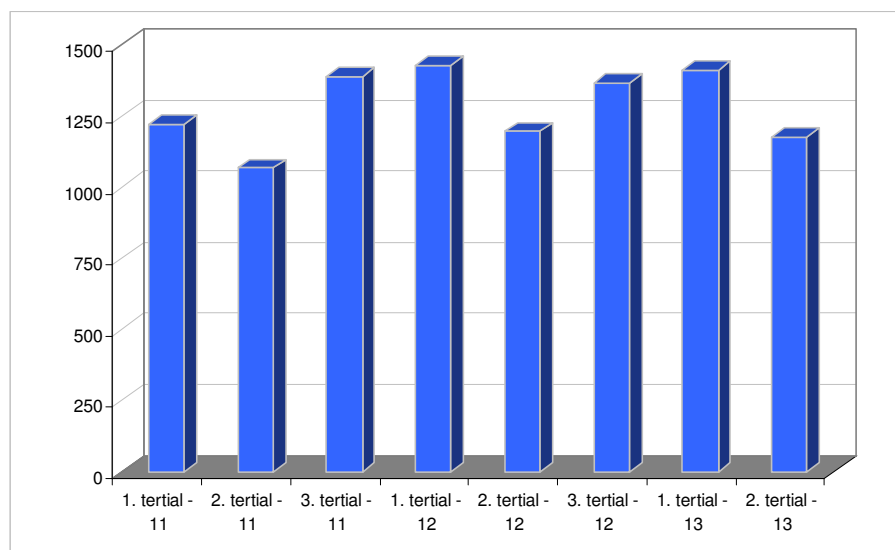
6.2 Helse Miljø Sikkerhet (HMS)

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

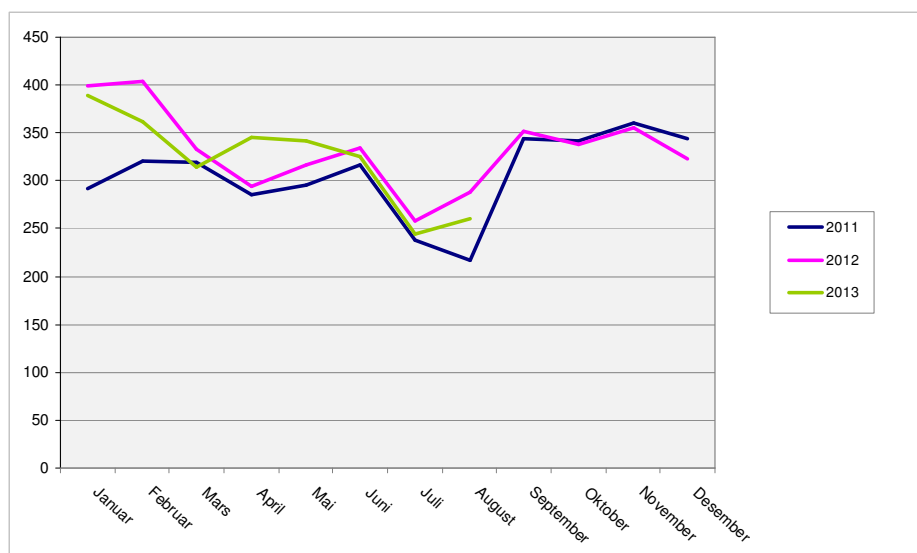
6.2.1 Registrerte HMS-avvik

Under (Figur 11 og Figur 12) sees en oversikt over utviklingen i melding av HMS-avvik for perioden 1. tertial 2011 til og med 2. tertial 2013. Det ble meldt 1.174 HMS-avvik i 2. tertial 2013 sammenliknet med 1.196 HMS-avvik i samme periode i 2012, hvilket er omtrent det samme.

Det ser ut til at avviksrapporteringen har stabilisert seg på samme nivå de 3 siste årene.



Figur 11. Utvikling av HMS-avvik. Kilde: Avvikssystemet.

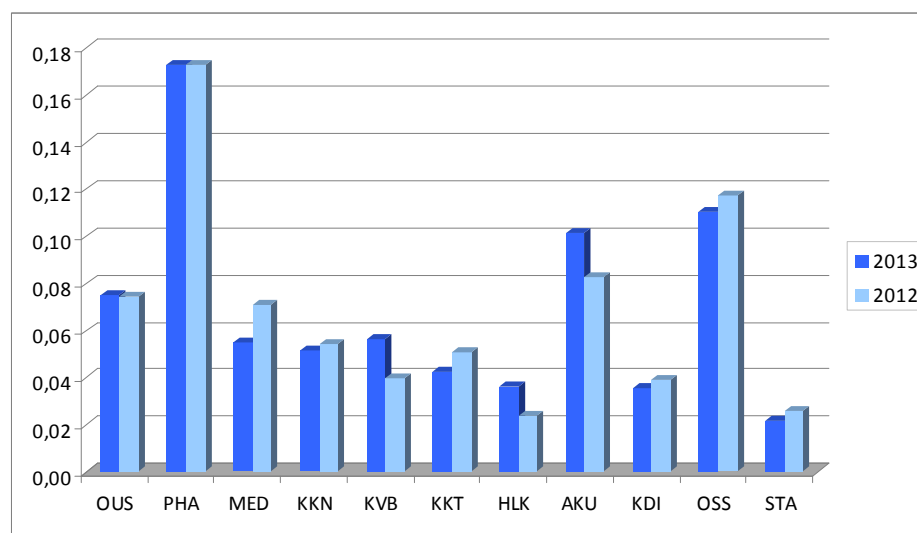


Figur 12. Antall HMS-avvik per tidsenhet. Kilde: Avvikssystemet

Registrerte HMS-avvik / årsverk

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

Snittet for Oslo universitetssykehus HF er omtrent det samme 0,09 avvik/årsverk. Det er ganske store variasjoner klinikkene imellom. Fra 0,17 avvik/årsverk (Klinikk for psykisk helse og avhengighet) til 0,04 avvik/årsverk (Hjerte-, lunge- og karklinikken, Klinikk for diagnostikk og intervensjon og Kvinne- og barne klinikken). Aller lavest er stabene med 0,02 avvik/årsverk.



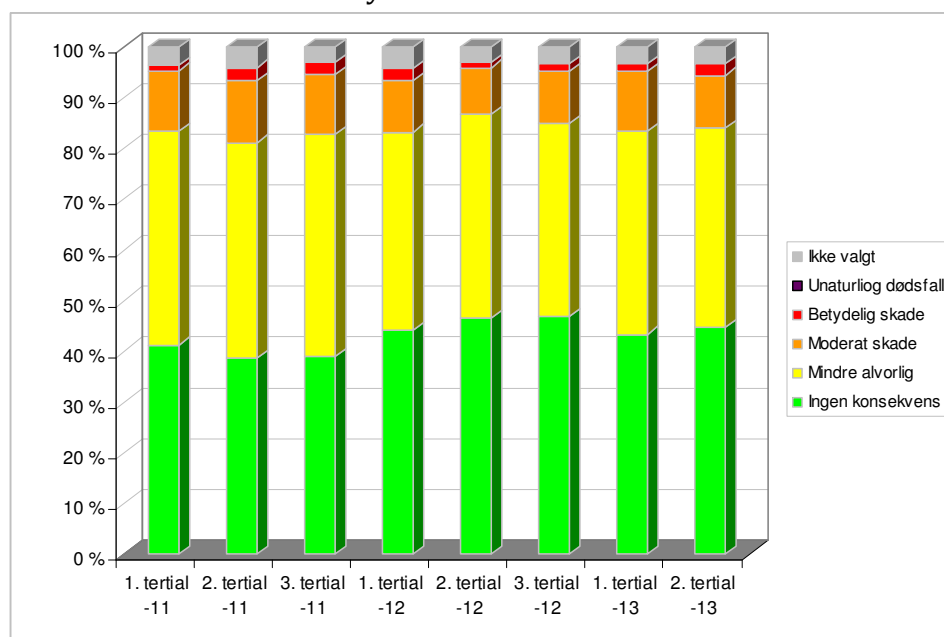
Figur 13. Figuren viser totalt antall registrerte HMS-avvik pr. årsverk i 2. tertial 2013 sammenliknet med samme periode i 2012.

Forskjellene klinikkene imellom representerer nok i noen grad forskjellige arbeidsmiljøutfordringer, men sannsynligvis i hovedsak forskjeller i meldekultur og i det daglige systematiske HMS-arbeidet.

Unntaket er Oslo sykehuservice som er litt kunstig forhøyet på grunn av at klinikkene overfører ansvaret for enkelte avvikstyper til dem (gjelder eksempelvis bygningstekniske avvik, brann og renhold).

6.2.2 Reell konsekvens

For hele Oslo universitetssykehus HF:



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

Ingen HMS-avvik medførte unaturlig dødsfall/katastrofal faktisk konsekvens i 2. tertial 2013.

Vi ser at ca. 84 % av de registrerte HMS-avvikene i 2. tertial 2013 er vurdert av ansatt/leder å ha ingen eller mindre alvorlig reell konsekvens. Det er det samme som i 1. tertial 2013. Tilsvarende var dette snittet i 2012 83 %.

27 HMS-avvik ble vurdert av melder til å ha betydelig faktisk skade/konsekvens. Lederne som har saksbehandlet disse avvikene har nedgradert ca. halvparten av dem fra betydelig til moderat. Tiltaksstatus for disse er gjennomgått:

Avvikstype	Lukket Adekvate tiltak implementert	Lukket Ingen tiltak	I arbeid Adekvate tiltak igangsatt	I arbeid Ingen tiltak
Annen smitteeksponering	1	1		
Fysisk vold / trusler / utagering	3		1	
Fall, slag, støt, klem, kutt		5	2	
Bemannings	2			
Informasjon / samhandling	1			1
Vannlekkasje			1	
Tekniske systemer / anlegg	1	1		
Muskel/skjelettskade	1		1	

Avvikstype	Lukket Adekvate tiltak implementert	Lukket Ingen tiltak	I arbeid Adekvate tiltak igangsatt	I arbeid Ingen tiltak
Plassforhold			1	
Mangel på bygning	1			
Mangel på utstyr	1			
Ledelse	1			1

Tabell 20. Tiltaksstatus for HMS-avvik klassifisert med betydelig faktisk skade/konsekvens. Kilde: Avvikssystemet

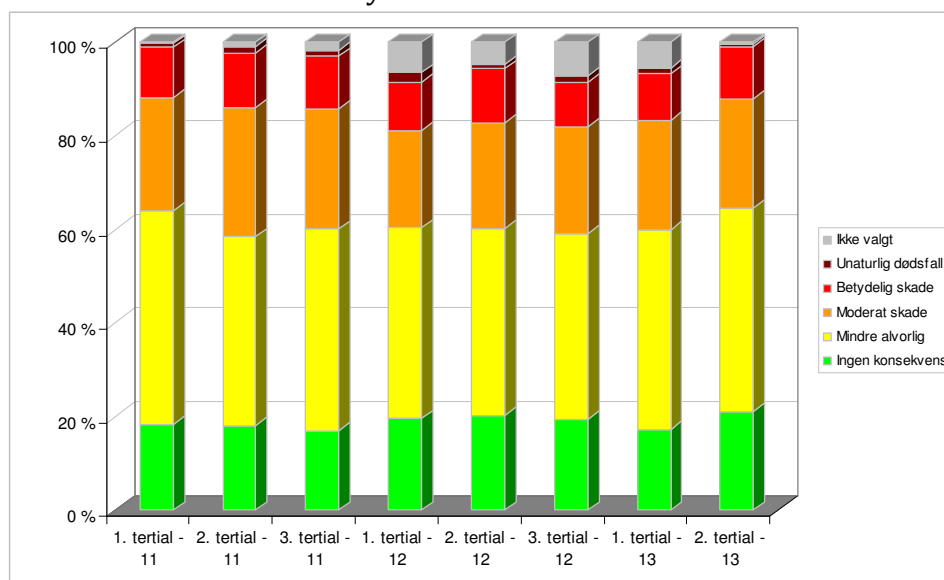
Noen skader har ulykkeskarakter, og hvor det ikke er aktuelt med tiltak. Eksempelvis når man snubler i sine egne ben og faller.

123 avvik ble vurdert av melder til å ha moderat faktisk skade/konsekvens. Hovedfordeling med undergrupper:

- 55 "Skade på ansatt"
 - 15 "Fall, slag, støt, klem, kutt"
 - 12 "Fysisk vold"
 - 11 "Muskel/skjelettskade"
- 41 "Arbeidsmiljø"
 - 10 "Bemannings"
 - 9 "Arbeidspress"
 - 7 "Samarbeidsproblemer / konflikter"

6.2.3 Potensiell konsekvens

For hele Oslo universitetssykehus HF:



Figur 15. HMS-hendelser. Potensiell konsekvens. Kilde: Avvikssystemet

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

For reell konsekvens summerer moderat, betydelig og dødsfall/katastrofal skade seg til 16 %, mens for potensiell konsekvens summerer det seg opp til 36 %. Det er ca. det samme snittet som i 2. tertial 2012.

15 avvik ville i verste fall kunne medført unaturlig dødsfall/katastrofal skade. 60 % av disse avvikene er vurdert av melder til å ha ingen eller ubetydelig faktisk konsekvens, men de har altså et stort skadepotensial. Tiltaksstatus for disse er gjennomgått:

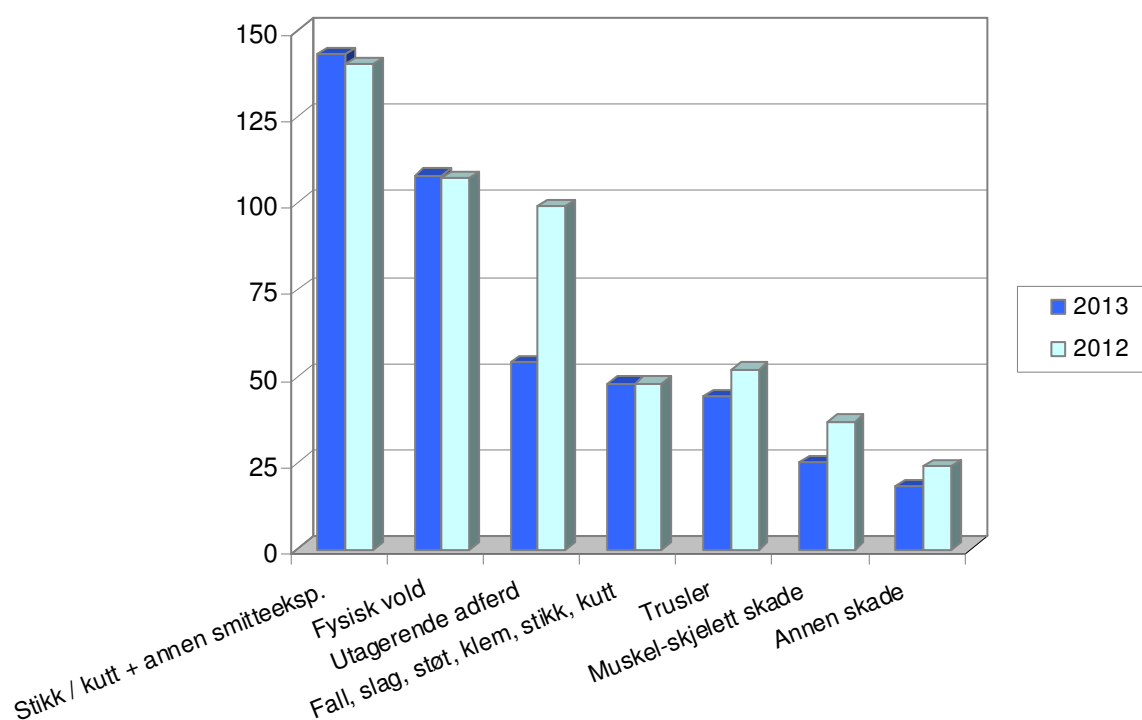
Avvikstype	Lukket Adekvate tiltak implementert	Lukket Ingen tiltak	I arbeid Adekvate tiltak igangsatt	I arbeid Ingen tiltak
Branntekniske anlegg	1		2	1
Brudd på sikkerhetsrutiner	1			1
Fysisk vold / trusler	3			
Rømningsveier				1
Feil på utstyr	1	1		
Plassforhold				1
Fall, slag, støt, klem, kutt				1
Bemanning	1			

Tabell 21. Tiltaksstatus for HMS-avvik klassifisert med potensiell fare for unaturlig dødsfall/katastrofal skade. Kilde: Avvikssystemet

121 avvik kunne ført til betydelig skade. De største avvikstypene her er 12 "Fysisk vold", 11 "Fall / slag / støt / klem / stikk / kutt", 9 "Stikk / kutt med smitterisiko", 9 "Brudd på sikkerhetsrutiner", 8 "Trusler" og 7 "Smittevern".

6.2.4 De hyppigst meldte HMS-avvikene

Skade på ansatte



Figur 16. Fordeling av skader på ansatte. Kilde: Avvikssystemet

Totalt ble det registrert 422 avvik i hovedgruppen "Skade på ansatte" i 2. tertial 2013 mot 483 i samme periode i 2012, 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.

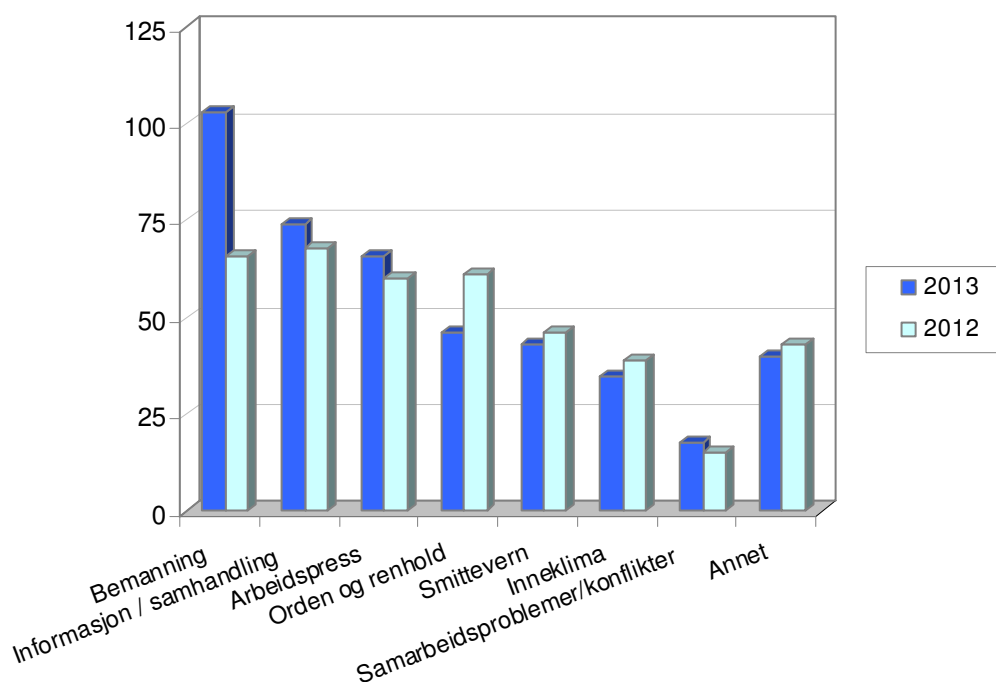
Den største avviksgruppen var "Stikk / kuttskader + Annen smitteeksponering" med 143 avvik. Nest størst var "Fysisk vold med" med 108 avvik, og deretter "Utagerende adferd" med 54 avvik.

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 (PHA). Dette har sammenheng med arbeidets art. Hendelsene utgjør en stor belastning for mange av de ansatte som regelmessig utsettes for slike forhold.

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

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

6.2.5 Arbeidsmiljø



Figur 17

Totalt ble det registrert 425 avvik i hovedgruppen "Arbeidsmiljø" i 2. tertial 2013 mot 398 i samme periode i 2012, hvilket utgjør en økning på 10 %. Organisasjonen blir med andre ord stadig flinkere til å melde arbeidsmiljørelaterte avvik.

Den største avviksgruppen i 2. tertial 2013 er "Bemanning" med 103 avvik – en 60 % økning sammenliknet med samme periode i 2012.

Eksempler på avvikstitler er:

- Underbemanning
- Manglende kompetanse
- Mangel på sykepleierressurser
- For få ansatte på vakt
- Ubemannet skranke
- Stor arbeidsbelastning
- Brudd på arbeidstidsbestemmelsene
- Overtid.

Nest største avviksgruppe er "Informasjon/samhandling" med 74 avvik, en oppgang på 10 % sammenliknet med samme periode i 2012.

Eksempler på avvikstitler er:

- Telefoner ikke besvart
- Ikke gitt beskjed om endringer
- Mangelfull informasjon
- Mangelfull kommunikasjon
- Mangelfulle rutiner
- Ikke fått assistanse
- Manglende samarbeid
- Uklar arbeidsfordeling
- Mangelfulle opplysninger
- Feil i bestilling.

Denne avviksgruppen inneholder mange avvik som medfører plunder/heft og irritasjon i hverdagen.

Tredje største avviksgruppe er "Arbeidspress" med 66 avvik – en oppgang på 10 % sammenliknet med samme periode i 2012.

Eksempler på avvikstitler er:

- Stor arbeidsbelastning
- Ikke tid til matpause
- Svekket beredskap
- Ressursmangel
- Slitasje på personalet
- For lav bemanning.

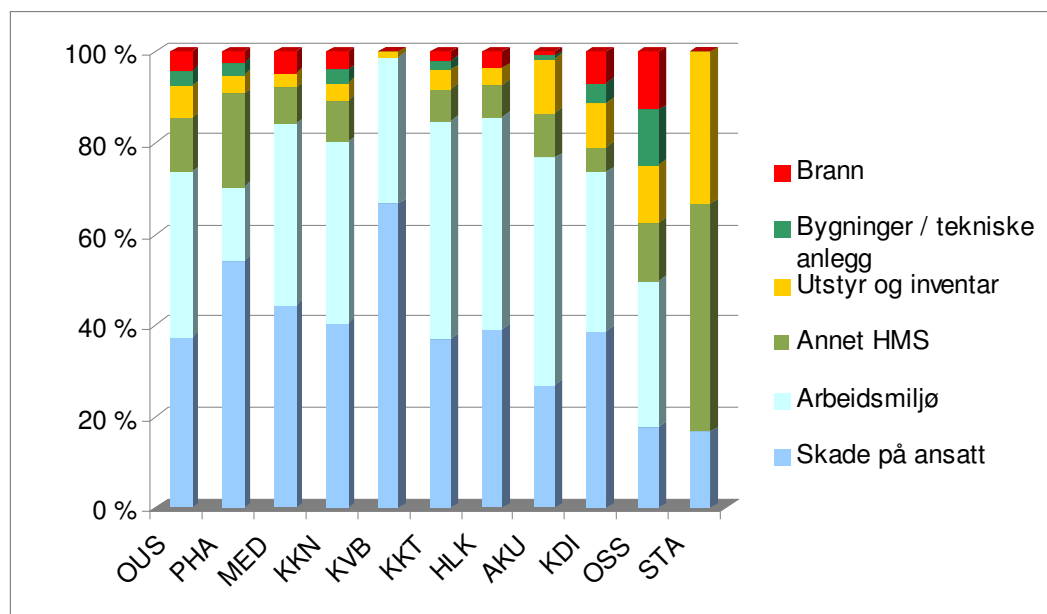
De største gruppene av avvik dernest er "Orden og renhold" (46), "Smittevern" (43), "Inneklima" (34) og "Samarbeidsproblemer/konflikter" (18).

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

6.2.6 Klinikkvis meldeprofil

	Skade på ansatt	Arbeidsmiljø	Annet HMS	Utstyr og inventar	Bygninger/ tekniske anlegg	Brann	Totalt
Oslo universitetssykehus HF	440	425	139	83	39	48	1174
Klinikk for psykisk helse og avhengighet	176	53	66	14	8	8	325
Medisinsk klinikk	28	25	5	2	0	3	63
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	41	40	9	4	3	4	101
Kvinne- og barne klinikken	60	29	0	1	0	0	90
Kreft-, kirurgi-, og transplantasjonsklinikken	37	48	7	4	2	2	100
Hjerte-, lunge- og karklinikken	11	13	2	1	0	1	28
Akuttklinikken	56	103	20	25	1	2	207
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	28	25	4	7	3	5	72
Oslo sykehusservice	32	58	23	23	22	23	181
Direktørens stab	1	0	3	2	0	0	6

Tabell 22. Oversikt over hvordan HMS-avvikstypene fordeler seg på hovedkategorier i klinikkene i 1. tertial 2013. Kilde: Avvikssystemet



Figur 18. Oversikt over hvordan HMS-avvikstypene fordeler seg på hovedkategorier i klinikkene i 1. tertial 2013. Kilde: Avvikssystemet

Tabell 22 og Figur 18 avspeiler forskjellige arbeidsmiljøutfordringer, forskjellig avvikskultur og forskjellig meldekultur i klinikkene.

Nedenunder nevnes de største avviksgruppene i hver klinikk:

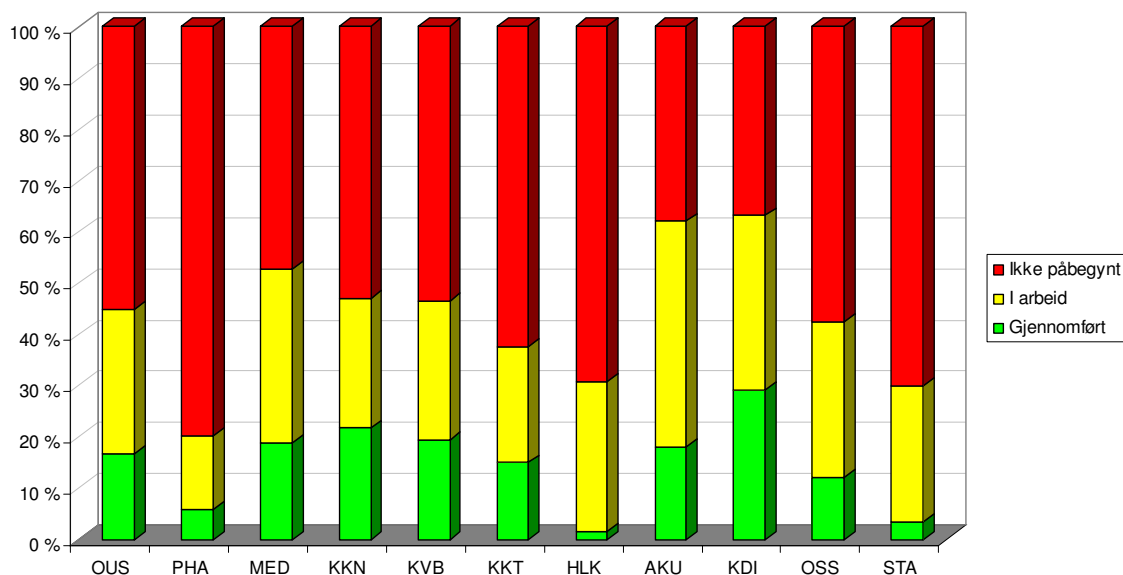
Klinikk for psykisk helse og avhengighet	Fysisk vold, brudd på sikkerhetsrutiner, utagerende adferd, trusler, bemanning
Medisinsk klinikk	Stikkskader, informasjon/samhandling, bemanning, smittevern,
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	Stikkskader, bemanning, inneklima
Kvinne- og barne klinikken	Bemanning, arbeidspress, stikkskader
Kreft-, kirurgi-, og transplantasjonsklinikken	Stikkskader, arbeidspress, smittevern
Hjerte-, lunge- og karklinikken	Stikkskader
Akuttklinikken	Informasjon/samhandling, bemanning, arbeidspress, fysisk vold, stikkskader
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	Stikkskader, arbeidspress, smittevern
Oslo sykehusservice	Orden/rengjøring, fall/slag/støt/klem/stikk/kutt, branntekniske anlegg, rømningsveier
Direktørens stab	Enkeltavvik – ingen trender

Figur 19. De største avviksgrupper registrert per klinikk

6.2.7 Tiltaksstatus – alle HMS-områder

Med innføringen av eHMS høsten 2012 har Oslo universitetssykehus HF fått et verktøy til å følge opp tiltaksstatus innen HMS-området.

Det er totalt registrert 3.413 HMS-tiltak fordelt på 491 HMS-handlingsplaner. Tiltakene har sitt opphav i HMS-runden, medarbeiderundersøkelsen og HMS-avviksbehandling.



Figur 20. Oppfølgingen av tiltak i HMS-handlingsplanene pr. 2. tertial 2013 for utarbeidet for perioden høsten 2012 – høsten 2013.

Figur 20 viser er det mye planlagt tiltaksarbeid som gjenstår. Sannsynligvis er bildet noe mer positivt grunnet manglende oppdatering i systemet.

Dette er HMS-områdene med flest tiltak:

- Arbeidslokaler / fellesområder (488)
- Faglig utvikling (274)
- Forbedringer (245)
- Inneklime (208)
- Arbeidsbelastning (185)
- Ergonomi (185)
- Sosialt samspill (154)

Områdene med høyest gjennomsnittlig risikoverdi før tiltak er:

1. Kjemikalier
2. El sikkerhet
3. Smittevern
4. Strålevern
5. Arbeidsbelastning
6. Ergonomi
7. Medisinsk teknisk utstyr
8. Vold og trusler

Det er forbedringspotensialer ved mer medvirkning fra vernetjenesten i utarbeidelsen av HMS-handlingsplaner.

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. Det er et stort arbeid som skal gjøres, i hovedsak i av travle fagfolk i klinikkene som skal produsere og publisere beskrivelser av diagnoser, undersøkelser og behandlinger, og sykehuset er fortsatt et stykke unna den gode og tidsriktige pasientinformasjonen som er ønskelig.

Innføring av det nasjonale rammeverket for nettbasert kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten har pågått i perioden, og det er forberedt en implementering av nye elementer i forbindelse med oppgradering av internettløsningen fra Sharepoint 2019 til SP 2013 høst 2013.

Status for det fagstoffet som er publisert ved utgangen av andre tertial 2013 på nettsiden er:

- 377 diagnoser
- 131 undersøkelser
- 210 behandlinger
- 28 kliniske studier

481 enheter (klinikker, avdelinger, sentre og seksjoner) presenterer seg på nett, inklusive 32 kompetansetjenester og fagmiljøer (nasjonale og regionale).

7.2 Praktisk informasjon – rettigheter mm

Det er arbeidet videre med utvikling av et pasientbrev som gjør informasjon om pasientrettigheter mer tilgjengelige (forståelige) enn dagens brev.

Praktisk informasjon om kart, butikker og andre tilbud til pasienter, pårørende og andre besøkende har fått et løft på nettsidene. En revisjon av informasjonen er nylig gjennomført, og arbeidet med en versjon på engelsk har startet.

Brosjyren "Vi tar vare på deg" med praktisk informasjon (pasientrettigheter, adkomst/offentlig transport, besøk, fritidstilbud mm) til de som kommer til sykehuset er produsert og er også tilgjengelig på internett. Det første opplaget på 10 000 eksemplarer er delt ut til avdelingene, og et nytt opplag vil komme i løpet av høsten 2013. Informasjon om at brosjyren kan lastes ned fra nettet legges også inn i PasDoc-mal for innkallingsbrev til nyhenviste. Flere avdelinger lenker til den elektroniske versjonen av brosjyren på egne nettsider.

