

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. mars 2012

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 12/2012: GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 22. mars 2012

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 2/2012
Dato møte:	29. mars 2012
Møtetid:	Kl. 08.00 - 14.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, 1.etg., seminarrom 1 og 2.

12/2012	Godkjenning av innkalling og sakliste
13/2012	Godkjenning av protokoll styremøte 9.2.2012
14/2012	Årsoppgjør 2011
15/2012	Oppdrag og bestilling 2012
16/2012	Rapport per februar 2012
17/2012	Prosess for økonomisk langtidsplan
18/2012	Arealplan 2025 for Oslo universitetssykehus
19/2012	Leie av forskningsareal i tilbygg til Domus Medica
20/2012	Strategi for pasient- og pårørendeopplæring
21/2012	Internrevisjonsplan Oslo universitetssykehus 2012
22/2012	Oppfølging av NFR-evaluering av forskning
23/2012	Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. mars 2012

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Protokoll fra styremøte 9. februar 2012

**SAK 13/2012: GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE
9. FEBRUAR 2012.**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 9. februar 2012.

Oslo, den 22. mars 2012

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	9. februar 2012
Dato møte:	9. februar 2012 kl. 08:00-13:45 på Ullevål sykehus i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Marianne Borgen (deltok ikke under sak 9/2012), Anders Utne, Gøran Stiernstedt, Aasmund Magnus Bredeli, Ellen Christine Christiansen, Nina Tangnæs Grønvold, Tor Ingebrigtsen, Merete Norheim Morken, Svein Erik Urstrømmen, Bjørn Wølsted-Knudsen, Vibeke Braastad Kristinansen, Barbro Hætta, Ole Petter Ottersen

Forfall: Rita von der Fehr

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Tove Strand, Morten Reymert, Rolv Økland, Erik Carlsen, Einar Hysing, Eva Bjørstad, Christina Rolfheim Bye, Erlend B. Smeland, Randi Borgen, m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget Nina Adolfsen og Heine Århus, konsernrevisjonsdirektør Karl-Helge Stjernen Storhaug, publikum

Sak 1/2012 Godkjenning av innkalling og saksliste

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 2/2012 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Sak 3/2012 Rapportering per desember og ledelsens gjennomgang per 3. tertial 2011

Den somatiske aktiviteten i 2011 var høyere enn plan. Innen psykisk helsevern ble det skrevet ut flere pasienter enn plan, den samlede polikliniske aktiviteten var noe lavere enn plan. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling var aktiviteten samlet omtrent som planlagt.

Foreløpig regnskap viser et resultat på minus 600 millioner kroner som er 200 millioner kroner lavere enn budsjettet. Avviket utgjør 1,1 prosent av årsinntektene. I desember 2011 var resultatet 160 millioner kroner over budsjett for måneden.

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen per desember, herunder ledelsens gjennomgang for 3. tertial 2011, til etterretning.

Sak 4/2012 Årlig melding 2011

Styret skal etter vedtektene hvert år sende en melding til Helse Sør-Øst RHF som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år.

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til ukast til Årlig melding for 2011 med de innspill som er gitt i møtet.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt, etter samråd med styreleder, til å justere Årlig melding ut i fra de endelige driftsresultater for 2011, samt de innspill som er fremkommet i møtet.

Sak 5/2012 Budsjett 2012

I henhold til de av eier formidlete forventninger for 2012 planlegger Oslo universitetssykehus å redusere somatisk aktivitet med i overkant av 3 prosent fra 2011, målt i antall DRG-poeng. Helseforetaket budsjetterer for å oppnå et økonomisk resultat på minus 400 millioner kroner eller bedre. Gitt de kjente økonomiske betingelser ved inngangen av året representerer det behov for en økonomisk resultatforbedring på 600 til 700 millioner kroner i 2012.

Styremedlemmene Bjørn Wølsted Knudsen, Svein Erik Urstrømmen, Merete Norheim Morken, Aasmund Bredeli og Vibeke Braastad Knudsen hadde følgende protokolltilførsel:

"De ansattes representanter stemmer i mot punkt 1 og 2 i forslag til vedtak. Budsjettarbeidet i etterkant av siste styremøte har ytterligere tydeliggjort misforholdet mellom tildelte ressurser og oppgavene sykehuset er pålagt å utføre. Både sentrale og lokale drøftingsprotokoller fra de ansattes organisasjoner og vernetjenesten påpeker fortsatt usikkerhet knyttet til de identifiserte tiltakene, og det faktum at disse for en stor del ikke er innbyrdes

avstemt. Risikovurderingene knyttet til økonomi, arbeidsmiljø og pasientbehandling viser etter vår oppfatning en uakseptabel høy risiko.

Arbeidet med å identifisere tiltak for å oppnå balanse i budsjett for 2012 ble startet allerede i mars 2011, og ansatterepresentantene deler ledelsens vurdering i at innsatsen nå bør rettes mot gjennomføring av tiltak med akseptable konsekvenser for pasienter og ansatte, som kan gi gevinst. De ansattes representanter kan ikke se at det er mulig å løse oppdraget innefor den økonomiske rammen som er lagt til grunn.”

Styremedlemmet Marianne Borgen hadde følgende protokolltilførsel:

”Styremedlem Marianne Borgen peker på at Helse Sør-Øst i tråd med statsbudsjettet og eiers ønske har presisert at psykisk helsevern og TSB/Rusbehandling skal ha en høyere aktivitetsøkning enn innenfor somatikken for 2012. Helse Sør-Øst har gitt Oslo universitetssykehus en forventning om en aktivitetsøkning på fem prosent. Det vises til styrets særskilte ansvar for å sikre at virksomheten når de helsemessige mål eier har satt.

Det fremlagte budsjettet og klinikkens innstrammingskrav, fører så langt dette styremedlem kan lese ut av sakspapirene til en reduksjon av tilbudet. Det er også eksempler på at tilbud legges ned, som for eksempel Magnusgate, for unge med førstegangspysykoser, uten at det er avklart med kommunen om de kan og vil overta.

Med de informasjonen som fremkommer i styresaken, kan dette medlem ikke se at Oslo universitetssykehus svarer på sin bestilling om at tilbudet innenfor disse klinikkområdene eksplisitt skal styrkes. I risikoanalysen for klinikk for psykisk helse og avhengighet sies det at det er alvorlig risiko for at aktivitetsnivået blir lavere og at det fare for nedgang i produksjon.

Det vises til styremøte 15. desember 2011, der et samlet styre ba om at administrerende direktør kom tilbake med en egen sak om rus og psykiatri tilbudet for 2012, sett i lys av bestilling fra eier, endrede opptaksområder og økt ansvar for kommunen. Styret ønsket med dette å få belyst konsekvensene av budsjett tiltakene, sett i lys av eiers bestilling.

Dette medlem mener en slik konsekvensanalyse snarest må fremlegges for styret, slik at vi kan vurdere om det er behov for endringer av budsjettet.”

Vedtak:

Vedtatt med ni av fjorten stemmer:

1. Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2012 slik det fremgår av tabell 4 (driftsbudsjett) i styresak 5/2012.
2. Styret ber administrerende direktør følge driftsutviklingen nøye og løpende legge frem forstyret korrigerende tiltak for å sikre et driftsresultat i tråd med vedtaket. Tiltakene må risikovurderes både i forhold til konsekvenser for pasienter og ansatte.

Enstemmig vedtatt:

3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å igangsette følgende delprosjekter etter vurdering av forprosjektrapporter:
 - a. Samlokalisering av indremedisinsk virksomhet ved Ullevål i bygg 3.
 - b. Samlokalisering av ortopedisk virksomhet og gastrokirurgisk virksomhet ved Ullevål i bygg 7.

Sak 6/2012 Vedlikeholdsplan – pålegg fra Arbeidstilsynet og Branntilsynet

Arbeidstilsynet og Branntilsynet har hatt befaring ved Oslo universitetssykehus. Tilsynene medførte pålegg om utbedringstiltak på bygninger. For å kunne oppfylle påleggene er det utarbeidet en oppdatert og prioritert vedlikeholdsplan for bygninger og arbeidslokaler.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar redegjørelse om plan for vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler til etterretning.
2. Styret ber om at planen utvikles og gjennomføres for å oppfylle pålegg fra Arbeidstilsynet og Branntilsynet.
3. Styret legger videre til grunn at planen gjennomføres som del av foretakets arealplaner og samlokaliseringer. Det vises for øvrig til sak 7/2012.
4. Styret ber om at ansvarslinjer og fullmakter for brannvern gjennomgås.

Sak 7/2012 Arealutviklingsplan 2025

Det er laget en arealutviklingsplan 2025 som beskriver dagens situasjon, gjør en fremskriving av behov mot 2025 og skisserer alternative utviklingsveier mot fremtidige mål

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelse om Arealutviklingsplan 2025 til orientering

Sak 8/2012 Oppnevning av nytt styre i Kreftregisteret

Enhetsstyret i Kreftregisteret har medlemmer fra alle helseregionene og velges av styret i Oslo universitetssykehus for perioder på to år.

Enstemmig vedtak:

Styret i Oslo universitetssykehus HF oppnevner et nytt styre for Kreftregisteret med funksjonstid fra 1. januar 2012 til

31. desember 2013. Som medlemmer av enhetsstyret oppnevnes følgende:

Tove Strand (leder)	Oslo universitetssykehus	
Gjenoppnevning		
Finn Henry Hansen	Helse Nord	Ny
Stig Slørdahl	Helse Midt-Norge	Gjenoppnevning
Helga Salvesen	Helse Vest	Ny
Stein Kvaløy	Helse Øst	Gjenoppnevning
Harald Arnkvern	Ekstern	
Gjenoppnevning		
Gro Seim	Ekstern	
Gjenoppnevning		

Sak 9/2012 Samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og Oslo kommune i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven

I forbindelse med "Samhandlingsreformen" har Stortinget vedtatt ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt gjort endringer i en rekke andre lover. Kommuner og spesialisttjenesten er etter dette pålagt å inngå samarbeidsavtaler på flere områder.

Styremedlem Marianne Borgen er valgt inn i Oslo bystyre og fratradte som inhabil under behandling av saken.

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til avtaleutkastene.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å undertegne avtalene og å godkjenne eventuelle mindre justeringer i avtalene etter behandling hos de øvrige parter.

Sak 10/2012 Administrerende direktørs orienteringer

Det ble orientert om:

- Ledersamlinger
- Ansettelse av klinikkleder i klinikk for Psykisk helse og avhengighet samt konstituering av klinikkleder i Klinikk for kirurgi og nevrofag og i Akuttklinikken.
- Avvikling av rehabiliterings- og botilbud i Magnusgate, Avdeling for førstegangpsykose
- Samarbeid med Barne- og familieetaten i Oslo kommune
- Et forsterket barneverntilbud
- Orientering til styret vedrørende spørsmål 553 i Stortinget: Pasienter som dør alene på sykehuset
- Status i arbeidet med Felles klinisk informasjonsgrunnlag (FKI)
- Redegjørelse for renhold ved Ullevål sykehus
- Oslo universitetssykehus - et godt sykehus for barn
- Ny daVinci-robot i gave fra Radiumhospitalets Legater

- Likeverdige helsetjenester - tro og livssyn
- Innplasseringsprosessen 2011
- Bemanningstilpasninger og innplasseringsprosess 2012
- Prosjekt "Rask i vendinga" – hvordan kan vi diagnostisere KOLS i et tidlig stadium, og stimulere til helsefremmende atferd?
- Lønnskonertering for leger
- Leie av lokaler til PAT og IMI – Intensjonsavtale for leie av lokaler
- Rettstvister
- Mediebildet
- Referater
- Årsplan

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering

Sak 11/2012 Eventuelt

Etter forslag fra Marianne Borgen gjorde styret vedtak om initiativ til et samarbeidsprosjekt i Helse Sør-Øst RHF.

Enstemmig vedtak:

Styret i Oslo universitetssykehus ber administrerende direktør ta initiativ til et samarbeidsprosjekt i Helse Sør-Øst RHF om å lage en felles plan for psykisk helsevern og rus for hovedstadsregionen. Et slikt prosjekt bør se på behov og ansvarsdeling knyttet til sykehustjenester, men også se kapasitetsbehovene opp mot samhandlingsreformen. Planen bør inneholde en behovsanalyse for de neste fem til ti årene, for spesialisthelsetjenester både når det gjelder voksne, ungdom og barn innefor rus og psykiatri.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Göran T. Stiernstedt
Nestleder

Marianne Borgen

Barbro Lill Hætta

Aasmund Magnus Bredeli

Nina Tangnæs Grønvold

Svein Erik Urstrømmen

Ellen Christine Christiansen

Anders T. Utne

Merete Norheim Morken

Ole Petter Ottersen

Bjørn Wølstad-Knudsen

Tor Ingebrigtsen

Rita von der Fehr
(Ikke tilstede)

Årsberetning 2011

Virksomhetens art

Oslo universitetssykehus HF ble stiftet 1. desember 2008 med en sammenslåing av virksomhetene i Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF og er Norges største helseforetak. Oslo universitetssykehus HF er regionssykehus for Helse Sør-Øst med landsdekkende oppgaver innen høyt spesialisert pasientbehandling i tillegg til tjenesteansvar for område- og lokalsykehusfunksjoner for sykehusområde Oslo. Foretaket har stor aktivitet innen forskning, utprøvende behandling, utdanning og innovasjon.

Hovedkontoret og det meste av virksomheten ligger i Oslo med store sykehusanlegg på Aker, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål. I tillegg har Oslo universitetssykehus virksomhet ved et stort antall steder både i Oslo, men også i andre deler av landet som Asker, Bærum, Geilo, Gjøvik og Kristiansand.

Fra og med 2011 ble de nye sykehusområdene gjennomført og opptaksområdet for Oslo universitetssykehus ble redusert med en befolkning på 160 000 ved at oppgaver ble overført til sykehusområdene til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Ansvarsoverføringen gikk som planlagt med beredskap hos alle involverte helseforetak for oppfølging av pasientbehandlingen i overføringsperioden.

For Oslo universitetssykehus måtte virksomheten i 2011 tilpasses det reduserte aktivitetsbehovet med tilhørende redusert inntektsramme på 1,3 milliarder kroner og reduksjon i de aktivitetsbaserte inntektene. Det ble gjennom året arbeidet med å etablere en tilpasset organisasjon og gjennomført ekstraordinære tiltak for å redusere kostnadsnivået.

Utviklingsarbeidet for et bedre og mer samordnet Oslo universitetssykehus fortsatte i 2011. Det ble gjennomført tiltak for å forbedre behandlingsforløp og få en god arbeidsdeling både internt og mellom sykehus og primærhelsetjenesten. Virksomhet ble sammenslått, samlokalisert, flyttet og funksjoner ble omfordelt. Utviklingen av virksomheten vil fortsette i årene som kommer.

For å legge til rette for fleksibel og god drift etter sammenslåingen har det vært prioritert å få på plass felles IKT-løsninger i Oslo universitetssykehus. Prosjektet klinisk arbeidsflate skulle etablere en portalløsning som ville gjøre klinisk informasjon felles og tilgjengelig mellom de store driftsstedene i foretaket. Etter lengre tids forsinkelser og mangler ved den overleverte IT-løsningen avbestilte Oslo universitetssykehus i 2011 resterende leveranser. Det arbeides med alternative løsninger for å etablere felles klinisk informasjon i helseforetaket.

Oslo universitetssykehus har i godt samarbeid med Oslo kommune forberedt samhandlingsreformen som trådte i kraft 2012. Etableringen av samhandlingsordningene vil fortsette inn i 2012. Sammen med blant andre kommunehelsetjenesten utvikles det en samhandlingsarena på Aker sykehus.

Sykehusområde Oslo betjenes av flere sykehus. I tillegg til Oslo universitetssykehus leverer Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Sunnaas sykehus spesialisthelsetjenester etter avtale med Helse Sør-Øst RHF. Oslo universitetssykehus HF er gitt en ledende rolle i arbeidet med utvikling av områdeplan for sykehusområde Oslo og det har i 2011 vært regelmessige samarbeidsmøter med sykehusene for å oppnå en god ordning og fordeling av tjenesteytingen i sykehusområdet.

Store deler av helseforetakets bygningsmasse har et betydelig vedlikeholdsetterslep og i 2011 ble det gitt pålegg om omfattende utbedring av arbeidsmiljømangler og brannsikring. Det er etablert en plan for å oppfylle påleggene. Planen er samordnet med helseforetakets Arealplan 2025 for effektiv utnyttelse av

tilgjengelige investeringsmidler til arealutvikling. Målet er færre men bedre, mer egnede og effektive arealer. I 2011 startet byggingen av et nytt akuttbbygg på Ullevål sykehus.

Oslo universitetssykehus koordinerte sykehusenes innsats i behandlingen av de skadete fra terrorhandlingene 22. juli 2011. Den etterfølgende gjennomgangen av hendelsen viser at oppgavene ble løst på en tilfredsstillende måte, men har også påvist forbedringsområder som helseforetaket skal arbeide videre med for å stå enda bedre rustet i fremtidige beredskapssituasjoner.

Administrerende direktør Siri Hatlen gikk av 5. juni 2011. Jan Eirik Thorensen ble konstituert som administrerende direktør frem til Bjørn Erikstein tiltrådte stillingen 7. desember 2011.

Pasientbehandling

Oslo universitetssykehus hadde i 2011 over 960 000 pasientbehandlinger innen somatikken, 209 000 innen psykisk helse og over 12 000 innen spesialisert rusbehandling. Reduksjonen i opptaksområde medførte store endringer i aktiviteten fra 2010 til 2011 for alle behandlingsområder. Behandlingsaktiviteten ble på de fleste områdene gjennomført i samsvar med oppdraget fra Helse Sør-Øst RHF.

Somatikk	2011	2010	2009
Heldøgnsopphold	104 256	118 235	115 595
Dagopphold	74847	82 361	109 781
Polikliniske konsultasjoner	782 188	825 182	797 012
Liggedøgn døgnsbehandling	496 539	561 853	534 487
DRG-poeng *	218 506	230 518	198 200

*Døgn/dag/poliklinikk fra 2010 (for 2009 bare døgn/dag).

Antall sykehusopphold i somatikken var 6,3 prosent færre i 2011 enn i 2010. Reduksjonen var relativt størst for døgnopphold med 11,8 prosent og minst for polikliniske konsultasjoner med 5,2 prosent. Målt i DRG-poeng etter 2011-regelverket var reduksjonen fra 2010 til 2011 på 7 prosent.

Den somatiske aktiviteten var imidlertid nærmere tre prosent høyere enn planlagt for 2011. Om lag 1,4 prosent av avviket skyldtes endringer i regelverket for innsatsstyrt finansiering. Videre var det i 2011 en betydelig økning i aktiviteten innenfor enkelte områder hvor Oslo universitetssykehus har lands-, region- og flerområdefunksjoner. Dette var særlig innenfor transplantasjonsområdet, øyefaget og nevrokirurgi. Antall traumealarmer økte også. Denne veksten, sammen med overføringen av lokal- og områdefunksjoner til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken, har økt andelen DRG-poeng fra lands-, region- og flerområdefunksjonene som nå utgjør to tredjedeler av DRG-poengene i Oslo universitetssykehus.

Målt i antall DRG-poeng endret behandling av pasienter bosatt i utlandet og i andre helseregioner enn Helse Sør-Øst seg lite fra 2010 til 2011. Siste tre år har dette utgjort om lag 6 prosent av aktiviteten.

Antall DRG poeng	2011	2010	2009
Helse Vest	5 481	5 442	5 203
Helse Midt	4 021	4 342	4 257
Helse Nord	3 793	3 530	3 828
Utlandet	962	935	1 184

Innen psykisk helsevern var det for voksenpsykiatrien flere døgnpasienter i 2011 enn planlagt mens dagaktivitet og poliklinikk samlet var noe lavere enn planlagt. Virksomheten i barne- og ungdomspsykiatrien var redusert ved at store deler av den tidligere aktiviteten var overført til Akershus universitetssykehus 2011. Den polikliniske aktiviteten i barne- og ungdomspsykiatrien var 2,6 prosent lavere enn planlagt mens antallet døgnpasienter var noe høyere enn planlagt.

Psykisk helsevern	2011	2010	2009
Heldøgnsopphold	1 555	3 210	3 334
Dagopphold	4 385	10 591	11 072
Polikliniske konsultasjoner	115 418	177 642	174 805
Liggedøgn døgnbehandling*	86 492	137 162	142 477

Døgn/dag/poliklinikk fra 2010 (for 2009 bare døgn/dag)

*Inkludert liggedøgn private

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling fullføres endringene knyttet til nye opptaksområder først i 2012. Den polikliniske aktiviteten ble redusert, mens antall utskrevne døgnpasienter økte. Dag- og døgnaktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling var høyere enn budsjettet, mens den polikliniske aktiviteten var noe lavere enn budsjettet.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	2011	2010	2009
Heldøgnsopphold	3 282	3 017	2 812
Polikliniske konsultasjoner	8 966	12 646	12 602

Døgn/dag/poliklinikk fra 2010 (for 2009 bare døgn/dag)

Ventende og ventetider

Ventelistetallene viser at gjennom 2011 ble antall pasienter på venteliste redusert med i overkant av 20 prosent. Det var reduksjon både i antallet ventende pasienter med rett til prioritert helsehjelp og i antallet pasienter uten rett til prioritert helsehjelp.

Antall ventende i desember	2011	2010
Ventende med rett til prioritert helsehjelp	11 936	15 892
Ventende uten rett til prioritert helsehjelp	22 677	28 360
Ventende totalt	34 613	44 252

Oslo universitetssykehus hadde i desember 2011 en gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter på 59 dager for pasienter med rett til prioritert helsehjelp. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ble også redusert fra desember 2010 til desember 2011.

Gjennomsnittlig ventetid (dager) til avvikling i desember	2011	2010
Ventende med rett til prioritert helsehjelp	59	70
Ventende uten rett til prioritert helsehjelp	103	111
Ventende totalt	75	85

Gjennomsnittlig ventetid (eksterne ventelister) i dager.

Den gjennomsnittlige ventetiden for alle ventende, på slutten av 2011, var 401 dager. Oslo universitetssykehus har gjennom 2011 arbeidet for å redusere ventetider og fristbrudd for ventende med rett til helsehjelp. Ventetiden for pasienter med rett til prioritert helsehjelp gikk ned fra 172 i desember 2010 til 98 i desember 2011. Gjennomsnittlig ventetid for ventende uten rett til prioritert helsehjelp økte fra desember 2010 til desember 2011.

Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ventende i desember	2011	2010
Ventende med rett til prioritert helsehjelp	98	172
Ventende uten rett til prioritert helsehjelp	560	440
Ventende totalt	401	344

Helseforetakets ventetider oppdateres jevnlig på nettstedet "Fritt Sykehusvalg". Mye av ventetidsøkningen var innen områdene ortopedi, kardiologi, nevrokirurgi og plastikkirurgi. Årsakene til dette er sammensatte; blant annet mangel på operasjonssykepleiere og flytting av virksomheten i helseforetaket har i perioder svekket produksjonen. Innen barneortopedi og ablasjonsbehandling har det vært egne tiltak for å få ned ventetidene.

Andelen fristbrudd i desember 2011 var 10,2 prosent, redusert fra 13,8 prosent i desember 2010. På enkelte områder har ikke pasientbehandlingskapasiteten vært tilstrekkelig for å unngå fristbrudd. Kunnskapen om dette ligger til grunn for egne satsninger på kapasitetsøkning i 2012.

Antall nyhenviste har gått ned med om lag 11 prosent fra 2010 til 2011. Den alt overveiende årsaken til dette er bortfall av nyhenvisninger fra områdene som er overført til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken.

Nyhenvisninger	2011	2010
Antall	598 801	673 849

Epikrisetid

Oslo universitetssykehus HF har som mål å sende ut epikriser enten direkte med pasienten eller i brev innen syv dager etter at pasienten er utskrevet. At denne målsetningen ikke ble nådd kan delvis begrunnes i at det tar tid å få svar på spesialiserte undersøkelser. Andelen epikriser sendt innen syv dager var for lav. Det arbeides med å gi raskere epikriser til lokalavdelinger for videre pasienthåndtering der, særlig med tanke på kjemoterapiadministrasjon.

Prosentandel epikriser sendt innen 7 dager	2011	2010
Somatikk	67 %	77 %
Psykatri	60 %	44 %

Pasienttilfredshet

I den landsomfattende brukerundersøkelsen PASOPP 2011 fikk Oslo universitetssykehus HF oppløftende resultater innen informasjon til brukerne, faglig kvalitet og den direkte kontakten med helsepersonale. På områder som "intern samhandling" var det resultater svakere enn landsgjennomsnittet. Resultatene kan til dels skyldes at gjennomsnittsbehandlingen i Oslo universitetssykehus HF er mer krevende enn landsgjennomsnittet i form av behov for multimodal behandling og omfattende diagnostikk.

Brukernes oppfatning av tjenestene er en viktig tilbakemelding i utviklingen av helseforetaket. Det skal etableres interne systemer for kontinuerlig måling av pasienttilfredshet, blant annet gjennom prosjektet "Min journal" som vil gi mulighet for direkte kommunikasjon via internett mellom pasienter og sykehus.

Brukerutvalg

Brukerutvalget for Oslo universitetssykehus HF har 14 medlemmer og bidrar til kvalitetsforbedring av virksomheten slik at pasienter og pårørende opplever et velfungerende helseforetak med god kvalitet på helsetjenestene. Brukerutvalgets arbeid har i 2011 vært preget av overføringen til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF samt organisasjonstilpasningen i Oslo universitetssykehus HF. Brukerutvalget har vært bekymret for helseforetakets økonomi og manglende bevilgninger til de store omstillingsprosessene. Brukerutvalget deltar med to observatører i styremøtene. I tillegg til sentralt brukerutvalg er det klinikkvise brukerutvalg for å sikre medvirkning og brukererfaringer nærmere den kliniske aktiviteten.

Opplæring av pasienter og pårørende

Oslo universitetssykehus HF har etablert lærings- og mestringssentra for å integrere brukerkunnskap i en helhetlig behandlingskompetanse. Aktiviteten ved sentrene har økt de siste tre årene.

	2011	2010	2009
Antall kurs	245	211	137
Antall deltakere	3487	2469	2114

Forskning

Oslo universitetssykehus HF har som landets ledende helseforetak innen helseforskning en visjon om å levere forskningsresultater i verdensklasse og lede og styrke forskning nasjonalt og regionalt. Klinisk virksomhet, forskning og utdanning skal være tett integrert og gjensidig kvalitets- og kompetansehevende.

Oslo universitetssykehus HF samarbeider regionalt, nasjonalt og internasjonalt innen forskningen og er av Helse Sør-Øst tillagt en sentral rolle i et universitetssykehussystem for hele regionen, i tett samhandling med Universitetet i Oslo. Oslo universitetssykehus HF skal støtte og styrke forskningsaktivitet blant annet gjennom forskningsnettverk og tilgjengelighet og har et særlig ansvar innen utdanning og innovasjon.

Helseforetaket laget i 2011 handlingsplaner for forskning. Handlingsplanene legger stor vekt på oppfølging av anbefalinger fra fagpanelene i Norges forskningsråds nasjonale fagevaluering av biologi, medisin og helsefag gjennomført i 2011. Evalueringen ga svært gode, kvalitative resultater for Oslo universitetssykehus HF. Anbefalingene fra fagevalueringen samsvarte godt med de strategiske mål som er identifisert i helseforetakets forskningsstrategi 2011-2015.

Som del av en forsvarlig biobankvirksomhet har Oslo universitetssykehus HF inngått en samarbeidsavtale med Folkehelseinstituttet om tilgang til regionale lagringsfasiliteter for forskningsbiobanker. Arealene sikrer optimal overvåkning av forskningsmateriale og ble tatt i bruk april 2011.

Det var høy forskningsaktivitet ved Oslo universitetssykehus HF i 2011. Etter flere år med jevn vekst i forskningsaktivitet, viser imidlertid aktivitetstall og risikoanalyser tegn til at veksten

stagnerer. En årsak til denne utviklingen kan være tiltagende knapphet på interne ressurser, utstyr og arealer til forskning. Denne ressursknappheten forventes å begrense mulighetene for økt forskningsaktivitet fremover. Det langsiktige målet for eier og Oslo universitetssykehus HF er økt forskningsaktivitet og økt ressursbruk til forskning, primært gjennom eksterne finansieringsbidrag.

	2011	2010	2009
Antall vitenskapelige artikler (kilde www.publika.no) ¹	1584	1590	1444
Nasjonale tall fra NIFU*		1296	1313
Andel artikler rangert på høysete nivå (nivå 2/2a)	22,9	23,1	22,2
Andel artikler med utenlandske medforfattere	45,9	44,2	41,2

¹Nasjonal registrering følger ikke kalenderåret fullt ut og inneholder ikke alle tidsskrifter. Det er forventet at tall for 2011 vil reduseres noe som følge av løpende kvalitetssikring.

Antallet doktorgrader utført ved helseforetaket økte i 2011. Doktorgrader innen helseforskning avlegges av kandidater med ulik utdanningsbakgrunn. Involvering av ulik utdanning og kompetanse i helseforskningen er en forutsetning for god translasjonsforskning og bidrar til at grunnforskning kan omsettes i klinisk forskning og klinisk praksis.

	2011	2010	2009
Antall doktorgrader hovedsakelig utført ved foretaket ¹	122,5	117	109,5
Antall utført av medisinerne	65	69	66
Antall utført av øvrige med helsefaglig utdanning ²	8	7	1
Antall utført av andre høgskole og universitetsutdannede	49,5	41	42,5
Antall forskerårsverk inkludert støttepersonell	1198	1075	1075

* Kilde PhD: UiO samt klinikkene for PhD fra andre fakulteter, universiteter og høyskoler. Dersom arbeidet er utført ved flere helseforetak deles kreditering av doktorgraden i nasjonale målesystemer (derav 0,5 PhD).

² Sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, radiografer, bioingeniører. Det høye antallet PhD fra andre høyskole- eller universitetsutdannede er primært realister og psykologer, men også andre profesjoner

Innovasjon og næringsutvikling

Oslo universitetssykehus HF satser på innovasjon og utvikling for å øke og realisere nyskapning og næringsutvikling og ved det oppnå en effektiv utnyttelse av ressursene for samfunnet.

I 2011 vedtok helseforetaket en innovasjonsstrategi for produkt, prosess og tjenesteinnovasjoner. Datterforetaket Inven2 AS er felles kommersialiseringsenhet for Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo og utvikler arbeids- og forskningsresultater til produkter med kommersiell verdi.

	2011	2010	2009
Antall innmeldte oppfinnelser til Inven2 AS	49	55	44
Antall patentsøknader*	9	8	7
Antall lisensavtaler	11	4	4
Antall bedriftsetableringer	1	3	2

* Gjelder prioritessøknader. PCT-søknader (Patent Cooperation Treaty) og søknader videreført nasjonalt/regionalt ikke medregnet

I tillegg til innmeldte oppfinnelser til Inven2 AS, utredes ikke-kommersialiserbare, men innovative prosess- og tjenesteidéer av sykehusets interne enhet "Idépoliklinikken" I 2011 ble 26 ideer vurdert. Idépoliklinikken har tatt i bruk mini-HTA (Health Technology Assessment) i innovasjonsprosjekter. Målet er å dokumentere nytte-effekter forut for implementering av nye produkter og tjenester.

Utdanning

Oslo universitetssykehus HF er en stor utdanningsarena og mottar studenter i praksis på videregående-, bachelor-, og masternivå. Undervisning av medisinstudenter er mer integrert i sykehuset og bruker av sykehusets personell og arealer mest av utdanningsgruppene.

Grunnutdanning	2011	2010
Medisinstudenter totalt i faglige aktiviteter hvert semester ved OUS	945	945
Studenter totalt på bachelornivå med veiledet praksis ved OUS	1651	1657
Sykepleierutdanning	1217	1260
Radiografutdanning	182	158
Fysioterapiutdanning	83	90
Ergoterapiutdanning	45	51
Sosionomutdanning	22	21
Barnevernutdanning	7	6
Bioingeniørutdanning	72	51
Vernepleieutdanning	23	20
Ambulansarbeiderutdanningen, antall læreplasser	49	45
Nasjonalt parmedicutdanning	37	

Helseforetaket tar også i mot medisinstudenthospitanter fra utlandet, primært fra Universitet i Oslo og partneruniversiteter og fra International Federation of Medical Students' Associations gjennom Norsk Medisinerstudentforening. Innen universitetsutdanninger bidrar foretaket i tillegg med veiledning og undervisning i andre universitetsutdanninger, blant annet psykologi, ernæring, helseledelse og sykepleievitenskap.

Også innen videreutdanning av helsepersonell har Oslo universitetssykehus HF omfattende virksomhet.

Videreutdanning	2011	2010
Leger i spesialisering (NR id-nr), fordelt på 42 spesialistutdanninger	698 ¹	743
Videreutdanning for øvrig helsefag, studenter med praksis i OUS HF	210	232
Anestesisykepleieutdanning	16	24
Barnesykepleieutdanning	20	19
Intensivsykepleieutdanning	55	92
Operasjonssykepleieutdanning	47	52
Kreftsykepleieutdanning	31	25
Videreutdanning i psykisk helsearbeid	37	50
Nyfødtsykepleieutdanning	4	
Jordmorutdanning	36	

¹ Stillingshjemler for leger i spesialisering ble redusert med 48 i 2011 som følge av overføring av pasientopptaksområder til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Det ble tilført tre nye hjemler til andre spesialiteter.

I 2011 har det vært arbeidet med organisering av utdanningsvirksomheten ved helseforetaket, herunder koordinering og utvikling av samarbeidet med universitet og høyskolene. Det arbeides med en utdanningsstrategi for perioden 2012-2015.

Personell- og kompetansebehov

Oslo universitetssykehus HF har stort behov for operasjonssykepleiere og i noen grad anesthesi- og intensivsykepleiere. Som et rekrutteringstiltak tildelte helseforetaket ved opptak til høyskolene høsten 2011 stipend til et stort antall ansatte som vil videreutdanne seg innen operasjons-, anesthesi-, intensiv- og kreftsykepleie. Det er inngått avtale med Sykehjemsetaten i Oslo kommune om praksisopplæring for helsefagarbeiderlærlinger.

Et stadig økende antall eldre pasienter, ofte med flere diagnoser, øker behovet for legespesialister med en bred faglig bakgrunn. Samtidig er det, særlig innenfor helseforetakets høyt spesialiserte tilbud og lands- og regionsfunksjoner, en økende tendens til subspecialisering, hvor den enkelte lege konsentrerer seg om et område av sin spesialitet eller sitt fagfelt. Bredden i kompetansen om den enkelte pasients sykdom ivaretas ved multidisiplinær vurdering, behandling og koordinering.

Oslo universitetssykehus HF har samarbeidsprosjekter i det sørlige Afrika, India, Midtøsten og Nord vest Russland. Deltakelse i internasjonalt bistandssamarbeid gir ansatte bredere kompetanse og forståelse i løsing av arbeidsoppgavene i helseforetaket. I 2011 sendte Oslo universitetssykehus HF sykepleiere og leger til India og Malawi.

Tilsyn

I 2011 har sykehuset totalt hatt 22 tilsynsbesøk fra en rekke ulike tilsynsmyndigheter. Det resulterte i 65 avvik og pålegg. Avvikene lukkes fortløpende i henhold til handlingsplaner som utarbeides og følges opp. Ved årets utgang stod 26 avvik fortsatt som ikke lukket.

Sommeren 2011 gjennomførte Arbeidstilsynet et tilsyn hvoretter de ga Oslo universitetssykehus HF tre generelle og syv spesifikke lokale pålegg. Alle lokale pålegg unntatt et ble lukket i 2011. De generelle påleggene dreier seg om teknisk standard på bygningsmassen, og tiltak for å sikre et fullt forsvarlig fysisk arbeidsmiljø i alle bygninger. Oslo universitetssykehus HF har i løpet av 2011 kartlagt bygningsmassen og en tiltaksplan for perioden 2012 - 2018 foreligger og skal realiseres samordnet med helseforetakets Arealplan.

Pasientsikkerhet

Oslo universitetssykehus HF har i 2011 deltatt aktivt i Nasjonal pasientsikkerhetskampanje – i trygge hender. Kampanjen skal legge grunnlaget for varige systemer, strukturer og kompetanse om pasientsikkerhet og bidra til bedre pasientsikkerhetskultur. Helseforetaket har fortsatt arbeidet med innføring av ”Trygg kirurgi”.

Prevalensrate av helsetjenesteassosierte infeksjoner ved Oslo universitetssykehus HF som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt var 5,9 prosent i 2011 mot 7,2 prosent i 2010. Det nasjonale gjennomsnittet var 6,0 prosent i 2011. Resultatene for Oslo universitetssykehus HF ligger på landsgjennomsnittet. I dette perspektivet er resultatene akseptable, siden det er grunn til å anta Oslo universitetssykehus HF har en større andel pasienter med økt risiko for infeksjoner enn gjennomsnittet.

For å redusere legemiddelfeil ble det i 2011 blant annet opprettet et prosjekt for å dokumentere legemiddelbruk der avstemming av medikamentlister for pasienter i samhandlingsfeltet inngår.

Kvalitet, varsling av avvik og pasientsikkerhet er et satsingsområde og det jobbes systematisk med å utvikle en åpenhetskultur. Oslo universitetssykehus HF etablerte i 2010 felles elektronisk verktøy for registrering, analyse, tiltaksutvikling og rapportering av avvik og uønskede hendelser. Systemet ble i 2011 tatt i bruk ved alle avdelingene og gir en enhetlig, organisert og strukturert behandling ved avvik og uønskede hendelser.

I 2011 ble det registrert 244 hendelser med betydelig pasientskade og 6042 småskader og nestenulykker.

	2011	2010	2009
Betydelige hendelser	244	250	212
Småskader og nesten ulykker	6042	4417	4134
Andre driftsavvik	6587	5499	
Klagesaker	517	449	368

Økningen i antallet registreringer av uønskede hendelser og forhold er en ønsket utvikling mot å etablere en god og åpen registreringskultur for individuell og organisatorisk læring innenfor alle risikoområder. Merk at antallet betydelig hendelser ikke økte. Den generelle økningen tolkes som et tegn på at prosedyrer, rutiner og avvikssystem begynner å bli godt innarbeidet i organisasjonen, og at underrapportering gradvis går ned.

Andelen erstatningssaker som har fått medhold i Norsk Pasientskadeerstatning for pasienter behandlet ved Oslo universitetssykehus HF, har vært rundt 30 prosent de siste tre årene.

Saker NPE	2011	2010	2009
Antall	437	459	392
Avslag	310	327	271
Medhold	127	132	121

Kilde Norsk pasientskadeerstatning

Arbeidsmiljø og personale

Den omfattende overføringen av oppgaver til andre helseforetak gjorde 2011 til et år med store endringer for mange av de ansatte. Det ble gjennomført en innplasseringsprosess for alle ansatte i en redusert organisasjon. I 2011 ble gjennomsnittlig brutto årsverk i helseforetaket redusert med 1066 fra gjennomsnittet i 2010.

	2011	2010	2009
Gjennomsnittlig antall ansatte*	24 144	25 294	25 432
Antall brutto årsverk i gjennomsnitt*	17 517	18 533	18 687
Antall brutto årsverk i gjennomsnitt i helseforetaket	17 376	18 442	18 687

*Foretaksgruppen Oslo universitetssykehus

Med virkning fra 1. januar 2011 overførte Oslo universitetssykehus HF til sammen 823 årsverk til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, 562 ved virksomhetsoverdragelse og 261 ved frivillig overgang. Ytterligere 250 ansatte sluttet i tillegg på ordinær måte ved Oslo universitetssykehus HF og gikk over i ny stilling ved Akershus universitetssykehus HF. Overføringsprosjektet mellom de to helseforetakene er avsluttet.

I 2011 har det vært innplasseringsprosesser i alle klinikker. Overtallige følges opp av sin leder i samarbeid med omstillingssenteret for å finne varige løsninger. Det ble i 2011 funnet løsninger innad i foretaket for 40 av 66 ansatte som ikke ble innplassert. Disse er fortsatt ansatte ved Oslo universitetssykehus HF. Det arbeides det for å finne løsninger innad i foretaket for åtte, mens åtte arbeidsforhold ble avvirket og ti står uten endelig avklaring på videre ansettelsesforhold.

Oslo universitetssykehus HF har en relativt lav deltidsprosent sammenlignet med andre helseforetak og i 2011 var deltidsprosenten i foretaket stabil på om lag 17,8 prosent. I 2010 var andelen 18,1 prosent. Det ble iverksatt tiltak for å få redusert andelen uønsket deltid.

Oslo universitetssykehus HF har i 2011 vedtatt HR-strategi for 2011-2014, og harmonisert en rekke felles retningslinjer/rutiner med bakgrunn i de tre tidligere helseforetakene.

Turnover

Gjennomstrømmingen for året for alle ansatte er beregnet til 9,45 prosent, en reduksjon fra 12,7 prosent i 2010. I 2009 var turnover 10,7 prosent. Det er usikkerhet knyttet til tallgrunlaget for beregningen.

Sykefravær

Sykefraværet for 2011 lå i gjennomsnitt på 7,4 prosent, en svak nedgang fra 7,5 prosent i 2010. Gjennom året varierte sykefraværet fra 7,3 prosent til 7,9 prosent.

	2011	2010	2009
Gjennomsnitt sykefravær	7,4 %	7,5 %	8,5 %
Gjennomsnitt korttidsfravær	2,5 %	2,5 %	
Gjennomsnitt langtidsfravær	4,8 %	4,9 %	

Det er knyttet usikkerhet til tallgrunnlaget.

Oslo universitetssykehus HF inngikk i 2011 en overordnet avtale om inkluderende arbeidsliv. Det ble gjennomført opplæringstiltak om nytt regelverk for sykefraværsoppfølging. I tillegg utarbeidet klinikkene egne IA-delmål og handlingsplaner med tiltak for å nå målet om redusert sykefravær. Redusert virksomhet med omstilling og reduserte økonomiske rammer gjorde det ekstra utfordrende å nå mål og intensjoner i IA-avtalen.

Medarbeiderundersøkelse

Oslo universitetssykehus HF gjennomførte medarbeiderundersøkelse høsten 2011 med deltagelse fra hele helseforetaket og en svarprosent på 71. Resultatene fra undersøkelsen viste at de ansatte oppfatter pasientsikkerheten som god, med 81 på en skala på 0-100. Områder som fikk lavere score var de ansattes oppfatning av endring og omstilling som fikk 46, oppfatningen av et felles mål for helseforetaket som fikk 61 og de ansattes oppfatning av tilhørighet til helseforetaket som fikk 70. Når det gjelder generell jobbtilfredshet oppnådde Oslo universitetssykehus HF en score på 73.

Helse, miljø sikkerhet

Det ble totalt registrert 3 675 HMS avvik i 2011. Dette er en økning på 50 prosent fra 2010. Hoveddelen av økningen er innen kategorien "arbeidsmiljø". Økningen antas i hovedsak å skyldes bedret meldekultur. Dette understøttes av at meldeprofilen når det gjelder alvorlighetsgrad er omtrent den samme i 2011 som i 2010. Innenfor meldekategorien "Skade på ansatt" er "vold, trusler/utagerende adferd" og "stikkskader" de største avviksgruppene. Omstillingene i helseforetaket som gjennomføres parallelt med ordinær drift stiller særlige krav til fleksibilitet og endringsevne blant ledere og ansatte. I meldekategorien "Arbeidsmiljø" er det flest meldte avvik vedrørende "Arbeidspress" og "Omstilling/bemanning".

	2011	2010	2009
Registrerte HMS avvik	3 675	2 472	2 667
Mulig eller konstatert personskade	1 532	1 272	1 454
Arbeidsmiljø	1 183	628	

I 2011 er det gjennomført HMS opplæring av ledere verneombud. HMS verktøyene er revidert. Den årlige HMS runden og medarbeiderundersøkelsen har gitt klinikkene god oversikt over risikoforhold og forbedringsområder, og de har kunnet utarbeide handlingsplaner og gjennomføre risikoreducerende tiltak. De største arbeidsmiljøutfordringene i 2011 har vært arbeidsbelastning, arbeidstid, tilrettelegging av arbeidet og teknisk standard på deler av bygningsmassen. Det er utarbeidet en plan for utbedring av arbeidsmiljøavvik i tilknytning til bygninger og arealer.

Likestilling og likeverd

Oslo universitetssykehus HF har som overordnet målsetning å gi ansatte en meningsfylt arbeidssituasjon med like muligheter og rettigheter uavhengig av kjønn, religion, livssyn, etnisitet,

seksuell legning, funksjonsevne eller alder. Helseforetakets verdigrunnlag og målsetninger for personalpolitikken kommuniseres aktivt i organisasjonen.

I pilotprosjektet "Likeverdig helsetjeneste for en flerkulturell befolkning" har Oslo universitetssykehus HF i samarbeid med Høgskolen i Oslo som faglig ansvarlig, en videreutdanning for ansatte kalt "Veiledning i flerkulturelt helsearbeid". Målet med utdanningen er å styrke den enkelte ansattes kompetanse innenfor flerkulturell forståelse, samt bidra til økt bevissthet rundt egen rolle som profesjonsutøver i møtet med minoritetsspråklige pasienter og brukere. Til nå har 36 ansatte fullført videreutdanningen. Nettverket utvides med ytterligere 11 ansatte i mai 2012.

Helseforetaket tilrettelegger for at ansatte gis likeverdig tilgang til fagutvikling, lederutdanning og karrieremuligheter. I samarbeid med Universitetet i Oslo er det et mål å bedre kjønnsbalansen innen vitenskapelige toppstillinger i medisin. Det er i 2011 startet et eget lederutviklingsprogram for lederkandidater med flerkulturell bakgrunn.

Oslo universitetssykehus HF er som andre helseinstitusjoner en kvinnedominert arbeidsplass. Av totale brutto månedsværk i 2011 var 12 371 (71 prosent) utført av kvinner og 5005 (29 prosent) av menn. I 2010 var det henholdsvis 72 og 28 prosent. Kvinner er godt representert innen alle fagområder i virksomheten.

På mellomledernivå er det en overvekt kvinnelige ledere. I toppledelsen, nivå en og to i organisasjonen, er seks av totalt sytten ledere kvinner. Foretaket arbeider systematisk med å rekruttere flere kvinner til lederstillinger. I helseforetakets styre er det seks kvinner og åtte menn.

Ytre miljø

Virksomheten ved Oslo universitetssykehus HF medfører betydelige mengder avfall. Deler av dette er risikoavfall som for eksempel engangs forbruksmateriell som bandasjer og sprøyter, radioaktive stoffer og spesialvæsker som formalin, xylen, sprit med mer. Avfall samles opp for forsvarlig håndtering og destruksjon. Helseforetaket ble i 2011 ilagt bot og inndragning for overtredelse av forurensningsloven i forbindelse med tidligere utslipp av formalin. Virksomhetens direkte utslipp til jord, luft og vann er begrenset og påvirker ikke det ytre miljøet.

	2011	2010	2009
Avfall i tonn	5 065	5711	5 341
Energiforbruk i Gwh	295	325	305
Energiforbruk - gjennomsnitt i kwh/m ²	314	345	325
Vannforbruk i m ³	1 090 000	1 002 400	961 000

Energiforbruket i 2011 ble redusert med i underkant av ti prosent i forhold til 2010. Årsaken var mildere vinter og kaldere sommer samt noe redusert aktivitet på Aker sykehus. Foretaket arbeider fortsatt med å identifisere lønnsomme energiltak og vurderer mulighetene for å etablere et felles system for løpende energioppfølging. Vannforbruker viser en økning på ca. 9 % som gjenspeiler økt aktivitet i foretaket.

Det pågår en risikogjennomgang i helseforetaket for å kunne begrense virksomhetens belastning på det ytre miljø i forbindelse med driften og å redusere belastningen på miljøet der det er mulig.

Framtidsutsikter

Eier vedtok oppdrag og bestilling 2012 for Oslo universitetssykehus HF i foretaksmøte 10. februar 2012. Oslo universitetssykehus HF har fortsatt et todelt oppdrag med å gjennomføre ordinær drift tilpasset redusert opptaksområde og samtidig utvikle Oslo universitetssykehus HF i samsvar med omstillingsprogrammet vedtatt av Helse Sør-Øst RHF blant annet i styrevedtak 108/2008. Oppdraget innebærer en reduksjon i aktiviteten innenfor somatikken fra 2011 til 2012 på i overkant av tre prosent. Kravet til økonomisk årsresultat for 2012 er minus 400 millioner kroner eller bedre.

Innefor den usikkerhet som normalt knytter seg til vurderinger av fremtidige forhold gis følgende omtale i tilknytning til fremtidig virksomhet.

Tilpassning av virksomheten til endret aktivitet

Oslo universitetssykehus HF skal dimensjonere og organisere tjenesteytelsen til de oppgaver og den befolkningen helseforetaket skal betjene. Etter overføringen av om lag 10 prosent av aktiviteten til andre har Oslo universitetssykehus HF en til dels uhensiktmessig struktur i avvikling av pasientbehandlingen. Dette gjelder spesielt drift på Aker sykehus hvor virksomhetsgrunnet er betydelig endret etter overføringen. Aktiviteten på Aker sykehus skal utvikles til en samhandlingsarena i samarbeid med Oslo kommune og de øvrige sykehusene med befolkningsansvar i Oslo.

Sykehusområde Oslo betjenes av flere sykehus. Oslo universitetssykehus HF skal ved organisering og dimensjonering av sin virksomhet legge til grunn kapasiteten ved de øvrige sykehusene i sykehusområdet: Lovisenberg Diakonale Sykehus AS, Diakonhjemmet Sykehus AS og Sunnaas sykehus HF.

Omstilling og arealutvikling

Tilpassning av virksomheten med redusert antall driftslokaliseringer og hensiktsmessige arealer og driftsstruktur vil i årene 2012 -2014 kreve utbedringer av dagens bygningsmasse og nytt Akuttbygg på Ullevål sykehus. Oslo universitetssykehus HF er i statsbudsjettet for 2012 stilt til disposisjon 1,5 milliarder kroner i lån og tilskudd til omstilling frem til utgangen av 2014. På lengre sikt innebærer omstillingsoppdraget blant annet at Oslo universitetssykehus HF skal samle dublerede lands- og regionfunksjoner. Det vil kreve investeringer i nybygg.

IKT

For å kunne realisere faglige og økonomiske gevinster av sammenslåingen til Oslo universitetssykehus HF må helseforetaket få etablert integrerte administrative og kliniske IKT-systemer. Etableringen av felles IKT-systemer gjennomføres avstemt mot de regionale satsinger innen IKT. Tilstrekkelig tilgang på ressurser internt og hos Sykehuspartner, regionens felles IKT-leverandør, vil være avgjørende for dette arbeidet fremover. Kostnader knyttet til drift og utvikling av nødvendig IKT-integrasjon vil øke betydelig i årene som kommer.

Medisinskteknisk utstyr

Gjennomsnittsalderen på det medisinsktekniske utstyret i Oslo universitetssykehus HF blir stadig høyere som følge av at foretaket ikke har tilstrekkelige investeringsmidler til fornyelse. For å redusere risikoen for store avbrudd i driften er de begrensede midlene prioritert til å erstatte og skifte ut medisinskteknisk utstyr som er helt foreldet eller brutt sammen.

Driftsøkonomi og ordinære investeringer

Driften av Oslo universitetssykehus HF i 2012 vil være preget av arbeidet med å tilpasse kapasitet og ressursbruk til et lavere aktivitetsnivå. Sammen med de driftsulempene en uhenksommessig driftsstruktur representerer, medfører dette en betydelig resultatrisiko i 2012. På lenger sikt legger økonomisk langtidsplan i Helse Sør-Øst RHF til grunn at også Oslo universitetssykehus HF som de andre foretakene i regionen skal drives slik at positive resultater fra driften gir midler til investeringer og nye satsninger.

Oslo universitetssykehus HF har i 2012 fått en ramme for ordinære investeringer på 315 millioner. Av dette er 160 millioner kroner satt av til helt nødvendige utskiftninger i medisinskteknisk utstyr. For øvrig har det vært nødvendig å prioritere investeringsmidler til utbedringer av bygninger for raskt å imøtekomme de alvorligste arbeidsmiljømanglene og ivareta tilstrekkelig brannsikring.

Fortsatt drift

Styret bekrefter at regnskapet for 2011 er avlagt under forutsetning om fortsatt drift. Fra årsskiftet og fram til regnskapet avlegges er det ikke inntruffet forhold av vesentlig betydning som det ikke er tatt hensyn til i regnskapet.

Resultat, investeringer, finansiering og likviditet

Økonomisk resultat

Årsresultatet i 2011 for foretaksgruppen Oslo universitetssykehus var et underskudd på 559 millioner kroner. Samlede driftsinntekter i 2011 utgjør 17 845 millioner kroner, hvorav aktivitetsbaserte inntekter utgjør 6 320 millioner kroner. Andelen aktivitetsbaserte inntekter av sum driftsinntekter er om lag på samme nivå som i 2010.

Driftskostnadene utgjorde 18 288 millioner kroner i 2011. Personalkostnader utgjør 12 337 millioner kroner eller 67 prosent av driftskostnadene. Andelen personalkostnader er økt fra 63 prosent i 2010. Dette må sees på bakgrunn av at pensjonskostnadene ble vesentlig redusert i 2010 som følge av planendringene i 2010. Korrigert for disse forholdene var andelen personalkostnader noe høyere i 2011 enn i 2010.

Driftsresultatet var negativt med 443 millioner kroner i 2011.

Investeringer

Det ble investert for 478 millioner kroner i foretaket i 2011. Ved utgangen av 2011 var det balanseført prosjekter under utførelse til en verdi av 345 millioner. Investeringene er i hovedsak gjennomført for å opprettholde kapasiteten i pasientbehandlingen. Innenfor videreføring av drift var brannsikring av midtblokka på Ullevål det største enkeltprosjektet. Prosjektet avsluttes i 2012 og er sluttfasen av et større prosjekt for å bedre brannsikkerheten i bygget. Det er også gjort noen store utskiftninger innenfor medisinskteknisk utstyr, i tillegg til reinvesteringer ved sammenbrudd. Innenfor omstillingsprosjektene er nytt akutthbygg det største enkeltprosjektet. Prosjektets fremdrift går i henhold til plan og er forventet ferdig i 2014.

Finansiell risiko

Som helseforetak hefter staten ubegrenset for Oslo universitetssykehus HFs forpliktelser. Oslo universitetssykehus HF kan ikke ta opp lån fra andre enn sin eier. Oslo universitetssykehus HF er i begrenset grad sårbar for svingninger i utenlandske valutakurser. Eksponeringen er begrenset til oppgjør for varekjøp i utenlandsk valuta.

Størstedelen av helseforetakets inntekter kommer fra offentlige virksomheter og organer. Derfor er det liten risiko for at andres økonomiske forpliktelser overfor foretaket ikke skal bli oppfylt.

Det er stilt store krav til omstilling og gevinstrealisering de nærmeste årene. Mye av omstillingen er avhengig av investeringsmidler for å kunne samlokalisere og effektivisere driften.

Finansiell stilling

Foretaksgruppen Oslo universitetssykehus hadde en positiv kontantstrøm fra drift på 706 millioner kroner. Forskjellen mellom det regnskapsmessige underskuddet på 559 millioner kroner og kontantstrøm fra drift skyldes flere forhold. Kostnadsført pensjon er 597 millioner kroner høyere enn betalt pensjonspremie. Det er kostnadsført avskrivninger og nedskrivninger med til sammen 889 millioner kroner. Gevinst fra salg av eiendom på 32 millioner kroner er uten kontanteffekt. Øvrige poster uten kontanteffekt og endring i omløpsmidler og kortsiktig gjeld bidrar negativt med 188 millioner kroner. I løpet av 2011 reduserte Oslo universitetssykehus driftskreditten fra Helse Sør Øst RHF med 207 millioner kroner.

Kontantstrøm fra investerings- og finansieringsaktiviteter reduserer likviditeten med 727 millioner kroner. Investeringene har redusert likviditeten med 478 millioner kroner. Dette er delvis finansiert med eiendomssalg. I forbindelse med overføring av opptaksområdet til andre foretak i Helse Sør-Øst er driftsmidler, egenkapital og gjeld redusert, uten kontanteffekt. Langsiktig gjeld er endret som følge av overføring av likviditet til Sykehuspartner for investeringer i IKT og betaling av avdrag til Helse Sør-Øst RHF.

Likvide midler ble redusert med 21 millioner kroner gjennom 2011. Ved årets utgang har foretaksgruppen 560 millioner kroner i bankinnskudd, kontanter og lignende.

Oslo universitetssykehus HF har en egenkapitalandel på 43 prosent ved utgangen av 2011. Dette er en reduksjon på 3 prosentpoeng fra utgangen av 2010 og skyldes regnskapsunderskuddet. Helseforetaket har ikke fri egenkapital. Ved årets utgang har Oslo universitetssykehus HF 484 millioner kroner i bankinnskudd, kontanter og lignende.

Eiers økonomiske styringsmål

I foretaksmøte 1. juni 2011 ble det kravet til økonomisk årsresultat for 2011 stadfestet til minus 400 millioner kroner eller bedre. Årsresultatet for 2011 ble 159 millioner kroner svakere enn styringsmålet som er et avvik på 9 promille av samlede inntekter.

Disponering av årsresultatet

Det fremlagte årsresultatet gir etter styrets og administrerende direktørs mening en riktig fremstilling av virksomheten i 2011. Styret foreslår at underskuddet på 559 millioner kroner overføres til annen egenkapital.

Oslo den 29. mars 2011

Stener Kvinsland
styreleder

Göran Stiernstedt
nestleder

Marianne Borgen

Barbro Lill Hætta

Nina Tangnes Gønvold

Ole Petter Ottersen

Ellen Christine Christiansen

Anders Utne

Tor Ingebrigtsen

Aasmund Magnus Bredeli

Merete Norheim Morken

Bjørn Wølsted-Knudsen

Svein Erik Urstrømmen

Rita von der Fehr

Bjørn Erikstein
administrerende direktør

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29 mars 2012

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Årsberetning 2011
Årsregnskap 2011

SAK 14/2012: ÅRSOPPGJØR 2011

Forslag til vedtak

- 1. Styret underskriver årsberetning og årsregnskap for 2011.*
- 2. Årsberetning og årsregnskap for 2011 legges frem for godkjenning i foretaksmøte.*

Oslo, 22. mars 2012

Bjørn Erikstein

Oppsummering

Oslo universitetssykehus hadde i 2011 over 960 000 pasientbehandlinger innen somatikken, 209 000 innen psykisk helse og over 12 000 innen spesialisert rusbehandling. Reduksjonen i opptaksområde medførte store endringer i aktiviteten fra 2010 til 2011 for alle behandlingsområder.

Behandlingsaktiviteten ble på de fleste områdene gjennomført i samsvar med oppdraget fra Helse Sør-Øst RHF.

Omsetningen i 2011 var 17 845 millioner kroner. Årsresultatet i foretaksgruppen Oslo universitetssykehus er et underskudd på 559 millioner kroner. Resultatet 159 millioner kroner lavere enn styringsmålet fra Helse Sør-Øst RHF på minus 400 millioner kroner eller bedre. Avviket utgjør 9 promille av samlede inntekter.

Sammenlignet med foreløpig årsregnskap (jfr styresak 3/2012) viser endelig årsregnskap en resultatforbedring på 41 millioner kroner. Resultatforbedringen kan i hovedsak relateres til følgende forhold:

- Kurdøgnsinntekter fra 2010 (15 mill kroner)
- Korrigering av dobbeltfakturering IKT fra Sykehuspartner (10 mill kroner)
- Oppdatert ISF-grunnlag (5 mill kroner)
- Pensjonskostnader (9 mill kroner)

Det er gjennomført en kartlegging og dokumentasjon av styremedlemmers og ledende ansattes verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører. Ingen ledende ansatte eller styremedlem i Oslo Universitetssykehus har oppgitt å ha roller, ansvar og/eller verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretaket har til andre aktører.

Revisors vil avgi ren beretning for 2011. Revisor vil være tilstede i styremøte ved behandling av årsoppgjøret.

Årsregnskap

Resultatregnskap 01.01 - 31.12

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	Note	2011	2010
DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER			
Basisramme	2	9 924 662	9 783 493
Aktivitetsbasert inntekt	2	6 319 769	5 960 206
Annen driftsinntekt	2	1 600 698	1 517 252
Sum driftsinntekter		17 845 129	17 260 951
Kjøp av helsetjenester	3	501 498	523 788
Varekostnad	4	2 162 015	2 230 925
Lønn og annen personalkostnad	5	12 337 880	10 401 751
Ordinære avskrivninger	6,7	873 215	914 096
Nedskrivning	6,7	15 332	185 072
Annen driftskostnad	9	2 398 082	2 343 727
Sum driftskostnader		18 288 021	16 599 358
Driftsresultat		-442 892	661 593
FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER			
Finansinntekt	9,12	20 711	18 711
Nedskrivning av finansielle anleggsmidler	8	4	0
Finanskostnad	9,12	135 204	111 884
Netto finansposter		-114 497	-93 173
Resultat før skattekostnad		-557 389	568 420
Skattekostnad på ordinært resultat	10	1 373	925
Ekstraordinære poster			
ÅRSRESULTAT		-558 761	567 495
Minoriteters andel av årsresultatet		-54	754
OVERFØRINGER			
Overført fra strukturfond	RS0500		
Overført til annen innskutt egenkapital	RS0510		
Overført til/fra fond for vurderingsforskjeller	RS0520		
Overføringer til/fra annen egenkapital	RS0530	558 761	567 495
Overført minoritet	RS0540	54	-754
Sum overføringer		559 419	-566 151

Årsregnskap

Balanse per 31.12

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	Note	2011	2010
EIENDELER			
Anleggsmidler			
Immaterielle eiendeler			
Immaterielle eiendeler	6		
Utsatt skattefordel	10		
Sum immaterielle eiendeler		0	0
Varige driftsmidler			
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	7	10 429 760	10 929 134
Medisinskteknisk utstyr, Inventar, transportmidler og lignende	7	1 357 712	1 366 662
Anlegg under utførelse	7	345 237	554 374
Sum varige driftsmidler		12 132 708	12 850 170
Finansielle anleggsmidler			
Investering i datterselskap/- foretak	8		
Investeringer i FKV og TS		20 300	20 100
Investeringer i andre aksjer og andeler		91 585	77 285
Andre finansielle anleggsmidler	8,12	3 181 388	2 814 550
Pensjonsmidler	11	1 182 946	1 587 736
Sum finansielle anleggsmidler		4 476 219	4 499 671
Sum anleggsmidler		16 608 928	17 349 841
Omløpsmidler			
Varer			
Varer	4	97 044	99 690
Fordringer			
Fordringer	9	951 692	954 812
Sum fordringer		951 692	954 812
Bankinnskudd, kontanter o.l.	13	560 182	580 852
Sum omløpsmidler		1 608 918	1 635 355
SUM EIENDELER		18 217 846	18 985 196
EGENKAPITAL OG GJELD			
Egenkapital			
Innskutt egenkapital			
Foretakskapital		100	100
Strukturfond			
Annen innskutt egenkapital		11 709 826	12 129 124
Sum innskutt egenkapital	14	11 709 926	12 129 224
Opptjent egenkapital			
Fond for vurderingsforskjeller			
Minoritetsinteresser		7 610	7 664
Annen egenkapital		-4 030 368	-3 467 306
Sum opptjent egenkapital	14	-4 022 758	-3 459 643
Sum egenkapital		7 687 168	8 669 581

Gjeld**Avsetning for forpliktelser**

Pensjonsforpliktelser	11	847 875	545 500
Utsatt skatt		2 597	1 721
Andre avsetninger for forpliktelser	17	1 422 023	1 461 066
Sum avsetninger for forpliktelser		2 272 494	2 008 287

Annen langsiktig gjeld

Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet			
Øvrig langsiktig gjeld	12	1 781 858	1 974 902
Sum annen langsiktig gjeld		1 781 858	1 974 902

Kortsiktig gjeld

Betalbar skatt	10	497	223
Skyldige offentlige avgifter		787 902	885 835
Annen kortsiktig gjeld	9	5 687 927	5 446 367
Sum kortsiktig gjeld		6 476 326	6 332 425
Sum gjeld		10 530 678	10 315 614
SUM EGENKAPITAL OG GJELD		18 217 846	18 985 195

Årsregnskap

Kontantstrømoppstilling

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:		
Årsresultat	-558 761	567 495
Ordinære avskrivninger	873 215	914 096
Nedskrivninger varige driftsmidler og finansielle anleggsmid	15 332	185 072
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i	596 795	-1 694 376
Tap/gevinst ved avgang anleggsmidler	-32 395	-50 755
Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	-337 204	-853 910
Endring i omløpsmidler og kortsiktig gjeld	149 116	962 322
Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	706 097	29 944
KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:		
Innbetalinger ved salg av driftsmidler	81 705	121 100
Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-477 809	-565 447
Avgang anleggsmidler uten kontanteffekt	259 143	18 452
Inn-/utbetalinger ved utlån	-44 905	
Inn-/utbetalinger ved salg/kjøp av finansielle eiendeler	-14 300	-19 800
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-196 165	-445 695
KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:		
Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	-7 701	569 441
Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-98 132	-95 782
Endring driftskreditt		
Endring foretakskapital uten kontanteffekt	-424 770	-17 021
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	-530 603	456 639
Netto endring i likviditetsbeholdning	-20 670	40 888
Likviditetsbeholdning pr 01.01.	580 852	559 252
Likviditetsbeholdning innfusjonert virksomhet		-19 287
Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12	560 182	580 852

Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet

Årsregnskapet er avlagt i samsvar med regnskapsloven og god regnskapsskikk.

De regionale helseforetakene ble stiftet med basis i helseforetaksloven i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Staten overførte formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregionene øst og sør til nåværende Helse Sør-Øst RHF 1. januar 2002. Virksomheten er regulert av lov om helseforetak m.m. Virksomhetsoverføringene skjedde som tingsinnskudd og transaksjonsprinsippet ble lagt til grunn.

Helse Sør RHF og Helse Øst RHF fusjonerte til Helse Sør-Øst RHF med regnskapsmessig virkning 1.1.2007.

I forbindelse med sykehusreformen utarbeidet uavhengige tekniske miljøer høsten 2001 takster for bygg og tomter basert på gjenanskaffelsesverdi. I gjenanskaffelsesverdien ble det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler ble gjenanskaffelseskost beregnet. Tilsvarende ble gjennomført i 2003/2004 i tilknytning til overføringen av rusomsorgen.

I forbindelse med avleggelsen av regnskapet for 2002 ble det diskutert om foreliggende takster burde nedjusteres i forhold til forventninger om nivået på fremtidige kontantstrømmer (bevilgninger). Basert på verdier fastsatt av daværende Helsedepartementet ble regnskapet for 2002 avlagt med foreløpig åpningsbalanse der verdiene på bygg var lavere enn takstverdiene. Ved regnskapsavleggelsen for 2003 ble åpningsbalansen verdsatt til gjenanskaffelsesverdi, dvs. tilsvarende takstene utarbeidet høsten 2001. Dette ble basert på at helseforetakene er non-profit-virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, og at bruksverdi dermed representerer virkelig verdi for anleggsmidler. Det ble samtidig gjort fradrag for overførte anleggsmidler der det per 1.1.2002 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i fremtiden.

Det følger av Helseforetakslovens § 31- 33 at det er restriksjoner med hensyn til foretakets muligheter til å avhende faste eiendommer, avhende sykehusvirksomhet samt mulighet for opptak av lån, garantier og pantstillelser.

Vurderings- og klassifiseringsprinsipper

Virksomhetsoverdragelser

Konserninterne virksomhetsoverdragelser bokføres etter regnskapsmessig kontinuitet. Nettoeffekten av bokførte verdier av overførte eiendeler og forpliktelser knyttet til overført virksomhet føres som et tingsuttak i form av en kapitalnedsettelse i avgivende helseforetak, og et tingsinnskudd mottakene helseforetak.

Overføring av virksomhet mellom helseforetak skjer til bokført verdi som forutsettes å representere bruksverdi.

Generelt om inntektsførings- og kostnadsføringsprinsipper

Inntektsførings- og kostnadsføringsprinsippene bygger på de grunnleggende regnskapsprinsippene om transaksjon, opptjening, sammenstilling og forsiktighet. I den grad regnskapet inneholder usikre poster bygger disse på beste estimat, basert på tilgjengelig informasjon på balansedagen.

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene til helseforetakene kan deles i tre: Fast grunnfinansiering (basis) fra eier, aktivitetsbaserte inntekter og andre driftsinntekter. Inntekter fra Helse- og omsorgsdepartementet som går via det regionale helseforetaket er bruttoført i Helse Sør-Øst RHF.

Grunnfinansiering

Grunnfinansieringen består av basisramme drift. Grunnfinansieringen tildeles foretakene fra Helse Sør-Øst RHF som fast bevilgning til drift av foretaket. Grunnfinansieringen inntektsføres i den perioden midlene tildeles. Ved overtakelse av nye oppgaver der departementet har holdt igjen midler for deler av året, er tilsvarende beløp avsatt som en inntekt i regnskapet og som fordring på Helse- og omsorgsdepartementet.

Aktivitetsbaserte inntekter

Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-inntekter (ISF = innsattsstyrt finansiering), polikliniske inntekter (refusjoner fra HELFO og egenandeler), gjestepasientinntekter, inntekter fra selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgentjenester. Oppførte ISF-inntekter er basert på koding i Norsk Pasient Register (NPR). Det er noe usikkerhet med hensyn til kvaliteten på kodingen. Dette gjelder alle regioner og ikke spesielt Helse Sør-Øst. Gjennomgang har vist at det forekommer både positive og negative avvik. Det er fokus i helseforetakene på betydningen av riktig koding for å få vist korrekte inntektstall. Gjestepasientoppgjør føres brutto, dvs. kostnadsføring for kjøp av helsetjenester med tilhørende ISF-refusjon innen somatisk virksomhet, og inntektsføring for salg av helsetjenester. ISF inntekter og poliklinikkinntekter inntektsføres i den perioden aktiviteten er utført.

Andre inntekter

Andre inntekter tilknyttet kjernevirksomheten er inntekter fra apotekene og fra kommuner knyttet til utskrivningsklare pasienter. I tillegg har helseforetakene salgsinntekter fra kantine og leieinntekter fra personalboliger. Andre inntekter inntektsføres i den perioden varen/tjenesten er levert.

I tillegg gis det øremerkede statstilskudd. Øremerkede tilskudd inntektsføres når aktivitetene gjennomføres og i takt med kostnadene som er knyttet til gjennomføringen av de aktiviteter som tilskuddet er knyttet til. Disse tilskuddene kan overføres til fremtidige år.

Prinsipper for kostnadsføring

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntekter, kostnadsføres når de påløper.

Klassifisering og vurdering av balanseposter

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet. Øvrige poster er klassifisert som anleggsmidler/langsiktig gjeld. Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet. Anleggsmidler vurderes til anskaffelseskost på anskaffelsestidspunktet og avskrives lineært over forventet brukstid. Anleggsmidler nedskrives dersom de ikke lenger vil være i bruk. Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet. Første års avdrag på langsiktig gjeld vises sammen med øvrig langsiktig gjeld.

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler balanseføres til anskaffelseskost og avskrives over driftsmidlets forventede levetid. Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en økonomisk levetid på over tre år samt en kostpris på over kr. 100.000,-. Driftsmidler avskrives fra det tidspunkt de tas i bruk. Dersom gjenvinnbart beløp av driftsmidlet er lavere enn balanseført verdi foretas en nedskrivning til gjenvinnbart beløp. Gjenvinnbart beløp er det høyeste av netto salgsverdi og verdi i bruk.

Utgifter forbundet med periodisk vedlikehold og reparasjoner på produksjonsutstyr, periodiseres. Utgifter forbundet med normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført. Utgifter ved større utskiftninger og fornyelser som øker driftsmidlenes levetid vesentlig, balanseføres. Driftsmidler som erstattes, kostnadsføres.

Renter som knytter seg til anlegg under oppføring blir aktivert som en del av kostprisen.

Immaterielle eiendeler, herunder forskning og utvikling

Utgifter til utvikling balanseføres i den grad det kan identifiseres en fremtidig økonomisk fordel knyttet til utvikling av identifiserbare immaterielle eiendeler. I motsatt fall kostnadsføres slike utgifter løpende. Balanseført utvikling avskrives lineært over den økonomiske levetiden. Utgifter til forskning kostnadsføres løpende. Andre immaterielle eiendeler som forventes å gi fremtidige inntekter balanseføres og avskrives over økonomisk levetid.

Usikre forpliktelser

Dersom det etter selskapets oppfatning er sannsynlig at en usikker forpliktelse vil komme til oppgjør, og verdien av oppgjøret kan estimeres pålitelig, kostnadsføres forpliktelsen i resultatregnskapet og tas inn som en avsetning for forpliktelser i balansen.

Datterselskap

Med datterselskap menes annet foretak der helseforetaket normalt har en eierandel på over 50 %, hvor investeringen er av langvarig og strategisk karakter og hvor helseforetaket har bestemmende innflytelse. Datterselskap vurderes etter kostmetoden i foretakets regnskap. Investeringen er vurdert til anskaffelseskost med mindre nedskrivning har vært nødvendig. Det foretas nedskrivning til virkelig verdi når det oppstår verdifall som skyldes årsaker som ikke kan antas å være forbigående og det må anses nødvendig etter god regnskapsskikk. Nedskrivninger reverseres når grunnlaget for nedskrivning ikke lenger er til stede.

Behandling av felleskontrollert virksomhet

Med felleskontrollert virksomhet menes virksomhet hvor deltakerne sammen har felles kontroll. Felleskontrollert virksomhet er enten felleskontrollert drift eller felleskontrollert selskap. Ingen deltaker alene har bestemmende innflytelse, men man har sammen bestemmende innflytelse.

Samarbeidet må være regulert i en samarbeidsavtale som hjemler felles kontroll, og deltakelsen må ikke være midlertidig.

Helse Sør-Øst vurderer felleskontrollert virksomhet etter egenkapitalmetoden i selskapsregnskapet og i konsernregnskapet.

Tilknyttede selskap

Med tilknyttet selskap menes et selskap hvor investor har betydelig innflytelse uten at det foreligger et konsernforhold eller felles kontrollert virksomhet (joint venture). Betydelig innflytelse anses normalt å foreligge når investor har 20 % til 50 % av stemmeberettiget kapital i et selskap. Tilsvarende gjelder dersom to eller flere konsernselskap har en slik innflytelse over et annet selskap.

Investering i tilknyttet selskap vurderes etter egenkapitalmetoden i foretakets regnskap og i foretaksgruppens regnskap.

Egenkapitalinnskudd pensjonskasser

Egenkapitalinnskudd i KLP og andre pensjonskasser er verdsatt til kost.

Pensjoner

Regnskapsføring av pensjonskostnader skjer i samsvar med Norsk Regnskapsstandard, NRS 6 Pensjonskostnader. Selskapets pensjonsforpliktelser, både sikret og usikret, beregnes som den diskonterte verdi av de fremtidige pensjonsytelser som anses påløpt på balansedagen. Det forutsettes at arbeidstakerne opparbeider sine pensjonsrettigheter lineært over den yrkesaktive perioden. Pensjonsmidlene er vurdert til virkelig verdi og fratrukket i netto pensjonsforpliktelse i balansen. Eventuell overfinansiering balanseføres i den grad overfinansieringen kan utnyttes eller tilbakebetales. Den enkelte pensjonsordning vurderes for seg, men verdi av overfinansiering i en ordning og underfinansiering i andre ordninger nettoføres i balansen såfremt pensjonsmidlene kan overføres mellom ordningene. Netto pensjonsmidler presenteres som andre langsiktige fordringer, mens netto pensjonsforpliktelser presenteres som avsetning for forpliktelser.

Endringer i forpliktelsen som skyldes endringer i pensjonsplaner fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot beregningsforutsetningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av avvikene som overstiger 10 % av det største av brutto pensjonsforpliktelser eller pensjonsmidler.

Periodens netto pensjonskostnad er inkludert i lønn og sosiale kostnader, og består av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på den beregnede pensjonsforpliktelsen, forventet avkastning av pensjonsmidlene, resultatført virkning av endringer i estimer og pensjonsplaner, resultatført virkning av avvik mellom faktisk og forventet avkastning, samt periodisert arbeidsgiveravgift.

Arbeidstakers andel av pensjonspremien er kommet til fradrag i lønnskostnaden.

Konsolideringsprinsipper

Regnskapet for foretaksgruppen omfatter morselskapet Helse Sør-Øst RHF og alle underliggende helseforetak. Regnskapet for foretaksgruppen er utarbeidet som om gruppen var én økonomisk enhet. Transaksjoner og mellomværende mellom foretakene i gruppen er eliminert. Alle bevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet føres via det regionale helseforetaket.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er oppført i balansen til pålydende etter fradrag for avsetning til forventet tap. Avsetning til tap gjøres på grunnlag av individuelle vurderinger av de enkelte fordringene. I tillegg gjøres det for øvrige kundefordringer en uspesifisert avsetning for å dekke antatt tap.

Varebeholdninger

Lager av innkjøpte varer er verdsatt til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Varelageret nedskrives dersom virkelig verdi er lavere enn anskaffelseskost. Reservedeler klassifiseres som varelager.

Valuta

Pengeposter i utenlandsk valuta er vurdert til kursen ved regnskapsårets slutt.

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter indirekte metode. Trekk på konsernkontoordningen er klassifisert som kortsiktig gjeld, og presentert på egen linje i kontantstrømoppstillingen. Likviditetsbeholdningen består av bundne midler og bankkonti utenfor konsernkontoordningen.

Konsernkontoordning

Innskudd og gjeld på konsernkontoen er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Sør-Øst RHF i det enkelte helseforetak. Renteinntekter- /kostnader er behandlet som konserninterne renter i helseforetaket.

Eiendomsoverdragelser i forbindelse med reformen

Alle formaliteter rundt overdragelse av bygg og tomter er ikke endelig avklart. Det gjenstår arbeid med oppmåling og fradeling av enkelte eiendommer, delingsforretninger, nemndbehandling og avklaring med tidligere eiere. Formell overskjøting mangler fortsatt for noen eiendommer. Det aller meste er avklart, men det foreligger noe usikkerhet rundt eierskap til bygg og tomter oppført i balansen.

Endringer i regnskapsprinsipp og feil i tidligere perioder

Virkingen av endringer i regnskapsprinsipp og korrigerings av feil i tidligere perioder er ført direkte mot egenkapitalen.

Skatt

Foretakets virksomhet, sykehusdrift, er ikke skattepliktig. Skatteberegning som fremkommer i regnskapet til foretaksgruppen knytter seg i sin helhet til skattepliktig virksomhet i datterdatter foretak.

Skattekostnaden omfatter både periodens betalbare skatt og endring i utsatt skatt/ skattefordel. Betalbar skatt beregnes på grunnlag av årets skattemessige resultat. Utsatt skatt/ skattefordel beregnes på grunnlag av midlertidige forskjeller mellom regnskapsmessige og skattemessige verdier, samt skattevirkninger av underskudd til fremføring. Utsatt skattefordel er bare balanseført i den grad det er sannsynlig at fordelene vil bli realisert i fremtiden.

Årsregnskap

Note 1 - Virksomhetsområder

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
Driftsinntekter pr virksomhetsområde		
Somatiske tjenester	14 635 281	13 594 158
Psykisk helsevern VOP	1 697 783	2 300 001
Psykisk helsevern BUP	344 008	*
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	405 910	488 921
Annet	762 147	864 223
Overføringer til datterforetak		
Driftsinntekter pr virksomhetsområde	17 845 129	17 247 303
Driftskostnader pr virksomhetsområde		*
Somatiske tjenester	-14 989 456	
Psykisk helsevern VOP	-1 626 280	
Psykisk helsevern BUP	-389 869	
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	-478 443	
Annet	-803 973	
Kjøp av helsetjenester fra datterforetak		
Driftskostnader pr virksomhetsområde	-18 288 021	
Driftsinntekter fordelt på geografi		
Pasienter hjemmehørende i Helse Sør-Øst RHF sitt opptaksomr	17 267 962	16 772 761
Pasienter hjemmehørende i resten av landet	543 938	461 061
Pasienter hjemmehørende i utlandet	33 229	27 129
Driftsinntekter fordelt på geografi	17 845 129	17 260 951

* Fordeling ikke notekrav i 2010

Arsregnskap
Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen
Note 2 - Inntekter

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
DRIFTSINNEKTER		
Basisramme		
Basisramme	9 924 662	9 783 493
Basisramme	9 924 662	9 783 493
Aktivitetsbasert inntekt		
Behandling av egne pasienter i egen region 1)	3 033 546	3 111 638
Behandling av pasienter internt i egen region	2 129 648	1 705 810
Behandling av egne pasienter i andre regioner 2)		
Behandling av andre pasienter i egen region 3)	450 088	430 656
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	584 068	595 062
Andre aktivitetsbaserte inntekter	122 420	117 039
Aktivitetsbasert inntekt	6 319 769	5 960 206
Annen driftsinntekt		
Øremerket tilskudd til psykisk helsevern		
Øremerket tilskudd til "Raskere tilbake"	25 869	20 413
Øremerkede tilskudd til andre formål	1 111 355	982 237
Inntektsføring av investeringstilskudd 4)	39 803	40 121
Driftsinntekter fra apotekene 5)	100	3 694
Andre driftsinntekter	423 571	470 787
Annen driftsinntekt	1 600 698	1 517 252
Sum driftsinntekter	17 845 129	17 260 951

- 1) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i egen helseregion av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar
- 2) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i andre helseregioner av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar
- 3) Inntekter for diagnostikk og behandling av pasienter tilhørende andre regionale helseforetak (gjestepasienter)
- 4) Inntektsføring av del av balanseført investeringstilskudd
- 5) I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapotekene HF til foretak i Helse Sør-Øst RHF eliminert

Inntekter knyttet til aktivitet innenfor "Raskere tilbake" er klassifisert som annen driftsinntekt, og er inntektsført som øremerket tilskudd til andre formål

Aktivitetstall

Aktivitetstall somatikk

Antall DRG poeng iht. "sørge for" ansvaret	204 070	215 995
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	218 506	230 250
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	782 188	825 182

Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge

Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	140	179
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	46 344	73 104

Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne

Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	1 415	2 854
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	69 074	104 443

Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere

Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	3 282	3 017
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	8 966	12 786

Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilgning og delvis med inntekter koblet til behandlingsaktivitet. Ved sammenligning av foretakenes inntekter over tid må det hensyntas at andelen av inntektene som er koblet til behandlingsaktivitet og basisramme kan variere.

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2011 satt til 40 % av full DRG-pris, det vil si kr 13 458,80 per DRG poeng.

Årsregnskap
Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen
Note 3 - Kjøp av helsetjenester

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
KJØP AV HELSETJENESTER		
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk eksternt	48 027	23 016
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk internt i foretaksgruppen	20 692	68 304
Kjøp av private helsetjenester somatikk	73 756	95 617
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri eksternt	16 923	2 185
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri internt i foretaksgruppen	18 804	4 780
Kjøp av private helsetjenester psykiatri	40 589	99 317
Kjøp av offentlige helsetjenester rus eksternt	14	
Kjøp av offentlige helsetjenester rus internt i foretaksgruppen		
Kjøp av private helsetjenester rus		
Kjøp av helsetjenester utland	81 125	81 060
Sum gjestepasientkostnader	299 929	374 280
Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	155 765	149 004
Kjøp av ambulansetjenester og luftambulanse	118	228
Andre kjøp av helsetjenester	45 685	277
Sum kjøp av andre helsetjenester	201 569	149 508
RHF-ets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene		
Sum kjøp av helsetjenester	501 498	523 788

* Sykehotel inkludert i 2011 med mnok 35

Årsregnskap
Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen
Note 4 - Varer

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
VAREBEHOLDNING*		
Råvarer	4 490	4 107
Varer i arbeid	2 628	3 316
Ferdigvarer	2 041	2 883
Øvrige beholdninger	53 903	54 693
Sum lager til videresalg	63 061	64 999
Sentrallager	7 102	8 784
Sterillager	11 595	8 088
Blodlager	15 147	17 819
Annet medisinsk forbruksmateriell (eget bruk)		
Andre varebeholdninger (eget bruk)	138	
Sum lager til eget bruk	33 982	34 691
Sum varebeholdning	97 044	99 690
Anskaffelseskost	97 176	99 822
Nedskrivning for verdifall	-132	-132
Bokført verdi 31.12	97 044	99 690
VAREKOSTNAD		
		**
Legemidler	600 068	
Medisinske forbruksvarer	1 338 168	2 022 095
Andre varekostnader til eget forbruk	223 720	208 830
Innkjøpte varer for videresalg	58	
Beholdningsendring varer i arbeid og ferdig tilvirkede varer		
Sum varekostnad	2 162 015	2 230 925

* Varebeholdning i Helse Sør-Øst RHF relaterer seg til etablering av sentralt forsyningslager for foretaksgruppen.

** Medisinske forbruksvarer var ikke fordelt mot legemidler i 2010

Årsregnskap

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

Note 5 - Lønnskostn., antall ansatte, godtgjørelser mm.

