

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 25. april 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

---

**SAK 23/2013      GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE.**

### Forslag til vedtak:

*Styret godkjenner innkalling og sakliste.*

Oslo, den 18. april 2013

Stener Kvinnsland  
Sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Møteinnkalling

---

Møtenavn:	Styremøte 3/2013
Dato møte:	25. april 2013
Møtetid:	Kl. 08.00 - 14.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, 1.etg., seminarrom 1 og 2.

---

23/2013	Beslutning: Godkjenning av innkalling og sakliste
24/2013	Beslutning: Godkjenning av protokoll styremøte
25/2013	Orientering: Rapport per mars 2013
26/2013	Beslutning: Økonomisk langtidsplan
27/2013	Beslutning: Gjennomføringsprosjektet - rapport og gjennomføring
28/2013	Beslutning: Revisjonsplan internrevisjon
29/2013	Orientering: Årsrapport arbeidsmiljø 2013
30/2013	Orientering: IKT for forskning i Oslo universitetssykehus HF
31/2013	Temasak: Møte med brukerutvalget
32/2013	Temasak: Fordeling av oppgaver i hovedstadsområdet
33/2013	Orientering: Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland  
sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. april 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Protokoll fra styremøte 10. april 2013

---

**SAK 24/2013      GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE  
10. APRIL 2013.**

### Forslag til vedtak:

*Styret godkjenner protokoll fra styremøte 10. april 2013.*

Oslo, den 18. april 2013

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## UTKAST

### Protokoll

---

Møtenavn:	<b>Styremøte</b>
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	10. april 2013
Dato møte:	10. april 2013 kl. 13.00-13.40 på Ullevål sykehus i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

---

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

Forfall: Johan Arnt Vatnan, Raymond Robertsen

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

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget Heine Århus, publikum

### **Sak 18/2013 Godkjenning av innkalling og saksliste**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

### **Sak 19/2013 Godkjenning av protokoll**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 14. februar 2013.

## **Sak 20/2013 Årsoppgjør**

Enstemmig vedtak:

1. Styret underskriver årsberetning og årsregnskap for 2012.
2. Årsberetning og årsregnskap for 2012 legges frem for godkjenning i foretaksmøte.

## **Sak 21/2013 Årsplan styret**

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

## **Sak 22/2012 Administrerende direktørs orienteringer**

Adm. dir. orienterte om stenging av operasjonsstuer på legevakten i Storgaten.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Stener Kvinnsland  
Styreleder

Anne Carine Tanum  
Nestleder

Tone Skogen

Raymond Robertsen  
ikke tilstede

Ole Petter Ottersen

Johan Arnt Vatnan  
ikke tilstede

Svein Erik Urstrømmen

Ane Willumsen

Anders T. Utne

Rita von der Fehr

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølsted-Knudsen

Merete Norheim Morken

Nina Bachke

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. april 2013

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

Vedlegg: 1. Tabellvedlegg

---

### **SAK 25/2013 RAPPORTERING PER MARS 2013**

#### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar rapporteringen for mars 2013 til orientering.*

Oslo, den 18. april 2013

Bjørn Erikstein

## Sammendrag

Gjennomgangen av status og resultater etter mars 2013 (bemanning for april) viser kortfattet følgende:

- Somatikk:
  - Aktiviteten innenfor somatikken er 2,5 pst lavere enn budsjettert i perioden januar – mars 2013.
- Psykisk helsevern og rusbehandling:
  - Aktiviteten innenfor psykisk helsevern for voksne har vært høyere enn planlagt for døgnvirksomheten og noe lavere for poliklinisk aktivitet i siste måned.
  - Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien har aktiviteten hittil i år vært lavere enn budsjettert både for utskrevne pasienter og poliklinisk aktivitet. Antall liggedøgn er høyere enn budsjettert i perioden.
  - Aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er lavere enn planlagt både for døgnvirksomheten og poliklinisk aktivitet.
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i mars 82 dager og omtrent på samme nivå som i mars 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.
- Det jobbes for å unngå langtidsventende. Fra mars 2012 til mars 2013 er antall langtidsventende redusert fra om lag 11.000 til 5.500.
- Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i mars 839 og antall fristbrudd av ventende pasienter var 2.210 (18 pst).
- Det økonomiske resultatet etter mars 2013 viser et negativt budsjettavvik på 48 millioner kroner.
- Antall brutto månedsverk var i april 17.044 og er hittil i år 17.016. De fire første månedene i år er det i gjennomsnitt utført 144 flere månedsverk enn budsjettert.
- Gjennomsnittlig sykefravær i 2013 (til og med februar) var 8,2 pst. Dette er noe lavere enn i samme periode 2012.

## Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør registrerer at aktiviteten etter tre måneder i 2013 er lavere enn planlagt, både innenfor somatikken og deler av psykisk helsevern, samtidig som kostnader og årsverk ikke er tatt ned tilsvarende. Det arbeides med å levere en aktivitet som budsjettert på årsbasis både innenfor somatikk og psykisk helsevern. Dette skal gjennomføres samtidig som kostnadene reduseres. I dette arbeidet vil fokus være på gjennomføring av budsjetterte tiltak samtidig som nye tiltak vil bli vurdert.

Administrerende direktør etablerte høsten 2012 via Gjennomføringsprosjektet en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset. Innenfor ventelisteområdet fortsetter reduksjonen av langtidsventende også i 2013, og det er nå flere fagområder enn tidligere hvor antall langtidsventende er under 20. Antall fristbrudd er fortsatt for høyt, og det arbeides målrettet for å redusere disse. Rapportering på ventelister og fristbrudd inngår i administrerende direktørs ordinære oppfølgingsmøter med klinikkene.

Innenfor psykisk helsevern for barn og unge og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, hvor aktiviteten på enkelte områder har vært lav, har sykehusledelsen sterk

fokus på aktivitetsnivået for å bidra til at omstillingsarbeidet ikke fører til svekket tilbudet til pasientene.

Reduksjon i antall årsverk til budsjettert nivå for 2013 er viktig for å forbedre produktiviteten og for å gjennomføre budsjettet. Utviklingen i bemanningstallene er etter administrerende direktørs vurdering fortsatt ikke tilfredstillende og følges fortsatt tett opp overfor klinikkene for å sikre at den samlede bemanningen tilpasses foretakets finansiering.

## **Pasientbehandling**

### **Aktivitet somatikk**

Foreløpige DRG-tall etter mars 2013 viser at aktiviteten innenfor somatikken var 2,5 pst (1.376 DRG-poeng) lavere enn budsjettert. Det akkumulerte avviket er redusert fra 4,2 pst ved rapporteringen for februar. Reduksjonen skyldes både effekt av ny versjon av grupperingsverktøyet for 2013 og generell etterregistrering av aktivitet etter februar utover det som inngår i beregningen av DRG470. Det er erfaringsmessig noe etterslep i registrering av medisinsk informasjon (diagnoser og prosedyrer) på rapporteringstidspunktene, og fra og med rapporteringen for mars er det inkludert forventet effekt av denne etterregistreringen (basert på erfaringstall) i de rapporterte tallene.

Lavere aktivitet enn budsjettert skyldes flere forhold, blant annet har det vært noe lavere aktivitet enn budsjettert innenfor gastrokirurgi som følge av drift i midlertidige lokaler pga vedlikehold/oppgradering av de lokaler driften vanligvis foregår i. Videre er det lavere aktivitet enn budsjettert innenfor Kvinne- og barneklivikken (nyfødt og gynekologisk kreft). Innenfor hjertekirurgi er det noe lavere aktivitet enn budsjettert som følge av utfordringer med intensiv-/PO-kapasitet. For 2013 sett under ett forventes likevel aktiviteten innenfor somatikken å bli omtrent som budsjettert.

Rapportert aktivitet er korrigert ned med 475 DRG-poeng knyttet til feil rapportering av flere konsultasjoner samme dag og feil registrering av utførende helsepersonell. Dette vil bli gjort hver måned inntil denne aktiviteten kan registreres og rapporteres korrekt. På årsbasis er dette estimert å utgjøre 1.900 DRG-poeng (innarbeidet i budsjett 2013).

Sammenlignet med 2012 er det foreløpig registrert en aktivitetsreduksjon i somatikken på noe over 6 pst (aktivitet begge år målt med DRG-poeng ut fra 2013-grupper). Dette kan i stor grad forklares med at påsken var i mars i år, mens den i 2012 var i april. Det vil bli gjennomført en mer detaljert analyse av faktisk aktivitetsutvikling fra 2012 til 2013 etter 1. tertial.

### **Aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

For *voksenpsykiatrien* er det hittil i år skrevet ut 59 flere (18 pst) pasienter enn plantall og antall polikliniske konsultasjoner er 1 pst (125 konsultasjoner) lavere enn plantall. Selv om aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien er omtrent som budsjettert hittil i år, har den polikliniske aktiviteten i mars vært 12 pst (810 konsultasjoner) lavere enn budsjettert. Avviket i mars ser ut til å skyldes en undervurdering av aktivitetsreduksjon i forbindelse med påsken. For døgnavirksomheten er imidlertid bildet motsatt, og antall utskrevne pasienter i mars er 37 pst (41 utskrivninger) høyere enn budsjettert. Sammenlignet med



2012 er det en økning i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 25 pst (76 utskrivninger). Antall polikliniske konsultasjoner er redusert med 7 pst (1.572 konsultasjoner). Endringen i aktivitet fra 2012 skyldes i stor grad at påsken i 2012 var i april, mens den i 2013 var i mars.

Den polikliniske aktiviteten innenfor *barne- og ungdomspsykiatrien* er pr mars 12 pst (1.586 konsultasjoner) lavere enn plantall. Sammenlignet med 2012 er antall polikliniske konsultasjoner redusert med 1.883 (- 14 pst). Avviket skyldes flere forhold; hovedsaklig høyt sykefravær, høyt antall pasienter som ikke møter og vakante stillinger. Senteret gjennomfører flere tiltak for å øke aktivitetsnivået; det arbeides kontinuerlig med å redusere sykefraværet, det er planlagt en kartlegging av arbeidsmiljøet, det arbeides også kontinuerlig med rekruttering og det er startet opp et pasientflytprosjekt som vil bedre de pasientadministrative rutine og redusere antall ikke møtt pasienter. I tillegg er periodiseringen av aktivitetsreduksjon i tilknytning til påsken noe undervurdert. Hittil i år er det skrevet ut 7 færre pasienter enn budsjettert. Sammenlignet med 2012 er det skrevet ut 10 færre pasienter, og antall liggedøgn er økt med 279 (25 pst).

Innenfor *TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)* er det pr mars skrevet ut 4 pst (25) færre pasienter fra døgnbehandling enn plantall. Sammenlignet med 2012 er det en økning i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 8 pst (51) pasienter. Antall polikliniske konsultasjoner er 14 pst (388) lavere enn budsjettert, men har økt med 7 pst (143 konsultasjoner) fra samme periode i 2012. Den reelle effekten av redusert aktivitet i påskeuken kan være høyere enn forutsatt i budsjettene. Tallene for polikliniske konsultasjoner bære preg av et stort antall ikke møtt pasienter. For Rus-poliklinikkene er andelen ikke møtt pasienter høyere enn for allmenpsykiatriske poliklinikker, og det arbeides kontinuerlig med å redusere denne.

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 ikke får konsekvenser for pasientbehandlingen.

## **Ventelisteutvikling**

### *Ventetid*

Administrerende direktør har organisert en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset. Gjennomføringsprosjekt har vært organisert slik at konsernrevisjonens anmerkninger og anbefalinger knyttet til det pasientadministrative arbeidet inklusive ventelistebehandling og fristbruddpasienter er blitt fulgt opp. I tillegg har prosjektet omhandlet de anbefalinger som er gitt i det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset". Prosjektet har vært forankret i lederlinjen på klinikk- og avdelingsnivå, og er fulgt tett opp av sykehusledelsen. Det er nå utarbeidet en detaljert rapport over resultatene i gjennomføringsprosjektet (konf styresak 27/2013). Fokusområdene har vært kompetansehevning og opplæring, rydding i ventelister og rutiner for oppfølging av ventelister. Videre har administrerende direktør sterkt fokus på ventelister og fristbrudd både i ledermøter og i oppfølgingsmøter 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 mars omlag 27.850, herav er antall ventende som har ventet mer enn 1 år omlag 6.500 (dvs at langtidsventende utgjør omlag 20 pst 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 omlag 4.700, mens antall langtidsventende er redusert med omlag 5.500. Som en del av gjennomføringsprosjektet er kvaliteten i det pasientadministrative arbeidet og kompetansen knyttet til ventelistadministrering økt. Videre er det gjennomført både maskinelle og manuelle rettinger av tidligere feilregistreringer mv slik at ventelistene nå viser et mer riktig bilde enn tidligere. I enkelte avdelinger pågår det fortsatt et arbeid knyttet til rettinger og ajourføring av ventelister.

#### *Langtidsventende*

Som det fremkommer ovenfor har det vært en betydelig reduksjon i antall langtidsventende, og fra mars 2012 til mars 2013 er antall langtidsventende halvert (fra 11.000 til 5.500). Målsettingen er at det ikke skal være langtidsventende og det er særskilt oppfølging av de fagområder som fortsatt har dette (over 20). For de fleste av disse fagområdene er det utarbeidet periodiserte måltall for nedgang i antall langtidsventende. I løpet av mars er det foretatt en opprydding i ventelistene innenfor fagområdene kjevekirurgi og voksenpsykiatri (avdeling for nevropsykiatri og psykosomatisk medisin), og her er nå antall langtidsventende redusert til under 20, slik at disse fagområdene ikke lenger inngår i den særskilte oppfølgingen.

Nærmere 80 pst av de langtidsventende er innenfor fagområdene ortopedi, plastikkirurgi og nevrologi. Det utføres en analyse av disses bostedstilhørighet. For andre fagområder foretas det en gjennomgang av pasientenes henvisningsdiagnose mv. Dette som grunnlag for videre oppfølging.

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) er i mars 82 dager og omtrent på samme nivå som i mars 2012. Det er klinikkvise variasjoner som i stor grad relateres til arbeidet med avvikling av langtidsventende. Det er først og fremst avvikling av pasienter uten rett til prioritert helsehjelp som gir dette utslaget. For flere av klinikkene/fagområdene er gjennomsnittlig ventetid til avvikling lavere enn måltallet på 65 dager. 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 mars 2013 er ventetid for alle ventende 278 dager, hvilket er en reduksjon fra 422 i samme periode i 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 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. I tillegg har det regionale helseforetaket nedsatt midlertidige fagråd innen ortopedi, nevrologi, ØNH og øyesykdommer som bl.a. skal se på kapasitetsutnyttelsen i regionen. Dette er fagområder hvor Oslo universitetssykehus HF har lange ventelister.

Innenfor plastikk- og rekonstruktiv kirurgi pågår det også et regionalt prosjekt som ser på behov, kapasitet og dimensjonering av dette fagområdet i regionen. I tillegg er foretaket tildelt ekstra midler til tiltak for å redusere ventelistene innenfor brystrekonstruksjon og det pågår et samarbeid med andre foretak som har plastikk-kirurgisk kompetanse.

Generelt er det 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.

#### **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
- Antall fristbrudd i rapporteringsperioden
- Fristtid (viser hvor lange frister som gis)
- Ventetid ut over (individuell satt) frist

#### *Status per mars*

Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i mars 839 (omlag 17 pst). Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av mars var 2.210 (18 pst), og omlag på samme nivå som ved utgangen av mars 2012. Det er store variasjoner i antall fristbrudd mellom klinikker og fagområder. For å nå målsettingen om null fristbrudd er det for de fleste fagområder med fristbrudd ut over 20 per utgangen av mars, utarbeidet måltall for reduksjon av antall fristbrudd. De tiltak som er beskrevet under ventetid vil også ha en positiv innvirkning på antall fristbrudd.

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

Prevalensundersøkelser måler andel pasienter med helsetjenesteassosierte (noso

komiale) infeksjoner på et gitt tidspunkt. De fire vanligste typer helsetjenesteassosierte infeksjoner samt bruk av antibiotika registreres ved disse undersøkelsene. Oslo universitetssykehus HF er gjennom oppdragsdokumentet pålagt å gjennomføre fire prevalensundersøkelser i året. Prevalensrate av de 4 infeksjonstypene som skal meldes til Nasjonalt folkehelseinstitutt er 5,6 pst for registreringer gjennomført i 2012. Sammenlignet med hele 2011 er dette en reduksjon på 0,3 pst (fra 5,9 pst). Det er denne målingen som er grunnlaget for målsettingen om at andelen sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 pst. Det foreligger ikke oppdaterte resultater for 2013.

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

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

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

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

Etter gjennomføring av milepæl 5 (M5) i FKI-prosjektet (felles klinisk informasjonsgrunnlag) den 15. oktober, hvor databasene for Doculive Ullevål og Doculive Rikshospitalet/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 avvirket, uten at dette er bestilt fra sykehuset. Problemstillingen er tatt opp med Sykehuspartner, og saken følges tett opp for å sikre at dette kan rapporteres som forutsatt. Foreløpig mål er å kunne rapportere dette for 1. tertial 2013 som en del av tertialrapporteringen.

#### **Andel korridorpasienter**

For 2013 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter er 0,9 pst hittil i år. Tiltak i klinikkene for å redusere omfanget av korridorpasienter er økt fokus på planlegging av utskrivning, tidligere legevisitter og dermed tidligere utskrivning av pasienter og bedre bruk av senger på tvers av de ulike sengepostene. Det er videre innført rutiner for bestilling av transport for utskrivningsklare pasienter, slik at dette skal være garantert.

#### **Utskrivningsklare pasienter**

I mars er det rapportert 124 utskrivningsklare pasienter (174 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter var i mars 0,4 pst.

Innenfor psykisk helsevern for voksne var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter 5,3 pst i mars, og hittil i år er andelen 5,6 pst.

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.

## ØKONOMI

### Resultat per mars

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter mars et regnskapsmessig underskudd på 124 millioner kroner mot et budsjettert underskudd på 78 millioner kroner, dvs at resultatet er 46 millioner kroner mer negativt enn budsjettert. Pensjonskostnadene er bokført ut fra NRS-beregninger (aktuarberegninger) mottatt i februar med oppdaterte økonomiske forutsetninger (endret diskonteringsrente fra beregninger mottatt i januar). NRS-beregningene viser at pensjonskostnaden for hele 2013 blir om lag 9 millioner kroner lavere enn forutsatt i budsjettet, hvorav 2,3 millioner kroner per mars. Justert for det positive avviket for pensjon er det et negativt resultatavvik på 48 millioner kroner etter mars. Dette er en økning på 13 millioner kroner siste måned (fra 35 millioner kroner per februar).

Underskuddet hittil i år skyldes i hovedsak at aktiviteten er lavere enn budsjettert innenfor somatikken, uten at kostnadene er redusert tilsvarende. I mars er det et negativt inntektsavvik innenfor Avdeling for medisinsk genetikkk på om lag 7 millioner kroner. Dette skyldes i hovedsak at avdelingen har byttet til nytt laboratoriesystem og at innføringen har vært uventet komplisert, se nærmere beskrivelse i neste avsnitt. Det forventes at denne inntektsreduksjonen hentes inn igjen i løpet av 2013. Det er fortsatt noe usikkerhet knyttet til resultatet for IKT. Dette relateres til uløste saker fra tidligere år og manglende årsestimat for 2013. Det er løpende dialog med Sykehuspartner om disse sakene, og det forventes å foreligge mer detaljert informasjon i forkant av tertialrapporteringen.

*Nærmere om innføring av nytt laboratoriedatasystem ved Avdeling for medisinsk genetikkk*  
I 2009 ble laboratoriedatasystemet ved Avdeling for medisinsk genetikkk vurdert til verken å være tilstrekkelig robust eller tilstrekkelig supportert, og det var på bakgrunn av dette behov for utskifting. Som fremtidig løsning ble det vedtatt en bredding av Swisslab (laboratoriedatasystem fra Ullevål). Tilpasning av Swisslab til å dekke behovet innenfor medisinsk genetisk virksomhet har tatt vesentlig lengre tid enn forutsatt, og på grunn av ressursmangel hos Swisslab og Sykehuspartner ble ikke systemet testet godt nok før produksjonssetting 12. desember 2012. Dette har medført at løsningen har store mangler og en for krevende logistikk, hvilket har ført til nedsatt produksjon og lengre svartider på analyser. Dette gir igjen en inntektsreduksjon. Det arbeides nå for å dedikere nødvendige ressurser fra både leverandør, Sykehuspartner og avdelingen for å få systemet til å fungere tilfredsstillende på alle områder, og slik at inntekstapet kan tas igjen.

### Årsestimat

Sykehuset har rapportert et forventet årsresultat som budsjettert, dvs et regnskapsmessig underskudd på 200 millioner kroner. Dette krever en betydelig produktivitetsforbedring gjennom resten av 2013.

*Sammenligning med 2012*

Sammenligning av resultat hittil i 2013 med samme periode i 2012 viser et økt negativt driftsresultat på om lag 72 millioner kroner. Endringen kan i hovedsak relateres til to forhold:

1. Per mars 2012 var det inntektsført gevinst fra salg av eiendom med 31 millioner kroner. Oslo universitetssykehus HF har ikke solgt eiendom i 2013.
2. Motsatte aktivitetsavvik innenfor somatikki 2013 i forhold til 2012: Per mars 2012 var aktiviteten høyere enn budsjettert (+1,2 pst) mens den er lavere i 2013 (-2,5 pst). Forskjellen er beregnet å utgjøre omlag 35 millioner kroner.

*Avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper*

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

ØBAK OUS	Hittil i 2012			Kommentarer
	Faktisk	Budsjett	Avvik	
Basisramme	2 769 576	2 769 576	0	Basisrammen inntektsføres som budsjettert.
Aktivitetsbaserte inntekter	1 600 069	1 615 772	-15 703	Lavere aktivitet enn budsjettert innenfor somatikken gir avvik for aktivitetsbaserte inntekter. I avviket inngår lavere polikliniske inntekter ved avdeling for medisinsk genetikkk knyttet til bytte av laboratoriesystem. Konserninterne gjestepasientinntekter er høyere enn budsjettert. Deler av denne merinntekten må ses i sammenheng med negativt avvik for andre inntekter. Se kommentar under. Inntekter fra utskrivningsklare pasienter er om lag 2 mnok høyere enn budsjettert.
Andre inntekter	422 556	448 176	-25 620	Om lag 20 mnok av avviket gjelder aktivitetsbaserte inntekter hvor det er tilsvarende merinntekt (kurdøgn SSE, lab/rad mv). Dette betyr at aktivitetsbaserte inntekter har et tilsvarende større negativt avvik, og at reelt avvik for andre inntekter er omlag 5 mnok.
Sum driftsinntekter	4 792 201	4 833 524	-41 323	
Lønn -og innleiekostnader	3 461 345	3 403 422	57 923	For de samlede lønns- og innleiekostnadene er det et merforbruk på om lag 58 mnok (tilsvarende 1,7 pst) når det korrigeres for lavere pensjonskostnader enn budsjettert. Avviket skyldes noe høyere bemanning enn budsjettert. Ut fra nye beregninger er pensjonskostnaden for 2013 om lag 8-9 mnok lavere enn forutsatt i budsjettet, hvorav 2,3 mnok kroner per mars.
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	585 641	614 297	-28 656	Varekostnadene er lavere enn budsjettert og må sees i sammenheng med lavere aktivitet enn budsjettert.
Andre driftskostnader	844 716	868 774	-24 058	Andre driftskostnader er 24 mnok lavere enn budsjettert. I dette inngår lavere avskrivningskostnader med 5 mnok, kostnader til konsulent tjenester er nærmere 6 mnok lavere enn budsjettert og noe lavere IKT-kostnader enn budsjettert. Ut over dette er det positive og negative avvik på flere kont.
Sum driftskostnader	4 891 702	4 886 493	5 209	
<b>Driftsresultat</b>	<b>-99 501</b>	<b>-52 969</b>	<b>-46 532</b>	
Netto finans	-24 796	-25 235	439	Hittil i 2013 er rentekostnadene om lag 5 mnok lavere enn budsjettert. I netto finans inngår i tillegg avvik for AS'ene. Per mars er det et positivt avvik for AS'ene på om lag 1 mnok. Interne eliminerings relatert til kjøp og salg fra AS'ene som er bokført på andre linjer (andre driftsinntekter og -kostnader) reduserer avvik for netto finans til 0,4 mnok.
<b>Resultat OUS</b>	<b>-124 297</b>	<b>-78 204</b>	<b>-46 093</b>	
<b>Resultat ekskl ekstra pensjonskost.</b>	<b>-126 570</b>	<b>-78 204</b>	<b>-48 366</b>	

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

Som det fremkommer av de mer detaljerte kommentarene i vedlegg 1 er det på enkelte arter/ØBAK-linjer avvik som skyldes øremerkede midler. Dette er avvik som ikke påvirker det samlede resultatet. For både sum driftskostnader og –inntekter er øremerkede midler om lag som budsjettert.

**Gjennomføring av budsjett 2013 og oppfølging av tiltak**

Per mars rapporterer klinikkene en realisert økonomisk effekt av tiltak på 36,2 millioner kroner akkumulert. Dette representerer en gjennomføringsgrad på 59 pst. Gjennomføringsgraden var høyere både i 2011 og 2012. Klinikkene rapporterer at bemanningen som følge av gjennomføring av tiltakene er redusert med 95 årsverk. Gjennomføringsprosenten er noe økt fra utgangen av februar ved Klinikkk for kirurgi og nevrofag, Kvinne- og barneklubikken og Hjerte-, lunge- og karklubikken.

Akuttklubikken har det største avviket i gjennomføringen av tiltak. Dette skyldes blant annet at det er besluttet å forlenge vaktberedskap på Aker, mens det i budsjettet var lagt til grunn en reduksjon i kostnader ved vaktberedskap på Aker. Flere tiltak innen intensivvirksomheten har også vist seg krevende å gjennomføre i en situasjon med mange svært syke intensivpasienter. Kvinne- og barneklubikken har stort avvik i tiltak innenfor bemanningsplanlegging i nyfødtsomsorgen og gjennomføring av økt antall operasjoner innen gynekologisk kreft på Radiumhospitalet. Klubikken arbeider for å øke effekten av tiltakene ut året.

Gjennomføring av tiltak gis særskilt oppmerksomhet i månedlig oppfølging mellom klubikkene og administrerende direktør.

**Investeringer**

Det vil foreligge en utvidet styrerapport etter første tertial. I denne saken omtales kort status og de forutsetninger som er endret ved gjennomføring av investeringer.

*Investeringer til videreføring av drift*

Styret har vedtatt et investeringsbudsjett til ordinære investeringer i 2013 på 414 millioner kroner, jamfør styresak 86/2012. Det er hittil inngått forpliktelser for over 200 millioner kroner av investeringsbudsjettet. Regnskapsførte investeringer ved utgangen av mars er noe lavere enn periodisert investeringsbudsjett.

I styresaken var 54 millioner kroner av investeringsbudsjettet ikke fordelt på kategori. Det er i første kvartal gjennomført en vurdering av frekvens på kassasjoner og behovet for anskaffelser av medisinsk teknisk utstyr (MTU). 48 millioner kroner er med bakgrunn i denne vurdering fordelt til kategori MTU og 6 millioner kroner til annet. Fordelingen av de samlede investeringene vurderes fortløpende for å sikre mest mulig effektiv ressursbruk. Totalt investeringsbudsjett for MTU er etter dette knapt 400 millioner kroner for 2013 (inklusive anslagsvis 106 mill kroner i MTU-investeringer finansiert av omstillingsmidler).

*Omstillingsinvesteringer*

Totalt budsjett (2011-2015) for omstillingsinvesteringer Fase 1 er 1 575 millioner kroner, inklusive 75 millioner kroner til samhandling Aker. Budsjett for 2013 er 462 millioner kroner. Det er satt i gang nye utredninger av mulige flyttinger innenfor Fase 1. Delprosjektene styres innenfor den totale budsjetttrammen.

Budsjett for omstillingsinvesteringer Fase 2 ble i styresak 86/2012 den 17. desember vedtatt til 100 millioner kroner for 2013 og omfatter midlertidig oppgradering av eksisterende bygg inklusive myndighetspålegg. Styret ba samtidig administrerende direktør om følgende i vedtak 3:

*”Styret ber administrerende direktør utarbeide en flerårig plan og intensivere*

*vedlikeholds- og utbedringsprosjekter på bakgrunn av de forhold som er fremkommet fra tilsyn. Administrerende direktør bes gjennomføre en dialog med Helse Sør-Øst RHF med sikte på å utvide investeringsrammen for 2013 dersom dette er nødvendig. Styret ber om å bli orientert om status for vedlikeholds- og utbedringsprosjektene.”*

Det er i første kvartal 2013 vurdert som nødvendig å utvide årets investeringsramme fra 100 millioner kroner til 160 millioner kroner for blant annet å kunne gjennomføre nødvendige infrastrukturiltak innen strømforsyning. Det pågår en dialog med Helse Sør-Øst RHF om dette.

### **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 -200 millioner kroner, og investeringsbudsjettet. I tillegg det hensyntatt 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 mars var benyttet driftskreditt for Oslo universitetssykehus HF på 2.400 millioner kroner mot budsjettert om lag 2.660 millioner kroner. Kontantstrøm fra drift bidro med et positivt avvik på om lag 220 millioner kroner. Dette forklares i stor grad med forsinket betaling av pensjonspremie på om lag 200 millioner kroner. Kontantstrøm fra investeringer og finansiering bidro netto positivt med om lag 40 millioner kroner og skyldes at påløpte investeringskostnader til videreføring av drift er lavere enn periodisert budsjett tilsier.

### **Avkastning for 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):

- Statens pensjonsfond utland: 6,7 pst (13 pst i internasjonal valuta)
- Kommunal landspensjonskasse: 6,7 pst
- Oslo pensjonsforsikring A/S: 8,6 pst

Faktisk avkastning for alle pensjonsmidlene til Oslo universitetssykehus HF i Statens pensjonskasse foreligger først senere i år.

Ifølge årsrapporten for Statens pensjonsfond utland ble strategien for forvaltning av fondet endret gjennom 2012. For å redusere den langsiktige risikoen i fondet er investeringene nå jevnere fordelt på regioner og land enn tidligere. Dette vil på sikt gi lavere investeringer i Europa og høyere investeringer i fremvoksende markeder.



## **BEMANNING, SYKEFRAVÆR**

### **Utvikling månedsværk**

Brutto månedsværk er relativt stabilt så langt i år. Antall brutto månedsværk var i april 17.044, som er en økning med 52 fra mars. Hittil i år er gjennomsnittlig antall brutto månedsværk 17.016. De endringer som er mellom månedene hittil i år bærer preg av å være små utslag i en stor bemanningsbase, og viser ingen tydelig trend. Fordelingen mellom intern og ekstern finansiering er også stabil. Sammenlignet med budsjett er antall brutto månedsværk hittil i år 144 høyere enn budsjettet. Avviket i forhold til budsjett må vurderes på bakgrunn av at antall årsværk med ekstern finansiering er 43 lavere enn budsjettet. Justert for dette er brutto månedsværk knyttet til ordinær drift 187 høyere enn budsjettet. I dette inngår om lag 30 månedsværk frikjøpt til DIPS-innføringsprosjektet. Klinikken får resultatmessig kompensasjon for dette, men årsværkene blir ikke korrigert.

Antall innleide årsværk hittil i år er 18 høyere enn budsjettet. Dette kommer i tillegg til avviket for brutto månedsværk som er omtalt ovenfor.

Sammenlignet med samme periode i 2012 (1. tertial) er det en økning i antall brutto månedsværk på om lag 90, hvorav 30 gjelder årsværk med ekstern finansiering og om lag 60 er knyttet til ordinær drift. Deler av økningen kan relateres til frikjøpte månedsværk til DIPS-innføringsprosjektet.

Med unntak av Klinikken for psykisk helse og avhengighet og Klinikken for diagnostikk og intervensjon har de øvrige klinikkenene en bemanning som er høyere enn budsjettet. Det er to av klinikkenene som skiller seg ut når det gjelder avvik for årsværk. Dette gjelder Klinikken for kirurgi og nevrofag og Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken. Disse klinikkenene vil bli særlig fulgt opp i oppfølgingsmøter med sykehusledelsen i april og via den sentrale innsatsgruppen. Det er fortsatt behov for å videreføre stram bemanningsstyring i foretaket.

### **Utvikling i årsværk på stillingsgrupper**

Den relative andelen av månedsværk pr stillingsgruppe forholder seg stabilt så langt i 2013, og avviker ikke betydelig mot de relative andelenene fra 2012.

### **Sykefravær**

Per februar 2013 er sykefraværet for året 8,2 pst, fordelt på 3,0 pst kortidsfravær og 5,2 pst langtidsfravær. Det totale sykefraværet ligger markant under nivået fra tilsvarende periode i 2012, som den gang fremstod unormalt høyt (8,8 pst).

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

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

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

# Styresak 25/2013 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF  
OUS HF

Månedsrappport mars 2013

(Bemanningstall for april 2014)

# 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 og DRG – somatikk

MARS	Budsjett	Status per MARS			Hittil i år			SAMMENLIGNING 2012 (ekskl LV + Biol)	
		Klinikk	2013	Resultat	Avvik	Avvik i %	Restultat	Avvik	Avvik i %
Medisinsk klinikk	26 819	2 112	7	0,3 %	6 573	-80	-1,2 %	-272	-4,0 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	60 389	4 633	-57	-1,2 %	14 748	-533	-3,5 %	-1 202	-7,7 %
Kvinne- og barneklirikken	35 387	2 623	-270	-9,3 %	8 543	-379	-4,2 %	-708	-7,6 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	58 410	4 809	-58	-1,2 %	14 672	-148	-1,0 %	-696	-4,5 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	31 711	2 595	-162	-5,9 %	7 971	-412	-4,9 %	-816	-9,3 %
Akuttklinikken	4 170	280	-66	-19,1 %	801	-253	-24,0 %	-98	-10,9 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	120	5	-7	-58,3 %	24	-11	-31,4 %	-13	-35,1 %
Stab, Utenlandskontoret		0	0	-				-57	-100,0 %
Biologiske legemidler	1 793	141	-45	-24 %	640	82	15 %		
Fellesposter	-1 761	144	278	-208 %	-78	364	-82 %		
<b>SUM</b>	<b>217 038</b>	<b>17 342</b>	<b>-380</b>	<b>-2,1 %</b>	<b>53 892</b>	<b>-1 372</b>	<b>-2,5 %</b>	<b>-3 864</b>	<b>-6,8 %</b>

### Merknader:

- Sammenligning med 2012: 2012 fremstilt med 2013-logikk og vektor.
- Tall for hittil i år inkluderer etterregistrering av aktivitet for tidligere perioder
- Sammenligning med 2012 er vanskelig fordi påsken er i ulike måneder disse årene.
- Endret prinsipp: Lagt inn forventet effekt av etterregistrering (250 DRG-poeng). Lagt på sykehusnivå – fordeles ikke til klinikk.

NB! Påske i mars  
2013 og april 2012

## 2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Pasientbehandling Oslo universitetssykehus HF	Budsjett	Denne periode				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 døgntilrettelagt (VOP)	1 256	152	111	41	36,9 %	383	324	59	18,2 %	383	307	76	24,8 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (VOP)	84 815	7 656	7 783	-127	-1,6 %	22 824	22 725	99	0,4 %	22 824	21 965	859	3,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)	0	19	0	19		105	0	105		105	146	-41	-28,1 %
Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)	79 461	5 691	6 501	-810	-12,5 %	20 391	20 516	-125	-0,6 %	20 391	21 963	-1 572	-7,2 %
Psykisk helsevern - barn og unge (inkl. private)													
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (BUP)	96	6	7	-1	-14,3 %	15	22	-7	-31,8 %	15	25	-10	-40,0 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (BUP)	4 121	460	359	101	28,1 %	1 401	1 088	313	28,8 %	1 401	1 122	279	24,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)	3 041	283	247	36	14,6 %	795	785	10	1,3 %	795	824	-29	-3,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)	51 820	3 869	4 528	-659	-14,6 %	11 814	13 400	-1 586	-11,8 %	11 814	13 697	-1 883	-13,7 %
TSB (inkl. private)													
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (TSB)	2 815	237	233	5	1,9 %	675	700	-25	-3,5 %	675	624	51	8,2 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (TSB)	29 001	2 132	2 463	-331	-13,4 %	5 942	7 315	-1 373	-18,8 %	5 942	7 673	-1 731	-22,6 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)	948	44	89	-45	-50,6 %	160	267	-107	-40,1 %	160	191	-31	-16,2 %
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)	10 459	686	870	-184	-21,1 %	2 318	2 706	-388	-14,3 %	2 318	2 175	143	6,6 %

## 2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

	År		Mnd		Data											
	2012						2013						%vis endring 2012-2013			
	1		2		3		1		2		3		Akkumulert			
Modaliet	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS		
Angio	306	1	250	6	262	1	276	2	240	4	232	3	-8,6 %	12,5 %		
CT	4 922	1 305	4 617	1 187	5 096	1 239	4 906	1 236	4 316	1 242	4 356	1 074	-7,2 %	-4,8 %		
MG	827	6	769	10	804	8	841	8	779	13	549	11	-9,6 %	33,3 %		
MR	2 505	861	2 246	769	2 503	888	2 457	837	2 192	832	2 085	777	-7,2 %	-2,9 %		
NM	751	27	740	21	835	24	806	18	672	16	564	17	-12,2 %	-29,2 %		
PET	316	7	254	7	385	5	435	7	299	8	325	7	10,9 %	15,8 %		
RG	15 120	332	14 397	270	14 972	308	15 206	322	13 626	282	14 036	287	-3,6 %	-2,1 %		
Ukjent			1		1		12		7		11		1400,0 %			
UL	3 369	94	3 128	86	3 415	72	3 385	115	2 918	91	3 154	74	-4,6 %	11,1 %		

Sammenligning med 2012 er vanskelig fordi påsken er i ulike måneder disse årene

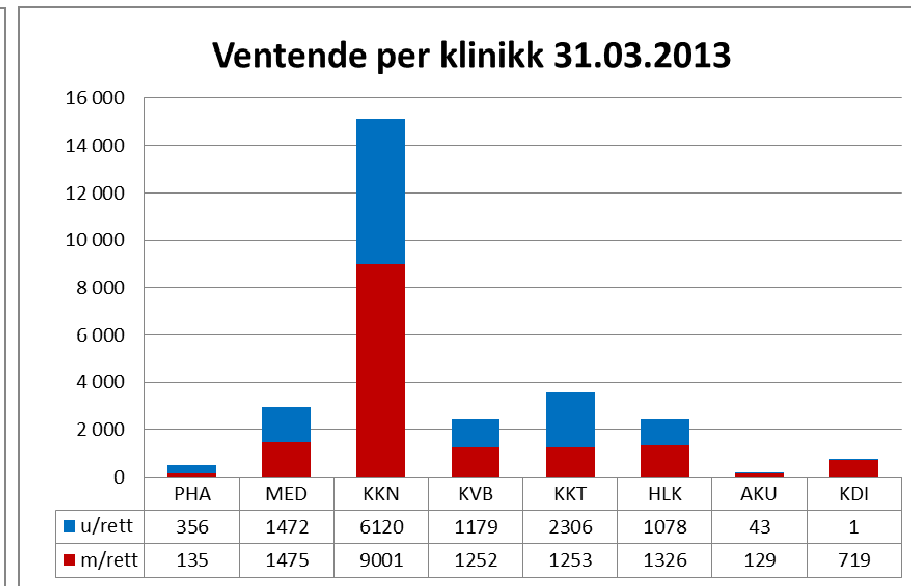
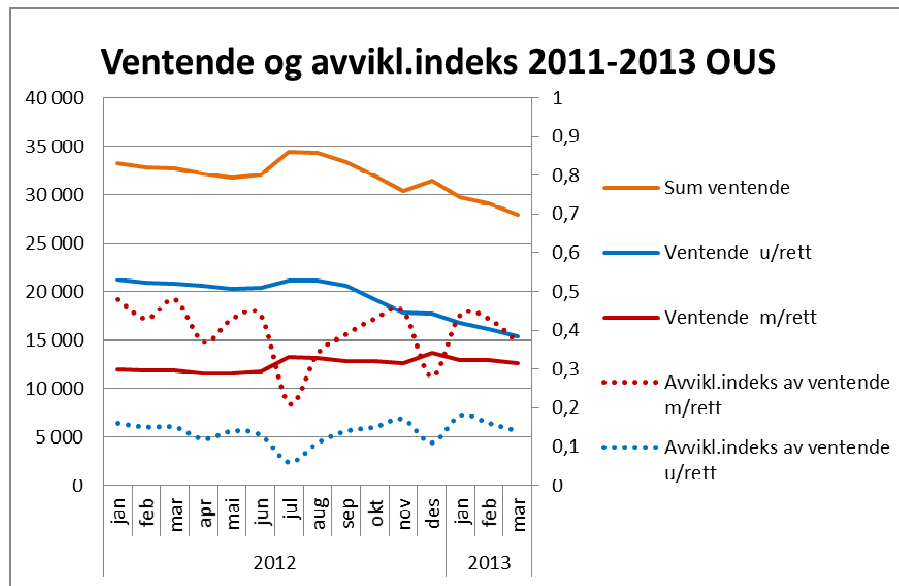
H = henvisninger

TS = tilsendte

## 2.1 Aktivitet Oslo sykehuservice

Aktivitetsdatarapport for 2013						Oslo sykehuservice			
Produksjon	Måleenhet	Mars i fjor	Mars i år	Endring siste måned	Endring siste måned i %	Sum i fjor	Sum i år	Endring hittil i år	Endring hittil i år i %
Kostnader pr. liggedøgn	Kr	3 218	3 833	615	19	10 337	11 514	1 177	11
Kostnader pr. liggedøgn m/dagbeh.	Kr	2 790	3 377	587	21	8 953	10 042	1 089	12
Arealer	Kvm	1 001 089	1 003 755	2 666	0	3 003 267	3 012 433	9 166	0
Forbruk av energi	KWH	28 000 000	31 850 000	3 850 000	14	88 912 000	92 200 000	3 288 000	4
Forbruk av tekstiler	Tonn	324	292	-32	-10	919	884	-35	-4
Middager	Antall	75 621	71 818	-3 803	-5	195 919	189 848	-6 071	-3
Sengevask/reing	Antall	12 207	10 295	-1 912	-16	34 573	33 969	-604	-2
Hotellbelegg Pasienthotellet	%	82	79	-3	-4	239	249	11	4
Hotellbelegg Sykehotellene	%	74	74	1	1	219	225	6	3
Portøroppdrag	Antall	46 241	36 330	-9 911	-21	132 969	118 392	-14 577	-11
Faktura forfall u.anvisning	%	0	0	-0	-27	1	1	-0	-16
Antall bur i forskningsprosjekter/uke	Antall -snitt	2 402	2 573	171	7	7 248	7 248	-	-
Antall søknader BHM	Antall	243	287	44	18	709	799	90	13
Pasienttilstrømmning BHM	Antall	61	91	30	49	210	259	49	23
Utlån MTU v BHM	Antall	222	279	57	26	683	859	176	26
<b>OUS aktivitetsdata</b>									
Opphold dgr dagbehandling	Antall	7 049	5 434	-1 615	-23	20 507	17 720	-2 787	-14
Liggedøgn somatikk	Antall	46 008	40 259	-5 749	-12	132 700	120 941	-11 759	-9

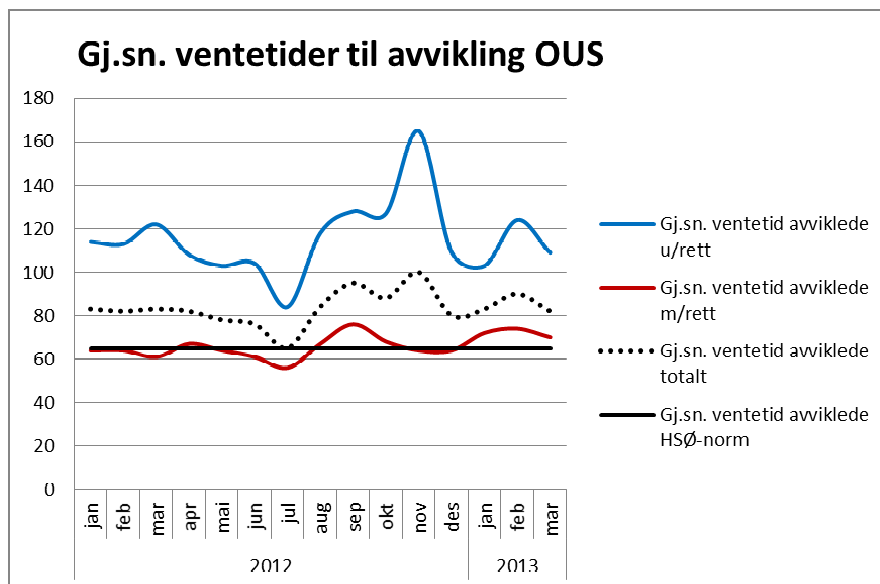
## 2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



Sum ventende	2012			2013			Utvikling
	jan	feb	mar	jan	feb	mar	
PHA	285	310	295	264	264	491	
MED	3 147	3 110	3 126	2 827	2 827	2 947	
KKN	19 247	19 231	19 138	17 131	17 131	15 121	
KVB	2 414	2 329	2 238	2 334	2 334	2 431	
KKT	3 449	3 435	3 500	3 531	3 531	3 559	
HLK	3 082	2 932	3 022	2 626	2 626	2 404	
AKU	416	409	372	178	178	172	
KDI	963	855	862	757	757	720	
Sum klinikker	33 003	32 611	32 553	29 648	29 648	27 845	
Diff vs. 2012				-3 355	-2 963	-4 708	

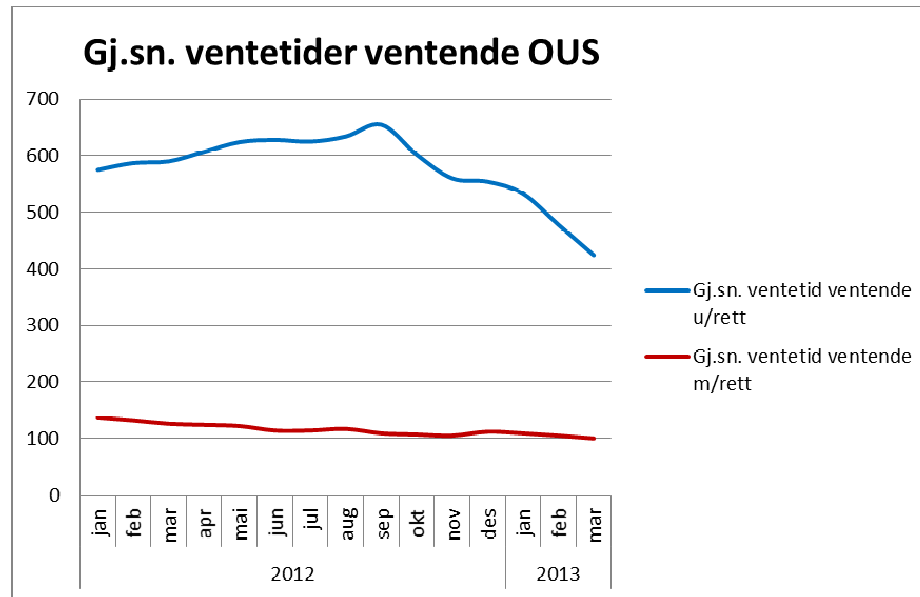


## 2.2 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling



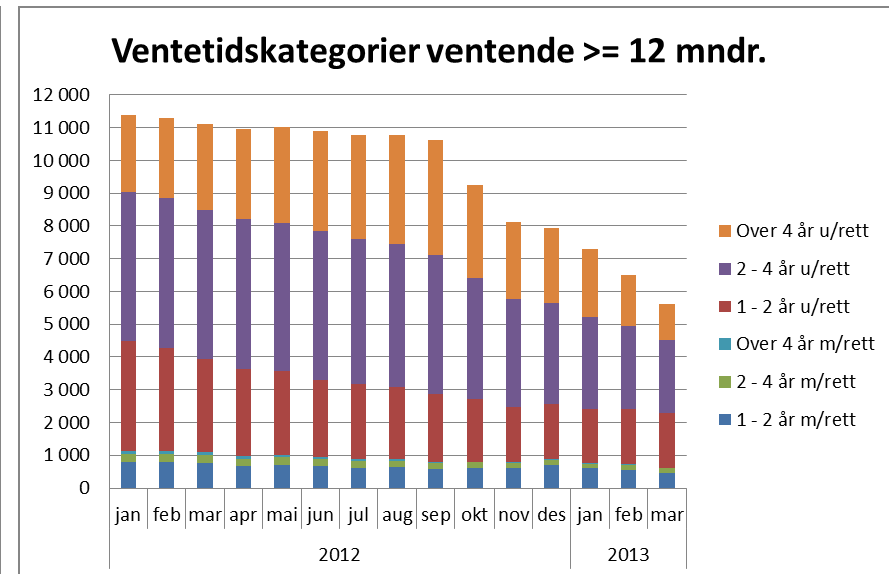
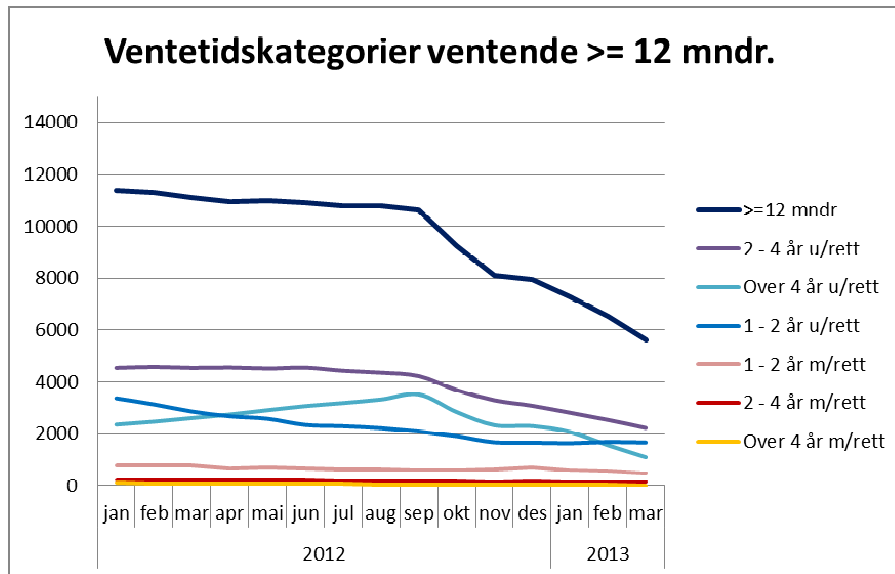
Gj.sn. v.tid til avvikling	2012			2013			Utvikling
	jan	feb	mar	jan	feb	mar	
PHA	44	63	39	45	45	40	
MED	75	74	72	62	62	59	
KKN	106	101	108	115	115	119	
KVB	70	66	56	60	60	56	
KKT	56	60	54	63	63	60	
HLK	141	134	124	113	113	107	
AKU	90	107	99	78	78	70	
KDI	39	28	42	37	37	31	
<b>OUS</b>	<b>83</b>	<b>82</b>	<b>83</b>	<b>83</b>	<b>90</b>	<b>82</b>	

## 2.2 Gjennomsnittlig ventetid for ventende



Gj.sn. v.tid ventende	2012			2013			Utvikling
	jan	feb	mar	jan	feb	mar	
PHA	59	41	38	36	36	42	
MED	215	202	184	76	76	85	
KKN	565	576	587	519	519	439	
KVB	231	216	208	182	182	83	
KKT	122	119	111	57	57	59	
HLK	178	174	158	115	115	116	
AKU	106	105	92	83	83	104	
KDI	574	622	589	321	321	161	
OUS	417	422	422	348	312	278	
Diff vs. 2012				-69	-110	-144	

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



Antall ventet $\geq 1$ år	2012			2013			Utvikling
	jan	feb	mar	jan	feb	mar	
PHA	7	1	1	0	2	3	
MED	479	487	455	69	94	86	
KKN	9 115	9 210	9 242	6 782	6 218	5 284	
KVB	466	407	357	209	41	56	
KKT	280	283	260	24	30	30	
HLK	383	350	304	62	69	77	
AKU	11	12	11	2	2	3	
KDI	531	479	438	111	44	62	
<b>Sum</b>	<b>11 272</b>	<b>11 229</b>	<b>11 068</b>	<b>7 259</b>	<b>6 500</b>	<b>5 601</b>	
<b>Diff vs. 2012</b>				<b>-4 013</b>	<b>-4 729</b>	<b>-5 467</b>	

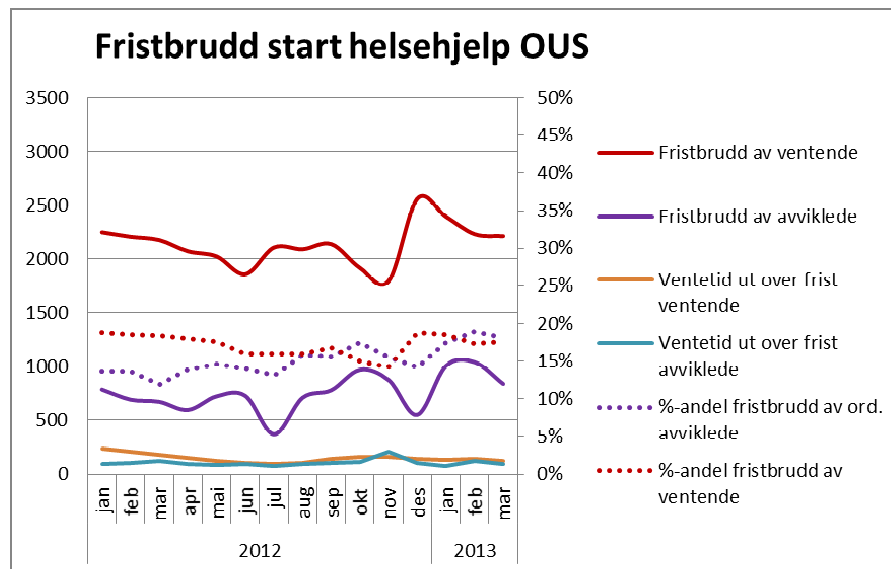
## 2.2 Langtidsventende ( $\geq 12$ mnd ) per fagområde

Fagområde	Per 31.1	Per 28.2	Per 31.3	Endring fra 31.1
	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år
<a href="#">020 Barnekirurgi (under 15 år)</a>	9	24	21	12
<a href="#">050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)</a>	2 071	1 990	1 788	-283
<a href="#">090 Plastikk-kirurgi</a>	1 529	1 547	1 501	-28
<a href="#">100 Nevrokirurgi</a>	491	471	470	-21
<a href="#">130 Endokrinologi</a>	37	35	37	0
<a href="#">140 Fordøyelsesykdommer</a>	18	23	28	10
<a href="#">150 Hjertesykdommer (Hjerte-, lunge- og karklinikken)</a>	39	39	46	7
<a href="#">220 Barnesykdommer</a>	200	27	46	-154
<a href="#">250 Nevrologi</a>	1 600	1 526	1 094	-506
<a href="#">290 Øre-nese-hals sykdommer</a>	477	100	83	-394
<a href="#">300 Øyesykdommer</a>	233	266	292	59
<a href="#">840 Medisinsk genetikk</a>	110	43	61	-49
<b>Sum for fagområder med mer enn 20 langtidsventende</b>	<b>7 092</b>	<b>6 328</b>	<b>5 442</b>	<b>-1 650</b>
<b>SUM TOTALT</b>	<b>7 430</b>	<b>6 517</b>	<b>5 615</b>	<b>-1 815</b>

Merknad:

Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 langtidsventende per 31. mars 2013.

## 2.3 Utvikling fristbrudd



Fristbrudd avviklede	2012			2013			Utvikling
	jan	feb	mar	jan	feb	mar	
PHA	21	14	6	16	12	3	
MED	105	78	74	117	130	108	
KKN	349	346	335	539	587	489	
KVB	66	52	37	56	59	43	
KKT	166	129	136	168	140	115	
HLK	76	70	79	110	112	79	
AKU	1	1	2	0	1	2	
KDI	2	0	1	0	0	0	
<b>Sum</b>	<b>786</b>	<b>690</b>	<b>670</b>	<b>1 006</b>	<b>1 041</b>	<b>839</b>	
Diff vs. 2012				220	351	169	

Fristbrudd ventende	2012			2013			Utvikling
	jan	feb	mar	jan	feb	mar	
PHA	12	10	3	6	7	8	
MED	110	104	97	101	143	115	
KKN	1 673	1 701	1 705	1 995	1 753	1 630	
KVB	110	80	68	56	71	81	
KKT	209	193	174	115	134	199	
HLK	90	86	103	116	116	170	
AKU	1	1	1	3	3	6	
KDI	20	15	13	1	1	1	
<b>Sum</b>	<b>2 225</b>	<b>2 190</b>	<b>2 164</b>	<b>2 393</b>	<b>2 228</b>	<b>2 210</b>	
Diff vs. 2012				168	38	46	

## 2.3 Fristbrudd per klinikk

	Periodetall			Øyeblikkstill ved utgangen av perioden					
	Ekskludert utsettelse			Inkludert utsettelse			Ekskludert utsettelse		
	Ant med frist i perioden	Fristbrudd	Antall fristbrudd ordinært avviklet	Fristbrudd	Ant ventende	Prosent andel	Fristbrudd	Ant ventende	Prosent andel
<b>Total</b>	<b>6 038</b>	<b>1 055</b>	<b>840</b>	<b>2 932</b>	<b>13 860</b>	<b>21,2</b>	<b>2 215</b>	<b>12 552</b>	<b>17,6</b>
<a href="#">Klinikk psykisk helse og avhengighet</a>	231	8	3	48	408	11,8	10	347	2,9
<a href="#">Medisinsk klinikk</a>	855	104	108	244	1 721	14,2	115	1 472	7,8
<a href="#">Klinikk for kirurgi og nevrofag</a>	2 179	544	489	1 978	6 666	29,7	1 630	6 120	26,6
<a href="#">Kvinne- og barneklubben</a>	606	61	43	130	1 300	10,0	81	1 179	6,9
<a href="#">Kreft-, kirurgi- og transplantasjonskl.</a>	1 468	201	115	302	2 549	11,8	199	2 306	8,6
<a href="#">Hjerte-, lunge- og karklubben</a>	573	132	79	217	1 158	18,7	170	1 078	15,8
<a href="#">Akuttklubben</a>	124	5	2	8	50	16,0	6	43	14,0
<a href="#">Klinikk for diagnostikk og intervensjon</a>	-	-	-	1	1	100,0	1	1	100,0

## 2.3 Fristbrudd per fagområde

Fagområde	Antall fristbrudd
020 Barnekirurgi (under 15 år)	25
030 Gastroenterologisk kirurgi	31
050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	709
070 Urologi	25
090 Plastikk-kirurgi	94
100 Nevrokirurgi	245
140 Fordøyelsessykdommer	57
150 Hjertesykdommer	142
170 Lungesykdommer	34
220 Barnesykdommer	66
240 Hud og veneriske sykdommer	29
250 Nevrologi	233
260 Klinisk nevrofysiologi	24
290 Øre-nese-hals sykdommer	240
300 Øyesykdommer	26
853 Terapeutisk onkologi og radioterapi	108
<b>Sum fristbrudd av ventende pasienter for fagområder hvor det er over 20 fristbrudd</b>	<b>2 088</b>
<b>Totalt antall fristbrudd av ventende</b>	<b>2 215</b>
<b>Andel på fagområder med mer enn 20 fristbrudd</b>	<b>94 %</b>

## 2.4 Styringsparametre

Månedlige styringsparametere	F201301	F201302	F201303	HiÅ F2013
5a Andel korridorpasienter - somatikk	1,2 %	0,8 %	0,7 %	0,9 %
2h Andel med timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
7a Antall utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	87	82	124	293
7b Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	214	252	174	640
7c Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk	0,5 %	0,7 %	0,4 %	0,5 %
7d Antall utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	17	19	13	49
7e Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	351	419	361	1 131
7f Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern voksne	5,0 %	6,7 %	5,3 %	5,6 %
7g Antall utskrivningsklare pasienter totalt TSB	23	4	2	29
7h Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt TSB	93	41	33	167
7i Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter TSB	5,1 %	2,1 %	1,5 %	2,8 %
8a Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført	7	7	7	7
8b Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle	0	0	0	0
8c Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	0	0	0	0



## 3.1 Økonomisk resultat

ØBAK OUS mar 2013	Budsjett 2013	Denne periode				Hittil i 2013			
		mar	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Pr. mar	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	10 769 438	922 725	922 725	0	0,0 %	2 769 576	2 769 576	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	6 430 275	524 962	519 129	5 833	1,1 %	1 600 069	1 615 772	-15 704	-1,0 %
Andre inntekter	1 692 235	147 390	153 274	-5 884	-3,8 %	422 556	448 176	-25 620	-5,7 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>18 891 948</b>	<b>1 595 077</b>	<b>1 595 128</b>	<b>-51</b>	<b>0,0 %</b>	<b>4 792 200</b>	<b>4 833 524</b>	<b>-41 324</b>	<b>-0,9 %</b>
Lønn -og innleiekostnader	-13 136 508	1 164 419	1 150 803	13 617	-1,2 %	3 461 345	3 403 422	57 923	-1,7 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	-2 468 248	207 421	203 900	3 520	-1,7 %	585 641	614 297	-28 656	4,7 %
Andre driftskostnader	-3 406 743	280 931	291 568	-10 637	3,6 %	844 716	868 774	-24 057	2,8 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>-19 011 499</b>	<b>1 652 770</b>	<b>1 646 271</b>	<b>6 500</b>	<b>-0,4 %</b>	<b>4 891 703</b>	<b>4 886 493</b>	<b>5 210</b>	<b>-0,1 %</b>
Driftsresultat	-119 551	-57 693	-51 143	-6 551	-0,4 %	-99 502	-52 969	-46 534	-1,0 %
Netto finans	-80 449	-13 089	-7 179	-5 910	-82,3 %	-24 796	-25 235	439	1,7 %
<b>Resultat OUS</b>	<b>-200 000</b>	<b>-70 782</b>	<b>-58 322</b>	<b>-12 460</b>	<b>-0,8 %</b>	<b>-124 299</b>	<b>-78 204</b>	<b>-46 095</b>	<b>-0,9 %</b>
<b>Resultat etter eks.ord. pensjonskostnader</b>	<b>-200 000</b>	<b>-71 936</b>	<b>-58 322</b>	<b>-13 614</b>	<b>-0,8 %</b>	<b>-126 572</b>	<b>-78 204</b>	<b>-48 368</b>	<b>-1,0 %</b>

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

Art_ØBAK	Regnskap	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
<b>Basisramme</b>	2 769 576	2 769 576	0	i/a
<b>IS F egne pasienter</b>	570 030	571 323	-1 293	De totale ISF-inntektene er omtrent 12,6 mnok lavere enn budsjettet, og har sammenheng med lavere aktivitet knyttet til DRG-produksjon på 2,5%. Estimert tap knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag og feil rapportert utførende helsepersonell, inngår med tilsammen 7,6 mnok per mars.
<b>IS F somatisk poliklinisk aktivitet</b>	68 480	74 249	-5 769	
<b>IS F-re fusjon kommunal medfinansiering</b>	147 177	154 044	-6 867	
<b>IS F-inntekt kostnadskrlegemidler</b>	10 098	8 808	1 290	
<b>Utskrivningsklare pasienter</b>	3 039	1 088	1 951	Andelen utskrivningsklare pasienter hittil i år er høyere enn budsjettet.
<b>Gjeste pasienter</b>	125 694	146 839	-21 144	Gjestepasientinntektene er noe lavere enn budsjettet. Dette må sees i sammenheng med øvrige
<b>Salg av konserninterne helse tjenester (gjeste pasienter)</b>	560 325	533 439	26 885	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er noe høyere enn budsjettet. Det positive aviket er i hovedsak relatert til kurdøgn og lab-/røntgenområdet. Deler av dette må ses i sammenheng med negativt avik som inngår i andre driftsinntekter.
<b>Polikliniske inntekter</b>	115 226	125 982	-10 757	De polikliniske inntektene er 10,7 mnok lavere enn budsjettet. Dette må sees i sammenheng med
<b>Øremerkede tilskudd raskere tilbake</b>	12 418	14 612	-2 194	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Aviket skyldes i hovedsak aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag, Nevrokirurgisk avdeling.
<b>Andre øremerkede tilskudd</b>	224 362	254 713	-30 351	Nivå for inntektsføring av øremerkede tilskudd er lavere enn budsjettet, men må sees i sammenheng med andre driftsinntekter.
<b>Andre driftsinntekter</b>	185 775	178 851	6 924	Nivå for inntektsføring av andre driftsinntekter er noe høyere enn budsjettet. Det er et relativt stort positivt avik på inntektsføring av tilskudd fra private institusjoner, som må ses i sammenheng med inntekter for andre øremerkede tilskudd. I tillegg inngår et negativt avik som må ses i sammenheng med salg av konserninterne helsetjenester.
<b>Sum driftsinntekter</b>	4 792 200	4 833 524	-41 324	
<b>Kjøp av offentlige helsetjenester</b>	4 559	17 011	-12 452	Kostnadene til kjøp av offentlige helsetjenester er 12,5 mnok lavere enn budsjettet. Dette må sees i sammenheng med merforbruk for kjøp av private helsetjenester.
<b>Kjøp av private helsetjenester</b>	54 153	40 914	13 239	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er om lag 13 mnok høyere enn budsjettet. Dette må sees i sammenheng med tilsvarende mindreforbruk for kjøp av off. helsetjenester.
<b>Varekostnader knyttet til aktiviteten i FG</b>	515 486	544 736	-29 250	Varekostnadene er lavere enn budsjettet og må sees i sammenheng med lavere aktivitet enn budsjettet.
<b>Innleid arbeidskraft - del av kto 458</b>	37 335	21 009	16 325	Innleiekostnadene er ikke redusert så mye som forutsatt i budsjettet. Kostnader til innleie er høyere per mars 2013 enn samme periode i 2012. Merforbruket er størst innenfor operasjons- og intensivområdet, og skyldes mangel på intensiv- og operasjonssykepleiere.
<b>Kjøp av konserninterne helse tjenester</b>	11 444	11 636	-192	Kjøp av konserninterne helsetjenester er om lag som budsjettet.
<b>Lønn til fastansatte</b>	2 311 412	2 248 407	63 006	For de samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 44 mnok (1,3 pst) når det korrigeres for lavere pensjonskostnader enn budsjettet. Aviket skyldes noe høyere bemanning enn budsjettet. Ut fra nye beregninger er pensjonskostnaden for 2013 om lag 8-9 mill kroner lavere enn forutsatt i budsjettet, hvorav 2,3 mnok kroner per mars.
<b>Overtid og ekstrahjelp</b>	259 532	262 790	-3 258	
<b>Pensjon</b>	599 892	602 164	-2 273	
<b>Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft</b>	-155 687	-136 154	-19 533	
<b>Annen lønn</b>	408 862	405 206	3 656	
<b>Avskrivninger</b>	192 197	197 500	-5 303	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.
<b>Nedskrivninger</b>	0	0	0	i/a
<b>Andre driftskostnader</b>	652 519	671 274	-18 755	Andre driftskostnader er 19 mnok lavere enn budsjettet. Konsulent tjenester er nærmere 6 mnok lavere enn budsjettet og det er noe lavere IKT-kostnader enn budsjettet. Ut over dette er det positive og negative avik på flere konti.
<b>Sum driftskostnader</b>	4 891 703	4 886 493	5 210	
<b>Finansinntekter</b>	-2 498	2 184	-4 682	Awiket skyldes merinntekt på investering av datterselskap på om lag 1mnok, samt effekt av interne eliminerings relatert til kjøp og salg fra AS'ene som er bokført på andre linjer (andre driftsinntekter og -kostnader).
<b>Finanskostnader</b>	22 299	27 419	-5 120	Rentekostnadene er 3,6 mnok lavere enn budsjettet.
<b>Netto finans</b>	24 796	25 235	-439	
<b>TOTALT</b>	-124 299	-78 204	-46 095	
<b>Juster for økte pensjonskostnader</b>	<b>-126 572</b>	<b>-78 204</b>	<b>-48 368</b>	

