

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

| | |
|------------|--|
| Møtenavn: | Styremøte |
| Fra: | Styrets leder |
| Dato dok.: | 9. februar 2011 |
| Dato møte: | 17. februar 2011 |
| Møtetid: | Klokken 08.00 – 16.00 |
| NB! | Ullevål sykehus, Kirkeveien 166 Administrasjonsbygget, 2 etg. Legemessa |

SAKLISTE

- SAK 1/2011: Godkjenning av innkalling og sakliste
SAK 2/2011: Godkjenning av protokoll styremøte 17.12.2010
SAK 3/2011: Godkjenning av protokoll lukket behandling styremøte 17.12.2010
SAK 4/2011: Beslutningssak:
Ledelsens gjennomgang 3 tertial 2010
SAK 5/2011: Beslutningssak:
Rapportering per desember og året 2010
SAK 6/2011: Orienteringssak:
Informasjon om avsluttede byggeprosjekter ved Oslo universitetssykehus HF
SAK 7/2011: Beslutningssak:
Årlig melding
SAK 8/2011: Beslutningssak:
Oppdrag og bestilling 2011 fra Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll
SAK 9/2011: Beslutningssak:
Budsjett 2011
SAK 10/2011: TEMASAK: Presentasjon fra SFF
SAK 11/2011: Orienteringssak:
Strategi for innovasjon
SAK 12/2011: Orienteringssak: **Vil bli ettersendt eller lagt fram i møtet**
Rapportering per januar
SAK 13/2011: Beslutningssak:
Idefaserapport – utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål sykehus
SAK 14/2011: Beslutningssak:

- Salg av eiendom, Kroerveien
- SAK 15/2011: Orienteringssak:
Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold
- SAK 16/2011: Beslutningssak:
Universitetet i Oslo, Domus Medica – leieavtale
- SAK 17/2011: Orienteringssak:
Årsplan for styresaker
- SAK 18/2011: Administrerende direktørs orienteringer
- SAK 19/2011: Eventuelt

Steinar Marthinsen
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. februar 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Utkast til protokoll fra styremøte
17. desember 2010

SAK 2/2011 – GODKJENNING AV PROTOKOLL

Vedlagt er utkast til protokoll fra styremøte 17. desember 2010.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokollen fra styremøte 17. desember 2010.

Oslo, den 9. februar 2011

Siri Hatlen

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

| | |
|---------------|--|
| Møtenavn: | Styremøte |
| Til: | Styrets medlemmer |
| Dato dok.: | 17. desember 2009 |
| Dato møte: | 17. desember 2009 kl. 800-1555 på Gaustad sykehus i Oslo. |
| Offentlighet: | |
| Referent: | Jørgen Jansen |

Tilstede: Steinar Marthinsen, Marianne Borgen, Anders Utne, Gøran Stiernstedt, Odd Vangen, Svein Erik Urstrømmen, Bjørn Wølsted-Knudsen, Vibeke Braastad Kristiansen, Rita von der Fehr, Christina Schøndorf, Barbro Hætta Jacobsen, Arild Underdal, Liv Arum (fraværende under sakene 168, 169, 175, 175, 177 og første del av 178)

Tilstede fra administrasjonen: Siri Hatlen, Jan Eirik Thoresen, Tove Strand, Stein-Are Agledal, Morten Reymert, Christina Rolfheim Bye, Jan Erik Tveiten, Øystein Dolva, Einar Hysing, Hulda Gunlaugsdottir, Eva Bjørstad, Andreas Moan, Jørgen Jansen m.fl.

Tilstede: Konsernrevisjonsdirektør Karl-Helge Stjernen Storhaug, Nina Adolfsen (observatør), Stine Strømsø (observatør), publikum

Forfall: Ellen Christine Christiansen

Sak 157/2009 Godkjenning av innkalling og sakliste

Administrerende direktør varslet to saker under eventuelt.

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 158/2009 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokollen fra møtet 12. november 2009.

Sak 159/2009 Rapportering

Aktiviteten i november var noe under plan. Etter 11 måneder har foretaket et resultat på minus 35 millioner kroner. Det negative avviket fra periodisert budsjett er økt med 12 millioner kroner fra oktober og resultatet per november er 138 millioner kroner lavere enn budsjettet.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapporteringen til etterretning.
2. Styret tar til etterretning at det er en forståelse med Helse Sør-Øst RHF om hvordan det skal sikres en tilstrekkelig likviditet for foretaket til over årsskifte.

Sak 160/2009 Ledelsens gjennomgang tredje tertial

Ledelsens gjennomgang er administrerende direktørs gjennomgang av virksomheten og legges frem for styret etter hvert tertial.

Administrerende direktør vil komme tilbake til styret med en temasak om virksomhetsstyringen i foretaket på styremøte i februar 2010.

Enstemmig vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang 3. tertial til etterretning.

Sak 161/2009 Oppfølging av brev fra revisor

Revisor har sendt nummerert brev vedrørende årsoppgjørrevisjonen ved de tre tidligere helseforetakene.

Enstemmig vedtak:

Styret tar orienteringen til etterretning.

Sak 162/2009 Årlig melding til Helse Sør-Øst RHF

I henhold til Oslo universitetssykehus sine vedtekter skal foretaket hvert år sende melding til regionale helseforetaket om foretakets virksomhet.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar saken til etterretning.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å sende rapporteringsdelen av årlig melding til Helse Sør-Øst den 22. januar med påfølgende fremleggelse for styret i neste styremøte.

Sak 163/2009 Rusakutt ved Oslo universitetssykehus HF

Det har vært arbeidet med å etablere tilgjengelige og helhetlige akuttjenester til rusmiddelavhengige i Oslo.

Styret vil bli forelagt en oppdatert status for arbeidet med Rusakutt ved utgangen av første tertial 2010.

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til administrerende direktørs vurderinger og ber administrerende direktør etablere lokaler til Avdeling rusakuttmottak - sengepost som skissert i saken og så raskt som det er praktisk mulig.
2. Styret slutter seg til administrerende direktør forslag om å planlegge og etablere drift for avgiftningsenhet samlokalisert med Avdeling rusakuttmottak innen utgangen av 2010 ved sykehusområde Sinsen.

Sak 164/2009 Regjeringens tiltakspakke

Oslo universitetssykehus har mottatt midler i forbindelse med Regjeringens tiltakspakke.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar orienteringen og tilleggsinformasjon gitt i møte til etterretning.
2. Styret ber om at det for fremtiden gis en månedlig status for Regjeringens tiltakspakke sammen med den ordinære månedsrapporteringen.
3. Styret ber administrerende direktør avklare med Helse Sør-Øst RHF forslag til omdisponeringer vedrørende bruk av midler i Regjeringens tiltakspakke i 2010.

Sak 165/2009 Lokalsykehusprosjektet

Et av utgangspunktene for hovedstadsprosessen var å utvikle mer koordinert og framtidrettet sykehusstilbud til Oslos befolkning. For å konkretisere denne ambisjonen har Oslo universitetssykehus HF i høst gjennomført et prosjekt som har tatt for seg lokalsykehusfunksjonen i sykehuset.

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til at rapportene fra lokalsykehusprosjektet med underliggende dokumentasjon sendes på høring med frist 31. januar 2010.
2. På bakgrunn av høringen og den videre oppfølgingen legges saken frem for styret på nytt i februar 2010, der konsept for og lokalisering av det framtidige lokalsykehusstilbudet i Oslo universitetssykehus HF vedtas.

Sak 166/2009 Bestilling og oppdrag 2010 for Oslo universitetssykehus HF

Helse Sør-Øst vil for 2010 lage et bestiller- og oppdragsdokument for hvert av helseforetakene i regionen. Bestiller- og oppdragsdokumentet forventes å bli vedtatt bindende for Oslo universitetssykehus HF på foretaksmøte tidlig i 2010.

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelsen for prosessen vedrørende bestilling og oppdrag 2010 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

Sak 167/2009 Budsjet 2010

Oslo universitetssykehus møter etter en vanskelig driftssituasjon i 2009 en utfordrende økonomisk situasjon i 2010. Det ligger an til redusert rammefinansiering som følge av ny inntektsmodell, reduserte inntekter ved endringer i DRG-systemet og ekstra belastning gjennom omstillingskostnader knyttet til integrasjonsprosessen og fellestjenesteleverandør i Helse Sør-Øst RHF.

Budsjettet viser redusert likviditet gjennom 2010.

Klinikkene vil bli tildelt et oppdragsdokument for drift 2010 og vil bli meddelt forløpige rammer ved årets slutt. Ferdig detaljbudsjett vil bli lagt frem for styret i møte 17. februar 2010.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Bjørn Wølsted Knudsen, Rita von der Fehr, Vibeke B. Kristiansen, Svein Erik Urstrømmen og Christina Schøndorf:

”Foreløpig forslag til budsjett er basert på mange usikkerheter, det kreves samhandling mellom OUS og flere utenforstående parter, som gjør risikoen for mangel på gjennomføring høy.

Slik budsjettforslaget fremstår i dag er ansatterepresentantene bekymret for kvaliteten på fremtidig pasientbehandling. Vi ser at den økte belastningen på de ansatte kan medføre en stor belastning på arbeidsmiljøet og forringelse av kvalitet. Vi ser at størrelsen på innsparing av personalkostnadene ikke sammenfaller med den økte aktiviteten eier forventer.

OUS er helt avhengig av økte investeringsmidler for blant annet å kunne realisere den planlagte integreringsprosessen innen IKT, dette er avgjørende for å kunne få den samhandlingseffekten som kreves, uten dette vil vi ikke oppnå den forventede gevinstrealiseringen som ligger i forslaget. Uten omstillingsmidler vil mange av de foreslåtte tiltak ikke være mulig å realisere.

Vi ønsker å vise til protokollene fra de klinikkvise drøftingene av forslaget til budsjett 2010.”

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar foreløpig budsjett 2010 til etterretning. Styret understreker eiers styringskrav om et økonomisk resultat i 2010 i balanse. Styret konstaterer at dette krever flere og mer omfattende omstillingstiltak enn det som nå foreligger. Styret ber derfor administrerende direktør arbeide videre med å etablere nødvendige tiltak slik at tilstrekkelig trygghet for at budsjettmålene for 2010 kan nås.
2. Styret konstaterer at et endelig budsjettvedtak vil bli fattet på styremøte 17. februar 2010 Styret ber på denne bakgrunn administrerende direktør starte gjennomføringen av virksomheten i 2010 med utgangspunkt i det foreløpige

driftsbudsjettet og de tilhørende aktivitetsmålene om foreligger i tabellene 1-3.

3. Styret ber administrerende direktør utarbeide et likviditetsbudsjett og et investeringsbudsjett for beslutning sammen med driftsbudsjettet. Beslutningsgrunnlaget må omfatte det investeringsbehovet som gjennomføringen av virksomheten og omstillingene i 2010 vurderes å kreve. Styret ber administrerende direktør ta opp med Helse Sør-Øst RHF muligheten for å benytte likviditet fra eiendomssalg til investeringer. Styret ber videre administrerende direktør sikre at Oslo universitetssykehus HF søker om likviditet for å gjennomføre investeringsprosjekter i forbindelse med omstillingsprosessen.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere en ramme på 25 millioner kroner til løpende å kunne erstatte sammebrutt/kassert medisinsk-teknisk utstyr mv.
5. Styret gir administrerende direktør i samråd med styreleder fullmakt til å disponere de nødvendige investeringsmidler for å gjennomføre IKT-prosjekter som forberedelse til Dag 2 (avrop på regional rammeavtale for felles klinisk arbeidsflate mv) i henhold til redegjørelse i styresak 170/2009.

Sak 168/2008 Status for integrasjon av Oslo universitetssykehus HF

Styret fikk orientering om status for arbeidet mot ny integrert organisasjonsstruktur i foretaket fra 1. januar 2010 og status for arbeidet frem mot et funksjonelt integrert foretak fra 1. juni 2010.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 169/2008 Status for innføring av felles IKT i Oslo universitetssykehus

I arbeidet med å få på plass et funksjonelt integrert foretak er det helt sentralt å få etablert et felles klinisk informasjonsgrunnlag i Oslo universitetssykehus.

Ekstern kvalitetssikrer fra Gartner presenterte sin vurdering i styremøtet.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapporten fra ekstern kvalitetssikrer til etterretning og ber om at den blir lagt til protokollen.
2. Styret tar videre til etterretning at den samlede risiko er høy og ber om at administrerende direktør arbeider videre med risikoreduserende tiltak herunder det som ble påpekt i orienteringen gitt av ekstern kvalitetssikrer.
3. Styret understreker viktigheten av at integrasjonsprosessen gjennomføres som planlagt for å realisere forutsetningen om en funksjonelt integrert virksomhet den 1. juni 2010, og ber om at dette blir formidlet i Oslo universitetssykehus sin kontakt med alle involverte parter.

Sak 170/2009 Avrop på regional rammeavtale for anskaffelse av klinisk arbeidsflate

Et nødvendig element i å få på plass et felles klinisk informasjonsgrunnlag er en felles klinisk arbeidsflate. Oslo universitetssykehus HF legger opp til å gjøre avrop på den regionale rammeavtalen for klinisk arbeidsflate.

Enstemmig vedtak:

1. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå tilknytningsavtale med Helse Sør-Øst RHF og gjennomføre avrop på regional rammeavtale for klinisk arbeidsflate.
2. Styret forutsetter at avtalene som inngås klargjør aktiva, ansvar, oppgaver, fullmakter og risiko mellom de tre aktørene Oslo universitetssykehus, HF, Sykehuspartner/Helse Sør-Øst RHF og leverandør av klinisk arbeidsflate.
3. Styret legger til grunn at Helse Sør-Øst RHF vil stille til disposisjon de midlene det er søkt om for anskaffelse av klinisk arbeidsflate.

Sak 171/2009 Styreinstruks for styret i Oslo universitetssykehus HF

Hovedemnene i styrets instruks er ordning i forbindelse med styremøter, styrets oppgaver og kompetanse, offentlighet og informasjon, samt styremedlemmers habilitet og deltakelse i konkurrerende virksomhet.

Enstemmig vedtak:

Styret vedtar vedlagte utkast til styreinstruks med de endringer som følger av vedtak om investeringsfullmakter i styret i Helse Sør-Øst RHF den 10. desember 2009.

Sak 172/2009 Instruks for administrerende direktør i Oslo universitetssykehus HF

Styret presiserer oppgaver og ansvar i en instruks for administrerende direktør.

Enstemmig vedtak:

Styret vedtar utkast til instruks for administrerende direktør.

Sak 173/2009 Fullmaktstruktur for Oslo universitetssykehus HF

Formålet med en helhetlig fullmaktstruktur er å sikre effektiv ledelse, styring, myndighetsutøvelse og saksbehandling i organisasjonen og samtidig underbygge god intern kontroll og et lavt risikonivå.

Enstemmig vedtak:

En ny fullmaktstruktur for Oslo universitetssykehus HF trer i kraft fra 1. januar 2010. Styret tar redegjørelsen om ny fullmaktstruktur for Oslo universitetssykehus HF til orientering hva gjelder organisasjonen under administrerende

direktør, og viser for øvrig til fastsettelse av ny styreinstruks og instruks for administrerende direktør.

Sak 174/2009 Varslingsrutiner i Oslo universitetssykehus HF

Det er utarbeidet en enhetlig rutine for varsling av kritikkverdige forhold eller uheldig praksis for Oslo universitetssykehus.

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelsen og ny rutine for varsling til etterretning.

Sak 175/2009 Ny driftsoperatør for barnehagene på Aker

Etter vedtak i styret ble det lyst ut anbudskonkurranse på drift av barnehagene på Aker. Det er mottatt et tilbud i konkurransen.

Vedtak med 11 mot en stemme:

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtale med en ekstern driftsoperatør om drift av de tre barnehagene på Aker sykehus.

Sak 176/2009 Rutiner og retningslinjer i forhold til private givere, stiftelser, fond, legater etc.