Nye nettsider for synliggjøring av kvalitet og uønskede hendelser

Sykehuset lanserte nye nettsider under kvalitetsknappen på sykehusets Internett i juli 2013. De nye sidene er utviklet med pasient og pårørende for øyet, og i tråd med

helsenorge.no sin satsing på økt synliggjøring av behandlingskvalitet. Fire nye undersider skal lede fram til ønsket informasjon:

1. Kvalitetsmålinger, der blant annet sykehusets resultater presenteres fordelt på de nasjonale kvalitetsindikatorerne.
2. Pasientsikkerhet, som blant annet omhandler konkrete saker der man har registrert avvik, analysert situasjonen og gjennomført tiltak. I andre tertial ble de publisert åtte saker. Hensikten er å få en god og systematisk oversikt over årsakene til feil og uønskede hendelser og slik bidra til å forbedre praksis slik at ikke pasienter skades.
3. Pasienterfaringer, der blant annet resultater fra sykehusets brukerundersøkelse presenteres.
4. Ventetider og pasientforløp, som blant annet omhandler oppdaterte tall for ventetider, fristbrudd og epikrisetid.

Nettsidene oppdateres hvert tertial og skal fremover videreutvikles til også å omfatte pasientforløp og klinikkvise kvalitetsmålinger.

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

Alle enheter kan, og oppfordres til å, etablere egne sider på intranettet. Antallet lokale redaktører øker jevnt. Intranettet er i tillegg inngang til ulike systemer og verktøy i sykehuset. Flere tversgående fagmiljøer er interesserte i å bruke intranettet for informasjon på tvers av organisatoriske enheter.

Det pågår arbeid med å forbedre intranettet, både med tanke på layout, brukervennlighet og søk. I slutten av juni fikk intranettet sin første store revisjon med ny utforming av forsida, der det blant annet er større fokus på informasjon fra den enkelte ansattes egen klinikk og avdeling.

Arbeidet med forbedringer av menystrukturen og et bedre søk fortsetter i tredje tertial.

	Type	Antall besøk på sida
Avvikssystemet (tall for perioden etter oppgradering 24. juni)	Verktøy	97402
E-post på tvers av sykehus og PC'er	Infoside	97230
Interne telefonkataloger	Infoside	25510
Ledige stillinger	Infoside	22637
Pasientreiser	Infoside	19042
Seksjon for personal- og ressursstyring (GAT- og IRS)	Infoside	18821
Styrende dokumenter (Ressurser / transportside)	Infoside	16131
Kundesenter i Oslo sykehusservice	Infoside	15407

Tabell 23. Mest besøkte verktøy-/informasjonssider 1. mai – 31. august 2013 (antall besøk på sida)

	Type	Antall besøk på sida
Grønt og hvitt er smykkefritt	Nyhet	5695
Vedlikeholdsarbeid gir store driftskonsekvenser på Ullevål	Nyhet	4687
Utenlandske pasienter i norske sykehus	Nyhet	3704
Resultater fra Holmenkollstafetten 2013	Nyhet	2937
Utdanningsstillinger for sykepleiere i videreutdanning	Nyhet	1935
Nevrokirurgi ved Oslo universitetssykehus	Nyhet	1911
Behandling av utenlandske pasienter i sommer	Nyhet	1911
Aker er ikke nedlagt	Nyhet	1875

Tabell 24. Mest leste nyheter 1. mai – 31. august 2013 (antall besøk på sida)

	Type	Antall besøk på sida
Ansatt parkering - betaler vi for alle?	Diskusjon	3493
Sykkeltyveri- igjen...	Diskusjon	2896
Lønn under utdanning	Diskusjon	2785
Glemt matpakka?	Diskusjon	2095
Grusomt hullede innkjøring til sykehuset	Diskusjon	1764

Tabell 25. Mest leste temaer i diskusjonsforumet 1. mai – 31. august 2013 (antall besøk på sida)

	Antall innlegg i perioden
Ansattparkering – betaler vi for alle?	22
Grusomt hullede innkjøring til sykehuset	17
Sirkusdyr som underholdning	17

Tabell 26. Mest aktive diskusjoner 1. mai – 31. august 2013

7.4 Nyhetsbrev

I perioden har sykehusets ledelse gitt ut tre nyhetsbrev.

I tillegg har klinikkene gitt ut lokale nyhetsbrev:

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

Tabell 27. Lokale nyhetsbrev utgitt av klinikkene i perioden

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 to informasjonskontaktmøter.

Åpen dag

Kommunikasjonsstaben har arrangert en Åpne dag for medarbeidere i hele sykehuset i denne perioden. Tilbudet inneholder grunnkurs i internettpublisering og webcafé.

Totalt har 11 ansatte gått på internettpubliseringskurs i regi av Åpen dag, og 14 medarbeidere har deltatt på webcaféen. Vi har innhentet tilbakemeldinger fra deltagerne via verktøyet Questback. 100 prosent av de som har svart er tilfreds eller svært tilfreds med webcaféen, og over 30 prosent er tilfreds med internettpubliseringskurset. Over 65 prosent er nøytrale. Årsaken til nedgangen i tilfredshet med publiseringskurset skyldes hovedsakelig at den tekniske løsningen for kurset ikke har fungert tilfredsstillende.

7.5 Politiske besøk til sykehuset i perioden

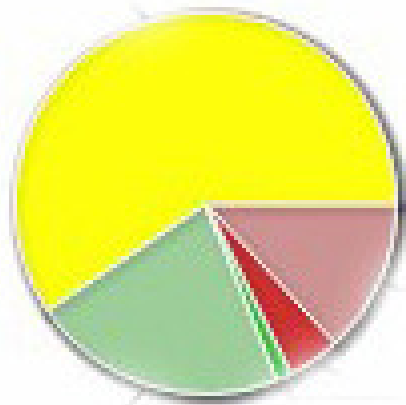
- 2. mai: Trine Skei Grande (Venstres leder med rådgivere; generell oppdatering av sykehusdrift)
- 29. august: Statsråd Jonas Gahr Støre (Statsrådsbesøk på Aker sykehus)

7.6 Overordnede prosjekter med særlig kommunikasjonsfokus i perioden

- Nytt akuttbygg – egen kommunikasjonsplan
- Overordnet strategi – egen kommunikasjonsplan
- Nytt, felles EPJ – kommunikasjonsstrategi for hele prosjektperioden samt en tiltaksplan for 2013 er utarbeidet og etterleves
- Campus Oslo – kommunikasjonsplan for idéfase er påbegynt
- Nytt GAT - egen kommunikasjonsplan
- Helsearena Aker – egen kommunikasjonsplan
- Utvalg for koordinering av fagprosedyrer og behandlingsforløp
- Gjennomføringsprosjektet
- Regional utvikling av pasientbrev inkludert godt forståelig informasjon om rettigheter (Fritt sykehusvalg)
- Lansering og implementering av brukerundersøkelse blant pasienter ved Oslo universitetssykehus HF
- Nasjonalt partikkelterapisenter til Oslo

7.7 Sykehuset i media

Vi har hatt 759 registrerte henvendelser fra 1. mai til 31. august 2013 – inklusive meldinger om pasientskade. Dette er noe lavere enn forrige periode. Antall saker i mediene sank fra 5099 i første tertial 2013 til 4133 i andre tertial i år. Dette er et normalt sesongavvik på grunn av sommerferie i redaksjonene.



Sakene i andre tertial 2013 ble vektet slik:

Den gule andelen viser nøytrale saker (59 prosent). De grønne andelen viser positive og svakt positive saker (23 prosent). De røde andelen viser negative og svakt negative saker (18 prosent).

Figur 21. Fordeling av mediasaker i forhold til om de oppleves som positive, nøytrale eller negative for sykehuset.

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

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

Av de 728 negative sakene dominerte følgende temaer:

- Legionella på Radiumhospitalet
- Ventelister og arbeidsmiljø ved nevrokirurgisk avdeling
- Bruk av private og ventetider på ortopedi
- Undersøkelse blant overlegene
- Dårlig kapasitet på radiologi - gir pasienter unødvendig cellegift
- Tilstanden ved sykehusets bygg

Av de 948 positive sakene dominerte følgende temaer:

- Ekspertuttalelser fra sykehusets personell
- Gentesting
- Raskere behandling for hjerneslagpasienter
- Mange rygglidelser kan bedres med trening, ikke operasjon

De 2457 nøytralt vektete sakene handler om svært mange ulike temaer. I mange av dem er sykehuset bare nevnt uten å spille en sentral rolle. Det har vært stort omfang av saker om skadde pasienter brakt til Oslo universitetssykehus HF, om valgkamp og om at tiltalte i Halloweensaken hadde et opphold på Dikemark.

Oslo universitetssykehus HF har i perioden økt med 456 følgere og har nå 3425 følgere på Twitter (@oslounivsykehus). Det har vært twitret 109 ganger fra denne profilen i andre tertial.

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

8. Referansetabeller

8.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 2. tertial 2013

Tilsyns- dato	Tilsyns etat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Frist	Kommentar - status
27.08.13	Mattilsynet	Melding om revisjon - Hovedkjøkken Ullevål	Oslo sykehusservice, Hovedkjøkken Ullevål				Ikke mottatt rapport.
24.06.13	Mattilsynet	Inspeksjon uanmeldt i henhold til matloven §23	Oslo sykehusservice Hovedkjøkken Ullevål	2	2		Lukket
21.06.13	Mattilsynet	Inspeksjon uanmeldt på postkjøkken sengepost	Hjerte-, lunge- og karklinikken, Kardiologisk sengepost, Rikshospitalet	0	0		Lukket
21.06.13	Mattilsynet	Inspeksjon uanmeldt i henhold til matloven §23	Oslo sykehusservice Hovedkjøkken Rikshospitalet	1	0	Ikke fastsatt	Iverksatte tiltak ikke tilstrekkelig. Arbeid videreføres.
04.06.13	Arbeidstilsynet	Henvendelse fra verneombud og NSF samt anonyme tips	Kvinne- og barne klinikken, Gynekologisk kreft, sengepost A3, Radiumhospitalet	0	0		Lukket
03.06.13	Arbeidstilsynet	Henvendelse fra verneombud og NSF samt anonyme tips. Følges opp via statusmøter 2013/2014	Kvinne- og barne klinikken, Nyfødt-intensivpost, Rikshospitalet	0	0		Anmerkninger følges opp i dialogmøter.
03.06.13	Arbeidstilsynet	Henvendelse fra verneombud og NSF samt anonyme tips Følges opp via statusmøter 2013/2014	Klinikk for kirurgi- og nevrofag, Nevrokirurgien. sengeposter, Rikshospitalet	0	0		Anmerkninger følges opp i dialogmøter.
29.05.13	Statens strålevern	Strålevern og bruk av stråling	Hjerte-, lunge- og karklinikken, Kardiologisk avdeling	3	0	01.11.	Det arbeides med plan og iverksetting av tiltak.
13.05.13	Mattilsynet	Inspeksjon uanmeldt med prøveuttak i henhold til matloven § 23	Oslo sykehusservice, Hovedkjøkken Ullevål	0	0		Lukket

Tabell 28. Tilsynsbesøk i 2. tertial 2013

8.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid

Tilsyns- dato	Tilsyns- etat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Frist	Kommentar - status
30.04.13	Arbeidstilsynet	Befaring på infeksjonsmedisinsk poliklinikk, Ullevål	Medisinsk klinikk, Infeksjonsmedisinske poliklinikker	4	3	15.10.	Tiltak iverksettes i henhold til plan.
23.04.13	Statens legemiddelverk	Tilvirkning av produkter til human bruk utført ved Ex vivo cellelaboratoriet	Seksjon for Ex vivo cellelaboratoriet	10	0	04.12.	Tiltak iverksettes i henhold til plan.
04.04.13	Statens legemiddelverk	Blodbankens tilvirkning av blod og blodkomponenter	IMM Blodbanken felles	4	1	7.11.	Tiltak iverksettes i henhold til plan.
05.11.12	Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap	HMS/kvalitet, elektro, MTU opplæring avvik	Hele sykehuset	6	5		Manglende sikkerhet elektro: Tvangsmulkt på 450 000 kr. pr. mnd. Varslet nytt tilsyn i uke 43: Oppfølging av avvik og tiltak
08.10.12	Fylkesmannen helseavd.	Håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pas med tykk- og endetarmskreft	Hele sykehuset	2	1	20.10.	Status for oppfølging av tiltak pr. 01.10. skal oversendes
20.06.11	Hafslund DLE	Anleggskontroll mot nyanlegg, tavler og pasientområder og tekniske anlegg mht person og brannsikkerhet	Oslo sykehusservice	47	44		Siste tre mer omfattende avvik gjenstår og lukkes i henhold til langtidsplan.
15.06.11	Arbeidstilsynet	Tilsynsrapport fra statusmøte	Hele sykehuset	10	8		Handlingsplan og tiltak følges opp fortløpende i dialogmøter.

Tabell 29. Ikke avsluttede avvik/pålegg fra tidligere tilsyn.

Målgruppe: Foretaksstyret – Styresak 61/2013.
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Dato: 21. oktober 2013
Fil/versjon: - LGG-2- 2013 Indikatorer v26.doc

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 31. oktober 2013

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

Vedlegg: Tabellvedlegg

SAK 62/2013 RAPPORTERING PER SEPTEMBER 2013

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen for september 2013 til orientering.

Oslo, den 24. oktober 2013

Bjørn Erikstein

1. SAMMENDRAG

Gjennomgangen av status og resultater etter september 2013 (bemanning for oktober) viser kortfattet følgende:

- Somatikk:
 - Samlet aktivitet innenfor somatikken er som budsjettert i perioden januar – september 2013.
- Aktivitet psykisk helsevern og rusbehandling:
 - Innenfor psykisk helsevern for voksne er det skrevet ut flere pasienter enn budsjettert, mens antall liggedager er lavere. Den polikliniske aktiviteten er høyere enn budsjettert, men noe lavere enn i 2012.
 - Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er antall utskrevne døgnpasienter som budsjettert, mens antall liggedager er høyere. Den polikliniske aktiviteten er lavere enn budsjettert, men noe høyere enn i 2012.
 - Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det skrevet ut flere pasienter enn budsjettert, mens antall liggedøgn er lavere. Den polikliniske aktiviteten er lavere enn budsjettert, og noe redusert fra 2012.
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i september 94 dager hvilket er på samme nivå som i 2012. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy og variere til dels betydelig fra periode til periode.
- Tallet på langtidsventende er sterkt redusert det siste året. Fra september 2012 til september 2013 er antall lagtidsventende redusert med omlag 60 prosent fra om lag 10.800 til 4.100.
- Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i september 881 (16 prosent) og antall fristbrudd av ventende pasienter var 1.716 (15 prosent).
- Det økonomiske resultatet etter september 2013 viser et negativt budsjettavvik på 114 millioner kroner. Regnskapet for september viste isolert sett et positivt budsjettavvik på 15 millioner kroner. Det er likevel meldt et estimert budsjettavvik til Helse Sør-Øst RHF på 100 mill kroner for hele 2013.
- Antall brutto månedsverk var i oktober 17.281 og er hittil i år 17.212. Tallet på årsvverk gikk betydelig ned fra september til oktober. I løpet av de ti første månedene i år var det likevel i gjennomsnitt utført 265 flere månedsverk enn budsjettert.
- Gjennomsnittlig sykefravær i 2013 (til og med august) er 7,4 prosent. Dette er noe lavere enn i samme periode 2012.

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Administrerende direktør registrerer at den samlede aktiviteten til og med september 2013 er som budsjettert innenfor somatikken. Det viser at sykehuset på dette området leverer de tjenestene som var forutsatt. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er aktiviteten på enkelte områder fortsatt noe lav. Dette gjelder spesielt innenfor den polikliniske virksomheten for barne- og ungdomspsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. På disse områdene har sykehusledelsen oppmerksomhet på aktivitetsnivået for å bidra til at omstillingsarbeidet ikke fører til svekket tilbud til pasientene.

Høsten 2012 ble det etablert en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd. Det er så langt i 2013 vært en betydelig reduksjon av antall langtidsventende. Både antall og andel fristbrudd er lavere i 2013 enn i 2012, men er fortsatt for høyt, og det arbeides målrettet for å redusere disse. Rapportering på ventelister og fristbrudd inngår i de ordinære oppfølgingsmøter med klinikkene.

Den økonomiske utviklingen i 2013 er svært bekymringsfull, selv om resultatet for måneden september var bedre enn budsjettet. Budsjettavvikene henger først og fremst sammen med klart høyere bemanning og høyere lønnskostnader enn det er budsjett til. Videre ligger gjennomføringen av tiltak betydelig etter det som var forutsatt. Til tross for nye tiltak og fokus på økt tempo i gjennomføringen av allerede vedtatte tiltak, maksimering av aktivitet uten økt bruk av personalressurser mv, er det rapportert en risiko til eier om et avvik fra budsjett på 100 millioner kroner i 2013.

3. PASIENTBEHANDLING

3.1. Aktivitet somatikk

Foreløpige DRG-tall etter september 2013 viser at aktiviteten innenfor somatikken hittil i år er som budsjettet for den somatiske aktiviteten som helhet. Det er erfaringsmessig noe etterslep i registrering av medisinsk informasjon (diagnoser og prosedyrer) på rapporteringstidspunktet. Estimert effekt av etterregistrering er innarbeidet i tallene med 200 DRG-poeng.

Sammenlignet med 2012 er det foreløpig registrert en aktivitetsøkning i somatikken på 0,2 prosent (aktivitet begge år målt med DRG-poeng ut fra 2013-grupper). Når all aktivitet er ferdig registrert forventes økningen å være noe større.

Rapportert resultat er korrigert ned med 1 203 DRG-poeng knyttet til feil rapportering av flere konsultasjoner samme dag og feil registrering av utførende helsepersonell. Dette er for hele 2013 estimert å utgjøre 1 548 DRG-poeng. I slutten av mai ble det gjennomført en oppgradering av PasDoc, som gjør det mulig å registrere og rapportere utførende helsepersonell i samsvar med gjeldende nasjonale retningslinjer. Fra og med mai er det forutsatt at utførende helsepersonell registres korrekt.

For 2013 sett under ett, forventes aktiviteten innenfor somatikken å bli om lag som budsjettet.

3.2. Aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

For voksenpsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 341 flere (37 prosent) pasienter enn plantall og antall polikliniske konsultasjoner er 1 prosent (647 konsultasjoner) høyere enn plantall. Antall liggedøgn er 9 prosent (5 727 liggedøgn) lavere enn budsjettet. Belegget i døgnavdelingene kan variere fra periode til periode. Sammenlignet med 2012 er antall utskrevne pasienter økt med 240 (23 prosent) og antall polikliniske konsultasjoner er redusert med 3 prosent (1 692 konsultasjoner). Aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien forventes på årsbasis å bli som budsjettet, selv om det særlig for antall utskrevne pasienter hittil i år er et stort avvik (høyere aktivitet enn budsjett og i 2012).

Den polikliniske aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er hittil i år 10 prosent (3.920 konsultasjoner) lavere enn plantall. Sammenlignet med 2012 er antall polikliniske konsultasjoner økt med 700 (2,1 prosent). Det negative avviket hittil i år skyldes flere forhold: Høyt antall pasienter som ikke møter og avlysninger, ferieavvikling og ikke god nok periodisering av budsjettet gjennom sommeren. Det gjennomføres flere tiltak for å øke aktivitetsnivået, og det arbeides med å redusere sykefraværet. I tillegg er det gjennomført en kartlegging av arbeidsmiljøet. Videre er det startet opp et pasientflytprosjekt som vil bedre de pasientadministrative rutinene og som forventes å redusere antall ikke møtt pasienter.

Antall utskrevne pasienter er tilnærmet lik budsjett, samtidig som antall liggedøgn er 210 (7 prosent) høyere enn budsjettet. Sammenlignet med 2012 er antall utskrevne pasienter om lag på samme nivå, mens antall liggedøgn er økt med 477 (17 prosent). Avdelingen har opplevd stor pågang og har hatt svært syke pasienter innenfor barne- og ungdomspsykiatrien med sammensatte og kompliserte tilstander, hvilket har medført at det har vært vanskelig å skrive ut pasienter. Avdelingen opplever også et bekymringsfullt høyt antall henvisninger av alvorlig syke barn mellom 8 og 12 år. Det vurderes å ikke være forsvarlig å avvise disse, og dermed ender den aktuelle avdelingen med overbelegg. Klinikken jobber for å få til mer effektive og målrettede behandlingsforløp, for blant annet å raskere kunne skrive pasienten ut til lavere omsorgsnivå. På årsbasis forventes døgnaktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien å bli høyere enn budsjettet, mens den polikliniske aktiviteten forventes å bli om lag 5 prosent lavere enn budsjettet (avvik per september er 10 prosent), dvs at det forventes en økning i aktivitetsnivået utover høsten.

Innenfor TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) er det hittil i år skrevet ut 6 prosent (125) flere pasienter fra døgnbehandling enn plantall. Sammenlignet med 2012 er det en økning i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 7 prosent (149 pasienter). Antall polikliniske konsultasjoner er 18 prosent (1 395) lavere enn budsjettet, hvilket er en reduksjon med 1 prosent (55 konsultasjoner) fra 2012. For ruspoliklinikkene er det uforholdsmessig høy andel ikke møtt pasienter, og det arbeides med å redusere denne andelen. Fra 1. juni ble to ruspoliklinikker organisasjonsmessig overført til Avdeling for rus og avhengighet. Det forventes at dette vil gi et mer samordnet tilbud. En av årsakene til at det er skrevet ut flere pasienter enn budsjettet innenfor rusområdet er høyt antall avbrudd i avdelingene. Selv om det jobbes med tiltak for å redusere antall avbrudd forventes antall utskrivninger på årsbasis å bli noe høyere enn budsjettet. For antall liggedøgn er det negative avviket etter september på 18 prosent (3 484 døgn). Avviket knyttes både til avbruddsproblematikken og til et lavere belegg av unge rusavhengige enn forutsatt i budsjettet. Avviket forventes redusert gjennom høsten som følge av tiltak som igangsettes, men det forventes likevel et negativt avvik for antall liggedøgn for 2013 sett under ett på omlag 12 prosent (3 500 liggedøgn).

Det gjennomføres fortsatt store omstillinger innenfor både BUP og TSB. Omstillingene påvirker aktivitetstallene og gir negative avvik mot budsjett, spesielt for poliklinisk aktivitet. Sykehusledelsen følger områdene tett for å sikre at omstillingene i minst mulig grad gir uheldige konsekvenser for pasientene.

3.3. Ventelisteutvikling

Ventetid

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

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

Det er lagt ned et stort arbeid i klinikkene og avdelingene i forbindelse med Gjennomføringsprosjektet. Det gjenstår imidlertid oppfølgingspunkter som er satt opp i en handlingsplan som det jobbes kontinuerlig med. Klinikklederne har ansvar for videre gjennomføring og oppfølging av egne avdelinger. Linjeansvaret er lagt til Stab medisin, helsefag og utvikling, og oppfølging inngår i administrerende direktørs ordinære oppfølgingsregime med klinikkene. I månedlig oppfølging av ventelister og fristbrudd inngår følgende parametre:

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

Antall ventende pasienter

Antall ventende ved Oslo universitetssykehus HF er per utgangen av september om lag 25 300, herav er antall ventende som har ventet mer enn 1 år om lag 4 100 (dvs at langtidsventende utgjør omlag 16 prosent av alle ventende). Gjennom det siste året har det vært en betydelig reduksjon både i totalt antall ventende og antall langtidsventende. Totalt antall ventende er redusert med nærmere 8 000 fra september 2012 til september 2013, hvorav nærmere 7 000 er reduksjon i antall langtidsventende. Som en del av Gjennomføringsprosjektet er det utført både maskinelle og manuelle rettinger av tidligere feilregistreringer mv slik at ventelistene nå viser et mer riktig bilde enn tidligere. I tillegg er kapasiteten midlertidig økt innen noen fagområder samtidig som det i enkelte avdelinger fortsatt pågår et arbeid knyttet til rettinger og ajourføring av ventelister.

Langtidsventende

Som det fremkommer ovenfor har det vært en betydelig reduksjon i antall langtidsventende ved Oslo universitetssykehus HF. Fra september 2012 til september 2013 er antall langtidsventende redusert med 62 prosent (fra 10 800 til 4.100). Det er særskilt oppfølging av de fagområder som fortsatt har langtidsventende (over 20). Det er utarbeidet periodiserte måltall for nedgang i antall langtidsventende for disse fagområdene. Det er innenfor fagområdene ortopedi og plastikkirurgi det er flest langtidsventende, men også innenfor disse fagområdene har det vært en reduksjon i antall pasienter som har ventet 12

måneder eller mer. Antall langtidsventende er i september omlag på samme nivå som i august.

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

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

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling

For 2013 er målet at gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter skal reduseres til 65 dager. Gjennomsnittlig ventetid (for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp) var i september 94 dager - omlag på samme nivå som i september 2012.

Reduksjon i antall som har ventet mer enn 1 år er også knyttet til ikke-ordinær avvikling fra venteliste. Ikke-ordinære avviklinger påvirker ikke gjennomsnittlig ventetid til avvikling. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy og variere til dels betydelig fra periode til periode.

Gjennomsnittlig ventetid for ventende

Ventetid for de som venter på start helsehjelp følges også tett opp. I september 2013 er ventetid for alle ventende 222 dager. Dette er omlag uendret fra august og en halvering fra september 2012. Det er stor forskjell i ventetid for ventende med og uten rett til prioritert helsehjelp. Reduksjonen i ventetid for ventende pasienter gjelder i hovedsak for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp.

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

Innenfor plastikk- og rekonstruktiv kirurgi pågår det også et regionalt prosjekt som ser på behov, kapasitet og dimensjonering av dette fagområdet i regionen. I tillegg er foretaket tildelt ekstra midler til tiltak for å redusere ventelistene innenfor brystrekonstruksjon. Generelt er det også et økt fokus på hvordan bedre samarbeid med andre foretak i regionen kan sikre at pasienter som nærmer seg fristbrudd og behovspasienter som har stått lenge på venteliste kan få tilbud ved sykehus med ledig kapasitet. Gjennomsnittlig ventetid for ventende vil være høy inntil langtidsventende er avviklet.

3.4. Fristbrudd

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

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

Status per september

Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i september 881 (18 prosent). Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av september var 1.716 (15 prosent). Antall fristbrudd av antall ventende er redusert gjennom 2013, og har hittil i år vært lavere sammenlignet med 2012. Det er variasjoner i antall fristbrudd mellom klinikker og fagområder, og hovedutfordringen er fortsatt innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag. For å nå målsettingen om null fristbrudd er det utarbeidet avdelingsvise måltall for reduksjon av antall fristbrudd innen fagområder med fristbrudd (mer enn 20). De tiltak som er beskrevet under ventetid vil også ha en positiv innvirkning på antall fristbrudd.

3.5. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent

Sykehuset er i Oppdrag og bestilling 2013 pålagt å registrere antall inneliggende pasienter med sykehusinfeksjon fire enkeltdager i året (prevalensundersøkelser) knyttet til en målsetting om at andelen sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 prosent.

Det er gjennomført 3 prevalensregistreringer hittil i 2013. Resultatene av den siste undersøkelsen (gjennomført i september) foreligger ennå ikke. Resultatene som her presenteres omfatter derfor kun undersøkelsene gjort før sommeren. Prevalensraten av helsetjenesteassosierte infeksjoner for Oslo universitetssykehus HF samlet var 3,7 prosent (102 infeksjoner hos 2 854 inneliggende heldøgns pasienter) for de infeksjonstypene som skal rapporteres til Nasjonalt Folkehelseinstituttet (urinveisinfeksjon, infeksjon i operasjonsområde, nedre luftveisinfeksjon og sepsis). Denne innmeldingen er grunnlaget for målsettingen om at prevalensraten skal reduseres til under 3 prosent.

Når alle typer sykehusinfeksjoner telles med, var prevalensraten 4,6 prosent (130 infeksjoner hos 2 854 inneliggende pasienter).

3.6. Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

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

I forbindelse med opplæring og kompetanseheving knyttet til henvisningshåndtering og ventelistedministrering i Gjennomføringsprosjektet ble også målet om at pasienter skal få tidspunkt for helsehjelp sammen med informasjon om henvisningsvurderingen vektlagt. Oslo universitetssykehus HF er godt i gang med å etablere timebøker minst 12 måneder frem i tid. Dette vil muliggjøre positiv utvikling på dette området.

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

Etter gjennomføring av milepæl 5 i prosjektet felles klinisk informasjonsgrunnlag den 15. oktober 2012, hvor databasene for Doculive Ullevål og Doculive Rikshospitalet og Radmiumhospitalet ble slått sammen, var det forutsatt at foretaket skulle kunne rapportere andel epikriser sendt ut innen 7 dager etter utskrivning. Status er at det tidligere tekniske miljøet som er benyttet for dette formål er avviklet, uten at dette er bestilt fra sykehuset. Problemstillingen er over lengre tid tatt opp med Sykehuspartner, og et første datagrunnlag er mottatt. Datagrunnlaget er under kvalitetssikring og oppdateres fortsatt ikke løpende. Det er dialog med Sykehuspartner for å få dette løst slik at klinikker og avdelinger løpende kan få oppdaterte resultater på hvor stor andel av epikrisene som er sendt innen 7 dager etter utskrivning.

3.8. Andel korridorpasienter

For 2013 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter var i september 0,8 prosent og er hittil i 2013 0,9 prosent. Dette er på samme nivå som i 2012. Tiltak i klinikkene for å redusere omfanget av korridorpasienter er planlegging av utskrivning, tidligere legevisitter og dermed tidligere utskrivning av pasienter og bedre bruk av senger på tvers av sengepostene. Det er videre innført rutiner for bestilling av transport for utskrivningsklare pasienter, slik at dette skal være sikret.

3.9. Utskrivningsklare pasienter

I september er det rapportert 25 utskrivningsklare pasienter (49 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter var i september 0,1 prosent, og er hittil i år 0,3 prosent. For samme periode i 2012 var andelen utskrivningsklare pasienter innenfor somatikken 0,5 prosent.

Fra medio september er det i drift 32 døgn Wenger ved KAD (kommunal avdeling for døgnbehandling). Sengene disponeres av alle sykehusene i Oslo (Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg sykehus og Oslo universitetssykehus HF). Det foreligger foreløpig ikke data som viser hvordan etablering av kommunale døgn Wenger påvirker aktiviteten i sykehuset.

Innenfor psykisk helsevern for voksne var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter 9,6 prosent i september, og hittil i år er andelen 6,5 prosent. For samme periode i 2012 var andelen utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern for voksne 7,4 prosent.

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling var andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter 1,5 prosent i september, og hittil i år er andelen 1,6 prosent. Indikatoren er ny for 2013 og det foreligger ikke sammenlignbare tall for 2012.

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.

3.10. Reinnleggelser

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

Tabellen under viser andel reinnleggelser i 2012 for landet som helhet, for Helse Sør-Øst samlet og for de fire regionsykehusene. Oslo universitetssykehus samlet har en andel reinnleggelser som er lavere enn de øvrige regionsykehusene for begge måleparametrene. Dette gjelder for hele perioden 2010-2012.