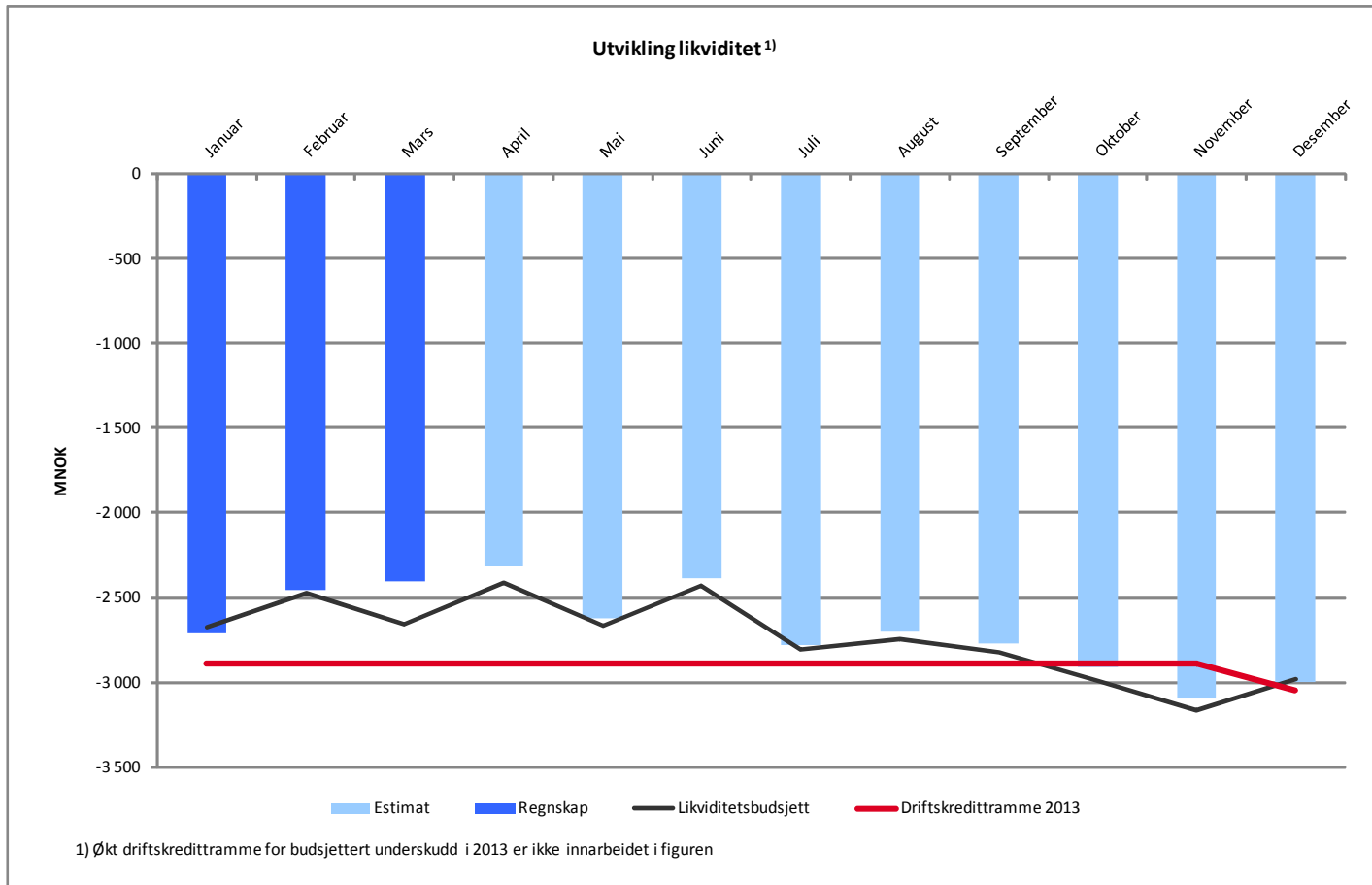
### 3.3 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering mar 2013	Denne periode				Hittil i år			
Økonomisk resultat	mar	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Pr. mar	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-673	0	-673	-0,4 %	-6 078	0	-6 078	-1,3 %
Medisinsk klinikk	-1 298	0	-1 298	-1,4 %	-9 033	0	-9 033	-3,2 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-2 170	0	-2 170	-1,3 %	-38 190	0	-38 190	-7,5 %
Kvinne- og barneklubben	-4 472	0	-4 472	-3,4 %	-17 175	0	-17 175	-4,5 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	-7 554	0	-7 554	-3,9 %	-24 994	0	-24 994	-4,3 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	-3 267	0	-3 267	-3,8 %	-26 169	0	-26 169	-10,1 %
Akuttklubben	-7 513	0	-7 513	-3,8 %	-22 540	0	-22 540	-4,0 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	-8 739	0	-8 739	-5,1 %	-8 678	0	-8 678	-1,7 %
Oslo sykehuservice	-2 514	0	-2 514	-1,4 %	-7 479	0	-7 479	-1,4 %
Konsern	-741	597	-1 338	-	-941	-1 927	986	-
Fellesposter	-35 985	-58 919	22 933	-21,1 %	20 836	-76 277	97 112	4,3 %
Direktørensstab	4 143	0	4 143	3,8 %	16 139	0	16 139	5,2 %
<b>Sum OUS</b>	<b>-70 782</b>	<b>-58 322</b>	<b>-12 460</b>	<b>-0,8 %</b>	<b>-124 299</b>	<b>-78 204</b>	<b>-46 095</b>	<b>-0,9 %</b>
Justert for eks.ord. pensjonskostnader	-71 936	-58 322	-13 614	-0,8 %	-126 572	-78 204	-48 368	-1,0 %

## 3.4 Kommentarer til klinikkens avvik per mars

Klinikk	Avvik	Overordnet beskrivelse av avvik (avvik i mnok)
Klinikk psykisk helse og avhengighet	- 6,1	Regnskapet viser et negativt akkumulert avvik på 6,1 mnok. 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	- 9,0	Klinikkens resultat er avstemt med utfordringsbildet og er noe lavere enn forventet. Igangsettelse av flere innmeldte tiltak vil kunne redusere det forventet månedlig overforbruk noe. Redusert fart i mar.13 skyldes redusert variabel lønn samt økt inntekt knyttet til Aldring og helse og kompetanse enhet for Astma og allergi.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	- 38,2	Vesentlig forbedring på inntekter ift tidligere måneder. Henger nok en del sammen med periodiseringen for mars i budsjettet. Høye varekostnader knyttet til implantater (ortopedi, NKI og ØNH (har flere Cochlea per mars ift budsjett), medikamenter (Nevrologi og Øye) og innleie (ortopedi og NKI. Der har vi også satt av ca 1,5 mill.) Lønn tilsynelatende mye bedre, men noe skyldes reversert feilavsetning for februar med ca 3 mill. Reelt resultat på lønn er ca 3 mill og det er noe bedre enn tidligere måneder. (Avviket størst på ortopedi og øye).
Kvinne- og barneklinikken	- 17,2	I mars har klinikken et negativt resultat på 4 mill, som i hovedsak skyldes færre drg-poeng enn plan og merforbruk på lønn. Aktiviteten i mars er reelt sett noe bedre (ligger på etterskudd med etterkoding), men selv etter etterkoding har klinikken lavere aktivitet enn plan (spesielt Nyfødt). Hittil i år har klinikken et negativt resultat på 17 mill, som i stor grad skyldes lav aktivitet i jan og mars (negativt isf-avvik på -9 mill), og merforbruk på innleie og lønn (vi ligger etter på gjennomføring av tiltakene).
Kreft-, kirurgi og tansplantasjonsklinikken	- 25,0	Klinikkens avvik i mars er preget av en tapsføring for øremerkede midler på 3 mnok og en feilperiodisering av helligdagstillegg med effekt på 2,7 mnok, begge i mars. Avvik på ISF-inntekter utgjør akkumulert 3,8 mnok akkumulert, men klinikken venter at dette avviket lukkes i løpet av året.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	- 26,2	Klinikken har sviktende DRG inntjening sett i forhold plantall på -412 DRG poeng. Avviket ligger på alle avdelingene, men i hovedsak på TKA og Lunge med 250 DRG poeng. TKA får ikke full kapasitetutnyttelse av to intensivsenger på Akuttklinikken. I akutt sengene har det vært høyt belegg, og god pasientstrøm. DRG inntjeningen går ned på grunn av lavere kapasitet. Kard avd er ca 100 DRG poeng etter plan Dette knytter seg til PCI på UUS og antall ablasjoner. Kar avd. har redusert antall senger etter smn.slåing med Uro på Aker fra juli 2012.
Akuttklinikken	- 22,5	Pr mars har Akuttklinikken et underskudd i forhold til budsjett på 22,5 mnok. 15,7 mnok av dette skyldes merforbruk av innleie og lønnskostnader. Innleien er hovedsakelig på PO/Intensiv. Merforbruket på lønn er fordelt mellom PO/Intensiv, Phs og Avdeling for anesthesiologi. Innen lønnsområdet er merforbruket først og fremst på variabel lønn (overtid/ekstrahjelp), men det er også et merforbruk på faste tillegg og faste lø/sø/kveld/natttillegg. Resten av underskuddet går på instrumenter og medisinske forbruksvarer innenfor operasjonsopprådet og merforbruk på vedlikehold og drift av ambulanser i PhS. Det er fortsatt en aktivitetsøkning i PhS.
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	- 8,7	Lave inntekter på AMG knyttet til overgang til Swissslab. Positivt avvik på kostnadssiden skyldes mindre varekostnader IMM /BIO og AMG. Varekost forventes normalt å skulle ligge på nivå 2012 - avventer effekter på innkjøpsarbeid.
Oslo sykehusservice	- 7,5	Avviket består av 3,5 mnok i avsetning for mulig forpliktelse knyttet til feil ved energimåler på Statens senter for epilepsi i periode 2008-2011. Videre er ikke kostnadene til portørkapasiteten tatt ned som forutsatt i budsjettet. I tillegg mangler fortsatt tiltak innenfor Intern service på om lag 9 mnok på årsbasis.
Stab	+ 16,1	Forhold som bidrar til stabens positive avvik er mindre bruk av eksterne konsulenter enn budsjettet, ubesatte stillinger og noe lavere IKT-kostnader.
Fellesposter mv	+ 97,1	Avviket relateres til flere forhold, blant annet ikke-fordelte budsjettmidler, reverserte avsetninger fra 2012 (midlertidig – skal til klinikk), estimat for etterslep ISF, lavere rentekostnader, lavere avskrivningskostnader mv.
Samlet avvik	- 48,4	I samlet avvik inngår mindrekostnader for pensjon med om lag 2 mnok.

## 3.5 Likviditet



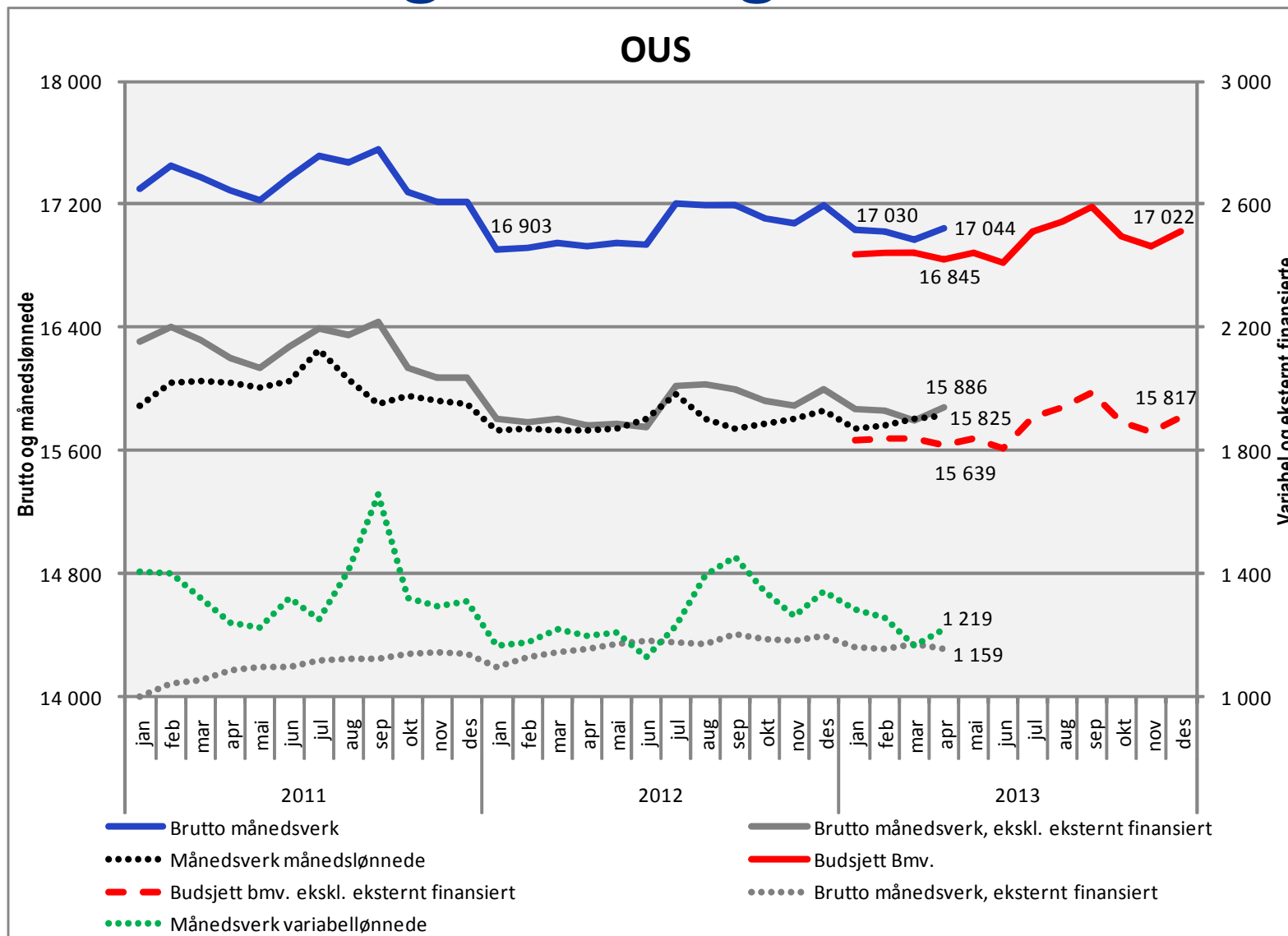
Avviket i mars forklares i hovedsak med forsinket betaling av pensjonspremie.

## 3.6 Budsjetterte og gjennomførte tiltak per klinikk

Klinikk	Budsjettert økonomisk effekt i 2013	Budsjettert økonomisk effekt hittil i år	Rapportert effekt hittil i år	Avvik
PHA	20,7	4,7	4,7	0,0
MED	13,1	3,3	0,3	-3,0
KKN	22,6	4,6	2,0	-2,6
KVB	26,0	5,9	2,3	-3,7
KKT	37,6	9,7	7,3	-2,3
HLK	32,6	6,0	2,4	-3,6
AKU	46,4	10,9	2,7	-8,2
KDI	15,7	3,4	2,0	-1,4
OSS	64,4	13,0	12,6	-0,3
Totalt	279,2	61,5	36,2	-25,2

*Effekt av tiltak som ligger til grunn for gjennomføring av budsjett 2013.*

# 4.1 Bemanningsutvikling



## 4.2 Bemanningsindikatorer

OUS	Denne måned			Hittil i 2013				Hittil i 2012			2013 mot 2012			
	Indikator	apr 2013	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. apr	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Pr. apr	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ apr 2013 mot apr 2012	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor
Brutto månedsværk	17 044	16 845	200	17 016	16 871	144	0,9 %	16 924	352	2,1 %	120	0,7 %	91	0,5 %
Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert	15 886	15 639	246	15 853	15 666	187	1,2 %	15 792	385	2,5 %	118	0,7 %	61	0,4 %
Brutto månedsværk, eksternt finansiert	1 159	1 205	-46	1 162	1 205	-43	-3,6 %	1 132	-33	-2,9 %	1	0,1 %	30	2,6 %
Innleie fra vikarbyrå	116	103	14	116	98	18	18,5 %	146	-	-	64	-	-30	-25,9 %
Månedsværk månedslønnede	15 825	15 774	52	15 783	15 790	-7	0,0 %	15 735	-	-	98	0,6 %	49	0,3 %
Månedsværk variabellønnede	1 219	1 071	148	1 232	1 081	151	14,0 %	1 190	-	-	21	1,8 %	43	3,5 %
Netto månedsværk nasj. ind.	12 895	-	-	12 993	-	-	-	12 799	-	-	269	2,1 %	194	1,5 %
Sykefraværspersent	8,1	7,4	0,7	8,2	7,4	0,8	10,8 %	8,6	-	-	-1,0	-6,0 %	-0,4	-5,4 %

Parameteren Innleie fra vikarbyrå er ikke direkte sammenlikningsbar fra 2012 til 2013 pga endring i beregningsgrunnlaget

Brutto månedsværk, Intern finansiering	Denne måned			Hittil i 2013				Hittil i 2012			2013 mot 2012			
	apr 2013	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. apr	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Pr. apr	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ apr 2013 mot apr 2012	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
PHA	2 054	2 067	-13	2 064	2 075	-10	-0,5 %	2 135	-102	-4,6 %	-65	-3,1 %	-71	-3,5 %
MED	1 187	1 166	21	1 196	1 171	25	2,1 %	1 198	82	7,3 %	-2	-0,2 %	-2	-0,2 %
KKN	2 078	1 975	104	2 060	1 978	82	4,2 %	2 016	134	7,1 %	56	2,7 %	44	2,1 %
KVB	1 587	1 574	13	1 591	1 571	19	1,2 %	1 571	0	0,0 %	5	0,3 %	19	1,2 %
KKT	2 105	1 987	117	2 099	1 980	120	6,0 %	2 089	90	4,5 %	19	0,9 %	10	0,5 %
HLK	798	779	19	787	776	11	1,5 %	778	82	11,7 %	17	2,2 %	9	1,1 %
AKU	2 252	2 215	37	2 247	2 227	20	0,9 %	2 230	45	2,1 %	10	0,4 %	17	0,8 %
KDI	1 875	1 896	-21	1 871	1 896	-24	-1,3 %	1 860	-18	-1,0 %	27	1,4 %	11	0,6 %
OSS	1 723	1 643	80	1 715	1 656	59	3,6 %	1 692	80	5,0 %	45	2,6 %	23	1,3 %
<b>OUS</b>	15 886	15 639	246	15 853	15 666	187	1,2 %	15 792	385	2,5 %	118	0,7 %	61	0,4 %

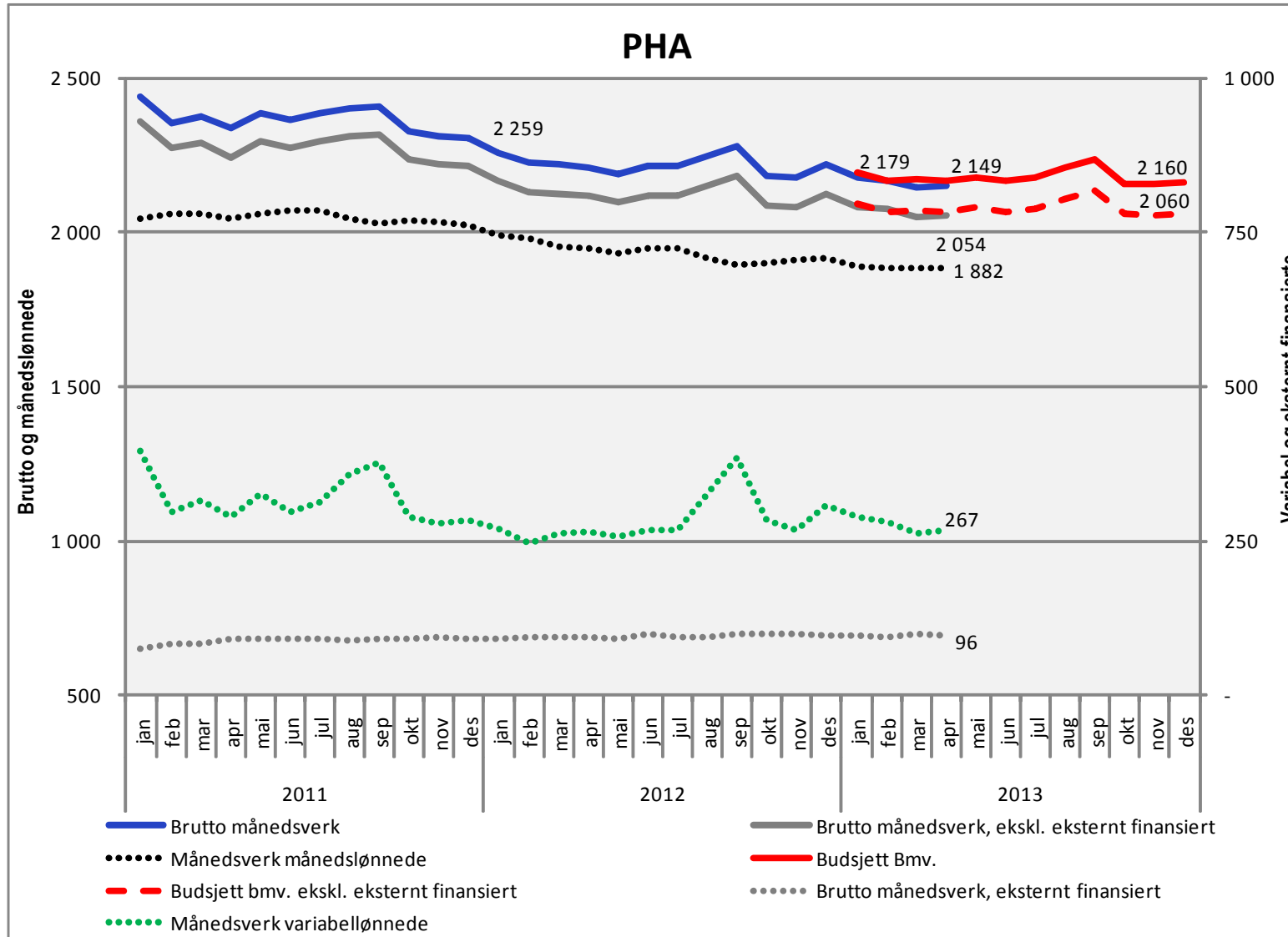
Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmene Arcplan og ProClarity. Indikator for innleie av helsepersonell er beregnet basert på regnskapsarter (se ny definisjon)



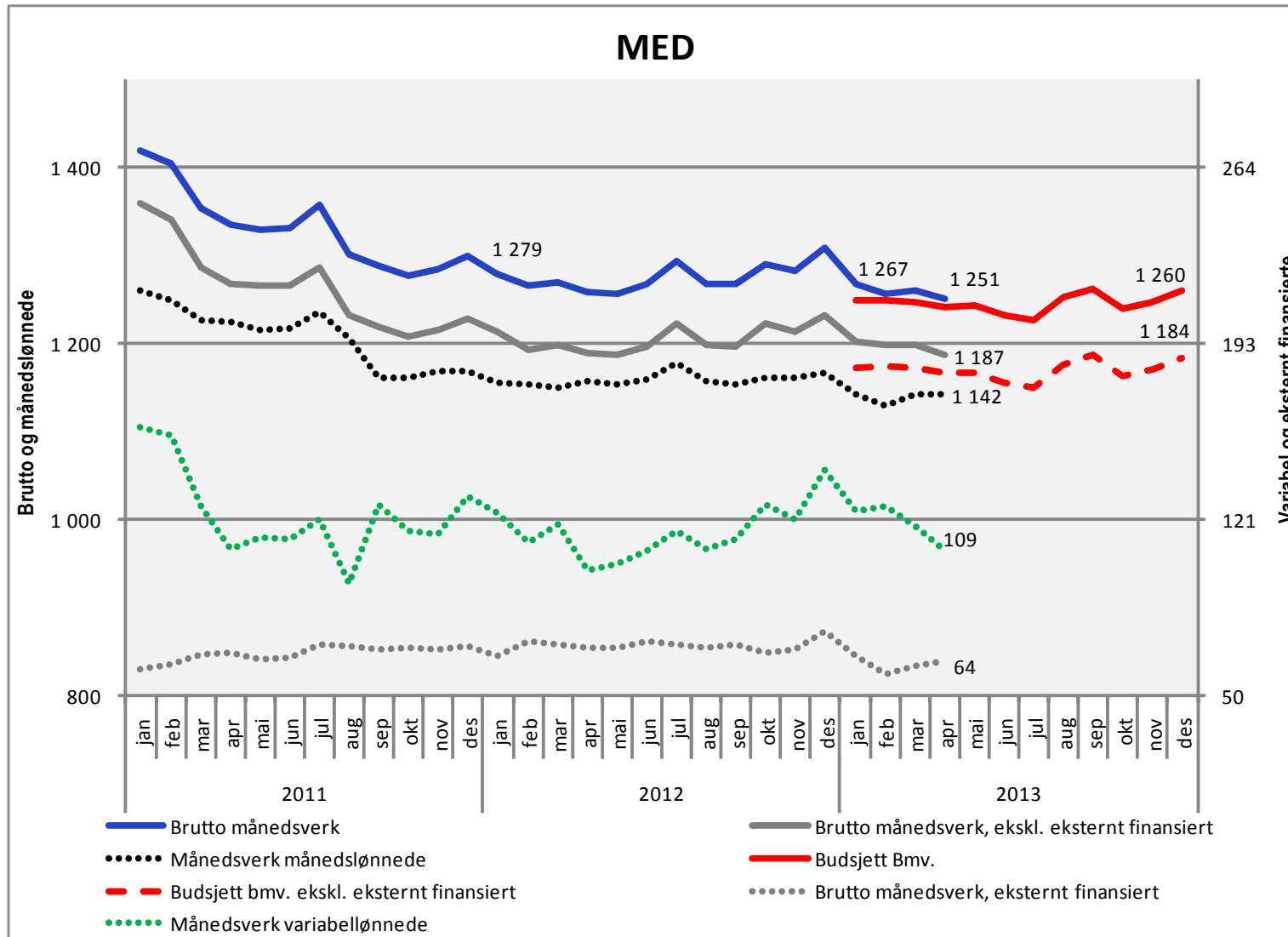
## 4.3 Månedssverk fordelt på stillingskategorier

OUS	Forrige periode			Denne periode			Hittil i 2013				2013 mot 2012				Stillingskategoriens gjennomsnittlige andel		
	mar 2013	Budsjett	Avvik fra budsjett	apr 2013	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. apr	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ apr 2013 mot apr 2013	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel hele 2013	Andel hele 2012	Gjennnittlig endring 2013 mot 2012
(1) Administrasjon/Ledelse	2 906	2 746	161	-	2 738	-2 738	-	2 741	-2 741	-100,0 %	-2 928	-	-2 928	-	17,1 %	17,2 %	-0,6 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 451	1 411	40	-	1 409	-1 409	-	1 411	-1 411	-100,0 %	-1 440	-	-1 440	-	8,5 %	8,7 %	-1,9 %
(3) Leger	2 272	2 271	1	-	2 260	-2 260	-	2 263	-2 263	-100,0 %	-2 241	-	-2 241	-	13,3 %	13,3 %	-0,3 %
(3a) Overleger	1 390	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-1 366	-	-1 366	-	8,1 %	8,1 %	-0,1 %
(3b) LIS-leger	848	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-840	-	-840	-	5,0 %	5,0 %	-0,4 %
(3c) Turnusleger	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-35	-	-35	-	0,2 %	0,2 %	-4,7 %
(4) Psykologer	253	244	9	-	241	-241	-	242	-242	-100,0 %	-254	-	-254	-	1,5 %	1,5 %	0,5 %
(5) Sykepleier	5 458	5 508	-50	-	5 497	-5 497	-	5 504	-5 504	-100,0 %	-5 434	-	-5 434	-	32,1 %	31,9 %	0,5 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	577	594	-17	-	594	-594	-	593	-593	-100,0 %	-614	-	-614	-	3,4 %	3,6 %	-4,5 %
(7) Diagnostisk personell	1 337	1 344	-7	-	1 341	-1 341	-	1 341	-1 341	-100,0 %	-1 325	-	-1 325	-	7,9 %	7,9 %	0,0 %
(8) Apotekstillinger	2	2	-0	-	2	-2	-	2	-2	-100,0 %	-2	-	-2	-	0,0 %	0,0 %	-44,4 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 445	1 386	59	-	1 386	-1 386	-	1 397	-1 397	-100,0 %	-1 428	-	-1 428	-	8,5 %	8,5 %	0,7 %
(10) Ambulansepersonell	474	498	-24	-	491	-491	-	493	-493	-100,0 %	-444	-	-444	-	2,7 %	2,6 %	3,2 %
(11) Forskning	794	886	-92	-	885	-885	-	885	-885	-100,0 %	-782	-	-782	-	4,6 %	4,6 %	-0,7 %
(99) Ukjente	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-50	-	-50	-	0,3 %	0,3 %	-1,5 %
<b>SUM</b>	<b>16 969</b>	<b>16 887</b>	<b>83</b>	<b>17 044</b>	<b>16 845</b>	<b>200</b>	<b>17 016</b>	<b>16 872</b>	<b>145</b>	<b>0,9 %</b>	<b>120</b>	<b>0,7 %</b>	<b>91</b>	<b>0,5 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>-0,2 %</b>

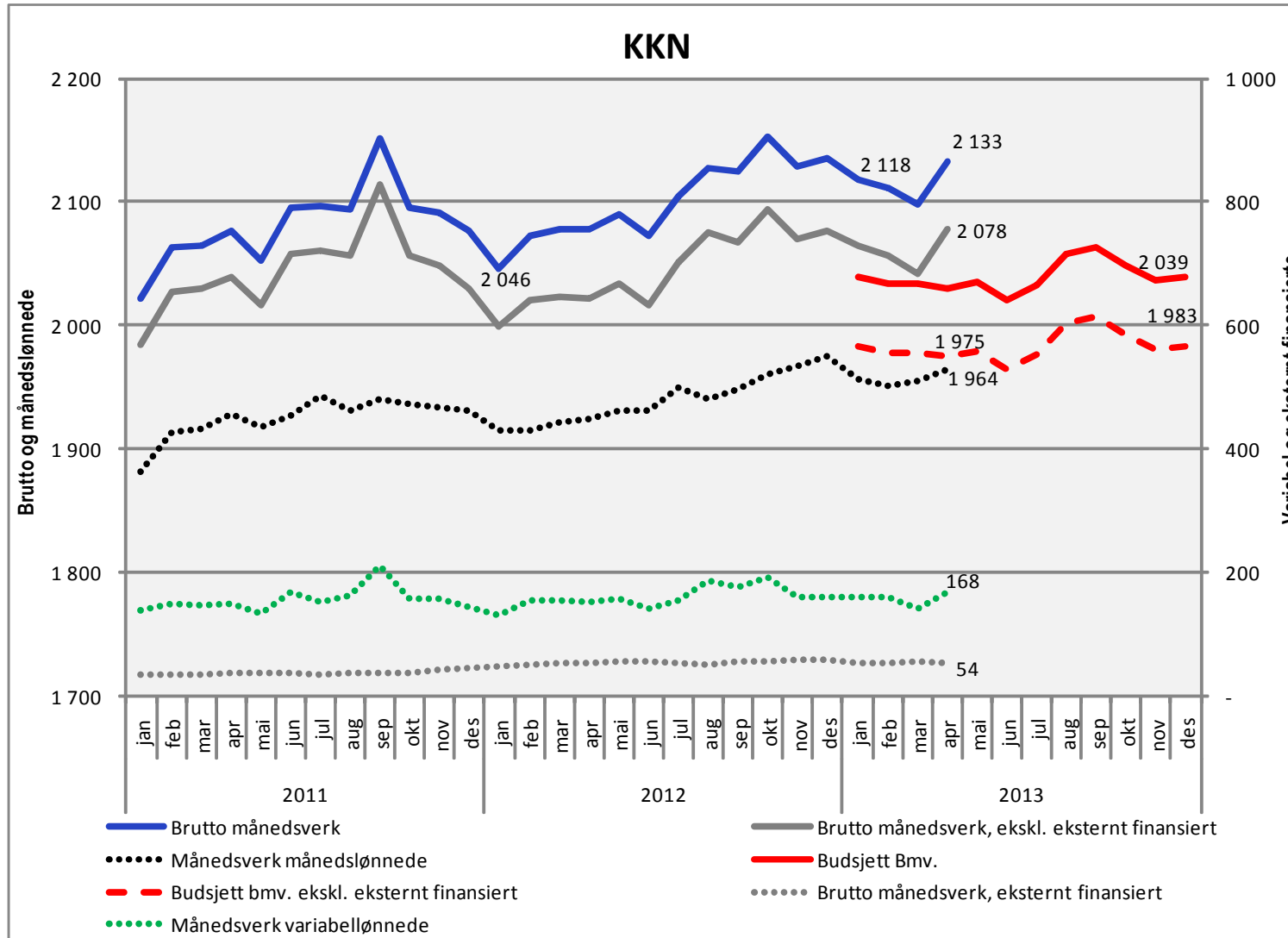
# 4.5 Bemanningsutvikling PHA



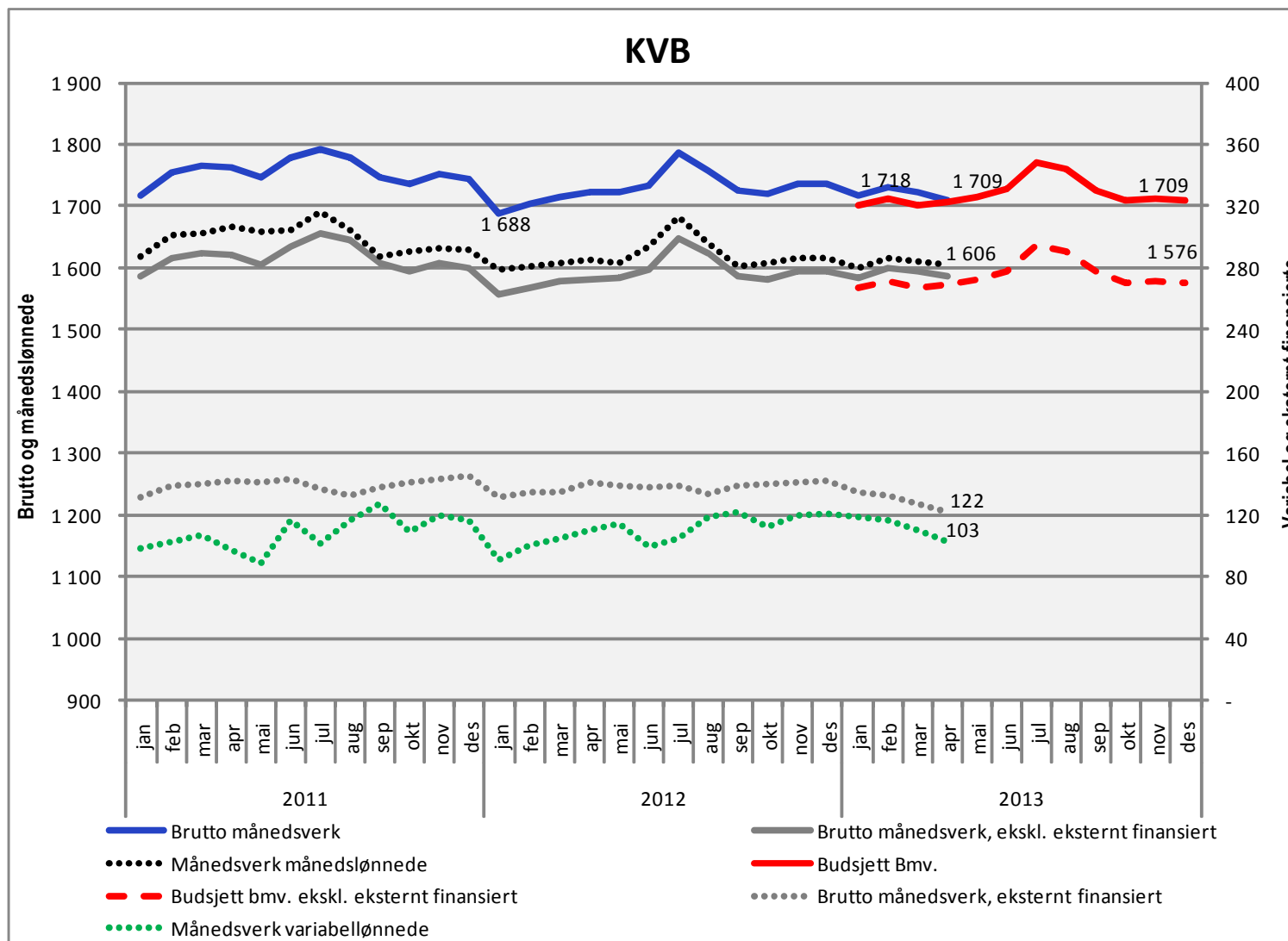
# 4.5 Bemanningsutvikling MED



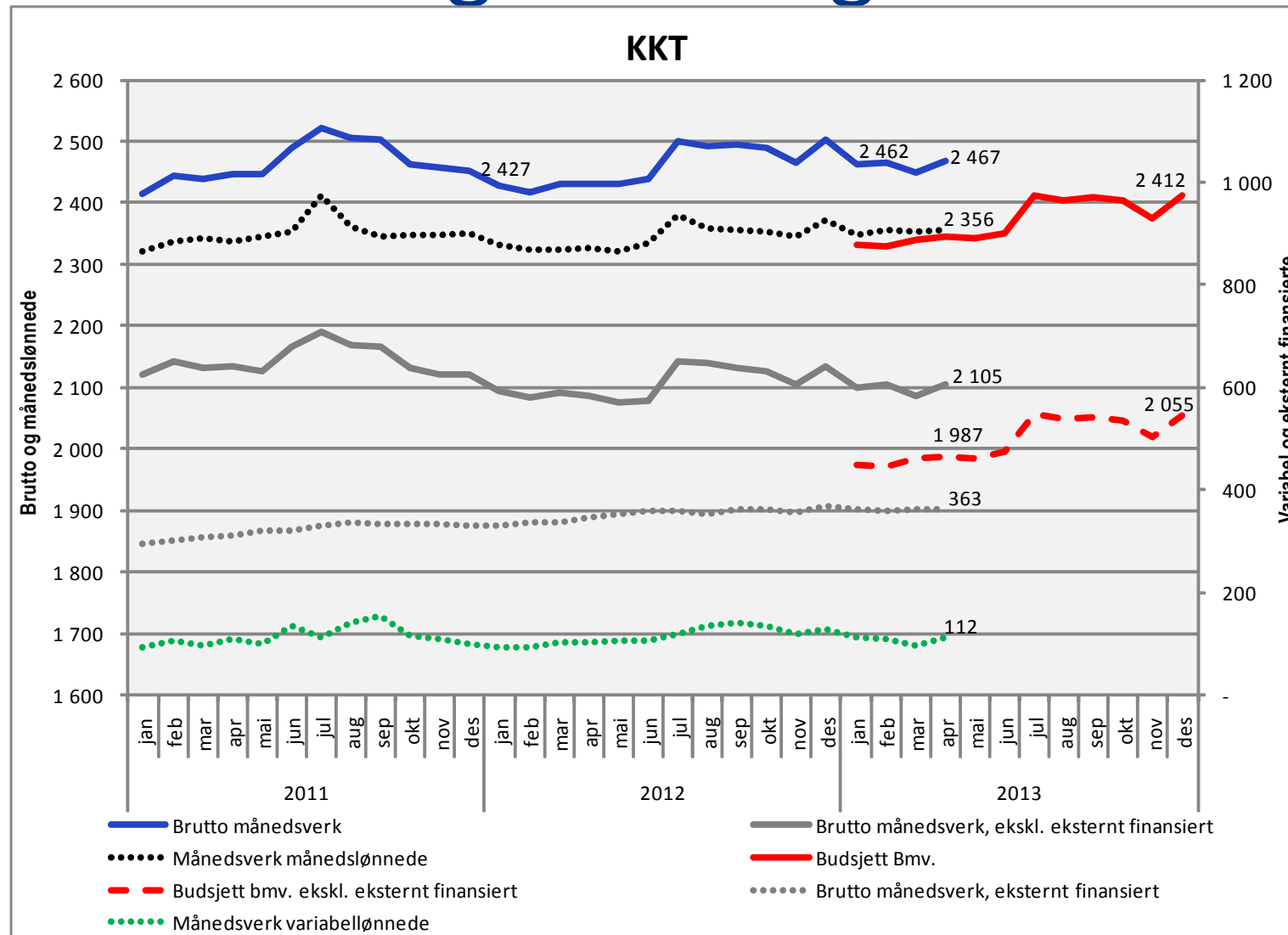
# 4.5 Bemanningsutvikling KKN



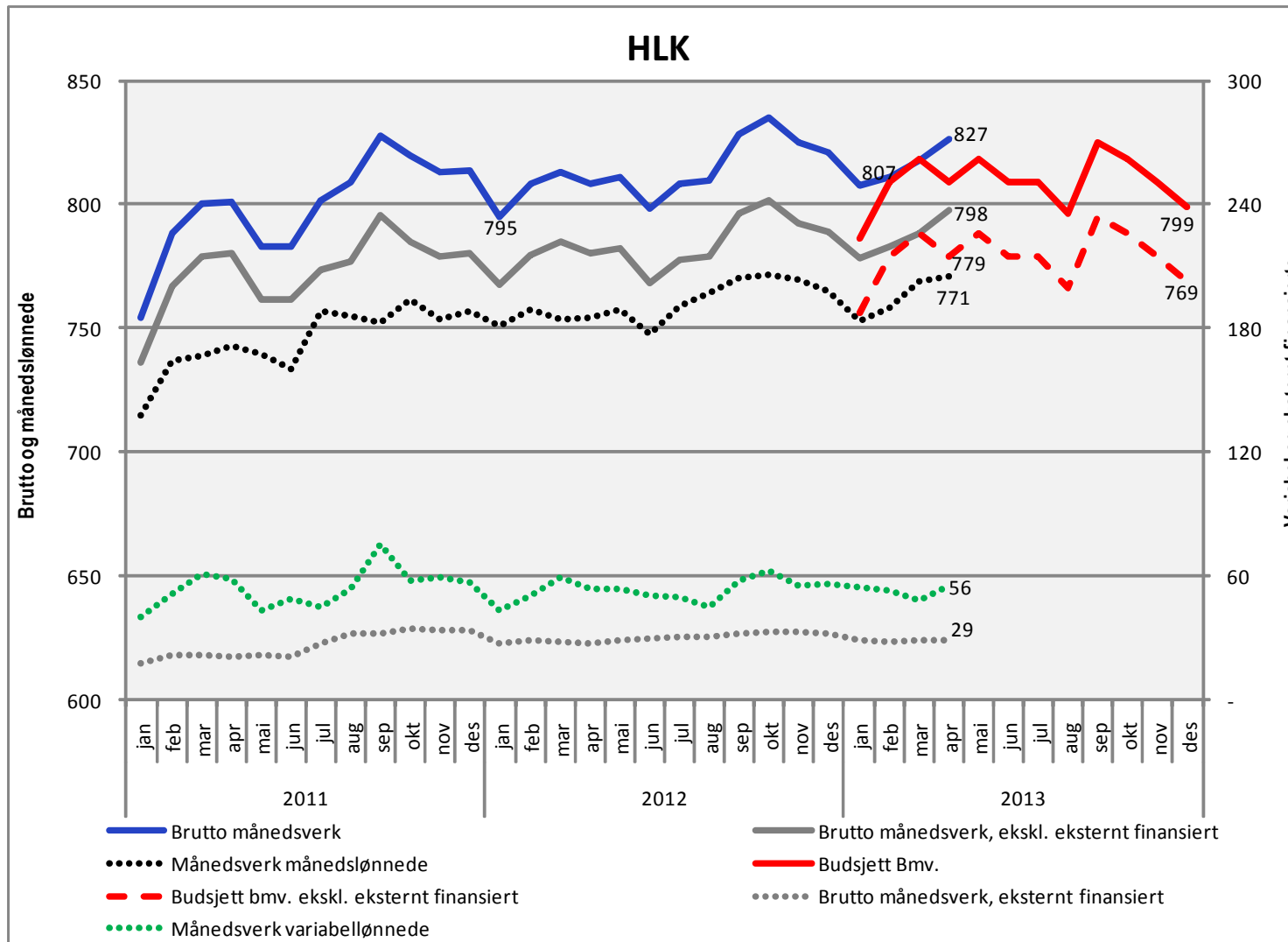
## 4.5 Bemanningsutvikling KVB



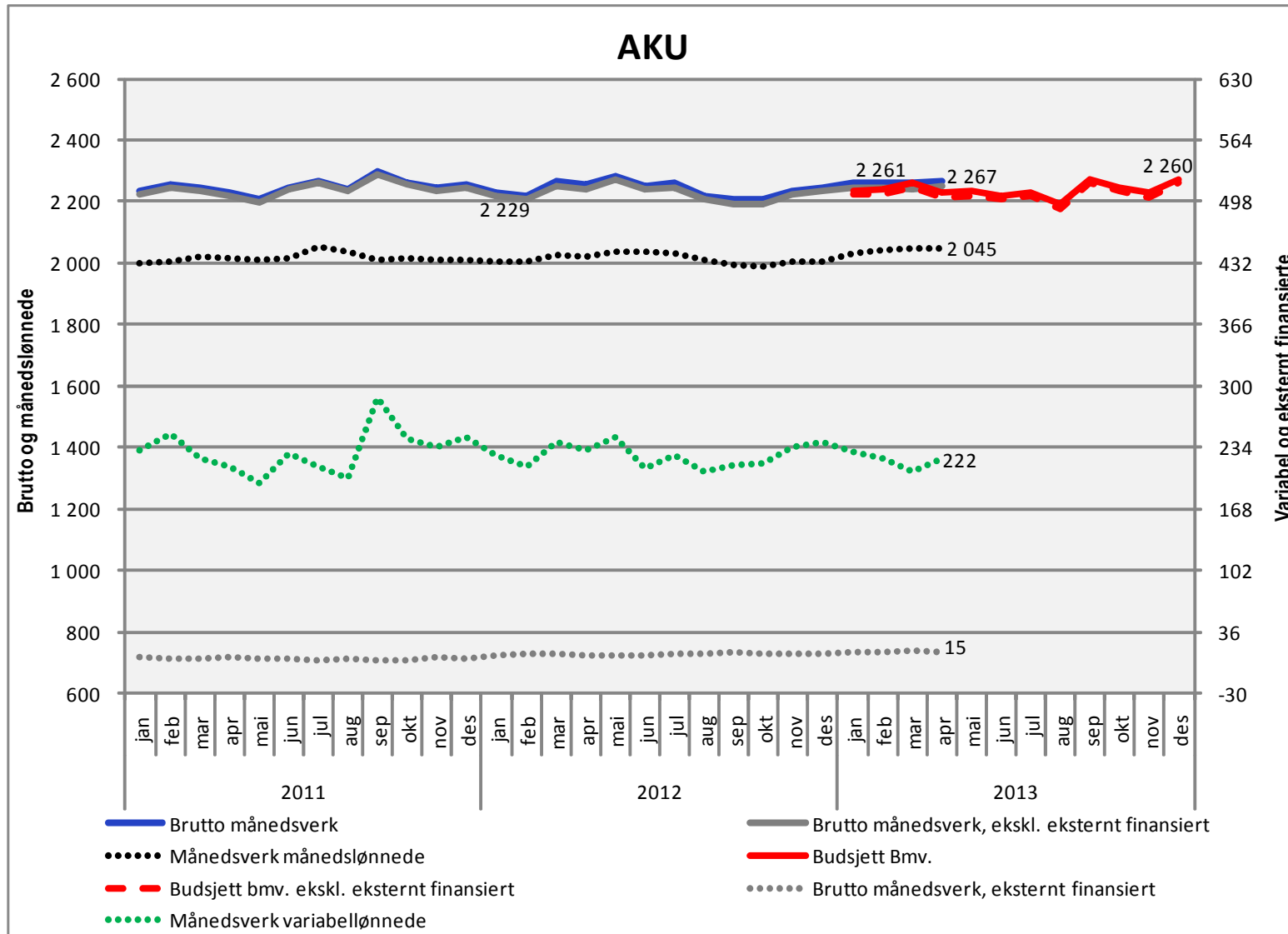
## 4.5 Bemanningsutvikling KKT



# 4.5 Bemanningsutvikling HLK

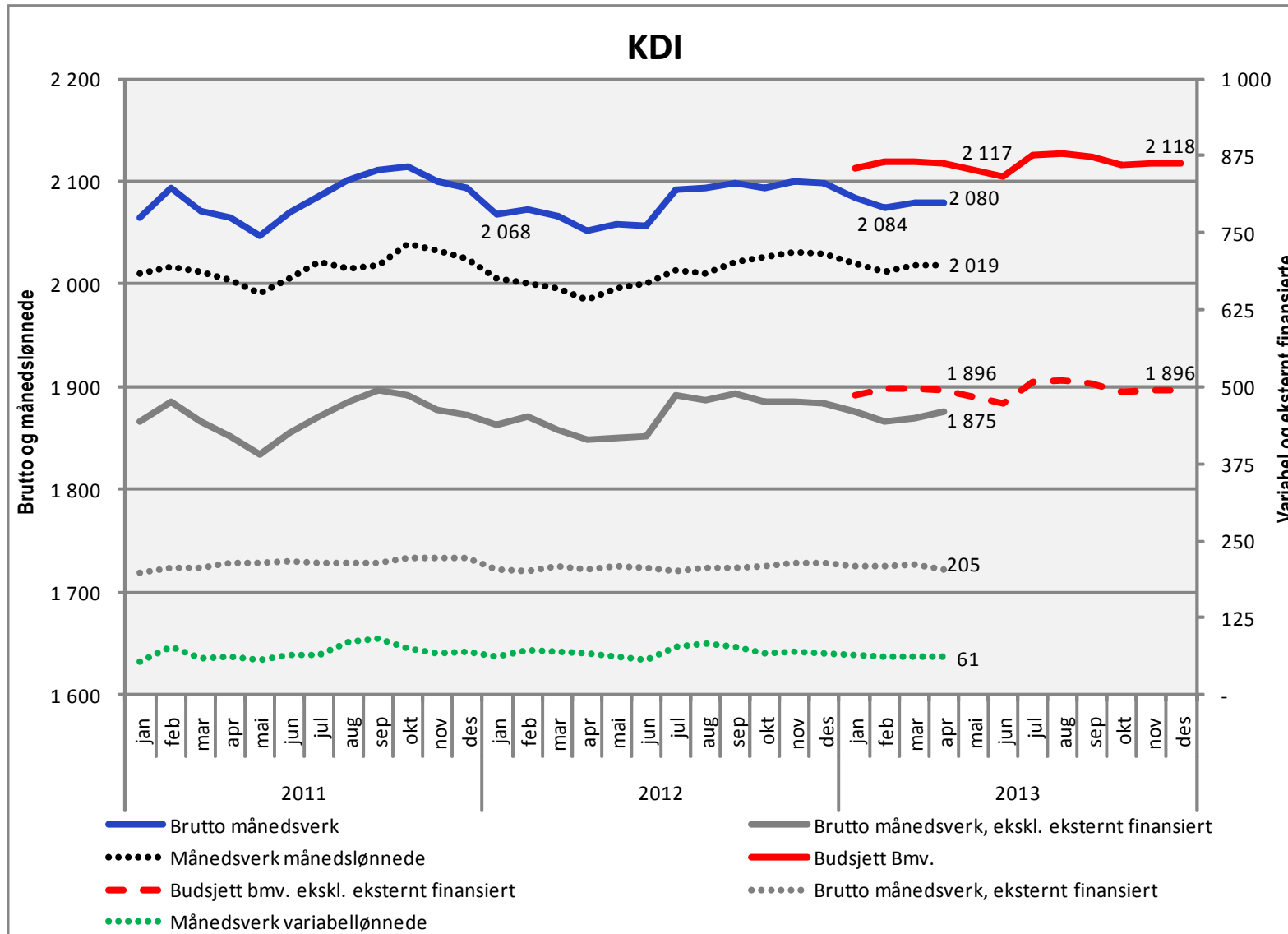


## 4.5 Bemanningsutvikling Akutt

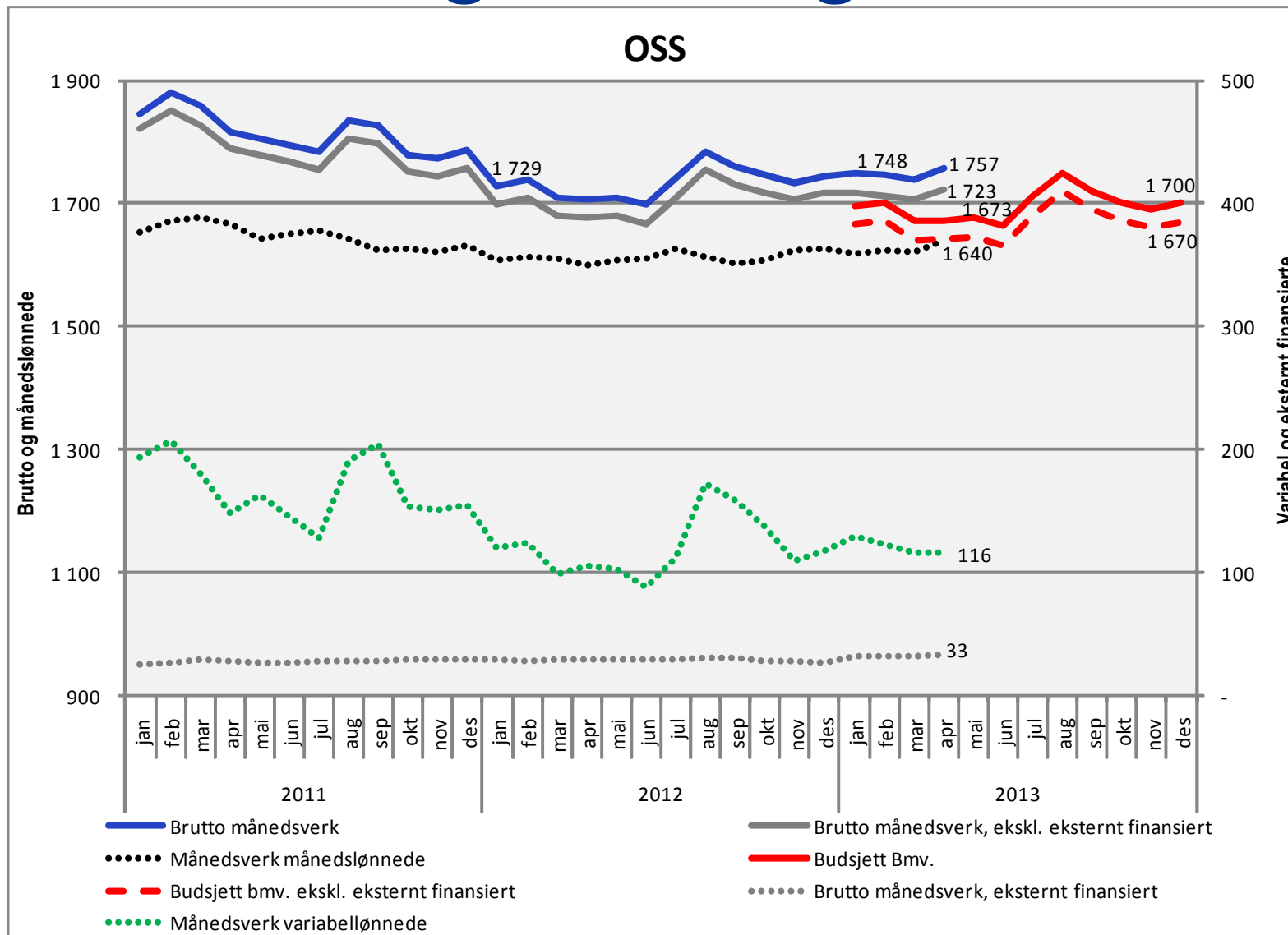




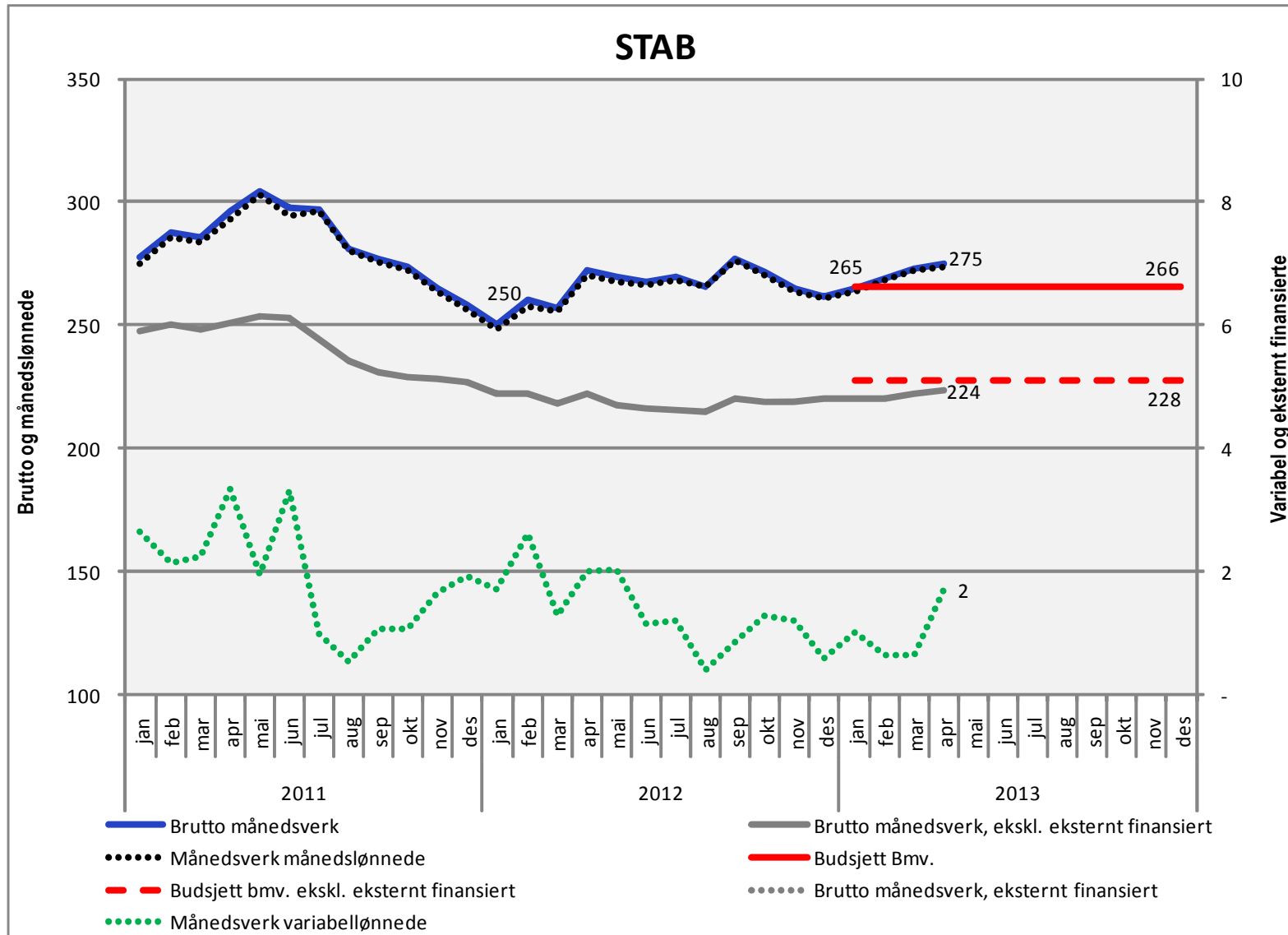
# 4.5 Bemanningsutvikling KDI



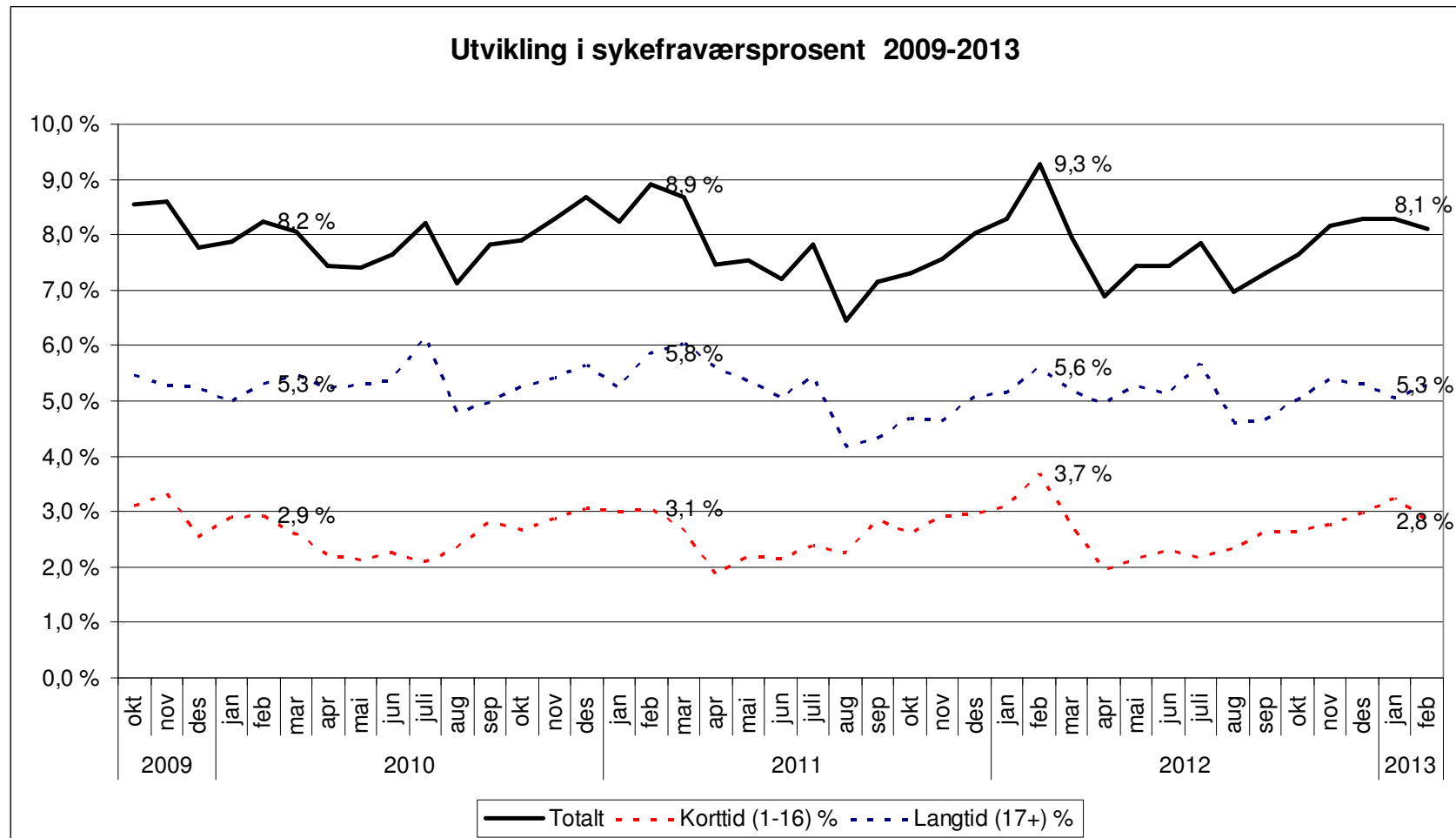
# 4.5 Bemanningsutvikling OSS



# 4.5 Bemanningsutvikling STAB



## 4.6 Sykefravær



# Definisjoner årsverksindikatorer

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

## 4.4 Andel deltid per klinikk

Deltid - fast ansatte - Totalt denne periode						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
PHA	3 130	548	17,5 %	94,3 %	16,8 %	95,1 %
MED	1 721	392	22,8 %	98,1 %	22,0 %	98,8 %
KKN	2 656	659	24,8 %	93,5 %	19,0 %	94,8 %
KVB	2 377	802	33,7 %	91,8 %	29,0 %	93,2 %
KKT	3 033	606	20,0 %	98,1 %	14,4 %	99,3 %
HLK	949	160	16,9 %	97,4 %	10,1 %	98,2 %
AKU	2 937	512	17,4 %	98,6 %	10,7 %	99,1 %
KDI	2 330	385	16,5 %	97,4 %	7,4 %	98,5 %
OSS	2 476	213	8,6 %	97,2 %	5,5 %	97,7 %
STAB	326	26	8,0 %	98,3 %	2,9 %	99,1 %
<b>OUS</b>	<b>21 407</b>	<b>4 223</b>	<b>20 %</b>	<b>96,7 %</b>	<b>14,6 %</b>	<b>97,7 %</b>

Deltid - fast ansatte - Ekskl. eksternt finansiert denne periode						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
PHA	2 869	496	17,3 %	93,7 %	16,6 %	94,6 %
MED	1 578	365	23,1 %	97,3 %	22,0 %	98,0 %
KKN	2 497	629	25,2 %	93,9 %	18,6 %	95,2 %
KVB	2 145	752	35,1 %	91,2 %	30,2 %	92,6 %
KKT	2 545	542	21,3 %	97,6 %	14,6 %	98,9 %
HLK	892	153	17,2 %	97,1 %	10,2 %	97,9 %
AKU	2 849	507	17,8 %	98,4 %	10,8 %	98,8 %
KDI	2 013	342	17,0 %	97,0 %	7,6 %	98,1 %
OSS	2 327	207	8,9 %	97,2 %	5,4 %	97,7 %
STAB	245	11	4,5 %	99,6 %	1,2 %	100,4 %
<b>OUS</b>	<b>19 469</b>	<b>3 925</b>	<b>20 %</b>	<b>96,3 %</b>	<b>14,7 %</b>	<b>97,3 %</b>



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte:	25. april 2013
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg:	1. Kommentarer til økonomisk langtidsplan 2014-2017 (2030) for Oslo universitetssykehus HF 2. Drøftingsprotokoll

---

### SAK 26/2013: ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2014-2017

#### Forslag til vedtak:

- 1. Styret gir sin tilslutning til forslaget til økonomisk langtidsplan.*
- 2. Styret konstaterer at kravet til resultatforbedring i 2014 er krevende og ber administrerende direktør innlede en dialog med Helse Sør-Øst RHF om opplæringskostnader i 2014 ved innføring av Regional EPJ basert på DIPS.*
- 3. Det er fortsatt en utfordring å gjennomføre driften slik at det oppnås en bærekraftig økonomisk utvikling de neste årene. Styret ber administrerende direktør om kontinuerlig å arbeide med effektivisering av driften for å redusere risikoen knyttet til gjennomføringen av Økonomisk langtidsplan.*

Oslo den 18. april 2013

Bjørn Erikstein

## **1. INNLEDNING**

Denne styresaken består av administrerende direktør sin vurdering og kort omtale av hovedpunktene i økonomisk langtidsplan. I vedlegget følger et utkast til dokument som vil følge med oversendelsen av økonomisk langtidsplan til Helse Sør-Øst RHF. I dette vedlegget gis nærmere beskrivelser og tabeller.