Helseforetaket mottar hvert år gavemidler fra private givere som stiftelser, privatpersoner, selskaper etc. For å sikre en god forvaltning er det laget rutiner og retningslinjer for helseforetakets samhandling med private givere.

Enstemmig vedtak:

1. Styret gir sin tilslutning til de foreslåtte utfyllende rutiner og retningslinjer for oppfølgingen av retningslinjer vedrørende helseforetakenes forhold til gaver stiftelser og legater som er vedtatt av foretaksmøte.
2. Styret ber administrerende direktør følge opp arbeidet med å få på plass avtaler for samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus og større stiftelser som har helseforetakets virksomhet i sitt formål, herunder Radiumhospitalets legater og Radiumhospitalets Forskningsstiftelse.

Sak 177/2009 Årsplan 2010 for styret

Enstemmig vedtak:

1. Styret vedtar følgende tidspunkter for styremøter i andre halvår 2010.
Torsdag 30. september klokken 8-14
Torsdag 28. oktober klokken 8-14
Onsdag 24. november klokken 8-14
Fredag 17. desember klokken 8-14
2. Styret vil avholde et styreseminar onsdag 29. september 2010 klokken 17 til 22.

Sak 178/2009 Andre orienteringer

Det ble orientert om:

1. Overføringsprosjektet mot Akershus universitetssykehus HF og Vestre viken HF.
2. Faglig gjennomgang i Nevrokirurgisk avdeling
3. Ledelse i Nevroklinikken og sammenslåing av Klinikk for hode, bevegelse og rekonstruktiv kirurgi og Nevroklinikken.
4. Status pensjonsordning ved Oslo universitetssykehus HF
5. Pågående og nylig avsluttede byggeprosjekter på Aker
6. Behandlingstilbud for prostatakreft
7. Status behandlingstilbud for kronisk utmattelsessyndrom
8. Formalinsaken på Ullevål
9. Logo og navn i Oslo universitetssykehus HF

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 179/2009 Kreftregisteret – kontroll fra Datatilsynet – oppnevning av nytt styre

Datatilsynet har gjennomført en kontroll hos Kreftregisteret. Det vil i den forbindelse bli iverksatt en gjennomgang av Kreftregisterets databehandlingsrutiner med ekstern bistand. Både innhenting av samtykke og lagring av data skal være en del av gjennomgangen. Styret vil bli gitt en orientering om status i saken i neste møte.

Med ny organisasjonsstruktur i Oslo universitetssykehus HF er det behov for å oppnevne nytt styre for Kreftregisteret.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar orienteringen om oppfølging av Datatilsynets kontroll til etterretning.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til, sammen med styreleder i Oslo universitetssykehus HF, å oppnevne et nytt styre for Kreftregisteret. Styret i Oslo universitetssykehus HF orienteres om sammensetningen av det nye styret på neste styremøte.

Sak 180/2009 Donasjon av en PET-CT skanner til Oslo universitetssykehus, Ullevål

Oslo universitetssykehus HF er blitt tilbudt en donasjon i form av en PET-CT skanner plassert på Ullevål sykehus.

Enstemmig vedtak:

1. Styret stiller seg positiv til at Oslo universitetssykehus, Ullevål mottar den tilbudte donasjonen.
2. Styret forutsetter at administrerende direktør avklarer mottak av en slik gave med Helse Sør-Øst RHF.

Steinar Marthinsen
Styreleder

Göran Stiernstedt
Nestleder

Marianne Borgen

Barbro Hætta-Jacobsen

Arild Underdal

Liv Helene Arum

Svein Erik Urstrømmen

Ellen Christine Christiansen
(ikke tilstede)

Anders Utne

Vibeke B. Kristiansen

Odd Vangen

Bjørn Wølstad-Knudsen

Christina Schøndorf

Rita von der Fehr

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 17. februar 2011

Saksbehandler: Direktør stab kvalitet

Vedlegg: 1. Reviderte risikoanalyser 3.terial
2. Utdypende kommentarer til Ledelsens gjennomgang 3.tertial 2010
3. Arbeidsmiljøårsrapport 2010

**SAK 4/2011 BESLUTNINGSSAK:
LEDELSENS GJENNOMGANG 3. TERTIAL 2010**

Forslag til vedtak

Styret tar ledelsens gjennomgang til etterretning.

Oslo, den 9. februar 2011

Siri Hatlen

1. Sammendrag

Ledelsens gjennomgang er en gjennomgående dialog mellom ledernivåene hvis hensikt er å sikre god styring og internkontroll. Med intern styring og kontroll menes de prosesser, systemer og rutiner som er satt i gang av ledelsen og de ansatte for å gi sikkerhet for at Oslo universitetssykehus HF har en målrettet og effektiv drift, rapporterer pålitelig styringsinformasjon og etterlever lover og regler. En vesentlig forutsetning for dette arbeidet er å gjennomføre prosesser for å identifisere, prioritere og håndtere risiko. Ledelsens gjennomgang er en del av den tertialvise tilbakemeldingen til styret og må ses i nær sammenheng med styresak 5/2011.

Etter 3. tertial har det vært avholdt møter mellom administrerende direktør med stabsdirektører og klinikkleder med avdelingsledere i alle klinikker. Dialogen har tatt utgangspunkt i innhentet dokumentasjon fra klinikkene i forkant og resultatrapporteringen for tertialet.

Områder for gjennomgang dette tertialet:

I takt med integrasjonsprosessen, utvikling og implementering av nye rutiner og arbeidsprosesser har fokus i dialogen med klinikkene etter 3. tertial vært 3-delt:

1. Virksomhetsstyring, reviderte risikoanalyser og fokus på klinikkens internkontroll og avvikshåndtering.
2. Måloppnåelse innen pasientbehandling, arbeidsmiljø, forskning, aktivitet og økonomi.
3. Klinikkenes oppgaver og oppdrag for 2011, med fokus på å tilpasse virksomheten i henhold til Oslo universitetssykehus HF utviklingsplan og endrede økonomiske rammebetingelser på kort og mellomlang sikt.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Det er etablert systematikk og praksis for god virksomhetsstyring gjennom hele 2010 og de styringsdokumenter som var etablert i forkant av fusjonen har vist seg hensiktsmessige med kun mindre tilpasninger gjennom året.

Risikostyring og intern kontroll er en integrert del av styringen i Oslo universitetssykehus HF. Både de risikoanalyser som er initiert fra administrerende direktør og andre analyser relatert til hendelser, prosjekter og øvrige intern kontrollaktiviteter gir et godt faktagrunnlag for styring og prioritering. Det er administrerende direktørs oppfatning at tertialvise gjennomganger med hele ledergruppen i den enkelte klinikk er godt egnet for å kommunisere både rundt prioriterte styringsmål og det samlede utfordringsbilde.

3. Faktabeskrivelse

Sykehusets risikobilde 3. tertial

Det er i løpet av 2010 etablert praksis med gjennomgående analyser og handlingsplaner som følges og justeres gjennom året.

Sykehusets risikobilde 3.tertial fremkommer etter en forenklet prosess med oppdateringer etter 2.tertial og bygger på tilbakemeldinger fra klinikker, stabsavdelinger og sykehusledelse.

3. tertial har vært preget av stort fokus og mye arbeid med planlegging av kapasitetsnedtrekk og overføring av opptaksområde til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Dette har involvert store deler av organisasjonen og det har vært et betydelig arbeid for alle klinikker med forberedelser av overføring av pasienter og ansatte. Arbeidet har nødvendigvis gått parallelt med alle integrasjonsprosesser for øvrig og har gjort det ekstra krevende på alle nivå. Risiko av overføringsprosjektet har vært løpende vurdert gjennom 3. tertial. Etter 3. tertial er det først og fremst følgende av overføringen som er sykehusets utfordring, og integreres derfor i risikoanalysen for daglig drift, opprettholdelse av aktivitet, kvalitet og pasientsikkerhet.

Som det fremkommer i risikokartene i vedlegg 1 vurderes det sykehusomfattende risikobilde på overordnet nivå i forhold til to hovedprosesser:

1. Daglig drift med opprettholdelse av aktivitet, kvalitet og pasientsikkerhet, budsjett og økonomi.
2. Dag 4-5 (2012-2017) strategisk utvikling, kapasitetstilpasning, samlokalisering og arealeffektivisering.

Overordnet risikobilde er tilnærmet uendret i forhold til 2. tertial. De komplekse prosessene Oslo universitetssykehus HF er inne i gjør at det er høy gjennomføringsrisiko. Risiko er vurdert i forhold til stor kompleksitet, IKT- integrasjon, økonomisk usikkerhet relatert til omstillings- og strukturkostnader, inntektsbortfall, tilgang på likviditet i perioden og økonomisk resultat.

I 3. tertial et det etablert felles pasientadministrativt system og ny organisasjonsstruktur fra 13. september 2010. Dette har vært et helt nødvendig integrasjonstiltak mot felles systemer. Det har medført etablering av ny praksis for mange ansatte i klinisk virksomhet. Midlertidige manuelle systemer for kvalitetssikring av kritiske prosesser har vært nødvendig i en overgangsfase og skapt merbelastning.

Ved slike omlegginger er det erfaringsmessig økt risiko for pasientadministrative avvik. Det har vært et kontinuerlig fokus på avviksregistrering og oppfølging ved innføringen og det er etablert sentral intern kontroll av alle hendelser som har involvert pasient og/eller ansatt. Det er ikke registrert økt tendens til alvorlige avvik med faktisk konsekvens for liv og helse som kan knyttes til innføring og oppgradering av systemet.

Det er i 3. tertial registrert avvik der arbeidspress, personellmangel, tidsnød, forsinkelser, manglende opplæring i nytt system er medvirkende årsaker. Flere av disse er meldt som arbeidsmiljøavvik, noe som illustrerer den tette sammenhengen mellom arbeidsmiljø og kvalitet i pasientbehandlingen. Det vises for øvrig til grundigere redegjørelser og status i pasientsikkerhetsarbeid og arbeidsmiljø i vedlegg 2 og 3. Sykehusets ansatte har gjennom hele året hatt krevende omstillingsoppgaver samtidig som daglig drift og kvalitet skal opprettholdes. Arbeidsbelastningen over tid er høy med dertil fare for lederslitasje, tap av kompetanse og nøkkelpersonell. Dette risikoområdet vurderes derfor fortsatt som høyt både på kort og mellomlang sikt.

Risiko relatert til drift med opprettholdelse av aktivitet, kvalitet og pasientsikkerhet

Det noe mer detaljerte bilde knyttet til daglig drift, kvalitet og pasientsikkerhet (vedlegg 1) har ikke store endringer fra 2. tertial.

Innen pasientbehandling har sannsynligheten for økt risiko for fristbrudd økt noe i forhold til 2. tertial. Dette forklares både ut fra organisasjonens evne til å opprettholde, omprioritere og utnytte den totale kapasitet under pågående omstilling, men også ut fra kvalitet på data i de administrative systemene. Det har vært initiert en rekke forbedringsaktiviteter gjennom et sykehusomfattende prosjekt hvis hensikt har vært å kvalitetssikre ventelistene, forbedre systemene, øke kompetansen til det personell som har ansvar for ventelistene, etablere styringsdokumenter og nye rutiner i 3. tertial. Prosjektet har ukentlig avrapportert til ledelsen. Fristbrudd og pasientinformasjon ved brudd var tema i den klinikkvise dialogen etter 3. tertial. Alle enheter med fristbrudd arbeider mot sykehusets mål; ikke brudd. Oppfølging av fristbrudd fortsetter fra ledelsen på ukentlige aktivitetsmøter. Det refereres for øvrig til styresak 5/2011.

Samtidighetskonflikter og økt etterspørsel via sykehusets AMK-sentral er et nytt område på risikokartet 3. tertial, vurdert med moderat sannsynlighet, men med fare for alvorlige konsekvenser dersom det inntreffer. Dette på bakgrunn av økte responstider. Kompenserende tiltak er iverksatt med økt antall ambulanser og personell. Dette har en kostnadskonsekvens pga gjeldende finansieringsmodell. Det er tett oppfølging av utviklingen spesielt i relasjon til overføringen av pasienter etter endret opptaksområde etter 3. tertial.

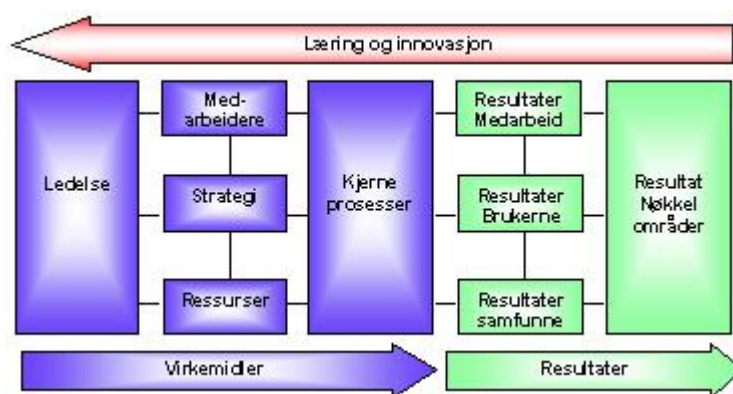
Det økonomiske resultat etter 3. tertial er vurdert fra moderat til alvorlig da konsekvensene av resultatet for 2010 ytterligere øker den økonomiske utfordringen. For øvrig er det ikke endringer i risikobilde fra 2. tertial.

Risiko knyttet til Strategisk utvikling, kapasitetstilpasning, samlokalisering og arealeffektivisering

Det vises til vedlagte matrise i vedlegg 1. Denne er foreløpig og vil bli bearbeidet videre i relasjon til pågående prosesser med strategisk utvikling av Oslo universitetssykehus HF.

Ledelsens gjennomgang

Risikovurderinger Vedlegg 1



3. tertial 2010
Vedlegg til styresak 4/2011

Risikovurdering

I 3. tertial er det foretatt en forenklet gjennomgang. Risikovurderingene fra 2. tertial er oppdatert ut i fra tilbakemeldinger fra klinikker, stabsavdelinger og sykehusledelse.

Nedenfor angis de identifiserte overordnede risikoområder ved utgangen av 2010. Sykehuset er inne i mange og store omstillingsprosesser som kjøres parallelt.

Overføringsprosjektet til Vestre Viken HF og Akershus universitetssykehus HF har gjennom hele året blitt fulgt opp med en særskilt risikovurdering med tilhørende handlingsplan. Siden overføringene hovedsakelig er slutført 31.12.10, inngår ikke dette området lenger i sykehusets overordnede vurderinger.