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
LØNNSKOSTNADER		
Lønnskostnader	8 738 775	8 824 438
Arbeidsgiveravgift	1 242 037	1 231 537
Pensjonskostnader inkl arbeidsgiveravgift	2 168 530	169 125
Andre ytelser	188 537	176 650
- balansførte lønnskostnader egne ansatte		
Sum lønn og andre personalkostnader	12 337 880	10 401 751

Gjennomsnittlig antall ansatte	24 039	25 388
Gjennomsnittlig antall årsverk	17 470	18 533

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre		Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode	Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen	
				Godtgjørelser	Sum			Lønn	Pensjon/Godtgj.
Jan Eirik Thoresen	Viseadm. og konst dir.	1 714 071	274 943	124 900	2 113 914	01.01.11-31.12.11			
Siri Vedeld Hammer	Klinikkleder	1 429 923	156 917	4 900	1 591 740	01.01.11-31.12.11			
Jonette Øyen	Konst. kommunikasjon	954 831	291 154	8 582	1 254 567	01.01.11-30.06.11	01.01.11-31.12.11		
Øysten Mæland	Klinikkleder	763 859	156 096	7 804	927 759	01.01.11-27.06.11	01.01.11-31.12.11		
Tove Strand	Viseadm. Direktør	1 518 707	169 696	18 978	1 707 381	01.01.11-31.12.11			
Lars Lien	Konst. klinikkleder	1 115 369	127 011	999	1 243 379	01.08.11-31.12.11	01.01.11-31.12.11		
Siri Beate Hatlen	Adm. direktør	2 204 462	336 933	11 619	2 553 014	01.01.11-05.06.11	01.01.11-31.12.11		
Christina Rolvheim Bye	Kommunikasjonsdirektør	946 518	230 070	6 900	1 183 488	01.01.11-31.12.11			
Eva Bjørstad	Direktør, Fag og pas.	1 290 762	170 852	11 583	1 473 197	01.01.11-31.12.11			
Lena-Britt Gjevert	Klinikkleder	1 211 246	197 320	2 668	1 411 234	01.01.11-31.12.11			
Olav Reise	Klinikkleder	1 329 429	215 323	7 068	1 551 820	01.01.11-31.12.11			
Eli-Marie Sager	Klinikkleder	1 296 436	114 917	8 976	1 420 329	01.01.11-31.12.11			
Pål Dag Line	Konst. klinikkleder	2 133 950	145 265	4 994	2 284 209	01.01.11-30.06.11	01.01.11-31.12.11		
Morten Reymert	Viseadm. direktør	1 525 169	105 472	8 446	1 639 087	01.01.11-31.12.11			
Sigbjørn Smeland	Klinikkleder	1 483 188	125 994	9 501	1 618 683	01.01.11-31.12.11			
Geir Teigstad	Direktør OSS	1 258 623	128 748	7 439	1 394 810	01.01.11-31.12.11			
Terje Rootwelt	Klinikkleder	1 451 812	137 593	8 473	1 597 878	01.01.11-31.12.11			
Otto Armin Smiseth	Klinikkleder	1 569 867	151 120	17 967	1 738 954	01.01.11-31.12.11			
Bjørn Erikstein	Adm. direktør	127 688	123 237		250 925	07.12.11-31.12.11			
Einar Sorterup Hysing	Medisinsk direktør	1 511 764	123 869	13 556	1 649 189	01.01.11-31.12.11			
Erlend B. Smeland	Forskningsdirektør	1 529 577	118 724	7 710	1 656 011	01.01.11-31.12.11			
Rolv Økland	HR-direktør	1 579 923	168 306	11 090	1 759 319	01.01.11-31.12.11			
		29 947 174	3 769 560	304 153	34 020 887				

Tilleggsopplysninger pensjonsavtale ledende ansatte

Styreonorar og annen godtgjørelse til styrets medlemmer	2 385 817	1 991 516
Herav styreonorar og annen godtgjørelse til styrets leder	173 763	115 000

Det er ikke gitt lån/sikkerhetsstillelse til adm.dir/styreleder eller andre nærstående parter

Revisor

Avtalt revisjonshonorar for 2011 utgjør kr 2645390 inkl. mva, mens rådgivning fra revisor er fakturert med kr 1020810.38 inkl. mva i 2011

Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenestekategorier:

Lovpålagt revisjon	2 645 390	1 733 878
Utvidet revisjon	306 250	1 069 166
Andre attestasjonstjenester	653 010	601 250
Skatte- og avgiftsrådgivning	0	0
Andre tjenester utenfor revisjon	61 550	227 356
Sum godtgjørelse til revisor	3 666 200	3 631 650

Alle tall er inkl merverdiavgift

Årsregnskap
Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen
Note 6 - Immaterielle driftsmidler

(Alle tall i NOK 1000)

	Forskning og utvikling	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum Immaterielle eiendeler
2010				
Anskaffelseskost 1.1	0	65 087	0	65 087
Korrigeringer IB		0		0
Åpningsbalanse korrigeret	0	65 087	0	65 087
Tilgang				0
Tilgang virksomhetsoverdragelse				0
Avgang virksomhetsoverdragelse HR/IKT				0
Avgang virksomhetsoverdragelse Fisjon		0	0	0
Avgang		0		0
Fra anlegg under utførelse				0
Anskaffelseskost 31.12.10	0	65 087	0	65 087
Akkumulerte avskrivninger 31.12.10		-65 087		-65 087
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.10		0		0
Balanseført verdi 31.12.10	0	0	0	0
Årets ordinære avskrivninger		-48		-48
Avgang akk. avskr. virksomhetsoverdragelse HR/IKT				0
Avgang akk. avskr. virksomhetsoverdragelse Fisjon				0
Årets nedskrivninger		0		0
Avgang akk. nedskr. virksomhetsoverdragelse HR/IKT				0
Avgang akk. nedskr. virksomhetsoverdragelse Fisjon				0
herav avskrivn. som knytter seg til åpningsbalanse				0
Balanseførte lånekostnader				0

Foretaksgruppen benytter lineære avskrivninger for alle immaterielle eiendeler. Den økonomiske levetiden er beregnet til:

* Anlegg under utførelse Avskrives ikke

	Forskning og utvikling	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum Immaterielle eiendeler
2011				
Anskaffelseskost 1.1	0	65 087	0	65 087
Korrigeringer IB		-65 087	0	-65 087
Åpningsbalanse korrigeret	0	0	0	0
Tilgang				0
Tilgang virksomhetsoverdragelse				0
Avgang virksomhetsoverdragelse HR/IKT				0
Avgang virksomhetsoverdragelse Fisjon				0
Avgang				0
Fra anlegg under utførelse				0
Anskaffelseskost 31.12.11	0	0	0	0
Akkumulerte avskrivninger 31.12.11		0	0	0
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.11				0
Balanseført verdi 31.12.11	0	0	0	0
Årets ordinære avskrivninger			0	0
Avgang akk. avskr. virksomhetsoverdragelse HR/IKT				0
Avgang akk. avskr. virksomhetsoverdragelse Fisjon				0
Årets nedskrivninger				0
Avgang akk. nedskr. virksomhetsoverdragelse HR/IKT				0
Avgang akk. nedskr. virksomhetsoverdragelse Fisjon				0
herav avskrivn. som knytter seg til åpningsbalanse				0
Balanseførte lånekostnader				0

Foretaksgruppen benytter lineære avskrivninger for alle immaterielle eiendeler. Den økonomiske levetiden er beregnet til:

* Anlegg under utførelse Avskrives ikke

Årsregnskap

Note 7 - Varige driftsmidler

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

2010	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl. og annet	Sum Varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1	632 989	16 181 987	996 271	2 646 287	845 586	21 303 119
Korrigeringer IB	-34 747	-96 929	0	15 328	110 434	-5 914
Åpningsbalanse korrigert	598 242	16 085 058	996 271	2 661 614	956 020	21 297 205
Tilgang	0	-27 442	582 591	8 634	1 663	565 447
Tilgang virksomhetsoverdragelse						0
Avgang virksomhetsoverdragelse HR/IKT		-228	-8 362		-11 995	-20 586
Avgang virksomhetsoverdragelse Fisjon		0				0
Avgang	-85 520	-26	-455	-21 056	-5 156	-92 213
Fra anlegg under utførelse		887 827	-1 015 670	114 349	13 494	0
Anskaffelseskost 31.12.10	532 721	16 945 190	554 374	2 763 542	954 026	21 749 853
Akkumulerte avskrivninger 31.12.10	-60 854	-6 283 640	0	-1 749 847	-597 288	-8 691 629
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.10		-204 283	0	-3 500	-271	-208 054
Balansført verdi 31.12.10	471 867	10 457 267	554 374	1 010 195	356 467	12 850 170
Arets ordinære avskrivninger		-659 673	0	-207 090	-49 690	-916 453
Avgang akk. avskr. virksomhetsoverdragelse HR/IKT		21			2 113	2 134
Avgang akk. avskr. virksomhetsoverdragelse Fisjon						0
Arets nedskrivninger		-184 800	0		0	-184 800
Avgang akk. nedskr. virksomhetsoverdragelse HR/IKT						0
Avgang akk. nedskr. virksomhetsoverdragelse Fisjon		0				0
herav avskrivn. som knytter seg til åpningsbalanse		0				0
Balansførte lanekostnader						0
Korrigering av differanser på avskrivninger		0			0	0

Helseforetaket benytter lineære avskrivninger for alle varige driftsmidler. Den økonomiske levetiden for driftsmidlene er beregnet til:

* Personalboliger	Avskrives ikke
* Tomter	Avskrives ikke

2011	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl. og annet	Sum Varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1	532 721	16 951 108	554 374	2 763 542	954 026	21 755 771
Korrigeringer IB	-60 854	4 310 006		173 149	196 396	4 618 697
Åpningsbalanse korrigert	471 867	21 261 114	554 374	2 936 691	1 150 422	26 374 467
Tilgang	0	115 336	98 303	242 999	21 173	477 810
Tilgang virksomhetsoverdragelse					0	0
Avgang virksomhetsoverdragelse HR/IKT		-19 899				-19 899
Avgang virksomhetsoverdragelse Fisjon	-18 207	-301 755	-304	-77 527	-7 845	-405 638
Avgang	-18 901	55 248		-59 556	-90 352	-113 561
Fra anlegg under utførelse		147 857	-307 136	107 693	51 587	0
Anskaffelseskost 31.12.11	434 759	21 257 900	345 237	3 150 299	1 124 985	26 313 179
Akkumulerte avskrivninger 31.12.11		-11 112 997		-2 045 353	-868 447	-14 026 798
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.11	0	-149 902		-3 500	-271	-153 673
Balansført verdi 31.12.11	434 759	9 995 001	345 237	1 101 446	256 266	12 132 708
Arets ordinære avskrivninger		-577 314	0	-201 695	-94 206	-873 215
Avgang akk. avskr. virksomhetsoverdragelse HR/IKT		2 407			0	2 407
Avgang akk. avskr. virksomhetsoverdragelse Fisjon		97 317		12 322		109 639
Arets nedskrivninger		-15 332				-15 332
Avgang akk. nedskr. virksomhetsoverdragelse HR/IKT		17 493				17 493
Avgang akk. nedskr. virksomhetsoverdragelse Fisjon	18 207	241 227		36 152	395	295 982
herav avskrivn. som knytter seg til åpningsbalanse						0
Balansførte lanekostnader						0
Korrigering av differanser på avskrivninger					-30	-30

Helseforetaket benytter lineære avskrivninger for alle varige driftsmidler. Den økonomiske levetiden for driftsmidlene er beregnet til:

* Personalboliger	Avskrives ikke
* Tomter	Avskrives ikke

Investeringsprosjekter	Akk. verdi 31/12-2011	Akk. verdi 31/12-2010	Total kostnadsramme	Plan tidspunkt ferdigstillelse
UUS samhandling ikt oslo universitetssykehus	5 587 699	5 587 699	-	Overført Sykehuspartner
UUS fasade/takvinduer kvinnesenteret	6 483 015	15 838 568	31 000 000	29.02.2012
UUS midtblokk branntekn. oppgradering	117 993 384	96 360 112	120 000 000	29.02.2012
UUS brannteknisk oppgradering av søsterhjemmet	6 239 964	5 128 929	8 000 000	2 013
UUS Dikemark vann- og avløpsprosjekt	20 771 836	6 146 589	50 000 000	2 013
MTA 72700	9 206 976	-	11 000 000	29.02.2012
EIE Nedleggelse prod.kjøkken Sinsen, k-sted 940929	11 980 735	1 162 067	9 500 000	31.12.2011
ISP DP00Prosjektledelse og fellestiltak	21 787 215	-	30 000 000	2 014
ISP DP02Hybridstue, operasjonsstue og angiolab RH	5 531 226	-	10 800 000	Satt i vent
ISP DP03MR RH	32 256 111	-	42 800 000	31.03.2012
ISP DP05Akkutfunksjoner Ullevål	24 701 838	-	378 000 000	2 014
ISP DP07MR DNR	6 180 417	-	18 500 000	31.10.2012
ISP DP08CT DNR	7 652 602	-	10 200 000	31.03.2012
ISP DP18Kardiologi og onkologi barn	5 050 442	-	6 600 000	31.03.2012
Sum	281 423 460	130 223 964	726 200 000	

Årsregnskap
Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen
Note 8 - Eierandel i datter- og tilkn. foretak

(Alle tall i NOK 1000)

Investering i datterforetak	Hovedkontor	Eierandeler	Andel stemmer	Balansført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Årets nedskrivning
Sophies Minde Ortopedi AS	Oslo	100,00	100,00	12 000	51 088	9 583	
Norsk Medisinsk Syklotroncenter AS	Oslo	80,00	80,00	1 400	20 773	-272	
Radiumhospitalets parkeringsselskap AS	Oslo	100,00	100,00	31 588	35 498	1 424	
Barnehagebygg AS	Oslo	100,00	100,00	100	3 959	1 538	
Sykehotell AS	Oslo	100,00	100,00	10 100	11 703	565	
Sum datterforetak				55 188	123 021	12 839	
Tilknyttede selskap							
Ny INNAVASJON (Inven2)	Oslo	50,00	50,00	20 100	44 946	-282	
Sum tilknyttede selskap				20 100	44 946	-282	
Andre finansielle investeringer							
Sum andre finansielle investeringer							

Årsregnskap
Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen
Note 9 - Poster som er slått sammen i regnskapet

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
Andre driftskostnader		
Transport av pasienter	198 600	193 879
Bygninger og kontorlokaler inkl energi og forsikring	453 812	481 213
Kjøp og leie av medisinskteknisk utstyr, IKT, inventar mv.	163 766	183 975
Konsulenttjenester	543 286	197 200 *
Annen ekstern tjeneste	385 009	662 469 *
Reparasjon vedlikehold og service	284 947	293 095
Kontor og kommunikasjonskostnader	132 546	128 024
Kostnader forbundet med transportmidler	33 759	32 279
Reisekostnader	44 514	50 210
Forsikringskostnader	15 243	16 883
Pasientskadeerstatning	6 040	6 218
Øvrige driftskostnader	136 559	98 282
Andre driftskostnader	2 398 082	2 343 727
Finansinntekter		
Resultatandel FKV og TS		
Konserninterne renteinntekter	3 779	3 587
Andre renteinntekter	15 961	13 765
Andre finansinntekter (agio)	971	1 360
Finansinntekter	20 711	18 711
Finanskostnader		
Resultatandel FKV og TS		
Konserninterne rentekostnader	117 733	91 584
Andre rentekostnader	15 235	18 055
Andre finanskostnader (disagio)	2 236	2 246
Finanskostnader	135 204	111 884
Fordringer		
Konsernkonto		
Kundefordringer	180 819	172 814
Fordringer på foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	568 457	554 814
Opptjente pasientinntekter (inkl pasienter under behandl.)	75 038	101 147
Forskuddsbetalte kostnader	54 771	49 488
Kortsiktige finansinvesteringer	0	0
Øvrige kortsiktige fordringer	72 607	76 549
Fordringer	951 692	954 812
Annen kortsiktig gjeld		
Konsernkonto (driftskreditt)		
Leverandørgjeld	790 795	503 340
Kortsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	2 763 547	2 906 422
Påløpte feriepenger	993 933	999 619
Påløpte lønnskostnader	252 539	269 792
Kortsiktig gjeld til tilknyttede selskaper		
Mottate forskuddsbetalinger	3 474	3 784
Annen kortsiktig gjeld	883 639	763 410
Annen kortsiktig gjeld	5 687 927	5 446 367

* Endret kontobruk sees i sammenheng

Årsregnskap

Note 10 - Skatter

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	Total 2011	Total 2010
Beregning av utsatt skatt/utsatt skattefordel og endring i utsatt skatt/utsatt skattefordel		
Skattesats	28,00	
Midlertidige forskjeller		
Anleggsmidler	34 185	27 721
Omløpsmidler		
Avsetninger for forpliktelser		
Annen langsiktig gjeld		
Kortsiktig gjeld		
Gevinst- og tapskonto		
Netto midlertidige forskjeller	34 185	27 721
Underskudd til fremføring	-25 137	-21 576
Grunnlag for utsatt skatt/skattefordel i balanse	9 048	6 145
28% utsatt skatt (utsatt skattefordel)	2 597	1 721
Herav ikke balanseført utsatt skattefordel		
Utsatt skatt (utsatt skattefordel)	2 597	1 721

Årets skattekostnad på ordinært resultat fremkommer slik:

Grunnlag for betalbar skatt		
Resultat før skattekostnad	4 899	3 304
Permanente forskjeller	3	-2
Grunnlag for årets skattekostnad	4 902	3 303
Endring i midlertidige forskjeller	-6 465	-7 493
Skattepliktig inntekt	-1 562	-4 191
Bruk av fremførbart underskudd	0	-522
Grunnlag for betalbar skatt	-1 562	-4 712
28 % av grunnlag for betalbar skatt	497	223
Endring i utsatt skatt	876	488
For lite/for mye avsatt i fjor	0	214
Sum skattekostnad på ordinært resultat	1 373	925

Forklaring til årets skattekostnad		
28% skatt av resultat før skatt	1 372	925
Permanente forskjeller (28%)	1	0
Korrigerings av skattekostnad		
Beregnet skattekostnad	1 373	925

Årsregnskap

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

Note 11 - Pensjoner

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
Oslo universitetssykehus har pensjonsordninger som omfatter i alt 52408 personer, hvorav 17921 er yrkesaktive, 25206 er oppsatte og 9281 er pensjonister. Ordningene gir rett til definerte fremtidige ytelser etter sluttlønnprinsippet. Disse er i hovedsak avhenge av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved nådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakets pensjonsansvar i forhold til den ordinære tariffestede tjenstepensjonsordningen er dekket gjennom pensjonsordningene. Felles kommunal pensjonsordning, pensjonsordningen for sykehusleger og pensjonsordningen for sykepleiere i Kommunal Landspensjonskasse, SPK, Akershus fylkeskommunale pensjonskasse og Oslo pensjonsforsikring AS. I tillegg til den ordinære tjenstepensjonsordningen kommer ytelser i form av Avtalefestet pensjon (AFP) til aldersgruppen 62 til 66 år. AFP etter 65 år er dekket med tilskudd og utjevnet på risikofellesskapet i den enkelte "multiemployer plan".		
Pensjonsforpliktelse		
Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	27 441 185	26 239 412
Pensjonsmidler	-20 335 957	-19 818 962
Netto pensjonsforpliktelse	7 105 228	6 420 450
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	1 001 837	905 284
Ikke resultatført tap/(gev) av estimat- og planavvik inkl ag	-8 442 137	-8 367 970
Netto balanseførte forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift	-335 071	-1 042 236
Herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl aga	847 875	545 500
Herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	1 182 946	1 587 736
Spesifikasjon av pensjonskostnad		
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	1 300 966	1 266 531
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	1 162 063	1 250 680
Årets brutto pensjonskostnad	2 463 029	2 517 211
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-1 041 115	-1 038 340
Administrasjonskostnad	101 058	97 440
Resultatført estimatendring/-avvik	420 856	223 896
Resultatført planendring	-463	-1 740 113
Arbeidsgiveravgift	225 165	109 032
Årets netto pensjonskostnad	2 168 530	169 125
Økonomiske forutsetninger		
Diskonteringsrente	3,8	4,6
Forventet avkastning på pensjonsmidler	4,1	5,4
Uttakstilbøyelighet AFP	8-40	8-40
Årlig lønnsregulering	3,5	4
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	3,25	3,75
Pensjonsregulering	2,5	

Pensjonskostnaden for 2011 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2011 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2011. Basert på avkastningen i pensjonskassene for 2011 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2011. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenstepensjon

Demografiske forutsetninger

Med hensyn på dødelighet og uførhet mv. er det i beregningene benyttet forutsetninger som i pensjonskassens forsikringstekniske beregningsgrunnlag.

Årsregnskap
Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen
Note 12 - Finansielle anleggsmidler og gjeld

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
Finansielle anleggsmidler		
Lån til foretak i samme foretaksgruppe	3 181 388	2 814 550
Lån til tilknyttede selskap og felleskontrollert virksomhet		
Andre langsiktige lån og fordringer		
Sum finansielle anleggsmidler	3 181 388	2 814 550
<p>Disposisjonsretten til medlemsinnskudd KLP er begrenset. Verdien av tilskuddet vil først kunne bli utbetalt dersom foretaket går ut av KLP (slik KLP er organisert p.t.). Ved en eventuell omdanning eller annen omorganisering av KLP antas det at medlemmene får tildelt aksjer.</p>		
Investeringer i aksjer og andeler		
Sum eiendeler i felleskontrollerte virksomheter		
Sum eiendeler i tilknyttede selskaper		
Andre aksjer og andeler	20 100	20 100
Egenkapitalinnskudd i pensjonskasser/KLP	91 585	77 285
Sum investeringer i aksjer og andeler	111 685	97 385
Langsiktig gjeld		
Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe	1 509 727	1 681 005
Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet		
Gjeld til kredittinstitusjoner	272 131	293 897
Annen langsiktig gjeld		
Sum langsiktig gjeld	1 781 858	1 974 902
Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	1 543 442	1 063 572

Årsregnskap
Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen
Note 13 - Kontanter og bankinnskudd

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
Innestående skattetreksmidler	408 025	438 080
Andre bundne konti	74 148	83 666
Sum bundne bankinnskudd	482 173	521 746
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	78 009	59 107
Sum bankinnskudd og kontanter	560 182	580 852

Oslo universitetssykehus har en kredittramme på 3338,0 mill. kroner tilknyttet konsernkontoordningen.
Av trekkrammen er det benyttet 2467.2 mill. kroner.

Trekk på konsernkontoordning er klassifisert som kortsiktig gjeld i Helse Sør-Øst RHF og i foretaksgruppen.

Årsregnskap
Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen
Note 14 - Egenkapital

(Alle tall i NOK 1000)

2010	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total Egenkapital
EGENKAPITAL 31.12.10						
Egenkapital 31.12.09	300	12 142 942	0	6 910	-4 035 154	8 114 998
Avgang Medinova					4 134	4 134
Foretakskapital gjort om til fordring i 2010	-200					-200
Tilbakeført realisert saldoverdi 30/09/2010 ifm fisjon av IKT fra UUS til SP		-11 968				-11 968
Overført EK til 1322, IKT overf SP		-1 850				-1 850
Fordeling av forskningsmidler vedtatt av generalforsamlingen					-3 000	-3 000
Minoritetsinteresse				754	-754	0
Årets resultat					567 467	567 467
Egenkapital 31.12.10	100	12 129 124	0	7 664	-3 467 307	8 669 581

2011	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total Egenkapital
EGENKAPITAL 31.12.11						
Inngående balanse 1.1	100	12 129 124	0	7 664	-3 467 307	8 669 581
Korrigeringer IB		593			646	1 239
Åpningsbalanse korrigert	100	12 129 717	0	7 664	-3 466 661	8 670 820
Egenkapitaltransaksjoner spesifisert nedenfor						
Virksomhetsoverdragelse Ahus		-382 472				-382 472
Virksomhetsoverdragelse Vestre Viken		-14 677				-14 677
Telecom plattform overført Sykehuspartner		-17 493				-17 493
Ikke ferdigstilte AUU prosjekt overført Sykehuspartner		-5 249				-5 249
Fordeling av forskningsmidler vedtatt av generalforsamling					-5 000	-5 000
Minoritetsinteresse				-54	54	0
Årets resultat					-558 761	-558 761
Egenkapital 31.12.11	100	11 709 826	0	7 610	-4 030 368	7 687 168

Årsregnskap
Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen
Note 15 - Eiers styringsmål

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
Årsresultat	-558 761	567 495
Overføring fra strukturfond		
Korrigerings for endrede levetider		
Korrigert resultat	-558 761	567 495
Herav økte pensjonskostnader som er blitt unntatt fra resultat		
Resultat jf økonomiske krav fra HOD	-558 761	567 495
Resultatkrav	-400 000	1 049 000
Avvik fra resultatkrav	-158 761	-481 505

Årsregnskap

Note 16 Pantstillelser og garantiansvar

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

Som sikkerhet for lån fra DnB opprinnelig TNOK 35.000, restlån TNOK 28.000 er det stillet sikkerhet i maskiner og utstyr Medisinsk Syklotronsenter AS på TNOK 40.000.

Sykehotell AS har inngått avtale om negativ pantsettelse ved at selskapet forplikter seg overfor långiver til ikke å frivillig pantsette sine aktiva (helt eller delvis) til andre kreditorer så lenge lånet i DnBNOR løper.

Det langsiktige lånet Radiumhospitalet parkeringsselskap har i DnBNOR er sikret ved første prioritet pant i fast eiendom. Bokført verdi av eiendommen er TNOK 168.240.

Barnehagebyggs langsiktige lån i DnBNOR er sikret ved pant i fast eiendom. Bokført verdi av eiendommen er TNOK 34.465.

Årsregnskap
Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen
Note 17 - Andre avsetninger for forpliktelser

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
Legepermisjoner	168 345	174 734
Investeringsstilskudd	876 698	885 292
Andre avsetninger for forpliktelser	376 980	401 040
Sum avsetning for forpliktelser	1 422 023	1 461 066

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 1455 overlege- og psykologspesialistårsverk. Uttakstilbøyeligheten er satt til 50% for overlegestillingene og 50% for psykologspesialister. Overordnede leger og spesialister i Oslo universitetssykehus har avtalefestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år. Under permisjonen mottar overlegene og spesialistene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som en langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Uttakstilbøyeligheten kan variere mellom foretak i Helse Sør-Øst og internt mellom de enkelte avdelinger i foretakene.

Årsregnskap

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

Note 18 – Nærstående parter

Oslo Universitetssykehus 100 % eid av Helse Sør-Øst RHF.

Transaksjoner med andre helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter, Det vil si pasienter bosatt i eget opptaksområde og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i eget foretak får behandling i et annet helseforetak innen regionen, i annen region eller private sykehus vår eller andre helseregioner har avtale med. Oslo Universitetssykehus kjøp fra andre innen dette området utgjorde 300 mill kroner i 2011 mot 374 mill kroner i 2010, tilsvarende salg utgjorde 450 mill kroner i 2011 mot 430 mill kroner i 2010.

Utover dette er det ordinære kjøp av medikamenter fra Sykehusapotekene HF, ordinære kjøp av medisinsk forbruksmateriell fra den regionale leverandøren Forsyningscenteret, og kjøp av IKT- og HR tjenester av den regionale tjenesteleverandøren Sykehuspartner. Forsyningscenteret og Sykehuspartner er avdelinger innunder Helse Sør-Øst RHF.

Det er etablert rutiner som skal bidra til å sikre at ansatte som er ansvarlig for, eller har innflytelse på inngåelse av vesentlige innkjøps- og/eller salgsavtaler ikke sitter med verv eller har andre relasjoner til leverandører eller kunder mv som kan tenkes å komme i konflikt deres rolle i foretakene.

Det er gjennomført en kartlegging og dokumentasjon av styremedlemmers og ledende ansattes verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører.

Ingen ledende ansatte/styremedlem i Oslo Universitetssykehus har roller, ansvar og/eller verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretaket har til andre aktører.

Årsregnskap

Note 19 - Universiteter og høyskolers rettigheter til arealer i helseforetak

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet skal tre inn i de pliktene som staten som sykehuseier hadde overfor universiteter og høyskoler da nåværende Helse Sør-Øst RHF overtok ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenesten i helseregion sør-øst. Samarbeidet om studentundervisning mellom Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet, Universitetet i Oslo og høyskolene skal reguleres i egne avtaler. I avtalen mellom Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet og Universitetet i Oslo skal bruksrett og disposisjonsrett til arealene og utstyr presiseres.

Universitetet i Oslo eier 20 % av aksjene i Norsk medisinsk syklotronsenter AS, men har ikke bruksrett til lokaler og/eller utstyr utover det andre institusjoner har. Derimot har selskapet finansiert en oppgradering av Universitetet i Oslos syklotron.

UiO benytter netto ca 3.000 kvm kontor og undervisningslokaler på Oslo universitetssykehus HF, Ullevål sitt område.

Foretakene kan ikke selge, pantsette eller på annen måte overdra faste eiendommer hvor rettighetshaver har rettigheter, uten skriftlige samtykke fra Utdannings- og forskningsdepartementet, eller det departemente som gir slik myndighet.

Årsregnskap

Note 20 Betingede utfall

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

Det ble tatt inn en approbasjonsbestemmelse i forbindelse med overtagelsen av nytt sykehus på Gaustad om at enkelte forhold skulle utbedres før ferdigattest ble gitt. Arbeidet var ikke utført pr. 31. desember, men det er gitt midlertidig brukstillatelse for sykehuset.

Sykehotell AS har inngått avtale om negativ pantsettelse ved at selskapet forplikter seg overfor långiver til ikke å frivillig pantsette sine aktiva (helt eller delvis) til andre kreditorer så lenge lånet i DnBNOR løper.

I forbindelse med omdanningen til helseforetak tok Rikshospitalet HF, som heleid datterforetak av Helse Sør-Øst RHF, over alle formuesposisjoner knyttet til offentlige virksomheter innen spesialisthelsetjenestene, somatisk helsevern, psykisk helsevern, rehabiliterings- og habiliteringstjenester, medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenester. Alle formaliteter i forbindelse med overdragelse av eiendomsretten, herunder tinglysing i grunnboken, er ikke ferdig behandlet.

Det norske radiumhospital HF, som pr. 1. januar 2005 ble slått sammen med Rikshospitalet HF i Rikshospitalet HF, har tidligere bakgrunn som en separat stiftelse. Grensesnitt stiftelse/statlig eierskap er pr. 31. desember ikke avklart med hensyn til eiendomsoverdragelse og verdier. Stiftelsen er ikke oppløst.

Årsregnskap

Resultatregnskap 01.01 - 31.12

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	Note	2011	2010
DRIFTSINTEKTER OG DRIFTSKOSTNADER			
Basisramme	2	9 924 662	9 783 493
Aktivitetsbasert inntekt	2	6 319 769	5 960 206
Annen driftsinntekt	2	1 478 337	1 401 010
Sum driftsinntekter		17 722 768	17 144 710
Kjøp av helsetjenester	3	501 498	523 788
Varekostnad	4	2 135 230	2 197 437
Lønn og annen personalkostnad	5	12 282 380	10 355 806
Ordinære avskrivninger	6,7	851 503	892 219
Nedskrivning	6,7	15 332	184 800
Annen driftskostnad	9	2 406 139	2 362 652
Sum driftskostnader		18 192 080	16 516 702
Driftsresultat		-469 312	628 008
FINANSINTEKTER OG FINANSKOSTNADER			
Finansinntekt	9,12	18 623	17 174
Nedskrivning av finansielle anleggsmidler	8	4	0
Finanskostnad	9,12	121 565	97 760
Netto finansposter		-102 946	-80 586
Resultat før skattekostnad		-572 258	547 422
Skattekostnad på ordinært resultat	10		
Ekstraordinære poster			
ÅRSRESULTAT		-572 258	547 422
Minoriteters andel av årsresultatet			
OVERFØRINGER			
Overført fra strukturfond	RS0500		
Overført til annen innskutt egenkapital	RS0510		
Overført til/fra fond for vurderingsforskjeller	RS0520		
Overføringer til/fra annen egenkapital	RS0530	572 258	-547 422
Overført minoritet	RS0540		
Sum overføringer		572 258	-547 422

Årsregnskap

Balanse per 31.12

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	Note	2011	2010
EIENDELER			
Anleggsmidler			
Immatrielle eiendeler			
Immaterielle eiendeler	6		
Utsatt skattefordel	10		
Sum immaterielle eiendeler		0	0
Varige driftsmidler			
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	7	10 131 737	10 621 628
Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	7	1 313 249	1 314 724
Anlegg under utførelse	7	345 237	554 374
Sum varige driftsmidler		11 790 222	12 490 726
Finansielle anleggsmidler			
Investering i datterselskap/- foretak	8	55 188	55 188
Investeringer i FKV og TS		20 100	20 100
Investeringer i andre aksjer og andeler		91 585	77 285
Andre finansielle anleggsmidler	8,12	3 181 388	2 814 550
Pensjonsmidler	11	1 182 946	1 587 736
Sum finansielle anleggsmidler		4 531 207	4 554 859
Sum anleggsmidler		16 321 429	17 045 586
Omløpsmidler			
Varer	4	87 748	89 278
Fordringer			
Fordringer	9	930 790	936 681
Sum fordringer		930 790	936 681
Bankinnskudd, kontanter o.l.	13	483 541	513 828
Sum omløpsmidler		1 502 078	1 539 787
SUM EIENDELER		17 823 508	18 585 373

EGENKAPITAL OG GJELD**Egenkapital****Innskutt egenkapital**

Foretakskapital		100	100
Strukturfond			
Annen innskutt egenkapital		11 709 233	12 129 124
Sum innskutt egenkapital	14	11 709 333	12 129 224

Opptjent egenkapital

Fond for vurderingsforskjeller			
Minoritetsinteresser			
Annen egenkapital		-4 086 712	-3 514 454
Sum opptjent egenkapital	14	-4 086 712	-3 514 454
Sum egenkapital		7 622 620	8 614 769

Gjeld**Avsetning for forpliktelser**

Pensjonsforpliktelser	11	834 599	533 270
Utsatt skatt			
Andre avsetninger for forpliktelser	17	1 418 011	1 456 851
Sum avsetninger for forpliktelser		2 252 610	1 990 121

Annen langsiktig gjeld

Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	12		
Øvrig langsiktig gjeld	12	1 509 727	1 681 005
Sum annen langsiktig gjeld		1 509 727	1 681 005

Kortsiktig gjeld

Driftskreditt	13		
Betalbar skatt	10		
Skyldige offentlige avgifter		777 849	876 807
Annen kortsiktig gjeld	9	5 660 701	5 422 670
Sum kortsiktig gjeld		6 438 550	6 299 477
Sum gjeld		10 200 887	9 970 604
SUM EGENKAPITAL OG GJELD		17 823 508	18 585 373

Årsregnskap

Kontantstrømoppstilling

Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:		
Årsresultat	-572 258	547 422
Ordinære avskrivninger	851 503	892 219
Nedskrivninger varige driftsmidler og finansielle anleggsmid	15 332	184 800
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i	595 749	-1 693 777
Tap/gevinst ved avgang anleggsmidler	-32 395	-50 583
Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	-330 150	-846 347
Endring i omløpsmidler og kortsiktig gjeld	146 495	962 127
Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	674 276	-4 139
KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:		
Innbetalinger ved salg av driftsmidler	81 705	120 534
Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-474 370	-559 202
Avgang anleggsmidler uten kontanteffekt	259 143	18 452
Inn-/utbetalinger ved utlån	-44 905	
Inn-/utbetalinger ved salg/kjøp av finansielle eiendeler	-14 300	-19 800
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-192 726	-440 016
KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:		
Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld		575 839
Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-91 946	-89 649
Endring driftskreditt		
Endring foretakskapital uten kontanteffekt	-419 891	-13 818
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	-511 838	472 372
Netto endring i likviditetsbeholdning	-30 287	28 217
Likviditetsbeholdning pr 01.01.	513 828	485 611
Likviditetsbeholdning innfusjonert virksomhet		
Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12	483 541	513 828

Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet

Årsregnskapet er avlagt i samsvar med regnskapsloven og god regnskapsskikk.

De regionale helseforetakene ble stiftet med basis i helseforetaksloven i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Staten overførte formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregionene øst og sør til nåværende Helse Sør-Øst RHF 1. januar 2002. Virksomheten er regulert av lov om helseforetak m.m. Virksomhetsoverføringene skjedde som tingsinnskudd og transaksjonsprinsippet ble lagt til grunn.

Helse Sør RHF og Helse Øst RHF fusjonerte til Helse Sør-Øst RHF med regnskapsmessig virkning 1.1.2007.

I forbindelse med sykehusreformen utarbeidet uavhengige tekniske miljøer høsten 2001 takster for bygg og tomter basert på gjenanskaffelsesverdi. I gjenanskaffelsesverdien ble det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler ble gjenanskaffelseskost beregnet. Tilsvarende ble gjennomført i 2003/2004 i tilknytning til overføringen av rusomsorgen.

I forbindelse med avleggelsen av regnskapet for 2002 ble det diskutert om foreliggende takster burde nedjusteres i forhold til forventninger om nivået på fremtidige kontantstrømmer (bevilgninger). Basert på verdier fastsatt av daværende Helsedepartementet ble regnskapet for 2002 avlagt med foreløpig åpningsbalanse der verdiene på bygg var lavere enn takstverdiene. Ved regnskapsavleggelsen for 2003 ble åpningsbalansen verdsatt til gjenanskaffelsesverdi, dvs. tilsvarende takstene utarbeidet høsten 2001. Dette ble basert på at helseforetakene er non-profit-virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, og at bruksverdi dermed representerer virkelig verdi for anleggsmidler. Det ble samtidig gjort fradrag for overførte anleggsmidler der det per 1.1.2002 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i fremtiden.

Det følger av Helseforetakslovens § 31- 33 at det er restriksjoner med hensyn til foretakets muligheter til å avhende faste eiendommer, avhende sykehusvirksomhet samt mulighet for opptak av lån, garantier og pantstillelser.

Vurderings- og klassifiseringsprinsipper

Virksomhetsoverdragelser

Konserninterne virksomhetsoverdragelser bokføres etter regnskapsmessig kontinuitet. Nettoeffekten av bokførte verdier av overførte eiendeler og forpliktelser knyttet til overført virksomhet føres som et tingsuttak i form av en kapitalnedsettelse i avgivende helseforetak, og et tingsinnskudd mottakene helseforetak.

Overføring av virksomhet mellom helseforetak skjer til bokført verdi som forutsettes å representere bruksverdi.

Generelt om inntektsførings- og kostnadsføringsprinsipper

Inntektsførings- og kostnadsføringsprinsippene bygger på de grunnleggende regnskapsprinsippene om transaksjon, opptjening, sammenstilling og forsiktighet. I den grad regnskapet inneholder usikre poster bygger disse på beste estimat, basert på tilgjengelig informasjon på balansedagen.

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene til helseforetakene kan deles i tre: Fast grunnfinansiering (basis) fra eier, aktivitetsbaserte inntekter og andre driftsinntekter. Inntekter fra Helse- og omsorgsdepartementet som går via det regionale helseforetaket er bruttoført i Helse Sør-Øst RHF.

Grunnfinansiering

Grunnfinansieringen består av basisramme drift. Grunnfinansieringen tildeles foretakene fra Helse Sør-Øst RHF som fast bevilgning til drift av foretaket. Grunnfinansieringen inntektsføres i den perioden midlene tildeles. Ved overtakelse av nye oppgaver der departementet har holdt igjen midler for deler av året, er tilsvarende beløp avsatt som en inntekt i regnskapet og som fordring på Helse- og omsorgsdepartementet.

Aktivitetsbaserte inntekter

Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-inntekter (ISF = innsatsstyrt finansiering), polikliniske inntekter (refusjoner fra HELFO og egenandeler), gjestepasientinntekter, inntekter fra selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgentjenester. Oppførte ISF-inntekter er basert på koding i Norsk Pasient Register (NPR). Det er noe usikkerhet med hensyn til kvaliteten på kodingen. Dette gjelder alle regioner og ikke spesielt Helse Sør-Øst. Gjennomgang har vist at det forekommer både positive og negative avvik. Det er fokus i helseforetakene på betydningen av riktig koding for å få vist korrekte inntektstall. Gjestepasientoppgjør føres brutto, dvs. kostnadsføring for kjøp av helsetjenester med tilhørende ISF-refusjon innen somatisk virksomhet, og inntektsføring for salg av helsetjenester. ISF inntekter og poliklinikkinntekter inntektsføres i den perioden aktiviteten er utført.

Andre inntekter

Andre inntekter tilknyttet kjernevirksomheten er inntekter fra apotekene og fra kommuner knyttet til utskrivningsklare pasienter. I tillegg har helseforetakene salgsinntekter fra kantine og leieinntekter fra personalboliger. Andre inntekter inntektsføres i den perioden varen/tjenesten er levert.

I tillegg gis det øremerkede statstilskudd. Øremerkede tilskudd inntektsføres når aktivitetene gjennomføres og i takt med kostnadene som er knyttet til gjennomføringen av de aktiviteter som tilskuddet er knyttet til. Disse tilskuddene kan overføres til fremtidige år.

Prinsipper for kostnadsføring

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntekter, kostnadsføres når de påløper.

Klassifisering og vurdering av balanseposter

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet. Øvrige poster er klassifisert som anleggsmidler/langsiktig gjeld. Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet. Anleggsmidler vurderes til anskaffelseskost på anskaffelsestidspunktet og avskrives lineært over forventet brukstid. Anleggsmidler nedskrives dersom de ikke lenger vil være i bruk. Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet. Første års avdrag på langsiktig gjeld vises sammen med øvrig langsiktig gjeld.

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler balanseføres til anskaffelseskost og avskrives over driftsmidlets forventede levetid. Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en økonomisk levetid på over tre år samt en kostpris på over kr. 100.000,-. Driftsmidler avskrives fra det tidspunkt de tas i bruk. Dersom gjenvinnbart beløp av driftsmidlet er lavere enn balanseført verdi foretas en nedskrivning til gjenvinnbart beløp. Gjenvinnbart beløp er det høyeste av netto salgsverdi og verdi i bruk.

Utgifter forbundet med periodisk vedlikehold og reparasjoner på produksjonsutstyr, periodiseres. Utgifter forbundet med normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført. Utgifter ved større utskiftninger og fornyelser som øker driftsmidlenes levetid vesentlig, balanseføres. Driftsmidler som erstattes, kostnadsføres.

Renter som knytter seg til anlegg under oppføring blir aktivert som en del av kostprisen.

Immaterielle eiendeler, herunder forskning og utvikling

Utgifter til utvikling balanseføres i den grad det kan identifiseres en fremtidig økonomisk fordel knyttet til utvikling av identifiserbare immaterielle eiendeler. I motsatt fall kostnadsføres slike utgifter løpende. Balanseført utvikling avskrives lineært over den økonomiske levetiden. Utgifter til forskning kostnadsføres løpende. Andre immaterielle eiendeler som forventes å gi fremtidige inntekter balanseføres og avskrives over økonomisk levetid.

Usikre forpliktelser

Dersom det etter selskapets oppfatning er sannsynlig at en usikker forpliktelse vil komme til oppgjør, og verdien av oppjøret kan estimeres pålitelig, kostnadsføres forpliktelsen i resultatregnskapet og tas inn som en avsetning for forpliktelser i balansen.

Datterselskap

Med datterselskap menes annet foretak der helseforetaket normalt har en eierandel på over 50 %, hvor investeringen er av langvarig og strategisk karakter og hvor helseforetaket har bestemmende innflytelse. Datterselskap vurderes etter kostmetoden i foretakets regnskap. Investeringen er vurdert til anskaffelseskost med mindre nedskrivning har vært nødvendig. Det foretas nedskrivning til virkelig verdi når det oppstår verdifall som skyldes årsaker som ikke kan antas å være forbigående og det må anses nødvendig etter god regnskapsskikk. Nedskrivninger reverseres når grunnlaget for nedskrivning ikke lenger er til stede.

Behandling av felleskontrollert virksomhet

Med felleskontrollert virksomhet menes virksomhet hvor deltakerne sammen har felles kontroll. Felleskontrollert virksomhet er enten felleskontrollert drift eller felleskontrollert selskap. Ingen deltaker alene har bestemmende innflytelse, men man har sammen bestemmende innflytelse.

Samarbeidet må være regulert i en samarbeidsavtale som hjemler felles kontroll, og deltakelsen må ikke være midlertidig.

Helse Sør-Øst vurderer felleskontrollert virksomhet etter egenkapitalmetoden i selskapsregnskapet og i konsernregnskapet.

Tilknyttede selskap

Med tilknyttet selskap menes et selskap hvor investor har betydelig innflytelse uten at det foreligger et konsernforhold eller felles kontrollert virksomhet (joint venture). Betydelig innflytelse anses normalt å foreligge når investor har 20 % til 50 % av stemmeberettiget kapital i et selskap. Tilsvarende gjelder dersom to eller flere konsernselskap har en slik innflytelse over et annet selskap.

Investering i tilknyttet selskap vurderes etter egenkapitalmetoden i foretakets regnskap og i foretaksgruppens regnskap.

Egenkapitalinnskudd pensjonskasser

Egenkapitalinnskudd i KLP og andre pensjonskasser er verdsatt til kost.

Pensjoner

Regnskapsføring av pensjonskostnader skjer i samsvar med Norsk Regnskapsstandard, NRS 6 Pensjonskostnader. Selskapets pensjonsforpliktelser, både sikret og usikret, beregnes som den diskonterte verdi av de fremtidige pensjonsytelser som anses påløpt på balansedagen. Det forutsettes at arbeidstakerne opparbeider sine pensjonsrettigheter lineært over den yrkesaktive perioden.

Pensjonsmidlene er vurdert til virkelig verdi og fratrukket i netto pensjonsforpliktelse i balansen.

Eventuell overfinansiering balanseføres i den grad overfinansieringen kan utnyttes eller tilbakebetales.

Den enkelte pensjonsordning vurderes for seg, men verdi av overfinansiering i en ordning og underfinansiering i andre ordninger nettoføres i balansen såfremt pensjonsmidlene kan overføres mellom ordningene. Netto pensjonsmidler presenteres som andre langsiktige fordringer, mens netto pensjonsforpliktelser presenteres som avsetning for forpliktelser.

Endringer i forpliktelsen som skyldes endringer i pensjonsplaner fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot beregningsforutsetningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av avvikene som overstiger 10 % av det største av brutto pensjonsforpliktelser eller pensjonsmidler.

Periodens netto pensjonskostnad er inkludert i lønn og sosiale kostnader, og består av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på den beregnede pensjonsforpliktelsen, forventet avkastning av pensjonsmidlene, resultatført virkning av endringer i estimater og pensjonsplaner, resultatført virkning av avvik mellom faktisk og forventet avkastning, samt periodisert arbeidsgiveravgift.

Arbeidstakers andel av pensjonspremien er kommet til fradrag i lønnskostnaden.

Konsolideringsprinsipper

Regnskapet for foretaksgruppen omfatter morselskapet Helse Sør-Øst RHF og alle underliggende helseforetak. Regnskapet for foretaksgruppen er utarbeidet som om gruppen var én økonomisk enhet.

Transaksjoner og mellomværende mellom foretakene i gruppen er eliminert. Alle bevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet føres via det regionale helseforetaket.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er oppført i balansen til pålydende etter fradrag for avsetning til forventet tap. Avsetning til tap gjøres på grunnlag av individuelle vurderinger av de enkelte fordringene. I tillegg gjøres det for øvrige kundefordringer en uspesifisert avsetning for å dekke antatt tap.

Varebeholdninger

Lager av innkjøpte varer er verdsatt til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Varelageret nedskrives dersom virkelig verdi er lavere enn anskaffelseskost. Reservedeler klassifiseres som varelager.

Valuta

Pengeposter i utenlandsk valuta er vurdert til kursen ved regnskapsårets slutt.

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter indirekte metode. Trekk på konsernkontoordningen er klassifisert som kortsiktig gjeld, og presentert på egen linje i kontantstrømoppstillingen.

Likviditetsbeholdningen består av bundne midler og bankkonti utenfor konsernkontoordningen.

Konsernkontoordning

Innskudd og gjeld på konsernkontoen er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Sør-Øst RHF i det enkelte helseforetak. Renteinntekter- /kostnader er behandlet som konserninterne renter i helseforetaket.

Eiendomsoverdragelser i forbindelse med reformen

Alle formaliteter rundt overdragelse av bygg og tomter er ikke endelig avklart. Det gjenstår arbeid med oppmåling og fradeling av enkelte eiendommer, delingsforretninger, nemndbehandling og avklaring med tidligere eiere. Formell overskjøting mangler fortsatt for noen eiendommer. Det aller meste er avklart, men det foreligger noe usikkerhet rundt eierskap til bygg og tomter oppført i balansen.

Endringer i regnskapsprinsipp og feil i tidligere perioder

Virkingen av endringer i regnskapsprinsipp og korrigerende av feil i tidligere perioder er ført direkte mot egenkapitalen.

Skatt

Foretakets virksomhet, sykehusdrift, er ikke skattepliktig. Skatteberegning som fremkommer i regnskapet til foretaksgruppen knytter seg i sin helhet til skattepliktig virksomhet i datterdatter foretak.

Skattekostnaden omfatter både periodens betalbare skatt og endring i utsatt skatt/ skattefordel. Betalbar skatt beregnes på grunnlag av årets skattemessige resultat. Utsatt skatt/ skattefordel beregnes på grunnlag av midlertidige forskjeller mellom regnskapsmessige og skattemessige verdier, samt skattevirkninger av underskudd til fremføring. Utsatt skattefordel er bare balanseført i den grad det er sannsynlig at fordelene vil bli realisert i fremtiden.

Årsregnskap

Note 1 - Virksomhetsområder

Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
Driftsinntekter pr virksomhetsområde		
Somatiske tjenester	14 635 281	13 607 806
Psykisk helsevern VOP	1 697 783	2 300 001
Psykisk helsevern BUP	344 008	
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	405 910	488 921
Annet	639 786	747 982
Overføringer til datterforetak		
Driftsinntekter pr virksomhetsområde	17 722 768	17 144 710
Driftskostnader pr virksomhetsområde		*
Somatiske tjenester	-14 867 681	
Psykisk helsevern VOP	-1 626 280	
Psykisk helsevern BUP	-389 869	
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	-478 443	
Annet	-829 807	
Kjøp av helsetjenester fra datterforetak		
Driftskostnader pr virksomhetsområde	-18 192 080	0
Driftsinntekter fordelt på geografi		
Pasienter hjemmehørende i Helse Sør-Øst RHF sitt opptaksomr	17 159 425	16 671 854
Pasienter hjemmehørende i resten av landet	530 114	445 727
Pasienter hjemmehørende i utlandet	33 229	27 129
Driftsinntekter fordelt på geografi	17 722 768	17 144 710

* Kostnadsfordeling var ikke et notekrav i 2010

Årsregnskap

Note 2 - Inntekter

Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
DRIFTSINNEKTER		
Basisramme		
Basisramme	9 924 662	9 783 493
Basisramme	9 924 662	9 783 493
Aktivtetsbasert inntekt		
Behandling av egne pasienter i egen region 1)	3 033 546	3 111 638
Behandling av pasienter internt i egen region	2 129 648	1 705 810
Behandling av egne pasienter i andre regioner 2)	0	0
Behandling av andre pasienter i egen region 3)	450 088	430 656
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	584 068	595 062
Andre aktivtetsbaserte inntekter	122 420	117 039
Aktivtetsbasert inntekt	6 319 769	5 960 206
Annen driftsinntekt		
Øremerket tilskudd til psykisk helsevern		0
Øremerket tilskudd til "Raskere tilbake"	25 869	20 413
Øremerkede tilskudd til andre formål	1 111 355	982 237
Inntektsføring av investeringstilskudd 4)	31 599	31 885
Driftsinntekter fra apotekene 5)	101	3 694
Andre driftsinntekter	309 413	362 781
Annen driftsinntekt	1 478 337	1 401 010
Sum driftsinntekter	17 722 768	17 144 710

- 1) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i egen helseregion av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar
- 2) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i andre helseregioner av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar
- 3) Inntekter for diagnostikk og behandling av pasienter tilhørende andre regionale helseforetak (gjestepasienter)
- 4) Inntektsføring av del av balanseført investeringstilskudd
- 5) I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapotekene HF til foretak i Helse Sør-Øst RHF eliminert

Inntekter knyttet til aktivitet innenfor "Raskere tilbake" er klassifisert som annen driftsinntekt, og er inntektsført som øremerket tilskudd til andre formål

Aktivitetstall

Aktivitetstall somatikk

Antall DRG poeng iht. "sørge for" ansvaret	204 070	215 995
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	218 506	230 250
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	782 188	825 182

Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge

Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	140	179
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	46 344	73 104

Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne

Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	1 415	2 854
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	69 074	104 443

Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere

Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	3 282	3 017
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	8 966	12 786

Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilgning og delvis med inntekter koblet til behandlingsaktivitet. Ved sammenligning av foretakenes inntekter over tid må det hensyntas at andelen av inntektene som er koblet til behandlingsaktivitet og basisramme kan variere.

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2011 satt til 40 % av full DRG-pris, det vil si kr 13 458,80 per DRG poeng.

Årsregnskap

Note 3 - Kjøp av helsetjenester

Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
KJØP AV HELSETJENESTER		
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk eksternt	48 027	23 016
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk internt i foretaksgruppen	20 692	68 304
Kjøp av private helsetjenester somatikk	73 756	95 617
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri eksternt	16 923	2 185
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri internt i foretaksgruppen	18 804	4 780
Kjøp av private helsetjenester psykiatri	40 589	99 317
Kjøp av offentlige helsetjenester rus eksternt	14	
Kjøp av offentlige helsetjenester rus internt i foretaksgruppen		
Kjøp av private helsetjenester rus		
Kjøp av helsetjenester utland	81 125	81 060
Sum gjestepasientkostnader	299 929	374 279
Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	155 765	149 004
Kjøp av ambulansetjenester og luftambulanse	118	228
Andre kjøp av helsetjenester	45 685	277
Sum kjøp av andre helsetjenester	201 569	149 508
RHF-ets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene		
Sum kjøp av helsetjenester	501 498	523 788

* Sykehotel inkludert i 2011 med mnok 35

Årsregnskap

Note 4 - Varer

Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
VAREBEHOLDNING*		
Råvarer		
Varer i arbeid		
Ferdigvarer		
Øvrige beholdninger	53 903	54 587
Sum lager til videresalg	53 903	54 587
Sentrallager	7 102	8 784
Sterillager	11 595	8 088
Blodlager	15 147	17 819
Annet medisinsk forbruksmateriell (eget bruk)		
Andre varebeholdninger (eget bruk)		
Sum lager til eget bruk	33 844	34 691
Sum varebeholdning	87 748	89 278
Anskaffelseskost	87 748	89 278
Nedskrivning for verdifall		
Bokført verdi 31.12	87 748	89 278
VAREKOSTNAD		
Legemidler	600 068	
Medisinske forbruksvarer	1 338 565	2 022 095 **
Andre varekostnader til eget forbruk	196 538	175 342
Innkjøpte varer for videresalg	58	
Beholdningsendring varer i arbeid og ferdig tilvirkede varer		
Sum varekostnad	2 135 230	2 197 437

* Varebeholdning i Helse Sør-Øst RHF relaterer seg til etablering av sentralt forsyningslager for foretaksgruppen.

** Medisinske forbruksvarer var ikke fordelt mot legemidler i 2010

Arsregnskap

Note 5 - Lønnskostn., antall ansatte, godtgjørelser mm.

Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
LØNSKOSTNADER		
Lønnskostnader	8 696 671	8 789 536
Arbeidsgiveravgift	1 236 138	1 226 071
Pensjonskostnader inkl arbeidsgiveravgift	2 161 095	165 446
Andre ytelser	186 476	174 753
- balanseførte lønnskostnader egne ansatte		
Sum lønn og andre personalkostnader	12 282 380	10 355 806

Gjennomsnittlig antall ansatte	23 938	25 290
Gjennomsnittlig antall årverk	17 376	18 442

Lønn til ledende ansatte

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre Godtgjørelser	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode	Ytelser fra andre foretak i foretaks gruppen	
								Lønn	Pensjon/Godtgj.
Jan Eirik Thoresen	Visedm. og konst. adm. direktør	1 714 071	274 943	124 900	2 113 914	01.01.11-31.12.11			
Siri Vedeld Hammer	Klinikkleder	1 429 923	156 917	4 900	1 591 740	01.01.11-31.12.11			
Jonette Øyen	Konst. kommunikasjon	954 831	291 154	8 582	1 254 567	01.01.11-30.06.11	01.01.11-31.12.11		
Oysten Mæland	Klinikkleder	763 859	156 096	7 804	927 759	01.01.11-27.06.11	01.01.11-31.12.11		
Tove Strand	Visedm. Direktør, s	1 518 707	169 696	18 978	1 707 381	01.01.11-31.12.11			
Lars Lien	Konst. klinikkleder	1 115 369	127 011	999	1 243 379	01.08.11-31.12.11	01.01.11-31.12.11		
Siri Beate Hatlen	Adm. direktør	2 204 462	336 933	11 619	2 553 014	01.01.11-05.06.11	01.01.11-31.12.11		
Christina Rolvheim Bye	Kommunikasjonsdirekt	946 518	230 070	6 900	1 183 488	01.01.11-31.12.11			
Eva Bjørstad	Direktør, Fag og pas	1 290 762	170 852	11 583	1 473 197	01.01.11-31.12.11			
Lena-Britt Gjevert	Klinikkleder	1 211 246	197 320	2 668	1 411 234	01.01.11-31.12.11			
Olav Røise	Klinikkleder	1 329 429	215 323	7 068	1 551 820	01.01.11-31.12.11			
Eli-Marie Sager	Klinikkleder	1 296 436	114 917	8 976	1 420 329	01.01.11-31.12.11			
Pal Dag Line	Konst. klinikkleder	2 133 950	145 265	4 994	2 284 209	01.01.11-30.06.11	01.01.11-31.12.11		
Morten Reymert	Visedm. direktør	1 525 169	105 472	8 446	1 639 087	01.01.11-31.12.11			
Sigbjørn Smeland	Klinikkleder	1 483 188	125 994	9 501	1 618 683	01.01.11-31.12.11			
Geir Teigestad	Direktør Oslo Sykehu	1 258 623	128 748	7 439	1 394 810	01.01.11-31.12.11			
Terje Rootwelt	Klinikkleder	1 451 812	137 593	8 473	1 597 878	01.01.11-31.12.11			
Otto Armin Smiseth	Klinikkleder	1 569 867	151 120	17 967	1 738 954	01.01.11-31.12.11			
Bjørn Erikstein	Adm. direktør	127 688	123 237		250 925	07.12.11-31.12.11			
Einar Sorterup Hysing	Medisinsk direktør	1 511 764	123 869	13 556	1 649 189	01.01.11-31.12.11			
Erlend B. Smeland	Forskningsdirektør	1 529 577	118 724	7 710	1 656 011	01.01.11-31.12.11			
Rolv Okland	HR-direktør	1 579 923	168 306	11 090	1 759 319	01.01.11-31.12.11			
		29 947 174	3 769 560	304 153	34 020 887				

Tilleggsopplysninger pensjonsavtale ledende ansatte

Styre honorar og annen godtgjørelse til styrets medlemmer	1 815 817	1 461 183
Herav styrehonorar og annen godtgjørelse til styrets leder	43 763	0

Det er ikke gitt fan/sikkerhetsstillelse til adm.dir/styreleder eller andre nærstående parter

Revisor

Avtalt revisjonshonorar for 2011 utgjør kr 2444540 inkl. mva. mens radgivning fra revisor er fakturert med kr 995310.38 inkl. mva i 2011

Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenestekategorier:

Lovpallagt revisjon	2 444 540	1 475 000
Utvidet revisjon	306 250	1 069 166
Andre attestasjons tjenester	627 510	586 250
Skatte- og avgiftsradgivning	0	0
Andre tjenester utenfor revisjon	61 550	84 300
Sum godtgjørelse til revisor	3 439 850	3 214 716

Spesifikasjon av andre tjenester utenfor revisjon

Kurs	61 550	84 300
Spesifikasjon av andre tjenester utenfor revisjon	61 550	84 300
	0	0

Alle tall er inkl. merverdiavgift

Årsregnskap

Note 6 - Immaterielle driftsmidler

Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

	Forskning og utvikling	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum Immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 1.1	0	65 087	0	65 087
Korrigeringer IB		0		0
Åpningsbalanse korrigert	0	65 087	0	65 087
Tilgang				0
Tilgang virksomhetsoverdragelse				0
Avgang virksomhetsoverdragelse HR/IKT				0
Avgang virksomhetsoverdragelse Fisjon		0	0	0
Avgang		0		0
Fra anlegg under utførelse				0
Anskaffelseskost 31.12.10	0	65 087	0	65 087
Akkumulerte avskrivninger 31.12.10		-65 087		-65 087
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.10		0		0
Balansført verdi 31.12.10	0	0	0	0
Årets ordinære avskrivninger		-48		-48
Avgang akk. avskr. virksomhetsoverdragelse HR/IKT				0
Avgang akk. avskr. virksomhetsoverdragelse Fisjon				0
Årets nedskrivninger		0		0
Avgang akk. nedskr. virksomhetsoverdragelse HR/IKT				0
Avgang akk. nedskr. virksomhetsoverdragelse Fisjon				0
herav avskrivn. som knytter seg til åpningsbalanse				0
Balansførte lånekostnader				0

Foretaksgruppen benytter lineære avskrivninger for alle immaterielle eiendeler. Den økonomiske levetiden er beregnet til:

* Anlegg under utførelse Avskrives ikke

	Forskning og utvikling	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum Immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 1.1	0	65 087	0	65 087
Korrigeringer IB		-65 087	0	-65 087
Åpningsbalanse korrigert	0	0	0	0
Tilgang				0
Tilgang virksomhetsoverdragelse				0
Avgang virksomhetsoverdragelse HR/IKT				0
Avgang virksomhetsoverdragelse Fisjon				0
Avgang				0
Fra anlegg under utførelse				0
Anskaffelseskost 31.12.11	0	0	0	0
Akkumulerte avskrivninger 31.12.11		0	0	0
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.11				0
Balansført verdi 31.12.11	0	0	0	0
Årets ordinære avskrivninger			0	0
Avgang akk. avskr. virksomhetsoverdragelse HR/IKT				0
Avgang akk. avskr. virksomhetsoverdragelse Fisjon				0
Årets nedskrivninger				0
Avgang akk. nedskr. virksomhetsoverdragelse HR/IKT				0
Avgang akk. nedskr. virksomhetsoverdragelse Fisjon				0
herav avskrivn. som knytter seg til åpningsbalanse				0
Balansførte lånekostnader				0

Foretaksgruppen benytter lineære avskrivninger for alle immaterielle eiendeler. Den økonomiske levetiden er beregnet til:

* Anlegg under utførelse Avskrives ikke

Arsregnskap

Note 7 - Varige driftsmidler

Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

2010	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidl. og annet	Sum Varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1	625 501	15 837 553	996 271	2 582 055	816 796	20 858 176
Korrigeringer IB	-34 747	-91 014	0	15 328	110 433	0
Åpningsbalanse korrigeret	590 753	15 746 539	996 271	2 597 384	927 229	20 858 176
Tilgang	0	-28 960	582 591	5 572	0	559 202
Tilgang virksomhetsoverdragelse						0
Avgang virksomhetsoverdragelse HR/IKT		-228	-8 362		-11 995	-20 586
Avgang virksomhetsoverdragelse Fisjon						0
Avgang	-65 520	-26	-455	-21 056	-4 590	-91 647
Fra anlegg under utførelse		687 827	-1 015 670	114 349		13 494
Anskaffelseskost 31.12.10	525 233	16 605 152	554 374	2 696 249	924 138	21 305 145
Akkumulerte avskrivninger 31.12.10	-60 654	-8 243 620	0	-1 722 776	-579 386	-8 606 636
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.10		-204 283	0	-3 500		-207 783
Balansført verdi 31.12.10	464 579	10 157 249	554 374	969 973	344 751	12 490 726
Årets ordinære avskrivninger		-648 779	0	-199 874	-45 652	-894 305
Avgang akk. avskr. virksomhetsoverdragelse HR/IKT		21			2 113	2 134
Avgang akk. avskr. virksomhetsoverdragelse Fisjon						0
Årets nedskrivninger		-184 800	0			-184 800
Avgang akk. nedskr. virksomhetsoverdragelse HR/IKT						0
Avgang akk. nedskr. virksomhetsoverdragelse Fisjon		0				0
herav avskrivn. som knytter seg til åpningsbalanse		0				0
Balansførte lanekostnader						0
Korrigering av differanser på avskrivninger		0				0

Helseforetaket benytter lineære avskrivninger for alle varige driftsmidler. Den økonomiske levetiden for driftsmidlene er beregnet til:

- * Personalboliger Avskrives ikke
- * Tomter Avskrives ikke

Operasjonell leasing/ leieavtaler	Tomter og boliger	Bygninger	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidl. og annet	Sum Varige driftsmidler
Leiebelep	15 395	91 020	38 706	14 429	159 550
Varighet (år)	1-15 år	2-20 år	3-9 år	2-7 år	

2011	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidl. og annet	Sum Varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1	525 233	16 605 152	554 374	2 696 249	924 138	21 305 145
Korrigeringer IB	-60 654	-4 316 581	0	173 149	196 396	-4 625 272
Åpningsbalanse korrigeret	464 579	20 921 733	554 374	2 869 398	1 120 533	25 930 417
Tilgang	0	115 224	49 874	289 276	19 996	474 370
Tilgang virksomhetsoverdragelse						0
Avgang virksomhetsoverdragelse HR/IKT		-19 899				-19 899
Avgang virksomhetsoverdragelse Fisjon	-18 207	-301 755	-304	-77 527	-7 845	-405 638
Avgang	-18 901	55 248		-59 556	-90 352	-113 561
Fra anlegg under utførelse		147 657	-258 707	107 693	3 158	0
Anskaffelseskost 31.12.11	427 271	20 918 407	345 237	3 129 284	1 045 490	25 865 689
Akkumulerte avskrivninger 31.12.11		-11 064 040	0	-2 011 147	-846 878	-13 922 064
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.11	0	-149 902	0	-3 500		-153 402
Balansført verdi 31.12.11	427 271	9 704 466	345 237	1 114 638	198 612	11 790 222
Årets ordinære avskrivninger		-567 000		-194 561	-90 538	-852 099
Avgang akk. avskr. virksomhetsoverdragelse HR/IKT		2 407				2 407
Avgang akk. avskr. virksomhetsoverdragelse Fisjon		97 317		12 322		109 639
Årets nedskrivninger		-15 332				-15 332
Avgang akk. nedskr. virksomhetsoverdragelse HR/IKT		17 493				17 493
Avgang akk. nedskr. virksomhetsoverdragelse Fisjon	18 207	241 227		36 152	395	295 982
herav avskrivn. som knytter seg til åpningsbalanse						0
Balansførte lanekostnader						0
Korrigering av differanser på avskrivninger					-30	-30

Helseforetaket benytter lineære avskrivninger for alle varige driftsmidler. Den økonomiske levetiden for driftsmidlene er beregnet til:

- * Personalboliger Avskrives ikke
- * Tomter Avskrives ikke

Operasjonell leasing/ leieavtaler	Tomter og boliger	Bygninger	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidl. og annet	Sum Varige driftsmidler
Leiebelep	15 395	91 020	38 706	14 429	159 550
Varighet (år)	1-15 år	2-20 år	3-9 år	2-7 år	

Investeringsprosjekter	Akk.verdi		Total kostnadsramme	Plan tidspunkt ferdigstillelse
	1112	1012		
UUUS samhandling ikt oslo universitetssykehus	5 587 699	5 587 699	0	0 uti Sykehuspartner
UUUS fasade/tak/vinduer kvinnesenteret	6 483 015	15 838 568	31 000 000	29.02.2012
UUUS midtlokka branntekn. oppgradering	117 993 384	96 360 112	120 000 000	29.02.2012
UUUS brannteknisk oppgradering av søsterhjemmet	6 239 964	5 128 929	8 000 000	2 013
UUUS Dikemark vann- og avløpsprosjekt	20 771 836	6 146 589	50 000 000	2 013
MTA 72700	9 206 976	0	11 000 000	29.02.2012
EIE Nedleggelse prod kjøkken Sinsen, k-sted 940929	11 980 735	1 162 067	9 500 000	31.12.2011
ISP DP00Prosjektledelse og fellestillak	21 787 215	0	30 000 000	2 014
ISP DP02Hybridstue, operasjonsstue og angiolab RH	5 531 226	0	10 800 000	Satt i vent
ISP DP03MR RH	32 256 111	0	42 600 000	31.03.2012
ISP DP05Akuttfunksjoner Ullevål	24 701 838	0	378 000 000	2 014
ISP DP07MR DNR	6 180 417	0	18 500 000	31.10.2012
ISP DP08CT DNR	7 652 602	0	10 200 000	31.03.2012
ISP DP18Kardiologi og onkologi barn	5 050 442	0	6 600 000	31.03.2012
Sum	281 423 460	130 223 964	726 200 000	

Årsregnskap

Note 8 - Eierandel i datter- og tilkn. foretak

Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

Investering i datterforetak	Hovedkontor	Eierandeler	Andel stemmer	Balansført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Årets nedskrivning
Sophies Minde Ortopedi AS	Oslo	100,00	100,00	12 000	51 088	9 583	
Norsk Medisinsk Sykkotronsenter AS	Oslo	80,00	80,00	1 400	20 773	-272	
Radiumhospitalets parkeringselskap AS	Oslo	100,00	100,00	31 588	35 498	1 424	
Barnehagebygg AS	Oslo	100,00	100,00	100	3 959	1 538	
Sykehotell AS	Oslo	100,00	100,00	10 100	11 703	565	
Sum datterforetak				55 188	123 021	12 839	
Tilknyttede selskap							
Ny INNAVASJON (Inven2)	Oslo	50,00	50,00	20 100	44 946	-282	
Sum tilknyttede selskap				20 100	44 946	-282	
Andre finansielle investeringer							
Sum andre finansielle investeringer							

Årsregnskap

Note 9 - Poster som er slått sammen i regnskapet

Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
Andre driftskostnader		
Transport av pasienter	198 600	193 879
Bygninger og kontorlokaler inkl energi og forsikring	462 130	498 794
Kjøp og leie av medisinskteknisk utstyr, IKT, inventar mv.	173 532	194 559
Konsulenttjenester	541 063	194 312
Annen ekstern tjeneste	384 025	661 793
Reparasjon vedlikehold og service	280 494	289 020
Kontor og kommunikasjonskostnader	131 906	127 382
Kostnader forbundet med transportmidler	33 692	32 236
Reisekostnader	44 252	50 061
Forsikringskostnader	15 219	16 883
Pasientskadeerstatning	6 040	6 218
Øvrige driftskostnader	135 183	97 515
Andre driftskostnader	2 406 139	2 362 652
Finansinntekter		
Resultatandel FKV og TS		
Konserninterne renteinntekter	3 779	3 587
Andre renteinntekter	13 960	12 301
Andre finansinntekter (agio)	884	1 286
Finansinntekter	18 623	17 174
Finanskostnader		
Resultatandel FKV og TS		
Konserninterne rentekostnader	117 733	91 584
Andre rentekostnader	1 699	4 001
Andre finanskostnader (disagio)	2 133	2 175
Finanskostnader	121 565	97 760
Fordringer		
Konsernkonto		0
Kundefordringer	165 715	159 374
Fordringer på foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	565 768	554 295
Opptjente pasientinntekter (inkl pasienter under behandl.)	75 038	101 147
Forskuddsbetalte kostnader	53 083	47 933
Kortsiktige finansinvesteringer	0	0
Øvrige kortsiktige fordringer	71 186	73 932
Fordringer	930 790	936 681
Annen kortsiktig gjeld		
Konsernkonto (driftskreditt)	0	0
Leverandørgjeld	785 176	496 220
Kortsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	2 763 452	2 911 864
Påløpte feriepenger	989 285	995 548
Påløpte lønnskostnader	252 539	269 783
Kortsiktig gjeld til tilknyttede selskaper		
Mottate forskuddsbetalinger		
Annen kortsiktig gjeld	870 249	749 256
Annen kortsiktig gjeld	5 660 701	5 422 670

* Endret kontobruk sees i sammenheng

Årsregnskap

Note 10 - Skatter

Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

	Total 2011	Total 2010
Beregning av utsatt skatt/utsatt skattefordel og endring i utsatt skatt/utsatt skattefordel		
Skattesats	28,00	
Midlertidige forskjeller		
Anleggsmidler		
Omløpsmidler		
Avsetninger for forpliktelser		
Annen langsiktig gjeld		
Kortsiktig gjeld		
Gevinst- og tapskonto		
Netto midlertidige forskjeller		
Underskudd til fremføring		
Grunnlag for utsatt skatt/skattefordel i balanse	0	0
28% utsatt skatt (utsatt skattefordel)		
Herav ikke balanseført utsatt skattefordel		
Utsatt skatt (utsatt skattefordel)	0	0

Årets skattekostnad på ordinært resultat fremkommer slik:

Grunnlag for betalbar skatt		
Resultat før skattekostnad		
Permanente forskjeller		
Grunnlag for årets skattekostnad	0	0
Endring i midlertidige forskjeller		
Skattepliktig inntekt	0	0
Bruk av fremførbart underskudd		
Grunnlag for betalbar skatt	0	0
28 % av grunnlag for betalbar skatt		
Endring i utsatt skatt		
For lite/for mye avsatt i fjor		
Sum skattekostnad på ordinært resultat	0	0

Forklaring til årets skattekostnad

28% skatt av resultat før skatt		
Permanente forskjeller (28%)		
Korrigerings av skattekostnad		
Beregnet skattekostnad	0	0

Årsregnskap

Note 11 - Pensjoner

Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
<p>Oslo universitetssykehus har pensjonsordninger som omfatter i alt 52408 personer, hvorav 17921 er yrkesaktive, 25206 er oppsatte og 9281 er pensjonister. Ordningene gir rett til definerte fremtidige ytelser etter sluttlønnprinsippet. Disse er i hovedsak avhenge av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved nådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakets pensjonsansvar i forhold til den ordinære tariffestede tjenstepensjonsordningen er dekket gjennom pensjonsordningene. Felles kommunal pensjonsordning, pensjonsordningen for sykehusleger og pensjonsordningen for sykepleiere i Kommunal Landspensjonskasse, SPK, Akershus fylkeskommunale pensjonskasse og Oslo pensjonsforsikring AS. I tillegg til den ordinære tjenstepensjonsordningen kommer ytelser i form av Avtalefestet pensjon (AFP) til aldersgruppen 62 til 66 år. AFP etter 65 år er dekket med tilskudd og utjevnet på risikofellesskapet i den enkelte "multiemployer plan".</p>		
Pensjonsforpliktelse		
Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	27 364 617	26 179 621
Pensjonsmidler	-20 297 631	-19 782 955
Netto pensjonsforpliktelse	7 066 987	6 396 666
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	996 445	901 930
Ikke resultatført tap/(gev) av estimat- og planavvik inkl ag	-8 411 779	-8 353 062
Netto balanseførte forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift	-348 347	-1 054 466
Herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl aga	834 599	533 270
Herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	1 182 946	1 587 736
Spesifikasjon av pensjonskostnad		
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	1 295 774	1 261 421
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	1 159 331	1 248 001
Årets brutto pensjonskostnad	2 455 105	2 509 422
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-1 039 057	-1 036 644
Administrasjonskostnad	100 930	97 324
Resultatført estimatendring/-avvik	420 334	223 452
Resultatført planendring	-463	-1 736 685
Arbeidsgiveravgift	224 247	108 577
Årets netto pensjonskostnad	2 161 095	165 446
Økonomiske forutsetninger		
Diskonteringsrente	3,8	4,6
Forventet avkastning på pensjonsmidler	4,1	5,4
Uttakstilbøyelighet AFP	8-40	8-40
Årlig lønnsregulering	3,5	4
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,5	3,75
Pensjonsregulering		

Pensjonskostnaden for 2011 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2011 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2011. Basert på avkastningen i pensjonskassene for 2011 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2011. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenstepensjon

Demografiske forutsetninger

Med hensyn på dødelighet og uførhet mv. er det i beregningene benyttet forutsetninger som i pensjonskassens forsikringstekniske beregningsgrunnlag.

Årsregnskap

Note 12 - Finansielle anleggsmidler og gjeld

Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
Finansielle anleggsmidler		
Lån til foretak i samme foretaksgruppe	3 181 388	2 814 550
Lån til tilknyttede selskap og felleskontrollert virksomhet		
Andre langsiktige lån og fordringer		
Sum finansielle anleggsmidler	3 181 388	2 814 550
<p>Disposisjonsretten til medlemsinnskudd KLP er begrenset. Verdien av tilskuddet vil først kunne bli utbetalt dersom foretaket går ut av KLP (slik KLP er organisert p.t.). Ved en eventuell omdanning eller annen omorganisering av KLP antas det at medlemmene får tildelt aksjer.</p>		
Investeringer i aksjer og andeler		
Sum eiendeler i felleskontrollerte virksomheter		
Sum eiendeler i tilknyttede selskaper		
Andre aksjer og andeler	20 100	20 100
Egenkapitalinnskudd i pensjonskasser/KLP	91 585	77 285
Sum investeringer i aksjer og andeler	111 685	97 385
Langsiktig gjeld		
Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe	1 509 727	1 681 005
Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet		
Gjeld til kredittinstitusjoner		
Annen langsiktig gjeld		
Sum langsiktig gjeld	1 509 727	1 681 005
Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	1 388 396	1 056 684

Årsregnskap

Note 13 - Kontanter og bankinnskudd

Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
Innestående skattetrekksmidler	405 541	436 003
Andre bundne konti	72 890	72 459
Sum bundne bankinnskudd	478 431	508 462
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	5 109	5 366
Sum bankinnskudd og kontanter	483 541	513 828

Oslo universitetssykehus har en kredittamme på 3338,0 mill. kroner tilknyttet konsernkontoordningen.
Av trekkrammen er det benyttet 2467,2 mill. kroner.

Trekk på konsernkontoordning er klassifisert som kortsiktig gjeld i Helse Sør-Øst RHF og i foretaksgruppen.

Årsregnskap
Note 14 - Egenkapital
Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

	Foretaks- kapital	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total Egenkapital
EGENKAPITAL 31.12.10							
Inngaende balanse 1.1	300	0	12 142 941	0	0	-4 061 877	8 081 365
Korrigeringer IB, spesifiser nedenfor							
(10 / 1) Korr IB	0		0			0	0
Åpningsbalanse korrigeret	300	0	12 142 941	0	0	-4 061 877	8 081 365
Egenkapitaltransaksjoner, spesifiser nedenfor							
(10 / 2) Foretaks kapital gjort om til fordring i 2010	-200		0				-200
(10 / 3) 0			0				0
(10 / 4) Tilbakeført realisert saldoverdi 30/09/2010 ifm fisjon av IKT fra UUS til SP			-11 968				-11 968
(10 / 5) Overført EK til 1322, IKT overf SP			-1 850				-1 850
Overføring av strukturfond							0
Minoritetsinteresse						547 422	547 422
Arets resultat							
Egenkapital 31.12.10	100	0	12 129 124	0	0	-3 514 454	8 614 769

	Foretaks- kapital	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total Egenkapital
EGENKAPITAL 31.12.11							
Inngaende balanse 1.1	100	0	12 129 124	0	0	-3 514 454	8 614 769
Korrigeringer IB, spesifiser nedenfor							
Åpningsbalanse korrigeret	100	0	12 129 124	0	0	-3 514 454	8 614 769
Egenkapitaltransaksjoner, spesifiser nedenfor							
(10 / 1) Virksomhetsoverdragelse Ahus			-384 821				-384 821
(10 / 2) Virksomhetsoverdragelse Vestre Viken			-14 677				-14 677
(10 / 3) Telecom plattform overført Sykehuspartner			-17 493				-17 493
(10 / 4) Ikke ferdigstilte AUU prosjekt overført Sykehuspartner			-5 249				-5 249
(10 / 5) Økt EK ifølge NRS 2011			2 349				2 349
Overføring av strukturfond							0
Minoritetsinteresse						-572 258	-572 258
Arets resultat							
Egenkapital 31.12.11	100	0	11 709 233	0	0	-4 086 712	7 622 620

Årsregnskap

Note 15 - Eiers styringsmål

Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010	2002-2011
Årsresultat	-572 258	547 422	
Overføring fra strukturfond			
Korrigerings for endrede levetider			
Korrigert resultat	-572 258	547 422	0
Herav økte pensjonskostnader som er blitt unntatt fra resultat			
Resultat jf økonomiske krav fra HOD	-572 258	547 422	0
Resultatkrav fra HOD	-400 000	1 049 000	
Avvik fra resultatkrav	-172 258	-501 578	0

Årsregnskap

Note 17 - Andre avsetninger for forpliktelser

Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

	2011	2010
Legepermisjoner	168 345	174 734
Investeringsstilskudd	872 686	881 077
Andre avsetninger for forpliktelser	376 980	401 040
Sum avsetning for forpliktelser	1 418 011	1 456 851

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 1455 overlege- og psykologspesialistårsverk.

Uttakstilbøyeligheten er satt til 50 % for overlegestillingene og 50 % for psykologspesialister

Overordnede leger og spesialister i Oslo universitetssykehus har avtalefestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år.

Under permisjonen mottar overlegene og spesialistene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som en langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Uttakstilbøyeligheten kan variere mellom foretak i Helse Sør-Øst og internt mellom de enkelte avdelinger i foretakene.

Årsregnskap

Note 18 – Nærstående parter

Oslo universitetssykehus HF

Oslo Universitetssykehus 100 % eid av Helse Sør-Øst RHF.

Transaksjoner med andre helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter, Det vil si pasienter bosatt i eget opptaksområde og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i eget foretak får behandling i et annet helseforetak innen regionen, i annen region eller private sykehus vår eller andre helseregioner har avtale med.

Oslo Universitetssykehus kjøp fra andre innen dette området utgjorde 300 mill kroner i 2011 mot 374 mill kroner i 2010, tilsvarende salg utgjorde 450 mill kroner i 2011 mot 430 mill kroner i 2010.

Utover dette er det ordinære kjøp av medikamenter fra Sykehusapotekene HF, ordinære kjøp av medisinsk forbruksmateriell fra den regionale leverandøren Forsyningssenteret, og kjøp av IKT- og HR tjenester av den regionale tjenesteleverandøren Sykehuspartner. Forsyningssenteret og Sykehuspartner er avdelinger innunder Helse Sør-Øst RHF.

Det er etablert rutiner som skal bidra til å sikre at ansatte som er ansvarlig for, eller har innflytelse på inngåelse av vesentlige innkjøps- og/eller salgsvtaler ikke sitter med verv eller han andre relasjoner til leverandører eller kunder mv som kan tenkes å komme i konflikt deres rolle i foretakene.

Det er gjennomført en kartlegging og dokumentasjon av styremedlemmers og ledende ansattes verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører.

Ingen ledende ansatte/styremedlem i Oslo Universitetssykehus har roller, ansvar og/eller verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretaket har til andre aktører.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	29 mars 2012
Saksbehandler:	Direksjonssekretær
Vedlegg:	Protokoll med tilhørende oppdragsdokument fra foretaksmøte 10. februar 2012

SAK 15/2012 OPPDRAG OG BESTILLING 2012 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak:

Styret tar protokoll fra foretaksmøte 10. februar 2012 i Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

Oslo den 22. mars 2012

Bjørn Erikstein

Administrerende direktørs vurdering

Den 10. februar 2012 ble det avholdt foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF. I møte ble oppdrag og bestilling 2012 gjort gjeldende for helseforetaket. Protokollen presiserer styringskrav og betingelser stilt av Helse Sør-Øst RHF for Oslo universitetssykehus HF sin virksomhet i 2012.

Oppdraget kan oppsummeres med at Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre en forsvarlig drift i henhold til årets aktivitetskrav. Foretaket skal fortsette det flerårige omstillingsarbeidet.

Oppdraget innebærer en reduksjon i aktiviteten innenfor somatikken fra 2011 til 2012 på i overkant av tre prosent. For å legge til rette for fortsatt omstilling i 2012, godkjennes det at Oslo universitetssykehus HF kan vise et negativt resultat lik inntil 400 millioner kroner.

For å kunne oppnå de resultatkrav som er satt til virksomheten i 2012 forutsettes det at nødvendige tiltak iverksettes. Gjennomføringen av tiltak vil skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner, og i god dialog med pasienter, pårørende og deres organisasjoner.

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 og Oslo universitetssykehus vil følge opp intensjonene i reformen, blant annet ved å inngå samarbeidsavtaler med kommunen.

Oppdraget er fordelt ut på ansvarlige enheter og lagt inn i helseforetakets oppfølgings- og rapporteringsrutiner.



OPPDRAK OG BESTILLING 2012
FOR
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Foretaksmøte 10. februar 2012

Innhold

1. INNLEDNING	4
2. INNSYN OG KONSERNREVISJON	5
3. VISJON OG MÅL FOR HELSE SØR-ØST	5
4. OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP	7
4.1 SAMHANDLINGSREFORMEN OG NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN	9
4.1.1 Samhandlingsreformen	9
4.1.2 Nasjonal helse- og omsorgsplan	10
4.2 NYE LOVER OG FORSKRIFTER	11
4.3 NASJONALE STRATEGIER OG HANDLINGSPLANER	11
5. OPPDRAG OG BESTILLING RELATERT TIL INNSATSOMRÅDENE FOR HELSE SØR-ØST 11	
5.1 INNSATSOMRÅDE 1 – PASIENTBEHANDLING	11
5.1.1 Kvalitet og pasientsikkerhet	12
5.1.2 Kreftbehandling	15
5.1.3 Hjerneslag	16
5.1.4 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	17
5.1.5 Psykisk helsevern	17
5.1.6 Habilitering og rehabilitering	18
5.1.7 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati	19
5.1.8 Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling	19
5.1.9 Barne- og ungdomsmedisinske avdelinger	19
5.1.10 Kjeveleddsdysfunksjon	19
5.1.11 Beredskap og smittevern	19
5.1.12 Forebygging	20
5.1.13 Nasjonale tjenester	20
5.1.14 Enkelte områdefunksjoner og regionfunksjoner	21
5.1.15 Revmatologi og revmakirurgi	21
5.1.16 Behandling av sykkelig overvekt	21
5.1.17 Rekonstruksjon av bryst etter brystkreft	22
5.1.18 E-helse	22
5.2 INNSATSOMRÅDE 2 – FORSKNING OG INNOVASJON	22
5.2.1 Forskning	22
5.2.2 Innovasjon	23
5.2.3 Regional forskningsstøtte	24
5.3 INNSATSOMRÅDE 3 - KUNNSKAPSUTVIKLING OG GOD PRAKSIS	25
5.3.1 Legeregulering	25
5.4 INNSATSOMRÅDE 4 - ORGANISERING OG UTVIKLING AV FELLESTJENESTER	25
5.4.1 IKT	25
5.4.2 Innkjøp og logistikk	26
5.4.3 Bygg og eiendom	26
5.5 INNSATSOMRÅDE 5 - MOBILISERING AV MEDARBEIDERE OG LEDERE	28
5.5.1 Arbeidsmiljø, HMS og Inkluderende arbeidsliv (IA)	28
5.5.2 Kompetanseutvikling	28
5.5.3 Ledelse og lederutvikling	29
5.5.4 Medvirkning til omstilling	29
5.5.5 Nasjonale rammeavtaler for leie av helsepersonell	29
5.5.6 Organisering og bruk av felles HR-tjenester	29
5.5.7 Redusert bruk av deltid	29
5.5.8 Utdanning av helsepersonell	30
5.5.9 Årlig medarbeiderundersøkelse	31
5.6 INNSATSOMRÅDE 6 - BÆREKRAFTIG UTVIKLING GJENNOM GOD ØKONOMISTYRING	31
5.6.1 Resultatkrav	31
5.6.2 Pensjonskostnader	32
5.6.3 Investeringer og bæreevne	32
5.6.4 Bemanningsstyring	32

5.6.5	<i>Ledelse og arbeidsmiljøtiltak</i>	33
5.6.6	<i>Likviditetsstyring</i>	33
6.	DRIFTSAVTALE	34
6.1	AVTALT AKTIVITETSnivå.....	34
6.2	ØKONOMISK VEDERLAG OG ØVRIGE ØKONOMISKE BETINGELSER	36
6.2.1	<i>Økonomisk vederlag</i>	36
6.2.2	<i>Drift og investering</i>	36
6.2.3	<i>Nasjonale medisinske kompetansetjenester</i>	36
6.2.4	<i>Andre statlige tilskudd</i>	37
6.2.5	<i>Likviditet mv</i>	37
6.2.6	<i>ISF-refusjoner</i>	38
6.2.7	<i>Finansiering av fellesprosjekter</i>	38
7.	OPPFØLGING OG RAPPORTERING	38
7.1	RAPPORTERING PÅ STYRINGSPARAMETRE	38
7.2	RAPPORTERING PÅ SÆRSKILTE OMRÅDER.....	41
7.3	RAPPORTERING I ÅRLIG MELDING	42
8.	VEDLEGG	43

1. INNLEDNING

Virksomheten til Helse Sør-Øst er basert på lover og forskrifter, med særlig vekt på helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rammene for virksomheten er nærmere definert i vedtekter og avtaler. Helseforetaket skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen.

Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til det regionale helseforetaket konkretiseres og utdypes i Nasjonal helse- og omsorgsplan, oppdragsdokument og foretaksmøter. Videre skal plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst legges til grunn for helseforetakets virksomhet. Plan for strategisk utvikling revideres i 2012 og ny plan vil bli gjort gjeldende fra 01.01.2013.

Alle overordnede føringer og styringsbudskap gitt Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller gjelder også for Oslo universitetssykehus HF.

Spesifikke oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som gjelder Oslo universitetssykehus HF er innarbeidet i dette dokumentet.

Dette dokumentet sammenstiller således Helse Sør-Øst RHF's oppdrag og bestilling til Oslo universitetssykehus HF for 2012 med utgangspunkt i overordnede rammer samt økonomiske og faglige prioriteringer slik de fremkommer i RHF-styresak 078-2011 *Mål og budsjett 2012*.

Relevante mål og krav gitt i tidligere oppdragsdokument vil fortsatt være gjeldende.

Det kreves at nasjonale og regionale strategier, mål og styringskrav følges opp og gjenspeiles i helseforetakets oppfølgingsplaner og rapporteres i måneds- og tertialrapporter, særskilt og til slutt samlet i foretakenes årlige melding.

Den økonomiske utfordringen i 2012 og fortsatt store omstillinger av helsetjenestetilbudet i hovedstadsområdet samtidig med innføring av samhandlingsreformen tilsier at det er viktig å sette et særlig fokus på ledelse, involvering og medvirkning fra ansatte, tillitsvalgte og arbeidsmiljøtiltak samt riktig bruk av kompetanse. De 12 prinsippene for medvirkning i omstillinger skal legges til grunn. Likeledes skal de 13 prinsippene for brukermedvirkning legges til grunn. Omstillingsarbeidet skal gjennomføres samtidig som kravene til et godt arbeidsmiljø for de ansatte og forsvarlige tjenester for pasientene blir ivaretatt.

Framdriften i omstillingene skal baseres på og avstemmes i henhold til fortløpende risikovurderinger, for å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen og målene for særskilte satsningsområder i 2012.

Helseforetaket skal medvirke til å sikre tilstrekkelig kompetanse i alle deler av spesialisthelsetjenesten. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt. Tiltak for å begrense bruk av ufrivillig deltid og midlertidige ansettelser i helseforetakene skal videreføres i 2012. Hovedregelen i Helse Sør-Øst skal være hele stillinger, for å sikre kontinuitet i tjenesten, kvalitet i pasientbehandlingen og pasientsikkerhet.

Videre oppfølging og forankring av alle vedtatte strategier, mål og eierkrav implementeres og beskrives nærmere i dette dokumentet. Formell forankring for helseforetaket skjer i foretaksmøte i februar 2012.

Det må påregnes at det i løpet av 2012 vil komme supplerende eller nye styringssignaler. Disse vil bli gitt helseforetakene i foretaksmøter eller i form av egne brev, men vil ikke medføre at dette dokumentet blir revidert. Det er likevel helseforetakets ansvar å påse at disse integreres i de relevante styrings- og rapporteringssystemene.

2. INNSYN OG KONSERNREVISJON

Helse Sør-Øst RHF kan ved behov, og i samarbeid med styreleder og direktør ved Oslo universitetssykehus HF, foreta en gjennomgang av alt grunnlagsmateriale som er levert i forbindelse med rapportering i forhold til helseforetakets virksomhet.

Oslo universitetssykehus HF vil i tillegg bistå med å fremskaffe tilleggsinformasjon og analyser som er nødvendig i forhold til saker som skal fremmes for styret i Helse Sør-Øst RHF eller i forbindelse med internrevisjon i foretaksgruppen.

Det stadfestes at konsernrevisjonen Helse Sør-Øst er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for internrevisjon i den samlede foretaksgruppen Helse Sør-Øst.

Mål 2012

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

3. VISJON OG MÅL FOR HELSE SØR-ØST

Styret vedtok i 2008 et omstillingsprogram for Helse Sør-Øst. Omstillingsprogrammet består av 6 innsatsområder som er beskrevet i Plan for strategisk utvikling 2009-2020:

1. Pasientbehandling
2. Forskning
3. Kunnskapsutvikling og god praksis
4. Organisering og utvikling av fellestjenester
5. Mobilisering av medarbeidere og ledere
6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Strategidokumentet skal være Helse Sør-Østs strategiske fundament for utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i tråd med ”sørge for”-ansvaret frem mot 2020.

Strategiene angir den langsiktige utviklingen av helseforetaksgruppen i Helse Sør-Øst iht. helseforetakslovens bestemmelser, lov om spesialisthelsetjenester, Nasjonal helse- og omsorgsplan mv. Perspektivet skal fange opp ønsket utvikling innenfor pasientbehandling, eiendomsutvikling, investering mv. slik at dette utgjør et målbilde frem mot 2020 og har også tatt hensyn til formål beskrevet i Samhandlingsreformen.

Helse Sør-Østs visjon er å skape:

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi

Følgende mål videreføres frem til 2014:

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

Som hovedregel skal ingen pasienter vente mer enn et år.

Oslo universitetssykehus HF vil i 2012 arbeide for at følgende resultatmål oppnås i helseforetaket:

- **Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd**

Mål 2012

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

Styringsparametre

- Gjennomsnittlig ventetid
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter

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

Overordnede mål

- Helseforetaket skal medvirke til at Helse Sør-Øst når foretaksgruppens prioriterte mål for perioden 2011-2014.

Mål 2012

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

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

Overordnede mål

- Helseforetaket skal medvirke til at Helse Sør-Øst når foretaksgruppens prioriterte mål for perioden 2011-2014.

Mål 2012

- Helseforetaket skal prioritere implementering og opplæring i bruk av ny PAS-modul for å sikre at måloppnåelse blir registrert og rapportert.

Helseforetakets resultatmål skal inngå i løpende rapportering til Helse Sør-Øst RHF. Risiko forbundet med hvert av resultatmålene skal spesielt synliggjøres i risikovurderingen som oversendes Helse Sør-Øst RHF i tertialrapporteringen.

4. OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP

Styret må være bevisst sitt ansvar for å sikre kvalitativt gode spesialisthelsetjenester, bærekraftig utvikling, godt omdømme og oppslutning om offentlige helsetjenester. Styret har ansvar for at en bredt anlagt forståelse av samfunnsansvar blir ivaretatt. Styret har ansvar for at tiltak for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet følges opp.

All dokumentasjon av medisinsk aktivitet i foretakene skal gjøres på et helsefaglig grunnlag, og ikke etter hvilken inntekt som eventuelt genereres. Rutiner, prosesser, opplæring og IKT-systemer skal bidra til korrekt medisinsk koding.

Oppfølging i hovedstaden 2012

Oslo universitetssykehus HF vil også i 2012 gjennomføre betydelig omstilling i forbindelse med gjennomføring av vedtak i RHF-styresak 108-2008. Omstillingen vil medføre risiko knyttet både til aktivitet, kvalitet, bemanningstilpasning, resultat og nivå på investeringer. Helse Sør-Øst RHF forutsetter at Oslo universitetssykehus HF løpende styrer på en slik måte at risiko reduseres i størst mulig grad og forutsetter at omstillingsprosessene legger til rette for at det kan realiseres faglige og økonomiske gevinster av omstillingen.

Helse Sør-Øst RHF opprettholder et særskilt og gjennomgående oppfølgingsregime for Oslo universitetssykehus HF også i 2012. Oppfølgingsregimet vil omfatte Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, og innebærer både foretaksvis og samlet rapportering. Hyppighet og detaljeringsgrad i rapportering og dialog vil være tilpasset vurdert risiko.

Omstillinger i helseforetakene kan medføre offentlig kritikk fra egne ansatte. Utgangspunktet er at det skal mye til før slike ytringer er i konflikt med lojaliteten til arbeidsgiver. Slik kritikk skal som hovedregel møtes med motinnlegg basert på faktaopplysninger som viktigste virkemiddel.

Mål 2012

- Det skal legges økt vekt på god kommunikasjon med og informasjon til befolkningen, pasienter og ansatte i forbindelse med det videre omstillingsarbeidet i hovedstadsområdet.
- Det forutsettes at det legges vekt på å sikre gode IKT-løsninger i de tre helseforetakene i hovedstadsområdet

Intern kontroll og risikostyring

Det er også i 2011 avdekket flere tilfeller av uheldige hendelser og systematiske avvik i tjenesten. Tidligere stilte krav om å ha god intern kontroll og systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik må følges opp. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen.

For å sikre at uønskede hendelser og funn fra tilsyn blir fanget opp i hele organisasjonen, må helseforetaket legge til rette for kollektivt læring av feil og systemsvikt, også i forhold til andre helseforetak.

Mål 2012

- Uavhengig av tilsynsområder og tilsynsobjekter skal helseforetaket påse at kravene til styring og ledelse følges opp på en måte som sikrer at tjenestene blir utført til beste for pasientene og i tråd med regelverket.
- Journalføring og annen skriftlig dokumentasjon som skal bidra til trygg pasientbehandling skal gjennomføres på en forsvarlig måte.
- Minimum én gang per år skal styret har en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaket med hensyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.
- Ved omstilling av virksomheten, herunder innføring av ny teknologi og organisasjonsendringer, må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha, også for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. Der det foreligger risiko for uønskede hendelser skal det etableres særlige overvåkingsrutiner og forebyggende tiltak for å redusere risiko.
- Feil som begås skal ses i sammenheng og inngå i et systematisk forbedringsarbeid. Rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter skal systematisk følges opp for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.
- Forespørsler fra Statens helsetilsyn og andre tilsynsmyndigheter skal følges opp og besvares innenfor de fristene som er satt.

Styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet

Styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen. Helseforetaket skal tilpasse virksomheten til de økonomiske rammebetingelsene Helse Sør-Øst RHF har lagt.

Oslo universitetssykehus HF har ansvar for å iverksette egne tiltak for å sikre pasientenes rettigheter og behandlingsbehov i tråd med krav til internkontroll og risikostyring, samt lover og forskrifter. Helse Sør-Øst RHF vil iverksette regionale tiltak som et supplement til helseforetakenes handlingsplaner for lokale forbedringer. Helseforetaket må iverksette tiltak for forbedring og etablere nulltoleranse for avvik som kan medføre at pasienters rettigheter og behandlingsbehov ikke ivaretas.

Det vises til RHFstyresak 58-2011 *Revisjoner av intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet i helseforetak. Oppfølging fra Helse Sør-Øst RHF*. I oppfølgingen av denne saken har Helse Sør-Øst RHF, som ledd i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, etablert et særskilt arbeid for å standardisere arbeidsprosessen og prosesser og organisering knyttet pasientadministrasjon som er gjennomgående i alle foretak. Det regionale arbeidet skal supplere og koordineres med det lokale tiltaksarbeidet. Oslo universitetssykehus HF skal ta del i standardiseringen og følge opp de anbefalinger som kommer i dette arbeidet.

Regjeringens eierskapspolitikk

Mål 2012

- Helseforetaket skal gjøre seg kjent med kravene som følger av regjeringens eierskapspolitikk.
- Helseforetaket skal gjøre seg kjent med kravene til samfunnsansvar, særlig på områdene menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, miljø/klima og arbeidet mot korrupsjon. Helseforetaket skal ha retningslinjer og rutiner for å operasjonalisere og ivareta samfunnsansvaret både i strategisk og operasjonell virksomhetsstyring
- Helseforetaket skal bidra til moderasjon i lederlønningene og være kjent med og følge retningslinjene for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper fastsatt 31. mars 2011

- Helseforetaket skal gjøre seg kjent med Riksrevisjonens lederlønnundersøkelse i Dokument 3:2 (2011-2012)

4.1 Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan

4.1.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen gir utfordringer for helseforetakene med utvikling og omstilling av spesialisthelsetjenesten i tråd med oppgaveoverføringen til kommunene. Det legges til grunn at reformens krav til samarbeidsavtaler og oppfølging blir ivaretatt på alle nivåer, og at Oslo universitetssykehus HF vil arbeide aktivt for å redusere den økonomiske usikkerhet som reformen innebærer. Det forutsettes et godt samarbeid med kommunene om utskrivningsklare pasienter, oppbyggingen av kommunale senger for øyeblikkelig hjelp, kompetanseutveksling og kompetanseutvikling, samt en videreføring av prosjektmidler og midler til forskning for å styrke samhandlingen.

Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal ivareta kravet om gode og bredt involverende prosesser. Samarbeid mellom helseforetak og kommuner, og mellom ledelse, tillitsvalgte, ansatte og brukere skal legges til grunn i slike prosesser. Omstillinger av tjenestetilbudet som berører kommunene skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Ved omstillinger skal det rettes spesiell oppmerksomhet mot kvaliteten i det samlede helsetilbudet til eldre.

Ved planlegging av større investeringsprosjekter skal det legges vekt på å tilpasse planene til samhandlingsreformen.

Helse Sør-Øst RHF skal rapportere på status samhandlingsreformen i oppfølgingsmøtene med Helse- og omsorgsdepartementet, med særskilt rapportering på 1. tertialmøte og 2. tertialmøte. Rapporteringen skal omfatte både tjenestetilbudet, kompetanse og økonomi. Det vil kunne komme endringer i ØBAK som følge av dette. Oslo universitetssykehus HF må bidra i dette arbeidet der det er nødvendig.

Overordnede mål

- Det skal etableres og videreutvikles effektive og lokale behandlingstilbud i samarbeid med kommunene, herunder lokalmedisinske sentre.
- Med bakgrunn i de lovpålagte avtalene mellom kommuner og helseforetak skal det etableres helhetlige pasientforløp og avklares arbeidsdeling mellom helseforetak og kommuner.

Mål 2012

- I 2012 skal Oslo universitetssykehus HF i dialog med Oslo kommune og bydelene i sitt opptaksområde bidra til implementering av samhandlingsreformen.
- Det skal inngås samarbeidsavtaler på de lovpålagte elementene med frist 31.1.2012 og 1.7.2012.
- Det skal legges inn et eget punkt i avtalene som beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudene i kommunene i tråd med rammene for tilskuddsordningen, slik at partene ser øyeblikkelig hjelp-tilbudene sine i sammenheng og kan bli enige om løsninger som er hensiktsmessige for pasienter, kommuner og helseforetak og hindrer etablering av dobbeltkapasitet eller nedtrapping av tilbudet i helseforetakene uten at tilbud er etablert i kommunene.
- Avtaler om jordmortjenester, herunder følgetjenesten for gravide, skal inngås innen 1.7.2012.

- Det er behov for mer kunnskap om samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. NPR har forbedret kodeverkene for rapportering av henvisende enhet/enhet det henvises til. Nye koder skal tas i bruk og rapporteres i tråd med spesifisering. Det skal sikres at det er mulig å identifisere behandlingssted i rapporterte data.
- Det skal registreres og rapporteres på utskrivningsklare pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Samhandlingsavtalene med kommunene skal dimensjoneres slik at befolkningens behov for gode og helhetlige helse- og omsorgstjenester ivaretas og at avtalene i tilstrekkelig grad omfatter samarbeid om forebyggende tiltak og gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.
- Oslo universitetssykehus HF skal bidra til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade iht. ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og følger opp den lovpålagte veiledningsplikten overfor kommunene, jf. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven.
- Samhandlingen skal styrkes og det skal stimuleres til etablering av tilbud i kommunene, herunder døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, i tråd med føringene i oppdragsdokumentet til Helse Sør-Øst RHF og i henhold til regelverket for tilskuddsordningen.
- Tilbudet i Oslo universitetssykehus HF skal tilpasses i forhold til etableringen av nye tilbud i kommunene.
- Samhandling og tilrettelegging av tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i kommunene skal videreutvikles slik at disse områdene ikke nedprioriteres.
- Forskning og innovasjon for å understøtte helhetlige og koordinerte tjenester i tråd med samhandlingsreformens målsettinger skal styrkes, jf. Helse- og omsorgsdepartementets *Strategi 2011-2014 Forskning og innovasjon for bedre samhandling*.

Samhandlingsarena Aker

Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF skal sammen med Oslo kommune samarbeide om konkrete planer for det fremtidige tilbudet på Aker sykehus. Fellesprosjektet ledes av Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune.

Målet er å utvikle tilbud som kommer hele Oslos befolkning til gode. Samhandlingsarena Aker vil være en viktig brikke for å få til en sammenhengende behandlingssløyfe for pasienter i Oslo.

4.1.2 Nasjonal helse- og omsorgsplan

Nasjonal helse- og omsorgsplan og Stortingets behandling av denne (Innst. 422 S, 2010-2011) og Samhandlingsreformen (Prop. 90 L 2010-2011, *Lov om folkehelsearbeid* og Prop. 91 L 2010-2011, *Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester*) utgjør et overordnet rammeverk og gir føringer for den videre utvikling av den samlede helse- og omsorgstjenesten.

En desentralisert sykehusstruktur skal fortsatt ligge til grunn, og lokalsykehusene skal videreutvikles for å ha en viktig funksjon i den helhetlige helsetjenesten også i fremtiden. Ingen lokalsykehus skal legges ned. Lokalsykehus med akuttfunksjoner skal videreføres med anestesiberedskap der dette er etablert i dag. Samtidig må en fremtidig sykehusstruktur bygge på bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehus. Samarbeidet mellom helseforetak og kommuner skal ivareta gode og helhetlige pasientforløp.

4.2 Nye lover og forskrifter

Stortinget vedtok 17. juni 2010 ny helse- og omsorgstjenestelov (lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester). I den forbindelse vedtok Stortinget også en rekke viktige endringer i spesialisthelsetjenestelovgivningen, blant annet ny § 3-3 om meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. I tillegg inneholder helse- og omsorgstjenesteloven i seg selv flere forslag som indirekte har betydning for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Lovendringene trer i kraft 1. januar 2012. Samtidig med helse- og omsorgstjenesteloven vedtok Stortinget også ny folkehelselov (lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid).

Det forutsettes at helseforetaket er kjent med innholdet i lovene og forskriftene og påser at det gis nødvendig informasjon og opplæring til styret, administrasjon, brukerutvalg og ansatte om nye helselover og -forskrifter.

4.3 Nasjonale strategier og handlingsplaner

For 2012 gjelder følgende strategier og handlingsplaner for spesialisthelsetjenesten:

- Aksept og mestring – nasjonal hivstrategi (2009 -2014)
- Demensplan 2015 – ”Den gode dagen” (2012-2015)
- Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom (2011-2015)
- Handlingsplan for habilitering av barn og unge
- Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi (2006 -)
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)
- Nasjonal strategi for bioteknologi (2011-2020)
- Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)
- Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskaade (2009-2014).
- Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012)
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)
- Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern (2011-2015)
- Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012)
- Nasjonal strategi for tobakksforebyggende arbeid (2012-2016)
- Nevroplan 2015 (2012-2015)
- Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2012)
- Strategi for kvinners helse (2003-2013)

Det forutsettes at helseforetakene er kjent med innholdet i strategiene og handlingsplanene, og at de legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet på de ulike områdene.

5. OPPDRAG OG BESTILLING RELATERT TIL INNSATSOMRÅDENE FOR HELSE SØR-ØST

5.1 Innsatsområde 1 – Pasientbehandling

Helseforetakene er i henhold til RHF-styrevedtak 108/2008 gitt en målsetting om at sykehusområdene normalt skal dekke 80-90 % av pasientbehandlingen, noe som innebærer at de vanligste spesialiserte tjenestene skal være tilgjengelig i alle sykehusområder. For å sikre at en så

stor del av pasientbehandling foregår i eget sykehusområde må helseforetaket ta ansvar for de deler av pasientforløpene som kan utføres på lokal- og områdenivå.

Oslo universitetssykehus HF skal utarbeide retningslinjer for når en pasient skal få behandling på regionsnivå og når pasienten kan utskrives til behandling på områdenivå. Dette arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med de enkelte helseforetak i regionen. Retningslinjene bør omfatte innlagte pasienter, poliklinisk utredning og oppfølging/annen utredning eller diagnostikk.

5.1.1 Kvalitet og pasientsikkerhet

5.1.1.1 Kvalitetsforbedring

Det er et nasjonalt mål at helseforetakene har mest mulig lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis som understøtter gode pasientforløp. Dette kan nås blant annet ved å implementere nasjonale faglige retningslinjer. Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er et viktig verktøy for å dokumentere behandlingseffekt over tid, og gir grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid og forskning. Det er også et nasjonalt mål å etablere slike registre innen viktige fagområder. Videreutviklingen av kvalitetsregisterområdet skal være i tråd med handlingsplanen for Nasjonalt helseregisterprosjekt. I alt 19 medisinske kvalitetsregistre har status som nasjonale registre, og disse registrene gjøres landsdekkende og operative i kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid i 2011.

Oslo universitetssykehus HF skal starte etablering av et regionalt ressursmiljø for medisinske kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst RHF, jf. oppdrag og revidert mandat gitt i eget brev av 14.12.2011. Fagmiljøet skal først og fremst gi støtte og rådgivning til de nasjonale kvalitetsregistrene i regionen og skal inngå i et interregionalt nettverk ledet av det nasjonale servicemiljøet for kvalitetsregistre i Helse Nord RHF (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, SKDE). Oslo universitetssykehus HF vil tilføres øremerkede nasjonale midler til etablering av ressursmiljøet for medisinske kvalitetsregistre.

Overordnede mål

- Tjenestene som tilbys skal være av god kvalitet, trygge og sikre.
- Behandlingen skal gi bedre behandlingsresultat, økt overlevelse og mindre variasjon mellom sykehus.
- Tjenestene skal preges av god lærings- og forbedringskultur.
- Ledelsen på alle nivå skal legge til rette for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.
- Ledelsen på alle nivå skal ha oversikt over kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten.
- Nasjonale faglige retningslinjer skal tas i bruk.
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal være etablert og tatt i bruk innen viktige fagområder.
- Datakvaliteten for nasjonale kvalitetsindikatorer skal være tilfredsstillende.

Mål 2012

- Godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal ha felles infrastruktur og nasjonal dekning.
- Årlig rapportering for nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal skje på felles elektronisk mal. Rapporteringen skal synliggjøre i hvilken grad registrene oppfyller sitt formål.
- Tiltakene i Nasjonalt helseregisterprosjekts handlingsplan for 2012 skal være iverksatt innenfor eget ansvarsområde. (Tiltakene legges ut på www.nhrp.no etter at handlingsplanen er behandlet i styringsgruppen for prosjektet i begynnelsen av februar 2012.)

- Nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevede metoder skal tas i bruk.
- Nasjonalt mandat for kliniske etikkomiteer skal legges til grunn for den lokale komiteenes virksomhet (jf. brev av 18. november 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet).
- Det skal være god kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern til Norsk pasientregister.
- 100 % av epikriser skal være sendt ut innen sju dager.
- Det skal ikke være korridorpasienter.
- Oslo universitetssykehus HF skal bidra til at den nye pålagte elektroniske meldeordningen for 3-3 meldinger som overføres fra Helsetilsynet til Kunnskapscenteret gjennomføres på forsvarlig måte.
- Minst 90 % av elektivt opererte pasienter ved innleggelse skal legges inn samme dag som inngrepet finner sted.

Styringsparametre

- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd.
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt.
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag.
- 30-dagers risikjustert totaloverlevelse.
- Andel epikriser sendt ut innen sju dager.
- Andel korridorpasienter ved somatiske sykehus.
- Registrering hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge.
- Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.
- Registrering hovedtilstand psykisk helsevern voksne.

5.1.1.2 Pasientsikkerhet

Overordnede mål

- Færre uønskede hendelser.
- Færre infeksjoner påført i forbindelse med sykehusopphold.
- Tryggere legemiddelbruk.
- Økt antall uønskede hendelser som meldes.
- Uønskede hendelser brukes aktivt til læring og forbedring.
- Ledelsen på alle nivå sikrer velfungerende systemer for melding og håndtering av uønskede hendelser.
- Ansatte opplever det trygt å melde, og meldingene skal følges opp fra et system- og læringsperspektiv.
- Brukere/pasienter og pårørende skal oppleve det enkelt og trygt å melde, og at meldingene følges opp fra et system- og læringsperspektiv.

Mål 2012

- Alle sykehus og helseforetak skal delta i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i tråd med styringsgruppens beslutninger, og rapportere data til kampanjens sekretariat i henhold til fastsatte tidsfrister.
- Ledelsen i helseforetaket skal følge aktivt opp egne resultater i kampanjen.
- Helse Sør-Øst RHF har, i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, utarbeidet informasjonspakke om håndtering av endringer i meldeordningen. Helseforetaket skal delta i arbeidet med å sikre at denne informasjonen når ut til alle ansatte.
- Det skal sikres nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer.

- Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med Sykehusapotekene HF følge opp felles etablerte mål og tiltak for å redusere feilmedisinering under sykehusopphold og ved utskrivning. Det forutsettes at veilederen om legemiddelhåndtering, utarbeidet av Helse Sør-Øst, legges til grunn for endringer og implementering av prosedyrer samt tiltak som sikrer den nødvendige kompetanse hos helsepersonell som håndterer legemidler.
- Forbedringspunktene som er avdekket gjennom revisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet, skal ivaretas. Dette vil inngå i oppfølgingsmøtene med Helse Sør-Øst RHF.
- Det skal sikres at helseforetaket har metoder for å teste og overvåke eventuelle svikt i det pasientadministrative arbeidet slik at tiltak iverksettes raskt.
- Arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutiner med hensyn til organisasjons- og kompetanseutvikling følges opp.

Styringsparametre

- Andel sykehus og helseforetak som har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.
- Andel sykehus og helseforetak som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.
- Andel pasienter med sfinkterruptur (fødselsrifter) grad 3 og 4.
- Dokumentere forbedringer i pasientadministrativt arbeid, på områdene:
 - gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført
 - antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle
 - antall pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny kontakt

5.1.1.3 Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning

Riksrevisjonens undersøkelse av fritt sykehusvalg tyder på at det er et potensial for å redusere forskjeller i ventetider mellom sykehus ved at flere pasienter benytter ordningen med fritt sykehusvalg. Det pekes videre på at sykehusene har etablert rutiner for å informere om muligheten til å velge sykehus, men at informasjonen vektlegger begrensningene i ordningen.

Overordnede mål

- Pasienter, brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg.
- Pasienter, brukere og pårørende skal ha innflytelse over utformingen av eget behandlingstilbud og virksomhetenes tjenestetilbud.
- Tjenestene skal være innrettet etter brukernes behov, både når det gjelder fysisk, kulturell og språklig tilgjengelighet.
- Pasienter og pårørendes erfaringer og klager skal brukes systematisk i kvalitetsforbedringsarbeid, forskning og innovasjon.
- Bedre informasjon om fritt sykehusvalg.

Mål 2012

- Det skal iverksettes tiltak for å bedre informasjonen til pasienter og pårørende om fritt sykehusvalg. Informasjonen om fritt sykehusvalg bør gis sammen med at pasienten får opplyst når de har timeavtale, slik at pasienten gis et grunnlag for å vurdere om det kan være hensiktsmessig å benytte fritt sykehusvalg.
- Det skal leveres oppdaterte ventetider til nettsiden fritt sykehusvalg.
- Alle helseforetak skal ha styrebehandlet mål og strategier for brukervedvirkning.

- Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser, registrering og rapportering av uønskede hendelser og andre kvalitetsmålinger skal være offentliggjort på helseforetakenes nettsider.

Styringsparametre

- Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel.
- Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus.
- Fastlegers erfaringer med DPS.
- Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker.
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter.

5.1.1.4 Opplæring av pasienter og pårørende

Overordnede mål

- Pasient- og pårørendeopplæring skal være kunnskapsbasert og ha god faglig kvalitet
- Pasient- og pårørendeopplæring skal være integrert i behandling på alle nivå i pasientforløpet

Mål 2012

- Lærings- og mestringssentrene (LMS) skal videreutvikles som arena for samhandling og brukermedvirkning
- LMS skal styrkes som helsepedagogisk ressursmiljø i helseforetakene
- Samarbeidet med brukerorganisasjoner og kommuner om pasient- og pårørendeopplæringen skal styrkes

5.1.2 Kreftbehandling

Det vises til rapport fra regionalt fagråd for kreft datert 21.06.10 vedrørende stråleterapi. Helse Sør-Øst vil i eget brev klargjøre forventninger til oppfølging av rapporten.

Det vises til RHF-styresak 85-2010 *Funksjonsfordeling av kreftbehandling i Helse Sør-Øst*. Det forutsettes at helseforetaket følger opp vedtakets forutsetninger og fastlagt funksjonsfordeling. Helse Sør-Øst RHF vil etablere et evaluerings- og rapporteringssystem i forhold til styrets vedtak.

Førstegangsevaluering forventes gjennomført pr. 1.3.2012. Det regionale kreftrådet har fått ansvaret for å innhente rapporter fra helseforetakene basert på en felles mal og levere en oppsummert vurdering med anbefaling av tiltak til Helse Sør-Øst RHF. Aktivitetsresultatene som leveres av helseforetakene vil bli sammenholdt med data fra NPR som det regionale helseforetaket vil stille til kreftrådets disposisjon.

Overordnede mål

- Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer.
- Hensiktsmessig organisering av tilbudet til kreftpasienter med vekt på samling av funksjoner som av kvalitetsmessige årsaker bør skje på færre enheter (eks spesialisert kreftkirurgi) og desentralisering av tilbud som kan gis nær pasienten med god kvalitet.
- Gode og effektive pasientforløp for kreftpasienter.

Mål 2012

- Det skal gjennomføres tiltak for å redusere flaskehalsen i forløpene for kreftpasienter.
- 80 % av kreftpasienter skal ha forløp innenfor anbefalte forløpstider:

- 5 virkedager fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert.
- 10 virkedager fra mottatt henvisning til utredning er påbegynt.
- 20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling.
- Pasienter som henvises med mistanke om kreft skal få utnevnt en egen kontaktperson. Kontaktpersonen skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om hva som skjer når, rettigheter og ventetider. Det vil ofte være hensiktsmessig at denne kontaktpersonen også har en aktiv rolle i å koordinere forløpet for pasienten.
- Utdanningskapasiteten for onkologer og patologer skal gjennomgås og vurderes.
- Tiltak for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft skal iverksettes.
- Det skal legges til rette for gjennomføring av videreutdanning i henhold til kriteriene for den nasjonale piloten i kompetanseområde palliativ medisin.
- Det skal, i samarbeid med brukere og kommunen, tilrettelegges for helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem for pasienter med kreft og utvikles minimum to nye behandlingslinjer i 2012.

Styringsparametre

- Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 virkedager.
- Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager.
- Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager.
- Andel pasienter med kreft som får behandling innen 20 virkedager (indikatoren vil bli utviklet i 2012).

Det bes om rapportering på status og rekrutteringssituasjonen for onkologer og patologer innen utgangen av 2. tertial 2012.

5.1.3 Hjerneslag

Overordnede mål

- Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneslag i tråd med nasjonale faglige retningslinjer.
- Godt og effektivt forløp for slagpasienter.
- Alle pasienter med akutt hjerneslag skal behandles i slagenhet.
- Flere pasienter med akutt hjerneinfarkt skal få trombolyse.
- Økt kunnskap blant helsepersonell, pasienter og pårørende om symptomene ved akutt hjerneslag.

Mål 2012

- 20 % av pasienter med hjerneinfarkt under 80 år skal ha fått trombolyse.
- Alle helseforetak som behandler pasienter med hjerneslag skal rapportere data til Norsk hjerneslagregister.
- Det skal være iverksatt tiltak for å gjøre helse- og omsorgstjenesten og befolkningen oppmerksom på symptomene ved akutt hjerneslag.

Styringsparametre

- Andel pasienter under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysbehandling.
- Andel sykehus og helseforetak som har slagenhet (av sykehus og helseforetak som behandler slagpasienter).

5.1.4 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling

Overordnede mål

- Høy kompetanse og kvalitet i tilbudet til pasienter/brukere med rusmiddel- og annen avhengighet.
- Tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) skal være samordnet med tjenester innen psykisk helsevern og andre spesialisthelsetjenester slik at tilbudet er tilpasset pasienter med sammensatte lidelser.
- Tjenestene innen TSB skal i størst mulig grad tilbys nær pasientenes bosted og i samarbeid med kommunale tjenester.
- Pasientene skal oppleve gode og sammenhengende behandlingsforløp, også ved øyeblikkelig hjelp og der behandling startes av ambulansetjenesten ved overdoser.
- Det skal være gode rutiner for samarbeid med kommunen under behandling, ved endt behandling og ved behandlingsavbrudd, samt rutiner for hurtig reinntak i TSB ved behandlingsavbrudd dersom pasienten ønsker dette.

Mål 2012

- Det samlede tilbudet innen TSB skal styrkes.
- Det skal etableres behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunene i påvente av oppstart av behandling.
- Andel pasienter som fullfører TSB skal økes.
- Økt oppmerksomhet på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider.
- Helseforetaket skal vurdere samarbeidsavtalen med Kriminalomsorgen med henblikk på å tydeliggjøre at avtalen også omfatter TSB og kommunen, jf. utsendt mal for avtale.
- Det skal legges særlig vekt på etablering av behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunene.
- Pasienter som ønsker å stå på venteliste til et bestemt tilbud, skal gis informasjon om rettigheter og behandlingssteder med kortere ventetid samt om konsekvenser av å eventuelt frasi seg rett til behandling innen frist.
- Det skal sikres at informasjon om forskjellige behandlingstilbud er lett tilgjengelig for pasienter, pårørende og behandlingsapparatet.

5.1.5 Psykisk helsevern

Overordnede mål

- Omstillingen innen psykisk helsevern skal videreføres slik at DPS blir prioritert og satt i stand til å ivareta allmennpsykiatriske funksjoner, herunder akuttfunksjoner gjennom døgnet.
- Pasienter/brukere skal ha et helhetlig tilbud på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og et normalt liv, dvs at tilbudet som hovedregel skal gis på kommune- og DPS-nivå.
- Sykehusene skal ivareta oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå, dvs sikkerhetsavdelinger, lukkede akuttavdelinger og enkelte avgrensede spesialfunksjoner.
- Psykisk helsevern skal i størst mulig grad være basert på frivillighet.

Mål 2012

- Regionale og lokale planer for redusert og riktig bruk av tvang skal gjennomføres som ledd i den nasjonale strategien på området.

- Det skal legges til rette for at BUP og DPS kan ha samkonsultasjoner med fastlege, i skolehelsetjenesten, på helsestasjon, med barnevernet mv også for pasienter som ikke er henvist til spesialisthelsetjenesten.
- Alle helseforetak/sykehus skal bidra til å innfri nye anbefalinger fra Nasjonal strategigruppe II psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk 2012.
- Det legges til grunn en større vekst i behandlingsaktivitet innen tverrfaglig spesialisert rus og psykisk helsevern enn i somatikk. I tråd med intensjonene i opptrappingsplanen videreføres satsingen med en styrking og modernisering av tjenestene innenfor psykisk helsevern og TSB. Omstilling innenfor disse tjenestene skal komme pasientene innenfor disse fagområdene til gode.

Styringsparametre

- Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus.
- Andel tvangsinnleggelser (Antall per 1000 innbyggere i opptaksområdet).

5.1.6 Habilitering og rehabilitering

Vedtak og føringer gitt i styresak 045/2010 *Regionale utviklingsområder habilitering* skal legges til grunn for Oslo universitetssykehus HF's områdeplan for både habiliteringstjenestens primærmålgrupper og målgrupper med behov for supplerende tjenester fra habiliteringstjenesten.

Vedtak og føringer gitt i styresak 044/2010 *Regionale utviklingsområder rehabilitering* skal legges til grunn for helseforetaket/sykehuset sin områdeplan for rehabilitering.

Habiliteringstilbudet skal styrkes i samsvar med styrets vedtak i sak 82-2009. Særlig vekt skal legges på å styrke intensiv habilitering av barn med medfødt eller ervervet hjerneskade og livsfaseovergangene fra ungdom til voksen med habiliteringsbehov.

Overordnede mål

- Tilbudene innenfor habilitering og rehabilitering skal være relevante og tilstrekkelige, dette gjelder også institusjonsbaserte tilbud.
- Tilbudene innenfor habilitering og rehabilitering skal være helhetlige og koordinerte.

Mål 2012

- Den medisinskfaglige kompetansen i habiliteringstjenestene skal styrkes.
- Det skal sikres tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, og etableres tilbud til pasienter med sansetap.
- Økt oppmerksomhet på pasienter med narkolepsi, spesielt ved de regionale fagmiljøene for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.
- Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med Regional koordinerende enhet ved Sunnaas sykehus HF utvikle og etablere en regional informasjons- og veiviserfunksjon for habilitering. Funksjonen skal ligge under nettsiden til Regional koordinerende enhet ved Sunnaas sykehus HF, og bygges etter samme metodikk. Ansvaret for drift og utvikling ligger hos Oslo universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF skal sikre at fagmiljøene innen habilitering fra øvrige helseforetak i regionen, involveres i arbeidet.
- Oslo universitetssykehus HF skal opprette regional ressursenhet innen barnehabilitering (RHABU). Opprettelsen skal følge av prosjektbeskrivelsen som er utarbeidet av deltakere fra fagråd for habilitering, klinikkledelsen ved Oslo universitetssykehus HF, brukerrepresentanter og Helse Sør-Øst RHF.

5.1.7 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

Overordnede mål

- Tilbudet til pasienter med CFS/ME skal være adekvat med hensyn til diagnostikk, behandling og rehabilitering.

Mål 2012

- Tilbudet til pasienter med CFS/ME skal gjennomgås med hensyn til om det bør gis ved ett eller flere sykehus i regionen for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk. Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake til hvordan oppdraget skal løses i 2012.
- Oslo universitetssykehus HF har ansvar for ambulant(e) team og regional poliklinikk.
- Det skal tilbys lærings- og mestringskurs til pasienter med CFS/ME.
- Det skal etableres tiltak for å sikre kunnskapsoverføring til kommunehelsetjenesten.

5.1.8 Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling

Overordnede mål

- Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling skal få et tilbud av god kvalitet på riktig behandlingsnivå.

Mål 2012

- Tilbudet til barn og nyfødte som trenger intensivbehandling skal gjennomgås for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk.

5.1.9 Barne- og ungdomsmedisinske avdelinger

Overordnede mål:

- Tjenesteansvaret til dagens barneavdelinger utvides til å gjelde barn og unge opp til 18 år. Disse avdelingene blir barne- og ungdomsmedisinske avdelinger.

Mål 2012

- Helseforetaket skal starte arbeidet med å planlegge hvordan eksisterende barneavdeling kan tilrettelegges for en generell heving av aldersgrensen fra dagens 16 til 18 år.

5.1.10 Kjeveleddsdysfunksjon

Overordnede mål

- Det skal gis et tilstrekkelig tilbud av god kvalitet til pasienter med invalidiserende kjeveleddsdysfunksjon (TMD).

Mål 2012

- Det skal iverksettes tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveleddsdysfunksjon. Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake til hvordan oppdraget skal løses i 2012.

5.1.11 Beredskap og smittevern

Overordnede mål

- Tilstrekkelig beredskap for å kunne håndtere ulykker og katastrofer.
- Redusert risiko for helsetjenesteassosierte infeksjoner.

- Redusert risiko for utvikling av antibiotikaresistens.
- Innsamlede infeksjonsdata skal brukes aktivt i forbedringsarbeid, og dette arbeidet er forankret i ledelsen ved det enkelte sykehus/helseforetak.

Mål 2012

- Beredskapsplanene i regionen og i helseforetakene skal være oppdatert og tilpasset med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringene av terrorangrepet 22. juli 2011 og andre tidligere hendelser.
- Det skal fra og med 1. september 2012 være iverksatt kontinuerlig registrering av alle de kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS og som utføres på det enkelte sykehus.
- Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med Sykehusapotekene HF sørge for implementering og oppfølging av Bilag R2 om regional beredskap til den inngåtte rammeavtalen mellom Helse Sør-Øst RHF og Sykehusapotekene HF.
- Foretaksgruppen innfører felles krisestøttesystem i 2012. Dette som en del av et samordnet avtaleopplegg for de fire regionale helseforetakene i regi av Helsedirektoratet og anbefalt av Helse- og omsorgsdepartementet. Det vises til brev av 07.12.11 fra Helse Sør-Øst RHF. Helseforetaket skal samarbeide med Helse Sør-Øst RHF, de øvrige helseforetakene og Helsedirektoratet om innføringen.

5.1.12 Forebygging

Overordnede mål

- Bedre ernæringsstatus hos pasienter i ernæringsmessig risiko.
- Oppdatert kunnskap om ulykker som medfører personskader.
- Redusert bruk av tobakk hos pasienter.

Mål 2012

- Dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov skal følge med pasienten når han/hun flytter til et annet tjenestenivå eller mellom behandlingseenheter.
- Helseforetaket skal rapportere komplette og kvalitetssikrede data om skader og ulykker til NPR.
- Sykehusene skal etablere tilbud om tobakksavvenning i tråd med faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet.

Styringsparametre

- Andel helseforetak som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om skader til NPR ved utgangen av tredje tertial.
- Antall helseforetak/sykehus som har etablert tilbud om tobakksavvenning.

5.1.13 Nasjonale tjenester

Det vises til forskrift nr 1706 om *Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten* samt veileder til forskrift.

Oslo universitetssykehus HF er ansvarlig for at det foreligger fullstendig rapportering fra nasjonale tjenester i sin virksomhet. Oppgavene knyttet til nasjonale behandlingstjenester, herunder oppgaver knyttet til kompetanseoppbygging og kompetansespredning, skal finansieres gjennom de ordinære finansieringssystemene i spesialisthelsetjenesten.

Oslo universitetssykehus HF forutsettes i tillegg å finansiere etablering og drift av godkjente nasjonale kompetansetjenester i helseforetaket. I form av tilskudd fra Statsbudsjettet (kap. 732, post 78) og basistilskuddet skal Oslo universitetssykehus HF sørge for å sikre drift av nasjonale kompetansetjenester lokalisert til helseforetaket.

Oslo universitetssykehus har ansvar for Kreftregisteret som et nasjonalt register med oppgaver innen kreftregistrering, forskning, rådgivning og informasjonsformidling. For kvaliteten i grunndata, videre utvikling av kvalitetsregister og for forskningen er det viktig at registeret har en tett kontakt med kliniske miljøer over hele landet.

5.1.14 Enkelte områdefunksjoner og regionfunksjoner

Når det gjelder videre organisering av enkelte områdefunksjoner og regionfunksjoner innen sykehusområde Oslo oppsummeres følgende:

- Eldre med brudd: Denne funksjonen forutsettes å ligge fast på Diakonhjemmet Sykehus på minimum samme nivå som i dag.
- Revmakirurgi og revmatologi: Nasjonale og regionale funksjoner innen revmatologi og revmakirurgi forutsettes videreført ved Diakonhjemmet Sykehus. Det forutsettes videre at det etableres gode pasientforløp mellom Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus for disse pasientgruppene.
- Psykofarmakologi: Psykofarmakologisk analyse og rådgivning er en funksjon som forutsettes videreført ved Diakonhjemmet Sykehus.
- Arbeidsdelingen mellom Lovisenberg Diakonale Sykehus og Oslo universitetssykehus HF innen øre-nese-hals fungerer godt. Det bes om Lovisenberg Diakonale sykehus og Oslo universitetssykehus HF i fellesskap klargjør om dette bør endres eller videreføres.

5.1.15 Revmatologi og revmakirurgi

Funksjonsfordelingen innen revmatologi og revmakirurgi i sykehusområdene Akershus, Oslo og Vestre Viken skal vurderes og videreutvikles for å gi et kvalitativt godt tilbud til befolkningen i hovedstadsområdet. Dette må ses i sammenheng med funksjonsfordeling innen ortopedi, jf. egen rapport utsendt til høring. Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus, Oslo universitetssykehus HF, Martina Hansens Hospital og Vestre Viken HF skal delta i dette arbeidet.

5.1.16 Behandling av sykkelig overvekt

Mål 2012

- Helseforetaket skal i sine planer beskrive hvordan man skal møte og følge opp den økende utfordringen med sykkelig overvekt i samarbeid kommunene.
- Overvektspasienter fra eget opptaksområde skal sikres utredning og vurdering ved en tverrfaglig poliklinisk virksomhet med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet.
- Oslo universitetssykehus HF skal videreføre arbeidet med utvikling av regionale, helhetlige tilbud til pasienter med sykkelig overvekt.
- I 2012 skal det utføres minst 300 fedmeoperasjoner ved Oslo universitetssykehus HF.

5.1.17 Rekonstruksjon av bryst etter brystkreft

Mål 2012

- I samarbeid med Helse Sør-Øst RHF skal helseforetaket i løpet av 2012 iverksette tiltak for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft.

5.1.18 E-helse

Det skal arbeides for en framtidsrettet utvikling på e-helseområdet for å bidra til effektiv samhandling, bedre ressursbruk, økt pasientsikkerhet og kvalitetsheving i alle deler av behandlingsskjeden. Dette er viktig for å nå de helsepolitiske målene om helhetlige helse- og omsorgstjenester og en sterkere pasient- og brukerrolle.

Mål 2012

- Det skal legges til rette for utbredelse/bruk av elektronisk resept.
- De nasjonale tiltakene for elektronisk meldingsutveksling skal følges opp. Alle helseforetak skal i løpet av 2012 ha forbredt for mottak av elektroniske henvisninger fra primærhelsetjenesten.

5.2 Innsatsområde 2 – Forskning og innovasjon

5.2.1 Forskning

Overordnede mål:

- Økt omfang av klinisk pasientrettet forskning og helsetjenesteforskning av høy relevans og kvalitet.
- Alle helseforetak og private institusjoner som har avtale med og mottar hovedtyngden av sin finansiering fra det regionale helseforetaket skal ha egen forskningsaktivitet.
- Økt synliggjøring og bruk av resultater oppnådd gjennom forskning og innovasjon.
- God forskningsinfrastruktur for kliniske multisenterstudier translasjonsforskning og biobanker.
- Økt nasjonalt og internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid.
- Økt norsk deltakelse i det europeiske forskningsområdet, herunder EUs 7. rammeprogram, felles europeiske forskningsprogrammer og europeiske forskningsinfrastrukturtiltak.

Mål 2012

- Oslo universitetssykehus HF skal implementere felles forskningsadministrativt system for alle typer forskningsprosjekter når dette foreligger, jf tilleggskokument til Oppdragsdokument 2011.
- Oslo universitetssykehus HF skal styrke og videreutvikle egen infrastruktur for kliniske multisenterstudier, evt. gjennom NorCRIN.
- Oslo universitetssykehus HF skal styrke egen infrastruktur for biobanker og forskning på humant biologisk biobank materiale, evt. gjennom deltakelse i Biobank Norge.
- Oslo universitetssykehus HF skal medvirke til å etablere mer effektive systemer for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene og rapportere i tråd med nye tidsfrister, jf. kapittel 7 Oppfølging og rapportering.

- Oslo universitetssykehus HF skal utarbeide rutiner som sikrer at pasienter får informasjon om at humant biologisk materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning og informasjon om retten til å reservere seg.
- Oslo universitetssykehus HF skal bidra til at målet om minst 40 % av publikasjonene fra 2012 i Helse Sør-Øst RHF har internasjonalt forskningssamarbeid (en eller flere utenlandske medforfattere) kan nås.
- Oslo universitetssykehus HF skal bidra til at målet om at minst 20 % av artiklene fra 2012 i Helse Sør-Øst RHF skal være på nivå 2/2a (publisert i tidsskrifter vurdert å ha høy kvalitet og relevans) kan nås
- Oslo universitetssykehus HF skal bidra til at Helse Sør-Øst når langsiktige mål og mål for 2012 satt av Helse- og omsorgsdepartementet
- Oslo universitetssykehus HF skal bidra til å oppnå målene i regional forskningsstrategi for 2008-2012
- Oslo universitetssykehus HF skal bidra med aktiv synliggjøring av forskningsnyheter fra egen virksomhet.
- Oslo universitetssykehus HF skal legge til rette for samhandlingsforskning i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer, også innenfor egne budsjetttrammer.
- Helse Sør-Øst RHF har vedtatt et langsiktig mål om opptrapping av ressursbruk til forskning i helseforetaksgruppen samlet til 5 % av totalkostnader. Ressursbruk til forskning inkluderer både interne og eksterne midler. Oslo universitetssykehus HF skal bidra til realiseringen av dette målet ved at helseforetakets ressursbruk til forskning for 2012 øker i forhold til nivået for 2011.
- Oslo universitetssykehus HF skal i løpet av 2012 legge fram en langsiktig plan for opptrapping av helseforetakets ressursbruk til forskning, inkludert eksternt finansierte midler.
- Oslo universitetssykehus HF skal bidra med råd og kompetanse i forbindelse med utvikling av nasjonalt/ flerregionalt databasesystem for rapportering av kliniske intervensjonsstudier.
- Oslo universitetssykehus HF skal bidra med råd og kompetanse i forbindelse med utvikling av nytt nasjonalt/ flerregionalt forskningsadministrativt system.
- Oslo universitetssykehus HF skal samarbeide om gjennomføringen av Biobank Norge.
- Oslo universitetssykehus HF skal styrke arbeidet med egen infrastruktur, samt utforming og kvalitetssikring av prosedyrer, for gjennomføring av kliniske intervensjonsstudier i tråd med lovkrav og bidra til interregionalt og nasjonalt samarbeid om gjennomføring av kliniske intervensjonsstudier innenfor NorCRIN.
- Oslo universitetssykehus HF skal ivareta rollen som nav i det regionale forskningssystemet og oppfylle regionale forpliktelser knyttet til tildelte regionale forskningsmidler, spesielt innen kategoriene regionale forskningsnettverk, prosjektbaserte nettverk, forskningsgrupper, og regionale kjernefasiliteter. I tillegg skal Oslo universitetssykehus ivareta regionale forskningsstøttefunksjoner, kfr kapittel 5.2.3 *Regional forskningsstøtte*.

5.2.2 Innovasjon

Overordnede mål:

- Økt forskningsbasert og behovsdrivet innovasjon.
- Økt implementering av nye produkter, tjenester, diagnostikk- og behandlingsmetoder, organisatoriske prosesser og løsninger som bidrar til økt kvalitet, effektivitet, kostnadseffektivitet, samhandling og mer helhetlige pasientforløp.

- Økt innovasjonsaktivitet gjennom bruk av offentlige innkjøp, før-kommersielle avtaler og prosjekter med leverandørindustrien.

Mål 2012

- De regionale helseforetakene skal ha videreført satsingen på innovasjon i helseforetakene i tråd med nye føringer som vil bli formidlet når de foreligger fra Helse- og omsorgsdepartementet.
- Oslo universitetssykehus HF skal bidra til at Helse Sør-Øst når langsiktige mål og mål for 2012 satt av Helse- og omsorgsdepartementet
- Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak for å videreutvikle innovasjonsaktiviteten i eget helseforetak, evt. i samarbeid med de øvrige helseforetak og Inven2.
- Oslo universitetssykehus HF skal bistå med videreutvikling av innovasjonsnettverket Helse Sør-Øst
- Oslo universitetssykehus HF skal bidra til etablering av en ny, felles nasjonal database for innovasjonsindikatorer i helseforetakene under ledelse av Helse Sør-Øst og i samarbeid med CRISTIN.

5.2.3 Regional forskningsstøtte

Oslo universitetssykehus HF er tildelt en spesiell oppgave med å ivareta regionale forskningsstøttefunksjoner (RFS). Denne oppgaven er særskilt finansiert med basis i regionale forskningsmidler. RFS skal også ivareta støttefunksjoner i forhold til forskningsbasert innovasjon og skal ha følgende hovedinnhold:

- RFS skal bidra til bedre kvalitet i forskningen, økt samarbeid og økt forskningsproduksjon i hele regionen ved å støtte forskerne i deres arbeid og bidra til at:
 - administrative rutiner er gode nok, enklest mulige og lett tilgjengelige på web, slik at forskerne kan bruke mest mulig tid til forskning
 - felles systemverktøy og webløsninger utvikles og implementeres
 - lov- og regelverk etterleves
 - forskningen har god etisk standard
 - metodestøtte er tilgjengelig
 - forsknings-/ veilednings-/ forskningslederkompetansen utvikles
- RFS skal gi metodestøtte for gjennomføring av forskning ved helseforetakene. Tilbudet skal omfatte:
 - Biostatistikk og veiledning i forskningsmetoder
 - Råd og veiledning om helsetjenesteforskning og helseøkonomisk evaluering
- RFS skal bistå helseforetak ved planlegging, forberedelse og gjennomføring av kliniske intervensjonsstudier, herunder implementering av adekvat prosedyreverk (SOP) for ”god klinisk forskningspraksis” (GCP), datahåndtering og monitorering.
- RFS skal yte rådgivning som ledd i kvalitetssikring av forskningsprosjekter med søknadspålagt til REK, innbefattet personvernsspørsmål.
- RFS skal yte rådgivning i forhold til implementering og bruk av kvalitetssystemer for forskning og indikatorer for innovasjon, nasjonale IKT-baserte systemverktøy for forskning, inkludert det nasjonale forskningsinformasjonssystemet CRISTIN.
- RFS skal yte rådgivning vedrørende administrasjon knyttet til opprettelse og kvalitetssikring av drift av forskningsbiobank, inkludert regionale samarbeidsprosjekter, og i tillegg ivareta regionalt tilbud om lagringsplass for biologisk materiale i biobanklokaler ved

Folkehelseinstituttet, jf. samarbeidsavtale mellom Oslo universitetssykehus HF og Folkehelseinstituttet.

- RFS skal yte rådgivning i personvernspørsmål knyttet til forskning og gi juridisk bistand knyttet til avtaler om eksterne økonomiske bidrag til forskning og til utforming av samarbeidsavtaler for forskning.
- RFS skal bidra til styrket forskerutdanning i regionen, herunder kurs i forskningsveiledning
- I samarbeid med Universitetet i Oslo skal RFS spesielt styrke og synliggjøre støttefunksjoner for utforming av EU-søknader.
- RFS skal bidra med rådgivning og faglig støtte for grunnleggende bibliotek tjenester i forhold til forskning.
- RFS skal gi støtte til forskningsbaserte innovasjonsprosesser og ha nært samarbeid med innovasjonsselskapet Inven2 og bidra med:
 - Rådgivning vedrørende utnyttelse og spredning av kunnskap og ideer fra forskning og rådgivning om felles muligheter for innovasjon på tvers av helseforetakene.
 - Rådgivning og formidling av kontakt med hensiktsmessige kompetansemiljøer, herunder Inven2.
 - Rådgivning om finansieringsordninger for innovasjon.

5.3 Innsatsområde 3 - Kunnskapsutvikling og god praksis

Oslo universitetssykehus HF skal, i samarbeid med høyskolene, vurdere organisering av praksisplasser på nye måter for å utnytte hele behandlingsforløpet og helseforetakets samlede kapasitet.

Det skal tilrettelegges for helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem. Det skal arbeides med større åpenhet omkring klinisk praksis i foretaksgruppen. Flest mulig etablerte behandlingslinjer med tilhørende fagprosedyrer i helseforetakene gjøres tilgjengelige på helseforetakenes Internett-sider i løpet av 2012. Arbeid må tilrettelegges for publisering i nasjonal søkbar database på sikt.

5.3.1 Legeregulering

Helsedirektoratet (v/Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling - NR) moderniserer den nasjonale legehjemmelsdatabasen. Slutföringen er forsinket og databasen forventes ikke tatt i bruk før i 2012. Kravene om at helseforetakene fortlöpande registrerer status for legestillinger og forbruk av tildelte stillingshjemler videreföres. For å forenkle dette for helseforetakene er det utviklet en integrasjon mellom Personalportalen og NR-databasen for automatisk innrapportering av status for legestillinger og forbruk av tildelte stillingshjemler i tråd med de krav som er gitt av Helsedirektoratet. Oslo universitetssykehus HF skal inngå avtale med Sykehuspartner om implementering av integrasjon for utlevering av informasjon til NR-databasen.

5.4 Innsatsområde 4 - Organisering og utvikling av fellestjenester

5.4.1 IKT

Oslo universitetssykehus HF skal bidra i tråd med planlagte aktiviteter på IKT-området i henhold til anbefalt portefölje for 2012 og nasjonale initiativ.

Helseforetakene skal bidra til utvikling og innføring av IKT-tjenester i samsvar med Langtidsplan IKT herunder bidra til standardisering og samhandling i tråd med nasjonale og regionale føringer. Oslo universitetssykehus HF skal med utgangspunkt i Langtidsplan IKT innen 1.9.2012 videreutvikle og styrebehandle egen områdeplan for IKT iht. regionale koordinerte føringer for dette arbeidet.

Helseforetaket skal styrke og videreutvikle samarbeidsarenaer og relasjon med Sykehuspartner.

5.4.2 Innkjøp og logistikk

De regionale helseforetakenes og helseforetakenes anskaffelser er omfattende og har stor samfunnsbetydning. Det er tidligere stilt krav om god internkontroll, etterlevelse av regelverket for offentlige anskaffelser og tiltak for å styrke kompetansen på området. Det er i tillegg krav til å være en pådriver innen miljø- og samfunnsansvar jf. etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt i Helse Sør-Øst.

Overordnede mål

- Oslo universitetssykehus HF skal bidra aktivt for å oppfylle handlingsplanen for innkjøp og logistikk i tråd med føringer gitt fra helse Sør-Øst RHF.

Mål 2012

- Helseforetaket skal oppnå 80 % bruk av avtaler.
- Helseforetaket skal oppnå 70 % bruk av innkjøpssystem.
- Helseforetaket skal oppnå 90 % bruk av elektronisk produktkatalog.
- Helseforetaket skal bruke Forsyningscenteret for innkjøp med 150 MNOK.

5.4.3 Bygg og eiendom

Vedlikehold av bygningsmassen

Mål 2012

- Oslo universitetssykehus HF skal vedlikeholde sin bygningsmasse i tråd med vedtatt strategi for eiendomsområdet (sak 010-2011) og i tråd med krav om planmessig vedlikehold gitt i foretaksmøter. Vedlikeholdsplanene skal føre til en forpliktende oppgradering av bygningsmassen til en tilstand som er tilstrekkelig god for gjeldende og planlagt bruk.
- Oslo universitetssykehus HF må utarbeide vedlikeholdsplaner, og sikre at budsjettet i tilstrekkelig grad er avstemt med disse og vedtatt eiendomsstrategi for foretaksgruppen. Vedlikeholdsplaner og budsjettet må ivareta nødvendig oppfølging av avvik i henhold til lover og forskrifter.
- Oslo universitetssykehus må gi tilbakemelding med status per 31.12.11 om arbeidet med de vesentligste avvikene påpekt i Riksrevisjonenes rapport, sett i sammenheng med oppfølgingen av eiendomsstrategien i Helse Sør-Øst (jf. styresak 069-2011).
- Oslo universitetssykehus HF skal, som en del av økonomisk langtidsplan, inkludere plan for forbedring av minimumstilstand for bygg. Det skal rapporteres om status for arbeidet pr. 2. tertial 2012.
- Kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold samt utvikling og service skal registreres i tråd med NS3454, og rapporteres periodisk til RHF.

Kostnadsnivå for 2010 etableres i henhold til denne standarden, og vil danne basis for årlige endringsmålinger.

Effektiv arealbruk

Bygningene skal være funksjonelle for pasientbehandlingen, og skal utvikles og tilpasses i tråd med endrede behov. Det skal arbeides med kontinuerlig forbedring av eiendomsforvaltningen for å oppnå effektiv arealbruk. Klassifikasjonssystemet for sykehusbygg skal brukes for registrering og arealoversikt.

Mål 2012

- Arbeidet med klassifisering av sykehus areal i henhold til Helsedirektoratets standard fullføres. Oslo universitetssykehus HF skal bidra til at dataene gjøres tilgjengelige i felles database, etablert på nasjonalt nivå.
- Oslo universitetssykehus HF skal ta i størst mulig grad anvende bygningsinformasjonsmodellering ved planlegging av nye bygg og større ombygginger. Dokumentet BIM-strategi i Helse Sør-Øst tas bruk.

Felles kompetansesenter for avhending av eiendommer

I tråd med styresak 079-2011 skal Oslo universitetssykehus HF benytte felles kompetansesenter for avhending av eiendommer i avhendingsprosesser.

Mål 2012

- Oslo universitetssykehus HF må bistå i fremskaffe en oversikt over de større aktuelle salgsobjekter, med beskrivelse av konsekvenser, risiko og mulig fremdrift for avhending som Oslo universitetssykehus HF har. Oversikten skal bygge på Oslo universitetssykehus HF's utviklingsplaner og øvrig planverk.
- Oslo universitetssykehus HF må ta i bruk den utarbeidede rapporten som gir føringer og prosedyrebeskrivelse for salg av eiendommer i Helse Sør-Øst i sine avhendingsprosesser.

Planprosesser

Mål 2012

- Oslo universitetssykehus HF skal legge prinsipper og føringer i Helsedirektoratets *Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter* til grunn i sine planprosesser. Revidert veileder legger bl.a. til grunn at investeringsprosjekter skal forankres i de regionale helseforetakenes overordnede strategiplaner og i helseforetakenes utviklingsplaner.

Lokaler for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF

Det skal utredes en mer permanent bygningsmessig løsning for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus. Utredningsarbeidet skal ledes av Akershus universitetssykehus HF og gjennomføres i samarbeid med Oslo universitetssykehus HF.

Riksantikvarens forskriftsfredning

Riksantikvarens forskriftsfredning i verneklasse 1, kap 1 og 2 følges opp. Arbeidet med forvaltningsplaner for verneklasse 1 og 2 ferdigstilles.

Miljø- og klimatiltak

Arbeidet med å følge opp de nasjonale miljø- og klimamålene er etablert som et samarbeidsprosjekt mellom de fire regionale helseforetakene. Samarbeidsprosjektet leverte ved utgangen av 2010 sluttrapport for arbeidet. I tillegg leverte samarbeidsprosjektet tidligere i 2010 en egen delrapport der det ble anbefalt at alle helseforetak etablerer miljøstyringssystem med

påfølgende sertifisering innen utgangen av 2014. I sluttrapporten med tilhørende delrapporter er en rekke miljøtiltak omtalt nærmere, og det blir anbefalt at disse blir gjennomført i de følgende år.

Samarbeidsprosjektet er nå videreført i en fase 2 for perioden 2011 – 2014.

Helseforetakene skal:

- holde seg orienterte om arbeidet i det nasjonale samarbeidsprosjektet og gjøre seg kjent med de leveranser som kommer fra prosjektet
- delta i det nasjonale miljø- og klimaforumet med representant som er oppnevnt av helseforetaket
- etablere miljøledelse og miljøstyringssystem med sikte på påfølgende sertifisering av styringssystemet etter ISO 14001-standarden. Dette arbeidet skal følge framdriftsplanen som blir satt av det nasjonale samarbeidsprosjektet hvor målet er at slike system skal være innført og sertifisert innen utgangen av 2014
- følge opp - og sette i verk de andre anbefalte tiltakene som er omhandlet i sluttrapporten på områdene innkjøp, bygg/eiendom og transport
- legge til rette for klimavennlige løsninger på oppvarming
- gå i dialog med kommunene for å se på mulighetene for å etablere fjernvarmeløsninger

5.5 Innsatsområde 5 - Mobilisering av medarbeidere og ledere

5.5.1 Arbeidsmiljø, HMS og Inkluderende arbeidsliv (IA)

Oslo universitetssykehus HF skal videreføre det systematiske arbeidet for å redusere antall brudd på arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser og dokumentere hvordan forbedringsarbeidet gjennomføres.

Helseforetaket skal delta i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og øvrige helseforetak og bidra til koordinering av aktuelle tiltak og gjennomføring av felles utviklingsarbeid for å ivareta den regionale HMS-policyen.

5.5.2 Kompetanseutvikling

Kompetanseplanlegging skal være en del av oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen. Det forutsettes at helseforetakene arbeider med utvikling av helhetlige kompetanseutviklingsplaner for virksomheten. Oslo universitetssykehus HF skal i 2012 legge vekt på at den enkelte medarbeiders kompetanse legges til grunn i arbeidet med helseforetakets samlede kompetanseutviklingsbehov.

Helseforetaket skal etter nærmere avtale med Helse Sør-Øst RHF bidra til foretaksgruppens felles arbeid med strategisk kompetansestyring. Det er en felles utviklingsoppgave basert på en overordnet analyse av tjenesteutvikling, tilgang på arbeidskraft og kompetanse frem mot 2020.

Foretaket skal videre redegjøre for sine planer for virksomhetsutvikling med spesiell vekt på kompetanse- og bemanningsutvikling. Det skal fremgå hvordan tidligere vedtatte tiltak er implementert, eventuelle begrensninger og på hvilke områder det er behov for samarbeid på tvers av foretakene. Foretaket må også redegjøre for hvordan Helse Sør-Øst RHF kan understøtte gjennomføring av de aktuelle tiltak.

5.5.3 Ledelse og lederutvikling

Oslo universitetssykehus HF skal videreføre sin deltakelse i Nasjonalt topplederprogram og delta i arbeidet med utvikling og innføring av nasjonal plattform for ledelse i henhold til fastsatt fremdriftsplan.

Oslo universitetssykehus HF skal utarbeide en helhetlig plan for lederutvikling som omfatter alle ledernivåer i organisasjonen og ivaretar behovet for lokal etterfølgerplanlegging. Helseforetaket må i dette arbeidet også ta hensyn til behovet for at det utdannes ledere med flerkulturell bakgrunn.

Mål 2012

- Det skal etableres gode systemer for å velge kandidater og legge til rette for deres deltakelse i Nasjonalt topplederprogram.
- Gode systemer for utvikling av fremtidige ledere på ulike nivå skal sikres.
- Nasjonal lederplattform skal tas i bruk som verktøy for ledelse og for å rekruttere, følge opp og utvikle ledere.

5.5.4 Medvirkning til omstilling

Mål 2012

- Helseforetakets arbeid med effektivisering og omstilling skal videreføres i 2012. Det er en forutsetning for å lykkes i dette at ledelsen og tillitsvalgte samarbeider godt og etterlever regionens ”12 prinsipper for medvirkning i omstilling”. Oslo universitetssykehus HF bes redegjøre for hvordan disse prinsippene er ivarettatt i de lokale prosessene som er gjennomført.

5.5.5 Nasjonale rammeavtaler for leie av helsepersonell

Mål 2012

- De forhold som Riksrevisjonen har påpekt i sin undersøkelse av nasjonale rammeavtaler for leie av helsepersonell skal følges opp.

5.5.6 Organisering og bruk av felles HR-tjenester

Oslo universitetssykehus HF skal innen 31.12. 2013 implementere løsninger/ migrere til regionale fellestjenester for ressursstyring.

5.5.7 Redusert bruk av deltid

Mål 2012

- Helseforetaket skal videreføre det systematiske arbeidet for å redusere andelen deltidsansatte i tråd med foretakets vedtatte handlingsplan. Dette forutsetter at foretaket har hensiktsmessige prosedyrer i forhold til fortrinnsrett samt at permisjonsreglement og permisjonspraksis ikke medfører unødige deltidsstillinger. For øvrig må det arbeides aktivt med planlagte tiltak tilpasset de lokale årsaksbilder og forutsetninger.
- Foretaket skal dokumentere det løpende arbeidet ved månedlig rapportering basert på den felles nasjonale rapporteringsmatrise og de nye regionale rapporteringsrutiner som ble etablert i 2011.

- Alle ansatte som har registrert ønske om heltid og som fortsatt står i deltidsstilling pr. 1.1.2012, skal få en vurdering av sine muligheter for økt beskjeftigelse ved foretaket. Det skal fortrinnsvis gis tilbud om 100 % fast ansettelse.
- I samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, jf. blant annet avtalen mellom Fagforbundet og Spekter om å arbeide sammen for flere heltidsstillinger, skal det arbeides for å finne prosjekter eller gode tiltak som kan bidra til å øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og gi flere heltidsstillinger.

5.5.8 Utdanning av helsepersonell

Det skal planlegges og treffes tiltak for å sikre riktig bemanning med riktig kompetanse, både på kort og lang sikt. Det skal føres en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk, som bidrar til gode arbeidsplasser og god og riktig bruk av medarbeiderne.

Overordnede mål

- Riktig kompetanse, tilstrekkelig helsepersonell, god utvikling og utnyttelse av personellressursene.
- Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring som støtter opp under samhandlingsreformen.
- Nødvendig etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene skal ivareta kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene.
- Praksis- og turnusordninger skal bidra til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer og arbeidsplasser.
- Etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner skal være utnyttet på en god og kraftfull måte og i samsvar med utviklingen av tjenestetilbudet.
- Best mulig kvalitet i tilbudet og bærekraftig utvikling mht personell og arbeidskraftbehov i sektoren.
- Helseforetaket skal fremstå som en attraktiv arbeidsgiver.

Mål 2012

- Praksisopplæring i samarbeid med UH-sektor og aktuelle kommuner skal ivaretas og utvikles.
- Det skal utvikles planer for etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene som bidrar til å løse sektorens utfordringer.
- Helse Sør-Øst RHF skal medvirke i arbeid med mulig omlegging av turnustjeneste for leger inkludert iverksetting av tiltak høsten 2012 som kan avhjelpe kapasitetsutfordringer i dagens ordning. Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet.
- Det skal gjennomføres analyser og fremlegges planer for fremtidig kompetanse- og personellbehov i 2020-perspektiv, jf. tilleggsdokument til oppdragsdokument 2011.
- Dobbelkompetanseutdanning i psykologi skal videreføres ved at kliniske stillinger er tilgjengelig i helseforetakene i samarbeid med universitetene.
- Helseforetaket skal sørge for at ansatte til enhver tid får tilstrekkelig opplæring til å sikre et kvalitativt godt og faglig forsvarlig tjenestetilbud. Alle utgifter til reise og opphold i forbindelse med etter- og videreutdanning dekkes av arbeidsgiver eller de nasjonale utdanningsfond, jf. Helse Sør-Østs etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt, pkt. 7.4. Unntak skal ikke lenger forekomme.

- Helseforetaket skal understøtte bedre ressursstyring gjennom å heve kompetansen på bemannings- og arbeidstidsplanlegging hos 1.linjeledere. Dette skal inngå i planen for strategisk kompetansestyring.
- Helseforetaket skal sikre at personalet får opplæring til å håndtere de spesielle utfordringer som ligger i å gi minoritetsgrupper et likeverdig tilbud.
- Høgskolene har fra 2009 fått økt antall studieplasser for helse- og sosialfaglig personell. Behovet for praksisplasser har økt tilsvarende og Oslo universitetssykehus HF får videreført økonomiske insentiv til å øke praksisinntaket også i 2012. Ressurstilførselen skal synliggjøres i forhold til praksiskoordinatorerne i Oslo universitetssykehus HF.
- Det skal legges til rette for å øke antall lære plasser for elever i videregående opplæring

5.5.9 Årlig medarbeiderundersøkelse

Mål 2012

- Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre medarbeiderundersøkelse for 2012 i tråd med gjeldende regional standard og innenfor fastsatte frister. Resultatene fra fjorårets undersøkelse skal følges opp ved bruk av elektronisk handlingsplan.
- Kompetanseplanlegging skal være en del av oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen. Det forutsetter at foretakene arbeider med utvikling av helhetlige kompetanseutviklingsplaner for virksomheten. Resultatmålene bekreftes i oppdrag og bestilling for 2012 til det enkelte helseforetak. Det må sikres at foretaksgruppen når sine samlede regionale mål for perioden.
- Minst 70 % av medarbeiderne har besvart årets undersøkelse
- Minst 85 % av enhetene har utarbeidet handlingsplan
- Minst 60 % av medarbeiderne har vært involvert i oppfølgingen av forrige års medarbeiderundersøkelse. Kravet om 60 % involvering i forrige års medarbeiderundersøkelse vil bli økt til samme nivå som for øvrige helseforetak fra 2013.

Styringsparametre

- Oslo universitetssykehus HF skal redegjøre for tre prioriterte handlingspunkter etter medarbeiderundersøkelsen i 2011.

5.6 Innsatsområde 6 - Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

5.6.1 Resultatkrav

Det er avgjørende at Oslo universitetssykehus HF legger til rette for å komme i økonomisk balanse. Drift og bemanning skal tilpasses helseforetakets oppgaver, pasientgrunnlag og de økonomiske rammer.

Oslo universitetssykehus HF vil i 2012 gjennomføre betydelig omstilling, som vil medføre økonomisk risiko. Denne risikoen er knyttet både til resultat og nivå på investeringer. Helse Sør-Øst RHF forutsetter at Oslo universitetssykehus HF løpende styrer både resultat og likviditet på en slik måte at økonomisk risiko reduseres i størst mulig grad. Helse Sør-Øst RHF forutsetter også at det legges til rette for oppfølging av planlagt og faktisk gevinstrealisering i 2012.

For Oslo universitetssykehus HF er det nødvendig å tilpasse ressursinnsatsen til de rammer som stilles til rådighet. Det vil være avgjørende, både for kvaliteten i pasientbehandlingen, for

personalmessige forhold og omdømmemessig at foretaket gjennomfører de fastsatte planer for tilpasning til gjeldende økonomiske rammer, og at dette skjer i god dialog med de ansatte og brukerne.

For å legge til rette for fortsatt omstilling i 2012, godkjennes det at Oslo universitetssykehus HF kan vise et negativt resultat lik inntil 400 mill. kroner.

5.6.2 Pensjonskostnader

Ved behandling av det økonomiske opplegget for 2012 i Prop. 1 S (2011-2012) la Helse og omsorgsdepartementet til grunn at de samlede pensjonskostnadene for foretaksgruppen ville bli på om lag samme nivå som lagt til grunn i Prop. 1 S (2010-2011). Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at foretaket har budsjettert pensjonskostnader og pensjonspremie for 2012 i tråd med føringer fra det regionale helseforetaket, og i henhold til beregninger fra juni 2011.

Helse Sør-Øst RHF presiserer at helseforetaket i utgangspunktet må håndtere pensjonskostnader på linje med andre kostnader innenfor sine økonomiske rammer. Helse Sør-Øst RHF vil ta stilling til om det er grunnlag for endringer i bevilgningen til helseforetaket dersom det viser seg at det blir større endringer i kostnadsnivået på pensjon i forhold til det som ble lagt til grunn i budsjettet. En forutsetning for slike endringer er at årsaken er forhold utenfor helseforetakets kontroll. Endringer er også avhengig av hvordan Helse- og omsorgsdepartementet velger å håndtere en eventuell kostnadsøkning overfor de regionale helseforetakene.

5.6.3 Investeringer og bæreevne

Gjennomføring av vedtaket i Helse Sør-Øst RHF styresak 108-2008 medfører nødvendige omstillinger i drift og investeringer for å nå målet om et bedret pasienttilbud.

For perioden 2010-2013 vil det bli stilt til sammen ca 3,6 mrd kroner til disposisjon for omstillingene ved Oslo universitetssykehus HF. Av dette utgjør ca 2,1 mrd kroner midler til omstilling i drift, herunder omfattes lån til dekning av tillatte resultatunderskudd i drift, særskilt inntektstilskudd lik 225 mill kroner i 2011, samt inntekter lik 120 mill. kroner til håndtering av særskilte utfordringer ved implementering av inntektsmodellen i 2012. Det er også tatt høyde for at utfordringer ved implementering av inntektsmodellen håndteres med tilsvarende beløp i 2013, forutsatt at effektene av inntektsmodellen ikke endres vesentlig i forhold til ØLP 2012-2015.

Det er videre kartlagt og anslått et investeringsbehov i første fase av samlokalisering tilsvarende ca 1,5 mrd kroner. Gjennom foretakets arbeid med egen arealutviklingsplan og i dialog med Helse Sør-Øst RHF skal dette nivået kvalitetssikres. Oslo universitetssykehus HF vil finansiere deler av dette selv ved salg av eiendom, mens resten stilles til rådighet gjennom regionale midler og lån. Regjeringen har for 2012 bevilget 300 mill. kroner i lån til første fase av omstillingen. Tilsvarende er det gitt tilsagn om ytterligere 450 mill. kroner i lån i 2013.

Omstillingene ved Oslo universitetssykehus HF skal, foruten å gi et bedre pasienttilbud, også bidra til forbedret bæreevne for fremtidige investeringer. Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at foretaket viser dette i sitt pågående arbeid med "arealutviklingsplan 2025".

5.6.4 Bemanningsstyring

Helseforetaket skal styre bemanningsforbruk og -utvikling i henhold til økonomiske rammer, faglige vurdering og pasientenes behov, med kontinuerlig oppfølging av fast og variabel lønn så

vel som innleie. Det skal foreligge bemanningsplaner og det skal skje en faktisk tilpasning av bemanningen i samsvar med planene.

5.6.5 Ledelse og arbeidsmiljøtiltak

Den samlede økonomiske utfordringen i Helse Sør-Øst i sammen med den usikkerheten som knytter seg til kostnader ved gjennomføring av større omstillinger, herunder når gevinstene kan hentes ut, tilsier at det er viktig at det settes et særlig fokus på ledelse og arbeidsmiljøtiltak. De 12 prinsippene for medvirkning i omstillinger skal legges til grunn. Helseforetaket skal videreføre eksisterende tiltak og vurdere ytterligere tiltak som sikrer et godt arbeidsmiljø og mulighet for faglig utvikling.

Det vises til den regionale omstillingsavtalen. Det skal samarbeides med de tillitsvalgte om å tilpasse aktuelle vikemidler.

5.6.6 Likviditetsstyring

Det er etablert prinsipper for likviditetsstyring i Helse Sør-Øst som skal bidra til å sikre at foretakene skal styre samlet likviditet innenfor tilgjengelige rammer for 2012 til drift og investeringer, og for å legge til rette for et investeringsregime der foretakene gjennom egne likviditetsoverskudd kan spare til senere investeringer.

Etablerte prinsipper for likviditetsstyring gjelder. Det betyr at eventuell negativ resultatutvikling i drift vil måtte møtes av tilsvarende reduksjon i det ordinære investeringsnivået dersom ikke investeringsnivået kan opprettholdes ved bruk av øvrige midler som er til disposisjon for foretaket. Forskyvning av investeringer til påfølgende år av den grunn, vil måtte finansieres innenfor det påfølgende årets resultat og tilgjengelig likviditet.

6. DRIFTSAVTALE

6.1 Avtalt aktivitetsnivå

Oslo universitetssykehus HF

SOMATIKK	2010	Budsjett 2011	Estimat 2011	Budsjett 2012	% vs utvikling estimat 2011 - budsjett 2012
ANTALL PASIENTBEHANDLINGER - TOTAL AKTIVITET					
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	118 235	105 913	104 113	103 359	-0,7 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	561 853	498 790	498 790	463 207	-7,1 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	82 361	75 358	75 000	67 524	-10,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	825 182	731 035	781 035	759 348	-2,8 %
Fordeling av antall DRG-poeng					
Fordeling av antall DRG-poeng DØGNBEHANDLING					
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF	158 512	146 997	146 997	141 331	-3,9 %
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner	268				0,0 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF	12 557	13 620	12 820	13 034	1,7 %
Sum DRG-poeng	171 337	160 617	159 817	154 365	-3,4 %
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region				43 813	
Fordeling av antall DRG-poeng DAGBEHANDLING					
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF	14 098	14 788	11 388	11 450	0,5 %
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner					0,0 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF	1 052	1 307	707	901	27,4 %
Sum DRG-poeng	15 150	16 095	12 095	12 351	2,1 %
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region				5 496	
Fordeling av antall DRG-poeng POLIKLINISK VIRKSOMHET					
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF	40 838	32 736	41 136	37 044	-9,9 %
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner					0,0 %
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF	914	845	945	839	-11,2 %
Sum DRG-poeng	41 752	33 581	42 081	37 883	-10,0 %
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region				22 967	
Fordeling av antall DRG-poeng DYRE BIOLOGISKE LEGEMIDLER UTENFOR SYKEHUS					
Antall DRG-poeng for pasienter bosatt i eget opptaksområde - resept utstedt av eget HF	2 279	1 928	1 928	591	-69,3 %
Antall DRG-poeng for pasienter bosatt i eget opptaksområde - resept utstedt av andre enn eget HF				1 337	0,0 %
Antall DRG-poeng for pasienter bosatt utenom eget opptaksområde - resept utstedt av eget HF				1 600	0,0 %
Sum DRG-poeng dyre biologiske legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde, uavhengig av hvem som har utstedt resept (iht. "sørge for"-ansvaret)	2 279	1 928	1 928	1 928	0,0 %
Sum DRG-poeng dyre biologiske legemidler for alle pasienter - resept utstedt fra eget HF (eieransvaret)	2 279	1 928	1 928	2 191	13,6 %
TOTALT ANTALL DRG-POENG					
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret (Pasienter bosatt i egen region)	213 716	194 521	199 521	189 825	-4,9 %
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region				72 276	
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret for aktivitet utført i eget helseforetak	213 448	194 521	199 521	189 825	-4,9 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (pasienter bosatt i egen og andre regioner)	228 239	210 293	213 993	204 599	-4,4 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) for aktivitet utført i eget helseforetak	227 971	210 293	213 993	204 599	-4,4 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og dyre biologiske legemidler) iht. "Sørge for"-ansvaret (pasienter bosatt i egen region/opptaksområde)	215 995	196 449	201 449	191 753	-4,8 %
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk for pasienter bosatt i egen og andre regioner og biologiske legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde)	230 518	212 221	215 921	206 527	-4,4 %
Totalt antall DRG-poeng for aktivitet utført i eget helseforetak (døgn, dag, poliklinikk og biologiske legemidler - resept utstedt av eget HF)	230 250	212 221	215 921	206 790	-4,2 %

PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE	2010	Budsjett 2011	Estimat 2011	Budsjett 2012	% vis utvikling estimat 2011 - budsjett 2012
Sum DPS og sykehus					
Antall utskrevne pasienter døgnerbehandling	3 031	1 385	1 419	1 075	-24,2 %
Antall liggedøgn døgnerbehandling	119 162	89 801	80 343	75 924	-5,5 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	5 593	3 973	655		-100,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	104 538	66 210	70 641	70 713	0,1 %
Kjøp fra private institusjoner					
Antall utskrevne pasienter døgnerbehandling	14		13	12	-7,7 %
Antall liggedøgn døgnerbehandling	11 049	11 000	11 000	11 000	0,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling					0,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner					0,0 %
PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE	2010	Budsjett 2011	Estimat 2011	Budsjett 2012	% vis utvikling estimat 2011 - budsjett 2012
Antall utskrevne pasienter døgnerbehandling	179	131	137	92	-32,8 %
Antall liggedøgn døgnerbehandling	6 951	6 102	5 055	4 575	-9,5 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	4 998	4 429	3 579	3 020	-15,6 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	73 104	49 194	47 090	49 189	4,5 %
Kjøp fra private institusjoner					
Antall utskrevne pasienter døgnerbehandling					0,0 %
Antall liggedøgn døgnerbehandling					0,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling					0,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner					0,0 %
TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING AV RUSMIDDELAVHENGIGE	2010	Budsjett 2011	Estimat 2011	Budsjett 2012	% vis utvikling estimat 2011 - budsjett 2012
Antall utskrevne pasienter døgnerbehandling	3 017	2 943	3 210	2 287	-28,8 %
Antall liggedøgn døgnerbehandling	39 538	36 271	37 000	28 140	-23,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	251	531	650	2 000	207,7 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	12 646	9 389	8 991	9 642	7,2 %
Kjøp fra private institusjoner					
Antall utskrevne pasienter døgnerbehandling	6				0,0 %
Antall liggedøgn døgnerbehandling	354				0,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling					0,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner					0,0 %

Ressursrammen som blir stilt til rådighet til det regionale helseforetaket i 2012 legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen på regionalt nivå med om lag 1,4 % fra 2011 til 2012. Aktivitetsveksten er på 1,1 pst. (0,3 % til helseforetakene og 0,8 % til kommunene) innen innsatsstyrt finansiering (post 76) og 6,5 pst. innen refusjoner for poliklinisk behandling (post 77) Den generelle veksten omfatter også behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

Gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene gjøres deler av budsjettet avhengig av antall pasientbehandlinger og kompleksiteten i behandlingen. Prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal behandles og hva slags behandling den enkelte pasient skal gis, skal være uavhengige av de aktivitetsbaserte tilskuddene. Det er ikke ment at aktivitetsbasert finansiering skal dekke hele kostnaden ved undersøkelse eller behandling. Derimot skal de aktivitetsbaserte tilskuddene sammen med basisbevilgningen legge grunnlag for kravet til gjennomføring av aktivitet. Det er avgjørende at Oslo universitetssykehus HF er seg dette bevisst for å oppnå tilfredsstillende kostnadskontroll.

Kapasiteten, tilgjengeligheten og kvaliteten på tjenestene skal styrkes innen alle tjenesteområder. For bl.a. å redusere ventetider og fristbrudd, skal helseforetaket innen somatikk gi prioritet til aktivitetsvekst for dagbehandling og poliklinikk. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal det gis særlig prioritet til aktivitetsvekst poliklinikk.

Helseforetaket skal følge utviklingen i ventetider og fristbrudd nøye, og spesielt vurdere egne prioriteringer ut fra hvor pasienter venter i behandlingsskjeden.

Mål 2012

- Det øremerkede tilskuddet til "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.
- Aktiviteten og pasienttilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) skal ha en større vekst enn somatisk virksomhet. Det forutsettes

også at ressurser som frigjøres som følge av kvalitetsforbedring, omstilling og mer effektiv drift innen psykisk helsevern og TSB skal benyttes innen fagområdene til å bedre pasienttilbudet innen disse tjenestoområdene.

6.2 Økonomisk vederlag og øvrige økonomiske betingelser

6.2.1 Økonomisk vederlag

Helse Sør-Øst RHF stiller følgende økonomiske midler til disposisjon for Oslo universitetssykehus HF i 2012, beløp i 1000 kroner:

Oslo universitetssykehus HF 2012	
Basisramme	9 920 024
Forskning	370 411
Nasjonale kompetansetjenester	163 141
Andre statlige tilskudd	218 457
Sum faste inntekter	10 672 033
ISF- refusjoner	2 935 938
Inntekter i alt	13 607 971

I tillegg til disse inntekter kommer gjestepasientinntekter, polikliniske refusjonsinntekter, samt øvrige foretaksspesifikke inntekter, herunder egenandeler og eventuelle tilskudd til definerte formål fra Helse Sør-Øst RHF, statlige etater og andre.