	Andel reinnleggelser innen 7 dager			Andel reinnleggelser innen 30 dager		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Snitt HSØ	4,8	4,5	4,7	10,7	10,0	10,5
Snitt Norge	4,7	4,5	4,7	10,7	10,1	10,4
OUS	3,9	3,2	3,4	8,3	6,7	7,0
UNN	4,7	4,2	4,3	10,4	9,4	9,8
St. Olav	4,6	4,3	4,3	9,9	9,5	9,5
Helse Bergen	4,9	4,8	4,5	10,4	9,9	9,6

Intern gjennomgang av tallene viser at det er forskjeller mellom klinikker og avdelinger.

4. ØKONOMI

4.1. Resultat per september

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter september et regnskapsmessig underskudd på 245 millioner kroner mot et budsjettert underskudd på 148 millioner kroner, dvs at resultatet er 97 millioner kroner mer negativt enn budsjettert. Pensjonskostnadene er bokført ut fra sist oppdaterte NRS-beregninger (aktuarberegninger), som viser at pensjonskostnaden for hele 2013 blir om lag 25 millioner kroner lavere enn forutsatt i budsjettet, hvorav 17 millioner kroner per september. Justert for det positive avviket for pensjon er det et negativt budsjettavvik på 114 millioner kroner hittil i år (september).

Akkumulert budsjettavvik etter august var 129 millioner kroner (justert for positivt avvik for pensjon) slik at budsjettavviket for september var positivt med 15 millioner kroner. I resultatet for september inngår økte midler til brystrekonstruksjoner og etterregistrering av aktivitet fra 2. tertial med 15 – 20 millioner kroner. Korrigert for disse forholdene var driften i september om lag i samsvar med budsjett.

Sum driftsinntekter viser et positivt avvik hittil i år på 36 millioner kroner (0,2 prosent). Øremerkede inntekter er omlag 18 millioner kroner lavere enn budsjettert, slik at avvik knyttet til sum driftsinntekter for ordinær drift er tilsvarende større. I avviket inngår økt basis 19 millioner kroner utover det som er budsjettert. Økt basisinntekt gjelder følgende forhold:

- Tilbakeførte midler vedrørende etablering av kommunale øyeblikkelig hjelpstilbud (12,5 millioner kroner per september)
- Finansiering av brystprosjektet med ytterligere 9 millioner kroner utover det som er inkludert i budsjett 2013, hvorav 9/12 (6,75 millioner kroner) er inntektsført i september

Øvrig avvik skyldes blant annet at merforbruk ved Utenlandskontoret knyttet til pasienter fra hele regionen som får behandling i utlandet, er forutsatt finansiert (utgjør omlag 13 millioner kroner). Videre er inngår blant annet refusjon fra DIPS-innføringsprosjektet for å finansiere ansatte som er frikjøpt til prosjektet i andre driftsinntekter.

Innenfor somatikken har aktiviteten isolert i september vært høy samtidig som rapportert aktivitet for september inkluderer etterregistrering for 2. tertial. Hittil i år er antall DRG-poeng som budsjettert. Det er noe usikkerhet knyttet til avvik for aktivitetsbaserte inntekter som følge av at budsjettert salg til andre helseforetak har en noe avvikende periodisering fra klinikkens DRG-budsjetter. Dette vil jevne seg ut på årsbasis.

Hoveddelen av det akkumulerte merforbruket hittil i år skyldes at kostnadene er høyere enn budsjettert. Dette gjelder i hovedsak innenfor lønnsområdet, inkludert innleie av helsepersonell, hvor merkostnaden hittil i år er 161 millioner kroner. I bokførte varekostnader inngår også kostnader til behandling av pasienter med føflekk-kreft med legemiddelet Ipilimumab med 7-8 millioner kroner per september. Dette er kostnader som forventes finansiert av bevilgede midler i RNB 2013.

I budsjettet for 2013 er det lagt til grunn en lønnsvekst på 4 prosent (ut fra forutsetningene i statsbudsjettet). Foreløpige beregninger viser en faktisk lønnsvekst i 2013 på 3,67 prosent. Overheng og glidning er inkludert i dette resultatet. På årsbasis forventes kostnadene til årets lønnsoppgjør å bli om lag 40 millioner kroner lavere enn budsjettert. Av dette er 28 millioner kroner inkludert i resultatet per september.

Det er fortsatt noe usikkerhet knyttet til bokførte IKT-kostnader. Dette relateres til tjenestepreis fra sykehuspartner, uløste saker fra tidligere år og til usikkerhet rundt leveransetidspunkter for flere aktiviteter/prosjekter som har betydning for årsestimat 2013. Det er en løpende dialog med Sykehuspartner for å avklare påløpte kostnader.

Avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper

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

ØBAK OUS	Hittil i 2012			Kommentarer
	Faktisk	Budsjett	Avvik	
Basisramme	8 016 397	7 997 167	19 230	Inntektsført basisramme er 19 mnok høyere enn budsjettert. Dette relateres til tilbakeførte midler knyttet til Ø-hjelp og finansiering av brystkreftprosjekt.
Aktivitetsbaserte inntekter	4 754 943	4 766 661	-11 718	Den totale aktiviteten innenfor somatikken er om lag som budsjettert per september. Lavere antall polikliniske konsultasjoner innen BUP og TSB bidrar til et negativt budsjettavvik for de aktivitetsbaserte inntektene. Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er noe høyere enn budsjettert og bidrar positivt. Det samme gjelder inntekter fra kurdøgn og lab-/røntgenområdet, som delvis er budsjettert under andre driftsinntekter. Videre er det noe avvikende periodisering av internhandelsbudsjettet sammenlignet med DRG-budsjettet forøvrig. Dette vil jevnes ut på årsbasis
Andre inntekter	1 306 754	1 277 297	29 457	Som beskrevet ovenfor er deler av inntekter for kurdøgn og lab.rad. budsjettert under andre inntekter, mens bokføres som aktivitetsbaserte inntekter. Disse må derfor sees i sammenheng. Det er også inntektsført om lag 32 mnok fra DIPS-prosjektet som refusjon for frikjøp. Dette må sees i sammenheng med tilsvarende høyere lønnskostnader.
Sum driftsinntekter	14 078 094	14 041 125	36 968	
Lønn- og innleiekostnader	9 909 124	9 747 914	-161 209	For de samlede lønns- og innleiekostnadene er det et merforbruk på om lag 178 mnok (tilsvarende 1,8 pst) når det korrigeres for lavere pensjonskostnader enn budsjettert. Avviket skyldes høyere bemanning enn budsjettert. Ut fra nye beregninger er pensjonskostnaden for 2013 om lag 25 mnok lavere enn forutsatt i budsjettet, hvorav 17 mnok kroner per september.
Varekostnader	1 863 639	1 836 059	-27 580	Varekostnadene er noe høyere enn budsjettert og dels relateres til aktiviteten innenfor somatikken, og til høyere kostnader knyttet til prosjekter.
Andre driftskostnader	2 480 914	2 540 429	59 515	Andre driftskostnader er 59 mnok lavere enn budsjettert. I dette inngår blant annet lavere avskrivningskostnader med 10,7 mnok og noe lavere IKT-kostnader enn budsjettert. Ut over dette er det positive og negative avvik på flere konti.
Sum driftskostnader	14 253 676	14 124 402	-129 274	
Driftsresultat	-175 582	-83 277	-92 305	
Netto finans	69 557	65 213	-4 344	Hittil i 2013 er rentekostnadene 17 mnok lavere enn budsjettert. I netto finans inngår i tillegg avvik for AS'ene. Per september er det et negativt avvik for AS'ene på om lag 0,7 mnok. Interne elimineringsrelatert til kjøp og salg fra AS'ene som er bokført på andre linjer (andre driftsinntekter og -kostnader) reduserer avvik for netto finans til 4,3 mnok.
Resultat OUS	-245 139	-148 490	-96 649	
Resultat ekskl ekstra pensjonskost.	-262 154	-148 490	-113 664	

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

4.2. Årsestimat

Basert på en samlet vurdering er nytt årsestimat for resultat 2013 på -300 millioner kroner. Sammenlignet med budsjettert resultat på -200 millioner kroner, gir dette et estimert avvik på -100 millioner kroner for 2013.

Rapportert resultatavvik etter september er - 114 millioner kroner. Ved vurdering av nytt årsestimat er kjente forhold hensyntatt, herunder er det forutsatt at kostnader til kreftlegemiddelet ipiliumabab blir finansiert. Det er forutsatt uendret basisfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF utover de forhold som er tatt hensyn til i rapporteringen per september. Videre er det lagt til grunn en økt effekt av tiltak i siste del av året med bakgrunn i de nye tiltakene som ble lagt frem for styret i september. Som det tidligere er informert om gjennomgå nå arealbruk sett opp mot balanseførte verdier for å identifisere eventuelle konsekvenser for resultatet av endret arealbruk i 2013. Basert på foreløpig informasjon er det i prognosen lagt til grunn at det bare vil bli behov for en midre nedskrivning. Arbeidet er imidlertid ennå ikke avsluttet, slik at dette kan bli endret.

Det presiseres at det er betydelig usikkerhet knyttet til årsestimatet. Ut fra erfaring kan blant annet årsoppgjørstransaksjoner bli annerledes enn forutsatt.

4.3. Avkastning pensjonsmidler

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

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

For året 2012 rapporterer pensjonskassene om følgende avkastning (alt i norske kroner):

- Kommunal landspensjonskasse: 6,7 pst
- Oslo pensjonsforsikring AS: 8,6 pst
- Statens pensjonskasse: 3,9 pst

Avkastningen på pensjonsmidlene til Oslo universitetssykehus HF i Statens pensjonskasse omfatter avkastning på plassering i norske statsobligasjoner, plassering i Statens pensjonsfond utland og salgsgevinster. Avkastningen på plasseringen i Statens pensjonsfond utland var 6,6 pst og avkastningen på obligasjonene var 3 pst.

4.4. Produktivitetsutvikling per 2. tertial 2013

Oslo universitetssykehus HF utarbeider tertialvise produktivitetsanalyser. Analysene lages på klinikk- og avdelingsnivå. Produktiviteten beregnes som et forholdstall mellom aktivitet, målt i form av DRG- poeng, og kostnader målt ved totale driftsutgifter korrigert for anslått lønns- og prisstigning. Det utarbeides også parameter for teknisk effektivitet, det vil si forholdstall mellom aktivitet og årsverk. For de medisinske støtteklinikken (Akuttklinikken og Klinikk for diagnostikk og intervensjon) er det laget egne

produktivitetsindikatorer. Analysene utarbeides av økonomistaben i samarbeid med klinikkene. Det jobbes også for å etablere robuste produktivitetsindikatorer for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

For de somatiske klinikkene viser analysen at produktiviteten samlet (aktivitet ifht kostnader) er svekket med om lag 2,8 prosent fra 1. og 2. tertial 2012 til 1. og 2. tertial 2013. Dette gjenspeiler at kostnadene er økt samtidig som aktiviteten er om lag uendret. Tilsvarende analyser er foretatt ved å sammenlikne aktivitet i forhold til bemanning, det vil si teknisk effektivitet. For de somatiske klinikkene er bemanningsreduksjonen lavere enn kostnadsreduksjonen og svekkelsen i teknisk effektivitet er på 1,1 prosent. Det er store forskjeller i produktivitetsutvikling mellom klinikker og avdelinger, og analysene brukes i internt forbedringsarbeid og for å få bedre forståelse av driften.

4.5. SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2012

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

I produktivitetssammenheng er det mest fokus på kostnad per DRG-poeng og foretakenes relative kostnadsnivå. For landet samlet sank kostnad per DRG-poeng med 0,4 prosent fra 2011 til 2012. Endring per DRG-poeng var størst i Helse Sør-Øst (-0,7 prosent), men ble også redusert i Helse Vest (-0,2 prosent). I Helse Midt-Norge og i Helse Nord økte kostnad per DRG-poeng med henholdsvis 0,2 prosent og 0,4 prosent.

Det er stor variasjon mellom foretakene både når det gjelder relativt kostnadsnivå og utviklingen fra 2011 til 2012. For Oslo universitetssykehus HF økte kostnadene per DRG-poeng med 1,5 prosent, som følge av en aktivitetsreduksjon på 1 prosent overføring av gjenstående lokalsykehusfunksjoner ("haleaktivitet" til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF) og en kostnadsøkning på 0,5 prosent. Oslo universitetssykehus HF hadde i 2012 en relativ kostnadsindeks på 1,17, dvs at kostnad per DRG-poeng er om lag 17 prosent høyere enn landsgjennomsnittet. Avviket i forhold til landsgjennomsnittet er redusert fra 18 prosent i 2011. Sammenlignet med de øvrige regionsykehusene hadde Oslo universitetssykehus HF i 2012 et relativt kostnadsnivå som var noe lavere enn Universitetssykehuset i Nord-Norge (1,19), men høyere enn St. Olavs Hospital HF (1,10) og betydelig høyere enn Helse Bergen HF (0,94).

Gjennom foretakets deltagelse i Helsedirektoratets årlige arbeid med revisjon av kostnadsvektene i DRG-systemet, får man et mer detaljert underlag for å forstå resultatene i Samdata. For hver DRG beregnes for hvert referansesykehus (de sykehusene som deltar i kostnadsvektarbeidet) en gjennomsnittlig kostnad per opphold/konsultasjon per DRG (KPO/KPK). Denne sammenligningen per DRG gir sammen med informasjon om gjennomsnittlig liggetid og antall sykehusopphold per DRG, muligheter for å se hvor Oslo universitetssykehus HF avviker fra andre sykehus det er naturlig å sammenligne med.

4.6. Gjennomføring av tiltak 2013

Som en del av budsjettet for 2013 er det etablert detaljerte tiltaksplaner i den enkelte klinikk. Opprinnelig tiltaksplan er supplert med nye tiltak jfr styresak 48/2013. Klinikkenes rapporter månedlig på oppnådd økonomisk effekt og effekt i årsverk.

Inkludert nye tiltak er det for 2013 planlagt gjennomført tiltak på 310 millioner kroner, hvorav 214 millioner kroner per september. Klinikkenes rapporterte etter september at det

er gjennomført tiltak ved Oslo universitetssykehus HF for 124,5 millioner kroner og 110 årsverk, hvorav 16 millioner kroner i september. Effekt av nye tiltak er inkludert med 1,8 millioner kroner i september. I tillegg rapporterer nå KDI på noen tiltak, som her er nye men som KDI har fulgt internt en periode – disse har en samlet effekt å 4,3 mill kr per september. Samlet effekt av nye tiltak er dermed på 6,15 mill kr. Gjennomførte tiltak er innenfor mange klinikker og på flere ulike områder. Status for alle de tiltak som er spesifisert rapporteres månedlig til staben.

Det er stor variasjon i klinikkenes gjennomføringsgrad, og det er ulike årsaker til at tiltakene ikke er gjennomført som planlagt. Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken og Oslo sykehuservice har sammen med Klinikk for psykisk helse og avhengighet gjennomført de største tiltakene målt i kroner og årsverk. Også Klinikk for Diagnostikk og intervensjon og Akuttklinikken er av de som har gjennomført betydelige tiltak.

Lavere gjennomføringsgrad enn budsjettet gjelder både for beløp og årsverk. Dette skyldes både forsinkelser og at noen tiltak ikke har latt seg gjennomføre. Til sammen er det tiltak med en forventet effekt på 44 millioner kroner som per september forsinket og tilsvarende er summen av tiltak som per september ikke er gjennomført 50 millioner kroner. Årseffekten av forsinkede tiltak er 61,4 millioner kroner og 70 millioner kroner for tiltak som ikke har latt seg gjennomføre så langt. Det vurderes som lite trolig at disse tiltakene vil la seg gjennomføre med forventet effekt i løpet av 2013. På den annen side har noen av de tiltakene som er rapportert som gjennomført høyere effekt enn budsjettet.

Det er betydelig risiko knyttet til gjennomføringen og effekten av tiltakene. Det vises til nærmere omtale i styresak 37/2013 som omtalte status for en rekke av tiltakene i detalj. Det er noe forskjeller mellom klinikkene i hvilken grad de har meldt tiltak som er krevende å gjennomføre og hvordan de løpende erstatter tiltak som ikke har latt seg gjennomføre.

Klinikkene er bedt om å arbeide kontinuerlig med tiltak. Dette gjelder spesielt i situasjoner der opprinnelig planlagte tiltak ikke lar seg gjennomføre eller blir forsinket.

4.7. Investeringer

Investeringer til videreføring av drift

Styret har vedtatt et investeringsbudsjett til ordinære investeringer i 2013 på 414 millioner kroner, herav er 292 millioner kroner allokert til investering i medisinskteknisk utstyr. Ved utgangen av september er det inngått forpliktelser for om lag 326 millioner kroner av investeringsbudsjettet, hvorav om lag 240 millioner kroner gjelder medisinskteknisk utstyr. Investeringsbudsjettet for medisinskteknisk utstyr på 292 millioner kroner skal både finansiere sammenbrudd og planlagte anskaffelser av utstyr. Sammenbruddspotten for 2013 er forpliktet i sin helhet. Investeringsprognosen for 2013 er redusert med om lag 50 millioner kroner, som følge av at anskaffelsen av en strålemaskin (LINAC) først blir gjennomført i 2014 og noe tidsforskyvning i investeringer i lokalt finansierte IKT-prosjekter. Etter fullmakt fra styret, jmfør styresak 38/2013, er det ved utgangen av september inngått forpliktelser for om lag 11 millioner kroner av investeringsrammen for 2014 for å erstatte sammenbrudd av medisinskteknisk utstyr og hvor utstyret forventes å bli levert først i 2014.

Omstillingsinvesteringer

Totalt budsjett (for årene 2011-2015) for omstillingsinvesteringer Fase 1 er 1 500 millioner

kroner (2012-kroner), eksklusive samhandlingsarena Aker. Ved utgangen av september er det fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for om lag 1 200 millioner kroner. I tillegg er det satt i gang flere utredninger av delprosjekter som det foreløpig ikke er anslått en kostnadsramme for. Budsjetterte omstillingsinvesteringer for 2013 er på 462 millioner kroner. Hittil i år er det bokført omstillingsinvesteringer for 311 millioner kroner. Prognosen for 2013 er redusert i forhold til budsjettet som følge av at prosjekter knyttet til urologi, ortopedi, endokrinologi ikke er satt i gang, samt noen forsinkelser på Rikshospitalet.

Helse Sør-Øst RHF har bekreftet at likviditet tilgjengeliggjøres for Oslo universitetssykehus HF slik at investeringer i tilsynspålegg med videre kan beløpe seg til 160 millioner kroner i 2013. Ved utgangen av september er det inngått forpliktelser for om lag 147 millioner kroner av denne finansieringskilden. Investeringer i tilsynspålegg med videre finansieres også av andre finansieringskilder. Totalt er det ved utgangen av september fattet vedtak for om lag 220 millioner kroner.

4.8. Likviditet

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

Ved utgangen av september var benyttet driftskreditt for Oslo universitetssykehus HF om lag 2 530 millioner kroner mot budsjettert om lag 2 820 millioner kroner. Forskjellen forklares i stor grad med lavere betaling av arbeidsgiveravgift på pensjonspremie, endring i arbeidskapitalen, lavere investeringer og lavere utbetalinger til Sykehuspartner enn forutsatt i kontantstrømbudsjettet.

Likviditetsprognosen for siste kvartal viser at det er nødvendig å øke driftskredittrammen i løpet av november. Utviklingen følges tett opp med ukentlige likviditetsprognoser og nødvendige tiltak vil bli iverksatt i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.

5. BEMANNING OG SYKEFRAVÆR

5.1 Utvikling månedsverk

Brutto månedsverk er redusert med 230 månedsverk siste måned, fra 17 511 i september til 17 281 i oktober. Reduksjonen knyttes til avvikling av ekstra bemanning i forbindelse med sommerferien. Praktisk talt hele reduksjonen finner sted innenfor internt finansierte årsverk (228 årsverk), og reduksjonen gjelder i hovedsak variable månedsverk. Den relative andelen eksternt finansierte er økt fra 6,8 prosent i september til 6,9 prosent i oktober. Av brutto månedsverk hittil i år på 17 212, er 15 938 månedslønnede månedsverk og 1.274 variable månedsverk. Andelen variable månedsverk av totalt antall månedsverk utgjør om lag 7 prosent.

I oktober er antall brutto månedsverk 293 høyere enn budsjettert, mot 328 i september. Antall eksternt finansierte månedsverk var i oktober 1 205, mot budsjettert 1 185, altså 20 månedsverk under budsjett. For perioden januar til og med oktober (hittil i år) er antall

brutto månedsverk 265 høyere enn budsjettet, og antall eksternt finansierte månedsverk 34 lavere enn budsjettet. Avvik i forhold til budsjett må vurderes på bakgrunn av at det er frikjøpt om lag 40 månedsverk til DIPS-innføringsprosjektet (månedsverk finansierte av investeringer er ikke budsjettet). Klinikkerne får resultatmessig kompensasjon for dette, men årsverkene blir ikke korrigert. Ut over dette relateres avviket i forhold til budsjett i stor grad til manglende gjennomføring av tiltak. Videre har mangelfull kapasitet innenfor PO/intensivområdet (særlig på Rikshospitalet), drift i midlertidige lokaler og samlokalisering for enkelte fagmiljøer, midlertidig gitt en mer ressurskrevende drift.

Sammenholdt med oktober 2012, har Oslo universitetssykehus HF en økning på 157 brutto månedsverk i oktober 2013. Sammenlignet med samme periode i 2012 (januar – oktober), har brutto månedsverk økt med 172, hvorav 8 månedsverk gjelder eksternt finansierte årsverk. Antall internt finansierte månedsverk (eksklusive eksternt finansierte) er redusert innenfor Klinik for psykisk helse og avhengighet, uendret innenfor Medisinsk klinikk og økt i de andre klinikkene. Deler av økningen i årsverk i klinikkene skyldes årsverk frikjøpt av DIPS-innføringsprosjektet.

Antall innleide månedsverk ligger i oktober 62 høyere enn budsjettet, mot 48 i september. Disse månedsverkene kommer i tillegg til avviket for brutto månedsverk som er omtalt ovenfor.

5.2 Utvikling i årsverk på stillingsgrupper

Den relative andelen månedsverk per stillingsgruppe forholder seg med noe variasjon relativt stabile gjennom 2013. Den eneste entydige trenden er at andelen *Helsefagarbeider/Hjelpepleier* synker svakt.

Internt finansierte årsverk innen Administrasjon/ledelse har i likhet med resten av sykehuset økt noe siden 2012, men opprettholder sin relative andel på 16,8 prosent fra 2012 hittil i 2013.

5.3 Sykefravær

Per august 2013 er gjennomsnittlig sykefravær 7,4 prosent, fordelt på 2,4 prosent korttidsfravær og 5 prosent langtidsfravær. Det totale sykefraværet er 0,2 prosent lavere enn samme tidsrom i 2012. Sykefraværet ved Oslo universitetssykehus HF hittil i år er på samme nivå som gjennomsnittet for foretaksgruppen.

Sykefraværet viser gjennom 2013 en utvikling som forventet med hensyn til sesongbasert variasjon, med et noe lavere fravær enn forventet i sommermånedene. Den gode utviklingen fortsetter med et synkende fravær i august 2013. Sykefraværet i august måned ligger på et lavt nivå med 6,4 prosent, fordelt på 2,1 prosent korttidsfravær og 4,3 prosent langtidsfravær.

Akuttklinikken og Oslo sykehuservice har per august en liten økning med 0,7 prosent per sammenlignet med tilsvarende periode i 2012. Øvrige klinikker kan alle vise til en positiv utvikling med en nedgang i sykefraværet.

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

Styresak 62/2013 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Månedrappport september 2013

(Bemanningstall for oktober 2013)

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1 Innhold i tabellvedlegg

2 Pasientbehandling

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

3 Økonomi og finans

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

4 Bemanning

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

Definisjoner årsverksindikatorer

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet
MED	Medisinsk klinikk
KKN	Klinikk for kirurgi og nevrofag
KVB	Kvinne- og barneklubben
KKT	Kreft-, kirurgi- og 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

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år
Status per mnd: Akkumulerte tall

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

2.1 Aktivitet – somatikk

SEPTEMBER	Budsjett	Status per SEPTEMBER			Hittil i år			SAMMENLIGNING 2012 (ekskl LV + Biol)	
		Klinikk	2013	Resultat	Avvik	Avvik i %	Restultat	Avvik	Avvik i %
Medisinsk klinikk	26 720	2 094	-205	-8,9 %	19 355	-451	-2,3 %	-304	-1,5 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	60 253	5 453	237	4,5 %	44 190	-310	-0,7 %	161	0,4 %
Kvinne- og barneklirikken	35 314	2 757	-294	-9,6 %	26 054	-287	-1,1 %	-495	-1,9 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	58 364	5 102	34	0,7 %	44 072	798	1,8 %	1 018	2,4 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	31 709	2 673	17	0,6 %	23 492	-157	-0,7 %	143	0,6 %
Akuttklinikken	4 167	454	100	28,2 %	3 115	-10	-0,3 %	-240	-7,2 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	116	5	-7	-58,3 %	70	-25	-26,3 %	-27	-27,8 %
Stab, Utenlandskontoret		1	1	-	97	97		-17	-14,9 %
Biologiske legemidler	1 793	112	-18	-14 %	1 462	30	2 %		
Fellesposter	-1 398	218	245	-227 %	-722	426	-40 %		
SUM	217 038	18 621	110	0,6 %	161 185	23	0,0 %	239	0,2 %

Merknader:

- Sammenligning med 2012: 2012 fremstilt med 2013-logikk og vektor
- Lagt inn forventet effekt av etterregistrering (200 DRG-poeng) på sykehusnivå
- LV = Legevakten
- Biol = Biologiske legemidler

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Pasientbehandling Oslo universitetssykehus HF	Budsjett	September				Hittil i år				2013 mot 2012			
	2013	Resultat	Budsjett	Bud.awik	%	Resultat	Budsjett	Bud.awik	%	HiÅ 2013	HiÅ 2012	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen (inkl private)													
Antall utskrevne pasienter døgntilleggsbehandling (VOP)	1 256	125	108	17	15,7 %	1 273	932	341	36,6 %	1 273	1 033	240	23,2 %
Antall liggedøgn døgntilleggsbehandling (VOP)	84 815	6 205	6 720	-515	-7,7 %	58 943	64 670	-5 727	-8,9 %	58 943	65 430	-6 487	-9,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)	0	0	0	0		115	0	115		115	453	-338	-74,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)	79 461	7 425	7 168	257	3,6 %	58 765	58 118	647	1,1 %	58 765	60 457	-1 692	-2,8 %
Psykisk helsevern - barn og unge (inkl. private)													
Antall utskrevne pasienter døgntilleggsbehandling (BUP)	96	7	10	-3	-30,0 %	71	74	-3	-4,1 %	71	69	2	2,9 %
Antall liggedøgn døgntilleggsbehandling (BUP)	4 121	362	356	6	1,7 %	3 217	3 007	210	7,0 %	3 217	2 740	477	17,4 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)	3 041	247	276	-29	-10,5 %	2 116	2 202	-86	-3,9 %	2 116	2 037	79	3,9 %
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)	51 820	4 344	4 894	-550	-11,2 %	33 661	37 581	-3 920	-10,4 %	33 661	32 961	700	2,1 %
TSB (inkl. private)													
Antall utskrevne pasienter døgntilleggsbehandling (TSB)	2 815	245	239	7	2,7 %	2 217	2 093	125	5,9 %	2 217	2 068	149	7,2 %
Antall liggedøgn døgntilleggsbehandling (TSB)	29 001	2 028	2 434	-406	-16,7 %	17 874	21 764	-3 890	-17,9 %	17 874	21 302	-3 428	-16,1 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)	948	34	89	-55	-61,8 %	531	717	-186	-25,9 %	531	498	33	6,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)	10 459	724	922	-198	-21,5 %	6 212	7 607	-1 395	-18,3 %	6 212	6 267	-55	-0,9 %

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

Modaliet	2012 September		2013 September		Akkumulert 2012		Akkumulert 2013		%vis endring 2012-2013 September		%vis endring 2012-2013 Akkumulert	
	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS
Angio	253	4	244	8	2 362	31	2 240	41	-3,6 %	100,0 %	-5,2 %	32,3 %
CT	4 925	1 052	5 139	1 255	42 127	10 588	42 152	10 743	4,3 %	19,3 %	0,1 %	1,5 %
MG	720	4	735	9	6 046	50	6 075	89	2,1 %	125,0 %	0,5 %	78,0 %
MR	2 362	668	2 644	791	19 713	6 770	20 371	6 962	11,9 %	18,4 %	3,3 %	2,8 %
NM	665	15	641	21	6 169	227	5 831	191	-3,6 %	40,0 %	-5,5 %	-15,9 %
PET	315	6	426	19	2 754	63	3 313	104	35,2 %	216,7 %	20,3 %	65,1 %
RG	13 875	279	14 232	268	121 732	2 672	123 929	2 470	2,6 %	-3,9 %	1,8 %	-7,6 %
Ukjent	6	0	6	0	39	0	54	2	0,0 %		38,5 %	
UL	3 098	63	3 374	84	27 796	683	28 774	793	8,9 %	33,3 %	3,5 %	16,1 %

H = henvisninger

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

TS = tilsendte

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

UL = ultralyd

PET = PET-scan (positron emission tomography)

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet og klinikk

September		Bruk av radiologi 2013		HiÅ 2012		HiÅ 2013		Δ 2013/2012	
Enhet	Indikator	sep		pr. sep		pr. sep		pr. sep	
		H	TS	H	TS	H	TS	H	TS
PHA	CT	9	-	120	1	88	4	-32	3
	MR	41	-	255	-	310	-	55	-
	RG	19	-	152	-	109	1	-43	1
MED	CT	607	73	5 050	773	5 268	782	218	9
	MR	250	12	1 971	203	2 010	177	39	-26
	RG	1 113	20	11 866	208	11 415	206	-451	-2
KKN	CT	1 363	258	11 064	1 935	11 263	1 913	199	-22
	MR	989	292	7 335	2 498	7 541	2 391	206	-107
	RG	6 372	80	51 032	927	54 964	814	3 932	-113
KVB	CT	167	140	1 883	896	1 555	1 027	-328	131
	MR	211	48	1 815	537	1 837	543	22	6
	RG	749	24	8 245	220	7 640	226	-605	6
KKT	CT	1 486	678	12 064	5 980	11 800	5 727	-264	-253
	MR	813	414	6 002	3 337	6 071	3 422	69	85
	RG	1 697	125	13 971	1 095	13 060	999	-911	-96
HLK	CT	394	85	2 383	816	2 716	896	333	80
	MR	81	10	657	85	689	105	32	20
	RG	2 075	15	16 691	131	16 701	135	10	4
AKU	CT	961	12	8 218	109	8 004	121	-214	12
	MR	67	1	431	14	543	10	112	-4
	RG	1 654	1	14 376	44	14 618	23	242	-21
KDI	CT	12	2	75	39	62	29	-13	-10
	MR	110	6	570	19	669	38	99	19
	RG	31	-	246	15	281	13	35	-2
OSS	CT	-	-	-	-	-	-	-	-
	MR	-	-	-	-	1	-	1	-
	RG	1	-	4	-	7	-	3	-

H = henvisninger

TS = tilsendte

RG = konvensjonell røntgen

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



2.1 Aktivitet Oslo sykehuservice

Aktivitetsdatarapport for 2013						Oslo sykehuservice			
Aktivitet i Oslo sykehuservice	Måleenhet	sep i fjor	sep i år	Endring sep 2013 mot 2012	Endring sep 2013 mot 2012 i %	Per sep 2012	Per sep 2013	Endring hittil i 2013 mot hittil i 2012	Endring hittil i 2013 mot hittil i 2012 i %
Kostnader pr. liggedøgn	Kr	2 855	3 356	501	15 %	6 196	6 991	795	1137 %
Kostnader pr. liggedøgn m/dagbeh.	Kr	2 506	2 903	397	14 %	5 435	6 080	645	1061 %
Arealer	Kvm	1 003 345	1 007 686	4 341	0 %	2 004 278	2 005 661	1 384	7 %
Forbruk av energi	KWH	18 500 000	18 120 000	-380 000	-2 %	207 762 000	213 200 000	5 438 000	255 %
Forbruk av tekstiler	Tonn	283	282	-1	0 %	2 512	2 486	-26	-105 %
Middager	Antall	73 304	72 828	-476	-1 %	555 722	554 205	-1 517	-27 %
Sengevask/reing	Antall	10 681	10 117	-564	-6 %	96 969	98 191	1 222	124 %
Hotellbelegg Pasienthotellet	%	8420 %		-8400 %		8500 %	100 %	-84	
Hotellbelegg Sykehotellene	%	8560 %		-8600 %		8600 %	100 %	-86	
Portøroppdrag	Antall	40 996	40 174	-822	-2 %	373 355	348 665	-24 690	-708 %
Faktura forfall u.anvisning	%	16 %	24 %	8 %	33 %				
Antall bur i forskningsprosjekter/uke	Antall -snitt	2 118	2 632	514	20 %	4 491	5 201	710	1365 %
Antall søknader BHM	Antall	243	267	24	9 %	1 982	2 185	203	929 %
Pasienttilstrømming	Antall	92	125	33	26 %	733	918	185	2015 %
Utlån MTU	Antall	266	335	69	21 %	2 075	2 669	594	2226 %
OUS aktivitetsdata									
Opphold dgr dagbehandling	Antall	5 812	6 419	607	9 %	52 193	51 975	-218	-42 %
Liggedøgn somatikk	Antall	41 746	41 154	-592	-1 %	365 438	355 246	-10 192	-287 %

Merknad: det foreligger ikke tall for hotellbelegg. Portøroppdrag Aker mangler. I arealoversikten er det solgt fire leiligheter som det ikke forelå arealopplysninger på.