Økonomisk langtidsplan for Oslo universitetssykehus HF er basert på forutsetninger og opplegg fra Helse Sør- Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF vil behandle sin økonomiske langtidsplan for perioden 2014-2017 på styremøte 20. juni. Forutsatt at denne behandlingen ikke endrer premissene vesentlig for Oslo universitetssykehus HF legges det ikke opp til noen ny behandling av Økonomisk langtidsplan 2014-2017 i styret for Oslo universitetssykehus HF.

## **2. TIDLIGERE VEDTAK**

Det er ikke foretatt tidligere vedtak i denne saken. Økonomisk langtidsplan 2013-2016 (26) ble vedtatt av styret i september 2012 som sak 61/2012.

## **3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING**

Administrerende direktør legger med dette fram sitt forslag til økonomisk langtidsplan for 2014-2017. Forutsatt styrets tilslutning vil denne planen oversendes Helse Sør Øst RHF og ligge til grunn for arbeidet i foretaket i planperioden og forberedelsene til arbeidet med budsjett 2014.

Administrerende direktør er fornøyd med at de økonomiske rammebetingelsene for Oslo universitetssykehus HF både i 2013 og de kommende årene er endret fra forrige behandling av økonomisk langtidsplan. Det er likevel slik at gjennomføring av økonomisk langtidsplan 2014-2017 innebærer en utfordring for Oslo universitetssykehus HF.

Status i Oslo universitetssykehus HF tidlig i 2013 viser at det er behov for omfattende investeringer i bygninger, MTU og IKT i de kommende årene. Slike investeringer er nødvendige for å få sykehuset til å fungere som en godt organisert enhet og for at foretaket skal kunne gi god og fremtidsrettet pasientbehandling, ha en ledende rolle i medisinsk utvikling, møte lovkrav og andre myndighetspålegg, og for å sikre de ansatte gode og trygge arbeidsvilkår. I økonomisk langtidsplan er det derfor lagt til grunn omfattende investeringer på disse områdene i første del av perioden. For det mer langsiktige investeringsbehovet – investeringer i større nybygg for å samle hele foretaket – vises det til pågående idéfasearbeid.

Administrerende direktør vil understreke at for å kunne finansiere omfattende investeringer er det nødvendig med store endringer i driften av foretaket. Produktiviteten må forbedres betydelig ved at ressursbruken per pasientbehandling reduseres. Samtidig er det et mål at kvaliteten i pasientbehandlingen skal forbedres og pasientsikkerheten ivaretas.

Administrerende direktør er bekymret over at kravet til endringer fra dagens situasjon til 2014 budsjettet er spesielt store som følge av økte kostnader til IKT. I 2014 planlegges innføring av Regional EPJ (DIPS) med betydelige



opplæringskostnader og generell økning i IKT-kostnader samtidig som resultatkravet er innskjerpet med 200 millioner kroner. Det foreslås derfor å gå i dialog med Helse Sør-Øst RHF om håndtering av konsekvensene av disse kostnadene for budsjett 2014.

#### **4. FAKTADEL**

I denne saken gjengis de viktigste områdene ved behandling av økonomisk langtidsplan. Økonomisk langtidsplan omfatter alle årene 2014 til 2030 med hovedvekt på de nærmeste årene (fram mot 2017).

##### Økonomiske rammer og aktivitetsforutsetninger for budsjett 2014-2017

Det er mottatt økonomiske rammer for Oslo universitetssykehus HF i planperioden. Rammene innebærer en styrking av de økonomiske inntektsforutsetningene for Oslo universitetssykehus HF i planperioden. Fra 2013 budsjett til 2014 budsjett innebærer dette om lag 310 millioner kroner i økt ramme. For påfølgende år er økningen om lag 130 millioner kroner per år. Økningene er et resultat av oppdateringer i inntektsmodellene i HSØ RHF og fremskriving av befolkning i planperioden.

Det er planlagt med 1,5 pst. vekst i antall DRG-poeng og innsatsstyrt finansiering i planperioden.

Rammene og aktivitetskravet er foreløpige. Endelig ramme og aktivitetskrav for 2014 budsjettet for Oslo universitetssykehus HF besluttes av Helse Sør-Øst RHF og vil først foreligge primo november 2013.

##### Planlagte investeringer i økonomisk langtidsplan

Det er utarbeidet forslag til investeringsbudsjett for planperioden 2014-2030. Foreliggende planer for omstillingsinvesteringer fase 1 er innarbeidet. For omstillingsinvesteringer Fase 2 og 3 er det benyttet tilsvarende total budsjett som for økonomisk langtidsplan 2013-2016 (26) behandlet i styremøtet 20. september 2012, men noe faseforskjøvet i tid. Dette må sees på bakgrunn av at idéfaseutredning er under oppstart, og at det dermed ikke foreligger ny informasjon om investeringsbehovet så langt fram i tid. Det er lagt opp til relativt godt nivå i investeringene i medisinsk-teknisk utstyr og i investeringer knyttet til tilsynspålegg og utbedring av eksisterende infrastruktur de neste årene fram mot 2017.

##### Resultatkrav og resultatbudsjett

Som følge av behov for midler til investeringer både på kort og lang sikt er det i den økonomiske langtidsplan lagt til grunn et nullresultat i 2014 (mot -200 mill kroner i 2013) og et positivt resultatkrav i 2015 med 150 millioner kroner, 300 millioner kroner i 2016 og 350 millioner kroner i 2017. Dette er i samsvar med overordnet krav fra Helse Sør-Øst RH og vurderes å være nødvendig for å kunne finansiere de investeringene i MTU, bygg mv som Oslo universitetssykehus HF har behov for og for å sikre en bærekraftig økonomisk utvikling for sykehuset.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologikostnadene (IKT) forventes å øke med om lag 300 millioner kroner fra budsjett 2013 til budsjett 2017. Økningen fra

2013 budsjettet til 2014 budsjett er særskilt stor som følge av gjennomføring av Regional EPJ basert på DIPS (DIPS-prosjektet).

Forholdene som er omtalt ovenfor stiller store krav til forbedring av driften av foretaket de nærmeste årene. Kravet til effektivisering anslås å bli særlig stort i 2014. Kostnadene til ordinær lønn og drift må reduseres samtidig som aktiviteten skal øke. Med foreliggende forutsetninger anslås det et krav til effektivisering av den somatiske virksomheten i størrelsen 5 pst fra 2012 til 2014.

# Oslo universitetssykehus HF

## Kommentarer til økonomisk langtidsplan 2014-2017 (2030) for Oslo universitetssykehus HF

### **Innledning - Sammendrag**

Etter behandling av Økonomisk langtidsplan 2013-2016 (26) i 2012 er det kommet vesentlige endringer i inntektsforutsetningene for Oslo universitetssykehus HF både for 2013 og for årene etter. Dette skyldes flere forhold, der de viktigste er fremskrivninger og oppdateringer i inntektsmodellene i Helse Sør-Øst RHF og høyere innsatsstyrte inntekter for den type pasientbehandling som gis ved Oslo universitetssykehus HF (DRG-grupper effekter).

Selv om inntektsforutsetningene for Oslo universitetssykehus HF er bedret, står foretaket fortsatt overfor økonomiske utfordringer de kommende årene. Tilstanden for bygningsmasse, medisinsk teknisk utstyr og mange ulike IKT systemer innad i Oslo universitetssykehus HF krever et omfattende behov for investeringer. For å få et tilstrekkelig økonomisk handlingsrom til å gjennomføre nødvendige investeringer er det derfor viktig å gå fra driftsunderskudd til driftsoverskudd i langtidsplanperioden. Dette stiller store krav til årlig effektivisering av alle deler av virksomheten i Oslo universitetssykehus HF i hele perioden.

Det understrekes at situasjonen slik den er beskrevet i denne planen bærer med seg høy risiko i forhold til gjennomføring. Ambisjonsnivået for driftsforbedringer og kostnadsreduksjoner må settes høyt, og store deler av dette må realiseres før foretaket kan få full nytte av investeringer i samlokaliseringer og i nye gjennomgående IKT-løsninger. Dette vil ikke minst være krevende ved gjennomføring av 2014 budsjettet siden det må budsjetteres med økte IKT kostnader på om lag 200 millioner kroner samtidig som resultatkravet er innskjerpet med 200 millioner kroner.

En stor del av vurderingene som gjøres ved utarbeidelse av økonomisk langtidsplan er knyttet til fremtidige investeringer. Det gjøres derfor oppmerksom på at Oslo universitetssykehus HF nå er i gang med et utredningsarbeid for eventuelle fremtidige nye bygg og ombygginger av eksisterende bygningsmasse. Denne utredningen (idéfasearbeidet) er i startfasen og derfor leverer ikke Oslo universitetssykehus HF ny beregning av totale utbyggings- og ombyggingskostnader for perioden 2015-2030 i denne økonomiske langtidsplanen. Det som i hovedsak er gjort er å faseforskyve de investeringsplaner som ble lagt frem i 2012.

### **1. Oppnåelse av foretaksgruppens hovedmål og –krav**

#### **a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd**

Oslo universitetssykehus HF vil ha et kontinuerlig fokus på ventelister og fristbrudd. Målene er at ventetidene skal reduseres, langtidsventende skal avvikles og at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. Oppfølgingen av avdelingene vil basere seg på fastlagte indikatorer og rapporter, slik at utviklingen kan følges nøye.

Organisasjonen skal være oppdatert på lovverk og regler, og prioriteringsveilederne skal legges til grunn for enhetlig vurdering av rett til prioritert helsehjelp. Kompetanseheving gjennom kontinuerlige opplæringstilbud både knyttet til lovverk/regler og bruk av de pasientadministrative systemer vil bli vektlagt. Ventelistene skal være ajourførte slik at de representerer et godt verktøy i planleggingen av driften opp mot tilgjengelig kapasitet, og det skal arbeides for langtidsplanlegging hvor timebøker etableres minst 12 mnd frem i tid. Sykehuset vil også ha fokus på driftsendringer som bedrer kapasitet, inkl oppgavedeling med andre sykehus og tilpasning av kapasitet til behov ved overordnet prioritering.

**b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %**

Oslo universitetssykehus HF planlegger jevnlig registreringer av infeksjoner, og målet er at sykehusinfeksjoner reduseres til under 3 %. Resultatene fra infeksjonsregistreringene inklusive fremstilling av utvikling vil brukes i oppfølgingen av de enkelte avdelinger. Smittevernarbeidet ved sykehuset vil videre vektlegge kartlegging av risikofaktorer, styrket opplæring av personalet i smittevern, utarbeidelse av avdelingsvise infeksjonskontrollprogram, styrket håndhygiene ved å eliminere bruk av ringer og armbåndsur, riktig bruk av antibiotika og forebygging av infeksjoner med resistente bakterier.

**c. Pasienten får 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. Etablering av timebøker fremover i tid vil muliggjøre en positiv utvikling på dette området. Ajourførte ventelister vil gi grunnlag for god planlegging og logistikk som også vil legge til rette for en positiv utvikling. Målet om at pasientene får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning vil bli vektlagt i de kontinuerlige opplæringstilbud knyttet til ventelister og de pasientadministrative systemer.

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

I planperioden skal alle medarbeidere ved Oslo universitetssykehus HF få tilsendt og involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen. I tråd med den positive utviklingen i svarprosent fra 2011 til 2012, er det iht HR-strategien for OUS et mål å oppnå en svarprosent på 90 pst i løpet av planperioden. Antall medarbeidere som deltar i tilbakemeldingsmøter og utviklingssamtaler har også økt fra 2011 til 2012, og målene for planperioden er henholdsvis 80 pst for tilbakemeldingsmøter og 100 pst for utviklingssamtaler (jf. HR-strategien). I 2012 ble elektronisk handlingsplan prøvd ut i foretaket og innføres for alle klinikker i 2013. Dette vil bidra til å lette det systematiske forbedringsarbeidet i klinikkene, bedre dokumentasjonen og muligheten for samlet rapportering av arbeidet med handlingsplaner. For å nå ambisjonsnivået for oppfølging av medarbeiderundersøkelsen i planperioden jobbes det med følgende tiltak:

- Opplæring og støtte til ledere mht gjennomføring. Dette skjer blant annet ved at klinikkene har dedikerte veiledere som er trent i gjennomføring, analyse av resultater og måten tilbakemeldingsmøter bør gjennomføres på for å legge til rette for forbedring.
- Tett oppfølging av klinikkens fremdrift og gjennomføringskvalitet. Dette gjøres ved at arbeidet med kvalitetssikring av medarbeiderlister og

organisasjonskart starter tidlig i gjennomføringsåret. I forbindelse med gjennomføringen av undersøkelsen distribueres det løpende statusrapporter på svarprosentutviklingen. Etter undersøkelsen får klinikkledelsen rapporter over hvilke organisasjonsheter i klinikkene som har lav score på en eller flere kritiske faktorer.

- Arbeidet forenkles og forbedres ved at alle ledere/enheter fra 2013 får sin egen elektroniske handlingsplan.

**e. Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer**

Dette er omtalt under kapittel 4 og 8.

## 2. Overordnet vurdering av situasjonen i Oslo universitetssykehus HF

Rammebetingelsene For Oslo universitetssykehus HF er bedret fra behandling av økonomisk langtidsplan 2013-2016 (26) i 2012. Det er gjennomført oppdateringer og korreksjoner i inntektsmodellene i HSØ RHF der følgende har gitt positiv effekt for inntektene til Oslo universitetssykehus HF:

- Fremskrivning av befolkning (ny SSB beregning viser høyere vekst for sentrale strøk, deriblant Oslo)
- Nytt aktivitetsgrunnlag for beregning av oppgjør for radiologi- og laboratorieaktivitet utført for polikliniske pasienter fra andre sykehusområder
- Oppdatering av kostnadskomponenten med nye tall for forskningsaktiviteten
- Oppdatert grunnlag for gjestepasienter i modell for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som imidlertid gav et negativt utslag for rammene til Oslo universitetssykehus HF

I tabell 1 vises foreløpige inntektsrammer. Rammene øker med 310 millioner kroner fra 2013 til 2014, for deretter å øke med 130 millioner kroner per år.

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF				
Beregning av foreløpig inntektsramme	2014	2015	2016	2017
Basisramme forrige periode	10 769 438	11 082 587	11 208 709	11 337 734
Endringer fra forrige år:				
0,25% til regionale prioriteringer	-11 327	-11 327	-11 327	-11 327
Bystrekonstruksjoner, videreføring fra 2013 med 100%	9 062	-	-	-
Uttrekk av omstillingsmidler fra 2012	-120 000	-	-	-
Fremskrivning av inntektsforutsetninger	450 740	152 872	140 352	142 352
Samhandlingsreformen, overføring kom. utbygging ø-hjelp	-15 327	-15 423	-	-
Foreløpig basisramme	11 082 587	11 208 709	11 337 734	11 468 759

Tabell 1: Foreløpige inntektsforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF til benyttelse i økonomisk langtidsplan 2014-2016 (30)

Deler av de bedre rammebetingelser er et resultat av at det forventes flere pasienter og dermed også høyere aktivitet i Oslo universitetssykehus HF. Økt aktivitet vil imidlertid også bringe med seg økte kostnader. For de fleste virksomheter er det samtidig slik at forutsetningene for å effektivisere er enklere når aktiviteten i en virksomhet er i vekst. Dette gjelder også helseforetak.

Som følge av inngangsfarten til 2013 og store behov for oppgraderinger og nyinvesteringer i Oslo universitetssykehus HF (jfr kapittel 6 og 7) er den økonomiske utfordringen for driften av foretaket stor i årene framover. For å kunne gjennomføre nødvendige investeringer må foretaket gå fra et resultat med planlagt underskudd i 2013 på 200 millioner kroner til en overskuddssituasjon. Dette innebærer krav til effektivisering av den operasjonelle driften på i området 1,5-2,5 pst i gjennomsnitt per år i planperioden. Det er krevende for virksomheten både å finne de riktige tiltakene som gir nødvendige effekter (jfr kapittel 4) og deretter gjennomføre disse. Per i dag er ikke løsningene på plass for å effektivisere Oslo universitetssykehus HF i denne størrelsesorden.

#### b. Vesentlige endringer i resultatposter sammenlignet med historisk nivå

Budsjettet som fremgår av tabell 2 er avstemt med inntekter fra Helse Sør-Øst RHF. Det er forutsatt inntektsvekst i innsattsstyrt finansiering som følge av planlagt aktivitetsvekst. IKT kostnader inngår i totalbudsjettet (dels lønnskostnader og dels andre driftskostnader), men også presentert på egen linje nederst i tabell 2.

Resultatbudsjett ØLP 2014 - 2017 <sup>1)</sup> (mill kroner)	Resultat 2012	Budsjett 2013	Budsjett 2014	Budsjett 2015	Budsjett 2016	Budsjett 2017
Basisramme	10 765	10 769	11 083	11 209	11 338	11 469
Aktivitetsbaserte inntekter	6 126	6 430	6 513	6 596	6 681	6 767
Andre driftsinntekter	2 006	1 692	1 692	1 692	1 692	1 692
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>18 897</b>	<b>18 892</b>	<b>19 287</b>	<b>19 497</b>	<b>19 711</b>	<b>19 928</b>
Varekostnader inkludert kjøp av	2 719	2 552	2 603	2 649	2 695	2 742
Lønn- og innleiekostnader	13 332	13 053	12 961	12 918	12 859	12 940
Avskrivninger og nedskrivninger	872	790	824	873	915	900
Andre driftskostnader	2 412	2 617	2 824	2 823	2 864	2 918
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>19 334</b>	<b>19 011</b>	<b>19 212</b>	<b>19 262</b>	<b>19 333</b>	<b>19 500</b>
<b>Resultat før finans</b>	<b>-437</b>	<b>-120</b>	<b>75</b>	<b>235</b>	<b>378</b>	<b>428</b>
Netto finans	89	80	76	85	78	78
<b>Driftsresultat</b>	<b>-526</b>	<b>-200</b>	<b>0</b>	<b>150</b>	<b>300</b>	<b>350</b>

Herav:	Resultat	Budsjett	Budsjett	Budsjett	Budsjett	Budsjett
IKT kostnader		834	1 049	1 052	1 098	1 144

Tabell 2: Resultat 2012 og resultatbudsjett 2013-2017

Den mest fremtredende dreining i kostnader som forventes å finne sted i Oslo universitetssykehus HF i langtidsplanperioden er økningen i informasjons- og kommunikasjonsteknologikostnader (IKT) på om lag 300 millioner kroner fra budsjett 2013 til budsjett 2017. Om lag 200 millioner kroner av denne økningen kommer allerede i budsjettet for 2014 med blant annet betydelige kostnader knyttet til gjennomføring av Regional EPJ basert på DIPS (DIPS-prosjektet). Oslo universitetssykehus HF har beregnet fremtidig kostnadsnivå innenfor IKT delvis ut fra tallgrunnlag mottatt fra Sykehuspartner og delvis på bakgrunn av egne vurderinger. Foretakets egne tall er noe høyere enn tall mottatt fra Sykehuspartner. Det er dialog med Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF for å sikre best mulig sammenheng mellom planlagte investeringer og økonomiske konsekvensene for fremtidig tjenestepreis knyttet til den regionale prosjektporteføljen og lokale investeringer. Denne dialogen vil fortsette fremover våren. På dette tidspunktet er det lagt til grunn at foretakets egne beregninger er det beste estimatet på IKT-kostnader i planperioden.

Økningen i IKT-kostnader medfører en dreining i kostnadssammensetningen fra lønns- og personalkostnader til andre driftkostnader. Ettersom det ikke kan forventes effektiviseringsgevinster samtidig med selve implementeringen av DIPS blir dette en særskilt utfordring for 2014-budsjettet.

Det er kartlagt om klinikkene forventer andre økninger i varekostnader de neste årene ut over det som kan forventes av den generelle aktivitetsveksten. Det fremkommer blant annet at medikamentkostnader innenfor kreft- og øyebehandlingen forventes å øke i planperioden. Det fremkommer også behov for styrking av personalressurser innen utvalgte områder som følge av tilsyn og forventet høy vekst (blant annet prehospital virksomhet). De innmeldte økningene i varekostnader er imidlertid relativt små sammenlignet med det store kostnadsvolumet i Oslo universitetssykehus HF. I planperioden er det derfor planlagt med vare- og medikamentkostnader som ligger noe høyere enn utviklingen i aktivitet med om lag 1,7% vekst per år. Det vil si om lag 50 millioner kroner i økte vare- og medikamentkostnader per år. Det er forventet at arbeidet med inngåelse av bedre avtaler på eksisterende produkter og bedre logistikk og innkjøpssystemer (jfr kapittel 4) vil få effekter, men dette er ikke forskuttert i budsjetteringen av varekostnader.

Avskrivningskostnader tar også en større del av kostnadsbudsjettet i planperioden med en økning på om lag 100 millioner kroner fra 2013 til 2017. Dette følger av et høyere investeringsnivå i spesielt 2014 og 2015 enn det som har vært nivået i perioden 2010-2013. Netto finanskostnader forventes å være stabile i perioden og ligger på om lag 80 millioner kroner per år.

### **c. Sammenheng mellom utvikling i aktivitet, bemanning og økonomisk resultat – sett i forhold til historisk nivå**

Med de endringer som fremkommer i avsnittet over skjer det en betydelig dreining i kostnadssammensetningen fra lønns- og personalkostnader til andre kostnader. Oslo universitetssykehus HF skal samtidig planlegge en overgang fra underskuddsituasjon til overskudd i planperioden. Fra 2013 budsjettet til 2017 budsjettet innebærer derfor disse endringene i forutsetningene et krav til reduksjon i lønns- og personalkostnader på om lag 100 millioner kroner.

I planperioden skal det håndteres en vekst i aktivitet som foreløpig er vurdert til 1,5 pst per år innen somatikk parallelt med en bedring av kvaliteten i behandlingen. Basert på de forutsetninger som gjelder må den veksten som er forespeilet i hele langtidsplanperioden fra 2013 til 2017 kunne håndteres med noe færre årsverk enn de som arbeider i virksomheten per i dag, dvs at produktiviteten må forbedres.

Spesielt for 2014 kan dreiningen av kostnader bli spesielt krevende. I 2014 vil Oslo universitetssykehus HF være i en situasjon med implementering av DIPS med store opplæringskostnader og også risiko for redusert aktivitetsnivå i forbindelse med implementeringen. Det siste er ikke innarbeidet i økonomisk langtidsplan slik tallene nå foreligger.

I tabell 3 vises beregnet antall årsverk. Årsverk budsjettet er basert på estimat for lønns- og personalkostnader i resultatbudsjettet i tabell 2. Bemanning er avledet fra resultatbudsjettet basert på en fast gjennomsnittlig kostnad per årsverk i Oslo universitetssykehus HF på 770 000 kroner som inkluderer sosiale kostnader og

pensjon. Årsverksbudsjettet hensyntar ikke mulige vridninger mellom faggrupper med ulike lønnsnivåer.

Bemanningsutvikling	Resultat 2012	Budsjett 2013	Budsjett 2013 1. kvartal	Resultat 2013 1. kvartal	Budsjett			
					2014	2015	2016	2017
Brutto månedsværk totalt	17067	16952	16880	17031	16832	16776	16700	16805

Tabell 3: Brutto årsverk inklusive eksternt finansierte årsverk i perioden 2012 til 2017

#### d. Andre spesielle utviklingstrekk.

Oslo universitetssykehus HF har som følge av overføringen av opptaksområder vært inne i en periode der det er blitt stilt krav til produktivitetsvekst samtidig som aktiviteten er redusert. Dette har ført til store underskudd i årene 2011, 2012 og 2013. Oslo universitetssykehus HF er nå i en vekstsituasjon når det gjelder aktivitet. Det gir bedre forutsetninger for å håndtere kravet til økt produktivitet.

Som følge av nasjonale og regionale funksjoner er det en økning i antallet nye implantater, prosedyrer, medikamenter med mer som gir særskilt høye kostnader for regionsykehusene og i særdeleshet Oslo universitetssykehus HF. Per i dag blir ikke dette godt nok dekket gjennom DRG-systemet, og det tilfaller derfor regionsykehusene økte kostnader og aktivitet uten at dette fremkommer av henholdsvis finansiering og aktivitetsstall. Oslo universitetssykehus HF vil gå i dialog med Helse Sør-Øst for i samarbeid med Helsedirektoratet å finne frem til mulige løsninger innenfor dagens DRG-system og sikre finansiering også av nyvinninger innen medisinen.

Det er også et tiltagende antall pasienter fra andre helseregioner som får sin behandling ved Oslo universitetssykehus HF. Pasienter som kommer til behandling fra andre helseregioner har ofte komplekse og sjeldne tilfeller av sykdommer innefor en rekke fagområder uten at dette nødvendigvis blir kompensert i aktivitetsstatistikken (DRG – vekting).

Oslo universitetssykehus HF er en meget stor aktør innen forskning og utdanning og innovasjon. Det har vært en stor vekst i forsknings- og innovasjonsaktiviteten de siste årene, i henhold til krav fra Helse og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF. Hoveddelen av veksten kommer fra en økning i eksternt finansierte prosjekter. Det er likevel slik at dette krever både infrastruktur og annen tilrettelegging og prioritering i Oslo universitetssykehus HF sin virksomhet. Det har vært og vil i langtidsplanperioden fortsatt være et økende behov for å prioritere midler til videreutdanning av spesialsykepleiere til fagområder som er kritisk viktige for driften.

#### e. Finansielle poster, herunder likviditet og tiltak for å holde denne innenfor gitt driftskredittramme.

I perioden fram mot 2017 er det lagt til grunn et investeringsnivå, nedbetaling av gjeld og overskuddskrav som medfører om lag 100 millioner kroner i lavere driftskreditt enn ved utgangen av 2012. Etter flere år med lavt investeringsnivå i Oslo universitetssykehus HF vil bokførte eiendeler innen MTU, inventar, biler mv. være oppe på 2009 nivå i løpet av 2016.



(mill. kroner)						Estimat	ØLP	ØLP	ØLP	ØLP
EIENDELER	01.01.2009	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	31.12.2014	31.12.2015	31.12.2016	31.12.2017
Tomter og bygg	10 316	10 762	10 622	10 132	9 851	10 059	10 717	11 114	11 141	11 217
MTU, inventar, biler mv.	1 697	1 350	1 315	1 313	1 233	1 371	1 593	1 674	1 716	1 743
Anlegg under utførelse	1 696	987	554	345	473	331	-62	-62	58	1 380
Sum varige driftsmidler	13 710	13 099	12 491	11 790	11 557	11 760	12 247	12 726	12 915	14 340
Finansielle anleggsmidler	961	2 681	4 555	4 531	4 593	4 832	4 547	4 588	4 815	4 426
Omløpsmidler	2 752	1 579	1 540	1 502	1 547	1 126	1 104	1 083	1 061	1 040
SUM EIENDELER	17 424	17 359	18 585	17 824	17 697	17 718	17 899	18 397	18 791	19 806
<b>EGENKAPITAL OG GJELD</b>										
Egenkapital	8 708	8 081	8 615	7 623	7 074	6 882	6 882	7 027	7 324	7 671
Forpliktelser	1 822	2 229	1 990	2 253	2 493	2 456	2 398	2 540	2 477	2 414
Langsiktig gjeld	1 502	1 644	1 681	1 510	1 477	1 761	2 045	2 397	2 711	3 650
Driftskreditt	1 448	1 498	2 677	2 467	2 556	2 980	2 936	2 794	2 639	2 433
Annen kortsiktig gjeld	3 944	3 907	3 623	3 971	4 097	3 639	3 639	3 639	3 639	3 639
Sum kortsiktig gjeld	5 392	5 405	6 299	6 439	6 653	6 619	6 575	6 433	6 278	6 072
EGENKAPITAL OG GJELD	17 424	17 359	18 585	17 824	17 697	17 718	17 899	18 397	18 791	19 806

Tabell 4: Utvikling i balanseposter i langtidsplanperioden 2014-2017<sup>1</sup>

### 3. Forventet aktivitetsvekst og konsekvensene av Samhandlingsreformen.

#### Somatikk

Det er lagt til grunn en vekst målt i antall DRG-poeng på om lag 1,5 pst per år i planperioden. Vekst per klinikk er vist i tabell 5. Vekstforutsetningene er blant annet basert på følgende:

- Reduksjon i ventelister og antallet fristbrudd
- OUS gir i hovedsak helsetjenester på nasjonalt-, regions-, flerområde- og områdenivå – og forutsetter vekst ihht demografisk utvikling (ingen stor direkte påvirkning av samhandlingsreformen)
- Oslo sykehusområde har meget høy befolkningsvekst og en funksjonsfordeling som medfører at Oslo universitetssykehus HF får mye av veksten (barn, fødsler, kreft, akuttkirurgi, psykisk helse) og lite av effekten av samhandlingsreformen
- Innen noen fagområder forventes det en vekst som går utover befolkningsveksten. Viktige eksempler på dette er kreft, øye (flerområdefunksjon også for A-hus) og nevrologi.

Antall DRG-poeng 2013-2017 utvikling 2014-2017 i pst per klinikk	Budsjett 2013	Budsjett 2014	Budsjett 2015	Budsjett 2016	Budsjett 2017
Medisinsk klinikk	26 819	0,8 %	0,9 %	0,9 %	0,9 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	60 389	1,6 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %
Kvinne- og barneklivnikken	35 387	1,2 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %
Klinikk for kreft og kirurgi og	58 410	2,0 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	31 711	1,2 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %
Øvrige (Akutt, KDI, mv)	2 141	1,1 %	1,8 %	2,1 %	2,2 %
<b>Sum DRG-poeng</b>	<b>214 857</b>	<b>218 080</b>	<b>221 351</b>	<b>224 671</b>	<b>228 041</b>
Endring fra foregående år		3 223	3 271	3 321	3 369
Endring fra foregående år i prosent		1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %

Tabell 5: Planlagt aktivitetsutvikling i somatikk uttrykt i antall DRG-poeng for 2013-2017 og i prosentvis utvikling for hver somatisk klinikk<sup>2</sup>.

Klinikkene har rapportert forventet vekst i planperioden, vurderingene som er gjennomført i klinikkene ligger i overkant av 2 pst og er derfor noe høyere enn den forutsetning som nå er tatt på sykehusnivå.

<sup>1</sup> Pensjonsforpliktelsene ved utgangen av 2012 er eksklusive - ikke resultatførte estimat- og planendringer på minus 7,6 milliarder kroner. Denne ikke resultatførte forpliktelsen er større enn egenkapitalen.

<sup>2</sup> Aktivitetstallene er eksklusive biologiske legemidler

I budsjettskriv fra Helse Sør-Øst RHF er det forespeilet liten vekst etter effekt av samhandlingsreformen for foretaksgruppen. Det er viktig for planlegging av fremtidig virksomhet at Oslo universitetssykehus HF kan legge til grunn et mest mulig realistisk måltall for neste års budsjett.

#### Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innføring av inntektsmodell innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling innebærer en særskilt utfordring kommende år. I arbeidet med inntektsmodellene i Helse Sør-Øst RHF fremkommer ikke spesifikke opplysninger om omfordelingene fra historiske budsjett til nytt beregnet budsjett mellom sykehusområdene skyldes enten et for høyt eller lavt; kvalitetsnivå, aktivitetsnivå eller effektivitet. Oslo universitetssykehus HF har en stor negativ effekt av modellene som vedrører psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. En del av implementeringen av effekten vil bli gjort i 2014. Det planlegges derfor ikke med vekst innenfor disse fagområdene for 2014 budsjettet, se tabell 4. Fra 2015 planlegges med vekst innen psykisk helsevern. Ettersom effekten av innføring av modell innen TSB er så vidt stor er det ikke planlagt med vekst innenfor dette tjenesteområdet i planperioden.

<b>Psykisk helsevern</b>	<b>Δ B2013-2014</b>	<b>Δ 2014-2015</b>	<b>Δ 2015-2016</b>	<b>Δ 2016-2017</b>
<b>Psykisk helsevern for voksne</b>				
Antall utskrevne pasienter døgnerbehandling (VOP)	0,0 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)	0,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %
<b>Psykisk helsevern for barn og unge</b>				
Antall utskrevne pasienter døgnerbehandling (BUP)	0,0 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)	0,0 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)	0,0 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %
<b>Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB)</b>				
Antall utskrevne pasienter døgnerbehandling (TSB)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Tabell 4: Planlagt prosentvis aktivitetsutvikling innen psykisk helsevern 2014-2017<sup>3</sup>

#### Særskilt om samhandling

Innenfor somatikk er gevinsten ved uttak av utskrivingsklare pasienter allerede effektivt. Dersom det innføres tilsvarende system innen psykisk helse og avhengighet vil det forventes en stor nedgang i antall utskrivingsklare pasienter. Det kan muliggjøre noe reduksjon i antall senger og personell i Oslo universitetssykehus HF.

På kort sikt forventer ikke Oslo universitetssykehus HF at medfinansieringen vil ha et utslag på aktiviteten. Det er bydelene som håndterer potensielle pasienter og pr dato har ikke disse fått ekstra midler til forebyggende aktivitet. Midlene er foreløpig beholdt sentralt i kommunen.

Det forventes ingen stor effekt for Oslo universitetssykehus HF når kommunal akuttpost (KAD) åpnes. Det er gjennomført en kartlegging som tyder på at svært få av våre inneliggende pasienter kan ivaretas ved kommunal akuttpost. Dette til tross for overføring av mer en 40 millioner kroner fra Oslo universitetssykehus HF budsjett for å dekke satsingen på KAD i kommunen

<sup>3</sup> Aktivitetsnivået forutsetter en forlengelse av avtale med Ahus om kjøp av behandlingsskapasitet for psykosebehandling sikkerhetspsykiatri innen psykisk helsevern for voksne.

Åpningen av KAD kan likevel innebære noe færre pasienter i mottaket ved Oslo universitetssykehus HF. Det arbeides imidlertid også med andre virkemidler. Det er igangsatt et prosjekt som omfatter akutt/subakutt funksjonssvikt der fastlegene blant annet kan få et mer egnet verktøy til å vurdere behovet for innleggelse og eventuelt hvor pasienten bør innlegges. Prosjektet ledes av Oslo universitetssykehus HF og avsluttes/konkluderes i løpet av høsten 2013.

#### **4. Tiltak for å oppnå budsjettert resultatutvikling og finansiering av planlagte investeringer**

##### Tiltak for å oppnå budsjettert resultatutvikling

I økonomisk langtidsplan 2014-2017 (30) er klinikkene tildelt rammer for planperioden. Klinikkene er blidt bedt om å beskrive områder for tiltak som kan gi effekter i planperioden. Konkrete tiltak er foreløpig ikke drøftet i klinikkene. Foreløpig vurdering av effekt på de områder klinikkene arbeider med viser en betydelig resultatutfordring for klinikkene i hele planperioden. For 2014 budsjettet er det foreløpig kun estimert tiltak i størrelsesorden 100 millioner kroner.

Det er i tidligere økonomiske langtidsplaner og i budsjett 2013 arbeidet med følgende virksomhetsovergripende områder:

- Legebemannning (kjøp av legetid)
- Normering og drift av sengeposter
- Samhandling og oppgavedeling
- Innkjøp
- Samlokaliseringer og andre strukturelle tiltak

Oslo universitetssykehus HF arbeider fremdeles innenfor disse områdene for å oppnå størst mulig effekt og størst mulig likhet i produktivitet og betingelser mellom avdelingene og fagene på sykehuset.

GAT er i 2013 implementert som verktøy for planlegging og oppfølging av arbeidstid og medarbeidere i hele sykehuset. Systemet muliggjør økt profesjonalisering av arbeidstidplanleggingen. Sentral HR stab har økt stabsressursene for å inneha egen ekspertise på arbeidstidplanlegging. Det vil i 2013 gjennomføres piloter på sykehuset, og det forventes at kombinasjonen fullimplementert GAT og økt kompetanse vil gi gode resultater.

##### Finansiering av planlagte investeringer

Investeringsnivået er planlagt finansiert gjennom tre kilder. Investeringer til løpende drift håndteres gjennom videreføring av historisk likviditetstildeling på om lag 325 mill kroner. Dette investeringsnivået er forutsatt økt i samsvar med behovet for ytterligere MTU investeringer. Ettersom Oslo universitetssykehus HF ikke kan forventes å få overskudd før tidligst i 2015 vil det utvidede nivået for MTU investeringer i 2014 og 2015 håndteres med kontantoppgjør fra Helse Sør-Øst RHF. I planperioden er dette finansiert med overskudd fra drift etter 2015.

Investeringer i omstilling (Fase 1-3) er forutsatt finansiert med 50 pst låneopptak og 50 pst kontantoppgjør fra Helse Sør-Øst RHF (reduksjon av Oslo universitetssykehus HF fordring på Helse Sør-Øst RHF) - tilsvarende håndtering i økonomisk langtidsplan

2012-2015 og 2013-2016. I byggeperioden for fase 2-3 vil det opparbeides byggelån. Når byggene tas i bruk konverteres lånene til avdragslån med antatt nedbetalingstid 20 år. Nedbetaling av lån er likviditetsmessig håndtert med overskudd på drift. Dette overskuddet må økes fra 2020 når store deler av Fase 2 utbygging tas i bruk. Det er kun Fase 1 investeringene som så langt er behandlet i Stortinget og sikret lånefinansiering.

Investeringer i samhandlingsarena Aker er forutsatt finansiert med låneopptak. Det understrekes at det er usikkerhet knyttet til behovet for investeringer i Helsearena Aker i årene framover og dette behovet vil avhenge av hvilken aktivitet sykehuset skal planlegge for i Aker de nærmeste årene.

Gitt investeringer og de driftsresultater som er planlagt vil gjeldssituasjonen innvirke på kostnadsnivået de kommende år. Med betydelige lån fra 2020 må Oslo universitetssykehus HF være forberedt på å utbetale årlige renter på minimum 200 millioner kroner (gitt lavt rentenivå også i 2020). Dersom rentenivået normaliseres til i overkant av 5 pst må det påregnes rentekostnader på over 300 millioner kroner per år fra 2020. Uavhengig av rentenivået vil store låneopptak medføre vesentlig økning fra nivået i 2013 på om lag 80 millioner kroner.

Det vurderes salg av diverse mindre eiendommer i 2014, herunder Bogerudveien 13-15 til om lag 20 millioner kroner. I 2015 har man prognostisert et salg på om lag 60 millioner kroner som primært knytter seg til salg av Josefinesgate 30 og Pilestredet 77. Disse salgene er imidlertid avhengige av at man etablering/flytting av et DPS til Aker. I et lengre tidsperspektiv, kan det avhengig av sykehusets strategiske veivalg, tenkes at eiendommer knyttet til Ullevål, Radiumhospitalet, og Aker sone 1 avhendes. Avhendingspotensialet for disse eiendommene er ikke vurdert, og det er derfor ikke fastsatt beløp for salg av disse eiendommene.

## **5. Risiko for ikke å oppnå resultatmålene og risikoreducerende tiltak**

Dette er omtalt under kapittel 8.

## **6. Investeringer i bygg og eiendom**

Oslo universitetssykehus HF leverte i økonomisk langtidsplan 2013-2016(26) et budsjett med betydelige investeringer i nybygg og oppgraderinger i eksisterende bygg (om lag 18,5 milliarder kroner). Investeringene var omtalt som omstillingsinvesteringer og inndelt i Fase 1-3. Investeringene var basert på arealutviklingsplan behandlet av styret i Oslo universitetssykehus HF første kvartal 2012. Det er nå startet et idéfasearbeid for planlegging av fremtidens Oslo universitetssykehus HF, og dette arbeidet vil gi grunnlag for oppdaterte investeringsbehov ift de som er fremkommet av arealutviklingsplanen. Idéfasearbeidet blir ikke behandlet av styret i Oslo universitetssykehus HF før i 2014. I økonomisk langtidsplan 2014-2017 (30) er det derfor ikke tatt stilling til oppdaterte investeringsbehov basert på idéfasearbeidet, men det er i hovedsak gjort faseforskyvinger i det budsjett som ble levert som økonomisk langtidsplan for 2013-2016 (26). Under gis nærmere beskrivelse av de enkelte budsjetter og tabell 5 inneholder det totale investeringsbudsjettet per år for ordinært investeringsbudsjett, ekstraordinært investeringsbudsjett og omstillingsbudsjett for både Fase 1 og Fase 2-3.

(mill kroner)	Akkumulert 2013		Budsjet 2014				
	Omstillings-investeringer (Fase 1/) og Samhandling sarena Aker	Omstillings-investeringer (Fase 2 og 3)	Videreføring av drift Ordinær finansiering <sup>1)</sup>	Videreføring av drift Ekstraordinært/ tidligere års overskudd	Omstillings-investeringer (Fase 1/) og Samhandling sarena Aker	Omstillings-investeringer (Fase 2 og 3)	Sum kilder
Sammenbrudd MTU	0	0	160	17	0	0	177
Elektiv MTU	178	0	0	89	80	0	169
Eksisterende bygg <sup>2)</sup>	381	100	80	15	380	400	875
Nybygg	288	0	0	0	10	0	10
Byggelånsrenter	0	0	0	0	20	0	20
Annet	0	0	60	0	0	0	60
IKT	0	0	25	0	0	0	25
Summer (MNOK)	846	100	325	121	490	400	1 336

(mill kroner)	Budsjet 2015					Budsjet 2016				
	Videreføring av drift Ordinær finansiering <sup>1)</sup>	Videreføring av drift Ekstraordinært/ tidligere års overskudd	Omstillings-investeringer (Fase 1/) og Samhandling sarena Aker	Omstillings-investeringer (Fase 2 og 3)	Sum kilder	Videreføring av drift Ordinær finansiering <sup>1)</sup>	Videreføring av drift Ekstraordinært/ tidligere års overskudd	Omstillings-investeringer (Fase 2 og 3)	Sum kilder	
Sammenbrudd MTU	160	17	0	0	177	160	17	0	177	
Elektiv MTU	0	89	40	0	129	0	113	12	125	
Eksisterende bygg <sup>2)</sup>	80	0	458	440	978	80	0	555	635	
Nybygg	0	0	0	0	0	0	0	83	83	
Byggelånsrenter	0	0	0	9	9	0	0	23	23	
Annet	60	0	0	0	60	60	0	0	60	
IKT	25	0	0	0	25	25	0	0	25	
Summer (MNOK)	325	106	498	449	1 377	325	130	673	1 128	

(mill kroner)	Budsjet 2017			
	Videreføring av drift Ordinær finansiering <sup>1)</sup>	Videreføring av drift Ekstraordinært/ tidligere års overskudd	Omstillings-investeringer (Fase 2 og 3)	Sum kilder
Sammenbrudd MTU	160	17	0	177
Elektiv MTU	0	113	132	245
Eksisterende bygg <sup>2)</sup>	80	0	813	893
Nybygg	0	0	907	907
Byggelånsrenter	0	0	44	44
Annet	60	0	0	60
IKT	25	0	0	25
Summer (MNOK)	325	130	1 896	2 351

Tabell 2: Investeringer 2013-2017 fordelt på art og finansieringskilde.

### Investeringer i videreføring av drift

Som det fremgår av kapittel 4 er likviditet fra basisbevilgningen til løpende driftsinvesteringer på om lag 325 mill kroner. Forslag til budsjett for årene 2014-2017 er på mellom 430-455 mill kroner., finansiert med ekstraordinær tildeling og overskudd. Budsjettet er økt for å ta høyde for særskilt behov for investeringer i medisinsk teknisk utstyr. For nærmere omtale av dette behovet, se eget kapittel 7.

### Omstillingsinvesteringer Fase 1

Stortinget har bevilget en ramme på 1,5 milliarder kroner til prosjekter som Oslo universitetssykehus HF definerer som Fase 1 investeringer. I tillegg omfatter budsjett til Fase 1 ytterligere 75 millioner kroner til samhandlingsarena Aker, 200 millioner kroner til nytt brystkreftsenter på Radiumhospitalet (budsjettutvidelsen forutsettes eksternt finansiert gjennom Stiftelsen Det Norske Radiumhospitalet) og kompensasjon for lønns- og prisvekst.

Omstillingsprosjekter i fase I pågår for fullt og fremdrift er i henhold til revidert og utvidet plan. Det største enkeltstående prosjektet er nytt akuttbygg på Ullevål. De ulike prosjektene er i ulike faser: Flere er gjennomført, flere er under gjennomføring og det

pågår flere forprosjekter som vil kartlegge kvalitet, gevinster, tidsplan og kostnader. I tillegg pågår det virksomhetsavklaringer innen enkelte fagområder som endokrinologi, urologi og barn, og dette arbeidet vil danne grunnlag for fremtidige forprosjekter. For disse områdene er det lagt inn estimater i budsjettet for fase 1 investeringer som ikke er basert på gjennomførte forprosjekter, slik at det totale budsjettet innebærer usikkerhet.

### Omstillingsinvesteringer Fase 2 og 3

Fremdrift i investeringsplanene for store nybygg og store ombygginger er usikre ettersom Oslo universitetssykehus HF nå går inn i en idéfase. Håndtering av en bygningsmasse som trenger økt vedlikehold, men ikke minst oppgraderinger i forhold til tilsyn og manglende teknisk infrastruktur må dermed planlegges og vurderes i forhold til planer som legges for fremtidige bygg.

#### *Tilsyn og infrastruktur*

Det ble i løpet av høsten 2013 utarbeidet og forankret et forslag om årlig budsjett for å lukke tilsynsavvik med inntil 250 mill årlig. Bakgrunnen er at det til sammen foreligger et estimert tilsynsavvik på vel 2 milliarder kroner i Oslo universitetssykehus HF's bygningsmasse. Noen av disse avvikene lukkes også av pågående omstillingsprosjekter, men de fleste av avvikene må lukkes som egne prosjekter. Grunnen til at det ikke kan planlegges med en høyere gjennomføringstakt for å lukke disse avvikene er at det drives aktiv pasientbehandling i byggene og at det er en betydelig utfordring å skaffe rokadearealer for driften under oppgraderingene.

I tillegg til myndighetspålegg har sykehuset en stor utfordring med gammel infrastruktur. Med dette menes de deler av bygginvesteringer som understøtter driften, det være seg vvs, elektro, kjøling og annet virksomhetskritisk utstyr. De aller fleste investeringsprosjekter (enten det er omstillingsprosjekter, IKT prosjekter eller MTU anskaffelser) bygger på forutsetning om at det foreligger adekvat infrastruktur. Sykehuset er imidlertid nå i en situasjon der infrastrukturen er gammel eller at maksimal yteevne er utnyttet. Dette gir store og nødvendige investeringsbehov i årene fremover til ny bygningsmasse er etablert. Per nå er ikke det totale behovet beregnet, men det arbeides med å kvalitetssikre omfanget før sommeren 2013. I et kost/ nytte perspektiv vil det være et mål å gjøre det meste av disse investeringene så tidlig som mulig. Antatt gjennomføringsevne vil også her være ca 200-300 mill årlig dersom man kan gjøre deler av dette uten forstyrrelser i driften knyttet til pasientbehandlingen.

#### *Gjennomføring av omstillingsinvesteringer Fase 2-3*

De investeringer som ligger i lukking av tilsyn og behov for oppgradering av infrastruktur vil samkjøres med de nye investeringsplanene for sykehuset. I investeringsbudsjettet inngår derfor disse investeringene i Fase 2 og Fase 3 budsjettet. Omfanget av Fase 2 og Fase 3 budsjettet er holdt på samme nivå som ved behandling av ØLP 2013-2016 (26). Oslo universitetssykehus HF forventer at idéfasearbeidet er ferdig i begynnelsen av 2014, og deretter starter neste fase i den videre utviklingen av sykehuset. Forskjellen i forhold til forrige ØLP melding er at deler av fase 2 og 3 er forskjøvet med om lag 1 til 1 ½ år. De behov som fremkommer av tilsynspålegg og utbedring av infrastruktur blir de første områder der det investeres i Fase 2. Dette nivået er foreløpig beregnet til om lag 400 millioner kroner i 2014 og 450 millioner kroner i 2015. Det er fremdeles stor usikkerhet ved budsjettfastsettelsen og mulig fremdrift for prosjektene. Det arbeides med detaljering av behov frem mot sommeren

2013 for å få et mer presist estimat for både totalt omfang og et mer detaljert investeringsbudsjett for 2014.

## **7. Investeringer i medisinsk teknisk utstyr**

Oslo universitetssykehus HF er det foretaket i HSØ RHF med lengst gjennomsnittlig levetid for medisinsk teknisk utstyr. Gjennomsnittlig levetid overstiger 10,5 år. Styret i Oslo universitetssykehus HF ble i 2012 (sak 63/2012 og 74/2012) orientert om den tilstand medisinsk -teknisk utstyr (MTU) ved Oslo universitetssykehus HF befinner seg i. Med mål om å stanse opp aldringsprosessen av utstyrsparken og over tid redusere gjennomsnittlig alder, ga styret administrerende direktør i oppdrag å forberede en plan for å gjennomføre årlige investeringer i medisinsk teknisk utstyr i størrelsen 350 millioner kroner per år i perioden 2013-2015.

På bakgrunn av dette har Oslo universitetssykehus HF nedsatt en styringsgruppe som leder dette arbeidet samt en prosjektgruppe for å gjennomføre det plan- og analysearbeidet som denne prosessen krever. 15. juni 2013 skal analysefasen avsluttes med en rapport som skal redegjøre for arbeidet som er utført og forslå prioriterte investeringer til MTU for 2014 og 2015. Som ledd i denne prosessen vil det også bli gjennomført en totalvurdering av behovet opp mot et årlig investeringsnivå på 350 millioner kroner. Foreløpig er det styrebehandlete investeringsnivået på 350 millioner kroner i året lagt til grunn i langtidsplanperioden.

I arbeidet med prioritering av utstyr blir følgende prinsipper lagt til grunn:

- Anskaffelsene skal understøtte foretakets strategi og bidra til høy kvalitet i foretakets tjenester
- Driftskritisk utstyr som har brutt sammen eller som er nær til å bli ubrukelig vil bli erstattet
- Utnyttelsesgraden av utstyret skal økes, blant annet ved bedre bruk av utstyr på tvers av klinikk- og avdelingsgrenser
- Det gjennomføres lønnsomhetsanalyser som supplement til de faglige analysene for å sikre korrekt anskaffelse og effektiv bruk av det nye utstyret
- Målet er en reduksjon i antall utstyrsenheter og høyere kvalitet på hver enkelt enhet

### *Forestående investeringer i medisinsk teknisk utstyr i 2013/2014*

I tråd med ovennevnte prinsipper har Oslo universitetssykehus HF ved vurdering av anskaffelser i 2013 lagt stor vekt på utskifting av kritisk viktig utstyr som er ubrukelig eller som er nær ved å bli ubrukelig, og utstyr som er viktig for pasientsikkerhet og effektiv drift. I tillegg til utstyrsinvesteringer knyttet til sammenbrudd, omstillingsprosjekter, innmeldte business case, LINAC og trykktank vil det anbefales ytterligere anskaffelser før sommeren som gjennomføres så raskt som mulig og helst i inneværende år.

## **8. Nødvendig resultatnivå i Oslo universitetssykehus HF og mulighetene for å oppnå dette**

Oslo universitetssykehus HF er i en situasjon med både gammel bygningsmasse, lang gjennomsnittlig levetid på medisinsk teknisk utstyr og behov for samkjørte IKT systemer. Dette fremtvinger et behov for økt investeringsnivå både på kort og lang

sikt. Oslo universitetssykehus HF vil i denne langtidsplanperioden arbeide med bedre gjennomføring av virksomheten for å sikre en driftsøkonomi som gjør det mulig å investere i nødvendig utstyr og bygningsmasse. Oslo universitetssykehus HF planlegger derfor å komme over i en overskuddssituasjon fra dagens underskuddsbudsjett på 200 mill kroner så tidlig som mulig i planperioden. I langtidsplanperioden er det forutsatt et resultat i balanse i 2014 og deretter et overskudd i 2015 på 150 mill kroner, 300 mill kroner i 2016 og 350 mill kroner i 2017. Med denne resultatutvikling vil netto kontantstrømeffekt av drift og investeringer være om lag uendret eller noe positiv i perioden 2014-2017 samlet.

Det er stor risiko knyttet til resultatkravet i 2014. Dette året er det ekstraordinære kostnader som følger av implementering av DIPS. Opplæringskostnadene for gjennomføring av DIPS implementering er alene budsjettet med 120 millioner kroner i driftsbudsjettet for 2014. Med dagens kostnadsnivå ut over budsjett i første kvartal 2013, skjerpet resultatkrav med 200 millioner kroner i 2014 og betydelige merkostnadene til DIPS innebærer dette et krav til effektivisering av virksomheten på over 3 pst. Dette vil være krevende å gjennomføre.

For 2015 er det budsjettet med et overskudd på 150 millioner kroner og 2016 et overskudd på 300 millioner kronene. Fra budsjett 2014 innebærer dette et krav til effektivisering på om lag 1,5 pst for hvert av disse årene. Dette er også krevende resultatkrav. For 2017 er resultatkravet økt til 350 millioner kroner, som i liten grad innebærer et krav til effektivisering fra 2016. Totalt i planperioden innebærer budsjettet et krav til effektivisering fra resultat 2012 til budsjett 2017 på om lag 10 pst.

## **9. Styrebehandling av økonomisk langtidsplan**

Det er planlagt styrebehandling av økonomisk langtidsplan 25. april 2013. Dette er før Helse Sør-Øst RHF's frist for innsendelse den 30. april.

Dersom videre dialog med Helse Sør-Øst RHF og styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF's styre ikke medfører vesentlige endringer i planforutsetningene for Oslo universitetssykehus HF er det ikke planlagt ny styrebehandling i Oslo universitetssykehus HF, kun orientering om behandlingen i Helse Sør-Øst RHF.



	<b>PROTOKOLL</b>  Drøfting i medhold av hovedavtalen kap. VII, jf arbeidsmiljøloven kapittel 8
<i>Dato:</i>	18.04.2013
<i>Sted:</i>	Oslo universitetssykehus
<i>Parter:</i>	Ledelsen for Oslo universitetssykehus Foretakstillitsvalgte, foretaksverneombudene
<i>Sak:</i>	Sak 1 Økonomisk langtidsplan 2014-2017
<i>Tilstede:</i>	<u>Fra arbeidsgiversiden:</u> Bjørn Erikstein, Rolv Økland, Morten Reymert, Øyvind Wøllo, Marit Bjartveit, Øyvind Skraastad, Geir Teigstad  Referent: Mari Torset
	<u>Fra arbeidstakersiden:</u> Merete Nordheim Morken (NSF), Bjørn Wølstad-Knutzen (Fagforbundet), Eli Skorpen (NRF), David Pearson (Parat), Svein Erik Urstrømmen (NSF), Aasmund Bredeli (Dnlf), Birgit Aanderaa (NPF)
	<u>Fra vernetjenesten:</u> -

### Sak 1 ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2014-2017

Morten Reymert og Øyvind Wøllo presenterte saken med henvisning til utsendte saksdokumenter, styresak 26/2013 Økonomisk langtidsplan med kommentarer.

Det ble orientert om følgende punkter:

- Hovedmål og krav
- Inntektsrammer og aktivitetsforutsetninger
- Investeringer
- Resultatkrav og resultatbudsjett
- utfordringer og videre prosess

Økonomisk langtidsplan er lagt frem for arbeidstakersiden tidligere. Det er gjort noen oppdateringer i inntektsmodellen:

- Fremskrivning av befolkning
- Poliklinisk radiologi- og laboratorieaktivitet
- Forskningsaktiviteten
- Gjestepasienter i TSB-modellen

Som følge av dette er det gitt en økning i ramme på 310 mill kroner fra 2013 til 2014.

Utfordringene videre er

- Krav til kostnadsreduksjon, årsverksreduksjon og produktivetsforbedring
- Særlig høye krav i 2014, gitt kostnader ved opplæring DIPS
- Trenger store resultatforbedringer for å forsvare et høyt investeringsnivå framover

Spørsmål og kommentarer til forståelsen av økonomisk langtidsplan 2014-2017 ble besvart.

### **Arbeidstakersidens kommentarer**

- Arbeidstakersiden ber arbeidsgiver kommentere aktivitetsveksten som er justert ned fra om lag 2 pst til 1,5 pst.
- Det stilles også spørsmål til forutsetningen om budsjettbalanse i 2014 som er lagt inn i ØLP.
- Videre uttrykkes bekymring for utviklingen i psykiatri videre, særlig kuttene i TSB.

Det vises til utfyllende kommentarer i de vedlagte protokolltilførsler.

### **Arbeidsgiversidens kommentarer**

- Aktivitetsveksten som i denne versjon av ØLP er mindre enn 2 pst kan det fortsatt være noe usikkerhet rundt, men den er basert på en samlet vurdering og intern fordeling etter prosess i hver klinikk.
- Foretakets utfordringer, eksempelvis med DIPS, gjestepasientoppgjør og aktivitetsmål, skal kommenteres ytterligere i styresaken.
- Arbeidsgiver understreker også at det er krevende å estimere plantall innen psykisk helsevern og TSB.
- Administrerende direktørs vurderinger vil bli lagt til i styresaken på et senere tidspunkt. Det vil orienteres om dette i dialogmøtet i forkant av styremøtet.

### **Protokolltilførsler**

Det vises til vedlagte protokolltilførsel fra Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon NITO, Fagforbundet, Den norske legeforening og Norsk sykepleierforbund (s. 3, punkt 1.).

Parat, Samfunnsviterne, Fagorganisasjonen, Norges farmaceutiske forening, Norsk ergoterapeutforbund, Norsk fysioterapeutforbund, Norsk radiografforbund og Presteforeningen har gitt sin tilslutning til protokolltilførselen.

Norsk psykologforening har også gitt sin tilslutning med en tilleggsbemerkning som er lagt ved som protokolltilførsel (s. 3, punkt 2.).

*Administrerende direktør/  
Arbeidsgiver  
(Sign)*

*Arbeidstakerorganisasjonene  
(Sign)*

## **1. Protokolltilførsel fra fra Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon NITO, Fagforbundet, Den norske legeforening og Norsk sykepleierforbund.**

Parat, Samfunnsviterne, Fagorganisasjonen, Norges farmaceutiske forening, Norsk ergoterapeutforbund, Norsk fysioterapeutforbund, Norsk radiografforbund, Norsk psykologforening og Presteforeningen har gitt sin tilslutning til protokolltilførselen.

Organisasjonene mener styresaken gir en god beskrivelse av sykehusets vanskelige økonomiske situasjon og utfordringer de nærmeste årene. Vi er tilfreds med de positive endringene i inntektsforutsetningene for perioden, men mener fremdeles at sykehuset er underfinansiert innenfor flere områder og at det må jobbes videre med å synliggjøre dette overfor eier.

Organisasjonene er også tilfreds med at det legges opp til et høyere investeringsnivå når det gjelder bygninger, MTU og IKT. Dette er helt nødvendig for bedre pasientsikkerheten og derved kvaliteten på pasientbehandlingen. Det gjenstår likevel målrettet fokus på strategisk kompetanseplanlegging og kostnader knyttet til dette.

Organisasjonene kan ikke støtte en plan med et driftsbudsjett som legger opp til økonomisk balanse allerede i 2014. Vi vurderer dette som urealistisk med mindre driftsrammene økes ytterligere. Resultatbalanse og overskudd i driften danner grunnlag for fremtidige investeringer, men vi ser ikke at nåværende driftssituasjon gjør det mulig allerede i 2014. Aktivitetsvekst kombinert med nedbemanning er urealistisk fordi sykehuset fremdeles ikke har vesentlige effekter av investeringene i IKT og bygg. Det er dermed svært begrensede muligheter for både økt effektivitet og aktivitet i planperioden. Implementeringen av DIPS høsten 2014 vil gi sykehuset ytterligere økonomiske utfordringer på grunn av opplæringskostnader og samtidig risiko for redusert aktivitet.

Organisasjonene er på bakgrunn av dette svært bekymret for de konsekvenser det fremlagte forslag til økonomisk langtidsplan kan ha for kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen, og for arbeidsforholdene til de ansatte.

Rita Von Der Fehr, NITO  
Aasmund Bredeli, DNLF  
Bjørn Wølsted Knudsen, Fagforbundet  
Merete Norheim Morken, Norsk Sykepleierforbund

## **2. Protokolltilførel fra Norsk psykologforening**

Psykologforeningen støtter protokollen, men ønsker i tillegg å uttrykke stor bekymring for de svært store kuttene innen TSB. Psykologforeningen er også bekymret for den generelle tendensen til at psykisk helsevern og TSB ikke skal ha en aktivitetsutvikling og kvalitetsforbedring på linje med somatikken.

Birgit Aanderaa  
FTV OUS Psykologforeningen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. april 2013

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling

Vedlegg: 1. Sluttrapport Gjennomføringsprosjektet uten vedlegg

Utrykte vedlegg:

2. Handlingsplan – gjennomføring i klinikkene
3. Handlingsplan for tiltak det skal arbeides videre med
4. Statusoversikt – gjennomføring i klinikkene

---

### SAK 27/2013 - GJENOMFØRINGSPROSJEKTET – SLUTTRAPPORT OG PLAN FOR VIDERE OPPFØLGING

#### Forslag til vedtak:

1. *Styret tar Gjennomføringsprosjektets sluttrapport og plan for videre arbeid til etterretning.*
2. *Styret understreker at ventelister og antall fristbrudd skal følges opp og ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppfølgingsplanen.*

Oslo, den 18. april 2013

Bjørn Erikstein

## 1. SAMMENDRAG

Det vises til sak 65/2012 – oppfølging av konsernrevisjon av internkontroll og styring av det pasientadministrative arbeidet og ventelistehåndtering og fristbrudd i Oslo universitetssykehus. I denne saken orienteres om resultater fra Gjennomføringsprosjektet, og om plan for ivaretagelse av gjenstående arbeid.

Prosjektet har gitt et økt fokus på betydningen av korrekte ventelister og har gitt en betydelig kompetanseheving i foretaket med fokus på lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og –system. Det er en betydelig bedring i kvaliteten på de pasientadministrative data etter rydding av ventelister og opplæring i korrekt registrering av henvisninger og oppfølging av ventelister. Foretaket har nå på plass kvalitetssikrede styrende dokumenter for hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet og det er økt fokus på elektroniske arbeidsprosesser. Skriftlig informasjon til pasientene gjennomgås og pasienters rettigheter og interesser blir bedre ivare tatt.