6.2.2 Drift og investering

For 2012 tildeles foretaket en samlet likviditet til drift og investeringer. Helse Sør-Øst RHF vil tilføre ny likviditet slik at Oslo universitetssykehus HF kan gjennomføre ordinære investeringer for i alt 315 mill kroner forutsatt et økonomisk resultat i samsvar med pkt 5.6.1. Det forutsettes at helseforetaket legger til rette for at investeringer kan gis den nødvendige prioritering innenfor basisrammen.

Det er foreløpig reservert 400 mill kroner til omstillingsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus HF i 2012, hvorav lån utgjør 300 mill kroner, og tilskudd fra Helse Sør-Øst RHF 100 mill kroner. Det legges til grunn at likviditet fra salg av eiendom ved Oslo universitetssykehus HF også i 2012 går til omstillingsinvesteringer. I det tilfellet Oslo universitetssykehus HF har et høyere investeringsnivå i omstilling i 2012 enn finansiert ved regionale midler og lån, samt egne salg, så vil Helse Sør-Øst RHF kunne bidra med ytterligere finansiering oppad begrenset til 100 mill kroner.

6.2.3 Nasjonale medisinske kompetansetjenester

Det forutsettes at helseforetaket rapporterer aktivitet og regnskap for nasjonale medisinske kompetansetjenester og for kompetansesentre for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger i henhold til retningslinjer gitt av Helsedirektoratet.

De nasjonale medisinske kompetansetjenester ved Oslo universitetssykehus HF gis i 2012 følgende tilskudd over statsbudsjettets kap. 732 post 78, tall i 1000 kroner:

Sjeldne diagnoser	67 220
Øvrige kompetansetjenester	95 921
I alt	163 141

En detaljert oversikt over tilskudd til de nasjonale kompetansetjenestene ved Oslo universitetssykehus HF er gitt i vedlegg 2.

6.2.4 Andre statlige tilskudd

Dette omfatter for 2012 følgende, tall i 1000 kroner

Kreftregistret	95 981
Behandlingsreiser til utlandet	109 957
Arbeidsmedisinske avdelinger	4 500
Tilskudd til turnustjeneste	1 619
Dommerass. narkotikaprogram	1 900
Nasjonal kompetansetjeneste ME, nytt tilskudd fra 2012	2 000
Særreaksjonsordning, dømte til behandling	1 500
Soningsenhet < 18 år	1 000
I alt	218 457
Tilskudd til prosjekt barn som pårørende ved nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring er ikke videreført fra departementets side.	

6.2.5 Likviditet mv

Utbetalingene til helseforetaket skjer innen den 7. arbeidsdag i hver måned. Månedlig overføring utgjør som hovedprinsipp 1/12 av samlet likviditetsoverføring. Enkelte tilskudd mv vil kunne utbetales i sin helhet når disse utbetales til Helse Sør-Øst RHF.

Kortsiktig driftskreditt

Helse Sør-Øst RHF vil kunne gi kortsiktig, rentebærende driftskreditt i henhold til fastsatt rutine og lånerammer, dersom likviditetssituasjonen for helseforetaksgruppen tilsier dette. Helseforetaket skal forespørre Helse Sør-Øst RHF i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over avtalt ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon. Avtalt ramme for kommende år vil bli satt gjennom budsjettprosessen.

Forskudd vil i 2012 bli gitt gjennom at driftskredittrammen innenfor konsernkontoordningen vil bli økt for en begrenset periode. Driftskredittrammen vil bli satt tilbake til opprinnelig nivå etter utløpet av forskuddsperioden.

Langsiktige lån

Helse Sør-Øst RHF kan gi langsiktige lån til helseforetakene basert på en forutgående søknadsprosess og behandling i de respektive styrene.

Helse Sør-Øst RHF fastsetter rentevilkårene på langsiktige lån til helseforetakene basert på de rentebetingelser Helse- og omsorgsdepartementet tilbyr Helse Sør-Øst RHF.

6.2.6 ISF-refusjoner

For spesialisthelsetjenester som gir rett til ISF- refusjon vil behandling utover avtalt aktivitetsnivå kompenseres med ISF-refusjon eller etter egen inngått avtale. Dersom helseforetaket ikke klarer å innfri aktivitetsforutsetningene, vil kompensasjonsbortfallet være likt tapet av ISF-refusjonene. ISF-oppgjør for 2012 vil bli foretatt når Helse Sør-Øst RHF har fått ISF-avregning fra Helse- og omsorgsdepartementet.

6.2.7 Finansiering av fellesprosjekter

Gjennomføring av felles regionale vedtak og strategier vil kunne kreve deltakelse og finansiering fra det enkelte helseforetak.

7. Oppfølging og rapportering

Oppfølgings- og rapporteringsrutiner videreføres på en måte som sikrer god oppfølging av utviklingen ved Oslo universitetssykehus HF. Dette inkluderer utvidet og særskilt rapportering for helseforetaket og hovedstadsområdet.

Helseforetaket forplikter seg til å rapportere i henhold til enhver tid gjeldene mal for rapport- og kommentarer fra Helse Sør-Øst RHF. Rapporteringen skal gi informasjon om måloppnåelse på de mål som er fastsatt for helseforetaket i oppdrag og bestilling.

Helseforetaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes Helse Sør-Øst RHF når slike avvik blir kjent. Rapportering på avvik etter tilsyn skal inngå i den tertialvise rapportering fra foretaket til Helse Sør-Øst RHF.

7.1 Rapportering på styringsparametre

Nedenstående tabell inneholder oversikt over krav til rapportering på styringskrav og styringsparametre som inngår i oppdrag og bestilling 2012. Disse er basert på mål og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og egne indikatorer i Helse Sør-Øst RHF.

Oversikt krav til rapportering 2012	Mål	Datakilde	Rapporterings-frekvens	Bestil-ler
• DRG og refunderte polikliniske inntekter				
Antall produserte DRG-poeng		HF/priv. sykehus	Månedlig	HOD
Polikliniske inntekter med NAV-refusjon		HF/priv. sykehus	Månedlig	HOD
• Ventetider og fristbrudd ¹				
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Ned mot 65 dager	NPR	Månedlig	HOD
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker	100 %	Helsedir./Kontoret for fritt sh.valg	Tertialvis	HOD
Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen somatikk		NPR	Månedlig	HSØ

¹ Ventetider og fristbrudd skal være basert på NPR-data. Helse Sør-Øst RHF innhenter og sammenstiller venteliste- og fristbrudd-data basert på månedlige data samt offisielle rapporter fra NPR.

Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)		NPR	Månedlig	HSØ
Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)		NPR	Månedlig	HSØ
Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)		NPR	Månedlig	HSØ
Antall ventet over et år (Som hovedregel skal ingen vente over ett år)		NPR	Tertialvis	HSØ
Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning	100 %	HF/priv. sykehus	Månedlig	HSØ
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	0 %	NPR	Tertialvis (HOD) Månedlig (HSØ)	HOD HSØ
• Kvalitetsforbedring – diverse indikatorer				
Andel epikriser sendt ut innen en uke	100 %	NPR	Tertialvis	HOD
Andel korridorpatienter i somatiske sykehus	~ 0 %	NPR	Tertialvis (HOD) Månedlig (HSØ)	HOD HSØ
Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk		HF/priv. sykehus	Måned	HSØ
Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern voksne		HF/priv. sykehus	Måned	HSØ
NY - Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført. *		HF/priv. sykehus	Måned	HSØ
NY - Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle *		HF/priv. sykehus	Måned	HSØ
NY - Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt *		HF/priv. sykehus	Måned	HSØ
Prevalens av sykehusinfeksjoner	< 3 %	FHI	4 ggr. årlig	HSØ
Andel pasienter under 80 år med hjerneinfarkt som får trombolyse	20 %	NPR	Tertialvis	HOD
NY - Andel sykehus og helseforetak som har slagenhet ²	100 %	HF/priv. sykehus	Årlig	HOD
Fødselsrifter (Sfinkterruptur) grad 3 og 4		Medisinsk. fødselsreg.	Årlig	HOD
NY - Andel helseforetak som har gjennomført journalgjennomgangs-undersøkelser etter GTT-metoden, i tråd med pasient-sikkerhetskampanjens føringer	100 %	Nasjonalt kunnskapssenter	Tertialvis	HOD
NY - Andel helseforetak som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhets-kampanjens føringer	100 %	Nasjonalt kunnskapssenter	Årlig	HOD
NY - Andel helseforetak som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om ulykker og skader til NPR	100 %	NPR	Årlig	HOD
NY - Antall sykehus som har etablert tilbud om tobakksavvenning ³	100 %	HF/priv. sykehus	Årlig. Rapporteres etter 3. tertial	HOD
• 30- dagers overlevelse				
NY - 30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd		Helsedir.	Årlig	HOD

² Av sykehus og helseforetak som behandler slagpasienter.

³ Data skal også rapporteres til Helsedirektoratet, Avdeling for nasjonalt folkehelsearbeid

NY - 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt		Helsedir.	Årlig	HOD
NY - 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag		Helsedir.	Årlig	HOD
NY - 30-dagers risikjustert totaloverlevelse		Helsedir.	Årlig	HOD
• Psykisk helsevern				
NY - Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus		Helsedir. (SSB)	Årlig	HOD
Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern voksne (VOP) og (BUP)		HF/priv. sykehus	Tertialvis	HSØ
Reinnleggelser innen 30 dager i akuttavdelinger psykisk helsevern voksne. (Andel og ratejustert antall)		HF/priv. sykehus	Tertialvis	HSØ
Registrering hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge	100 %	NPR	Tertialvis	HOD
Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne	100 %	NPR	Tertialvis	HOD
Registrering hovedtilstand psykisk helsevern voksne	100 %	NPR	Tertialvis	HOD
Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon (Andel tvangsinnleggelser og rate per 1000 innbyggere)		NPR/egne data	Årlig (HOD) Tertialvis (HSØ)	HSØ
• Kreftrbehandling				
NY - Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager.	80 %	NPR	Tertialvis	HOD
NY - Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager.	80 %	NPR	Tertialvis	HOD
Ny - Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	80 %	NPR	Tertialvis	HOD
Ny - Andel pasienter med kreft som får behandling innen 20 virkedager ⁴	80 %	NPOR	Tertialvis	HOD
• Brukererfaringer				
NY – Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel (Nasjonale brukererfarings-undersøkelser)		Kunnskapssenteret	Årlig	HOD
NY – Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus (Nasjonale brukererfarings-undersøkelser)		Kunnskapssenteret	Årlig	HOD
Fastlegers erfaringer med DPS (Nasjonale brukererfarings-undersøkelser)		Kunnskapssenteret	Årlig	HOD

Der hvor datakilde er oppgitt som HF/priv. sykehus, legges det til grunn at rapportering skjer i de ordinære ”rapporteringspakken”. Data fra øvrige datakilder vil bli innhentet og sammenstilt av Helse Sør-Øst RHF.

Øvrig rapportering

Øvrig rapportering i forhold til aktivitet og økonomi fremgår av ”rapporteringspakken” som sendes ut fra Helse Sør-Øst RHF, avdeling for regnskap og rapportering.

Der ikke annet er angitt, rapporteres det til Helse Sør-Øst RHF på fastsatt skjema.

⁴ Indikatoren vil bli utviklet i 2012.

Uansett rapporteringsmetode har helseforetaket ansvar for å vurdere resultatet i forhold til målet og kommentere avvik og tiltak i kommentardelen av rapporteringspakken.

Nasjonale kvalitetsindikatorer rapporteres i tillegg til NPR tertialvis i henhold til deres innkallingsbrev.

7.2 Rapportering på særskilte områder

Nedenstående tabell inneholder oversikt over rapporteringer på særskilte områder bestilt fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Rapportering	Datakilde	Kommentar
• Forskning – innovasjon		
Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for det regionale helseforetaket. Helseforetakene skal ha rapportert på forskningsaktivitet for 2011 til Cristin (alle vitenskapelige publikasjoner) og NIFU (avlagte doktorgrader) innen 30. mars 2012. Det er ønskelig at også vitenskapelige monografier og vitenskapelige artikler i antologier registreres og at HRCS benyttes.	Cristin Ekstern tilbyder	Beregnes av ekstern tilbyder med frist 1. juni 2012.
Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i det regionale helseforetaket, herunder andel til psykisk helse og rus. Rapporteringsfrist til NIFU 27. februar 2012. Fra 2013 vil endelig frist være 15. mars.	NIFU	Beregnes og kvalitetssikres av NIFU, med frist 30. mars 2012.
Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i det regionale helseforetaket på medisinske fagområder og etter forskningsart i 2012 ved bruk av Health Research Classification System. Samhandlingsforskning og forskning som en følge av terrorhandlingene i Norge den 22.07.2011 skal synliggjøres.	http://forskningssprosjekter.ihe.lse.net	Skriftlig tilbakemelding
Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler (pr år) fra Norges forskningsråd og EUs 7. ramme-program for forskning og teknologiutvikling i 2012.	Norges forskningsråd	Skriftlig tilbakemelding
Resultater (koordineringsfunksjon, nettverk, flerregionale forskningsprosjekter) for fagområder det er etablert forsknings samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i NSG).	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene i 2012.	RHF	Skriftlig tilbakemelding
Antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensial i 2012	http://forskningssprosjekter.ihe.lse.net	Skriftlig tilbakemelding
Antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges Forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed i 2012	Norges forskningsråd Innovasjon Norge InnoMed	Skriftlig tilbakemelding
• Innovasjon		
Innovasjonsindikatorene fra helseforetakene i 2012 <ul style="list-style-type: none"> ○ Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk ○ Antall nye patentsøknader ○ Innovasjonskultur-tiltak (tekstlig omtale) 	HF	Skriftlig tilbakemelding

• Infeksjoner		
Andelen inngrep meldt til NOIS av alle gjennomførte inngrep for hver av de fem kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS.	NOIS/NPR	Skriftlig tilbakemelding

7.3 Rapportering i årlig melding

I henhold til helseforetakslovens § 34 skal styret for det regionale helseforetaket hvert år sende melding til departementet om foretaket og foretakets virksomhet. Årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF skal også omfatte de underliggende helseforetak. Dette innebærer at helseforetaket må gi tilbakemelding på alle relevante opplysninger som skal inngå i årlig melding for Helse Sør-Øst RHF **innen 18. januar 2013**. Alle styringsbudskap gitt av Helse- og omsorgsdepartementet og tatt inn i oppdrag og bestilling 2012 vil bli integrert i egen forsendelse med oppsett for rapportering.

I helseforetakenes vedtekter er det lagt til grunn at helseforetakene i Helse Sør-Øst skal levere årlig melding til Helse Sør-Øst RHF. I årlig melding skal det rapporteres på oppfølging av oppgaver i oppdrag og bestilling for 2012.

Meldingen til Helse Sør-Øst RHF skal være godkjent av styret for helseforetaket. Frist for innsendelse av styrets årlige melding for 2012 er **1. mars 2013**.

Helse Sør-Øst RHF vil utarbeide elektronisk mal for årlig melding og tilbakemelding på styringsbudskap.

I årlig melding skal det blant annet rapporteres på hvordan de regionale helseforetakene har fulgt opp oppgaver i oppdragsdokumentet for 2012. Tabellene i kapittel 7.1 *Rapportering på styringsparametre* og 7.2 *Rapportering på særskilte områder* skal brukes som grunnlag for rapportering på styringsparametre og på de spesifiserte områder. Det er viktig å ha kjennskap til hva som skal rapporteres slik at nødvendige forberedelse for fremskaffelse av data kan foretas.

8. VEDLEGG

- Vedlegg 1: Definisjonskatalog - Styringsparametre og nasjonale kvalitetsindikatorer medisin og helsefag
- Vedlegg 2: Oversikt over nasjonale kompetansetjenester ved Oslo universitetssykehus HF i 2012 og bidrag til finansieringen ved tilskudd over statsbudsjettets kapittel 732 post 78

DEFINISJONSKATALOG

Styringsparametre og nasjonale kvalitetsindikatorer medisin og helsefag

**HELSE SØR-ØST RHF
2012**

Versjon 09.02.2012

Revidert februar.2012
Helse Sør-Øst RHF, Avdeling for Medisin og helsefag

INNHALDSFORTEGNELSE

Styringsparametre/indikatorer som skal rapporteres til Helse Sør-Øst RHF og/eller Helse- og omsorgsdepartementet

	Side
Ventetider – ventelister	3
Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning ("direkte time")	4
Andel oppdaterte ventetider på nettstedet, www.frittsykehusvalg.no.....	6
Epikrisetid - Somatikk	7
Epikrisetid - Psykisk helsevern	9
Epikrisetid – Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	11
Korridorpasienter - Somatikk	13
Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk	15
Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern	17
Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført..	19
Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle.....	20
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	21
Andel fristbrudd – somatikk, psykisk helsevern (VOP og BUP) og TSB	22
Prevalens av sykehusinfeksjoner	23
Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern VOP og BUP.....	25
Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon.....	27
Andel og ratejustert antall reinnleggelser innen 30 dager i akuttavdelinger, psykisk helsevern voksne	30
Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft	32
Tid fra henvisning til første behandling brystkreft.....	34
Tid fra henvisning til første behandling lungekreft.....	36
Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern voksne	39
Registrering av lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.....	41
Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge	43
Fødselsrifter grad 3 og 4	45
Trombolysebehandling ved hjerneinfarkt	48
Nye indikatorer 2012 (foreløpig uten beskrivelse og definisjon av indikatoren)	50
Nasjonale kvalitetsindikatorer som skal rapporteres til Helsedirektoratet ved NPR	51
Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd	52
Hyppighet av keisersnitt	55
Ventetid operasjon for tykktarms-/endetakmskreft (colorectal cancer).....	57
Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i barne- og ungdomspsykiatrien (ICD-10 diagnose)	60
Ventetid til fyrste konsultasjon (Primærbehandling - klinisk vurdering)).....	63
Varighet av ubehandlet psykose (VUP) - ved første episode ikke-affektiv psykose	66
Strykninger av planlagte operasjoner	71
Individuell plan (barnehabilitering).....	73
Individuell plan ADHD (BUP) og Schizofreni (VOP).....	76

Indikator Nr 1, 2 a-d, 8, 10	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett	Ventetider – ventelister
Versjon nr: 2.1	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent: Desember 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren og rapportering

Ventetider skal være basert på NPR-data og NPR-definisjoner og gitte krav om rapportering fra HOD og omfatter bl.a.:

- Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten
- Gjennomsnittlig og median ventetid avviklede pasienter alle (med og uten rett) det enkelte tjenesteområde
- Ventetid og fagområde somatikk
- Nyhenviste, avviklede og ventende
- Langtidsventende (ventet over ett år)
- Andel gitt rett til nødvendig helsehjelp
- Andel innen spesialisthelsetjenesten som er vurdert innen 30 dager
- Andel barn og unge under 23 år med psykiske- og/eller rusproblemer vurdert innen 10 dager og gitt tilbud om behandling innen 65 virkedager. (Vurderings- og behandlingsgarantien)

Definisjoner skal være basert på definisjoner og kriterier benyttet av NPR og omfatter alle omsorgsnivåer (innleggelse, dagbehandling og poliklinikk).

Begrepsavklaring

Rapportering foregår til NPR etter fastsatt prosedyre.

Begrunnelse, referanse, evidens

Rapportering av ventetider er obligatorisk i hht. nasjonale krav.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Datkilde

NPR utarbeider månedlige rapporter på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF, (NPR cuben). [Se her.](#) Helseforetakene skal sørge for at rapporterte data er kvalitetssikret før rapportering til NPR.

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Helse Sør-Øst RHF sammenstiller og berbeider data fra NPR. Data presenteres på helseforetaksnivå.

3 TOLKNING OG PRESENTASJON AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

- Styringsinformasjon
- Grunnlag for kvalitetsforbedring
- Informasjon til pasienter og henvisende leger

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på helseforetaksnivå brukes til å følge opp ventelistesituasjonen i RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå forslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: 2 H	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett	Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning ("direkte time")
Versjon nr: 1,1	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent: November 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

<p>Definisjon av indikatoren Andel pasienter som får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning (direkte time).</p>
<p>Begrepsavklaringer</p> <p>Hvilke mottatte henvisninger omfattes? Indikatoren omfatter mottatte henvisninger som er vurdert, og hvor det er besluttet at pasienten skal tilbys undersøkelse/behandling ved sykehuset. Indikatoren gjelder <u>alle pasienter</u>, både de med rett og de uten rett til nødvendig helsehjelp.</p> <p>Bekreftelse på mottatt henvisning: Med bekreftelse menes tilbakemelding (skriftlig) til pasienten om at søknaden er mottatt, vurdert og at pasienten tilbys undersøkelse/behandling ved sykehuset, herunder opplysning om rettighetsstatus (rett til nødvendig helsehjelp eller ikke).</p> <p>Timeavtale: Med timeavtale menes tidspunkt, dato evt. med klokkeslett, for undersøkelse/behandling.</p>
<p>Begrunnelse, referanse, evidens Det er et betydelig fokus på tilgjengelig og ventetid for undersøkelse/behandling ved sykehus. Det er helt sentral for pasienter/pårørende at det gis opplysning om tidspunkt for undersøkelse/behandling, både for å vite hva man må forholde seg, vurdering av alternativ behandlingssted (Fritt sykehusvalg) samt egen planlegging mht. private forhold, jobb mv. i forbindelse med sykehusoppholdet.</p> <p>Det forventes at sykehusene har god planlegging av egen virksomhet og drift, samt god utnyttelse av tilgjengelige ressurser til enhver tid.</p>
<p>Type indikator Indikatoren er en prosessindikator.</p>
<p>Indikatoren uttrykker Sykehuset evne til god pasientinformasjon og god planlegging av drift.</p>

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	<p>Inkludert populasjon Elektive pasienter. Alle mottatte henvisninger som er vurdert og hvor pasienten tilbys undersøkelse/behandling ved sykehuset og hvor pasienten settes på venteliste.</p>	<p>Ekskludert populasjon. Øyeblikkelig hjelp henvisning. Mottatte henvisninger som er avvist, evt. videresendt til annen institusjon, av ulike grunner og hvor det ikke tilbys undersøkelse/behandling ved sykehuset og pasienten ikke er satt på venteliste.</p>
Teller	Antall mottatte og vurderte henvisninger hvor det er gitt tilbakemelding om tidspunkt (dato og klokkeslett), for undersøkelse/behandling.	
Nevner	Alle mottatte og vurderte henvisninger hvor det er gitt tilbud om undersøkelse/behandling ved sykehuset.	
<p>Datakilde: De pasientadministrative systemene (PAS).</p>		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data		

Data presenteres på HF-nivå.

3 TOLKNING OG PRESENTASJON AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

- Styringsinformasjon
- Kvalitetsforbedring
- Informasjon til pasienter og henvisende instanser
-

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på helseforetaksnivå brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå forslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator Nr 3	Indikator relatert til: Helsedirektoratet og Helse Sør-Øst indikatorsett	Andel oppdaterte ventetider på nettstedet, www.frittsykehusvalg.no
Versjon nr 1.2	Godkjent av: Bård Lilleeng	Godkjent dato: Desember 2009

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

<p>Definisjon av indikatoren Andel oppdaterte forventede ventetider på nettstedet, www.frittsykehusvalg.no siste 4 uker.</p>
<p>Begrepsavklaringer</p> <p>Forventet ventetid Maksimal ventetid for de lavest prioriterte rettighetspasientene, eller ikke rettighetspasienter, som skal ha et tilbud. Dersom pasientene i aktuell kategori omfattes både av pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp, er det forventet ventetid for de som må vente lengst som skal rapporteres. Ventetiden skal fastsettes til et bestemt antall uker. Tidsangivelsen må være realistisk. At enkeltpasienter unntaksvis venter lenger regnes det ikke som nødvendig å ta høyde for.</p> <p>Tjenester Med tjenester forstås de sykdommer/tilstander hvor det gis tilbud om utredning/behandling ved den enkelte institusjon og der det er aktuelt å oppgi ventetider.</p>
<p>Begrunnelse, referanse, evidens Helseinstitusjoner har etter spesialisthelsetjenesteloven § 3 -11 plikt til å gi slik informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter, jf. Pasientrettighetsloven §§ 2 -1 til 2 -5. En vesentlig forutsetning for reell valgmulighet er at pasienten har tilgang på nødvendig informasjon. Informasjonen må være oppdatert, lett tilgjengelig og ha en slik form at det ikke kreves spesielle forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg den.</p>
<p>Type indikator Resultatindikator</p>
<p>Målsetting for indikatoren At forventede ventetider holdes 100 prosent oppdatert på www.frittsykehusvalg.no.</p>

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall tjenester som har oppdatert ventetider på www.frittsykehusvalg.no siste 4 uker	
Nevner	Totalt antall tjenester på www.frittsykehusvalg.no som skal rapporteres/oppdateres med ventetid	
Datakilde: Kontoret for fritt sykehusvalg rapporterer til Helse Sør-Øst RHF på det enkelte helseforetak.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes for å følge opp rapportering av forventet ventetid til Fritt sykehusvalg.

Indikator nr: N-002 Nr 4a Helse Sør-Øst	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett Somatikk	Epikrisetid - Somatikk
Versjon nr: 1.4	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

<p>Definisjon av indikatoren Indikatoren uttrykkes som:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager¹ etter utskrivningsdato (døgnopphold).
<p>Begrepsavklaringer</p> <p>Epikrise En sammenfatning av journalopplysninger som sendes det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging¹. Epikrisen er knyttet til én innleggelse ved et behandlingssted og tjener som dokumentasjon på pasientbehandlingen.</p> <p>Foreløpig epikrise, sykepleiedokumentasjon og fysioterapi- sammenfatninger etc. inngår <i>ikke</i> i definisjonen eller i omfanget av indikatoren.</p> <p>Epikrisetid Tid (i dager) som går med fra pasienten skrives ut fra behandlingsstedet (utskrivningsdato) til epikrisen er sendt ut elektronisk eller pr post.</p>
<p>Begrunnelse, referanse, evidens Epikrisetid er et uttrykk for samhandling/kommunikasjon mellom behandlingssted og øvrig helsetjeneste. Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til å få kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivelse. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomheten mot å redusere uønsket lang epikrisetid, og vil på den måten bidra til helhet og kontinuitet i tjenestetilbudet.</p>
<p>Type indikator Denne indikatoren er en prosessindikator og betegner de aktiviteter og ressurser som vedrører produksjonen av en epikrise fra pasienten er utskrevet til epikrise er sendt.</p>
<p>Indikatoren uttrykker Hvor stor andel av epikrisene som er sendt ut innen 7 dager.</p> <p>Mål fra 2011 (HOD): 100 % av epikrisene skal være utsendt innen 7 dager.</p>

¹ FOR 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal § 9 med kommentarer.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
Indikatoren gjelder innlagte pasienter (døgnopphold)		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning	Dagopphold Poliklinikk
Nevner	Antall utskrivninger fra behandlingsstedet i samme periode	Fødsler

Datakilde
Data hentes fra pasientadministrativt datasystem og rapporteres manuelt til Norsk pasientregister og Helse Sør-Øst RHF i hht. interne retningslinjer (Rapportpakken).

Epikrisetid beregnes som $\text{Dato}_{\text{Utskrivning}} - \text{Dato}_{\text{Epikrise sendt}}$

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data
Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister ved hvert tertial. Innkalling sendes i forkant av rapportering. Behandlingsstedene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene.

Indikatoren uttrykkes i prosent:

$$\text{Andel} = (\text{Antall sendte epikriser innen 7 dager} / \text{antall utskrivninger}) \times 100.$$

Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå.
 Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

<p>Indikatoren brukes som</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Informasjon til pasienter og henvisende leger ▪ Styringsinformasjon
<p>Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner</p> <p>Venting på prøvesvar, undersøkelser mv. som er av betydning for diagnose og behandling kan være avgjørende for hvor lang epikrisetid som er nødvendig.</p> <p>Det kan forekomme utskrivninger hvor det er besluttet at epikrise ikke skal sendes ut. Disse utskrivningene vil likevel inngå i nevneren, og medfører lavere andelen epikriser for enheter som har mange utskrivninger hvor det er besluttet å ikke sende epikrise.</p>
<p>Analyse og presentasjon av data</p> <p>Data aggregert på behandlingsstedet publiseres nasjonalt som andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager etter utskrivningsdato.</p> <p>Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted samt på Helsedirektorates nettsider: Klikk her</p>

Indikator nr: N-010	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett	Epikrisetid - Psykisk helsevern
Nr 4b Helse Sør-Øst	Psykisk helsevern (Voksne og barn/unge)	
Versjon nr: 1.3	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager¹ (etter utskrivningsdato/avslutningsdato) etter avsluttet behandling ved innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjonsserie (episode i NPR-record).

Begrepsavklaringer

Epikrise

Er beskrevet i Forskrift om pasientjournal §9¹, og er en sammenfatning av journalopplysninger som sendes det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Epikrisen er vanligvis knyttet til én innleggelse i en sengeavdeling, men er også gjeldende for poliklinisk behandling og tjener som dokumentasjon på pasientbehandlingen.

Foreløpig epikrise, sykepleiedokumentasjon og fysioterapi- sammenfatninger etc. inngår *ikke* i definisjonen eller i omfanget av indikatoren.

Epikrisetid

Tid (i dager) som går med fra pasienten skrives ut fra behandlingsstedet (utskrivningsdato), eller (avslutningsdato) etter poliklinisk behandling, til epikrisen er sendt ut elektronisk eller pr post.

Dersom epikrisen sendes før avslutningsdato, vil epikrisetid bli beregnet fra epikrise sendt dato til nærmeste dato for en relevant kontakt (behandling).

Avslutningsdato

Den dato hvor pasient eller pårørende har siste planlagte kontakt med poliklinikken i gjeldende polikliniske konsultasjonsserie (episode).

Hvis det utover denne dato er avtalt en definert periode hvor pasient eller familie skal kunne ta kontakt ved behov, skal avslutningsdato være siste dag i denne perioden hvis det ikke gjøres andre avtaler i mellomtiden.

For ikke-planlagte avslutninger (for eksempel pasienten eller behandler blir forhindret eller uteblir) defineres avslutningsdato som den dato poliklinikken bestemmer at den polikliniske konsultasjonsserien skal avsluttes.

Begrunnelse, referanse, evidens

Epikrisetid er et uttrykk for samhandling/kommunikasjon mellom sykehus/poliklinikk og øvrig helsetjeneste. Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til å få kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivelse/avsluttet behandling. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomheten mot å redusere uønsket lang epikrisetid, og vil på den måten bidra til helhet og kontinuitet i tjenestetilbudet.

Type indikator

Indikatoren er en prosessindikator og betegner de aktiviteter og ressurser som vedrører produksjonen av en epikrise fra pasienten er utskrevet/polikliniske konsultasjonsserie er avsluttet (episode) til epikrise er sendt.

Indikatoren uttrykker hvor stor andel av epikrisene som er sendt ut innen 7 dager.

Mål fra 2011 (HOD): 100 % av epikrisene skal være utsendt innen 7 dager.

¹ FOR 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal § 9 med kommentarer.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
Innlagte pasienter (døgnopphold), dagpasienter og polikliniske pasienter (avsluttet poliklinisk behandlingsserie BUP).		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning eller avsluttet dagbehandling/ poliklinisk behandlingsserie (avsluttet henvisningsperiode).	Avsluttede henvisninger med manglende epikrise eller direkte tiltak registrert
Nevner	Sum utskrivninger, dagbehandlinger og avsluttede polikliniske behandlinger i samme periode.	

Indikatoren uttrykkes i prosent:

$$\text{Andel} = (\text{Antall sendte epikriser innen 7 dager} / \text{sum antall utskrivninger og polikliniske episoder}) \times 100$$

Datakilde
 Data hentes fra pasientadministrativt datasystem (NPR-meldingen) .
 Epikrisetid beregnes deretter som $\text{Dato}_{\text{Utskrivning}} - \text{Dato}_{\text{Epikrise sendt}}$

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data
 Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) ved hvert tertial og til Helse Sør-Øst RHF i hht. interne retningslinjer (Rapportpakken).
 Innkallingsbrev fra NPR sendes i forkant av rapportering. Institusjonene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene.

Epikriser som sendes inntil 14 dager før utskrivning telles også med. Begrunnelsen er at det er i blant behov for en institusjon å sende journal og dokumentasjon i forkant til mottakende instans for å forberede videre behandling av pasienten.

Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå. Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

<p>Indikatoren brukes som</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grunnlag for kvalitetsforbedring • Informasjon til pasienter og henvisende leger • Styringsinformasjon
<p>Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner</p> <p>Venting på prøvesvar, undersøkelser, rapporter mv. som er av betydning for diagnose og behandling kan være avgjørende for hvor lang epikrisetid som er nødvendig. Det kan forekomme utskrivninger hvor det er besluttet at epikrise ikke skal sendes ut. Blant annet kan pasienten eller foresatte motsette seg utsending av epikrise, jf. helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal. Disse utskrivningene vil likevel inngå i nevneren og kan medføre lavere andelen utsendte epikriser.</p>
<p>Analyse og presentasjon av data</p> <p>Data aggregert på behandlingsstedet publiseres nasjonalt som andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager etter avsluttet behandling v/inleggelse, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjonsserie.</p> <p>Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted samt på Helsedirektorates nettsider: Klikk her</p>

Indikator nr: 4c	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst	Epikrisetid – Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
Versjon nr 1.2	Godkjent av: Mari Trommald	Godkjent dato: Desember 2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

<p>Definisjon av indikatoren</p> <p>Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager¹ (etter utskrivningsdato/avslutningsdato) etter avsluttet behandling ved innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjonsserie (episode i NPR-record).</p>
<p>Begrepsavklaringer</p> <p>Begrepsavklaringer</p> <p>Epikrise</p> <p>Er beskrevet i Forskrift om pasientjournal §9¹, og er en sammenfatning av journalopplysninger som sendes det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Epikrisen er vanligvis knyttet til én innleggelse i en sengeavdeling, men er også gjeldende for poliklinisk behandling og tjener som dokumentasjon på pasientbehandlingen. Foreløpig epikrise, sykepleiedokumentasjon og fysioterapi- sammenfatninger etc. inngår <i>ikke</i> i definisjonen eller i omfanget av indikatoren.</p> <p>Epikrisetid</p> <p>Tid (i dager) som går med fra pasienten skrives ut fra behandlingsstedet (utskrivningsdato), eller (avslutningsdato) etter poliklinisk behandling, til epikrisen er sendt ut elektronisk eller pr post. Dersom epikrisen sendes før avslutningsdato, vil epikrisetid bli beregnet fra epikrise sendt dato til nærmeste dato for en relevant kontakt (behandling).</p> <p>Avslutningsdato</p> <p>Den dato hvor pasient eller pårørende har siste planlagte kontakt med poliklinikken i gjeldende polikliniske konsultasjonsserie (episode). Hvis det utover denne dato er avtalt en definert periode hvor pasient eller familie skal kunne ta kontakt ved behov, skal avslutningsdato være siste dag i denne perioden hvis det ikke gjøres andre avtaler i mellomtiden.</p> <p>For ikke-planlagte avslutninger (for eksempel pasienten eller behandler blir forhindret eller uteblir) defineres avslutningsdato som den dato poliklinikken bestemmer at den polikliniske konsultasjonsserien skal avsluttes.</p>
<p>Begrunnelse, referanse, evidens</p> <p>Epikrisetid er et uttrykk for samhandling/kommunikasjon mellom institusjon og øvrig sosial- og helsetjeneste. Lang epikrisetid svekker muligheten til kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivelse. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomhet mot uønsket lang epikrisetid, og vil på den måten bidra til helhet og kontinuitet i tjenestetilbudet.</p>
<p>Type indikator</p> <p>Indikatoren er en prosessindikator og betegner de aktiviteter og ressurser som vedrører produksjonen av en epikrise fra pasienten er utskrevet/polikliniske konsultasjonsserie er avsluttet (episode) til epikrise er sendt.</p>
<p>Indikatoren uttrykker hvor stor andel av epikrisene som er sendt ut innen 7 dager.</p> <p>Mål fra 2011 (HOD): 100 % av epikrisene skal være utsendt innen 7 dager.</p>

¹ FOR 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal § 9 med kommentarer.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon Innlagte pasienter (døgnopphold), dagpasienter og polikliniske pasienter (avsluttet poliklinisk behandlingsserie)		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning (døgnbehandling), avsluttet dagbehandling/poliklinisk behandlingsserie (avsluttet henvisningsperiode, også kalt avsluttede episoder i ny NPR-record).	
Nevner	Sum utskrivninger, døgn, dagbehandlinger og avsluttede polikliniske behandlinger i rapportperioden.	
Datakilde Data hentes fra pasientadministrativt datasystem og rapporteres til Helse Sør-Øst RHF i hht. interne retningslinjer (Rapportpakken). Epikrisetid beregnes deretter som $\text{Dato}_{\text{Utskrivning}} - \text{Dato}_{\text{Epikrise sendt}}$		
Bearbeiding / aggregering av data Indikator uttrykkes i prosent: $\text{Andel} = (\text{Antall sendte epikriser innen 7 dager} / \text{antall utskrivninger}) \times 100$ Data foreslås beregnet (avhengig av lokale behov) for: - hver institusjon/avdeling - hvert helseforetak Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som <ul style="list-style-type: none"> • Grunnlag for kvalitetsforbedring • Styringsinformasjon
Underliggende faktorer som kan forklare variasjon Venting på prøvesvar, undersøkelser, rapporter mv. som er av betydning for diagnose og behandling kan være avgjørende for hvor lang epikrisetid som er nødvendig. Det kan forekomme utskrivninger hvor det er besluttet at epikrise ikke skal sendes ut. Blant annet kan pasienten eller foresatte motsette seg utsending av epikrise, jf. helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal. Disse utskrivningene vil likevel inngå i nevneren og kan medføre lavere andelen utsendte epikriser.
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på institusjons- og foretaksnivå brukes som styringsdata. Data på avdelingsnivå og postnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: N-001	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Hele Sør-Øst indikatorsett Somatikk	Korridorpasienter - Somatikk
Nr 5a Helse Sør-Øst		
Versjon nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Antall og andel pasienter som kl. 07.00 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.¹

Begrepsavklaring

Korridorpasient

Pasient som er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.

Det regnes også som korridorpasienter når plassering på korridor velges som løsning på observasjons- eller kontaktbehov.

Dersom mor og barn etter fødsel plasseres på korridor eller lignende, skal de regnes som 2 korridorpasienter.

Gjelder ikke "ekstra" pasienter på ordinære sengeplasser eller sengeplasser som er tatt ut av drift. Det betyr at antall korridorpasienter ikke beregnes ut fra totalt overbelegg, eller som antall flere pasienter enn antall ordinære sengeplasser.

Antall liggedøgn

Med antall sengedøgn forstås antall registrerte liggedøgn (for døgnpasienter) ved aktuelle poster/avdelinger i perioden. Antall liggedøgn beregnes på grunnlag av ordinært rapporterte aktivitetsdata for hver enkelt registrerings-/rapporteringsperiode.

Begrunnelse

Dette er en relevant kvalitetsindikator fordi

- behandlingss plass i korridor er et hinder for ivaretagelse av pasientenes integritet og alminnelig verdighet.
- behandlingss plass i korridor er til hinder for ivaretagelse av lovpålagt taushetsplikt, jf. Lov om helsepersonell²
- behandlingss plass i korridor er til hinder for god behandling og pleie
- pasientseng i evakueringsområde er et alvorlig sikkerhetsmessig avvik, jf. brannforskriften³ og internkontrollforskriften⁴

Indikatoren er en videreføring av Statens Helsetilsyns punkttellinger av antall korridorpasienter i sykehusene med endring av tidspunktet for telling fra kl. 08 til kl. 07. Tidspunkt for telling er satt til kl. 07 for å få med de pasienter som faktisk har ligget på korridor plass om natten, og før flytting av sengen skjer som følge av undersøkelser med mer.

Type indikator

Indikatoren er en prosessindikator (styring av pasientstrøm)..

¹ Jf. Helsetilsynets rapport i forbindelse med kartlegging av korridorpasienter i 1998 og 2000.

² Lov om helsepersonell m. v

³ Forskrift om brannforebyggende tiltak og tilsyn § 2-1 og 2-3 iht. Lov om vern mot brann, eksplosjon og ulykker med farlig stoff og om brannvesenets redningsoppgaver

⁴Jf Internkontrollforskriften § 5.6.

Indikatoren uttrykker

Antall og omfang av uønskede hendelser.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		Ekskludert populasjon
	Inkludert populasjon	
Teller	Antall korridorpasienter kl. 07.00 hver dag for alle sengeposter	Barselavdelinger Observasjonsposter knyttet til akuttmottak
Nevner	Totalt antall liggedøgn ved de samme sengepostene i perioden	
<p>Tidligere ble det benyttet antall effektive senger (basert på definisjoner benyttet i SAMDATA-rapporter) i nevneren. I praksis viser det seg vanskelig å fremskaffe sikre data for antall effektive senger. Det er derfor valgt å relatere antall korridorpasienter til totalt antall sengedøgn i perioden.</p> <p>Datakilde Sykehusenes manuelle registrering av korridorpasienter (korridorpasienter) og virksomhetsdata (liggedøgn).</p> <p>Rapportering, bearbeiding og aggregering og av data Indikatoren antall korridorpasienter <u>rapporteres</u> til avtalt datamottak i institusjonen uten pasientnavn eller begrunnelse for hendelsen. Datamottak i institusjonen rapporterer videre til Norsk pasientregister (NPR) på oppgitt rapporteringstidspunkt mht. antall korridorpasienter. Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer i hht. interne retningslinjer (Rapportpakken).</p> <p>NPR bearbeider og aggregerer datamaterialet etter gitte retningslinjer.</p> <p>Bearbeiding av data ved NPR</p> <p>Antall og andel korridorpasienter (senger) oppgis i prosent.</p> <p><u>Gjennomsnittlig antall korridorpasienter per dag i perioden</u> = totalt antall korridorpasienter i perioden / antall dager i perioden</p> <p><u>Gjennomsnittlig andel korridorpasienter i perioden</u> = (gjennomsnittlig antall korridorpasienter i perioden / gjennomsnittlig antall sengedøgn) x 100</p> <p>Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå. Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.</p>		

3 TOLKNING OG PRESENTASJON AV RESULTATER

<p>Indikatoren brukes som</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Informasjon til pasienter og henvisende leger ▪ Styringsinformasjon
<p>Analyse og presentasjon av data Data aggregert på behandlingsstedet rapporteres og publiseres nasjonalt som gjennomsnittlig antall korridorpasienter pr. dag og som gjennomsnittlig andel korridorpasienter i perioden.</p> <p>Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted samt på Helsedirektorates nettsider: Klikk her</p>

Indikator nr: 7 a , b og c	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett Somatikk	Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk
Versjon nr 3.0	Godkjent av: Alice Beathe Andersgaard	Godkjent dato: Januar 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Indikator 1: Antall registrerte liggedøgn for utskrivningsklare pasienter somatikk i perioden (aktuell måned).

Indikator 2: Andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter somatikk i perioden (aktuell måned).

Begrepsavklaringer:

Hva er utskrivningsklare pasienter, jfr. "Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter":

§ 9. Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar

En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen

- a) problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart
- b) øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart
- c) dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for
- d) det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten
- e) pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.

§ 10. Varsel til kommunen om utskrivningsklar pasient

Når en pasient er definert som utskrivningsklar, jf. § 9, skal sykehuset straks varsle kommunen. Dette gjelder ikke utskrivningsklare pasienter som ikke har behov for et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.

Mottakende instans er som oftest pasientens hjemkommune, og der sykehusene har etablert rutiner for samarbeid om utskrivning av pasienter.

Betaling for utskrivningsklar pasient utløses når pasienten er meldt (den dagen telles med) og opphører når kommunen kan ta i mot pasienten (dvs. utreisedagen regnes ikke inn i fakturert beløp), jfr. ellers § 13. *Betaling for utskrivningsklare pasienter på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.*

I følge § 14 kan kommunen "kreve å få en redegjørelse for de vurderinger sykehuset har foretatt etter § 9. Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve vurderingene foretatt av sykehuset."

Begrunnelse, referanse, evidens

Å få god oversikt og dokumentasjon på omfang av ferdigbehandlende pasienter ved sykehusene, og for å stimulere helseforetakene til god planlegging og godt samarbeid med kommunene ved utskrivelser.

Type indikator

Prosess og resultatindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon:	Ekskludert populasjon
	<u>Somatikk</u> : (alle sengeposter for innlagte pasienter)	Dagpasienter og sengeposter brukt til dagpasienter, Nyfødt- og føde/barsel avd., postoperativ- og intensivavdelinger.
Indikator 1	Sum antall liggedøgn for utskrivningsklare i perioden (aktuell måned)	
Indikator 2		
Teller	Sum antall liggedøgn for utskrivningsklare i perioden (aktuell måned)	
Nevner	Totalt antall liggedøgn i den samme perioden	
Datakilde		
Det pasientadministrative system (PAS).		
Bearbeiding/aggregering av data		
Data oppgis som antall liggedøgn og andel (prosent) liggedøgn for utskrivningsklare i perioden		
Gj.snitt andel utskrivningsklare = (Sum antall liggedøgn for utskrivningsklare i perioden / totalt antall liggedøgn i perioden) x 100		
Data rapporteres på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Styringsinformasjon ▪ Dokumentasjon i samhandling med kommunene
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: 7 d, e og f	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett Psykisk helsevern voksne	Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern
Versjon nr 3.0	Godkjent av: Alice Beathe Andersgaard	Godkjent dato: Desember 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Indikator 1: Antall registrerte liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern for voksne i perioden (aktuell måned).

Indikator 2: Andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern for voksne i perioden (aktuell måned).

Begrepsavklaringer:

Vi bruker samme definisjon av en utskrivningsklar pasient, som i tilsvarende indikator for somatikk (jfr. indikator 7 a, b og c), selv om den nye forskriften om *kommunal betaling* for utskrivningsklare pasienter foreløpig kun gjelder innen somatikk:

"En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen

a) problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart

b) øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart

c) dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for

d) det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten

e) pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.

Vi forutsetter også at sykehuset har varslet kommunen, når en pasient er definert som utskrivningsklar.

Begrunnelse, referanse, evidens

Å få god oversikt og dokumentasjon på omfang av ferdigbehandlende pasienter ved sykehusene, og for å stimulere helseforetakene til god planlegging og godt samarbeid med kommunene ved utskrivelser.

Type indikator

Prosess og resultatindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon:	Ekskludert populasjon
	Psykisk helsevern voksne (alle sengeposter for innlagte pasienter)	
Indikator 1	Sum antall liggedøgn for utskrivningsklare i perioden (aktuell måned)	
Indikator 2		
Teller	Sum antall liggedøgn for utskrivningsklare i perioden (aktuell måned)	
Nevner	Totalt antall liggedøgn i den samme perioden	
Datakilde		
Det pasientadministrative system (PAS).		
Bearbeiding/aggregering av data		
Data oppgis som antall registrerte liggedøgn i perioden og gj. snitt andel (prosent) liggedøgn for utskrivningsklare i perioden,		
Gj.snitt andel utskrivningsklare = (Sum antall liggedøgn for utskrivningsklare i perioden / totalt antall liggedøgn i perioden) x 100		
Data rapporteres på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Styringsinformasjon ▪ Dokumentasjon i samhandling med kommunene
Analyse og presentasjon av data
Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: 8 a	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett	Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført
Versjon nr 1.0	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent dato: Februar 2012

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

<p>Definisjon av indikatoren:</p> <p>For DIPS-sykehus er den aktuelle rapporten D - 6813</p>
<p>Begrepsavklaringer:</p> <p>Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake med en nærmere definisjon av indikatoren.</p> <p>Helse Sør-Øst RHF vil ha en dialog med de HF/private sykehus som ikke har DIPS, vil for å kunne finne en riktig rapportering</p>
<p>Begrunnelse, referanse, evidens</p>
<p>Type indikator</p> <p>Prosess og resultatindikator</p>

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon	Inkludert populasjon:	Ekskludert populasjon
Indikator		
<p>Datakilde</p> <p>Det pasientadministrative system (PAS).</p>		
<p>Bearbeiding/aggregering av data</p> <p>Data rapporteres på HF-nivå.</p>		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

<p>Indikatoren brukes som</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Styringsinformasjon ▪ Dokumentasjon i samhandling med kommunene
<p>Analyse og presentasjon av data</p> <p>Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.</p>

Indikator nr: 8 b	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett	Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle
Versjon nr 1.0	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent dato: Februar 2012

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

<p>Definisjon av indikatoren:</p> <p>For DIPS-sykehus er den aktuelle rapporten D – 9582</p>
<p>Begrepsavklaringer:</p> <p>Skal omfatte alle dokumenter som er mer enn 14 dager gamle – uavhengig av når de er opprettet. Differensieres på dokumenter generert av henholdsvis leger, sykepleiere, og andre.</p> <p>Sykehus som benytter autogodkjenning av sykehus må oppgi antall autogodkjente dokumenter siste måned, med samme differensiering.</p> <p>Helse Sør-Øst RHF vil ha en dialog med de HF/private sykehus som ikke har DIPS, vil for å kunne finne en riktig rapportering</p> <p>Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake med en nærmere definisjon av indikatoren.</p>
<p>Begrunnelse, referanse, evidens</p>
<p>Type indikator</p> <p>Prosess og resultatindikator</p>

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon:	Ekskludert populasjon
Indikator		
Datakilde		
Det pasientadministrative system (PAS).		
Bearbeiding/aggregering av data		
Data rapporteres på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

<p>Indikatoren brukes som</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Styringsinformasjon ▪ Dokumentasjon i samhandling med kommunene
<p>Analyse og presentasjon av data</p> <p>Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.</p>

Indikator nr: 8 c	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett	Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt
Versjon nr 1.0	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent dato: Februar 2012

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

<p>Definisjon av indikatoren: For DIPS-sykehus er den aktuelle rapporten D - 7221</p> <p>Begrepsavklaringer: Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake med en nærmere definisjon av indikatoren. Helse Sør-Øst RHF vil ha en dialog med de HF/private sykehus som ikke har DIPS, vil for å kunne finne en riktig rapportering</p> <p>Begrunnelse, referanse, evidens</p> <p>Type indikator Prosess og resultatindikator</p>

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon	Inkludert populasjon:	Ekskludert populasjon
Indikator		
Datakilde Det pasientadministrative system (PAS).		
Bearbeiding/aggregering av data Data rapporteres på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

<p>Indikatoren brukes som</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Styringsinformasjon ▪ Dokumentasjon i samhandling med kommunene <p>Analyse og presentasjon av data Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.</p>
--

Indikator nr: 9a, b, c	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett; Somatikk, VOP og TSB.	Andel fristbrudd – somatikk, psykisk helsevern (VOP og BUP) og TSB
Versjons nr 3,0	Godkjent av:	Godkjent dato:

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

<p>Definisjon av indikatoren Avventer nærmere definisjon fra NPR. Inntil videre vil vi benytte data i hht. NPRs kriterier/definisjoner. Disse er under vurdering og evt. revisjon.</p> <p>Omfatter områdene: Somatikk, psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.</p> <p>Begrepsavklaringer Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp – jf. Prioriteringsforskriften § 4.</p> <p>Begrunnelse, referanse, evidens RHF-et og HF-ene skal følge opp at pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften etterleves. Målet er null fristbrudd.</p> <p>Type indikator: Prosessindikator</p>

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon	Alle pasienter som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp, jf. prioriteringsforskriften.	Ekskludert populasjon
Teller	Avventer nærmere spesifisering fra NPR	Avventer nærmere spesifisering fra NPR
Nevner	Avventer nærmere spesifisering fra NPR	
Datakilde	Det pasientadministrative systemet. Helse Sør-Øst vil fra 2012 benytte fristbrudd-data som er sammenstilt av NPR og som oppdateres månedlig i eget excel-ark på NPRs nettsted for ventelistedata (Cognoskuben). Se her.	
Bearbeiding/aggregering av data	Data sammenstilles på HF-nivå og tjenestoområde.	

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

<p>Indikatoren brukes som</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Styringsinformasjon
<p>Analyse og presentasjon av data Data aggregert på helseforetaksnivå brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.</p>

Indikator nr: N-003	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett Somatikk	Prevalens av sykehusinfeksjoner
Nr 16 Helse Sør-Øst		
Versjon nr 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Antall påviste sykehusinfeksjoner – av de fire vanligste sykehusinfeksjonene; urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, postoperative sårinfeksjoner og septikemi – på et gitt tidspunkt i forhold til totalt antall innlagte pasienter på samme tidspunkt.

Jf. mal for måling av punktprevalens av sykehusinfeksjoner fra Nasjonalt institutt for Folkehelse¹. Se også <http://www.folkehelse.no/tema/prevalens/sykehus.pdf>.

Obligatoriske nasjonale prevalensundersøkelser gjennomføres 2 ganger årlig i hht. retningslinjer fra Folkehelseinstituttet. To tilleggundersøkelser årlig er frivillig. **Helse Sør-Øst har vedtatt at foretakene/sykehusene skal delta i alle de 4 årlige undersøkelsen i hht. opplegg fra Folkehelseinstituttet.**

OBS! Helse Sør-Øst RHF legger til grunn data som er rapportert til Folkehelseinstituttet som ledd i de nasjonale prevalensmålingene, og innhenter data fra Folkehelseinstituttet.(nettstedet for prevalensmålinger)

Begrepsavklaringer

Sykehusinfeksjon: Infeksjon som oppstår under institusjonsoppholdet hvor infeksjonen ikke var tilstede eller var i inkubasjonstiden da pasienten ble innlagt sykehuset.

Merk at alle sykehusinfeksjoner som oppstår etter en innleggelse ved en annen post eller ved et annet sykehus skal telles med. Dersom pasienten er reinnlagt på grunn av en infeksjon som oppsto under forrige opphold, skal også denne infeksjonen telles med.

Infeksjon hos nyfødte som oppstår som følge av passasje gjennom fødselskanalen regnes også som sykehusinfeksjon.

Følgende infeksjoner regnes **ikke** som sykehusinfeksjoner:

- Komplikasjoner eller spredning av infeksjoner som allerede var til stede ved innleggelsen, så sant det ikke er klare holdepunkter for at pasienten har fått ny infeksjon.
- Infeksjoner som har smittet over placenta og som manifesterer seg innen 48 timer etter fødselen.

Følgende tilstander regnes **ikke** som infeksjon:

- Kolonisering av mikroorganismer på hud, slimhinner, i åpne sår, i ekskretorer eller sekreter, men uten at dette gir kliniske symptomer eller funn.
- Betennelse som skyldes vevsreaksjoner på skader eller ikke-infeksiøse agens f.eks. kjemikalier.

Punktprevalens: Måling/registrering foretatt på et gitt tidspunkt.

Begrunnelse, referanse, evidens

Sykehusinfeksjoner er fryktede komplikasjoner for alle typer sykehusinnleggelse. Slike infeksjoner påfører pasienter lidelser og har stor økonomisk og ressursmessig betydning for sykehusdrift. Ved hjelp av indikatoren vil en overvåke den generelle utviklingen av sykehusinfeksjoner, og dermed sette

¹ Prevalens- registreringsmal for sykehus, Folkehelseinstituttet 2002

fokus på forebygging.

Tilsvarende målinger av punktprevalens av sykehusinfeksjoner er gjort av Folkehelseinstituttet første gang i 1979. Fra 2002 er denne målingen gjort 2 ganger årlig.¹ Punktprevalens vil bli vurdert koblet sammen med eller erstattet av insidens av sykehusinfeksjoner når metode og maler for dette er utviklet og evaluert av Folkehelseinstituttet.

Type indikator

Dette er i hovedsak en resultatindikator.

Målsetting for indikatoren

Følge trender og rette fokus mot forebygging av sykehusinfeksjoner.
Mål Helse Sør-Øst fra 2011 og fremover: < 3 %.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon Somatiske avdelinger	Ekskludert populasjon
Teller	Antall påvist sykehusinfeksjoner på målingstidspunktet, jf. definisjon	Jf. definisjonen
Nevner	Totalt antall pasienter innlagt på målingstidspunkt	Ingen
Datakilde På gitt tidspunkt, bestemt av Folkehelseinstituttet, gjøres manuell eller elektronisk registrering av pasienter med sykehusinfeksjoner. Totalt antall inneliggende pasienter hentes fra PAS.		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Data meldes inn og bearbeides av Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet gir tilbakemelding på institusjonsnivå for kvalitethevende tiltak. Nasjonal sammenligning skal skje på sykehus-/institusjonsnivå. Det registreres og rapporteres i henhold til Folkehelseinstituttets gjennomføringer, pt. 2 ganger årlig. En 3. årlig undersøkelse gjennomføres for de sykehusene som ønsker det (pt. frivillig deltagelse). En 3. årlig undersøkelse gjennomføres for de sykehusene som ønsker det (pt. frivillig deltagelse).		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsinformasjon, til kvalitetsforbedring, til brukerinformasjon (pasient/primærlege).
Underliggende faktorer som kan forklare variasjon Punktprevalens er en relativt upresis registreringsmåte, og gir kun et "øyeblikksbilde" av situasjonen. Tallene er små, og resultatene blir sårbare for variasjon i registreringsmåte. For sammenlikning mellom institusjoner/helseforetak må det foretas justeringer for ulikheter i virksomhet og pasientrisikofaktorer. Uten slike justeringer gir indikatoren likevel et overordnet bilde av infeksjonsraten på hver enkelt institusjon/helseforetak og kan brukes til å følge infeksjonsraten over tid for hver institusjon.
Analyse og presentasjon av data Som nasjonal kvalitetsindikator: Publisering av data på sykehus-/institusjonsnivå med påpekning av behov for justeringer for ulikheter i pasientrisikofaktorer m.m. for reell sammenlikning mellom sykehus/institusjoner. Presentasjon i Helse Sør-Øst på RHF- og HF-nivå. Til lokalt forbedringsarbeid: Folkehelseinstituttet presenterer data på institusjonsnivå, men kan få sammenlikninger på avdelingstype ut fra koder på registrerings skjema.

¹ Tidsskrift for Norsk Lægeforening 2002; 122:2440 –3 Eriksen, Iversen og Aavitsland

Indikator nr: 11 c og d	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett	Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern VOP og BUP
Helse Sør-Øst		
Versjon nr: 2.0	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent dato: Desember 2010

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

<p>Definisjon av indikatoren</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Andel polikliniske konsultasjoner utført ambulant i forhold til totalt antall polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern for voksne. 2) Andel polikliniske konsultasjoner utført ambulant i forhold til totalt antall polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern for barn og unge.
<p>Begrepsavklaring</p> <p>Ambulant behandling er når behandler oppsøker pasienten utenfor behandlingsstedet. Behandling kan skje hjemme hos pasienten eller annet sted. Ambulant behandling er poliklinisk behandling og følger reglene i takstforskriften.¹</p>
<p>Begrunnelse</p> <p>Det skjer nå en helsepolitisk satsning på ambulant behandling i psykisk helsevern. Det er et mål at alle DPS skal ha tilbud om ambulant behandling i 2008.² (St. prp. nr. 1 (2005-2006)). Det er nå videre også et krav fra HOD om rapportering av ambulante konsultasjoner for psykisk helsevern for barn og unge.</p> <p>Ambulant behandling er tid- og resursskrevende sett i forhold til poliklinisk virksomhet foretatt i egne lokaler og har dermed betydning for totalt antall konsultasjoner som HF-et kan yte med gitte ressurser. Omfang av ambulant virksomhet i forhold til øvrig poliklinisk virksomhet er derfor av interesse å kartlegge.</p>
<p>Type indikator</p> <p>Indikatoren er prosess og resultatindikator.</p>
<p>Indikatoren uttrykker</p> <p>Omfang av ambulant virksomhet ved helseforetaket.</p>

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
		Psykisk helsevern voksne	
Teller		Totalt ant. ambulante konsultasjoner (VOP) som gir NAV-refusjon	
Nevner		Totalt antall polikliniske konsultasjoner (VOP) som gir NAV-refusjon	
		Psykisk helsevern barn og unge	
Teller		Totalt ant. ambulante konsultasjoner (BUP) som gir NAV-refusjon	
Nevner		Totalt antall polikliniske konsultasjoner (BUP) som gir NAV-refusjon	

¹ Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern. Innrapportering til NPR. IS-1541, Shdir, 2008.

² St. prp. nr. 1 (2005-2006).

Datakilder

Pasientadministrative system (PAS).

Data er i dag tilgjengelige i PAS-systemet kodet som behandlingssted. Det er derfor viktig at behandlingssted kodes komplett og riktig ved alle polikliniske konsultasjoner

Rapportering, bearbeiding og aggregering og av data

Data (teller og nevner) rapporteres på vanlig måte i rapporteringsmal (Rapportpakken)
Resultatet oppgis som andel i prosent.

Rapportering av indikatoren skal skje på HF-nivå.

3 TOLKNING OG PRESENTASJON AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

- Grunnlag for kvalitetsforbedring
- Informasjon til sykehusledelsen
- Styringsinformasjon

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på helseforetaksnivå brukes til å følge opp indikatoren fra RHF. Data på institusjons- og avdelingsnivå forslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: N-005 Nr 18 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett Psykisk helsevern voksne	Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon
Versjon nr: 1.5	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 3.03.2009

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Indikator 1: Andel tvangsinnleggelses ved psykiatrisk institusjon

Andel tvangsinnleggelses til psykiatrisk institusjon i forhold til det samlede antall innleggelses for institusjoner innen psykisk helsevern som er godkjent for tvang.

Indikator 2: Antall tvangsinnleggelses, ratejustert for befolkning i opptaksområde

Andel i rate (pr.1000 innbyggere > 18 år) tvangsinnleggelses fra eget bosted. Ratetallet er justert i forhold til befolkningsstørrelse og kjønn/alder i opptaksområdet. Indikatoren beregnes på helseforetaksnivå.

Begrepsavklaringer

Inntaksparagraf

Den paragraf i psykisk helsevernloven som pasienten tas imot i institusjonen etter, basert på den faglige ansvarliges vedtak (§§ 3-2 eller 3-3). Også omtalt som spesialistvedtaket.

Vedtak om tvangsinnleggelse i døgninstitusjon

Innleggelse av pasient fra eget bosted til døgninstitusjon som er godkjent for bruk av tvungent psykisk helsevern. Vedtak om tvangsinnleggelse har to hovedformer: tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon inntil ti dager (fristen kan forlenges i ytterligere 10 dager etter samtykke fra kontrollkommisjonens leder),

Tvungen observasjon med døgnopphold (TO)

Innskrivning i inntil 10 (pluss 10) dager, hjemlet i psykisk helsevernlovens § 3-2. Forutsetning er at det er tvil om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er til stede, og undersøkelse i institusjon vurderes nødvendig for å avklare dette.

Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (TPH)

Innskrivning hjemlet i psykisk helsevernlovens § 3-3. Forutsetning er at pasienten vurderes å ha en alvorlig sinnslidelse, og minst ett av to tilleggskriterier anses oppfylt:

- TPH er nødvendig for å hindre at utsikt til helbredelse/vesentlig bedring reduseres, eller for å forhindre rask og vesentlig forverring
- Det foreligger nærliggende og alvorlig fare for pasientens eller andres liv/helse uten TPH.

Døgninstitusjon

Forstås her som alle behandlingssteder i det psykiske helsevernet som er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, jf. Forskrift om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungen psykisk helsevern.

Innleggelse fra eget bosted

Med dette menes pasienter som legges inn til behandling i spesialisttjenesten. Overføringer mellom avdelinger og institusjoner holdes utenfor i denne sammenhengen.

Opptaksområde

Definert geografisk område der et helseforetak har ansvar for å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen.

Begrunnelse, referanse, evidens

Indikatoren er begrunnet ut fra at tvangsinnleggelse er et alvorlig inngrep i personlig frihet. Det er derfor etisk, faglig og samfunnsmessig viktig å overvåke bruk av tvang for å begrense dette til situasjoner der det er helt nødvendig. En uforholdsmessig høy andel av tvangsinnleggelse kan indikere at pasientenes rettsikkerhet ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Det er et overordnet helsepolitisk mål å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang.

Undersøkelser har vist at Norge har en relativt høy andel av tvangsinnleggelse i psykisk helsevern, (omlag 34 % av sykehusinnleggelsene i 2002), sammenlignet med andre land. Det har vist seg at det er store geografiske forskjeller i bruk av tvangsparagrafer mellom fylker og mellom sykehus¹.

Type indikator

Inntak til TO og TPH vurderes både som en strukturindikator og en prosessindikator.

Målet med indikatoren

Hovedmålet er å få dokumentert omfanget av tvangsinnleggelse, både i forhold til innleggelse totalt og i forhold til befolkningsstørrelsen i helseforetakets opptaksområde, samt å vise utviklingen av tvangsbruk, og å gi et utgangspunkt for å drøfte årsaker til ulikheter i tvangsbruk.

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon (gjelder indikator 1 og 2)

Alle innleggelse (voksne) ved institusjoner som er godkjent for tvang

Indikator 1:

Andel tvangsinnleggelse fra eget bosted i forhold til det samlede antall innleggelse

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall inntak til TO og TPH med døgnopphold. Separat registrering av innleggelse etter § 3-2 (TO-døgn), § 3-3 (TPH – døgn)	<ul style="list-style-type: none"> - Pas. som innlegges med hjemmel i dom, jf. straffeloven - Avdelings-/institusjonsoverføringer - Pasienter hvor det ikke er registrert vedtak - Pasienter hvor det etableres tvungen observasjon/ tvungent
Nevner	Totalt antall inntak til døgnopphold uavhengig av paragraf	

Indikator 2:

Andel i rate (pr. 1000 innbyggere) tvangsinnleggelse fra eget bosted. Ratetallet er justert i forhold til befolkningsstørrelse i opptaksområdet. Indikatoren beregnes på helseforetaksnivå.

Teller 2	Antall inntak til TO og TPH med døgnopphold fra voksenpsykiatriske institusjoner	<ul style="list-style-type: none"> - Pas. som innlegges med hjemmel i dom, jf. straffeloven - Avdelings-/institusjonsoverføringer - Pasienter hvor det ikke er registrert vedtak - Pasienter hvor det etableres tvungen observasjon/ tvungent
Nevner 2	Antall personer over 18 år i helseforetakets opptaksområde. Justeres for kjønn og alder og oppgis som rate pr.1000 innbyggere.	

¹ SAMDATA psykisk helsevern 3/03 og rapporten: *Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern 2001 - 2002, SINTEF Unimed 2003 og Gjennombruddsprosjekt Psykiatri. Bruk av tvang* (Den norske lægeforsking 2002). Prosjektet viste at økt fokus på tvang medførte reduksjon av tvangsbruken og større grad av kvalitetsikring rundt bruk av tvang.

Datakilde

Data fra pasientadministrativt system.

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister ved hvert tertial. Innkalling sendes i forkant av rapportering. Behandlingsstedene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene.

Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer i hht. til interne retningslinjer.

Helse Sør-Øst RHF foretar sammenstilling av data for antall tvangsinnleggelses per 10 000 innbyggere i opptaksområdene. Disse tallene er ikke justert for pasientsammensetningen (kjønn og alder).

Andel tvangsinnleggelses fra eget bosted i forhold til det samlede antall innleggelses

TPH beregnes som verdi 5 og 6 (tvungent psykisk helsevern med/uten døgnopphold) i feltet spesialistvedtak.

TO beregnes som verdi 3 og 4 (tvungen observasjon med/uten døgnopphold) i feltet spesialistvedtak

Andel (rate) tvangsinnleggelses fra eget bosted i forhold til befolkningsstørrelsen i opptaksområdet, justert for kjønn og alder.

Datagrunnlaget er samletallet for de tre siste tertialene (eks. tall for 1. tertial 2008 inneholder også datagrunnlaget for 2. og 3. tertial 2007). Befolkningstall pr. kommune fra SSB fordelt til enkeltforetak. Helseforetak i Osloregionen blir inndelt etter befolkningstall på bydelsnivå.

Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå.

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.

3. TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

Forskjeller i andel tvangsinnleggelses mellom avdelinger, foretak og regioner, og endringer i tallene ved samme avdeling over tid kan avspeile ulikheter i, og endringer av flere faktorer – bl.a. følgende:

- Behandlingskultur og holdninger til bruk av tvang hos henvisende leger og i den enkelte institusjon.
- Organisatoriske forhold, kompetanse, samarbeidsrutiner, personalressurser m.m. Knappe ressurser kan føre til økt behov for kontroll og tvang både hos henvisende leger og ved den enkelte institusjon.
- Variasjon i spesialisttilbudet totalt i det geografiske området. For eksempel vil liten tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester med øket press på akuttavdelinger kunne medføre at tvangsinnleggelse lettere sikrer plass. Områder med regionale sikkerhetsavdelinger vil ofte ha relativt høyere forekomst av tvang enn andre.
- Geografiske forskjeller basert på ulik sykkelighet i befolkningen for eksempel forskjellen mellom storby og distrikt

Analyse og presentasjon av data

Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Indikator nr. 19 Helse Sør-Øst	Helse Sør-Øst indikatorsett	Andel og ratejustert antall reinnleggelser innen 30 dager i akuttavdelinger, psykisk helsevern voksne
Versjon nr: 3,0	Godkjent av: Alice Beathe Andersgaard	Godkjent dato: Desember 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

<p>Definisjon av indikatoren</p> <p>Indikator 1: Andel <u>ikke planlagte</u> reinnleggelser (som øyeblikkelig hjelp) i akutt avdelinger som skjer innen 30 dager etter tidligere utskrivning.</p> <p>Indikator 2: <i>Antall ikke-planlagte reinnleggelser (som øyeblikkelig hjelp) i akutt avdelinger som skjer innen 30 dager etter tidligere utskrivning , ratejustert for befolkning i opptaksområde. Rate pr. 1000 innbyggere > 18 år.</i></p>
<p>Begrepsavklaringer</p> <p>En reinnleggelse defineres som en ny innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter tidligere utskrivning ved samme sykehus. Beregnes bare for døgnopphold.</p> <p>NB! Omfatter kun ikke-planlagt (ikke beregnet) reinnleggelse.</p> <p><u>Reinnleggelse som er følge av avtale med pasienten, for eksempel "åpen" retur, regnes ikke med.</u></p> <p>Akuttavdeling: Med akuttavdeling menes avdeling/enhet innen psykisk helsevern som tar i mot pasienter til øyeblikkelig hjelp innleggelse og som helseforetaket har utpekt til å ivareta denne funksjonen i sitt opptaksområde. Omfatter også "subakuttavdelinger".</p> <p>Pasientkategorier: Pasienter med hoveddiagnose i Kapittel 5 i ICD-10, kategoriblokkene F00-F99.</p>
<p>Begrunnelse, referanse, evidens</p> <p>Tidlige og hyppige reinnleggelser kan være uttrykk for at pasienten ikke er ferdigbehandlet ved utskrivelse, eller på grunn av utilstrekkelig oppfølging etter utskrivelse.</p>
<p>Type indikator</p> <p>Prosessindikator</p>
<p>Målet med indikatoren</p> <p>Få en oversikt over omfanget av ikke planlagte innleggelser og holde antallet på et lavt nivå.</p>
<p>Indikatoren brukes som</p> <p>Styringsinformasjon</p>

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
<p>Indikator 1:</p> <p>Pasienter over 18 år med hoveddiagnose i Kapittel 5 i ICD-10, kategoriblokkene F00-F99. Innleggelser på døgnopphold.</p> <p>Kun avdeling som mottar pasienter for øyeblikkelig hjelp skal inkluderes (akutt/subakutt avdelinger). Pasientene må være utskrevet fra samme sykehuset akuttavdelingen tilhører.</p>		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall ø-hjelp reinnleggelser innen 30 dager i perioden	Poliklinikk, Dagbehandling Elektive pasienter
Nevner	Totalt antall utskrivninger i den forrige (forutgående) 30 dagers perioden	Pasienter ved avdeling som ikke er akuttavdelinger Pasienter med avtale om "åpen retur"

Tallgrunnlag for nevner og teller for den enkelte periode (tertiel) fremgår av oversikten nedenfor.

	1. tertiell	2. tertiell	3. tertiell
Teller	Januar-april	Mai-august	September-desember
Nevner	Desember-mars	April-juli	August-november

Indikator 2:

Antall i rate (pr.1000 innbyggere i opptaksområdet).

Teller 2	Antall ø-hjelp reinnleggelser innen 30 dager i perioden	Poliklinikk, Dagbehandling Elektive pasienter Pasienter ved avdeling som ikke er akuttavdelinger Pasienter med avtale om "åpen retur"
Nevner 2	Antall personer over 18 år i helseforetakets opptaksområde.	

Befolkningsgrunnlag:

Befolkningstall pr. kommune fra SSB fordelt etter helseforetakets opptaksområde. Helseforetak i Osloregionen blir inndelt etter befolkningstall på bydelsnivå, pr. 01.01 i angjeldende år.

Datakilde

Det pasientadministrative systemet (PAS) og SSB..

Rapportering, bearbeiding og aggregering og av data

Data (teller og nevner) rapporteres på vanlig måte i rapporteringsmal (Rapportpakke). Andel reinnleggelser oppgis som andel i prosent.

Utregning av rate per 10 000 innbyggere skjer i regi av Helse Sør-Øst RHF.

Rate per 1000 innbyggere = Antall ø-hjelp reinnleggelser innen 30 dager i perioden / Antall personer over 18 år i helseforetakets opptaksområde x 1000.

Rapportering av indikatoren skal skje på HF-nivå.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid

Endret til andel gitt beh. innen 20 dager i 2012 (ikke oppdatert av Helsedirektoratet enda)

Indikator nr. 19 (Hdir) og nr. 20 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: Tid fra henvisning til behandling for tykktarmskreft.

Begrepsavklaringer

Tid: Antall dager fra mottaksdato for henvisning med tykktarmskreft eller mistanke om tykktarmskreft til dato for første behandlingsmodalitet. Behandlingsmodalitet kan være kirurgi, stråleterapi eller cytostatika.

Tiden måles som median, dvs. den midterste verdien i en tallrekke.

Begrunnelse, referanse, evidens

Forekomsten av tykktarmskreft har økt gradvis fra 1984 til 2008. Hvert år blir om lag 2 300 pasienter diagnostisert med tykktarmskreft i Norge. I tillegg er det ca. 1 200 pasienter som får diagnosen endetarmskreft. Fra 1984 og fram til 2008 har andelen som fortsatt lever 5 år etter stilt tykktarmsdiagnose, økt fra ca. 47 prosent til ca. 59 prosent.

Overlevelsen er sterkt avhengig av utbredelse på diagnosetidspunkt. Ved lokalisert tumor er 5 års relativ overlevelse rundt 90%, 70% ved lokalavansert sykdom og 10% ved fjernspredning.¹

Type indikator

Prosessindikator

Indikatoren uttrykker

Indikatoren viser tilgjengelighet til diagnostikk og behandling ved alvorlig kreftsykdom.

¹ Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm 04/2010 IS-1792

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

Kirurgiske prosedyrekoder:

JFB30, JFB31, JFB46, JFB43, JGB00, JFB47, JAH00, JAH01, JFB00, JFB33, JFB50, JFB60, JFB40, JFB44, JGB10, JGB01, JFB20, JFH10, JJB00, JFB96, JFB41, JFB34, JFH01, JFB63, JFH96, JGB30, JAH20, JFA83, JFB51, JFB61, JFB01, JFL10, JGB96, JJA40, JAL01, JFB21, JJB50, JJB71, JAH21, JAL31, JFB64, JFL96, JFW96, JGB60.

Medisinske prosedyrekoder:

WBOC39, WEOA00, WBOC08, WBOC20, WBOC05, WBG00.

Cytostatica:

Z51.11, Z51.12, Z51.13.

Stråleterapi:

Z51.0

Datakilde

Norsk pasientregister (NPR).

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres på behandlingsstedsnivå.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon for å bidra til at det organiseres effektive behandlingsskjede for personer som får tykktarmskreft.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

Analyse og presentasjon av data

Data publiseres på behandlingsstedsnivå hvert tertial. Pasientens ventetid mellom diagnose og behandlingsstart skal ikke overstige 3 uker for denne pasientgruppen.²
Data publiseres på behandlingsstedsnivå hvert tertial.

² Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av tykk og endetarm, IS-1792
Oslo: Helsedirektoratet; 2010.

Endret til andel gitt beh. innen 20 dager i 2012 (ikke oppdatert av Helsedirektoratet enda)

Indikator nr. 21 (Hdir) og nr. 21 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	Tid fra henvisning til første behandling brystkreft
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: Tid fra henvisning til første behandling for brystkreft.

Begrepsavklaringer

Tid: Antall dager fra mottaksdato for henvisning med brystkreft eller mistanke om brystkreft til dato for første behandlingsmodalitet. Behandlingsmodalitet kan være kirurgi, stråleterapi eller cytostatika.

Tiden måles som median, dvs. den midterste verdien i en tallrekke.

Begrunnelse, referanse, evidens

Brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner i Norge og den vestlige verden. Hvert år er det om lag 2 700 nye tilfeller av brystkreft blant kvinner i Norge. I 2008 er 5-års overlevelse etter brystkreft nær 90 prosent. Denne forbedringen kan skyldes nye behandlingsmetoder og tidlig diagnostisering. Prognosen ved brystkreft er sterkt avhengig av stadium.

I Norge er det innført mammografiscreening for kvinner mellom 50 og 69 år. Effekten av screeningen er omdiskutert. Derfor ble det i 2007 startet en evaluering av programmet for å se på hvilke effekter programmet har hatt for bl.a. dødelighet, overdiagnostikk, og andre helseperspektiver.

Type indikator

Prosessindikator

Indikatoren uttrykker

Indikatoren viser tilgjengelighet til diagnostikk og behandling ved alvorlig kreftsykdom.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

<p>Indikatorpopulasjon</p> <p>Kirurgiske prosedyrekoder: GAE16, HAB00, HAB30, HAB40, HAB99, HAC20, HAC25, PJD42, PJD52, THW99.</p> <p>Medisinske prosedyrekoder: WBG10, WBG00, WBG15, WBG60, WBOC05, WBOC08, WBOC10, WBOC20, WBOC39, WEOA00, WBG05, WBG10.</p> <p>Cytostatica: Z51.11, Z51.12, Z51.13.</p> <p>Stråleterapi: Z51.0</p>
<p>Datakilde</p> <p>Norsk pasientregister (NPR).</p>
<p>Bearbeiding, aggregering og rapportering av data</p> <p>Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres på behandlingsstedsnivå.</p>

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

<p>Indikatoren brukes som</p> <p>Styringsinformasjon for å bidra til at det organiseres effektive behandlingsskjede for personer som får brystkreft.</p>
<p>Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner</p>
<p>Analyse og presentasjon av data</p> <p>Data publiseres på behandlingsstedsnivå hvert tertial.</p>

Endret til andel gitt beh. innen 20 dager i 2012 (ikke oppdatert av Helsedirektoratet enda)

Indikator nr. 20 (Hdir) og nr. 22 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	Tid fra henvisning til første behandling lungekreft
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

Kirurgiske prosedyrekoder:

GAC20, GAC36, GBC00, GCA05, GCA50, GDD00, GDD20, GDD26, GDA20, GDB10, GDB11, GDB20, GDC01, GDC00, GDC10, GDC13, GDC20, GDC26

Cytostatica:

WBOC05 Intravenøs injeksjon/infusjon av cytostatika, WBOC20 Peroral cytostatikabehandling, WBOC39 Cytostatikabehandling INA

Stråleterapi:

WEOA00 Ekstern stråleterapi, høyenergetisk (MV)

Datakilde

Norsk Pasientregister (NPR)

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres på behandlingsstedsnivå.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon for å bidra til at det organiseres effektive behandlingsskjede for personer som får lungekreft.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

Analyse og presentasjon av data

Pasientens ventetid mellom diagnose og behandlingsstart skal ikke overstige 4 uker for denne pasientgruppen.¹

Data publiseres på behandlingsstedsnivå hvert tertial.

¹ Prioriteringsveileder. Lungesykdommer. Oslo: Helsedirektoratet; 2008.

http://www.helsedirektoratet.no/prioriteringer_helsetjenesten/riktigere_prioritering/publikasjoner/prioriteringsveileder___lungesykdommer_318704

Indikatoren beskriver

Andelen av underekstremitetsamputasjoner (henholdsvis over- og under ankelleddet) hos pasienter 15 år eller eldre med diabetes som hoved- eller bidiagnose.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon	
Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
<p>Teller: Pasienter som har fått utført underekstremitetsamputasjoner med diagnosekode for diabetes som hoved- eller bi-diagnose.</p> <p>Nevner: Alle diabetespasienter pr. 100 000 innbygger</p>	<p>Diagnosekode for trauma og kreft som hoved- eller bi-diagnose fra ICD-10: Z91.6, T14.7, T24, T25.0, T30, T93, T94, T95.3,8,9, S70-S79, S80-S99, C40.2,3,4,9.</p>
<p>Teller: NCMP-NCSP: NFQxx (09,19,29,99), NGQxx (09,19,29,99), NHQ1y (1,2,4,7) + NHQ99. + ICD-10: E10-E14.</p> <p>Nevner: Antall innbyggere.</p>	
<p>Datakilde NPR, Reseptregisteret.</p>	
<p>Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren beregnes årlig.² Indikatoren publiseres på regionsnivå. Pasienter som foretar amputasjon i en annen region, registreres i sin hjemmeregion.</p> <p>Antall diabetespasienter i regionen beregnes på bakgrunn av data over antall pasienter som tar ut blodsukkersende medisin. (Reseptregisteret ATC kode A10A og A10B).</p>	

²DIABNOR – Diabetes i Norge 2004-2009 . Et forskningsprosjekt i samarbeid mellom Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus, Ullevål.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Kvalitetsindikator som skal bidra til å bedre behandlingstilbudet for personer med diabetes.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

- Varierende grad av årlig fotundersøkelse og screening for nevropati i primærhelsetjenesten.
- Kvalitet på og tilgang til diabetesfotsårteam i helseforetakene.
- Regional tilgang på intervensjonsradiologi og karkirurgi.

Graden av alvorlige diabeteskomplikasjoner avhenger av mange faktorer utenfor helsevesenets direkte kontroll, herunder individuell oppfølging av egen sykdom, opplæring og livsstil. Komplikasjonene er også et resultat av individuelle faktorer og behandlingskvalitet over et langt tidsrom. Pasientens alder, kjønn, diabetesvarighet og røyking er viktig.

Analyse og presentasjon av data

Indikatoren presenteres årlig på regionsnivå.

I tolkning av resultatene må det tas hensyn til variasjon i alders- og kjønnssammensetning. Amputasjoner hos diabetikere er hyppigst hos eldre menn. Antall personer med diabetes i en region måles via Reseptregisteret ved å telle bruk av blodsukkersenkende medikamenter. Med denne metoden antas det at man mister 25% av diabetespopulasjonen, dvs. de som kun behandles med livsstiltak.

Indikator nr. 23 (Hdir) og nr. 24 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern voksne
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Gyldig registrering av hovedtilstand psykisk helsevern voksne.

Begrepsavklaringer

Hovedtilstand: Primærdiagnose (ICD-10) som registreres i pasientadministrativt system for episoden (innleggelse eller poliklinisk kontakt). Ved avslutning av behandling (avsluttet henvisningsperiode) skal primærdiagnosen være utfylt. Primærdiagnosen skal ikke være en uspesifisert kode.

Uspesifiserte ICD-10 koder (Z-koder, F99): Diagnosekoder ICD-10 som beskriver kontakttype og ikke psykiatrisk diagnose. Blir ofte brukt som en temporær kode inntil psykiatrisk diagnose er diagnostisert.

Formål og begrunnelse

Formålet med indikatoren er å få økt klinisk kvalitet på registreringen av hovedtilstand til Norsk pasientregister (NPR).

Tabellen under viser antall avsluttede henvisninger med enten manglende registrering av hovedtilstand eller registrering med uspesifiserte diagnosekoder¹ i 2009. Registrering av uspesifiserte koder er vanlig og brukes ofte som en temporær kode inntil pasienten er ferdig diagnostisert.

Manglende koding av diagnoser eller bruk av uspesifiserte koder fører til at den kliniske kvaliteten på dataene til sentrale helseregistre blir dårligere.

Regionalt helseforetak	Gyldig hoveddiagnose	Z-koder (Z004, Z032)	Andre uspesifiserte koder (F99)	Manglende diagnosekoding
3 Helse Vest	81,2%	14,1%	,1%	4,6%
4 Helse Midt	74,6%	24,0%	,4%	,9%
5 Helse Nord	66,1%	28,0%	,2%	5,6%
7 Helse Sør-Øst	68,8%	23,6%	3,8%	3,7%
Landet	72,6%	21,4%	2,2%	3,8%

Kilde: Norsk pasientregister

Type indikator

Prosessindikator.

Målsetning

Målsetningen er at behandlingsstedet skal ha 100 % gyldig hoveddiagnose i ICD-10 ved avsluttet behandling.

¹ Z004: "Generell psykiatrisk undersøkelse, ikke klassifisert noen sted", Z032: "Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser", F99: "Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse INA"

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Avsluttede henvisninger med registrert gyldig kode på hoveddiagnose (tilstand_1_1)	
Nevner	Alle avsluttede henvisninger (pasienten er ferdigbehandlet) Gjelder alle omsorgsnivåer.	
Datakilde Norsk pasientregister.		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres og presenteres på behandlingsstedsnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsindikator for de regionale helseforetakene til å følge opp registreringspraksis for diagnosesetting. Gode data om hva slags diagnoser pasientene er behandlet for er sentralt for å kunne kvalitetssikre utviklingen av feltet.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner Åpning og lukking av henvisningsperioder praktiseres ulikt av behandlingsstedene. Dette medfører at enkelte behandlingssteder kan ha ulike registreringsrutiner for diagnosesetting som igjen kan gi utslag i statistikken.
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på behandlingsstedet rapporteres og publiseres nasjonalt som andel henvisninger med gyldig hovedtilstand. Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr. 24 (Hdir) og nr. 28 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	Registrering av lovgrunnlag psykisk helsevern voksne
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Registrering av lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.

Begrepsavklaringer

Med lovgrunnlag menes hvilket lovverk og hvilken paragraf som er anvendt ved innleggelse, bortsett fra ved anvendelse av tvang etter psykisk helsevernloven, der spesialistvedtaket skal anvendes.

Spesialistvedtak: Er det første vedtaket som skal gjøres av spesialist ved behandlingsenheten innen 24 timer etter at pasienten er mottatt for behandling. Spesialistvedtak skal alltid fylles ut, selv ved frivillig behandling.¹

Merk at spesialistvedtaket ikke nødvendigvis er det samme som henvisningsformaliteten. Henvisningsformalitet er den formaliteten i loven som pasienten er henvist etter. Nytt vedtak må fattes av behandlingsstedet når pasienten kommer til behandling og er blitt vurdert av spesialist der.

Begrunnelse, referanse, evidens

Behandlingsstedenes innrapportering av tvangsdata til Norsk pasientregister (NPR) er mangelfull. Strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har i en rapport² sterkt understreket behovet for å bedre datakvaliteten på dette området. Helse- og omsorgsdepartementet har pålagt de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet å utarbeide forpliktende handlingsplaner for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene.