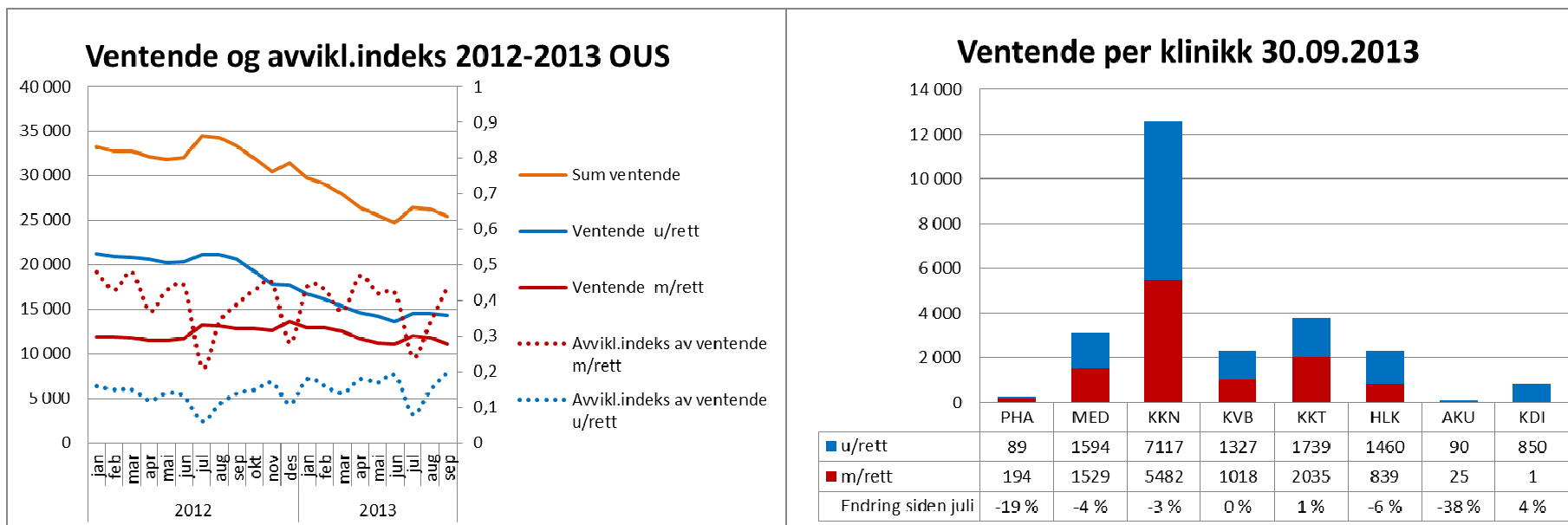
2.1 Aktivitet postoperativ- og intensivvirksomhet i Akuttklinikken

Klinikk	Aktivitet	September 2013	Akkumulert aktivitet September 2013	September 2012	Akkumulert aktivitet September 2012	Akkumulert endring 2012-2013	Endring 2012-2013 i %
	Antall intensivpasienter	280	2 464	274	2 534	-70	-2,8 %
	Antall intensivdøgn	1 135	10 263	1 206	10 547	-284	-2,7 %
	Antall respiratordøgn:						
	Intensiv, Aker	0	17	2	91	-74	-81,3 %
	Intensiv 2, Ullevål	194	1 650	146	1 658	-8	-0,5 %
	Intensiv 3, Ullevål	110	840	120	810	30	3,7 %
	Generell int, RH	228	1 882	244	2 056	-174	-8,5 %
	Barneintensiv, RH	109	769	125	878	-109	-12,4 %
	Generell int 2, RH	84	905	95	484	421	87,0 %
	PO, Radium	15	33	-	44	-11	-25,0 %
	PO, Ullevål	22	178	11	153	25	16,3 %
	SUM Antall respiratordøgn	762	6 274	743	6 174	100	1,6 %

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

PO = Postoperativ

2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende

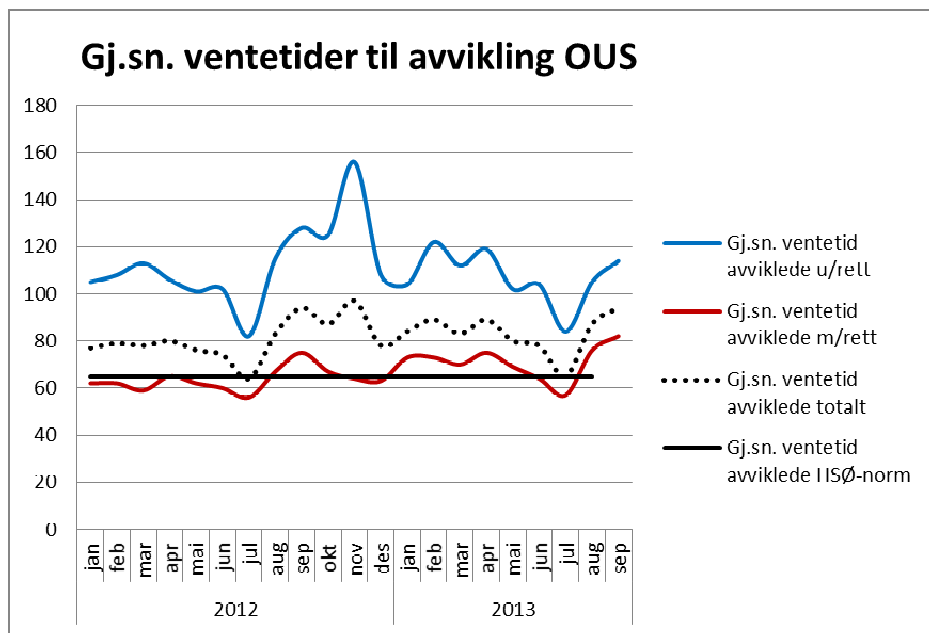


Tertial her = gj.sn. månedsverdier

Sum ventende	2012											2013											Utvikling
	jan	feb	mar	apr	1. tert	mai	juni	juli	aug	2. tert	sep	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	juni	juli	aug	2.tert	sep	
PHA	285	310	295	305	299	330	307	367	345	337	313	379	424	491	484	445	462	345	385	349	385	283	
MED	3 147	3 110	3 126	3 094	3 119	2 922	3 053	3 520	3 729	3 306	3 689	2 946	2 927	2 947	2 917	2 934	2 901	2 867	3 146	3 253	3 042	3 123	
KKN	19 247	19 231	19 138	18 869	19 121	18 991	19 037	19 884	19 792	19 426	19 688	15 351	15 008	15 121	14 030	14 878	13 153	12 590	13 215	13 048	13 002	12 599	
KVB	2 414	2 329	2 238	2 267	2 312	2 173	2 123	2 487	2 382	2 291	2 223	2 277	2 238	2 431	2 365	2 328	2 366	2 249	2 421	2 334	2 343	2 345	
KKT	3 449	3 435	3 500	3 428	3 453	3 336	3 398	3 617	3 413	3 441	3 219	3 618	3 520	3 559	3 450	3 537	3 468	3 431	3 743	3 752	3 599	3 774	
HLK	3 082	2 932	3 022	2 863	2 975	2 786	2 887	3 229	3 288	3 048	2 929	2 685	2 533	2 404	2 282	2 476	2 269	2 300	2 497	2 448	2 379	2 299	
AKU	416	409	372	330	382	266	236	263	278	261	301	182	165	172	163	171	140	186	190	186	176	115	
KDI	963	855	862	857	884	873	880	902	918	893	914	622	586	720	636	641	665	708	794	819	747	851	
Sum klinikker	33 003	32 611	32 553	32 013	32 545	31 677	31 921	34 269	34 145	33 003	33 276	28 060	27 401	27 845	26 327	27 408	25 424	24 676	26 391	26 189	25 670	25 389	
Diff vs. 2012												-4 943	-5 210	-4 708	-5 686	-5 137	-6 253	-7 245	-7 878	-7 956	-7 333	-7 887	
Diff %												-15 %	-16 %	-14 %	-18 %	-16 %	-20 %	-23 %	-23 %	-23 %	-22 %	-24 %	

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

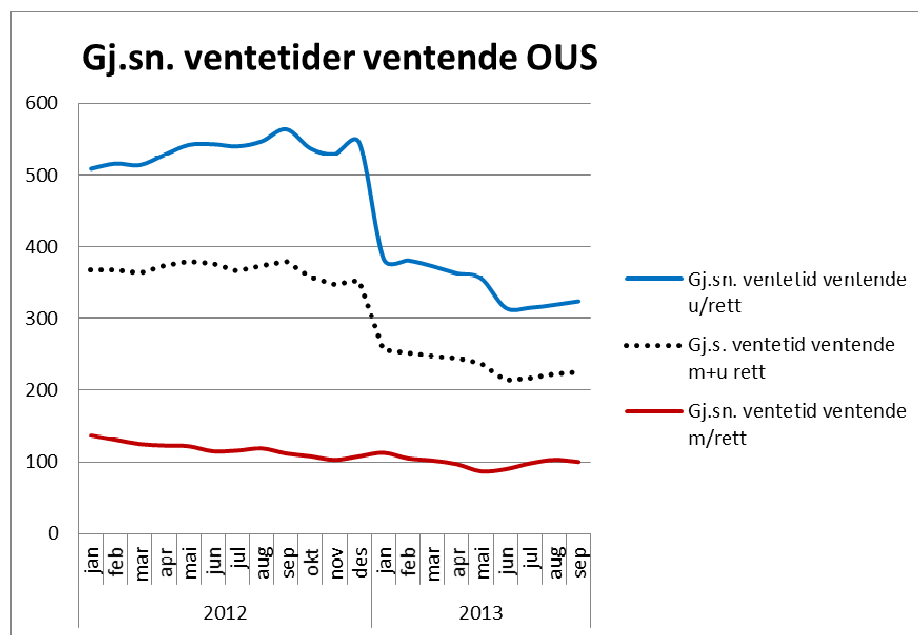
2.2 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling



Gj.sn. v.tid til avvikling	2012											2013											Utvikling
	jan	feb	mar	apr	1. tert	mai	juni	juli	aug	2. tert	sep	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	juni	juli	aug	2.tert	sep	
PHA	48	55	42	41	46	38	38	36	47	40	45	56	44	43	45	48	38	40	35	48	40	49	
MED	65	67	66	59	65	62	57	41	55	56	63	66	52	59	73	63	55	60	40	60	55	64	
KKN	101	99	103	108	103	112	106	95	119	109	137	116	142	120	124	125	116	113	98	127	115	124	
KVB	64	64	53	60	60	60	58	40	66	58	65	63	59	57	65	61	65	54	36	60	56	69	
KKT	52	57	52	58	54	55	58	50	60	56	66	64	59	61	65	62	59	65	57	78	65	91	
HLK	133	130	121	119	126	108	88	122	130	109	142	115	98	107	100	105	86	85	89	101	90	116	
AKU	80	103	95	107	97	87	98	73	97	92	95	77	68	70	79	74	85	70	92	77	80	96	
KDI	37	27	38	44	36	39	25	25	54	36	38	37	49	52	32	41	26	45	22	28	31	31	
OUS	77	79	78	80	78	78	76	65	84	77	95	84	89	85	89	87	80	78	65	87	79	94	
Diff vs. 2012												7	10	7	9	8	2	2	0	3	2	-1	
Diff %												9%	13%	9%	11%	11%	3%	3%	0%	4%	2%	-1%	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

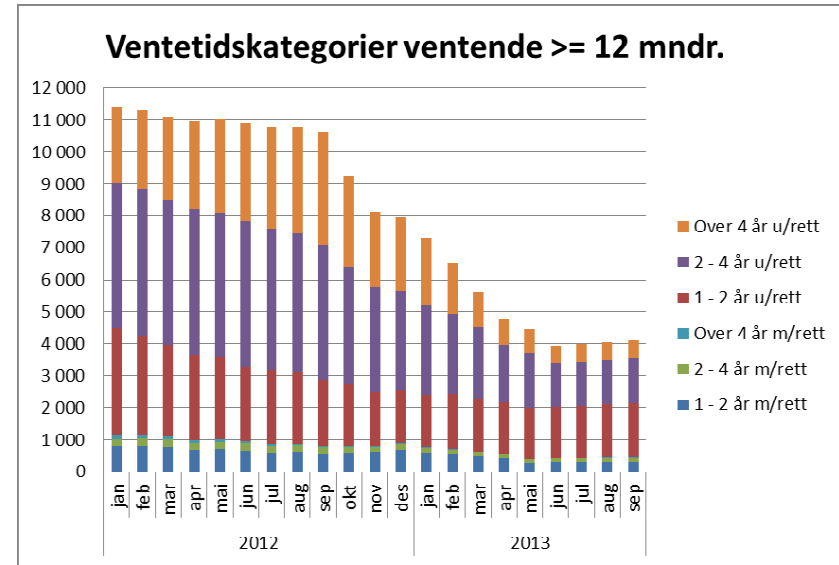
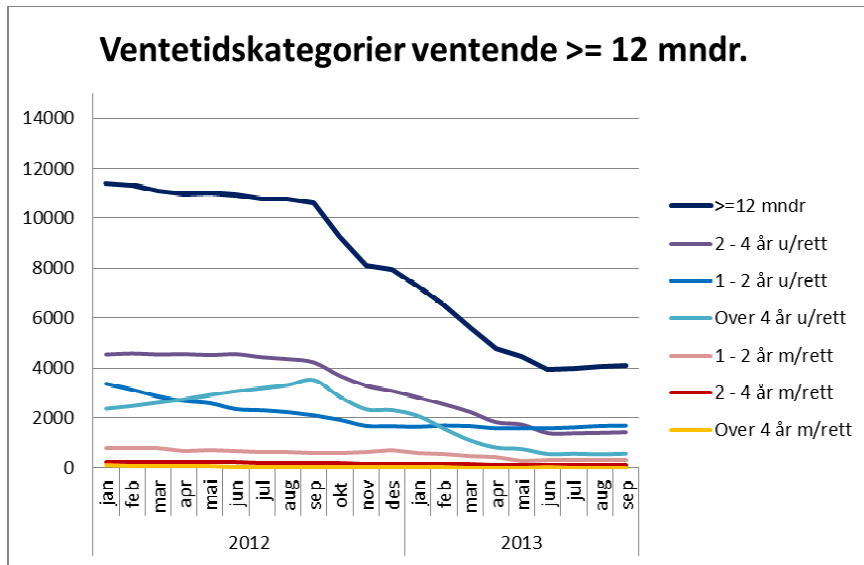
2.2 Gjennomsnittlig ventetid for ventende



Gj.sn. v.tid ventende	2012											2013											Utvikling måned
	jan	feb	mar	apr	1. tert	mai	juni	juli	aug	2. tert	sep	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	juni	juli	aug	2.tert	sep	
PHA	50	39	38	44	43	40	40	45	44	42	40	44	40	43	42	42	47	53	62	66	56	38	
MED	132	114	93	93	108	191	180	178	178	181	180	82	82	84	78	82	78	78	90	91	85	90	
KKN	503	510	517	531	515	609	615	606	622	613	631	391	389	386	388	389	384	339	340	346	352	357	
KVB	233	217	210	210	218	213	196	189	191	197	198	90	88	86	81	86	72	74	87	90	81	85	
KKT	116	111	104	107	109	111	102	108	94	104	81	66	62	62	56	62	59	61	73	79	68	78	
HLK	164	159	143	149	154	164	159	160	158	160	150	124	116	118	111	118	107	113	123	133	119	129	
AKU	97	95	89	94	94	92	73	89	78	83	72	79	81	100	100	90	97	85	97	100	95	132	
KDI	518	550	507	516	523	589	596	611	622	605	620	149	125	128	135	134	143	132	139	152	142	162	
OUS	368	368	364	373	368	442	440	428	436	436	446	256	252	248	245	250	238	214	217	222	223	224	
Diff vs. 2012												-112	-116	-116	-128	-118	-204	-226	-211	-214	-214	-222	
Diff %												-30 %	-32 %	-32 %	-34 %	-32 %	-46 %	-51 %	-49 %	-49 %	-49 %	-50 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)



Tertial her = vektet gj.sn. månedsverdier

Antall ventet ≥ 1 år	2012											2013											Utvikling måned
	jan	feb	mar	apr	1. tert	mai	juni	juli	aug	2. tert	sep	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	juni	juli	aug	2.tert	sep	
PHA	7	1	1	1	3	1	2	1	1	1	0	0	2	3	3	2	3	5	7	6	5	2	
MED	479	487	455	427	462	414	397	404	400	404	405	69	94	86	55	76	51	52	48	57	52	48	
KKN	9 115	9 210	9 242	9 159	9 182	9 292	9 326	9 226	9 344	9 297	9 327	6 782	6 218	5 284	4 538	5 706	4 208	3 695	3 724	3 729	3 839	3 774	
KVB	466	407	357	351	395	339	288	285	265	294	265	209	41	56	45	88	36	21	22	34	28	32	
KKT	280	283	260	265	272	249	228	220	167	216	167	24	30	30	22	27	22	31	39	55	37	76	
HLK	383	350	304	279	329	283	272	262	218	259	132	62	69	77	64	68	53	59	64	71	62	63	
AKU	11	12	11	10	11	9	4	4	2	5	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	2	
KDI	531	479	438	437	471	414	420	426	430	423	408	111	44	62	34	63	62	61	70	83	69	99	
Sum	11 272	11 229	11 068	10 929	11 125	11 001	10 937	10 828	10 827	10 898	10 827	7 259	6 500	5 601	4 763	6 031	4 438	3 927	3 977	4 037	4 095	4 096	
Diff vs. 2012												-4 013	-4 729	-5 467	-6 166	-5 094	-6 563	-7 010	-6 851	-6 790	-6 804	-6 731	
Diff %												-36 %	-42 %	-49 %	-56 %	-46 %	-60 %	-64 %	-63 %	-63 %	-62 %	-62 %	

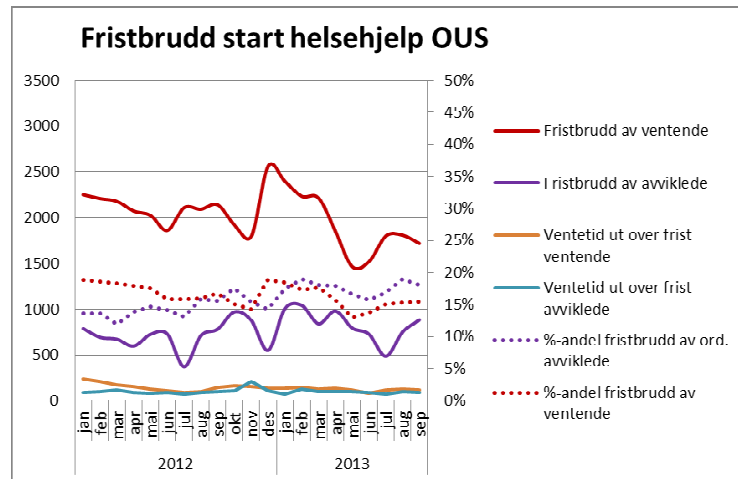
2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd) per fagområde

Fagområde	Per 31.1	Per 28.2	Per 31.3	Per 30.4	Per 31.5	Per 31.7	Per 31.8	Per 31.9	Endring fra 31.1
	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år
050 Ortopedisk kirurgi (inkl. revmakirurgi)	2 071	1 990	1 788	1 738	1 574	1 645	1 702	1 742	-329
070 Urologi	6	7	11	6	6	9	19	34	28
090 Plastikk-kirurgi	1 529	1 547	1 501	1 467	1 430	1 385	1 396	1 422	-107
100 Nevrokirurgi	491	471	470	63	63	66	62	54	-437
130 Endokrinologi	37	35	37	30	28	28	31	25	-12
150 Hjertesykdommer (Hjerte-, lunge- og	39	39	46	41	32	38	39	37	-2
250 Nevrologi	1 600	1 526	1 094	838	798	293	250	248	-1 352
290 Øre-nese-hals sykdommer	477	100	83	82	49	55	44	43	-434
300 Øyesykdommer	233	266	292	302	271	261	252	248	15
840 Medisinsk genetikk	110	43	61	33	61	69	81	97	-13
Sum for fagområder med mer enn 20 langtidsventende	7 092	6 328	5 442	4 619	4 327	3 840	3 857	3 950	-3 142
SUM TOTALT	7 430	6 517	5 615	4 764	4 458	3 989	4 039	4 106	-3 324

Merknad:

Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 langtidsventende per 30. september 2013.

2.3 Utvikling fristbrudd



Fristbrudd avviklede	2012											2013									Utvikling måned			
	jan	feb	mar	apr	1. tert	mai	juni	juli	aug	2. tert	sep	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	juni	juli	aug		2.tert	sep	
PHA	21	14	6	7	12	11	6	7	12	9	14	16	12	3	6	9	8	12	4	7	8	15		
MED	105	78	74	80	84	59	67	25	77	57	92	117	130	108	81	109	65	33	14	93	51	77		
KKN	349	346	335	307	334	350	416	176	340	321	393	539	587	489	587	551	454	371	218	325	342	393		
KVB	66	52	37	33	47	45	29	23	31	32	35	56	59	43	53	53	60	56	44	47	52	90		
KKT	166	129	136	120	138	175	147	94	154	143	112	168	140	115	163	147	134	199	156	181	168	192		
HLK	76	70	79	45	68	83	62	45	97	72	107	110	112	79	89	98	73	55	48	96	68	111		
AKU	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	3	
KDI	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sum	786	690	670	595	685	724	728	371	712	634	754	1 006	1 041	839	981	967	794	726	484	749	688	881		
Diff vs. 2012												220	351	169	386	282	70	-2	113	37	55	127		
Diff %												28%	51%	25%	65%	41%	10%	0%	30%	5%	9%	17%		
Fristbrudd ventende	2012											2013									Utvikling måned			
	jan	feb	mar	apr	1. tert	mai	juni	juli	aug	2. tert	sep	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	juni	juli	aug		2.tert	sep	
PHA	12	10	3	4	7	7	11	19	11	12	15	6	7	8	13	9	21	12	26	16	19	2		
MED	110	104	97	74	96	51	59	89	119	80	221	101	143	115	58	104	21	20	50	70	40	55		
KKN	1 673	1 701	1 705	1 602	1 670	1 621	1 493	1 531	1 495	1 535	1 491	1 995	1 753	1 630	1 403	1 695	1 067	1 087	1 247	1 277	1 170	1 290		
KVB	110	80	68	64	81	56	50	79	75	65	86	56	71	81	71	70	51	92	109	98	88	46		
KKT	209	193	174	210	197	163	115	147	139	141	123	115	134	199	165	153	178	172	181	157	172	173		
HLK	90	86	103	96	94	104	109	158	159	133	165	116	116	170	146	137	122	127	175	180	151	149		
AKU	1	1	1	0	1	1	0	4	3	2	2	3	3	6	7	5	0	0	3	3	2	0		
KDI	20	15	13	12	15	12	11	2	1	7	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1		
Sum	2 225	2 190	2 164	2 062	2 160	2 015	1 848	2 029	2 002	1 974	2 103	2 393	2 228	2 210	1 863	2 174	1 460	1 511	1 791	1 802	1 641	1 716		
Diff vs. 2012												168	38	46	-199	14	-555	-337	-238	-200	-333	-387		
Diff %												8%	2%	2%	-10%	1%	-28%	-18%	-12%	-10%	-17%	-18%		

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

2.3 Fristbrudd per fagområde

Fagområde	Mai		Juli		August		September	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
<u>030 Gastroenterologisk kirurgi</u>	17	8	31	12,3	38	19,1	34	19,2
<u>050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)</u>	438	25 %	502	25,4	541	27,4	540	29,5
<u>070 Urologi</u>	53	8 %	55	7,3	42	5,1	53	6,6
<u>080 Kjevekirurgi og munnhulesykdom</u>	9	8 %	27	23,1	21	18,6	23	21,1
<u>090 Plastikk-kirurgi</u>	67	29 %	71	30,7	62	29,7	63	26,9
<u>100 Nevrokirurgi</u>	208	37 %	206	29,5	234	31,4	257	35,2
<u>150 Hjertesykdommer</u>	109	13 %	156	19,0	155	19,9	142	19,4
<u>220 Barnesykdommer</u>	44	8 %	94	14,6	88	16,3	42	8,7
<u>250 Nevrologi</u>	194	30 %	235	32,6	218	29,9	227	29,5
<u>290 Øre-nese-hals sykdommer</u>	123	16 %	176	25,0	159	23,4	152	24,5
<u>853 Terapeutisk onkologi og radioterapi</u>	71	21 %	69	29,9	57	27,1	45	24,1
Sum fristbrudd av ventende pasienter for fagområder hvor det er over 20 fristbrudd	1 352		1 664		1 708		1 578	
Sum fristbrudd	1 465	13 %	1 792	15 %	1 796	15 %	1 718	15 %

Merknad:

Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 fristbrudd per 30. september 2013.