Samtidig gjenstår det fortsatt et arbeid før alle ventelister er ajourført og klinikkene har gode rutiner på alle områder. Det er derfor lagt stor vekt på å sikre en kontinuerlig oppfølging av ventelister både på foretaksnivå og klinikknivå. Stab Medisin, helsefag og utvikling får linjeansvaret med oppfølging av overordnede tiltak som ikke er avsluttet og status vil inngå som en del av det ordinære oppfølgingsregime administrerende direktør har med klinikkene. Videre får klinikklederne ansvar for slutføring av tiltak og kontinuerlig oppfølging i avdelingene i sine respektive klinikker.

## 2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Administrerende direktør konstanterer at det er lagt ned et stort arbeid i klinikkene og avdelingene i forbindelse med Gjennomføringsprosjektet. Det er administrerende direktørs vurdering at arbeidet har gitt positive resultater knyttet til ventelister og fristbrudd. I tillegg har prosjektet gitt en økt forståelse av viktigheten av ajourførte ventelister og en økt kompetanse i foretaket. Det gjenstår imidlertid oppfølgingspunkter både i forhold til overordnet handlingsplan og klinikkenes handlingsplan.

Momentene i klinikkenes handlingsplan representerer oppgaver som kontinuerlig må følges opp og overvåkes i linjen, og her vil klinikklederne få ansvar for videre gjennomføring og oppfølging av egne avdelinger. Spesielt skal det vektlegges gode rutiner og ajourførte ventelister. Et viktig område som vil bli prioritert og hvor dataene fortsatt har usikker kvalitet blant annet som følge av utfordringer med det pasientadministrative systemet, gjelder såkalte åpne henvisningsperioder uten ny avtalt kontakt med sykehuset, også kalt ”interne ventelister”.

Når det gjelder overordnet handlingsplan er det utarbeidet en oppfølgingsplan for dette og her vil linjeansvaret legges til Stab medisin, helsefag og utvikling. Administrerende direktør ønsker å understreke at det vil sikres et kontinuerlig fokus på ventelister og fristbrudd ved at oppfølging av prosjektet vil inngå i administrerende direktørs ordinære oppfølgingsregime med klinikkene.

I tillegg vil administrerende direktør følge opp prosjektets anbefalinger knyttet til organisering og styring av det pasientadministrative arbeidet.

Det er imidlertid administrerende direktørs vurdering at tiltakene i Gjennomføringsprosjektet er sikret kontinuerlig oppfølging i linjen og at prosjektet dermed kan avsluttes.

### **3. FAKTABESKRIVELSE**

#### **3.1 Bakgrunn og kort beskrivelse av Gjennomføringsprosjektet**

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennomførte to revisjoner ved Oslo universitetssykehus HF i 2011 hvor revisjonsrapportene forelå våren 2012. Den ene revisjonen så på styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i sykehuset, mens den andre gjennomgikk ventelister og fristbrudd, spesielt i forhold til henvendelser fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) ved fristbrudd:

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

I tillegg har det regionale helseforetaket gjennomført et prosjekt hvor man har fokusert på det pasientadministrative arbeidet:

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

Oslo universitetssykehus utarbeidet et mandat og en overordnet handlingsplan for å ivareta anbefalingene fra revisjonsrapportene. Anbefalinger fra prosjektet "Glemt av sykehuset" ble også inkludert i denne handlingsplanen. Mandat for arbeidet og handlingsplanen ble godkjent av styret i møtet den 20.9.2012.

Hovedfokus har vært opplæring og kompetanseheving samt kvalitetssikring av arbeidsprosesser knyttet til lovverk og interne retningslinjer. Hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet fra registrering og vurdering av henvisninger til ajourføring og oppfølging av ventelister har vært i fokus. Korrekte aktivitets- og styringsdata har således vært fokusområder, spesielt fristbrudd og langtidsventende. En prosjektgruppe ble oppnevnt for å ivareta gjennomføring i foretaket. På bakgrunn av overordnet handlingsplan utarbeidet prosjektgruppen en handlingsplan for klinikkens arbeid knyttet til prosjektet (uttrykt vedlegg 2). Handlingsplanen ble forankret i ledelsen og linjen. Det ble nedsatt klinikk- og avdelingsvise prosjektgrupper for å sikre gjennomføring i klinikkene. Alle forbedringsområder har hatt tilhørende tiltak med angitt fremdrift og ansvar.

#### **3.2 Oppsummering av Gjennomføringsprosjektets viktigste resultater**

Prosjektet har utarbeidet en sluttrapport som er vedlagt saken (vedlegg 1). Her er resultatene fra prosjektet oppsummert. Disse viser en betydelig bedring i antall langtidsventende og 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. Foretaket har nå på plass kvalitetssikrede styrende dokumenter for hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet og det er økt fokus på elektroniske arbeidsprosesser. Pasienters rettigheter og interesser blir således bedre ivaretatt.

#### *Status overordnet handlingsplan*

Prosjektets overordnede handlingsplan har 43 hovedmomenter med 142 underpunkter som omhandler anmerkninger fra konsernrevisjonen og anbefalinger fra det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset" (konf styresak 65/2012).

Overordnet handlingsplan er gjennomgått og oppdatert med status for gjennomføring fire ganger i prosjektperioden. Det gjenstår ingen punkter hvor status er "ikke påbegynt".

Det er ved avslutning av prosjektet 109 punkter som har status påbegynt, og for ivaretagelse av disse er det utarbeidet en "Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet" (uttrykt vedlegg 3). Nedenfor gis en samlet oversikt over hva punktene omfatter:

- 63 underpunkter gjelder oppfølging i linjen: "Avdelingene utvikler gode retningslinjer for ivaretagelse av prosedyrer med tydeliggjøring av roller og ansvar" og "Kvalitetssikring/oppfølging i linjen". Samlet oversikt over resultater fra klinikkens handlingsplan viser at det i enkelte avdelinger mangler gjennomføring av et eller flere av disse punktene, slik at en overordnet rapportering innebærer at disse punktene ikke kan settes som gjennomført for hele foretaket.
- Disse punktene ivaretas gjennom ordinært oppfølgingsregime i klinikkene, og ved planlagt internrevisjon i alle klinikker i løpet av 2013 (konf. styresak 28/2012 Revisjonsplan 2013)
- 6 oppfølgingspunkter gjelder "Opplæring og kompetanseheving med gjennomgang av lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og –system". Samlet oversikt over resultater fra klinikkens handlingsplan viser at det i enkelte avdelinger ikke er sikret tilfredstillende kompetanse, slik at en overordnet rapportering innebærer at disse punktene ikke kan settes som gjennomført for hele foretaket.
- Disse er samlet til ett hovedpunkt i "Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet"
- 7 oppfølgingspunkter gjelder styring: "Det skal utarbeides overordnet prosedyre som beskriver lederansvar i forhold til det pasientadministrative systemet for Oslo universitetssykehus".
- Disse er samlet til ett hovedpunkt i "Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet".
- 3 punkter gjelder nye prosedyrer som er under utarbeidelse.
- Disse er egne punkter i "Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet".
- De resterende 30 punktene er også inkludert i "Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet" og omhandler overordnet:
  - Utkast til dokument – Forvaltning av kliniske systemer
  - Systemendringer som kommer med neste versjon av PasDoc
  - Åpen henvisningsperiode uten kontakt
  - Henvisning fra primærhelsetjenesten – tiltak for å bedre kvaitet

- Pasientinformasjon
- PAS-risikovurdering og planlagte internrevisjoner

#### *Status klinikkens gjennomføring*

Status for gjennomført, påbegynt eller ikke påbegynt i forhold til momentene i klinikkens handlingsplan er kartlagt tre ganger i prosjektperioden: januar, februar og april 2013. Det er laget et scoresystem som viser total score for foretaket og per avdeling med tanke på rapportert status for alle punkter i klinikkens handlingsplan. Total maxscore for hele foretaket er 3698. Siste måling viser en god fremgang med 765 poeng til en totalscore på 3112. Dette tilsvarer en betydelig økning av punkter som er gjennomført i klinikkene (uttrykt vedlegg 4).

I klinikkens evalueringsrapporter er følgende anbefalinger gitt om tiltak som bør følges opp på overordnet nivå:

- Kontinuerlig opplæringstilbud som er rolletilpasset, med sertifisering etter opplæring.
- Rapportmeny i Ledelsesinformasjonssystemet må videreutvikles slik at ledere på alle nivåer kan finne oppdaterte rapporter på all aktivitet knyttet opp mot registreringer i det pasientadministrative systemet.
- Opplæring og oppfølging av nivå 1-prosedyre for interne henvisninger.
- Ansettelse av en ventelisteansvarlig med dedikerte oppgaver innenfor ventelistebehandling på foretaksnivå.
- Det er behov for én enhet i foretaket som (i større grad) kan være en ressurs og hjelp for brukernivå i klinikkene.

Punktene over inngår i "Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet" og vil i denne sammenheng bli vurdert av sykehusledelsen og fulgt opp av stab Medisin, helsefag og utvikling.

#### *Prosjektgruppens anbefalinger*

Prosjektgruppen har følgende anbefalinger for oppfølging etter avslutter prosjekt:

- Foretaket bør foreta en gjennomgang av ansvarsroller og internkontroll i forhold til PAS/EPJ, herunder
  - o eier-, fag- og styringsansvar
  - o utøveransvar i forhold til forvaltning av pasientadministrative systemer, organisasjons- og kodeverksvedlikehold, drift og forvaltning av ledelsesinformasjonssystem og kvalitetssikring og rapportering leder- og brukeransvar
- Ventelisteansvarlig i klinikk er en etablert funksjon i klinikkene. Det anbefales at funksjonen ventelisteansvarlig i klinikk blir en rådgiverstilling i stab til klinikkleder.
- Nettverket for henvisninger, ventelister og fristbrudd – Ventelistenettverket – ble etablert ved Oslo universitetssykehus i 2010. Det anbefales at Nettverket for henvisninger, ventelister og fristbrudd re-etableres og formaliseres som et Ventelisteråd som knyttes til Stab medisin, helsefag og utvikling, og at det etableres en stilling i staben som får ansvar for oppfølging av ventelistearbeidet på foretaksnivå.
- Oslo universitetssykehus har i dag 69 adresser for henvisningsmottak. Det anbefales at det i god tid før innføring av DIPS-prosjektet i oktober 2014



etableres ett felles henvisningsmottak i OUS som mottar og registrerer elektive papir- og evt elektroniske henvisninger.

Punktene over inngår i ”Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet” og vil i denne sammenheng bli vurdert av sykehusledelsen og fulgt opp av stab Medisin, helsefag og utvikling.

### **3.2 Videre oppfølging og organisering**

Handlingsplanen for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet ivaretar punkter i status påbegynt i overordnet handlingsplan, tiltak anbefalt i klinikkens evalueringsrapporter og anbefalinger fra Gjennomføringsprosjektet. Foretaket mener derved å ha god oversikt over gjenstående tiltak, og disse vil overordnet sett følges opp av viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling. I tillegg vil en kontinuerlig oppfølging av ventelister, fristbrudd og tiltak sikres gjennom administrerende direktørs ordinære oppfølgingsmøter med klinikkene og gjennom klinikkleders oppfølging med avdelingene. På bakgrunn av dette avvikles Gjennomføringsprosjektet og videre oppfølging ivaretas i linjen.



# Gjennomføringsprosjekt

*Ivaretagelse av anmerkninger og anbefalinger etter konsernrevisjoner 2012  
og prosjektet "Glemt av sykehuset"*

## Sluttrapport

Fokusområder: Henvisnings- og ventelistehåndtering. Pasientadministrative rutiner og –systemer. Korrekte aktivitets- og styringsdata.

## ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Endring	Produsent	Godkjent av
0.2	11.03.2013	Første utkast	Monique Bennett	
0.6	08.04.2013	Klinikkens evaluering er sammenfattet og satt inn i rapporten		
0.8	11.4.2013	Oppdatert versjon, diskrepanser tydeliggjort. Korrekturlesning, kvalitetssikret referanser og vedlegg	Monique Bennett	
0.9	12.4.2013	Gjennomgang av alle kapitler	Monique Bennett Erik Carlsen Cathrine M. Lofthus	
1.0	15.4.2013	Endelig versjon	Monique Bennett Erik Carlsen	Cathrine M. Lofthus

## REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Nr.	Dokumentnavn	Dok.id.	Versjon	Arkiv	Dato
1	Rapport 4/2012. Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF				Juni 2012
2	Rapport 6/2012. Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF				Juni 2012
3	Økt pasientsikkerhet gjennom pasientadministrativt arbeid - det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset"				August 2012
4	Reviderte prosedyrer og retningslinjer for henvisningsbehandling og ventelisteadministrasjon				Juni 2012
5	Organisering av E-henvisningsmottak ved OUS				08.08.12
6	Veileder. Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten	15-1183		Utgitt av Sosial- og helsedir.	12/2004

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>BAKGRUNN OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>PROSJEKTORGANISERING</b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>MANDATBESVARELSE</b> .....	<b>6</b>
3.1	SIKRE AT PROSJEKTGRUPPEN HAR FELLES MÅL OG FORMIDLER DETTE ENSARTET .....	6
3.2	SØRGE FOR AT RIKTIG KOMPETANSE ER TILGJENGELIG FOR OG I PROSJEKTGRUPPEN .....	6
3.3	UTARBEIDE OG FØLGE OPP HANDLINGSPLAN MED TILTAK FOR Å IVARETA KONSERNREVISJONENE OG PROSJEKTET ”GLEMT AV SYKEHUSET” .....	6
3.4	SØRGE FOR AT OUS HAR SYSTEMER FOR OPPLÆRING OG KOMPETANSEHEVING MED GJENNOMGANG AV LOVER, REGLER OG PROSEDYRER KNYTTET TIL PASIENTADMINISTRATIVT ARBEID .....	13
3.5	GJENNOMGANG AV- OG OPPLÆRING I GODE OG HENSIKTMESSIGE ARBEIDSPROSESSER OG RUTINER KNYTTET TIL PASIENTADMINISTRATIVT ARBEID OG KVALITETSSIKRING AV PASIENTADMINISTRATIVE DATA.....	13
3.6	GJENNOMGANG OG FORBEDRING AV PASIENTBREV OG PASIENTINFORMASJON KNYTTET TIL HENVISNINGSHÅNDTERING OG VENTELISTEADMINISTRERING .....	14
3.7	GJENNOMGANG AV BEHOV FOR SYSTEMENDRINGER KNYTTET TIL DE PASIENTADMINISTRATIVE SYSTEMER.....	14
3.8	UTARBEIDE FORSLAG TIL STYRENDE DOKUMENT MED TILHØRENDE PROSEDYRER OG RUTINER DER DET DETTE MANGLER I FORETAKET .....	15
<b>4</b>	<b>EFFEKT MÅL OG GEVINSTER</b> .....	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>MILEPÆLSPLAN</b> .....	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>RISIKOANALYSE</b> .....	<b>16</b>
<b>7</b>	<b>EVALUERING AV GJENNOMFØRINGSPROSJEKTET OG ANBEFALINGER FRA PROSJEKTGRUPPEN</b> .....	<b>16</b>
7.1	EVALUERING .....	16
7.1.1	<i>Oppsummering av klinikkens evalueringsrapporter</i> .....	19
7.2	ANBEFALINGER .....	22
7.2.1	<i>Styring – momenter fra rapport 4/2012</i> .....	23
	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>25</b>

## **1 BAKGRUNN OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET**

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har gjennomført to revisjoner i Oslo universitetssykehus (OUS) i 2011 hvor revisjonsrapportene forelå våren 2012. Den ene revisjonen så på styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i sykehuset, mens den andre gjennomgikk ventelister og fristbrudd, spesielt i forhold til henvendelser fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) ved fristbrudd:

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

I tillegg har det regionale helseforetaket gjennomført et prosjekt hvor man har fokusert på det pasientadministrative arbeidet:

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

Oslo universitetssykehus utarbeidet et mandat og en overordnet handlingsplan for å ivareta anbefalingene fra revisjonsrapportene. Anbefalinger fra prosjektet "Glemt av sykehuset" ble også inkludert i denne handlingsplanen. Mandat for arbeidet og handlingsplanen ble godkjent av styret 20.9.2012.

Hovedfokus har vært opplæring og kompetanseheving samt kvalitetssikring av arbeidsprosesser knyttet til lovverk og interne retningslinjer. Hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet fra registrering og vurdering av henvisninger til ajourføring og oppfølging av ventelister har vært i fokus. Korrekte aktivitets- og styringsdata har således vært fokusområder, spesielt fristbrudd og langtidsventende.

En prosjektgruppe ble oppnevnt for å ivareta gjennomføring i foretaket. På bakgrunn av overordnet handlingsplan utarbeidet prosjektgruppen en handlingsplan for klinikkens arbeid knyttet til prosjektet. Handlingsplanen ble forankret i ledelsen og linjen. Det ble nedsatt klinikk- og avdelingsvise prosjekter for gjennomføring i klinikkene. Alle forbedringsområder har hatt tilhørende tiltak med angitt fremdrift og ansvar.

Det vises til vedlegg:

1. Mandat
2. Handlingsplan – overordnet
3. Handlingsplan – gjennomføring i klinikkene

## **2 PROSJEKTORGANISERING**

### **Prosjekteier**

Viseadministrerende direktør Cathrine Lofthus, Stab medisin, helsefag og utvikling.  
Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet.

### **Prosjektledelse**

Ass. medisinsk direktør Erik Carlsen, Stab medisin, helsefag og utvikling.  
Fasilitator, spesialrådgiver Monique Renée Bennett, Stab medisin, helsefag og utvikling.

### **Prosjektstyring, rapportering**

Prosjektets hovedfokus har vært gjennomføring av opplærings- og kompetansehevingstiltak og korrigerende tiltak i fht. avvik og anmerkninger i konsernrevisjonsrapportene og anbefalinger fra prosjektet "Glemt av sykehuset". Prosjektledelsen har hatt ukentlige oppfølgingsmøter med prosjekteier viseadministrerende direktør Cathrine Lofthus, Stab medisin, helsefag og utvikling. Prosjektrapportering har sikret at prosjekteiere kunne følge opp prosjektets fremdrift, og raskt treffe beslutninger angående oppfølging av planer og mål.

I tillegg er klinikkens arbeid med prosjektet fulgt opp i oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og klinikkene som særskilt tema, og ved særskilt rapportering på klinikkens handlingsplan til prosjektledelsen i Gjennomføringsprosjektet.

### Prosjektgruppen

Prosjektgruppen har gjennomgått handlingsplan og i fellesskap satt opp plan for gjennomføring. Ved gjennomgang av handlingsplanen, ble det tatt stilling til om enkelte momenter, for eksempel pasientinformasjon, skulle ivaretas i undergrupper for å sikre effektiv bruk av kompetanse og ressurser. Følgende undergrupper ble benyttet:

- Avdeling for kliniske system, som har utøveransvar i forhold til forvaltning av PAS/EPJ.
- Innsatsgruppen (sammensatt av ulike roller med flerfaglig kompetanse: medisinsk direktør, venteliste-controller, en ventelisteansvarlig i klinikk, helsejurister, og spesialrådgiver for HELFO-saker og standardiserte pasientbrev) har ivaretatt etablering av internkurs og Veiledningshefte for klinikkens gjennomføring .
- Ventelisteansvarlige i klinikkene har også vært en undergruppe som prosjektledelsen har hatt egne møter med for sikring av fremdrift i klinikkene og mtp intensivering av tiltak eller støtte.
- Det ble også utpekt en arbeidsgruppe som skulle ivareta gjennomgang av pasientbrev og pasientinformasjon.

### Prosjektgruppens representanter

Navn	Rolle	Tilhørighet i foretaket
Hilde-Merete Røhmer	Ventelisteansvarlig	Klinikk psykisk helse og avhengighet
Unni Steinsrud	Ventelisteansvarlig	Medisinsk klinikk
Bente Børsum Bru	Ventelisteansvarlig	Klinikk for kirurgi og nevrofag
Helén Blegen Ween	Ventelisteansvarlig	Kvinne- og barneklubben
Berit Trøgstad Bungum	Ventelisteansvarlig, "Innsatsgruppen"	Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
Marit G. Mørkved Larsen	Ventelisteansvarlig	Hjerte-, lunge- og karklinikken
Monica Nasset	Ventelisteansvarlig	Akutt klinikken
Ketil R. Heimdal	Ventelisteansvarlig	Klinikk for diagnostikk og intervensjon
Mona I. S. Hamma	Konsulent	Seksjon for opplæring, Avdeling for kliniske systemer, OSS
Berit Dahlstrøm	Konsulent	Seksjon for opplæring, Avdeling for kliniske systemer, OSS
Gitte Høilund-Carlson Ruud	Venteliste-controller, "Innsatsgruppen"	Avdeling for aktivitetsdata og analyse, OSS
Else Nylend Mclean	Seniorrådgiver	Applikasjonstjenester, Sykehuspartner / Løsningsansvarlig IKT-avd.
Rita von der Fehr	Tillitsvalgt	NITO
Aasmund Bredeli	Tillitsvalgt	DNLf
Veronica Kollevåg	Tillitsvalgt	NSF
Hanne Eeg-Henriksen	Helsejurist, "Innsatsgruppen"	Juridisk seksjon, Stab Økonomi, juridisk og IKT
Sissel Markhus	Helsejurist, "Innsatsgruppen"	Juridisk seksjon, Stab Økonomi, juridisk og IKT
Randi Lilletvedt	Helsejurist, "Innsatsgruppen"	Juridisk seksjon, Stab Økonomi, juridisk og IKT
Dag Refvem	Overlege, rådgiver	Økonomisk seksjon, Stab Økonomi, juridisk og IKT
Kari Å. Bercke	Enhetesleder interne revisjoner	Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Erik Carlsen	Ass. medisinsk direktør, "Innsatsgruppen"	Stab medisin, helsefag og utvikling
Monique Renée Bennett	Spesialrådgiver, fasilitator	Stab medisin, helsefag og utvikling
Anne Merete Lindboe	Spesialrådgiver, "Innsatsgruppen"	Stab medisin, helsefag og utvikling
Anne Hydle	Rådgiver kommunikasjon	Stab Kommunikasjon
Bente Thorsen	Praksiskoordinator, interessent	Stab Samhandling

### Kort beskrivelse av prosjektgruppens møter og oppgaver

Prosjektet har hatt seks møter i overordnet prosjektgruppe. Det er også gjennomført møter med ulike undergrupper (se ovenfor). Referater og presentasjoner fra prosjektmøtene er ivaretatt, men ikke vedlagt denne sluttrapporten. Prosjektgruppen og/eller undergrupper har i prosjektperioden utarbeidet undervisningspresentasjonen "Henvvisninger - registrering og prioritering i spesialisthelsetjenesten" (vedlegg 4), veiledningshefte til klinikkens handlingsplan (vedlegg 5) og nye brevmaler ift kapasitet (vedlegg 6). I tillegg har avdeling for kliniske systemer i Oslo sykehusservice i samarbeid prosjektet utarbeidet "Undervisningsplan basisopplæring" (vedlegg 7) og et utkast til dokument om forvaltning av kliniske system (vedlegg 8). Dette siste dokumentet må sees opp mot de anbefalinger som prosjektgruppen har kommet med (se kapittel 7).

### Arbeidsgrupper - gjennomføring i linjen

Ved utarbeidelse av overordnet handlingsplan ble det vurdert hvilke tiltak som skulle følges opp sentralt, og hvilke tiltak som skulle gjennomføres i linjen og som dermed ble inkludert i klinikkens handlingsplan.

Klinikkleder har vært ansvarlig for arbeidets progresjon i sin klinikk. Klinikken har hatt egne styringsgrupper. Styringsgruppens medlemmer har vært klinikkleder, ventelisteansvarlig i klinikk og klinikkens avdelingsledere. Alle avdelinger har opprettet avdelingsvise prosjektgrupper hvor avdelingsleder har vært gruppeleder. Klinikkenes progresjon har blitt fulgt opp som sak på i foretakets ledermøter, administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikken og gjennom særskilt rapportering til prosjektledelsen i prosjektet.

### **3 MANDATBESVARELSE**

I denne rapporten er det lagt vekt på oppsummerende besvarelse av hovedpunktene i Gjennomføringsprosjektets mandat. Rapportens vedlegg 2 gir utfyllende detaljer om de enkelte tiltak i den overordnede handlingsplanen.

Prosjektet skulle påse at anmerkninger og anbefalinger fra konsernrevisjonene og prosjektet "Glemt av sykehuset" ble ivare tatt ved gjennomføring av følgende punkter:

#### **3.1 Sikre at prosjektgruppen har felles mål og formidler dette ensartet**

Prosjektgruppen har på prosjektmøter meldt at prosjektets mål – spesielt knyttet til linjens handlingsplan – har vært klar og tydelig.

Det vises til vedlegg 9 - Evaluering av Gjennomføringsprosjektet – klinikkenes rapporter.

#### **3.2 Sørge for at riktig kompetanse er tilgjengelig for og i prosjektgruppen**

Innsatsgruppen (se oversikt i tabell over prosjektgruppens representanter) har vært en viktig kompetansegruppe i prosjektet, og har ivare tatt Gjennomføringsprosjektets kompetansebehov i forhold til fellesundervisning. Innsatsgruppen er sammensatt av ulike roller med flerfaglig kompetanse: medisinsk direktør, venteliste-controller, ventelisteansvarlig i klinikk, helsejurister, og spesialrådgiver for HELFO-saker og standardiserte pasientbrev. Innsatsgruppen var alt etablert av viseadministrerende direktør for Medisin, helsefag og utvikling da prosjektet ble nedsatt og gruppen har i prosjektarbeidet også bidratt med prosessbistand i avdelinger som har hatt utfordringer med sine ventelister. I tillegg har innsatsgruppen stått for utarbeidelse av Veiledningshefte for klinikkenes gjennomføring.

Ventelisteansvarlige i klinikken har vært en viktig ressursgruppe for å sikre gjennomføring i linjen, og spesielt med fokus på oppfølging og opplæring av ventelisteansvarlige på avdelingsnivå. Gruppens individer har ulike kompetanse, og ulike rammer for utøvelse av sin rolle i klinikken. Gruppens erfaringer ligger til grunn for sluttrapportens anbefalinger.

#### **3.3 Utarbeide og følge opp handlingsplan med tiltak for å ivareta konsernrevisjonene og prosjektet "Glemt av sykehuset"**

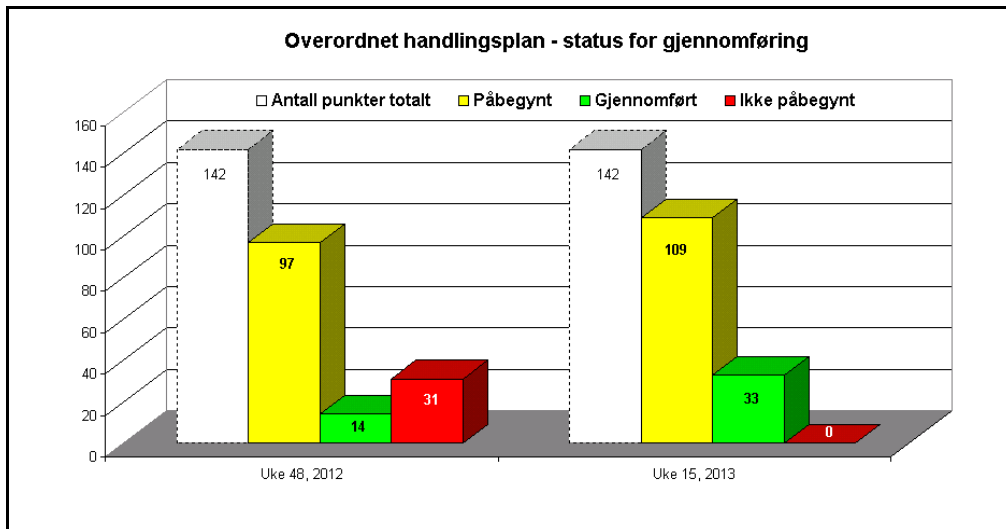
Det er utarbeidet to handlingsplaner: Overordnet handlingsplan (vedlegg 2) og handlingsplan for gjennomføring i klinikken (vedlegg 3).

##### **Overordnet handlingsplan**

Den overordnede handlingsplanen har 43 oppfølgingspunkter med anmerkninger og anbefalinger fra "Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF", "Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF" og prosjektet "Økt pasientsikkerhet gjennom pasientadministrativt arbeid". De 43 oppfølgingspunktene består igjen av 142 underpunkter.

Status som viser gjennomført, påbegynt eller ikke påbegynt er angitt i handlingsplanen (vedlegg 10). Status er visualisert med farger; grønn for gjennomført, gul for påbegynt og rød for ikke påbegynt. I tillegg følger forklarende kommentarer på alle punkter som ikke er ferdig gjennomført.

Prosjektets oppstart var 29.8.2012, og første gjennomgang av status i forhold til gjennomført, påbegynt eller ikke påbegynt ble utført i uke 48, 2012. Siste gjennomgang av status ble utført i uke 15, 2013 og figuren nedenfor illustrerer resultatet:



Det er ved avslutning av prosjektet ingen punkter som ikke er påbegynt og 109 punkter som har status påbegynt. For ivaretagelse av disse er det utarbeidet en "Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet" (vedlegg 11). Nedenfor gis en samlet oversikt over hva punktene omfatter:

- 63 underpunkter gjelder oppfølging i linjen: "Avdelingene utvikler gode retningslinjer for ivaretagelse av prosedyrer med tydeliggjøring av roller og ansvar" og "Kvalitetssikring/oppfølging i linjen". Samlet oversikt over resultater fra klinikkens handlingsplan viser at det i enkelte avdelinger mangler gjennomføring av et eller flere av disse punktene, slik at en overordnet rapportering innebærer at disse punktene ikke kan settes som gjennomført for hele foretaket.
  - Disse punktene ivaretas gjennom ordinært oppfølgingsregime i klinikkene, og ved planlagt internt revisjon i alle klinikker i løpet av 2013 (konf. styresak 28/2012 Revisjonsplan 2013)
- 6 oppfølgingspunkter gjelder "Opplæring og kompetanseheving med gjennomgang av lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og –system". Samlet oversikt over resultater fra klinikkens handlingsplan viser at det i enkelte avdelinger ikke er sikret tilfredsstillende kompetanse, slik at en overordnet rapportering innebærer at disse punktene ikke kan settes som gjennomført for hele foretaket.
  - Disse er samlet til ett hovedpunkt i "Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet"
- 7 oppfølgingspunkter gjelder styring: "Det skal utarbeides overordnet prosedyre som beskriver lederansvar i forhold til det pasientadministrative systemet for Oslo universitetssykehus".
  - Disse er samlet til ett hovedpunkt i "Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet".
- 3 punkter gjelder nye prosedyrer som er under utarbeidelse.
  - Disse er egne punkter i "Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet".
- De resterende 30 punktene er også inkludert i "Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet".

Overordnet omhandler disse:

- Utkast til dokument – Forvaltning av kliniske systemer
- Systemendringer som kommer med neste versjon av PasDoc
- Åpen henvisningsperiode uten kontakt
- Henvisning fra primærhelsetjenesten – tiltak for å bedre kvalitet
- Pasientinformasjon
- PAS-risikovurdering og planlagte internt revisjoner

De viktigste punktene i overordnet handlingsplan er oppsummert og kommentert i tabellen nedenfor.



Oppfølgingspunkter sammenstilt fra overordnet handlingsplan	 Gjennomført  Påbegynt  Ikke påbegynt	Kommentarer til oppfølgingspunkter
<p>Henvisningsperiode  <i>Gjøre kjent krav og ansvarsområder på foretakene</i>  <i>Gjennomgang av definisjoner for å sikre lik forståelse og lik registrering</i>  <i>Anbefaler bruk (av elektronisk*) arbeidsflyt og felles arbeidsgrupper for henvisning til oppfølging.</i>  <i>(* tekst lagt til av Ous)</i>  <i>Få leger (minst to – maks cirka fem) skal vurdere henvisninger for det enkelte fagområdet – for å sikre konsistens, erfaring og kontinuitet</i>  <i>Åpen henvisningsperiode uten kontakt skal ryddes og ajourholdes.</i>  <i>Papirbaserte systemer i kombinasjon med elektroniske bør unngås.</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er gjennomført 16 fellesundervisninger "Mottak, vurdering og registrering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten" i prosjektiden.</li> <li>• Det er planlagt repeterende kurs også i 2013.</li> <li>• Kartlegging viser at de fleste avdelinger har gjennomført tiltak i forhold til momentene i klinikkens handlingsplan under tema henvisning. I enkelte avdelinger gjenstår noe arbeid knyttet til organisatoriske endringer for å følge foretakets overordnede prosedyrer.</li> <li>• Åpen henvisningsperiode uten kontakt tilsvarer arbeidsliste "Kontrolltime ikke tildelt" i PasDoc. Etter oppgradering M3 av PasDoc, oppstod en endring; man må gi time fra arbeidslisten "kontrolltime ikke tildelt" for at pasienten skal bli tatt ut av ventelisten. Dersom man gir time fra pasientens kontaktbilde blir ikke pasientens venteliste plass tatt ut av arbeidslisten "kontrolltime ikke tildelt". Dette har medført at mange av pasientene som står på arbeidslisten "kontrolltime ikke tildelt", allerede har fått eller hatt kontrolltime. Problemet blir løst ved Versjons Release 1 av PasDoc som implementeres 24.5.2013.</li> <li>• De fleste avdelinger som har hatt papirbaserte systemer i kombinasjon med elektroniske har avvirket papirlistene.</li> </ul>
<p>Papirflyt  <i>Det anbefales at foretaket fastsetter prinsipper for hva som skal være praksis for bruk av PAS/EPJ-systemene i klinikkene (papirbasert vs elektronisk bruk).</i></p>		<p>Det er besluttet at papirflyt og papirsystem skal unngås. Det er spesielt fokusert på dette ift henvisning og ventelister. Dette er beskrevet i Nivå-1 prosedyre. Kartlegging viser at de fleste avdelinger har gjennomført tiltak som sikrer at registreringene i PAS til enhver tid avspeiler hva pasienten venter på, hvor pasienten er i forløpet, hva som er tenkt videre, og innenfor hvilket tidsperspektiv.</p>
<p>Pasientinformasjon  <i>Foretaket må sikre at pasienter får informasjon i samsvar med regelverket, dette omfatter informasjon både til rettighetspasienter som står i fare for å få fristbrudd, pasienter med fristbrudd, behovspasienter som ikke har fått time innen forventet dato, og for pasienter som er i behandlingsforløp.</i></p>		<p>Det er gjennomført fellesundervisning om mottak, registrering og vurdering av henvisninger i spesialisthelsetjenesten. Mer enn 600 personer har deltatt. Det er planlagt undervisning også i 2013. All informasjon om pasientbrev er samlet og lett tilgjengelig i foretakets virksomhetsportal.</p>
<p>Tilganger  <i>Det anbefales at foretaket gjennomgår rutinene for oppfølging og avslutning av tilganger.</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er utarbeidet sjekklister for kliniske systemer ved avslutning av arbeidsforhold.</li> <li>• HR-avdelingen har laget et brev som sendes ut til brukere ved avslutning av arbeidsforhold.</li> <li>• Sikkerhetsinstruks med sjekklister for leder tilordnes i foretakets eHåndbok.</li> </ul>
<p>Forvaltning  <i>Det anbefales at foretaket utvikler og implementerer en forvaltningsmodell for PAS/EPJ-systemene, herunder tydeliggjør og forankrer roller, ansvar og oppgaver i forhold til det pasientadministrative arbeidet i hele foretaket.</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er utarbeidet en beskrivelse for forvaltning av PAS/EPJ ved Oslo universitetssykehus.</li> <li>• Endelig vurdering og godkjenning av forvaltningsmodell avventes da det gjenstår en gjennomgående vurdering av roller, ansvar og myndighet knyttet til ansvar og forvaltning av det pasientadministrative system. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 7.2 Anbefalinger.</li> <li>• Det vises til vedlegg 8 - Utkast til dokument - Forvaltning av kliniske system.</li> </ul>

<p><b>Frist</b>  Foretaket må sikre seg at pasienter både med rett- og behov til nødvendig helsehjelp får time, enten til start helsehjelp eller for videre utredning/behandling/kontroll, innen den frist eller forventet dato som foretaket har satt.  Foretaket må etablere rutiner som sikrer at HELFO-pasienter ikke forskyver andre pasienter med en tidligere juridisk frist, og at man følger de prinsippene for prioritering som fremgår av merknadene til §4 i Prioriteringsforskriften.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinikkene har igangsatt et stort arbeid som innebærer gjennomgang av overordnede prosedyrer, egne rutiner og utarbeidelse av nivå-2 prosedyrer, samt avklaring av roller og ansvar.</li> <li>• Alle avdelinger har vært representert på fellesundervisning arrangert av prosjektet hvor frist til start helsehjelp og HELFO-saker har vært tema. Det arrangeres flere kurs i 2013.</li> <li>• Overordnet kartlegging viser at alle avdelinger har arbeidet med kvalitetssikring av det pasientadministrative arbeidet hva gjelder frist for rett til prioritert helsehjelp- og behov for nødvendig helsehjelp.</li> <li>• Arbeidet som gjenstår i klinikkene og avdelingene vil bli fulgt opp av respektive klinikkledere.</li> </ul>
<p><b>Fritt sykehusvalg</b>  Fritt sykehusvalg region, område, lokal  Foretaket bør sette i verk tiltak for å styrke kunnskapen om hvilke pasienter som ikke er forutsatt henvist til OUS i egenskap av dets lokal-, regions- og landsfunksjoner, slik at foretaket kan bidra til ivaretagelse av pasienter fra eget opptaksområde.  Foretaket bør sørge for å få oversikt over dette slik at det kan gjennomføres målrettede tiltak.</p>		<p>24.05.2013 implementeres Versjon Release 1 (VR1) av PasDoc med nytt felt i vurderingsdelen av henvisningen som innebærer utvidet registrering av behandlernivå med følgende koder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Landsfunksjon</li> <li>• Flerregionsfunksjon</li> <li>• Regionsfunksjon</li> <li>• Flerområdefunksjon</li> <li>• Områdefunksjon</li> <li>• Lokalsykehusfunksjon</li> <li>• Ukjent</li> </ul> <p>Det er under utarbeidelse både veileder og overordnet prosedyre ift denne registreringen slik at foretaket for oversikt over hvilke pasienter som ikke er forutsatt henvist til OUS i egenskap av foretakets lokal-, regions- og landsfunksjoner.</p>
<p><b>Manglende oppmøte</b>  Utforme regler for når pasienten skal strykes fra listene:  - hvor mange ganger ikke møtt  - behov for ulike regler for de forskjellige fagområder?  - kreve betaling for konsultasjon (gjelder hele taksten, og uavhengig av frikort)  - info til pasienten, standard tekst og måte (brev – sms – tlf?), ev. definert tilnærming for hvert fagområde  - tilbakemelding til henviser.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaket har utarbeidet overordnet prosedyre. Det gjenstår utarbeidelse av nivå-2 prosedyrer i klinikkene som er tilpasset ulike diagnose- og pasientgrupper.</li> </ul>
<p><b>Kompetanseheving/opplæring</b>  Det anbefales at foretaket iverksetter systematiske opplæringstiltak for å sikre at ledere og medarbeidere har den nødvendige kompetanse til å kunne ivareta sine arbeidsoppgaver og kontrollansvar på en tilfredsstillende måte.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle som er involvert i henvisningsrutiner er pålagt <ul style="list-style-type: none"> <li>○ gjennomgang av e-læringskurset "Registrering og prioritering i spes.helsetj." 522 har gjennomført kurset.</li> <li>○ å delta på fellesundervisning om "Mottak, registrering og vurdering av henvisninger i spesialisthelsetjenesten". 612 personer har deltatt. Det er planlagt undervisning også i 2013.</li> </ul> </li> <li>• Det er i prosjektperioden arrangert fellesundervisning i forhold til foretakets Ledelsesinformasjonssystem.</li> <li>• Det er under utarbeidelse en ny prosedyre for leders ansvar og oppgaver i PAS/EPJ. Prosedyren skal fokusere på forebyggende arbeid i forhold til hele det pasientadministrative forløpet, med anbefalinger til hvilke rapporter som skal brukes i Ledelsesinformasjonssystemet for å forebygge og kontrollere pasientsikkerhet i PAS/EPJ. Prosedyren vil bli koordinert mot det arbeidet som nå pågår i det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset" hvor man arbeider med en overordnet policy for leders ansvar og oppgaver knyttet til PAS/EPJ.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avdeling kliniske system har utarbeidet undervisningsplan for basisopplæring. Det vises til vedlegg 7.</li> <li>• Det gjenstår å plassere ansvar i fht å etablere og gjennomføre repeterende temakurs i foretaket. Dette er nærmere beskrevet kapittel 7.2 Anbefalinger.</li> </ul>
<p>Risikovurdering PAS</p> <p><i>Det anbefales at det gjennomføres risikovurderinger av den pasientadministrative prosessen som helhet og iverksettes aktuelle tiltak på bakgrunn av dette. Dette for å identifisere, vurdere og håndtere både foretaksovergripende, klinikk- og avdelingsvise utfordringer/risikoer. Det anbefales at det utarbeides virksomhetsplaner/handlingsplaner på de ulike nivåene som tydeliggjør hvilke tiltak som skal prioriteres (med utgangspunkt i risikovurderingene) for å sikre måloppnåelse</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaket er i prosjektfase med etablering av nytt pasientadministrativt system, DIPS. I forprosjektet er det etablert en egen arbeidsgruppe som skal ivareta sikkerhetsperspektiver ift pasientadministrative prosesser. Erfaringer fra Gjennomføringsprosjektet skal knyttes opp til dette arbeidet.</li> <li>• Det er planlagt et forprosjekt i 2013 som har som mål å gi anbefalinger til å forbedre prosessene knyttet til henvisninger og epikriser.</li> <li>• Det er planlagt internrevisjoner i 2013 i forhold til momentene i klinikkens handlingsplan: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ henvisningsrutiner</li> <li>○ ventelister</li> <li>○ langtidsventende</li> <li>○ fristbrudd</li> <li>○ timebøker</li> <li>○ interne henvisninger i foretaket</li> <li>○ <a href="http://www.frittisyekehusvalg.no">www.frittisyekehusvalg.no</a></li> <li>○ signering av prøvesvar og dokumenter</li> </ul> </li> <li>• Punktene over ivaretar at de vesentligste risikoprosessene knyttet til det pasientadministrative system blir belyst og forbedret i tiden frem mot at foretaket får nytt felles PAS/EPJ.</li> </ul>
<p>Signering</p> <p><i>Det skal ikke være åpne/ikke godkjente dokumenter som er mer enn 14 dager gamle. Alle mottatte prøvesvar skal signeres (med unntak av kopi når analyser/undersøkelser er utført for andre rekvisiterer enn sykehuset) av den aktuelle behandleren. Rapport 9582 (Dips) må kjøres hver annen uke for å sikre at oppgaver blir kontinuerlig godkjent/ferdigstilt/signert. Det må gjennomføres ryddeprosjekt for å godkjenne og lukke åpne dokumenter, og for å signere gamle prøvesvar. Dette skal skje som en engangsaksjon. Det må dokumenteres med merknad som begrunner hvorfor det er godkjent i ettertid, ev. også med referanse til prosedyre i virksomhetens kvalitetssystem.</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaket har en overordnet nivå 1 prosedyre: Elektroniske prøvesvar – mottak og kvittering.</li> <li>• Hele rutinen for håndtering av fritak fra kvitteringskrav er gjennomgått og nye krav satt opp. Det planlegges helhetlig rutine for kvitteringsfritak som skal gjelde for hele sykehuset når VedlikeholdsRelease 1 (VR1) av PasDoc er implementert 24.05.13.</li> <li>• Avdeling Kliniske systemer har fått i oppgave å vurdere og utarbeide kriterier for rydding i åpne dokumenter og usignerte prøvesvar. I denne sammenheng arbeider avdelingen med et meldeskjema som avdelingene skal bruke ved bestilling av autosignering/kvittering. Dette arbeidet skal ses opp mot VR1.</li> </ul>
<p>Styring</p> <p><i>For å styrke holdningene til styring og kontroll med det pasientadministrative arbeidet, anbefales det en felles innretning fra foretaksledelsen, samt at forankringsaktiviteter finner sted på alle nivåer i foretaket. Konsernrevisjonen er av den oppfatning at det er satt fokus på å ha styring og kontroll på deler av det pasientadministrative arbeidet, og da med særlig fokus på oppfølging av ventetider og å unngå fristbrudd for pasienter med rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Konsernrevisjonen er samtidig av den oppfatning at det gjenstår et arbeid med å få en felles innretning på dette arbeidet for foretaket samlet, og at dette må forankres i tilstrekkelig grad i organisasjonen. Det anbefales at det på overordnet nivå vurderes etablert måleindikatorer som grunnlag for en helhetlig monitorering av den pasientadministrative prosessen.</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den formelle organisering i forhold til eieransvar, utøveransvar, internkontrollansvar, budsjettansvar og brukeransvar har svakheter. Det anbefales å vurdere tiltak som kan styrke foretakets styrings- og driftsrasjonalitet. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 7.2 Anbefalinger.</li> <li>• Prosjektet har kartlagt hvilke styrende dokumenter som må korrigeres og/eller etableres; dette er ivare tatt i prosjektperioden.</li> <li>• Det er under utarbeidelse en overordnet prosedyre som beskriver lederansvar i forhold til det pasientadministrative arbeidet.</li> <li>• Det er utarbeidet egen indikator som viser pasientforløpstider for tre utvalgte kreftdiagnoser i ledelsesinformasjonssystemet.</li> <li>• Den faste rapporteringsmalen som klinikkene benytter til oppfølgingsmøter med administrerende direktør er revidert og inneholder både målekort og konkrete parametre knyttet til ventelister inkl ventetid,</li> </ul>

		<p>fristbrudd og langtidsventende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er planlagt internrevisjon for oppfølging av punktene i klinikkens handlingsplan: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ henvisningsrutiner</li> <li>○ ventelister</li> <li>○ langtidsventende</li> <li>○ fristbrudd</li> <li>○ timebøker</li> <li>○ interne henvisninger i foretaket</li> <li>○ frittsykehusvalg.no</li> <li>○ signering av prøvesvar og dokumenter.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Ventelister</b>  <i>Foretaket må sette i verk tiltak for å sikre at avdelingene aktivt tar i bruk ventelistene ved fastsettelse av tidspunkt for forventet start helsehjelp for behovspasienter (* ikke rettighetspasienter)</i>  <i>Foretaket bør tilstrebe å innhente tilstrekkelig pasientadministrativ historikk og registrere dette i det pasientadministrative systemet, slik at eksterne og interne henviste pasienter kan vurderes på likt grunnlag ved prioritering for videre behandling. Dette fordrer dialog med det regionale helseforetaket og de andre helseforetakene, samt at det pasientadministrative systemet.</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fristbrudd, ventelister og langtidsventende er ivarettatt i klinikkens handlingsplan, og følges kontinuerlig opp i linjen og av sykehusledelsen. Det er utarbeidet et veiledningshefte som viser til foretakets overordnede prosedyrer og andre aktuelle lenker.</li> <li>• Fellesundervisning om "Mottak, registrering og vurdering av henvisninger i spesialisthelsetjenesten", veileder og overordnet prosedyre presiserer hva som skal innhentes av informasjon.</li> <li>• Oppgradering (VR1) av PasDoc som implementeres den 24.05.13 innebærer nye registreringsfelt når henvisning er mottatt fra andre foretak: Det kan angis <i>ansiennitetsdato</i> og om <i>pasient er rettighetsvurdert ved henvisende HF</i>. Prosedyrer og brukerveiledning tilordnes etter testfasen.</li> <li>• Det regionale helseforetaket har etter anmodning fra Oslo universitetssykehus sendt ut brev til alle helseforetak i regionen med påpekning om at alle foretak må sende med informasjon om ansiennitetsdato og rettighetsvurdering inklusive om helsehjelpen er påstartet ved viderehenvisning.</li> </ul>

### Klinikkens handlingsplan

Klinikkene har nedlagt betydelig ressursbruk i linjen i forhold til opplæring, kompetanseøkning og avklaring av roller og ansvar i forhold til det pasientadministrative arbeidet. Dette inkluderer også en betydelig innsats for ajourhold og rydding av ventelister.

Hovedmomentene i klinikkens handlingsplan har vært

- henvisningsrutiner
- ventelister
- langtidsventende
- fristbrudd
- timebøker
- interne henvisninger i foretaket
- [www.frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no)
- signering av prøvesvar og dokumenter

Status for gjennomført, påbegynt eller ikke påbegynt i forhold til momentene i klinikkens handlingsplan er kartlagt tre ganger i prosjektperioden: januar, februar og april 2013. Status er visualisert med farger; grønn for gjennomført, gul for påbegynt og rød for ikke påbegynt. Det er laget et scoresystem som viser total score for foretaket og per avdeling med tanke på rapportert status for alle punkter i klinikkens handlingsplan. Total maxscore for hele foretaket er 3698. Siste måling viser en god fremgang med 765 poeng til en totalscore på 3112. Dette tilsvarer en betydelig økning av punkter som er gjennomført i klinikkene (vedlegg 12).

Figurene nedenfor viser oversiktsbilder fra statusmåling av klinikkens handlingsplan

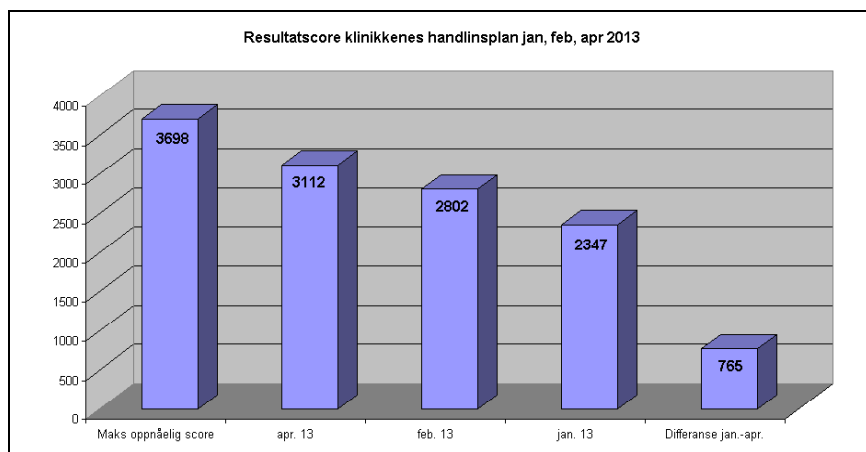
**Januar 2013**

Kategorie	Kategorie											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.1												
1.2												
1.3												
1.4												
1.5												
1.6												
1.7												
1.8												
1.9												
1.10												
1.11												
1.12												
1.13												
1.14												
1.15												
1.16												
1.17												
1.18												
1.19												
1.20												
1.21												
1.22												
1.23												
1.24												
1.25												
1.26												
1.27												
1.28												
1.29												
1.30												
1.31												

**April 2013**

Kategorie	Kategorie											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.1												
1.2												
1.3												
1.4												
1.5												
1.6												
1.7												
1.8												
1.9												
1.10												
1.11												
1.12												
1.13												
1.14												
1.15												
1.16												
1.17												
1.18												
1.19												
1.20												
1.21												
1.22												
1.23												
1.24												
1.25												
1.26												
1.27												
1.28												
1.29												
1.30												
1.31												

Figuren nedenfor viser status for gjennomføring av klinikkens handlingsplan.



Punktene som ikke er ferdig gjennomført ivaretas gjennom ordinært oppfølgingsregime i klinikkene, og ved planlagt internervisjon i alle klinikker i løpet av 2013.

Det vises til vedlegg 12 - Statusoversikt – gjennomføring i klinikkene.

Det vises ellers til klinikkens anbefalinger senere i denne sluttrapporten.

### **3.4 Sørge for at OUS har systemer for opplæring og kompetanseheving med gjennomgang av lover, regler og prosedyrer knyttet til pasientadministrativt arbeid**

I prosjektiden er det etablert kurs om "Mottak, registrering og vurdering av henvisninger i spesialisthelsetjenesten" (vedlegg 4). Klinikkerne meldte behov for 1004 kursplasser, det ble etablert 1473 kursplasser hvor 612 personer deltok. 522 personer gjennomførte E-læringskurset prioritering og registrering i spesialisthelsetjenesten. Dette kurset har en grundig gjennomgang av lovverk knyttet til henvisninger, og sykehusets overordnede prosedyrer. Aktuelle prosedyrer er samlet under en temaside i virksomhetsportalen. Kurset er også satt opp i 2013 og er brukt som grunnlag for etablering av basiskurs i pasientadministrative system.

Det er etablert basiskurs i pasientadministrative system for nyansatte i rollene kontortjeneste, legetjeneste og sykepleietjeneste i DIPS og PasDoc. Foretaket har også tilgjengelige e-læringskurs i DIPS.

Foretaket har ikke etablerte repeterende kurs for aktuelle tema- og fokusområder, men dette er under utarbeidelse av avdeling for kliniske systemer i OSS og skal deretter godkjennes av systemeiersiden i stab Medisin, helsefag og utvikling. Undervisningsmateriellet som er laget i regi av Gjennomføringsprosjektet brukes som grunnlag for dette arbeidet.

### **3.5 Gjennomgang av- og opplæring i gode og hensiktsmessige arbeidsprosesser og rutiner knyttet til pasientadministrativt arbeid og kvalitetssikring av pasientadministrative data**

I tillegg til fellesundervisning etablert av prosjektet har ventelisteansvarlig i klinikk hatt en viktig rolle for prosjektets resultater i linjen gjennom opplæringsansvar og kontrollerfunksjon i egen klinikk, og som medlem av klinikkens styringsgruppe i prosjektet.

Veiledningsheftet som er utarbeidet til støtte for klinikkens arbeid har anbefalt følgende for gjennomføring i linjen:

- systematisk gjennomgang av handlingsplanen i tverrfaglig team
- identifisere og begrunne evt. utfordringer knyttet til handlingsplanens forbedringsområder
- knytte utfordringene til egnede tiltak for varig effekt
- kontinuerlig oppfølging.

Avdelingene er anbefalt en flerfaglig gjennomgang av arbeidsflyten rundt henvisninger, og det er vektlagt at det skal utvikles gode retningslinjer for ivaretagelse av prosedyrer med tydeliggjøring av roller og ansvar.

Det er også gitt anbefalinger knyttet til arbeidet for ajourførte ventelister og elektronisk håndtering av ventelister og henvisningsvurdering. For avdelinger som ikke har utarbeidet nivå 2-prosedyrer er det anbefalt å utføre arbeidet i følgende rekkefølge:

1. Planlegging av timebøker 12-18 måneder frem i tid
2. Sikre at det er god kontroll over avdelingens ventelister
3. Oppstart av elektronisk vurdering av henvisninger ved lege/psykolog.

### **3.6 Gjennomgang og forbedring av pasientbrev og pasientinformasjon knyttet til henvisningshåndtering og ventelistedministrering**

Bruk av korrekte pasientbrev er grundig gjennomgått i kurs "Fellesundervisning om Mottak, registrering og vurdering av henvisninger i spesialisthelsetjenesten".

Nye brevmaler, veileder og prosedyre er etablert for bruk ved kapasitetsproblemer. Det vises til vedlegg 6 – nye brevmaler ift kapasitet.

Det er tilordnet informasjonssider i virksomhetsportalen, samlet under temaside for henvisninger og ventelister.

Pasientbrev og pasientinformasjon som sendes ut fra Oslo universitetssykehus kan språkmessig forbedres og det er igangsatt et arbeid for å utarbeide fellesmaler for informasjonsbrosjyrer. Dette arbeidet vil bli fulgt opp av stab Medisin, helsefag og utvikling.

### **3.7 Gjennomgang av behov for systemendringer knyttet til de pasientadministrative systemer**

Ny versjon av PasDoc (VR1) skal etter planen implementeres 24.5.2013. Innholdet i VR 1 er prioritert opp av sykehusledelsen etter anbefalinger og utredninger fra OUS-IKT og avdeling for kliniske systemer i OSS. Arbeidet startet våren 2012, og har siden pågått med utarbeidelse av kravspesifikasjoner og justeringer av innhold frem til januar 2013. Det var planlagt feilretting (SR1 - Service release 1) høsten 2012, denne ble levert medio januar 2013.

VR1 - PasDoc inneholder følgende prioriterte endringsønsker og feilrettinger:

**Unntak MBK-svar fra kvitteringskrav:** Det er behov for en helhetlig rutine for kvitteringsfritak knytte til medisinsk biokjemi som skal gjelde for hele sykehuset. Hele rutinen for håndtering av fritak fra kvitteringskrav er gjennomgått og nye krav satt opp.

**Endring i adressering patologisvar:** Patologisk undersøkelse rekvirert ved en enhet på Ullevål kan besvares på patologisk laboratorium ved Rikshospitalet; svaret returneres da til svaroppfølgingsløsningen for Rikshospitalet. Dette skal endres slik at svaret returneres svaroppfølgingsløsningen til rekvirerende sted (lokasjon).

**Sortere på analysetype:** Oversikt over undersøkelsesresultater er lite brukervennlig grunnet manglende sorteringsmulighet i listene. Det innføres en filtreringsmulighet i listene.

**Korrigert feil i e-bestilling av ø-hjelp prøvetaking:** Gjelder rekvisisjoner med blanding av prioritetene ø-hjelp og rutine, hvor hele rekvisisjonen markeres som ø-hjelp: Bruker får feilmelding ved klikk på bestilling: "Tidspunktet for tiltaket er passert". Det skal etableres et skille mellom ø-hjelpsrekvisisjon og ø-hjelpsanalyser.

**Tydligere merking av mikrosvar i BOS (bestilling og svar i PasDoc):** Analysene ligger pr i dag i mapper som er markert ved nummerering. Denne markeringen gir ingen mulighet for leting etter prøvesvar basert på prøvemateriale. For bakteriologiske svar og serologi og virologi skal feltene som angir prøvemateriale vises i lab.svar-treet istedenfor prøvenummer som i dag.

**Venteliste kontrolltime ikke tildelt:** Ventelisten kontrolltime ikke tildelt viser pasienter som står på intern venteliste og som ikke har fått time. Det skal gis muligheter for å kansellere ventelisteplasser fra kontaktoversikt (i det pasienten får time), med det mål at ventelisteansvarlige skal ajourført listen og kunne bruke den som et arbeidsverktøy.

**Rettighetsregistrering av pasienter henvist andre HF:** Det tilrettelegges for at registrering av ansiennitetsdato og opplysninger om rettighetsvurdering fra henvisende institusjon kan registreres ved viderehenvisning innen spesialisthelsetjenesten.

**Endringer utførende helsepersonell:** I forbindelse med rapportering til Norsk Pasientregister (NPR) og Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) er det avdekket behov for endring i ressursregisteret i PasDoc og registrering av ressurser i kontaktregistreringsbildet. *Ansvarlig lege* og *Kontaktressurs* skifter betegnelse til *Utførende behandler* og *Deltagende behandler*. I feltet *Utførende behandler* og *deltagende behandler* skal det være mulig å registrere alle typer personressurser. Det skal være obligatorisk å registrere *Utførende behandler*. Feltet *Utførende behandler* skal være styrende for logikken mot regningskortet. Dette muliggjør bl.a rett registrering av sykepleiekonsultasjoner.

**Kansellering av avtaler på andre enheter:** Det er oppdaget flere tilfeller der brukere av PasDoc har kansellert timer ved egen enhet og samtidig utilsiktet lukket planlagte avtaler ved andre enheter. Dette skal forhindres ved innføring av ny logikk i forbindelse med avbud.

**Utvidet registrering av behandlingsnivå:** I forbindelse med innføring av en inntektsmodell som bygger på kostnad per pasient (KPP) er det en forutsetning å ha en oversikt over fordeling av pasienter i forhold til behandlingsnivå. Det innføres registrering av syv behandlingsnivåer:

1. Landsfunksjon
2. Flerregionsfunksjon
3. Regionsfunksjon
4. Flerområdefunksjon
5. Områdefunksjon
6. Lokalsykehusfunksjon
7. Ukjent

### **3.8 Utarbeide forslag til styrende dokument med tilhørende prosedyrer og rutiner der det dette mangler i foretaket**

Prosjektet har kartlagt hvilke styrende dokumenter som må korrigeres og/eller etableres; dette er ivare tatt i prosjektperioden.

Følgende prosedyrer og retningslinjer er gjennomgått/etablert:

- Henvisningsmottak. Dok-Id 174
- Ventelisteadministrering. Dok-Id 88
- Funksjonsansvar for vurderingsansvarlig lege/ behandler - eksterne og interne henvisninger. Dok-Id 25678
- Ventelisteadministrering. Dok-Id 88
- Timebøker - organisering og føring i OUS. Dok-Id 25676
- Pasientjournal - signering av dokumenter. Dok-Id 2632
- Elektronisk prøvesvar - mottak og kvittering. Dok-Id 4829
- Pasientjournal - Kritisk informasjon Dok-Id 3005
- Definisjoner - personvern og informasjonssikkerhet Dok-Id 666
- Ivaretagelse av den registrertes personvern og rettigheter Dok-Id 11872
- Sikkerhetsinstruks Dok-Id 650
- Lederansvar i forhold til det pasientadministrative systemet for Oslo universitetssykehus (under utarbeidelse)
- Prosedyre for tiltak ved manglende oppmøte (under utarbeidelse)

## **4 EFFEKTMÅL OG GEVINSTER**

Målsetningen med prosjektet var at foretaket skulle ivareta anmerkninger og anbefalinger fra konsernrevisjonene og momenter fra prosjektet "Glemt av sykehuset", og gjennom dette arbeidet forbedre kontrollen over pasientadministrative rutiner og pasientaktivitetsdata.

Følgende effektmål og gevinster var satt opp i prosjektets mandat:

- nøkkelpersonell har fått nødvendig kompetanseheving
- alle enheter (org.sted/KAFE) har god kontroll på pasientadministrative data



- pasienter får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning
- foretaket har styrende dokumenter innen de områder som er påpekt av revisjonen
- opplæring og kompetansehevingstiltak med gjennomgang av lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og -system er tilgjengelig og repeterende, både for nyansatte og som oppfriskningskurs
- foretaket har god kvalitet og styring av pasientadministrative data
- vurderingsansvarlige utfører elektronisk vurdering av henvisninger iht lover & regelverk
- pasientenes interesser og rettigheter blir ivaretatt i henhold til lover, regler og prosedyrer
- støtte- og servicepersonell som ivaretar pasientadministrative systemer har kvalitetssikrede og a jour førte arbeidslister. Dette gir bedre kontroll med at rett pasient kommer til rett ressurs til rett tid
- pasientene opplever å få god informasjon iht lover, regler og foretakets prosedyrer
- kompetansehevingstiltak er tilgjengelig og repeterende, både for nyansatte og som oppfriskningskurs.

Måloppnåelse er kartlagt i klinikkens evalueringsrapporter, og ligger til grunn for prosjektets evaluering og anbefaling. Det vises til 9- Evaluering av Gjennomføringsprosjektet – klinikkens rapporter

## **5 MILEPÆLSPLAN**

Milepælsplan ble forankret og kvalitetssikret av prosjektgruppen. Milepælsplan er overholdt i prosjekttiden, men prosjektet ble forlenget med ti virkedager for å sikre ivaretagelse av alle punkter i overordnet handlingsplan.

## **6 RISIKOANALYSE**

En forenklet risikoanalyse ble satt opp i prosjektets mandat. Det har ikke forekommet uønskede hendelser av en art som har hatt konsekvenser for prosjektets plan og klinikkens gjennomføring.

Det påpekes likevel at det har vært utfordringer for klinikkene og prosjektgruppen knyttet til kompetanseheving og opplæring utover det som er ivaretatt av prosjektet selv, dette gjelder spesielt mangel på et konkret henvendelsessted for spørsmål av prinsipiell art/ brukerbehov i forhold til pasientadministrativt system og ledelsesinformasjonssystem (utover saker som løses av Sykehuspartner eller som ikke kan besvares i brukerveiledninger eller overordnede prosedyrer).

Det viser i denne sammenheng til kapittel 7 - Evaluering av Gjennomføringsprosjektet og anbefalinger fra prosjektgruppen.

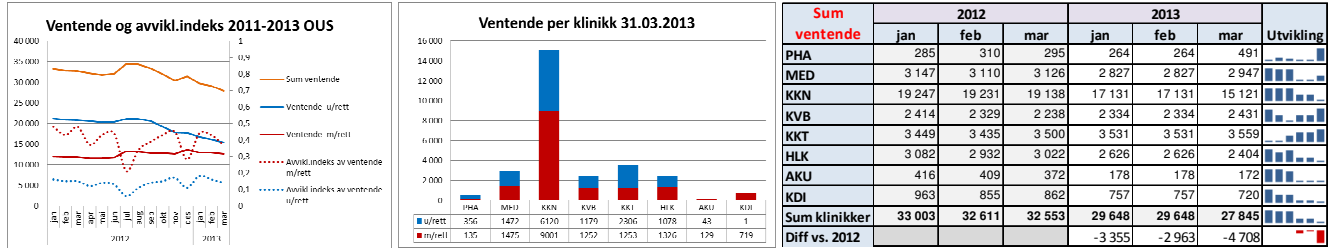
## **7 EVALUERING AV GJENNOMFØRINGSPROSJEKTET OG ANBEFALINGER FRA PROSJEKTGRUPPEN**

### **7.1 Evaluering**

Prosjektet har gitt et økt fokus på betydningen av korrekte ventelister og har gitt en betydelig kompetanseheving i foretaket med fokus på lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og -system. Det er en betydelig bedring i kvaliteten på de pasientadministrative data etter rydding av ventelister og opplæring i korrekt registrering av henvisninger og oppfølging av ventelister. Foretaket har nå på plass kvalitetssikrede styrende dokumenter for hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet og det er økt fokus på elektroniske arbeidsprosesser. Skriftlig informasjon til pasientene gjennomgås og pasienters rettigheter og interesser blir bedre ivaretatt.