Type indikator
Prosessindikator

Målsetning

Målsetningen er at behandlingsstedet skal ha registrert og rapportert lovgrunnlag på alle

¹ Jfr registreringsveileder for psykisk helsevern (NPR):

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00306/IS-1541_306849a.pdf

² [http://www.helse-midt.no/Helse-](http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2010/Nasjonal%20Strategigr%20II,%20psykiatri/Psykiatrirapport%201.pdf)

[Midt/Dokumenter/2010/Nasjonal%20Strategigr%20II,%20psykiatri/Psykiatrirapport%201.pdf](http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2010/Nasjonal%20Strategigr%20II,%20psykiatri/Psykiatrirapport%201.pdf)

nyhenviste pasienter ved alle omsorgsnivåer, innleggelse, dagbehandling og poliklinikk.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		Ekskludert populasjon
	Inkludert populasjon	
Teller	Registrert eller manglende lovgrunnlag (typeFormalitet_1)	
Nevner	Alle omsorgsnivåer (dag, døgn og poliklinikk) Gjelder nye henvisninger i perioden (dvs mottaksdato forhenvisning er i aktuell periode) Første episode (kontakt) i henvisningsperioden blir telt	
Datakilde Norsk pasientregister (NPR)		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres og presenteres på behandlingsstedsnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsindikator for de regionale helseforetakene til å følge opp registreringspraksis for lovgrunnlag for nyhenviste pasienter.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner Åpning og lukking av henvisningsperioder praktiseres ulikt av behandlingsstedene. Dette medfører at enkelte behandlingssteder kan ha ulike registreringsrutiner for registrering av lovgrunnlag som igjen kan gi utslag i statistikken.
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på behandlingsstedet rapporteres og publiseres nasjonalt som andel henvisninger med gyldig registrert lovgrunnlag. Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr. 24 (Hdir) og nr. 25 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Gyldig registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge.

Begrepsavklaring

Hovedtilstand: Pasienten forutsettes å være diagnostisk vurdert når spesifiserte diagnoser er registrert i journalsystemet. Diagnostikk, eller klassifikasjon, er et hjelpemiddel for å ordne informasjon, gruppere fenomener og skape et språk for kommunikasjon med andre. Kategoriseringen danner grunnlag for vitenskapelig innhenting av informasjon som igjen kan appliseres i klinisk arbeid.¹

Uspesifiserte koder: Diagnosekoder ICD-10 eller andre koder som ikke inneholder informasjon om psykiatrisk diagnose. Følgende koderegistrering i pasientsystemet betraktes som uspesifisert koding:

- (X)999 : Mangelfull informasjon til å kode på aksene²
- (X)000 : Ingen påvist tilstand på aksene
- Z004: Generell psykiatrisk undersøkelse, ikke klassifisert noe sted
- Z032: Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser
- F99: Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse INA

Multiaksialt klassifikasjonssystem: Akse 1-6 i Multiaksial klassifikasjon av barne- og ungdomspsykiatriske forstyrrelser (World Health Organization, 1996)³. Dette er et klassifikasjonssystem som dels er basert på ICD-10 og dels på etablert praksis i det pasientadministrative datasystemet som brukes av fagfeltet.

- Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom
- Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser
- Akse 3 Intelligensnivå
- Akse 4 Somatiske tilstander
- Akse 5 Aktuelle vanskelige psykososiale forhold
- Akse 6 Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå (CGAS)

Formål og begrunnelse

Formålet med indikatoren er å få økt klinisk kvalitet på registreringen av hovedtilstander til Norsk pasientregister (NPR).

¹ Zeiner P., Stene Nøvik T., Diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatri, Veileder i barne- og ungdomspsykiatri, Den norske lægeforening, Oslo 2000

² (X) betyr hvilken akse koden tilhører, dvs 999 for akse 1, 999 for akse 2 osv

³ Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders, WHO, 1996.

Behandlingsmulighetene for pasienter med psykiske lidelse er forbedret. For å velge en effektiv og god behandling er utredning og diagnostisering av pasientens problemer en av flere viktige forutsetninger.

Manglende koding av diagnoser eller bruk av uspesifiserte koder fører til at den kliniske kvaliteten på dataene til sentrale helseregistre blir dårligere.

Type indikator
Prosessindikator

Målsetning

Målsetningen er at behandlingsstedet skal ha gyldig diagnosekode ved alle 6 akser ved avsluttet og uavsluttet behandling. Ved uavsluttet behandling skal diagnosekodene settes senest ved 6. direkte kontakt behandlingsstedet har med pasienten.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Alle henvisninger (avsluttede og uavsluttede) med registrert diagnosekode på alle aksene. Andeler skal skille på gyldige registrerte diagnoser, manglende diagnoser og registrering med uspesifiserte diagnosekoder.	Uavsluttede henvisninger med 5 eller færre direkte tiltak
Nevner	Alle henvisninger (avsluttede og uavsluttede) i samme periode.	
Datakilde Norsk pasientregister (NPR)		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres og presenteres på behandlingsstedsnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsindikator for de regionale helseforetakene til å følge opp registreringspraksis for diagnosesetting. Gode data om hva slags diagnoser pasientene er behandlet for er sentralt for å kunne kvalitetssikre utviklingen av feltet.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

Åpning og lukking av henvisningsperioder praktiseres ulikt av behandlingsstedene. Dette medfører at enkelte behandlingssteder kan ha ulike registreringsrutiner for diagnosesetting som igjen kan gi utslag i statistikken.

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på behandlingsstedet rapporteres og publiseres nasjonalt som andel henvisninger med gyldig hovedtilstand. Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr. 17 (Hdir) og nr. 26 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	Fødselsrifter grad 3 og 4
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: Andel fødsler med perinealruptur eller fødselsrifter grad 3 og grad 4 blant alle vaginale fødsler ≥ 22 uker

Begrepsavklaringer

Perinealruptur grad 3-4¹:

Grad 3: Skade av perineum som involverer analsfinkter

3a: Ruptur av <50 % av [m. sphincter ani externus] EAS

3b: Ruptur av >50 % av EAS

3c: Ruptur av EAS og m. sphincter ani internus (IAS)

Grad 4: Skade av perineum som involverer analsfinkter og anal/rektumslimhinne.

Begrunnelse, referanse og evidens

Skade av analsfinkter (endetarmens lukkemuskel) er en vel kjent og alvorlig komplikasjon knyttet til vaginale fødsler. Klinisk erkjente sfinkterskader opereres umiddelbart, men anal inkontinens etter slike operasjoner forekommer likevel hos mellom 25 og 60 % av pasientene. Symptomer i form av inkontinens for luft er det vanligste, men opptil 26 % rapporterer fekal urgency (plutselig sterk avføringstrang).²

I 2004 gjennomførte Helsetilsynet landsomfattende tilsyn med 26 fødselsinstitusjoner i Norge.³ En hovedkonklusjon i rapporten var at det skjer for mange sfinkterskader i Norge, at registreringen av denne alvorlige fødselskomplikasjonen ikke er god nok, og at behandlingen ikke alltid er i samsvar med forsvarlig praksis. Forekomst av 3. og 4. grads perinealruptur var 0,5-6 % hos de kvinner som fødte vaginalt på de 26 fødselsinstitusjonene som var med i undersøkelsen.

På bakgrunn av disse forhold utarbeidet Nasjonalt råd for fødselsomsorg og Helsedirektoratet i 2006 en nasjonal handlingsplan. Planen omfattet tiltak for å redusere antall skader, bedre primærbehandlingen og oppfølgingen av pasienter med sfinkterskader, samt å gi forslag til klare mål som skal nås. Som en del av handlingsplan ble det gjennomført en intervjuundersøkelse. Studien viste at forekomsten av sfinkterskader ved fem norske fødeavdelinger ble redusert fra 4 % til 1,2 %. Data fra Medisinsk fødselsregisters institusjonsstatistikk (2010) viser nedgang i antall skader, men det finnes fortsatt tildels store

¹ Veileder i fødselshjelp 2008 (Norsk gynekologisk forening) – Kapittel 38 (Anny Spydslaug, Barthold Vonen, Ingrid Petrikke Olsen, Elham Baghestan) (<http://www.legeforeningen.no/id/131811.0>)

² Nasjonal handlingsplan. Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge. 2006 Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J: Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. Obstet Gynecol. May 2008.

³ Rapport fra Helsetilsynet 11/2004.

variasjoner mellom fødeinstitusjoner.
Type indikator Resultatindikator
Mål Redusere forekomsten av 3. og 4. grads perinealruptur.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
Teller	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
	a. Perinealruptur grad 3-4 b. Perinealruptur grad 3-4	Det utarbeides to indikatorer. I indikator b ekskluderes instrumentelle vaginale fødsler.
Nevner	a. Alle vaginale fødsler. b. Alle vaginale fødsler med unntak av instrumentelle (bruk av tang eller vakum) vaginale fødsler.	
Datakilde Medisinsk fødselsregister (MFR).		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren utarbeides på grunnlag av data som rapporteres til Medisinsk fødselsregister. Indikatoren rapporteres på behandlingsstedsnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

<p>Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> • Førstegangsfødende • Fødselsvekt >4000g • Operativ Forløsning (vakuum/tang) • Langvarig 2. stadium • Median episiotomi (klipp som legges fra vaginalåpningen for å bedre plassforhold) • Fødselsinduksjon • Epidural anestesi • Mors alder • Tidligere perinealruptur grad 3 og 4 • Ødem i perineum • Fundustrykk
--

⁴ Anny Spydslaug, Barthold Vonen, Ingrid Petrikke Olsen, Elham Baghestan. Kapittel 38: Perinealruptur. Veileder i fødselshjelp 2008. Norsk gynekologisk forening. <http://www.legeforeningen.no/id/131811.0>

Analyse og presentasjon av data

Data publisert første gang 15.12.2010 i Medisinsk fødselsregisters statistikkbank.
Indikatoren presenteres halvårlig på behandlingsstedsnivå.

Antall instrumentelle forløsninger og andel rupturer ved instrumentelle forløsninger bør sees i sammenheng med andel keisersnitt. Noen institusjoner har svært få fødsler og vil ikke få fødende med mange risikofaktorer for en komplisert fødsel. Det kan være store svingninger i prosent- eller promilleberegninger basert på små tall.

Endret i 2012 til "Andel pasienter under 80 år med hjerneinfarkt som får trombolysebehandling" (ikke oppdatert av Helsedirektoratet enda)

Indikator nr. 16 (Hdir) og nr. 27 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	Trombolysebehandling ved hjerneinfarkt
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: Andel pasienter med hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysebehandling.

Begrepsavklaringer

Hjerneinfarkt:

Hjerneinfarkt er den hyppigste av de tre årsaker til hjerneslag. Hjerneslag defineres av Verdens helseorganisasjon som "en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 t eller fører til død".

Trombolyse:

Trombolyse er en medisinsk betegnelse for nedbrytning (lysis) av blodpropper ved hjelp av medisiner. Trombolytisk behandling kan gis intravenøst og intra-arterielt.

Begrunnelse, referanse, evidens

Hjerneslag er en av våre største og alvorligste folkesykdom, den tredje hyppigste dødsårsak og en dominerende årsak til alvorlig funksjonshemming for denne pasientgruppen. Hjerneslag omfatter hjerneinfarkt (85-90 %), hjerneblødninger (intracerebrale blødninger) (10-12 %) og hjernehinne blødninger (subarahnoidale blødninger) (3-5 %).¹

Av de ca. 14 000–15 000 som rammes av hjerneslag i Norge hvert år, er 3/4 over 70 år. Alle som rammes av hjerneslag trenger langvarig pleie og oppfølging. Hjerneslag er derfor en sykdomsgruppe som krever store ressurser.

Riktig behandling kan redusere noen av de alvorligste konsekvensene av hjerneslag. Hjerneslag er en akuttmedisinsk tilstand, og pasienter med symptomer på hjerneslag skal innlegges i sykehus som ø-hjelp for rask utredning og behandling. Behandlingstilbudet bør organiseres som en behandlingsskjede der målet er et pasientforløp som sikrer at pasienten får veldokumentert, effektiv, koordinert og riktig behandling til riktig tid i alle faser i sykdomsforløpet.

Nasjonale retningslinjer gir anbefalinger om rask innleggelse i sykehus slik at bruk av trombolyse er mulig når det er indisert.

Intravenøs trombolytisk behandling med vevsplasminogen aktivator (tPA) har vist effekt ved behandling gitt inntil 4,5 timer etter symptomdebut. Effekten er størst ved tidlig innsettende behandling. Medikamentet er inntil videre kun godkjent for bruk innen 3 timer etter symptomdebut.

Det er et ønske om å øke andel pasienter som får trombolysebehandling. En forutsetning for

¹ Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag 04/2010 (IS-1688)

å kunne dette er at pasienten raskt transporteres til sykehus, samt får en rask avklaring ved ankomst mht om pasienten er aktuell for trombolytisk behandling.

Type indikator
Prosessindikator

Indikatoren beskriver
Indikatoren beskriver andel av pasienter med akutt hjerneinfarkt som behandles med intravenøs trombolyse.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall pasienter behandlet med intravenøs trombolyse	
Nevner	Antall pasienter innlagt med hjerneinfarkt	
<p>Teller: ICD-10 koden for hjerneinfarkt er I63.0-I63.9 + NCMP-NCSP kode 1XX01: Intravenøs trombolysebehandling ved akutt hjerneinfarkt.</p> <p>Nevner: ICD-10 koden for hjerneinfarkt er I63.0-I63.9</p> <p>-----</p>		
<p>Datakilde Norsk pasientregister (NPR)</p>		
<p>Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres på behandlingsstedsnivå.</p>		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som
Styringsvariabel for å bidra til at det etableres effektive behandlingsskjede for personer som rammes av hjerneinfarkt.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

Analyse og presentasjon av data
Data publiseres på behandlingsstedsnivå hvert tertial.

Nye indikatorer 2012 (foreløpig uten beskrivelse og definisjon av indikatoren)

Det foreligger per dags dato ingen beskrivelse av disse indikatorene. Det forventes at de instanser som skal innhente og bearbeide data (dataklider) utarbeider beskrivelse av indikatorene, herunder definisjoner.

Helse Sør-Øst RHF vil sammenstille og bearbeide data for Helse Sør-Øst RHF når de er levert fra aktuell kilde.

Indikator	Mål	Datakilde	Rapporterings-frekvens	Bestiller
NY - Andel sykehus og helseforetak som har slagenhet ¹	100 %	Egne tall	Årlig	HOD
NY - Andel helseforetak som har gjennomført journalgjennomgangsundersøkelser etter GTT-metoden, i tråd med pasient-sikkerhetskampanjens føringer	100 %	Nasjonalt kunnskaps-senter	Tertialvis	HOD
NY - Andel helseforetak som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhets-kampanjens føringer	100 %	Nasjonalt kunnskaps-senter	Årlig	HOD
NY - Andel helseforetak som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om ulykker og skader til NPR	100 %	NPR	Årlig	HOD
NY - Antall helseforetak som har etablert tilbud om tobakksavvenning		Egne tall	HOD	HOD
NY - Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus		Helsedir. (SSB)	Årlig	HOD
NY - 30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd		Helsedir.	Årlig	HOD
NY - 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt		Helsedir.	Årlig	HOD
NY - 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag		Helsedir.	Årlig	HOD
NY - 30-dagers risikjustert totaloverlevelse		Helsedir.	Årlig	HOD
NY – Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel (Nasjonale brukererfarings-undersøkelser)		Kunnskaps-senteret	Årlig	HOD
NY – Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus (Nasjonale brukererfarings-undersøkelser)		Kunnskaps-senteret	Årlig	HOD

¹ Av sykehus og helseforetak som behandler slagpasienter

Nasjonale kvalitetsindikatorer som skal rapporteres til Helsedirektoratet ved NPR

Nasjonale indikatorer som skal publiseres på Helsedirektorates nettsider for kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten, [Klikk her](#), samt for enkelte indikatorer på nettstedet for Fritt sykehusvalg, [Klikk her](#)

Rapportering skjer i hht. retningslinjer fra NPR, for tiden tertialvis

Følgende nasjonale indikatorer er felles med de styringsparametre/indikatorer som gjelder for Helse Sør-Øst:

<ul style="list-style-type: none"> - Epikrisetid – somatikk - Epikrisetid – psykisk helsevern - Andel korridorpasienter – somatikk - Andel korridorpasienter – psykisk helsevern - Prevalens av sykehusinfeksjoner - Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon - Trombolyse ved hjerneinfarkt 	<ul style="list-style-type: none"> - Fødselsrifter grad 3-4 - Tid behandling lungekreft - Tid behandling brystkreft - Tid behandling tykktarmskreft - Registrering av hovedtilstand VOP - Registrering av hovedtilstand BUP - Registrering av lovgrunnlag VOP
---	--

Følgende indikatorer gjelder kun det nasjonale systemet med rapportering til NPR og Fritt sykehusvalg, samt for publisering på Helsedirektoratets nettsted med kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten:

- Hyppighet av keisersnitt
- Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd
- Ventetid operasjon for tykktarms-/endetarmskreft (colorectal cancer)
- Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i barne- og ungdomspsykiatrien (ICD-10 diagnose)
- Ventetid til fyrste konsultasjon (Primærbehandling - klinisk vurdering))
- Varighet av ubehandlet psykose (VUP) - ved første episode ikke-affektiv psykose
- Strykninger av planlagte operasjoner
- Individuell plan barnehabilitering
- Individuell plan ADHD (BUP) og schizofreni (voksne)

I tillegg skal helseforetakene delta i de årlige nasjonale pasienterfaringsundersøkelsene som skjer i regi av Kunnskapssenteret.

Indikator nr: N-004 Nr 12 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Somatikk	Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd
Versjon nr : 1.3	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

<p>Definisjon av indikatoren Andelen pasienter over 65 år med lårhalsbrudd, som blir operert i løpet av 48 timer etter innleggelse tiltrengende øyeblikkelig hjelp.</p>
<p>Begrepsavklaringer</p> <p>Lårhalsbrudd Brudd i den proximale delen av lårbenet. Brudd i selve lårhalsen, brudd per-/intertrokantært og subtrokantære brudd regnes med.</p> <p>Preoperativ liggetid Tiden fra innleggelse til operasjonstart (knivstart).</p>
<p>Begrunnelse, referanse, evidens</p> <p>Lårhalsbrudd forekommer hyppig, særlig hos eldre. Aldersspesifikk forekomst synes å øke, og denne økningen er ikke bare knyttet til det faktum at befolkningen blir eldre [1].</p> <p>Lårhalsbrudd har alvorlige konsekvenser i form av smerter og ubehag, men også tapt funksjon, redusert livslengde, øket hjelpebehov og øket behov for institusjonsomsorg. I tillegg kommer samfunnsmessige konsekvenser av økonomisk art knyttet til behandling og omsorg. Behandlingen er operativ, enten i form av nagling eller proteseoperasjon.</p> <p>Ventetid over 1,5 - 2 døgn før operasjon er i noen [2, 3], men ikke alle [4] studier vist å ha sammenheng med dårligere resultat. Det er valgt å sette grensen til 2 døgn (48 timer). Dette er i samsvar blant annet med anbefalingene i indikatorprosjektet til OECD for denne indikatoren.</p> <p>Ventetiden før operativ behandling kan også sees som et uttrykk for prioritering av eldre behandlingstrengende pasienter innenfor kirurgiske-/ortopediske avdelinger. Indikatoren er derfor et uttrykk for på hvilken måte kravet om et likeverdig helsetilbud for eldre ivaretas.</p>
<p>Type indikator Denne indikatoren er en prosessindikator som uttrykker hvordan eldre pasienter med lårhalsbrudd prioriteres i operasjonskøen.</p>
<p>Mål Pasienter med lårhalsbrudd bør opereres raskt og fortrinnsvis innen 48 timer</p>

2. METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon Alle pasienter over 65 år innlagt som øyeblikkelig hjelp med lårhalsbrudd.		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	<p>Antall pasienter med diagnosekoder S72.0-2 som får utført prosedyrer i form av naglinger eller proteseoperasjoner innen 48 timer fra innleggelsestidspunkt.</p> <p>Aktuelle inngrepskoder finnes innenfor NOMESKO's klassifisering for kirurgiske prosedyrer (se vedlegg).</p>	Pasienter som får gjort en elektiv operasjon for lårhalsbrudd.
Nevner	Alle innlagte pasienter med diagnosen S72.0-2 som får utført aktuelle prosedyrer.	
<p>Indikatoren uttrykkes i prosent: (Antall opererte innen 48 timer / totalt antall opererte) x 100.</p> <p>Datakilde Pasientdata hentes fra pasientadministrative system og rapporteres manuelt til Norsk pasientregister.</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasienter som har lårhalsbrudd som <u>hoveddiagnose</u> registreres. Lårhalsbrudd har diagnosekoder : S72.0 Brudd i lårhals (Hoftebrudd INA). S72.1 Pertrokantært brudd S72.2 Subtrokantære brudd Bruddene kan være med eller uten forskyvning. Alle typer registreres. Sidelokalisasjon anføres; ZXA00 for høyre side og ZXA05 for venstre side. Rapporteringen omfatter pasienter med alder >= 65 år og med innleggelsesmåte øyeblikkelig hjelp Innleggelsestidspunkt og tidspunkt for kirurgisk prosedyre registreres i pasientadministrativt system 		
<p>Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister ved hvert tertial. Innkalling sendes i forkant av rapportering. Behandlingsstedene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene.</p> <p>Nasjonal rapportering skal skje på sykehusnivå.</p>		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

<p>Indikatoren brukes som Styringsparameter ved prioritering av operasjoner og organisering av operativ virksomhet.</p>
<p>Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner Pasientkarakteristika, blant annet kan annen underliggende sykdom eller andre samtidige skader medføre utsettelse av operasjon.</p>

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på behandlingsstedet publiseres nasjonalt i form av prosentandel som venter mindre enn 48 timer fra innleggelse til operasjonsstart.

Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Referanser:

1. Gillespie, W., *Hip fracture*. BMJ Clinical evidence, 2002(7): p. 992-1013.
2. Zuckerman, J.D., et al., *Postoperative complications and mortality associated with operative delay in older patients who have a fracture of the hip*. J Bone Joint Surg Am, 1995. **77**(10): p. 1551-6.
3. Laberge, A., Bernard, P.M. and Lamarche, P.A., *Relationship between preoperative delay in hip fractures, postoperative complications and risk of death*. Rev Epidemiol Sante Publique, 1997. **45**(1): p. 5-12.
4. Tonetti, J., et al., *Proximal femoral fractures in patients over 75 years. Vital and functional prognosis of a cohort of 78 patients followed during 2.5 years*. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot, 1997. **83**(7): p. 636-44.

Tabellarisk oversikt over mulige diagnose-, prosedyre og reposisjonskoder.

Diagnoser	Prosedyrer	Reposisjonskode
S72.0	NFJ60	NFJ00
S72.0	NFJ70	NFJ00
S72.0	NFJ 80	NFJ00
S72.0	NFB12	UAKTUELT
S72.1	NFJ81	NFJ01
S72.1	NFJ61	NFJ01
S72.1	NFJ51	NFJ01
S72.2	NFJ82	NFJ02
S72.2	NFJ62	NFJ02
S72.2	NFJ52	NFJ02

I tillegg kodes side med: høyre side ZXA00 eller venstre side ZXA05.

Man kan kode bilateralt ZXA10 i de meget sjeldne tilfelle det opereres bilateralt.

Man koder også operasjonstid (knivtid) med ZXE00 for mindre enn en time, ZXE10 for mellom en og tre timer.

Utarbeidet av Kvalitetsutvalget i Norsk Ortopedisk forening, desember 2002.

Indikator nr: N-009	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Somatikk	Hyppighet av keisersnitt
Nr 13 Helse Sør-Øst		
Versjon nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Andel forløsninger foretatt ved keisersnitt total, og andel keisersnitt utført hhv. som øyeblikkelig hjelp og planlagt (elektivt).

Begrepsavklaringer

Operativ forløsning ved keisersnitt.

Begrunnelse, referanse, evidens

Indikatoren er en oppfølging av "Gjennombruddsprosjektet" i gynekologi i 1999.¹ Dette prosjektet, samt flere andre undersøkelser, har vist betydelig variasjoner i hyppighet av keisersnitt ved ellers sammenlignbare fødeavdelinger i Norge. Variasjonene kan ikke bare forklares ut fra forhold hos de fødende (pasientsammensetning) og andelen kvinner som selv velger forløsning ved keisersnitt (selvbestemt).

Operativ forløsning med keisersnitt innebærer risiko for komplikasjoner for moren samt en økt sannsynlighet for forløsning ved keisersnitt ved senere fødsler mv. Optimalt nivå for andel keisersnitt er ikke kjent, men andelen har økt de senere årene og var i 2002 på 15,8% på landsbasis.² Variasjon i hyppighet av keisersnitt behøver ikke være uttrykk for variasjoner i kvalitet i seg selv, men store variasjoner (ytterpunktene) kan indikere kvalitetsforskjeller. Nærmere analyse av data kan gi grunnlag for fagmiljøene for hva som bør være optimal og god praksis.

Type indikator

Denne type indikator vil i hovedsak være en prosessindikator.

Indikatoren uttrykker

Andel keisersnitt kan være uttrykk for pasientsammensetningen. Særlig gjelder dette andel øyeblikkelig hjelp keisersnitt. Andre forhold kan være policy ved avdelingen og andel selvbestemte keisersnitt. Indikatoren kan også være et uttrykk for om den svangerskapsomsorgen, fødselsovervåkning og den fødselshjelp som drives, er kvalitetsmessig god.

¹ Gjennombruddsprosjektet Dnlf og Statens helsetilsyn 1999

² Folkehelseinstituttet, 2004

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon Antall fødsler og keisersnittsandeler beregnes ut fra hoveddiagnoser (ICD-10) og prosedyrekoder i NCSP (The NOMESCO Classification of Surgical Procedures ¹).		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	1. <u>Akutt keisersnitt</u> Alle fødsler med prosedyrekode MCA* og tilleggsprosedyre for hastegrad ZXD00 (akutt) 2. <u>Elektiv keisersnitt</u> Alle fødsler med prosedyrekode MCA* og tilleggsprosedyre for hastegrad ZXD10 (elektiv) Ved keisersnitt uten registrerte tilleggsprosedyrer avgjøres hastegrad av innmåten	
Nevner	Alle fødsler ved samme institusjon i den angitte periode. Fødsler har hoveddiagnose Z370/Z372 og samtidig DRG 370-375	
Datakilde Data hentes fra pasientadministrative systemer (PAS)		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) ved hvert tertial. Innkallingsbrev sendes i forkant av rapportering. Institusjonene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene		
Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Nærmere analyse av data kan være grunnlag lokalt for vurdering av egne resultater og for fagmiljøene for retningslinjer for hva som bør være optimal og god praksis.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner Seleksjon av fødende, andel risikosvangerskap, kompliserende sykdommer, variasjoner i medisinsk praksis (policy) samt andel selvbestemte keisersnitt mv.
Analyse og presentasjon av data Data presenteres på sykehusnivå som andel fødende som har fått utført keisersnitt totalt, samt andel keisersnitt utført hhv. som øyeblikkelig hjelp og elektivt. Tall på sykehus-/institusjonsnivå presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

¹ http://www.kith.no/templates/kith_WebPage___1160.aspx

Indikator nr: N-007	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Somatikk	Ventetid operasjon for tykktarms-/endetarmskreft (colorectal cancer)
Nr 15 Helse Sør-Øst		
Versjon nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Median og maksimal ventetid for operasjon for elektive pasienter med tykktarms-/endetarmskreft (colorectal cancer).

Begrepsavklaringer

Ventetid

Tid (antall døgn) fra henvisning til spesialisthelsetjenesten (ansiennitetsdato) til første gangs innleggelse for operativ behandling av colorectal cancer (innleggelsesdato).

Begrunnelse, referanse, evidens

Ved å velge colorectal cancer vil en kunne få et mål for tilgjengelighet for behandling av alvorlig sykdom der ventetid kan ha betydning for behandlingsresultatet – uten at en vet nøyaktig hvor grensene for ventetid går. Ventetiden fra diagnose til behandling bør ikke være lenger enn to uker. For pasientene er ventetiden smertefull og vanskelig.

Volumet for pasientgruppene er rimelig stort. Insidensen for colorectal cancer i Norge i perioden 1993-1998 (siste komplette registrerte år), var 40 nye tilfeller per 100 000 blant menn og 33 nye tilfeller per 100 000 blant kvinner. Colorectal cancer er den kreftform som rammer nordmenn hyppigst, begge kjønn sett under ett, og er dessuten økende i Vest-Europeiske land. En annen grunn til å velge colorectal cancer, er at alle øhj.sykehus utfører primæroperasjonene, og skillet er dessuten ikke alltid tydelig (preoperativt).

Videre varierer ventetiden historisk mellom sykehus. Behandlingsopplegget er standardisert, operasjon, eventuelt operasjon etter preoperativ strålebehandling.

Referanser:

- Kreftregisteret, www.kreftregisteret.no.
- Norsk kreftplan (NOU 1997:20)
- "ABC of colorectal cancer, Epidemiology", Peter Boyle, JS Langman, BMJ Volume 321, 30. sept. 2000).
- The NHS Cancer Plan, Department of Health, UK, sept. 2000.
- Sosial- og Helsedepartementet, "Rapport fra arbeidsgruppen for Utvikling av kvalitetsindikatorer for behandlingstilbudet i somatiske sykehus", 07.10.1999.

Type indikator

Ventetid er en indikator på tilgjengelighet og er en prosessindikator. I enkelte tilfeller kan også ventetiden påvirke behandlingsresultatet.

Indikatoren uttrykker

Indikatoren viser tilgjengelighet til behandling ved alvorlig kreftsykdom. Akseptabel ventetid vil variere etter diagnose. Gruppen colorectal cancer velges som første diagnosegruppe (malign sykdom hvor behandling er elektiv, men haster). Systemet kan utvides til å gjelde andre pasientgrupper med kreftdiagnose.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon Pasienter som henvises til innleggelse for elektiv operasjon for colo/rectal cancer.		
	Inkludert populasjon Alle ventetider for elektive pasienter som primærbehandles med operasjon for colorectal cancer, kfr. definisjoner nedenfor.	Ekskludert populasjon Pasienter som henvises eller innlegges som øyeblikkelig hjelp medregnes ikke. Pasienter med ventetid under 2 dager forkastes (betraktes som ø-hjelp), likeledes ventetid over 1000 dager (sannsynligvis feilregistrering).
Datakilde <u>Pasientgrunnlag:</u> <u>Pasienter gruppert i følgende DRG-grupper:</u> DRG 146 HDG 6 Større operasjon på rectum u/kompl DRG 147 HDG 6 Større operasjon på rectum m/kompl DRG 148 HDG 6 Større operasjoner på colon u/kompl DRG 149 HDG 6 Større operasjoner på colon m/kompl og som samtidig har hoveddiagnose C18-C21. <u>Ventetid - startpunkt:</u> Tid fra registrering (dato) av mottatt henvisning (registreres i pasientadministrative systemer). <u>Ventetid – slutt punkt:</u> Innleggelsesdato. Tidspunkter er basert på registrering i pasientadministrativt system		
Bearbeiding / aggregering av data Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) ved hvert tertial. Innkallingsbrev sendes i forkant av rapportering. Institusjonene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene Ventetiden måles i antall døgn og indikator oppgis som median (= det ”midterste tall i en tallrekke”) og ytterpunktet (maksimal ventetid). Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsinformasjon, til kvalitetsforbedring og brukerinformasjon (pasient/primærlege).
Underliggende faktorer som kan forklare variasjon Registreringspraksis og kodepraksis kan variere fra sykehus til sykehus og internt i sykehus. Pasientgrunnlaget kan være forskjellig fordi noen sykehus sender ”vanskelige” pasienter fra seg – spesielt pasienter med alvorlige tilleggslidelser som krever særlig utredning eller oppfølging før og etter primærbehandling for kreftsykdommen, eller pasienter som skal primærbehandles med stråleterapi (utføres kun ved utvalgte sykehus i regionene). Primært var det forutsetningen å også registrere ventetid til strålebehandling for denne sykdommen. Det har imidlertid vært vanskelig å fremskaffe sikre data på en enkel måte om ventetid for strålebehandling for colo/rectal cancer. Registrering av denne faktoren er derfor utelatt. Ulik primærbehandling (operasjon vs stråleterapi/cytostatikabehandling) kan dessuten være ulikt utbygd og ha ulik ventetid. Behandlingssted som velger stråle-/kjemoterapi før evt. kirurgisk inngrep vil

ha lengre ventetid enn sykehus der kirurgisk inngrep utføres først. Pr. dags dato vil det ikke være mulig i datagrunnlaget å ta hensyn til dette ved beregning av ventetid. Overgangen til rapportering på NPR-meldingsformat vil bøte på denne svakheten i datagrunnlaget.

Et godt resultat (overlevelse, livsfunksjon, komplikasjoner) er avhengig av flere viktige faktorer, og ventetid som enkeltstående indikator er av begrenset betydning for det endelige resultatet.

Det må påpekes at siden beregning av at ventetid er basert på ansiennitetsdato betyr det at sykehus som mottar pasienter fra andre sykehus vil kunne ha lengre ventetid enn sykehus som har mottatt pasienter etter direkte henvisning fra primærhelsetjenesten.

Analyse og presentasjon av data

Resultater presenteres på behandlingssted som median og maks antall døgn ventetid.

Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Indikator nr: N-013	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett	Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i barne- og ungdomspsykiatrien (ICD-10 diagnose)
Nr 20 Helse Sør-Øst	Psykisk helsevern Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)	
Versjon nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjonen av indikatoren

Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i forhold til henholdsvis Akse 1, 2, 5 og 6 i Multiaksial klassifisering av barne- og ungdomspsykiatriske forstyrrelser (World Health Organization, 1996)¹. Dette er et klassifiseringssystem som dels er basert på ICD-10 og dels på etablert praksis i det pasientadministrative datasystemet som brukes av fagfeltet.

Begrepsavklaringer

Multiaksial klassifisering og diagnostiske akser

- Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom
- Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser
- Akse 5 Aktuelle vanskelige psykososiale forhold
- Akse 6 Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå (CGAS)

Diagnostisk vurdert

Pasienten forutsettes å være diagnostisk vurdert når diagnoser er registrert i journalsystemet. Diagnostikk, eller klassifisering, er et hjelpemiddel for å ordne informasjon, gruppere fenomener og skape et språk for kommunikasjon med andre. Kategoriseringen danner grunnlag for vitenskapelig innhenting av informasjon som igjen kan appliseres i klinisk arbeid².

Begrunnelse, referanse, evidens

Behandlingsmulighetene for pasienter med psykiske lidelse er forbedret. For å velge en effektiv og god behandling er utredning og diagnostisering av pasientens problemer en av flere viktige forutsetninger.

De senere versjoner av psykiatriske klassifiseringssystemer har gitt mer pålitelig (reliabel) diagnostisering enn tidligere. Dette betyr at klinikere er mer enige når de skal klassifisere hvilken diagnostisk gruppe den enkelte pasients problemer hører til. Behandlere i BUP har spesielle utfordringer ved at de møter barn og unge som både er i vekst og utvikling, kan ha mer uklare symptomer og er mer avhengige av omsorg.

Utredning, diagnostisering og behandling er en kontinuerlig og sammensatt prosess, som ikke er avsluttet når en pasient får en tentativ diagnose. Likevel omfatter den diagnostiske tenkningen en målrettethet og struktur som kan komme pasienten og familien til gode.

Dagens systemer med mer eksplisitte kriterier gjør psykiatriske diagnoser tilgjengelig for andre enn fagpersoner og bidrar til avmystifisering av psykiatrien, hvor diagnoser tidligere i større grad var basert på behandlernes subjektive inntrykk. Bruk av et felles klassifiseringssystem gjør det lettere å diskutere pasienter, diagnoser og behandling lokalt i et team eller også på tvers av institusjonene.

¹ Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders, WHO, 1996.

² Zeiner P., Stene Nøvik T., Diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatri, Veileder i barne- og ungdomspsykiatri, Den norske lægeförening, Oslo 2000

I tillegg er ICD-10 i BUP et multiaksialt system som bedre beskriver forskjellige sider ved en pasients tilstand og gir et mer dekkende bilde av hva lidelsen betyr for pasienten i hennes/hans liv.

I litteraturen er utredning og diagnostikk som regel en forutsetning for å bestemme en behandling, men det finnes få studier som har undersøkt nytten av å ha en diagnose.

Det forventes generelt at alle saker blir diagnostisk vurdert, og at denne diagnostiske vurderingen blir registrert så snart dette er forsvarlig i starten av kontakten. Grensen i beskrivelsen av indikatorpopulasjonen nedenfor på 6 direkte tiltak for ikke-avsluttede saker, betyr ikke at ikke diagnoser registreres tidligere når det er faglig mulig.

Type indikator
Prosessindikator.

Indikatoren uttrykker
Andel pasienter som har fått en ICD-10 diagnose på Akse 1,2,5 og 6.

Målsetting for indikatoren: 90% av pasientene skal være diagnostisk vurdert.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjonen:

Alle avsluttede og ikke- avsluttede henvisninger i rapporteringsperioden. Ikke-avsluttede henvisninger skal ha minimum 6 eller flere direkte tiltak, mens henvisninger som er avsluttet i perioden skal ha minst 1 direkte tiltak.

Det settes opp en prosentandel for diagnoseregistrering for hver akse.

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Pasienter med diagnose på henholdsvis akse 1,2,5 og 6. Hver av aksene regnes ut for seg.	Hvis kodet "Mangelfull informasjon" (999) eller ikke kodet (missing) på den aktuelle aksene.
Nevner	Alle pasienter i indikatorpopulasjonen for den aktuelle aksene beskrevet over	

Datakilde: BUP-data.

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) ved hvert tertial. Innkallingsbrev sendes i forkant av rapportering. Institusjonene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Data kan føre til en økt bevissthet om at en utredning også skal inneholde en diagnostisk vurdering. Indikatordata kan brukes intern til kvalitetsforbedringstiltak.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

Variasjonen i andel pasienter som er i behandling og har fått en diagnose kan forklares ut fra ulike faktorer, her er noen forslag, som er hypoteser og mangler vitenskapelig dokumentasjon:

1. Tilbakeholdenhet i barne- og ungdomspsykiatri, med å sette diagnoser, selv ikke en tentativ diagnose, da diagnoser i psykiatrien kan oppfattes som stigmatiserende.
2. Ikke godt nok kjennskap til diagnosesystem og trening i å sette diagnoser.
3. Mangler brukbare diagnostiske instrumenter, som f. eks. standardiserte intervjuer som kan gi bedre grunnlag for å sette ICD-10 diagnoser.

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på institusjonsnivå rapporteres og publiseres som andel pasienter som har fått en ICD-10 diagnose på Akse 1,2,5 og 6 etter avsluttet behandling.

Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Indikator nr: N-012	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Psykisk helsevern (Vaksne og BUP)	Ventetid til fyrste konsultasjon (Primærbehandling - klinisk vurdering))
Nr 21 Helse Sør-Øst		
Versjons nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVING AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Talet på dagar frå institusjonen tar i mot tilvisinga i "postmottak" til primær behandling eller klinisk vurdering finn stad, eller skulle funne stad om pasienten ikkje møter.

Ein skiljar mellom dei som har rett til helsehjelp, jamfør forskrift, og dei som ikkje har denne retten.

Avklaringar

Primærbehandling/ klinisk vurdering

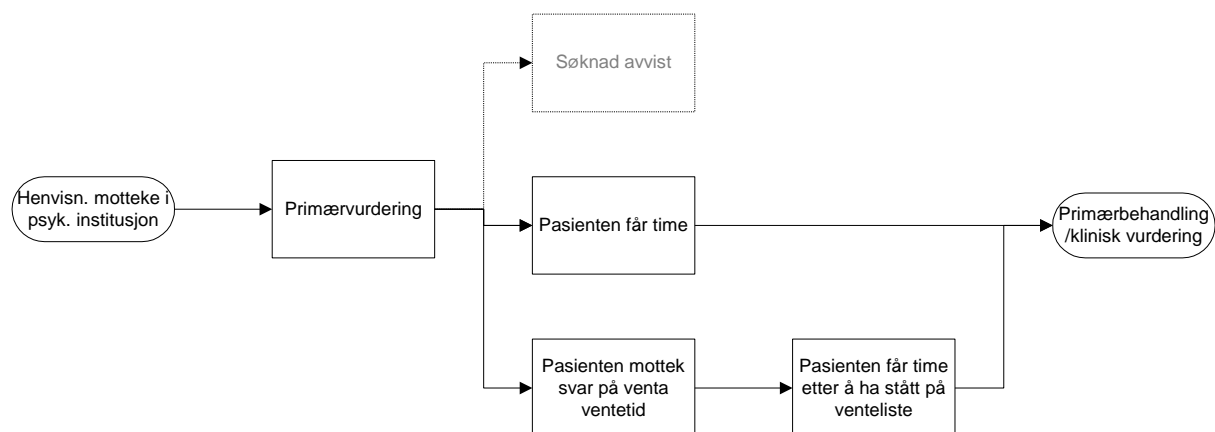
Den fyrste personlege kontakt mellom pasient (i BUP pasient eller føresatt) og den aktuelle psykiatriske institusjonen. Kontakten skjer ved eit møte ansikt til ansikt, og utgjør vanlegvis starten på ein behandling. (Innlegging som Ø-hjelp vert ikkje rekna med som primærbehandling.)

Tilvising til psykiatrisk behandling

Skriftleg søknad frå lege eller psykolog om at den aktuelle psykiatriske institusjon (sjukehus, DPS eller poliklinikk) vurderer og tar ein pasient inn for planlagt behandling.

Ventetid

Tida frå institusjonen mottok søknaden til primærbehandlinga finn stad, eller skulle funnet stad om pasienten ikkje møter:



Grunngjeving, referanse, evidens

Indikatoren viser kor tilgjengeleg den psykiatriske spesialisthelsetenesta for dei pasientane som allereie er vurdert til å trengje ein personleg vurdering og eventuelt start av behandling. Gjeld både dei som har rett til helsehjelp, jf. forskrift, og dei som ikkje har det. Om det går lang tid frå pasienten er tilvist til institusjonen, til primærvurdering/klinisk vurdering finn stad, kan det medføre at tilstanden og prognosen forverrar seg. Dette kan resultere i ein ikkje-planlagt innlegging, eventuelt med tvang. I fleire tilfeller vil altså ein lang ventetid for primærvurdering/klinisk vurdering kunne påverke indikatorane "Tvungen innskriving i psykiatrisk institusjon" og "Varighet av ubehandla psykose (VUP) ved første episode ikkje affektiv psykose" i negativ retning. Dette gjeld fyrst og fremst dei som har rett

til helsehjelp.

Type indikator

Ventetid før primærbehandling (klinisk vurdering) er ein prosessindikator då primærbehandling/klinisk vurdering berre er byrjinga av ei behandling.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
	Ventetid (antall dagar) for alle tilvisingar som vert følgt opp med primærbehandling/klinisk vurdering ved allmennpsykiatriske sengepostar og allmennpsykiatriske poliklinikkar skal teljast (gjeld både vaksne og BUP).	<p>Innleggingar som Ø-hjelp skal ikkje teljast med.</p> <p>Likeins tilvisingar med færre enn 3 direkte tiltak og tilvisingar som manglar registrering av rett til nødvendig helsehjelp</p> <p>Pasientar som sjølv har utsett fyrste konsultasjon</p>

Datakjelde

Dato for når institusjonen tar i mot tilvisinga vert registrert i pasientadministrativt datasystem som "tilvisingsdato". Dato for primærbehandling/klinisk vurdering vert òg registrert i same system.

Tilrettelegging / aggregering av data

Norsk pasientregister (NPR) hentar inn og legg til rette data ved kvart tertial. Innkallingsbrev vert send i forkant av rapportering. Institusjonane får meldt resultatata tilbake for korreksjonar/kommentarar før publisering av resultatata.

For pasientar med behandlingsstart i perioden:

Dato for behandlingsstart minus dato for mottatt tilvisning.

Median antall døgn:

Det "midtre" talet i ein sortert mengde tal.

Maks antall døgn:

Det høgste talet i ein sortert mengde tal.

Ventetid for pasientar med behandlingsstart i perioden:

Innanfor vaksenpsykiatri skal ein registrere:

Median ventetid antall døgn	Maks. ventetid antall døgn

Innanfor BUP skal ein registrere:

Rett til helsehjelp	Median ventetid antall døgn	Maks. ventetid antall døgn
Ja	a	c
Nei	b	d

3 TOLKING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTAT

Indikatoren brukast som

Styringsinformasjon, kvalitetsforbetring.

Underliggende faktorar som kan forklare variasjon

- Dei pasientane som vert tatt ut av ventelister og lagt inn som ø-hjelp, vert ikkje rekna med. Om dette talet er stort, vil ventetida for dei som inngår i utvalet ofte vere høg. Institusjonar som har ein høg ø-hjelpsandel kan difor komme dårleg ut på denne indikatoren.
- Institusjonar som først og fremst gir tilbod til pasientar med behov for lengre behandling, har ein seinare "turn-over", slik at ventetida kan bli forholdsmessig lengre, sjølv om det ikkje står så mange på venteliste.
- Då indikatoren ikkje skil mellom type problematikk pasienten er tilvist for, vil konsekvensane for lang ventetid variere. Men konsekvensane vil stort sett bli størst for dei som har rett til helsehjelp.
- Fritt sjukehusval gjeld til ein viss grad for psykiatrisk helseteneste. Dei institusjonane som mange pasientar ynskjer seg til, kan få lange ventelister.

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på sjukehus-/institusjonsnivå vert presentert på nasjonalt nivå som ventetid før primærbehandling/klinisk vurdering etter tilvising til psykiatrisk behandling.

Tal på sjukehus-/institusjonsnivå blir vist på nettsida for Fritt sjukehusval som grunnlag for pasientens val av behandlingsstad.

Indikatoren er ikkje lik dei ventetidene som vert presentert frå dei nasjonale ventelistene. Ventelistene viser ventetida til pasientar som er tatt av ventelista fordi behandlinga har starta.

Data på avdelingsnivå og lokalt nivå kan brukast i lokalt styrings- og forbetningsarbeid.

Indikator nr: N-015	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Psykisk helsevern (Voksne og BUP)	Varighet av ubehandlet psykose (VUP) - ved første episode ikke-afektiv psykose
Nr 15 Helse Sør-Øst		
Versjons nr. 1.3	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Varighet av ubehandlet psykose (VUP) i antall uker ved første episode ikke-afektiv psykose (F 20-29 ICD-10).

Indikatoren uttrykker den gjennomsnittlige (mean) og median varigheten av ubehandlet psykose hos alle pasienter med diagnosene F 20-29 som har fått startet adekvat behandling i rapporteringsperioden.

Begrepsavklaringer

VUP (Varighet av ubehandlet psykose)

Tiden mellom første psykotiske symptomer (basert på alle tilgjengelige informasjonskilder) og den første adekvate behandling av disse. (Dersom adekvat behandling er startet utenfor egen institusjon, for eksempel i samarbeide med primærlege eller privat spesialist, skal det tas hensyn til ved beregningen av tiden.)

Psykose

Pasienten er (eller i tilfelle av kortvarige psykoser, har nylig vært) aktivt psykotisk med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser eller upassende/bisarr atferd som ikke åpenbart kan forklares med organiske årsaker. Symptomene må ha vart hele dagen i flere dager eller flere ganger i uken i flere uker, ikke begrenset til noen korte øyeblikk. Det tilsvarer at pasienten skårer minst 4 på en eller flere av de følgende PANSS- symptomene: P1 (vrangforestillinger), P3 (hallusinatorisk atferd), P5 (storhetsideer), P6 (mistenksomhet) og A9 (uvanlig tankeinnhold).

Første episode ikke-afektiv psykose

Pasienten fyller kriteriene i ICD-10 (F 20-29) for schizofreni, schizofreniform lidelse, schizoafektiv lidelse, vrangforestillingsforstyrrelse, kortvarig psykotisk forstyrrelse, eller psykotiske lidelser NOS.

Første episode/første behandling

Første episode (direkte kontakt med pasienten) der det ble gitt adekvat behandling for psykosesyntom.

Adekvat behandling

Hospitalisering eller poliklinisk behandling for psykosesyntom. Vanligvis vil adekvat behandling være behandling med medikamenter, men også andre behandlingsformer inngår i det som defineres som adekvat behandling. Ofte gis behandling i form av medikamenter i anbefalt antipsykotisk dosering, dvs. nevroleptisk behandling tilsvarende 133 mg chlorpromazinekvivalenter, (10 mg perfenazin /dag, evt. 5 mg zuclepenthixol eller tilsvarende, risperidon 2mg/dag, olanzapine 8 mg/dag eller tilsvarende i ekvivalente doser, i mer enn 12 uker (eller kortere hvis pasienten går i remisjon). Adekvat behandling uten medikamenter skal rapporteres særskilt.

Pasienter med en tidligere ubehandlet episode, eller ufullstendig behandlet episode, etterfulgt av residualsymptomer, betraktes som første episode med en VUP fra starten av episode 1. Når pasienten har hatt en tidligere ubehandlet psykoseepisode med full remisjon, defineres VUP lik første episodes varighet pluss varighet ved aktuell episode.

Ofte kan det ta noe tid før adekvat behandling iverksettes, pga. vurdering, utredning mv. Ved inkludering i populasjonen som skal registreres kan det tas hensyn til dette. Det betyr at man registrerer de pasientene som er avklart og hvor det er påbegynt adekvat behandling i registreringsperioden.

Begrunnelse, referanse, evidens

Varighet av ubehandlet psykose reflekterer tidsrommet fra sykdom oppstår til adekvat behandling gis. Lang VUP innebærer økt lidelse for pasienten, dennes familie og økt belastning for samfunnet. VUP måler tilgjengeligheten av helsetjenestene for befolkningen. Forsinkelser i oppstart av behandlingen vil oftest føre til dårligere langtidsforløp. En slik forsinkelse kan oppstå på flere nivåer: hos pasienten selv, familien, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten¹. Denne forsinkelsen vil oftest være korrelert med langtidsforløpet.

Indikatoren er også et mål på samspillet mellom helsetjenesteleverandørene, samt et mål i forhold til det forebyggende arbeidet helseforetakene er pålagt i avtalen. Forventet årlig insidens vil være ca. 17 per 100 000.

Type indikator

Denne indikatoren vil være både en prosessindikator, som beskriver uønsket forsinkelse i oppstart av adekvat behandling av alvorlige psykiske lidelser, og en resultatindikator.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

Alle pasienter med første adekvate behandling for psykose i den angitte rapporteringsperiode

Rapportering

Rapportering av dato for første episode ikke-affektiv psykose og dato for adekvat behandling.

Data oppgis separat for
 gruppe 1: voksne 18 år og over
 gruppe 2: (gjelder fra 01.01.07) barn- og ungdom < 18 år

Datakilde

Institusjonene registrerer alle nye pasienter med psykose på eget skjema (se vedlegg). Skjemaet arkiveres av institusjonen.

Bearbeiding / aggregering av data

Rapportering skjer tertialsvis til Norsk pasientregister. Etter utgangen av hvert tertial skal institusjonene rapportere dato for første episode ikke affektiv psykose, dato for første episode med adekvat behandling. Medikamentell og ikke-medikamentell behandling skilles ved at dato for behandlingsstart registreres i to ulike kolonner. Skjema for denne rapporteringen følger med i innkallingsbrev fra Norsk pasientregister.

Data presenteres som median og gjennomsnittlig varighet av ubehandlet psykose. Datagrunnlaget er samletallet for de tre siste tertialene (eks. tall for 1. tertial 2008 inneholder også datagrunnlaget for 2. og 3. tertial 2007).

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.

¹ Bazire S. Psychothropic Drug Directory 2001/2002. Quay Books 2001, 143.

2. Edwards J.,McGorry P.D. Implementing Early Intervention in Psychosis. A Guide to Establishing Early Psychosis Services. 2002 Martin Dunetz Ltd, London NW1 0AE.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon og til kvalitetsforbedring.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjon

Som prosessmål sier indikatoren mer om kvaliteten på helsetjenestetilbudet samlet, enn om spesialisthelsetjenestetilbudet alene. Foretakene er pålagt et ansvar for forebyggende tiltak, og det kanskje viktigste tiltak i så måte vil være å redusere VUP.

Analyse og presentasjon av data

Data presenteres på helseforetaksnivå som gjennomsnittlig og median varighet av ubehandlet psykose (VUP) i antall uker ved første episode ikke-affektiv psykose.

Data på behandlingssted og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for helseforetaket presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Vedlegg: Skjema for veiledning og registrering av VUP – se nedenfor

VEDLEGG – Skjema for registrering av VUP

Registrering av varighet av ubehandlet psykose (VUP) hos pasient med første sykdomsepisode med ikke-afektiv psykose (F20-29). Skjemaet gir grunnlag for rapportering av data til Norsk pasientregister for den nasjonale kvalitetsindikatoren "Varighet av ubehandlet psykose". Skjemaet bes oppbevart ved institusjonen for eventuell bruk ved evaluering av VUP som indikator.

VUP er definert slik: Tiden mellom første psykotiske symptomer (basert på alle tilgjengelige informasjonskilder) og til start av den første adekvate behandling av disse. (Mer utførlig tekst på baksiden).

Institusjon: _____ Avdeling: _____ Pasient: _____ Alder: _____

Skjemaet fylles ut i forbindelse med behandlingsstart av pasienter som fyller kriteriene nedenfor.

Første sykdomsepisode med psykotiske symptomer som beskrevet nedenfor

Diagnose ICD-10 i området F20-29. Diagnose: F ____ . ____

Dato (omtrent) da pasienten ble psykotisk første gang: ____ . ____ . ____

(evt antall uker siden psykosen startet

Kryss av hvilke av kriteriene nedenfor som var oppfylt da pasienten ble psykotisk første gang, ut fra det dere kjenner til.

- Vrangforestillinger.** Disse kan ha vært vage eller tydelige, stabile eller ikke stabile. De kan i ulik grad ha påvirket tenkning, relasjoner eller atferd.
- Hallusinasjoner.** Disse skal ha vart hele dagen i flere dager, eller flere ganger i uken, ikke begrenset til kun korte øyeblikk. De kan i ulik grad ha påvirket tenkning, relasjoner eller atferd.
- Uttalt mistenksomhet eller forfølgelseideer.** De kan i ulik grad ha påvirket tenkning, relasjoner eller atferd.
- Storhetsideer.** Urealistisk følelse av påtagelig overlegenhet i forhold til andre, eller vrangforestillinger som gjelder egen posisjon eller egne evner.
- Uvanlig tankeinnhold.** Forvrengte eller bisarre tanker eller ideer om seg selv eller om andre mennesker eller forhold. De kan i ulik grad ha påvirket tenkning, relasjoner eller atferd.

Dato da adekvat medikamentell behandling ble startet: ____ . ____ . ____

(Eventuell tidligere behandlingsepisode uten adekvat behandling skal regnes med i tiden fra første tegn på psykose til start av adekvat behandling (se baksiden)).

Evt. kryss av for hva slags antipsykotisk medikamentell behandling og skriv dose.

- Perfenazin Dagsdose: _____
- Zuclepenthixol Dagsdose: _____
- Risperidon Dagsdose: _____
- Olanzapine Dagsdose: _____
- Annet: _____ Dagsdose: _____

Dato da annen adekvat behandling ble startet: ____ . ____ . ____

Dersom det tok lengre tid fra innleggelse/ første behandlingskontakt til oppstart av medikamentell behandling – før opp tidspunkt for start av behandling for psykose (psykoterapi)

Varighet av ubehandlet psykose regnes ut fra de to datoene overfor, som rapporteres.

Orientering om VUP som kvalitetsindikator

Helsedirektoratet har vedtatt varighet av ubehandlet psykose (VUP) som en nasjonal kvalitetsindikator. Indikatoren er nærmere beskrevet av direktoratet i indikatorbeskrivelsen N-015. Denne vil bli publisert sammen med de øvrige indikatorbeskrivelsene for psykisk helsevern på Helsedirektoratets nettsted:
http://www.shdir.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer/psykisk_helsevern_14591

Definisjonen nedenfor er hentet fra indikatorbeskrivelsen, og skal først og fremst være til hjelp for helsepersonell som skal fylle ut skjemaet for registrering av VUP.

Varighet av ubehandlet psykose (VUP) i antall uker ved første episode ikke-afektiv psykose (F 20-29 ICD-10). Indikatoren uttrykker den gjennomsnittlige varigheten av ubehandlet psykose hos alle pasienter med diagnose F20-F29 og som har startet adekvat behandling for en førstegangpsykose innenfor i rapporteringsperioden.

VUP: Tiden mellom første psykotiske symptomer (basert på alle tilgjengelige informasjonskilder) og start på den første adekvate behandling av disse.

Psykose: Pasienten er (eller i tilfelle av kortvarige psykoser, har nylig vært) aktivt psykotisk med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser eller upassende/bisarr atferd som ikke åpenbart kan forklares med organiske årsaker. Symptomene må ha vart hele dagen i flere dager eller flere ganger i uken i flere uker, ikke begrenset til noen korte øyeblikk. Det tilsvarende at pasienten skårer minst 4 på en eller flere av de følgende PANSS- symptomene: P1 (vrangforestillinger), P3 (hallusinatorisk atferd), P5 (storhetsideer), P6 (mistenksomhet) og A9 (uvanlig tankeinnhold).

Første episode ikke-afektiv psykose: Pasienten fyller kriteriene i ICD-10 (F 20-29) for schizofreni, schizofreniform lidelse, schizoafektiv lidelse, vrangforestillingsforstyrrelse, kortvarig psykotisk forstyrrelse, eller psykotiske lidelser NOS.

Første episode/første behandling og adekvat medikamentell behandling: Nåværende episode er første episode med tilstanden som blir adekvat behandlet med medikamenter, eller med adekvat psykoterapeutisk behandling.

Tidligere adekvat behandling er: Hospitalisering eller poliklinisk behandling for psykosesymptom. Enten med adekvat psykoterapeutisk behandling, eller behandling i form av medikamenter i anbefalt antipsykotisk dosering. Dvs. nevroleptisk behandling tilsvarende 133 mg chlorpromazinekvivalenter, (10 mg perfenazin /dag, evt. 5 mg zuclepenthixol eller tilsvarende, risperidon 2mg/dag, olanzapine 8 mg/dag eller tilsvarende i ekvivalente doser, i mer enn 12 uker (eller kortere hvis pasienten gikk i remisjon). Pasienter med en tidligere ubehandlet episode, eller ufullstendig behandlet episode, etterfulgt av residualsymptomer, betraktes som første episode med en VUP fra starten av episode 1. Når pasienten har hatt en tidligere ubehandlet psykoseepisode med full remisjon, defineres VUP lik første episodes varighet pluss varighet ved aktuell episode.

Nærmere om rapportering av indikatoren: Norsk pasientregister samler inn data om kvalitetsindikatoren "Varighet av ubehandlet psykose" på oppdrag av Helsedirektoratet. Norsk pasientregister vil samle inn data fra skjemaene tertialsvis, tre ganger per år. Vi vil sende ut nærmere informasjon om rapportering mot slutten av hvert tertial. Selve registreringskjemaene skal ikke sendes til NPR, men rapportering skjer på eget rapporteringsskjema som sendes ut ifm med innkallingene. Rapportering inneholder kun dato for psykose start og dato for start adekvat behandling (skilt mellom adekvat medikamentell og adekvat terapeutisk behandling).


Helsedirektoratet

Indikator nr: N-006	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett Somatikk	Strykninger av planlagte operasjoner
Nr 14 Helse Sør-Øst		
Versjon nr 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

<p>Definisjon av indikatoren: Andel pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet.</p>
<p>Begrepsavklaringer</p> <p>Strykning fra operasjonsprogrammet Registreres når den skjer etter at godkjent operasjonsprogram for neste dag foreligger. Med operasjonsprogram menes plan for bruk av operasjonsstuer med personell. Strykning defineres som at en planlagt operasjon ikke blir gjennomført den dagen pasienten er satt opp på programmet.</p> <p>Alle strykninger skal telles med uansett årsak.</p>
<p>Begrunnelse, referanse, evidens Strykninger fra oppsatt program er ikke akseptabel praksis. Planlegging av operasjonsaktiviteten bør ha en slik forutsigbarhet at strykninger unngås. Pasienter som settes opp på operasjonsprogrammet bør være utredet slik at strykninger unngås.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. For pasienten er det en negativ opplevelse å bli strøket fra operasjonsprogrammet. 2. Operasjonsvirksomhet legger beslag på store ressurser i helseforetakene. Det er viktig at aktiviteten planlegges og gjennomføres slik at ressursene blir optimalt utnyttet. 3. For helseforetakene medfører strykninger kostnad i form av ekstra liggedøgn preoperativt. 4. Det er viktig å få løpende tall som gir et utgangspunkt for forbedringsarbeid.
<p>Type indikator Prosessindikator innenfor området planlegging og gjennomføring av operativ virksomhet.</p>
<p>Indikatoren uttrykker Indikatorene er uttrykk for sykehusets planlegging av elektiv operativ virksomhet og evne til å gjennomføre planlagt operasjonsprogram.</p> <p>Målsetting: Under 5% strykninger</p>

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
Omfatter både innlagte pasienter og dagkirurgiske pasienter		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall strykninger (planlagte operasjoner) i en angitt tidsperiode (innlagte og dagkirurgiske pasienter ved alle operasjonsstuer til behandlingsstedet)	Etteranmeldte pasienter som strykes og øyeblikkelig hjelp pasienter.
Nevner	Antall planlagte operasjoner i samme tidsperiode (innlagte og dagkirurgiske pasienter ved alle operasjonsstuer til behandlingsstedet)	Prosedyrer utenom operasjoner som trenger anesthesiassistanse og utføres på operasjonsavdelinger (eks. endoskopier, undersøkelser i narkose mv.)
<p>Indikatoren uttrykkes i prosent: Andel strykninger = (Antall strykninger/antall planlagte operasjoner i perioden x 100).</p> <p>Datakilde: Operasjonsplanleggingsverktøy (elektroniske eller manuelle).</p>		
<p>Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister ved hvert tertial. Innkalling sendes i forkant av rapportering. Behandlingsstedene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene.</p> <p>Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå i hht. retningslinjer (Rapportpakken) Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehusnivå.</p>		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

<p>Indikatoren brukes som grunnlag for forbedring ved planlegging av pasientbehandlingsforløp.</p>
<p>Underliggende faktorer som kan forklare variasjon Det kan være forskjellige årsaker til at en pasient strykes av programmet, for eksempel mange øyeblikkelig hjelp operasjoner, personellmangel, ufullstendig undersøkelse av pasienten før operasjon, akutt oppstått annen lidelse hos pasienten som medfører utsettelse av operasjon mv. Registrering av indikatoren bør suppleres med en årsaksregistrering i den enkelte avdeling som grunnlag for interne tiltak.</p>
<p>Analyse og presentasjon av data Data aggregert på sykehusnivå publiseres nasjonalt som andel strykninger fra operasjonsprogrammet i angitte periode.</p> <p>Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.</p>

Indikator nr: N-008	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett Somatikk	Individuell plan (barnehabilitering)
Nr 17a Helse Sør-Øst		
Versjon nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

<p>Definisjon av indikatoren Andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan i henhold til pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.</p>
<p>Begrepsavklaringer</p> <p>Individuell plan Plan som fyller kravene i forskrift¹ om individuell plan. Individuell plan innebærer at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester har rett til IP. Den individuelle planen skal konkretisere behovet for tjenester den enkelte har og hvordan behovene skal dekkes.</p> <p>Hvem har rett til individuell plan Pasient med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester som samtykker.</p> <p>Planprosessen er i gang når:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informasjon om retten til individuell plan er gitt og • samtykke er innhentet og • det er etablert skriftlig forpliktende samarbeid ved at en tjenesteyter har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottaker jfr. § 2a <p>Hvem som skal utforme plan i spesialisthelsetjenesten Helseforetaket skal utarbeide eller igangsette en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Kommunehelse- og sosialtjenestens ansvar for individuelle planer omtales ikke nærmere her.</p> <p>Samtykke Samtykkebestemmelsene i pasientrettighetslovens kapittel 4 om samtykke til helsehjelp gjelder individuell plan.</p>
<p>Begrunnelse, referanse, evidens Formålet med utarbeidelse av individuell plan er sikre kvaliteten i tjenestetilbud ved å</p> <ol style="list-style-type: none"> a. bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av pasienten. b. kartlegge pasientens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke pasientens bistandsbehov. c. styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene. <p>Indikatoren vil dessuten indikere om lovkrav er oppfylt.</p>
<p>Type indikator Indikatoren er en prosessindikator</p>
<p>Indikatoren uttrykker I hvilket omfang institusjonen/helseforetaket har utarbeidet individuelle planer for pasienter.</p>

¹ Forskrift om individuelle planer etter helse- sosiallovgivningen.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

Alle "aktive" pasienter i perioden. Det vil si alle pasienter som har vært til behandling i løpet av rapporteringsperioden, eller pasienter som fortsatt har en konkret avtale om oppfølging i habiliteringstjenesten på et senere tidspunkt.

Dersom individuell plan tidligere er utarbeidet av førstelinjetjenesten og planen innbefatter tiltak fra habiliteringstjenesten, og habiliteringstjenesten har samhandlet i utarbeiding av planen, regnes også dette som individuell plan i registreringen.

Indikatoren skal vise situasjonen i rapporteringsperioden, og alle aktive pasienter skal telles en gang i løpet av hver rapporteringsperiode.

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall pasienter med individuelle planer	
Nevner	Totalt antall pasienter behandlet ved samme enhet i perioden	

Datakilde

Data registreres i pasientadministrativt system og rapporteres manuelt til Norsk pasientregister samt til Helse Sør-Øst RHF i hht. retningslinjer (Rapportpakken).

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) ved hvert tertial. Innkallingsbrev sendes i forkant av rapportering. Institusjonene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene

Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå.

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon og kvalitetsforbedring ved den enkelte avdeling/det enkelte helseforetak.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

I hvilken grad de enkelte avdelinger/helseforetak utarbeider individuelle planer. Pasientsammensetningen og dermed andel som har krav på/rett til individuell plan. Antall tilfelle der pasienter eller foresatte motsetter seg at det utarbeides individuell plan. (Dette antas i praksis å være et lite antall).

Analyse og presentasjon av data

Data presenteres på sykehusnivå som andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan. Tall på sykehus-/institusjonsnivå presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Data på avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid i barnehabiliteringstjenesten.

Vedlegg

§ 7. Innholdet i individuell plan

Den individuelle planens innhold skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til tjenestemottakerens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger.

Planen skal inneholde følgende hovedpunkter:

- a. oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester,
- b. oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- c. angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen,
- d. oversikt over hva pasienten, tjeneste- og bidragsyterne og ev. pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- e. oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
- f. beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- g. angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen,
- h. pasientens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- i. oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater.

Indikator nr: N-014	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett	Individuell plan ADHD (BUP) og Schizofreni (VOP)
Nr 17b-c Helse Sør-Øst	Psykisk helsevern (Voksne og BUP)	
Versjon nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

1. Andel barn og unge med diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse – ADHD som har fått individuell plan (F90x i ICD10).
2. Andel voksne med diagnosen schizofreni som har fått individuell plan (F20x i ICD10).

Begrepsavklaringer

Individuell plan (IP)

Plan som fyller kravene i forskrift¹ om individuell plan. Individuell plan innebærer at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester har rett til IP. Den individuelle planen skal konkretisere behovet for tjenester den enkelte har og hvordan behovene skal dekkes.

Planprosessen er i gang når:

- Informasjon om retten til individuell plan er gitt og
- samtykke er innhentet og
- det er etablert skriftlig forpliktende samarbeid ved at en tjenesteyter har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottaker jfr. § 2a

Hvem har rett til å utforme IP i spesialisthelsetjenesten

Helseforetaket skal utarbeide eller igangsette IP for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud eller videreføre IP utarbeidet av kommunene ved utskrivning eller overføring. Kommunehelsetjenestens og sosialtjenestens ansvar for individuelle planer omtales ikke nærmere her.

Samtykke

Samtykkebestemmelsene i pasientrettighetslovens kapittel 4 om samtykke til helsehjelp gjelder individuell plan.

Begrunnelse, referanse, evidens

IP er et av de viktigste virkemidlene til å sikre pasienter som trenger det, koordinerte og forutsigbare tjenester. Helsetilsynets tilsyn i 2003 i psykisk helsevern for voksne og i 2002 i psykisk helsevern for barn og unge viste at svært få tjenestesteder hadde gode rutiner for utarbeiding av IP, og at en liten andel av pasientene hadde IP. Det var også mangel på samarbeid med kommunehelsetjenesten om IP, og få hadde oppnevnt navngitt kommunal koordinator. Vi ønsker med dette å sette fokus på pasientgrupper som erfaringsmessig trenger langvarige og sammensatte tjenester.

Formålet med utarbeidelse av individuell plan er sikre kvaliteten i tjenestetilbud ved å

- d. bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av pasienten.
- e. kartlegge pasientens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke pasientens bistandsbehov.
- f. styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Indikatoren vil dessuten indikere om lovkrav er oppfylt.

¹ Forskrift om individuelle planer etter helse- og sosiallovgivningen.

Type indikator
Prosessindikator.

Indikatoren uttrykker
I hvilket omfang institusjonen/helseforetaket sikrer at det blir utarbeidet individuelle planer for pasienter.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

Alle pasienter som har vært til behandling ved den psykiatriske institusjonen i løpet av rapporteringsperioden. [Varigheten av behandlingen må ha vært i minst 6 mnd.](#)

Dersom individuell plan tidligere er utarbeidet av førstelinjetjenesten og planen innbefatter tiltak fra psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, og spesialisthelsetjenesten har samhandlet i utarbeiding av planen, regnes også dette som individuell plan i registreringer.

Indikatoren skal vise situasjonen i rapporteringsperioden, og alle aktive pasienter skal telles en gang i løpet av hver rapporteringsperiode.

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Psykisk helsevern barn og unge		
Teller	Antall barn og unge med diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse (F90x) som har IP ved avslutning av behandlingsepisode (poliklinisk, dag eller døgn)	Pasienter med behandlingsvarighet i BUP under 6 mnd
Nevner	Totalt antall barn og unge med diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse (F90x) ved avslutning av behandlingsepisode (poliklinisk, dag eller døgn)	

Psykisk helsevern voksne

Teller	Antall voksne med diagnose schizofreni (F20x) som har IP ved utskrivelse fra døgnstatus til ikke-døgnstatus i det psykiske helsevern for voksne.	<i>Beregnes foreløpig ikke pga manglende datarapportering i godkjent meldingsformat</i>
Nevner	Totalt antall voksne med diagnose schizofreni (F20x) ved utskrivelse fra døgnstatus til ikke-døgnstatus i det psykiske helsevern for voksne.	

Det presiseres at alle diagnostiske undergrupper under F20 og F90 skal inkluderes og både hoved- og bidiagnoser i den grad det er spesifisert.

Datakilde

Data fra pasientadministrative systemer (BUP og VOP). Rapportering til Norsk pasientregister i godkjent meldingsformat (NPR-meldingen). Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer i hht. retningslinjer (Rapportpakken).

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) ved hvert tertial. Innkallingsbrev sendes i forkant av rapportering. Institusjonene får tilbakemeldt resultatene for

korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene

NB! Indikatoren beregnes foreløpig ikke for psykisk helsevern voksne pga manglende data.

I BUP kan det registreres følgende verdier for IP:

1. Oppfyller ikke kriteriene
2. Ønsker ikke individuell plan, eller har ikke gitt samtykke
3. Arbeid med individuell plan ikke startet
4. Individuell planprosess er igangsett
5. Individuell plan foreligger
9. Ukjent med status for individuell plan

Kun registrering av verdien 5 aksepteres som godkjent IP. Indikatoren uttrykkes som en prosentandel av alle pasienter med diagnosen ADHD. Pasienter som er registrert i kategorien 3-5 og 9 inngår i nevnergrunnet.

Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå.
Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.

3. TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon og kvalitetsforbedring ved den enkelte avdeling/det enkelte helseforetak.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

- I hvilken grad de enkelte avdelinger/helseforetak utarbeider IP for målgruppen
- Manglende kompetanse i virksomheten til å utarbeide IP
- Ulik grad av samtykke/ønske fra pasientene om å ha IP

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på behandlingsstedet publiseres nasjonalt som andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan.

Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Vedlegg

§ 7. Innholdet i individuell plan

Den individuelle planens innhold skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til tjenestemottakerens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger.

Planen skal inneholde følgende hovedpunkter:

- a. oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester,
- b. oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- c. angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen,
- d. oversikt over hva pasienten, tjeneste- og bidragsyterne og ev. pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- e. oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
- f. beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- g. angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen,
- h. pasientens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- i. oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater.

Vedlegg 2: Oversikt over nasjonale kompetansetjenester ved Oslo universitetssykehus HF i 2012 og bidrag til finansieringen ved tilskudd over statsbudsjettets kapittel 732 post 78

Tall i 1 000 kr

	Tilskudd over post 78
Nasjonale kompetansetjenester 2012	
Døvblindesystemet, koordinerende enhet	3 949
Cystisk fibrose	11 208
NK-ADHD, Tourette, narkolepsi	8 366
Reg. fagmiljø autisme	5 675
Reg. fagmiljø ADHD mv	1 962
Senter for sjeldne diagnoser	21 006
Tuberøs sklerose	5 852
Autisme og epilepsi ved SSE	977
Autismeenheten	8 225
Sum sjeldne diagnoser	67 220
Landsfunksjon for "hørsel og psykisk helse"	14 452
Kompetansesenter for læring og mestring	8 627
Aldring og Helse, OUS	2 196
Sikkerhets,- retts- og fengselspsykiatri	10 992
Import- og tropesykdommer (videreført med basisbevilgning 2,0 mill)	0
NAKOS - prehospital akuttmedisin	3 300
Nasjonalt kvinnehelsesenter	12 350
Nasjonalt ammesenter	4 100
Kompetansesenter for langtidsstudier etter kreftbehandling	3 026
Nasjonalt kompetansesenter for sarkomer	3 080
Gynekologisk onkologi	3 811
Neuroendokrine svulster (videreført med basisbevilgning) 1,5 mill)	0
Medfødte muskelsykdommer	2 662
Barnerevmatologi	2 245
Medfødte stoffskiftesykdommer	2 304
Solide svulster hos barn	4 400
Dysmeli	827
Barnehabilitering med vekt på ernæring	4 100
Barnehabilitering med vekt på bevegelse (videreført med basisbevilgning 4 mill)	0
Epilepsi med utviklingshemning	0
Aldring, helse og alderspsykiatri	2 200
Dekontaminering	2 500
Personlighetspsykiatri	2 249
Traumatologi	4 000
Seksuelt overførbare infeksjoner	2 500
I alt	95 921
Nasjonale kompetansetjenester i alt	163 141

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Fredag 10. februar 2012 klokken 12:30 ble det avholdt foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF i Møtesenteret Grev Wedels plass 5 (6. etg), Oslo.

Saksliste:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Oppdrag og bestilling 2012
4. Endringer i vedtektene § 8 jf. helseforetaksloven § 12 og vedtektene § 17

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved styreleder Per Anders Oksum.

I tillegg møtte fra Helse Sør-Øst RHF:

Administrerende direktør Bente Mikkelsen
Konserndirektør Atle Brynestad
Ass. fagdirektør Folke Sundelin
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen, som også førte protokollen

Fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst møtte Karl-Helge Storhaug.

Fra Oslo universitetssykehus HF møtte:

Styreleder Stener Kvinnsland
Styremedlemmene Åsmund Bredeli, Bjørn Wølsted Knutsen, Svein Erik Urstrømmen og Merete Morken

I tillegg møtte fra Oslo universitetssykehus HF:

Administrerende direktør Bjørn Erikstein
Morten Reymert og Jørgen Jansen

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.

Sign:



SK

BM

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Per Anders Oksum ønsket, som øverste eiermyndighet, velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen.

Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Stener Kvinnsland og administrerende direktør Bente Mikkelsen ble valgt til å underskrive protokollen.

Styreleder Per Anders Oksum overlot møteledelsen til styreleder Stener Kvinnsland.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2: Dagsorden

Møteleder spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden.

Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Dagsorden godkjennes.

Sak 3: Oppdrag og bestilling 2012



Oppdrag og bestilling 2012 gjøres i dette foretaksmøtet gjeldende for helseforetaket. Dokumentet er utarbeidet med bakgrunn i styringskrav fra oppdragsdokumentet til Helse Sør-Øst RHF og protokoll fra foretaksmøte 31. januar 2012 med Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg er det innarbeidet egne krav fra Helse Sør-Øst RHF med utgangspunkt i vedtak fattet i styret for det regionale helseforetaket.

Foretaksmøtet gjør spesielt oppmerksom på at relevante mål og krav gitt i tidligere oppdragsdokument fortsatt vil være gjeldende.

Helseforetakets styre må være bevisst sitt ansvar for å sikre kvalitativt gode spesialisthelsetjenester, bærekraftig utvikling, godt omdømme og oppslutning om offentlige helsetjenester. Styret har ansvar for at en bredt anlagt forståelse av samfunnsansvar blir ivaretatt. Styret har ansvar for at tiltak for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet følges opp.

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1.1.2012 og det legges til grunn at helseforetaket legger til rette for å oppnå intensjonene i reformen. I 2012 skal det inngås samarbeidsavtaler som skal legge til rette for helhetlige pasientforløp og avklart arbeidsdeling mellom helseforetak og kommuner.

Helse Sør-Øst RHF skal i 2012 sørge for at foretaksgruppens samlede ressursbruk til drift og investeringer og bruk av driftskreditter holdes innenfor de rammene som følger av Stortingets

Sign:  SK  BM

behandling av Prop. 1 S (2011-2012) og oppdragsdokumentet for 2012. Foretaksmøtet viste til føringene som er gitt gjennom oppdrag og bestilling 2012 og forutsetter at det legges stor vekt på de særskilte satsingsområdene gitt i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen.

Det forutsettes at nødvendige tiltak iverksettes for å innfri resultatkravene innenfor rammer og oppgaver som gjelder for helseforetak. Gjennomføringen av tiltak skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner, og i god dialog med pasienter, pårørende og deres organisasjoner.

Det er også i 2011 avdekket flere tilfeller av uheldige hendelser og systematiske avvik i tjenesten. Foretaksmøtet viste til tidligere krav om å ha god intern kontroll og systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen. Det skal rapporteres om arbeidet i årlig melding. Foretaksmøtet forutsatte at det finner sted en systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.

Foretaksmøtet viste til at det er avdekket svikt i det pasientadministrative arbeidet både ved interne revisjoner og tilsyn fra Helsetilsynet. Det må utvikles bedre metoder for å teste og overvåke informasjonsflyten i elektronisk pasientjournal/pasientadministrative systemer med tanke på å avdekke systemsvikt. Arbeidet må følges opp med forbedringstiltak og rapportering til det regionale helseforetaket når avvik skjer. Arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutiner må følges opp med hensyn til organisasjons- og kompetanseutvikling. Arbeidet må ha sterk lederforankring. Det skal rapporteres om arbeidet i årlig melding.

Foretaksmøtet forutsetter at fokus for helseforetakets arbeid skal være rettet mot gode behandlingsresultater, god pasientsikkerhet og god kvalitet i behandlingen. Arbeidet med å få ned ventetidene skal prioriteres og det skal ikke forekomme fristbrudd. Det er en forutsetning for å sikre pasientsikkerhet og god kvalitet at det foreligger et godt arbeidsmiljø med åpenhet om feil og mangler og et kontinuerlig forbedringsarbeid og god økonomistyring. De fem målene styret har vedtatt å videreføre frem til 2014 skal bidra til at disse kravene nås:

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

Som hovedregel skal ingen pasienter vente mer enn et år.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Oppdrag og bestilling 2012 gjøres gjeldende for Oslo universitetssykehus HF. Dokumentet legges ved protokollen.

Sign:  SK  BM

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Bredeli, Morken, Urstrømmen og Wølstad Knutsen:

”De ansattes representanter kan ikke se at det er mulig å løse oppdraget innenfor den økonomiske rammen som er lagt til grunn. Budsjettarbeidet i OUS for 2012 har ytterligere tydeliggjort et misforhold mellom tildelte ressurser og sykehusets oppgaver. Risiko knyttet til pasientbehandling og arbeidsmiljø er etter vår oppfatning uakseptabel høy. I tillegg har vi omfattende og kostnadskrevende pålegg fra tilsynsmyndigheter å følge opp. Samlet er drift- og investeringssituasjonen så vanskelig og kostnadskrevende at det må løses i samarbeid med HSØ.”

Sak 4: Endringer i vedtektene § 8 jf. helseforetaksloven § 12 og vedtektene § 17

I henhold til helseforetaksloven § 12 og vedtektene § 19, skal endringer i vedtektene fastsettes av foretaksmøtet.

Det ble lagt frem ny eierskapsmelding 1. april 2011 (Meld. St. 13 (2010-2011) *Aktivt eierskap - norsk statlig eierskap i en global økonomi*). Hovedtrekkene i regjeringens eierskapspolitikk er videreført fra forrige eierskapsmelding. Samtidig har regjeringen videreutviklet og tydeliggjort eierskapspolitikken på særlig fire områder. Dette gjelder økt fleksibilitet i eierskapet, styrking av eierskapsforvaltningen, tydeligere krav til samfunnsansvar og nye retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere.

Foretaksmøtet viste til tidligere styringskrav gitt i foretaksmøter, senest i februar 2011, om ”Retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper”. I Meld. St. 13 (2010-2011) *Aktivt eierskap - norsk statlig eierskap i en global økonomi*, uttrykkes en klar forventning til at statlig eide selskaper skal bidra til moderasjon i lederlønningene. For ytterligere å styrke styrenes og selskapenes fokus på ledernes ansettelsesvilkår og for å gi eier bedre innsikt i disse, skal det fastsettes nye vedtektsbestemmelser.

De nye vedtektsbestemmelsene krever at styret i helseforetaket årlig utarbeider en erklæring om ledernes ansettelsesvilkår, og at denne behandles i foretaksmøte. Erklæringen skal ha et innhold som angitt i allmennaksjeloven § 6-16 a, og skal behandles på tilsvarende vis i foretaksmøtet som avholdes innen utgangen av juni hvert år. Det vises til allmennaksjeloven § 5-6 tredje ledd. Foretaksmøtet forutsetter at styret i erklæringene om ledernes ansettelsesvilkår oppgir om det er elementer som ikke er i overensstemmelse med retningslinjene, og forklarer avviket.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Ny § 8a i vedtektene fastsettes til:

”§ 8a Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår


Oslo universitetssykehus HF skal utarbeide en årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår. Denne skal tas inn som en note i årsregnskapet. Erklæringen skal ha et innhold som angitt i allmennaksjeloven § 6-16 a, og skal behandles på tilsvarende vis i foretaksmøtet som avholdes i Oslo universitetssykehus HF innen utgangen av juni hvert år. Det vises til allmennaksjeloven § 5-6 tredje ledd.”

Møtet ble hevet klokken 13:00.

Sign: SK BM

Oslo, 10. februar 2012.


Stener Kvinnsland


Bente Mikkelsen

Sign: SK BM

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. mars 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: 1. Tabellvedlegg

SAK 16/2012 RAPPORTERING PER FEBRUAR 2012

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar rapporteringen per februar til orientering.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe CT-simulator og lineærakselerator i samsvar med omtale i styresaken.*
- 3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å igangsette delprosjekt 15 diagnostikk og intervensjon og delprosjekt 24 gynekologisk onkologi i samsvar med omtale i styresaken.*

Oslo, den 22. mars 2012

Bjørn Erikstein

1. SAMMENDRAG

Gjennomgangen av status og resultater viser kortfattet følgende:

- Aktiviteten innenfor somatikken er om lag som budsjettet.
- Innenfor psykisk helsevern er den polikliniske aktiviteten høyere enn planlagt og økt fra 2011.
- Det er noe høyere aktivitet innenfor døgnvirksomheten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn lagt til grunn i budsjettet. Den polikliniske aktiviteten innenfor rusområdet er trolig om lag som budsjettet, men etter bytte av pasientadministrativt system fra nyttår er det noe usikkerhet knyttet til tallene.
- Det er registrert færre liggedøgn for utskrivningsklare pasienter (somatikk) enn budsjettet.
- Det har vært en liten nedgang i antall ventende, og gjennomsnittlig ventetid til avvikling er noe redusert gjennom de siste månedene.
- Andel fristbrudd er noe høyere enn i slutten av 2011.
- Regnskapet viser et negativt budsjettavvik per februar på 18 mill kroner justert for økte pensjonskostnader, og inkludert gevinst fra salg av eiendom på 31 mill kroner. Korrigert for denne salgsinntekten viser ordinær drift et negativt resultatavvik (justert for økte pensjonskostnader) på om lag 50 mill kroner til og med februar.
- Antall brutto månedsverk var i mars 16.968 og har vært relativt stabilt de siste månedene etter en betydelig nedgang ved siste årsskiftet.

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Aktiviteten hittil i 2012 vurderes å være god. Den underliggende aktiviteten innenfor somatikken vurderes å være noe høyere enn budsjettet. Tilpasning av den somatiske aktiviteten til et redusert aktivitetsmål (2012 mot 2011) i en situasjon med lange ventetider er krevende. Det er størst positive aktivitetsavvik innenfor Medisinsk klinikk som har en svært høy andel øyeblikkelig-hjelp pasienter og innenfor Hjerte-, lunge- og karklinikken som har en svært høy andel lands- og regionspasienter. Innenfor psykisk helsevern vurderes det som positivt at den polikliniske aktiviteten er høyere enn budsjettet og økt fra 2011 selv om det er noe usikkerhet knyttet til tallene innenfor rusområdet.

Arbeidet med oppfølging av ventelister og fristbrudd har vært tema i administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikkene i mars. Dette omfatter både gjennomgang av status for ventelistene i den enkelte klinikk og plan for håndtering av ventende. Det er i tillegg gjennomgått hva som gjøres av tiltak i klinikkene for å sikre at legegruppen har tilstrekkelig kunnskap knyttet til pasientrettigheter og oppfyllelse av lovverk.

På bakgrunn av det økonomiske utfordringsbildet i budsjett 2012, herunder at den ordinære driften viser et underskudd på om lag 50 millioner kroner hittil i år, er gjennomføring av planlagte tiltak for å redusere kostnadsnivået høyt prioritert. Ytterligere tiltak må også identifiseres og gjennomføres for å sikre et resultat i samsvar med budsjettet.

For å bidra til gjennomføring av budsjett 2012 er det nå etablert en innsatsgruppe på tvers av stabsområdene medisin, helsefag, HR og økonomi. Formålet med gruppen er støtte til klinikkene i gjennomføringen av fastsatte tiltak i henhold til budsjett 2012.