2.4 Styringsparametre

(kvalitetsindikatorer som inngår i månedlig rapportering til Helse Sør-Øst RHF)

Månedlige styringsparametre	201301	201302	201303	201304	201305	201306	201307	201308	201309	HiÅ F2013
5a Andel korridorpasienter - somatikk	1,2 %	0,8 %	0,7 %	1,1 %	0,9 %	1,0 %	0,9 %	0,8 %	0,8 %	0,9 %
2h Andel med timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
7a Antall utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	85	84	46	65	34	26	33	21	25	419
7b Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	206	260	174	183	112	53	48	29	49	1 114
7c Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk	0,5 %	0,7 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %
7d Antall utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	19	14	14	14	18	17	13	14	25	148
7e Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	413	346	386	362	397	356	338	347	594	3 539
7f Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern voksne	5,9 %	5,5 %	5,7 %	6,0 %	6,4 %	6,3 %	7,0 %	6,5 %	9,6 %	6,5 %
7g Antall utskrivningsklare pasienter totalt TSB	23	4	2	2	3	0	1	1	1	37
7h Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt TSB	93	41	33	19	26	0	21	31	30	294
7i Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter TSB	5,1 %	2,1 %	1,5 %	1,0 %	1,3 %	0,0 %	1,1 %	1,5 %	1,5 %	1,6 %
8a Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført	7	7	7	7	7	7	8	6	6	7
8b Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8c Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

EPJ = Elektronisk pasientjournal

3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2013	September				Hittil i 2013			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	10 769 438	942 170	934 033	8 137	0,9 %	8 016 397	7 997 167	19 229	0,2 %
Aktivitetsbaserte inntekter	6 430 275	573 324	559 048	14 277	2,6 %	4 754 943	4 766 661	-11 718	-0,2 %
Andre inntekter	1 692 235	172 808	144 099	28 709	19,9 %	1 306 755	1 277 297	29 457	2,3 %
Sum driftsinntekter	18 891 948	1 688 302	1 637 180	51 122	3,1 %	14 078 094	14 041 125	36 969	0,3 %
Lønn -og innleiekostnader	13 136 508	1 177 755	1 145 271	-32 484	-2,8 %	9 909 124	9 747 914	-161 209	-1,7 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 468 248	237 545	211 809	-25 736	-12,2 %	1 863 640	1 836 059	-27 581	-1,5 %
Andre driftskostnader	3 406 743	255 049	281 220	26 171	9,3 %	2 480 914	2 540 429	59 515	2,3 %
Sum driftskostnader	19 011 499	1 670 349	1 638 300	-32 049	-2,0 %	14 253 677	14 124 402	-129 275	-0,9 %
Driftsresultat	-119 551	17 953	-1 120	19 073	1,2 %	-175 583	-83 277	-92 306	-0,7 %
Netto finans	-80 449	-7 837	-6 366	-1 471	-23,1 %	-69 557	-65 213	-4 344	-6,7 %
Resultat OUS	-200 000	10 117	-7 486	17 603	1,1 %	-245 140	-148 490	-96 650	-0,7 %
Resultat etter eks.ord. pensjonskostnader	-200 000	8 052	-7 486	15 538	0,9 %	-262 154	-148 490	-113 664	-0,8 %

3.2 Kommentarer til økonomisk resultat hittil i år

Art. ØBAK	Regnskap	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	8 016 397	7 997 167	19 230	Avvik relateres til tilbakeførte midler knyttet til Ø-hjelp og inntektsføring av midler til brystrekonstruksjoner.
ISF egne pasienter	1 687 567	1 667 676	19 891	De totale ISF-inntektene er omtrent 8 mnok høyere enn budsjettet. Estimert tap knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	210 039	216 858	-6 819	Samme dag og feil rapportert utførende helsepersonell inngår i resultatet.
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	444 442	449 650	-5 208	
ISF-inntekt kostnadskrevene	23 068	22 892	176	
Utskrivningsklare pasienter	3 665	3 201	463	Antall utskrivningsklare pasienter hittil i år er noe høyere enn budsjettet, derfor også noe høyere inntekt.
Gjeste pasienter	392 177	427 520	-35 343	Gjestepasientinntektene er noe lavere enn budsjettet. Avviket de to siste månedene er mindre enn snittet i foregående måneder.
Salg av konsumentmedisiner	1 661 389	1 618 653	42 736	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er noe høyere enn budsjettet. Det positive avviket er i hovedsak relatert til kurdøgn og lab-/røntgenområdet. Deler av dette må ses i sammenheng med negativt avvik som inngår i andre driftsinntekter. Videre er det noe avvikende periodisering av internhandelsbudsjettet sammenlignet med DRG-budsjettet forøvrig. Dette vil jevnes ut på årsbasis.
Polikliniske inntekter	332 597	360 211	-27 614	De polikliniske inntektene 28 mnok lavere enn budsjettet. Avviket gjelder i hovedsak innenfor lab/røntgen og psykisk helse.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	34 470	40 601	-6 131	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Avviket skyldes i hovedsak aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag, Nevrokirurgisk avdeling.
Andre øremerkede tilskudd	693 818	751 587	-57 769	Nivå for inntektsføring av øremerkede tilskudd er lavere enn budsjettet. Må sees i sammenheng med andre dr.innt.
Andre driftsinntekter	578 465	485 108	93 357	Nivå for inntektsføring av andre driftsinntekter er 93 mnok høyere enn budsjettet. Det er et relativt stort positivt avvik på inntektsføring av tilskudd fra private institusjoner, men dette må sees i sammenheng med inntekter for andre øremerkede tilskudd. I tillegg inngår et negativt avvik som må ses i sammenheng med det positive avviket på salg av konserninterne helsetjenester. Det er også inntektsført om lag 32 mnok fra DIPS-prosjektet (investering) som refusjon for frikjøp. Dette må sees i sammenheng med tilsvarende høyere lønnskostnader.
Kjøp av offentlige helsetjenester	14 078 094	14 041 125	36 968	Kostnadene til kjøp av offentlige helsetjenester er 35 mnok lavere enn budsjettet. Dette må sees i sammenheng med merforbruk for kjøp av private helsetjenester.
Kjøp av private helsetjenester	15 463	50 738	-35 276	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er om lag 44 mnok høyere enn budsjettet. Dette må sees i sammenheng med mindreforbruk for kjøp av off. helsetjenester.
Varekostnader	198 971	154 517	44 453	Varekostnadene er noe høyere enn budsjettet.
Innleid arbeidskraft	1 615 101	1 595 987	19 114	
Innleiekostnader	133 811	62 594	71 217	Innleiekostnadene er ikke redusert så mye som forutsatt i budsjettet. Kostnader til innleie er 22 mnok høyere per september 2013 enn samme periode i 2012. Deler av dette skyldes nye avtaler for innleie av helsepersonell. Merforbruket er størst innenfor operasjons- og intensivområdet, men er også høyt ved thoraxkirurgisk avdeling, ortopedisk avdeling og nevrokirurgisk avdeling.
Kjøp av konsumentmedisiner	34 104	34 816	-712	Kjøp av konserninterne helsetjenester er omtrent som budsjettet hittil.
Lønn til fast ansatte	6 541 066	6 406 633	134 433	
Overtid og ekstrahjelp	751 275	759 747	-8 472	For de samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 107 mnok når det korrigeres for lavere pensjonskostnader enn budsjettet.
Pensjon	1 788 326	1 805 341	-17 015	Lønnskostnadene per september er redusert med 28 mnok knyttet til årets lønnsoppgjør som viser seg å bli noe lavere enn budsjettet.
Off tilskudd og refve dr arbeidskraft	-437 584	-405 195	-32 389	Akkumulert avvik skyldes høyere bemanning enn budsjettet, blant annet som følge av forsinkelser i gjennomføring av tiltak mv. Videre er deler av dette relatert til kostnader til frikjøp av personell i forbindelse med DIPS-innføringsprosjekt. Ut fra nye beregninger er pensjonskostnaden for 2013 om lag 25 mill kroner lavere enn forutsatt i budsjettet, hvorav 17 mnok per september.
Annen lønn	1 132 230	1 118 794	13 436	
Avskrivninger	580 521	592 500	-11 979	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.
Nedskrivninger	0	0	0	i/a
Andre driftskostnader	1 900 393	1 947 929	-47 536	Det er små mindreforbruk på flere poster, blant annet er IKT-kostnadene og konsulentkostnader noe lavere enn budsjettet. Energikostnader relatert til 2012 med om lag 10 mnok, bidrar til reduksjon av mindreforbruket. Totalt er det mindreforbruk på 48 mnok.
Finansinntekter	14 253 676	14 124 402	129 274	
Finanskostnader	-1 666	17 044	-18 710	Avviket skyldes effekt av interne elimineringsrelatert til kjøp og salg fra AS'ene som er bokført på andre linjer (andre driftsinntekter og -kostnader). Bidrag fra datterselskap er om lag 0,7 mnok høyere enn budsjettet per september. Dette antas å jevne seg ut i løpet av høsten.
Netto finans	67 890	82 257	-14 367	
Netto finans	-69 557	-65 213	-4 344	
TOTALT	-245 139	-148 490	-96 649	
Avvik justert for avvik pensjon			-113 664	

3.3 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering September 2013 tall i hele 1000 kr	September				Hittil i år			
	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Økonomisk resultat								
Klinikk psykisk helse og avhengighet	4 738	0	4 738	3,2 %	25 311	0	25 311	1,9 %
Medisinsk klinikk	-4 513	0	-4 513	-4,9 %	-29 008	0	-29 008	-3,6 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	2 098	0	2 098	1,1 %	-118 318	0	-118 318	-7,9 %
Kvinne- og barneklubben	-10 474	0	-10 474	-8,3 %	-37 697	0	-37 697	-3,4 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	-4 986	0	-4 986	-2,4 %	-65 742	0	-65 742	-3,9 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	1 157	0	1 157	1,3 %	-52 905	0	-52 905	-7,0 %
Akuttklubben	4 004	0	4 004	2,1 %	-68 856	0	-68 856	-4,2 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	-1 096	0	-1 096	-0,6 %	-6 645	0	-6 645	-0,5 %
Oslo sykehusservice	4 274	0	4 274	2,6 %	-11 130	0	-11 130	-0,8 %
Konsern	-264	1 410	-1 674	-	3 980	4 711	-731	-
Fellesposter	2 345	-8 896	11 241	1,3 %	66 819	-153 201	220 020	4,4 %
Direktørensstab	12 411	0	12 411	10,8 %	49 051	0	49 051	5,0 %
Sum OUS	10 117	-7 486	17 603	1,1 %	-245 140	-148 490	-96 650	-0,7 %
Justert for eks.ord. pensjonskostnader	8 052	-7 486	15 538	0,9 %	-262 154	-148 490	-113 664	-0,8 %

Avvik i pst av totale kostnader.

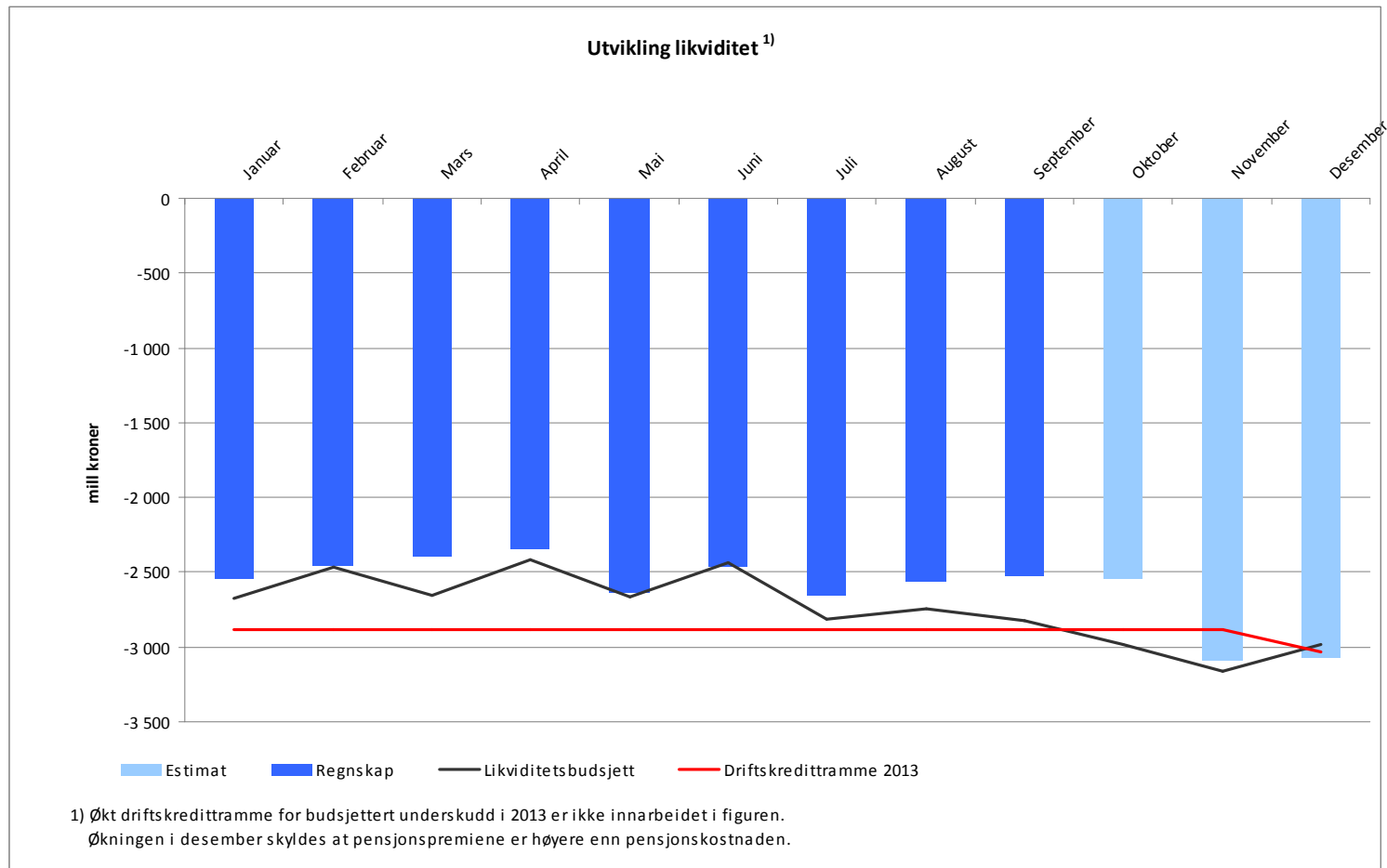
3.4 Kommentarer til klinikkens avvik per september

Klinikk	Avvik	Overordnet beskrivelse av avvik (avvik i mnok)
Klinikk psykisk helse og avhengighet	+ 25	Regnskapet viser totalt sett et positivt budsjettavvik på 4,7 mnok for perioden og 25,3 mnok akkumulert. Bemanningstilpasningen knyttet til organisasjonsmessige endringer er ikke endelig avsluttet. Det er fortsatt overtallige som ikke det er funnet en endelig løsning for. Budsjettet inkluderer kostnader for disse etter definerte forutsetninger, samt at det er tilbakeført avsetninger foretatt pr 31.12 2012. Varigheten av tidsforløpet fram til endelig løsning av ansettelsesforholdet for de overtallige, bestemmer om det er tilstrekkelig kostnadsdekning i budsjettet og avsetning pr 31.12 2012.
Medisinsk klinikk	- 29	Resultat for Medisinsk klinikk per september er på - 29 mnok og september resultatet er isolert forverret sammenlignet med perioden januar - august. Negativt resultatutvikling skyldes lavere DRG inntjenning enn forventet som følger av redusert antall ø-hjelp innleggelser. Klinikken forventer at dette kun er en naturlig svingning slik at ø-hjelp trolig vil øke utover høsten (som en normalhøst).
Klinikk for kirurgi og nevrofag	- 118	Overordnet er det en god måned for KKN med et positivt avvik i overkant av 2 mnok. Dette skyldes et stort positivt avvik på inntektssiden med merinntekter på 20 mnok. Mye av dette er knyttet til tidligere måneder, men det er også god aktivitet i september isolert sett. Plantallene for september burde nok vært noe høyere, men allikevel så er septemberaktiviteten for eksempel 325 poeng over aprilaktiviteten som er en relativt sammenliknbar måned. På kostnadssiden er det fortsatt store avvik. Lønnsavviket er noe høyere i september sammenliknet med snitt for de 8 første månedene. Dette henger nok noe sammen med sommerferieavviklingen, da det særlig er overtid og ekstrahjelp som har store avvik sammenliknet med tidligere perioder. På varekostnader er det store avvik, særlig knyttet til innleie. Økte medikamentkostnader som følge av bruk av Eylea på øyeavdelingen. På implantatsiden så er det også høye kostnader i september, men dette må ses i sammenheng med den høye aktiviteten.
Kvinne- og barneklubben	-38	Månedens resultat viser et negativt avvik på 10,6 mnok. Dette skyldes både lav aktivitet (-3,7 mnok) og høye kostnader (- 6,9 mnok). Det er i tillegg lave kurdøgninntekter. Poliklinikkinntektene er høyere enn budsjettet. Klinikken har et merforbruk på innleie på -2,3 mnok denne måneden, hvorav deler er etterslep fra tidligere måneder. Lønnsavviket er på -4,6 mnok denne måneden. Klinikken har flere månedsverk enn budsjettet, og dette forklarer deler av avviket. Noe kan knyttes til prosjekter, og noe til planlagt oppbemanning på nyfødt (for å redusere variable kostnader). Lavere refusjoner i august og september enn tidligere måneder.
Kreft-, kirurgi og transplantasjons-klinikken	- 66	Klinikken har så langt i år aktivitet som er 1,8 pst høyere enn budsjettet og 2,6 pst høyere enn 2012. Samtidig er både personalkostnadene og vare- og driftskostnadene i klinikken vesentlig høyere enn budsjettet. Av avviket på varekostnader skyldes 7,7 mnok kreftmedikamentet Ipilimumab som ikke er budsjettet.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-53	Klinikken har et negativt DRG avvik på -157 poeng. Forbedring fra forrige mnd med 160 poeng (etterkoding kardiologi). Dette gjelder i hovedsak TKA og Lunge med -260 DRG poeng. Klinikken har et akkumulert avvik på -53 mnok hvorav -4,6 mill er DRG avvik, - 16 mnok er ikke innfridde tiltak, innleie ut over plan utgjør -13,8 mnok, udefinert utgjør -7,8 mnok, -1 mnok lønnsnedgang etter lønnsoppgjør, -6,6 mnok er vakanser på TKA, KAR og KARD pgr. av leger som er fraværende fra vakt pgr. sykdom kurs, kongresser eller permisjoner. Klinikken gjort 5 flere transplantasjoner enn i 2012. 1,8 mnok positivt fra lagerjustering for perioden januar – august.
Akuttambulansen	- 69	Akkumulert per september har klinikken et underskudd på 69 mnok (overskudd i september isolert knyttet til innarbeidelse av rammeøkning som skulle vært gjort tidligere). Innleie står for 21,8 mnok av klinikkens merforbruk (80 % av avviket er relatert til PO/Intensiv). Det er et merforbruk på 20,9 mnok på lønnskostnader (34,4 mnok uten rammeøkning). I hovedsak er avviket på variabel lønn (overtid/ekstrahjelp). Dette er hovedsakelig PO/Intensiv og Prehospitalt Senter og noe på anestesiområdet. Akuttambulansen har et merforbruk på implantater og instrumenter på Operasjonsavdelingen og Avdeling for smertebehandling. Merforbruket på medisinske forbruksvarer er hovedsakelig på PO/Intensiv og Anestesisykepleie. Pasientreiser har et akkumulert underskudd på 5,4 mnok. Det er fortsatt høye kostnader knyttet til reparasjoner og driftskostnader på ambulanser i Prehospitalt Senter. PhS har fremdeles en aktivitetsvekst.

3.4 Kommentarer til klinikkenes avvik per september

Klinikk	Avvik	Overordnet beskrivelse av avvik (avvik i mnok)
Klinikk for diagn. og intervensjon	- 7	Klinikken har pr september et negativt avvik på 7 mnok. Estimert på inntektssiden økt pga økende aktivitet på AMG (overgang til Swissslab). Negativt avvik på inntektssiden veies opp av engangseffekter i april: budsjettjustering varekost 3,7", budsjettjustering/endret avsetningspraksis variable lønn. Sett bort fra engangseffekter er underliggende drift noe under budsjett.
Oslo sykehusservice	- 11	OSS har et negativt resultat per september på 11 mnok. Dette skyldes i all hovedsak energi. OSS styrer mot å gå i balanse for 2013.
Stab	+ 49	Forhold som bidrar til avviket er mindre bruk av eksterne konsulenter enn budsjettet, ubesatte stillinger og noe lavere IKT-kostnader.
Fellesposter mv	+ 219	Avviket relateres til bla ikke-fordelte budsjettmidler, mindrekostnader tariff, lavere rentekostnader, lavere avskrivningskostnader mv. I tillegg inngår tilbakeførte midler knyttet til etablering av øyeblikkelig-hjelp-tilbud i kommunene og økt finansiering av brystprosjektet.
Samlet avvik	- 114	I samlet avvik inngår mindrekostnader for pensjon med om lag 17 mnok.

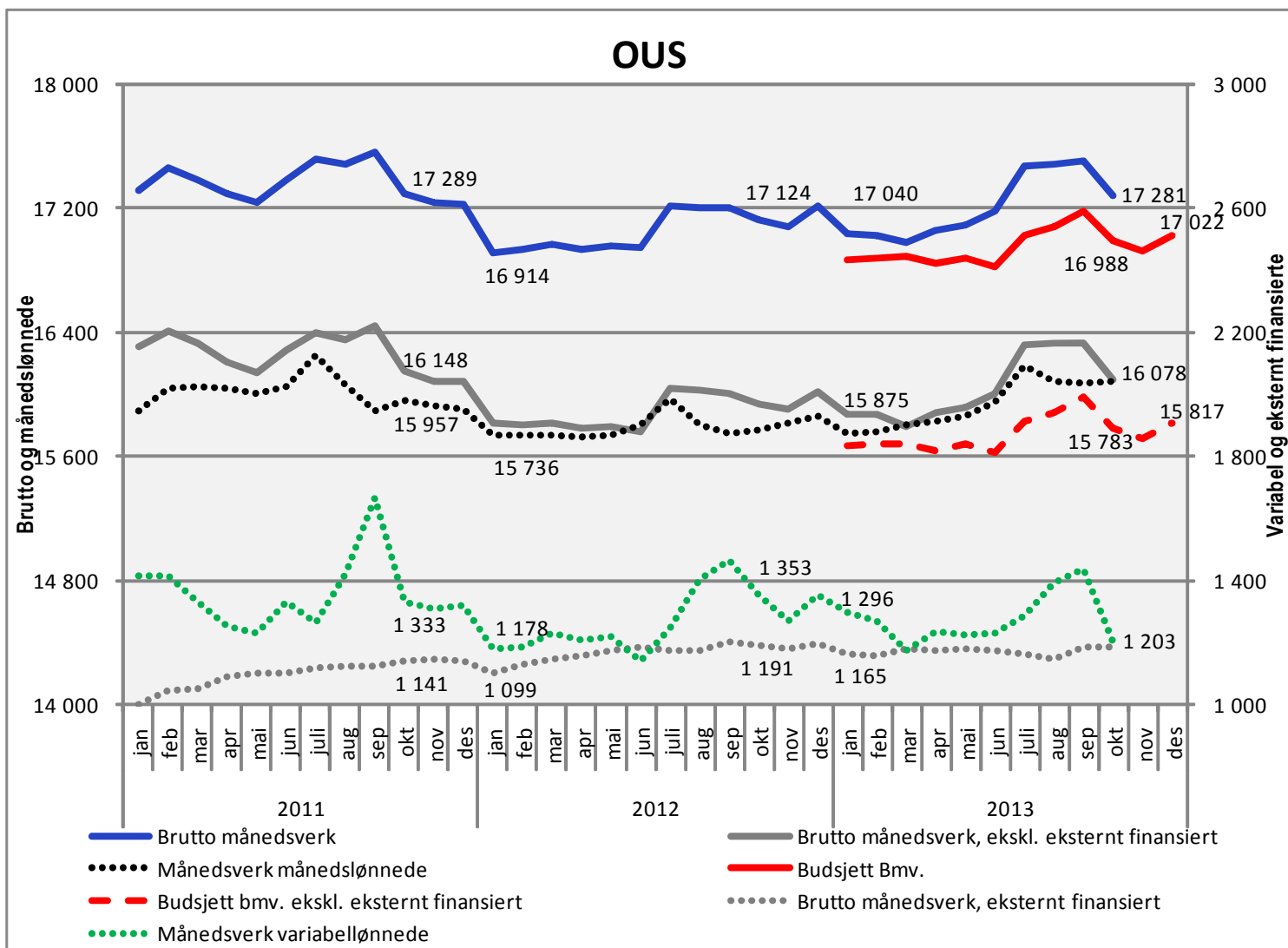
3.5 Likviditet



3.6 Samlet tiltaksgjennomføring OUS

Klinikk	Budsjettert	Budsjettert	Realisert	Budsjettert	Budsjettert	Realisert
	økonomisk effekt i 2013 (1000 kr)	økonomisk effekt per rapp mnd (1000 kr)	økonomisk effekt per rapp mnd (1000 kr)		effekt i 2013 (årsverk)	effekt per rapp mnd (årsverk)
PHA	20 670	15 336	15 336	31	23	23
MED	13 878	8 737	794	24	19	0
KKN	26 800	17 243	5 566	13	13	0
KVB	27 234	19 329	8 776	13	14	11
KKT	43 469	30 158	23 478	22	19	17
HLK	35 483	24 509	7 360	29	28	0
AKU	50 550	35 887	13 918	50	50	15
KDI	27 184	17 272	14 854	6	6	4
OSS	64 428	46 433	34 419	55	55	40
Budsjettert effekt av tiltak	309 697	214 905	124 501	242	227	110

4.1 Bemanningsutvikling



4.2 Bemanningsindikatorer

OUS Indikator	Denne måned			Hittil i 2013				2013 mot 2012			
	okt 2013	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. okt	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ okt 2013 mot okt 2012	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk	17 281	16 988	293	17 212	16 947	265	1,6 %	157	0,9 %	172	1,0 %
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	16 097	15 783	314	16 041	15 742	299	1,9 %	163	1,0 %	165	1,0 %
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	1 185	1 205	-20	1 171	1 205	-34	-2,8 %	-6	-0,5 %	8	0,7 %
Innleie fra vikarbyrå	151	89	62	132	100	32	32,0 %	29	-	-31	-23,2 %
Månedsverk månedslønnede	16 078	15 827	251	15 938	15 825	113	0,7 %	307	1,9 %	161	1,0 %
Månedsverk variabellønnede	1 203	1 161	42	1 274	1 123	151	13,5 %	-150	-12,5 %	11	0,9 %
Netto månedsverk nasj. ind.	11 779	-	-	12 348	-	-	-	535	4,5 %	290	2,3 %
Sykefraværspersent	6,4	7,4	-1,0	7,4	7,4	-0,0	0,0 %	-0,4	-3,5 %	-0,2	-2,5 %

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

Timeprisen for omberegningen av innleie til B.mv. er justert i 2013 (sist i september måned) slik at det er ikke grunnlag for direkte sammenlikning fra 2012 til 2013. Se for øvrig lysbilde 3.2 – lønnskostnader der avvik fra budsjett fremkommer i KR.

Brutto månedsverk, Intern finansiering	Denne måned			Hittil i 2013				2013 mot 2012			
	okt 2013	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. okt	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ okt 2013 mot okt 2012	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
PHA	2 058	2 058	-0	2 077	2 082	-5	-0,2 %	-27	-1,3 %	-52	-2,5 %
MED	1 189	1 163	27	1 201	1 168	33	2,8 %	-32	-2,7 %	-0	0,0 %
KKN	2 107	1 993	114	2 083	1 983	100	5,0 %	10	0,5 %	41	2,0 %
KVB	1 621	1 575	46	1 615	1 589	25	1,6 %	39	2,4 %	23	1,4 %
KKT	2 177	2 047	130	2 148	2 010	138	6,9 %	47	2,2 %	39	1,8 %
HLK	795	788	6	795	780	16	2,0 %	-8	-1,0 %	13	1,6 %
AKU	2 246	2 234	13	2 251	2 222	29	1,3 %	54	2,4 %	24	1,1 %
KDI	1 923	1 895	28	1 900	1 897	4	0,2 %	37	1,9 %	30	1,6 %
OSS	1 747	1 672	76	1 745	1 666	79	4,8 %	30	1,7 %	42	2,4 %
OUS	16 097	15 783	314	16 041	15 742	299	1,9 %	163	1,0 %	165	1,0 %

4.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil i 2013	2013 mot 2012				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel		
	OUS sep 2013	okt 2013	Pr. okt	Δ okt 2013 mot okt 2013	%-vls endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vls endring	Andel hele 2013	Andel hele 2012	Gj.snittelig endring 2013 mot 2012
(1) Administrasjon/Ledelse	2 760	2 753	2 700	82	3,0 %	25	0,9 %	16,8 %	16,8 %	0,9 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 514	1 385	1 446	-43	-3,1 %	7	0,5 %	9,0 %	9,0 %	0,9 %
(3) Leger	2 247	2 233	2 236	-10	-0,5 %	15	0,7 %	13,9 %	14,0 %	0,5 %
(3a) Overleger	1 357	1 349	1 354	-9	-0,7 %	9	0,6 %	8,4 %	8,5 %	0,5 %
(3b) LIS-leger	857	850	848	-1	-0,1 %	6	0,7 %	5,3 %	5,3 %	0,6 %
(3c) Turnusleger	33	34	34	-0	-1,3 %	-0	-0,8 %	0,2 %	0,2 %	-2,0 %
(4) Psykologer	233	231	229	15	6,7 %	7	3,1 %	1,4 %	1,4 %	3,0 %
(5) Sykepleier	5 470	5 519	5 436	91	1,6 %	61	1,1 %	33,9 %	33,9 %	0,9 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	562	554	572	-44	-7,9 %	-38	-6,7 %	3,6 %	3,8 %	-5,9 %
(7) Diagnostisk personell	1 297	1 304	1 285	39	3,0 %	20	1,5 %	8,0 %	8,0 %	1,5 %
(8) Apotekstillinger	2	2	2	1	46,3 %	0	27,1 %	0,0 %	0,0 %	38,1 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 443	1 389	1 406	8	0,6 %	40	2,8 %	8,8 %	8,6 %	2,7 %
(10) Ambulansepersonell	456	460	465	19	4,2 %	17	3,6 %	2,9 %	2,8 %	3,1 %
(11) Forskning	228	221	212	7	3,1 %	4	1,9 %	1,3 %	1,3 %	1,2 %
(99) Ukjente	107	40	51	-8	-20,3 %	6	11,1 %	0,3 %	0,3 %	25,6 %
SUM	16 325	16 097	16 041	163	1,0 %	165	1,0 %	100 %	100,0 %	0,9 %

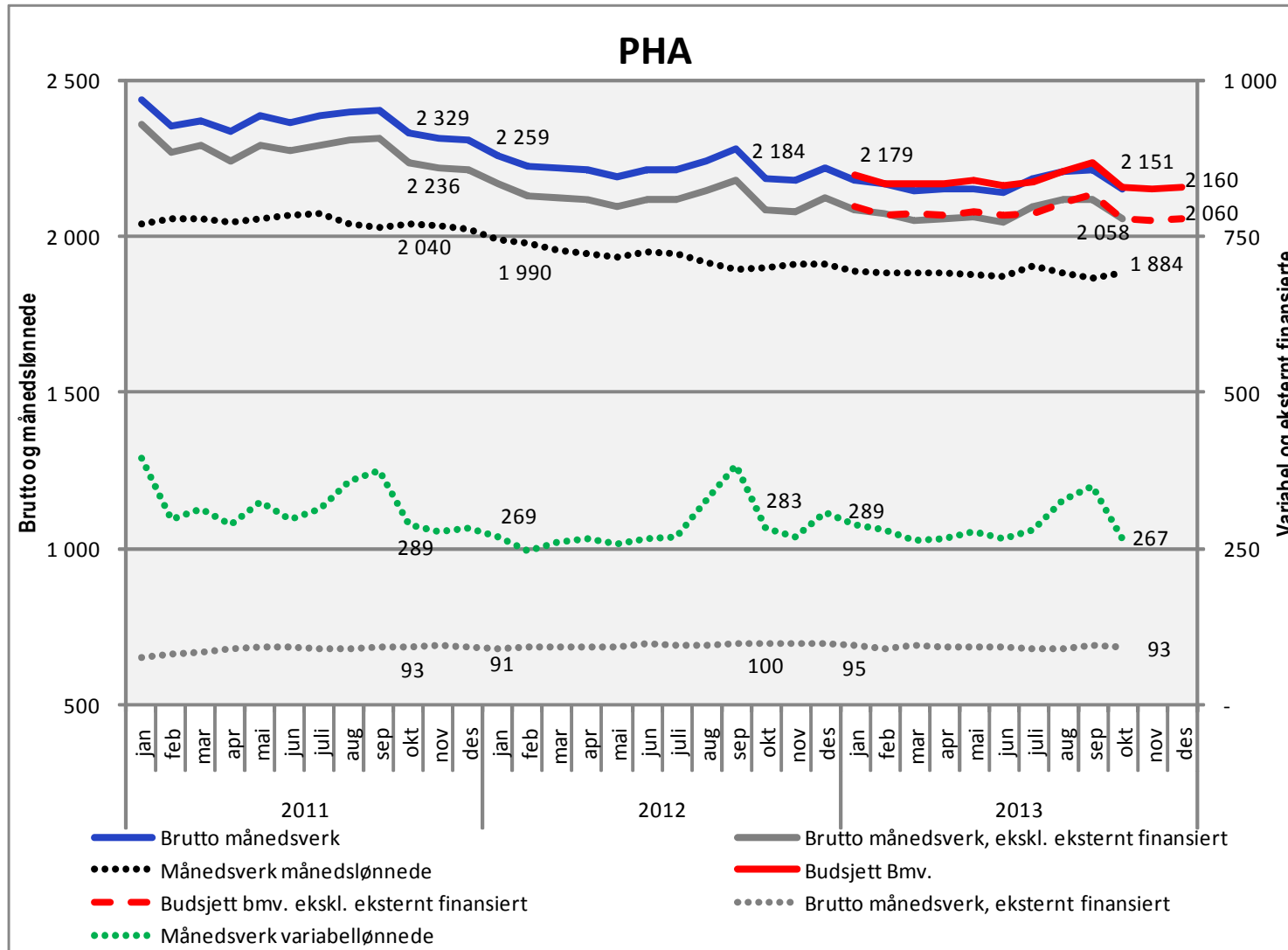
4.4 Andel deltid per klinikk

Deltid - fast ansatte - Totalt okt						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
PHA	3 134	535	17,1 %	93,7 %	16,3 %	94,4 %
MED	1 681	373	22,2 %	96,6 %	23,3 %	97,3 %
KKN	2 579	654	25,4 %	93,4 %	19,1 %	94,6 %
KVB	2 417	776	32,1 %	92,7 %	28,3 %	94,1 %
KKT	3 054	620	20,3 %	97,8 %	15,0 %	98,9 %
HLK	969	165	17,0 %	97,2 %	9,9 %	98,0 %
AKU	2 991	513	17,2 %	99,2 %	10,7 %	99,6 %
KDI	2 382	364	15,3 %	97,4 %	7,2 %	98,4 %
OSS	2 951	262	8,9 %	97,4 %	5,0 %	97,9 %
STAB	311	25	8,0 %	97,8 %	5,3 %	98,3 %
OUS	21 797	4 150	19 %	96,7 %	14,5 %	97,5 %