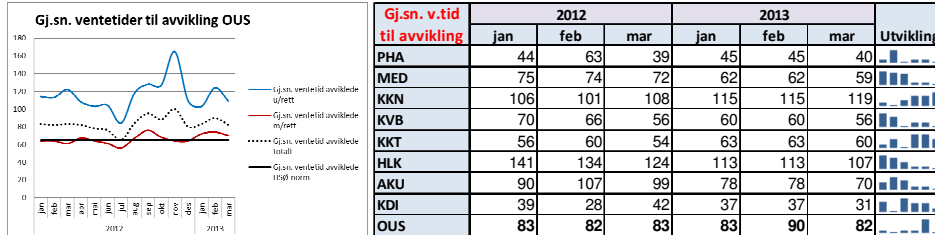
Resultater av prosjektets arbeid er nedenfor fremstilt i grafer og tabeller fra foretakets ledelsesinformasjonssystem (LIS). Resultatene viser forbedring på de fleste områder, samtidig som det er klart at det fortsatt er behov for oppfølging og fokus på flere områder. Dette vil bli ivaretatt av klinikkene og gjennom ordinært oppfølgingsregime av klinikkene og gjennom egen handlingsplan (vedlegg 11) som følges opp av stab Medisin, helsefag og utvikling.

### 1. Ventelisteutvikling – antall ventende, graf og tabell



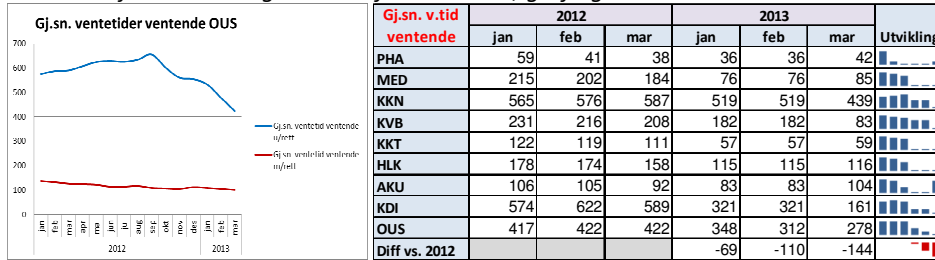
Ventelisteutviklingen viser at det er en klar nedgang i antall ventende fra mars 2012 til mars 2013.

### 2. Ekstern venteliste- gjennomsnittlig ventetid til avviking, graf og tabell



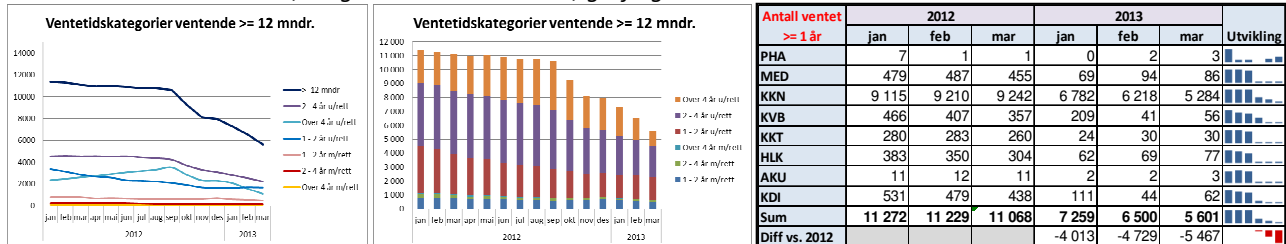
Gjennomsnittlig ventetid til avviking er varierende og viser ingen klar endring, dette var heller ikke forventet så lenge arbeid med avviking av langtidsventende pågår.

### 3. Gjennomsnittlig ventetid for ventende, graf og tabell



Gjennomsnittstid for ventende viser en nedgang fra mars 2012 til mars 2013. Primært er dette knyttet til pasienter uten rett til prioritert helsehjelp.

### 4. Ekstern venteliste, langtidsventende >= 1 år, graf og tabell



For langtidsventende har det vært meget positiv utvikling med klar reduksjon fra mars 2012 til mars 2013. Dette skyldes først og fremst rydding i ventelistedata.

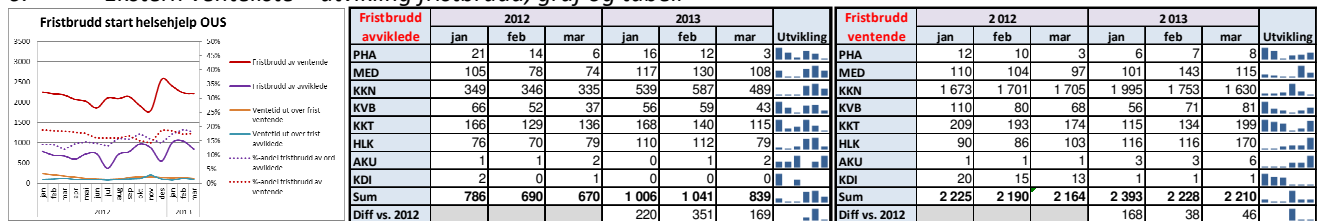
### 5. Ekstern venteliste, langtidsventende >= 1 år pr fagområde, tabell

Fagområde	Per 31.3
	Over 1 år
050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	1 783
090 Plastikk-kirurgi	1 494
100 Nevrokirurgi	472
250 Neurologi	1 128
290 Øre-nese-hals sykdommer	83
300 Øyesykdommer	289
Sum for fagområder med mer enn 20 langtidsventende	5 249
SUM TOTALT	5 615

Antall avdelinger med langtidsventende er betydelig redusert og det er ved prosjektslutt kun avdelinger i Klinik for kirurgi og nevrofag som har langtidsventende. Reduksjonen er et resultat av rydding i aktivitetsdata, avklaring gjennom kontakt med langtidsventende pasienter og samarbeid med Kontoret for fritt sykehusvalg. Det gjenstår noe arbeid ift rydding i

aktivitetsdata på enkelte enheter. For fagområdene som nå gjenstår med langtidsventende er det også kapasitetsutfordringer som det arbeides aktivt med å løse.

### 6. Ekstern venteliste – utvikling fristbrudd, graf og tabell



Utviklingen av fristbrudd er varierende over tid - og for klinikkene og viser at foretaket fremdeles har utfordringer i forhold til fristbrudd.

### 7. Ekstern venteliste, fristbrudd pr klinikk, tabell

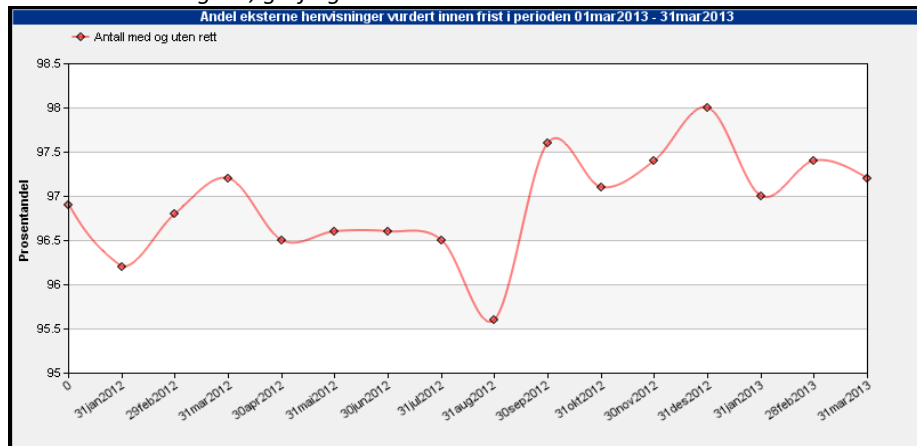
	Periodedetail			Øyeblikkstill ved utgangen av perioden					
	Eksudert utsettelse			Inkludert utsettelse			Eksudert utsettelse		
	Ant med frist i perioden	Fristbrudd	Antall fristbrudd ordinært avviklet	Fristbrudd	Ant ventende	Prosent andel	Fristbrudd	Ant ventende	Prosent andel
<b>Total</b>	<b>6 038</b>	<b>1 055</b>	<b>840</b>	<b>2 932</b>	<b>13 860</b>	<b>21,2</b>	<b>2 215</b>	<b>12 552</b>	<b>17,6</b>
Klinikk psykisk helse og avhengighet	231	8	3	48	408	11,8	10	347	2,9
Medisinsk klinikk	855	104	108	244	1 721	14,2	115	1 472	7,8
Klinikk for kirurgi og nevrofag	2 179	544	489	1 978	6 866	29,7	1 630	6 120	26,6
Kvinn- og barneklippen	606	61	43	130	1 300	10,0	81	1 179	6,9
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonskl.	1 468	201	115	302	2 549	11,8	199	2 306	8,6
Hjerte-, lunge- og karklinikken	573	132	79	217	1 158	18,7	170	1 078	15,8
Akuttlinikken	124	5	2	8	50	16,0	6	43	14,0
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	-	-	-	1	1	100,0	1	1	100,0

### 8. Ekstern venteliste, fristbrudd pr fagområde

Fagområde	Antall fristbrudd
020 Barnekirurgi (under 15 år)	25
030 Gastroenterologisk kirurgi	31
050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	709
070 Urologi	25
090 Plastikk-kirurgi	94
100 Nevrokirurgi	245
140 Fordøvelsessykdommer	57
150 Hjertesykdommer	142
170 Lungesykdommer	34
220 Barnesykdommer	66
240 Hud og veneriske sykdommer	29
250 Nevrologi	233
260 Klinisk nevrofysiologi	24
290 Øre-nese-hals sykdommer	240
300 Øvesykdommer	26
853 Terapeutisk onkologi og radioterapi	108
<b>Sum fristbrudd av ventende pasienter for fagområder hvor det er over 20 fristbrudd</b>	<b>2 088</b>
<b>Totalt antall fristbrudd av ventende</b>	<b>2 215</b>
<b>Andel på fagområder med mer enn 20 fristbrudd</b>	<b>94 %</b>

Antall avdelinger med fristbrudd er betydelig redusert. Reduksjonen er et resultat av rydding i aktivitetsdata og til dels bedre planlegging av driften.

### 9. Vurderingstid, graf og tabell



## Vurderingstid 2012

Vurderingstid for eksterne henvisninger ved Oslo universitetssykehus HF																		
Periode: 01mar 2012 - 31mar 2012																		
	Antall vurdert med Frist 10 dager					Antall vurdert med Frist 30 dager					Antall vurdert totalt					Antall mottatt i perioden	Ikke vurdert ved per.slutt	
	Innen frist	%	Over frist	%	Totalt	Innen frist	%	Over frist	%	Totalt	Innen frist	%	Over frist	%	Totalt			
Klinikk psykisk helse og avhengighet	191	92	17	8	208	315	97	11	3	326	506	95	28	5	534	550	162	
Medisinsk klinikk						2247	99	16	1	2263	2247	99	16	1	2263	2177	415	
Klinikk for kirurgi og nevrofag						3556	97	119	3	3675	3556	97	119	3	3675	3721	1124	
Kvinne- og barneklivnikken						2771	96	102	4	2873	2771	96	102	4	2873	2997	895	
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonskl.						2496	98	52	2	2548	2496	98	52	2	2548	2529	359	
Hjerte-, lunge- og karklinikken						1237	99	13	1	1250	1237	99	13	1	1250	1238	159	
Akuttlinikken						212	97	6	3	218	212	97	6	3	218	196	58	
Klinikk for diagnostikk og intervensjon						468	96	18	4	486	468	96	18	4	486	494	101	
Total	191	92	17	8	208	13675	97	386	3	14061	13866	97	403	3	14269	15737	11985	

## Vurderingstid 2013

Vurderingstid for eksterne henvisninger ved Oslo universitetssykehus HF																		
Periode: 01mar 2013 - 31mar 2013																		
	Antall vurdert med Frist 10 dager					Antall vurdert med Frist 30 dager					Antall vurdert totalt					Antall mottatt i perioden	Ikke vurdert ved per.slutt	
	Innen frist	%	Over frist	%	Totalt	Innen frist	%	Over frist	%	Totalt	Innen frist	%	Over frist	%	Totalt			
Klinikk psykisk helse og avhengighet	124	91	13	10	137	301	94	20	6,2	321	425	93	33	7,2	458	433	131	
Medisinsk klinikk						1576	99	22	1,4	1598	1576	99	22	1,4	1598	1604	292	
Klinikk for kirurgi og nevrofag						2832	96	111	3,8	2943	2832	96	111	3,8	2943	2763	710	
Kvinne- og barneklivnikken						2458	98	44	1,8	2502	2458	98	44	1,8	2502	2341	470	
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonskl.						1984	98	37	1,8	2021	1984	98	37	1,8	2021	2003	238	
Hjerte-, lunge- og karklinikken						897	99	14	1,5	911	897	99	14	1,5	911	945	161	
Akuttlinikken						168	99	2	1,2	170	168	99	2	1,2	170	97	40	
Klinikk for diagnostikk og intervensjon						320	99	2	0,6	322	320	99	2	0,6	322	312	6	
Total	124	91	13	10	137	10725	97	303	2,7	11028	10849	97	316	2,8	11165	12841	11920	

Andel henvisninger vurdert innen frist ligger på 97 % sett på foretaksnivå. Det er lite endring i vurderingstid.

### 7.1.1 Oppsummering av klinikkens evalueringsrapporter

Klinikkens evalueringsrapporter viser at det gjenstår en del arbeid i klinikkene i forhold til i klinikkens handlingsplan, og av den grunn har flere foreslått at Gjennomføringsprosjektet skulle forlenges. Momentene i klinikkens handlingsplan representerer oppgaver som kontinuerlig må følges opp og overvåkes i linjen, og av den grunn ansees det hensiktsmessig å avslutte prosjektet. Samtidig anbefales det at linjen bruker klinikkens handlingsplan for kontinuerlig oppfølging og overvåkning og at momentene brukes i klinikkleders oppfølgingsmøter med sine avdelinger. Momentene som er fulgt opp i Gjennomføringsprosjektet vil dessuten være oppfølgingspunkter i administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikkene.

#### Effekt mål og gevinster for klinikkene

Nedenfor gjengis klinikkens evaluering av effekt mål og gevinster i form av ja, delvis eller nei. For klinikkens kommentarer vises det til vedlegg 9 – Evaluering av Gjennomføringsprosjektet – klinikkens rapporter.

Effekt mål og gevinst	Kommentar fra klinikkene*							
* PHA: Psykisk helse og avhengighet, MED: Medisinsk klinikk, KKN: Klinikk for kirurgi og nevrofag, KVB: Kvinne- og barneklivnikken, KKT: Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, HLK: Hjerte-, lunge- og karklinikken, AKU: Akuttlinikken, KDI: Klinikk for diagnostikk og intervensjon.								
Nøkkelpersonell har fått nødvendig kompetanseheving.	PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI
	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja
Alle enheter (org.sted/KAFE) har en grunnleggende forståelse for hvordan pasientadministrative data skal legges inn i det pasientadministrative systemet.	PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI
	Ja	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja
Pasienter får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.	PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI
	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Delvis	Delvis	Ja	Ja
Klinikken har ryddet i tidligere feil i pasientadministrative data og listen over pasienter med "kontrolltime ikke tildelt" er redusert til et minimum.	PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI
	Ja	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis	Ja	Ja	Ja
Vurderingsansvarlige utfører elektronisk vurdering av henvisninger iht lover & regelverk beskrevet i	PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI

Prioriteringsveilederne.	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Det innhentes lovpålagte opplysninger fra henvisende HF hvis disse mangler i henvisningskrivet.	PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI
	Ja	Ja	Delvis	Delvis	Delvis	Ja	Ja	Delvis
Avdelingene har utviklet gode retningslinjer for ivaretagelse av prosedyrer med tydeliggjøring av roller og ansvar.	PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI
	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja

### Erfaringer fra ivaretagelse av hovedmomentene i klinikkens handlingsplan

Tabellen nedenfor viser hovedtemaer fra klinikkens handlingsplan og en kortfattet sammenlagt oppsummering av klinikkens erfaringer. For klinikkens kommentarer vises det til vedlegg 9 – Evaluering av Gjennomføringsprosjektet – klinikkens rapporter.

Tema	Positive erfaringer	Andre erfaringer
Henvisningsrutiner	Ledere, fagansvarlige og ressurspersoner har fått nyttig gjennomgang og økt forståelse for betydningen av henvisningsrutiner og pasientenes rettigheter i prosjektperioden. Nivå 2 prosedyrer er utarbeidet i mange avdelinger.	
Ventelister	Ledere, fagansvarlige og ressurspersoner har fått nyttig gjennomgang i prosjektperioden. Det er økt bevissthet ift bruk av ventelister, og rutiner er forbedret.	Det bør fremkomme meldinger om når Ledelsesinformasjonssystemet (LIS) er oppdatert. LIS kan bli mer brukervennlig. Rapporteringsfeil og mangler knyttet til korrekte uttrekk ift organisasjonsstruktur.
Langtidsventende	Antall langtidsventende er redusert, hovedsakelig grunnet rydding i aktivitetsdata og kontakt med pasienter på venteliste. Økt kunnskap om sammenhengen mellom pasientadministrativt system og ledelsesinformasjonssystem.	
Fristbrudd	Rydding i aktivitetsdata har vist at flere av fristbruddene var registreringsfeil. Opplæring har gitt økt forståelse for registreringskonsekvenser. Det er avdekket overføringsfeil i LIS: Pasienter som selv hadde utsatt timen fremkom som fristbrudd. Dette er meldt og skal korrigeres.	Det bør fremkomme meldinger om når Ledelsesinformasjonssystemet (LIS) er oppdatert. LIS kan bli mer brukervennlig. Rapporteringsfeil og mangler knyttet til korrekte uttrekk ift organisasjonsstruktur.
Timebøker	Målet er at det skal etableres timebøker minimum ett år frem i tid. Flere avdelinger og enheter melder at de har kommet i mål med dette arbeidet.	Manglende langtidsplanlegging ift timebøker medfører at lovverk og medisinskfaglige vurderinger ikke blir godt nok ivarettatt.
Interne henvisninger i foretaket	Det er utarbeidet ny rutine for interne henvisninger, denne er innarbeidet i flere avdelinger.	Overordnet prosedyre følges ikke av flere av foretakets avdelinger.
Fritt sykehusvalg.no	Det er innarbeidet gode rutiner for oppdatering av <a href="http://www.frittisykehusvalg.no">www.frittisykehusvalg.no</a> *	
Signering av prøvesvar og dokumenter	Det er igangsatt et arbeid med å gjennomgå usignerte dokumenter og ukviterte prøvesvar.	Det mangler korrekte data og styringsrapporter i LIS for oppfølging av dette arbeidet. Det mangler kontroll på stengte poster, og etablering av nye postkasser for journaldokumenter. Dette er meldt inn og arbeid med rydding er igangsatt.

\* Fritt sykehusvalg.no melder at Oslo universitetssykehus har negativ trend ift oppdatering av nettsiden.



### Klinikkens anbefalinger om tiltak som bør følges opp på overordnet nivå

- Kontinuerlig opplæringstilbud som er rolletilpasset, med sertifisering etter opplæring.
- Rapportmeny i Ledelsesinformasjonssystemet må videreutvikles slik at ledere på alle nivåer kan finne oppdaterte rapporter på all aktivitet knyttet opp mot registreringer i det pasientadministrative systemet.
- Opplæring og oppfølging av nivå 1 prosedyre for interne henvisninger.
- Ansettelse av en ventelisteansvarlig med dedikerte oppgaver innenfor ventelistebehandling på foretaksnivå.
- Det er behov for en enhet i foretaket som (i større grad) kan være en ressurs og hjelp for brukernivå i klinikkene.

Punktene over inngår i Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet (vedlegg 11) og vil i denne sammenheng bli vurdert og fulgt opp av stab Medisin, helsefag og utvikling.

Det vises ellers til vedlegg 9 - Evaluering av Gjennomføringsprosjektet – klinikkens rapporter.

## 7.2 Anbefalinger

Overordnet handlingsplan er gjennomgått og oppdatert med status for gjennomføring og kommentarer knyttet til tiltak som er "påbegynt". Det gjenstår ingen punkter hvor status er "ikke påbegynt". Det gjenstår imidlertid flere punkter i kategorien "påbegynt". Disse er satt opp i egen handlingsplan for oppfølging med ansvar og tidsfrister, og vil bli fulgt opp av Stab medisin, helsefag og utvikling (vedlegg 11).

Under gjennomføringen av prosjektet og ved oppsummering i prosjektgruppen har følgende anbefalinger om tiltak som bør følges opp på overordnet nivå fremkommet:

Momenter på bakgrunn av erfaringer fra og evaluering av Gjennomføringsprosjektet	Kommentar	Anbefaling
<p><b>Ventelisteansvarlig i klinikk</b> er en etablert <i>funksjon</i> i klinikkene. Funksjonen ble etablert i forbindelse med "Prosjekt Ventelister" – Program AVO (Aktivitet, ventelister og org.struktur) ved Oslo universitetssykehus i 2010.</p> <p>Funksjonens hovedoppgaver er:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ha oversikt over ventelistesituasjonen i klinikken, både i det pasientadministrative system (PAS) og i styringsdata i LIS.</li><li>• Ansvar for å koordinere og rapportere status for ventehåndtering (ventetider, volum ventende, fristbrudd).</li><li>• Følge og sikre kvaliteten på eksternrapporterte styringsdata (Helsedirektoratet/ NPR/Helse Sør-Øst).</li><li>• Følge opp korrekt registreringspraksis i egen klinikk</li><li>• Følge opp avdelingenes registrering av forventede ventetider i fritt sykehusvalg.no</li></ul>	<p>Funksjonen har en omfattende funksjonsbeskrivelse med stort ansvarsområde.</p> <p>Erfaringer viser at oppgavene er komplekse, og for tid- og ressurskrevende til at oppgaven kan ivaretas hensiktsmessig som en funksjon ved siden av andre oppgaver.</p> <p>Kun en av åtte ventelisteansvarlige i klinikk har oppgaven som fulltidsoppgave.</p>	<p>Det anbefales at <b>funksjonen</b> ventelisteansvarlig i klinikk blir en <b>rådgiverstilling</b> i klinikkleders stab. Unntak kan være Akuttklinikken og Klinikk for diagnostikk og intervensjon som kun har en avdeling hver med venteliste.</p> <p>Det foreslås følgende kompetanse for stillingen:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. God kompetanse knyttet til hele henvisningsperioden og i det pasientadministrative system</li><li>2. God kunnskap om organisasjon og kodeverk</li><li>3. Helsefaglig bakgrunn</li><li>4. Veileder- og/eller lederkompetanse anses å være en fordel.</li></ol>
<p>Nettverket for henvisninger, ventelister og fristbrudd – <b>Ventelistenettverket</b> – ble etablert i forbindelse med "Prosjekt Ventelister" – Program AVO (Aktivitet, ventelister og org.struktur) ved Oslo universitetssykehus i 2010.</p>	<p>Ventelistenettverket har et stort mandat med en rekke oppgaver på foretaksnivå. Disse oppgavene er av vesentlig betydning for foretakets kvalitet i forhold til henvisninger, ventelister og fristbrudd.</p> <p>Det har ikke vært mulig for nettverket å</p>	<p>Det anbefales at <i>Nettverket for henvisninger, ventelister og fristbrudd</i> reetableres og formaliseres som et <b>Ventelisteråd</b> som knyttes til Stab medisin, helsefag og utvikling.</p> <p>Det anbefales at det etableres en stilling i</p>

<p>”Nettverket for henvisninger, ventelister og fristbrudd” er sykehusets overordnede nettverk i forhold til henvisninger, ventelister og fristbrudd og har en rådgivende funksjon overfor administrerende direktør innen dette området.</p>	<p>ivareta disse oppgavene da 8 av 13 faste medlemmer er ventelisteansvarlige fra klinikkene som i utgangspunktet har en <i>funksjon</i> som ventelisteansvarlig ved siden av andre roller i klinikken.</p>	<p>staben som får ansvar for oppfølging av ventelistearbeidet på foretaksnivå, og som er leder av Ventelisterådet. Ventelisterådets mandat bør sees opp mot resultater fra Gjennomføringsprosjektet, og koples opp mot kommende innføring av DIPS.</p> <p>Det anbefales at ressurspersoner fra Ventelisterådet kan bidra med prosessveiledning overfor avdelinger som har utfordringer. Prosessveiledning kan etterspørres fra klinikkene, og være et tilbud til avdelinger som ikke presenterer forventede resultater.</p>
<p><b>Et felles henvisningsmottak i OUS</b></p> <p>Oslo universitetssykehus har i dag 69 adresser for henvisningsmottak.</p>	<p>Mange henvisningsmottak krever bred opplæring, er sårbart ift. ressurser i små enheter, og det er utfordrende å få alle henvisningsmottak til å inneholde evt manglende opplysninger og registrere korrekt iht gjeldende lover og prosedyrer.</p>	<p>Det anbefales at det i god tid før innføring av DIPS-prosjektet i oktober 2014 etableres ett felles henvisningsmottak i OUS som mottar og registrerer elektive papir- og evt elektroniske henvisninger.</p> <p>Dette krever at henvisninger kan tas imot på avdelingsnivå (42 avdelinger mot dagens 69 henvisningsmottak), og eventuelt videredistribueres i PAS/EPJ-systemet til den lokalisasjon hvor henvisning skal vurderes og videre plan for pasientforløpet skal ivaretas.</p>
<p><b>Opplæringstiltak – e-læringskurs</b></p>	<p>Det er etablert kurs i prosjektiden, og mange har deltatt. Det påpekes imidlertid at opplæringsbehovet fremdeles er stort, og at ”klasseroms-kurs” er krevende for drift ved fravær fra avdelingen.</p>	<p>Det anbefales at foretaket satser på flere e-læringskurs og at det satses på sertifisering for ulike roller, funksjoner og ansvar. Kontorfaglig tjeneste er den faggruppen som registrerer mest i det pasientadministrative system. Det anbefales av den grunn at sertifiseringsordningen starter med denne faggruppen.</p>

Punktene over inngår i Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet (vedlegg 11) og vil i denne sammenheng bli vurdert og fulgt opp av stab Medisin, helsefag og utvikling.

### 7.2.1 Styring – momenter fra rapport 4/2012

Det vises til Rapport 4/2012, Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF, som påpeker flere punkter som berører styring og kontroll i foretaket. Hovedpunktene nevnes i tabellen nedenfor med kommentar og anbefaling fra prosjektgruppen til hvert punkt.

<b>Anbefaling fra Rapport 4/2012: Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF</b>	<b>Kommentar</b>	<b>Anbefaling</b>
<p>Det anbefales at det gjennomgående settes mål- og resultatkrav mellom ledelsesnivåene for den pasientadministrative prosessen som helhet, ettersom denne er en sentral gjennomgripende prosess som berører hele organisasjonen på alle nivåer.</p>	<p>Det vises til § 3 og 4 a) i Forskrift om internkontroll:  <i>” I denne forskrift betyr internkontroll systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.”</i>  <i>”... beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan</i></p>	<p>Det anbefales at foretaket foretar en gjennomgang av</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eier-, fag- og styringsansvar</li> <li>- leder- og brukeransvar</li> <li>- utøveransvar i forhold til forvaltning av pasientadministrative systemer; organisasjons- og kodeverksvedlikehold, drift og forvaltning av ledelsesinformasjonssystem og kvalitetssikring og rapportering.</li> </ul>



	<p><i>virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.</i></p> <p>Foretakets organisasjonsmodell er slik at den i dag ikke fremstår tydelig nok i forhold til fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet i foretaket når det gjelder pasientadministrative systemer.</p>	<p>Det anbefales spesielt at avdelingene som er organisert under Administrative fellesfunksjoner i Oslo sykehusservice og direktørens stabsfunksjoner får tydelige rollebeskrivelser og at det tilrettelegges for en hensiktsmessig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet mellom avdelingene/enhetene, konf vedlegg 13-Organisasjonskart Oslo universitetssykehus HF sett ift roller og ansvar knyttet til PAS/EPJ</p>
<p>Det anbefales at det på overordnet nivå vurderes etablert måleindikatorer som grunnlag for en helhetlig monitorering av den pasientadministrative prosessen.</p> <p>Det anbefales at opplegg for rapportering og uthenting av statistikk- og styringsdata for det pasientadministrative området gjennomgås for å sikre en felles forståelse av dette i foretaket.</p> <p>Det anbefales at foretaket tydeliggjør hvilke rapporter som skal benyttes for oppfølging og kontroll, frekvens på rapportuttak og hvem som skal ha ansvar for oppfølging</p>	<p>Det vises til § 4 f og g) i Forskrift om internkontroll:  <i>"skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangle på oppfyllelse av myndighetskrav",</i></p> <p><i>"utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen".</i></p> <p>Sykehusledelsen følger kontinuerlig opp status for utvikling av ventelister, fristbrudd og langtidsventende gjennom interne månedlige oppfølgingsmøter med klinikkene. Den faste rapporteringsmalen som klinikkene benytter til oppfølgingsmøtene er revidert og inneholder både målekort og konkrete parametre knyttet til ventelister inkl ventetid, fristbrudd og langtidsventende..</p>	<p>Helse Sør-Øst har nedsatt en prosjektgruppe som utarbeider regional kompetanseplan for ledere for ivaretagelse av pasientsikkerhet, og en regional prosedyre for ledere i forhold til PAS/EPJ. Anbefaling fra dette prosjektarbeidet legges til grunn for Oslo universitetssykehus sin prosedyre som tydelig beskriver de ulike ledernivåenes ansvar og oppgaver i PAS/EPJ i forhold til pasientsikkerhet og kvalitet.</p> <p>Prosedyren skal fokusere på forebyggende arbeid i forhold til hele det pasientadministrative arbeidet, med anbefalinger til hvilke rapporter som skal brukes i Ledelsesinformasjonssystemet for å forebygge og kontrollere pasientsikkerhet i tilknytning til PAS/EPJ.</p> <p>Det er planlagt internkontroll i 2013 med revisjon av momentene i klinikkens handlingsplan. I prosjektiden er det også utarbeidet et score-system som kan forenkle oppfølging av status i klinikkene. Det er planlagt at dette verktøyet benyttes kvartalsvis.</p>

Punktene over inngår i Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet (vedlegg 11) og vil i denne sammenheng bli vurdert og fulgt opp av stab Medisin, helsefag og utvikling. I tillegg er det planlagt internrevisjon av det pasientadministrative arbeidet i alle klinikker i 2013.

## **VEDLEGG**

1. Mandat
2. Handlingsplan – overordnet
3. Handlingsplan – gjennomføring i klinikkene
4. Undervisningspresentasjon ”Henvisninger - registrering og prioritering i spesialisthelsetjenesten”
5. Veiledningshefte til klinikkens handlingsplan
6. Nye brevmaler i fht kapasitet
7. Undervisningsplan basisopplæring
8. Utkast til dokument - Forvaltning av kliniske system
9. Evaluering av Gjennomføringsprosjektet – klinikkens rapporter
10. Statusoversikt – overordnet handlingsplan med kommentarer til ”påbegynte” punkter
11. Handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet
12. Statusoversikt – handlingsplan for gjennomføring i klinikkene
13. Organisasjonskart Oslo universitetssykehus HF sett ift roller og ansvar knyttet til PAS/EPJ

**Handlingsplan for gjennomføring i linjen**

Klinikk:

Avdeling:

Avdelingsleder:

Opplæring og kompetanseheving med gjennomgang av lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og -system.; E-læringskurs, obligatorisk kurs og gjennomgang av prosedyrer med kvittering i E-håndbok skal være gjennomført av alle dette er aktuelt for.

Krav og ansvarsområder gjøres kjent i fellesundervisning og ved gjennomgang av nivå 1 prosedyrer - individuelt eller felles i avdelingene. Gjennomgang av definisjoner for å sikre lik forståelse og lik registrering.

Avdelingen utvikler gode retningslinjer for ivaretagelse av prosedyrer med tydeliggjøring av roller og ansvar.

Nr.	Forbedringsområder	Avvik	Tiltak	Tid for gjennom-føring av tiltak. Endelig frist	Ansvarlig	Kommentarfelt oppfølging/gjennomføring av tiltak	Status Avdeling Xxx ■ Gjennomført ■ Påbegynt ■ Ikke påbegynt
1	<p><b>Henvi.-rutiner</b> Gjennom- gang av arbeidsrutiner ved henvisningsmottak og henv.flyt i hht. styrende dok. En adresse inn til avd.</p> <p>Opplæring og kompetanseheving med gjennomgang av lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og -system.; E-læringskurs, obligatorisk kurs og gjennomgang av prosedyrer med kvittering i E-håndbok skal være gjennomført av alle dette er aktuelt for.</p> <p>Krav og ansvarsområder gjøres kjent i fellesundervisning og ved gjennomgang av nivå 1-prosedyrer - individuelt eller felles i avdelingen. Gjennomgang av definisjoner for å sikre lik forståelse og lik registrering.</p> <p>Avdelingen har ett henvisningsmottak: "En dør inn"</p> <p>Mottak av henvisninger: Dato-stemples, registreres og skannes i EPJ</p> <p>Gjennomgå rutinene for utsendelse av informasjonsbrev til pasient og henvisende instans ang mottak av henvisning; resultat av rettighetsvurdering for alle pasientkategorier (rett, behov, ikke behov (avvist)); informasjon om rettigheter.</p> <p>Etablerte rutiner for innhentelse av eventuelle tilleggsopplysninger i fht. Rettighetsvurdering, herunder info om rettighetsvurdering ved annet foretak ved viderehenvisning</p> <p>Rutiner for bestilling av evt. undersøkelser som lege har rekvirert</p> <p>Rutiner for booking av polikliniske timer</p> <p>Rutiner for booking av innleggelses</p> <p>Sende ut korrekt brev til pasient med tid for konsultasjon/innleggelse og informasjon om rettigheter</p> <p>Makulering av henvisning etter avsluttet vurdering</p> <p>Oppfølging av henvisningslister og ventelister for å unngå fristbrudd.</p> <p>Vurderingsansvarlig lege har kunnskap om bruker- og pasientrettighetsloven og aktuell prioriteringsveileder. Det anbefales å gjennomgå rutinene for å sikre korrekt registrering av "Start helsehjelp"</p> <p>Vurdering av henvisning utføres elektronisk i PAS av lege.</p> <p>Henvisninger skal være i felles arbeidsliste.</p> <p>Henvisninger vurderes innen for vurderingsfrist 30/10/5 virkedager</p> <p>Henvisningslister gjennomgås daglig.</p> <p>Få leger vurdere henvisninger (anbefales minst to, maksimum fem) for det aktuelle fagområde - sikrer konsistent og erfaring.</p>						
2	<p><b>Vente-lister</b></p> <p>Opplæring og kompetanseheving med gjennomgang av lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og -system. Se over.</p> <p>Ventelister er kun elektronisk - i overordnet PAS-system, dvs PasDoc og DIPS. Dersom sidesystemer benyttes skal det også registreres i overordnet PAS. Eventuelle papirbaserte ventelister avvikles.</p> <p>Avdelingen utvikler gode retningslinjer for ivaretagelse av prosedyrer med tydeliggjøring av roller og ansvar.</p> <p>Elektronisk venteliste skal brukes aktivt i arbeidet med å få startet helsehjelpen innen frist</p> <p>Ventelistene skal være utgangspunkt for fastsettelse av tidspunkt for forventet start helsehjelp for behovspasienter (ikke rettighetspasienter).</p> <p>Avdelingen skal i oppfølgingen av ventelistene sørge for å sikre at pasienter med behov for helsehjelp, får informasjon dersom forventet dato for helsehjelp overskrides</p> <p>Arbeidslister for åpen henvisningsperiode uten kontakt skal ryddes og ajourholdes.</p> <p>Time må tildeles fra arbeidslisten "kontrolltime ikke tildelt" for at pasienten skal bli tatt ut av ventelisten. Dersom man gir time fra pasientens kontaktbilde blir pasienten stående på arbeidslisten "kontrolltime ikke tildelt".</p> <p>Ventelister skal kontinuerlig følges opp og ledige timer skal fylles opp fortløpende</p>						
3	<p><b>Langtids-ventende</b></p> <p>Antall ventende &gt;12 mnd er et fåtall, og årsaken til at de venter er kjent.</p> <p>Dersom antall ventende &gt;12 mnd er mer enn et fåtall skal avdelingen ha en plan for avvikling av langtidsventende, evt ved hjelp fra andre foretak eller gjennom HSØ sine avtaler med private leverandører</p>						
4	<p><b>Fristbrudd</b></p> <p>Opplæring og kompetanseheving med gjennomgang av lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og -system. Se over.</p> <p>Andel fristbrudd for pasienter med rett til helsehjelp er tilnærmet null.</p> <p>Avdelingen skal i oppfølgingen av ventelistene sørge for å sikre at pasienter med rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får informasjon de har krav på dersom frist overskrides, i hht. lovverk og OUS nivå 1-prosedyre.</p> <p>I hht OUS nivå 1-prosedyre skal avdelingen innarbeide rutine for å skaffe pasienter et annet tilbud dersom fastsatt frist ikke kan overholdes</p>						
5	<p><b>Time-bøker/ polikliniske økter</b></p> <p>Pasienten skal som hovedregel ha timeavtale sammen med brev om rettighetsvurdering, eller ny kontrolltime før hjemreise.</p> <p>Timebøkene ved poliklinikk skal være rullet ut minimum ett år frem i tid i hht nivå 1-prosedyre "Timebøker - organisering og føring i OUS"</p> <p>Papirbaserte "konsultasjonsskjema/ behandlingsskjema" skal fylles ut slik at støttepersonell får korrekt grunnlag for registrering av aktivitet, videre oppfølging og avslutning av konsultasjonen.</p> <p>Avdelingene skal etablere rutiner for daglig å følge opp at alle konsultasjonsskjema/behandlingsskjema er fylt ut, evt ny kontakt opprettet i PAS, og at det er daglig oppfølging av restanser på ikke utfylte skjema</p> <p>Manglende oppmøte: avdelingen skal utforme regler og rutiner for når pasienter skal strykes fra ventelistene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hvor mange ganger ikke møtt (ulike for fagområder)</li> <li>- kreve betaling for konsultasjon (gjelder hele taksten, og uavhengig av frikort)</li> <li>- info til pasienten, standard tekst og måte (brev eller tlf), evt. definert tilnærming for hvert fagområde</li> <li>- tilbakemelding til henviser i brev form.</li> </ul>						
6	<p><b>Interne henv. OUS</b></p> <p>Avdelingen skal følge styrende dokument i e-håndbok. (Revidert prosedyre ferdigstilles 15/10-12) <b>Henvisning til prosedyre må inn</b></p> <p>B2-henvisninger og postkasser (i DocuLive) skal ikke benyttes ved interne henvisninger til andre avdelinger.</p> <p>Henvisende enhet oppretter henvisning til aktuelt henvisningsmottak i PasDoc innenfor rett periode/oppretter internhenvisning i DIPS. Notat og/eller brev som skal fungere som henvisning, skrives i journal og vil være lesbart for aktuelt henvisningsmottak.</p> <p>Avdelingen skal ha etablert rutiner og gjennomgått roller og ansvar for arbeidsprosess knyttet til internhenvisning.</p>						
7	<p><b>Fritt sykehusvalg</b></p> <p>Det skal innføres rutine for å sikre at enhetens ventetidsoversikt på internett oppdateres hver 4. uke</p>						
8	<p><b>Signering av prøvesvar og dokumenter i EPJ</b></p> <p>Avdelingen skal gjennomgå og rydde opp i restansene i forhold til signering av prøvesvar, godkjenning av dokumenter, utskrift og utsendelse av dokumenter (se prosedyre; "kvittering av prøvesvar")</p> <p>Det skal ikke være åpne/ikke godkjente dokumenter som er mer enn 14 dager gamle.</p>						



# Handlingsplan for oppfølging av gjennomføringsprosjektet

Version 1.0		Handlingsplanens eier: Visestyrer/direktør Cathrine M. Lofthus, Stab medisin, helsefag og utvikling			Status		Kommentar												
HØ konsernerisjonsrapporter: Ventelister og fristbrudd, Pasientadministrative rutiner, Momenter fra prosjekt "Glemt av sykehuset". Samlet oversikt konklusjoner og anbefalinger:		Foretakets vurdering av anmerkninger/avvik			Tiltak		Ansvarelig		Tid gjennomføring		Medansvarlig		Hensvisning til prosedyre-id eHåndbok		Status		Kommentar		
1	VL/Fristbrudd	Oppdragsdok. 2012	Fritt sykehusvalg	Systemendringer som kommer med neste versjon av PasDoc Fritt sykehusvalg region, område, lokal Foretak bør sette i verk tiltak for å styrke kunnskapen om hvilke pasienter som ikke er forutsatt henvist til OUS i egenkap av dets lokal-, regions- og landfunksjoner, slik at foretaket kan bidra til ivaretagelse av pasienter fra eget opptaksområde. Foretaket bør sørge for å få oversikt over dette slik at det kan gjennomføres målrettede tiltak.	Værende kunnskap om lover, regler, prosedyrer, pasientadministrative rutiner og systemer.	Endring i PasDoc er bestilt, leveres 24.5.2013. Prosedyre og veiledning må utarbeides.	Stab Medisin helsefag og utvikling	03.05.13	Avd. Kliniske system, Avd. Ledelsesinfo-systemer	Avd. Kliniske system, Avd. Ledelsesinfo-systemer	Y	Det skal innføres syv nye parametre for registrering i PasDoc: Landfunksjon, flerregion, region, flerområde, område, lokal og ukjent. Brukerveiledning skal utvikles av Stab Medisin, helsefag og utvikling/ Avd. for kliniske systemer	Y						
2	Glemt av SH	Oppdragsdok. 2012	Hensvisning	Åpen henvisningsperiode uten kontakt Usikkert om behov for ny time til kontroll, eks i påvente av prøvesvar osv Noen pasienter skal stå med åpen henvisningsperiode. Viktig at man har kontroll på disse pasientene. Noen sykehus benytter i tillegg papirdokumentasjon (ved siden av EPJ) for å vise at listen med disse pasientene er verifisert. Papirbaserte systemer i kombinasjon med elektroniske bør unngås.	Værende kunnskap om lover, regler, prosedyrer, pasientadministrative rutiner og systemer.	Kvalitetssikring/oppfølging i linjen	Klinikkleder	30.06.13	Avd. Kliniske system, Avd. aktivitet-data og analyse	Avd. Kliniske system, Avd. aktivitet-data og analyse	Y	Det skal tilordnes en rapport for overvåking av status i foretakets Ledelsesinformasjonssystem. Parametre for rapporten skal utarbeides av Avd. analyse og aktivitet-data. Oppfølging av rapporten skal innlemmes i nivå 1 prosedyre "Ledersvar PAS/EPJ" og Veileder til rapporteringskrav i prosedyren.	Y	Åpen henvisningsperiode uten kontakt tilsvarer arbeidsliste "kontrolltime ikke tildelt" i PasDoc. Etter oppgradering M3, PasDoc, oppstod en endring: man måtte gi time fra arbeidslisten "kontrolltime ikke tildelt" for at pasienten skal bli tatt ut av ventelisten. Dersom man gir time fra pasientens kontaktbilde blir ikke pasientens venteliste plass tatt ut av arbeidslisten "kontrolltime ikke tildelt". Dette har medført at mange av pasientene som står på arbeidslisten "kontrolltime ikke tildelt", allerede har hatt kontrolltime. Problemet blir løst ved Versjons Release 1 PasDoc som skal implementeres 24.5.2013. Prosedyre Ventelisteadministrering er korrigert i fht. beskrivelse av håndtering av "kontrolltime ikke tildelt" i PasDoc. Oppfølgingspunkt i ledelsens gjennomgang.	Y				
3	Glemt av SH		Pas.info	Pasientinformasjon SMS Varse pas. i god tid via sms eller likn (og be pasienten om å gi beskjed dersom avtalen om innleggelse / konsultasjon / undersøkelse ikke vil bli benyttet). Det utarbeides en felles tekst (regionalt) for å minne pasienten om avtalen. Denne må være generell og ikke inneholde annet en dato og navn på helseforetaket, samt et kontaktnummer for ev. avklaring eller tilbakemelding	Anmerking tas til etterretning.	Avdelingene utvikler gode retningslinjer for ivaretagelse av prosedyrer med tydeliggjøring av roller og ansvar.	Klinikkleder	30.06.13	Avd. Kliniske system	Avd. Kliniske system	Y	Kvalitetssikring/oppfølging i linjen Vurder om det er ressursmessig hensiktsmessig å få utviklet dette i tilknytning til PasDoc, estimerer muligheter, ressursbruk og kostnader. Avd. kliniske system utreder og gir skriftlig tilbakemelding til Stab Medisin, helsefag og utvikling.	Y	Saken er fulgt opp underveis i gjennomføringsprosjektet. For å få denne tjenesten til å virke i tilknytning til PasDoc må OUS beskrive hvordan tjenesten skal virke, og evt bestille utførelse. Det må lages en kodeendring som Sykehuspartner installerer. Oslo sykehuservice har innkalt til et møte med pasientsikkerhetsansvarlig i stab Pasientsikkerhet og kvalitet 18. april 2013. Her skal også Avd. kliniske system være representert.	Y				
4	Glemt av SH		Pas.info	Pasientinformasjon ved avslutning av konsultasjon eller innleggelse Dersom vesentlige analysevar, vurderinger eller (bilddiagnostiske) beskrivelser ikke foreligger ved avslutningen av konsultasjon eller innleggelse, tydeliggjøre overfor pasienten hva som kan forventes av tilbakemelding, og når, Med avtalt ny kontakt /kontroll / innleggelse 1: Vurder om det er påkrevd å informere pasienten om svarene i en konsultasjon når ny time avtales. 2: Alle øvrige: Som standard sende pasienten alle prøvesvar – fortrinnsvis samlet 3: Avvikle beskjeder eller ordninger som har preg av "ikke ring oss – vi ringer Dem"	Pasienter som ikke har ny kontakt med sykehuset etter at endelig prøvesvar-resultat foreligger får ikke automatisk tilsendt alle prøvesvar.	Vurder om nivå 1 prosedyrer for signering av journaldokumenter og prøvesvar skal presiseres når det gjelder informasjon til pasient. I prosedyren er følgende angitt: "Ved utskrivelsestidspunkt skal de prøvesvar som foreligger være kvittert og eventuelle tiltak iversettsat -Finner frem aktuelle oppfølgingslister minst en gang i uken -Gjennomgår aktuell pasients journal -Finner frem prøvesvar og pasientjournal -Vurderer prøvesvarene klinisk -Leser og kvitterer prøvesvar som det tas ansvar for, uavhengig av hvem som bestilte undersøkelsen -Sørger for at nødvendige tiltak iverksettes"	Stab medisin, helsefag og utvikling	15.06.13		Pasientjournal - Signering av dokumenter Id-nr 2632 Elektroniske prøvesvar - mottak og kvittering Id-nr 4829	Y	Det vises til regionalt prosjekt "Glemt av sykehuset". Samlet oversikt over alle innsatsområder med krav, tiltak og veiledning - revidert dokument datert 22.3.2013. Punktet er noe moderert fra opprinnelig utsendelse fra "Glemt av sykehuset" og dette gjelder spesielt at pasienten skal få sendt alle prøvesvar. OUS vil sørge for at adekvate rutiner innarbeides.	Y						



HØ konsernevisjonsrapporter: Ventelister og fristbrudd, Pasientadministrative rutiner. Mønter fra prosjekt "Glemte av sykehuset". Samlet oversikt konklusjoner og anbefalinger:		Foretakets vurdering av anmerkninger/avvik		Tiltak		Ansvarlig		Tid gjennomføring		Medansvarlig		Henvvisning til prosedyre-id eHåndbok		gj. ført påbeg		Punktet er ikke løst som egen sak i Gjennomføringsprosjektet.	
5	Glemte av SH	Pas.info	Pasientinformasjon - standardskriv Utforme et standardskriv som gis til alle pasienter (ev. pårørende) der vi uttrykker hva du som pasient skal forvente av oss, når det gjelder informasjon under og etter oppholdet og etter en poliklinisk konsultasjon. Dette er særlig hva undersøkelse, prøver og analyser viste, hvilke tiltak som kan være aktuelle (og når – og hvor), og når du kan vente å få denne informasjonen. Vi må også være tydelig på at om pasienten ikke får slik tilbakemelding / informasjon, bør de selv, eller fastlegen, ev. pårørende, ta kontakt og etterspørre dette. – Vi gjør ikke dette som uttrykk for en forventning til eller forpliktelse for pasienten, men fordi vi ønsker å styrke pasientens innsikt i og dermed påvirkning av egen situasjon, også kalt "empowerment" – der vi gjennom kunnskap gir pasienten makt.	Det er ikke etablert overordnede rutiner, serviceerklæring eller annet for dette i foretaket.	Informasjon til pasient og henvisende lege/andre samarbeidspartnere er medisinsk faglig ansvar. Avdelingene utvikler gode retningslinjer for ivaretagelse av prosedyrer med tydeliggjøring av roller og ansvar.	Klinikkleder	30.06.13	Stab medisin, helsefag og utvikling	01.09.13	Stab Kommunikasjon, Stab Samhandling					Y	Oversikt over foretakets maler for pasientbrev i fbm henvisninger og innkallinger er oppdatert og tilgjengelig i foretakets intranett. Brukerrådet i Oslo universitetssykehus er bedt om å gi anbefaling. Oslo universitetssykehus sitt Brevprosjektets anbefalinger fra 2010 gjennomgås og evt revideres.	
6	PAS	Forvaltning	Utkast til dokument - Forvaltning av kliniske systemer Det anbefales at foretaket utvikler og implementerer en forvaltningsmodell for PAS/EPI-systemene, herunder tydeliggjør og forankrer roller, ansvar og oppgaver i forhold til det pasientadministrative arbeidet i hele foretaket.	Mandat for forvaltningsmodell for PAS/EPI-systemene mangler i foretaket.	Utarbeide styrende dokument som viser til forvaltningens mandat med tydelige roller, ansvar og oppgaver i forhold til PAS/EPI for hele foretaket. Avdeling for kliniske systemer utarbeider skriftlig utkast som vurderes av Stab medisin, helsefag og utvikling.	Stab medisin, helsefag og utvikling	01.09.13	Stab Kommunikasjon, Stab Samhandling	01.06.13	Avdeling Kliniske system				Y	• Avd. for kliniske system har utarbeidet dokumentutkast for forvaltning av PAS/EPI ved OUS. • Endelig vurdering og godkjenning av forvaltningsmodell forventes da det gjenstår en gjennomgående vurdering av roller, ansvar og myndighet knyttet til det pasientadministrative system.		
7	PAS	Risikovurdering	PAS risikovurdering og planlagte internervisjoner Det anbefales at det gjennomføres risikovurderinger av den pasientadministrative prosessen som helhet og iversettes aktuelle tiltak på bakgrunn av dette. Dette for å identifisere, vurdere og håndtere både foretaksovergripende, klinikk- og avdelingsvisse utfordringer/risikoer. Det anbefales at det utarbeides virksomhetsplaner/handlingsplaner på de ulike nivåene som tydeliggjør hvilke tiltak som skal prioriteres (med utgangspunkt i risikovurderingene) for å sikre måloppnåelse	Dette er ikke et avvik, men en anbefaling om å gjennomføre risikovurdering av pas.adm.prosess.	Vurdere å gjennomføre risikovurdering av den pasientadministrative prosessen. Stab Pasientikkerhet og kvalitet ivaretar evt risikovurdering/internevisjon og anbefaler tiltaksplan for å sikre måloppnåelse.	Stab pasientikkerhet og kvalitet	01.11.13	Stab medisin, helsefag og utvikling						Y	Foretaket er i prosjektfase med etablering av nytt pasientadministrativt system, DIPS. I prosjektet er det etablert en egen arbeidsgruppe som skal ivareta sikkerhetsperspektiver og risikovurdering ift pasientadministrative prosesser. Erfaringer fra Gjennomføringsprosjektet skal knyttes opp til dette arbeidet. • Det er dessuten planlagt et forprosjekt i 2013 som har som mål å gi anbefalinger til å forbedre prosessene knyttet til henvisninger og epikriser. • Det er planlagt internevisjon i 2013 i forhold til momentene i klinikkens handlingsplan		
8	Glemte av SH	Signering	Signering - Det må gjennomføres ryddeprosjekt for å godkjenne og lukke åpne dokumenter, og for å signere gamle prøvesvar. Dette skal skje som en engangssaksjon. Det må dokumenteres med merknad som begrunner hvorfor det er godkjent i ettertid, evt også med referanse til prosedyre i virksomhetens kvalitetssystem. Tidskrav for fullføring. Det enkelte sykehus må sette opp en forpliktende plan for når historiske dokumenter skal være ferdig gjennomgått og lukket. Fremdrift må følges gjennom rapportering til det lokale styret.	Det er iverksatt tiltak for å følge opp dette i foretaket.	Autokvittering av MBK på innleggende pasienter, dagens ordning erstattes av alternativ foreslått av EPI råd, inklusive nye løsninger for PNA.	Stab Medisin og helsefag	24.05.13	Stab pas. sikkerhet og kvalitet, Avd. Kliniske system						Y	• Foretaket har overordnet prosedyre: Elektroniske prøvesvar – mottak og kvittering. • Hele rutinen for håndtering av frtak fra kvitteringskrav er gjennomgått og nye krav satt opp. Det planlegges helhetlig rutine for kvitteringsfrtak som skal gjelde for hele sykehuset når det implementeres VedlikeholdsRelease 1 (VR1) av PasDoc 24.05.13. • Avd. Kliniske systemer vurderer behov for ny prosedyre i fht. autosignering/kvittering av prøvesvar i forbindelse med VR1. Det skal også utarbeides et medleskema som avdelingene skal bruke i fht. bestilling av autosignering/kvittering, dette skal legges inn i den nye portalen "Min sykehuspartner". Dette punktet henger også sammen med punkt 21 - Interne henvisninger og henvisning til spesialistkompetanse i OUS.		



HØ konsernrevisjonsrapporter:		Ventelister og fristbrudd, Pasientadministrative rutiner. Momenter fra prosjekt "Glemt av sykehuset". Samlet oversikt konklusjoner og anbefalinger:		Foretakets vurdering av bemerkninger/avvik		Tiltak		Ansvarlig		Tid gjennomføring		Medansvarlig		Henvisning til prosedyre-id eHåndbok		gj. ført påbeg. ikke påbeg.			
9	Glemt av SH	Signering historiske prøvesvar Medisinsk biokjemi: o Prøvesvar som er eldre enn seks måneder, kan autogodkjennes o Prøvesvar som er eldre enn tre måneder (og yngre enn seks måneder) – autogodkjennes for rekvisisjonene der alle svarene til én rekvisisjon er innenfor normalområdet. Om minst ett svar er i ekstremområdet, må alle svarene i den aktuelle rekvisisjonen godkjennes manuelt o Prøvesvar som er forskere enn tre måneder: Godkjennes / signeres manuelt. Mikrobiologi og immunologi / immunhematologi / transfusjonsmedisin: o Prøvesvar eldre enn seks måneder – autosigneres (autogodkjennes). o Alle andre prøvesvar godkjennes / signeres manuelt Patologisvar (inkl. histologi): Må alltid signeres / godkjennes manuelt (gjelder både foreløpige og endelige svar)	Det er iverksatt tiltak for å følge opp dette i foretaket.	Nivå 1 prosedyre for elektroniske prøvesvar, revideres etter innføring av ny rutine.	Stab medisin, helsefag og utvikling	01.06.13	Med. kliniske system	Stab medisin, helsefag og utvikling	24.05.13					Pasientjournal - signering av dokumenter. Dok-id 2632 Elektronisk prøvesvar - mottak og kvittering. Dok-id 4829		Y	• Foretaket har overordnet prosedyre: Elektroniske prøvesvar – mottak og kvittering. • Hele rutinen for håndtering av fritak fra kvitteringskrav er gjennomgått og nye krav satt opp. Det planlegges helhetlig rutine for kvitteringsfritak som skal gjelde for hele sykehuset når det gjennomføres VedlikeholdsRelease 1 (VR1) av PasDoc 24.05.13. • Avdeling Kliniske system vurderer behov for ny prosedyre i fht. autosignering/kvittering av prøvesvar i forbindelse med VR1. Det skal også utarbeides et meldeskjema som avdelingene skal bruke i fht. bestilling av autosignering/kvittering, dette skal legges inn i den nye portalen "Min sykehuspartner".		
10	Glemt av SH	Signering Bildeledningsstikk / radiologisvar o Skal godkjennes manuelt. o Må ivareta (dvs. synliggjøre/markere eller angi særskilt) om der er endringer fra opprinnelig prøvesvar (preliminær -> endelig, opprinnelig -> revidert). o Alle versjoner av svaret skal vurderes og signeres / godkjennes.	Manglende overordnet oppfølging i foretaket.	Kvalitetssikring/oppfølging i linjen Utarbeide styrende dokument	Klinikkleder	01.06.13								Elektroniske prøvesvar - mottak og kvittering. Dok-id 4829. Pasientjournal - Signering av dokumenter. Dok-id 2632		Y	Det er påstartet et eget arbeid for utarbeidelse av styrende dokument for bildeledningsstikk/radiologisvar. Avd. kliniske systemer samarbeider med KDI.		
11	Glemt av SH	Papirflyt Konsultasjonsarket (kontaktregistreringsskjema/behandlingsregistreringsskjema PasDoc) skal benyttes i elektronisk form ved alle konsultasjoner. Må ha rutiner for daglig å følge opp at alle konsultasjonsark er fylt ut, ny kontakt opprettet osv. Må ha rutiner for daglig oppfølging av evt restanse på ikke utfylte konsultasjonsark. Papirbaserte skjema og ev. mellomløsninger (som digital penn på rastert papir) frarås brukt i slike sammenhenger	Manglende N-1 prosedyre. Mange enheter har papirbaserte rutiner som ikke er oppdatert med elektroniske arbeidslister.	Kvalitetssikring/oppfølging i linjen Utarbeide styrende dokument	Stab medisin, helsefag og utvikling	01.06.13								Ventelisteadministrering. Dok-id 88 Timebøker - organisering og føring i OUS. Dok-id 25676. Funksjonsansvar for vurderingsansvarlig lege/ behandler - eksterne og interne henvisninger. Dok-id 25678		Y	Prosedyre Ventelisteadministrering er revidert. Avd. for kliniske system utreder mulighet for om henvisningsperiodens status for type helsehjelp kan komme med på konsultasjonsskjemaet. Elektronisk vurdering er presisert i prosedyre Funksjonsansvar for vurderingsansvarlig lege/ behandler - eksterne og interne henvisninger		
12	Glemt av SH	Manglende oppmøte	Mange fagavdelinger mangler rutiner for håndtering av manglende oppmøte; blir ofte besuttet ad hoc av aktuell kliniker/ behandler.	Kvalitetssikring/oppfølging i linjen Utarbeide styrende dokument	Klinikkleder	01.07.13										Y	Prosedyre er under utarbeidelse av helsejurister i stab. Økonomi, juridisk og IKT.		
13	Glemt av SH	henvisning Primærhelsetjenesten Oppfølging i den gode henvisning. Bruk av adresser riktig i NHN Adresseregister. Oppfølging vedr. henvisne til mange sykehus parallelt. Tilbakemeldinger til leger som ikke vil akseptere bare å henvisse	Manglende kunnskap/behov for oppdatering rundt henvisninger til spesialisthelsetjenesten.	Kvalitetssikring/oppfølging i linjen Klinikkens avdelinger utarbeider klare retningslinjer for henvisninger der dette ikke blir dekket av fastlegenes oppslagsverk Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) Informasjon sendes ut i Fastlegenytt.	Klinikkleder	15.06.13										Y	Det er utarbeidet mandatforslag til forprosjekt for "Henvisninger og epikriser - kvalitet i alle ledd".		



HØ Konsernrevisjonsrapporter:  
 Ventelister og fristbrudd, Pasientadministrative rutiner.  
 Momenter fra prosjekt "Gjent av sykehuset".  
 Samlet oversikt konklusjoner og anbefalinger:

Foretakets vurdering av anmerkninger/avvik

Tiltak

Ansvarlig

Tid gjennomført

Medansvarlig

Henvisning til prosedyre-ideHåndbok

gl. ført påbeg ikke påbeg

HØ Konsernrevisjonsrapporter: Ventelister og fristbrudd, Pasientadministrative rutiner. Momenter fra prosjekt "Gjent av sykehuset". Samlet oversikt konklusjoner og anbefalinger:			Foretakets vurdering av anmerkninger/avvik	Tiltak	Ansvarlig	Tid gjennomført	Medansvarlig	Henvisning til prosedyre-ideHåndbok	gl. ført påbeg ikke påbeg	
14	Intern	Pas.info	til ett sykehus (om gangen).	Avdelingene utvikler gode retningslinjer for ivaretagelse av prosedyrer med tydeliggjøring av roller og ansvar.	Klinikkleder				Y	
				Kvalitetssikring/oppfølgning i linjen	Klinikkleder				Y	
				Vurderer innhold i opplysningsdokumentet "pasientinformasjon", eller om OUS bør utforme en informasjonsbrosjyre med generell informasjon til brukere. Vurderer innhold i alle innkallingsbrev og sikre bedre informasjon om oppmøtsteder. Undergruppe med helsejurnister og spesialrådgiver stab utformer skriftlig anbefaling til Stab Medisin, helsefag og utvikling. Stab Kommunikasjon og Samhandling involveres.	Stab medisin, helsefag og utvikling	01.10.12	Stab Kommunikasjon		Y	Innkallingsbrev er gjennomgått og kvalitetssikret. Det er påvist at DIPs på Aker har fått lagt inn feil brevmal, disse korrigeres. Det er også utarbeidet nye brevmal i forbindelse med kapasitetsutfordringer. Det er utarbeidet veileder for bruk av disse brevmalene. Vurderer innhold i opplysningsdokumentet "pasientinformasjon" og behov for revidering av innkallingsbrev.
15			Kompetanseheving, opplæring og styring (samlet alle punkter fra Overordnet handlingsplan) + anbefaling fra prosjektgruppen.	Det skal utarbeides overordnet prosedyre som beskriver lederansvar i forhold til det pasientadministrative systemet for Oslo universitetssykehus.	Stab Medisin, helsefag og utvikling. Stab HR	01.09.13			Y	Utgangspunktet er prosedyre utarbeidet av regional standardiseringsprosjekt "Regional prosedyre for lederansvar i fht. PAS/EPJ". Denne gruppen har ikke sendt endelig forslag til foretakene når Gløntfjellprosjektet avsluttes. Det skal utarbeides rapporteringsskema som følger pasientforløpet med veileder til støtte for ledere.
				Det skal utarbeides veileder for prosedyren som beskriver oppfølging av aktuelle rapporter for ulike indikatorer.	Stab økonomi, juridisk og IKT	01.10.13			Y	Når det gjelder tall i indikatorer arbeides det med datagrunnlaget for disse.
				Påse at opplærings- og kompetansehevingstiltak er kvalitetssikret, tilgjengelig og repeterende, både for nyansatte og som oppfriskningskurs.	Stab Medisin, helsefag og utvikling. Avd. Kliniske system. Ventelisterådg.	01.08.13			Y	Avd. Kliniske system har utarbeidet opplæringsplan for nyansatte, innholdet i opplæringsplanen er ikke presentert og kvalitetssikret/godkjent. HSØ standardisering lederopplæring PAS (ansattforløp, pas.forløp) utarbeider anbefalinger.
				Opplæring og kompetanseheving med gjennomgang av lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og -system.	Avd. Kliniske system. Ventelisterådg.	01.10.13			Y	Avd. kliniske system har utarbeidet opplæringsplan for nyansatte, innholdet i opplæringsplanen er ikke fullstendig, og mangler kvalitetssikring og godkjenning.
				Kurs "Mottak, vurdering og registrering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten" skal revideres.	Stab medisin, helsefag og utvikling	01.09.13			Y	Lederansvar PAS/EPJ skal innlemmes i foretakets lederopplæring. Ventelisterådg (Ventelistenetverket) skal Repeterende kurs skal etableres som tilbud i Læringsportalen.
				Det er anbefalt at opplæringsstiltak i fht. PAS/EPJ skal sertifiseres	Stab medisin, helsefag og utvikling				Y	Det anbefales pilotprosjekt for opplæring med sertifisering for PAS/EPJ-systemet.
				Det anbefales at foretaket satser på flere e-læringskurs og at det settes på sertifisering for ulike roller, funksjoner og ansvar.	Stab medisin, helsefag og utvikling Avd. Kliniske system				Y	Kontorfaglig tjeneste er foreslått som målgruppe for pilot.
				Rapportmeny i Ledelsesinformasjonssystemet må videreutvikles slik at ledere på alle nivåer kan finne oppdaterte rapporter på all aktivitet knyttet opp mot registreringer i det pasientadministrative systemet.	Avd. ledelsesinfo. Systemer	01.10.13			Y	Kontorfaglig tjeneste er den faggruppen som registrerer mest i pasientadministrativt system. Det anbefales av den grunn at sertifiseringsordningen starter med denne faggruppen.
				Avdelingene utvikler gode retningslinjer for ivaretagelse av prosedyrer med tydeliggjøring av roller og ansvar.	Klinikkleder	01.10.13			Y	
				Kvalitetssikring/oppfølgning i linjen	Klinikkleder	01.10.13			Y	











Statusoversikt - handlingsplan for gjennomføring i klinikkene

Verdier 2=Gjennomført, 1=Påbegynt, 0=Ikke påbegynt

Klinikk PHA

MED

RKEN

RVS

RKT

AKU

KON

05.apr

19.feb

15.jan

Table with 15 columns (dates) and 15 rows (tasks). Contains a grid of colored cells (green, yellow, red) and numerical data representing task completion status and scores.