3. PASIENTBEHANDLING

3.1. Aktivitet somatikk

Per februar er aktiviteten innenfor somatikken (målt i DRG-poeng) omtrent som budsjettet (avvik - 0,3 pst) både når det gjelder både for pasienter fra Helse Sør-Øst-området ("sørge-for" ansvaret) og gjestepasienter fra andre regioner. Når etterregistrering av aktivitet er fullført vurderes det som sannsynlig at den reelle aktiviteten har vært noe høyere enn budsjettet i de to første månedene i år. Det er imidlertid klinikkvise variasjoner. Medisinsk klinikk og Hjerte-, lunge- og karklinikken har høyere aktivitet enn planlagt mens øvrige somatiske klinikker har så langt registrert lavere aktivitet enn planlagt hittil i 2012.

Sammenlignet med de to første månedene i 2011 er det registrert en reell aktivitetsreduksjon på om lag 2 pst (aktivitet begge år målt med 2012-grupper). I forhold til fjoråret er aktiviteten redusert på flere områder som følge av at den såkalte haleaktiviteten i overføringsområdet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF er avviklet. Innenfor enkelte andre områder er aktiviteten imidlertid økt fra 2011 til 2012, blant annet innenfor hjerteområdet hvor det er gjennomført flere PCI-er og ablasjoner. Det er videre en økning i antall traumealamer.

For den somatiske virksomheten innebærer budsjett 2012 en reell reduksjon i aktivitet på om lag 3 pst fra 2011. Deler av dette relateres til avvikling av haleaktivitet. Innenfor radiologiområdet er det lagt til grunn en reduksjon i bruk av radiologitjenester. Dette krever en sterkere styring av radiologitjenestene i 2012 enn tidligere år og krever tett oppfølging gjennom året. Det etableres en intern rapportering på bruk av radiologitjenester.

3.2. Aktivitet psykisk helsevern

For *voksenpsykiatrien* er antall utskrevne pasienter hittil i år som budsjettet, mens antall polikliniske konsultasjoner er 13 pst (1.597 konsultasjoner) høyere enn plantall. Sammenlignet med 2011 er det en reduksjon i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 22 pst (54 opphold). Dette skyldes blant annet at behandlingsbehovet har vært mer krevende enn forventet for flere pasienter, noe som medfører lengre liggetid. Antall polikliniske konsultasjoner er imidlertid økt med 36 pst, fra 10.176 til 13.885 konsultasjoner. Dette er uttrykk for en planlagt endring av virksomheten med større grad av poliklinisk behandling.

Den polikliniske aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er per februar 1,7 pst (148 konsultasjoner) høyere enn plantall. Innenfor døgnvirksomheten er det imidlertid skrevet ut færre pasienter enn budsjettet. Per februar er det kun skrevet ut 1 pasient, mot plantall på 11. Sammenlignet med 2011 er antall polikliniske konsultasjoner øket med 335 (4,0 pst). Det er skrevet ut 16 færre pasienter fra døgnbehandling enn i 2011.

3.3. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB er det skrevet ut 5 pst (20 opphold) flere pasienter fra døgnbehandling enn plantall, mens antall polikliniske konsultasjoner er 15 pst (239) lavere. Det knytter seg noe usikkerhet til reelt antall polikliniske konsultasjoner etter overgang til nytt pasientadministrativt system (DIPS) fra årsskiftet og endringer i registreringspraksis. Foreløpig vurdering fra klinikken er at den polikliniske aktiviteten er omtrent som budsjettet.

Sammenlignet med 2011 er det en reduksjon i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 32 pst (194 opphold). Endringen fra fjoråret henger sammen med et nedtrekk på 10 døgnplasser for avgiftning fra 16. januar 2012 og avvikling av åtte plasser ved Enheten Frogn mai 2011. Antall polikliniske konsultasjoner er redusert med 34 pst (717 konsultasjoner).

3.4. Ventelisteutvikling og fristbrudd

For 2012 er målet at gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal ned mot 65 dager. Per februar var gjennomsnittlig ventetid til avvikling for Oslo universitetssykehus HF var 80 dager. Det har vært en liten nedgang i antall ventende og gjennomsnittlig ventetid til avvikling gjennom de siste månedene. Andelen ventende uten rett til nødvendig helsehjelp som har ventet lenge minker sakte.

Andel fristbrudd var i februar 13 pst og om lag på samme nivå som i samme periode 2011. Andel fristbrudd hittil i år er imidlertid høyere enn i store deler av 2011. Det er stor forskjell i andel fristbrudd mellom klinikkene.

Arbeidet med ventelister og fristbrudd tas opp på alle oppfølgingsmøtene med klinikkene. Arbeid med ventelister og fristbrudd vil fortsatt ha høy prioritet.

3.5. Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Oslo universitetssykehus HF har ikke talloversikt på dette området. Denne rapporteringen er avhengig av en større oppgradering av PasDoc. Dette er så langt ikke gjennomført og vil sannsynligvis ikke komme i gang før til sommeren. Til sammenligning var det ved utgangen av 2011 kun tre av helseforetakene i regionen som var i gang med denne rapporteringen.

3.6. Andel korridorpasienter

Antall korridorpasienter innenfor somatikken er hittil i år 0,9 pst, og redusert fra 1,2 pst i samme periode i 2011 (gjennomsnittlig andel korridorpasienter i 2011 var 1 pst).

Korridorpasienter i somatiske sengeposter er problematisk av bemanningsmessige, etiske og brannsikkerhetsmessige årsaker. Tiltak i klinikkene for å redusere omfanget er å benytte senger på tvers mellom avdelinger i klinikken, tidligere legevisitter og utskrivninger av pasienter, og overføre døgnpasienter til dagbehandling eller poliklinisk behandling. Det er forventet at en kan avlaste somatiske sengeposter med økt utnyttelse av Samhandlingsarena Aker.

3.7. Utskrivningsklare pasienter

Samhandlingsreformen ble iverksatt fra 1. januar 2012. En av intensjonene med reformen var at pasienter som ikke lenger har behov av spesialisthelsetjenester så raskt som mulig skal overføres til kommunalt ansvar. Innenfor somatikken er det fastsatt en døgnpris på 4000 kroner for utskrivningsklare pasienter, og det ble i budsjett 2012 overført midler fra sykehuset til kommunen for å finansiere kommunenes tilbud til pasientene.

Innenfor somatikken var andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i januar 1,5 pst (659 liggedøgn) og 0,9 pst (394 liggedøgn) i februar. For 2012 er det til sammen budsjettet med 25 mill kroner i inntekter for utskrivningsklare. Med en døgnpris på 4.000 kroner tilsvarer dette nivået på utskrivningsklare pasienter innenfor somatikken i

2011. Andelen utskrivningsklare pasienter hittil i år er imidlertid lavere enn budsjettert, og per februar er det et negativt budsjettavvik på 1,1 mill kroner. Det er så langt ikke sendt faktura til Oslo kommune. Dette skyldes at endelig veiledning fra Helsedirektoratet ikke er ferdigstilt. I påvente av dette har Oslo universitetssykehus HF dialog med kommunen om hvilken informasjon som skal være med i utfaktureringsgrunnlaget. Det er avtalt møte med Oslo kommune om dette i uke 12.

Innenfor psykisk helsevern for voksne (VOP) er andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter betydelig større enn innenfor somatikken. Hittil i år er andelen på 5,8 pst. Dette betyr at det innenfor VOP i gjennomsnitt er 12 utskrivningsklare pasienter. Det er ikke innført betalingsordning for VOP.

4. ØKONOMISK RESULTAT

4.1. Resultat per februar

Per februar viser det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF et negativt resultat på 125 mill kroner mot et budsjettert negativt resultat på 40 mill kroner, dvs et negativt budsjettavvik på 85 mill kroner. I dette inngår høyere pensjonskostnader enn budsjettert med 67 mill kroner. Det legges til grunn at økte pensjonskostnader blir kompensert jf omtale i styresak 011-2012 fra Helse Sør-Øst RHF, hvor økte pensjonskostnader utover forutsetningene lagt til grunn i budsjettet er holdt utenom vurdering mot resultatmålet og ”forventes kompensert i Revidert nasjonalbudsjett (RNB)”. Justert for økte pensjonskostnader er det negative budsjettavviket for Oslo universitetssykehus HF per februar 18 mill kroner.

Per januar ble det rapportert et negativt budsjettavvik (også justert for økte pensjonskostnader) på 24 mill kroner. Resultatet for februar måned viser dermed et positivt avvik i forhold til budsjett på 6 mill kroner (justert for økte pensjonskostnader). Gevinst fra salg av eiendom bidrar imidlertid med en engangsinntekt i februar på 31 mill kroner. Uten denne inntekten ville det vært et negativt resultatavvik også i februar (justert for økte pensjonskostnader) på om lag 25 mill kroner. Samlet sett har dermed den ordinære driften vært om lag 50 mill kroner svakere enn forutsatt i budsjettet i de to første månedene i år.

Det er fortsatt er noe usikkerhet knyttet til periodisering av både inntekter og kostnader. Driftsinntektene per februar gjenspeiler en aktivitet innenfor somatikken omtrent som budsjettert. Når etterregistrering av aktivitet er fullført vurderes det som sannsynlig at aktiviteten, og dermed driftsinntektene vil øke noe. Det er imidlertid også noe usikkerhet for variable kostnader, som i stor grad avsettes ut fra periodens rapporterte aktivitet. På kostnadssiden er det i tillegg usikkerhet innenfor IKT-området, hvor tjenesteavtale for 2012 mellom foretaket og Sykehuspartner fortsatt ikke er på plass.

Forventet resultateffekt av mange av de planlagte tiltakene er periodisert forholdsvis flatt i 2012. Gradvis økt gjennomføring av tiltak som forutsatt i budsjettet vil dermed isolert sett redusere de negative budsjettavvikene. I tabellen under omtales avvik i forhold til budsjett per februar for ulike inntekts- og kostnadstyper.

ØBAK OUS	Hittil i 2012		Kommentarer
	Avvik	Avvik i %	
Basisramme	0	0,0 %	Basisrammen inntektsføres som budsjettert.
Aktivitetsbaserte inntekter	-6 203	-0,6 %	Aktivitetsbaserte inntekter er samlet omtrent som budsjettert.
Andre inntekter	30 106	11,1 %	Andre inntekter inkluderer gevinst fra salg av eiendom med 31 mill kroner.
Sum driftsinntekter	23 903	0,8 %	Korrigert for gevinst fra salg av eiendom er driftsinntektene totalt om lag som budsjettert.
Lønn -og innleiekostnader	96 129	-4,6 %	Det er totalt en merkostnad for lønn- og innleie på 96 mill kroner. Av dette er 67 mill kroner relatert til merkostnader for pensjon som følge av endrede forutsetninger. Justert for økte pensjonskostnader er det et negativt avvik for lønn- og innleie på omlag 30 mill kroner, tilsvarende 1,4 pst. Dette skyldes at bemanningen er høyere enn budsjettert.
Varekostnader	14 462	-3,7 %	Varekostnadene er høyere enn budsjettert. Det er avvik på flere arter og steder. Eksempelvis er det høye kostnader til dyre ryggimplantater, og høye medikamentkostnader ved øyeavdelingen (Klinikk for kirurgi og nevrofag). Deler av avviket relateres også til svært dyre medikamenter til enkeltpasienter.
Andre driftskostnader	1 191	-0,2 %	Andre driftskostnader er om lag som budsjettert.
Sum driftskostnader	111 782	-3,7 %	Justert for økte pensjonskostnader er det et negativt avvik for sum driftskostnader på 45 mill kroner.
Driftsresultat	-87 879	-2,9 %	
Netto finans	2 240	15,7 %	Avviket skyldes noe lavere rentekostnader enn budsjettert, inntekt på investering av datterselskap og effekt av interne elimineringsrelatert til AS'ene.
Resultat	-85 640	-2,7 %	
Resultat etter eks.ord. Pens.kost.	-18 004	-0,6 %	

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

4.2. Vurdering av årsestimat

Foretaket er bedt om å rapportere reelle årsestimater per februar. Foreløpig tilsier den overordnede resultatvurderingen og oppfølgingsregimet at det settes et resultatestimert lik vedtatt budsjett (jfr styrets vedtak 9. februar). Økte pensjonskostnader kommer i tillegg med om lag 385 mill kroner. Et årsresultat i samsvar med vedtatt budsjett (justert for økte pensjonskostnader) forutsetter gjennomføring av planlagte tiltak, men også at ytterligere tiltak gjennomføres.

4.3. Gjennomføring av budsjett 2012 og oppfølging av tiltak

For å bidra til gjennomføring av budsjett 2012 er det nå etablert en innsatsgruppe på tvers av de ulike stabsområdene medisin, helsefag, HR og økonomi. Formålet med gruppen er støtte til klinikkene i gjennomføringen av fastsatte tiltak i henhold til budsjett 2012. Innsatsgruppens hovedoppgaver er følgende:

- Sikre at klinikkens planer for bemanningsreduksjoner er tilstrekkelig detaljert og kvalitetssikret
- Sikre tett og koordinert oppfølging med at den samlede porteføljen av budsjett-tiltak i klinikkene gjennomføres i henhold til plan
- Ved behov bistå med å sikre ledelsesmessige avklaringer som er nødvendig for videre fremdrift i gjennomføring
- Gjennomføring av felles prinsipper og retningslinjer for utøvelse av drift, for eksempel bemanningsnormering, ledelse av sengeposter
- Bistå klinikkene i deres arbeid med analyse av egen drift og ved behov invitere eksterne miljøer

- Bistå i identifiseringen av områder der ytterligere tiltak blir nødvendig

4.4. Investeringer og likviditet

Investeringer til omstilling

Innenfor omstillingsprosjektene er nytt akuttbygg det største pågående prosjektet. Akuttbygget er noe forsinket i begynnelsen av året som følge av ny metode for spunting. Forsinkelsen forventes å bli innhentet i løpet av året. Av omstillingsprosjekter som blir ferdige i 2012 kan nevnes bygningstilpasninger for å gjennomføre flytting av onkologi, diverse administrative funksjoner, hematologi og gynekologisk onkologi fra Ullevål til Rikshospitalet.

I styresak 5/2012 vedtok styret følgende:

”2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å igangsette følgende delprosjekter etter vurdering av forprosjektrapporter:

a. Samlokalisering av indremedisinsk virksomhet ved Ullevål i bygg 3.

b. Samlokalisering av ortopedisk virksomhet og gastrokirurgisk virksomhet ved Ullevål i bygg 7.”

Forprosjektrapporter for disse samlokaliseringene er fremlagt og godkjent av administrerende direktør, og arbeidene er nå i gang. For innflytting av indremedisinsk akutt- og døgnvirksomhet fra Aker til Ullevål er det budsjettert med inntil 30 mill kroner. Dette skal dekke oppgraderinger og tilrettelegginger av Bygg 3 (Ullevål sykehus) ifm planlagt innflytting og driftoptimalisering og omhandler oppgradering av en sengepost, tilbakeføring av dagpost og andre rom til pasientrom, etablering av ny dagpost og etablering av flere kontorer i kjeller. I alle arealer som berøres vil Arbeidstilsynets og Branntilsynets pålegg svares ut.

For intern flytting av ortopedisk og fysikalsk medisinsk sengepost og innflytting gastrokirurgisk akutt- og døgnvirksomhet fra Aker til Ullevål er det budsjettert med inntil 26 mill kroner. Dette dekker oppgraderinger og tilrettelegginger av Bygg 7 (Ullevål sykehus) ifm planlagte innflyttinger og omhandler to sengeposter inkl etablering av et ekstra våtrom i hver etasje. I alle arealer som berøres vil Arbeidstilsynets og Branntilsynets pålegg svares ut.

Investeringer til videreføring av ordinær drift

Brannsikring av midtblokka på Ullevål avsluttes i 2012. Planlagt utskiftning av ambulansesflåten går over flere år og i 2012 planlegges det å investere for om lag 20 mill kroner. Foretaket har avsatt midler for å utbedre pålegg fra Brann- og redningsetaten og Arbeidstilsynet. Det planlegges noen store utskiftninger innenfor medisinskteknisk utstyr i 2012, i tillegg til reinvesteringer ved sammenbrudd. Hittil i år har antallet sammenbrudd av medisinsk-teknisk utstyr vært meget høyt og det forventes dermed at budsjettet for 2012 vil være disponert innen april/mai. Ettersom det forventes kassasjoner som overstiger budsjetttrammene for 2012 vil styret i møtet den 3. mai få forelagt et forslag om håndtering av denne situasjonen.

Investeringer i videreføring av drift blir styrt innenfor den likviditet som er gjort tilgjengelig gjennom styrets vedtak om investeringsbudsjett 2012. Leveranser av

medisinsk-teknisk utstyr kan ta et halvt år eller mer fra bestilling. For å sikre tidsmessige leveranser tidlig i 2013 kan det bli aktuelt å måtte foreta bestillinger i 2012 med utgangspunkt i forventet likviditet til investeringer i 2013.

CT-simulatoren som i dag benyttes av Klinikk for kreft og kirurgi ved Radiumhospitalet ble anskaffet i 1997. I dag er det bare en universalsimulator i drift ved Radiumhospitalet. Anskaffelse av en ny CT-simulator er helt vesentlig for å håndtere dagens drift. Basert på forventet innsidensøkning for kreft er anskaffelsen nødvendig for å behandle den forventede økningen i antall pasienter. Anskaffelseskostnaden for utstyret er anslått til 12 millioner kroner og kostnader for bygningsmessige tilpasninger til 2 millioner kroner. Lineærakseleratoren som benyttes av Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon ved Radiumhospitalet er 18 år gammel og det er ikke økonomisk lønnsomt å reparere utstyret. Anskaffelseskostnaden for utstyret er anslått til 25 mill kroner og kostnadene for bygningsmessige tilpasninger til 2 mill kroner. Etersom disse investeringene går ut over Oslo universitetssykehus HF's fullmaktgrenser er det innhentet fullmakt til å benytte 41 mill kroner til anskaffelsene av dette utstyret fra Helse Sør-Øst RHF. Administrerende direktør ber nå om styrets fullmakt til å gjennomføre disse investeringene.

Investeringer i samhandlingsarena Aker

Oslo universitetssykehus HF har fått i oppdrag å bidra til at Aker utvikles og omstilles til en såkalt samhandlingsarena for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i Oslo. Prosessene med å etablere og utvikle Aker som samhandlingsarena går parallelt med og er integrert mot prosesser med samlokalisering og utflytting av virksomhet fra Aker.

En betydelig del av det området på Aker som skal utvikles og omstilles til samhandlingsarena er i relativt god stand sett i forhold til de formål det planlegges for. I flere deler av bygningsmassen vil det imidlertid være behov for tilpasninger og oppgraderinger, og dermed investeringsmidler. En betydelig del av investeringene er nødvendig for å legge til rette for virksomhet som skal utøves av partnerne Oslo universitetssykehus HF skal ha på samhandlingsarenaen, spesielt Oslo kommune. Oslo universitetssykehus HF er i en svært presset investeringssituasjon og det er vanskelig å prioritere investeringer knyttet til virksomhet som skal utøves av partnerne. Den delen av Aker som partnerne vil bruke er eid av Oslo universitetssykehus HF og partnerne er lite villige til å ta investeringsutgiftene direkte. Oslo universitetssykehus HF har derfor skissert en løsning der Oslo universitetssykehus HF gjennomfører de nødvendige investeringene i bygningsmassen som skal leies ut til partnerne. Investeringsutgiftene inkluderes deretter i leiebeløpet som faktureres partnerne. Dette prinsippet er stadfestet i leieavtalene som er under inngåelse.

Oslo universitetssykehus HF har fremlagt problemstillingen om manglende investeringsmidler knyttet til samhandlingsarena på Aker overfor Helse Sør-Øst RHF. I et brev datert 14.03.2012 er det bedt om en finansiering på om lag 50 mill kroner for formål i 2012 og varslet et foreløpig behov på 25 mill kroner i 2013.

Likviditet

Ved utgangen av februar var likviditetsbeholdningen for Oslo universitetssykehus HF - 2.613 mill kroner (bruk av driftskreditt fra Helse Sør-Øst RHF) mot budsjettet - 2.689 mill kroner. Kontantstrøm fra drift bidro med et positivt avvik på 34 mill kroner og kontantstrøm fra investeringer og finansiering med 41 mill kroner. Det positive avviket på drift forklares i hovedsak med at arbeidsgiveravgift på pensjonspremie ikke er

betalt som forutsatt i kontantstrømbudsjettet, samt endringer i omløpsmidler og kortsiktig gjeld. Det positive avviket knyttet til investeringer og finansiering er i hovedsak knyttet til forskyvninger i tid for betaling for investeringer.

5. BEMANNING, SYKEFRAVÆR

5.1. Utvikling månedsverk

Antall brutto månedsverk i Oslo universitetssykehus HF var i mars 16.968 og har vært relativt stabilt de siste månedene etter en betydelig nedgang ved siste årsskiftet. Marstallet var likevel 54 månedsverk høyere enn i januar i år. Denne økningen må imidlertid sees i lys av reduksjonen på 315 månedsverk fra desember 2011 til januar 2012¹.

Reduksjon i bruk av variabel lønn er en vesentlig del av denne samlede nedgangen i utførte årsverk fra slutten av fjoråret. Noe av nedgangen ved årsskiftet er også forklart ved reduksjon i antall eksternt finansierte månedsverk og midlertidige ansatte i klinikkene med stoppdato 31.12 og 31.01. Økningen på 54 årsverk fra januar til mars kan derfor trolig forklares ved at variabel lønn øker noe i starten av året og ved at ansettelsesforhold som var antatt avsluttet i desember reaktiveres i januar/februar. Variabel lønn ligger imidlertid på et lavere nivå i årets første tre måneder enn fjorårets tre siste. Oslo sykehusservice står for en vesentlig andel av foretakets reduksjon i variabel lønn for denne perioden.

Samlet var det en reduksjon fra desember 2011 til mars 2012 på 263 månedsverk. Korrigeres tallet for virkningene av konvert lønnsmodell for overleger (om lag 65 beregnede årsverk i økning for uendret lønnsmasse) har foretaket redusert det reelle ressursforbruket knyttet til bemanning med 323 utførende månedsverk i perioden.

Sammenlignet med budsjetterte månedsverk ligger marsresultatet på 16.968 om lag 430 månedsverk høyere enn det klinikkene isolert sett har budsjett til. Dette må imidlertid også sees på bakgrunn av at det er udisponerte midler i budsjettet (som det dermed ikke er knyttet årsverk til).

Av reduksjonen på 263 brutto månedsverk fra desember 2011 til mars 2012, er om lag 100 månedsverk (160 årsverk når det korrigeres for endret lønnsmodell for leger) knyttet til somatikken (inklusive støttefunksjonene) og 90 årsverk til psykisk helse og avhengighet. Interne støttetjenester er redusert med om lag 75 månedsverk i perioden. Den prosentvise reduksjonen i månedsverk er størst ved Klinikk for psykisk helse og avhengighet.

Stillingsgrupper

Fra desember 2011 til mars 2012 er det en reduksjon i antall brutto månedsverk, eksklusiv eksternt finansierte, for alle stillingsgrupper med unntak av ambulanspersonell og forskning. Reduksjonen er størst for sykepleiere med 111 månedsverk (-2,0 prosent).

¹ Fra 17.231 månedsverk i desember til 16.916 i januar. Denne reduksjonen er på 375 utførende Månedsverk når det korrigeres for en teknisk økning i antall månedsverk (uten tilsvarende økning i kostnader og reell ressursbruk) for overleger på om lag 60 som følge av bytte av lønnsmodell for overleger ved flere avdelinger, jf. orientering i fremlagt resultatrapport til styret 2. mars 2012.

Administrasjon/ledelse, drift/teknisk personell og pasientrettede stillinger er redusert med hhv 50, 47 og 40 månedsværk.

5.2. Videre arbeid med bemanningsstyring og reduksjon av årsværk i 2012

Oppfølgingen av klinikkens gjennomføring av bemanningsreduksjoner i 2012 blir forsterket gjennom etablering av innsatsgruppen i Direktørens stab. Innsatsgruppen vil sikre at klinikkens planer for bemanningsreduksjoner er tilstrekkelig detaljert og kvalitetssikret. Dette gjennomføres med både nye malværk og egen oppfølging med hver enkelt klinikk.

5.3. Bruk av variabel lønn

Variabel lønn er et av oppfølgingspunktene både i klinikkens månedlige økonomi- og aktivitetsrapportering til ledelsen. Ukentlige oppfølgingen og systematisk arbeid med å redusere variabel lønn igangsatt i 2011 fortsetter i 2012. Temaet følges opp fast i driftsmøter og det holdes fokus på dette i linjen, med bistand fra HR etter behov. Samtlige klinikker har i 2011 meldt økende fokus på variabel lønn.

For øvrig rapporteres fortsatt fokus på flere typer av tiltak for å unngå overtid og mertid:

- Bruk av ekstravaktpool
- Tilpasse aktiviteten, redusere overbelegg
- Ressursbruk på tvers av enheter
- Styrte ferieavvikling
- Minimere vakanser
- Rekruttering til riktig tid for å unngå ekstraarbeid ved ledige stillinger
- Endre vaktlengde og bruk av forskjøvet vakt

5.4. Innleie av helsepersonell

Utviklingen i innleie av helsepersonell følges i klinikkens månedlige økonomi- og aktivitetsrapporter til ledelsen. I januar og februar 2012 er tallene for innleide månedsværk lavere enn ved avslutningen av 2011. Tabellen nedenfor viser utviklingen i totalt antall månedsværk innleie i perioden oktober 2011 til februar 2012.

	Oktober 2011	November 2011	Desember 2011	Januar 2012	Februar 2012
Månedsværk innleie	182	205	258	118	141

Sammenliknet med tilsvarende periode i fjor og siste kvartal 2011 har alle klinikker redusert innleie i årets to første måneder. Bruk av innleid personell er imidlertid vesentlig større enn forutsatt i budsjett 2012. Bruk av innleie er størst ved intensivavdelingen.

5.5. Sykefravær

Sykefraværet for 2011 totalt lå i gjennomsnitt på 7,4 prosent, en svak nedgang fra 7,5 prosent i 2010. Gjennom året varierte sykefraværet fra 7,3 prosent til 8,2 prosent samlet for Oslo universitetssykehus HF, med klinikkvise variasjoner mellom 5,9 og 9,6 prosent. Av sykefraværet i 2011 var 2,5 prosent korttidsfravær og 4,8 prosent langtidsfravær.

Sykefraværet i januar 2012 er 8,0 prosent, hvorav 3,0 prosent er korttidsfravær og 5,0 er langtidsfravær.²

Det er knyttet usikkerhet til tallgrunnlaget. Sykefraværstallene er korrigert etter at en feil i beregningen hos Sykehuspartner ble oppdaget. Feilen omfatter ansatte med flere aktive arbeidsforhold hos samme arbeidsgiver. Sykehuspartner arbeider (per mars 2012) med verifisering av ny beregning og nytt tallgrunnlag.

6. FULLMAKT TIL Å IGANGSETTE DELPROSJEKT INNEN DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON OG GYNEKOLOGISK ONKOLOGI

6.1. Delprosjekt 15 diagnostikk og intervensjon

Det ble i styresak 27-2010 gjort rede for hovedtrekkene i prosjektrapport «Øvrige mulige flyttetiltak før Dag 3. I rapporten er et felles eksternt prøvemottak og samlokalisering av MEDGEN et ønsket arealtiltak. Prosjektrapporten er én av tre rapporter (utarbeidet av prosjekt Areal og Aktivitet) som ligger til grunn for igangsetting av prosjekt OUS arealtiltak.

Klinikk for diagnostikk og intervensjon ønsker økt samlokalisering og bedre arealutnyttelse. Det har fra klinikkens side vært arbeidet med denne samlokaliseringen i flere år og det foreligger en økonomisk driftsanalyse som viser en betydelig innsparing og optimalisering ved denne tilretteleggingen. Delprosjekt 15 skaper mulighet for å organisere ulike funksjoner på tvers av avdelingene. Delprosjekt 15 er også begrunnet i flytting og tilpassing av virksomhet som følge av utflytting fra Aker sykehus.

Prosjektet er også en del av den overordnede rocade/flyttingen, samling av virksomheten, som er definert i prosjekt OUS arealtiltak. Personell som i dag er lokalisert på Radiumhospitalet, MEDGEN klinisk virksomhet, vil med denne samlokaliseringen flyttes til Forskningsveien 2B. Overflyttingen er en nødvendig del av rokaden for å få innplassert gynekologisk onkologi i AB4 Radiumhospitalet. Personell som i dag er lokalisert i Forskningsveien, MEDGEN lab, er med denne samlokaliseringen tenkt innplassert i B25 på Ullevål.

Saken omhandler forprosjekt for ombygginger på Ullevål (Bygg25), på Rikshospitalet (Flowcytometri) og i Forskningsveien 2B. Forprosjektrapport kan fås ved henvendelse.

Felles eksternt prøvemottak:

Etableringen av et felles prøvemottak ved Ullevål er et tiltak for samlokalisering. Målet er å få et felles mottak for alle henvendelser til ett sted. Dette krever omdisponeringer av arealer i 1. etasje i nordenden av bygg 25. Klinikken disponerer arealet i dag. Omdisponeringen skjer mellom mikrobiologisk avdeling og avdeling for medisinsk genetik.

Samling MEDGEN, laboratorievirksomhet:

Avdelingen for medisinsk genetik samorganiserer laboratorievirksomheten ved avdelingen og sentraliserer denne i 6. etasje bygg 25.

² Tallgrunnlaget er hentet fra Profitbase per 13. mars 2012 og viser oppdaterte sykefraværstall etter korrigering av beregningen av sykefraværspersenten.

Samling MEDGEN, klinisk virksomhet:

Avdelingen flytter den kliniske virksomheten som i dag er lokalisert i 4. etasje (bygg A/B) på Radiumhospitalet til Forskningsveien 2B.

Flowcytometri:

Aktivitet tilknyttet flowcytometri er flyttet til Rikshospitalet, til midlertidige lokaler. Det er planlagt ytterligere en intern flytting til permanent areal, og tiltak for dette inngår i delprosjektet. Det er uavklart hvorvidt utstyrsanskaffelse er nødvendig for den flyttingen. Avklaring blir gjort i forbindelse med utarbeidelse av forslag til byggebudsjett.

Som følge av en nødvendig intern (og ekstern) rokkering er prosjektet delt inn i ulike faser:

Fase 1 omfatter (mindre byggarbeider, som har pågått parallelt med utredning)

- Ombygging av arealer til avdeling for Flowcytometri.
- Fase 1.1 Ombygging av deler av 5-etg.
- Fase 1.2 Ombygging av vaskerom i 4 etg.

Fase 2 omfatter. Ombygging av arealer for Felles prøvemottak + Medisinsk genetikkk i 1-etg bygg 25.

Fase 3 omfatter: Ombygging av arealer i 2 etg. Bygg 25 på Ullevål for MEDGEN.

Fase 4. omfatter: Ombygging av arealer i 5 etg for immunologi

Fase 5. Medisinsk genetikkk 6-etg. Ombygging av arealer i 6-etg for MEDGEN

Fase 6 Forskningsveien 2B. Ombygging av arealer i Forskningsveien 2B.

Fase 7 Garderober i u-etg bygg 25. Bygging av garderober vil bli foretatt etter behov.

Dette betyr at når de enkelte avdelinger trenger garderobeplass bygges dette.

Forventet ferdigstilling er satt til andre kvartal 2013.

Kostnadsramme er 49 644 922 kroner inkludert merverdiavgift og reserver, hvorav 8 336 000 kroner til utstyr.

6.2. Delprosjekt 24 gynekologisk onkologi

Avdelingen for gynekologisk onkologi skal flytte fra Ullevål sykehus og samlokaliseres med tilsvarende avdeling på Radiumhospitalet. Dette er en indirekte forutsetning for å få plass til overføringer fra Aker sykehus. Avdelingen fra Ullevål plasseres i Bygg A 4. etasje på Radiumhospitalet. I dag er avdelingen for dagkirurgi plassert i dette arealet på Radiumhospitalet. Dagkirurgi vil etter en mindre oppgradering flytte til Bygg A6. Forprosjektrapport kan fås ved henvendelse.

Ved flytting av gynekologisk onkologi fra Ullevål til Radiumhospitalet må laparoscopi installeres i en av operasjonsstuene. Som følge av dette er det behov for reparasjon/erstatning av eksisterende kjølemaskin. Utstyrsbehovet er:

- Dagkirurgen A6 4,5 mill
- Laparoscopi installasjon: 4,0 mill
- Utbedre kjøling AB 3,5 mill

Forventet ferdigstilling er satt til fjerde kvartal 2012.

Kostnadsramme for delprosjekt 24 gynekologisk onkologi er 37 377 138 kroner inkludert merverdiavgift og reserver.

Intern resultatrapport – vedlegg til styresak 16/2012

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Februar 2012
(Bemanningstall for mars)

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1 Overordnede nøkkeltall

2 Pasientbehandling

- 2.1 Aktivitet og DRG – somatikk
- 2.2 Aktivitet - psykisk helsevern
- 2.3 Ventelisteutvikling
- 2.4 Fristbrudd
- 2.5 Radiologi henvisninger

3 Økonomi og finans

- 3.1 Økonomisk resultat
- 3.2 Kommentarer til økonomisk resultat per ØBAK-linje
- 3.3 Økonomisk resultat - per klinikk
- 3.4 Kommentarer til klinikkens avvik per februar

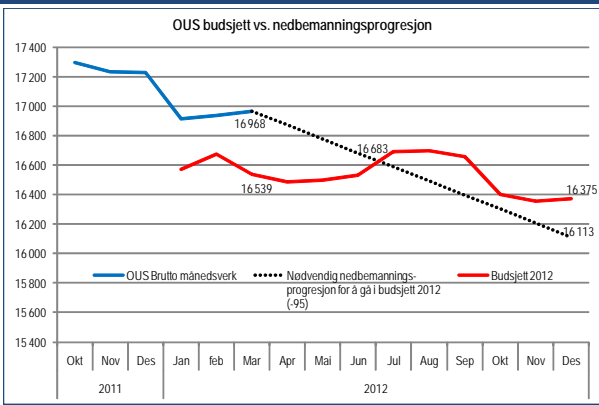
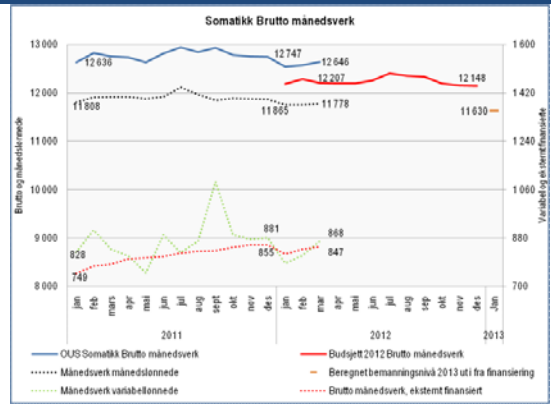
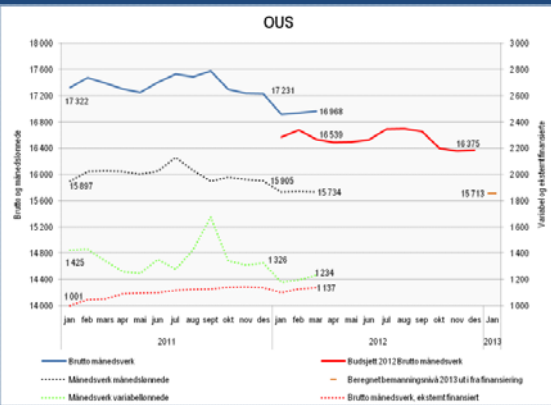
4 Bemanning

- 4.1 Bemanningsutvikling
- 4.2 Bemanningsindikatorer, inkl. innleie fra vikarbyrå
- 4.3 Bemanningsutvikling per klinikk

1 Overordnede nøkkeltall

Oslo universitetssykehus HF

Rapportering februar 2012		Denne periode					Resultat hittil i år					Resultat hittil i fjor			
Gruppe	Indikator	Faktiske tall periode	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Vurdering	Faktiske tall	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Vurdering	Utvikling	Faktiske tall	Endring 11-12	Endring fra 2011 i %
Pasientbehandling															
Somatikk	DRG-poeng totalt	17 821	17 369	452	2,6 %	🟡	35 425	35 514	-89	-0,3 %	🟡	➡			
	Utskrøve (avsl. døgnopphold)	8 542	8 674	-132	-1,5 %	🔴	17 233	17 613	-380	-2,2 %	🔴	⬇			
	Dagopphold	6 003	5 987	16	0,3 %	🟡	12 710	12 240	470	3,8 %	🟡	⬆			
	Polikliniske konsultasjoner	66 271	64 345	1 926	3,0 %	🟡	135 248	131 629	3 619	2,7 %	🟡	⬆			
Psykisk helsevern	Utskrøve (avsl. døgnopphold)	99	101	-2	-2,0 %	🔴	186	195	-9	-4,6 %	🔴	⬇	256	-70	-27,3 %
	Liggedøgn	6 440	6 444	-4	-0,1 %	🟡	13 174	13 402	-228	-1,7 %	🔴	⬇	15 769	-2 595	-16,5 %
	Dagbehandling	310	268	42	15,7 %	🟢	635	553	82	14,8 %	🟢	⬆	1 062	-427	-40,2 %
	Polikliniske konsultasjoner	11 426	10 110	1 316	13,0 %	🟢	22 556	20 811	1 745	8,4 %	🟢	⬆	18 512	4 044	21,8 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Utskrøve (avsl. døgnopphold)	226	191	35	18,3 %	🟢	399	379	20	5,3 %	🟢	⬆	593	-194	-32,7 %
	Liggedøgn	2 546	2 404	142	5,9 %	🟢	5 220	4 815	405	8,4 %	🔴	⬆	6 712	-1 492	-22,2 %
	Dagbehandling	45	130	-85	-65,4 %	🔴	108	257	-149	-58,0 %	🔴	⬇	52	56	107,7 %
	Polikliniske konsultasjoner	626	792	-166	-21,0 %	🔴	1 370	1 609	-239	-14,9 %	🔴	⬇	2 087	-717	-34,4 %
Økonomi og personell															
Økonomi	Resultat	-58 813	-29 411	-29 402	-1,9 %	🔴	-125 251	-39 611	-85 640	-2,7 %	🔴	⬆			
	Resultat etter eks.ord. Pens.kost.	-22 940	-29 411	6 471	0,4 %	🟢	-57 615	-39 611	-18 004	-0,6 %	🔴	⬆			
Bemanning	Årsverk totalt	16 938	16 677	-262	-1,6 %	🟡	16 927	16 625	-303	-1,8 %	🟡	⬆	17 475	-547	-3,1 %



2.1 Aktivitet og DRG – somatikk

Klinikk	Resultat hittil i år			
	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %
Medisinsk klinikk	4 653	4 885	232	5,0 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	9 796	9 370	-426	-4,3 %
Kvinne og barneklubben	5 808	5 711	-97	-1,7 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	9 396	9 005	-391	-4,2 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	5 264	5 418	154	2,9 %
Akuttklubben	517	680	163	31,5 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	5	18	13	260,0 %
Biologiske legemidler (utenom sykehus)	400	337	-63	-15,8 %
Fellesposter	-325	0	325	-100,0 %
SUM	35 514	35 424	-90	-0,3 %

Budsjett 2012 revidert ut fra felles registreringspraksis (PasDoc).

Registreringspraksis i 2012 påvirker klinikkenes avvik ved at det fortsatt er registrert for mye aktivitet ved Akuttkl.

KKN ønsker å revurdere periodiseringen av budsjett etter omkoding. Dette kan redusere det negative avviket.

Klinikk	Endring fra fjoråret (kun aktivitet i OUS*)			
	02/2011	02/2012	Endring	Endring i %
Medisinsk klinikk	5 312	4 885	-427	-8,0 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	9 308	9 049	-259	-2,8 %
Kvinne og barneklubben	5 957	5 715	-242	-4,1 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	9 170	9 005	-165	-1,8 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	5 250	5 418	168	3,2 %
Akuttklubben	508	680	172	33,9 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	21	18	-3	-14,3 %
Fellesposter	72	0	-72	-100,0 %
SUM	35 598	34 770	-828	-2,3 %

* DRG-poeng for legevakten og biologiske legemidler er holdt utenom

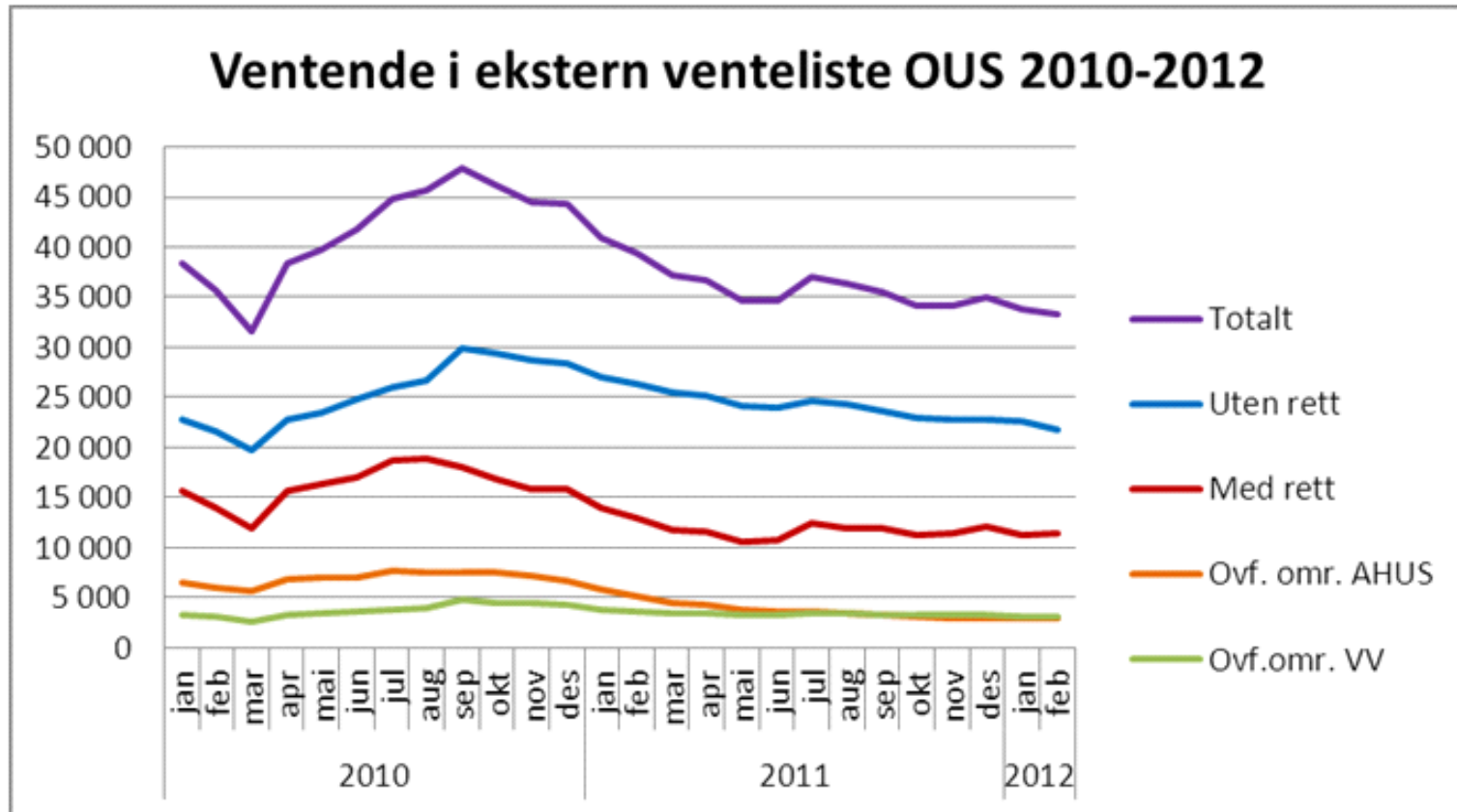
Aktivitet 2011 som 2012, og justert for gjenstående omkoding for å få sammenlignbarhet.



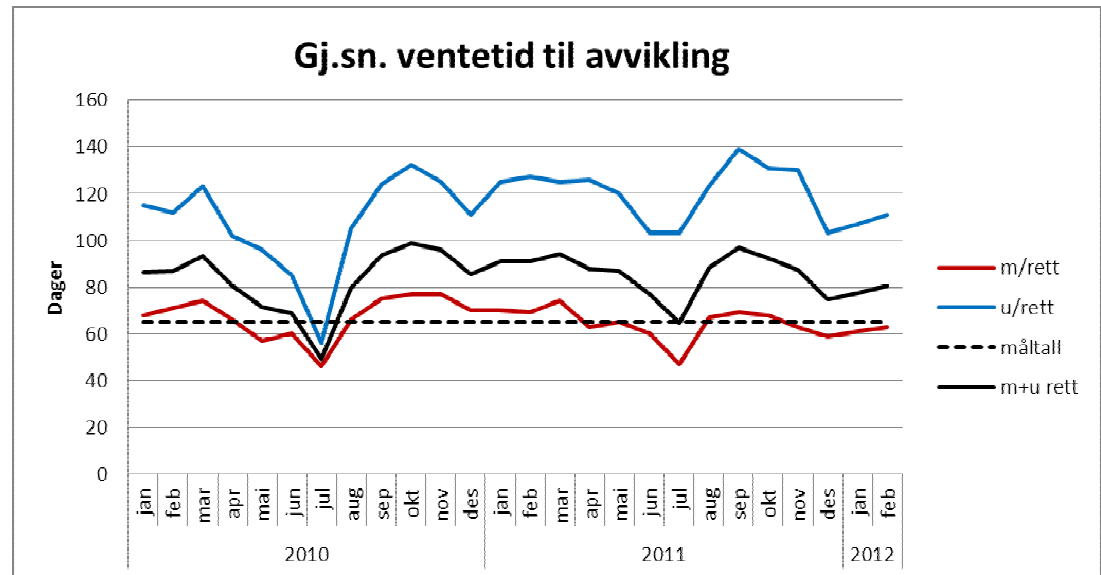
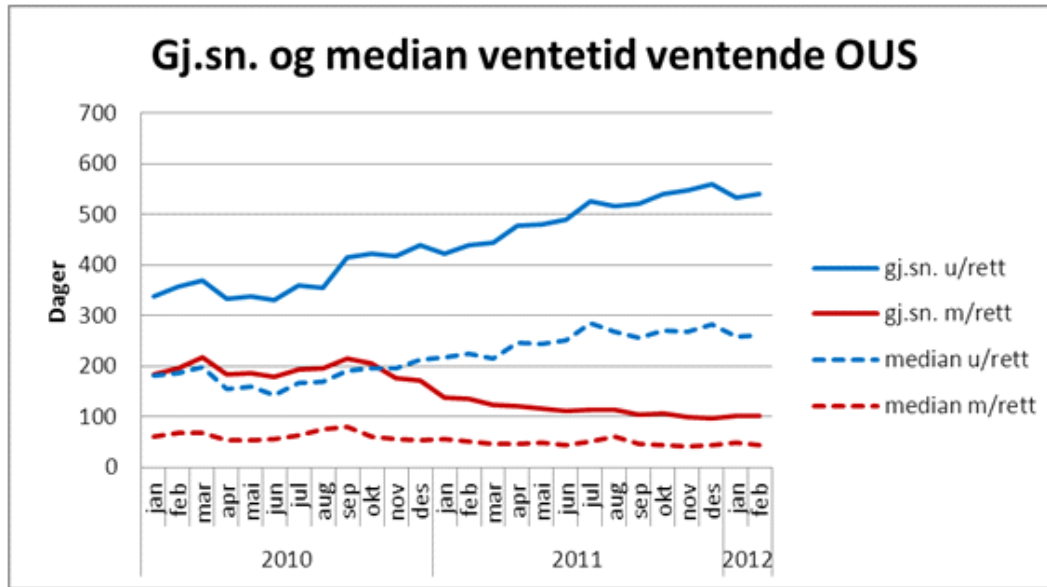
2.2 Aktivitet – psykisk helsevern

Februar 2012		Denne periode				Resultat hittil i år			
Klinikk		Faktiske tall periode	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %
Aktivitet	Indikator								
VOP	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	98	94	4	4,3 %	185	184	1	0,5 %
	Liggedøgn	6 068	6 078	-10	-0,2 %	12 397	12 634	-237	-1,9 %
	Dagopphold	52	0	52		101	0	101	
	Polikliniske konsultasjoner	7 291	5 828	1 463	25,1 %	13 885	12 288	1 597	13,0 %
BUP	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	1	7	-6	-85,7 %	1	11	-10	-90,9 %
	Liggedøgn	372	366	6	1,6 %	777	768	9	1,2 %
	Dagopphold	258	268	-10	-3,7 %	534	553	-19	-3,4 %
	Polikliniske konsultasjoner	4 135	4 282	-147	-3,4 %	8 671	8 523	148	1,7 %
TSB	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	226	191	35	18,3 %	399	379	20	5,3 %
	Liggedøgn	2 546	2 404	142	5,9 %	5 220	4 815	405	8,4 %
	Dagopphold	45	130	-85	-65,4 %	108	257	-149	-58,0 %
	Polikliniske konsultasjoner	626	792	-166	-21,0 %	1 370	1 609	-239	-14,9 %

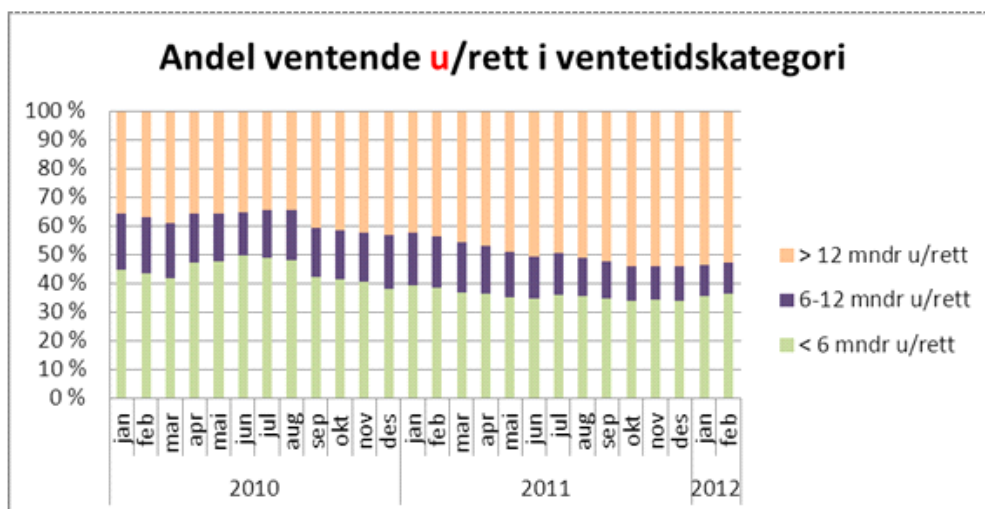
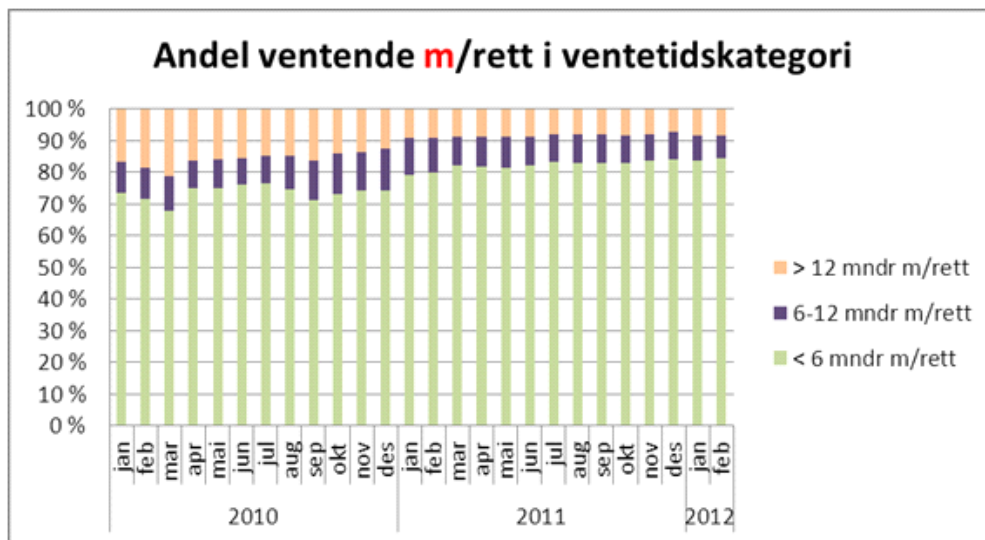
2.3 Ventelisteutvikling – antall ventende



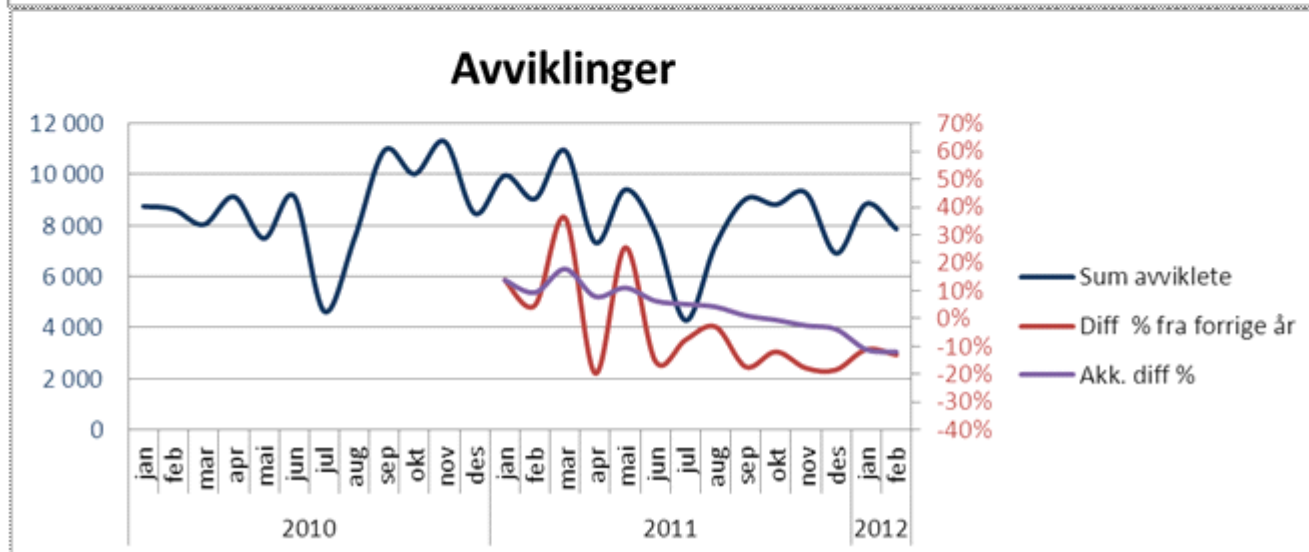
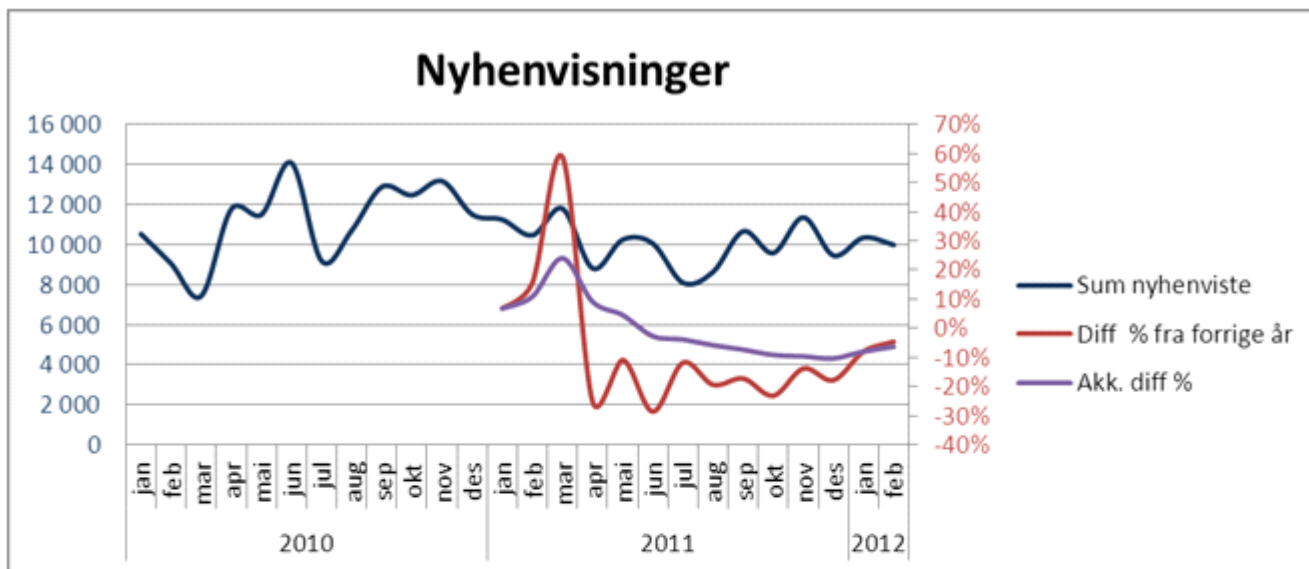
2.3 Ventelisteutvikling – ventetider



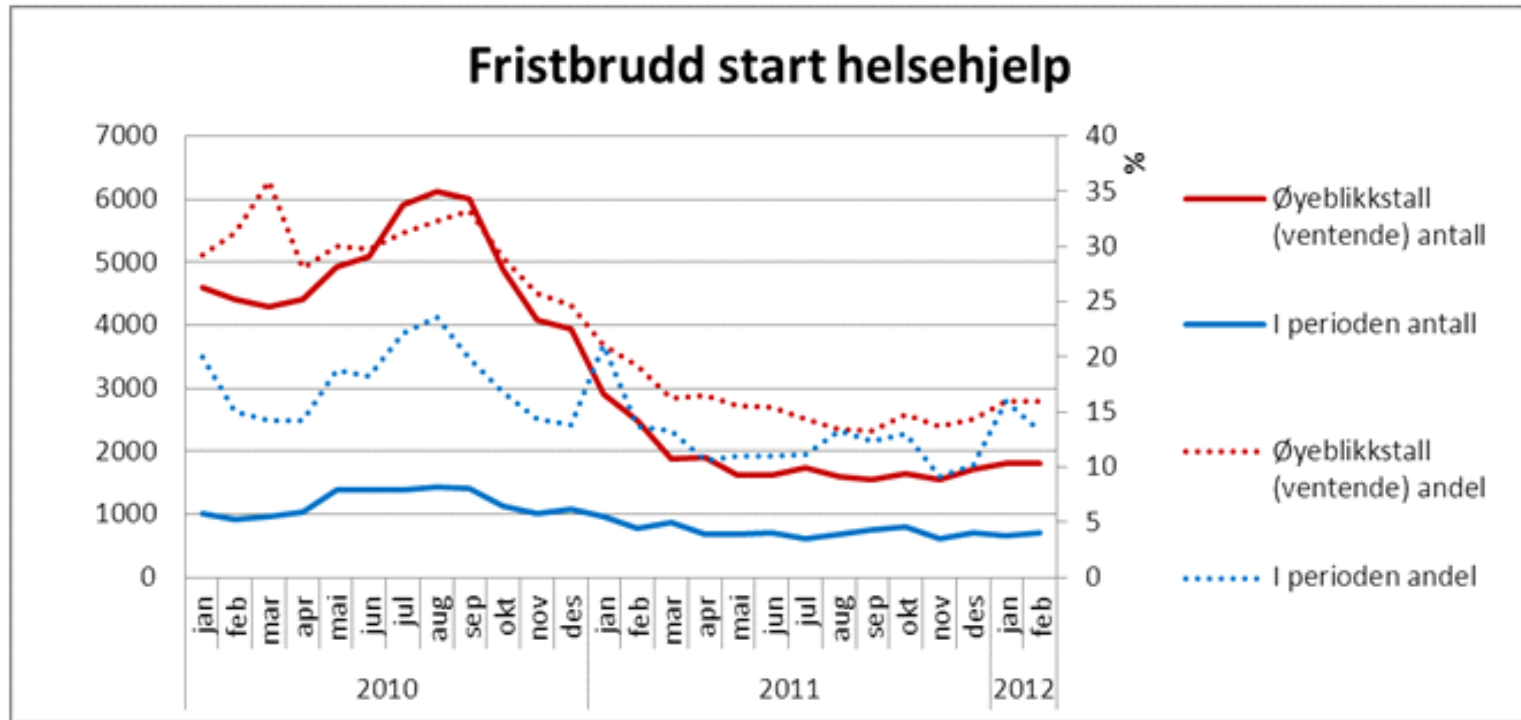
2.3 Ventelisteutvikling – ventetidskategorier



2.3 Ventelisteutvikling – nyhenvisninger/avviklinger



2.4 Utvikling fristbrudd



2.5 Radiologi henvisninger

Henvisning /modalitet	Februar				Akkumulert			
	2011	2012	Endring	Endring i %	2011	2012	Endring	Endring i %
CT	4 718	4 568	-150	-3,2 %	9 811	9 466	-345	-3,5 %
MG	731	589	-142	-19,4 %	1 453	1 240	-213	-14,7 %
MR	2 478	2 228	-250	-10,1 %	5 195	4 711	-484	-9,3 %
NM	682	676	-6	-0,9 %	1 415	1 380	-35	-2,5 %
PET	224	252	28	12,5 %	517	565	48	9,3 %
RG	14 684	14 260	-424	-2,9 %	31 312	29 269	-2 043	-6,5 %
UL	3 297	3 647	350	10,6 %	6 847	7 519	672	9,8 %
XA	780	325	-455	-58,3 %	1 661	662	-999	-60,1 %
ULEKSTR		1	1			1	1	
To ta lt	27 594	26 546	-1 048	-3,8 %	58 211	54 813	-3 398	-5,8 %

Noe usikkerhet knyttet til fordeling på modaliteter ved RH pga. nytt kodeverk for undersøkelser.
Tilsendte undersøkelser har hittil i år økt fra 4 686 til 5 261 (12,3 %).

2.5 Henvisninger (februar) pr klinikk

Klinikk	CT		MR		RG		PET		Andre		Totalt		
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	%-vis
PHA	11	19	52	31	19	25			7	5	88	80	-9,5 %
MED	589	560	268	225	1 499	1 321	6	11	705	445	3 067	2 562	-16,5 %
KKN	1 301	1 215	957	868	6 064	5 961	21	21	364	350	8 707	8 415	-3,4 %
KVB	196	219	220	196	1 080	1 045	10	5	664	844	2 170	2 309	6,4 %
KKT	1 141	1 317	496	634	1 651	1 611	63	126	1 578	2 035	4 928	5 723	16,1 %
HLK	345	287	111	77	2 088	2 015	10	12	478	406	3 032	2 797	-7,8 %
AKU	680	817	42	36	1 463	1 537		1	366	403	2 551	2 794	9,5 %
KDI	6	10	55	98	28	26		8	88	37	177	179	1,2 %
Ukjent	360	6	208	14	309	65	103	50	612	237	1 592	372	-76,6 %
Eks te m	90	118	68	49	483	653	11	18	629	476	1 281	1 314	2,6 %
OUS	4 718	4 568	2 478	2 228	14 684	14 259	224	252	5 490	5 238	27 594	26 545	-3,8 %

Kategorien "Andre" inneholder: MG (mammografi), NM (nukleær), XA, UL (ultral lyd) og Ukjent modalitet

Tallene per klinikk er presentert for februar måned ettersom rekvirent/kortkoder ikke er valide for januar.

3.1 Økonomisk resultat

ØBAK OUS	Denne periode				Hittil i 2012			
	Faktisk Feb	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	851 453	851 453	0	0,0 %	1 726 082	1 726 082	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	503 507	491 193	12 313	2,5 %	996 773	1 002 976	-6 203	-0,6 %
Andre inntekter	173 437	134 689	38 747	28,8 %	301 436	271 330	30 106	11,1 %
Sum driftsinntekter	1 528 396	1 477 336	51 061	3,5 %	3 024 291	3 000 389	23 903	0,8 %
Lønn -og innleiekostnader	1 078 283	1 025 830	52 452	-5,1 %	2 169 611	2 073 482	96 129	-4,6 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	218 055	190 995	27 060	-14,2 %	405 021	390 558	14 462	-3,7 %
Andre driftskostnader	285 575	283 756	1 819	-0,6 %	562 871	561 680	1 191	-0,2 %
Sum driftskostnader	1 581 912	1 500 581	81 331	-5,4 %	3 137 502	3 025 721	111 782	-3,7 %
Driftsresultat	-53 515	-23 245	-30 270	-2,0 %	-113 211	-25 332	-87 879	-2,9 %
Netto finans	-5 298	-6 166	868	14,1 %	-12 039	-14 279	2 240	15,7 %
Resultat	-58 813	-29 411	-29 402	-1,9 %	-125 251	-39 611	-85 640	-2,7 %
Resultat etter eks.ord. Pens.kost.	-22 940	-29 411	6 471	0,4 %	-57 615	-39 611	-18 004	-0,6 %

Kommentar: I periodens resultat inngår gevinst fra salg av eiendom med 31 mill kroner.

4.2 Kommentarer til økonomisk resultat per ØBAK-linje (rapporteringsformat til Helse Sør-Øst RHF)

Art ØBAK	Regnskap	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	-1 726 082 000	-1 726 082 000	0	/a
ISF egne pasienter	-349 451 872	-335 643 000	13 808 872	De totale ISF-inntektene er omtrent som budsjettet. Se også kommentarer for aktivitet somatikk.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-49 917 147	-67 855 540	-17 938 393	ISF-refusjon kommunal medfinansiering er høyere enn budsjettet. Dette skyldes at en noe større andel av aktiviteten er definert som KMF enn det som er lagt til grunn i budsjettet. Avvik mellom
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	-101 116 298	-94 667 000	6 449 298	øvrige ISF-inntekter skyldes at effekt av grupper 2012 gir større utslag for polikliniske aktivitet (stråle) enn forutsatt i budsjettet.
ISF-inntekt kostnadskrevede legemidler UTENFOR sykehus	-5 150 573	-6 118 000	-967 427	
Utskrivningsklare pasienter	-2 852 800	-4 042 169	-1 189 369	Det er avsatt inntekter for utskrivningsklare pasienter ut fra antall liggedøgn for utskrevne pasienter. Fakturering er ennå ikke foretatt. Inntektene for februar er lavere enn i januar.
Gjestepasienter	-78 538 144	-82 408 000	-3 869 856	Gjestepasientinntektene er noe lavere enn budsjettet, men må sees i sammenheng med øvrige aktivitetsbaserte inntekter.
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	-342 899 770	-341 629 378	1 270 392	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er om lag som budsjettet.
Polikliniske inntekter				De polikliniske inntektene er noe lavere enn budsjettet. Dette gjelder både for poliklinikk, og laboratorie/radiologi. Avviket skyldes blant annet noe forsiktig estimat for PET-inntekter. Deler av avviket gjelder eksternt finansiert virksomhet.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	-66 846 434	-70 613 284	-3 766 850	Det er høyere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Dette skyldes i hovedsak høyere aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag, Nevrokirurgisk avdeling.
Andre øremerkede tilskudd	-5 987 266	-4 216 336	1 770 930	Det er inntektsført mer investeringstilskudd enn budsjettet hittil, og nivå for øremerkede tilskudd hittil i år er noe høyere enn periodisert budsjett.
Andre driftsinntekter	-130 031 771	-115 319 763	14 712 008	I avvik for andre driftsinntekter inngår gevinst fra salg av eiendom med 31 mnok. Inntekter fra selvbetalende pasienter er lavere budsjettet. Resterende avvik må delvis ses i sammenheng med avvik for andre øremerkede tilskudd.
To tatt Driftsinntekter	-3 024 291 142	-3 000 388 526	23 902 616	
Kjøp av off helsetjenester	12 474 311	16 586 022	4 111 711	Avvik mellom disse linjene må ses i sammenheng.
Kjøp av private helsetjenester	30 349 563	23 664 217	-6 685 346	
Varekostnader knyttet til aktiviteten i FG	352 723 298	340 531 125	-12 192 173	Varekostnadene er høyere enn budsjettet. Det er avvik på flere arter og steder. Eksempelvis er det høye kostnader til dyre ryggimplantater, og høye medikamentkostnader ved øyavdelingen (Klinikk for kirurgi og nevrofag). Deler av avviket relateres også til svært dyre medikamenter til enkeltpasienter.
Innleid arbeidskraft - del av kto 458	17 748 209	11 976 293	-5 771 916	Innleiekostnadene er ikke redusert som forutsatt i budsjettet. Avviket er størst innenfor intensivområdet.
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	9 473 624	9 777 004	303 380	Konserninterne gjestepasienter er omtrent som budsjettet per februar.
Lønn til fast ansatte	1 418 316 884	1 402 178 051	-16 138 833	For de samlede lønnskostnadene er det et merforbruk (justert for økte pensjonskostnader på 67 mnok) på om lag 23 mnok. Avvik for lønn til fast ansatte, overtid/ekstrahjelp og annen lønn
Overtid og ekstrahjelp	164 978 949	148 343 753	-16 635 196	(vesentlig arbeidsgiveravgift) er på 45 mnok. Av dette kan 22 mnok relateres til høyere refusjonsberettiget fravær enn budsjettet. Øvrig avvik skyldes høyere bemanning enn budsjettet.
Pensjon	407 376 044	339 740 673	-67 635 370	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-101 757 535	-79 219 529	22 538 006	
Annen lønn	262 948 501	250 463 062	-12 485 439	
Avskrivninger	131 715 424	133 334 000	1 618 576	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.
Andre driftskostnader	431 155 152	428 346 582	-2 808 570	Andre driftskostnader vurderes å være omtrent som budsjettet hittil i år. Det knytter seg fortsatt usikkerhet til kostnadene til Sykehuspartner IKT da det ennå ikke foreligger tjenesteavtale for 2012.
To tatt Driftskostnader	3 137 502 424	3 025 721 253	-111 781 171	
Finansinntekter	-3 509 621	-2 052 000	1 457 621	Renteinntektene er omtrent som budsjettet. Avviket skyldes inntekt på investering av datterselskap og effekt av interne eliminerings relatert til AS'ene.
Finanskostnader	15 548 852	16 331 000	782 148	Avvik skyldes noe lavere rentekostnader enn budsjettet.
Totalt Netto finansposter	12 039 232	14 279 000	2 239 768	
Totalt	125 250 514	39 611 727	-85 638 787	
Herav økte pensjonskostnader			-67 635 370	
Totalt justert for økte pensjonskostnader			-18 003 416	

3.3 Økonomisk resultat – per klinikk

Pr. 29.02.2012 per 02 v08

	Akkumulert avvik fra budsjett			Avvik forrige måned
	Inntekt	Kostnad	Resultat	
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	6 191	-2 610	3 582	-484
MED MEDISINSK KLINIKK	6 147	-11 853	-5 706	-5 726
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	-2 830	-30 994	-33 824	-8 877
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	-6 738	771	-5 967	141
KKT KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON	-8 133	-24 715	-32 848	-7 762
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	1 287	-10 174	-8 887	-3 605
AKU AKUTTKLINIKKEN	69	-16 403	-16 334	-3 608
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	-2 362	-162	-2 525	-74
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	-2 003	-5 047	-7 050	-5 211
KRG KREFTREGISTERET	-362	362	0	0
STA DIREKTØRENS STAB	8 167	-1 995	6 172	2 575
FPO FELLESPOSTER	25 867	-8 711	17 156	-24 435
AS KONSERN	0	338	338	990
RESULTAT	25 300	-111 194	-85 894	-56 077
Resultat justert for effekt av elimineringsreguleringer			-85 639	-56 237
Herav økte pensjonskostnader			-67 635	-31 762
Avvik justert for økte pensjonskostnader			-18 004	-24 475

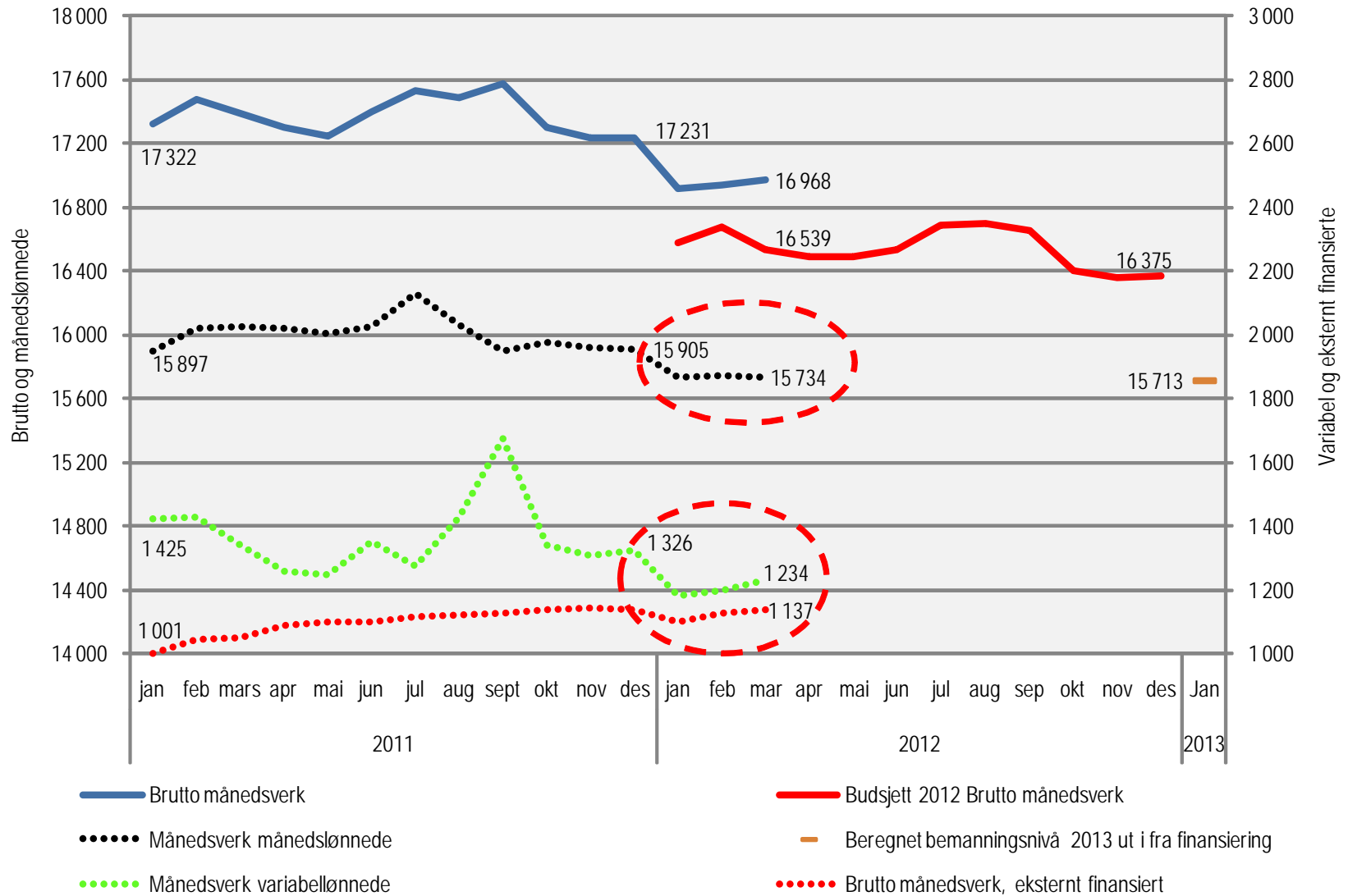
Resultat av avvik for DRG-poeng er bokført på klinikk i februar (i januar var all ISF-inntekt bokført under Fellesposter).

4.4 Kommentarer til klinikkens avvik per februar

Klinikk	Avvik i mnok	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	+ 3,6	Regnskapet viser totalt sett et positivt budsjettavvik på 3,6 mill kroner. Det framtidige kostnadsnivået og utfordringene knyttet til den nødvendige reduksjonen i antall årsverk, er avhengig av gjennomføringen av bemanningstilpasningen. Denne prosessen er forsinket og endret ift forutsetningene som er lagt til grunn i budsjettet. Ytterligere kostnadsreduserende tiltak vil bli løpende vurdert avhengig av fremdriften i bemanningstilpasningen og utviklingen i regnskapsmessig resultat av øvrig drift.
Medisinsk klinikk	- 5,7	Resultat er omtrentlig som forventet. Høyere lønnskostnader enn budsjettet dekkes delvis av økt inntekt knyttet til høyere aktivitet enn planlagt aktivitet. I 2012 er usaldert budsjett på 36 mnok og Medisinsk klinikk har ambisjoner å levere et resultat innenfor det som er usaldert på nåværende tidspunkt.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	- 33,8	Hoveddelen av avviket relateres til lønn og varekostnader. Samlet er kostnadene 29 mill kroner høyere enn budsjettet. I tillegg gir lavere aktivitet enn budsjettet gir et inntektsavvik på – 5 mill kroner. Klinikken vil vurdere periodiseringen av aktivitets- og inntektsbudsjettet.
Kvinne- og barneklubben	- 6	Klinikkens avvik skyldes delvis lavere aktivitet enn budsjettet ved føden og avdeling for gynekologisk kreft. Videre er det negative avvik for lønn, innleie og varekostnader. Hensyntatt forventet effekt av etterkoding er avviket -5 mill.
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	- 33	Klinikkens negative budsjettavvik per februar skyldes i hovedsak høyere bemanning enn budsjettet gir rom for. I tillegg er det vesentlige avvik på aktivitetsinntekt ift. budsjett og varekostnader (medikamenter og kostnader knyttet til operasjoner).
Hjerte-, lunge- og karklinikken	- 9	Klinikken har vesentlig høyere aktivitet vedr. PCI enn forventet. Klinikken har ikke kommet i gang med den store omstillingen på Thoraxkirurgisk avdeling, og avviket knyttes vesentlig til dette.
Akuttklubben	- 16	Halvparten av avviket skyldes høyere lønnskostnader enn budsjettet. Dette gjelder hovedsaklig tiltak som ikke er utført ennå. Videre er det et merforbruk på innleie på nærmere 4 mnok ved Intensivavdelingen som skyldes økt aktivitet og mangel på intensivsykepleiere. Merforbruk på varekostnader på 3 mnok er inklusiv økt forbruk av engangsutstyr til robot- og laparoscopioperasjoner på Aker
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	- 2,5	Noe lave avsetninger for inntekter pga usikkerhet på nytt kodeverk innenfor radiologi og lav aktivitet på PET. For PET er det også litt lavere varekostnader. Klinikken har høyere lønnskostnader enn budsjettet, noe som også er forventet pga periodisering av tiltak.
Oslo sykehusservice	- 7 (- 5)	OSS er i februar feilaktig belastet en tapsavsetning som skulle vært bokført under fellesposter. Underliggende drift viser et negativt avvik på 5 mnok. Avviket knyttes vesentlig til høyere lønnskostnader enn budsjettet.
Stab	+ 6	Forhold som bidrar til stabens positive avvik er mindre bruk av eksterne konsulenter enn budsjettet, mindreforbruk av stipendmidler og tilbakebetaling fra Sykehuspartner innenfor HR.
Fellesposter mv	+ 17	Avviket relateres til flere forhold, blant annet ikke-fordelte budsjettmidler, generelt fakturaetterslep, ISF-inntekter, gevinst fra salg av eiendom og økte pensjonskostnader.
Samlet avvik	- 86	I samlet avvik inngår økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger med 67 mnok.
Samlet avvik juster for økte pensjonskostnader	- 18	Gevinst fra salg av eiendom bedrer resultatet med 31 mnok. Justert for dette er det et negativt avvik knyttet til ordinær drift på om lag 50 mnok per februar.