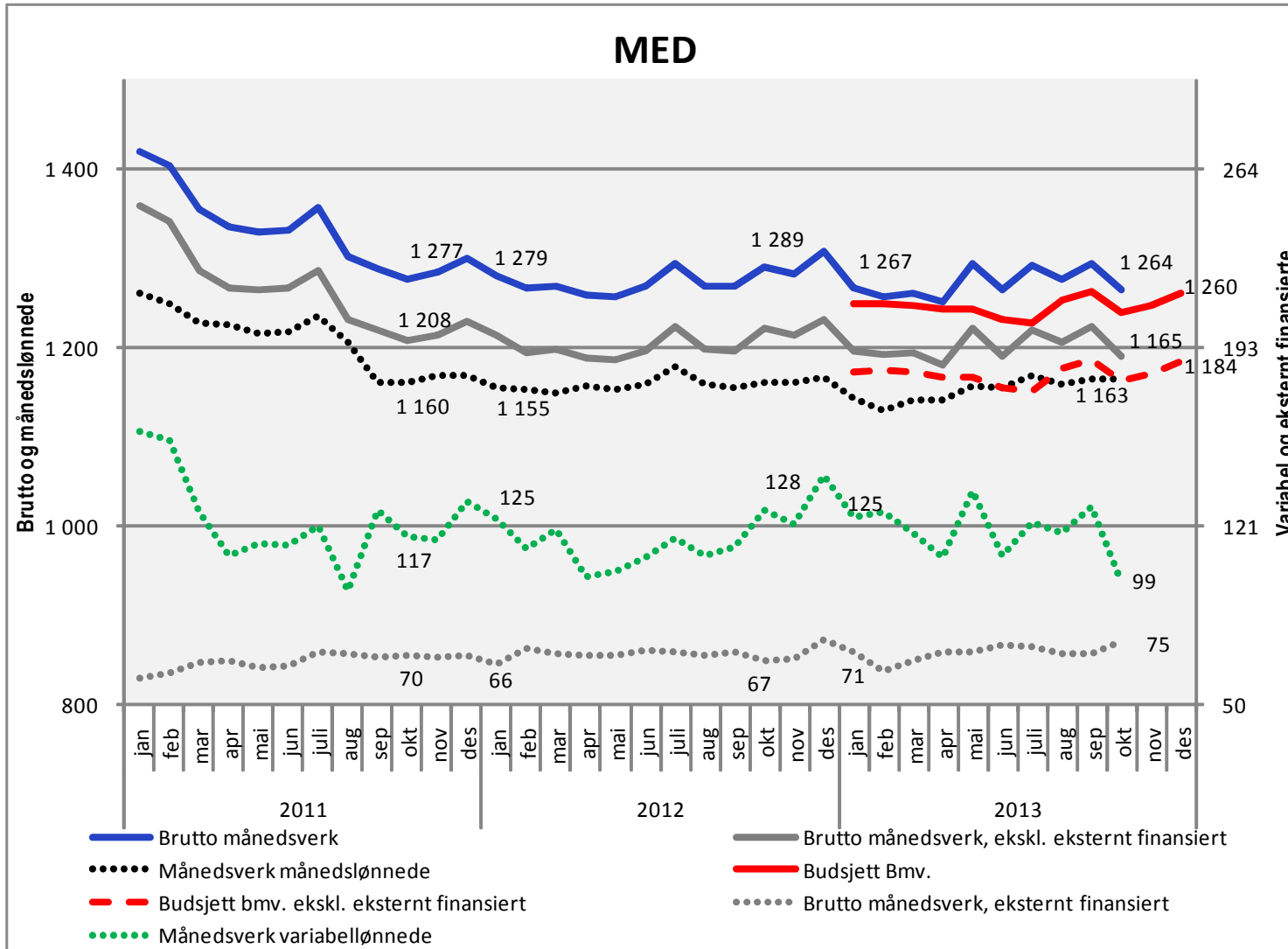
Deltid - fast ansatte - Ekskl. eksternt finansiert okt						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
PHA	2 986	498	16,7 %	93,8 %	16,2 %	94,5 %
MED	1 588	355	22,4 %	96,1 %	23,4 %	96,8 %
KKN	2 509	643	25,6 %	93,4 %	19,1 %	94,6 %
KVB	2 255	743	32,9 %	92,1 %	29,4 %	93,4 %
KKT	2 628	566	21,5 %	97,3 %	15,4 %	98,4 %
HLK	937	161	17,2 %	97,1 %	10,0 %	98,0 %
AKU	2 970	508	17,1 %	99,2 %	10,7 %	99,6 %
KDI	2 108	321	15,2 %	97,4 %	7,1 %	98,3 %
OSS	2 915	259	8,9 %	97,4 %	5,0 %	98,0 %
STAB	264	15	5,7 %	98,3 %	4,5 %	98,8 %
OUS	20 417	3 921	19 %	96,5 %	14,7 %	97,3 %