Hovedfokus settes derfor på følgende områder:



Revidert 3. tertial 2010 - Opprettholde aktivitet, kvalitet og pasientsikkerhet

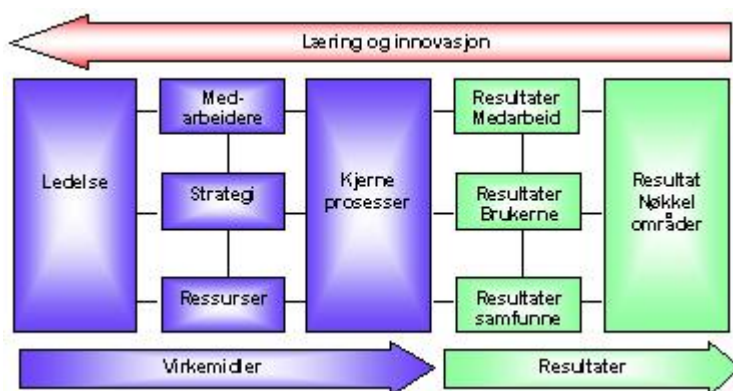
| | | | | | | |
|--|----------------|--|----------------------|-------------------------------|---|---|
| K O N S E K V E N S | Svært alvorlig | | | | | |
| | Alvorlig | | | AMK-kapasitet | Arbeidsmiljø/ omstilling | Beh.kvalitet fristbrudd ventetider pasientavvik |
| | Moderat | | | Optimal kapasitets-utnyttelse | Likviditet Med. tekn. utstyr Bygg | Klinisk arbeidsflate Økonomisk resultat IKT-integrasjon styringsdata koding |
| | Lav | Evne til utvikling og bruk av nye behandl. metoder | Forsknings-aktivitet | Etterlevelse av krav/tilsyn | Sikre drift av Aker 2011-2012 | |
| | Ubetydelig | | | | | |
| | | Meget liten | Liten | Moderat | Stor | Svært stor |
| SANNSYNLIGHET | | | | | | |

Utkast - dag 4-5 - Strategisk utvikling, kapasitetstilpasning, og samlokalisering

| | | | | | | | | | | |
|--|----------------|-------------|-------|---------|------|---|--|---|--|--|
| K O N S E K V E N S | Svært alvorlig | | | | | | | | | |
| | Alvorlig | | | | | Kapasitetstilpasning etter overføring Ahus/VV | Arbeidsmiljø/ omstillingstretthet/ lederslitasje | Økonomisk resultat tilgang på likviditet | | |
| | Moderat | | | | | Faglige forbedringsprosjekt | Tap av kompetanse, nøkkelpersonell | Omstillings/ strukturkostnader/ innteksbortfall | | |
| | Lav | | | | | Redusert forskningsaktivitet | | | | |
| | Ubetydelig | | | | | | | | | |
| | | Meget liten | Liten | Moderat | Stor | Svært stor | | | | |
| SANNSYNLIGHET | | | | | | | | | | |

Ledelsens gjennomgang

Status og vurderinger
Vedlegg 2

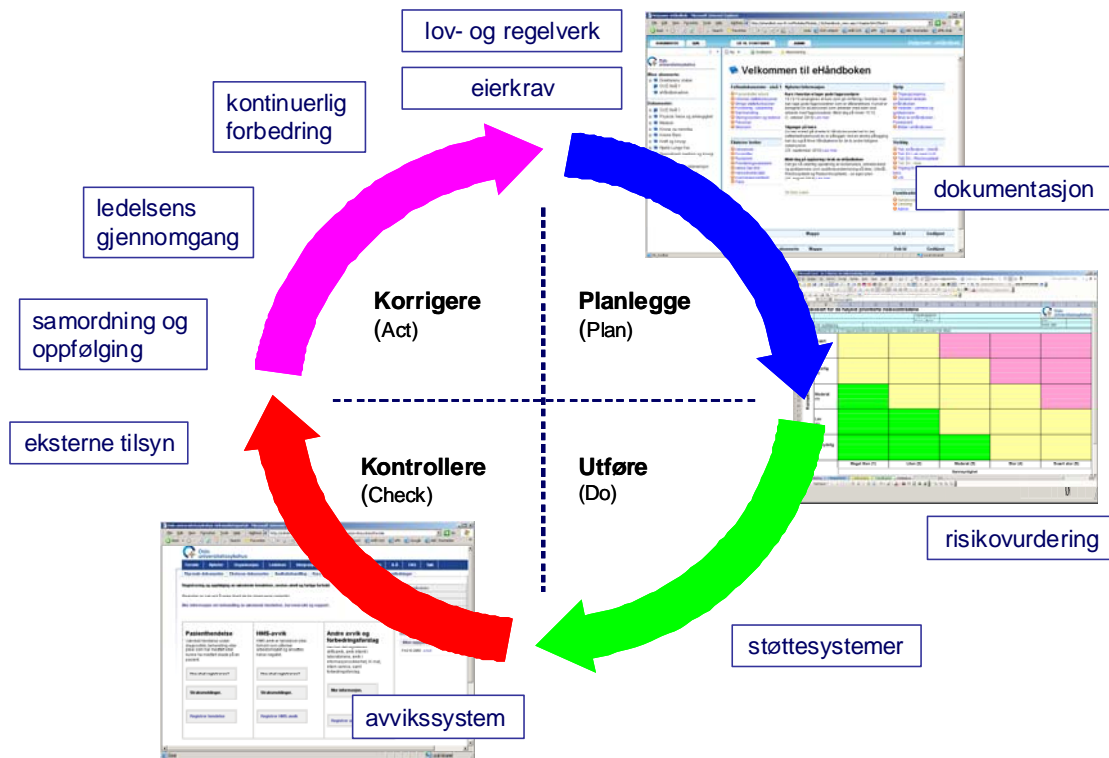


3. Tertial 2010
Vedlegg til styresak 4 /2011

Innholdsfortegnelse

| | | |
|--------|--|----|
| 1 | God virksomhetsstyring og internkontroll | 3 |
| 2 | Revisjoner og tilsyn | 4 |
| 2.1 | Interne revisjoner og samarbeide med Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF. | 4 |
| 2.2 | Eksterne tilsyn 3. tertial | 6 |
| 2.3 | Juridiske forhold | 10 |
| 3 | Pasientsikkerhet og avviksbehandling 3. tertial 2010..... | 11 |
| 3.1 | Kvalitetsutvalgene (KU) i klinikkene | 12 |
| 3.2 | Om uønskede hendelser og avvikssystemet..... | 13 |
| 3.3 | Pasientrelaterte hendelser..... | 14 |
| 3.3.1 | Død / betydelig skade: | 15 |
| 3.3.2 | Diagnostikk, behandling og pleie (29 %) | 16 |
| 3.3.3 | Pasientadministrasjon / samhandling (20 %)..... | 16 |
| 3.3.4 | Fall og andre ulykker (12 %)..... | 16 |
| 3.3.5 | Dokumentasjon (6 %)..... | 17 |
| 3.3.6 | Medisinsk teknisk utstyr (5 %)..... | 17 |
| 3.3.7 | Pasientadferd (4 %) | 17 |
| 3.3.8 | Sykehusinfeksjoner (1 %)..... | 17 |
| 3.4 | Klagesaker..... | 18 |
| 3.5 | NPE-vedtak | 18 |
| 4 | Pasientforløp 3 tertial..... | 20 |
| 5 | Helse – miljø - sikkerhet..... | 21 |
| 5.1 | Arbeidsmiljøårsrapport 2010 | 21 |
| 5.1.1 | Systematisk HMS arbeid | 21 |
| 5.1.2 | Oppfølging av ”God vakt” – ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser | 21 |
| 5.1.3 | HMS avvik..... | 21 |
| 5.1.4 | Inne klima..... | 22 |
| 5.1.5 | Kjemikalier | 22 |
| 5.1.6 | Ergonomi og plassforhold | 22 |
| 5.1.7 | Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø..... | 22 |
| 5.1.8 | Inkluderende arbeidsliv | 23 |
| 5.1.9 | Smittevern..... | 23 |
| 5.1.10 | Arbeidsrelatert sykdom | 23 |
| 5.1.11 | Anbefalte satsingsområder i 2011 | 24 |
| 5.2 | Registrerte HMS-avvik | 24 |
| 5.3 | De hyppigst meldte HMS-avvikene..... | 26 |
| 5.3.1 | Skade på ansatt | 26 |
| 5.3.2 | Arbeidsmiljø | 27 |
| 5.3.3 | Klinikkvis meldeprofil..... | 27 |
| 5.3.4 | HMS-avvikenes alvorlighetsgrad | 28 |
| 5.4 | Forbedringstiltak | 29 |
| 6 | Kommunikasjon og omdømme..... | 31 |
| 6.1 | Lansering av nye nettsider | 31 |
| 6.2 | Mediebildet siste tertial..... | 31 |
| 6.3 | Medieanalyse Opoint | 31 |
| 6.4 | Undersøkelse om intern kommunikasjon..... | 32 |
| 6.5 | Bok til barn som pårørende..... | 32 |
| 6.6 | Informasjon om overføring av pasienter og ansatte..... | 33 |
| 6.7 | Informasjon om nye henvisningsrutiner | 33 |
| 6.8 | Evaluering av Sykehusboka | 33 |

1 Helhetlig system i Oslo universitetssykehus HF - god virksomhetsstyring og internkontroll



Allerede før samordningen av de tidligere sykehusene, var det lagt konkrete planer for å etablere gode prosesser og rutiner for god virksomhetsstyring og internkontroll. De ulike elementer og delsystemer var derfor beskrevet i styrende dokumenter fra starten av 2010. Før dag 2 ble et felles dokumentstyringssystem, e-håndboken, tatt i bruk, og i løpet av 3. tertial har håndboksystemet blitt implementert i hele organisasjonen.

Avvikssystemet og systemet for risikovurderinger er helt grunnleggende for forbedringsarbeidet. Begge disse systemene var på plass fra begynnelsen av 1. tertial, og gjennom året har en sett at disse systemene har bidradd på en effektiv måte til å avdekke risiko og avvik slik at konkrete tiltak blir iverksatt.

I 3. tertial er det en markant økning i antall registrerte avvik sammenlignet med 1. og 2. tertial. Dette er en positiv utvikling i forhold til å etablere en åpen meldekultur.

Det er etablert et system for interne revisjoner i et nært samarbeid med konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst. I 3. tertial er det gjennomført flere revisjoner (kapittel 2.1).

Tilsynsmyndighetene følger utviklingen av sykehusets tjenester og det er utført 12 tilsyn i 3. tertial (kap.2.2). For å sikre best mulig samarbeid og intern oppfølging av evt. avvik, er det lagt til rette en ordning for koordinering av hvert enkelt tilsyn.

Sykehusledelsen setter krav til tydelig mål- og resultater. Ved månedlige oppfølgingsmøter og ledelsens gjennomgang hvert tertial sikres gjennomgang av både resultater og systemer slik at nødvendige korrigeringer kan gjøres. Totalt sett er de viktigste delene av helseforetakets

internkontrollsystemer godt etablert. Videreutvikling er et kontinuerlig arbeid både for å sikre god samordning og for å oppnå forbedring av systemer og tjenester.

2 Revisjoner og tilsyn

2.1 Interne revisjoner og samarbeide med Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF.

Det er etablert et formalisert samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF. Gjennom samarbeidsmøter mellom internrevisjonen, administrerende direktør og sykehusets kvalitetsstab er det satt fokus på internkontroll som virkemiddel for å oppnå målsettinger for virksomheten. Den jevnlige kontakten har bidratt til planlagte, løpende og proaktive tiltak. I samarbeidet har det vært vurdert hvor felles utførelse av oppdrag og øvrige prosjekter har vært hensiktsmessige. Dette har medført en hensiktsmessig dekning av interne revisjoner ved foretaket.

I tråd med revisjonsplan for 2010-2011 for Oslo universitetssykehus, styresak 35/2010, er det tredje tertial utført 6 interne revisjoner, oppstart av 2 revisjoner fra Konsernrevisjonen på oppdrag fra Oslo universitetssykehus, oppstart av 2 revisjoner initiert fra Helse Sør-Øst, samt oppfølging av tidligere konsernrevisjoner.

Interne revisjoner 3. tertial:

1. Arbeidsmiljø – med fokus på omstilling
2. Avvikshåndtering – registrering og oppfølging av uønskede hendelser i klinikk

| Oversikt Klinikk | Avdeling | Revisjonstema | Antall avvik | Alvorlighetsgrad |
|---|---|--|-----------------|------------------|
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon 1 | Avdeling for radiologi og nukleærmedisin, Seksjon drift Ullevål | Arbeidsmiljø – med fokus på omstilling | 0 | |
| Akuttklinikken | PO/Intensiv, Aker | Arbeidsmiljø – med fokus på omstilling | 0 | |
| Kvinner Barn klinikken | Barnemedisinsk avdeling, post 1, Rikshospitalet | Arbeidsmiljø – med fokus på omstilling | 0 | |
| Klinikk for kreft og kirurgi | Sengepost B2, Kreft- og kirurgiklinikken, Radiumhospitalet | Arbeidsmiljø – med fokus på omstilling | 0 | |
| Hjerte, lunge og kar klinikken | Kirurgisk post 2 kar/thorax, Karavdelingen | Avvikshåndtering – registrering og oppfølging av uønskede hendelser i avvikssystemet | 0 | |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | Seksjon ortopedisk post, Rikshospitalet | Avvikshåndtering – registrering og oppfølging av uønskede hendelser i avvikssystemet | 2 | |

Tabell 1.Oversikt over avdelinger og avvik fra interne revisjoner 3.tertial 2010

Arbeidsmiljø – med fokus på omstilling:

Det ble ikke gitt avvik ved revisjonene, men 15 forbedringsforslag.

Følgende fellestrekk er å finne ved forbedringsforslagene:

- Ansatte opplever manglende informasjon ved omstilling
- Ansatte ønsker mer medvirkning i omstilling
- Prosessene og omstillingen går raskt

Det kom frem under intervjuene at flere ansatte ikke visste så mye om omstillingen. De gjorde sine oppgaver uten alltid helt å skjønne endringene og se sammenhenger. Det oppleves at informasjonsflyten ikke alltid er gjennomgående og at de ansatte ikke fikk med seg endringer grunnet tempoet i prosessene. Lederne gjorde jobben og dermed kunne det bli for liten involvering i utøvende ledd. De ansatte oppfattes som lojale til omstillingen selv om de gav uttrykk for at de opplever for lite delaktighet.

Disse funnene er fra kun 4 avdelinger men de samme observasjoner og tilbakemeldinger finnes gjennom andre kanaler for innhenting av informasjon. Blant annet stemmer funnene overens med funn fra oppfølgingen av "god vakt". Det arbeides kontinuerlig med tiltakssiden, både gjennom lederskap og i dialogmøter med de ansatte.

Avvikshåndtering – registrering og oppfølging av uønskede hendelser

Det ble gitt 2 avvik ved revisjonene, og ett forbedringsforslag.

Følgende fellestrekk :

- Ulike holdninger til å registrere uønskede hendelser og sikre erfaringsoverføring av disse. Det var usikkerhet vedrørende hva som skulle meldes, og det var ikke etablert systematisk gjennomgang av saker for å sikre erfaringsoverføring fra uønskede hendelser.
- Manglende opplæring og etablerte rutiner for erfaringsutveksling relatert til avvik.

Koderevisjoner

Det er under planlegging revisjoner av foretakets utførelse av medisinsk koding av pasientrettet aktivitet. Hensikten med revisjonene vil være å undersøke hvordan avdelingene følger opp kodefaglige standarder (klassifisering av pasientens opphold i Oslo universitetssykehus ved hjelp av regelverket i ICD-10 og prosedyrekodeverk). Som et forarbeid til revisjonene vil det bli gjennomført en journalgjennomgang av 20 journaler ved fire avdelinger, en fra hver lokalisasjon (Rh, Ullevål, Aker, Radium) Analysesenteret AS vil gjennomføre disse journalgjennomgangene og resultatene blir grunnlag for de videre revisjonene.

Kompetansebygging

Oslo universitetssykehus har i tredje tertial gjennomført tre dagers grunnkurs i revisjonsteknikk for 20 medarbeidere som kan inngå i interne revisjonsteam og i tillegg bistå i egen avdelings internkontrollaktiviteter. Pr. 3. tertial er noen klinikker i gang med egenrevisjoner, men det tar tid å bygge opp kompetanse og etablere revisjonsplaner i klinikkene. Målet er at i løpet av 2011 skal alle klinikker ha etablert planer og ha startet arbeidet med egenrevisjoner innen virksomhetskritiske områder.

Det er etablert et forum vedrørende revisjonsarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF, Vestre Viken HF, Sykehuset Innlandet HF, Sunnaas HF og Diakonhjemmet HF. Hensikten med samarbeidet er nettverksbygging, erfaringsutveksling og felles opplæring.