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 25. april 2013

Saksbehandler: Direktør pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg:

---

**SAK 28/2013 REVISJONSPLAN 2013**

### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar forslag til revisjonsplan for Oslo universitetssykehus til etterretning.*

Oslo, den 18. april 2013

Bjørn Erikstein

## Sammendrag

I denne saken orienteres styret om plan for interne revisjoner i foretakets egen regi og konsernrevisjonens interne revisjoner for 2013. Saken viser også hvordan foretaket arbeider for å understøtte linjens ansvar for intern styring og kontroll, og samtidig understøtte og koordinere tilsyn fra eksterne tilsynsmyndigheter.

## Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

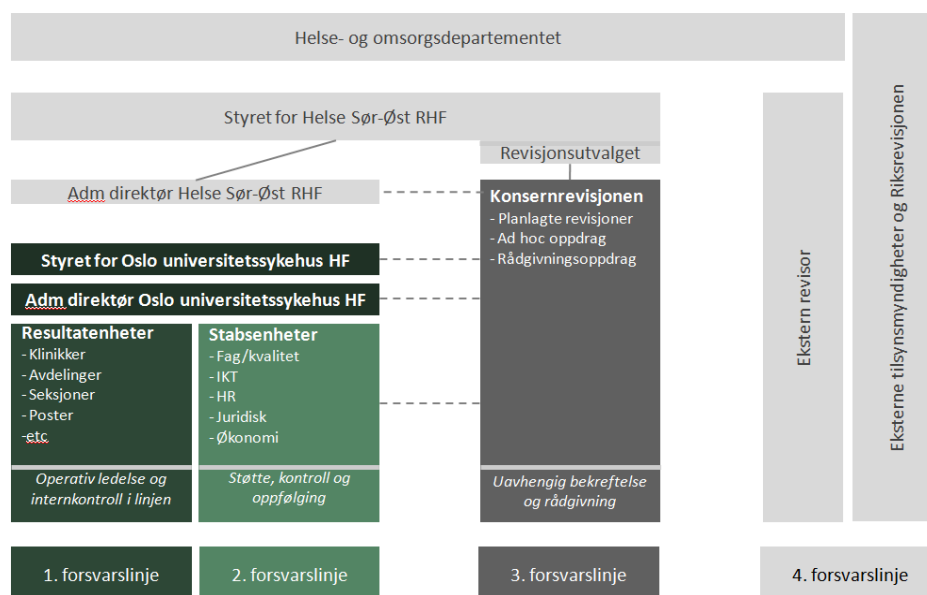
Det er satt opp fem revisjoner i plan for interne revisjoner i foretakets egen regi:

1. Intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system (herunder også henvisningsrutiner og ventelistebehandling). Oppfølging av Gjennomføringsprosjektet
2. Oppfølging av revisjonsfunn innen praksis med medisinsk koding av pasientrettet aktivitet
3. Organisering, intern styring og kontroll innen bruk av ekstravakter
4. Intern styring og kontroll innen forskning, personvern og informasjonssikkerhet
5. Kontrollhandlinger i økonomiforvaltningen

Revisjonsplanen bygger på vurderinger av risiko i virksomheten for å rette interne revisjoner inn mot områder hvor det er høy risiko for manglende måloppnåelse, regelbrudd eller utilstrekkelig og upålitelig styringsinformasjon. For å oppnå bred revisjonsdekning er revisjonsplanen sett i sammenheng med konsernrevisjonens planlagte aktiviteter ved foretaket.

## Faktabeskrivelse

Strukturen bygger på de prinsipper og ansvarsforhold som er lagt for god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og kan illustreres på følgende måte:



Figur 1 Foretakets kontrollstruktur

## Linjeleders ansvar

Som figuren viser, ligger internkontrollansvaret i linjen. Resultatenhetene har et selvstendig ansvar for at intern styring og kontroll er etablert og gjennomføres i prosesser og aktiviteter som inngår i den enkelte resultatenhets myndighetsområde. Med intern styring og kontroll menes prosesser, systemer og rutiner som er igangsatt av ledelse og ansatte for å gi rimelig sikkerhet for at Oslo universitetssykehus HF har en målrettet og effektiv drift, rapporterer pålitelig styringsinformasjon og etterlever lover og regler. Et sentralt prinsipp er at intern styring og kontroll skal tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Å fastsette et tilstrekkelig og hensiktsmessig opplegg for intern styring og kontroll forutsetter derfor at det gjennomføres prosesser for å identifisere, prioritere og håndtere risiko, dvs. risikostyring.

### Stabens rolle

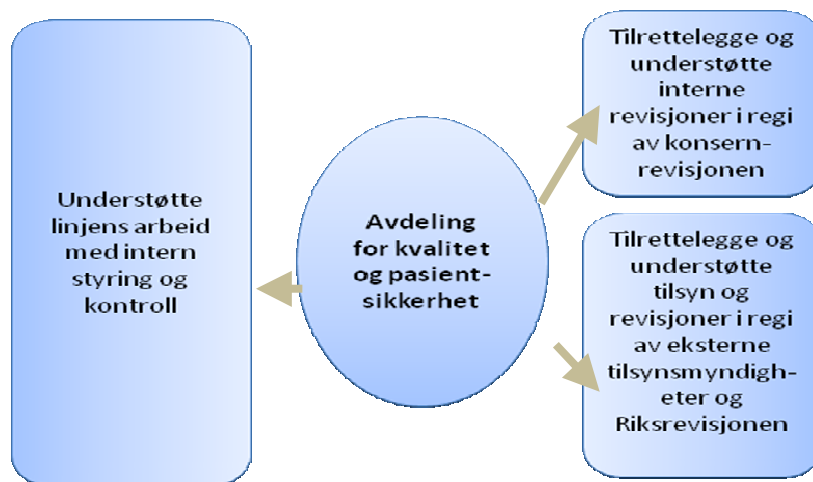
Stabsdirektørens rolle innebærer å ivareta visse foretaksomfattende systemer og prosesser innenfor områder som for eksempel pasientbehandling, pasientsikkerhet, forskning, økonomi, HR, utstyr, areal og IKT. Stabsenhetene har samtidig en vesentlig rolle i arbeidet med å understøtte resultatenhetenes arbeid med å etablere og gjennomføre intern styring og kontroll. Stabsenhetene samhandler også med andre aktører som for eksempel ved kjøp av tjenester fra Sykehusapotekene HF - som et ledd i oppfølging av internkontrollen. Tema i legemiddeloppfølgingene kan gå på tvers av helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF (fellesrevisjoner), eller ha tema med bakgrunn i lokal vurdering.

### Internrevisjonen

Internrevisjonen ved Oslo universitetssykehus skal på vegne av administrerende direktør være et ledd i internkontrollansvaret; se etter om det er etablert og gjennomført intern styring og kontroll som er hensiktsmessig og betryggende. Ansvar for å planlegge og tilrettelegge for interne revisjoner på foretaksnivå ligger i stab kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg til planlegging, gjennomføring og oppfølging av interne revisjoner i foretakets egenregi, samhandler avdelingen også med konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Staben har også et system- og prosessansvar for internkontroll, risikostyring, pasientsikkerhet, personvern og informasjonssikkerhet.

Internrevisjonens rolle:

- Understøtte linjens arbeid med intern styring og kontroll
- Planlegge og utføre sykehusomfattende interne revisjoner
- Tilrettelegge for og understøtte interne revisjoner i regi av konsernrevisjonen
- Tilrettelegge for og understøtte tilsyn og revisjoner i regi av eksterne tilsynsmyndigheter



Figur 2 Fokusområder for foretakets arbeid med intern styring og kontroll

Oslo universitetssykehus har en egen prosedyre for internrevisjon og fremgangsmåten ved utførelse av interne revisjoner.

### Konsernrevisjonens rolle

I tillegg til interne revisjoner i foretakets egenregi, gjennomfører konsernrevisjonen interne revisjoner i foretakene i Helse Sør-Øst. Konsernrevisjonens rolle og ansvar følger av helseforetakslovens § 37a, og det følger av loven at konsernrevisjonen gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse bidrar til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring. Oslo universitetssykehus har en egen prosedyre for oppfølging av konsernrevisjoner hvor det fremgår at alle konsernrevisjoner skal behandles av styret.

### Eksterne tilsyn og revisjoner

Ekstern revisor utfører årlig den lovfestede finansielle revisjonen. Riksrevisjonen utfører selskapskontroller og forvaltningsrevisjoner og en rekke eksterne tilsynsmyndigheter som bl.a. Helsetilsynet og Arbeidstilsynet utfører regelmessige tilsyn ved virksomheten.

Resultatet av ekstern revisors arbeid behandles særskilt av styret etter gjennomført årsoppgjørrevisjon.

Styre blir fortløpende orientert om funn etter eksterne tilsyn og sakene behandles i styret hvert tertial gjennom ledelsens gjennomgang. Tilsvarende gjøres for de øvrige tilsyn og selskapskontroller/forvaltningsrevisjoner utført av Riksrevisjonen. I ledelsens gjennomgang redegjøres det tertialvis for resultatet av alle gjennomførte tilsyn og revisjoner samt status for lukking av avvik.

### **Samhandling mellom Oslo universitetssykehus HF og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst**

Siden 2010 har det vært en samhandling med konsernrevisjonen gjennom regelmessige møter med avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet (månedlig) og med administrerende direktør (tertialvis).

Et av målene med samhandlingen er å etablere revisjonsplaner hvor de interne revisjonene som foreslås gjennomført på foretaksnivå i foretakets egen regi, ses i sammenhengen med konsernrevisjonens interne revisjoner. Målet er å oppnå god koordinering og en best mulig dekning av interne revisjoner ved foretaket som bidrar til ivaretagelse av administrerende direktørs ansvar for å etablere og gjennomføre internkontroll.

Arbeidet med å utarbeide revisjonsplan bygger på vurderinger av risiko i virksomheten. Hensikten er å rette interne revisjoner inn mot områder hvor det er høy risiko for manglende måloppnåelse, manglende etterlevelse av lov- og regelverk og/eller utilstrekkelig/upålitelig styringsinformasjon.

Kildene som brukes for å etablere kunnskap om risiko, og som i all hovedsak er felles for foretaket og konsernrevisjonen, er bl.a.:

- foretakets tertialvise risikovurderinger
- feil, mangler eller svikt som meldes i foretakets avviks- og meldesystem
- avvik og forbedringsområder som fremkommer av rapporter fra eksterne tilsynsmyndigheter
- funn som fremgår av Riksrevisjonens undersøkelser
- funn fra konsernrevisjonens interne revisjoner

### Konsernrevisjonens planlagte interne revisjoner ved Oslo universitetssykehus HF 2013-15

Styret for Helse Sør-Øst RHF har vedtatt flerårig, dynamisk plan for konsernrevisjonens interne revisjoner i foretaksgruppen. Planperioden løper til 2015. En hovedsatsing i planperioden er interne revisjoner av helseforetakenes interne styring og kontroll som integrert del av sin virksomhetsstyring. Revisjonene planlegges gjennomført i alle helseforetak og Sykehuspartner på regelmessig basis. Formålet med revisjonene vil være å understøtte de administrerende direktørene i helseforetakene sitt ansvar for å etablere og gjennomføre intern styring og kontroll som bidrar til bedre måloppnåelse og etterlevelse av lov- og regelverk. Videre, å bekrefte overfor helseforetakenes styre og eier i hvilken grad god intern styring og kontroll er etablert, blir gjennomført og fungerer etter hensikten.

Satsingen skal ses i sammenheng med endringene i helseforetaksloven, hvor regional internrevisjon ble hjemlet fra 1.1.2013. Konsernrevisjonen bygges våren 2013 opp for å imøtekomme ressurs- og kompetansebehov som følger av dette.

Omfanget av revisjonene dekker hovedoppgaver, støtteoppgaver, styrings- og oppfølgingsprosesser og endringsprosesser:

Område	Omfang
Hovedoppgaver	prosesser innenfor pasientbehandlingen (somatikk, psykiatri og rus), utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende
Støtteoppgaver	prosesser innenfor HR, økonomiområdet, innkjøp, eiendom og IKT
Styrings- og oppfølgingsprosesser	prosesser for økonomisk langtidsplan, oppdrag og bestilling, periodisk rapportering og årlig melding
Endringsprosesser	prosesser for å planlegge, styre og gjennomføre større endrings- og omstillingsprogrammer i foretaksgruppen

Revisjonene er forutsatt å dekke oppfølging av foretakenes gjennomføring av tiltaksplaner etter tidligere gjennomførte revisjoner.

Konsernrevisjonen arbeider ut fra en plan for oppstart av revisjon ved Oslo universitetssykehus HF fra august-september 2013. Endelig tidspunkt for oppstart vil i følge konsernrevisjonen, i tråd med vanlig prosedyre, bli meddelt foretaket i god tid. Nærmere planlegging og samhandling i gjennomføringen av revisjonen er av konsernrevisjonen forutsatt å skulle skje i nær dialog med foretaket. Det vil bl.a. bli sett nærmere på hvordan foretakets oppfølging av handlingsplaner etter konsernrevisjonens interne revisjoner av innkjøpsområdet (2007), integrasjonsarbeidet (2009), lønnsområdet (2011), behandlingsreiser til utlandet (2011), medisinsk kodepraksis (2011) og pasientadministrativt arbeid (2012), skal innlemmes i arbeidet.

### Planlagte interne revisjoner i foretakets egen regi for 2013

Prioriteringen er gjort ut fra en vurdering av hvordan foretakets egne ressurser til intern revisjon best kan nyttes for å oppnå bred revisjonsmessig dekning sett opp mot konsernrevisjonens planlagte aktiviteter ved foretaket i samme periode.

### Revisjonsplan ved Oslo universitetssykehus i 2013

#### 1. Intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system (herunder også henvisningsrutiner og ventelistebehandling). Oppfølging av Gjennomføringsprosjektet

Revisjoner av intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system på overordnet nivå og i to klinikker viste funn forbundet med høy risiko. Tiltak ble umiddelbart satt i verk. Oslo universitetssykehus etablerte et sykehusomfattende prosjekt - "Gjennomføringsprosjektet" - som også tok for seg alle anmerkningene i de to konsernrevisjonene:

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

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." Et overordnet tiltak har vært opplæring og kompetanseheving med gjennomgang av lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og -system. I tillegg til opplæringstiltak er det egne handlingsplaner som bl.a. krever at avdelingene utvikler retningslinjer og rutiner for ivaretagelse av prosedyrer med tydeliggjøring av roller og ansvar, herunder prioritering av arbeid med ventetider og håndtering av fristbrudd. Status for Gjennomføringsprosjektet er det

redegjort for i styresak 27/2013. Som en oppfølging av Gjennomføringsprosjektet er det ønskelig og planlagt med revisjon i alle aktuelle klinikker.

## **2. Oppfølging av revisjonsfunn innen praksis med medisinsk koding av pasientrettet aktivitet**

I henhold til revisjonsplanen for Oslo universitetssykehus 2011 ble det utført intern revisjon av kodepraksis. Formålet med revisjonen var å se etter om det er etablert en tilfredsstillende praksis med medisinsk koding av pasientrettet aktivitet, og om det er etablert betryggende intern styring og kontroll med denne.

Et av funnene var behov for mer opplæring i medisinsk koding. Det ble høsten 2012 satt i gang omfattende opplæring for å få en ensartet og helhetlig forståelse av medisinsk koding (Ledermøtesak 326/2012). Korrekt koding er en nødvendig forutsetning for god dokumentasjon og rapportering av virksomheten. Den gir grunnlag for statistikk, forskning, styring og økonomi - inkludert den aktivitetsbaserte finansieringen (ISF). Det er derfor viktig med en felles forståelse av medisinsk koding og norske koderegler. Som ledd i oppfølgingen av dette ønskes en årlig koderevisjon på utvalgte fagområder.

## **3. Organisering, intern styring og kontroll innen bruk av ekstravakter**

Oslo universitetssykehus har til dels stor bruk av ekstravakter, særlig i helger og ferieperioder. Flere avvik omfatter mangler i opplæring av ekstravakter. Det har også ved flere eksterne tilsynsbesøk blitt avdekket svakheter i opplæring av ekstravakter. Det er ønskelig med en revisjon som følger linjen fra organisering på nivå 1 og til den pasientnære kontakten.

## **4. Intern styring og kontroll innen forskning, personvern og informasjonssikkerhet**

Oslo universitetssykehus HF er databehandlingsansvarlig for helse- og personopplysninger som behandles innen foretaket, og er lovpålagt å ha planlagte og systematiske tiltak for å oppfylle dette ansvaret. Revisjonen vil omfatte følgende temaer:

- a) Generell overholdelse av de styrende dokumenter innen informasjonssikkerhet og personvern. Behandling av sensitive personopplysninger utenfor etablerte fagsystemer / pasientjournal, eksempelvis kvalitetsregistre, vil gis spesielt fokus.
- b) Overholdelse av de styrende dokumenter innen informasjonssikkerhet og personvern i forskning. Lagring, bruk og tilgangsstyring knyttet til sensitive personopplysninger i forskning vil gis spesielt fokus.
- c) Kunnskap om meldeplikt ved pasientskade i forskningsprosjekter og avvikshåndtering

## **5. Kontrollhandlinger i økonomiforvaltningen**

En ny rutine for kontrollhandlinger i økonomiforvaltningen er nylig vedtatt. Formålet er å redusere risikoen for økonomisk kriminalitet og kritikkverdige disposisjoner. Det ble gjennomført databasert analyser av utbetalinger fra foretaket i 2012. Det arbeides nå med gjennomgang av funnene fra disse analysene. Det arbeides med en kontrollplan for 2013.

## **Gjennomføring**

### **Prioritering av avdelinger og klinikker**

Hvor revisjonene skal utføres vil bli besluttet etter godkjent revisjonsplan. Avdelinger prioriteres etter en risikobasert tilnærming hvor pasientbehandling, volum, kompleksitet, infrastruktur og kompetansesammensetning kan være vurderingskriterier.

### **Ressurser**

Oslo universitetssykehus gjennomfører interne revisjoner med egne ressurser. Det er gjennom året bygget opp et lite nettverk av medarbeidere som bistår i revisjonsoppdrag etter



gjennomført grunnkurs i revisjonsmetodikk. Dette har vist seg nyttig og effektivt i det kontinuerlige lærings- og forbedringsarbeidet som pågår i sykehuset. Uavhengigheten blir sikret ved at de ikke reviderer egne avdelinger. Revisorene bidrar til kompetansehevning ute i klinikkene. Oslo universitetssykehus vil videreutvikle dette samarbeidet og organiseringen av et revisjonsnettverk har startet.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. april 2013

Saksbehandler: Direktør kvalitet og pasientsikkerhet

Vedlegg: Arbeidsmiljøårsrapport 2012

---

**SAK 29/2013**

**ARBEIDSMILJØÅRSRAPPORT 2012**

### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 18. april 2013

Bjørn Erikstein

### Sammendrag

Hovedmålet for sykehusets systematiske arbeidsmiljøarbeid er et forsvarlig og godt arbeidsmiljø for alle. Arbeidsmiljøet skal kjennetegnes av trivsel med jobb og med kolleger, av medvirkning, inkludering, åpenhet, respekt og bruk av kompetanse.

Arbeidsmiljøårsrapport 2012 oppsummerer hvor langt sykehuset er kommet i dette arbeidet. Det har vært en svak positiv utvikling fra 2011 til 2012. Det er best arbeidsmiljøstatus innen "arbeidsglede" og "inkluderende arbeidsliv". "Omstilling" og "systematisk HMS-arbeid" er de to arbeidsmiljøområdene som har bedret seg mest. Mens de største arbeidsmiljøutfordringene er "arbeidsbelastning", "plassforhold" og "bedriftskultur".

Basert på Arbeidsmiljøårsrapport 2012 er det vedtatt følgende satsningsområder i 2013:

- Oppgradering av bygningsmasse
- Arbeidsbelastning
- Bedriftskultur
- Kjemikalieeksponering

Det er utarbeidet tiltaksplaner som er under gjennomføring for alle satsningsområdene.

### Administrerende direktørs vurdering

Strategi 2013-18 har som ett av sine hovedmål at *Oslo universitetssykehus skal ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt*. Samtidig som et godt arbeidsmiljø er en forutsetning for god pasientbehandling, er god kvalitet i pasientbehandlingen en viktig motivasjonsfaktor for travle helsearbeidere. Det er samspillet mellom mennesker og omgivelser som skaper arbeidsmiljøet. Ansatte som trives, gjør en bedre jobb og er mer effektive.

Arbeidsmiljøårsrapport 2012 gir en strukturert gjennomgang og vurdering av arbeidsmiljøstatus i sykehusets klinikker. Det er positivt at "arbeidsgleden" fortsatt er god hos de fleste, og at risikobildet innen "omstilling" og "systematisk HMS-arbeid" har bedret seg. Rapporten viser at det fortsatt er arbeidsmiljøutfordringer. Disse adresseres særskilt gjennom helseforetakets fire satsningsområder for HMS arbeidet i 2014 og gjennom det målrettede HMS arbeidet med definerte tiltak og handlingsplaner i hver klinikk.

### Faktabeskrivelse

Arbeidsmiljøårsrapporten for 2012 inneholder klinikkenes, verneområdenes og Arbeidsmiljøavdelingens vurdering av arbeidsmiljøstatus. Dataene i rapporten er innhentet ved klinikkvis innrapportering og ved innhenting av data fra eHMS. eHMS er sykehusets nye elektroniske verktøy i HMS-arbeidet som ble tatt i bruk høsten 2012. De innhentede dataene fra klinikkene er bearbeidet, og sett opp mot Arbeidsmiljøavdelingens faglige vurdering av arbeidsmiljøstatus pr. 2011 og 2012. Det brukes en firedelt skala i oppsummeringene:

<b>Grønt</b>	=	Ingen helserisiko	=	Tiltak er vanligvis ikke nødvendig
<b>Gult</b>	=	Mulig helserisiko	=	Tiltak må vurderes
<b>Orange</b>	=	Sannsynlig helserisiko	=	Tiltak bør iverksettes
<b>Rødt</b>	=	Sikker helserisiko	=	Tiltak skal iverksettes

Kort oppsummert sees nedenunder Arbeidsmiljøavdelingens vurdering av arbeidsmiljøstatus pr. 2012 sammenliknet med 2011:

	Syst. HMS-arbeid	HMS-avvik	Plassforhold	Inneklima	Kjemikalier	Ergonomi	Omstilling	Arbeidsbelastning	Arbeids glede	IA	Skade på ansatt
PHA							+				
MED				+			+				
KKN											
KVB	-						+				
KKT	+	+					+				
HLK	+			-				+	+	+	-
AKU	+	+			+					-	
KDI	+	+									
OSS							+				
STA							+				

+ = bedre i 2012 enn i 2011

0 = ingen endring fra 2011 til 2012 (alle felter i tabellen uten markering = 0)

- = verre i 2012 enn i 2011

Hovedinntrykket er en svak positiv utvikling i arbeidsmiljøstatus, som fordeler seg med:

	+	0	-
Endring fra 2011 til 2012	18 (16 %)	88 (80 %)	4 (4 %)
Endring fra 2010 til 2011	30 (27 %)	71 (65 %)	9 (8 %)

Bedringen i 2012 flater således noe ut sammenliknet med 2011.

Endringene fordeler seg temavis slik:

Det er størst **positiv utvikling** fra 2011 til 2012 innen:

- Omstilling (vurdert gult/orange - men dette er fortsatt et utfordrende område)
- Systematisk HMS-arbeid (vurdert gult/grønt)

Det er **best arbeidsmiljøstatus** innen:

- Arbeids glede (vurdert grønt/gult og uendret fra 2011)
- IA (vurdert gult/grønt og uendret fra 2011)

De **største arbeidsmiljøutfordringene** er innen:

- Arbeidsbelastning (vurdert orange/rødt og uendret fra 2011)
- Plassforhold (vurdert orange og uendret fra 2011)
- Omstilling (vurdert orange/gult og noe bedring fra 2011)

Basert på Arbeidsmiljøårsrapport 2012 anbefalte Arbeidsmiljøavdelingen følgende satsningsområder i 2013, og disse ble vedtatt i ledermøtet 09.04.13:

- Oppgradering av bygningsmasse
- Arbeidsbelastning
- Kulturbygging
- Kjemikalieeksponering

### **Tiltak i 2013**

Oppgradering av bygningsmasse og kulturbygging vil inngå som en del av den strategiske handlingsplanen for perioden 2013-2018.

#### Oppgradering av bygningsmasse

Oslo universitetssykehus' bygningsmasse har svært varierende standard. Fra helt nybygget til fullstendig nedslitt og teknisk utdatert. Det er stort behov for å oppgradere både tekniske anlegg og bygg for å bedre arbeidsmiljøforholdene til de ansatte. Det foreligger pålegg fra Arbeidstilsynet om oppgradering til forsvarlig standard innen mars 2015, og det er utarbeidet en prioritert tiltaksplan som skal sikre at de alvorligste arbeidsmiljøproblemene blir løst først. Arbeidstilsynet følger opp fremdriften i kvartalsvise oppfølgingsmøter.

#### Arbeidsbelastning

Arbeidspresset er høyt for mange. Ledere i OUS har omfattende oppgaver, og må prioritere sin tidsbruk og oppmerksomhet. Det er et problem at organisasjonsmodellen innebærer at kontrollspennet er for stort mange steder. Krav til bemanning og kompetanse kombinert med sykefravær øker presset ytterligere. Medarbeidere med spisskompetanse og erfaring opplever uro når de skal ha ansvar for kvaliteten på tjenester også for mindre erfarne kolleger og ekstravakter.

Sykehuset har mange brudd på arbeidstidsbestemmelsene, og Arbeidstilsynet følger opp OUS på dette. Årsakene til overtid er mange og sammensatte. Kompetansekrav i kombinasjon med høy aktivitet og utsatte enheters sykefravær fremheves som hovedårsaker. Antall brudd var noe mindre i 2012 enn i 2011.

I 2012 har klinikkene utarbeidet tiltaksplaner for å redusere overtid og brudd. Dette arbeidet må videreføres. Aktuelle tiltak kan være målrettede rekrutterings- og ressursplanleggingstiltak for å sikre kritisk kompetanse, benytte personalressurser på tvers, målrettede tiltak innen ressursplanlegging og turnusplanlegging, sykefraværsoppfølging og forebygging av sykefravær. Samt kompetanseheving innen ressursplanlegging og regelverk hos ledere i linjen.

#### Kulturbygging

Felles kultur er en forutsetning for å oppnå faglige synergieffekter. Etablering av felles kultur og felles forståelse av OUS overordnede mål og strategier, er en viktig, men utfordrende oppgave. Mange steder i sykehuset er kulturbygging satt på dagsorden. Det foregår målrettede tiltak for å bygge en felles identitet basert på det beste fra de sammenslåtte enhetene. Dette arbeidet bør styrkes og utvikles videre. I forbindelse med Strategisk handlingsplan 2013-2018 vil det bli nedsatt en tverrfaglig arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til konkrete kulturbyggende tiltak.

Kjemikalieeksponering

I enkelte avdelinger på sykehuset brukes det kjemikalier med høy risiko. De har høyt skadepotensiale, og kan ved uriktig bruk medføre helsefare. Patologiavdelingens lokaler for håndtering av formalin, xylen og etanol er ikke optimale flere steder. Arbeidstilsynet har vært på befaring, og det er gitt pålegg om tiltak. Tiltaksplan er utarbeidet, og tiltakene er nå under gjennomføring.

Tiltak lokalt

Hoveddelen av HMS-arbeidet foregår på enhetsnivå, hvor det utarbeides lokale risiko-reducerende handlingsplaner etter HMS-runde og medarbeiderundersøkelse. Dette følges opp av klinikkene. De nye elektroniske HMS-verktøyene som ble tatt i bruk høsten 2012 gir klinikkene bedre oversikt over både status og fremdrift i arbeidsmiljøarbeidet. Neste år blir det mulig å rapportere på effekt av gjennomførte tiltak. I tillegg til de lokale handlingsplanene har klinikkene egne satsningsområder for 2013:

<b>PHA</b>	<b>MED</b>	<b>KKN</b>	<b>KVB</b>	<b>KKT</b>
Trygg arbeidsplass Systematisk HMS arbeid Avviks-håndtering Lokal arena for samarbeid og utvikling. IA – opplæring IA-verksted	HMS-kunnskap Arbeidslokaler og fellesarealer Kontinuerlig forbedring Revisjonsoppfølging Smittevern Arbeidsbelastning	Faglig utvikling Arbeidsbelastning Forbedring Arbeidsglede Arbeidslokaler og fellesarealer Mål	Arbeidsbelastning Arbeidslokaler og fellesområder Faglig utvikling Mål Medarbeidersamtaler Brannvern	IA Overtidsbruk HMS-avviks-behandling Enheter med særskilt arbeidsmiljø-problematikk
<b>HLK</b>	<b>AKU</b>	<b>KDI</b>	<b>OSS</b>	<b>STAB</b>
Arbeidslokaler og fellesarealer Arbeidsbelastning Målarbeid Faglig utvikling Medvirkning Ergonomi Kulturarbeid	AML-brudd Organisering Prehospital Kulturbygging Overtid Forflytningsteknikk Sykefravær Leders arbeidsdag	Arbeidsbelastning Arbeidslokaler og fellesarealer Faglig utvikling Kjemikalier Sosialt samspill Egenkontroll	Medvirkning Arbeidsbelastning Sosialt samspill Arbeidsglede Faglig utvikling Motivasjon	Arbeidsbelastning Faglig utvikling Arbeidslokaler og fellesrom Rollekonflikt Inneklima

Klinikkene vil bli fulgt tett opp på gjennomføringen av disse planene.



# Arbeidsmiljøårsrapport 2012

Arbeidsmiljøavdelingen

## Innledning

Oslo Universitetssykehus (OUS) sine hovedoppgaver er å drive avansert pasientbehandling, forskning, undervisning og rådgivning på et høyt internasjonalt nivå; til beste for pasienten i dag og i fremtiden – og til beste for samfunnet. Arbeidsmiljø er en av fire grunnpillarer i sykehusets drift.

Systematisk HMS-arbeid er en dynamisk prosess hvor arbeidet med HMS er en naturlig del av alt lederskap og alt daglig arbeid for alle ansatte. HMS er et grunnleggende og integrert element for å nå sykehusets visjon og overordnede mål. Vi skal arbeide systematisk slik at vi kan avdekke arbeidsmiljøproblematikk, og i samarbeid mellom ledelse og ansatte finne gode løsninger på disse.

OUS skal utvikle og ivareta et trygt og stimulerende arbeidsmiljø som skal kjennetegnes av god arbeidsorganisering, faglig og personlig utvikling, konstruktive tilbakemeldinger, medvirkning og fornøyde pasienter. God kvalitet i pasientbehandlingen er en viktig motivasjonsfaktor for travle helsearbeidere. Samtidig er et arbeidsmiljø preget av god kommunikasjon og godt samarbeid en av forutsetningene for god pasientbehandling. Det er samspillet mellom mennesker og omgivelser som skaper arbeidsmiljøet. Sykehuset som arbeidsgiver har ansvar for å skape et godt arbeidsmiljø i samarbeid med de ansatte.

Ansatte som trives og har nødvendig kompetanse, gjør en bedre jobb og er mer effektive. Slik kan vi forhindre ulykker, skader og feilhandlinger som ellers kan skape utrygghet hos pasienten, og gi produksjonstap og gi økte kostnader for sykehuset. Sykehuset skal hele tiden arbeide for å oppnå høy troverdighet og godt omdømme. Vi ønsker å vise at måten vi driver vår virksomhet på, er like viktig som resultatene vi oppnår.

## Oppsummering

Det systematiske HMS-arbeidet i Oslo universitetssykehus (OUS) bidrar til et godt og forsvarlig arbeidsmiljø, helsefremmende arbeidsplasser og meningsfulle arbeidssituasjoner for de ansatte.

Arbeidsmiljøavdelingen bistår ledere, ansatte og verneombud i deres systematiske arbeidsmiljøarbeid. Når det gjelder *arbeidsmiljøtenester* bes det oftest om hjelp til arbeidsmiljøkartlegging og forslag til forbedringstiltak, bistand i omstillinger, ergonomisk tilrettelegging, kjemikalieproblematikk, plassforholdsproblematikk og undervisning. Når det gjelder *arbeidshelsetjenester* bes det oftest om hjelp til stikkskadeoppfølging, yrkesvaksinering, sykefraværsoppfølging og psykososial problematikk.

### Systematisk HMS-arbeid

Sykehusets systematiske HMS-arbeid er i positiv utvikling. Verneombudene opplever at lederne har mer fokus på arbeidsmiljø enn tidligere. I 2012 har enhetene tatt i bruk eHMS med elektronisk registrering av både HMS-sjekkliste, HMS-handlingsplan og HMS-årsrapport. Klinikken har med eHMS fått enklere tilgang til oppsummerende oversikter over risikoforhold, forbedringsområder, handlingsplaner og årsrapport.

eHMS viser at 82 % av verneområdene gjennomførte HMS-runde i 2012.

eHMS viser at de største arbeidsmiljøutfordringene pr. 2012 er renhold, arbeidsbelastning, plassforhold, inneklima, arbeidslokalenes egnethet og smitterisiko.

OUS har flere aktive pålegg fra Arbeidstilsynet. Dette gjelder:

- Vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler
- Utbedring av ventilasjonsforhold
- Brudd på arbeidstidsbestemmelsene
- Lederes unntak fra arbeidstidsbestemmelsene
- Kjemikaliesikkerhet

Det er utarbeidet handlingsplaner for alle påleggene, og tiltak er under utførelse.



### **HMS-avvik**

Det ble meldt 3.951 HMS-avvik i 2012 sammenliknet med 3.674 i 2011, en økning på 7 %. Innen "Skader på ansatte" ble det registrert 1.628 avvik mot 1.545 i 2011, en økning på 5 %. De største avviksgruppene var "stikkskader med smitterisiko", "fysisk vold", "utagerende adferd" og "trusler".

Innen "arbeidsmiljø" ble det meldt 1.400 avvik mot 1.180 i 2011, en økning på 19 %. De største avviksgruppene var "bemanning", "orden og renhold", "arbeidspress" og "informasjon/samhandling".

Det er grunn til å tro at det fortsatt er noe underrapportering, da det fra ansatte og vernetjeneste uttrykkes en viss grad av meldetretthet og manglende tro på at det nytter å melde fra. Dette kan f.eks. gjelde gjengangere som det over år ikke blir gjort noe med – eksempelvis inneklima. Det kan også gjelde problemer som ikke har vart så lenge, men som er hyppig meldt uten at ønskede endringer skjer – f. eks. mangel på tilfredsstillende IT- løsninger og lang ventetid på IT-hjelp. Utydelig kommunikasjon om viktigheten av å bruke avvikssystemet som et forbedringsverktøy bidrar også. Ellers er det viktig at ansatte opplever gode tilbakemeldinger og at tiltak gjennomføres på best mulig måte ut fra de ressurser, og det handlingsrom som foreligger i den enkelte sak. For å få opp meldefrekvensen bør det fortsatt fokuseres på melderutiner, meldekultur, læring på tvers og ikke minst bruke avviksbehandlingen som et forbedringssystem.

### **Inneklima**

OUS er en stor og variert virksomhet hvor kjemikalier, gasser, smitte, partikler, støv mm. er viktige problemstillinger i innemiljøet. Dette stiller store krav til de tekniske anleggenes kapasitet og driftssikkerhet. Den svært variable bygningsmassen med varierende teknisk standard blir i denne sammenheng en utfordring. Både på Aker, Radiumhospitalet og Ullevål er det stort behov for å oppgradere de tekniske anleggene og bygningsmassen til dagens tekniske standard, for å bedre arbeidsmiljøforholdene til de ansatte. På Rikshospitalet begynner også anleggene å bli slitt pga. høy utnyttelsesgrad, og manglende mulighet for løpende vedlikehold grunnet stramme budsjetter.

### **Kjemikalier**

I enkelte avdelinger på sykehuset brukes det kjemikalier med høy risiko, og disse kan ved uriktig bruk medføre helsefare. Patologiavdelingens lokaler for håndtering av formalin, xylen og etanol er ikke optimale flere steder. Det er behov for oppgradering til dagens tekniske standard for å få forsvarlige arbeidsmiljøforhold i alle enheter.

### **Ergonomi og plassforhold**

Mange klinikker har arbeidet med tilrettelegging av arbeidsplasser både for enkeltansatte og hele avdelinger som et resultat av det systematiske HMS-arbeidet. OUS trenger fleksible arbeidsplasser som kan benyttes av mange ansatte, og tilpasses den enkelte bruker. Begrensede økonomiske ressurser gir redusert mulighet for nødvendig fornying, oppgradering og samkjøring av gammelt og nytt utstyr. Sykehusets senger er et eksempel. Senger er hovedarbeidsredskapet for mange ansatte; pleiere, behandlere, portører, renholdere og sengesentralens personell. Det må bli fortgang i arbeidet med å få en felles ordning i OUS for vedlikehold, reparasjon, utskiftning og innkjøp av senger. Nye senger må følge dagens standard og ha elektriske reguleringer.

Det er gjennomført kursrekker med opplæring i forflytningsteknikk, og et nettverk av OUS Forflytningsveiledere er etablert. Dette arbeidet videreføres i: "Forflytningsprosjektet OUS". Der planlegges det en "Forflytningskampanje" i uke 16 i 2013. Videofilmer av forflytningssituasjoner er under utarbeidelse, og skal utvikles videre til e-læringsprogram. Det pågår også en kartlegging av alt forflytningsutstyr i OUS.

I ombyggings- og flytteprosessene som foregikk i 2012, kom det tydelig fram en mangel på areal spesielt til kontor- og lagerfunksjoner. Dårlige plassforhold reduserer muligheter for anbefalte ergonomiske løsninger, og øker risiko for utvikling av muskel-skjelettplager. Ergonomi og plassforhold påvirker inneklima, støyproblematikk og det psykososiale arbeidsmiljøet.

## Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø

Organisasjonen har vært preget av omstilling også i 2012. Samlokalisering av grupper og nedbemanning har fortsatt for fullt. For noen klinikker vil sammenslåingsprosesser pågå i flere år fremover, og det er tegn til endringstretthet. Medarbeiderundersøkelsen viser en liten forbedring på endrings- og omstillingsspørsmål, men resultatet er likevel det svakeste av alle områder i undersøkelsen.

Det er et skille mellom avdelinger som satser på god planlegging og gjennomføring av samlokalisering og der hvor planlegging er ufullstendig. Det leder til uhensiktmessige lokaler, mangler og upraktiske rutiner. Dette skaper frustrasjon, kommunikasjonsproblemer og utfordrer samarbeidet.

Innplassering av ansatte er nå stort sett ferdig. Nedbemanning, spesielt når det er snakk om overtallighet, er smertefullt, og prosessene har ikke vært like godt håndtert alle steder. Generelt har det for de fleste i løpet av OUS-prosessen vært mange tapsopplevelser – av kollegaer, oppgaver, innflytelse, identitet, faglig plattform, egen kultur – som naturlig nok har gitt reaksjoner. Nå er de fleste kommet dit hen at man er klar til å utforske de nye mulighetene.

Omstilling oppleves forskjellig ulike steder i organisasjonen. Medarbeiderundersøkelsen viser at de høyere ledernivåene synes å se mer positivt på omstillingsprosessen enn lenger ned i organisasjonen. Flere steder er kulturbygging satt på dagsorden, og det gjennomføres målrettede tiltak med gode resultater. De beste tar integrasjonsutfordringene på alvor, og forsøker å bygge en ny felles kultur basert på det beste fra de sammenslåtte enhetene. Andre steder er det liten bevissthet om dette, og man mister muligheten for synergieffekter. Noen steder har det også utviklet seg til uheldige konflikter. Generelt gjenstår mye arbeid med å få til en god, reell integrasjon. Organisatorisk fusjon og samlokalisering alene er ikke tilstrekkelig.

Stedlige og synlige ledere på alle nivåer er en forutsetning for suksess med HMS-arbeidet. Ledernes *engasjement* gir retning til den forebyggende tilnærmingen som skal prege HMS-arbeidet. Effektiv kommunikasjon både nedover og oppover i linjen kan bli utgangspunkt for en dialogkultur der gode ledere lytter, gir svar på saker medarbeiderne tar opp og legger til rette for innovative løsninger. Dette er spesielt viktig i det omfattende omstillings- og integreringsarbeidet OUS skal gjennomføre også i tiden fremover.

Arbeidspresset er høyt for mange. Det veksler mellom kjente eller overraskende topper, og å være kontinuerlig slitsomt. Ledere er pålagt omfattende administrative oppgaver, og må prioritere sin tidsbruk og oppmerksomhet. Særlig førstelinjeledere merker at de ganske ofte ikke er tilstrekkelig tilgjengelig for sine medarbeidere. Medarbeidere savner tilbakemeldinger fra sine ledere. Det er et problem at organisasjonsmodellen innebærer at kontrollspennet er for stort mange steder.

Stressnivået påvirkes av knappe bemanningsnormer. Høye krav til kompetanse kombinert med normalt sykefravær øker presset ytterligere. Medarbeidere med spisskompetanse og erfaring opplever uro når de skal ha ansvar for kvaliteten på tjenester også for mindre erfarne kolleger. Det finnes imidlertid eksempler på at man kan finne gode, innovative løsninger for å håndtere arbeidsbelastningen gjennom både bedre prioritering og satsning på systematiske kreative problemløsningsprosesser basert på reell medvirkning.

Arbeidsgleden er under press, men opprettholdes av at arbeidsoppgavene i seg selv oppleves som meningsfulle, og av godt kollegialt samarbeid. Arbeidsgleden skapes av å mestre oppgavene, og å ha tilgang til et fellesskap med engasjerte og støttende kolleger. Høye profesjonelle krav under ofte vanskelige forhold takles fordi man opplever faglig, praktisk og følelsesmessig bistand fra kolleger. Medarbeidere i OUS er levende opptatte av og stolte av sine fag. I de fleste miljøer er det samtidig behov for stadig mer utstrakt tverrfaglig samarbeid. Det gir stimulans og bidrar til positiv utvikling for individet, grupper og organisasjonen.

### **Inkluderende arbeidsliv**

Inkluderende arbeidsliv skal være en integrert del av det systematiske HMS-arbeidet hvor det forebyggende aspektet er viktig. Økende fokus på økonomi, innsparinger og effektivisering de senere år har gitt seg utslag i at enhetene får stadig færre muligheter til å tilrettelegge for ansatte som har behov for det. NAV har også innskrenket mulighetene til å utføre arbeidstrening og utprøving mens den ansatte får stønader fra NAV (AAP), da det nå forventes at arbeidsgiver lønner den ansatte for de timene den ansatte leverer arbeid i utprøvsperioden. Dette kan skape utfordringer når utprøvingen skal skje i en annen avdeling. Det blir også stadig vanskeligere å få omplassert ansatte utenfor egen enhet fordi ”alle har nok med sine egne”. I noen enheter synes man å ha nådd grensen for hvor mange man kan tilrettelegge for innenfor de driftsrammene man har. Det er økende bevissthet rundt hva som er en forsvarlig arbeidsbelastning for de ansatte som ikke har spesiell tilrettelegging.

### **Smittevern**

Hvert år er det ansatte som stikker/skjærer seg, eller utsettes for luft- og kontaktsmitte i forbindelse med pasientbehandling. Så også i 2012. Ingen ansatte ble smittet etter stikk-/kuttskader eller tbc-smittet i 2012. Sykehuset har gode smittevernforebyggende rutiner i form av yrkesvaksinering og undervisning om smittevern.

### **Arbeidsrelatert sykdom**

Det er vanskelig å tallfeste hvor stort det arbeidsrelaterte fraværet er. Arbeidsmiljøavdelingen ser bare en liten andel av dette. Erfaringene fra oppfølging av sykmeldte er at hovedårsakene er muskel/skjelettplager og lettere psykiske plager. Enkeltstående kortidsfravær (inntil 16 dager) kan i noen grad skyldes overbelastninger i jobbsammenheng, og kan avhjelpes med gode tilretteleggingstiltak. For de langtidssyke kan det oftere være multifaktorielle årsaker, og kroniske plager som kan utløses av helt normale belastninger i arbeidet.

### **Arbeidsmiljøavdelingen anbefaler følgende satsningsområder i 2013**

- *Oppgradering av bygningsmasse*
- *Arbeidsbelastning*
- *Kulturbygging*
- *Kjemikalieeksponering*

## 1. Systematisk HMS-arbeid

OUS har utarbeidet et godt system for HMS-arbeidet med kartlegging, risikovurdering, utforming av handlingsplan og gjennomføring av tiltak. Ansvar for dette ivaretas av linjeledelsen. Det fysiske arbeidsmiljøet kartlegges gjennom HMS-runder, og det psykososiale arbeidsmiljøet kartlegges gjennom Medarbeiderundersøkelsen i regi av Helse Sør-Øst. Høsten 2012 ble det innført eHMS med elektronisk registrering av HMS-sjekkliste, HMS-handlingsplan og HMS-årsrapportering. Det har vært tekniske og praktiske utfordringer knyttet til innføringen av eHMS. Klinikkerne har med eHMS fått enklere tilgang til oppsummerende oversikter over risikoforhold, forbedringsområder, handlingsplaner og årsrapport.

I begynnelsen av hvert år gjennomføres enhetlig årsrapportering fra hvert verneområde. Denne rapporteringen involverer verneombudene, oppsummeres i klinikken og behandles i klinikk-AMU.

Gjennom HMS-årsrapporteringen for 2012 er det dokumentert at:

- 82 % av verneområdene har gjennomført HMS-runde  
I 2013 bør målsettingen være 90 %.
- 68 % har vært involvert i oppfølgingen etter siste medarbeiderundersøkelse

Oppsummeringen av HMS-rundene viser at de største arbeidsmiljøutfordringene i OUS pr. 2012 er:

- Renhold
- Arbeidsbelastning
- Plassforhold
- Inneklima
- Arbeidslokalenes egnethet
- Smitterisiko

Arbeidsmiljøavdelingen tilbyr undervisning innenfor alle arbeidsmiljøområder, og av ulik lengde. 18 % av Arbeidsmiljøavdelingens fagtid brukes til undervisning. De fleste kurs er åpne for alle interesserte, og noen tilbys primært ledere og vernetjeneste. I 2012 ble følgende sentrale OUS-kurs arrangert:

- 6 HMS-grunnkurs (4 dager + 2 mellomoppgaver)
- 4 HMS-lederkurs (2 dager + mellomoppgave)
- 9 Forflytningskurs (teori og praksis/ pedagogikk og praktisk arbeid/ workshop)
- 4 HMS-avviksbehandling
- 3 Inkluderende arbeidsliv
- 3 Fusjon / endring
- 3 Sikkerhetskurs for laboratoriepersonell
- 1 Samtalen som verktøy
- 1 Konflikthåndtering
- Workshops for verneombud (bl.a. HMS-avviksbehandling, avvik vs. varslings m.fl.)

Kursdeltakernes evalueringer er meget gode – i 2012 var det et snitt på 5,4 av 6.

Det tilpasses også undervisning etter forespørsel fra enhetene. Det ble gjennomført mange skreddersydde kurs i 2012. Dette er et viktig bidrag for å hjelpe enhetene med å løse arbeidsmiljøproblematikk, og til å arbeide forebyggende med HMS.

### Pålegg fra Arbeidstilsynet

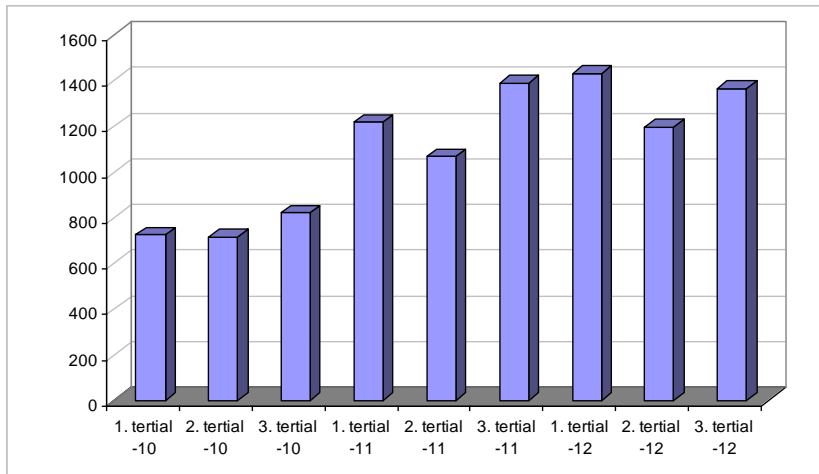
OUS har flere aktive pålegg fra Arbeidstilsynet. Dette gjelder:

- Vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler - frist mars 2015
- Utbedring av ventilasjonsforhold – frist august 2014
- Brudd på arbeidstidsbestemmelsene – delvis oppfylt november 2012
- Lederes unntak fra arbeidstidsbestemmelsene – oppfylt november 2012
- Kjemikaliesikkerhet – frist mars/april 2013

Det er utarbeidet handlingsplaner for alle påleggene, og tiltak er under utførelse.

## 2. HMS-avvik

### Registrerte HMS-avvik



Skriftlig avviksbehandling sikrer at arbeidsmiljøproblematikk settes på dagsorden for analyse og prioritering av forbedringstiltak.

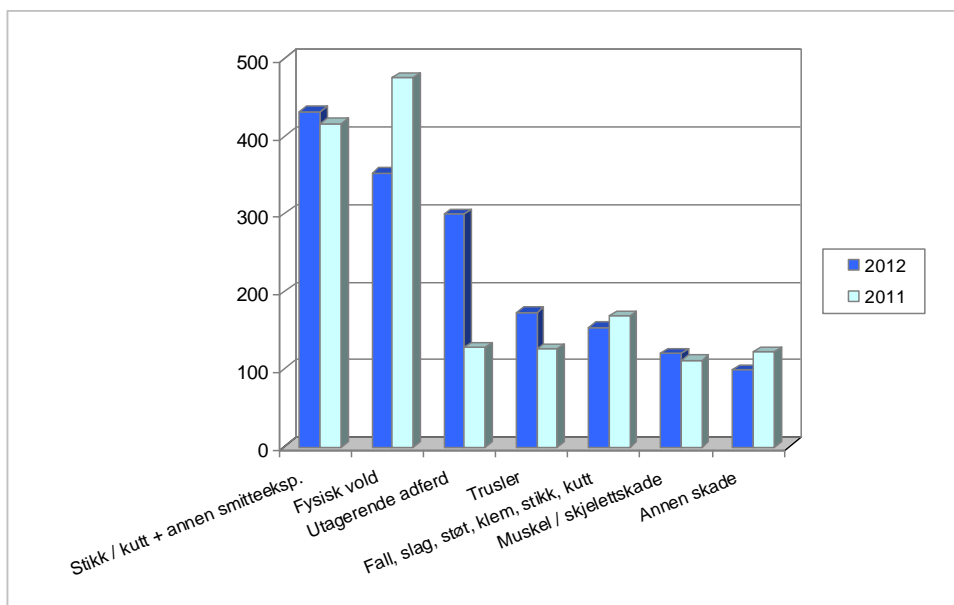
I 2012 ble det meldt 3.951 HMS-avvik sammenliknet med 3.674 i 2011, en økning på 7 %.

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

- det er mangelfull kjennskap til avvikssystemet
- det er utydelig kommunikasjon om viktigheten av å bruke avvikssystemet som forbedringsverktøy
- det er meldetretthet og manglende tro på at det nytter å melde fra (gjelder særlig avvik som krever vedlikeholds- og investeringsmidler eller er gjentakende avvik – eks. inneklimate og renhold)
- det er arbeidspress og mangel på tid til å registrere
- det oppleves ugrent eller utrygt å registrere helsebelastende arbeidsmiljøkonsekvenser (gjelder særlig røde risikovurderinger)
- det oppleves mangelfull aksept og respekt for melding av avvik
- avvik blir lukket raskt uten oppfølging eller gjennomføring av forbedringstiltak (gjelder bl.a. enkelte serviceavdelinger i OSS, IKT og Sykehuspartner)
- det forekommer muntlige tilbakemeldinger med direkte / indirekte trusler om konsekvenser for videre yrkeskarriere i OUS

### De hyppigst meldte HMS-avvikene

#### Skade på ansatt



I 2012 ble det meldt 1.628 avvik i hovedgruppen ”Skader på ansatte” mot 1.545 i 2011. Dette tilsvarer en ca. 5 % økning.

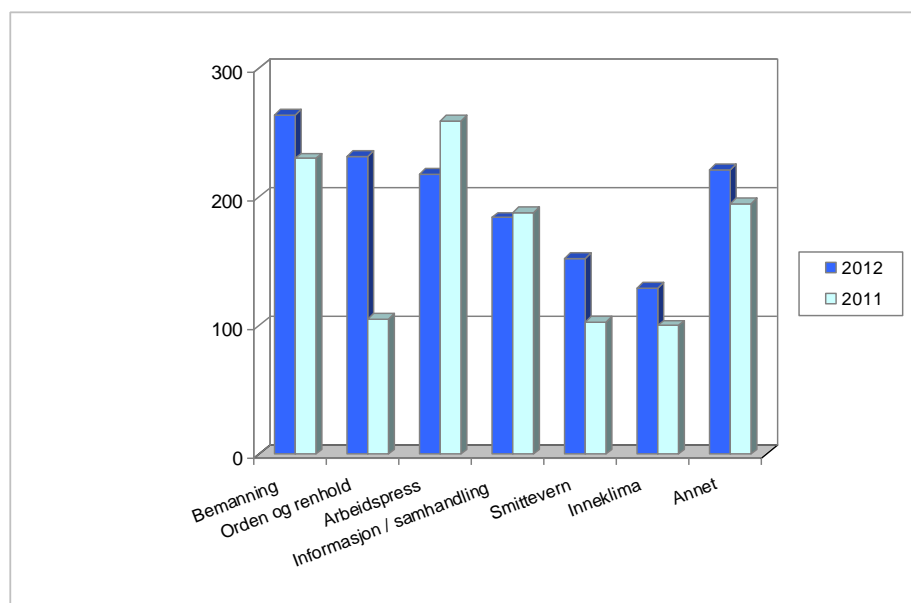
Den største avviksgruppen var ”Stikk / kuttskader” + ”Annen smitteeksponering” med 431 avvik. Stikkskadene har ofte sammenheng med feil rutineutførelse, høy arbeidsmengde og tidspress som gir risiko for flere feilhandlinger.

Avviksgruppen ”Fysisk vold” er betydelig redusert sammenliknet med 2011. Dette er imidlertid ikke uttrykk for en reduksjon totalt sett. For hvis vi legger i sammen ”Fysisk vold”, ”Trusler” og ”Utagerende adferd” får vi 824 i 2012 mot 728 i 2011. Totalt sett en økning på 13 %. Det er fordelingen mellom avviksgruppene som har endret seg.

Fysisk vold / trusler / utagerende adferd reflekterer til sammen et betydelig antall hendelser hvor ansatte ble skadet 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 i arbeidet utsettes for slike forhold.

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

## Arbeidsmiljø



I 2012 ble det meldt 1.400 avvik i hovedgruppen ”Arbeidsmiljø” mot 1.180 i 2011. Hvilket utgjør en økning på 19 %.

Største avviksgruppe i 2012 er ”Bemanning” med 264 avvik – en økning på 10 % sammenliknet med 2011. Det dreier seg oftest om ubalanse mellom ressurser / kompetanse og oppgaver. Flere samleavvik med vedvarende ubalanse er registrert i 2012. Eksempler på avvikstitler er: Lav bemanning, underbemanning, for lav grunnbemanning, bemanning ikke i samsvar med aktivitetsnivå,

mangel på kompetanse, overtid, samtidighetskonflikt, stor arbeidsbelastning, mangler legerressurser, for få ansatte, overbelegg, for mange vikarer på jobb, stor vaktbelastning, personellmangel.

Nest største avviksgruppe er ”Orden og renhold” med 232 avvik, mer enn en dobling fra 2011 hvor det ble meldt 105. Nesten alle avvikene er relatert til renhold, kun noen få til orden. Det meldes avvik relatert både til pasientarealer og til ansattarealer. Eksempler på avvikstitler er: Mangelfullt renhold, dårlig renhold, mangelfull vask av undersøkelsesrom, mangelfull vask av behandlingsrom, mye støv, mye støv og skitt, søppel ikke tømt, mangler hovedrenhold, manglende oppfølging av renholdsrutiner.

Tredje største avviksgruppe er ”Arbeidspress” med 218 avvik, en nedgang fra 259 i 2011 som utgjør 16 %. Dette er sannsynligvis mer uttrykk for manglende tro på at det nytter å melde enn en reell nedgang. I enkelte avd. avskrives slike avvik uten tiltak, og oppfattes som sutring / klaging. Medarbeiderundersøkelsen har samme resultat i 2011 og 2012 på opplevd arbeidsbelastning. Eksempler på avvikstitler er: Stor arbeidsbelastning, ikke tid til matpause, svekket beredskap, ressursmangel, slitasje på personalet, for lav bemanning.

De to ovennevnte avviksgruppene ”Bemanning” og ”Arbeidspress” har en glidende overgang. Hvis vi summerer dem får vi 482 avvik i 2012 mot 489 avvik 2011. Altså omtrent det samme.

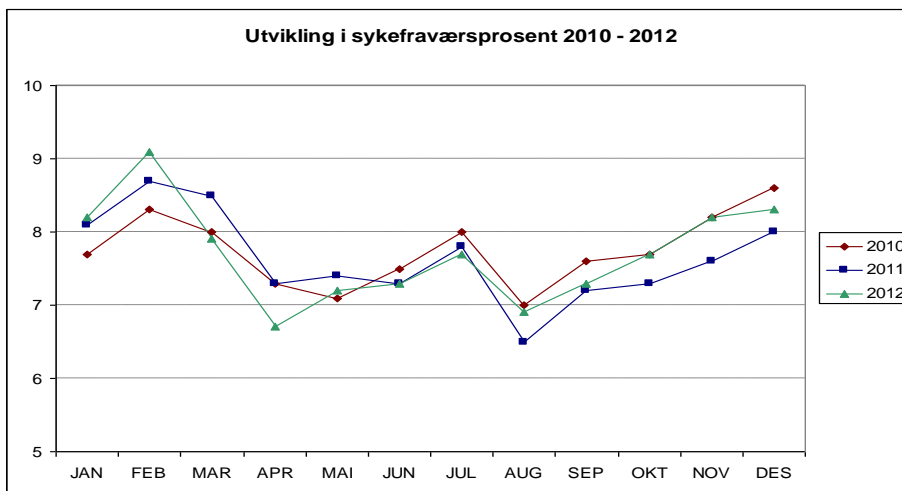
I ”Annet” inngår: Dagslys og belysning, ergonomi, kjemikalier, ledelse, omstilling, plassforhold, støy, bygninger med tilhørende tekniske anlegg, brann, utstyr og inventar, avfall, ytre miljø, annet HMS.



### 3. Inkluderende arbeidsliv / sykefravær

IA er en integrert del av det systematiske HMS-arbeidet, hvor det forebyggende aspektet er viktig. OUS har i samsvar med IA-avtalen som gjelder fra 01.03.10 - 31.12.13 utarbeidet egne overordnede mål i IA-arbeidet og laget en handlingsplan. Hver klinikk har også utarbeidet egen IA-handlingsplan.

Akkumulert fravær for 2012 er 7,7 %, noe som er noe økning fra 2011 hvor fraværet var 7,4 %. Korttidsfraværet i 2012 var 2,6 % og langtidsfraværet 5,1 %. Til sammenlikning er SSBs tall for sykefravær i Helse og sosialsektoren for 3. kvartal 2012 8,7 % (lege og egenmeldt). Totalt sett har det vært en nedgang i sykefraværet i Helse og Sosialsektoren i 2012.



Tallene kan tyde på at sykefraværsarbeidet og IA-avtalen ikke har hatt noe vesentlig innvirkning på sykefraværet. Det er Arbeidsmiljøavdelingens inntrykk at aktiviteten i forbindelse med sykefraværsarbeid og IA-arbeid generelt har økt på sykehuset.

For noen ledere krever sykefraværsoppfølging mye arbeid, og det kan skjule seg mye annen problematikk som konflikter, vanskelige samhandlingsmønstre, motstridende forventninger, uklar eller utfordrende ledelse. Slike faktorer kan være utslagsgivende for at ansatte med helseutfordringer blir sykmeldt.

Arbeidsmiljøavdelingen deltar i noen grad på dialogmøte 1 mellom leder og ansatt, som rådgiver i forhold til tilrettelegging for ansatte som er helt/delvis sykmeldte. Det er økt interesse og kompetanse hos mange ledere for oppfølging av sykmeldte. Driftsmessige hensyn og stram bemanning begrenser likevel mulighetene for å finne egnede tiltak i mange enkeltsaker. I 2012 har det blitt ytterligere vanskelig å få tilrettelagt arbeidssituasjonen for ansatte som har behov for det. Som også nevnt i fjorårets årsrapport, er økende fokus på økonomi, innsparinger og effektiviseringskrav, viktige årsaker til dette. I tillegg kommer at NAV i løpet av året har innskrenket mulighetene til å gjennomføre arbeidstrening og utprøving av arbeidsevnen for ansatte som har innvilget arbeidsavklaringspenger (AAP). Det er fremdeles mulig å gjøre slik arbeidsutprøving mens den ansatte mottar AAP (etter forhåndsgodkjenning fra NAV) men i motsetning til tidligere, må arbeidsgiver utbetale lønn for det arbeidet den ansatte utfører mens arbeidsutprøving skjer. Dette er det ofte ikke budsjett til. Som tidligere, er det fortsatt vanskelig å få omplassert ansatte utenfor egen enhet, fordi "alle har nok med sine egne".

Innføring av seniorpolitiske tiltak og opprettelse av et partsammensatt seniorpolitisk utvalg, er et godt utgangspunkt for å virkeliggjøre delmål 3 i IA-avtalen, og gi det et konkret innhold. Myndighetene ønsker at alle sykefraværsdokumenter som skal sendes til NAV sendes inn via nettsiden "Altinn". Dette er imidlertid ikke mulig i OUS, og lederne må bruke vanlig post.

Prøveomplussing i 3-6 mnd for å teste ut om en ansatt er helsemessig skikket til et annet ønsket arbeidsområde, og dermed kunne gi grunnlag for fortrinnsrett til slik ledig stilling, har hittil vist seg nyttig for å sikre vellykket omplassing. Siden slik utprøving ikke lenger dekkes av AAP, vil slik utprøving måtte innskrenkes til noen svært få tilfeller hvor avgivende eller mottakende avdeling ser seg i stand til å dekke merkostnadene dette innebærer. Prioritet til annen stilling blir vanskeligere å vurdere i saker hvor utprøving av arbeidsevnen ikke lar seg utprøve på forhånd.

Noen enheter som har akuttfunksjoner, har funnet det nødvendig å stramme inn på ansattes muligheter til fritak fra nattarbeid. Vi har gitt bistand i noen slike prosesser. Nye ledere har ”arvet” ansatte som har hatt slikt fritak, ofte uten at det har vært skriftlig avtale om dette. Det er også ansatte som har sykdom av en slik art at det ikke er medisinsk tilrådelig å arbeide om natten. Dette kan by på vanskelige balanse ganger, og vi råder alltid til å ha ryggdekning oppover i linjen og å ha nært samarbeid med HR og tillitsvalgte og verneombud i slike prosesser. På de avdelingene som har gjennomgått dette, ser vi at en del misstemning har forstummet. Det er blitt en økende forståelse i teamet for at de som har fritak av medisinske grunner, har reelle grunner til dette. Det blir da større forståelse for at det blir nødvendig for de andre å ta ekstrabelastningene dette medfører. Det er blitt en øket forståelse for at det ikke er noen lettvinnt affære å be om slikt fritak. Bedriftslegene tilbyr seg å vurdere legeattester i slike saker, eventuelt under sin taushetsplikt som leger, dersom den ansatte ønsker det slik. Lederne er også blitt tydeligere ved nyansettelser, på hva som kreves ved en akuttavdeling, og de begrensningene som er for særordninger over tid.

#### 4. Arbeidsmiljøstatus i klinikkene

Nedenfor følger en klinikkvis oversikt over arbeidsmiljøstatus pr. 2012.

Dataene er innhentet ved klinikkvis innrapportering inneholdende:

- klinikkens egen oppsummering; vedlagt rapporteringsskjemaer, sjekklister fra HMS-rundene og HMS-handlingsplaner fra verneområdene i klinikken.

Dataene er bearbeidet, og sett opp mot Arbeidsmiljøavdelingens faglige vurdering av arbeidsmiljøstatus pr. 2011 og 2012. Hovedinntrykket er noe forbedring fra 2011 til 2012.