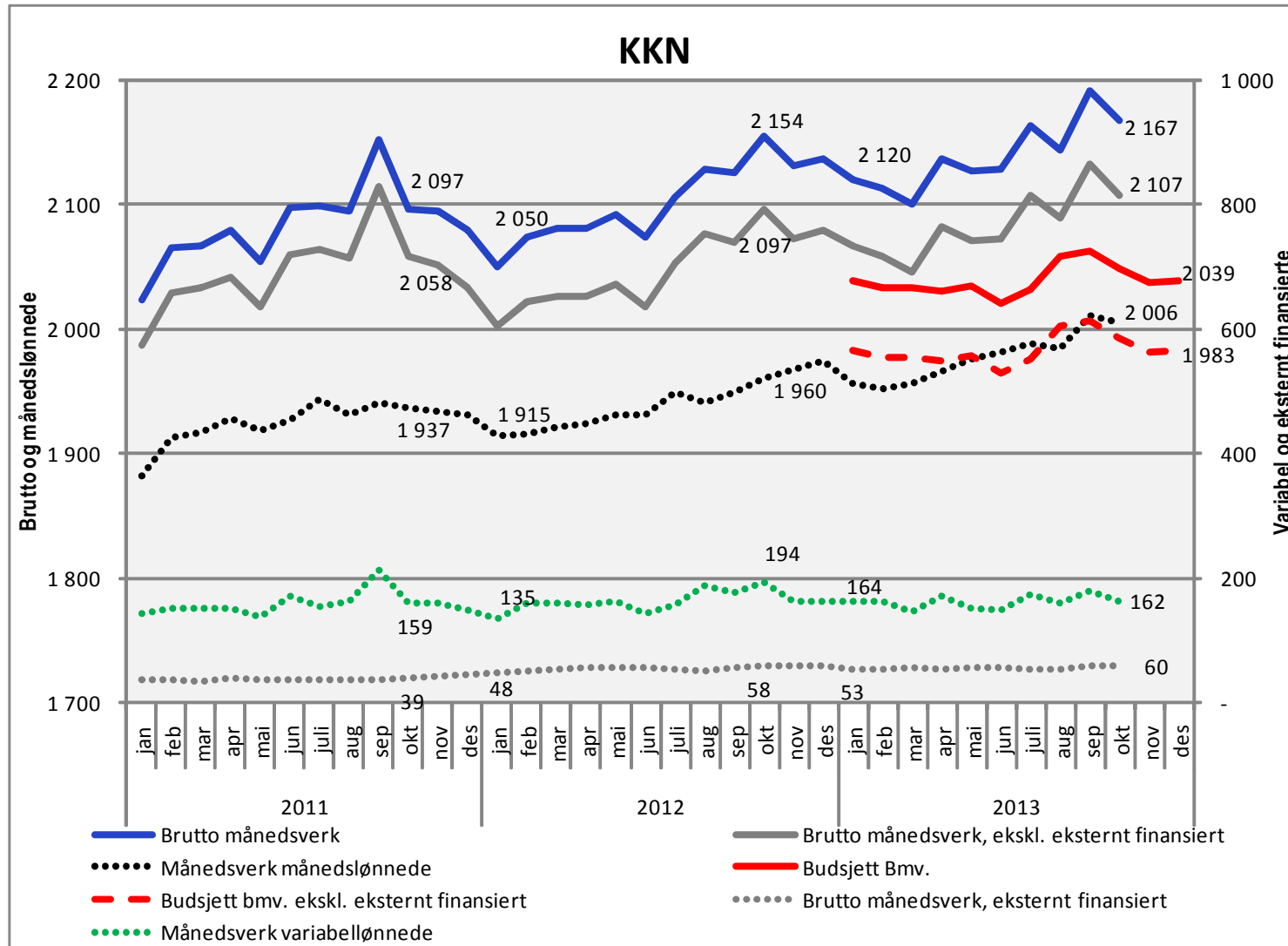
4.5 Bemanningsutvikling PHA



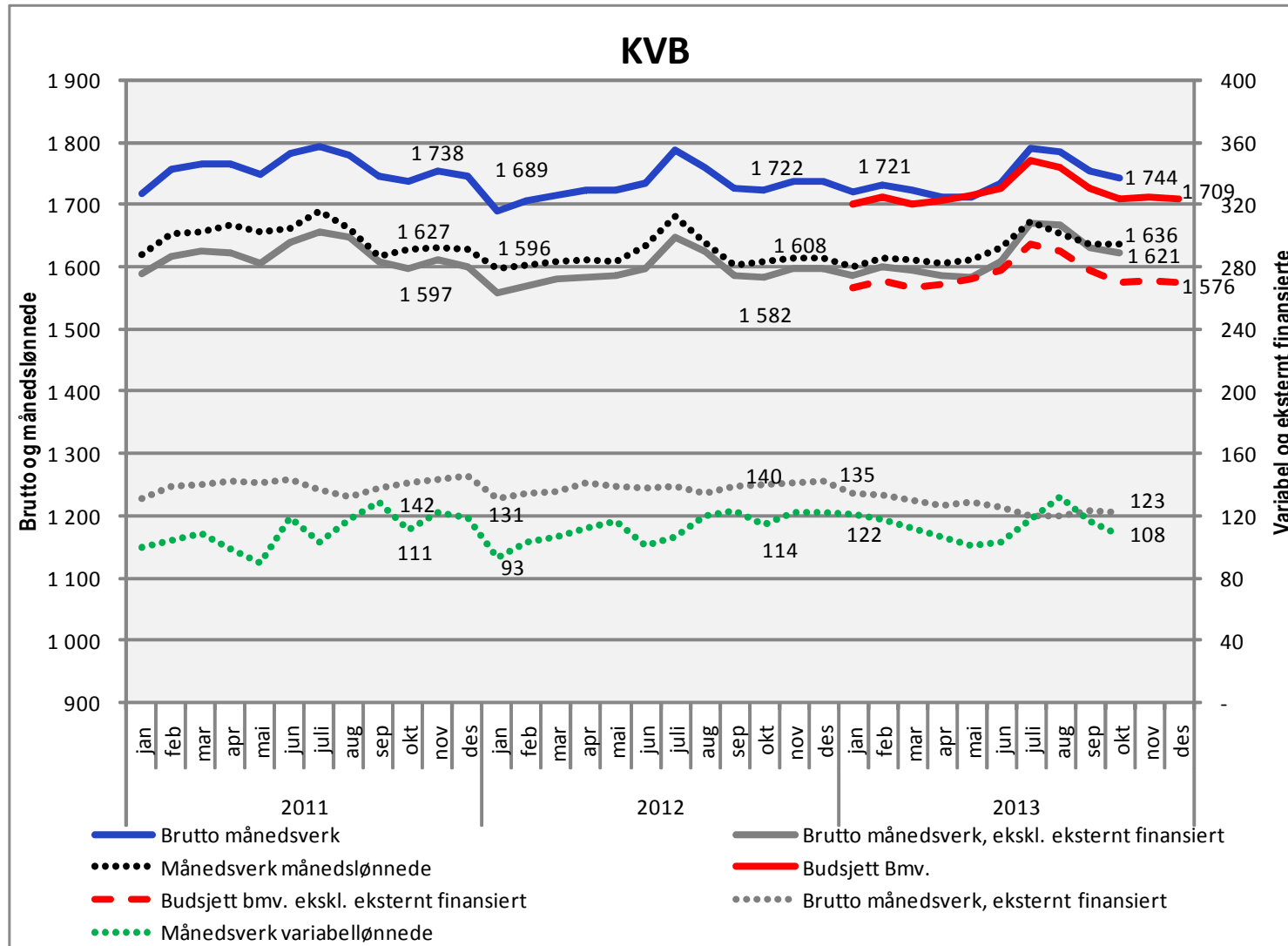
4.5 Bemanningsutvikling MED



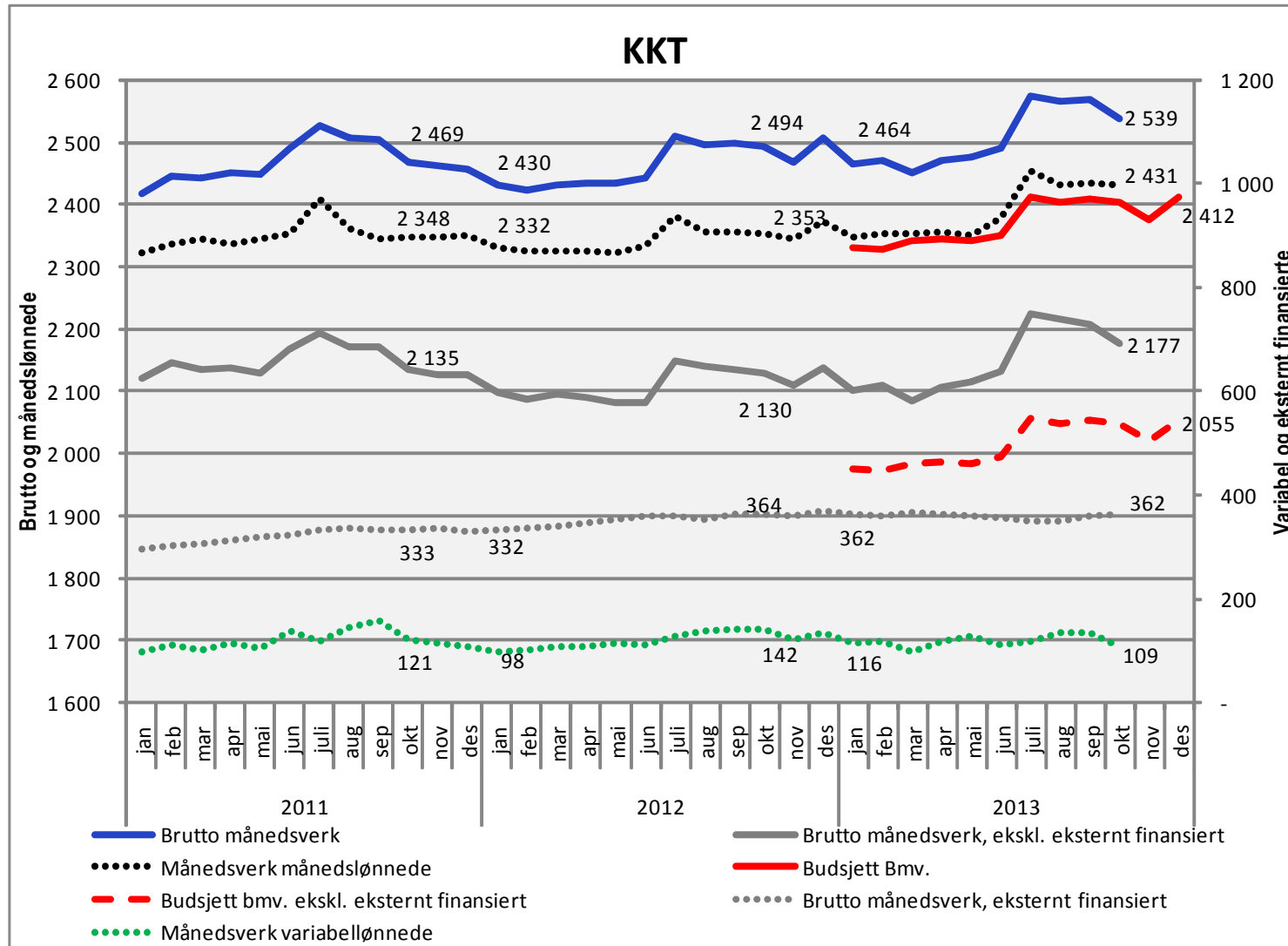
4.5 Bemanningsutvikling KKN



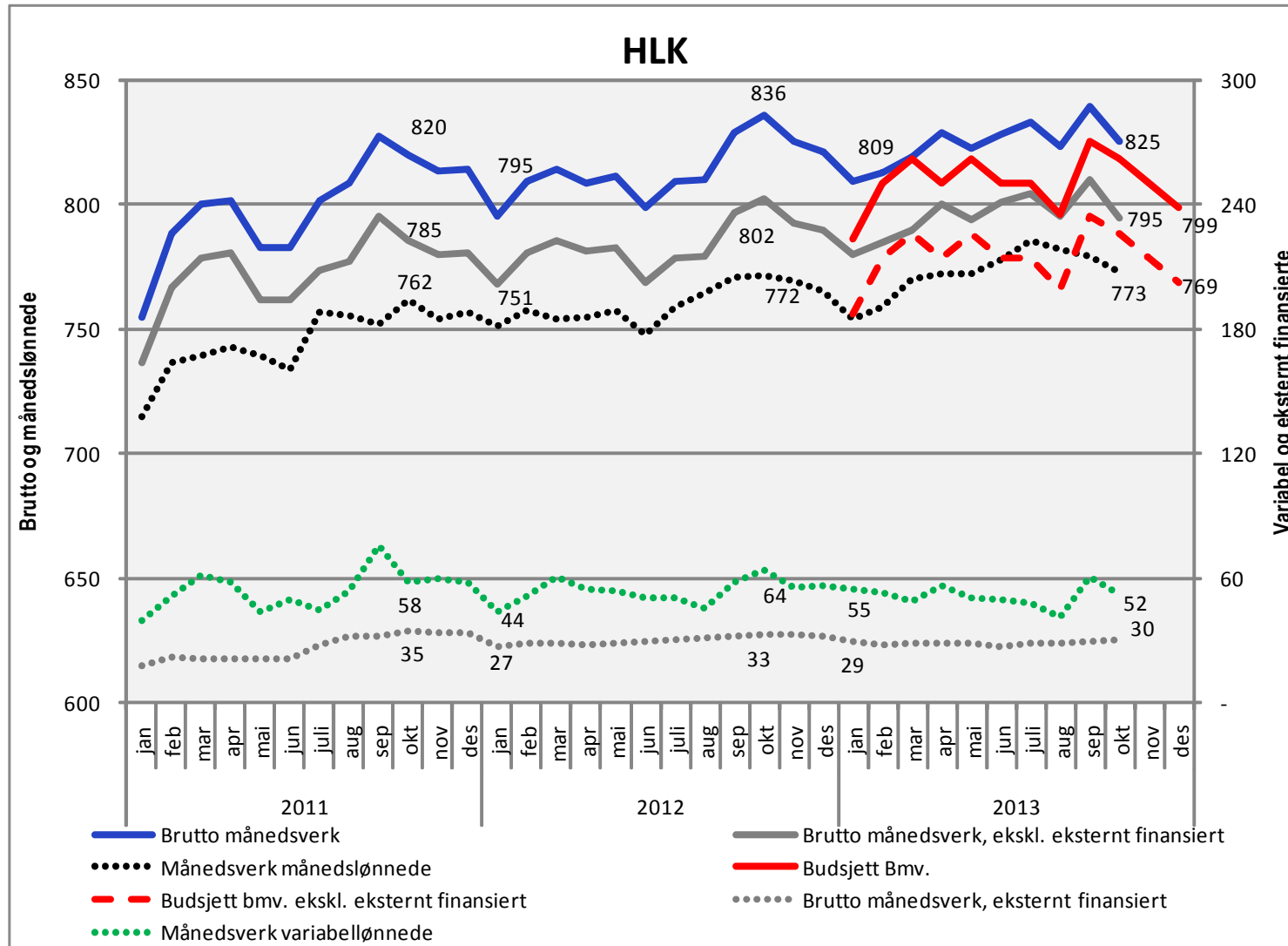
4.5 Bemanningsutvikling KVB



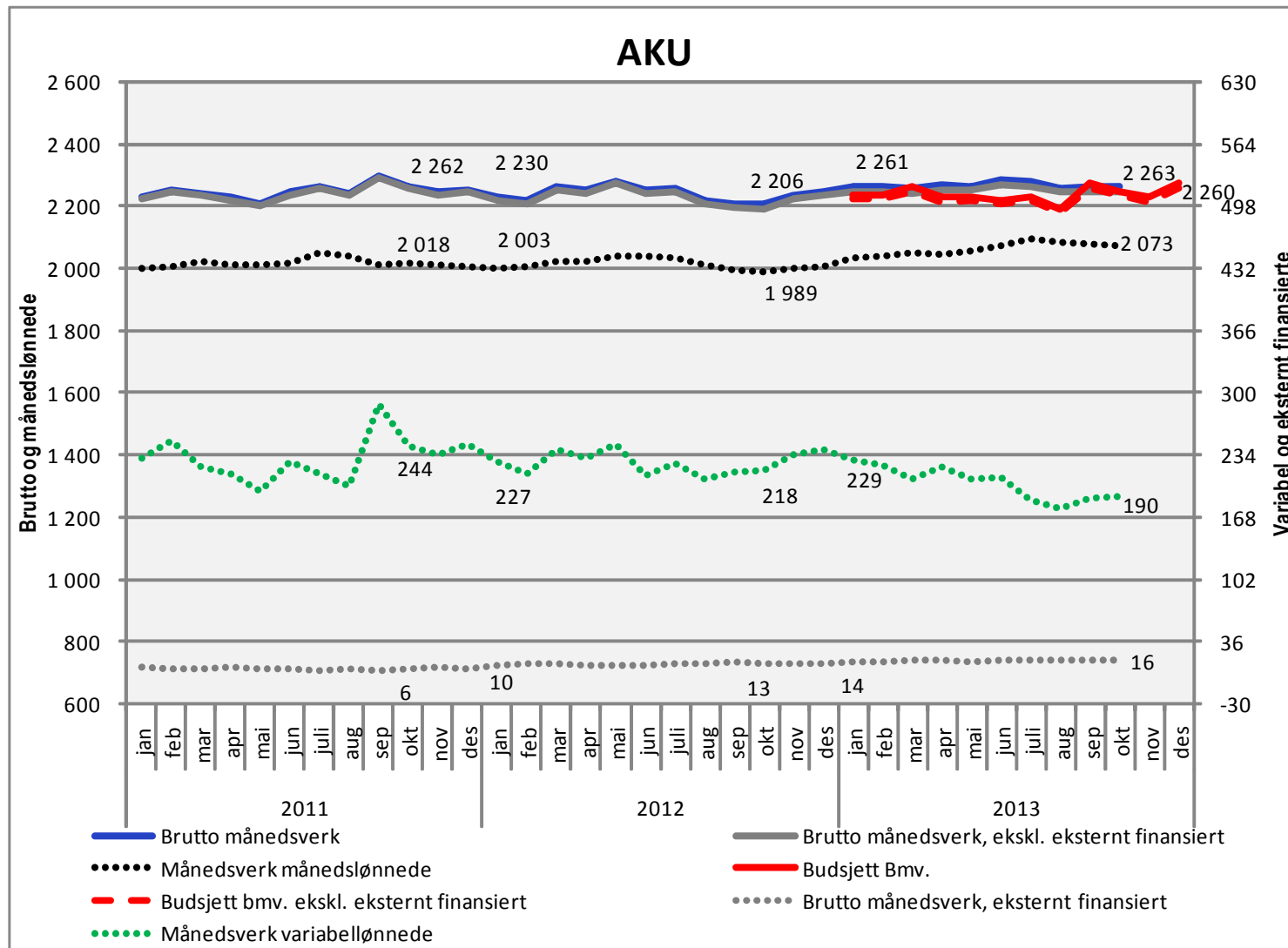
4.5 Bemanningsutvikling KKT



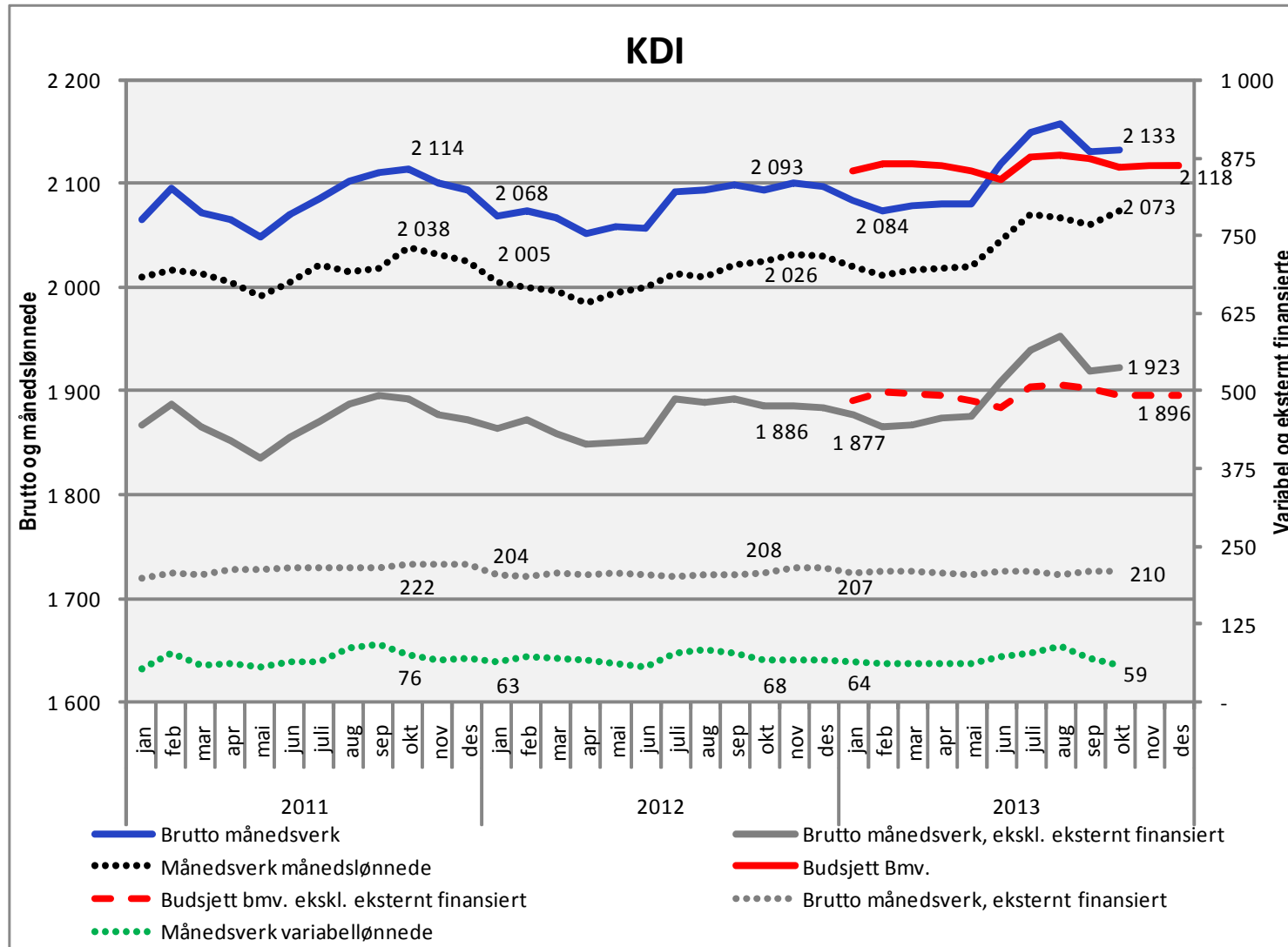
4.5 Bemanningsutvikling HLK



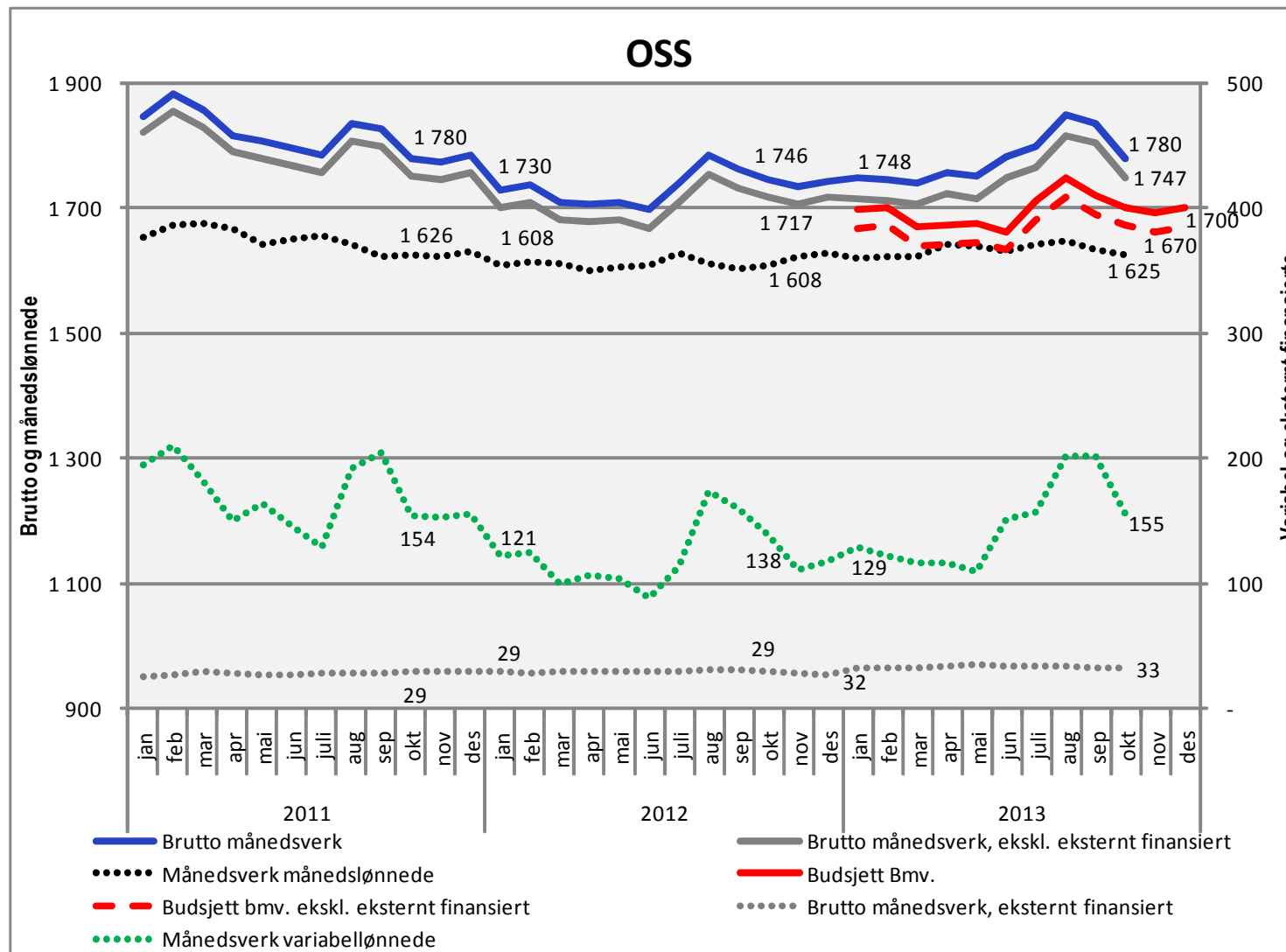
4.5 Bemanningsutvikling Akutt



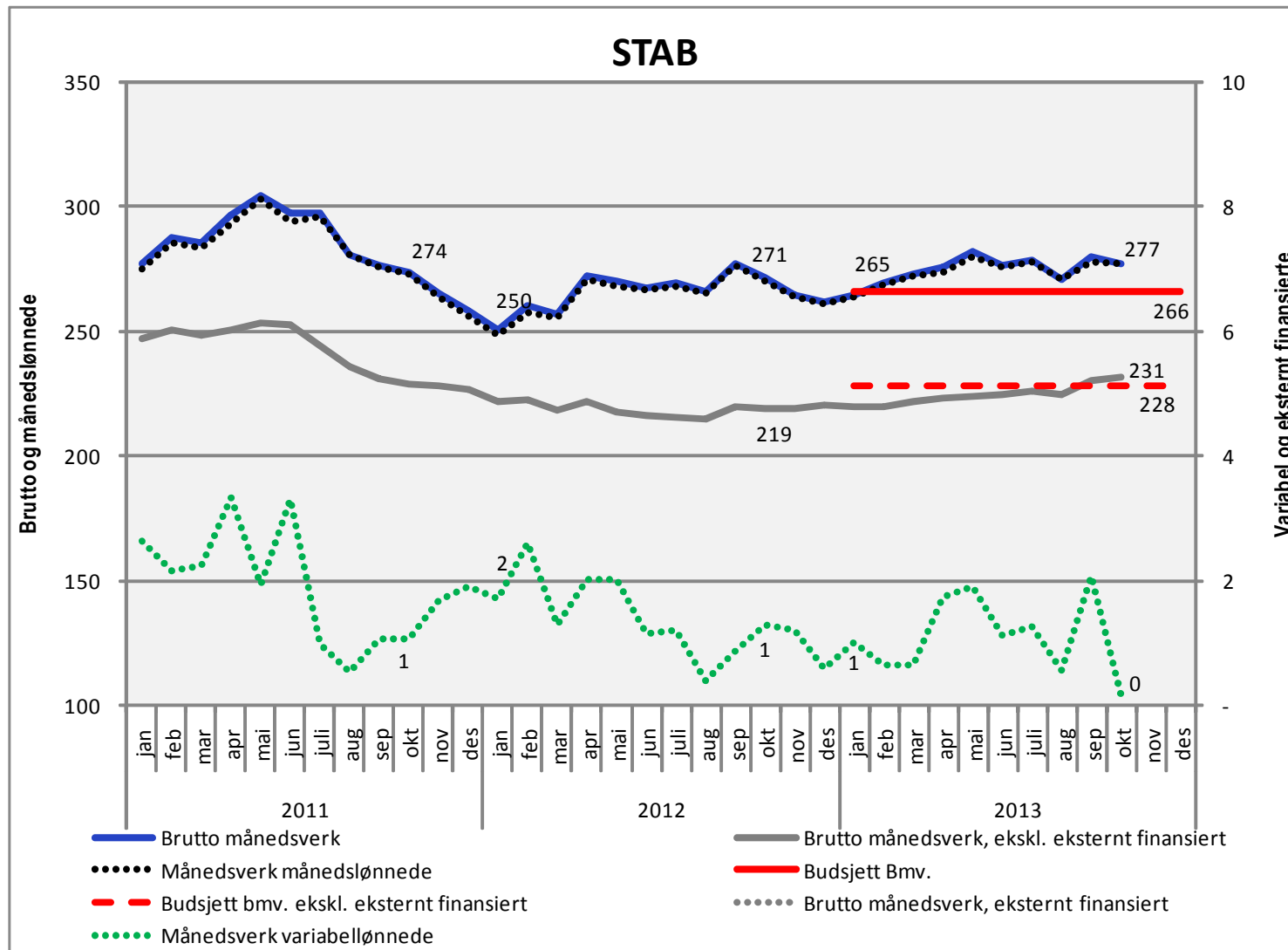
4.5 Bemanningsutvikling KDI



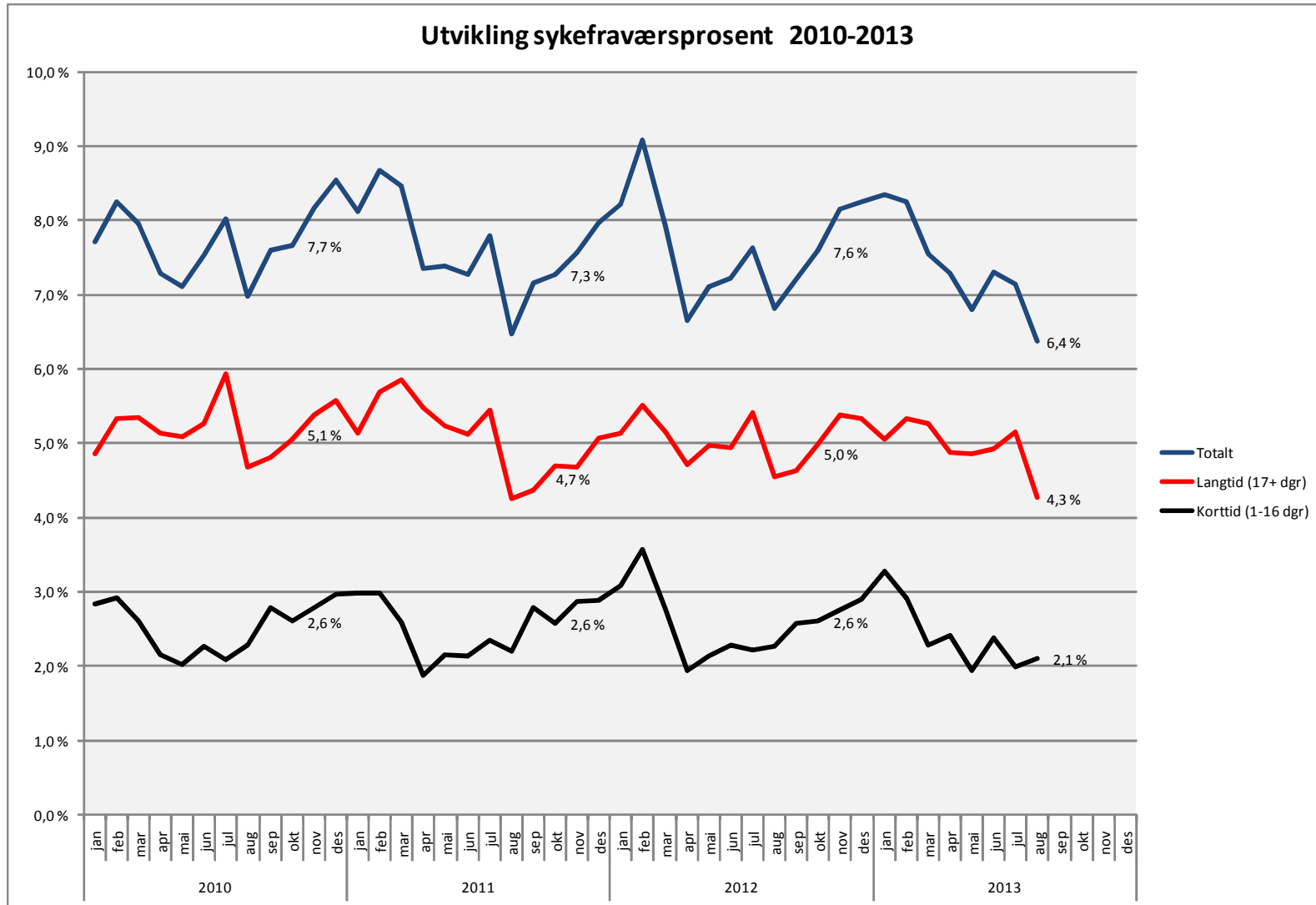
4.5 Bemanningsutvikling OSS



4.5 Bemanningsutvikling STAB



4.6 Sykefravær



4.7 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per august 2012							
Hittil	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			Totalt sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Sum Korttidsfravær	17-56 dager	> 56 dager	Sum langtidsfravær	
PHA	1,3 %	1,3 %	2,6 %	1,4 %	4,3 %	5,7 %	8,3 %
MED	1,1 %	1,2 %	2,3 %	1,3 %	3,6 %	4,9 %	7,2 %
KKN	1,2 %	1,1 %	2,3 %	1,4 %	3,4 %	4,9 %	7,2 %
KVB	1,0 %	1,2 %	2,1 %	1,6 %	4,2 %	5,8 %	8,0 %
KKT	1,1 %	1,2 %	2,3 %	1,2 %	2,9 %	4,2 %	6,4 %
HLK	1,0 %	1,1 %	2,1 %	1,4 %	3,5 %	4,9 %	6,9 %
AKU	1,3 %	1,4 %	2,7 %	1,4 %	3,5 %	4,9 %	7,6 %
KDI	1,3 %	1,2 %	2,5 %	1,1 %	3,0 %	4,1 %	6,6 %
KRG	1,3 %	0,7 %	2,0 %	0,4 %	2,1 %	2,6 %	4,6 %
OSS	1,6 %	2,3 %	3,9 %	1,8 %	4,7 %	6,5 %	10,5 %
STAB	0,4 %	0,5 %	0,9 %	0,6 %	3,0 %	3,6 %	4,5 %
OUS	1,2 %	1,3 %	2,5 %	1,4 %	3,7 %	5,0 %	7,6 %

Sykefraværslengde per august 2013							
Hittil	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			Totalt sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Sum Korttidsfravær	17-56 dager	> 56 dager	Sum langtidsfravær	
PHA	1,3 %	1,3 %	2,5 %	1,5 %	3,4 %	4,9 %	7,4 %
MED	1,1 %	1,2 %	2,3 %	1,2 %	2,9 %	4,1 %	6,5 %
KKN	1,2 %	1,1 %	2,3 %	1,3 %	3,1 %	4,4 %	6,7 %
KVB	1,0 %	1,2 %	2,1 %	1,5 %	3,9 %	5,4 %	7,6 %
KKT	1,0 %	1,0 %	2,0 %	1,2 %	3,2 %	4,4 %	6,4 %
HLK	1,0 %	1,0 %	2,0 %	1,3 %	3,1 %	4,4 %	6,3 %
AKU	1,2 %	1,3 %	2,5 %	1,4 %	4,4 %	5,8 %	8,3 %
KDI	1,2 %	1,1 %	2,3 %	1,5 %	2,5 %	3,9 %	6,3 %
KRG	1,1 %	0,8 %	1,9 %	0,5 %	1,1 %	1,6 %	3,5 %
OSS	1,6 %	2,1 %	3,7 %	2,1 %	5,4 %	7,5 %	11,2 %
STAB	0,4 %	0,8 %	1,2 %	0,9 %	2,2 %	3,1 %	4,3 %
OUS	1,2 %	1,3 %	2,4 %	1,4 %	3,5 %	5,0 %	7,4 %



Definisjoner årsverksindikatorer

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

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 31. oktober 2013

Saksbehandler: Visestyrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

SAK 63/2013 BUDSJETT 2014

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar sak om budsjett 2014 til orientering.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om kjøp av ambulanser for 23 millioner kroner av investeringsrammen for 2014.*

Oslo den 24. oktober 2013

Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING

Denne saken gir en oppdatert status for behandling av budsjett 2014. Statsbudsjettet ble lagt frem den 14. oktober og oppdaterte vurderinger knyttet til inntekts- og aktivitetsforutsetninger for budsjett 2014 legges derfor frem i denne saken.

2. TIDLIGERE VEDTAK

Den 27. juni ble styret forelagt sak 38-2013 budsjett 2014. Som del av behandlingen av denne styresaken ble det fattet følgende enstemmige vedtak i saken:

3. *Styret tar sak om budsjett 2014 til orientering.*
4. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinsk teknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2014.*
5. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å planlegge og å inngå investeringsforpliktelser i eiendom innenfor en samlet beløp på 100 millioner kroner av investeringsrammen for 2014.*

Den 26. september ble styret forelagt en orientingssak om status for behandling av budsjett 2014 og behandling av økonomisk langtidsplan i Helse Sør-Øst RHF. Det ble det fattet følgende enstemmige vedtak i saken:

Styret tar redegjørelse om status for arbeidet med budsjett 2014 til orientering.

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Det er administrerende direktørs vurdering at arbeidet med budsjett 2014 er kommet godt i gang. Klinikkenes hovedoppgave er å oppnå en resultatforbedring fra 2013 til 2014, og helst ved at driften gjennomføres på en bedre og mer planlagt måte både for våre medarbeidere og pasientene.

Det er fremdeles slik at kravet til effektivisering av driften er betydelig fra 2013 til 2014. Samtidig er en rekke forhold knyttet til sentrale inntekts- og kostnadsforhold ikke avklart. Det er derfor for tidlig for å kunne si noe om hvor langt dette kan dekkes av tiltak som ikke vil ha negative konsekvenser for det tilbudet sykehuset kan gi til pasientene.

Oslo universitetssykehus har mottatt en foreløpig ramme til investeringer for å sikre forsvarlig pasientbehandling til nye eller totalrenoverte bygg vil kunne tas i bruk. På dette tidspunkt vurderes rammen til slike investeringer som svært knapp, og det pågår en dialog med Helse Sør-Øst RHF for å sikre ytterligere finansiering til investeringer.

4. FAKTADEL

4.1 Statsbudsjettet og inntekts- og aktivitetsforutsetninger for budsjett

Statsbudsjettet (Prop.1S) ble lagt frem 14. oktober og Oslo universitetssykehus HF mottok den 18. oktober budsjettsskriv nr. 4 fra Helse Sør-Øst RHF. Under redegjøres for de viktigste forhold som innvirker på budsjettprosessen i Oslo universitetssykehus HF og enkeltforhold i statsbudsjettet der Oslo universitetssykehus HF er omtalt.

Ut over generell pris- og lønnsjustering foreslås det i statsbudsjettet 2 053 mill. kroner mer til drift i alle helseforetakene. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk

helsevern, rus og rehabilitering. Beløpet fordeler seg med 76 mill. kroner til videreføring av høyere aktivitet i 2013 enn forutsatt i saldert budsjett 2013 og 1 977 mill. kroner til reduserte ventetider, generell økt pasientbehandling og kvalitet.

Aktivitet

Forslaget til statsbudsjett legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på opp mot 2,3 pst. Det er den høyeste budsjetterte aktivitetsveksten noensinne for helseforetakene på landsbasis.

Statsbudsjettet legger til rette for en vekst på 6 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi. For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF), legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 pst. Til fradrag i vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått å utgjøre om lag 0,8 pst. av pasientbehandlingen omfattet av ISF.

Av Budsjettsskriv nr.4 fra Helse Sør-Øst RHF fremgår følgende:

”Ut fra gitte DRG-poeng i Prop.1S ser vi at aktivitet i all hovedsak samsvarer med hva som ble innrapportert i forbindelse med ØLP 2014-17.”

For Oslo universitetssykehus HF innebærer dette at det omfang av somatisk aktivitet som ble benyttet i Økonomisk langtidspan 2014-2017 (ØLP) trolig fremdeles kan legges til grunn for budsjett 2014.

For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det gitt føringer i forslag til statsbudsjett om vridning fra døgn/dag til poliklinikk innenfor psykisk helsevern ved at midler er trukket fra basisramme og forventes generert fra polikliniske refusjoner. I tillegg er det stilt krav om økning tilsvarende 200 senger på landsbasis innen TSB, med utgangspunkt i kjøp fra private ideelle virksomheter. Foretakene/sykehusene i Helse Sør-Øst RHF er i denne sammenheng bedt om å vurdere mulighet for økt kapasitetsutnyttelse ved å budsjettere høyere vekst enn budsjettert i ØLP.

DRG-vektendringer fra 2013 til 2014

Helsedirektoratet har den 17.oktober avholdt informasjonsmøte om foreløpig ISF regelverk for 2014. Det ble der indikert en bedring i vektene på om lag 0,35 pst (20 mill kroner) for Oslo universitetssykehus HF. Dette er noe lavere enn det som ble forespeilet i sommer med en bedring i vektene på om lag 0,8 pst. Et sikkert bilde på endringene er først på plass når første versjon av DRG-grupper 2014 er mottatt, trolig medio november.

Pris- og lønnsjustering

Det er i statsbudsjettet lagt til grunn en pris- og lønnsvekst på om lag 3,1 pst. fra 2013 til 2014.

Enhetsprisen for DRG foreslås satt til 40 772 kroner. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn at prisen for 2012 ble fastsatt 99 kroner for lavt. Enhetsprisen er videre prisomregnet med 3,1 pst.

Det legges til grunn at endringer i egenandelene følger forventet prisutvikling, og egenandelene videreføres dermed på samme reelle nivå som i 2013. Det foreslås videre en økt bevilgning på 34 mill. kroner for å doble overnattingsgodtgjørelsen i syketransportforskriften fra dagens 350 kroner til 700 kroner per døgn fra 1. januar 2014.

Investeringer i helseforetakene

Følgende omtale er gitt om investeringer i statsbudsjettet:

”De regionale helseforetakene har omfattende investeringsplaner. For å legge bedre til rette for å gjennomføre nødvendige investeringer vil regjeringen gi mulighet for å utvide rammene for nye investeringslån fra 50 til 70 pst. av investeringskostnadene. Samtidig kan avdragstiden økes fra 20 til 25 år. Økt låneandel og lengre avdragstid vil gi helseforetakene større fleksibilitet og handlingsrom for nyinvesteringer. Endringene vil kunne gi helseforetakene mulighet til å komme raskere i gang med viktige investeringer i bygg, medisinskteknisk utstyr og IKT. Det er videre lagt til grunn at de regionale helseforetakene kan videreføre utredning av protonterapisentre.”

Det endrede investeringsregimet vil kunne ha positive effekter for fremtidig planlegging og finansiering av større eiendomsinvesteringer i Oslo universitetssykehus HF.

Områder som omtales særskilt i statsbudsjettet og/eller vedrører Oslo universitetssykehus HF spesielt

Narkolepsi hos barn: Det er behov for å sikre god oppfølging av barn og unge som blir identifisert med narkolepsi med mulig tilknytning til influensavaksinen Pandemrix. Det er etablert et prosjekt ved Oslo universitetssykehus HF for å utvikle tjenestetilbudet til barn og unge med narkolepsi med flere konkrete tiltak for familier, kurs for helseinstitusjoner og på skoler. Det er utarbeidet en retningslinje for utredning og behandling av barn og unge med narkolepsi for målgruppen fastleger og barneleger. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 3,1 mill. kroner i 2014.

Skadelig bruk av doping: I 2013 fikk Helse Sør-Øst RHF 4 mill. kroner til å styrke kunnskapen om behandling av personer med skadelig bruk av dopingmidler. Midlene ble fordelt til Oslo universitetssykehus HF. Helse Sør-Øst skal også bistå med kompetanse og kunnskap overfor de andre helseregionene på dette området. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 4,1 mill. kroner i 2014.

Brystrekonstruksjon: I 2013 ble det gjennomført en ekstra innsats for pasienter som venter på brystrekonstruksjon svarende til 100 mill. kroner. Det vises til omtale under meldingsdelen i kap. 732. Rekonstruksjon av bryst etter brystkreftbehandling skal fra 2014 håndteres innenfor de ordinære inntektsrammene. Det er viktig å videreutvikle de sentrene som er bygget opp til dette formålet slik at de kan bidra til en mest mulig helhetlig brystkreftbehandling. Bevilgningen foreslås redusert med i alt 100 mill. kroner. Helse Sør-Øst RHF's basisbevilgning foreslås redusert med 37,8 mill. kroner

Pusterom er aktivitetsrom hvor pasienter kan hente energi gjennom trening, avspenning, samtale eller avkobling. Midlene til Pusterom foreslås videreført i 2014.

Vardesentre: Vardesenteret er etablert av Kreftforeningen og Oslo universitetssykehus for å gi kreftrammede og pårørende et omsorgstilbud som møter dagens og framtidens behov for helhetlig kreftomsorg. Midlene til Vardesentre foreslås videreført i 2014

Ipilimumab: Det foreslås 110 mill. kroner til forskningsstudie av ipilimumab, et nytt legemiddel for behandling av føflekkreft med spredning. Studien ble vedtatt startet opp gjennom Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013). Formålet er å få bedre kunnskap om hvilke pasienter som har nytte av behandlingen. Legemiddelet har begrenset effekt på sykdommen for de fleste pasientene. Basert på godkjent bruksområde er det anslått at om lag 100 personer i Norge årlig kan være aktuelle for behandling. Studien vil omfatte pasienter som kan ha nytte av medisinen og hvor behandlingen er innenfor godkjent bruksområde.

Nasjonale kompetansetjenester: Det foreslås i 2014 å etablere i alt 6 nye nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. Av disse tildeles 2 til Oslo universitetssykehus HF. Det gjelder ”Nasjonal kompetansetjeneste for barn og voksne med familiær hyperkolesterolemi og andre arvelige dyslipidemier” som plasseres hos Medisinsk klinikk og ”Nasjonal kompetansetjeneste for komplekse, alvorlige psykosomatiske tilstander hos barn og unge” som plasseres hos Kvinne- og barneklubben. Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst ble godkjent i 2012. Denne tjenesten (koordineringsfunksjon) er i etableringsfasen og det forutsettes at Helse Sør-Øst videreutvikler denne. Det foreslås videre en omfordeling av midler til sjeldnesentrene Napos i Helse Vest og NMK i Helse Nord. Omfordelingen innebærer en reduksjon av midler til Helse Vest med 4,1 mill. kroner og til Helse Nord med 5,1 mill. kroner. Midlene overføres til Helse Sør-Øst, ved Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser, som skal inngå avtale med Napos og NMK.

Endelige budsjetttrammer

Oslo universitetssykehus HF er forespeilet å motta endelige budsjettforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF medio november. Det er derfor fremdeles usikkerhet knyttet til viktige inntektsforutsetninger for det totale drifts- og investeringsbudsjettet for Oslo universitetssykehus.

4.2 Pensjons- og IKT- kostnader

Pensjons- og IKT- kostnader utgjør en stor andel av de totale kostnadene til Oslo universitetssykehus, henholdsvis 12,7 pst og 4,4 pst av totalt budsjett i 2013.

Pensjon

Helse Sør-Øst RHF har stiftet Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PHH), som skal være i drift fra 1. januar 2014. Fra samme tidspunkt skal medlemmene i Kommunal landspensjonskasse (KLP), Akershus fylkeskommunale pensjonskasse og DNB Liv flyttes til PHH. Dette gjelder ikke sykepleiere, som skal være medlemmer i sykepleierordningen i KLP. Flyttingen av medlemmene til PHH innebærer overføring til et nytt risikofelleskap. Dette og nye tariffer for PHH forventes å få effekt for pensjonskostnaden for 2014, men det er fremdeles usikkert hvilken effekt dette får for de samlede pensjonskostnadene til Oslo universitetssykehus HF i 2014. Helse Sør-Øst RHF har foreløpig bedt foretakene å budsjettere som om de tidligere pensjonsordningene og leverandørene blir videreført uendret i 2014.

For Oslo pensjonsforsikring AS har foretaket bestilt nye budsjettberegninger som forventes å foreligge innen utgangen av oktober.

IKT tjenestekostnader fra sykehuspartner

Hoveddelen av IKT-kostnadene til Oslo universitetssykehus HF er basert på leveransene fra sykehuspartner og deres tjenestekostnader. Ved utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan 2014-2017 var det en dialog med Sykehuspartner om forventede tjenestekostnader for 2014. Beregninger utført av Sykehuspartner kom sent på plass og med store endringer tett inn mot endelig behandling av økonomisk langtidsplan. Det pågår nå en dialog med Sykehuspartner om forventet budsjett for Oslo universitetssykehus for 2014. Første utkast til budsjett 2014 fra Sykehuspartner viser en kraftig økning fra beløp lagt til grunn ved utarbeidelse av ØLP. Dette kvalitetssikres nå i dialog mellom foretaket og Sykehuspartner og utgjør fremdeles en betydelig kilde til usikkerhet om fordeling av det totale kostnadsbudsjettet i Oslo universitetssykehus HF.

4.3 Investeringsbudsjett 2014

Som omtalt i styresak 49-2013 Budsjett 2014 ble det utarbeidet et investeringsbudsjett for 2014 som del av utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan og dette ble oversendt til Helse Sør-Øst RHF. Tabell 1 viser investeringsbudsjettet fordelt på finansieringskilde og type investering (MTU, Bygg, Annet og IKT) med beløp meldt i økonomisk langtidsplan. Under kolonnen foreløpige forutsetninger er det lagt inn det Oslo universitetssykehus HF nå forutsetter og planlegger etter.

Tabell: Investeringsbudsjett 2014 (ekskl. byggelånsrenter)

Tall i mill kroner

		ØLP 2014	Føreløpige forutsetninger
Ordinær drift	MTU	160	
	Bygg	80	
	Annet	60	
	IKT	25	
	SUM	325	325
Ekstraordinært	MTU	106	106
	Bygg (tilsyn infr.)	400	250
	Bygg (Ørem.)	15	15
	Annet	0	0
	IKT	0	0
	SUM	521	371
Omstilling Fase 1 (1 500 mill kroner)	MTU	84	
	Bygg	386	
	Annet	0	
	IKT	0	
	SUM	470	470
SUM	MTU	350	
	Bygg	881	
	Annet	60	
	IKT	25	
	SUM	1316	1166

Tabell 1: Investeringsbudsjett 2014 fordelt på finansieringskilder og formål

Note: budsjettet inneholder de investeringer som gjennomføres i regi av Oslo universitetssykehus HF. IKT investeringer gjennomført i regionen inngår ikke i tabellen.

Som det fremgår av tabellen over og som opplyst i styresak 49-2013 Budsjett 2014 er Helse Sør-Øst RHF sin tilbakemelding om finansiering av det ekstraordinære investeringsbudsjettet til Bygg (tilsyn, infrastruktur) lavere enn innmeldt behov i ØLP. Det pågår imidlertid fremdeles en dialog mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF om totalrammen til disse bygginvesteringer. Innenfor den ordinære investeringsramme til Oslo universitetssykehus HF foreslås foreløpig 100 mill kroner disponert til denne type bygginvesteringer og sammen med Helse Sør-Øst RHF's ekstraordinære finansiering på 250 mill kroner utgjør dette totalt 350 mill kroner. Dette er likevel vurdert til ikke å være tilstrekkelig til å dekke viktige behov som blant annet fiberkabling alle lokaliseringer ifm gjennomføring av regionale prosjekter, eiendomsinvesteringer for å få på plass ny trykktank og tiltak for å unngå legionella på Radiumhospitalet. Samlet medfører disse forholdene et behov for ytterligere 100 mill kroner, dvs totalt 350 mill kroner fra Helse Sør-Øst RHF i ekstraordinær finansiering for 2014.

Styret har vedtatt plan om investeringer i medisinsk teknisk utstyr (MTU) for 350 mill per år 2013-2015. Det meste av dette dekkes av ordinær investeringsramme og omstillingsmidler. Men for å finansiere 350 mill kroner trenger Oslo universitetssykehus HF ytterligere om lag 100 mill kroner i finansiering i henhold til innmelding i ØLP 2014-2017.

Parallelt med avklaring av total investeringsramme arbeides det videre med detaljering av investeringsbudsjettet innenfor de rammer som ble omtalt i styresak 49-2013 Budsjett 2014 og kolonne med foreløpige forutsetninger i tabellen over.

Styret vil bli forelagt et endelig forslag til fordeling av investeringsbudsjettet i bygginvesteringer, medisinsk teknisk utstyr (MTU), IKT og annet til styremøtet den 19. desember.

Fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i ambulanser

Prehospitalet senter har høye driftskostnader knyttet drift og vedlikehold av ambulanser. Erfaringsmessig bør en ambulanse erstattes når den har kjørt om lag 300 000 kilometer, og det er et mål at ambulansene skal ha en gjennomsnittlig kilometerstand på 150 000 kilometer. Etter at nye ambulanser ble satt i tjeneste i juni og juli 2013 er situasjon bedret, men selv etter avhending av gamle biler er det fremdeles mange biler med total kjørelengde over 250 000 kilometer. For å oppnå rett standard på bilparken både drifts- og sikkerhetsmessig er det behov for om lag 16 nye ambulanser i 2014. Dette omfanget er i overensstemmelse med styresak 26/2013 om økonomisk langtidsplan 2014-2017. Leveringstiden på nye ambulanser varierer mellom seks og ni måneder. For å sikre tidlig og jevn levering i 2014 bes det derfor om fullmakt til å gå til bestilling av nye ambulanser for i alt 23 mill kroner (om lag 16 biler) for levering i 2014 finansiert av budsjettrammen for dette året.

4.4 Arbeidet med driftsbudsjett 2014 og resultatforbedring i Oslo universitetssykehus HF

Klinikkene utarbeider nå planer for å bedre resultatene i samsvar med de foreløpige budsjettkravene. Sykehusledelsen får forelagt status fra klinikkene om fremgangen i dette arbeidet. Det gjennomføres felles budsjettsamlinger i klinikkene og felles

seminar for klinikkledelsen for å sikre informasjon på tvers av virksomhetene og for å oppnå større grad av likhet mellom klinikkene i tilnærmingen til resultatforbedringer.

Det vil i budsjettprosessen bli vurdert om forbedringsforslagene i driften og andre tiltak klinikkene arbeider med vil være tilstrekkelige til å sikre nødvendig resultatforbedring fra 2013 til 2014. Det vil også bli vurdert om den enkelte klinikk i tilstrekkelig grad arbeider og forplikter seg til resultatforbedrende tiltak slik at det oppnås en høyere grad av gjennomføring av tiltak enn hittil i 2013.

I arbeidet med budsjett 2014 vil det videre bli gjennomgått følgende forhold:

Kapasitet innenfor radiologi og patologi

Kapasitet innen radiologi og patologi har økt i 2012 og 2013. Økt kapasitet innen radiologi går blant annet med til nye tilbud til pasientgrupper ved overgang fra bruk av CT til MR teknologi, men også ved at flere bilder tas av samme pasient for å øke kvaliteten på undersøkelsene. Med bakgrunn i intern pasientlogistikk og signaler i statsbudsjettet vurderes det å øke kapasiteten ytterligere innenfor disse fagområdene.