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF har i tredje tertial gjennomført og varslet følgende revisjoner:

1. Revisjon av lønnsprosessen ved Oslo universitetssykehus HF, rapport mottatt 3.2. styrebehandles i mars 2011)
2. Revisjon av behandlingsreiser til utlandet ved Oslo universitetssykehus HF (ikke ferdigstilt)

Begge disse revisjonene har vært anmodet om av Oslo universitetssykehus HF

3. Intern styring og kontroll i pasientforløp, herunder ventelistehåndtering. Revisjonene vil inkludere vurdering av hvordan informasjon om avvik og uønskede hendelser kommuniseres og danner grunnlag for oppfølging og forbedringsarbeid (i planleggingsfasen)
4. System for forankring, gjennomføring, rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier (i planleggingsfasen)

Oppfølging av tidligere revisjoner utført av Konsernrevisjonen.

- Revisjon forskning, Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet (revisjonsrapport av 25.5.09)
- Revisjon av innkjøpsvirksomheten, foretatt ved tidligere Aker universitetssykehus HF og Ullevål universitetssykehus HF, tidligere rapportert til Helse Sør-Øst 26.11.2009.

I oppfølgingsmøte mellom Oslo universitetssykehus og konsernrevisjonen 29.11.2010 ble det gitt en oppsummering av forskningsdirektør, Oslo universitetssykehus. Funn fra 2009 er innarbeidet i nye retningslinjer for forskningsaktiviteten i Oslo universitetssykehus. Saken regnes som avsluttet.

Innen innkjøpsområdet har det i 2010 vært iverksatt en rekke tiltak, og det arbeides videre med harmonisering av rutiner, prosesser og løsninger innenfor områdene fakturahåndtering, innkjøp og logistikk. Konsernrevisjonen vil følge opp tiltakene med en ny revisjon i neste planperiode.

2.2 Eksterne tilsyn 3. tertial

Det har vært gjennomført totalt 12 tilsynsbesøk i 3. tertial fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Helsetilsynet i Oslo og Akershus, Statens strålevern, Helsedirektoratet og lokalt brannvesen. Riksrevisjonen har i tillegg hatt to postale tilsyn (dokumentgjennomgang) vedrørende forvaltning. Fortsatt er det seks tidligere tilsyn som er i prosess.

Alle eksterne tilsyn følges opp i henhold til fastsatt prosedyre. Det innebærer at tilsynskoordinator i sentral stab koordinerer gjennomføringen av tilsynsbesøkene og sikrer kommunikasjon, forankring og oppfølging av linjeledelsen.

Blant tertialelets mer omfattende tilsyn kan nevnes tilsynsbesøkene fra DSB og Statens strålevern. I tilsynsrapportene som sykehuset mottok i desember, ble gitt henholdsvis seks og ni avvik. Begge tilsynene påpeker mangler ved arbeid med kompetanse. Dette gjelder føringer

på overordnet nivå, dokumenterte opplæringsrutiner, samordning av rutiner og gjennomføring og dokumentasjon av kompetanse og gitt opplæring. Videre pekes det på mangler ved melderutiner og dokumentasjon. Disse funnene er sammenfallende med funn fra intern revisjonen og som forventet. Til tross for etablerte opplæringsprogrammer og en rekke aktiviteter ved etablering av avvikssystemet i Oslo universitetssykehus vil det ta tid før dette er godt nok implementert i alle deler av organisasjonen.

Det gis også en del mer spesifikke avvik knyttet til lokale forhold i klinikker og avdelinger f.eks. mangler ved vedlikehold innen elektro-, medisinsk teknisk utstyr og lokale kontroll- og sikkerhetsrutiner. Alle avvik følges opp med handlingsplaner, tidsfrister og med ansvarlige ledere.

I tillegg gjennomfører Helsetilsynet i Oslo og Akershus et tilsyn med omstillingsprosessen som involverer flere klinikker og ledere. Dette tilsynet er ikke avsluttet.

Vurdering:

Det er i 3. tertial ikke påpekt avvik som vurderes med høy risiko i pasientbehandlingen, for de ansatte eller for sykehusets omdømme. Avvikene bidrar til fokus og framdrift i sykehusets interne forbedringsarbeid. Alle tidsfrister er overholdt dette tertialet.

Rutiner for systematisk oppfølging og rapportering fungerer etter hensikten.

Tilsynsmyndighetene gir et viktig bidrag til sykehusets forbedringsarbeid og er en viktig ressurs for Oslo universitetssykehus.

Eksterne tilsyn 3. tertial 2010

| Dato for tilsyn | Tilsynsmyndighet | Klinikk | Avdeling | Tema | Avvik | Frist lukking | Risiko | Kommentar |
|----------------------|--|---|--|--|-------|---------------|---------|--|
| 06.-21.09. | Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap | Sykehusnivå Akuttklinikken Kl. kir. og nevrofag Oslo sykehus-service | Diverse avd. Med.tek. avd. Elektro | Internkontroll HMS, mål, risikovurdering, opplæring, melderutiner, vedlikehold | 6 | 01.04.11 | middels | Behov for overordede føringer, lokale rutiner og dok. av opplæring. Mangler i forhold til melderutiner, vedlikehold MTU, elektro |
| Des. 2010- jan. 2011 | Helsetilsynet i Oslo og Akershus | Sykehusnivå Klinikk kir og nevrofag, Medisinsk klinikk Klinikk for psykisk helse og avheng. | Nevrologisk/ nevrokir. Gastromed. Voksen lokal-funksjon akutt | Tilsyn i omstillingsprosessen | | | | Under gjennomføring |

| Dato for tilsyn | Tilsynsmyndighet | Klinikk | Avdeling | Tema | Avvik | Frist lukking | Risiko | Kommentar |
|---------------------|----------------------------------|---|---|--|-------|---------------|---------|--|
| 12.10.- 22.11.10 | Statens strålevern | Sykehusnivå Kl. kreft og kir. Kvinne-/barn Kl. spes. med. og kir. | Stråleterapi-avd. Nyfødt/barn arsel/ gyn. Hudavd. | Stråleterapi, lysbehandling, laser | 9 | 01.02.11 | middels | Behov for overordede føringer, opplæring og dok. av denne. Mangler ved org., dok., melderutiner, revisjon m.m. |
| 09.- 11.11. | Helsetilsynet i Oslo og Akershus | Klinikk for psykisk helse og avheng. | Josefinegaten DPS | Selvordstruede pasienter | 0 | - | - | Avsluttet. |
| 22.11.10 | Helsetilsynet i Oslo og Akershus | Klinikk kirurgi og nevrofag | Avd. for kompleks epilepsi SSE | Meldeordning betydelig skade § 3-3 | 1 | 25.01.11 | lav | Handlingsplan innen frist |
| 30.11.10 | Riks-revisjonen | Klinikk kirurgi og nevrofag Medisinsk klinikk | SSE Fysisk med. Geriatrisk avd. | Forvaltningsrevisjon – rehabilitering i helsetjenesten | | | lav | Kartlegging og spørreskjema innsendt 30.11.10 |
| Des. 2010 | Riks-revisjonen | Medisinsk kl. Spes.med./kir Kl. kirurgi og nevrofag Kl. diagn. og intervensjon | Gastromed. Gastrolab. Ortopedi Radiologi | Forvaltningsrevisjon – fritt sykehusvalg | | | lav | Dokumentasjon oversendes innen 14.01.11 |
| 09.11.10 | Helsedirektoratet | Kl. kreft og kir. | Institutt for kreftforskning. | tilsyn etter genteknologi-loven | 2 | 31.01.11 | lav | Avvik vedr. meldingsplikten og faremerking. |
| 28.09.10 | Oslo brann- og rednings-etat | Oslo sykehus-service | Storgt. 40 | Branntilsyn | | - | - | Lukket i henhold til plan |
| 05.11.10 | Nedre romerike brannvesen | Akutt-klinikken | Prehospitallitet Lørenskog | Branntilsyn | 5 | 01.04.11 | | Handlingsplan utarbeides. |
| 11.11.10 | Nordre Follo brannvesen | Medisinsk klinikk | Ski sykehus | Branntilsyn | 2 | 23.12.10 | | Handlingsplan utarbeides. Ny frist avtales. |
| 18.11.10 | Asker/ Bærum brannvesen | Klinikk kir og nevrofag | SSE | Branntilsyn | 3 | 14.01.11 | | Handlingsplan utarbeides. |

Tidligere eksterne tilsyn som ikke er lukket

| Dato for tilsyn | Tilsynsmyndighet | Klinikk | Avdeling | Tema | Frist lukking | Risiko | Kommentar |
|-----------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------|--|---------------|---------|---|
| 22.06.10 | Mattilsynet | Oslo sykehus-service | Hovedkjøkken | Revisjon av internkontrollsystem (IK-Mat) | 01.05.11 | lav | Utarbeidelse av HACCP for hele sykehuset. |
| 17.02.10 | Statens legemiddelverk | Klinikk diagnostikk/intervensjon | Ex vivo cellelab. | Tilvirkning humane celler og vev | 04.03.11 | lav | Behov for ytterligere oppfølging samt bygn.messig utbedring. Handlingsplan og tiltak gjennomføres i henhold til frist. |
| 19.02.10 | Datattilsynet | Klinikk diagnostikk/intervensjon | Dopinglab. Aker | Data-behandling dopingprøver | | lav | Ikke mottatt rapport pr. 31.12.10 |
| 22-23.04.08 | Statens legemiddelverk | Klinikk for kreft og kirurgi | Utprøvningsenheten | Oppfølging av tilsyn | | Middels | Ikke mottatt tilbakemelding fra SLV etter vårt brev av 21.09.10 |
| 2008 | Arbeidstilsynet | God vakt | Hele helseforetaket | Balanse arbeidsoppgaver ressurser | 31.12.10 | Høy | Tiltak er gjennomført i henhold til fastsatt handlingsplan. Avsluttende møte 07.01.11 |
| 02.12.09 | Brann- og rednings-etaten, Oslo | OUS, Radiumhospitalet | Høyblokken | Branntekniske/organisatoriske forhold | | lav | <i>Sak avsluttet – lukking gjenstår</i> Handlingsplan innebærer brannteknisk opp-gradering som gjennomføres innen 2012. |
| 10.12.09 | Brann- og rednings-etaten, Oslo | OUS | | Branntekniske/organisatoriske forhold (korridorsengs-problematikk) | 06.04.10 | Høy | <i>Sak avsluttet</i> . Svakhet ved styrings- og kontrollsystemer for brann-sikkerhet/ fare for tap av liv/helse. Dagsmulkt på kr. 10 000,- betalt i 60 dager (16.04.10-17.06.10). Det er i verksatt en rekke tiltak for å fjerne praksis med korridor-senger samt risikoreducer-ende tiltak.. |

Det er foreløpig meldt ett tilsyn til 1. tertial 2011 fra:

Heleforetakenes senter for pasientreiser

09.02. Akuttklinikken og prehospitalet senter

2.3 Juridiske forhold

Klinikkene har rapportert på følgende forhold:

Rettsaker:

1. Har klinikken saker som pågår for domstolsapparatet?
2. Har klinikken saker med risiko for rettslig prosess?

Klagesaker for KOFA

1. Har klinikken saker for klageorganet for offentlig anskaffelser?
2. Har klinikken saker med risiko for slik klageprosess?

Straffbare forhold

1. Har klinikken mottatt noen politianmeldelser som gjelder straffbare forhold begått av sykehusets ansatte?

Varsling

1. Hvor mange saker har klinikken realitetsbehandlet?
2. Hva er status på disse?

| Rettsaker | | Klagesaker KOFA | | Straffbare forhold | Varsling |
|---|--|--|-----------------------------------|--|--|
| Saker for domstolsapparatet | Saker med risiko for rettslig prosess | Saker for klageorganet for offentlige anskaffelser | Saker med risiko for klageprosess | Politianmeldelser som gjelder straffbare forhold begått av sykehusets ansatte? | Status realitetsbehandlede saker |
| Totalt 4 saker: 2 arbeidsrettsaker 1 sak som gjelder kontraktsforhold og mangler. 1 sak som gjelder krav om erstatning ifm. pasientskade | Totalt 6 saker: 1 sak som gjelder forsinkelse i kontraktsforhold 2 saker som gjelder mangler i kontraktsforhold 1 sak som gjelder uenighet om dekning av kostnader 1 sak som gjelder uenighet om vilkår i kontrakt 1 sak som gjelder ansettelsesforhold | Ingen saker | Ingen saker | 1 sak i forbindelse med uventet dødsfall. Er under etterforskning. | 2 saker: den ene ikke noe kritikkverdig forhold og den andre har funnet sin løsning. |

3 Pasientsikkerhet og avviksbehandling 3. tertial 2010

3. tertial har vært et utfordrende tertial for Oslo universitetssykehus. I 2. og 3. tertial ble det gjennomført store endringer i de pasient- administrative systemene ved overgang til pasdoc, med den største omleggingen 13. september. Omleggingen var først og fremst krevende på Rikshospitalet som var vant til et annet system, men også ved oppgradering på de andre lokalisasjonene var det utfordringer. Ved slike omlegginger er det erfaringsmessig øket risiko for pasientadministrative avvik med konsekvenser, for eksempel mht. henvisningsmottak, ventelister, prøvesvar etc. Flere praktiske problemer oppsto. Følgende siteres fra en saksgjennomgang i en av klinikkens kvalitetsutvalg.

Innføringen av PasDoc som pasientadministrativ system har vært en stor utfordring. Det har skapt mye merarbeid og betydelig frustrasjon blant ansatte og pasienter. Klinikledelsen har løpende informert sykehusledelsen i rapporteringsmøtene og i andre fora om problemene og begrensningene ved PasDoc som pasientadministrativt system. Klinikledelsen har dessuten gitt klarsignal til at det settes inn tilstrekkelig ekstra personalressurser for å kompensere for problemene med PasDoc. Dette er så langt problemene kan løses innenfor klinikken.

Det har vært et kontinuerlig fokus på avviksregistrering og oppfølging ved innføring av nye administrative systemer og det er etablert sentral intern kontroll av alle hendelser som har involvert pasient og/ eller ansatt.

Det er ikke registrert økt tendens til alvorlige avvik med faktisk konsekvens for liv og helse som kan knyttes direkte til pasdoc omleggingen.

I 3. tertial er det registrert avvik der arbeidspress, personellmangel, tidsnød og svikt i administrative systemer og rutiner som medvirkende årsak. Flere av disse er meldt som arbeidsmiljøavvik, noe som illustrerer den tette sammenhengen mellom arbeidsmiljø og kvalitet i pasientbehandlingen.

3.1 Kvalitetsutvalgene (KU) i klinikkene

Erfaringene med kvalitetsutvalgene har gjennom 3 tertial bekreftet inntrykket fra 2. tertial om at ordningen med klinikkvise kvalitetsutvalg er hensiktsmessig. Det samlede volumet av saker og utfordringer i klinikkene er stort. En klinikkbasert organisering av dette oppgaveområdet er derfor helt nødvendig. Men det innebærer en viss risiko for at nødvendige prosesser på tvers av klinikkgrensene kan bli utfordret. Som nevnt i 2.tertial er det nødvendig å ha rutiner og kultur for håndtering av saker som berører flere klinikker og samarbeidet om felles utfordringer mellom klinikkene må fokuseres. Noen saker er overgripende for hele Oslo universitetssykehus og må håndteres i sykehusledelsen, men det store flertallet må løses ved at klinikkene selv sørger for saksbehandling og kontakter på tvers.

Et sentralt område for kvalitetsutvalgene er arbeidet med avvikssaker. Via disse sakene blir mange av de vesentligste områder som berører sikkerhet og kvalitet synliggjort. Oppdraget er imidlertid ikke bare å "saksbehandle" men å bruke erfaringene i endringsarbeid i klinikkene. Utvalgene er til dels tungt belagt med saker og det er fremdeles rom for betydelig forbedring i kvaliteten på årsaksanalyse, tiltak og overholdelse av tidsfrister. Saksbehandlingsrestansene i klinikkene er økende, parallelt med at input i nye saker øker, men vi kan ikke si sikkert at det er en reell økning i median saksbehandlingstid. Uansett er denne pr. i dag for høy. Dette er det krevende å følge opp fra utvalgene. Derfor har det vært rettet et øket fokus mot linjelederens ansvar for oppfølging av avvik i egne enheter fra sykehusets ledelse.