Det brukes en firedelt skala i oppsummeringene:

<b>Grønt</b>	=	Ingen helserisiko	=	Tiltak er vanligvis ikke nødvendig
<b>Gult</b>	=	Mulig helserisiko	=	Tiltak må vurderes
<b>Orange</b>	=	Sannsynlig helserisiko	=	Tiltak bør iverksettes
<b>Rødt</b>	=	Sikker helserisiko	=	Tiltak skal iverksettes

Hver klinikk sin oppsummering inneholder:

- Klinikken sin egen vurdering av arbeidsmiljøstatus – hentet fra klinikkens oppsummeringsskjema (vurdert i grønt/gult/oransje/rødt)
- Tallmessig oppsummering av risikovurderinger foretatt ved HMS-rundene i klinikkens verneområder (vurdert i grønt/gult/oransje/rødt):
  - > 3/4 grønne risikovurderinger = **grønt**
  - alt mellom grønt og oransje = **gult**
  - >1/3 oransje eller summen av oransje og røde risikovurderinger > 1/5 = **oransje**
  - > 1/3 røde risikovurderinger = **rødt**
- Arbeidsmiljøavdelingens faglige vurdering av arbeidsmiljøstatus (vurdert i grønt/gult/oransje/rødt)
  - 2011
  - 2012
- Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer
- Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak



**Klinikk psykisk helse og avhengighet**

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Systematisk HMS-arbeid</b>		Grønn: 89 % Gul: 10 % Oransje: 1 % Rød: 0 %			Gjennomført HMS-runde i 90 % av verneområdene. Gjennomført HMS oppfriskning i mange enheter. 2 timers gjennomgang med leder og verneombud i et samarbeid med HR, klinikkvernombud og Arbeidsmiljøavdelingen. Mange enheter har ikke utarbeidet elektronisk Handlingsplan. Mange ledere har ikke gjennomført HMS opplæring Klinikken har utdelt arbeidsmiljøpris. Klinikken har utarbeidet ”arbeidsgiverstrategi” dokument for 2013-2015.	Sørge for at alle enheter gjennomgår HMS oppfriskning våren 2013. Klinikk AMU må gjennomgå HMS handlingsplanene og kartlegge hvem som ikke har levert – følge opp de som ikke har levert. Sørge for at alle ledere tar 2 dagers HMS opplæring. Økt fokus på arbeidsmiljøprisen Følge opp saker som er diskutert i AMU og som er en del av klinikkens HMS-årshjul.
<b>HMS-avvik</b>		Grønn: 77 % Gul: 20 % Oransje: 2 % Rød: 0 %			Det er meldt 1.149 HMS-avvik, hvorav fysisk vold (278), utagerende adferd (269) og trusler (140) utgjør de største avviksgruppene. I tillegg er det en økt registrering av arbeidsmiljøavvik; bemanning, informasjon/samhandling er de største avviksgruppene. Klinikk-AMU har sentervis oppfølging av avvik. Klinikken har gjennomført en kartlegging av interne opplæringsrutiner og prosedyrer relatert til forebygging og mestring av aggresjon.	Fortsatt fokus på avvik i Klinikk-AMU. Oppfølging ifht opplæring av alle ansatte ifht å forebygge utagering. Fortsatt gjennomgang av statistikker og se sammenhenger med andre måleparametre sentervis.
<b>Plassforhold</b>		Grønn: 56 % Gul: 39 % Oransje: 3 % Rød: 3 %			De fleste avdelinger skal fortsette der de er i dag – men noen er i en fase med å se på nye lokaliteter.	Fokus på de avdelingene som skal flyttes slik at arealene blir ifht lovkrav. Behandle byggeplaner i Klinikk-AMU
<b>Inneklima</b>		Grønn: 57 % Gul: 32 % Oransje: 9 % Rød: 2 %			Fortsatt mange gamle bygninger med dårlig inneklima.	Utarbeide tips for hva avdelingene selv kan gjøre for å få et bedre inneklima.

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Kjemikalier</b>		Grønn: 94 % Gul: 6 % Oransje: 0 % Rød: 1 %			Lite forbruk av farlige kjemikalier.	Sjekke opp stoffkartotek.
<b>Ergonomi</b>		Grønn: 88 % Gul: 12 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Noen kontorarbeidsplasser trenger gjennomgang.	Søke bistand fra bedriftsfysioterapeutene ved behov.
<b>Omstilling</b>		Grønn: 70 % Gul: 26 % Oransje: 4 % Rød: 0 %			Fortsatt utfordringer med at omstillinger pågår over lang tid, og med ansatte som ikke har fått tilbud om fast arbeid. BUP og SRA har hatt et år med omstilling. Resultat i MU=52 som er litt over snittet for OUS.	Sørge for hjelp og støtte til avdelinger som er i omstilling. Sikre at ledere kjenner til og følger regelverket.
<b>Arbeidsbelastning</b>		Grønn: 60 % Gul: 35 % Oransje: 6 % Rød: 0 %			Avvik på arbeidspress sammenholdt med belastende arbeidsmengde i MU=61 tyder på at en del opplever belastningen som stor.	
<b>Arbeidsglede</b>		Grønn: 69 % Gul: 29 % Oransje: 2 % Rød: 0 %			Resultat i MU=72 som er litt under OUS snittet. Trolig er det en viss tretthet i organisasjonen etter flere år med langvarige omstillingsprosesser.	
<b>IA</b>		Grønn: 91 % Gul: 9 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Sykefravær i 2012 på 8,3 % . Til tross for økt fokus på dialogmøter, er det fortsatt ledere som ikke gjennomfører dialogmøte etter regelverket. IA-handlingsplanen har vært opp til diskusjon i klinikk-AMU flere ganger, men det gjenstår å gjennomføre flere tiltak.	Ha fortsatt fokus på oppfølging av IA-handlingsplanen. Opplæring av ledere.
<b>Skade på ansatt</b>					Det er meldt 757 skader på ansatte, de fleste innen gruppene "fysisk vold" / "utagerende adferd" / "trusler" . 26 av avvikene under "fysisk vold" er kategorisert med moderat skade.	Videreføre arbeidet med forebygging av vold og trusler. Gi opplæring og ha gode rutiner.

**Medisinsk klinikk**

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Systematisk HMS-arbeid</b>		Grønn: 87 % Gul: 13 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			92 % av verneområdene har gjennomført HMS-runde. Det har vært noen tekniske problemer med det eHMS som har ført til frustrasjoner. Bra deltakelse av verneombud i vernerunder (97 %). Det er tilfredsstillende svarprosent (70 %) på Medarbeiderundersøkelsen (MU). 71 % har vært involvert i oppfølgingen av forrige MU. Det skal være etablert HMS-grupper lokalt, men ikke alle disse synes å fungere optimalt.	Utveksle gode erfaringer om HMS-grupper og oppfølging av MU på leder/VO samling i klinikken. Sette disse som diskusjonstemaer på dagsordenen i Klinikk-AMU.
<b>HMS-avvik</b>		Grønn: 71 % Gul: 29 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Det er meldt 251 HMS-avvik, omtrent det samme som i fjor. De største avviksgruppene er arbeidspress, stikk-/kuttskader og bemanning. Avvikene følges av kvalitetsrådgiver og rapporteres i klinikk-AMU. Klinikken skårer i likhet med resten av OUS "middels godt" på oppfølging av avvik, og på trygghet for å varsle om kritikkverdige forhold i Medarbeiderundersøkelsen (MU). Dette er litt bedre enn i fjor, men det er fortsatt rom for forbedring.	Fortsette å ha meldekultur og avvik som tema, f eks som det er blitt gjort på fellesseminar for VO og TV våren 2012.
<b>Plassforhold</b>		Grønn: 55 % Gul: 33 % Oransje: 6 % Rød: 6 %			Det har vært et krevende år med ombygging, rehabilitering og oppussing av Bygg 3, og resultatet er blitt bra der det er pusset opp, men flere enheter/prosjekter gjenstår. Å samlokalisere det indremedisinske fagmiljøet har vært et prioritert område. Flere seksjoner er flyttet over fra Aker i 2012, og lokaler er utbedret, f eks Dialysen. Det er en del utfordringer med å gå fra egne kontorer til åpent landskap. Bufferareal under oppussing er en utfordring fremover. Overbelegg og korridorpasienter er økende igjen, etter en viss periode med bedring.	Bufferareal under oppussing. Fortsette med tidlig plan for utskrivning. Fortsette med å oppmuntre til innovative løsninger som ventesone for utskrivingsklare pasienter. Fortsette med kulturendringsarbeid når det gjelder åpent landskap.

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Inneklima</b>		Grønn: 57 % Gul: 33 % Oransje: 9 % Rød: 1 %			Bedre ventilasjon har vært en del av prosjektet rehabilitering av Bygg 3. Arbeidet er underveis, men det en del gjenstår fortsatt. Med unntak av Lungeavdelingen og Hjerte som har fått nytt, dreier utbedringen seg om rensing av et gammelt anlegg, som ikke blir det samme som et nytt.	Tiltak knyttet til renhold kan hjelpe en del. Få til en god dialog med renhold. Ansvarliggjøre ansatte for sin del av jobben.
<b>Kjemikalier</b>		Grønn: 90 % Gul: 9 % Oransje: 1 % Rød: 0 %			Har noen laboratorier. Noe forbruk av farlige kjemikalier. Lite registrering i stoffkartoteket.	Sjekke at laboratoriene har egnede lokaliteter. Substituere bort Glutaraldehyd. Legge inn alle stoffer i stoffkartoteket.
<b>Ergonomi</b>		Grønn: 72 % Gul: 21 % Oransje: 7 % Rød: 1 %			Travelhet gir redusert mulighet til å velge anbefalte ergonomiske løsninger, og fare økt fysisk belastning. Defekte senger fortsetter å være et problem.	Reparere og skifte ut senger. Fortsette bra arbeid med forflytningsteknikk, være flere ansatte ved flytting av tunge pasienter. Stille krav til ergonomiske løsninger ved MTU innkjøp. Sikre nok hjelpemidler og ha det tilgjengelig. Bevisstgjøre om bruk av hjelpemidler.
<b>Omstilling</b>		Grønn: 75 % Gul: 25 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Betydelig bedring på alle spørsmål om endring og omstilling i MU, og blant "best i klassen" når det gjelder fusjons-/integrasjons-spørsmålene. På tross av dette er resultater på endringsdelen i MU dårligere enn for de andre temaområder. Temaområdet vurderes allikevel til grønt på grunn av bevisstheten om betydningen av gode prosesser for endring og omstilling. Årets sykepleierleder, Oslo NSF, gitt til en i klinikken, for god håndtering av fusjonsprosess. Bra med klinikkinitierte endringsprosjekter som oppmuntrer til involvering (Lean, "En bedre hverdag").	Fortsett med involverende endringsprosjekter og med prioritering av felles arenaer f eks avdelingsseminarer. Disse er viktige organisasjons-utviklingstiltak, som kan frembringe løsninger på krevende utfordringer og som samtidig er med på å bedre arbeidsmiljøet.

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Arbeidsbelastning</b>		Grønn: 57 % Gul: 33 % Oransje: 10 % Rød: 0 %			MU-resultat for både arbeidstempo og – mengde er blant de 15 % mest belastede i OUS. Egenkontroll, som virker stressdempende ved stor arbeidsbelastning, opplever de ansatte som lav, i likhet med mange i OUS. Bemanningsnorm gir lite å gå på ved sykdom.	Fortsette arbeidet med diskusjon om fordeling av oppgaver, prioriteringer, tiltak for forenkling/LEAN, faglig utvikling, utskrivning av pasienter, verdsetting av nøkkelpersonale, etc. Se på muligheter for å øke den enkeltes egenkontroll/selvbestemmelse over arbeidssituasjonen. Fortsette å høste erfaringer med egen bemanningsenhet.
<b>Arbeidsglede</b>		Grønn: 64 % Gul: 32 % Oransje: 5 % Rød: 0 %			Resultat i MU = 74, en liten bedring fra i fjor. Meningsfulle oppgaver og godt kollegialt samarbeid bidrar til å opprettholde arbeidsgleden, men må alltid vurderes i forhold til bla. arbeidsbelastning. Resultatene på andre MU-spørsmål, viser at Klinikken er blant de dårligste på ”å si til venner at dette er en god arbeidsplass å jobbe på”, samtidig er det en betydelig bedring på spørsmålene vedrørende ”stolthet over egen arbeidsplass” og ”at arbeidsplassen inspirerer til å yte ens beste”.	Se punktet ovenfor om arbeidsbelastning. Fortsette med prosjekter som en bedre hverdag og avdelingsamlinger hvor arbeidsmiljø og arbeidsglede er temaer.
<b>IA</b>		Grønn: 100 % Gul: 0 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Sykefravær på 7,5 % i 2012, og som varierer mellom enheter. Fokus fra ledelsens side på god sykefraværsoppfølging generelt og langtidssykemeldte spesielt. Fast punkt i Klinik-AMU. Arbeidsmiljøavdelingen involveres i liten grad i dialogmøte 1. Bemanningsnorm gir lite rom for ikke å yte 100 %.	Erfaringsutveksling innad i klinikken– lære av enheter med lavt sykefravær. Vurdere konsekvenser av arbeidspress og bemanningsnorm for utsatte ansatte. Involvere Arbeidsmiljøavdelingen i dialogmøte 1.
<b>Skade på ansatt</b>					Det er meldt 82 skader på ansatte, hvor stikk-/kuttskader, fysisk vold og muskel-skjelett utgjør de største avviksgruppene. Fysisk vold relaterer seg til utagerende pasienter. Disse pasienter synes å være økende. Et av avvikene er kategorisert med betydelig skade, og 10 med moderat skade. Tallene er svært likt resultatet i fjor.	Se tiltak under ergonomi. Fortsette undervisning om takling av utagerende pasienter og vurdering av bemanningsressurser ved denne type pasienter.

**Klinikk for kirurgi og nevrofag**

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Systematisk HMS-arbeid</b>		Grønn: 95 % Gul: 5 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			87 % av verneområdene har gjennomført HMS-runde. 71 % var involvert i oppfølging av forrige MU og 62 % har gjennomført medarbeidersamtaler. Bruk av eHMS oppleves som nyttig, men frustrasjon over at VOene ikke har direkte tilgang til sjekklister og handlingsplaner. HMS-handlingsplanen for 2012 er aktivt fulgt opp i Klinikk-AMU. Aktiv og engasjert KVO og VO-gruppe. For det meste godt samarbeid mellom ledere/VO med god medvirkning. Det er viktig at lederen viser interesse for HMS, og er opptatt av kvaliteten på kontakt med VO. Det er noen få steder der lederen ikke tar med innspill fra VO. AKAN-arbeidet er godt ivaretatt. Brannkontakter er etablert. Der er ukentlige dialogmøter mellom ledelse, vernetjenesten og TV. Velfungerende Klinikk-AMU med ryddig organisering og ledelse, åpne og undersøkende diskusjoner, og oppfølging av saker.	Det bør arbeides for økt deltakelse i MU 2013 og gjennomføring av flere medarbeidersamtaler. Ledere oppfordres til å gjennomføre HMS-opplæringen og annen type lederopplæring. Sterk oppmuntring til at ledere og VO utnytter informasjonen fra eHMS enda bedre. Det bør være aktivt samarbeid mellom leder og VO om å følge opp HMS-saker, spesielt behandling av avvik og arbeid med forbedringsmuligheter. Viktig at KVO fortsetter å støtte og veilede VOene og sikre regelmessig undervisning og annen kompetanseheving.
<b>HMS-avvik</b>		Grønn: 82 % Gul: 17 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Det er meldt 323 HMS-avvik, og de største avviksgruppene er stikk-/kuttskader, informasjon/samhandling, bemanning og arbeidspress. Avvikstall og alvorlige avvikshendelser gjennomgås av KVO på hvert Klinikk-AMU møte. Noen få steder blir ikke avvik tatt på alvor og lukkes for raskt. Variasjon i satsing på tiltak som gir læringsmuligheter.	Det er viktig å påvirke holdningen til å se på avviksrapportering som en ressurs for å oppdage svakheter, styrke muligheten for å forutse risikosituasjoner, finne lure løsninger, lære, og ikke bare for å få unna feil. Ledere kan tjene på å formidle til medarbeidere hvilke korrigeringer og forbedringer som oppnås gjennom innsatsen med avviksarbeidet.

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Plassforhold</b>		Grønn: 40 % Gul: 43 % Oransje: 11 % Rød: 6 %			Omfattende og komplekse arealprosjekter som stiller store krav til planlegging og logistikk. Generell mangel på arealer. Det er krevende å få til koordinerte innflyttinger, og å dekke plassbehovene til ulike grupper. Noen løsninger der ikke alle risikoområder blir tatt hensyn til. Vanskelige fordelinger av lokaler og motstand mot fortetting. Noen steder oppleves arealbruk som ulogisk og urettferdig. Mangel på lagerplass og kontorarealer er en vedvarende stressfaktor. Samlokaliseringer og flytting blir aktuelt i mange år fremover. Noe endringstrøtthet.	Vurdering av plassbehov før, under og etter flytting krever tid og innspill fra riktige fagområder tidlig i prosessene. Ledelsen må foreta tunge prioriteringer og sikre ryddig styring av sammenslåingsprosjekter. Krav til at et godt arbeidsmiljø skal prioriteres under alle faser i samlokaliseringene samtidig som det legges vekt på kvalitet i pasientbehandling og flyt.
<b>Inneklima</b>		Grønn: 68 % Gul: 25 % Oransje: 5 % Rød: 2 %			En del slitte, trekkfulle bygninger eller med dårlig ventilasjon. Til tider sterk frustrasjon over mangelfull renhold. Tetthet i trange lokaler stresser, virker negativt på luftkvalitet, og gir forstyrrende støy. Mangel på støtterom betyr at enkelte rom brukes av mange og for mange aktiviteter. Prosjektet med bruk av støyreducerende verneutstyr på operasjonssal har vært skuffende. Vanskelig å innarbeide rutiner for bruk.	Prioritering av nødvendige forbedringer som sikrer et godt arbeidsmiljø. Tett kontakt og kontinuerlig forhandling med renholdstjenesten. Man bør undersøke organiseringen og søke etter forbedringer i rutiner og orden som kan redusere mas, støvnivå og lette renhold. Man bør gjennomgå systemet for å forenkle bruk av støyreducerende verneutstyr.
<b>Kjemikalier</b>		Grønn: 89 % Gul: 10 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Risiko for bruk av kjemikalier uten at det er fullstendig oversikt over farene. Stoffkartoteket er ikke helt oppdatert. Ikke tilstrekkelig opplæring i bruk av systemet.	Gjennomgå rutinene for håndtering av risikokjemikaliene. Opplæring i bruk av stoffkartoteket. Prioritere å ha kontinuerlig oversikt over kjemikaliene som til enhver tid er i bruk. Sikre at informasjonen om kjemikalier er lett tilgjengelig.

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Ergonomi</b>		Grønn: 68 % Gul: 29 % Oransje: 2 % Rød: 1 %			Det er fremdeles løft og håndtering av tungt utstyr uten at det alltid er mulighet for å bruke passende forflytningsteknikker eller hjelpemidler. Lite plass og begrensninger i lagerkapasitet kan skape uheldige arbeidssituasjoner. Krevende arbeidssituasjoner på overfylte operasjonssaler. Arbeidspress begrenser anledningen til pauser eller avlastning i stillinger.	Gjennomgang av organisering av arbeidet for å identifisere muligheter for avveksling i arbeidsstillinger, avlastning og økt bruk av hjelpemidler, Gjøre tilgang til hjelpemidler lettere og påvirke holdningen til bruk av dette. Fortsett å søke faglig bistand for å gjennomgå arbeidssituasjoner og finne mulige tilpasninger.
<b>Omstilling</b>		Grønn: 70 % Gul: 22 % Oransje: 4 % Rød: 4 %			Fortsatt omfattende og kompliserte ombygginger og samlokaliseringer. Oppfølging av HMS-handlingsplan for å ha fokus på å etablere ryddigere omstillingsprosesser. Det er blitt noe mer forståelse for de menneskelige konsekvenser av sammenslåinger. Det er flere grupper som nå arbeider for å få til gode løsninger på kulturutfordringene. Noen ledere har medarbeidere på flere lokalisasjoner, og med stort lederspenn. Savn av stedlig ledelse. Mangel på anledninger for grupper til å komme sammen, påvirker opplevelsen av tilhørighet.	Mer fokus på å jobbe med integrasjon både før og tidlig i sammenslåingsprosessene. Ledere bør fortsette med å prioritere og legge til rette for kontakt på tvers, erfaringsutvekslinger, god flyt av informasjon, oppbygging av felles prosedyrer og mulighet for samlinger. Ledere oppmuntres til å benytte tilgjengelige lederverktøy og å sette seg inn i veiledninger i læringsportalen som omhandler endringsledelse.
<b>Arbeidsbelastning</b>		Grønn: 42 % Gul: 42 % Oransje: 9 % Rød: 6 %			Stort behov for å se helheter, planlegge drift og foreta nødvendige prioriteringer. Krav til å dekke variert kompetanse kan forårsake overtid og forskjøvet vakt. Brudd på arbeidstidsbestemmelser rapporteres og følges opp i Klinikk-AMU. Knapphet på ressurser, normalt fravær og stort volum i aktivitet skaper fysiske belastninger, høyt tempo og krav til intellektuell og emosjonell mestring. Vikarbruk krever oppfølging som kan øke presset på ansatte med kjernekompetanse. Presset i hverdagen skaper grobunn for dårlig kommunikasjon og dårlig samarbeid.	Ideelt sett økt bemanning. Innleie av vikarer med den riktige kompetansen, og strategier for å beholde de beste. En fordel å sikre gode mottaks- og opplæringsrutiner for vikarer. Gjennomgang av pasientforløp for å åpne for mulige revurderinger av rutiner og åpenhet for innspill fra alle faggrupper til forbedringer. Diskusjonsarenaer der motsetninger og samarbeidsutfordringene kan drøftes og løses. De ansattes helhetlige belastningsnivå bør overvåkes og formidles oppover.



	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
					Frustrasjonen er ikke lett å håndtere når avdelingen er lavt bemannet. Ledere har høyt press, mye ansvar og må forholde seg til strenge budsjettkrav.	Ledelse som foretar vanskelige prioriteringer som ivaretar kvaliteten på pasientbehandling og samtidig sikrer medarbeidernes arbeidsmiljø.
<b>Arbeidsglede</b>		Grønn: 81 % Gul: 14 % Oransje: 3 % Rød: 0 %			Glede av å jobbe sammen med engasjerte kolleger og sosialt utbytte av arbeidsdagen. Stor betydning å være i faglig utvikling mens man jobber for fullt. Seminarer og intern opplæring svært positivt både faglig og sosialt. Både nye og langvarige konflikter forstyrrer og frustrerer. Mangel på stedlig leder sliter. Samhørighet svekkes av begrensede muligheter for å treffes og utveksle erfaringer.	Fokus på nærværsfaktorer særlig når mange er slitne. Prioritere tid til å være sammen. Åpenhet om og tid til å diskutere hva som skaper frustrasjon og misnøye. Tett samarbeid mellom ledere og VO for raskt å oppdage og håndtere tilløp til konflikt. Ledere bør legge til rette for kompetanseutvikling og sikre grunnleggende selvtilit i forbindelse med krevende pasientbehandling. Ledere bør holde fokus på å opprettholde motivasjon og engasjement hos medarbeidere.
<b>IA</b>		Grønn: 98 % Gul: 2 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Sykefravær på 7,2 % i 2012. Prosedyre for oppfølging av korttidsfravær er aktivt i bruk. De fleste ledere har gode rutiner for oppfølging av sykefravær. Det er generelt stramme betingelser for IA-arbeid i klinikken. Noen avdelinger har en krevende sammensetning av medarbeidere med langvarige tilretteleggingsbehov. Det er grenser for tilretteleggingsmuligheter når flere trenger tilpasninger.	God informasjon til medarbeidere om rettigheter, plikter og tilretteleggingsmuligheter i avdelingen. Fokus på nærværsfaktorer som fremhever det som fungerer godt i arbeidsmiljøet.

<b>Skade på ansatt</b>					<p>Det er meldt 141 skader på ansatte, hvorav 3 registreringer med betydelig skade. Stikk-/kutt med smitterisiko forekommer oftest. Tallene for trusler, utagerende atferd og fysisk vold er bekymringsfulle. Senter for kompleks epilepsi har belastede arbeidsmiljøer der påregnelig/kalkulert vold er en del av arbeidsdagen.</p> <p>Miljøer med kjente utfordringer i forhold til vold/utagering gjennomfører opplæring i avvergende teknikker og for å forutse potensielle faresituasjoner</p> <p>Også i 2012 er det rimelig å anta at legene underrapporterer skadene de utsettes for.</p>	<p>Det bør så godt som mulig sikres ryddige rutiner og lett tilgang til utstyr som hindrer stikkskader.</p> <p>Analyse av kritiske situasjoner med god oppfølging av personalet.</p> <p>Kontinuerlig gjennomgang av rutiner og prosedyrer for å oppdage risikomomenter.</p> <p>Det bør utarbeides gode opplæringsrutiner som sikrer oversikt over risiko og forbereder nyansatte på en god måte.</p> <p>Identifisere gode modeller hos legene som kan påvirke meldekulturen.</p>
------------------------	--	--	--	--	--	--

**Kvinne- og barneklubnikken**

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Systematisk HMS-arbeid</b>		Grønn: 84 % Gul: 11 % Oransje: 4 % Rød: 1 %			71 % av verneområdene gjennomført HMS-runde. Svarprosent i MU=69 %. Arbeidsbelastning og egenkontroll fikk dårligst score. Opplevd lederadferd lav score. 60 % involvert i oppfølging av forrige MU. 66 % har gjennomført utviklings-/medarbeidersamtale. Videreført etablert struktur i Klinik-AMU med fast gjennomgang av areal-/flyttinger, avvik og sykefravær. AMU-saker er fulgt opp med evaluering av tiltak. KVO har fortsatt arbeidet med oppfølgingsplan for alle VO med samlinger og undervisning.	Intensivere oppfølging av vernerunder og HMS-rapportering. Fortsette med årlig evaluering av Klinik-AMUs funksjon. Sørge for at alle ledere har gjennomført obligatorisk HMS-lederopplæring. Regelmessig oppfølging av HMS-saker fra vernerundene (HMS-rapporten) på avdelingsmøter.
<b>HMS-avvik</b>		Grønn: 70 % Gul: 25 % Oransje: 3 % Rød: 2 %			Det er meldt 232 HMS-avvik hvor de største avviksgruppene er arbeidspress, bemanning og stikk-/kuttskader. Økende tendens til brudd på arbeidstidsbestemmelsene”. Klinik-AMU ønsker å vite hva som ligger bak disse tallene, slik at månedsrapporter innholder brudd på seksjonsnivå, samt med fokus på tiltak. Avvik gjennomgås regelmessig i Klinik-AMU, og sammenlignes med andre relevante funn i MU. Lukking av avvik ettersees.	Fortsette å etterse om foreslåtte tiltak er utført før lukking av avvik, og om tiltakene er tilstrekkelig korrigerende i forhold til risikobildet; spesielt der det meldes om betydelig skade.
<b>Plassforhold</b>		Grønn: 66 % Gul: 17 % Oransje: 10 % Rød: 7 %			Det er varierende plassforhold i klubnikken. Noen avdelinger har det veldig trangt, som Nyfødtintensiv og Føde /barsel på RH. Det er også generelt mangel på kontorarealer, særlig på RH. Generell mangel på lagerplass.	Helt nødvendig med mere plass til nyfødtintensiv/nyfødt/føden. Løpende oppdatering av klubnikkens arealbruk (romfunksjoner, ansatt-tetthet etc) Samarbeid på tvers av klubnikker må til for å løse arealbehov. Ved nybygging/ombygging skal ikke romfunksjon endres uten at tilstrekkelig plassforhold ivaretas. Kontorarbeid som krever ro og konsentrasjon må gis mulighet for å utføres adskilt fra pauseområder.

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Inneklima</b>		Grønn: 66 % Gul: 28 % Oransje: 5 % Rød: 2 %			Mange rapporterer om dårlig renhold (støv). Høyere personbelastning og mere utstyr i arealene genererer mere støy og varmere innklima. Også eldre bygningsmasse med mangelfull ventilasjon (RAD).	Utvikle samarbeidet med Renhold. Stille støykrav ved innkjøp av MTU. For å redusere støy kan det i opphold-/personalrom plasseres ut et ”støyøre” som indikerer uønsket støynivå med rødt lys og ønsket nivå med grønt lys.
<b>Kjemikalier</b>		Grønn: 88 % Gul: 7 % Oransje: 3 % Rød: 2 %			Klinikken har noen laboratorier. Noe forbruk av farlige kjemikalier. Fortsatt variabel registrering i stoffkartoteket.	Sørge for at stoffkartoteket er oppdatert. Sjekke at laboratoriene har egnede lokaliteter.
<b>Ergonomi</b>		Grønn: 70 % Gul: 23 % Oransje: 5 % Rød: 2 %			Det er mange rapporter om ergonomisk dårlige forhold. Trange plassforhold gir redusert mulighet for å velge anbefalte ergonomiske løsninger. Akuttsituasjoner krever økt arbeidstempo og øker risiko for arbeidsbelastninger. Mangel på personell og mangelfull organisering av personalressurser øker risiko for overbelastning. Pasientforflytninger krever et visst antall ansatte for å kunne gjennomføres forsvarlig. En del MTU ved opr. enheter er tunge å håndtere. Fortsatt mange avvik på senger; defekte / utslitte.	Utstyr som brukes av flere ansatte må kunne tilpasses individet og arbeidets art. Stille krav om universell utforming og hensiktsmessige ergonomiske løsninger ved innkjøp av nytt MTU.  Opplæring av OUS Forflytningsveiledere i forflytningsteknikk. Anskaffe tilstrekkelig forflytningsutstyr. Fornye utstyr. Utvikle gode arbeidsrutiner. System for løpende utskifting og reparasjon av senger må iverksettes.
<b>Omstilling</b>		Grønn: 70 % Gul: 30 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Resultat MU=48 mot 45 i 2011. Samlokalisering utfordrer fortsatt samspillet, men stimulerer også til nytenking og løsningsorientering. Klinik-AMU har fulgt opp aktuelle sammenhengsløpsprosesser.	Bedre involvering og medvirkning i endringsprosesser. Bruke risikovurderingsskjema for omstilling. Kulturbygging. Utvikle felles faglige prosedyrer.

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Arbeidsbelastning</b>		Grønn: 50 % Gul: 23 % Oransje: 23 % Rød: 0 %			<p>Resultat MU=45 mot 48 i 2011.</p> <p>Flest avvik meldt på høyt arbeidspress og bemanning. Dette gjelder særlig Nyfødtintensiv.</p> <p>Som i fjor er det høyt tempo, krevende samhandlingssituasjoner med pasienter og pårørende, intense kvalitetskrav, til tider minimal bemanning.</p> <p>Grunnbemanning oppleves lav, og en del kompetente ansatte slutter.</p> <p>Det er økt behov for opplæring.</p> <p>Tiltak med nyansettelser og påfølgende opplæring kommer for sent til å avlaste den kritiske situasjonen nå.</p>	<p>Utarbeide systemer for og følge opp brudd på arbeidstidsbestemmelsene.</p> <p>Bevare fagdager og kompetanseheving som arbeidsmiljøtiltak.</p> <p>Ha fokus på ressursplanlegging, ressursbruk og bemanningstiltak.</p> <p>Gjennomgå arbeidsrutiner for å finne forbedrings- og forenklingpunkter (lean).</p> <p>Videreføre "Lederforum".</p>
<b>Arbeidsglede</b>		Grønn: 91 % Gul: 0 % Oransje: 9 % Rød: 0 %			<p>Resultat i MU = 74 mot 75 i 2011. Det holder seg på høyt nivå tross store utfordringer i klinikken.</p> <p>Tilfredsstillende av å jobbe sammen med kompetente kolleger. Faglig interessant.</p> <p>Men frustrasjonen øker der arbeidspresset påvirker opplevd kvalitet på utført arbeid.</p>	<p>Gi positive tilbakemeldinger om utført arbeid.</p> <p>Fremheve positive sider av samspillet mellom faggrupper.</p> <p>Lage arenaer for en "Lærende organisasjon".</p> <p>Sørge for kontinuerlig fagutvikling.</p>
<b>IA</b>		Grønn: 74 % Gul: 23 % Oransje: 3 % Rød: 0 %			<p>Sykefravær på 8,0 % i 2012.</p> <p>Resultat av Klinikkens IA-arbeid vises ved at det rapporteres mindre risiko for negative arbeidsmiljøkonsekvenser.</p> <p>Klinikken har arbeidet med tilretteleggingstiltak særlig for gravide.</p> <p>I perioder har det vært nedgang i sykefravær.</p>	<p>IA-arbeidet må fortsatt sees i sammenheng med bemanningsplaner.</p> <p>Forsette utviklingsprosessene som er startet.</p> <p>Eksempelvis klinikkens arbeid med stillingsbeskrivelser for å hindre gap mellom jobbkrav og den ansattes ressurser/funksjon, samt bevisstgjøring av studenter for framtidig jobbvalg.</p>
<b>Skade på ansatt</b>					<p>Det er meldt 68 skader på ansatte, hvorav "stikkskader med smitterisiko" og "annen smitterisiko" er de 2 største avviksgruppene.</p> <p>2 avvik er kategorisert med betydelig skade: Bemanning og Skadet til / fra jobb.</p> <p>26 med moderat skade.</p>	<p>Gjenta informasjon om gode arbeidsrutiner.</p> <p>Fortsette arbeid med rutiner for forebyggende tiltak overfor grupper av ansatte som jobber med potensielt krevende pasienter.</p>

**Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon**

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Systematisk HMS-arbeid</b>		Grønn: 90 % Gul: 8 % Oransje: 2 % Rød: 0 %			95 % av verneområdene har gjennomført HMS-runde. Sammenliknet med 2011 rapporterer flere i 2012 at de involveres i oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen. Det er også flere som rapporterer at de har medarbeidersamtaler. Avviksrapportering brukes i arbeidsmiljøutvalget til å se etter systemproblematikk.	Klinikken har fortsatt avdelinger der verneombudene ønsker å bli involvert i større grad. Arbeide med implementering av eHMS. Samle informasjon om avvik for å beskrive risikoer.
<b>HMS-avvik</b>		Grønn: 81 % Gul: 18 % Oransje: 2 % Rød: 0 %			Det er meldt 360 HMS avvik hvor de største avviksgruppene er stikk-/kuttskader, arbeidspress og bemanning. Klinikkledelsen har hatt øket fokus på avvik og meldepraksis og arbeidet med å bedre meldepraksis Klinikk-AMU ser på og diskuterer de alvorligste avvikene. Det lages også oppsummeringer der avvikene kategoriseres og forbyggende tiltak drøftes.	Fortsette å ta opp meldekultur med lederne. Øke respons/tilbakemeldinger fra klinikkledelsen til avdelinger som melder avvik – eksempelvis i ledermøter. Fortsette å oppfordre instituttet til å melde avvik på papirskjema. Se spesielt på avvik med betydelig reell konsekvens, og se på lukkepraksis. Lage flere analyser på bakgrunn av årsoppsummering for eksempel se på sammenhenger opp mot medarbeiderundersøkelsen og sykefravær.
<b>Plassforhold</b>		Grønn: 51 % Gul: 30 % Oransje: 9 % Rød: 11 %			Som tidligere er det flere avdelinger som har lite areal i forhold til antall ansatte og pasienter. Mangel på kontor plasser og lagerarealer.	Ha god oversikt over arealbruk, og bruke arealkontakten i klinikken.
<b>Inneklima</b>		Grønn: 68 % Gul: 23 % Oransje: 6 % Rød: 3 %			God ventilasjon i Forskningsbygget. Det er fortsatt mangelfull spesialventilasjon enkelte steder. Varme arbeidslokaler, f.eks. operasjonsstuer, grunnet mye bruk av utstyr og mange ansatte. Trekkeproblemer fra tilluftsventiler over arbeidsplasser og fra vinduer. Støy fra utstyr ved operasjonsstuer og laboratorier.	Sikre at ventilasjon er installert og innregulert. Plassere arbeidsplasser hensiktsmessig mtp. tilluftsventiler, støvende utstyr og blendingskilder. Stille støykrav ved nyinnkjøp av utstyr. Støyreducerende tiltak. Jevnlige opplæring av lab. personell. Ta opp spesialventilasjon som sak i klinikk-AMU.

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Kjemikalier</b>		Grønn: 90 % Gul: 9 % Oransje: 1 % Rød: 0 %			Klinikken har stort forbruk av farlige kjemikalier. Bedring i risikovurdering og sikringstiltak. Instituttet er gode på registrering og risikovurderinger.	I større grad se på mulighetene for substitusjon av farlige kjemikalier. Fortsette å legge inn stoffer i stoffkartoteket. Sørge for at laboratoriene utenfor forskningsbygget har egnede lokaliteter.
<b>Ergonomi</b>		Grønn: 81 % Gul: 16 % Oransje: 2 % Rød: 0 %			Som tidligere er det en del teknisk utstyr som er utdatert, defekt og med dårlige ergonomiske løsninger. En del defekte senger. Belastningslidelser er en viktig årsak til sykmeldinger hos ansatte, og noen av disse kunne kanskje vært unngått med økt fokus på ergonomi.	Utstyr som brukes av flere ansatte må kunne tilpasses individet og arbeidets art. Anskaffe mer universelt utformet utstyr. Reparere og skifte ut senger. Bruke forflytningsveilederne til å gi opplæring i forflytningsteknikk.
<b>Omstilling</b>		Grønn: 68 % Gul: 29 % Oransje: 3 % Rød: 0 %			Resultat i MU=51 mot 47 i 2011, altså noe bedring og omtrent som gjennomsnittet for OUS. Tyder på at det er en del som gjenstår før man klarer å skape en fellesskapsfølelse og opplevelse av involvering hos mange ansatte. Det er særlig når ansatte flytter fysisk at utfordringer kan oppstå, der man må omstille seg til nye kolleger, nytt miljø og nye rutiner. Tempoet i omstillingene og arbeidspress gjør det vanskelig å involvere VO/TV tilstrekkelig. Klinikken fikk bedret sine økonomiske rammer mot slutten av året, slik at det økonomiske presset i forhold til omstilling blir litt mindre.	Mer aktivitet for å utnytte kompetanse i grupper og fremme integrasjon. Ledere må i større grad prøve å involvere verneombud og tillitsvalgte i omstillingene. Enheter i omstilling kan inviteres til klinikk-AMU for å legge frem risikobilde/risikovurdering.
<b>Arbeidsbelastning</b>		Grønn: 34 % Gul: 46 % Oransje: 13 % Rød: 3 %			Resultat belastende arbeidsmengde i MU=49 som er uendret fra tidligere. Til tider er tempoet og mengden av oppgaver høy. Det er stor variasjon mellom avdelingene. Arbeidspress og bemanning er hyppigste oppgitte avviksgrupper i HMS-avviksmeldingene.	Viktig at klinikkledelsen gir respons til avdelingene på meldinger om høy arbeidsbelastning. Jobbe med å få ned brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Ha møter der belastningene drøftes. Vurdere redusert behandlingstilbud.

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Arbeidsglede</b>		Grønn: 82 % Gul: 12 % Oransje: 3 % Rød: 3 %			Resultat i MU=76. Klinikken har høyere jobbtilfredshet enn gjennomsnittet for sykehuset. Tro på kvaliteten på tjenestene som leveres oppleves som motiverende. Stolt av faget og arbeidsplassen.	Satse på fagutvikling og rekruttering / ledelse.
<b>IA</b>		Grønn: 81 % Gul: 15 % Oransje: 4 % Rød: 0 %			Sykefravær på 6,5 % i 2012. Klinikken mangler fortsatt egne måltall for sykefravær, IA-plasser og arbeidstreningsplasser i sin IA-handlingsplan. Det er uklart om klinikken har egne arbeidstreningsplasser. Som tidligere er det forholdsvis lavt sykefravær. HR har tatt initiativ til IA-workshop for ledere med personalansvar.	Ta opp spørsmål om egne måltall i klinikkledelsen. Forbedre sykefraværsmeldingen, f.eks. ved å bryte ned fraværet på mindre enheter, og type fravær.
<b>Skade på ansatt</b>					Det er meldt 112 skader på ansatte, hvorav ”stikkskader med smitterisiko” og ”muskel-/skjellettskader” utgjør de 2 største avviksgruppene. 3 av avvikene er kategorisert med betydelig reell skade og 13 moderat.	Fortsette å gjennomgå/oppsummere avviksmeldinger i klinikk-AMU. Iverksette nødvendige forbedringstiltak og forebyggende tiltak.



**Hjerte-, lunge- og karklinikken**

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Systematisk HMS-arbeid</b>		Grønn: 84 % Gul: 11 % Oransje: 5 % Rød: 0 %			95 % av verneområdene har gjennomført HMS-runde, og 65 % har fulgt opp forrige års medarbeiderundersøkelse. Begge deler litt bedre enn i fjor. Utført internrevisjon av MTU.	Fortsatt arbeid med å utvikle systematikk og involvering i utarbeiding av handlingsplaner. Kvalitetssikre at alle ledere har gått HMS-lederkurs.
<b>HMS-avvik</b>		Grønn: 80 % Gul: 14 % Oransje: 5 % Rød: 2 %			Det er meldt 82 HMS-avvik hvor de største avviksgruppene er stikk-/kuttskader og bemanning. Godt arbeid med tiltakssiden.	Opprettholde god meldekultur og arbeid med forbedringstiltak.
<b>Plassforhold</b>		Grønn: 18 % Gul: 53 % Oransje: 12 % Rød: 18 %			Stor mangel på kontor- og lagerarealer flere steder på RH.	Hvis mulig øke tilgjengelig areal for klinikken. Jobbe med smarte arbeidsløsninger. Opprettholde godt samarbeid med Teknisk avd. i OSS.
<b>Inneklima</b>		Grønn: 63 % Gul: 33 % Oransje: 3 % Rød: 0 %			Fortsatt gir fortettinger / plassmangel varme lokaler og dårlig luft. Renhold oppleves fortsatt mangelfullt en rekke steder.	Hvis mulig øke tilgjengelig areal for klinikken. Dialog omkring renhold.
<b>Kjemikalier</b>		Grønn: 94 % Gul: 6 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Laboratorier med en viss kjemikaliebruk, bl.a. benzen og kaliumdikromat. 30 % volumøkning av antall substanser registrert i stoffkartoteket i 2012.	Substituere benzen m.fl. med mindre helsefarlige stoffer. Sjette at laboratoriene har egnede lokaliteter. Legge inn alle stoffer i stoffkartoteket.
<b>Ergonomi</b>		Grønn: 61 % Gul: 32 % Oransje: 4 % Rød: 4 %			Prosjekt med jobbrotasjon på hjerteultral lyd. Fortsatt noen utfordringer både på kontorsiden og i pasientarbeid.	Fortsette å investere i opplæring og utstyr. Reparere og skifte ut senger.
<b>Omstilling</b>		Grønn: 55 % Gul: 18 % Oransje: 9 % Rød: 18 %			Resultat i MU=45, omtrent som i 2011. Påbegynt lederprosjekt om arbeidsmiljø-utfordringer.	Videreføre arbeid med involvering og medvirkning på seksjons- og avdelingsnivå.

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Arbeidsbelastning</b>		Grønn: 30 % Gul: 60 % Oransje: 0 % Rød: 10 %			Resultat belastende arbeidsmengde i MU=50 mot 52 i 2011. Resultat egenkontroll i MU=42. Jobbes med å øke antall ansatte i utvalgte enheter. Fortsatt stor arbeidsbelastning på ledere.	Jobbe med gode samarbeidsrutiner for ulike faggrupper. Fortsatte arbeidet med å tilpasse bemanning etter aktivitet.
<b>Arbeidsglede</b>		Grønn: 80 % Gul: 10 % Oransje: 0 % Rød: 10 %			Resultat i MU=76, samme som i 2011.	Ta vare på de gode fagmiljøene.
<b>IA</b>		Grønn: 94 % Gul: 6 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Sykefravær på 7,0 % i 2012. Igangsatt IA-verksteder. Gjennomført kurs for tillitsvalgte og verneombud. Fokus på lederes arbeid med sykefraværsoppfølging.	Fortsatt fokus på godt arbeidsmiljø for å ta vare på nærværsfaktorer.
<b>Skade på ansatt</b>					Det er meldt 32 skader på ansatte i 2012, mot 29 skader i 2011. Stikk-/kutt med smitterisiko utgjør den største avviksgruppen. Deretter følger muskel-skjelettskader og fysisk vold. Samtlige avvik under kategorien fysisk vold skyldes utagering fra forvirrede/deliriske pasienter. 2 av avvikene er kategorisert med betydelig skade: 1 bruddskade etter slag fra forvirret pasient, og 1 bruddskade etter fall.	Ha fortsatt fokus på å forebygge stikkskader. Oppmerksomhet mot mulighet av slag/spark fra forvirrede/deliriske pasienter. Fortsette med opplæring forflytningsteknikk.

**Akuttlinikken**

	Klinikken egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Systematisk HMS-arbeid</b>		Grønn: 83 % Gul: 14 % Oransje: 3 % Rød: 0 %			Ca. 90 % av verneområdene har gjennomført HMS-runde. 55 % har vært involvert i oppfølging av forrige MU. Gjennomsnittet i OUS er 71 %. 71 % av ansatte har hatt medarbeidersamtale. Høy deltakelse fra VO i vernearbeidet, og god medvirkning av ansatte i det daglige HMS-arbeidet. Det er etablert parts sammensatt gruppe for å se på forholdet mellom bemanning og arbeidsmiljø, samt smitteforebyggende tiltak.	Etablere rutiner og fora for bredere ansatt-medvirkning i utarbeidelse av handlingsplaner etter MU, og i den systematiske oppfølgingen gjennom året. Se på organisatoriske tiltak som kan bedre forholdet bemanning/arbeidsmiljø og redusere smitte /stikkskader.
<b>HMS-avvik</b>		Grønn: 79 % Gul: 19 % Oransje: 2 % Rød: 0 %			Det ble meldt 580 HMS-avvik / 225 HMS-avvik i hhv. Akuttlinikken og Prehospitalt senter. Som i fjor er de største avviksgruppene arbeidspress, bemanning og stikk-/kuttskader. Fortsatt bør det bli bedre meldekultur og melderutiner i HMS-arbeidet. Oppfølging av meldte avvik har et klart forbedringspotensiale.	Fortsatt jobbe mot å etablere bedre HMS-avvikskultur med fokus på systemårsaker. Lage avdelingsvise planer for forebyggende HMS-arbeid med regelmessig oppfølging og opplæring. Prioritere oppfølging og dokumentasjon av tiltak i forhold til meldte enkeltsaker i HMS-avviksystemet.
<b>Plassforhold</b>		Grønn: 37 % Gul: 37 % Oransje: 16 % Rød: 11 %			Som meldt i fjor er det store problemer mange steder, særlig for intensiv/anestesi. Trange operasjonsstuer med dårlig plass til MTU og mennesker. Mangel på lager- og kontorarealer. Midlertidige plassproblemer i Akuttmottaket.	Nybygging/ombygging av akuttmottak er i gang, og vil forhåpentlig bedre forholdene her.
<b>Inneklima</b>		Grønn: 61 % Gul: 27 % Oransje: 12 % Rød: 0 %			Som i fjor er det mye bruk av medisinsk teknisk utstyr som avgir varme og støy, samt er plasskrevende. Plagsomt høy innetemperatur i noen lokaler. Det finnes en del u hensiktsmessige belysningsløsninger og flere steder mangler arbeidsplassbelysning og mulighet for dimming.	Undersøke mulighetene for bedre ventilasjon, særlig i operasjonsstuer og i intensivavd. I samarbeid med renholdsavdelingen lage en plan for bedring av renhold.

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Kjemikalier</b>		Grønn: 91 % Gul: 7 % Oransje: 1 % Rød: 1 %			Det er lite bruk av helsefarlige kjemikalier	Løpende oppdatering av stoffkartoteket
<b>Ergonomi</b>		Grønn: 63 % Gul: 29 % Oransje: 6 % Rød: 2 %			Fortsatt mye uheldige arbeidsstillinger og fysisk belastende -/ tunge løft, kombinert med hektisk arbeidsmiljø. Mangelfullt løfteutstyr / -apparater, og bruk av forflytningsteknikk.	Fortsette opplæring i arbeids- og forflytningsteknikk.
<b>Omstilling</b>		Grønn: 57 % Gul: 31 % Oransje: 12 % Rød: 0 %			Resultat i MU=45., som er en noe bedre score enn 2011. Mange opplever fortsatt i liten grad å bli involvert i planlegging av avdelingens omstilling, særlig akuttavdelingene, mens andre avdelinger jobber bra.	Fortsatt sørge for bedre involvering på avdelingsnivå. Sette tidsfrister som muliggjør medinnflytelse. Kulturbygging.
<b>Arbeidsbelastning</b>		Grønn: 55 % Gul: 38 % Oransje: 3 % Rød: 3 %			Resultat belastende arbeidsmengde i MU=47. Som tidligere er det stor ubalanse mellom oppgaver og bemanning, og lav egenkontroll på noen akuttavdelinger.	Drøfte muligheter for organisatoriske tiltak sammen med de ansatte. Bedre oppfølging av HMS-avvik knyttet til arbeidsbelastning.
<b>Arbeidsglede</b>		Grønn: 89 % Gul: 11 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Resultat i MU=74 som snittet for OUS.	Lederstøtte til avdelinger som sliter med samarbeid / fagkonflikter.
<b>IA</b>		Grønn: 77 % Gul: 14 % Oransje: 9 % Rød: 0 %			Sykefravær på 7,7 % i 2012. Mye bra sykefraværsoppfølging i enkeltsaker, tross begrensede muligheter for tilrettelegging. Gjennomgående godt sosialt miljø og samarbeide. Lite jobbrelatert fravær i mange avd. Gjennomført IA-kurs i klinikken for nye ledere, samt HMS-grunnkurs for VO og TV i 2012. Systematisk IA-forebyggende arbeid kan bli bedre. Enkelte avdelinger har over tid hatt høyt sykefravær, som øker belastningen i disse avdelingene.	Fokusere på det forebyggende IA-arbeidet, gjennom å legge til rette for, og stimulere til størst mulig ansattmedvirkning i utarbeidelse og oppfølging av handlingsplanene i hver enkelt avdeling.

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Skade på ansatt</b>					<p>Det er meldt 190 skader på ansatte, hvorav ”stikkskader med smitterisiko”, muskel / skjelettskader (se under ergonomi) og trusler / vold fra utagerende pasienter utgjør de største avviksgruppene, sistnevnte særlig i ambulanseavd., akuttmottak og blant anestesipersonale. 3 av ansatt-skadene er kategorisert med betydelig skade, og 27 med moderat skade.</p> <p>Prehospital har igangsatt kartlegging av omfanget av eksponering for psykiske traumer blant ambulanseansatte og AMK.</p>	<p>Følge opp kartlegging hos ambulanseavd. og AMK, med forebyggende tiltak. Gjennomgå gjeldende opplæringsrutiner årlig, for ansatte som utsettes for smitterisiko ved stikkskader.</p>

**Klinisk diagnostikk og intervensjon**

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Systematisk HMS-arbeid</b>		Grønn: 91 % Gul: 7 % Oransje: 2 % Rød: 0 %			Svarprosenten på MU er på 70 %. Andelen involverte i oppfølgingen av MU har økt fra 32 % i 2011 til 60 % i 2012, og gjennomføring av utviklings-/medarbeiderundersøkelsen er 63 %. Hovedresultatene av MU er ikke forskjellig fra 2011 til 2012. Sammenliknet med hele OUS ligger resultatene noe under referansen.	HMS-opplæring for ledere og verneombud. Alle verneombud i enheter/avdelinger skal medvirke i det systematiske HMS-arbeidet. Samarbeid mellom ledere og verneombud og involvere medarbeidere i HMS-spørsmål. Forbedre oppfølging av HMS-avvik, samt evaluere om tiltakene har hatt effekt. Utviklings- /medarbeidersamtale for alle. Arbeide for økt deltakelse i MU. Ha byggesaker som fast punkt i klinikk-AMU. Brannkurs.
<b>HMS-avvik</b>		Grønn: 87 % Gul: 11 % Oransje: 2 % Rød: 0 %			Det er meldt 298 HMS-avvik i 2012 mot 259 forrige år. De største avviksgruppene er stikk-/kuttskader, smittevern og annen smitteeksponering. Av innmeldte avvik i 2012 er 9 kategorisert med "betydelig skade" og 26 med "moderat skade". Noen avvik lukkes før effektive tiltak er iverksatt. HMS-avvik er et fast punkt i klinikk AMU.	Iverksette korrigerende og forebyggende tiltak og gjenåpne avvik der nødvendige tiltak ikke er iverksatt eller har hatt effekt. Fortsatt oppmuntre til å melde avvik og ha fokus på forbedringstiltak i klinikk-AMU. Ha undervisning/workshop om HMS-avvik.
<b>Plassforhold</b>		Grønn: 53 % Gul: 39 % Oransje: 6 % Rød: 1 %			Generelt mangel på plass, både i ny og eldre bygningsmasse. En del arealer er uegnede til aktiviteten, spesielt arealer uten eller med mangelfulle ventilasjonssystemer. Byggeprosjekter i 2012: bla. DP15, OCCI-prosjektet (leie av arealer) på RAD.	Ombygging/nybygging/leie arealer. Se på den totale arealbruken i avdelingene/klinikken og vurderer om arealene kan utnyttes bedre. Plassbehov dokumenteres og meldes i linjen. Sørge for medvirkning i byggesaker. Ha byggeprosjekter som angår klinikken som fast punkt i klinikk-AMU.

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Inneklima</b>		Grønn: 62 % Gul: 30 % Oransje: 5 % Rød: 2 %			<p>Det er varierende bygningsmasse og egnethet, samt stort etterslep av vedlikehold over tid. Manglende eller mangelfull ventilasjon flere steder, noe som ofte medfører dårlig luftkvalitet. Spesielt utsatt er lokaliteter der det brukes farlige kjemikalier.</p> <p>Generelt mye bruk av utstyr som avgir varme, støy og evt. luftforurensninger, spesielt utsatt er laboratorier, flerbruksområder og granskingsrom.</p> <p>Generelt sett er ofte arbeidslokalene varme om sommeren og kalde og trekkfulle om vinteren, og dette er problemstillinger som har gjentatt seg år etter år.</p> <p>Mangelfullt renhold medfører dårlig luftkvalitet.</p> <p>Noen heldags arbeidsplasser mangler fortsatt dagslys, som f.eks. granskingsrom.</p>	<p>Mer egnede lokaliteter (ny / oppgradert bygningsmasse), medvirkning i arealsaker, utbedre ventilasjonsforhold.</p> <p>Sette støykrav ved nyinnkjøp.</p> <p>Plassere støyende utstyr i egne rom.</p> <p>Påse at det ikke er flere ansatte og mer varmeavgivende utstyr enn det arealene er planlagt for.</p> <p>Bruke utvendig solskjerming aktivt.</p> <p>Gjennomføre årlig hovedrenhold.</p> <p>Flerbruksrom kan med fordel ha dimming på belysningen og anskaffelse av plassbelysning kan vurderes.</p>
<b>Kjemikalier</b>		Grønn: 78 % Gul: 19 % Oransje: 4 % Rød: 0 %			<p>Stort forbruk av farlige kjemikalier og vernetiltak som reduserer men ikke ekskluderer eksponering gjør det utfordrende med gravide i arbeid.</p> <p>De fleste avdelingene har registrert kjemikaliene og holder stoffkartoteket ved like.</p> <p>Avfallstank på Rikshospitalet er byttet ut.</p> <p>Det er kommet nye rutiner for avhending av formalinbøtter på Rikshospitalet.</p> <p>Gammel bygningsmasse har til dels store mangler på spesialventilasjon, og det er behov for større utbedringer for å oppnå dagens tekniske standard ift. spesialavtrekk og allmennventilasjon. Lokalitetene er ikke optimale for håndtering av formalin, xylen og etanol flere steder.</p> <p>Patologiavdelingen har pålegg fra Arbeidstilsynet relatert til kjemikaliesikkerhet.</p>	<p>Legge inn alle stoffer i stoffkartoteket.</p> <p>Mer egnede lokaliteter for laboratoriedrift.</p> <p>Lagre kjemikalier i egnede skap.</p> <p>Bruke personlig verneutstyr der det er angitt.</p> <p>Følge opp årskontroll og mangler ved spesialventilasjon, ha dette som fast punkt på HMS-runden.</p> <p>Installere alarm på spesialventilasjon.</p> <p>Undervisning i kjemikaliesikkerhet, bla. Sikkerhetskurs for laboratorieansatte.</p> <p>Innføre ny rutine for avhending av formalinbøtter i hele OUS.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Ergonomi</b>		Grønn: 73 % Gul: 22 % Oransje: 4 % Rød: 1 %			Mye ensidig arbeid med risiko for utvikling av muskel - skjelettplager f.eks mikroskopering og arbeid i avtrekksbenker. Det er gjort mange arbeidsplassstilpasninger i klinikken.	Fortsette tilpassingsarbeidet, og sørge for fleksible løsninger, eksempelvis tilpasset stol, underarmsstøtte mm.
<b>Omstilling</b>		Grønn: 52 % Gul: 38 % Oransje: 10 % Rød: 0 %			Omstilling er fortsatt krevende, dette kan sees i resultatene av MU=47, hvor omstilling scorer lavt i hele OUS, også hos KDI.	Aktiv lederrolle. Opplæring i arbeidsmiljø av representanter i byggeprosjekter. Legge til rette for medvirkning og informasjonsflyt.
<b>Arbeidsbelastning</b>		Grønn: 38 % Gul: 38 % Oransje: 21 % Rød: 3 %			Belastende arbeidsmengde i MU=49 og egenkontroll i MU=48. Klinikken har meldt flere HMS-avvik innen "arbeidspress" og "bemanning" enn året før.	Bruke HMS-avvikssystemet systematisk. Definere forbedringstiltak i avvikssystemet, kortsiktig og langsiktig.
<b>Arbeidsglede</b>		Grønn: 72 % Gul: 22 % Oransje: 6 % Rød: 0 %			Arbeidsglede i MU=72, omtrent som 2011.	Sørge for kompetanse / faglig utvikling.
<b>IA</b>		Grønn: 96 % Gul: 4 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Sykefravær på 6,7 % i 2012 – under snittet for OUS. Tilrettelegging for gravide som jobber på laboratorier kan være utfordrende enkelte steder på grunn av kjemikalieeksponering.	Sikre at ledere har god kunnskap om IA.
<b>Skade på ansatt</b>					Det er meldt inn 111 skader på ansatte hvorav "stikk/kutt med smitterisiko" og "annen smitteeksponering" utgjør de 2 største avviksgruppene.	Undervisning om stikkskader, gjennomgang av rutiner der avvikene skjer.



## Oslo Sykehusservice

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Systematisk HMS-arbeid</b>		Grønn: 90 % Gul: 8 % Oransje: 1 % Rød: 1 %			92 % av verneområdene har gjennomført HMS-runde. God oppslutning i MU med 81 %. 70 % har vært involvert i oppfølgingen av MU. Noe manglende medvirkning fra vernetjeneste og ansatte generelt. Erkjenne at OSS har en todelt funksjon og kommunisere dette innad i linjen: - OSS som sykehusets serviceavd. - OSS-avd. som har definert rolle som HMS – faginstans.	Som i 2011 må det fortsatt stilles krav til ledere/VO til å gjennomføre HMS - opplæring. Etablere en forebyggende systematikk i HMS arbeidet i klinikken. Nødvendig med opplæring til de avdelinger som har en rolle som HMS-faginstans i tillegg til å være serviceavd.
<b>HMS-avvik</b>		Grønn: 90 % Gul: 9 % Oransje: 1 % Rød: 0 %			Det er meldt 730 HMS-avvik hvor de største avviksgruppene er ”orden og renhold”, ”fall, slag, støt, klem, stikk, kutt” og ”inneklime”. Noen avvik er overført fra andre klinikker. Fortsatt er det et forbedringspotensiale i å melde avvik, samt ha gode rutiner på oppfølgings- og forbedringsarbeid. Særlig gjelder dette oppfølging av avvik overført fra andre klinikker. Klinikk-AMU har oppfølging av HMS-avvik som fast punkt på sakslisten. Åpner for å gå dypere inn i avviksmeldinger for å synliggjøre hva som meldes, skadeomfang og oppfølging av avviket.	Utvikle god og hensiktsmessig HMS-avvikskultur for eget arbeidsmiljø. Opplæring i bruk av avvikssystemet for ledere, vernetjeneste, tillitsvalgte og ansatte. Benytte ARBs tilbud om opplæring/gjennomgang av systemet.
<b>Plassforhold</b>		Grønn: 79 % Gul: 15 % Oransje: 3 % Rød: 2 %			Antall ansatte og økt aktivitet/varebeholdning står flere steder ikke i forhold disponert areal. Trange forhold gir utfordringer i å benytte hensiktsmessige arbeidsstillinger, løftehjelpemidler, transporthjelpemidler etc. I tillegg kan det ha psykososiale konsekvenser, der mange ansatte disponerer for eksempel et lite pauserom. Avdelinger endrer på rutiner/funksjoner, eksempelvis matvertene, sengesentral etc. for å tilpasse seg aktiviteten på sykehuset, uten fokus på tilgjengelig areal.	Finne balanse mellom bemanning arbeidsoppgaver/varebeholdning og tilgjengelig areal. Tilstrebe egnede lokaler med tilstrekkelig lagerplass, mulighet for å benytte avlastningshjelpemidler og tilgjengelig / stort nok pauserom til de ansatte.

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Inneklima</b>		Grønn: 74 % Gul: 18 % Oransje: 6 % Rød: 2 %			Renhold, temperatur, forurensninger (støv, gass, røyk lukt) og ventilasjon er temaer som står øverst på listen over rapporterte temaer som kan gi mulig helserisiko. Det er fortsatt mangelfull ventilasjon i gammel bygningsmasse, og temperaturen svinger etter årstiden. Enkelte steder er det støyproblematikk eksempelvis kjøkken og vaskeri. Redusert renhold har negativ innvirkning på inneklimate.	Utbedre ventilasjonen. Holde det ryddig og fjerne det som ikke brukes for å tilrettelegge for hensiktsmessig renhold. Gjennomgang av plassering av støvende maskiner og så langt det lar seg gjøre adskille disse fra oppholdsrom, utføre støyreducerende tiltak etc. Gjennomgå renholdsrutiner.
<b>Kjemikalier</b>		Grønn: 91 % Gul: 7 % Oransje: 1 % Rød: 1 %			Lite forbruk av farlige kjemikalier. Med et par unntak er det ikke registrert noe i stoffkartoteket.	Legge inn alle stoffer i stoffkartoteket.
<b>Ergonomi</b>		Grønn: 78 % Gul: 19 % Oransje: 1 % Rød: 2 %			Fysisk arbeid, høyt tempo og lav bemanning øker risiko for å utvikle belastningsplager. Behov for ergonomiveiledere spesielt på lager og transport. Disse blir viktige veiledere i avdelingen som kan gi nyansatte, ansatte med/uten plager tips og undervisning i bruk og bevisstgjøring av hensiktsmessige arbeidsstillinger, forflytning - og transporthjelpemidler. Mangler som i 2011 system for sengereparasjon og utskifting av defekte/utslitte senger.	Jobbe forebyggende, og øke forståelsen for sammenhengen mellom fysiske belastninger og skader. Leder i Intern service og bedriftsfysioterapeut i ARB er i gang med å kartlegge behovet, samt finne et undervisningsopplegg for denne gruppen. Målet er å opparbeide et nettverk med ergonomiveiledere i klinikken. Felles rutiner i OUS for merking av ødelagte senger, vedlikehold, reparasjon og innkjøp / oversikt over sengeparken.
<b>Omstilling</b>		Grønn: 73 % Gul: 25 % Oransje: 0 % Rød: 3 %			Resultat endring og omstilling i MU=55. Omstillingsprosessen har vært krevende i noen avdelinger. Forbedringspotensiale på medvirkning fra ansatte. Lederutfordringer i enkelte enheter.	Sørge for god informasjonsflyt. Legge til rette for medvirkning. Satse på lederutvikling.
<b>Arbeidsbelastning</b>		Grønn: 56 % Gul: 42 % Oransje: 2 % Rød: 0 %			Resultat belastende arbeidsmengde i MU=47. Færre ansatte, flere og utfordrende arbeidsoppgaver og mindre kontroll over egen arbeidsdag. OSS har ekstra fokus på å fordele belastningen jevnt for å redusere AML - brudd.	Tydeliggjøre fra ledelsen når tilbud/tjenester reduseres. Dette for å skåne de ansatte og belastningen det kan medføre når tjenestene ikke finnes lenger. Teamveiledningskurs.

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Arbeidsglede</b>		Grønn: 82 % Gul: 18 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Resultat i MU=72. I forhold til de ansatte er arbeidsgleden stort sett stor.	
<b>IA</b>		Grønn: 88 % Gul: 10 % Oransje: 0 % Rød: 2 %			Høyt sykefravær på 11,0 % i 2012. Operasjon Nærvær: prosjektet med fokus på nærværarbeid og sykefravær på Renhold. Høyt sykefravær i deler av klinikken, varierende grad av oppfølging av enkeltansatte. Enkelte avd. har noe manglende sykefraværsoppfølging og behov for lederstøtte.	Sykefraværprosjekter i enheter med høyt fravær. Lederstøtte og opplæring av ledere i IA - arbeid.
<b>Skade på ansatt</b>					Det er meldt 121 skader på ansatte, hvorav ”fall, slag, støt, klem, kutt” og ”muskel/skjelettskader” utgjør de 2 største avviksgruppene. Mye tungt manuelt arbeid med potensiale for belastningsskader. 9 av avvikene er kategorisert med betydelig skade, og 34 med moderat skade.	Fokus på opplæring og veiledning i forhold til fysisk arbeidsbelastning og å redusere manuelle løft. Anskaffe / benytte hjelpemidler og utstyr til håndtering av varer. Gode arbeidsrutiner.