4.1 Bemanningsutvikling

OUS



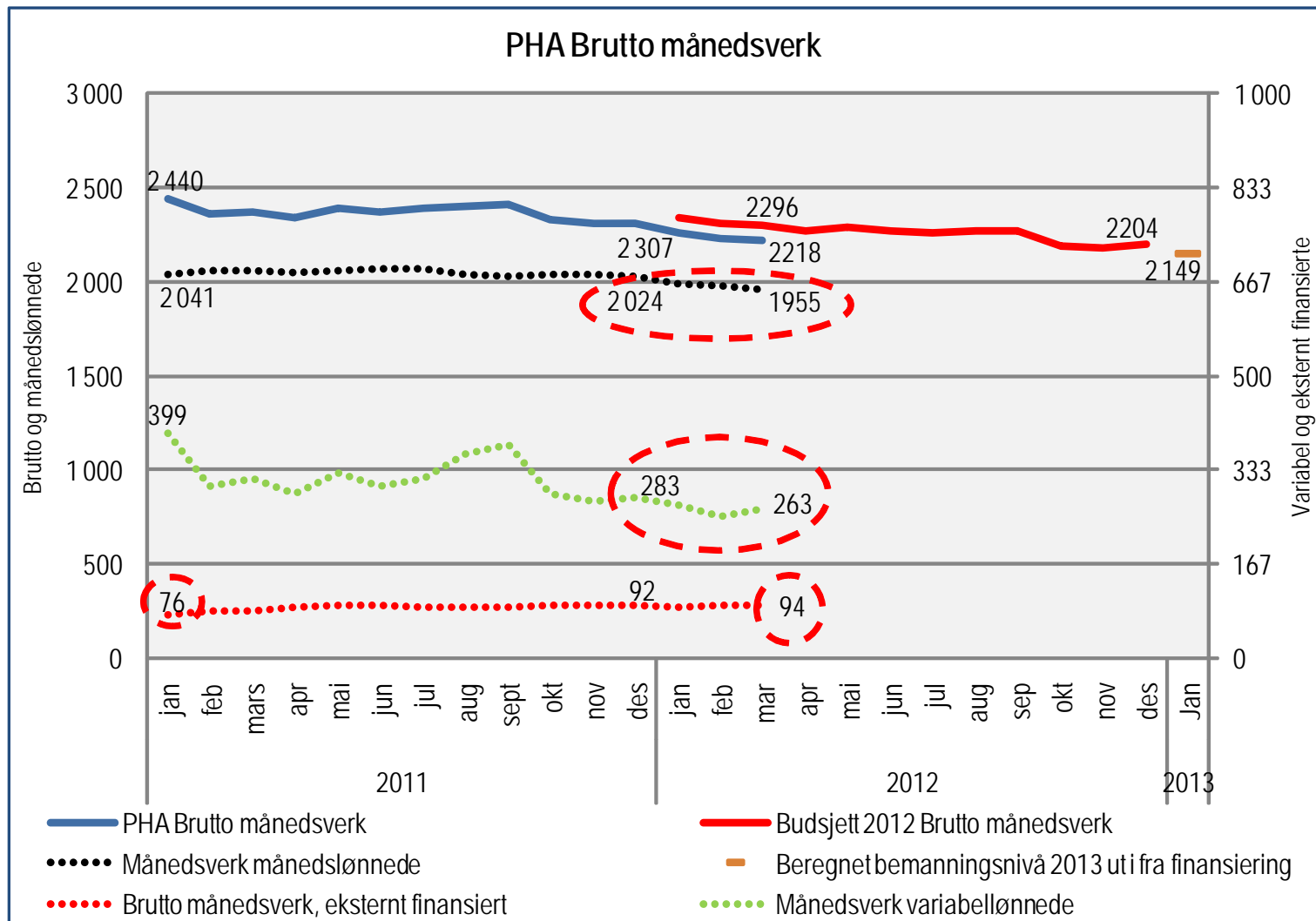
4.2 Bemannings indikatorer

OUS Indikator	2012			2012 hittil i år			2012 mot 2011		
	Mars	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik	Δ mars til mars	Δ des til mars	Δ hittil i år mot hittil i fjor
Brutto månedsverk	16 968	16 539	429	16 941	16 596	345	-426	-263	-456
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	15 830	15 373	457	15 819	15 431	389	-511	-262	-545
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	1 137	1 165	-28	1 121	1 165	-44	85	-1	88
Innleie fra vikarbyrå (februar)	141			141			-56	-140	-58
Månedsverk månedslønnede	15 734			15 737			-317	-171	-260
Månedsverk variabelønnede	1 234			1 203			-109	-92	-196
Netto månedsverk nasj. ind.									
Sykefraværprosent									

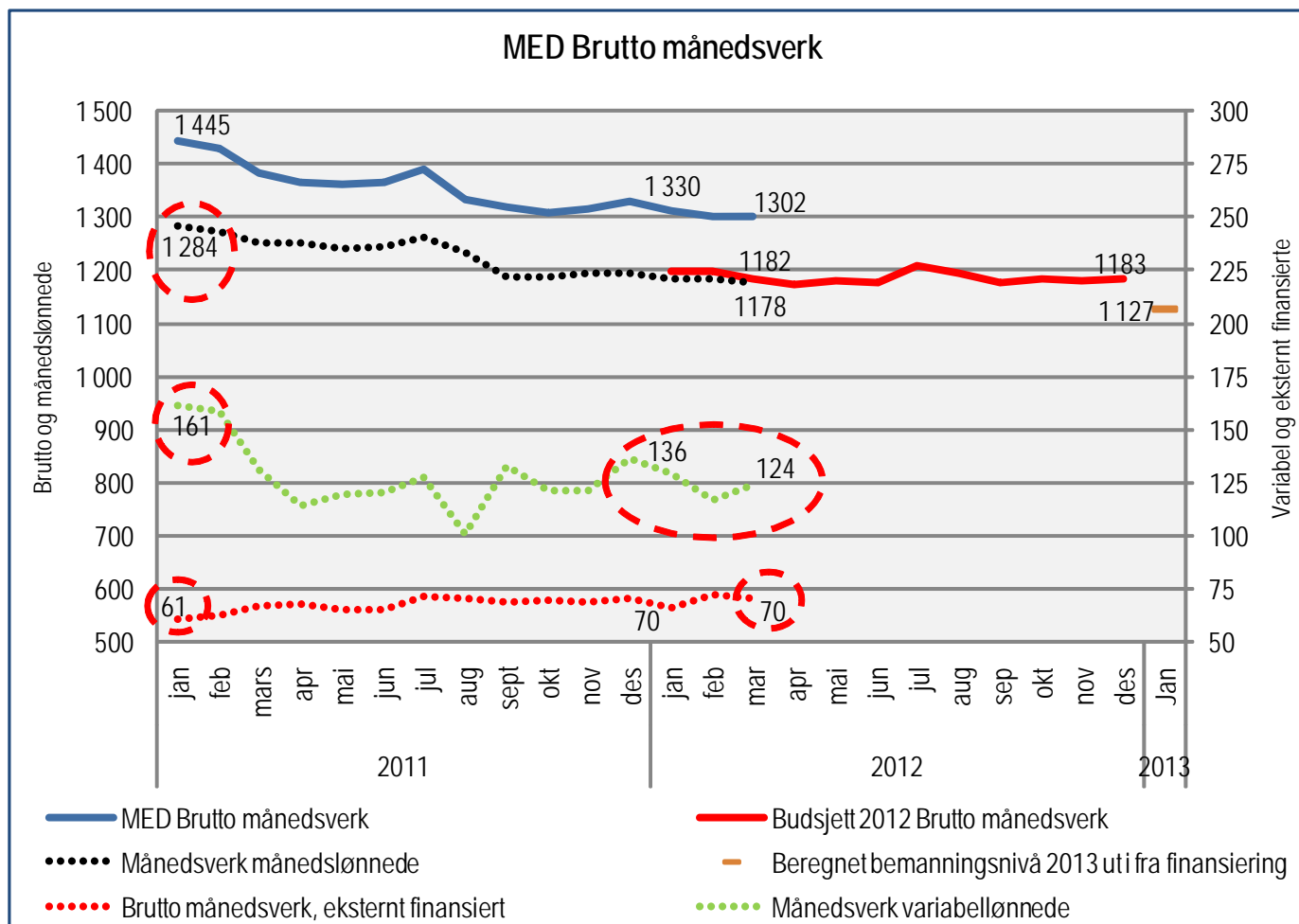
Brutto månedsverk, ekskl. ekst.fin.	2012			2012 hittil i år			2012 mot 2011		
	Mars	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik	Δ mars til mars	Δ des til mars	Δ hittil i år mot hittil i fjor
PHA	2 125	2 228	-104	2 143	2 249	-105	-155	-90	-169
MED	1 232	1 111	120	1 235	1 121	114	-136	-28	-121
KKN	2 025	1 882	143	2 016	1 882	134	-5	-8	-1
KVB	1 582	1 571	10	1 571	1 573	-2	-37	-21	-41
KKT	2 097	1 997	99	2 094	1 996	98	-49	-28	-41
HLK	755	696	59	748	694	54	12	3	11
AKU	2 254	2 189	65	2 229	2 189	40	1	5	-11
KDI	1 856	1 875	-19	1 861	1 882	-22	-29	-15	-10
OSS	1 682	1 568	114	1 698	1 589	110	-172	-75	-136
Stab	222	257	-35	224	257	-33	-28	-5	-25
Oslo universitetssykehus	15 830	15 373	457	15 819	15 431	389	-600	-262	-545

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

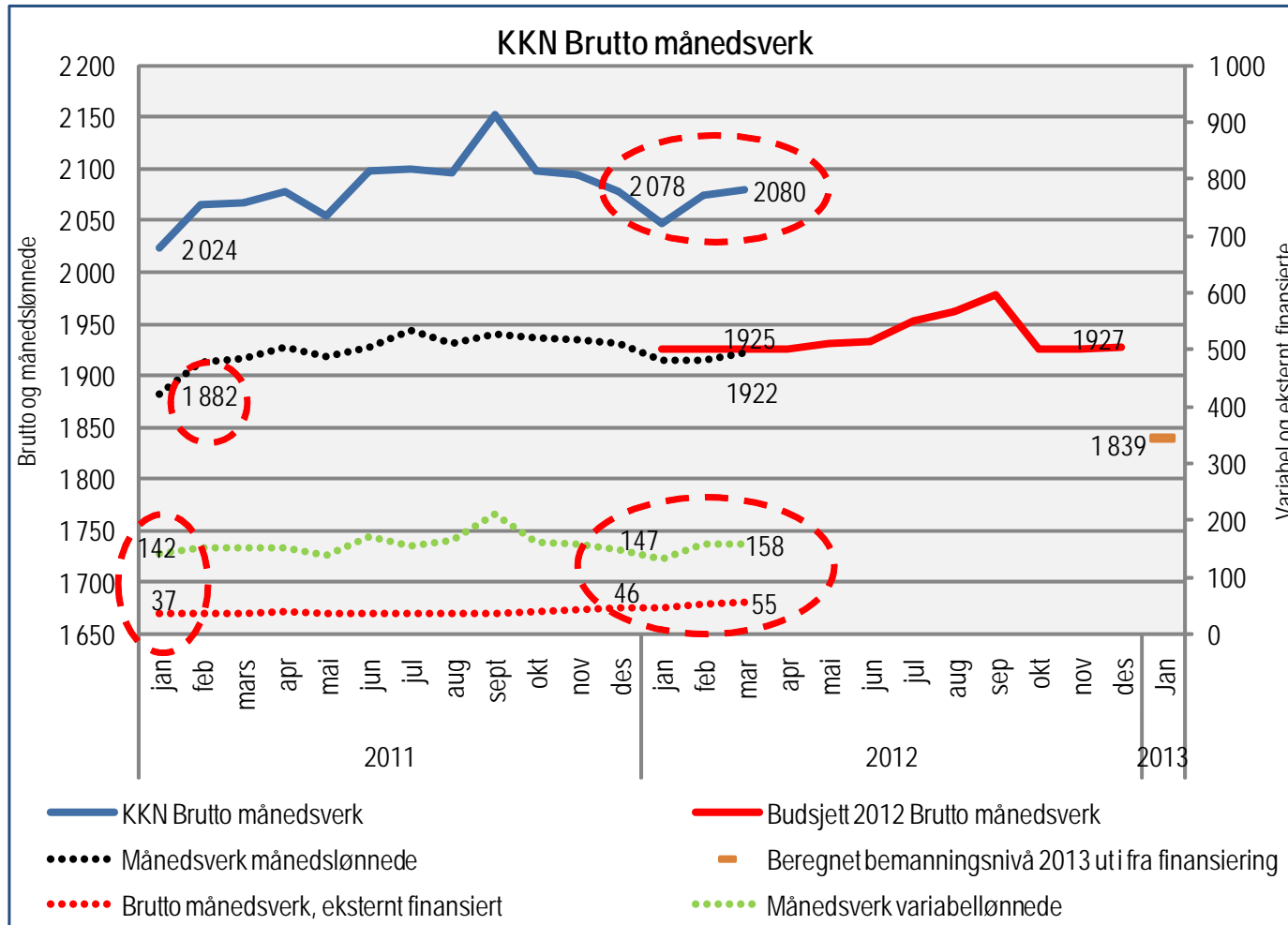
4.3. Bemanningsutvikling PHA



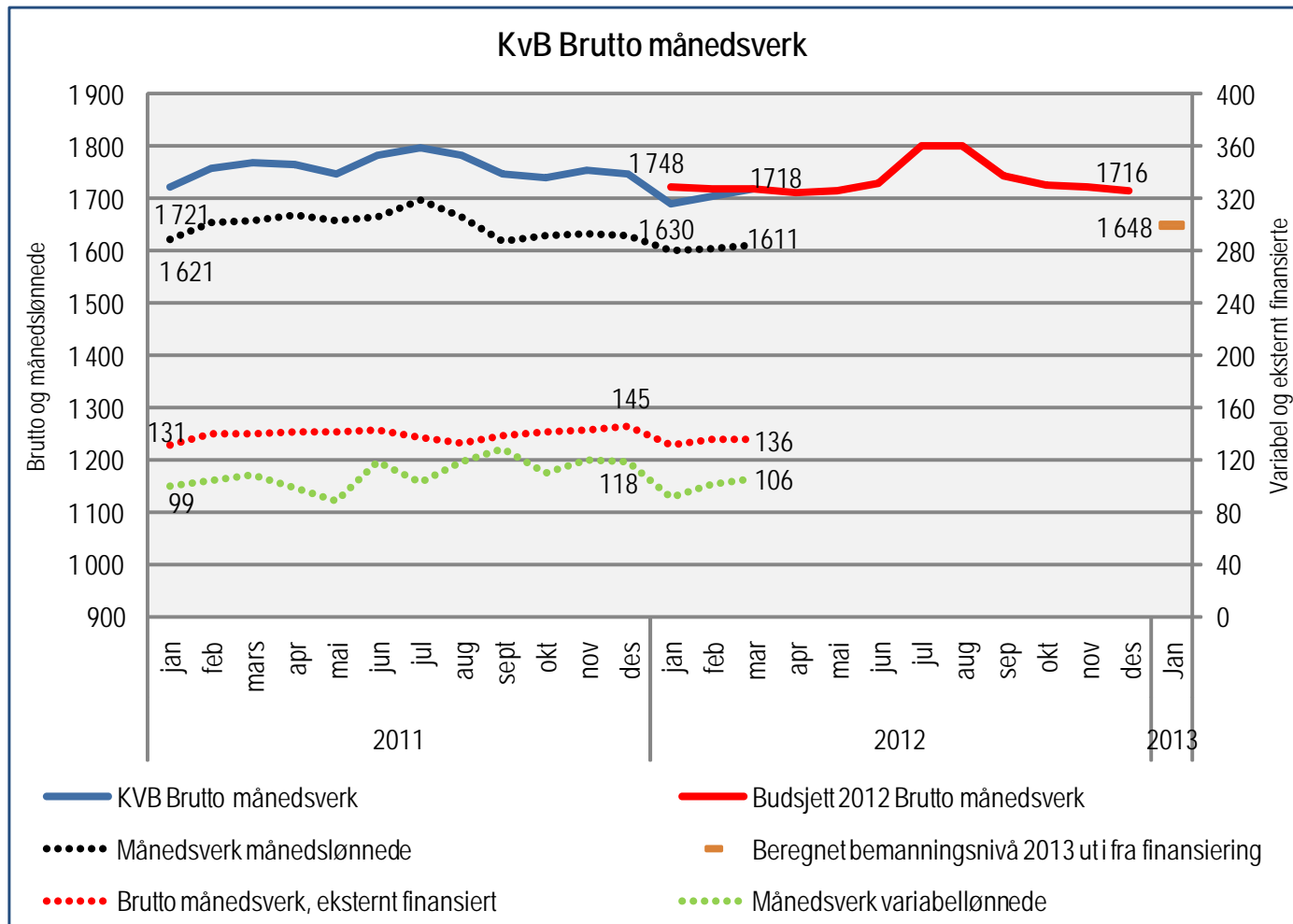
4.3. Bemanningsutvikling Medisin



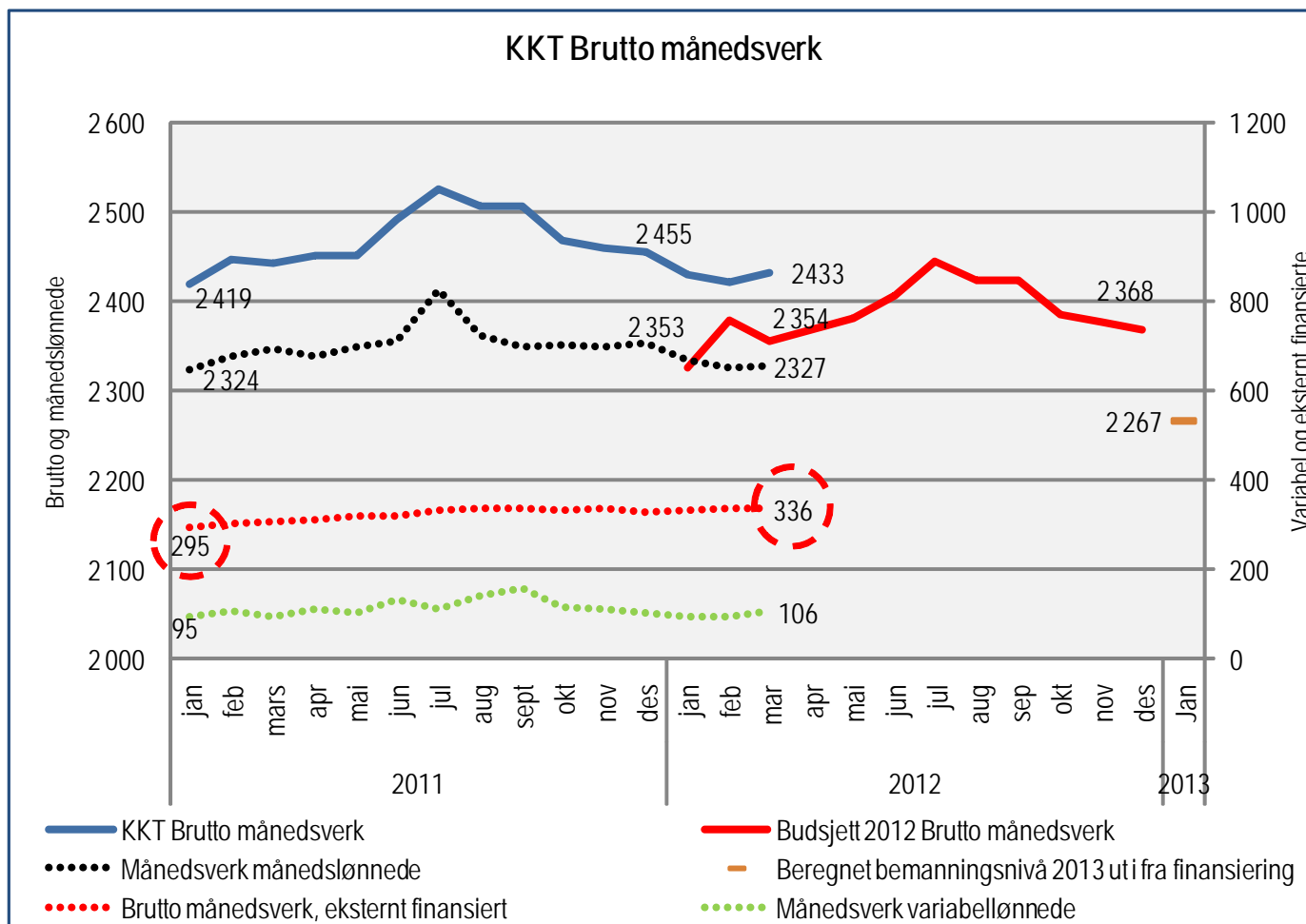
4.3. Bemanningsutvikling KKN



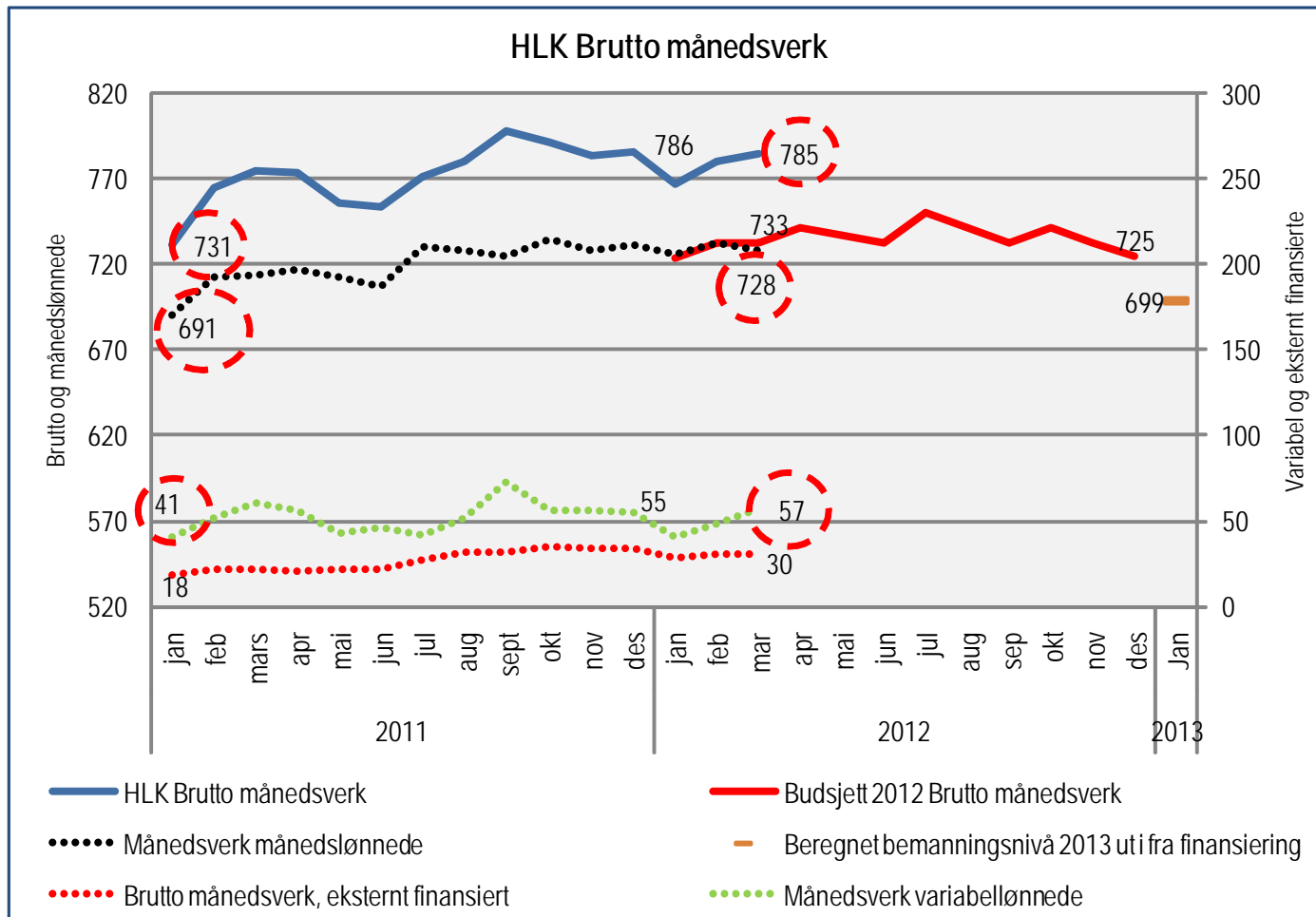
4.3. Bemanningsutvikling KVB



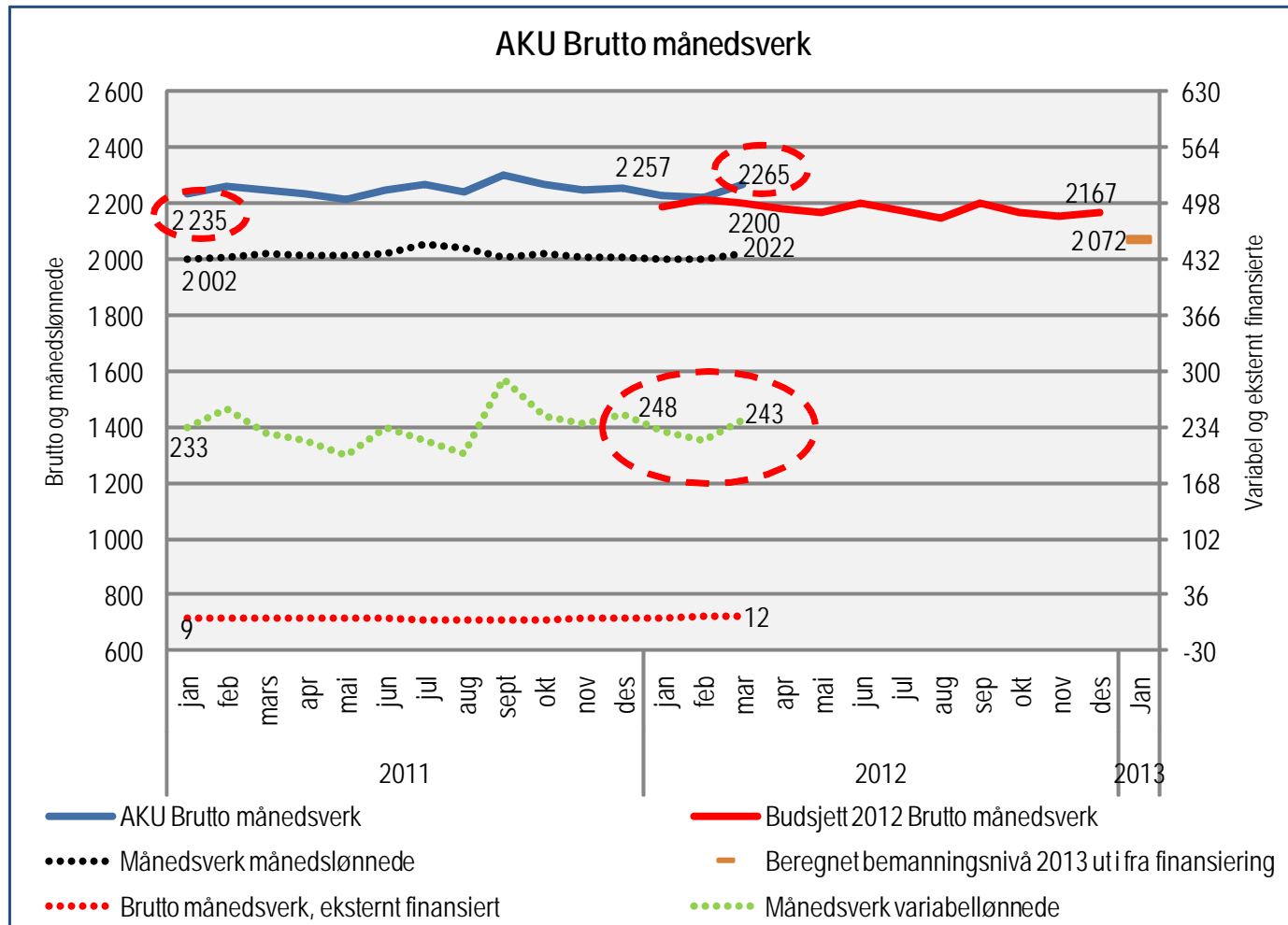
4.3. Bemanningsutvikling KKT



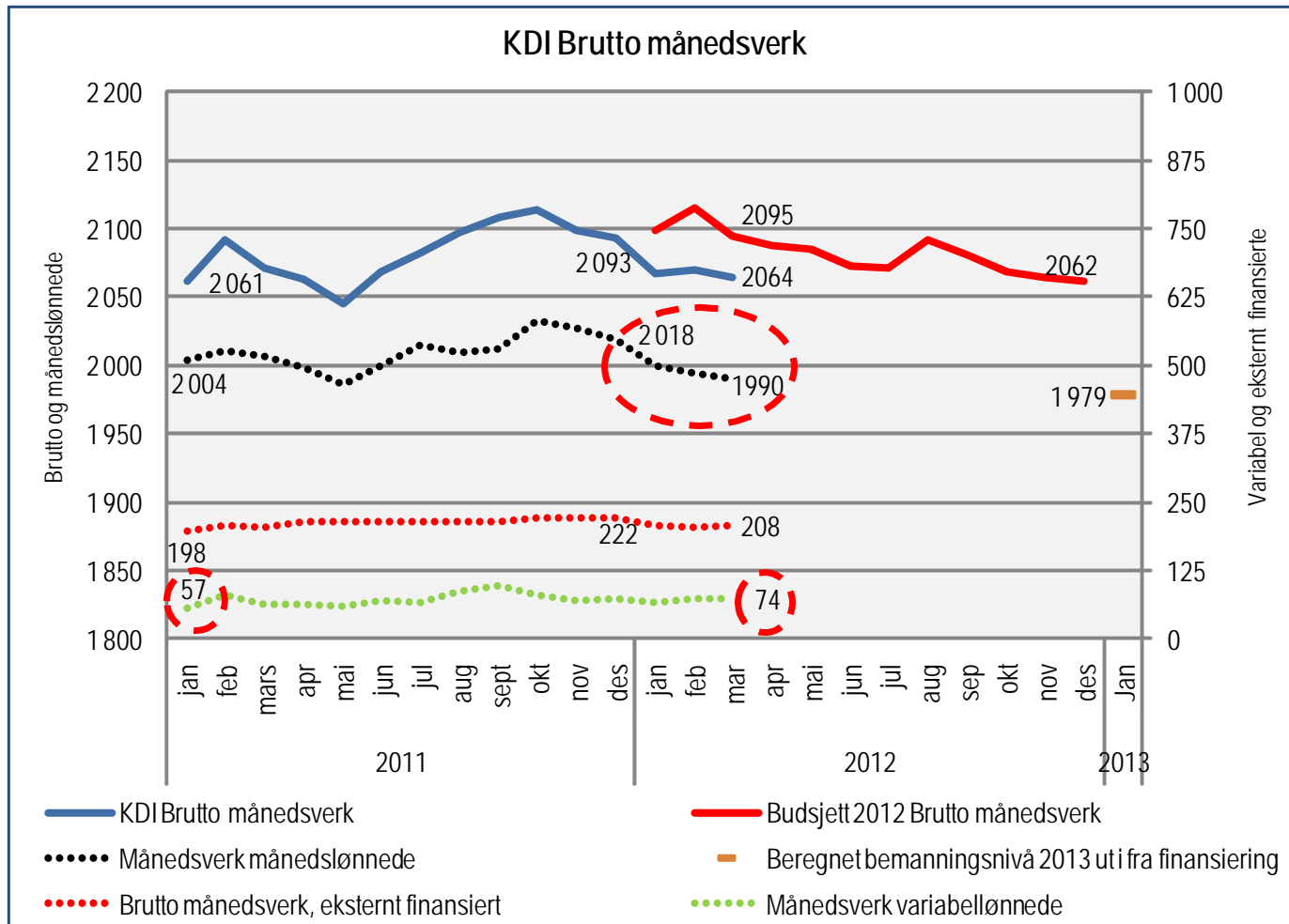
4.3. Bemanningsutvikling HLK



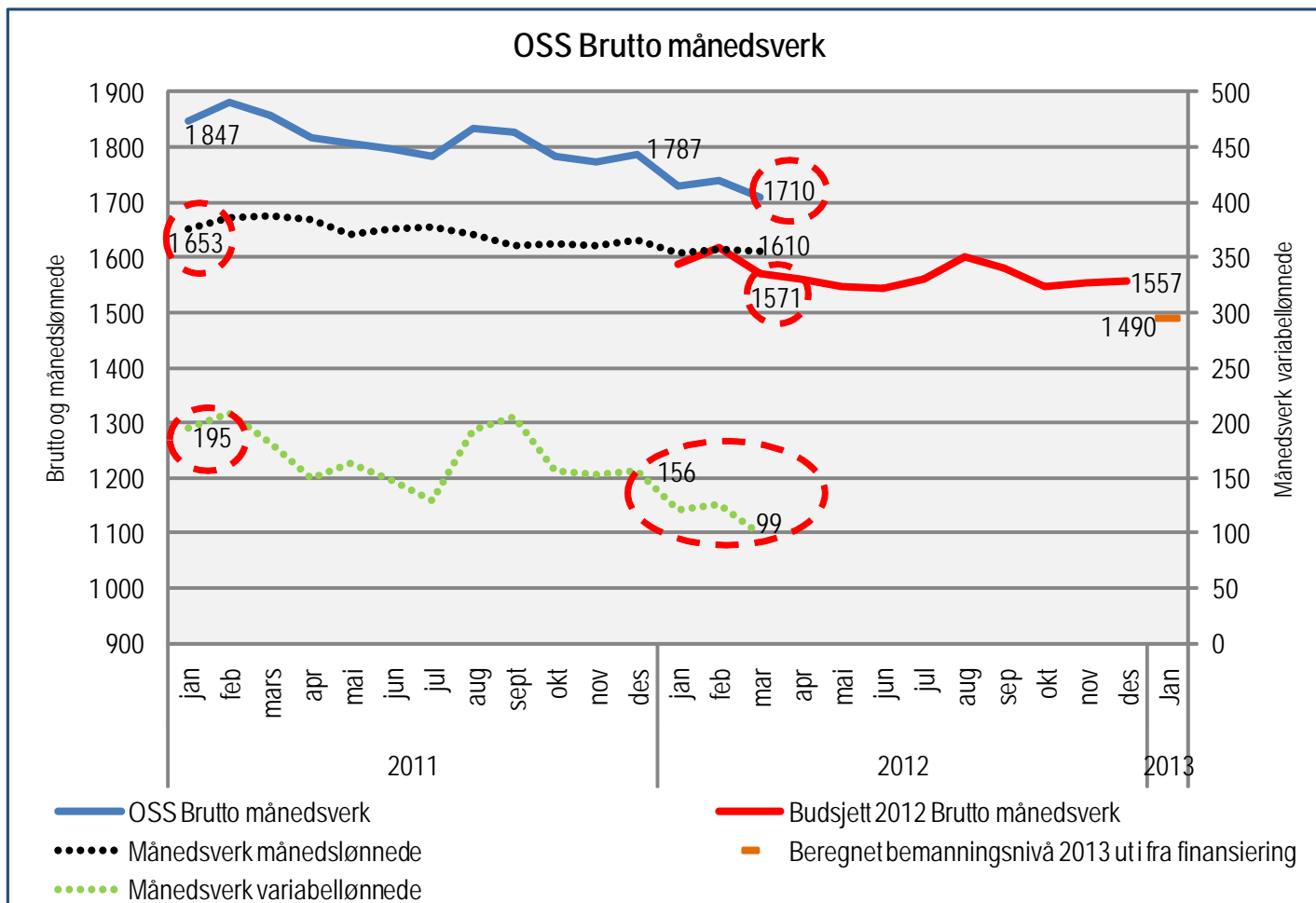
4.3. Bemanningsutvikling Akuttklinikken



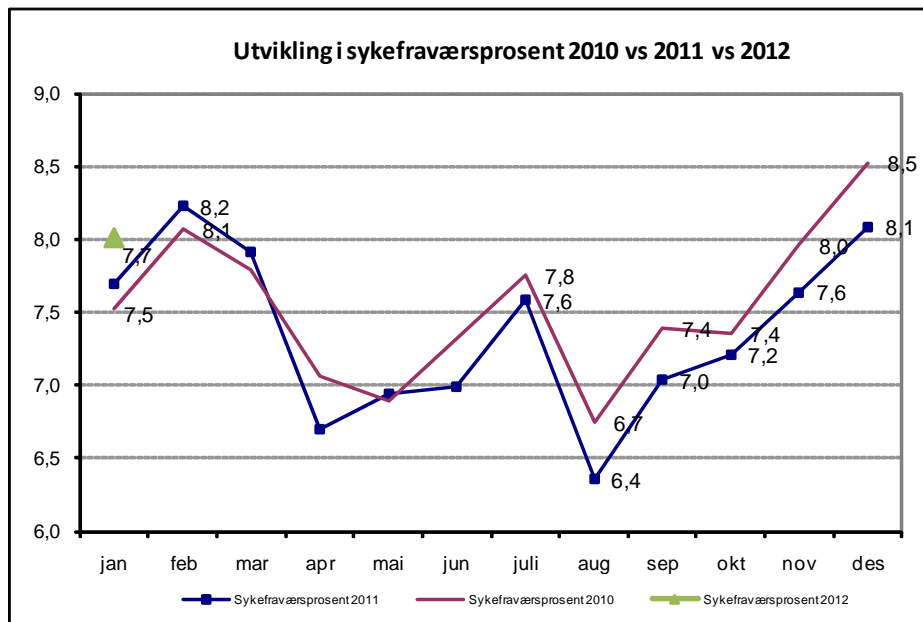
4.3. Bemanningsutvikling KDI



4.3. Bemanningsutvikling OSS



5.4 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær



Sykefraværs lengde per januar 2012	Korttid (1-16)			Langtid (17+)			Samlet sykefravær
	1-3 dager	4-16 dager	Sum	17-56 dager	> 56 dager	Sum	
PHA	1,6 %	1,5 %	3,1 %	1,8 %	3,3 %	5,2 %	8,3 %
MED	1,3 %	1,3 %	2,6 %	2,0 %	3,1 %	5,2 %	7,8 %
KKN	1,5 %	1,3 %	2,9 %	2,4 %	2,5 %	5,0 %	7,9 %
KVB	1,0 %	1,4 %	2,5 %	2,1 %	3,6 %	5,7 %	8,2 %
KKT	1,2 %	1,2 %	2,5 %	1,5 %	3,0 %	4,5 %	6,9 %
HLK	1,2 %	1,6 %	2,7 %	2,1 %	2,0 %	4,0 %	6,8 %
AKU	1,7 %	1,7 %	3,3 %	1,8 %	3,5 %	5,2 %	8,6 %
KDI	1,5 %	1,5 %	3,0 %	1,4 %	2,1 %	3,6 %	6,6 %
KRG	1,9 %	1,1 %	3,0 %	1,4 %	3,0 %	4,4 %	7,3 %
OSS	1,9 %	2,5 %	4,4 %	3,1 %	3,5 %	6,7 %	11,0 %
STA	0,4 %	1,3 %	1,7 %	0,6 %	2,7 %	3,3 %	5,0 %
OUS	1,5 %	1,5 %	3,0 %	2,0 %	3,0 %	5,0 %	8,0 %

Definisjoner årsverksindikatorer

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

Notat

Til: Helseforetakene i Helse Sør-Øst, Betanien Hospital, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset.

Fra: Økonomiavdelingen Helse Sør-Øst RHF

Kopi:

Dato: 14.februar 2012

Sak: Økonomisk langtidsplan 2013-2016 Saknr.:
Saksbeh.:

Budsjett 2013. Økonomisk langtidsplan 2013-2016

SKRIV NR.1 - 2012

Hensikten med dette skrivet

Hensikten med dette skrivet er i første rekke å informere helseforetakene og sykehusene om prosessen knyttet til økonomisk langtidsplan 2013-2016 og til årsbudsjett 2013.

De to prosessene vil være samordnet, men slik at styret i Helse Sør-Øst RHF vedtar økonomisk langtidsplan 2013-2016 den 21. juni, og inntektsrammene for 2013 den 22. november.

Også fjorårets prosess avdekket et behov for ytterligere fremskynding av de regionale føringene knyttet til medisinsk faglige behovsvurderinger og prioriteringer, foreløpige aktivitetskrav og inntektsrammeforutsetninger og øvrige aktuelle forhold. Som en tilpasning til dette er det i årets prosess planlagt utsendelse av slike føringar til helseforetakene og sykehusene den 6. mars – i underkant av to måneder tidligere enn i 2011. Frist for leveransen er fremskyndet fra 12. mai til 25. april for å unngå tilsvarende sammentreff med rapportering per april (1.tertial) som sist.

Foreløpig årsbudsjett for 2013 inngår som første år i planperioden. Intensjonen er at mest mulig av inntektsforutsetningene for 2013 skal være på plass i de foreløpige inntektsrammene som innarbeides i økonomisk langtidsplan, og sendes ut separat som foreløpige inntektsrammer 2013. Nye forhold inn mot endelige inntektsrammer for 2013 vil da i stor grad være endringer som følger av Prop nr 1 (2012-2013) - forslag til statsbudsjett 2013.

Nærmere om Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2013-2016

ØLP utgjør en konkretisering og konsekvensvurdering av vedtatt strategisk fokus og mål i forhold til økonomiske rammebetingelser. Økonomisk langtidsplan videreutvikles basert på samme grunnlag som benyttet i 2010 og 2011. Hensikten er at arbeidet skal vise utviklingen innenfor driftsmessige forhold i et 4-årig perspektiv, samt legge til rette for en helhetlig vurdering av foretakets økonomisk bæreevne for investeringer i et lengre perspektiv frem til 2026.

Det er et mål å samordne arbeidet med rullering av helseforetaksgruppens plan for strategisk utvikling med økonomisk langtidsplan. I 2012 vil styret idet regionale helseforetaket ha fokus på å rullere gjeldende strategiske plan for perioden 2013-2020, med styrebehandling på regionalt nivå 22. november. Dette byr på enkelte utfordringer når det gjelder utforming av de strategiske delene av økonomisk langtidsplan. Tilsvarende gjelder for øvrig også for langtidsplan IKT som i henhold til fremdrift skal behandles i styret i Helse Sør-Øst RHF den 21. juni 2012. Det regionale foretaket vil sørge for koordinering med pågående planprosesser slik at økonomisk langtidsplan er tilstrekkelig forankret i de strategiske vurderingene. Eventuelle vesentlig strategiske valg vil imidlertid ikke kunne foregripes.

Behov for økte positive resultater

Med en samlet tildeling av inntekter til drift og investering legger Helse Sør-Øst RHF rammene for den totale økonomiske aktiviteten i foretaket. En slik tildeling gjør at foretakene selv bestemmer hvor mye av ressursene som skal styres inn mot investeringer og drift. For å skaffe økt handlingsrom for investeringer og helsefaglige prioriteringer, utover dagens nivå, må det etableres økte positive resultater i det enkelte foretak. Det må legges vekt på gode kost/nytte vurderinger av investeringsplaner slik at bæreevne kan etableres og opprettholdes over tid.

Helse Sør-Øst RHF legger videre til grunn at foretakene hensyntar utviklingen i og bruken av fellestjenester i Sykehuspartner og felles forsyningssenter, slik at gevinstrealisering ved bruk av fellestjenester gjenspeiles i foretakenes økonomiske langtidsplaner.

Det er svært viktig, både for det enkelte foretak, og for foretaksgruppens samlede bæreevne at det påbegynte arbeidet med å skape bæreevne gjennom positiv resultatutvikling videreføres, og minst på nivå med det som lå til grunn for økonomisk langtidsplan 2012-2015. Pågående omstillingsprosesser i hovedstadsområdet som følge av omstillingsprogrammet, sak 108/2008, sammen med innføring av nye elementer i inntektsmodellene, forutsetter god styring og intern kontroll.

Krav til styrebehandling av innspill

Det forutsettes at økonomisk langtidsplan behandles av foretaksstyrene fortrinnsvis før 25. april, men senest før 1. juni 2012. Styrebehandlingen skal omfatte både drifts- og investeringsbudsjettet, samt en samlet vurdering av foretakets bæreevne og likviditetssituasjon. Det legges til grunn at de vesentligste forutsetninger for økonomisk langtidsplan er avstemt med styrets leder forut for leveransen 25.april dersom innspillet ikke er styrebehandlet.

Omfang og tidsplan økonomisk langtidsplan

Følgende tidsplan legges til grunn for arbeidet med økonomisk langtidsplan:

LEVERANSER	ANSVAR	FRIST
Informasjon i økonomidirektørmøtet	RHF	8. februar
Malverk for ØLP 2013-2016	RHF	6. mars
Budsjettforutsetninger inntektsrammer	RHF	6. mars
Medisinsk faglige behovsvurderinger og prioriteringer, foreløpige aktivitetskrav	RHF	6. mars
Øvrige budsjettforutsetninger	RHF	6. mars
HSØ RHF styrebehandling inntektsmodellementer	RHF	19. april
Leveranse fra helseforetakene – malverk og kommentarer	HF	25. april kl 12.00
Dialogmøter med HF	RHF/HF	1.halvdel mai
HSØ RHF styrebehandling ØLP	RHF	21. juni
Samlet tilbakemelding helseforetakene	RHF	22.-24. juni
Foreløpige inntektsrammer 2013	RHF	Primo juli

Helseforetakene skal levere utfylt malverk innen 25. april. I tillegg til tallene skal det leveres en skriftlig kommentar ut i fra tilsendt mal.

Rapporteringspunkt for Excel-leveranser: rapportering@helse-sorost.no

For økonomisk langtidsplan gjelder:

- Levering av komplett utfylt malverk med tilhørende kommentarer
- Ikke krav om registrering i Profitbase
- Avstemt internhandel i budsjett 2012 legges til grunn

Spesielt om utsendelsen fra Helse Sør-Øst RHF den 6. mars 2012

Helse Sør-Øst RHF vil sende ut malverk i excel og kommentarmal i word, med følge av et budsjettskriv som omtaler eventuelle vesentlige endringer sammenlignet med fjoråret.

I tillegg til malverk vil følgende inngå:

Foreløpige helsefaglige forutsetninger

Aktivitetsforutsetninger og krav overfor helseforetakene for 2013 og ut planperioden vil bli stilt på bakgrunn av vurderinger og prioriteringer av behov, samt faglige prioriteringer for perioden. I tillegg vil en måtte gjøre antakelser i forhold til hvilken virkning samhandlingsreformen vil ha når det gjelder aktivitet i kommunene, slik at dette kan hensyntas i aktivitetsforutsetningene.

Budsjettmessige inntektsforutsetninger og foreløpige inntektsrammer

Sentralt i arbeidet med inntektsrammer for perioden vil være videre implementering av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil behandle videre utvikling og implementering av inntektsmodellen 19. april. Dette omfatter:

- Nye elementer og implementering av modellene for somatikk, psykisk helsevern og TSB
- Modell og implementering av modell for prehospitale tjenester/ ambulansedrift

Alle modellene vil videre bli oppdatert med nye tall for befolknings- og sosiale kriterier, samt øvrige parametre som inngår i beregningsgrunnlagene. Det vil bli foretatt befolkningsframskrivning for perioden 2013-2025. I de foreløpige inntektsforutsetningene som sendes ut 6. mars til bruk i ØLP- sammenheng, vil det bli tatt nødvendig forbehold om styrets vedtak angående inntektsmodeller.

Budsjett 2013

I forlengelsen av og basert på økonomisk langtidsplan 2013-2016, vil det i eget brev bli sendt ut foreløpige inntektsrammer for 2013 primo juli 2012. Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake til detaljert prosess knyttet til neste års budsjett, men milepælene er skissert i tabellen under.

Omfang og tentativ tidsplan budsjett 2013

LEVERANSER	ANSVAR	FRIST
RHF styrebehandling ØLP og foreløpige inntektsrammer	RHF	21. juni
Utsendelse av foreløpige inntektsrammer	RHF	Primo juli
<i>Videre prosess overordnet:</i>		
Periodisert budsjettmal inkl krav til kommentarer	RHF	1.nov
Utsendelse av inntektsrammer (med forbehold om styrevedtak 22. nov)	RHF	8. nov
Internhandel ferdig avstemt	RHF/HF	21. nov
RHF styrebehandling inntektsrammer	RHF	22. nov
Foreløpig årsbudsjett (ikke periodisert)	HF	3.des kl 12.00
Oppdrag og bestilling 2013	RHF	Medio des
Periodisert årsbudsjett	HF	7. jan kl 12.00

Det regionale helseforetaket vil ikke kreve noen oppdatering av Økonomisk langtidsplan 2013-2016 ved leveransene i desember 2012 og januar 2013.

For uperiodisert årsbudsjett med leveranse 3. desember gjelder:

- Levering av komplett utfylt malverk med tilhørende kommentarer
- Ikke krav om registrering i Profitbase
- Internhandel/mellomværende avstemt 21. november

I forbindelse med endelig periodisert budsjett 7. januar 2013:

- Levering av komplett utfylt malverk med tilhørende kommentarer
- Registrering i Profitbase
- Internhandel/mellomværende iht avstemt 21. november

Det vil komme en egen mal for budsjett 2013 som skal brukes ved leveransene i desember 2012 og januar 2013.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29 mars 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: 1. Budsjettskriv nr 1. 2012 fra Helse Sør-Øst RHF

SAK 17/2012 ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2013-2016

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering

Oslo den 22. mars 2012

Bjørn Erikstein

SAMMENDRAG

Økonomisk langtidsplan er en rullerende plan med årlig leveranse til Helse Sør-Øst RHF. Økonomisk langtidsplan 2012-2015 ble levert i juni 2011 og styret ble orientert. Denne saken er første orientering til styret om Økonomisk langtidsplan 2013-2016 og inneholder noen vesentlige føringer og en foreløpig tidsplan.

ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Økonomisk langtidsplan for Oslo universitetssykehus HF vil vise en meget krevende økonomisk situasjon de kommende år. Sykehuset har store investeringsbehov som følge av gammel ufunksjonell bygningsmasse og samlokalisering av fagområder i tråd med føringer fra Helse Sør-Øst RHF.

Samtidig er det et betydelig underskudd på drift. Deler av underskuddet må håndteres ved å oppnå en driftsituasjon som er like effektiv som den man hadde før overføringen av opptaksområder. Dette vil imidlertid ikke være nok til å dekke underskudd, forventet reduksjon i finansiering og et betydelig krav om overskudd på drift for å finansiere både nødvendige investeringer og helsefaglige prioriteringer. Oslo universitetssykehus HF vil i økonomisk langtidsplan forelegge styret og Helse Sør-Øst RHF en vurdering av utfordringsbildet og hvordan dette kan bli håndtert.

FAKTABESKRIVELSE

Forutsetninger gitt av Helse Sør-Øst RHF

Oslo universitetssykehus HF har mottatt budsjettskriv nummer 1 av 14. februar fra Helse Sør-Øst RHF (vedlegg 1). I budsjettskrivet fremgår noen overordnede føringer og en tidsplan for leveranse av økonomisk langtidsplan. De vesentligste momenter er følgende:

- Tydeligere føringer for å levere et driftsresultat med overskudd. Resultatet i foretakene skal være på nivå med eller bedre enn det som lå til grunn for økonomisk langtidsplan 2012-2015. Overskuddet skal øke handlingsrommet for investeringer og helsefaglige prioriteringer.
- Gjennomføre gode kost/nytte vurderinger av investeringsplaner slik at bæreevne kan etableres og opprettholdes over tid.
- Gevinstrealisering ved bruk av felletjenester skal gjenspeiles i foretakenes økonomiske langtidsplaner.
- Pågående omstillingsprosesser i hovedstadsområdet som følge av omstillingsprogrammet, sak 108/2008, sammen med innføring av nye elementer i inntektsmodellene, forutsetter god styring og intern kontroll.

Mottatt tidsplan har følgende datoer:

- 6. mars RHF sender budsjettforutsetninger og inntektsrammer
- 6. mars RHF sender Medisinsk faglige behovsvurderinger og prioriteringer, foreløpige aktivitetskrav og øvrige budsjettforutsetninger
- 19. april HSØ RHF styrebehandling inntektsmodellelementer
- 25. april Leveranse fra helseforetakene – malverk og kommentarer
- 1. halvdel mai Dialogmøter med helseforetak
- 21. juni HSØ RHF styrebehandling Økonomisk langtidsplan

Det stilles krav til styrebehandling av økonomisk langtidsplan i Helseforetakene, fortrinnsvis før leveranse den 25. april, og senest før 1. juni.

Helseforetakene har ikke mottatt de forutsetninger som var planlagt utsendt 6. mars fra Helse Sør-Øst RHF. I korrespondanse fra Helse Sør-Øst RHF er dette forklart på følgende måte:

”Det pågående arbeidet med oppdatering, kvalitetssikring og utvikling av elementer i inntektsmodellen vil bli forelagt direktørmøtet den 26. mars 2012, og i etterkant av dette vil budsjettmessige forutsetninger for inntektsrammer bli distribuert. Sammen med oversendelsen vil det komme et budsjettskriv som beskriver hva som ligger til grunn for disse.

Helse Sør-Øst RHF vil snart komme tilbake til hvilke konsekvenser dette har for videre prosess og tidsfrister.

Malverk og øvrige regionale føringer, herunder pasientbehandling og aktivitetskrav, blir sendt ut fredag 16. mars.”

Per 16. mars ble malverk og en vurdering av utvikling innen medisinkostnader distribuert til Helseforetakene. Det er ikke mottatt dokumenter som viser øvrige regionale føringer, herunder pasientbehandling og aktivitetskrav.

Inntektsmodell i Helse Sør-Øst

Det er gjennomført delprosjekter og hovedprosjekt i inntektsmodellarbeidet i regi av Helse Sør-Øst RHF. Endelig sluttrapport fra hovedprosjektet er ikke ferdigstilt og distribuert fra Helse Sør-Øst RHF. Oslo universitetssykehus HF har deltatt i alle delprosjektene. Der våre forslag til endringer ikke er kommet med i selve prosjektrapporten skal våre merknader og dissenser følge med som vedlegg til rapportene.

Følgende delprosjekter er blitt gjennomført:

- forskning og undervisning
- Psykisk helsevern
- Somatikk – abonnementsmodell for høyspesialisert medisin

I tillegg er det startet ett arbeid knyttet til finansiering av prehospitaltjenester (både ambulansedrift og pasienttransport). Dette arbeidet videreføres ut over våren 2012.

Det er ikke enighet mellom Oslo universitetssykehus HF sine representanter i inntektsmodellarbeidet og prosjektledelsen som er leid inn av Helse Sør-Øst RHF.

Styret vil få presentert status for inntektsmodellarbeidet i styremøtet.

3.3 Leveranse av økonomisk langtidsplan 2013-2016

Langtidsplanen inneholder detaljering av utvikling i driftsøkonomi, likviditet, bemanning, aktivitet og et investeringsbudsjett. Det er bedt om interne leveranser fra berørte klinikker og staber.

Oslo universitetssykehus har allerede en krevende driftssituasjon i 2012. Fra 2013 er det tidligere gitt signaler om at resultatkravet skal økes med 400 millioner kroner og reduserte inntekter som følge av delvis innføring av effekter fra inntektsmodellen. For øvrig er det forventet at foretaket skal levere et driftsresultat som kan finansiere nødvendige investeringer og helsefaglige prioriteringer. For å oppnå slik resultatforbedring må Oslo universitetssykehus gjennomføre omfattende reduksjoner i kostnader og årsverk de kommende år.

I styremøtet vil det orienteres muntlig om nye inntektsforutsetninger som behandles i Helse Sør-Øst direktørmøte den 26. mars.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. mars 2012

Saksbehandler: Prosjektleder

Vedlegg:

SAK 18/2012 AREALUTVIKLINGSPLAN 2025

FORSLAG TIL VEDTAK:

1. Styret godkjenner at den fremlagte Arealutviklingsplan 2025 vil være grunnlaget for videre arbeid med utvikling av bygningsmassen i Oslo universitetssykehus.
2. Fag- og virksomhetsstrategi for Oslo universitetssykehus skal utgjøre det faglige grunnlaget for planleggingsarbeidet i idéfasene for sykehusbyggene.
3. Styret ber om at planleggingsarbeidet går videre ved at Oslo universitetssykehus bearbejder Arealutviklingsplanen basert på innspill fra ekstern kvalitetssikring, og at man i dette arbeidet legger til grunn at Oslo universitetssykehus frem mot 2025 vil ha somatisk virksomhet på tre hovedlokalisasjoner.
4. Styret mener det er viktig at videre planer for Oslo universitetssykehus utvikles sammen med øvrig spesialisthelsetjeneste i Oslo sykehusområde, og ber administrerende direktør sikre utvidet dialog med blant andre Diakonhjemmet, Lovisenberg og Oslo Kommune.
5. Basert på dokumentasjonen i saksfremlegget skal følgende områder belyses, prioriteres og sammenholdes med fag- og virksomhetsstrategien inn mot idéfase:
 - a. Samlokalisering Radiumhospitalet
 - b. Samlokalisering somatikk Ullevål (inkl. kartlegging av teknisk infrastruktur)
 - c. Samlokalisering somatikk Rikshospitalet (inkl. barnehabilitering)
 - d. Samlokalisering psykisk helse og avhengighet (Ullevål, Gaustad inkl. avklaring av regional sikkerhetsavdeling)
 - e. Videre utvikling av og eierforhold for eiendom Aker.

6. *Styret forutsetter at videre planlegging og beslutninger skjer i henhold til "Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter" og i henhold til beslutningsfullmakten i Helse Sør-Øst, og innenfor en kostnadsramme for planleggingsaktiviteter i 2012 på 36 millioner. Det skal samtidig vurderes hvilke av områdene som føres direkte videre i en idefase og hvilke områder som bearbeides videre i Arealutviklingsplanen. Prioriteringen av prosjektplanleggingen må sikre at gjennomføringsrekkefølgen er praktisk og økonomisk mulig. Denne vurderingen må belyse hvilke kortsiktige investeringsbehov som da vil oppstå for å sikre god og forsvarlig virksomhet, og for å tilfredsstille myndighetskrav og pålegg fra blant annet Arbeidstilsyn og Branntilsyn. Det skal legges særlig vekt på risikovurderinger knyttet til sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen for hele gjennomføringsperioden. Dialogen som har vært med Plan- og Bygningsetaten i Oslo Kommune rundt omregulering på Rikshospitalet videreføres og formaliseres.*

Oslo, den 22. mars 2012

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Arbeidet med en arealutviklingsplan for Oslo universitetssykehus er nå ferdigstilt. Planen beskriver dagens situasjon, gjør en fremskriving av behov frem mot 2025 og skisserer alternative utviklingsveier mot et fremtidig målbilde.

Den baserer seg på de styrevedtak som var utgangspunkt i fusjonen og de begrensninger og muligheter som finnes innenfor dagens kombinasjon av tomtearealer, gamle og nye bygg. I valg av foreslått løsning har man også måttet forholde seg til de utfordringer som knytter seg til et betydelig vedlikeholdsbehov og de forhold som er avdekket gjennom eksterne tilsyn. At det er knyttet vernebetingelser til 270.000 kvadratmeter av Oslo universitetssykehus sitt areal utgjør også en særlig utfordring.

Oslo universitetssykehus ønsker å konsentrere sin virksomhet på færre lokalisasjoner, men fordi utgangspunktet er en virksomhet som er spredd på nærmere 200 bygninger må dette skje gradvis.

Arealutviklingsplanen har forholdt seg til tre hovedalternativer; samling av somatisk virksomhet på en, to eller tre lokalisasjoner.

Etter en samlet vurdering basert på dagens eiendomsforhold, vedlikeholdsstatus, reguleringsforhold, og ikke minst investeringsbehov og økonomisk bæreevne, anbefales det at Oslo universitetssykehus i perioden frem til 2025 samler hovedtyngden av somatisk virksomhet på tre hovedlokalisasjoner; Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål. Fagområdene psykisk helse og avhengighet foreslås også samlet på færre lokalisasjoner, primært på Gaustad og Ullevål.

Det er krevende å planlegge sykehus for en så lang periode, men administrerende direktør mener at en gradvis utvikling som her skissert vil gi den beste mulighet for tilpasning over tid og ettersom ny kunnskap kommer til. Målet i videre utvikling er å beholde størst mulig grad av fleksibilitet lengst mulig – dette gjelder både i planleggingsarbeidet og i utformingen av nye bygg. Fordi Oslo universitetssykehus på Gaustad, Rikshospitalet og Ullevål har så store arealer, vil man her kunne drive og utvikle sykehus basert på behov vi ennå ikke kjenner i de neste 100 år.

2. Tidligere vedtak i styret

Arbeidet med Arealutviklingsplanen 2025 baserer seg på styresak 7/2010, punkt 4:

“Styret slutter seg til at det snarest mulig settes i gang en prosess med å planlegge en langsiktig utvikling av den samlede bygningsstrukturen ved Oslo universitetssykehus. I den sammenheng ber styret om å få seg forelagt en vurdering av driftseffektivitet knyttet til nåværende bygningsmasses geografiske plassering og sammensetning, og en vurdering av kostnader knyttet til ombygging av den dårligste bygningsmassen vs. nybygg.”

Styret har blitt orientert om metodikk og foreløpige konklusjoner i styreseminar 18. august 2011, i sak 144/2011 i desember 2011 og i sak 7/2012 i februar 2012.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Oslo universitetssykehus ønsker å samle sin virksomhet på færre adresser både av hensyn til god pasientbehandling og av hensyn til de ansatte. Samtidig skal virksomheten tilpasses endringer i rammeforutsetninger og fremtidig utvikling og kapasitetsbehov. Det er investert betydelige beløp i nye bygninger, og fortsatt bruk av disse utgjør viktige rammeforutsetninger. Samtidig er sykehuset innhentet av mange års vedlikeholdsetterlep, og har pålegg fra ulike tilsyn i mange av de byggene der det drives pasientbehandling.

Oslo universitetssykehus fyller mange ulike roller som lokal-, område-, regions- og landssykehus. Sammen med Universitetet i Oslo er sykehuset Norges største aktør innen helsefaglig forskning og utdanning. En videre utvikling vil kreve nytt, bedre og mer integrert samarbeid med Universitet og Høgskoler i området. Det geografiske senteret for dette samarbeidet vil befinne seg i området Rikshospitalet, Blindern, Ullevål – som i arealutviklingsplanen omtales som Campus Oslo. I fremtiden vil trolig stadig mer av sykehusets aktivitet samles her.

Gitt dagens regulerings situasjon og summen av drifts- og bygningsmessige utfordringer, vil administrerende direktør anbefale at man starter sykehusets videre utvikling med planlegging av Scenarie 3 – det vil si at man har hovedtyngden av klinisk virksomhet lokalisert til Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål. Denne utviklingsmodellen er også best forenlig med Arbeidstilsynets pålegg og svarer ut en vesentlig del av finansieringsbehovet som er beskrevet i sykehusets vedlikeholdsplan.

Arealutviklingsplanen peker på et behov for ytterligere virksomhetsavklaringer som grunnlag for videre planlegging. Det er behov for en nærmere beskrivelse av hvilke fag som skal lokaliseres hvor og en nærmere kvalitetssikring av forventet vekst eller reduksjon innen hvert fag. Like viktig er det å sikre at Oslo universitetssykehus bruker endringene i fysiske rammeforutsetninger til å endre og forbedre måten man leverer helsetjeneste på. Oslo universitetssykehus har startet arbeidet med å finne et godt format for å sikre den faglige innretningen av videre sykehusplanlegging.

Det er etter initiativ fra Helse Sør-Øst startet et arbeid for å gi råd om plassering og skalering av regional sikkerhetsavdeling. Det har vært tre møter mellom Akershus universitetssykehus, Vestre Viken og Oslo universitetssykehus om denne avdelingen. Arbeidet pågår, men ventelig vil man anbefale å gjenåpne eksisterende idfase for regional sikkerhetsavdeling slik at alternative lokaliseringer kan inkluderes. Dette gjøres sammen med Akershus universitetssykehus og Vestre Viken, og konklusjon vil foreligge før sommeren.

4. Faktabeskrivelse

Prosess

Planen har blitt til gjennom en prosess som startet i september 2010. Arealutviklingsplanen er verken en faglig strategisk plan eller en komplett virksomhetsplan, men baserer seg på premisser herfra og operasjonaliserer dem som bygg.

Ettersom planen har vokst frem, har den blitt gjennomgått og bearbeidet i faglige medvirkningsgrupper innen psykisk helse og avhengighet, somatikk, ikke medisinsk

service og forskning, innovasjon og utdanning. Disse gruppene har hatt i alt 8 møter i perioden. Ledergruppen har vært styringsgruppe, og saken har vært på dagsorden i 25 ledermøter i prosjektperioden. Fokus har vært de strategiske avklaringene som har dannet premissene for ferdigstilling av arealutviklingsplanen.

For øvrig har det vært gjentatte diskusjoner i dialogmøter med tillitsvalgte og verneombud (som også har deltatt i medvirkningsgruppene), planen har ligget på intranett siden april 2011 (mer enn 2000 oppslag) og har vært presentert og diskutert i diverse møter i klinikkene, allmøter, med tillitsvalgte og verneombud.

Eksternt har utviklingsplanen blitt diskutert med Oslo kommune, Riksantikvar, Byantikvar, Plan- og Bygningsetaten, Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst. Fra oktober 2011 har Helse Sør-Øst deltatt i koordineringsmøter hver 14. dag for å bidra til felles forståelse og prosess.

Hva er en arealutviklingsplan?

Denne planen er ikke et beslutningsgrunnlag for å iverksette bygging, men en beskrivelse av dagens situasjon, en fremskriving av behov frem mot 2025 og alternative utviklingsveier mot et fremtidig målbilde. Planen følges i tid av *idefase* (som velger ut hvilke alternativer man ønsker sammenlignet), *konseptfase* (som detaljerer alternativene som grunnlag for endelig valg) og *forprosjektfase* som detaljerer utformingen av bygget. Det betyr at hovedutfordringen så tidlig i prosessen er å unngå å treffe gale valg mer enn å identifisere den endelige løsningen.

Klinisk hovedaktivitet på en, to eller tre hovedlokalisasjoner

Ut fra hensynet til så vel pasient som faglig utvikling, logistikk og driftsøkonomi, har Oslo universitetssykehus et ønske om å samle driften på færrest mulig geografiske lokalisasjoner. Med et utgangspunkt på omlag en million kvadratmeter spredt på 47 adresser og 186 bygninger er dette en omfattende oppgave som må realiseres gradvis.

Oslo universitetssykehus har et særlig ansvar for å sørge for at de 270.000 kvm som er vernet blir tatt vare på en skikkelig måte, men også på en måte som er forenlig med moderne sykehusdrift. Denne utfordringen er unik for Oslo universitetssykehus. Samtidig er det en forutsetning for gjennomføringen av styrevedtak 108/2008 om samlokalisering i Oslo at nye bygg skal brukes.

Ledelsen ved OUS har primært bedt om å få beskrevet tre langsiktige alternativer, der alternativ 1 er samling på en lokalisasjon (ut fra tilgjengelig tomteareal og vernebestemmelser betyr det i praksis på Ullevål), alternativ 2 med drift på to hovedlokalisasjoner (Rikshospitalet/Gaustad og Ullevål, realiseres ved at Radiumhospitalet flytter) og alternativ tre med drift på de tre hovedlokalisasjonene Rikshospitalet/Gaustad, Ullevål og Radiumhospitalet.

I alle scenarier forutsettes Aker utviklet til en samhandlingsarena med Oslo kommune. Samhandlingsarenaen organiseres og utvikles som et fellesprosjekt mellom helseforetakene i Oslo, AHUS og Oslo kommune.

Fagområdene psykisk helse og avhengighet foreslås samlet på færre lokalisasjoner, primært på Gaustad og Ullevål. Det betyr at driften på Dikemark og i Sognsvannsveien planlegges flyttet. De distriktpspsykiatriske sentra foreslås samlet på

to hovedlokalisasjoner sammen med Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (Aker og Mortensrud). Sikkerhetspsykiatrien har i tillegg gjennomført en idefase for sikkerhetsplasser på Gaustad der man som tidligere nevnt nå vurderer løsningsforslaget i et regionalt perspektiv.

Arealutviklingsplanens anbefaling

Arealutviklingsplanen anbefaler at man i perioden frem til 2025 har hovedtyngden av klinisk virksomhet lokalisert til Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål. Videre utvikling bør likevel gjøres slik at man legger til rette for en ytterligere samling fremover i tid.

Hovedgrunnen til at man ikke foreslår å samle all virksomhet på en lokalisasjon er at det ikke er plass på Rikshospitalet (der det finnes et nytt sykehusbygg). Samling ett sted ville da måtte skje på Ullevål, hvilket betinger fraflytting av et ca. 20 år gammelt Rikshospital. Dette samsvarer ikke med god og riktig bruk av samfunnets ressurser. Den gradvise samlingen som foreslås i Arealutviklingsplanen gjør det likevel mulig å samle alt på en lokalisasjon en gang i fremtiden dersom det skulle vise seg ønskelig.

Alternativt kunne man foreslått å samle all somatisk virksomhet på Rikshospitalet og Ullevål nå. Det betyr at man ikke investerer i oppgradering av Radiumhospitalet, men heller investerer i nybygg innen Campus Oslo. På grunn av pålegg fra eksterne tilsyn har man ikke tid til å avvente en eventuell omreguleringsprosess på Rikshospitalet, og hele (eller store deler av) Radiumhospitalet må da flyttes til Ullevål. De faglige synergiene peker derimot i stor grad i retning av flytting til Rikshospitalet. En tidlig flytting fra Montebello vil også bryte med en viktig forutsetning om i størst mulig grad å bruke nye bygninger (forskningsbygg, strålebunker og hotell).

Det vil være riktig å bruke de kommende idefaser til også å belyse disse problemstillingene nærmere.

Kvalitetssikring – oppsummering og anbefalinger

Arealutviklingsplanen har gjennomgått to eksterne kvalitetssikringer. Vanligvis gjøres kvalitetssikring i et prosjekt først etter at man har fullført idefase og konseptfase, men både Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus har sett nytten av å gjennomføre en tidlig kvalitetssikring fordi kompleksiteten og konsekvensen er så stor i dette arbeidet.

Kvalitetssikring nummer en er utført av Holte Consulting, i samarbeid med Rokade (som har spesiell kompetanse på omstilling i store virksomheter) og Arkitektfirmaet C.F.Møller. Arbeidet er utført i henhold til "Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter". I tillegg har Oslo universitetssykehus bedt om at det legges særskilt vekt på

- Organisering, medvirkning og forankring
- Planløsning
- Tidsplan for gjennomføring
- Investeringsbehov
- Fremtidig eventuell overgang fra scenario 3 til scenario 2 for somatikk

Kvalitetssikring nummer to er utført av SINTEF på oppdrag fra Helse Sør-Øst. Den baseres seg på samme "Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter". Helse Sør-Øst har bedt om at SINTEF vurderer den delen av planen som omhandler fremtidig virksomhet, kapasitet og arealbehov, samt gevinstrealisering, driftsøkonomiske effekter og totaløkonomisk vurdering.

Til sammen mener Oslo universitetssykehus at disse to arbeidene belyser de kritiske delene av planen. Arealutviklingsplanen er omfattende og resultat av et langvarig arbeid, og kvalitetssikringsarbeidet blir dermed også krevende. Delingen i to, der en gruppe har fokusert på overordnet løsning og prosess og den andre har fokusert på kapasitet og arealbehov, fremstår derfor som hensiktsmessig. I vurderingen av overordnede løsningsforslag, har Oslo universitetssykehus bedt kvalitetssikrer tenke friere i forhold til premisser for lokalisering og løsning enn det Arealutviklingsplanen har lagt til grunn. Dette har man gjort for å kunne få frem løsningsforslag som planarbeidet kan ha oversett.

Det finnes verken retningslinjer eller etablert praksis for kvalitetssikring i så tidlig fase av sykehusplanlegging, og det har ført til en del metodiske utfordringer fordi presisjonsnivået så tidlig nødvendigvis er lavere. Dette gjelder innen alle områder, inkludert driftsøkonomi, effektiviseringspotensial og beregning av synergier ved samlokalisering. Beregningsgrunnlaget for arealbehov vil også måtte være mer statisk, ettersom forutsetninger om endring av måten vi driver pasientbehandling i nye bygg – transform not transfer – vil konkretiseres i ide- og konseptfaser for til slutt å beskrives i et forprosjekt.

Oslo universitetssykehus mener kvalitetssikringene utgjør et viktig supplement og korrektiv til vår planprosess, og de vil brukes aktivt og svares ut gjennom det videre arbeid. Konklusjoner og anbefalinger fra kvalitetssikringene er gjengitt i sin helhet i det følgende.

Konklusjoner og anbefalinger

Vi har kvalitetssikret Arealutviklingsplan 2025 for Oslo universitetssykehus HF (OUS), datert 12. desember 2011. Dette kapitlet inneholder våre hovedkonklusjoner og anbefalinger. Detaljer og ytterligere vurderinger finnes i de følgende kapitlene.

I en kvalitetssikring er naturlig å fokusere på forbedringspunkter. Det gjør at de delene av grunnlaget for kvalitetssikringen som er tilfredsstillende ivaretatt i mindre grad fremheves. Lesere av denne rapporten som ikke er oppmerksomme på dette, kan få et misvisende helhetsinntrykk.

Hovedkonklusjon og -anbefaling

Arealutviklingsplanen utgjør et betydelig skritt fremover i den helhetlige utviklingen av OUS. Prosessene som er gjennomført under arbeidet med planen har skapt et momentum og positive forventninger som ikke bør tapes.

Planen har likevel en del mangler, som gjør at den ikke fullt ut er egnet som grunnlag for å treffe en beslutning om overordnet arealutvikling. Den største mangelen er at planen ikke er basert på en helhetlig virksomhetsstrategi. Det gjør det usikkert om planen vil kunne gi ønsket effekt. Det er også svakheter ved de økonomiske beregningene, blant annet ved at livsløpskostnader samt mulige salgsinntekter og andre nyttevirkinger i liten grad er hensyntatt. Arealutviklingsplanen kan dermed fremstå som kun å være rettet mot å minimere kostnader, mens den bør være rettet mot å maksimere netto nytte.

Arealutviklingsplanen, supplert med vår rapport, kan effektivt benyttes som beslutningsgrunnlag i en etterfølgende omstillingsprosess med tilhørende prosesser for strategiske føringer, virksomhetsplan og bygningsplan. I tillegg kan planen benyttes som grunnlag for idéfaser for enkeltprosjekter som skal igangsettes uansett valg av scenarier.

Planen i sin nåværende form vurderes imidlertid som lite egnet for en endelig beslutning om OUS' fremtidige overordnede arealbruk, men gir likevel retning for et videre arbeid.

SINTEF

SAMMENDRAG

SINTEF har gjennomført en kvalitetssikring av Arealutviklingsplan 2025 for OUS HF. Oppdragsgiver er Helse Sør-Øst RHF. I arbeidet har vi lagt til grunn veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, både versjon august 2009 og desember 2011. Arbeidet er lagt opp iht krav til ekstern kvalitetssikring av konseptfasen (KSK).

Planen er en grundig og omfattende gjennomgang av utviklingsbehov og løsninger for OUS HF, fra et strategisk nivå til fremtidig aktivitet, kapasitetsbehov og arealer og løsninger. Gjennomgangen viser det er uklart hvem som er bestiller av planen, at arbeidet har manglet et mandat og at planens status og rolle i beslutningsprosessen er uklar. Avgrensning til private sykehus, Oslo kommune og andre eksterne interessenter er ikke klar og det samme gjelder avgrensning mellom behandlingsnivåer og sykehusenheter, dette gjelder spesielt for kreftbehandling.

Behandling av data og beregninger av aktivitet, kapasitet og arealer følger etablert praksis. Beregning av effekter av samhandling med primærhelsetjenesten og vertskommunen er gjennomført på en måte som kan skape usikkerhet om det totale sengebehovet. Det samme gjelder krav til utnyttelsesgrader. For PHA bør bruk og fordeling av sengerressurser gjennomgås.

De driftsøkonomiske beregningene er uklare og vanskelig å etterprøve og det fremgår ikke hvordan driftsøkonomiske vurderinger har påvirket de løsningene som anbefales. Ettersom prosjektets økonomiske bæreevne er usikker blir det viktig å få bekreftet hvilke løsninger som totaløkonomisk er best.

”Oppsummering og anbefaling

Vår oppgave har vært begrenset til en vurdering av de virksomhetsmessige delene av Arealutviklingsplan 2025 for OUS HF. Vi har hatt tilgang til underliggende dokumenter og tallgrunnlag som vi har etterspurt og som har vært tilgjengelig.

Arealutviklingsplanen gir en oversiktlig, samlet fremstilling av grunnlag, forutsetninger og løsninger for utvikling av OUS mot 2025. Planen benytter kjente og faglig omforente metoder for å beregne fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov, som langt på vei ivaretar de strategiske føringene og dimensjonerende forutsetningene som gjelder for prosjektet.

Planen tar på en ambisiøs måte, utgangspunkt i et ovenfra og ned perspektiv med omfattende strategiske avklaringer som gjennomgår alle relevante sider ved den fremtidige utvikling av helsevesenet. Samtidig gjennomføres en nedenfra og opp beregning basert på omfattende bearbeiding av aktivitets- og byggdata. Utfordringen blir å holde fast i og innarbeide de strategiske og for en stor del kvalitative føringene, i det dimensjonerende tallgrunnlaget og løsningene.

Planen konkluderer med et scenario 3 som forutsetter investeringer på 17 mrd kroner. Dette er den billigste løsningen. Gjennomføringsplanen viser oppstart av idéfaseplanlegging i løpet av første halvår 2012. Dette stiller store krav til beslutningsgrunnlaget og beslutningsprosessen. Vi antar at investeringene må innarbeides i investeringsplanen for helseforetaket, og for å kunne utløse 50 % lånefinansiering må den økonomiske bæreevnen være dokumentert.

Veien videre fra arealutviklingsplan

Arealutviklingsplanen foreslår hovedtiltak på de ulike lokalisasjonene. Tiltakene er så omfattende at det må gjennomføres ide- og konseptfaser før man kan iverksette byggearbeider. Disse bør grupperes slik at de blir håndterlige og sikrer at man ser de ulike enkelttiltakene i nødvendig sammenheng. Det skal samtidig vurderes muligheten for å prioritere idefasene innbyrdes i tid for å sikre at samlet gjennomføring er praktisk og økonomisk mulig samtidig som man opprettholder kontinuitet og kvalitet i pasientbehandlingen.

En hensiktsmessig gruppering av prosjekter kan være slik:

- 1. Samlokalisering Radiumhospitalet**
 - i. Innhold: Arealutviklingsplanen foreslår ombygning av klinikk og diagnostikkbygg. En idefase må holde dette opp mot nybygg og eventuelt tidligere flytting fra Montebello.
- 2. Samlokalisering somatikk Ullevål**
 - i. Innhold: En idefase vil beskrive nærmere et klinikkbygg på foreslått plassering og vurdere dette opp mot alternativ plassering på Ullevål. Gitt at klinikkbygg realiseres som skissert vil dette medføre at bygg som huser vaskeriet, serverrom m.m. må rives og reableres et annet sted. Likeledes vil anbefalte alternativ for etablering av ny storbylegevakt, som styret orienteres om i egen sak, berøre tomten øst for bygg 9 (Barnesenteret) der hovedkjøkken og sentrallager ligger i dag. Samlet sett utløser dette et behov for å finne nye løsninger for disse funksjonene. Det ble derfor i desember 2012 igangsatt en idefaseutredning for etablering av erstatningsbygg for servicefunksjoner. Rapporten foreligger og vil inngå som grunnlag i det videre arbeid med idefase somatikk på Ullevål. Kartlegging av teknisk infrastruktur vil være avgjørende for hele utviklingen av Ullevål, og vil enten organiseres som egen idefase eller som et tidlig og tidskritisk delprosjekt innenfor idefase somatikk.
- 3. Samlokalisering Rikshospitalet**
 - i. Innhold: En idefase vil beskrive nærmere hvor stor del av de tilgjengelige ca. 14 000 kvm som bør utnyttes nå og til hvilket formål. Utredning av nytt bygg for barnehabilitering har vært gjort som en tidligere idefase. Den anbefaler plassering på Rikshospitalet i ulike varianter og må derfor endelig vurderes innenfor idefase samlokalisering Rikshospitalet.
- 4. Samlokalisering psykisk helse og avhengighet**
 - i. Innhold: Idefasen vil beskrive samling av voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og avhengighetsbehandling. Idefase for forsterkede plasser, Gaustad, harmoniseres med regional prosess i Helse Sør-Øst.
- 5. Videre utvikling av og eierforhold for eiendom Aker.**
 - i. Innhold: Dette arbeidet vil belyse alternativer for utvikling av eiendomsmassen på Aker, inkludert eierforhold, hvem som skal investere i utviklingen av Samhandlingsarena Aker og med hvilket tidsperspektiv – se under.

Etter gjennomføring av idefase, tenker man seg arbeidet videreført gjennom konseptfase med samme inndeling for kvalitetssikring og eventuelt vedtak om igangsetting treffes. Det betyr at videre planlegging og hvert enkelt prosjekt kan stoppes når idefase er fullført, og at det må foreligge nye vedtak både lokalt og regionalt før man går videre til konseptfaser.

Eierforhold og videre utvikling av eiendom Aker

Som oppfølging av styrets vedtak i sak 145/2011 startes et prosjekt med sikte på å avklare framtidig bruk av den delen av sykehusområdet på Aker som ligger utenom det området der Oslo universitetssykehus i tråd med oppdraget utvikler samhandlingsrettet virksomhet.

Den delen av Aker som skal utgjøre samhandlingsarenaen mellom Oslo kommune og de sykehusene som betjener Oslos befolkning, vil bli beskrevet i sak når det er nærmere avklart hvilke oppgaver det samlet sett er ønskelig å legge til denne arenaen. Framtidige eiermodeller og styringsmodeller for denne delen av Aker vil bli vurdert i denne sammenheng.

I avklaringene rundt eierforhold og videre utvikling av eiendom på Aker vil det bli lagt vekt på følgende:

- Dialog med eier med tanke på å få fram eventuelle føringer
- Dialog med rettighetshavere og andre berørte interessenter (eks Oslo kommune og Statsbygg, vedr tomten til Sophies Mindes bygg)
- Kartlegge føringer og heftelser som ligger til området
- Forholdet til behov for ny reguleringsplan for området
- Særskilt kartlegging av mulige interesser knyttet til den samhandlingsrettede helsevirksomheten på øvre del av Aker blant annet med tanke på synergier eller ulemper ved naboskap, trafikale forhold osv
- Beskrivelse av mulige økonomiske effekter og argumenter i forhold til bruk og utvikling av området

Organisering av videre planleggingsarbeid.

Utviklingen av Oslo universitetssykehus som beskrevet i denne saken er en langvarig prosess som krever et tett samspill mellom medisinsk faglig tenkning (her inkluderes betydelig medvirkning fra sykehusets brukere), byggfaglig kompetanse og god prosjektstyring.

Prosjekter som springer ut av arealutviklingsplanen vil være store prosjekter som krever en forutgående virksomhetsplanlegging. Planleggingen av prosjektene vil kreve omfattende koordinering, og samhandling, og at egnede kommunikasjonskanaler og samhandlingsfora etableres. For å forberede seg på dette har sykehuset sett på løsninger til organisering av de forestående planleggingsarbeidene som overordnet kan deles inn i to oppgaveområder som skal løses:

Det ene området vil kreve medisinsk faglig kompetanse som vil være egnet og i stand til å gjøre alle de faglige avklaringene det vil være behov for. Det er en omfattende oppgave å bygge nytt i direkte tilknytning til gammelt, og det gir et særskilt behov for å sikre trygg og god pasientbehandling i byggefasene.

Det andre området omhandler planlegging og gjennomføring av prosjektene. Disse prosjektene har et omfang og en kompleksitet som vil kreve et særskilt apparat for gjennomføring, og bør sees på som et program der det etableres felles rutiner og styringsmekanismer.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. mars 2012

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg:

SAK 19/2012 LEIE AV FORSKNINGSAREAL I DOMUS MEDICA

Forslag til vedtak:

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå leiekontrakt med Universitetet i Oslo om et areal på ca 1.900 kvadratmeter i tilbygget til Domus Medica på Rikshospitalet for ti år med opsjon på fem pluss fem nye år.

Oslo, den 22 mars 2012

Bjørn Erikstein

Bakgrunn

I styresak 16/2011 ga styret administrerende direktør fullmakt til å inngå leiekontrakt med Universitet i Oslo for om lag 1900 kvadratmeter i tilbygget til Domus Medica på Rikshospitalet. Arealutviklingen i helseforetaket var på dette tidspunktet ikke endelig avklart og på den bakgrunn ble fullmakten gitt med forbehold om en leietid på for 5 år, med opsjon på 5+5+5 år, og oppsigelsesklausul i leieperioden.

Faktabeskrivelse

Statsbygg påbegynte juni 2010 et 10860 kvadratmeter stort tilbygg til universitetsbygget Domus Medica på Rikshospitalet. Tilbygget vil være innflyttningsklart høsten 2012 og skal blant annet dekke behovet ved økt opptak av medisinstudenter, lokaler til forskerutdanningen ved det Medisinske fakultet, utvidelse av dyreavdelingen samt laboratorier for Centre for Molecular Biology and Neuroscience, hvor Oslo universitetssykehus og universitet er konsortieparter.

Oslo universitetssykehus har i overensstemmelse med styrevedtak forhandlet ferdig fremleieavtale med Universitetet i Oslo. I tråd med styrevedtaket er det lagt til grunn 5+5+5+5 års leietid, med 1 års oppsigelse. Universitet i Oslo har gått med på dette, men ettersom de selv er bundet til å leie hele arealet i 40 år, uten mulighet til oppsigelse krever universitetet et 5 prosent påslag i leien til Oslo universitetssykehus. Tillegget er kompensasjon for den risiko en så kortsiktig avtaletid med oppsigelsesmulighet medfører.

Dersom Oslo universitetssykehus inngår en leieavtale på 10 år uten oppsigelse vil Universitet i Oslo leie ut til Oslo universitetssykehus uten påslag. Det vil bety en potensiell innsparing for helseforetaket på omlag 250 000 kroner i årsleie i ti år fremover.

Nå som Arealutviklingsplanen 2025 foreligger vet sykehuset med større sikkerhet enn da leiefullmakten ble gitt, at tung laboratorieforskning skal vedvare på Rikshospitalet i overskuelig fremtid. Med denne viten vil det være uøkonomisk av Oslo universitetssykehus å gå inn på en leiekontrakt som gir merkostnad i perioden.

På bakgrunn av dette fremmes forslag om at fullmakten til å inngå leiekontrakt for fem år med opsjon på 5+5+5 år og med et års oppsigelse omgjøres, og det gis fullmakt til å leie for ti år med redusert leie og opsjon på 5+5 år.

Strategi for pasient- og pårørendeopplæring

2012-2016

sammen blir vi bedre



Fra stab samhandling og internasjonalt samarbeid
13.12.2011

1. Visjon, idé og mål

Visjon

Pasienter og pårørende ved Oslo universitetssykehus skal få tilstrekkelig kompetanse til å medvirke i egen behandling, til å ta egne valg og til å mestre sykdom og helse.

Idégrunnlag

- Pasientens forståelse og mestring av egen sykdom og helse er en kunnskapskilde som benyttes for å forbedre pasientbehandlingen
- Kommunikasjon skjer i en likeverdig dialog mellom pasient og fagperson
- Pasienter og pårørende gis mulighet til å delta aktivt i behandlingsopplegget
- Pasientens ansvar for egen helse vektlegges, med fokus på forebygging og mestring

Overordnet mål

Pasient- og pårørendeopplæring skal gis til rett tid, på rett sted, med riktig innhold og formidlet på rett måte.

Pasient- og pårørendeopplæring skal inngå som en integrert del av pasientforløpet og nødvendig informasjon gis og tilrettelegges i forhold til den enkeltes behov.

Informasjon og opplæring skal bidra til å skape trygghet og forutsigbarhet for pasienter og pårørende, og har som mål og fremme uavhengighet og mestringsevne.

Pasientopplæring skal understøtte og bedre kvaliteten på behandling, hindre reinleggelse og forebygge sykdom¹.

¹ *Pasient- og pårørendeopplæring* omfatter informasjon, veiledning og undervisning. Omfatter både de individuelle møtene og gruppebasert læring.

Læring kan være en individuell, personlig prosess, og en sosial, kollektiv prosess der deltagerne lærer av og med hverandre som en del av et større sosialt og kulturelt fellesskap (Bråten 2002).

Mestring handler om kompetanse og tro på egen evne til å iverksette de aktiviteter som er nødvendig for å nå målsatte resultater (Bygd på Bandura, 1986).

2. Bakgrunn og utfordringer

2.1 Noen kjennetegn ved Oslo universitetssykehus og pasientgruppene

Pasient- og pårørendeopplæring er en av sykehusets fire hovedoppgaver og er en lovforankret oppgave på linje med diagnostisering/behandling, utdanning av helsepersonell og forskning², Valg av pasient- og pårørendeopplæring som strategisk utviklingsområde innebærer at sykehuset setter fokus på et område som kan og må forbedres.

Spesialisthelsetjenesten kjennetegnes av kort liggetid og høyspesialisert behandling. Stadig mer av pasientbehandlingen foregår poliklinisk og ved dagbehandling. Tilrettelagte pasientforløp med stort innslag av forberedende informasjon og opplæring før og etter behandling i sykehuset, kan gi effektiviseringsgevinst, bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og kan bidra til at pasientens behov for koordinerte tjenester imøtekommes på en bedre måte enn i dag. Utvikling av gode pasientforløp er et viktig mål i Samhandlingsreformen, hvor spesialist- og kommunehelsetjenesten må samarbeide for å ivareta mennesker som har kronisk sykdom eller nedsatt funksjonsevne. For å bidra til god kvalitet og en bærekraftig utvikling er en funksjonsfordeling og kompetanseoverføring viktig³.

Befolkningens behov for helsetjenester endres ved at antallet mennesker som lever med kroniske sykdommer, nedsatt funksjonsevne og helsesvikt øker. I et samfunn med stadig høyere levealder, vil sykdomsbildet blant annet preges av at mange mennesker lever med sammensatte helseutfordringer, i tillegg til at enkelte sykdommer er mer fremtredende hos noen etniske grupper, og derfor trenger særlig fokus. Medisinsk behandling kan ikke løse utfordringene alene. Arbeidet for å bedre folkehelsen krever et bredt nivåovergrepende arbeid med økt fokus på forebyggende og helsefremmende innsats. Samhandlingsreformen peker på innsatser mot livsstilsområdene fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og psykisk helse/rus, men snakker også om å styrke tilbudene omkring læring og mestring av de utfordringer som sykdom gir.

Pasienttilfredshetsundersøkelser og klagesaker viser at pasientene har dårligst erfaring med delaktighet, innflytelse og det å bli tatt med på råd. Informasjon ved utskrivelse fra sykehuset er det området pasienter har gitt lavest score i pasientundersøkelser ved flere anledninger.

For mange pasienter og pårørende er tilbudet og muligheten for opplæring bedret. Pasient- og pårørendes rett til informasjon, opplæring og medvirkning er lovfestet⁴. For de som av ulike grunner ikke opplever å ha den samme muligheten, ligger det en utfordring i å gjøre tjenesten tilgjengelig for alle. Tilgang

² Lov om Spesialisthelsetjenesten (2001 § 3-8).

³ Lov om Sosiale tjenester, Helse- og omsorgstjenesteloven, Folkehelseloven.

⁴ Lov om Pasientrettigheter (1999).

til helsetjenesten skal ikke være avhengig av den enkeltes kunnskap og ressurser⁵.

2.2 Pasientopplæring som strategisk utviklingsområde

I 2010 ble Seksjon for pasient- og pårørendeopplæring opprettet i stab for Samhandling og internasjonalt samarbeid. Seksjonen er tillagt hovedansvaret for den strategiske utviklingen av pasient- og pårørendeopplæring, og for å sikre at tilbudet utvikles i tråd med internasjonale, nasjonale og regionale føringer.

Pasientopplæring setter fokus på pasienten som aktør og ikke som passiv mottaker av informasjon eller undervisning. Pasienten er medvirkende med sin erfaring og forståelse for egen situasjon og det skal brukes arbeidsformer som stimulerer til økt selvstendighet og fokus på ressursene hos pasienten/brukeren. Pårørende inkluderes som en naturlig del av dette.

Seksjonen skal bidra til at det arbeides spesielt med utvikling av arbeidsformer som sikrer reell brukervedvirkning⁶. Det å involvere pasienter/brukerne og å gi dem innflytelse er en viktig forutsetning for å lykkes med behandling og med pasient- og pårørendeopplæring⁷. Brukervedvirkning er godt forankret ved klinikkens Lærings- og mestringssentra hvor fagkunnskap og brukerkunnskap sidestilles i planlegging, gjennomføring og evaluering av læringstilbud. Den gruppebaserte læringen har en egenverdi ved at brukerne møter hverandre og deler erfaringer, får tilgang til etablerte møteplasser og informasjonssentra.

Seksjonen skal bidra til at helsepersonells pedagogiske kompetanse videreutvikles slik at pasienter og pårørende får best mulig informasjon, undervisning og veiledning (helsepedagogisk kompetanse)⁸. Løpende kompetanseutvikling hos alle ved sykehuset som arbeider med pasientinformasjon, mestring og læring vil være en prioritert oppgave.

Seksjonen har et særlig ansvar for videre utvikling av arbeids- og samarbeidsformer innen dette feltet internt på sykehuset, mellom klinikk og stab og mellom klinikker, men også i forhold til brukerorganisasjoner, bydeler, andre sykehus og nasjonale kompetansetilbydere.

Strategiplanen omfatter all pasient- og pårørendeopplæring i foretaket. Tjenesten kan omfatte informasjon, undervisning, veiledning og opplæring og kan være

⁵ St.meld. nr 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

⁶ Brukervedvirkning kan defineres som: "De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet (St.meld. nr.34-1996-97).

⁷ Plan for strategisk utvikling i Helse Sør- Øst 2009-2020.