Kontakten med Stab kvalitet er god og det forholdsvis store antall mennesker som arbeider i dette feltet begynner å kjenne hverandre og det er opprettet faglige nettverk. Dette må forsterkes.

Å utvikle en lærende organisasjon basert på faktiske rapporterte taps- og avviksdata er en prosess som tar tid. Prosessen innebærer å utvikle holdninger og kulturer i tillegg til formelle strukturer og verktøy. Så langt er vår vurdering at dette arbeidet er på sporet. Men det behøvede slett ikke vært slik, gitt de betydelige praktiske, menneskelige, økonomiske og politiske utfordringer det er å drive omstillingsarbeidet i Oslo universitetssykehus.

Med det verktøy som nå er etablert og tatt i bruk med tilfredshet i klinikkene er målet likevel oppnåelig.

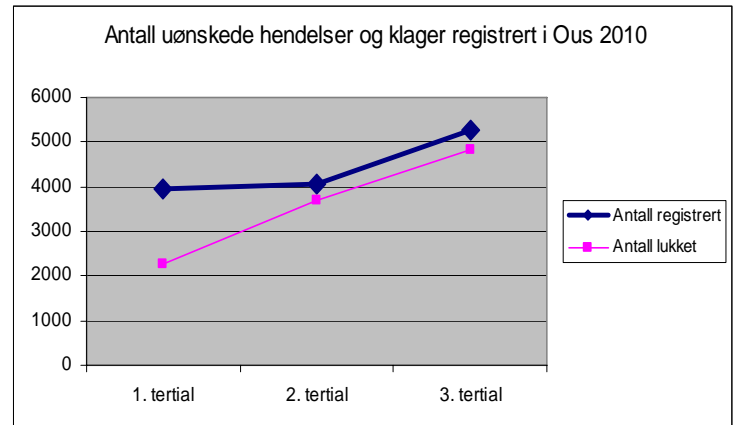
Arbeidet kan beskrives slik:

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| Etablere et felles elektronisk verktøy til dag 1. | | Dag 1 |
| Etablere lokale kvalitetsutvalg | Bredde i fag og profesjoner. Fokus er kjernevirksomhetens kvalitet. Ikke brukerrepresentanter | Første tertial |
| Innarbeide praksis. | Utvalgets møtefrekvens, saksbehandling, ledelse, referat / dokumentasjon og relasjon til klinikkleder og sentral stab. Utvalgets fullmakter og myndighetsområde, særlig viktig der klinikkleder ikke leder utvalget. Kvalitetskoordinators rolle. | Andre og tredje tertial |
| Økt fokus på meldekultur, innhold og analyse, korte ned saksbehandlingstid mv. | Etablere liberal registreringspraksis, forhindre lukking av saker uten reell behandling. Sikre at ledere gjør pålagt arbeid med sakene, forbedre kvalitet på årsaksanalyse og tiltak i egen klinikk. | Tredje tertial |
| Fokus på risikoreducerende tiltak og gjennomføring (systemets egentlige hensikt). | Ytterligere sikring av tiltak. Etablere en bedre organisasjon for gjennomføring av klinikkovergripende tiltak. | Tredje tertial og 2011 – 2012 |

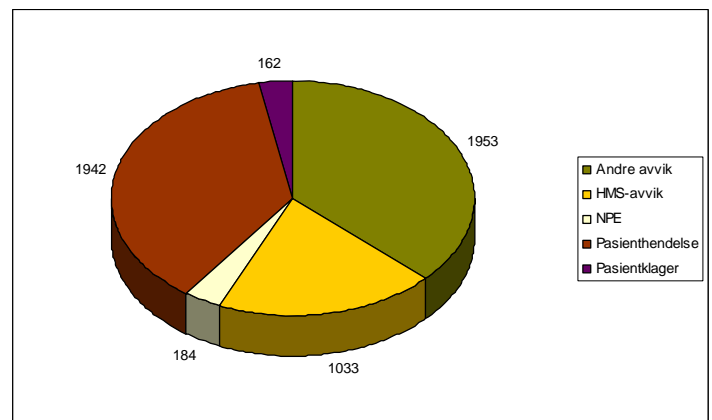
Tredje tertial 2011 er det første tertialet der man ser konturene av ”normal drift” i bruk av avvikssystemet i klinikkene med kvalitetsutvalgene og Stab kvalitet i sykehusets ledelse som viktige støtteaktører. Ytterligere satsinger i 2011 er nedfelt i sykehusets virksomhetsplan på pasientsikkerhet.

3.2 Om uønskede hendelser og avvikssystemet

Vi ser en økt registrering i 3. tertial i forhold de to første tertialer i 2010. Innenfor kategorien pasienthendelser er økningen størst. Dette er en ønsket utvikling og i tråd med strategien å etablere en god og åpen registreringskultur og bruk av uønskede hendelser i individuell og organisatorisk læring innenfor alle risikoområder. Dette tolker vi som et tegn på at prosedyrer, rutiner og systemet begynner å bli godt innarbeidet i organisasjonen. I 3. tertial har fokuset dreiet noe fra tekniske og saksbehandlingsmessige forhold til meldekultur, innhold, hendelsesanalyse og tiltak.



Innenfor klage- og erstatningssaker er det enkelte purringer. Når det gjelder pasientrelaterte hendelser er det et økende antall saker med restanse i klinikkene. Dette reflekterer nok i stor grad økning i nyregistrerte saker, men tallene kan tyde på at restansen øker noe mer enn input. Det er derfor nødvendig å ha fokus på saksbehandlingstiden.



Også for saker meldt Helsetilsynet etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 er det brudd på tidsfrist som er 8 uker.

Det arbeides med kortere saksbehandlingstid.

I kommunikasjonen med Helsetilsynet fremgår at man er mer opptatt av kvalitet på saksbehandlingen og bruk av avvikshendelser i intern-kontrollen enn saksbehandlingstid. Vi har i 2010 kun i ett tilfelle fått saker i retur fra Helsetilsynet med utilfredsstillende saksbehandling som årsak. Dette er bedre enn forventet.

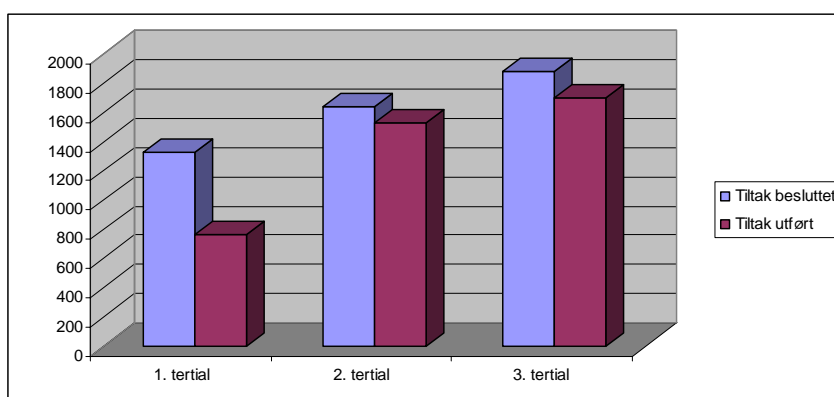
Når vi ser på arbeidet med uønskede hendelser i klinikkene er det fortsatt forholdsvis store lokale variasjoner mellom avdelinger og særlig på seksjonsnivå, både når det gjelder registreringskultur og ledernes videre håndtering av saker. Mellomledersjiktet må derfor aktiviseres ytterligere.

Også kvaliteten på arbeidet med registrerte hendelser, årsaksanalyser, utvikling og gjennomføring av tiltak varierer. Å gjøre gode årsaksanalyser forutsetter både god sikkerhetsfaglig kunnskap og analysemetodikk, men også inngående forståelse og kunnskap om hvordan helsepersonellet tenker og agerer til daglig opp mot travelhet, profesjonsgrenser og samarbeid. I mange vestlige land er det egne utdanninger for risikoanalytikere og denne type kompetanse er det nødvendig å styrke i Oslo universitetssykehus.

Halvparten av alle registrerte uønskede hendelser og forhold er oppført med ”Ingen faktisk konsekvens”. Dette oppfatter vi slik at forståelsen for å registrere nesten hendelser og farlige forhold

er godt tilstede hos personalet. I tillegg så avdekker hendelsesanalysene i enkeltsaker at skadepotensialet kan være langt større enn hva som er tilfellet i den enkelte sak. Dette brukes aktivt i opplæring.

Figuren viser utviklingen i besluttede og utførte tiltak gjennom 2010. De totalt 4930 registrerte avvikene registrert i 3. tertial har dannet grunnlag for 1880 besluttede tiltak og ca 70% av disse er kvittert utført. Imidlertid ser vi stadig saker der tiltak ikke er oppført til tross for at saken som sådan burde foranledige tiltak. Ikke alle registrerte hendelser skal eller kan medføre tiltak. Det er derfor ikke mulig å estimere en ”riktig” tiltaksprosent. Men et mål for klinikkens arbeid via kvalitetsutvalgene og arbeidsmiljøutvalgene er at tiltak beskrives ved alle hendelser som ut fra saksforhold tilsier tiltak. Når en del tiltak ikke er kvittert som gjennomført kan det skyldes at tiltakene i en del saker tar tid å sette i verk.



I en del saker har tiltaksbeskrivelsen mer form som forslag, problemstillinger eller etterspørring av mer informasjon og ikke en klar tiltaksbeskrivelse med ansvar og frist. Samtidig er det ingen sikring i systemet for at det som er utkvittert som gjennomført faktisk er gjennomført. Denne sikringen må ligge i klinikkens rutiner for implementering av tiltak. I de utvalg der klinikkleder ikke møter i kvalitetsutvalgene er det viktig å sikre at utvalgene er høyt representert ledelsesmessig slik at det blir realisme i tiltakene.

Fremdeles er det også nødvendig å forbedre rutiner for håndtering av saker som berører flere klinikker og samarbeidet om felles utfordringer mellom klinikkene må fokuseres. Noen saker er sykehusomfattende og må håndteres i sykehusledelsen, men det store flertallet må løses ved at klinikkene selv sørger for saksbehandling og kontakter på tvers.

Kommunikasjon og læring på tvers på bakgrunn av avvik vil bli sterkere fokusert i 2011.

3.3 Pasientrelaterte hendelser

Når det gjelder de alvorligste hendelsene som involverer pasienter så registreres de oftest av leger. Av i alt 142 saker klassifisert som alvorlige og oversendt Helsetilsynet i 2010, var 82 registrert av leger, 32 av sykepleiere og 28 registrert av andre. Hvis vi derimot ser på registreringsaktivitet generelt, står leger for et klart mindretall, ned mot 10%, (ref tidligere data fra Oslo universitetssykehus og undersøkelser i andre sykehus). En bedret registreringskultur blant leger er viktig for å oppnå enda bedre oversikt over risiko i Oslo universitetssykehus. Vi antar at det er potensial for økt registrering av nesten uhell og farlige forhold, kanskje spesielt fra denne yrkesgruppen. Manglende kunnskap om meldesystemet og at avvikhåndtering kan oppfattes som ”merarbeid” for travle helsearbeidere kan være årsak til at hendelser ikke registreres, eller at man til dels ikke anser det som nyttig.

Det ble tredje tertial registrert totalt 1943 uønskede pasienthendelser. Dette er en klar økning fra 1368 i 2. tertial. Det er derimot liten endring i fordeling en av registreringene.

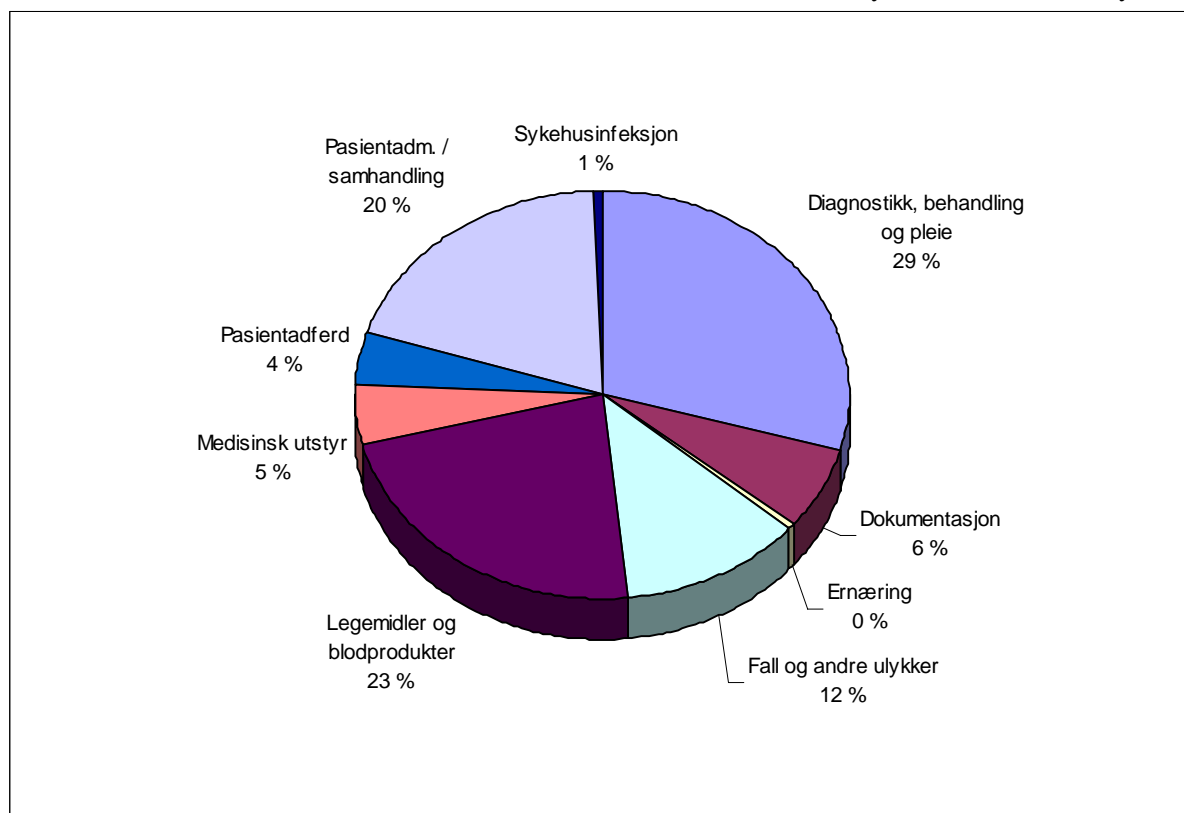
| Type pasienthendelse / Alvorlighetsgrad | Totalt | Ingen konsekvens | Mindre alvorlig | Moderat skade | Betydelig skade | Død | Ikke kategorisert |
|---|--------|------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----|-------------------|
|---|--------|------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----|-------------------|

| Type pasienthendelse / Alvorlighetsgrad | Totalt | Ingen konsekvens | Mindre alvorlig | Moderat skade | Betydelig skade | Død | Ikke kategorisert |
|---|--------|------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----|-------------------|
| Diagnostikk, behandling og pleie | 527 | 208 | 185 | 66 | 38 | 14 | 17 |
| Dokumentasjon | 112 | 61 | 34 | 7 | 2 | 0 | 7 |
| Ernæring | 9 | 4 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Fall og andre ulykker | 222 | 111 | 77 | 24 | 9 | 0 | 1 |
| Legemidler og blodprodukter | 403 | 265 | 115 | 17 | 0 | 4 | 2 |
| Medisinsk utstyr | 87 | 45 | 32 | 5 | 2 | 1 | 2 |
| Pasientadferd | 70 | 21 | 29 | 10 | 1 | 8 | 1 |
| Pasientadm. / samhandling | 353 | 171 | 125 | 37 | 7 | 1 | 12 |
| Sykehusinfeksjon | 10 | 3 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Ikke kategorisert i undergruppe | 150 | 61 | 51 | 16 | 3 | 1 | 18 |
| Alle | 1943 | 950 | 656 | 183 | 64 | 29 | 61 |

Tabell 2. Pasienthendelser 3. tertial

3.3.1 Død / betydelig skade:

Her dreier det seg også om hendelser med en større eller mindre grad av påregnelighet der pasientens sykdom eller kalkulert og ikke-forebyggbar risiko er medvirkende. Tallene i disse kategoriene er uforandret fra 2. tertial. En av disse hendelsene er varslet Statens Helsetilsyn, medførte ikke utrykning.