Kirurgisk drift

Det er nå etablert et kirurgisk driftstyre ved Oslo universitetssykehus HF og lokale driftsråd på Radiumhospitalet, Aker, Rikshospitalet og Ullevål som rapporterer til kirurgisk driftstyre. Formålet er å sikre optimal planlegging og ressursutnyttelse av den operasjonsstuekapasitet og PO/intensivkapasitet som Oslo universitetssykehus har. Driftsrådene skal blant annet komme med konkrete løsninger som sikrer optimalisering av den operative driften av operasjonsstuene. Samtidig arbeides det for å øke den totale operasjonskapasiteten i Oslo universitetssykehus med åpning av nye stuer i nytt akuttmottak på Ullevål og omgjøring til nye stuer på Rikshospitalet.

Bemanning av sengepostene

Det er i 2012/2013 gjennomført en kartlegging av drift av sengeposter med hensyn på bemanning, aktivitet med mer. Kartleggingen viser til dels store forskjeller i drift av sengepostene i Oslo universitetssykehus HF. Det vurderes å etablere et gjennomføringsprosjekt som sikrer at det benyttes like prinsipper for drift av sengeposter i hele Oslo universitetssykehus HF.

Forbedringsprosjekter

Klinikkene gjennomfører forbedringsprosjekter, mange med utgangspunkt i LEAN metodikk. Kunnskapen om forbedringsarbeid med denne metodikken øker og flere klinikker samarbeider nå om dette ut fra et initiativ som startet i Medisinsk klinikk. Forbedringsarbeidet drives med fordel frem av de kliniske miljøene med støtte fra en fasilitator og målet er som regel å oppnå bedre gjennomføring av pasientaktivitet. Bedre, mer planlagt gjennomføring av pasientaktiviteter med reduksjon i avvik (f.eks strykninger med mer) gir i tillegg til bedre pasientbehandling også over tid et bedre økonomisk resultat. Forskning viser at en felles nevner for de bedriftene som lykkes er en rotfestet kultur for kontinuerlig forbedringsarbeid.

4.5 Tidsplan for budsjett 2014 i forhold til styret i Oslo universitetssykehus HF

I styremøte 19. desember fremlegger Administrerende direktør forslag til vedtak om investerings- aktivitets- og driftsbudsjett.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 31. oktober 2013

Saksbehandler: VAD Medisin, helsefag og utvikling
VAD Samhandling

Vedlegg:

SAK 64/2013 SAMARBEID OG ANSVAR I OSLO SYKEHUSOMRÅDE

Det vil bli gitt en presentasjon i styremøtet som innledning til en diskusjon i styret om samarbeid og ansvar i Oslo sykehusområde.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 24. oktober 2013

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 31. oktober 2013

Saksbehandler: VAD Medisin, helsefag og utvikling

Vedlegg:

SAK 65/2013 IDÉFASE OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Det vil bli gitt en presentasjon og status i styremøtet som innledning til en diskusjon i styret om idéfase for Oslo universitetssykehus.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 24. oktober 2013

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte.: 31. oktober 2013

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg: Protokoll fra Brukerutvalgets møte
23.09.2013

SAK 66/2013 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

Følgende legges frem til orientering:

1. Drift
2. Samhandling
3. Utviklingsprosjekter
4. Mediebildet - medieomtale
5. Referater

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 24. oktober 2013

Bjørn Erikstein

Innledning

Ledelsens gjennomgang 2. tertial er som vanlig omfangsrik og innholdsrik, og gir et utrolig oversiktlig bilde av organisasjonen. Men vi må ikke slippe oppmerksomheten omkring de viktige detaljene i pasientbehandlingen og ha stor oppmerksomhet på kvalitet og pasientsikkerhet.. Månedlige møter i sentralt pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg gir rom for grundig behandling og innsikt i uforutsette hendelser og det har stor verdi at brukerutvalgets 2 representanter og Helse-, sosial- og eldreombud Anne Lise Kristensen deltar i møtene. Størst mulig grad av åpenhet og dialog med tilsynsmyndighetene gir oss viktig tilbakemelding om vår pasientbehandling. Det vil bli gjennomført en evaluering av arbeid og deltagelse i sentralt pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg i løpet av høsten.

1. DRIFT

- **Press på intensiv- og operasjonskapasitet i OUS**

OUS har et kapasitetsproblem særlig innen intensiv og operasjon. Intensiv mest uttalt på Rikshospitalet og operasjon (øhj) mest uttalt på Ullevål. Dette medfører et for høyt antall strykninger og utsettelse av operasjoner. Dette er betinget både i mangel på intensivplasser og operasjonsstuer og kompetent personell (intensiv og operasjonssykepleiere). Det pågår arbeid for ombygging og utbygging på Rikshospitalet og Ullevål som vil bedre plass-situasjonen. På Ullevål vil nytt akuttbygg være ferdigstilt til nyttår. Det har mottak i første etasje, operasjonsstuer i andre etasje og intensiv i tredje etasje. De ulike delene vil tas i bruk utover i 2014.

For å bedre tilgangen til spesialsykepleiere er operasjon og intensiv sterkt prioritert innen de 100 nye utdanningsstillingene OUS nå etablerer. På kort sikt arbeider man med å koordinere og prioritere virksomheten og pasientforløpene best mulig for disse pasientene. Det nylig etablerte kirurgiske driftsstyret og med driftsråd for hver lokalisasjon (under etablering) og dataprogrammet for operativ drift Albert som i disse dager breddes til de siste operasjonsstuene, er sentrale for å gi en best mulig utnyttelse av dagens ressurser. Samtidig økes innsatsen utover vanlig arbeidstid. Dette er imidlertid krevende og begrenses av tilgang til tilstrekkelig bemanning.

- **Nyhetsoppslag om 30% økning i antall unaturlige dødsfall i hovedstadsområdet i 2009**

I 2008 var sykehusene i Oslo selvstendige helseforetak med egne styrever. Oslo universitetssykehus har ikke kvalitetssikret tallmateriale fra dette året. I 2009 ble Ullevål, Rikshospitalet inkludert Radiumhospitalet og Aker samlet i Oslo universitetssykehus HF, men ble i 2009 drevet som tre selvstendige enheter uten særlige endringer i pasientbehandling/forløp og med selvstendig rapportering til ett felles styre. I deler av første halvdel av 2009 var toppløst i OUS uavklart, mens høsten 2009 gikk med til store prosesser for å få på plass ny organisasjons- og lederstruktur, det var mange som deltok i dette arbeidet, både i forhold til lederkabler, men også for å få på plass ny organisasjon. 1. januar 2010 ble ny felles organisasjonsstruktur i OUS etablert med tversgående klinikker. Fra denne dato etablerte sykehuset ett felles system for registrering av uønskede hendelser (avvikssystem) med felles opplæring og rutiner for alle ansatte. Fra denne dato har sykehuset tilstrebet stor åpenhet og kunnskap om hendelsene da enhver omstilling og endring i

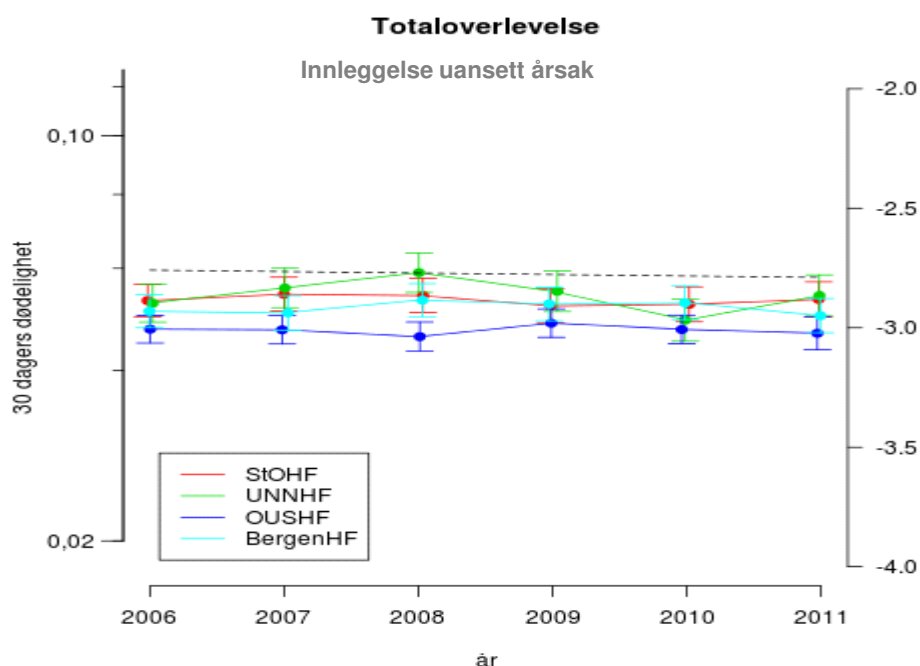
pasientbehandling kan være forbundet med økt risiko. Det har vært overvåking av hendelser på døgn og uke basis med oppsummering og rapportering til sykehusets styre hvert tertial fra 1.tertial 2010.

Det var i 2010 OUS planla for endringer av pasientforløp med overføring til Ahus fra 1. jan 2011. Første halvdel av 2010 var nok i hovedsak preget av planlegg uten store endringer av pasientforløpene, mens det i andre halvår i tillegg til planlegging også ble gjennomført noen endringer i lokalisering av tilbud til grupper av pasienter. Dette arbeidet ble videreført i 2011 som jo i tillegg var preget av at en befolkning på mer enn 160.000 ble overført til Ahus sykehusområde. Antall alvorlige hendelser og unaturlige dødsfall har i årene etter 01.01.2010 ligget på mellom 3 og 4 % av alle meldte avvik. Totalt antall meldinger har økt i perioden. En økt meldefrekvens er en ønsket utvikling. Sykehuset har arbeidet systematisk med å vurdere forebyggbarhet i de alvorlige hendelsene det siste året. Det er gjennomført vurdering av om de unaturlige dødsfallene kan være forebyggbare, og det er brukt et internasjonalt publisert scoresystem for å vurdere dette. Styret har tidligere fått presentert resultater fra slik gjennomgang og hvor konklusjonen var at de færreste dødsfall var forebyggbare, men dessverre et resultat av påregnelig risiko i forbindelse med den aktuelle behandlingen. Det er allikevel viktig å bemerke at fylkeslegen i flere vurderinger har konkludert med at OUS driver sin virksomhet med for høy risiko. Dette tas på alvor, men vil samtidig kunne prege et sykehus som OUS fordi vi hele tiden har svært alvorlig syke pasienter og hvor det å gjennomføre en behandling innebærer en ikke ubetydelig risiko.

Når det gjelder økningen i unaturlige dødsfall i hovedstadsområdet i 2009, så vil dette materialet så langt vi er kjent med, bli publisert som en artikkel i et medisinsk tidsskrift (muligens Tidsskriftet for Dnlf) i nær fremtid.

Se for øvrig figur under fra Kunnskapscenteret som viser at OUS samlet sett ligger rimelig stabilt i samlet dødelighet i hele perioden og lavere enn øvrige regionsykehus.

Figur: Tall fra Kunnskapscenteret i angjeldende periode over totaloverlevelse ved OUS sammenlignet med de øvrige regionsykehusene.



Unaturlige dødsfall i hovedstadsområdet hos barn under 2 år av ikke etnisk norske foreldre

Fylkeslegen i Oslo har i flere presseoppslag omtalt at det i hovedstadsområdet (Oslo og Akershus) er en høy andel av unaturlige dødsfall blant barn under to år som har ikke etnisk norske foreldre. Det fremgår her at han mener sykehusene må stille spørsmål ved om ikke etnisk norske møtes på en riktig måte.

Oslo universitetssykehus har ikke tilgang til informasjon om saken ut over det som er omtalt i pressen. Av totalt 28 dødsfall hos barn under 2 år var 16 (57 %) av ikke etnisk norske foreldre. Av alle som ble født i hele Oslo i 2012 hadde 30 % foreldre fra Asia eller Afrika. Ytterligere 10 % hadde foreldre fra EU. Det vil si at det var totalt ca 40 % med ikke etnisk norske foreldre. Dette gir omlag dobbelt så stor andel unaturlige dødsfall i denne gruppen som helhet i forhold til barn av etnisk norske foreldre.

Det er vel kjent fra studier både i Norge og internasjonalt at spedbarn og barn i enkelte innvandrergreper har økt sykkelighet og dødelighet av tidlig sykdom, og at en av årsakene til dette er inngifte som risikofaktor for arvelig sykdom. Man har lite kunnskap om i hvilken grad sosiale eller andre forhold bidrar til overdødelighet i Norge. Oslo universitetssykehus har i svært liten grad etnisitet som egen faktor i våre helseregistre.

Det er åpenbart at både fremmed språk og kultur kan være kompliserende i vårt møte med alvorlig syke pasienter. Oslo universitetssykehus har oppmerksomhet om dette og innretter vår virksomhet for å unngå at det blir et hinder for god behandling, både gjennom utstrakt bruk av tolk samt ved utdanning av egne kulturveiledere.

• Status Legionella Radiumhospitalet 18.10.2013

Det vises til tidligere informasjon gitt i administrerende direktørs orienteringer (sak 58/2013) om Legionella ved Radiumhospitalet. Status vedrørende tiltak mot Legionella på Radiumhospitalet er i dag som følger:

1. Kontrollprøver med hensyn på Legionella ble siste tatt 30.09.2013. Alle prøver tatt gjennom filter var negative mens det i det i 3 prøver tatt uten vannfilter fortsatt er vekst av moderate mengder *Legionella micdadei*, mellom 100 og 1400 CFU/liter. Resultatene viser at filtrene fungerer som forventet. Nye prøver blir tatt i uke 43.
2. Første trinn av ombyggingen av varmesentralen er i slutfasen og vil være helt avsluttet med tikobling 31. oktober. Dette sikrer stabil utgående temperatur på varmtvannet. Fremdriften har vært noe forsinket på grunn av utfordringer med asbest.
3. Ombygging av vanninntaket og varmtvannsberedere er ferdig prosjektert og arbeidet er i oppstartsfasen. Dette vil gi bedre sikring mot forurensning med Legionella. Prosjekteringen har også tatt høyde for tilkobling for tilførsel av biocider for kjemisk innaktivering av Legionella.
4. Det er besluttet å benytte klorering som kjemisk desinfeksjonsmetode inntil videre. Forberedelser for montering av kloreringsanlegg er påbegynt.
5. Det foreligger en konsulentvurdering fra Norconsult AS med forslag til endringer av rørsystemene.
6. Konsulentfirmaet *Advance Environmental* forventes å avslutte sitt arbeid med risikoanalyse i uke 43. De har allerede kommet med flere anbefalinger som blir tatt til følge. Det er blant annet avdekket av sirkulasjonssystemet i bygg B ikke fungerer, mens sirkulasjonssystemet i bygg A er i funksjon.
7. Temperaturovervåking av perifere tappepunkter i Bygg A er prosjektert, og forventes å

- være montert innen utgangen av november. Temperaturovervåking i Bygg B har ingen hensikt før sirkulasjonssystem er reetablert, kfr. ovenfor.
8. Trivselsanlegget er foreløpig ikke gjenåpnet. Desinfeksjonssystemet vil høyst sannsynlig bli endret fra sølv/kobber til klor, endelig beslutning blir tatt i uke 43. Bruksrutinene vil måtte endres ved gjenåpning. Blant annet må det kritisk vurderes om anlegget kan brukes av eksterne brukere (utleie).
 9. Gjennomgang av alle tappepunkter for å stenge av punkter som ikke brukes eller som brukes lite vil bli påbegynt sammen med de kliniske avdelingene i uke 43.
 10. Bygg E vil bli tappet for vann og endelig avstengt snarest mulig.
 11. Rørsystemene i ubrukte arealer i bygg H vil bli tappet for vann og plombert.

2. SAMHANDLING

• **Nytt utdanningsprogram i pasient- og pårørendeopplæring**

Oslo universitetssykehus har i høst startet og gjennomført et nytt utdanningsprogram i pasient- og pårørendeopplæring for ansatte og for brukere. Det har vært stor interesse for å delta og programmet var fulltegnet med deltagere fra flere klinikker. Det har lenge vært et ønske om å få til en systematisk kompetanseheving på dette feltet som en del av sykehusets strategi i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Opplæringen skal bidra til styrket helse og livskvalitet, gi støtte til mestring ved sykdom/skade og/eller funksjonsnedsettelse og bidra til at pasienten kan ta informerte valg sammen med sin behandler.

Pasient- og pårørendeopplæring er en av sykehusets hovedoppgaver, og er en pedagogisk aktivitet og tjeneste som omfatter informasjon, veiledning og undervisning, der brukermedvirkning er sentralt. Det undervises i arbeidsformer som stimulerer til økt selvstendighet ved å vektlegge pasienters og pårørendes ressurser i et helsefremmende perspektiv. Det fokuseres på pasienten som aktør og ikke som passiv mottaker av informasjon eller undervisning.

Utdanningens mål er å løfte frem og videreutvikle helsepersonells helsepedagogiske kompetanse for å legge til rette for gode læreprosesser. Grunnleggende ferdigheter i møte mellom pasient, pårørende og helsepersonell blir vektlagt. Det teoretiske grunnlaget er knyttet til læring, motivasjon og mestring. Brukere som medvirker i klinikkens kurstilbud til pasienter og pårørende, har en rolle og en funksjon som stiller krav til deres pedagogiske kompetanse. I utdanningsprogrammet fokuseres det derfor på hvordan brukere formidler egne erfaringer på en måte som skaper motivasjon, læring og mestring hos andre.

Utdanningsprogrammet baserer seg på variert metodebruk, og er preget av en veksling mellom teori, praktiske erfaringer og refleksjon. Utdanningen er organisert ved samlinger, selvstudium, kollokviegrupper og en skriftlig fordypningsoppgave. Utdanningsprogrammet tilbys vår og høst, og fra neste år vil det også tilbys fordypningsmoduler. Disse vil være mer praktisk rettet, med veiledning knyttet til arbeidet i klinikkene.

• **Språkkonferanse; ”Sykehuset, samfunnet og språket”**

11. oktober arrangerte sykehuset en svært vellykket dagskonferanse rundt tema *”Sykehuset, samfunnet og språket”*. Konferansen var et samarbeid mellom Språkrådet og OUS v/ Seksjon for likeverdige helsetjenester/Stab samhandling og internasjonalt samarbeid og

Kommunikasjonsavdelingen. Konferansen var åpen for alle interesserte og store auditorium på Ullevål var nesten helt fullt. Språkrådet dekket alle utgifter på sitt budsjett.

Foredragene handlet om språk på sykehuset og i arbeidslivet generelt. Flere av innleggene var av ansatte ved OUS. Konferansen ble avsluttet med en spennende debatt, hvor blant andre Tove Strand og Hege Gjessing fra Legeforeningen deltok i panelet.

Språkrådet er i ferd med å starte opp et bredt språkpolitisk tiltak rettet mot arbeidslivet, både private og offentlige virksomheter. Tanken om språk som samfunnsansvar er den underliggende bærebjelken her. For Språkrådet var det ønskelig å innlede tiltaket med en konferanse sammen med en av landets største arbeidsgivere. OUS er glade for å kunne bidra her. Ambisjonen er at sykehuset på sikt skal innlede et mer systematisk arbeid med Klarspråk, da det er liten tvil om at godt språk henger sammen med god pasientkontakt.

- **Tros- og livssynsbetjening**

Oslo universitetssykehus HF har inngått avtale med Diakonhjemmet sykehus AS om samarbeid om tros- og livssynsbetjening. Samtalepartnere om tro og livssyn ved Oslo universitetssykehus HF dekker et mangfold av ulike religions- og livssynstradisjoner og er et tilbud som er ment å sikre et likeverdig tilbud til pasienter og pårørende som ikke finner det ønskelig å bli betjent av sykehusets egne prester.

Tros- og livssynsprosjektet arrangerte i september en nasjonal konferanse om erfaringer så langt rundt dette tilbudet. Innledere var invitert fra blant annet England og Danmark som har jobbet med dette feltet i lengre tid. Også prestedtjenesten fra Oslo universitetssykehus HF, Tromsø, Bergen, Trondheim og representanter fra samtalepartnerne bidro med sine erfaringer. Konferansen var i tillegg en del av et etterutdanningskurs for samtalepartnerne.

Prosjektet har hittil hatt 105 samtaler (fra 1. februar 2012). Prosjektkoordinator har holdt over 75 foredrag om prosjektet på ulike avdelinger på sykehuset.

3. **UTVIKLINGSPROSJEKTER**

- **Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus**

Prosjektet arrangerer for tiden allmøter med tilhørende stands med utdeling av brosjyrer og besvarelse av spørsmål i forbindelse med at det er ett år igjen til oppstart 20.10.14. Det henges i tillegg opp nedtellingsur (dataprogram) på sentrale lokasjoner.

Prosjektet er inne i en meget hektisk periode. Delprosjekt løsning skal ferdigstille sine løsningsforslag til jul slik at test av systemet kan starte. Det arbeides med arbeidsprosesser og endringsledelse. Delprosjekt konvertering har mottatt de første leveranser med data fra nåværende system. Vi har mottatt første versjon av DIPS 7.3 som vi skal innføre. Infrastruktur har klargjort konverteringsmiljø, utviklingsmiljø og testmiljø. Det har vært noen utfordringer når det gjelder integrasjoner og infrastruktur.

Opplæringsplanen er ferdigstilt og det er funnet undervisningslokaler. Det er laget en sak om omstillingsutfordringene for OUS i forbindelse med opplæring i og igangsettelse av DIPS høsten 2014. Disse sakene er sendt linjeledelsen i sykehuset og skal diskuteres på et

ledermøte i november for å sikre tidlig og god, samkjørt planlegging av opplæringen i og oppstart av DIPS og sykehusets drift høsten 2014.

Rekruttering fra OUS til prosjektet for hele 2014 gjøres i møter med klinikkene de to første ukene i november. I hovedsak har prosjektet klart å få tilstrekkelig med ressurser fra alle tre samarbeidspartnere (OUS, SP og DIPS). Prosjektlokalene fungerer bra.

Prosjektet har identifisert eksterne avhengigheter og følger opp disse.

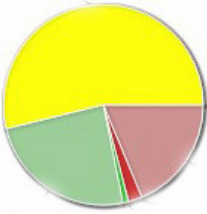
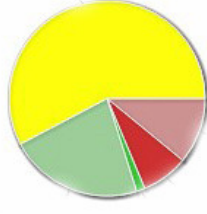
Prosjektet har startet planlegging av fase 2 (2015)

Økonomisk prognose for fase 1 (t.o.m. 2014) er p.t. innenfor budsjett.

Styret vil få en mer detaljert gjennomgang av status i prosjektet på et senere styremøte i 2013.

4. MEDIEOMTALE 1. SEPTEMBER – 20. OKTOBER 2013

Antall saker i mediene har økt fra 789 i juli, til 994 i september, totalt 3350 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
1.-20.okt 2013	535		Positiv: 25 Nøytral: 54 Negativ: 21	Den økte andelen negative saker er i hovedsak om den pågående rettssaken og økt antallet dødsfall som følge av omorganiseringen.
September 2013	994		Positiv: 24 Nøytral: 58 Negativ: 18	Den økte andelen negative saker er i hovedsak om responstid ved AMK og tiltale i sak om rekruttering av filippinske sykepleiere.

Mediebildet har i perioden vært preget av rettssak om rekruttering av filippinske sykepleiere, økt antall meldinger om alvorlige hendelser i 2009 og 2010, responstid på AMK og ekspertuttalelser.

Økt antall meldinger om alvorlige hendelser i 2009 og 2010

11.oktober slo VG Nett opp en sak der det ble hevdet at antallet meldinger om alvorlige hendelser ved OUS og Ahus økte i 2009 og 2010, og koblet til omorganisering. Påstandene kom fra Fylkeslegen. Både Ahus og OUS omtales gjentatte ganger og sakene er svært negative.

Retts sak om rekruttering av filippinske sykepleiere

20.september ble retts saken der OUS er tiltalt for utilbørlig utnyttelse av utlendinger berammet og offentliggjort. Det at sykehuset er tiltalt i en sak har i seg selv negative konnotasjoner. Saken startet i retten 7.oktober. Hittil har det ikke vært mange mediesaker om dette som har vært negative for sykehuset. Mange av sakene har gått på møbelhandleren og hans behandling av sykepleierne, men det å bli nevnt som en aktør i en alvorlig retts sak etterlater likevel et negativt inntrykk.

Ekspertuttalelser

OUS' personell uttaler seg stadig til media i kraft av sin ekspertise, noe som gir positiv omtale for sykehuset. Nevrolog Are Brean har kommet ut med "Studentkokeboka" og har i mediene snakket om næringsrik mat og da i sær rettet mot studenter og hvor viktig det er med næringsrik mat i en læresituasjon. Saken har fått stor spredning og har versert i et stort antall norske medier i løpet av september og oktober. En annen sak som har fått en del oppmerksomhet er overlege Inger Thune og hennes uttalelser om at fysisk aktivitet er bra både under og etter behandling av kreft. Saken har etter hvert spredt seg til mange medier.

Responstid på AMK

I begynnelsen av september trakk VG frem en rapport som viste at AMK-sentralen i Oslo og Akershus hadde for lang responstid. Det ble slått stort opp og den første overskriften på VG Nett lød "Slakter AMK i Oslo og Akershus". Avisen viser til antallet samtaler som ikke ble besvart og har senere også trukket frem en pasient som ikke kom frem. Klinikkleder Øyvind Skraastad og avdelingsleder Terje Strand får komme til orde i saken og belyser den med noe mer informasjon, men deres uttalelser vies dessverre liten plass i slutten av sakene. I den siste artikkelen så langt i denne saken beskriver tillitsvalgte fra Unio og Delta dårlig arbeidsmiljø. Nok en gang kommer ledelsen til orde, men får heller ikke denne gangen særlig mye plass. Det etterlatte inntrykket av denne saken er negativt.

5. REFERATER

- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 23.09.2013 (vedlegg)

PROTOKOLL- Godkjent

Møtetema: Brukerutvalgsmøte 29. september 2013

Til: Tove Nakken, Heine Århus, Kim Fangen, Ghazala Naseem, Kolbjørn Forfang, Grete Müller, Anna Barlund, John Bjørnøy, Helga Skåden, Twinkle Dawes, Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud, Øyvind Arntzen

Kopi: Eva Bjørnsborg, Tove Strand

Dato dok: 26.09.2013

Dato møte: 23.09.2013

Referent: Ingrid Birgitte Møller Ekne

Tilstede: Kim Fangen, Kolbjørn Forfang, Twinkle Dawes Grete Müller, Heine Århus, John Bjørnøy (borte under sak 053, 055, 056), Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud (borte under sak 056), Fra ledelsen: Eva Bjørnsborg

Forfall: Tove Nakken, Ghazala Naseem, Anna Barlund, Helga Skåden, Fra ledelsen: Tove Strand

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Sak nr	
Sak 046-13	<p>Godkjenning av innkalling Sak til Eventuelt: Forespørsel fra Kommunikasjonsstaben.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> Innkalling med sakslisten godkjent.
Sak 047-13	<p>Administrerende direktør sin time Administrerende direktør gjennomgikk styresakene til styremøte 26. september 2013. Videre besvarte han spørsmål fra brukerutvalget. Administrerende direktør ble gjort oppmerksom på at brukerrådet i Hjerte-, lunge- og karklinkken vil fremme sak vedrørende ventelister for barn som venter på hjerteoperasjon.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> Brukerutvalget tok sakene til orientering.
Sak 048-13	<p>Styresaker Dårlig omdømme for OUS at mellom hver 5. og 6. pasient ved OUS opplever fristbrudd på ventelister.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> Uttalelsen viderebringes til styremøtet 26. oktober 2013.
Sak 049-13	<p>Orientering om honorering Retningslinjer for honorering av brukerrepresentanter ved OUS.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> Brukerutvalget tok saken til orientering.
Sak 050-13	<p>Orienteringssak Handlingsplan Brukerutvalget Bakgrunn: Brukerutvalget ønsker å samarbeide med de klinikkvise brukerrådene i utforming av handlingsplan. Forslag om å invitere ledere av klinikkvise brukerråd, samt leder av Ungdomsrådet til brukerutvalgsmøtet i oktober.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> Saken tas i brukerutvalgsmøte i oktober. Ledere av klinikkvise brukerråd, samt leder av Ungdomsrådet inviteres til oktober møtet.

<p>Sak 051-13</p>	<p>Orienteringssak Handlingsplan til Strategi Brukermedvirkning 2013-2018 Bakgrunn: Brukerutvalget skal medvirke i utforming av handlingsplan. Forslag om at brukerutvalgets arbeidsutvalg har en "workshop" i oktober hvor de lager et utkast på innspill til handlingsplan. Forlsaga på innspill sendes til resten av brukerutvalget før brukerutvalgsmøtet i oktober.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalget tok saken til orientering. • Brukerutvalgets arbeidsutvalg lager innspill til handlingsplan og videresender til brukerutvalget før oktober møtet.
<p>Sak 052-13</p>	<p>Andre råd og utvalg Gjennomgang av brukerrepresentanter i råd og utvalg. Gjennomgang brukerrepresentanter i klinikkvise brukerråd. Oppnevning av representant til Akuttlinkkens pasient- og kvalitetsutvalg og Ungdomsrådet.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anna Barlund representerer Brukerutvalget i Ungdomsrådet. • Oppnevning av representant til Akuttlinkkens pasient- og kvalitetsutvalg ble utsatt til oktober.
<p>Sak 053-13</p>	<p>Orientering om OUS Idéfase- Campus Oslo v/Tone Ikdahl , Stab medisin, helsefag og utvikling Bakgrunn: Ikdahl orienterte brukerutvalget om prosjektet. Hun ønsket å komme på brukerutvalgsmøtene utover høsten og våren for jevnlig å oppdatere om prosjektet.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalget tok saken til orientering. • Ikdahl inviteres til oktober møtet.
<p>Sak 054-13</p>	<p>Orientering om handlingsplanen v/ Elisabeth Søyland og Kari Raaum Hovde, Stab forskning, innovasjon og utdanning Søyland og Hovde orienterte om progresjonen av handlingsplanen og gjennomgikk innspillene tidligere innsendt av brukerutvalget. De åpnet for flere konkrete tiltak fra brukerutvalget til handlingsplanen.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalget tok saken til orientering.
<p>Sak 055-13</p>	<p>Forespørsel fra sykehusapoteket Bakgrunn: Forespørsel fra Sykehusapoteket om brukerutvalgets medvirkning i en pilot for et oversettelsesprogram.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalget ønsker ikke å delta et slikt samarbeid på bakgrunn av at sykehusapotekene er underordnet regionalt helseforetak.
<p>Sak 056-13</p>	<p>Eventuelt Forespørsel fra kommunikasjonsstaben. Om å involvere brukerutvalget som høringsinstans i enda større grad i kommunikasjon som skal til pasientene.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalget vil medvirke i henvendelser fra kommunikasjonsstaben, samt å videresende henvendelser til respektive brukerråd.