**Direktørens stab**

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Systematisk HMS-arbeid</b>		Grønn: 94 % Gul: 6 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Alle verneområdene har gjennomført HMS-runde, og 84 % har vært involvert i oppfølgingen av MU. Svarprosenten i MU var 82 %. Det er uklart hvor mange ledere som har gjennomført HMS- leder opplæring.	Sjekke ut om det er noen ledere som fremdeles mangler HMS lederopplæring. Direktørens stab bør gå foran som et godt eksempel i OUS.
<b>HMS-avvik</b>		Grønn: 100 % Gul: 0 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Det er meldt bare 17 HMS- avvik hvor IT-system er største avviksguppe. Arbeidsmiljøavdelingen har gitt tilbud om opplæring i bruk av avvikssystemet, men få har så langt tatt imot tilbudet.	Meldekulturen bør fortsatt forbedres. Ledere bør gjennomgå opplæring i bruk av HMS-avvikssystemet.
<b>Plassforhold</b>		Grønn: 50 % Gul: 25 % Oransje: 25 % Rød: 0 %			I 2011 ble det angitt at det var for få kontorarbeidsplasser. I 2012 har det vært nedskjæringer og omorganiseringer. Dette innebærer at det er færre ansatte i de samme kontorlokalene. Plassforholdene anses derfor nå som bedret.	Ingen.
<b>Inneklima</b>		Grønn: 74 % Gul: 13 % Oransje: 9 % Rød: 4 %			Lokalene mangler ventilasjonsanlegg, og som tidligere meldes det om problemer med inneklimaproblematikk. Godt renhold for å redusere støvmengden er viktig.	Installere ventilasjonsanlegg. Tiltrettelegge for hensiktsmessig renhold.
<b>Kjemikalier</b>					Ikke aktuelt.	
<b>Ergonomi</b>		Grønn: 100 % Gul: 0 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Mye ensidig kontorarbeid.	Variasjon i arbeidsoppgaver. Bevisstgjøring av den enkelte.
<b>Omstilling</b>		Grønn: 100 % Gul: 0 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Resultat i MU=66 mot 61 i 2011, og godt over snittet for OUS.	Fortsette den gode utviklingen.

	Klinikkens egen vurdering 2012	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2012	ARBs faglige vurdering 2011	ARBs faglige vurdering 2012	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
<b>Arbeidsbelastning</b>		Grønn: 25 % Gul: 0 % Oransje: 75 % Rød: 0 %			Belastende arbeidsmengde i MU=54 Arbeidsbelastningen er meget stor. Det angis ingen bedring i forhold til situasjonen forrige år. Dette kan over tid medføre helseplager.	Som sist år, vil vi fortsatt anbefale at det arbeides med prioritering.
<b>Arbeidsglede</b>		Grønn: 75 % Gul: 25 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Som i 2011 viser MU at det er dedikerte medarbeidere med høy grad av autonomi, høy motivasjon og stor arbeidsglede (til tross for høyt arbeidspress). Resultatene i MU viser signifikant endring til det bedre i forhold til 2011. Resultatene er blant de 15 % med høyest score i referansen.	Dette bør fortsatt være et bevaringsområde. Det kan synes paradoksalt at arbeidsgleden er så høy, mens arbeidsbelastningen er så stor. Men det at medarbeiderne er så dedikerte, er sannsynligvis en forklaring på at de ikke slutter.
<b>IA</b>		Grønn: 100 % Gul: 0 % Oransje: 0 % Rød: 0 %			Lavt sykefravær på 4,6 % i 2012.	Sikre at lederne har god kunnskap om IA.
<b>Skade på ansatt</b>					Det er meldt 2 skader på ansatte. Begge kategorisert med "ingen konsekvens".	Bevaringsområde.
<b>Annet</b>					Mangler ved IT- systemene var et meget stort problem i 2011. Det har bedret seg noe, men er fremdeles et utfordrende område. Når det meldes så få avvik på dette området i 2012, kan det skyldes resignasjon, en holdning at "det nytter ikke likevel".	Problemer med IT må (fortsatt) meldes oppover i systemet.

## 5. HMS-opplæring

	<b>PHA</b>	<b>MED</b>	<b>KKN</b>	<b>KVB</b>	<b>KKT</b>	<b>HLK</b>	<b>AKU</b>	<b>KDI</b>	<b>OSS</b>	<b>STAB</b>
Brannvernopplæring	84 %	79 %	88 %	74 %	90 %	92 %	64 %	88 %	73 %	94 %
MTU-opplæring		57 %	69 %	70 %	67 %	54 %	96 %	77 %		
Arbeidsmiljøopplæring	60 %	56 %	60 %	63 %	66 %	61 %	62 %	68 %	51 %	66 %

## 6. Viktigste gjennomførte tiltak i klinikkene i 2012 – egenrapportering fra klinikkene

PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI	OSS	STAB
Faglig utvikling Arbeidsglede Vold og trusler Mål Motivasjon Forbedringer	Faglig utvikling Forbedring Systematisk hms-arbeid Arbeidslokaler og fellesarealer Tilhørighet Sosialt samspill Endring og omstilling	Faglig utvikling Medvirkning Verdier Rolleklarhet Arbeidsglede Tilhørighet	Faglig utvikling Motivasjon Arbeidsglede Systematisk HMS-arbeid Arbeidslokaler og fellesområder Psykososialt arbeid	Arbeidsmiljø- forbedring Overtidsbruk Informasjon Medvirkning Meldekultur Samhandlings- arenaer	Bemannings- opplæring HMS-avviks- behandling Brannvern IA Kjemikalie- håndtering	Faglig utvikling IA Tilhørighet Medvirkning Endring og omstilling Systematisk HMS-arbeid	Brannvern Arbeidslokaler og fellesarealer Faglig utvikling Ergonomi Spesial- ventilasjon Kjemikalier Medvirkning	Medvirkning Sosialt samspill Arbeidsglede Rolleklarhet Arbeids- belastning Konflikter	Inneklime Ergonomi Brannvern Rolleklarhet Faglig utvikling

## 7. Viktigste gjenstående arbeidsmiljøproblematikk i klinikkene pr. 2012 – egenrapportering fra klinikkene

PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI	OSS	STAB
Faglig utvikling Motivasjon Arbeids- belastning Endring og omstilling Arbeidslokaler og felles arenaer Inneklime	Faglig utvikling Arbeids- belastning Arbeidslokaler og fellesarealer Mål Endring og omstilling Smittevern	Faglig utvikling Arbeidslokaler og fellesarealer Motivasjon Arbeidsglede Inneklime Medvirkning	Faglig utvikling Arbeids- belastning Mål Tilhørighet	Overtidsbruk HMS-avviks- behandling IA Enheter med særskilt arbeidsmiljø- problematikk	Plassforhold Arbeids- belastning Mål Faglig utvikling Medvirkning Ergonomi	Overtid AML-brudd Samarbeid på tvers Arbeids- belastning Plassforhold Budsjett	Arbeidslokaler og fellesarealer Arbeids- belastning Kjemikalie- håndtering Egenkontroll Renhold Faglig utvikling	Arbeids- belastning Faglig utvikling Konflikter Motivasjon Medvirkning Sosialt samspill	Arbeids- belastning Rolleklarhet Egenkontroll Motivasjon Inneklime Endring og omstilling

## 8. Satsningsområder i klinikkene i 2013 – egenrapportering fra klinikkene

PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI	OSS	STAB
Trygg arbeidsplass Systematisk HMS arbeid Avviks- håndtering Lokal arena for samarbeid og utvikling. IA – opplæring IA-verksted	HMS-kunnskap Arbeidslokaler og fellesarealer Kontinuerlig forbedring Revisjons- oppfølging Smittevern Arbeids- belastning	Faglig utvikling Arbeids- belastning Forbedring Arbeidsglede Arbeidslokaler og fellesarealer Mål	Arbeids- belastning Arbeidslokaler og fellesområder Faglig utvikling Mål Medarbeider- samtaler Brannvern	IA Overtidsbruk HMS-avviks- behandling Enheter med særskilt arbeidsmiljø- problematikk	Arbeidslokaler og fellesarealer Arbeids- belastning Målarbeid Faglig utvikling Medvirkning Ergonomi Kulturarbeid	AML-brudd Organisering Prehospital Kulturbygging Overtid Forflytnings- teknikk Sykefravær Leders arbeidsdag	Arbeids- belastning Arbeidslokaler og fellesarealer Faglig utvikling Kjemikalier Sosialt samspill Egenkontroll	Medvirkning Arbeids- belastning Sosialt samspill Arbeidsglede Faglig utvikling Motivasjon	Arbeids- belastning Faglig utvikling Arbeidslokaler og fellesrom Rollekonflikt Inneklime



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 25. april 2013

Saksbehandler: Direktør forskning, innovasjon og utdanning

Vedlegg:

---

**SAK 30/2013: IKT FOR FORSKNING I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS, |  
RISIKO OG TILTAK**

### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 18. april 2013

Bjørn Erikstein

### **Innledning**

Forskning er en av sykehusenes lovpålagte oppgaver og er stadig mer avhengig av tilfredsstillende IKT-infrastruktur og brukerstøtte. I Helse Sør-Øst er ansvar for drift og forvaltning av all IKT-infrastruktur overført fra helseforetakene til Sykehuspartner, som er en avdeling i Helse Sør-Øst RHF. Hensikten med Sykehuspartner er å tilby en mer effektiv drift av støttefunksjoner i helseforetakene. Forskerne ved Oslo universitetssykehus har imidlertid opplevd en manglende prioritering av drift og brukerstøtte, og i tillegg er forskningens behov for en tilfredsstillende IKT-infrastruktur knapt nevnt i Helse Sør-Øst sin nye IKT-strategi og handlingsplan, som ble presentert i Helse Sør-Øst sitt styremøte 25. oktober 2012. En langvarig manglende satsning på IKT for forskning er bekymringsfull for Oslo universitetssykehus, som er landets største medisinske forskningsinstitusjon med et betydelig oppdrag fra eier knyttet til forskning, utvikling og innovasjon. Det ble i 2012 sendt en felles bekymringsmelding til forskningsdirektøren ved Oslo universitetssykehus fra forskningslederne i alle klinikker ved sykehuset. Manglende IKT-infrastruktur for forskning er videre flagget som høy risiko i de tertialvise risikoanalysene til styret i 2. og 3. tertial 2012. Den 3. oktober 2012 ble det sendt et brev om situasjonen fra Oslo universitetssykehus til Helse Sør-Øst, jf. også administrerende direktørs orienteringer til styret 25. oktober 2012 (sak 76/2012).

### **Problemområder**

IKT er en forutsetning for forskningsaktiviteten innen de fleste forskningsfelt. Det gjelder eksempelvis statistisk bearbeiding av forskningsdata, tilgang på kliniske data til registrering og datainnsamling, databaser og kvalitetsregistre, forskningsadministrative systemer, sporings- og dokumentasjonshåndtering av biobanker, sikker utveksling av sensitive data, lagring av store datamengder, håndtering av multimedia og genomikk, samt forskningssamarbeid på tvers av klinikker, institusjoner og land.

Forskere ved Oslo universitetssykehus benytter i dag en eller flere av følgende løsninger:

- 1) *Vanlig sykehusnett:* Denne løsningen har store begrensninger i fleksibilitet og programvaretilgang, har gammel programvareplattform, men tillater kommunikasjon med kliniske databaser og administrative systemer.
- 2) *Forskernett:* Dette er en løsning for Oslo universitetssykehus sine forskere ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet, men ordningen er ikke utbygget ved Ullevål og Aker. Forskernett var opprinnelig en fleksibel basisplattform for samarbeid og utveksling av sensitive data, med nødvendig grad av informasjonssikkerhet og personvern. I 2009 overtok Sykehuspartner ansvaret for forskernettet. Tjenesten er verken vedlikeholdt av Sykehuspartner eller gjort tilgjengelig på hele Oslo universitetssykehus, og forskerne opplever nå en betydelig dårligere fleksibilitet og funksjonalitet av Forskernett enn tidligere.
- 3) *Universitetsnett:* Personer med ansettelsesforhold ved Universitetet i Oslo samt stipendiater og enkelte andre har tilgang til Universitetet i Oslos nettløsninger. Disse løsningene er i dag meget funksjonelle for forskere, men

tillater ikke lagring av pasientdata og gir ingen tilgang til Oslo universitetssykehus sine interne systemer.

De fleste forskere vil ha behov for løsninger ut over vanlig sykehusnett. En videreføring av en forskernettløsning vil være viktig for å sikre nødvendig fleksibilitet for forskerne, spesielt for de forskere som ikke har tilgang til universitetsnettet. Problemet er størst ved Ullevål sykehus og Aker sykehus. Situasjonen disse stedene er ytterligere forverret ved at universitetet praktiserer en mer restriktiv holdning enn tidligere med hensyn til universitetstilganger, som ved Ullevål sykehus og Aker sykehus tidligere ble tilbudt i stor grad til sykehusansatte uten universitetstilknytning.

Mye av den daglige frustrasjonen hos forskerne har vært knyttet til dårlige systemer, ustabile nett og utilfredsstillende brukerstøtte. Det er uklart om basisplattformen for forskning er en del av det regionale plattformprogrammet. Det er behov for tilfredsstillende brukerstøtte til forskerne. Dette bør Sykehuspartner kunne løse med nødvendig kompetanse innenfor eksisterende programvareportefølje og intern ressursallokering. Sykehuspartner opplever at de ikke har grunnlag for å betjene forskere på den måten som er nødvendig og ønskelig for alle parter.

Det er også behov for en IKT-infrastruktur for forskere som tillater utveksling av sensitive data, og som har en større fleksibilitet enn sykehusnett. Dette kan være et forsterket forskernett (kalt "Forskernett +"), eller at Universitetet i Oslo (mot kompensasjon) utvider sin støtte til forskere uten formell universitetstilknytning.

I tillegg er det behov for IKT-verktøy for forskning som gir tilgang til kvalitetssikrede kliniske data, elektronisk datainnsamling, standardiserte databaseløsninger for forskningsprosjekter, maksimal integrasjon i den daglige arbeidsflaten, samt tungregningskapasitet og lagringskapasitet av store datavolum med tilfredsstillende overføringshastigheter.

Som det fremgår er problemene sammensatte og krever tiltak på forskjellige nivåer.

## **Tiltak**

### *Forbedret dialog med Sykehuspartner*

På bakgrunn av de store IKT-problemene for forskerne er det etablert dialogmøter mellom forskningslederne, IKT-seksjonen og Stab forskning, innovasjon og utdanning for å kartlegge behovet for kortsiktige løsninger. Oslo universitetssykehus håper gjennom denne dialogen på å få gjennomført:

- enkle forbedringer i infrastrukturen for forskning,
- avklaring av innhold og nivå på tjenester og brukerstøtte som trengs forbedret for forskerne,
- forankring av forskningens behov inn mot det regionale plattformprogrammet,
- forbedret informasjon til brukerne.

Flere av disse tiltakene er avhengig av Sykehuspartners leveranser både når det gjelder IKT-støtte til forskning på sykehusnettet og forsker-nett (tydeliggjøring og

oppgradering av programvare, bedre support til forskere, f.eks. ved å ha noen dedikerte personer til dette med nødvendig kompetanse). Det er i denne prosessen vanskelig å få konkretisert tiltak og sikre at avtaler følges opp til avtalt tid og med forutsigbarhet vedrørende prising.

#### *Forprosjekt i Helse Sør-Øst*

Helse Sør-Øst RHF har nylig engasjert et eksternt firma til å gjennomføre en foranalyse, som på kort sikt skal bidra til å:

- forbedre den løpende samhandlingen mellom forskningsmiljøene og Sykehuspartner.
- bidra til å beskrive de krav og behov forskningsmiljøene i Helse Sør-Øst har for videre utvikling av IKT-infrastruktur og tjenester.
- spesifisere en tilfredsstillende IKT-løsning for forskerne,
- foreslå tiltak slik at Sykehuspartner bidrar til implementering og drifter sporings- og dokumentasjonsverktøy for forskningsbiobanker, som også er en del av den nasjonale satsingen Biobank Norge.
- Muligheten for outsourcing av enkelte IKT-oppgaver fra Helse Sør-Øst til eksterne, utenom Sykehuspartner, skal vurderes.

Dette arbeidet vil skje i nært samarbeid med Universitetet i Oslo.

De mer langsiktige problemstillingene som er skissert vil kreve ytterligere utredninger, men er en del av det kontinuerlige arbeidet. (inkl elektronisk tilgang til kliniske data, tungregningskapasitet og lagring av store datavolum).

#### **Administrerende direktørs vurdering**

Administrerende direktør viser til Oslo universitetssykehus sin strategi 2013-2018 med målsetning om at Oslo universitetssykehus, i tett samhandling med Universitetet i Oslo, skal utvikle seg videre som et ledende akademisk senter innen forskning, innovasjon og utdanning.

I Oppdragsdokumentet for 2013<sup>1</sup> er mål forskning for Oslo universitetssykehus blant annet dokumentert samarbeid knyttet til gjennomføring av prosjektet Biobank Norge, styrking av egen infrastruktur for biobanker og forskning, samt styrking og videreutvikling av egen infrastruktur for forskning, herunder IKT-løsninger for forskning. Oslo universitetssykehus er helt avhengig av Sykehuspartner for å kunne gjennomføre disse målene i oppdraget.

Administrerende direktør mener det er positivt at Helse Sør-Øst har planer om å sette i gang arbeid for å bedre situasjonen. Det er helt vesentlig at tiltak blir gjennomført for at forskningen skal kunne levere i tråd med oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF.

---

<sup>1</sup> Oppdrag og bestilling 2013 for Oslo universitetssykehus HF  
([http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/styret/Documents/2013/Styresak%202013-06-02%20Oppdrag%20og%20bestilling%202013\\_20130214.pdf](http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/styret/Documents/2013/Styresak%202013-06-02%20Oppdrag%20og%20bestilling%202013_20130214.pdf))

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. april 2013

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør samhandling

Vedlegg: Ingen

---

### **SAK 31/2013: MØTE MED BRUKERUTVALGET**

Styret har en gang i året møte med helseforetakets Brukerutvalg. Utvalget vil presentere sitt arbeid og kan ta opp tema med styret.

#### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 18. april 2013

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. april 2013

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

Vedlegg: Ingen

---

### **SAK 32/2013: FORDELING AV OPPGAVER I HOVEDSTADSOMRÅDET**

Det vil bli gitt en presentasjon av fordeling av oppgaver i hovedstadsområdet i styremøtet.

#### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 18. april 2013

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato dok.: 18. april 2013  
Dato møte: 25. april 2013  
Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

---

### **SAK 33/2013 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER**

Følgende legges frem til orientering:

1. Drift
2. Utviklingsprosjekter
3. Pasientsikkerhet og kvalitet
4. Samhandling
5. Rettstvister – status per d.d.
6. Mediebildet - medieomtale
7. Referater

Utkast til møteprotokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 14. mars 2013

Utkast til referat fra Brukerutvalgets møte 18. mars 2013

### **Forslag til vedtak**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, 18. april 2013

Bjørn Erikstein



## **Innledning**

Mandag 15. april hadde årets sykehusrevy "Sykehus i Særklasse" premiere til stappfull sal og stormende applaus fra publikum på Chat Noir. Humør, profesjonalitet, musikalitet og komisk timing er noen av stikkordene som beskriver årets forestilling. Regissør Tom Sterri har gjort en flott jobb med denne oppsetningen. Hele ensemblet fremstår profesjonelt og selvsikkert, og det er lett å glemme at det er våre kolleger som er på scenen og ikke profesjonelle musikere og skuespillere. Det står stor respekt av revyensemblet som underholder, som tør å stå på scenen og gir alt for at vi andre skal le av oss selv og av "de andre". En særlig takk til Revystyret bestående av Anne Kathrine Wisløff, Eli Haukland, og Nina Gausdal Try. Forestillingen spiller på Chat Noir til den 26. april

## **1. Drift**

### **• Virksomheten ved legevakten i Storgaten**

Sykehusets ledelse ble forelagt en tilstandsrapport knyttet til operasjonsstuene som Ortopedisk avdeling disponerer i Storgaten 40 den 15.02.13. Denne rapporten påviste store svakheter ved det elektriske anlegget ved operasjonsstuene, og det ble umiddelbart igangsatt en gjennomgang av status samt iverksetting av risikoreduserende tiltak knyttet til det elektriske anlegget. Sykehusets egen gjennomgang og utredning viste imidlertid at det var behov for mer omfattende tiltak enn de som kunne iverksettes umiddelbart, og etter en vurdering av totalsituasjonen besluttet administrerende direktør den 01.03.13 at den operative aktiviteten i Storgaten 40 skulle innstilles fra neste virkedag. Hovedverneombud tok samme dag kontakt med Arbeidstilsynet og Direktoratet for sivilt beredskap (DSB) og ba om snarlig tilsyn knyttet til forholdene ved operasjonsstuene i Storgaten. I tilknytning til den midlertidige stengningen av operasjonsstuene ved Storgaten, bestilte administrerende direktør en gjennomgang av operasjonsstuene ved Storgaten slik at man kunne få kartlagt økonomiske konsekvenser knyttet til de mangler som er avdekket. Dette arbeidet pågår nå i samarbeid med Oslo kommune og Omsorgsbygg (som eier av bygget) og en rapport er forventet levert i uke 17. I tillegg bestilte administrerende direktør en rask leveranse av en plan for hvordan operativ ortopedisk aktivitet ved Storgaten 40 kunne flyttes til Aker.

Den umiddelbare stengningen av 5 operasjonsstuer i Storgaten skapte en utfordrende situasjon for Oslo universitetssykehus. Vanligvis er én stue ved Storgaten brukt til utsatt akutt kirurgi for pasienter fra skadelegevakta. Den øvrige kapasiteten brukes til elektiv kirurgi – primært til fot/ankel-kirurgi, håndkirurgi og artroskopisk kirurgi. Den akutte situasjonen som oppstod er forsøkt løst ved utnyttelse av ledig kapasitet ved Aker, noe leie av kapasitet ved Diakonhjemmet sykehus samt tilgang til enkelte operasjonsstuedager ved Ullevål. Allerede uken etter stengning ble den akutte kirurgien og deler av håndkirurgien flyttet til Aker. Fra uke 15 har det vært tilrettelagt for store deler av den elektive kirurgien ved Aker og ved en ytterligere tilrettelegging for mer effektiv bruk av operasjonsstuene på Aker, økes nå gradvis bruken av disse. Det forventes at den kapasiteten dette gir sammen med tilgang til enkelte operasjonsstuedager på Ullevål, vil dekke behovene for den kirurgien som nå ikke kan utføres i Storgaten.

Uavhengig av den situasjonen som er oppstått knyttet til operasjonsstuene i Storgaten, har administrerende direktør sammen med Oslo kommune igangsatt en mulighetsstudie som er kalt Legevakt 2015. Bakgrunnen for prosjektet er beslutningen om at idéfasearbeidet til Oslo universitetssykehus skal omfatte mulig etablering av en Storbylegevakt i relasjon til etableringen av fremtidens sykehus. For å avklare hvordan man i en mellomperiode kan

dekke de forventede behovene for legevaktjenester, ble Oslo kommune og Oslo universitetssykehus enige om å samarbeide om mulighetsstudien Legevakt 2015. Befolkningsveksten i Oslo tilsier at behovet for legevaktjenester vil fortsette å vokse både når det gjelder skade- og allmennlegevakt. Kapasiteten i Storgaten er allerede presset, og det er begrenset hvor mye vekst en kan ta inn i Storgaten. I tillegg eksisterer det en del problemstillinger i forhold til infrastruktur, HMS og brannsikkerhet i Storgaten. Oslo kommune åpnet i høst en allmennlegevakt på Aker sykehus som del av Samhandlingsarena Aker (kvelds- og helgeåpent). Arbeidet i legevakt 2015 handler dermed primært om å avklare og beskrive alternative modeller for annen og eventuelt samlet sett en mer hensiktsmessig måte å bruke byggene i Storgata 40 og Aker på i forhold til behov og utfordringer knyttet til skade- og allmennlegevakt. Oslo universitetssykehus har også lagt inn i mandatet for Legevakt 2015 at en i forhold til en eventuell bruk av Aker til ortopedisk kirurgi også skal vurdere om dette kan gi rom for en totalt sett mer hensiktsmessig funksjonsfordeling av slik kirurgi innad i sykehuset. Prosjekt Legevakt 2015 rapporterer til administrerende direktør i Oslo universitetssykehus og kommunaldirektør for eldre og sosiale tjenester i Oslo kommune. Kommunaldirektør leder en felles styringsgruppe der også tillitsvalgte og verneombud er med. Rapport fra mulighetsstudien skal foreligge i juni og styret vil bli orientert om resultatet og anbefalinger fra prosjektet.

Administrerende direktør vil sørge for at det er en hensiktsmessig koordinering mellom vurderinger og forslag i Legevakt 2015 og håndteringen av den akutte situasjonen omkring operasjonsstuene i Storgata 40.

## 2. Utviklingsprosjekter

### • **Brystsenter**

Det er lagt planer for etablering av et brystkreftsenter på Radiumhospitalet.

Brystkreftsenteret skal omfatte radiologi, onkologi og brystkirurgi samt støttefunksjoner som patologi, anesthesiologi etc. Det er vist at et komplett, samlet brystkreftsenter gir bedre behandlingsresultater enn å spre de ulike elementene av utredning og behandling. For å kunne etablere tilstrekkelig operasjonskapasitet til et komplett brystkreftsenter på Radiumhospitalet må antall operasjonsstuer utvides, og dette vil også innebære at det må gjennomføres en oppgradering av eksisterende operasjonsstuer. Det gjennomføres nå en kartlegging av hvilke elementer som kan gjennomføres uavhengig av hverandre og uten å forstyrre eksisterende drift. Det sees spesifikt på tre elementer, arealer for brystdiagnostikk, poliklinikkarealer og oppgradering/utvidelse av eksisterende operasjonsstuer. I tillegg må det etableres oppvåkningsarealer. Sengekapasitet kan dekkes av eksisterende sengeposter på Radiumhospitalet. Det pågår nå et arbeid for gjennomgang av tidligere arealplaner og økonomiske kalkyler samt en planlegging av hvordan arbeidet kan organiseres i ulike delprosjekter for å redusere risiko i gjennomføringen.

Oslo universitetssykehus har hatt samtaler med Stiftelsen Det Norske Radiumhospital om medfinansiering av et samlet brystkreftsenter på Radiumhospitalet og styret for Stiftelsen Det Norske Radiumhospital behandlet saken i sitt styremøte den 6. november 2012. I et enstemmig vedtak ga styret i Stiftelsen Det Norske Radiumhospital sin tilslutning til at midlene fra salg av stiftelsens eksterne eiendommer (ikke sykehusgrunnen) kan brukes til medfinansiering av utbygging av et samlet brystkreftsenter og øke fra syv til ni operasjonsstuer på Radiumhospitalet.

Ni operasjonsstuer på Radiumhospitalet innebærer oppgradering av dagens syv stuer samt etablering av to ekstra stuer til brystkreftkirurgi. Administrerende direktør vil holde styret orientert om videre fremdrift i arbeidet.

- **OUS Idéfasearbeid, status**

Styret for Oslo universitetssykehus HF vedtok i styremøte 17.12.2012 i sak 85/2012 igangsettelse av samlet idéfase for videre utvikling av sykehusets drift, areal og plassering. Styret i Helse Sør-Øst RHF ga i sitt møte den 14.03.13 i sak 020/2013 sin tilslutning til at idéfasearbeidet igangsettes. Det ble presisert at realisering vil kreve en trinnvis prosess som må tilpasses økonomiske rammebetingelser. Det er samtidig viktig å understreke at det må arbeides videre med lukking av pålegg og oppgradering av dagens bygningsmasse for å kunne drive forsvarlig virksomhet, parallelt med idéfasearbeidet.

Prosjektleder for idéfasearbeidet ble ansatt 4. mars. En prosjektgruppe er under etablering og innledende aktiviteter er igangsatt. Herunder inngår:

- Organisering av arbeidet inkludert utkast til organisasjonskart
- Opprettelse av styringsgruppe, hvor deltagere fra Universitetet i Oslo, Oslo kommune og Helse Sør-Øst er invitert med for å bidra med sin kompetanse. I tillegg er det invitert med 3 tillitsvalgte og verneombud. Nytt brukerutvalg vil også bli forespurt om en representant. Første møte i styringsgruppen avholdes 24. april
- Bemanning med interne nøkkelressurser. Foreløpig er prosjektgruppen bemannet med delprosjektleder for virksomhetsplanlegging og så er det satt av ressurser til bistand med å konkretisere prosesser og arbeidsomfang samt informasjonsbehov som følger av mandatet
- Utarbeidelse av styringsdokument pågår.
- Hovedtyngden av eksterne ressurser vil bli anskaffet gjennom en mini-konkurranse som starter i uke 17. Konkurranses grunnlag er utarbeidet. Valg av leverandører forventes å skje innen 1. juni. Det vil bli gjennomført supplerende anskaffelser på et senere tidspunkt
- Foreløpig budsjett for arbeidet er satt til 36 mill. kroner med målsetning om at idéfasearbeidet kan gjennomføres innenfor en periode på 12 mnd.
- Forslag til endelig budsjett og tidsplan vil foreligge på et noe senere tidspunkt.

### **3. Pasientsikkerhet og kvalitet**

- **Innføring av pasientsikkerhetsvisitter**

Administrerende direktør har innført pasientsikkerhetsvisitter etter modell fra Nordlandssykehuset. Pasientsikkerhetsvisitter er et planlagt møte mellom sykehusets toppledelse og noen ansatte(3-4) i en avdeling/seksjon. Hensikten er å fokusere på kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandlingen, avdekke problemstillinger og konkretisere tiltak som vil kunne føre til bedret pasientsikkerhet.

Administrerende direktør har foreløpig vært på 6 avdelinger, og det er planlagt med 2 visitter i måneden ut året. Avdelinger som velges ut kan anbefales, men kan også være tilfeldig. Det

er laget retningslinjer for hvordan visittene skal praktiseres og følges opp slik at også ledere på nivå under administrerende direktør kan praktisere modellen. Etter gjennomført visitt skrives referat, og det konkretiseres tiltak som følges opp gjennom linjelederstrukturen. Administrerende direktør har oppfølgingsmøte med linjelederne uken etter visitten for gjensidig forpliktelse på tiltak. Alle forbedringstiltak inngår i sentral database og vil bli rapportert tertialvis til det sentrale pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalget. Styre vil få rapporter via ledelsens gjennomgang hvert tertial. Erfaringene etter 6 visitter er positive.

- **Opprettelse av sentralt pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg**

Alle klinikkene opprettet pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg ved fusjonen i 2010. Utvalgene arbeider etter mandat og bistår klinikkleder i analyse av pasienthendelser, avdekker risikoforhold og anbefaler forbedringer i pasientbehandlingen.

For å styrke fokus på pasientsikkerhet i ledergruppen opprettet administrerende direktør et sentralt pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg høsten 2012. For å sikre god lederforankring består medlemmene av ledermøtedeltakerne og i tillegg 2 eksterne brukerrepresentanter samt to medlemmer fra stab pasientsikkerhet/kvalitet.

Det avholdes 2 timers månedlige møter i forkant av det ordinære ledermøte. Det er utarbeidet mandat og retningslinjer for saksbehandling i utvalget. Fast tema i møtene er oppfølging av tilsynssaker fra Fylkesmannen. Klinikklederne gjennomgår egne saker med fokus på læring og forbedring på tvers i organisasjonen. Stab pasientsikkerhet/ kvalitet er utvalgets sekretariat og forbereder saker til diskusjon, informasjon og anbefalinger. Utvalgets sammensetning og arbeidsform vil bli evaluert i løpet av 2012.

- **Tilsyn med Oslo universitetssykehus - varsel om mulig vedtak om tvangsmulkt**

I brev av 18.03. fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) - varsler DSB at de vurderer å treffe vedtak om tvangsmulkt jf. el-tilsynsloven § 13 første ledd på kr. 500 000.- løpende pr. måned inntil avviket er lukket. Bakgrunn for varselet er avvik 2 i tilsyn utført ved Oslo universitetssykehus høsten 2012. Tilsynet medførte 6 avvik og 2 anmerkninger. Avvik 2 lyder "i hht egen risikovurdering er flere elektriske anlegg ved alle sykehus i Ous i en stand hvor sikkerheten til pasienter ikke er ivaretatt".

Sykehuset redegjorde for status i møte mellom administrerende direktør og DSB i januar 2013 og oversendte handlingsplan for lukking av alle avvikene innen frist 15.03. Sykehusets tiltaksplan for lukking av avvik 2 anses ikke som tilstrekkelig for å lukke avviket. Sykehuset er gitt frist for å kommentere varselet innen 30. 04., og det er avtalt nytt møte mellom DSB og administrerende direktør 19.04.

#### 4. Samhandling

- **Samarbeid om samtalepartnere om tro og livssyn**

Oslo universitetssykehus HF (OUS) har inngått et samarbeid med Lovisenberg diakonale sykehus AS (LDS) om bruk av samtalepartnere om tro og livssyn (ressursteamet). Målet med samarbeidet er å tilby likeverdige helsetjenester til pasienter og pårørende på flere sykehus. LDS kan etterspørre samtalepartnere gjennom prosjektkoordinator, etter ønske fra pasient og/eller pårørende. Samarbeidet med LDS startet opp 01.03. 2013 og avtalen har en varighet på ett år. Deretter fornyes avtalen automatisk med et år av gangen. Det er også dialog med Diakonhjemmet sykehus, Sunnaas sykehus og Akershus universitetssykehus om bruk av Ressursteamet. Ressursteamet, som består av samtalepartnere fra ulike religioner og livssyn, ble kurset ved Teologisk fakultet ved Universitetet i Oslo.

Samtalepartnerne tilbyr sjelesorg og samtale til pasienter som befinner seg i en kritisk og ofte usikker situasjon, med behov for samtale om eksistensielle spørsmål. Ressursteamet har representanter fra Bahá'í-samfunnet, Islam, Humanetisk forbund, Baptistsamfunnet, Den Katolske kirke, Den evangelisk-lutherske frikirke, Kristensamfunnet, Metodistkirken, Norges hindu kultursenter, Sikh-samfunnet, Buddhistsamfunnet og Vennenes samfunn kvekerne.

- **Oppstart av BKA-kurs for ansatte**

I uke 15 og 17 starter 50 ansatte på kurs i norsk lesing og skriving, data og hverdagsmatte. De er fordelt på 3 grupper med ulikt ferdighetsnivå. Voksenopplæringen Skullerud har det faglige ansvaret. Kurset strekker seg over 120 timer, og strekker seg over 30 uker (til februar 2014). Sykehuset legger med dette til rette for at ansatte som ønsker og trenger å forbedre sine norskerferdigheter, gis anledning til å delta på disse kursene. Kurset er finansiert med midler fra VOX – Basiskompetanse i arbeidslivet.

## 5. Rettstvister – status per d.d.

### Ass.lege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling.

#### Ankesak til Høyesterett

Saken gjelder spørsmålet om en lege i spesialisering (LIS), ansatt i midlertidig stilling, har krav på fast ansettelse.

Oslo universitetssykehus HF vant saken, både i tingretten og lagmannsretten, og fikk dermed medhold i at det er hjemmel for å ansette LIS-leger midlertidig. Lagmannsretten legger til grunn at LIS-legene utfører praksisarbeid som gir anledning til midlertidig ansettelse i medhold av arbeidsmiljøloven § 14-9 første ledd bokstav c. Nåværende praksis med adgang til å ansette LIS-leger i midlertidige stillinger fortsetter. Spekter og Legeforeningen arbeider imidlertid med å endre ordningen, slik at flest mulig kan få fast ansettelse.

Lagmannsretten uttaler i den forbindelse at iverksetting av en ny ordning med fast ansettelse av LIS-leger forutsetter utarbeidelse av et nytt rettslig rammeverk og ulike praktiske tiltak. Etter anke fra saksøkers side har Høyesterett sluppet saken inn til behandling. Saken er ennå ikke berammet.

### Forståelse av arbeidskontrakt i forhold til lønnskrav fra tidligere ansatt

Saken er berammet for lagmannsretten i 2013. Sykehuset fikk i tingretten medhold på to punkter og saksøker medhold på ett punkt. Saksøker dvs. den tidligere ansatte, har anket deler av dommen til lagmannsretten. Det har vært gjennomført rettsmekling i lagmannsretten uten at løsning ble oppnådd. Saken går videre til ordinær lagmannsrettbehandling.

### Oppsigelsessak

Sykehuset er stevnet av en ansatt etter endringsoppsigelse som har sin bakgrunn i omstilling og omplassering av stilling. Tvisten står om oppsigelsen er form-uriktig, usaklig og ugyldig.

### Kollektive arbeidsrettssaker:

Den norske legeforening har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder tvist om forståelse av overenskomstens del A2 og overenskomstens del B vedrørende adgangen til å inngå hjelpeplaner om sommeren. Konkret er forholdet knyttet til hjelpeplan sommeren 2011 ved Gynekologisk avdeling, Kvinne-barn. Spekter vil føre saken på vegne av foretaket. Det var hovedforhandling i saken i mars og en avventer at det vil foreligge avgjørelse 22.04.

Norsk sykepleierforbund (NSF) har 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.

Rettslig prinsipiell sak – sykehuset er ikke part, men avgjørelsen er av betydning for vår virksomhet

En av sykehusets ansatte ble involvert som vitne i en straffesak mot en tiltalt som er innsatt i fengsel. Retten ønsket den ansattes vitneprov i forbindelse med tilregnelighetsvurdering av tiltalte. Tiltalte ønsket ikke å samtykke til opphevelse av den ansattes taushetsplikt. Den ansatte forklarte seg ikke for retten. Dette ble et prosessuelt spørsmål og gjenstand for separat prosess. Retten kom til at den ansatte må kunne tale ubundet av taushetsplikten. Avgjørelsen ble anket til Lagmannsretten som forkastet anken. Avgjørelsen ble videre anket til Høyesterett som 29.01. avviste anken.

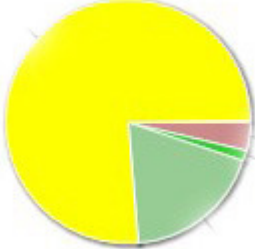
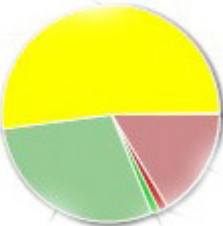
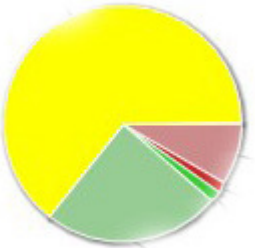
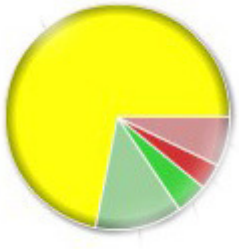
Saken vurderes å være av stor prinsipiell betydning og får betydning for hvordan våre ansatte skal forholde seg. Konsekvensen vil være at i alle tilfeller hvor retten og eller de rettsoppnevnte sakkyndige er i tvil om tiltaltes strafferettslige tilregnelighet vil taushetsplikten vike. Utlevering av taushetsbelagte opplysninger uten samtykke har store konsekvenser for det nødvendige tillitsforhold mellom helsepersonell og pasient. Fengselspsykiatrisk poliklinikk ved sykehuset har pasienter som er innsatt i fengsler eller arrest, og som er særskilt avhengig av fortrolighet til helsepersonell. Saken er viktig for foretaket i arbeidsgiverrollen og som helseinstitusjon. Taushetsplikten blir utfordret og satt til side.

Annen rettslig prinsipiell sak – går for Høyesterett 17 – 18. april – foretaket er indirekte berørt

Saken gjelder tvist om tilgang til bevis, nærmere bestemt biologisk materiale som finnes i sykehusets behandlingsbiobank. Sykehuset oppbevarer biologisk materiale fra en avdød pasient. Materialet ble innsamlet i forbindelse med pasientbehandling. Etter pasientens død ønskes utlevert biologisk materiale for å innhente DNA som bevis i farskapsak. Det sentrale rettslige spørsmålet er lovgrunnlag for å utlevere biologisk materiale som er innsamlet i behandlingsøyemed til annet formål som i saken er å fastslå farskap. Nærmere bestemt gjelder det harmonisering av barneloven § 24 og behandlingsbiobankloven § 15.

## **6. medieomtale 1. februar til 15. april 2013**

Antall saker i mediene har økt fra 1331 i januar, til 1467 i mars, totalt 4391 for hele perioden. April ligger så langt an til å få noe flere mediesaker enn tilsvarende måned i fjor. Medieomtalen er i det alt vesentlige vektet nøytralt, noe som har holdt seg stabilt siden forrige periode. Rødt viser andel svært negative/svakt negative saker, grønt viser andel svært positive/svakt positive saker, mens gult viser andel saker som er vektet nøytralt.

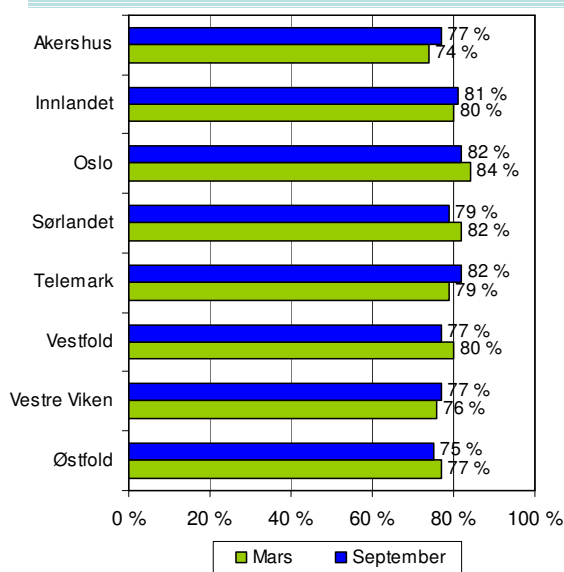
Periode	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
1.-14.april 2013	570		Positiv: 20 Nøytral: 76 Negativ: 4	Den økte andelen nøytrale saker er oppslag der sykehuset er nevnt, men ikke spiller noen sentral rolle.
Mars 2013	1467		Positiv: 30 Nøytral: 52 Negativ: 18	Den økte andelen positive saker er i stor grad saker der sykehusets personell benyttes som eksperter, og den økte negative delen er stegningen av operasjonsstuer på Oslo skadelegevakt.
Februar 2013	1023		Positiv: 26 Nøytral: 60 Negativ: 14	Den økte andelen positive saker er i stor grad saker der sykehusets personell benyttes som eksperter.
Januar 2013	1331		Positiv: 17 Nøytral: 72 Negativ: 11	Den økende andelen nøytrale saker skyldes blant annet stort fokus på svineinfluensa og stort press på Ahus, hvor Ous er nevnt, men ingen sentral aktør.

Mediebildet har i perioden vært preget av stenging av operasjonssalene på Oslo skadelegevakt, mange ekspertuttalelser og bruk av vektere til beltelegging

### Tillit til spesialisthelsetjenesten i Oslo sykehusområde

Helse Sør-Øst gjennomfører jevnlig undersøkelser av befolkningens tillit til spesialisthelsetjenesten i regionen. Under vises resultatene for denne for mars 2013 sammenlignet med september 2012. Tilsvarende tall for tillit til spesialisthelsetjenesten i mars 2012 viste for øvrig 77% for befolkningens tillit til spesialisthelsetjenesten i Oslo sykehusområde. Området består av Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet og Lovisenberg.

### Andel med meget eller ganske stor tiltro til spesialhelsetjenesten brutt ned på sykehusområdene i Helse Sør-Øst – Mars 2013:



■ Andelen som har meget eller ganske stor tiltro til at en vil få behandlingen en trenger på sykehus går opp fra 79 % i september 2012 til 80 % i mars 2013. Denne framgangen er for liten til å være statistisk signifikant, men bekrefter framgangen vi så fra mars (77 %) til september i fjor.

■ Sett i forhold til de ulike sykehusområdene innenfor Helse Sør-Øst, ser vi imidlertid at den samlede tiltroen er relativt stabil i alle 8 områdene. De områdene som har størst endring er Akershus, Telemark, Sørlandet og Vestfold, med henholdsvis en tilbakegang på 3 prosentpoeng for de to første og framgang på 3 prosentpoeng for de to siste. For Akershus sin del bidrar tilbakegangen til at de igjen er området med lavest tiltro. Høyest tiltro i denne målingen finner vi i Oslo med 84 %. Det er verdt å merke seg at tiltroen i Oslo har økt fra 77 % til 84 % siden mars i 2012

### Stenging av operasjonssaler på Oslo skadelegevakt

Tidlig i mars ble operasjonsstuene på Oslo legevakt stengt på grunn av dårlig teknisk standard. Dette fikk bred dekning i de fleste store redaksjonene. Vinklingene spriker, men det ble blant annet pekt at dette hadde vært rapportert inn tidligere uten å bli gjort noe med. Selv om det er Oslo kommune som eier byggene er det sykehuset som omtales i all hovedsak, fordi det er våre pasienter som ikke får behandling. Det har kommet en rekke oppfølgere til denne saken, spesielt mange pasienthistorier, om bruddpasienter som må vente lenge på operasjon fordi disse stuene er stengt og Ous ikke finner noe annet sted å operere dem. I forlengelsen av dette har det også nok en gang vært satt fokus på ventelister. Saken fortsatte helt til over påske med fokus på hvor mange av de påskeskadde som måtte vente lenge på operasjon. Avdelingsleder Lars Engebretsen har svart ut denne saken i de fleste kanaler.

### Bruk av vektere til beltelegging

Like før påske kom det frem at sykehusets Kontrollkommisjon mente at bruk av ufaglærte vektere til bistand ved beltelegging av akuttpsykiatriske pasienter kunne gå utover pasient-sikkerheten. Det var NTB som startet saken 21.mars med spørsmål om hvor ofte dette skjedde, hvor lenge praksisen hadde vært ved sykehuset med mer. Saken ble gjenstand for mye debatt og blant annet organisasjonen Mental Helse var svært kritiske til praksisen og mente at dette var nedverdiggende for pasientene. Saken startet svært negativt for sykehuset. Etter hvert fikk avdelingsoverlege på Akuttpsykiatrisk avdeling, Ole Steen, slippe til og forklare saken. Med hans uttalelser rundt praksisen roet saken seg noe.

### Ekspertuttalelser

Det har i perioden vært mange saker der sykehusets personell har blitt brukt som eksperter i ulike saker, hvilket er naturlig, ønsket og selvsagt positivt. Sakene handler blant annet om soling, kreft, hjernehinnebetennelse og organtransplantasjon.

## 7. Referater

- Foreløpig møteprotokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 14. mars 2013 (vedlegg)
- Utkast til referat fra Brukerutvalgets møte 18. mars 2013 (vedlegg)



## Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Oslo
<b>Dato:</b>	Styremøte 14. mars 2013
<b>Tidspunkt:</b>	KI 0900-1500

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Per Anders Oksum	styreleder	
Ansgar Gabrielsen	nestleder	
Turid Birkeland		Forfall
Kirsten Brubakk		
Trine Dønhaug		
Terje Bjørn Keyn		
Andreas Kjær		
Irene Kronkvist		
Bernadette Kumar		
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen		vara: Mette Vilhelmshaugen
Anita Ihle Steen		
Dag Stenersen		
Svein Øverland		
Signe Øye		Forfall

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Alf Magne Bårdsett
Torkel Bache

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Peder Olsen
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, fagdirektør Alice Beathe Andersgaard, konserndirektør Atle Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og konsernrevisor Liv Todnem

---

### Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent.

**Saker som ble behandlet:**

<b>014-2013</b>	<b>GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 7. FEBRUAR 2013</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Protokoll fra styremøtet 7. februar 2013 ble godkjent.

<b>015-2013</b>	<b>AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER JANUAR 2013</b>
-----------------	--

Tall for februar 2013 ble presentert i møtet.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per januar 2013 til etterretning.

<b>016-2013</b>	<b>TERTAILRAPPORT 3. TERTAIL 2012 FOR PROSJEKT NYTT ØSTFOLDSYKEHUS</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Tertialrapport for prosjekt nytt østfoldsykehus 3. tertial 2012 tas til etterretning.

<b>017-2013</b>	<b>ÅRLIG MELDING 2012 FRA HELSE SØR-ØST RHF</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. *Årlig melding 2012 for Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet* oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen 15. mars 2013.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å utforme endelig dokument.

3. På grunnlag av den samlede rapportering for 2012, herunder også beslutninger som er fattet av styret og den samlede planlegging og styring av virksomheten, anser styret for Helse Sør-Øst RHF at:

- Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har vært ivaretatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller og at "sørge for"-ansvaret som Helse Sør-Øst RHF er pålagt gjennom lovverket samlet sett er oppfylt for 2012.
- Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2012, formidlet i oppdragsdokumenter og foretaksmøter, er fulgt opp. Styret er tilfreds med dette, men påpeker samtidig at en fortsatt står overfor uløste oppgaver og at det må arbeides aktivt for å løse disse og sikre full måloppnåelse i forhold til eiers oppdrag. Det vises også til styrets innspill til statsbudsjettet for 2014, jf. styresak 077-2012 og brev av 4. desember 2012 til Helse- og omsorgsdepartementet.

<b>018-2013</b>	<b>REGIONAL BEREDSKAPSPLAN – RULLERING</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

#### **V E D T A K**

1. Styret tar den regionale beredskapsplanen til etterretning.
2. Planen legges til grunn for arbeidet med beredskapsplanverket i helseforetakene og private sykehus med driftsavtaler med Helse Sør-Øst RHF.

<b>019-2013</b>	<b>ETABLERING AV PENSJONSKASSE</b>
-----------------	------------------------------------

**Styrets enstemmige**

#### **V E D T A K**

1. Styret tar redegjørelsen om etablering av ny pensjonskasse til orientering, og ber administrerende direktør arbeide videre i tråd med de linjer som er skissert i saken, herunder at de rammer for den interne organiseringen av pensjonskassen som fremkommer av foretaksmøtets vedtak ivaretas.
2. Styret ber administrerende direktør oppnevne et interimsstyre for pensjonskassen bestående av 9 medlemmer, herav 3 representanter fra pensjonskassens fremtidige medlemmer, 1 fra Helse Sør-Øst RHF og 4 fra de øvrige sponsorene (Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Vestre Viken HF, Sunnaas sykehus HF og Sykehuspartner) i tillegg til ett eksternt medlem. Styret ber videre administrerende direktør påse at interimsstyret sammensettes på en slik måte at det kan videreføres som ordinært styre for pensjonskassen når denne er etablert.

020-2013

**UTVIKLINGSPLAN OG IDÉFASEMANDAT OSLO  
UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Det er etter styrets oppfatning i den fremlagte utviklingsplanen lagt et godt grunnlag for videreføring av arbeidet med utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, herunder en videre utvikling av bygningsmassen. Styret gir sin tilslutning til at arbeidet videreføres i tråd med det som er skissert.
2. Styret vil påpeke at det fremlagte mandatet for idéfase beskriver en utvikling som er svært omfattende, med et innhold som omfatter byutvikling, utvikling relatert til Universitetet i Oslo og omfattende samferdselsrelaterte problemstillinger. Både planens omfang og tidshorisont er av en slik art at den må kunne sies å ligge på grensen av det som normalt vil være omfattet av en ordinær idéfase. Styret legger til grunn at realisering og videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF uansett vil kreve en trinnvis prosess med flere enkeltprosjekter som må planlegges innenfor en helhetlig ramme og retning. Det forutsettes at idéfasemandater for enkeltprosjekter som foreslås på basis av dette arbeidet forelegges Helse Sør-Øst RHF før videre arbeid med slike prosjekter igangsettes, og at prosjektene tilpasses de økonomiske rammebetingelser.
3. Styret ber Oslo universitetssykehus HF i sitt videre arbeid nøye vurdere hvordan utviklingsplan og idéfasearbeidet skal avstemmes i forhold til arbeidet med enkeltprosjekter, slik at det sikres et godt fundament for den videre utvikling av helseforetaket.
4. Styret forutsetter at det iverksettes nødvendige tiltak ved Oslo universitetssykehus HF for å oppfylle bygningsmessige lovkrav og for å opprettholde en forsvarlig drift inntil den endelige utbyggingen er fullført.

021-2013

**INNØRING AV REGIONAL PAS/EPJ VED OSLO  
UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret tar Oslo universitetssykehus HF sitt vedtak i styremøte 14. februar 2013 vedrørende Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus og oppstart av gjennomføringsfasen til etterretning.
2. Styret tar rapport fra ekstern kvalitetssikrer til etterretning og forutsetter at prosjektet følger opp de tiltak som er angitt i rapport fra kvalitetssikrer.
3. Styret tar til etterretning at kostnadene for innføring av PAS/EPJ ved Oslo universitetssykehus HF er estimert til MNOK 635. Den økte kostnadsrammen på MNOK 118 og en risikomargin på MNOK 95 håndteres innen Helse Sør-Øst RHF sitt investeringsbudsjett. Styret tar videre til etterretning at kostnadsrammen for innføring

022-2013

ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2014 -2017.  
PLANFORUTSETNINGER

### Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Følgende mål forutsettes lagt til grunn som underliggende premis for planleggingen i perioden:

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

2. Det settes som planforutsetning følgende regionale mål for aktivitetsvekst i 2014:

- 2 % for somatikk
- 2 % for psykisk helsevern barn og ungdom
- 2 % for psykisk helsevern voksne
- 2 % for TSB

Endelige aktivitetskrav for 2014 settes på bakgrunn av føringer som gis i statsbudsjett 2014. Det skal stilles differensierte aktivitetskrav som tar hensyn til dekning i forhold til befolkningsvekst og øvrige kjennetegn ved sykehusområdene.

Det planlegges for en vekst innen somatikk på minst 6% i perioden 2014–2017. Når det gjelder andre tjenesteområder gis det foreløpig ikke konkrete forutsetninger for aktivitetsvekst ut over 2014.

3. Følgende fagområder skal gis økt prioritet i perioden:

- Utredning, behandling og oppfølging av kreft og alvorlige sykdommer
- Poliklinisk vurdering/behandling
- Sekundær forebygging og oppfølging ved alvorlige livsstilssykdommer, herunder TSB

4. Det strategiske grunnlaget for helseforetakenes arbeid med økonomisk langtidsplan 2014-2017 (2030) skal være følgende, jfr Plan for strategisk utvikling 2013-2020:

- Varig økonomisk bæreevne skal skapes gjennom økt økonomisk handlingsrom, ved gode prioriteringer og realisering av gevinster av utviklingsarbeid og investeringer
- Pågående endringsprosesser skal gi bedre behandlingskvalitet og bedre ressurs- og kapasitetsutnyttelse
- Ressursfordelingen mellom sykehusområdene i regionen skal gi mulighet for å tilby likeverdige helsetjenester til befolkningen

- Helseforetaksgruppen skal levere økonomiske resultater som sikrer et nødvendig investeringsnivå
5. Økonomiske planleggingsrammer for perioden er basert på
- Oppdatering og fremskriving av regional inntektsmodell, med 100% implementering av TSB- modellen fra 2014
  - Forutsatt økt bevilgning til aktivitetsvekst på 350 millioner kroner pr år
  - Fordeling gjennom inntektsmodellen av 400 millioner kroner av midler som er gitt som særskilte midlertidige tildelinger i 2013
  - 0,25% til regionale prioriteringer årlig
6. Det skal igangsettes et arbeid med vurdering av kostnadskomponenten i inntektsmodellen med hensyn på hvordan forskning kompenseres.
7. Helseforetakene skal vedlikeholde sin bygningsmasse i tråd med vedtatt strategi for eiendomsområdet og i tråd med krav om planmessig vedlikehold gitt i foretaksmøter. Økonomisk langtidsplan skal inkludere plan for forbedring av minimumstilstand for bygg.

<b>023-2013</b>	<b>ANSETTELSE AV ADMINISTRERENDE DIREKTØR I HELSE SØR-ØST RHF</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

#### V E D T A K

1. Styret ansetter Peder Kristian Olsen som administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF f.o.m 14. mars 2013.
2. Styrets leder gis fullmakt til å utforme en endelig og signert arbeidsavtale med Peder Kristian Olsen basert på de føringer som er gitt av styret i møtet.

<b>024-2013</b>	<b>ORIENTERINGSSAK: VIDERE ARBEID MED KVALITET OG PASIENTSIKKERHET I HELSE SØR ØST – OPPFØLGING AV STORTINGSMELDING10 (2012-2013) GOD KVALITET – TRYGGE TJENESTER</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

#### V E D T A K

Styret tar redegjørelsen om det videre arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet som oppfølging av Stortingsmelding 10 (2012-2103) "God kvalitet – trygge tjenester" til orientering.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Årsplan styresaker tas til orientering.

**ANDRE ORIENTERINGER**

1. Driftsorienteringer fra administrerende direktør
2. Referat fra møte i brukerutvalget 4. desember 2012

**TEMASAKER**

- TEMA Økonomisk langtidsplan 2014-17  
v/konserndirektør Atle Brynestad og økonomidirektør Hanne Gaaserød

Møtet hevet kl. 14:55

Oslo, 14. mars 2013

---

Per Anders Oksum  
styreleder

---

Ansgar Gabrielsen  
nestleder

---

Turid Birkeland

---

Kirsten Brubakk

---

Trine Dønhaug

---

Terje Bjørn Keyn

---

Andreas Kjær

---

Irene Kronkvist

---

Bernadette Kumar

---

Anita Ihle Steen

---

Dag Stenersen

---

Lizzie Irene Ruud Thorkildsen

---

Svein Øverland

---

Signe Øye

---

Tore Robertsen  
styresekretær



## Møtoreferat – Utkast

Møtetema: Brukerutvalgsmøte 18.mars 2013  
Kl 13:00- 17:00

Til: Kolbjørn Forfang, Arve Nordlie, Dag Anton Omholt, Grete Müller, Heine Århus, John Bjørnøy, Lilli-Ann Stensdal, Richard Madsen, Veslemøy Ruud, Faridah Shakoor, Nina Adolfsen, Jon Storaas, Shoaib Sultan

Kopi: Eva Bjørnsborg, Tove Strand

Dato dok: 19.03.2013

Dato møte: 18.03.2013

Referent: Ingrid Birgitte Møller Ekne

Tilstede: Nina Adolfsen, Kolbjørn Forfang, Arve Nordlie, Dag Anton Omholt, Grete Müller, Heine Århus, John Bjørnøy, Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud, Faridah Shakoor. Fra Ledelsen: Eva Bjørnsborg, Tove Strand  
Tilstede fra Klinikkvise brukerråd: Eli Rasmussen (Kvinne- og Barneklivikken), Terje Eriksen (Medisinsk Klinikk), Arild Engen og Tove Nakken (Kreft- kirurgi- og transplantasjonsklinikken).

Forfall: Jon Storaas, Shoaib Sultan, Richard Madsen,

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Saksnr		Ansvar	Frist
Sak 019-13	<p><b>Godkjenning av innkalling og referat</b> Gjennomgang av sakslisten. Sakslisten ble godkjent.</p> <p>Saker til Eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mal for utskrivingsinformasjon</li> <li>• Brukerrepresentanter til prosjekter</li> <li>• Verktøy konsekvensutredning v/ Tove Strand</li> <li>• Referater fra prosjekter/råd og utvalg</li> <li>• Styringsgruppe for funksjonsfordeling (TKA)</li> <li>• Konferanser</li> </ul> <p>Referat fra 11.02.13 ble godkjent med to tilføyelser.</p>		
Sak 020-13	<p><b>Administrerende direktør sin time</b> Bjørn Erikstein svarte på spørsmål fra brukerutvalget.</p> <p>I forbindelse med Styringsgruppe for funksjonsfordeling (TKA) – Nina Adolfsen sitter der nå, men kan ikke delta på siste styringsgruppemøte. Kan hun sette inn Heine Århus som vara? Administrerende direktør svarte ja på dette.</p> <p>Spørsmål angående barnehabiliteringstjeneste og bekymringssak vedr. lang ventetid for barn under 16 år ved</p>		

	<p>hjerne- og lunge avd. Direktøren kunne ikke svare på disse spørsmålene nå, men ba om at henvendelsene ble sendt til ham på e-post.</p> <p>Spørsmål vedrørende palliativ behandling, og om det var noen krefttyper som falt utenfor systemet? I følge direktøren skal alle få lindrende behandling, uavhengig av krefttype.</p> <p>Et spørsmål ang prosessen rundt prosjektgruppe for overordnet strategi OUS, og hvordan denne gruppen lå an i forhold til utarbeidelse av handlingsplan. Direktøren fortalte at de jobber med dette og at brukerutvalget ville få et utkast av handlingsplanen til april møtet.</p> <p><i>Vedtak: Invitere leder av palliativ lindrende enhet til neste brukerutvalgsmøte for å få mer informasjon om dette tema. Koordinator sender ut invitasjon.</i></p>		
<p>Sak 021-13</p>	<p><b>Forberedelse av møtet med styre 25.04.13</b></p> <p>Leder informerte om at Brukerutvalget er invitert til å delta på styremøte i april. Nina Adolfsen foreslo at følgende skulle bli tatt opp med styret:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Strategien for brukermedvirkning</li> <li>- Brukerråd knyttet til brukerutvalget, i forhold til mål og handlingsplan</li> </ul> <p>Videre foreslo Nina at representantene fra brukerutvalget som har mulighet til å delta, selv introduserer arbeidet i sine respektive brukerråd.</p> <p>Representantene som hadde mulighet til å delta var: Arve Nordlie, Kolbjørn Forfang, Lilli-Ann Stensdal og Grete Müller.</p> <p>Nina presiserte viktigheten av å få vist styre hvor langt man har kommet i forhold til brukermedvirkning.</p>		<p>15/04-13</p>
<p>Sak 022-13</p>	<p><b>Orientering av retningslinjer for deltagelse i andre råd og utvalg v/ Eva Bjørnsborg</b></p> <p>Eva Bjørnsborg orienterte brukerutvalget om habilitet i forhold til å sitte i brukerutvalget ved OUS og brukerutvalg</p>		

	<p>ved andre helseforetak. I følge både mandatet for brukerutvalget og i Veileder om Brukermedvirkning fra Helse Sør Øst november 2012 er ikke dette lov. Den enkelte brukerrepresentanten er selv ansvarlig for å ta opp habilitetsspørsmål. Viktig å ta dette med seg i forhold til oppnevning av nytt brukerutvalg senere i år.</p>		
<p>Sak 023-13</p>	<p><b>Mål 2013 og Oppdragsdokument</b> - i fellesskap med Klinikkvise brukerråd</p> <p>Nina Adolfsen ønsket velkommen til representantene fra klinikkvise brukerråd. Bakgrunn for arbeidsmøte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gjennomgå målene 2013 opp mot oppdragsdokumentet</li> <li>- gjennomgå mandat for klinikkvisebrukerråd</li> </ul> <p>Eva Bjørnsborg gjennomgikk og la frem power point presentasjon om "En mer aktiv pasient- og brukerrolle", som bakteppe for diskusjon rundt mål og utforming av handlingsplan.</p> <p>Videre gjennomgikk Eva Bjørnsborg oppdragsdokumentet med fokus på brukermedvirkning.</p>		
<p>Sak 024-13</p>	<p><b>Handlingsplan</b> - i fellesskap med klinikkvise brukerråd</p> <p>Representantene ble delt inn i arbeidsgrupper ut fra klinikktilhørighet. De jobbet med utforming av handlingsplan for sine respektive klinikker på bakgrunn av diskusjonen tidligere. Avslutningsvis ga hver arbeidsgruppe eksempler på konkrete tiltak til utarbeidelse av handlingsplanen. Nina Adolfsen orienterte om at de klinikkvise skulle jobbe videre med dette i sine respektive klinikker for så å sende inn innspill innen 15.april til koordinator.</p>		<p>15/04-13</p>
<p>Sak 025-13</p>	<p><b>Eventuelt</b> <u>Mal for utskrivningsinformasjon:</u> Malen ble utdelt og lest gjennom av utvalget. Eva Bjørnsborg orienterte brukerutvalget om at denne malen var et resultat av et langvarig arbeid og at den er ment som</p>		

	<p>en standard mal som klinikker kan laste ned og fylle inn før gjennomgang med pasientene.</p> <p><u>Brukerrepresentanter til diverse prosjekter og råd:</u> Klinikk for diagnostikk og intervensjon (KDI) hadde meldt at de ønsket brukerrepresentanter inn i gruppen for radiologiske tjenester og gruppen for laboratorietjenestene. Det ble besluttet at saken skal tas opp igjen ved neste brukerutvalgsmøte etter at klinikken har forberedt saken vedr. oppnevning ytterligere.</p> <p>Videre ble det informert at Veslemøy Ruud hadde blitt oppnevnt til å delta i styringsgruppe for Barne-, og ungdomsprogrammet ved OUS. Hun vil delta i det første møtet 12. april og informere om dette ved neste brukerutvalgsmøtet.</p> <p>Generell diskusjon om hvorvidt det er fornuftig at brukerrepresentanter fra brukerutvalget skal bli med i andre råd nå som det snart skal oppnevnes et nytt brukerutvalg.</p> <p><i>Vedtak: Sak fra Klinikk Diagnostikk og intervensjon tas opp igjen ved neste møtet.</i></p> <p><u>Verktøy konsekvensutredning v /Tove Strand:</u> Tove Strand informerte fra studietur til Skottland om verktøy for konsekvensutredning. Videre informerte hun om et foredrag som skal holdes onsdag 20. mars og lurte på om noen fra brukerutvalget var interessert i å delta. Dag Omholt ønsket å delta. Det ble foreslått at Hege Linnestad kan bli invitert til et brukerutvalgsmøte for å demonstrere verktøyet.</p> <p><u>Referater fra prosjekter/råd/utvalg:</u> Referater fra prosjekter/råd og andre utvalg skal være en fast post på saklisten fra nå av. Medlemmene i brukerutvalget skal sende kopi av slike referater til koordinator.</p> <p><u>Styringsgruppe for funksjonsfordeling (TKA):</u> Nina Adolfsen sitter i styringsgruppe for funksjonsfordelig TKA. Hun kan ikke delta på siste og tredje møte og foreslo at Heine Århus kan være vara på neste møte. Brukerutvalget godkjente dette.</p> <p><i>Vedtak: Heine stiller som vara for Nina på neste møte i styringsgruppe for funksjonsfordeling.</i></p>		
--	---	--	--

	<p><u>Konferanser:</u> Nina Adolfsen informerte om fire konferanser. Etter kort diskusjon ble det avgjort at ingen av disse konferansene var aktuelle å delta på for brukerutvalgets medlemmer, grunnet tidspunkt og tema.</p>		
--	--	--	--