Figur 1. Fordeling av pasienthendelser 3. tertial

3.3.2 Diagnostikk, behandling og pleie (29 %)

I denne kategorien finner vi de fleste rapporterte pasienthendelser og også den største andel alvorlige hendelser. Innenfor dette området ligger også mange hendelser i grenseområdet mellom avvik eller påregnelige komplikasjoner. Dette er kommentert forrige tertial.

Fordelingen er slik:

| | Total | Ingen konsekvens | Mindre alvorlig | Moderat skade | Betydelig skade | Dødsfall | Ikke valgt |
|-----------------------------------|-------|------------------|-----------------|---------------|-----------------|----------|------------|
| Behandling ikke gitt | 16 | 3 | 7 | 5 | 1 | 0 | 0 |
| Feil / mangelfull behandling | 85 | 25 | 37 | 12 | 7 | 0 | 4 |
| Feil diagnose | 8 | 3 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| Forsinket behandling | 93 | 33 | 38 | 12 | 5 | 3* | 2 |
| Kirurgi, anestesi og intervensjon | 45 | 11 | 18 | 10 | 4 | 2* | 0 |
| Oppfølging / overvåkning / tilsyn | 114 | 50 | 39 | 14 | 6 | 2* | 3 |
| Pleie / opptrening | 10 | 5 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Tvangsbruk | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ikke kategorisert i undergruppe | 156 | 77 | 41 | 12 | 12 | 6* | 8 |

* Som ledd i sykehusets internkontroll gjennomgås disse særskilt.

3.3.2 Legemidler og blodprodukter (23 %)

Av alvorlige hendelser foreligger 3 bivirkninger knyttet til blødningsrisiko som det til dels er umulig å forebygge helt, og som behandles av RELIS i tillegg til lokal analyse og melding til Helsetilsynet. Av de øvrige registrerte legemiddelhendelser har det store flertallet mindre alvorlig konsekvens.

3.3.3 Pasientadministrasjon / samhandling (20 %)

Denne avvikskategorien er meget viktig og sannsynligvis betydelig underrapportert. En del av disse avvikene er imidlertid rapportert under kategorien AND (andre avvik) i systemet, slik at den faktiske andelen er høyere enn 20 %. Innenfor denne kategorien meldes blant annet avvik i informasjonsflyt (henvisninger, prøvesvar etc.) eller funksjonssvikt i pasientadministrative systemer. Avvikene er vanskelige å utrede. De er ofte klinikkovergripende og derfor vanskelig å utrede uten en sterkere involvering av støttefunksjoner, for eksempel IKT. Stab pasientsikkerhet er bekymret for utviklingen innenfor pasientadministrative avvik. Det er naturlig å anta at det er en betydelig underrapportering på dette feltet. Klinikk for diagnostikk og intervensjon har stort fokus på dette området i samarbeid med stab pasientsikkerhet.

3.3.4 Fall og andre ulykker (12 %)

Flere tiltak og rutiner er etablert i klinikkene. I noen grad gjelder fallskadene høyrisikopersoner som til tross for tiltak faller og pådrar seg skade. I en del av disse sakene er det vanskelig å se hva man ytterligere kunne gjort uten å begrense pasientens autonomi, verdighet og mulighet for å utfolde seg aktivt som en del av rehabiliteringen. Kun et lite mindretall av disse fallskadene er i realiteten forebyggbare slik de beskrives i analysene.

3.3.5 Dokumentasjon (6 %)

Ukvittert prøvesvar ga forsinket diagnostisk oppfølging av pasient med potensielt behandlingsskrevende sykdom (utredes). Sykehuspartner har testet uten å finne feil så langt, saken er fortsatt til behandling der. Melder skrev imidlertid at det usignerte svaret ikke fremkom på noen av de involverte legers liste, verken rekvirerende lege, utskrivende lege, kontraserende lege eller avdelingens liste der pasienten lå. Eksempelet viser at god avvikshåndtering er av stor betydning i pasientsikkerhetsarbeidet.

3.3.6 Medisinsk teknisk utstyr (5 %)

Det er registrert 87 hendelser i 3. tertial knyttet til feil bruk av, eller svikt ved medisinskteknisk utstyr (MTU). I motsetning til i tidligere år, der rapporterte avvik med utstyr i hovedsak var brukerfeil så ser vi i dag en større andel hendelser med høyt risikopotensial med teknisk svikt. En generell bekymring er at utstyr brukes til tross for at det er teknisk utdatert og har hyppig sviktfrekvens. Det er bare utstyrhavari som begrunner utskiftning og det som kan repareres settes ut i drift. En alvorlig hendelse er registrert i perioden med feil i overvåkningsutstyr for måling av oksygenmetning på Nyfødtafdelingen. Teknisk årsakssammenheng er under utredning i samarbeid mellom MTA, DSB og leverandør. Utstyrutskiftning foreslått for 2011.

3.3.7 Pasientadferd (4 %)

Alvorlige hendelser i kategorien dreier seg om suicid og selvskading som rapporteres for å identifisere eventuelle forbedringsmuligheter.

3.3.8 Sykehusinfeksjoner (1 %)

Registrering av sykehusinfeksjoner i avvikssystemet er svært mangelfull. Det er liten tradisjon i Norge for å registrere sykehusinfeksjoner i avvikssystemene, i motsetning til for eksempel øvrig nordiske land. Det diskuteres i sykehushygienemiljøene i Oslo universitetssykehus om avvikssystemet skal brukes til å registrere sykehusinfeksjoner. Sykehusinfeksjoner er meldepliktig i henhold til Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3, noe som skal gjøres via avvikssystemet. Stab pasientsikkerhet samarbeider derfor med miljøet for hygiene og smittevern mot de kliniske avdelingene for å øke bevisstheten om at alle sykehusinfeksjoner skal meldes i sykehusets avvikssystem.

3.4 Klagesaker

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

| Klagesaker registrert tredje tertial | |
|--------------------------------------|-----|
| Fra Helsetilsynet | 44 |
| Fra pasient / pårørende | 103 |
| Fra Pasientombud | 14 |

Det er en økning i antall klagesaker fra pasienter og pårørende fra 70 klager 2. tertial til 103 klager 3. tertial. Om dette er en reell forverring, eller om pasienter er bedre informert om klageadgangen 3.tertial enn de to foregående er vanskelig å vurdere. Stab kvalitet vil følge utviklingen gjennom avvikssystemet.

3.5 NPE-vedtak

| Medisinsk område | Medhold | Avslag | Sum |
|--|---------|--------|-----|
| Uavklart | 3 | 5 | 8 |
| Anestesiologi | 1 | 4 | 5 |
| Annet | 3 | 1 | 4 |
| Endokrinologi og metabolske forstyrrelse | | 3 | 3 |
| Fordøysessykdommer | | 1 | 1 |
| Føde | 3 | 4 | 7 |
| Fødselshjelp og kvinnesykdommer | 4 | 6 | 10 |
| Gastroenterologisk kirurgi | 1 | 8 | 9 |
| Generell kirurgi | 1 | 1 | 2 |
| Hjertesykdommer | 2 | 7 | 9 |
| Hudsykdommer | 1 | 1 | 2 |
| Immunologi | 1 | | 1 |
| Infeksjonssykdommer og venerologi | 1 | 2 | 3 |
| Karsykdommer | 2 | 4 | 6 |
| Kjevekirurgi og munnhulesykdommer | | 1 | 1 |
| Nevrokirurgi | | 11 | 11 |
| Nevrologi | 1 | 4 | 5 |
| Nyfødtmedisin | 1 | | 1 |
| Nyresykdommer | 1 | | 1 |
| Odontologi | 1 | | 1 |
| Ortopedisk | 1 | 5 | 6 |
| Ortopedisk kirurgi | 9 | 18 | 27 |
| Plastikkirurgi | 1 | 3 | 4 |
| Psykatri / psykologi | 3 | 7 | 10 |
| Revmatologi | | 1 | 1 |
| Svulster og kreftsykdommer | 10 | 20 | 30 |

| Medisinsk område | Medhold | Avslag | Sum |
|------------------------|-----------|------------|------------|
| Thoraxkirurgi | 1 | 1 | 2 |
| Transplantasjon | | 1 | 1 |
| Urologi | | 1 | 1 |
| Øre-nese-halssykdommer | | 1 | 1 |
| Øyesykdommer | 1 | 1 | 2 |
| Totalt | 53 | 122 | 175 |

Avsluttede NPE-saker

| År | Totalt antall | Avslag | Medhold | Medhold % |
|------------------|---------------|--------|---------|-----------|
| Hele 2009 | 392 | 271 | 121 | 31 % |
| Hele 2010 | 459 | 327 | 132 | 29 % |

I ferdigbehandlede erstatning saker hos NPE var andelen saker der pasienten har fått medhold 31 % i 2009 til 29 % i 2010.

4 Pasientforløp 3 tertial

Høsten 2010 har klinikkene deltatt i ”Klinikk Redesign” og på bakgrunn av leveransen 17/12-2010 er det definert pasientforløp som skal forbedres 2011.

Det er i 3. tertial utarbeidet en veileder i metodikk til bruk i Oslo universitetssykehus og det er dannet en nettverksgruppe med representanter fra alle klinikkene. Disse har fått opplæring i desember 2010 og skal være veiledere i det klinikkvise arbeidet. Stab kvalitet vil bistå nettverket med kompetansebygging og prosjektstøtte.

5 Helse – miljø - sikkerhet

Arbeidsmiljøavdelingen utarbeider årlig en arbeidsmiljøårsrapport med faglige vurderinger av sykehusets arbeidsmiljø. Rapporten vedlegges i sin helhet i vedlegg 3.

5.1 Arbeidsmiljøårsrapport 2010

5.1.1 Systematisk HMS arbeid

Generelt har sykehusets systematikk i HMS arbeidet blitt bedre i 2010. Bl.a. gjennom HMS opplæring av ledere og HMS grunnopplæring av verneombud. Det er utarbeidet flere nye HMS verktøy som er tatt i bruk i 2010. Samlet har dette bidratt til at klinikkene har kunnet skaffe seg god oversikt over risikoforhold og forbedringsområder, og har kunnet utarbeide risikoreducerende handlingsplaner.

5.1.2 Oppfølging av ”God vakt” – ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser

Oslo universitetssykehus har hatt et pålegg fra Arbeidstilsynet fra høsten 2009 om å redusere ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser. Oslo universitetssykehus har fulgt denne overordnede planen for å gjennomføre pålegget:

- Kartlagt og risikovurdert omstillingsprosessen med utarbeidelse av handlingsplan i mars/april 2010
- Gjennomført tiltak sommer/høst 2010
- Kartlagt effekt av gjennomførte tiltak i november/desember 2010

Oppsummerings vis vurderer klinikkene/avdelingene/enhetene at ca. 35 % av tiltakene har hatt positiv effekt, ca. 62 % av tiltakene har ikke medført noen endring, mens ca. 3 % av tiltakene har medført forverring. De mest positive endringene er sett på tiltak relatert til ledelse, bemanning, arbeidsoppgaver og lederstøtte. Når det gjelder tiltak som ikke har virket eller hvor ubalansen er forverret, bemerkes det at skyldes dette lokale forhold hvor rammebetingelsene har endret seg underveis. I noen tilfeller er planlagte tiltak av forskjellige årsaker ikke gjennomført. Dette har påvirket resultatet av tiltakene.

En kompliserende faktor i oppfølgingen har vært den omfattende og komplekse omstillingen organisasjonen er inne i. Prosessene er preget av stor grad av kompleksitet med mange elementer; både organisatoriske, sosiale og teknologiske.

Samlet sett har det allikevel vært en positiv utvikling hvor ubalansen er redusert (fra 42 % rød risikovurdering, til 33 %), men det gjenstår fortsatt en del før det kan anses å være balanse.

5.1.3 HMS avvik

Hovedtrenden er at det er omtrent samme meldefrekvens som før. Generelt er det høyest rapportering på avvik med mulig eller konstatert personskade, hvorav ”vold, trusler, utagerende adferd” og ”stikkskader” er de 2 største gruppene. Totalt er det meldt 2.472 HMS-avvik i 2010. Vi har grunn til å tro at det fortsatt er underrapportering, da det fra ansatte og fra vernetjenesten uttrykkes en viss grad av meldetretthet og manglende tro på at det nytter å melde fra om uønskede hendelser og tilstander som medfører helsebelastninger for ansatte. Dette gjelder særlig gjengangere som det ikke over år blir gjort noe med –

eksempelvis inneklima. For å få opp meldefrekvensen bør det fokuseres mer på tiltak i 2011.

5.1.4 Inne klima

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

5.1.5 Kjemikalier

Det brukes kjemikalier med høy risiko i enkelte avdelinger på sykehuset, og disse kan ved uriktig bruk medføre helsefare. Patologiavdelingene er et eksempel på avdelinger som bruker store mengder formalin, Xylen og Etanol. Det er anbefalt oppgradering av dagens tekniske standard for å få bedre arbeidsmiljøforhold.

5.1.6 Ergonomi og plassforhold

Det er for lite plass til mennesker og utstyr en rekke steder på sykehuset. Dette gir vanskelige ergonomiske arbeidsforhold med risiko for utvikling av muskel- og skjelettlidelser. Dårlige plassforhold genererer også en rekke andre arbeidsmiljøproblemer som inneklima problematikk, støyproblematikk, og mellommenneskelige utfordringer. Begrensede økonomiske ressurser gir redusert mulighet for nødvendig fornying og oppgradering av utstyr.

5.1.7 Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø

Oslo universitetssykehus ønsker seg et velfungerende psykososialt arbeidsmiljø der de ansatte trives, er friske, kreative og produktive. Et godt psykososialt arbeidsmiljø fremmer samarbeid, fornyelsesevne og effektivitet. God pasientbehandling og pasientsikkerhet er avhengig av et godt arbeidsmiljø.

2010 har vært et år preget av omfattende endringer. En ny organisasjon skal ta form. Det er ambisiøse planer for å slå sammen, omforme og revurdere samtidig som hverdagens oppgaver skal løses og kvaliteten opprettholdes. Kontinuerlig utvikling, forbedring, omorganisering og nye oppgaver utfordrer de ansatte. Det er positive sider av endring – muligheter til å tenke nytt, få nye kolleger, og få spennende fagoppgaver som kan være med på å skape energi og entusiasme. I løpet av 2010 har ikke alltid forutsetningene for en vellykket omstilling vært til stede. Krevende prosesser skulle gjennomføres med korte tidsfrister innenfor stramme økonomiske rammer. Til tross for at mange ansatte er åpne for forandringer har en del endringstiltak vært igangsatt uten at de ansatte har fått vært med, har forstått målene eller har mottatt tilstrekkelig informasjon. Innvendinger har tildels vært betraktet som motstand. Dessverre er det en opplevelse hos en del ansatte at de ikke lenger føler seg som verdsatte medarbeidere, men brikker i en prosess. Dette kan ha alvorlige konsekvenser for de ansattes lojalitet overfor organisasjonen på sikt.