⁸ Helsepedagogikk omhandler måten helsepersonell bør samspille med pasienter og pårørende, med vekt på helsepersonell som veiledere for egenmestring. Helsepedagogikk fokuserer på helsefremmende mestringstilbud (NKLMS 2010).

rettet mot både pasienter og pårørende/familier.⁹ Pasientopplæringen kan være både individuell- og gruppebasert opplæring og den kan være diagnosespesifikk eller ha et generelt fokus på læring og mestring.

3. Strategi

De strategiske valgene for pasient- og pårørendeopplæringen er knyttet til fire hovedområder: 1) pasienters og pårørendes kompetanse, 2) helsepersonells kompetanse, 3) kliniske standarder og retningslinjer for praksis og 4) forskning og utvikling av praksis på feltet. En grunnleggende premisse for dette er samhandling på individ, gruppe og organisatorisk nivå. Strategien må realiseres gjennom konkrete handlingsplaner og målrettet aktivitet, både i staber og klinikker, i samarbeid med brukere og deres organisasjoner, samarbeidende sykehus og kommunehelsetjenesten.

3.1 Samhandling

Mål

Pasient- og pårørendeopplæring skal fremme og styrke helheten og sammenhengen i behandlingsskjeden. Pasient- og pårørendeopplæring skal være en planlagt og systematisk virksomhet som preges av god organisering og likeverdig samarbeid med pasient/brukere, deres organisasjoner og andre relevante samarbeidspartnere.

Strategiske valg

- Styrke arbeidet med pasientforløp, og bidra til at pasient- og pårørendeopplæring inngår i prioriterte forløp.
- Tydelige forventninger til pasient- og pårørendeopplæring gjennom formaliserte avtaler.
- Bidra til at pasient- og pårørendeopplæring er synlig og integrert i Oslo universitetssykehus sin virksomhet.
- Videreutvikle samarbeid med primærhelsetjenesten og brukerorganisasjonene.
- Bidra til en klarere rollefordeling/differensiering mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- Lede og utvikle et faglig nettverk på tvers av klinikker og behandlingsnivå.
- Bidra til å styrke LMS-virksomheten i alle klinikker.
- Læresenteret på Ullevål videreutvikles som en arena for samhandling og brukermedvirkning.
- Arbeide for likhet i tilgang og kvalitet på opplæringen til de som har behov for det.
- Læringstilbudene gjøres tilgjengelig med universell utforming og med geografisk, språklig og kulturell tilpasning.

⁹ Pårørende defineres i henhold til lovverket (Pasientrettighetsloven). Familie: den som den enkelte definerer som familie (Wright, Leaheys, 1994).

3.2 Kompetanse

Mål

Pasient- og pårørendeopplæring i Oslo universitetssykehus skal preges av høy kvalitet.

Strategiske valg

- Utvikle Oslo universitetssykehus som et kompetansesenter innen pasient- og pårørendeopplæring.
- Identifisere behov for kompetanseheving sammen med klinikkene, primærhelsetjenesten og brukere.
- Utvikle, tilby og drifte et helsepedagogisk kompetansehevingsprogram
- Bidra til at pasientopplæring inngår i lederutdanning, kurs for ansatte, kurs for pasienter/brukere, program i høgskoler og andre utdanningsinstitusjoner og for klinisk stige.
- Utvikle og ta i bruk kvalitetsindikatorer knyttet til pasientopplæring.
- Brukermedvirkning inngår i alle prosesser i et likeverdig samarbeid.
- Evaluere med bruk av egnede evalueringsverktøy, systematisering av kunnskap, dokumentasjon og gjennom eksisterende kunnskap

3.3 Kunnskapsutvikling

Mål

Sykehuset skal bidra til forskning og utvikling av praksis på feltet

Strategiske valg

- Videreutvikle samarbeid med forskningsmiljøene i sykehuset, høgskoler, universitet, brukerorganisasjoner og Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring.
- Bidra til økt pasient/brukerdeltakelse i utviklings- og forskningsprosjekt, der det er relevant.
- Bistå i utviklingen av kvalitetsindikatorer om hva som fremmer mestringsforventning og mestring hos pasienter/brukere.
- Sykehuset stimulerer til og initierer forsknings- og utviklingsprosjekter knyttet til pasient- og pårørendeopplæring.¹⁰
- Bidra til å etablere kunnskap i utviklingen av interaktive tjenester, for å skape gode arenaer for læring.
- Bidra i å identifisere faktorer som hemmer tilgang og kvalitet i undervisnings- og opplæringstilbudet.

¹⁰ Eksempler: "Å leve et friskere liv"- et mestringstilbud til mennesker med kroniske ryggsmarter og som venter på behandling på sykehuset", "Bedside-information og ventesoner", "E-læring", "E-læring i Helsepedagogikk-programmet", "Etablere base-line data", " Barn som pårørende i minoritetskulturer", "Rask i vendinga- forebygging av KOLS".

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. mars 2012

Saksbehandler: Vise adm.dir, Stab samhandling og internasjonalt samarbeid

Vedlegg: Strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2012-2016, Oslo universitetssykehus HF

**SAK 20/2012 STRATEGI FOR PASIENT- OG PÅRØRENDEOPPLÆRING
2012-2016 FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS**

Forslag til vedtak:

Styret tar Strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2012-2016 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

Oslo, den 22. mars 2012

Bjørn Erikstein

Strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2012-2016 skal bidra til at Oslo universitetssykehus aktivt legger til rette for at pasienter- og pårørende får tilstrekkelig kompetanse til å medvirke i egen behandling, til å ta egne valg og til å mestre sykdom og helse.

Pasient- og pårørendeopplæring er sammen med diagnostisering/behandling, utdanning av helsepersonell og forskning en av helseforetakets fire lovforankrede oppgaver.

Valg av pasient- og pårørendeopplæring som strategisk utviklingsområde innebærer at sykehuset setter fokus på et område som kan og må forbedres. Tilrettelagt pasientforløp med stort innslag av forberedende informasjon og opplæring før, under og etter behandling i sykehuset, kan gi effektiviseringsgevinst, bedre samhandling med kommuner og bydeler og kan bidra til at pasientens behov for koordinerte og likeverdige tjenester imøtekommes på en bedre måte enn i dag.

Utviklingen av gode pasientforløp er et viktig mål i samhandlingsreformen, hvor spesialist – og kommunehelsetjenesten må samarbeide for å ivareta mennesker som har kronisk sykdom eller nedsatt funksjonsevne. For å bidra til god kvalitet og en bærekraftig utvikling er funksjonsfordeling og kompetanseoverføring viktig.

Strategien er sentral i arbeidet med det samlede pasienttilbudet. Viktige strategiske områder er skissert i forhold til tilbud til pasient og pårørende, brukermedvirkning, helsepersonells pedagogiske kompetanse, organisatoriske og faglige utviklingsområder.

Arbeidet med strategien har vært diskutert i Brukerutvalget og i det faglige nettverket hvor samtlige klinikker, Brukerutvalget og kommunehelsetjenesten er representert.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. mars 2012

Saksbehandler: Direktør kvalitet og pasientsikkerhet

Vedlegg:

SAK 21/2012: REVISJONSPLAN OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS 2012

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 22. mars 2012

Bjørn Erikstein

Bakgrunn

Oslo universitetssykehus har etablert en funksjon for intern revisjon som skal bidra til å etablere og gjennomføre tilfredsstillende intern styring og kontroll. I denne saken orienteres styret om revisjonsplanen for 2012.

Revisjonsplan 2012

Planen er laget med bakgrunn i informasjon fra helseforetakets styringssystemer og klinikkens risikobilde for 2011, innspill fra tilsynsmyndigheter, avvik fra tilsynsrevisjoner og vurderinger fra eier, for å ta stilling til tema for revisjonsplanen 2012.

I samarbeid med konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, er det vurdert hvor felles utførelse av oppdrag og øvrige prosjekter kan være hensiktsmessige. Hensikten er koordinering og effektiv bruk av interne revisjoner.

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst foretok følgende revisjoner ved Oslo universitetssykehus i 2011:

- Behandlingsreiser til utlandet ved Oslo universitetssykehus HF
- System for forankring, gjennomføring, rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier (vurdere god virksomhetsstyring)
- Intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system (herunder også henvisningsrutiner og ventelistebehandling)
- Medisinsk kodepraksis i helseforetakene (nasjonal revisjon utgått fra HDIR – utføres av konsernrevisjonen Helse Sør-Øst)

Funn fra disse revisjonene har inngått i risikovurderingen og prioritering av revisjonstema.

Med utgangspunkt i målområder for 2012 fra eier og satsingsområdene for Oslo universitetssykehus, er det utarbeidet forslag til prioriterte revisjonsområder. Prioriteringen er gjort etter en samlet vurdering hvor også ressurser til gjennomføring er vurdert.

Prioriterte oppdrag; revisjonsplan ved Oslo universitetssykehus i 2012

1. Intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system (herunder også henvisningsrutiner og ventelistebehandling)
2. Behandlingsreiser til utlandet
3. Oppfølging av tilsynsavvik innen strålevernområdet
4. Oppfølging av tilsynsavvik innen elektroområdet
5. Intern styring og kontroll innen personvern/forskningsområdet

Ad. 1 Intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system (herunder også henvisningsrutiner og ventelistebehandling). I desember 2011 til mars 2012 har konsernrevisjonen Helse Sør-Øst i samarbeid med inernrevisjonen Oslo universitetssykehus, under gjennomføring revisjon av intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system på overordnet nivå og i to klinikker. Revisjonen har sett på systemer og prosesser med fokus på om pasientene kommer til ”riktig sted til riktig tid”. Revisjonen har dekket et bredt område hvor tema som fristbrudd, ventetider, pasientavvik, klinisk arbeidsflate har vært fokusert. Det er viktig å sikre ivaretagelse av pasientrettigheter og korrekt

ventelistehåndtering og området er blant de prioriterte for revisjoner i flere klinikker.

Ad. 2 Behandlingsreiser til utlandet. Oslo universitetssykehus anmodet konsernrevisjonen Helse Sør-Øst våren 2011, om å gjennomføre revisjon av de økonomiske og organisatoriske sidene ved forvaltningen av tilskuddordningen for behandlingsreiser som følge av Stortingets bevilgninger over statsbudsjettets kapittel 733 post 72 (styresak 149/2011). Behandlingsreiser til utlandet tilbys utvalgte diagnosegrupper. Et av funnene fra revisjonen var at tilsynsprosessen med behandlingsstedene ikke var ivaretatt. Det foreslåtte revisjonsoppdraget skal se på tilsynsprosessen.

Ad. 3 Oppfølging av tilsynsavvik innen strålevernområdet. Det har ved flere tilsynsbesøk vært avdekket avvik vedrørende intern styring og kontroll innen strålevernområdet. Det har vært iverksatt tiltaksplaner innen området, og en revisjon er ”pålagt” for å se om tiltakene har den ønskede effekt.

Ad. 4 Oppfølging av tilsynsavvik innen elektroområdet. Direktorat for samfunnssikkerhet og beredskap hadde tilsyn ved Oslo universitetssykehus høst 2011 og avdekket mangler innen elektroområdet. Det er utarbeidet en handlingsplan for å bedre forholdene. En revisjon innen området vil kunne se om tiltakene har hatt ønsket effekt, og hvor eventuelle forbedringer må settes i gang.

Ad. 5 Intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet. Oslo universitetssykehus 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.

Gjennomføring

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

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 kompetanseheving ute i klinikkene. Oslo universitetssykehus vil videreutvikle dette samarbeidet og organiseringen av et større revisjonsnettverk har startet.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. mars 2012

Saksbehandler: Direktør forskning, innovasjon og utdanning

Vedlegg:

SAK 22/2012: OPPFØLGING AV FORSKNINGSRÅDETS FAGEVALUERING 2011

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelse om oppfølging av Norges forskningsråds fagevaluering av medisinsk, biologisk og helsefaglig forskning til orientering.

Oslo, den 22. mars 2012

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Norges forskningsråd (Forskningsrådet) gjennomførte i 2011 en nasjonal fagevaluering av forskning i biologi, medisin og helsefag. I rapportene gis en beskrivelse av styrker og svakheter ved de ulike forskningsfeltene og det gis konkrete anbefalinger, både på nasjonalt nivå og per evaluerte fagmiljø. Et viktig mål med evalueringen har vært å se fagområdene i hele bredden, på tvers av institusjonsgrensene. Miljøene ved Oslo universitetssykehus er derfor evaluert på tvers av sykehus og universitet, i tråd med hvordan forskningsgruppene fungerer i praksis og ledelsesmessig. Kort oppsummert viser evalueringen at vi har svært mange internasjonalt konkurransedyktige forskningsmiljøer ved Oslo universitetssykehus. Gode forskningsmiljøer finnes i alle klinikker og innen ulike fagområder. Etter den forrige fagevaluering har mange miljøer satt inn tiltak og kommet styrket ut. Det har skjedd en klar styrking av klinisk forskning.

Evalueringen følges opp nasjonalt og regionalt, og det forventes at de evaluerte institusjoner også følger opp aktuelle anbefalinger. Oslo universitetssykehus følger systematisk opp anbefalinger fra de ulike fagpanelene, i nært samarbeid med Universitetet i Oslo. Overordnet handlingsplan for forskning, klinikkens handlingsplaner for forskning og en særskilt oppfølging gjennom et nyetablert Scientific Advisory Board er sentrale elementer i denne oppfølgingen. Sykehusets forskningsutvalg, med bred representasjon fra Universitetet i Oslo, vil ha et kontinuerlig fokus på de mest aktuelle temaene fremover.

2. Tidligere vedtak i styret

Det vises til tidligere orientering til styret om Forskningsrådets fagevaluering av biologisk, medisinsk og helsefaglig forskning, sak 152/2011, hvor det kort ble redegjort for resultater og planlagt oppfølging. En nærmere orientering er etterspurt av styret, senest i forbindelse med rapportering av resultater i Årlig melding 2011.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Formålet med denne styresaken er å gi styret en oppdatert status på hvordan fagevalueringen følges opp i Oslo universitetssykehus. Rapportene er svært omfattende og kan ikke vedlegges i sin helhet¹. Administrerende direktør konkluderer med at fagmiljøene har nedlagt et imponerende arbeid, både i forkant, under høringsmøter og i etterkant av evalueringen. Samarbeidet med universitetet synes å ha fungert svært bra og etter intensjonen, både under evalueringen og i pågående oppfølging. Administrerende direktør er svært tilfreds med resultatene av evalueringen, og spesielt det faktum at både miljøer med gode og mindre gode karakterer melder tilbake om en nyttig prosess, hvor det er lærdom å hente til faglig og organisatorisk videreutvikling. De senere års regionale satsinger på klinisk forskning synes å ha hatt svært god effekt, jammefør fagevalueringen av kliniske fag fra 2004. Det er derfor viktig at de regionale finansieringsordningene ikke svekkes fremover, som følge av flere eksterne miljøers ønske om en nasjonal, åpen konkurranseutsetting av disse forskningsmidlene utover sykehussektoren. Midlene er i all hovedsak frigjorte midler fra sykehussektorens budsjetter. Forslag til endring i håndteringen av

¹ <http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/Fagevaluering+av+biologi+medisin+og+helsefag/1253954269442>

midler satt av til forskning, som dels foreslås av fagevalueringen og dels av "Fagerbergutvalget", støttes derfor ikke.

4. Oppfølging av evalueringens anbefalinger – arbeidsmetoder

I tillegg til at hvert av de sju fagpanelene har sammenfattet anbefalinger i hver sin overordnede rapport, er det utarbeidet en oppsummerende rapport på tvers av alle de sju fagpaneler. Denne løfter de mest sentrale og felles, nasjonale problemstillinger. De fleste anbefalinger sammenfaller godt med mål i sykehusets egen forskningsstrategi og handlingsplan. En del anbefalinger retter seg mot myndigheter og politikere.

I Oslo universitetssykehus vil oppfølging hovedsakelig skje i klinikkene, hvor forskningsressursene er allokert. Organisatoriske og strukturelle forhold følges i tillegg opp på institusjonelt nivå.

Følgende oppfølgingstiltak er initiert suksessivt etter at rapporter ble fremlagt:

- Gjennomgang av hovedresultater og -anbefalinger i hver klinikk. Samlet presentasjon og diskusjon i fellesmøter med UiO (Forskningsutvalg og Forskningslederforum).
- Utarbeidelse av rullerende handlingsplaner for forskning i hver klinikk, for perioden 2012-2013 med eksplisitt fokus på oppfølging av evalueringen. Planlagt revisjon i 2012 av overordnet (klinikkovergripende) handlingsplan slik at denne i enda større grad fanger opp felles anbefalinger.
- Presentasjon av de klinikkvise handlingsplanene i seminar med administrerende direktør, forskningsdirektør, dekan og prodekan forskning ved Det medisinske fakultet, klinikkledere i Oslo universitetssykehus, forskningsledere i Oslo universitetssykehus, Forskningsutvalget og sentrale stabsmedarbeidere ved sykehus og fakultet. I møtet deltok også påtroppende leder av nytt Scientific Advisory Board.
- Etablering av et eksternt Scientific Advisory Board for Oslo universitetssykehus (jf også vedtatt forskningsstrategi), som i første periode vil ha som særskilt mandat å gi råd om videre oppfølging av evalueringen.
- Tildeling av institusjonelle, strategiske forskningsmidler til hver klinikk (500.000 kroner for 2012) for særskilt å følge opp anbefalinger i fagevalueringen (internasjonaliseringstiltak, stimulering til store internasjonale søknader, seminarer for nye forskningsgrupper mv.)
- Fortløpende fokus på sentrale problemstillinger i Forskningsutvalget og Forskningslederforum – eksempelvis karriereveier for forskere.
- Tilbakemelding til Forskningsrådet (30. mars 2012) om erfaringer med evalueringen og hvordan evalueringen følges opp institusjonelt.
- Orienteringer til styret, før og etter evalueringen.
- Innspill (28. mars 2012) til den kommende Forskningsmeldingen (Kunnskapsdepartementet) om problemstillinger fra fagevalueringen som må drøftes på et nasjonalt nivå, eksempelvis tiltak knyttet til finansieringsordninger og til lovverk for midlertidige forskerstillinger.
- Innspill til ny, regional forskningsstrategi for Helse Sør-Øst, som bør være i tråd med de viktigste anbefalinger som er relevante for sykehusene i regionen.

Alle tiltak samordnes så langt som mulig med Universitetet i Oslo, primært Det medisinske fakultet og Institutt for klinisk medisin. Enkelte tiltak diskuteres også på regionalt nivå i Samarbeidsorganet for UiO og Helse Sør-Øst. Tiltak som bør samordnes mellom helseregionene vil også være et tema i RHF-enes strategigruppe for forskning, hvor direktør forskning, innovasjon og utdanning ved Oslo universitetssykehus er representert.

5. Anbefalinger spesielt sentrale for Oslo universitetssykehus

Følgende klinikkovergripende tematikk fra fagevalueringen har et særlig institusjonelt fokus i første omgang:

- Bedre karriereveier for forskere, etter postdoktorperiode, utfordres av sterke begrensninger innenfor lovverket for midlertidige stillinger (ulikt lovverk for universitet og sykehus).
- Tilstrekkelig kritisk masse i forskningsgrupper: klinikkens hovedfokus etter fusjonen. Retningslinjer for forskningsgrupper er etablert i samarbeid med UiO, og hensiktsmessig organisering og faglig fokus er sentralt i klinikkens handlingsplaner.
- Tid til forskning for nøkkelpersonell: harmoniserte og forbedrede ordninger innad i Oslo universitetssykehus for personell med kombinerte stillinger avtales med Universitetet i Oslo og implementeres gradvis i løpet av en femårsperiode.
- Bedre utnyttelse av og infrastruktur for biobanker og registre: blant de høyest prioriterte områder i overordnet handlingsplan. Et større kartleggingsarbeid av sykehusets biobanker og lagringsfasiliteter er gjennomført og vil bli ledelsesbehandlet (kapasitet og forsvarlighet).
- Forskningsfinansiering: konkurranseutsetting av regionenes forskningsmidler utenfor sykehussektoren er ikke ønskelig (anbefalt i evalueringen), da midlene gir et helt nødvendig strategisk handlingsrom for helseforetakene. Økt institusjonelt, strategisk handlingsrom for forskning er på den annen side klart anbefalt i evalueringen. Institusjonenes overheadmidler fra eksternt finansierte prosjekter anbefales synliggjort og også brukt som handlingsrom for institusjonenes egne, strategiske satsinger.
- Internasjonalisering: stimulering til å søke EU, NIH og annen internasjonal finansiering. Ulike tiltak iverksettes i samarbeid med UiO. Dette er svært tunge, administrative søknads-, gjennomførings- og rapporteringsprosesser, som krever tilstrekkelig god infrastruktur og prosjektadministrasjon. Stimuleringsordninger på regionalt nivå er spilt inn fra Oslo universitetssykehus som et viktig tiltak, gitt også ulike insentivordninger i sykehus- og universitetssektoren knyttet til for eksempel EU-midler.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 23. mars 2012

Saksbehandler: Leder direktørens kontor

Vedlegg: 1) Referat fra Brukerrådet 20. februar 2012
2) Utkast protokoll styremøte HSØ 15. mars 2012
3) Årsplan styret

SAK 23/2012 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering

Oslo, den 22. mars 2012

Bjørn Erikstein

1. Rikets tilstand

Det har vært stort mediepress på Oslo universitetssykehus de siste ukene, og det er fokus på å svare på, nyansere og dokumentere de saker som media setter på dagsorden. Da er det godt å kunne lese de hyggelige resultatene fra pasienttilfredshetsundersøkelsen PasOpp (se kulepunkt nedenfor), samtidig som vi vet at vi må jobbe målrettet for å bli stadig bedre.

Det er blitt foretatt en styrking i Direktørens stab ved at Cathrine Lofthus er konstituert som viseadministrerende direktør for en nyetablert stabsenhet for medisin, helsefag og utvikling fra 15. mars 2012. Stillingen skal ha tittel viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling og rapporterer direkte til administrerende direktør. Stillingen som viseadministrerende direktør skal utlyses, og konstitueringen gjelder frem til fast ansettelse av viseadministrerende direktør er foretatt.

Oslo universitetssykehus får nytt styre fra 1. april og jeg vil derfor benytte anledningen til å takke Gøran Stiernstedt, Ellen Christine Christiansen, Marianne Borgen og Barbro Lill Hætta for deres engasjement og bidrag til å gjøre Oslo universitetssykehus gode.

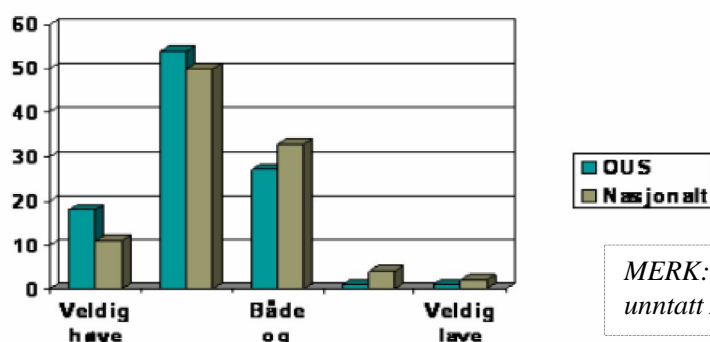
2. Drift

Resultater i pasienttilfredsundersøkelsen PasOPP

Pasienter har langt høyere forventninger til oppfølging og behandling på Oslo universitetssykehus enn de har til andre sykehus i Norge og Oslo universitetssykehus innfrir disse forventningene. Det er resultatene som fremkommer i pasienttilfredshetsundersøkelsen i regi av Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenester som ble offentliggjort 15. mars 2012.

72 prosent av pasientene hadde ganske høye eller veldig høye forventninger til Oslo universitetssykehus før innleggelse. 89 prosent svarer positivt på om pleien og behandlingen var tilfredsstillende. 84 prosent vil anbefale Oslo universitetssykehus til familie og venner. Det tyder på at sykehusets ansatte lever opp til pasientenes høye forventninger og bekrefter at Oslo universitetssykehus leverer behandling og pleie av høy kvalitet.

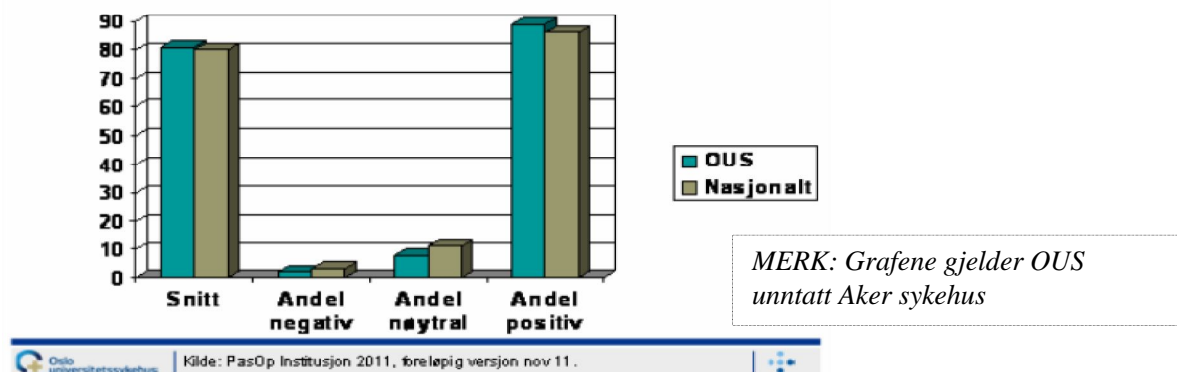
Hadde du høye eller lave forventninger til sykehuset før innleggelsen?



Pasientenes forventninger formes i hovedsak gjennom egne erfaringer eller andres erfaringer med sykehuset. En ting er forventninger, en annen sak er pasientens opplevelse av den konkrete oppfølgingen eller behandlingen. 82 prosent av pasientene melder at de

måtte vente noe, eller ikke ventet i det hele tatt. Når de ble innlagt opplevde pasientene tilfredsstillende pleie og behandling fra omsorgsfulle leger og pleiere.

Var pleien og behandlingen du fikk på sykehuset, alt i alt tilfredsstillende?



Undersøkelsen viser også til elementer ved behandlingstilbudet som kan forbedres. Blant annet viser kartlegging av pasientmedvirkning at et knapt flertall av pasientene mener de ble involvert i egen situasjon, og der er det fortsatt mye å hente på aktive og engasjerte pasienter. Pasientene har rett til å være med i vurderingen både av utredning og behandling og 50 prosent er for lav score på dette området. Pasientene er spesialistene på sin egen helse, og derfor er det viktig at vi samarbeider godt med den enkelte pasient når vi vurderer oppfølging og behandling.

Ventelister og fristbrudd ved Oslo universitetssykehus

Det har den siste tiden vært flere medieoppslag knyttet til Oslo universitetssykehus' håndtering av fristbrudd og henvendelser fra HELFO.

Oslo universitetssykehus arbeider kontinuerlig for å få antall fristbrudd så lavt som mulig. Per i dag har sykehuset mange ventende spesielt i gruppen uten rett til nødvendig helsehjelp, men også ventende pasienter med fristbrudd.

Fristbrudd er tema på alle oppfølgingsmøtene mellom administrerende direktør og den enkelte klinikkleder. Det er etablert ventelisteansvarlige for hver klinikk og hver avdeling og klinikklederne følges opp på ventelistesituasjonen med spesielt fokus på fristbrudd som nærmer seg og reelle fristbrudd. Et eget ventelistenettverk er etablert for å dele erfaringene med og kompetansen om arbeidet med reduksjonen av ventelister.

Oslo universitetssykehus reviderte sine pasientbrev i tråd med Helsedirektoratets anbefalte maler i september 2010. Våre pasienter mottar også Helsedirektoratets anbefalte informasjon til pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten, sammen med de standardiserte pasientbrevne. Pasientene er dermed informert om HELFO og noen tar kontakt med HELFO når de opplever fristbrudd.

Rutinen til HELFO er at de tar kontakt med sykehuset der fristbruddet har funnet sted. For å lette arbeidet for HELFO har Oslo universitetssykehus en kontaktperson mot HELFO og som så kontakter aktuelle avdeling. I 2011 henvendte 244 fristbruddpasienter fra Oslo universitetssykehus seg til HELFO. Av disse fikk 16 behandlingstilbud via HELFO pasientformidling. Forutsetningen for at pasienter som henvender seg til HELFO kan behandles ved Oslo universitetssykehus, er at dette medisinsk kan forsvares i forhold til andre ventende. I noen tilfeller har en derfor valgt å betale for behandling hos andre.

Oslo universitetssykehus ønsker å utføre sitt arbeid riktigst mulig, etisk og juridisk, og administrerende direktør vil på denne bakgrunn sørge for en gjennomgang av praksis ved de forskjellige avdelinger. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennomfører nå en revisjon av ventelistearbeidet ved Oslo universitetssykehus. I tillegg er konsernrevisjonen, etter dialog med Helse Sør-Øst, bedt om å organisere en gjennomgang av håndteringen av fristbrudd med spesiell oppmerksomhet mot sykehusets håndtering av henvendelser fra HELFO. Det har vært avholdt oppstartsmøte med konsernrevisjonen 7.mars 2012, revisjonen setter opp et team som skal gjennomgå saken og innhenter også ekstern fagkompetanse. Etter avtale vil tillitsvalgt fra Legeforeningen følge arbeidet regelmessig. Mandat for arbeidet utarbeides av konsernrevisjonen i samarbeid med sykehuset. Det antas at innhenting av data vil ta 2 – 3 uker, og det planlegges at rapport med konklusjoner og forslag til forbedringer kan legges frem for styret i styremøte 3. mai 2012. I tillegg har administrerende direktør bedt sykehusets kliniske etikkkomité vurdere om komitéen vil behandle saken, noe den gjorde i siste møte 14. mars. Endelig vurdering fra komitéen foreligger så langt ikke.

Det er også igangsatt et arbeid hvor man utreder muligheten for å etablere tidsavgrenset utvidet kapasitet for å håndtere fristbrudd inkludert for pasienter med fristbrudd som henvender seg via HELFO. Det er også gitt føringer for at vurderingen om behandling kan gis, skal være basert på en medisinsk faglig vurdering både av aktuelle pasient og øvrige pasienter som venter på behandling. Det er imidlertid viktig å understreke at det for sykehuset vil være viktig å finne gode løsninger internt også av økonomiske årsaker.

3. Organisering og utvikling

Fagstrategi for Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus har per i dag ikke noen samlet fag- eller virksomhetsstrategi. Det har siden 2007 foregått en rekke arbeider som helt eller delvis har vært av strategisk karakter, blant andre:

- Faglig grunnlag for hovedstadsprosessen (2007)
- HSØ rullerende strategi
- Virksomhetsprosjektene (P-prosjektene) som innledet fusjonen (2009)
- Innholdsstrategi: ”Hvor går vi mot 2025? Strategiske utfordringer, valg og satsingsområder.” (2010)
- Klinikk Redesign (2010)
- Arealutviklingsplan 2025 (2011)

Administrerende direktør ser at det er behov for en samlet strategi. En slik strategi er ikke bare en ramme for fagutvikling, men må i minst like stor grad ta inn over seg fremtidens behov for endring av måten vi leverer helsetjeneste på og ikke minst hvordan pasientenes reise gjennom og opplevelse av sykehuset tilrettelegges.

Arealutviklingsplanen beskriver et samlet arealbehov for sykehuset, men det er fortsatt nødvendig med nærmere beskrivelse av hvilke fag som skal lokaliseres hvor, en vurdering av forventet vekst (reduksjon) samt mer inngående beskrivelse av hvordan man ser for seg å utøve sitt fag (levere helsetjeneste) i fremtiden.

Oslo universitetssykehus har startet arbeidet med å finne et godt format for dette. Det er per i dag ikke endelig avklart om dette bør gjøres som et omfattende fagstrategisk arbeid eller om man basert på foreliggende materiale skal benytte sykehuset kommende utviklingsprosjekter som inngangsport. Styret vil orienteres videre om dette arbeidet.

Felles klinisk informasjonsgrunnlag (FKI) - Produksjonssetting av felles klinisk bildelager (M4) og risikofaktorer knyttet til konsolidering av Doculive (M5)

Milepæl M4 - Beslutning om produksjonssetting av M4 (felles klinisk bildelager)

Felles visning av radiologiske bilder er levert i henhold til plan. Løsningen ble satt i produksjon 20.mars og tatt i bruk 21.mars. Risikoen for kritiske avvik vurderes å være lav og konsekvensene håndterbare. Leveransen totalt sett vurderes å tilføre fordeler/gevinster som overstiger ulemper/risiko.

Milepæl M5 - Risikofaktorer knyttet til M5 (konsolidert Doculive og integrasjon PasDoc-Doculive)

FKI-prosjektet har som mål å produsjonssette M5 4.juni 2012. Risikoen for forsinkelser vurderes å være høy til meget høy. Prosjektet har utarbeidet en tiltakspakke for å redusere risikoen, iverksatte tiltak vurderes så langt å ha positiv effekt.

4. Status for inntektsmodellen i HSØ

Muntlig orientering i møte.

5. Status samhandlingsprosjekter

Evaluering av fire spesialiserte korttidsenheter – et samhandlingsprosjekt

Samhandlingsreformen ble iverksatt 1.januar 2012. Det skal gjøres politiske grep med sikte på omfordeling av ressurser mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. En av reformens intensjoner er å bremse veksten i sykehussektoren, en annen å behandle pasienten nærmest mulig eget bosted. Etablering av de fire spesialiserte korttidsenhetene i Hovedstadsområdet er i så måte i tråd med, og i forkant av samhandlingsreformen. Enhetene er etablert i bydelene Ullern, Østsjø og Stovner, dessuten finnes en enhet i Lørenskog kommune. Samarbeidende sykehus er Ahus, Diakonhjemmet og Oslo universitetssykehus.

Formålet med spesialiserte korttidsenheter er å etablere enheter som gir somatiske pasienter over 60 år et faglig godt tilbud i form av pleie, behandling og opp trening i overgang mellom sykehus og kommune. Målsettingen er at pasienten skal skrives ut til hjemmet etter opphold i spesialisert korttidsenhet. Pasienten som behandles i spesialisert korttidsenhet (SKE) skal:

- være over 60 år
- være ferdig medisinsk utredet og behandling igangsatt
- ha behov for spesialisert medisinsk behandling
- forventes å bli utskrevet til eget hjem etter endt opphold, senest etter 21 dager
- være mentalt i stand til å delta i behandlingen ved SKE
- ikke ha diagnostisert demens eller alvorlig psykisk lidelse

I perioden 10.01.11- 15.12.2011 ble det gjennomført en evaluering av de fire spesialiserte korttidsenhetene. Prosjektmidler ble bevilget fra Helse Sør-Øst RHF, oppdragsgivere var

ledelsen i bydelene Stovner, Østensjø og Ullern, dessuten Lørenskog kommune, Diakonhjemmet og Oslo universitetssykehus. I henhold til mandat skulle prosjektet evaluere opprettelse og drift av enhetene for å finne ut om målene for SKE var nådd, herunder hvilke av følgende effektmål det var mulig å gi en vurdering av:

- Mindre behov for praktisk bistand, pleie og omsorg i eget hjem
- Redusert behov for rehabilitering etter utskrivning
- Bedret pasientopplevelse og pasienttilfredshet
- Nedgang i antall utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus
- Færre reinnleggelser på sykehus
- Kortere liggetid i sykehus
- Økt antall utskrivningsklare til eget hjem
- Redusert press på tilgjengelige sykehjemssenger og sykehussenger
- Bedret samarbeid og samhandling mellom kommune og sykehus til beste for pasienten
- Treffer tiltaket rett pasientgruppe i forhold til kriterier for inntak i enhetene
- Sammenligning av utgiftsdekning mellom kommunen/bydel og sykehus og sammenligning av utgifter pr. plass enhetene i mellom

Både kommune og sykehus var innforstått med at det i fremtiden er nødvendig å bremse veksten i sykehuse og legge til rette for en forskyvning av pasienter fra sykehus til kommune/bydel.

Et gjennomgående funn i evalueringen er at SKE-pasienten er "vinneren", det er helt klart etablert et kvalitativt bedre tilbud enn tidligere. Dette gjenspeiles først og fremst i høy brukertilfredshet.

Registrering av sykehusopphold 365 dager før og etter SKE-opphold viser at andel pasienter som blir reinnlagt i sykehus etter SKE-opphold er lavere. I alle fire enheter har pasientene gjennomgående flere sykehusinnleggelser før SKE-oppholdet enn etter. Det ser altså ut til at pasientene har gode forutsetninger for å klare seg hjemme etter SKE-opphold. Gjennomsnittsalderen er 80 år, gjennomsnittlig liggetid i SKE er 15 dager og 80 % skrives ut til eget hjem. 12,5% av pasientene reinnlegges direkte fra SKE til sykehuset, det er ikke meldt om uforsvarlige hendelser. Like fullt er det viktig å merke seg om det er særskilte pasientgrupper som er overrepresentert og gjøre nødvendige korrigeringer med hensyn til pasientforløp. Kreftpasienter utgjør en stor andel av de som reinnlegges direkte fra SKE, og det er særlig smerteproblematikk eller overgang til terminal fase som utløser ny sykehusinnleggelse.

I SKE samarbeider ansatte fra sykehus og bydel i samme avdeling, på denne måten blir SKE enhetene brobygger og gjensidige arenaer for kompetansebygging. Gjennom etablering av SKE har bydelene fått enheter med høy fagkompetanse. I intervjuer med de ansatte i SKE (leder, leger, sykepleiere, fysioterapeuter) gir alle uttrykk for faglig trivsel og stimulerende fagmiljø.

Lederne ved SKE-enhetene fremhever særlig følgende forhold:

- Man får startet med opptrening parallelt med behandling. Det gir eldre mulighet til å komme seg tilbake til opprinnelig funksjonsnivå
- Avdelingstypen domineres av motiverte, likesinnede pasienter. Det er klar fordel at demente ikke er i samme avdeling
- Det blir god planlegging og koordinering rundt hjemreise. Pasienten får nødvendig opptrening og trygghet for å kunne mestre hverdagen hjemme etter SKE-opphold.

Etablering av SKE har bidradd til at pasienter som er i målgruppen har fått et langt bedre tilbud enn tidligere. Sykehusansatte opplever at det er lett å overflytte pasienter til SKE, mindre byråkrati sml. med overflytting til tradisjonelle korttidsopphold.

6. Arbeidsgiverforhold

Lønnsoppgjøret 2012 – unntatt offentlighet

Muntlig redegjørelse gis i styremøtet.

7. Tilsyn

Helsetilsynet i Oslo og Akershus: Tilsyn med behandling av eldre pasienter med hjerneslag (over 80 år) ved Medisinsk klinikk og Klinikk kirurgi og nevrofag (landsomfattende tilsyn).

Tilsynsbesøket ble gjennomført 10-12.10.11. I tilsynsrapport av 1.mars 2012 pekes det på at flere pasienter blir lagt på andre poster før de flyttes til slagposten. Pasienter som legges på andre poster får ikke den samme behandling og omsorg som på slagposten. Det er konkludert med ett avvik: Sykehuset sikrer ikke forsvarlig behandling av eldre pasienter med hjerneslag, de første 24 timene, for de som ikke legges inn på slagposten. Det arbeides nå med en handlingsplan som skal oversendes innen 6.april 2012.

Vedlikeholdsplan og pålegg fra Arbeidstilsynet og etter branntilsyn

Det er som kjent utarbeidet en tiltaksplan for Oslo universitetssykehus HF som ivaretar både oppfølging av pålegg fra Arbeidstilsynet og avvikene etter branntilsynet. Planen er utarbeidet i et samarbeid mellom fagavdelinger i Oslo sykehusservice, involverte klinikker og Direktørens stab.

Siden saken ble behandlet i styret 9.februar 2012 (sak 6/2012) har tiltaksplanen blitt sendt inn til både Oslo kommunes Brann og redningsetat (6.februar 2012) og til Arbeidstilsynet (1. mars 2012). I etterkant av innsendingen er det avholdt et møte med Brann og redningsetaten hvor tiltakene ble belyst i detalj. Det ble spesielt gjort oppmerksom på at branntekniske utbedringer er med i samme plan som den som ble sendt til Arbeidstilsynet. Det er gjennomført et oppfølgingsmøte med Arbeidstilsynet 14.mars 2012 og hvor Arbeidstilsynet muntlig ga tilbakemelding om at varsel om tvangsmulkt vil bli trukket tilbake. Nytt møte med Arbeidstilsynet planlegges til ultimo juni.

Det arbeides videre med å planlegge for gjennomføring av de prioriterte tiltak som inngår i tiltaksplanen. Konkret er sykehuset i gang med tiltak i bygg 3 og bygg 7 på Ullevål, og planlegging av tiltak i bygg AB på Radiumhospitalet. Prosjektledere for disse bygg er utpekt, og de respektive prosjektene følges tett opp i forhold til fremdrift og slik at gjennomføring tilpasses øvrige arealplaner, planer for samlokaliseringer og rammer for investeringer.

8. Eiendom

Orientering om status for salg av eiendommer i Bærum kommune: Lindelia 41-51, Vallerveien 146, og Njordveien 16.

Sykehuset solgte personalboligene tilknyttet Statens senter for epilepsi, Lindelia 41-51 og eiendommen Vallerveien 146 i 2008. I forbindelse med salget ble det søkt om fradeling

fra sykehusets hovedeiendom. Før søknad om fradeling av eiendommen ble behandlet, la Bærum kommune ned midlertidig bygge- og deleforbud og igangsatte arbeid for å omregulere området fra boligformål til offentlig formål. Sykehuset ga i samarbeid med kjøper av eiendommene innspill til reguleringsarbeidet med anmodning om regulering til bolig med service, men Bærum kommune vedtok likevel regulering av eiendommene til offentlig formål. (Kommunestyre møte 25. januar 2011.) Sykehuset klaget over vedtaket (6.april 2011) men fikk ikke medhold hos Fylkesmannen. Planvedtaket ble stadfestet 14.desember 2011. Sykehuset venter nå på at kommunen skal utarbeide skjøte på eiendommene.

For eiendommen Lindelia 41-51 har Bærum kommune forkjøpsrett. Sykehuset avventer Bærum kommunes vurdering av om en vil benytte seg av denne. Sykehuset har sendt orientering til kjøper om at en er i ferd med å avklare om Bærum kommune ønsker å benytte seg av forkjøpsretten. Sykehuset har også varslet kjøper at eiendommen Vallerveien 146 vil være klar til overtakelse etter at skjøte er utarbeidet.

Ved søknad om fradeling av eiendommen i Njordsvei 16, la Bærum kommune også ned midlertidig bygge- og deleforbud før søknaden ble behandlet. Det har senere vært en planprosess på eiendommen og Bærum kommune har nå regulert denne eiendommen til omsorgsboliger. Sykehuset venter nå på at også denne eiendommen fradeles og at det utarbeides skjøter.

9. Rettstvister - status per d.d.

Siden forrige rapportering har det skjedd følgende:

Styret er tidligere informert om mottatt stevning fra ass.lege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling. Spørsmålet er om leger i spesialisering lovlig kan ansettes midlertidig i henhold til lovens krav om unntak for praksisarbeid. Foretaket samarbeider med Spekter i saken på grunn av sakens prinsipielle karakter. Helseministeren har uttalt at flest mulig skal ansettes fast. Dette utfordrer dagens utdanningsmodell i foretakene. Arbeidslivets parter arbeider med dette spørsmålet. Dom er avsagt av Oslo tingrett og foretaket vant saken. Avgjørelsen er svært viktig for foretaket som utdanningsinstitusjon og stadfester utdanningssystemet for LIS. Saksøker har anket saken til lagmannsretten. Saken er berammet til 18-19. oktober.

Styret er tidligere informert om tvistesak med tidligere ansatt angående forståelse av arbeidskontrakt i forhold til lønnskrav. Dom falt 31/10 og gav sykehuset medhold på to punkter og saksøker medhold på ett punkt. Saksøker dvs. den tidligere ansatte, har anket deler av dommen til lagmannsretten. Saken vil bli berammet ultimo 2012/primo 2013. Det har vært gjennomført rettsmekling i lagmannsretten 8. mars uten at løsning ble oppnådd. Saken går videre til ordinær lagmannsrettbehandling.

Styret er tidligere informert om sak som gjelder oppsigelse av en ambulansesjåfør på grunn av pliktbrudd i tjenesten. Saken har vært forsøkt løst ved rettsmekling. Hovedforhandlingen ble gjennomført 17.-19. januar og dom ble avsagt 9. februar og sykehuset fikk ikke medhold i at oppsigelsen var saklig. Sykehuset fikk medhold av retten i at den ansattes handling var et pliktbrudd i tjenesten. Den etterfølgende saksbehandlingen og vurderingene kvalifiserte ikke til at oppsigelsen var saklig

begrunnet. Den ansatte ble også tilkjent 40 000 i oppreisning. Saken ankes ikke slik at dommen blir stående.

Sykehuset er stevnet av ansatt som krever erstatning for ikke økonomisk tap (oppreisning) for suspensjon og påstand om trakassering. Saken har sitt utspring i episode som skjedde på et arrangement i arbeidstakerens fritid og sykehusets håndtering av konsekvensene av det som det som skjedde som arbeidsgiver. Saken er berammet til forhandling i 18-19. april.

Sykehuset er stevnet av ansatt. Saken gjelder ugyldig oppsigelse, herunder krav om erstatning.

Det underliggende er at den ansatte har hatt permisjon og frivillig tiltrer annen stilling med andre lønnsbetingelser. Rettsmekling i saken er berammet 23. mars.

Sykehuset har nylig mottatt stevning av to ansatte. Saken gjelder advarsler som tidligere er gitt for opptreden i tjenesten og som ved stevning anføres er urettmessige og i realiteten framstår som gjengjeldelse av varsling. Det kreves også erstatning.

I tillegg foreligger det to kollektive arbeidsrettssaker som skal gå for Arbeidsretten:

Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS) og Delta – en arbeidstakerorganisasjon i YS har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder om lønnsjustering til uorganiserte arbeidstakere ved Oslo universitetssykehus er tariffstridig. Grunnlag: forståelse av overenskomsten mellom Spekter og YS-Spekter ved lønnsjustering av de uorganiserte etter tariffoppgjøret 2010. Saken føres av Spekter på vegne av foretaket. Saken er berammet i september

Tekna – Teknisk-naturvitenskapelig forening har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder brudd på bestemmelsene om arbeidstid i overenskomst del B mellom Tekna og Oslo universitetssykehus. Den lokale overenskomsten inneholder bestemmelser om arbeidstid og når en kan fravike ordinær arbeidstid. Det er uenighet i forståelse av dette ved planlagt pasientbehandling ut over kl. 17.00 på hverdager. Spekter fører saken på vegne av foretaket. Saken er berammet i september.

Etterforskning av straffesak vedrørende arbeidsforholdet til fillipinske ansatte ved Oslo universitetssykehus HF

Sykehuset ansatte i november 2010 tre sykepleiere fra Fillipinene for å dekke et behov for flere operasjonssykepleiere i den ortopediske virksomheten. Et enkeltmannsforetak ble brukt som kontaktpunkt.

Sykehuset fikk i uke 9 forelagt opplysninger som kunne tyde på at firma hadde tatt seg ulovlig betalt for arbeidsformidlingen og at sykepleierne hadde vært utsatt for trusler. Sykehuset anmeldte på denne bakgrunn forholdet 2. mars.

Sykehuset har også blitt anmeldt og har status som mistenkt for overtredelse av straffeloven § 224, første ledd bokstav b (menneskehandel). Den videre etterforskning vil vise hvordan saken vil bli vurdert strafferettslig.


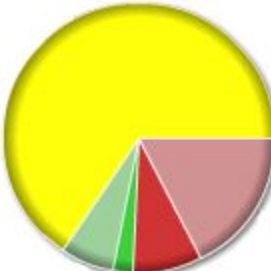
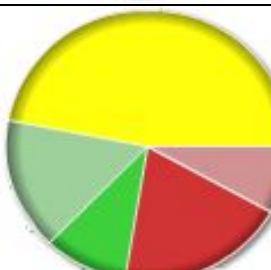
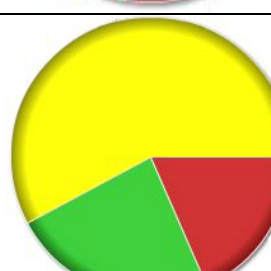
Administrerende direktør har i arbeid en gjennomgang av saken for å få kunnskap og oversikt og dermed beslutningsgrunnlag for oppfølging. En har allerede sett forbedringspunkter i form av tiltak som: rutiner for rekruttering, fullmakter i organisasjonen og andre administrative rutiner. Dette vil det bli arbeidet videre med. Revisjonsfirma PWC brukes for deler av oppfølgingspunktene. Når en har fått den fulle oversikt i saken skal det vurderes om det er begått feil av enkeltpersoner og om det skal få konsekvenser.

Sykehuset bistår politiet med opplysninger i saken.

Sykepleierne er gitt fast ansettelse og sykehuset har vært behjelpelige med å finne bolig. For øvrig ivaretar sykehuset de ansatte på andre måter.

10. Mediebildet februar og mars 2012

Antall reportasjer om Oslo universitetssykehus gikk noe ned i februar, men økte markant i mars igjen. Mars måned ligger an til en dobling av medieomtale. Mediebildet ble vektet langt mer negativt i mars måned. 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.

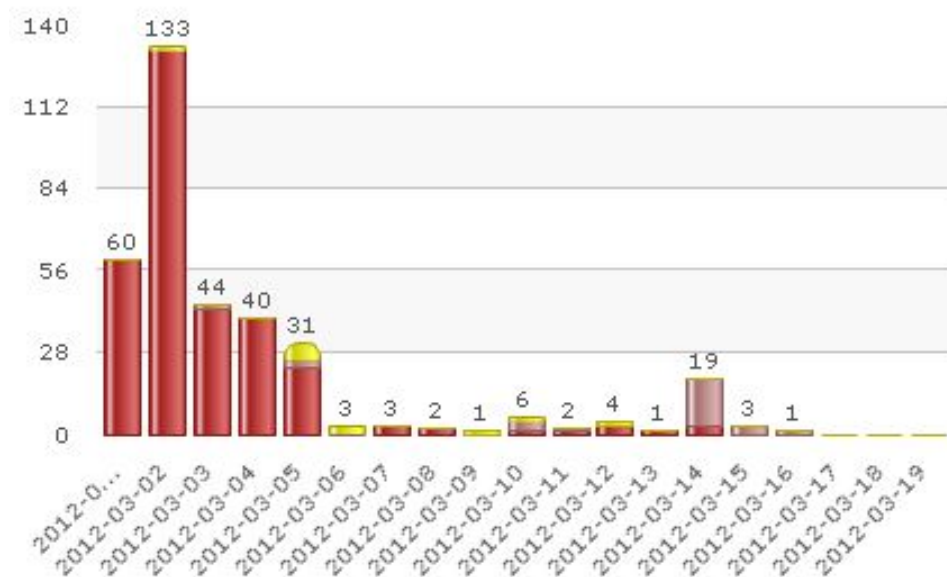
Periode	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
1. – 19. mars 2012	1667		Positiv: 10 Nøytral: 25 Negativ: 65	Stor andel negative saker skyldes saken om ventelister (350 oppslag) og saken om ansettelse av tre filippinske sykepleiere (409 oppslag), les mer under tabellen.
Februar 2012	1294		Positiv: 9 Nøytral: 66 Negativ: 25	Stor andel nøytrale saker om at Anders Bering Breivik muligens ikke skal til Dikemark.
Januar 2012	1450		Positiv: 25 Nøytral: 47 Negativ: 28	Positive saker om raskere hjertehjelp, redusert ventetid for pasienter med prostatakreft og at flere sier ja organdonasjon. Negative saker om et titalls ulike temaer.
Desember 2011	1136		Positiv: 24 Nøytral: 58 Negativ: 18	Mange positive saker skyldes blant annet offentliggjøring av sykehusets evaluering av egen innsats 22. juli.

Ventelister i mediene

Saken om ventelister ved Oslo universitetssykehus startet i TV 2 1. mars – og fikk stor oppmerksomhet i mediene i mars måned, men mest i perioden 1.- 5.mars. 350 enkeltvis saker ble presentert i mediene. TV 2 lagde 20 reportasjer om saken. Aftenposten papir og nett hadde

21 reportasjer om saken til sammen. Saken ga i starten assosiasjoner til den såkalte ventelistesaken ved Bærum sykehus. Ord som ventelistetriksing ble brukt av de fleste mediene. Sykehuset valgte å være åpent og tilgjengelig for mediene. De første dagene stilte representanter for sykehuset opp i alle medier som ønsket intervju. I tillegg ble syv ulike nettsaker - som forklarte sykehusets holdninger og handlinger - publisert på internettsiden til Oslo universitetssykehus.

Etter noen dager gikk flere eksterne aktører ut i mediene for å påpeke at denne måten å forholde seg til HELFO og ventelister på var noe som foregikk på alle sykehus – og at det var slik systemet var tenkt å fungere. Flere kommentatorer hevdet at systemet var politikernes ansvar, og helseministeren har i mediene gitt signaler om en mulig lovendring. Det var mest medieomtale de første fem dagene:



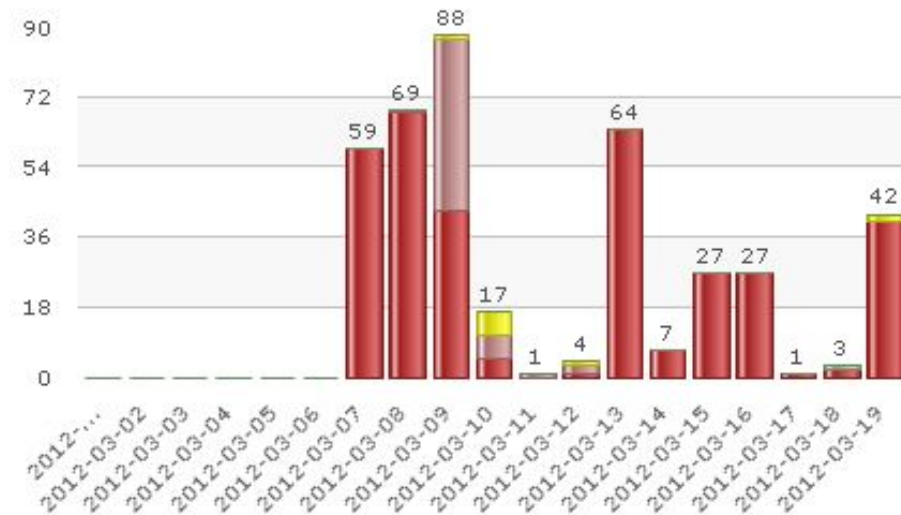
Sakene om ventelister ble stort sett vektet negativt for sykehusets del:



Filippinske sykepleiere i mediene

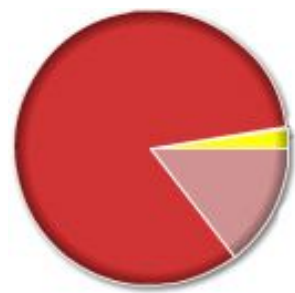
Oslo universitetssykehus publiserte en nyhetsmelding med tittelen "Oslo universitetssykehus har anmeldt arbeidsformidler" på internettsidene 7. mars. Saken om de filippinske sykepleierne ble samme dag omtalt i NRK, og spredde seg til mange medier. Mediene presenterte 409 artikler om denne saken frem til 19. mars. Aftenposten, VG, NRK Dagsnytt, P4 og Romerikes blad presenterte flest artikler om denne saken, men saken ble også omtalt i lokale medier i hele Norge.

Mediene startet omtalen av saken 7. mars.



Den første dagen valgte sykehuset å stille opp til intervjuer, både i etermedier og aviser. Etter at Fremskrittspartiet politianmeldte sykehuset, valgte sykehuset ikke å gå ut med fragmenter av historien. 9. mars la Oslo universitetssykehus ut en nyhetsnotis der det sto at sykehuset ønsket å avvente det helhetsbildet som politiets arbeid forhåpentligvis vil resultere i.

De aller fleste sakene om filippinske sykepleiere ble vektet negativt:



11. Referater

- **Utkast til referat fra møte i Brukerrådet 20. februar 2012.**
1 vedlegg
- **Foreløpig protokoll fra HSØ styremøte 15. mars**

12. Årsplan

Det legges fram en plan for saker og tema som skal behandles dette året. Planen er gjenstand for kontinuerlige justeringer og legges fram i oppdatert utgave ved hvert styremøte.

Justert årsplan vedlagt.

Møtereftrat

Møtetema: Brukerutvalget Oslo universitetssykehus

Til:

Kopi:

Dato dok: 21.2.2012

Dato møte: 20.2.2012

Referent: Taran Greni

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

Administrerende direktør Bjørn Erikstein deltok i møtet til sak 018
Eva Bjørnsborg deltok for Tove Strand

Forfall: Shoaib Sultan

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Saksnr.:	Sakstittel/-innhold	Ansvar	Frist
013-2012	<p>Godkjenning av referat. Referatet ble godkjent med merknader fra møtet ved Veslemøy og John Bjørnøy.</p> <p>Veslemøy: Hvem følger opp planer om ungdomsråd i Oslo universitetssykehus?</p> <p>Seksjon for pasient- og pårørendeopplæring ved Eva Bjørnsborg har laget utkast til mandat for ungdomsråd. Dette utkastet legges fram for Brukerutvalget til møtet 26. mars.</p> <p>Brukerutvalget har sendt innspill til høring om retningslinjer for håndtering av røyking ved inngangspartiene ved Oslo universitetssykehus.</p> <p>Kommentarer vedr innkalling: Tidspunkter for møter er heretter slik: AU møtes kl 10.30 forberedelser til møtet Felles lunsj fra kl. 11.30 Møtestart kl. 12.00 Møtet avsluttes kl. 16.00 AU har møte etterpå.</p>		
014-2012	<p>Handlingsplanen 2012. Handlingsplan ble sendt ut på mail til alle brukerråd. Brukerutvalget vil be om innspill fra klinikkens brukerråd. Viktig å fange opp hva brukerrådene i klinikkene mener er viktig. Medlemmene bes om å konkretisere temaene i handlingsplanen.</p>		

<p>Følgende temaer ble diskutert fra Handlingsplanen: Fristbrudd: Kan brukerrådene spørre klinikkene om det går ut brev med innkalling.</p> <p>Behandlingslinjer. Hver klinikk skal presentere behandlingslinjer i klinikken. Er Brukerutvalget representert i dette arbeidet? Hvilke medlemmer er dette?</p> <p>Representasjon i Kvalitetsråd. Stab fag- og pasientsikkerhet ved Anders Baalsrud har foreslått at Brukerutvalget kan ha medlemmer i kvalitetsrådene ved sykehuset. Brukerrådene i klinikkene bes om å melde inn evt medlemmer i Kvalitetsråd.</p> <p>Brukerutvalget vil gjerne forsikre seg om at pasientene blir forsvarlig behandlet til tross for nedbemanning.</p> <p>Administrerende direktør Bjørn Erikstein ønsker en debatt om prioritering. Brukerutvalget vil gjerne være med og etterspør hvordan de kan medvirke.</p> <p>Pasientsikkerhet. Farida og Grete følger opp Pasientsikkerhetskampanjen i brukerrådene. Brukerrådet vil gjerne bidra inn i arbeidet med Paientsikkerhetskampanjen. Eva Bjørnsborg orienterte om arbeidet Seksjon for pasient og pårørendeopplæring gjør: Har laget 10 spørsmål til pasienter og pårørende. Dette skal distribueres ut i klinikkene.</p> <p>Samhandling. Ser vi allerede nå resultater av samhandlingsreformen på klinikknivå? Tove Strand inviteres til møtet 26. mars for å redegjøre for status i arbeidet. Brukerutvalget uttrykker stor bekymring for at tilbud legges ned på sykehus før tilsvarende tilbud er opprettet hos kommunen.</p> <p>Minoritetsspråklige: Farida ønsker mer fokus på dette tema og vil gjerne at det tas opp som tema i møtet 26. mars. Hun sender en nærmere bestilling til sekretær for Brukerutvalget på hvilke tema hun vil ha belyst i møtet. Eva Bjørnsborg foreslår at Seksjon for likeverdige helsetjenester møter i neste møte for å orientere om arbeidet. Presentasjon av strategi for Likeverdige helsetjenester 2016.</p> <p>Brukerutvalgene på nasjonalt nivå:</p>		
---	--	--

	Brukerutvalgene i sykehus og regionale helseforetak bør samarbeide om å løfte satsingsområder nasjonalt, slik at brukermedvirkning kan styrkes.		
15-2012	<p>Gjennomgang av Årshjulet for Brukerutvalget. Dette blir fast punkt i møtene.</p> <p>Til møtet i mars: Brukerutvalget ønsker orientering om arbeidet som gjøres med samhandlingsavtalene. Brukerutvalget tar dette opp med Tove Strand og ber henne komme i møtet 26. mars.</p> <p>Innen møtet i mai: Brukerutvalget ønsker å medvirke til å få fram positive pasienterfaringer i pressen. Veslemøy kan formidle kontakt.</p> <p>Til møtet i september: Brukerutvalget bør ha en representant inn i Ungdomsrådet for OUS.</p>		
006-1-2012	<p>Områdeplaner og Helsearena Aker ved Per Magnus Mæhle. Områdeplan var sendt ut i forkant av møtet. Presentasjon sendes ut til Brukerutvalget. Per Magnus tok i møte spørsmål og innspill i forkant av presentasjonen:</p> <p>Landsforeningen for Hjerte- og lungesyke ved John Bjørnøy uttrykte bekymring over nedlegging av rehabiliteringstilbud. Støttes av Norges Astma og allergiforbund ved Veslemøy Ruud.</p> <p>Norsk Forbund for utviklingshemmede ved Grete Müller orienterte om arbeidet Helsedirektoratet har gjort med en avklaring mellom hvilke tjenester som tilbys på kommune- og spesialisthelsetjenestenivå. Grete presiserer at de avklaringer Helsedirektoratet har gitt skal følges, og at man ikke starter et separat løp på dette.</p> <p>Brukerutvalget vil gjerne ha brev for innskriving og utskriving.</p> <p>Farida Shakoor etterlyser minoritetsspørsmål i områdeplanen, spesielt knyttet til fødsel og barselomsorg.</p> <p>Ambulante tjenester blir godt omtalt.</p>		

	<p>Hvordan blir ungdom behandlet i områdeplanen? Faller litt mellom to stoler. Viktig tema for Ungdomsrådet.</p> <p>Områdeplan fødsler: Utskriving etter tre dager. Hvordan er tilbudet de tre dagene?</p> <p>Helsestasjonen blir ikke koblet inn før etter 14 dager. Det er svak omtale av helsestasjoner i områdeplanen.</p> <p>Farida påpeker at barn som er født med sykdommer blir behandlet likt med friske barn. Hun ønsker en tettere oppfølging av de som får barn som har sykdom eller skade.</p> <p>Psykisk helse: Landsforeningen for pårørende innen psykiatri ved Richard Madsen påpeke at veldig mange pasienter er unge. Ønsker tiltak for å satse på rask behandling av unge. Prosjektet "Tidlig intervensjon" må følges opp med tiltak for å få pasientene raskt ut i en vanlig hverdag. Forebygging og ulike tiltak mestring og opplæring er viktig. Dette er også billigere tiltak enn innleggelse.</p> <p>Individuell plan er svakt omtalt i områdeplanen.</p> <p>Brukerutvalget sender innspill til områdeplanen skriftlig pr mail til Nina Malme Gulbrandsen innen 10. mars.</p>		
017-2012	<p>Organisasjonsstruktur ved Ous, ved Øystein Solheim Lien. Presentasjon sendes ut på mail.</p> <p>Brukerutvalget ønsker seg en oversikt over råd og utvalg ved sykehuset. De oppfordres til å se på hjemmesidene til Ous som har en oversikt over dette.</p>		
018-2012	<p>Administrerende direktørs time, ved Bjørn Erikstein.</p> <p>Heine Århus tok opp den omfattende bruken av CT i sykehuset. Administrerende direktør ønsker en dialog med Klinikk for diagnostikk og intervensjon om dette. Det er også satt i gang diskusjoner om retningslinjer for bruk av billeddiagnostikk og anbefalinger på når f.eks CT skal benyttes og når CT kan erstattes av andre metoder for diagnostikk. Brukerutvalget uttrykker bekymring for økt bruk av CT i sykehuset og den strålingsfaren dette innebærer for pasientene. Heine Århus etterspurte en forklaring på hvilke forhold som kan indikere risiko for pasientskader. Det er ikke enkelt å peke på enkeltfaktorer. Administrerende direktør understreket at det er</p>		

	<p>menneskelig svikt som ofte er årsak til skader. Det er bare et fåtall skader som skyldes gammelt medisinsk teknisk utstyr for eksempel. Administrerende direktør fremhever sykehusets arbeid for pasientsikkerhet, satsing på å utvikle en god meldekultur for feil og avvik slik at organisasjonen kan lære av feil og betydningen av godt arbeid i kvalitetsråd.</p> <p>Brukerutvalget etterspør større fokus på pasient- og pårørendeopplæring i områdeplan og strategidokumenter. Universell utforming må også tydeligere fram.</p> <p>Administrerende direktør er enig i at opplæring av pasienter og pårørende bør være et av fem satsingsområder for sykehuset.</p> <p>Brukerutvalget tok også opp nedlegging av rehabiliteringstjenester med administrerende direktør. Etterspørselen etter disse tjenester har gått ned i takt med den medisinske utviklingen i hjertemedisin de siste årene. Sykehuset er nødt til å gjøre kutt i tilbudet, og det vil smerte.</p> <p>Imidlertid skal sykehuset nå i dialog med Oslo kommune om tilbud som skal etableres som følge av samhandlingsreformen. Det er ønskelig å etablere tilbud om rehabilitering som er nærmere der folk bor.</p> <p>Brukerutvalget ønsker å bidra til å få frem gode og positive pasienthistorier i pressen. Administrerende direktør setter pris på dette. Han opplyste også at sykehusene i Oslo fortsatt scorer veldig bra på Helse Sør-øst sine omdømmeundersøkelser.</p>		
016-2012	<p>Gjennomgang av viktige styresaker fra styremøtet den 09.02.12.</p> <p>I oppdragsdokumentet bes Brukerutvalgene å lage en strategiplan fram til 2020. Denne skal styrebehandles. Brukerutvalget ønsker å samarbeide med Seksjon for pasient og pårørendeopplæring om dette. Brukerrådene i klinikkene skal komme med innspill.</p> <p>Leder av Brukerutvalget foreslår at dette blir tema til møtet i mai.</p>		
evt	<p>Kvalitetskonferanse Lillestrøm. Farida og Grete deltar på dette. De kontakter Nina Malme Gulbrandsen for påmelding.</p>		

	Høringsnotat fra Helse Sør Øst sendes ut til medlemmene. Frist 9. mars for skriftlige innspill til Nina malme Gulbrandsen på mail. Frist til Helse Sør Øst er 16. mars.		
--	---	--	--

Årsplan for styret 2012 – Oslo universitetssykehus

Styreseminar 8.02.2012	Saker
Kl.16.00-21.00	<ul style="list-style-type: none"> • Økonomi og IKT v/Morten Reymert og IT-direktør Kenneth Solstrand • Servering av middag etter pasientkonseptet utviklet på Ullevål "1-2-3 MAT" v/Oslo sykehusservice. • Arealutvikling og vedlikehold v/Geir Teigstad og Andreas Moan. • Styrets ansvar og oppgaver. Innledning v/Randi Borgen.

Styremøte 9.02.2012	Saker	Temasak	Orienteringssaker
	<ul style="list-style-type: none"> • Nytt leiebygg Søndre Oslo DPS, godkjenning av leie av bygg av OBOS • Beslutningssak: Strategisk utviklingsplan med helhetlig med helhetlig plan (omstillingsprosjekter) og plan vedlikehold bygninger og arbeidslokaler. • Oppdrag og bestilling 2012 Områdeplan (fra Per Mæhle). • Avtaler – samhandlingsområdet. 		

Styremøte 29.03.2012	Saker	Temasak	Orienteringssaker
	<ul style="list-style-type: none"> • Arealplan for Oslo universitetssykehus 		<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføring aktivitet og budsjett 2012-02-15 • Økonomisk langtidspan 2012-2014 • Fagstrategi for Oslo universitetssykehus HF • Utviklingen av tomten på Aker sykehus

Styremøte 03.05.2012	Saker	Temasak	Orienteringssaker
	<ul style="list-style-type: none"> • Orientering fra konsernrevisjon om ventelister • Årsplan revisjon • Revisjon av det pasientadministrative system • Ethiske retningslinjer 	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> •

Styremøte 20.06.2012	Saker	Temasak	Orienteringssaker
	<ul style="list-style-type: none"> • Årsoppgjør • Investering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse. Halvårig rapportering. 		<ul style="list-style-type: none"> •

Styremøte 20.09.2012	Saker	Temasak	Orienteringssaker
Styreseminar etter styremøtet			
	•		• Status Akuttbygget

Styreseminar 20.9.2012	Saker	Temasak	Orienteringssaker
Etter styremøtet	•		•

Styremøte 25.10.2012	Saker	Temasak	Orienteringssaker
	•		•

Styremøte 17.12.2012	Saker	Temasak	Orienteringssaker
	• Investering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse. Halvårig rapportering.		• Status Akuttbygget

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato:	Styremøte 15. mars 2012
Tidspunkt:	Kl 0830 - 1500

Følgende medlemmer møtte:

Per Anders Oksum	styreleder
Ansgar Gabrielsen	nestleder
Turid Birkeland	
Kirsten Brubakk	
Trine Dønhaug	
Terje Bjørn Keyn	
Andreas Kjær	forfall
Irene Kronkvist	
Bernadette Kumar	fra kl 09:40
Anita Ihle Steen	
Dag Stenersen	
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen	fra kl 10:10
Svein Øverland	
Signe Øye	til kl 13:30

Fra brukerutvalget møtte:

Tove Larsen
Erna Hogrenning

Følgende fra administrasjonen deltok:

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

I forkant av det ordinære styremøtet ble det gjennomført styreseminar med opplæring av nye styremedlemmer.

Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent. Administrerende direktør meldte at det vil bli gitt noen tilleggsoverføringer under driftsorienteringene.

Saker som ble behandlet:

010-2012	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 16. FEBRUAR 2012
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra styremøtet 16. februar 2012 godkjennes.

011-2012	AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER JANUAR 2012
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar aktivitets- og økonomirapport basert på forenklet rapportering per januar 2012 til etterretning.

Styret legger til grunn at foretakene i hovedstadsområdet følges opp minst på månedsbasis.

012-2012	ÅRLIG MELDING 2011 FRA HELSE SØR-ØST RHF
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Årlig melding 2011 for Helse Sør-Øst oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.
2. På grunnlag av den samlede rapportering for 2011, 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 foretaksmøteprotokoll for 2011 og at "sørge for"-ansvaret som Helse Sør-Øst RHF er pålagt gjennom lovverket samlet sett er oppfylt for 2011.
 - Styret er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2011, formidlet i oppdragsdokumenter og foretaksmøter, er fulgt opp. Styret peker samtidig på 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. Dette gjelder særlig ventetidsutviklingen for somatiske pasienter, antall fristbrudd,

korridorpasienter og epikriser sendt ut innen 7 dager, der det må iverksettes tiltak for å nå målene. Det vises også til styrets innspill til statsbudsjettet for 2013, jf. styresak 089-2011 og brev av 20.12.2011 til Helse- og omsorgsdepartementet.

- Store deler av det norske samfunnet ble utfordret av hendelsene den 22. juli 2011. Styret ønsker å gi ros til alle som deltok i utrykninger og i sykehusene. Selv om de pågående evalueringer vil kunne vise at flere ting kunne vært gjort annerledes fremsto helsetjenesten med stor handlekraft, effektivitet og robusthet.
- Foreløpige regnskapstall for 2011 viser et negativt årsresultat på ca 500 mill. kroner, eller i underkant av 1 % av brutto budsjettet. Både Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF har et negativt økonomisk resultat i 2011. Styret er ikke fornøyd med dette og resultatsituasjonen i hovedstaden er bekymringsfull fordi den innebærer vesentlig risiko for foretaksgruppens samlede økonomiske bærekraft. Det er grunn til å berømme de syv helseforetakene som fremviser positive resultater. Dette viser at det er arbeidet godt med styringen av driften i 2011.
- Omstillingsprosessen i hovedstadsområdet er viktig og nødvendig. Det er nødvendig at det etableres en felles forståelse av utfordringer, risikoer og muligheter. Det er videre viktig at kvaliteten på pasientbehandlingen prioriteres og at omstilling under trygghet sikres. Det legges til grunn at helseforetakene har realistiske og konkrete planer som gir forutsigbarhet for ansatte, brukere og samarbeidsparter og som er i tråd med gjeldende økonomiske rammer. Styret legger til grunn god medvirkning fra ansatte og brukere både i daglig drift og i utviklingen av helseforetaket.
- Fremtidig utvikling av tjenestetilbudet vil baseres på begrunnede langsiktige beslutninger, forutsigbarhet og økonomisk bærekraft. Virksomheten vil baseres på nasjonal helse- og omsorgsplan, plan for strategisk utvikling og mål 2012 for Helse Sør-Øst og de økonomiske rammer som stilles til disposisjon. Nasjonale verdier – kvalitet, trygghet og respekt legges til grunn.
- Hendelser i 2011 understreker behovet for at arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og avvikshåndtering videreføres og styrkes i 2012. Prinsippene for god virksomhetsstyring må følges opp på alle nivåer.
- Styret vil fortsatt legge vekt på at en helhetlig helsetjeneste til beste for befolkningen i regionen forutsetter tett samarbeid på tvers av sektorer og i god dialog med andre regionale aktører.
- Samhandlingsreformen gir utfordringer for helseforetakene med utvikling og omstilling av spesialisthelsetjenesten i tråd med oppgaveoverføringen til kommunene. Styret legger til grunn at reformens krav til samarbeidsavtaler og oppfølging blir ivaretatt på alle nivåer, og at foretaksgruppen vil arbeide aktivt for å oppfylle reformens forutsetninger. Styret forutsetter et godt samarbeid med kommunene om utskrivningsklare pasienter, oppbyggingen av kommunale senger for øyeblikkelig hjelp, kompetanseutveksling og kompetanseutvikling, samt en videreføring av prosjektmidler og midler til forskning for å styrke samhandlingen.

*Stemmeforklaring fra styremedlem Øverland, Ruud Thorkildsen, Keyn, Kronkvist og Brubakk:
Alle tiltak må konsekvensvurderes og kun tiltak med akseptable konsekvenser for pasienttilbud og ansatte iverksettes*

013-2012

**OPPNEVNING AV NYE STYRER I HELSEFORETAKENE I
HELSE SØR-ØST FRA 2012**

Saken ble behandlet i lukket møte med henvisning til ofl § 13, jf forvl § 13

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Følgende oppnevnes som eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i Helse Sør-Øst med funksjonstid fra 1. april 2012 til april 2014:

Styret i Akershus universitetssykehus HF

Styreleder:	Peder Olsen		gjenvalg
Nestleder:	Leif Frode Onarheim	H	gjenvalg
<u>Styremedlemmer:</u>	Grete Botten		gjenvalg
	Siri Hov Eggen	Ap	NY
	Trond Jensrud	Ap	gjenvalg
	Geir Nilsen		gjenvalg
	Mette Tønder	H	NY

Styret i Oslo universitetssykehus HF

Styreleder:	Stener Kvinnsland		gjenvalg
Nestleder:	Anne Carine Tanum		NY
<u>Styremedlemmer:</u>	Nina Tangnes Grønvold	Ap	gjenvalg
	Tor Ingebrigtsen		
	Ole Petter Ottersen		gjenvalg
	Raymond Robertsen	H	NY
	Tone Skogen	H	NY
	Anders Utne	Ap	gjenvalg
	Ane Willumsen	V	NY

Styret i Sunnaas sykehus HF

Styreleder:	Stein Are Agledal		gjenvalg
Nestleder:	Margareth Sandøy Ramberg		gjenvalg
<u>Styremedlemmer:</u>	Siri Baastad	Ap	NY
	Siri Vedeld Hammer		NY
	Afsan Rafig	H	NY
	Kjell Veivåg	V	gjenvalg
	Trygve Westgård	Ap	gjenvalg

Styret i Sykehusapotekene HF

Styreleder:	Erling Ruge		NY
Nestleder:	Halfrid Våge		NY
<u>Styremedlemmer:</u>	Trond Ellingsen	Frp	NY
	Einfrid Halvorsen	Ap	gjenvalg
	Eirik Moen	H	NY

Styret i Sykehuset i Vestfold HF

Styreleder:	Stein Are Agledal		gjenvalg
Nestleder:	Bjørn Walle		gjenvalg
<u>Styremedlemmer:</u>	Ole Johan Bakke		gjenvalg
	Nell Gaalaas Hansen	SV	NY
	Anne Sollie Hem	Ap	gjenvalg
	Karen Anne Kjendli	H	gjenvalg
	Bjørn Kåre Sevik	Frp	gjenvalg

Styret i Sykehuset Innlandet HF

Styreleder:	Bente H. Mejdell		gjenvalg
Nestleder:	Paul Hellandsvik		gjenvalg
<u>Styremedlemmer:</u>	Hedi Anne Birkeland		gjenvalg
	Dag Erik Pryhn	Ap	gjenvalg
	Oddny Marie Prytz	H	NY
	Nils Røhne	Ap	gjenvalg
	Hans Seierstad	Sp	gjenvalg

Styret i Sykehuset Telemark HF

Styreleder:	Stein Are Agledal		gjenvalg
Nestleder:	Elisabeth A. Nilsen	Ap	gjenvalg
<u>Styremedlemmer:</u>	Åse Himle		gjenvalg
	Mari Anne Sannes	SV	NY
	Berit Stormoen	H	NY
	Thorleif Vikre	Frp	gjenvalg
	Bjørn Walle		gjenvalg

Styret i Sykehuset Østfold HF

Styreleder:	Stein Are Agledal		NY
Nestleder:	Hans Jørn Bjelland Rønningen		NY
<u>Styremedlemmer:</u>	Petter Brelin		gjenvalg
	Britt Gulbrandsen	KrF	NY
	Greta Kant	H	gjenvalg
	Tor Melvold	Ap	NY
	Inger-Christin Torp	Ap	gjenvalg

Styret i Sørlandet sykehus HF

Styreleder:	Peder Olsen		gjenvalg
Nestleder:	Camilla Dunsæd		gjenvalg
<u>Styremedlemmer:</u>	Eyolf A. Bakke	Frp	gjenvalg
	Tone Vestøl Bråthen	Sp	NY
	Kirsten Huser Leschbrandt	H	NY
	Harald Reiso		gjenvalg
	Jan Oddvar Skisland	Ap	gjenvalg

Styret i Vestre Viken HF

Styreleder:	Peder Olsen		NY
Nestleder:	Oddvar Grøthe	Sp	gjenvalg
<u>Styremedlemmer:</u>	Ole Johan Andersen	Frp	gjenvalg
	Laila Irene Johansen	Ap	gjenvalg
	Kristin Ørmen Johnsen	H	gjenvalg
	Arne Rui		gjenvalg
	Hildur Horn Øyen		NY

2. Nye styrer for helseforetakene bekreftes endelig i foretaksmøter.

014-2012	TILTAK FOR Å FOREBYGGE INFEKSJONER – FOKUS PÅ HÅNDHYGENE
-----------------	---

Uttalelse fra brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF ble delt ut i møtet.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret viser til WHO's fokus på håndhygienens betydning for infeksjonsforebygging. Som ledd i oppfølgingen av målet om reduksjon av sykehusinfeksjoner forutsetter styret at det i helseforetakenes rutiner for pasientbehandling er innarbeidet at det ikke brukes smykker (ringer, armbåndsur armbånd eller øredobber) av personell som er involvert i pasientbehandlingen. Det forutsettes at dette følges opp ledelsesmessig i helseforetakene for å sikre en enhetlig gjennomføring.
2. Frist for iverksetting settes til 5. mai 2012.
3. Styret ber om at dette vedtaket bekreftes i foretaksmøter med helseforetakene.

015-2012	KJØP AV ELEKTRISK ENERGI I HELSE SØR-ØST
-----------------	---

Styreleder Per Anders Oksum meldte seg innhabil under behandlingen av denne saken. Nestleder Ansgar Gabrielsen overtok møteledelsen.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar forslag om utlysning av porteføljeforvaltning og hovedstrategi for kjøp av elektrisk energi for Helse Sør-Øst til etterretning, og gir administrerende direktør fullmakt til å videreføre innkjøpsprosessen samt gjøre nødvendige tilpasninger i forvaltningsstrategi.

016-2012

**FULLMAKTSTRUKTUR FOR BYGGINVESTERINGER –
TILPASNING TIL ENDREDE STYRINGSKRAV**

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner følgende reviderte beslutningsmatrise for byggeprosjekter i Helse Sør-Øst RHF som en konsekvens av krav fra eier gjennom foretaksprotokollene 31.01.11 og 31.01.12:

Prosjektstørrelse, mill. kroner		50 ¹⁾²⁾ -100	100-500	>500
Juridisk eierskap		HF	HF	HF(RHF) ³⁾
Beslutningskompetanse oppstart/videreføring til neste fase	B1 – Idéfase ^{4) 5)}	HF	HF ⁴⁾	RHF ⁴⁾
	B2 – Konseptfase	RHF	RHF ⁵⁾	RHF ⁵⁾
	B3 – Forprosjektfase	RHF	RHF ⁵⁾	RHF ⁵⁾
	B4 – Gjennomføring	RHF	RHF ⁵⁾	RHF ⁵⁾
1) For Sunnaas sykehus HF er denne grensen på 10 MNOK 2) For foretakene i Telemark og Vestfold sykehusområde forutsetter investeringer mellom 10 og 50 MNOK likelydende investeringsvedtak i styrene. 3) Eierskap til prosjekter over 500 MNOK vurderes i hvert enkelt tilfelle. 4) Før idéfase igangsettes kreves det en utviklingsplan, som er behandlet av RHF. Dette gjelder for alle investeringsprosjekter over 100 MNOK. 5) Beslutningspunkter som krever styrebehandling i HSØ RHF. Beslutninger ved B4 skal forelegges styret ved prosjekter mellom 100 og 500 MNOK dersom vesentlige forutsetninger for realitetsbehandlingen ved B3 er endret.				

017-2011

UTVIKLING AV SYKEHUSTILBUDET I VESTRE VIKEN HF

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar saken om utvikling av sykehustilbudet i Vestre Viken HF til orientering og legger til grunn at det utarbeides et mandat for det videre arbeid i tråd med føringene i denne saken. Mandatet behandles i foretaks møte i Vestre Viken HF innen utgangen av mars.

018-2011

**UTKAST TIL HØRINGSSVAR TIL HELSE- OG
OMSORGSDEPARTEMENTETS FORSLAG TIL ENDRINGER I
HELSEFORETAKSLOVEN**

Uttalelse fra brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF og protokoll fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte ble delt ut i møtet.

Styrets

V E D T A K

Styret slutter seg til utkast til høringssvar. Styret ber administrerende direktør slutføre høringssvaret i tråd med utkastet og styrets kommentarer.

Votering:

Vedtatt mot to stemmer.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Øverland og Ruud Thorkildsen:

Vi vil kommentere konkret følgende forhold som vi ikke er enige med i utkast til høringssvar fra HSØ.

Det er meget viktig for omdømme at styremøtene er åpne. Forslag til utvidet adgang til å lukke møtene støttes ikke.

Oppsplitting av virksomheter er i de fleste sammenhenger uklokt i forhold til målet å sikre god kvalitet for pasientene og effektiv drift av sykehuset.

Medisinske støttefunksjoner og Ikke medisinske tjenester som feks ambulanse, renhold, kjøkken, eiendomsforvaltning skal også organiseres med samme struktur, altså HF.

Ved å organisere slik virksomhet som helseforetak tydeliggjøres i tillegg posisjonen som intern leverandør i forhold til regelverket om offentlige anskaffelser og statsstøtte.

Vi støtter ikke at det skal være valgfrihet angående organisasjonsform. De virksomheter som i dag er skilt ut må insources eller organiseres som egne helseforetak. Styresammensetning må følge regler for helseforetak både for virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og de som ikke gjøre det.

Saker som skal forelegges foretaksmøtet må tydeliggjøres og forslagene til lovfesting av dette støttes.

Ansattevalgte må delta med sin innsikt i styrets revisjonskomite.

Hvis vedtektenes bestemmelser lovfestes om at ansattevalgte ikke deltar i saker som gjelder arbeidsgivers taktiske forberedelser til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettstvister med arbeidstakerorganisasjonene eller oppsigelse av tariffavtaler, så må dette avgrenses kun til disse sakene.

Det vises ellers til organisasjonenes respektive høringsuttalelser.

019-2011

**STYREINSTRUKS OG INSTRUKS FOR ADMINISTRERENDE
DIREKTØR I HELSE SØR-ØST RHF**

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styreinstruksen og instruks for administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF godkjennes med de tillegg og endringer som ble gjort i møtet.

020-2011

ORIENTERINGSSAK - REGIONAL BEREDSKAPSPLAN

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar den regionale beredskapsplanen til etterretning.
2. Planen revideres innen utgangen av 2012 blant annet på grunnlag av rapporter og erfaringer fra beredskapshendelsene i 2012, herunder hendelsene 22/7.

021-2011

ORIENTERINGSSAK - REGIONAL REVISJON AV
HELSEFORETAKENES STYRINGSSYSTEM FOR EIERKRAV

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar revisjonsrapporten av helseforetakenes styringssystem for eier krav til orientering.

022-2011

ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2012

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

1. Driftsorienteringer fra administrerende direktør med følgende tilleggsoorienteringer:
 - Roche og mulige prøveforvekslinger ved Vestre Viken HF
 - Kvalitetssikring av arbeidskontrakter i foretaksgruppen, jf sak ved Oslo universitetssykehus HF
 - Status for utviklingen av Aker som samhandlingsarena
 - Arbeidet med høringsuttalelse vedr fastlegeforskriften
 - Div enkeltsaker fra Oslo universitetssykehus som har vært omtalt i media og hvordan dette følges opp av Helse Sør-Øst RHF og hvordan konsernrevisjonen er involvert.
 - Pasopp-undersøkelsen som er publisert fra Kunnskapssenteret 15.03.2012

2. Brev fra Helse Sør-Øst RHF til Oslo universitetssykehus HF vedrørende ventelister - basert på sak i TV2 1. mars 2012, samt svarbrev datert 06.03.2012 fra OUS.
3. Dagkirurgi – dokumentasjon mht. registrering og kodepraksis ved OUS
4. Regional legekvote 2012 - invitasjon til helseforetakene om å søke tildeling
5. Oppslag i Tønsbergs Blad om Sykehuset i Vestfold

TEMASAKER

- Oslo universitetssykehus HF. Orientering om status og videre planer v/administrerende direktør Bjørn Erikstein
- Mål og budsjett 2013 og økonomisk langtidsplan 2013-16 (ble presentert som del av styreopplæringen 14.03.12)

Møtet hevet kl. 15:05

Oslo, 15. mars 2012

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