Noen ledere og avdelinger tar på alvor utfordringen en fusjon er, noen er foreløpig lite berørt, mens andre synes å undervurdere hva som kreves for å få til en vellykket integrasjon. Undervurderingen kan skyldes presserende krav, eller en for enkel forståelse av hva integrasjon og kulturbygging betyr. Sosiale arrangementer er en bra start, men det kreves en mer målrettet innsats. I noen tilfeller ser nok en del seg tjent med å holde fast på sin måte å gjøre ting på, og forventer at andre skal tilpasse seg. For å få til en vellykket fusjon er det nødvendig å investere tid og omtanke i prosesser som fremmer integrasjon. Avdelinger som arbeider seriøst med integrasjon satser på å bygge på det beste fra alle miljøer for å skape noe nytt sammen. De drøfter ønsket kultur både når det gjelder pasientbehandlingen og hvordan de skal behandle hverandre som kolleger. De tenker integrasjon og kultur også i arbeidet med Re-design og nye prosedyrer.

Ledere har vært spesielt utsatt for belastninger ved at lederrollen har endret seg for mange ledere. I tillegg til å styre og inspirere, stilles det økende krav til oppgaver rettet mot administrasjon. Ledere skal i større grad enn tidligere ha oversikt over, rapportere om, følge opp gruppens fungering, produksjon, arbeidsmiljø, bemanning og økonomi. Dette går ofte på bekostning av tilstedværelse for de ansatte. En del ledere har nå ansvar for arbeidsgrupper på flere lokalisasjoner (gjelder særlig N3 og N4-ledere). Mange ledere har ansvar for store personalgrupper.

5.1.8 Inkluderende arbeidsliv

IA-avtalen forplikter Oslo universitetssykehus til å tilrettelegge arbeidet for ansatte med tilretteleggingsbehov, og til å skape et godt og inkluderende arbeidsliv. Økende fokus på økonomi, innsparinger og effektivisering de senere år har gitt seg utslag i at enhetene får stadig færre muligheter til å tilrettelegge for ansatte som har behov for det. I noen enheter synes man å ha nådd grensen for hvor mange man kan tilrettelegge for innenfor de driftsrammene man har. Det er økende bevissthet rundt hva som er en forsvarlig arbeidsbelastning for det personale som blir igjen uten spesiell tilrettelegging. Det blir også stadig vanskeligere å få omplassert ansatte utenfor egen enhet fordi ”alle har nok med sine egne”.

5.1.9 Smittevern

Det er en rekke ansatte som stikker/skjærer seg, og utsettes for luft- og kontaktsmitte i forbindelse med pasientbehandling. Ingen ansatte ble smittet etter stikkskader eller Tuberkulosesmittet i 2010.

5.1.10 Arbeidsrelatert sykdom

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

5.1.11 Anbefalte satsingsområder i 2011

Arbeidsmiljøavdelingen anbefaler følgende satsningsområder i 2011

- Omstilling
- Arbeidsbelastning
- Ergonomi
- Kjemikalieeksponering / spesialventilasjon

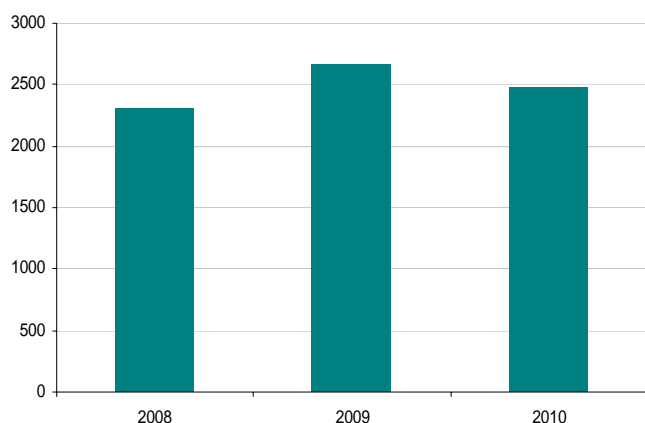
5.2 Registrerte HMS-avvik

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

Avviksbehandling omhandler å ta tak i og forbedre uønskede forhold eller tilløp til slike før konsekvensene blir store, og lære av forbedringene. Målet er at ikke liknende eller mer alvorlige ting skal skje. Utbedring av HMS avvik er derfor en viktig del av alle avdelingenes og klinikkenes kontinuerlige systematiske HMS- og forbedringsarbeid. Et systematisk arbeid med avvik gir oversikt over risikoforhold, gir mulighet til å forutsi mulige belastninger og helseskade og bidrar til å forebygge belastninger. I tillegg får Oslo universitetssykehus muligheten til å håndtere systemsvikt eller mulig svikt på en bedre måte. Hvert HMS avvik som ikke registreres er en tapt mulighet til forbedring, læring og forebygging. Spørsmål som hver enkelt leder i Oslo universitetssykehus bør stille seg er: *Har jeg gjennomført de riktige forbedringstiltak i min avdeling og klinikk for å hindre at skade/ uhell/ uønskede hendelser og tilstander skal skje, gjenta seg og befeste seg over tid?* Hvis svaret er nei, er Arbeidsmiljøavdelingens råd: etabler snarest gode rutiner og gjennomfør hensiktsmessige tiltak.

Oslo universitetssykehus elektroniske avvikssystem er både et dokumentasjons- og forbedringssystem for avvik og uønskede forhold. Det er viktig at ansatte og ledere i Oslo universitetssykehus bruker systemet til å registrere og utbedre slike forhold.

Registrerte HMS-avvik



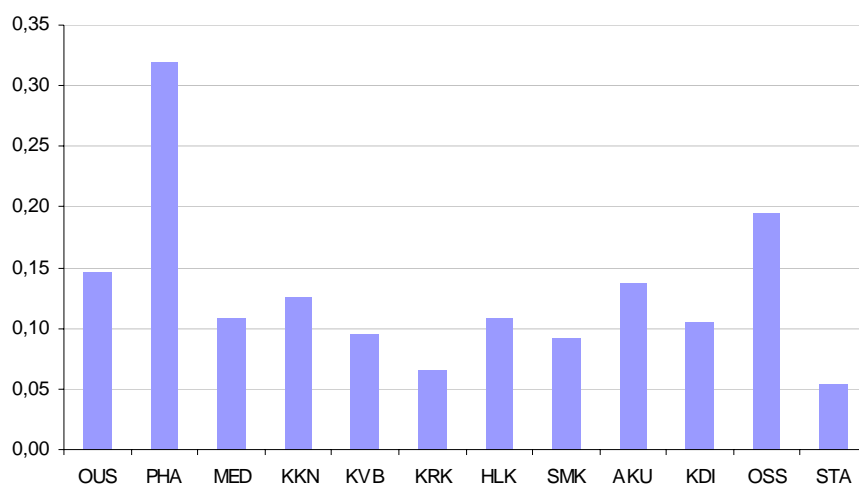
Ansatte og ledere registrerte totalt 2.472 HMS avvik i Oslo universitetssykehus elektroniske avvikssystem i 2010. Mens antall registrerte HMS avvik økte med ca. 15 % fra 2008 til 2009, har antallet sunket med ca. 7 % fra 2009 (2.667) til 2010. Flest HMS avvik ble registrert innen sakstype ”skade på ansatt”, som omfatter avvik med mulig eller konstatert personskade på ansatt.

Undertypene ”vold, trusler/utagerende adferd” og ”stikkskader” var de to største gruppene, noe som var tilsvarende i 2009.

Arbeidsmiljøavdelingen mottar stadig informasjon fra ansatte, verneombud og ledere om meldetretthet, manglende tro på og delvis resignasjon på at det nytter å melde fra om og registrere uønskede forhold i elektronisk avvikssystem – forhold som har gitt eller kan medvirke til helsebelastninger for ansatte i deres arbeid i Oslo universitetssykehus. Andre begrunner fravær av avviksregistrering med arbeidspress og mangel på tid til slik aktivitet. I likhet med 2009 gjelder dette særlig avvik som ofte krever vedlikeholds- og investeringsmidler samtidig som det er gjentakende avvik og vedvarende uønskede forhold over en årrekke med middels eller liten helserisiko. Ansatte opplever eksempelvis ubehag og luftveisplager pga. et opplevd dårlig inneklima. Mange forhold kan vanskelig utbedres innenfor eksisterende bygningsmasse, eller faginstans skulle gjerne ha utbedret men mangler økonomiske midler til nødvendig vedlikehold eller investeringer i ødelagt og gammelt utstyr. For eksempel gjelder dette inneklima forhold som lys/ luft/ ventilasjon, plassforhold, gammelt utstyr som uregulerbare senger og utstyr m.m. Også stikk- og kuttskader synes det å være noe underrapportering på. Av nevnte årsaker har vi grunn til å tro at det fortsatt er underrapportering av HMS avvik i Oslo universitetssykehus.

Noe underrapportering kan også forklares med at Arbeidsmiljøavdelingen også i 2010 mottok informasjon om at enkelte ansatte og ledere lar være å registrere HMS avvik, fordi det oppleves ugreit eller utrygt å registrere helsebelastende arbeidsmiljøkonsekvenser, blant annet i forbindelse med re-design og omorganisering med måltall om nedbemanning. Begrunnelser som oppgis er flere. Blant annet mulige ukjente negative konsekvenser for fortsatt eksistens av egen avdeling når det registreres avvik i omstillingstider. Mangelfull aksept og respekt for melding av avvik, herunder erfaring med at enkelte ledere lukker HMS avvik raskt uten at forbedringstiltak blir iverksatt. Muntlig tilbakemelding som kan inneha både indirekte trussel og direkte budskap om konsekvenser for videre yrkeskarriere i Oslo universitetssykehus, eller andre former for sanksjoner overfor ansatte som registrerer avvik. Slike erfaringer kan bidra til å skape usikkerhet og vegring hos enkelte mot å registrere avvik, særlig i en tid der mulige konsekvenser kan innvirke på beslutninger om fortsatt ansettelse/ videre karrieremuligheter i Oslo universitetssykehus. Avdelings-/ klinikk-/ Oslo universitetssykehus- ledelse oppfordres i samarbeid med vernetjeneste og tillitsvalgte til fortsatt å ha særlig oppmerksomhet på utvikling av god avvikskultur med gode rutiner og praksis for registrering, oppfølging og utbedring av HMS avvik.

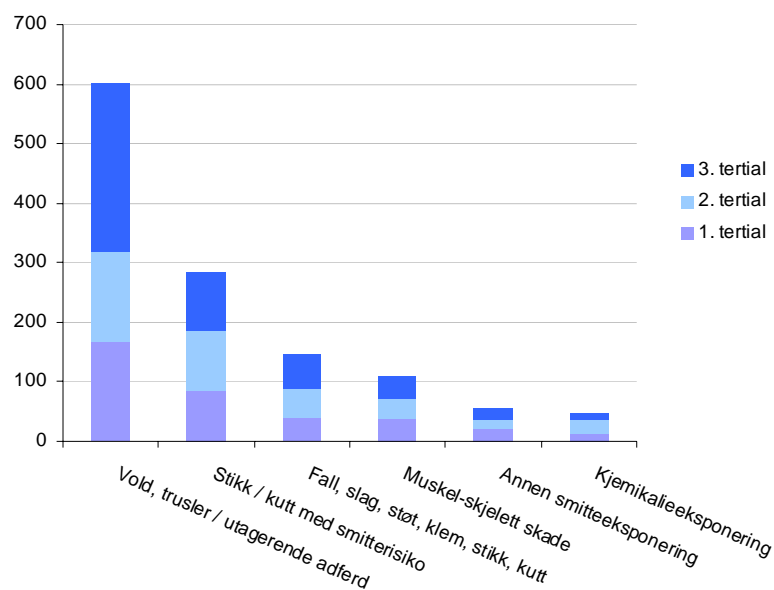
Registrerte HMS-avvik / årsverk:



Figuren viser totalt antall registrerte HMS avvik fordelt på årsverk i Oslo universitetssykehus og klinikkene. Vi har valgt å gi denne oversikten, fordi den synliggjør et bilde som viser ca. 0,15 registrerte HMS avvik pr. årsverk i en stor organisasjon som Oslo universitetssykehus i 2010. Arbeidsmiljøavdelingen vurderer dette som relativt liten tilbøyelighet til å registrere avvik som omhandler uønskede arbeidsmiljø-/HMS forhold i Oslo universitetssykehus. Enkelte klinikker har noe høyere gjennomsnittlig antall registrerte HMS avvik enn andre. Ansatte i Klinikk psykisk helse og avhengighet (PHA) registrerte flest HMS avvik, ca. 0,3/årsverk, av typen vold, trusler/utagerende atferd og få andre typer HMS avvik, mens Klinikk for kreft og kirurgi registrerte færrest med ca. 0,07 HMS avvik pr. årsverk. Hver klinikk oppfordres gjennom klinikk arbeidsmiljøutvalg (AMU) til å diskutere om det bildet som fremkommer i figuren gjenspeiler klinikkens arbeidsmiljø- og HMS utfordringer og ønsket nivå på avviksregistrering. Et høyt antall registrerte HMS avvik er i seg selv ikke et mål. Avvik som registreres bør gjenspeile uønskede forhold i arbeidsmiljøet og HMS områdene.

5.3 De hyppigst meldte HMS-avvikene

5.3.1 Skade på ansatt



Totalt ble 1.272 avvik registrert i hovedgruppen "Skader på ansatte" i 2010. Den største gruppen av skader eller tilløp til skader på ansatte var "vold, trusler/ utagerende atferd" med 602 registrerte avvik, et tall som er lavere enn tidligere år. Antallet reflekterer fortsatt et betydelig antall hendelser der ansatte ble utsatt eller stod i fare for å bli utsatt for vold,

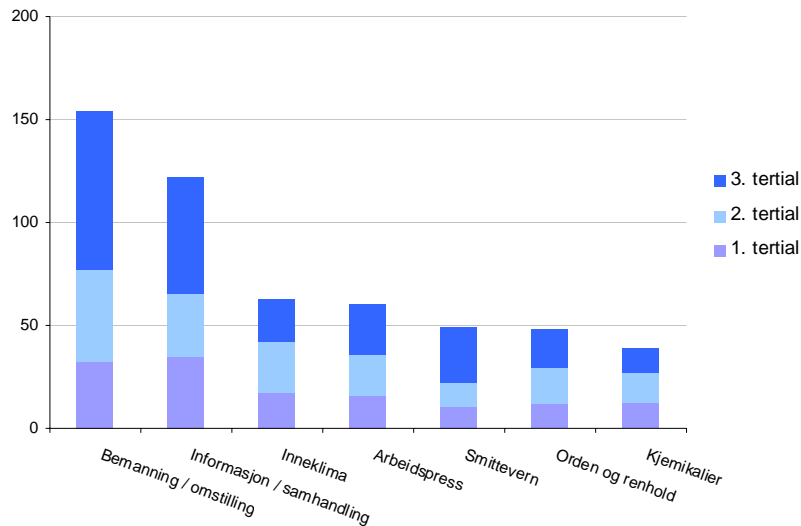
trusler/utagerende atferd, primært fra pasienter i psykiatrien, noe som har sammenheng med arbeidets art. Hendelsene utgjør en stor belastning for mange av de ansatte som regelmessig i arbeidet utsettes for slike forhold.

Særlig gjelder dette ansatte som i 2010 ble utsatt for svært alvorlige hendelser. Mange av avvikene var imidlertid av mindre alvorlig karakter, men kan like fullt oppleves belastende for ansatte som ble berørt. Klinikk PHA har i klinikk arbeidsmiljøutvalg (AMU) satt økt fokus på utagerende atferd fra pasienter og håndtering av slike hendelser og planlegger et eget prosjekt i 2011.

Ansatte registrerte færre antall stikkskader i 2010 (285) enn i 2009, dog med økning i registrerte skader i 3. tertial, noe som muligens kan ha sammenheng med økt aktivitet og

arbeidspress som kan gi fare for feilhandlinger. Arbeidsmiljøavdelingen antar at underrapportering av stikkskader er mindre enn på en del andre områder. Dette skyldes dels gode oppfølgingsrutiner, og dels at det er en personskade med mulig alvorlig konsekvens. Samtidig har vi grunn til å tro at det er en viss underrapportering av stikkskader. Svært sjelden har slike skader ført til at ansatte har blitt smittet.

5.3.2 Arbeidsmiljø



Ansatte har i økende grad gjennom året 2010 registrert konsekvenser av uønskede organisatoriske forhold som bemanning / omstilling (154 registrerte avvik) (blant annet ubalanse mellom ressurser og oppgaver, jamfør klinikkenes egen rapportering i forbindelse med oppfølging av pålegg til Oslo universitetssykehus i Arbeidstilsynets "God

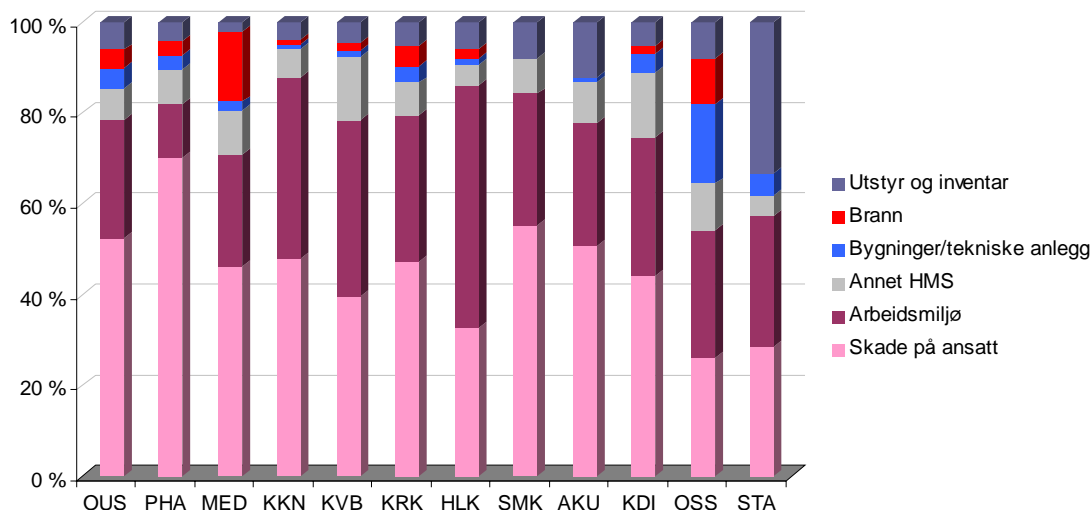
vakt" kampanje), manglende informasjon/ samhandling (122) og arbeidspress (60). Registrerte HMS avvik på inneklima plager (63) har i 2010 økt, tilsvarende gjelder registrerte avvik på smittevern (49) og orden og renhold (48).

5.3.3 Klinikkvis meldeprofil

Tabellen under viser en oversikt over hvordan HMS avvikstypene fordeler seg i klinikkene:

| | Totalt | Skade på ansatt | Arbeidsmiljø | Annet HMS | Bygninger/ tekniske anlegg | Brann | Utstyr og inventar |
|-----|--------|-----------------|--------------|-----------|-------------------------------|-------|--------------------|
| OUS | 2472 | 1272 | 628 | 170 | 106 | 98 | 147 |
| PHA | 824 | 578 | 97 | 62 | 26 | 27 | 34 |
| MED | 154 | 71 | 38 | 15 | 3 | 24 | 3 |
| KKN | 231 | 111 | 92 | 14 | 3 | 2 | 9 |
| KVB | 157 | 62 | 61 | 22 | 2 | 3 | 7 |
| KRK | 112 | 53 | 36 | 8 | 4 | 5 | 6 |
| HLK | 86 | 28 | 46 | 4 | 1 | 2 | 5 |
| SMK | 76 | 42 | 22 | 6 | 0 | 0 | 6 |
| AKU | 282 | 143 | 76 | 26 | 3 | 0 | 34 |
| KDI | 213 | 94 | 65 | 30 | 9 | 4 | 11 |
| OSS | 312 | 81 | 88 | 32 | 55 | 31 | 25 |
| STA | 21 | 6 | 6 | 1 | 1 | 0 | 7 |

Ovennevnte er i figuren nedenunder fremstilt grafisk, og viser forholdsvis fordeling av avvikstypene i de forskjellige klinikkene:



Det er størst variasjon på meldte skader på ansatt, og hvor klinikk for psykiatri og avhengighet ligger høyest med bakgrunn i alle meldingene om ”vold, trusler og utagerende atferd”. Det relativt sett høye antallet meldinger på ”brann” i medisinsk klinikk har sammenheng med korridorpasienter og belemrede rømningsveier. Det er innført ordning med vektere som varslere og gjennomfører tiltak dersom de registrerer brannfarlige forhold på sine tilsynsrunder i avdelingene. Dette som en ekstra sikkerhet ved utfordrende driftssituasjoner i avdelingene.

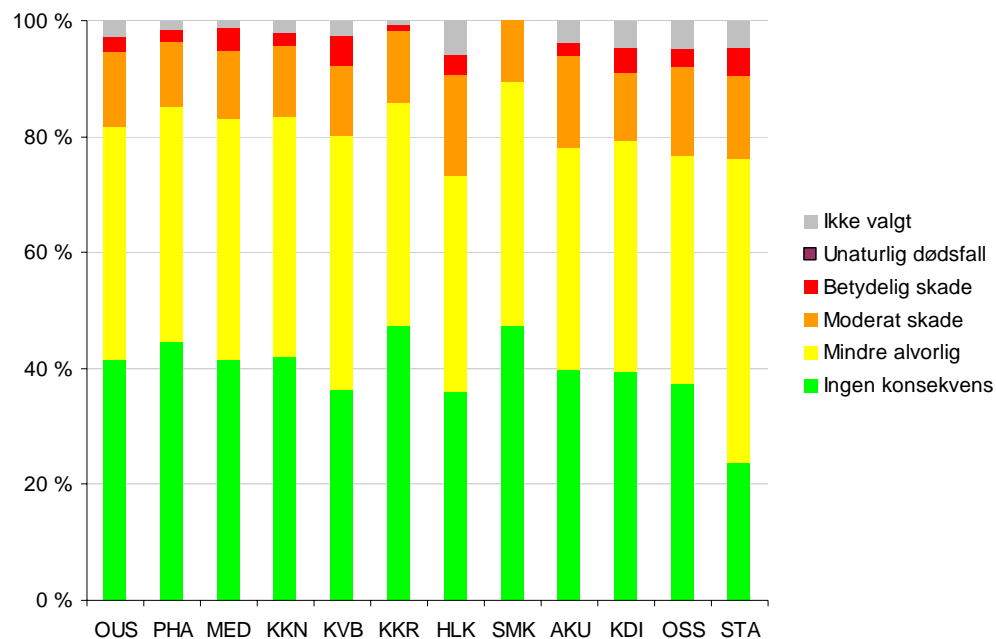
5.3.4 HMS-avvikenes alvorlighetsgrad

| | Totalt | Ingen konsekvens | Mindre alvorlig | Moderat skade | Betydelig skade | Unaturlig dødsfall | Ikke valgt |
|-----|--------|------------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------|------------|
| OUS | 2472 | 1025 | 997 | 316 | 67 | 0 | 67 |
| PHA | 824 | 367 | 333 | 94 | 18 | 0 | 12 |
| MED | 154 | 64 | 64 | 18 | 6 | 0 | 2 |
| KKN | 231 | 97 | 96 | 28 | 5 | 0 | 5 |
| KVB | 157 | 57 | 69 | 19 | 8 | 0 | 4 |
| KKR | 112 | 53 | 43 | 14 | 1 | 0 | 1 |
| HLK | 86 | 31 | 32 | 15 | 3 | 0 | 5 |
| SMK | 76 | 36 | 32 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| AKU | 282 | 112 | 108 | 45 | 6 | 0 | 11 |
| KDI | 213 | 84 | 85 | 25 | 9 | 0 | 10 |
| OSS | 312 | 117 | 123 | 47 | 10 | 0 | 15 |
| STA | 21 | 5 | 11 | 3 | 1 | 0 | 1 |

Under sees en oversikt over HMS-avvikenes fordeling av alvorlighetsgrad i klinikkene:

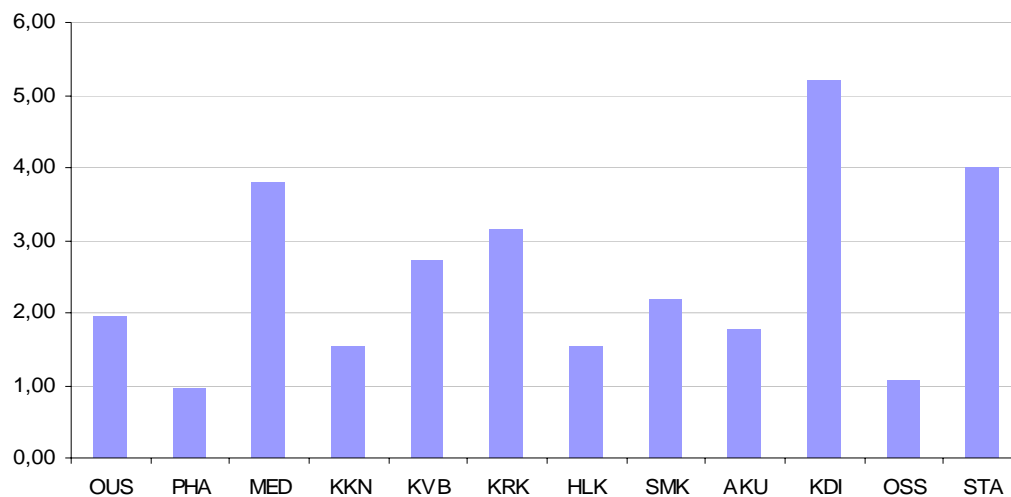
Når et avvik registreres skal den som registrerer avviket gi en skjønsmessig vurdering av faktisk og potensiell konsekvens av hendelsen, samtidig som de angir hvor ofte hendelsen skjer. Til sammen gir parametrene sannsynlighet og konsekvens et risikobilde. Tabellen viser en fordeling av hvor alvorlige konsekvenser avvikene har blitt vurdert til å ha hatt ut fra de fem gradene: ingen konsekvens, mindre alvorlig konsekvens, moderat skade, betydelig skade, unaturlig dødsfall. I tillegg vises avvik der alvorlighetsgrad ikke har blitt valgt. Vi ser at ca. 80 % av de registrerte HMS-avvikene er vurdert å ha ingen eller mindre alvorlig konsekvens. Avvik med moderat skade utgjør ifølge figuren nedenfor en forholdsmessig lik fordeling mellom klinikkene.

Forholdsmessig fordeling av faktisk konsekvens for Oslo universitetssykehus og klinikkvis:



5.4 Forbedringstiltak

Tabellen under viser klinikkvis aktivitet relatert til forbedringstiltak pr. HMS avvik:



Det er leders ansvar å utbedre uønskede forhold, iverksette nødvendige forbedringstiltak, enten på egen hånd eller med bistand fra linjen eller fra faginstans, og til slutt lukke registrerte HMS avvik. Figuren gir et grovt bilde og inntrykk av klinikkvise aktiviteter som omhandler forbedringsarbeid basert på de tiltak som ble registrert i Oslo universitetssykehus avvikssystem i 2010. En del ledere har blitt dyktige til å utbedre HMS avvik og dokumenterte dette gjennom å registrere forbedringstiltak i avvikssystemet. Mange ledere har av ulike årsaker ikke valgt å registrere forbedringstiltak i forbindelse med saksbehandling og oppfølging av HMS avvik. Noen ledere har heller valgt å skrive en kommentar i avviket enten

om planer om tiltak eller stikkord om tiltak som har blitt iverksatt. I sistnevnte tilfeller fremkommer ikke denne aktiviteten i figuren ovenfor. Andre ledere har verken registrert kommentarer eller forbedringstiltak, men har valgt å lukke avviket uten tiltak, også der ansatt har vurdert høy eller middels risiko for helseskade. Arbeidsmiljøavdelingen råder alle klinikker til å følge opp og utbedre avvik på en mer systematisk måte i 2011. Blant annet bør alle ledere registrere forbedringstiltak der tiltak vurderes å være nødvendig for å utbedre eller forebygge helseskade.

6 Kommunikasjon og omdømme

6.1 Lansering av nye nettsider

Oslo universitetssykehus lanserte nye internettsider 13. september, som første helseforetak på ny felles plattform i Helse Sør-Øst. Nettstedet er i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets rammeverk for nettbasert kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten, både visuelt og innholdsmessig. For at pasienter og pårørende, fastleger og andre henvisende instanser skulle finne fram i vår nye organisasjon, inneholdt nettsidene i første fase generell informasjon om sykehuset, avdelingsinformasjon, henvisningsrutiner og informasjon om overføring av pasienter.

Hovedmålgruppen for nettstedet er pasienter og pårørende. Pasienter skal føle seg trygge på at de får den beste behandlingen, og de skal være godt forberedt på det som skal skje på sykehuset. Henvisende leger skal ha et godt grunnlag for å vurdere Oslo universitetssykehus for sine pasienter.

6.2 Mediebildet siste tertial

Kommunikasjonsstaben vektet 3352 artikler siste tertial. Kakediagrammet viser at 86 prosent av artiklene var positive eller nøytrale. 14 prosent av sakene var negative for Oslo universitetssykehus. Tallene er ikke direkte sammenlignbare med tidligere tertialrapporter, fordi rutinene for vekting ble lagt om i siste tertial.

| | | |
|--------------------|------|---|
| Meget positiv: | 34 | ● |
| Positiv: | 57 | ● |
| Svakt positiv: | 731 | ● |
| Nøytral: | 2075 | ● |
| Svakt negativ: | 373 | ● |
| Negativ: | 80 | ● |
| Meget negativ: | 2 | ● |
| Vektete artikler: | 3352 | ● |
| Uvektede artikler: | 0 | ● |

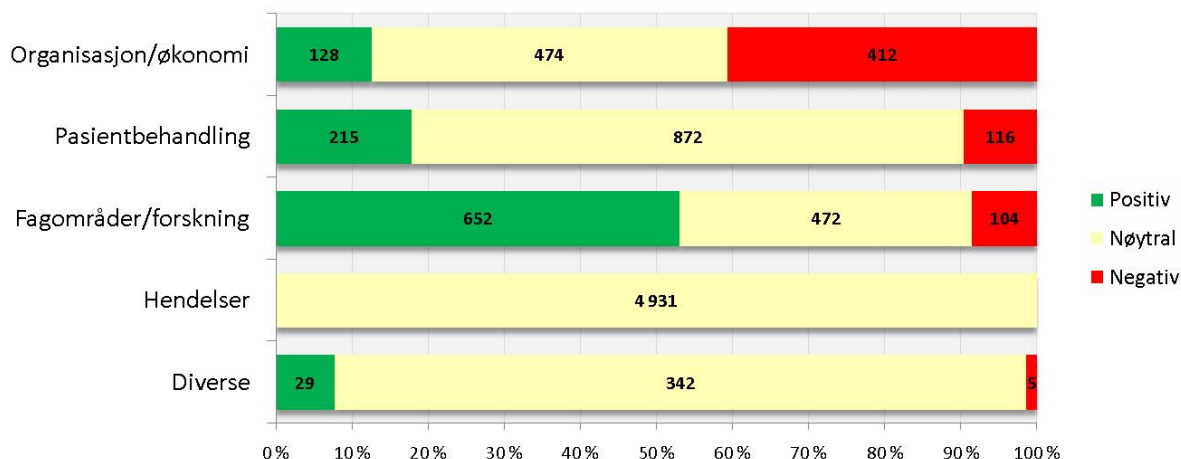


6.3 Medieanalyse Opoint

En analyse gjennomført av Opoint fant 8752 artikler som omtalte Oslo universitetssykehus i perioden 1. august – 12. november 2010. Alle sakene ble vektet som positiv, negativ eller nøytral og deretter vurdert opp mot respektive mediers lesertall, størrelse og/eller plasseringen av hver artikkel. Dette innebærer for eksempel at en positiv artikkel i VG teller mer enn en positiv artikkel i en lokalavis. Målt ut fra *artiklenes gjennomslag* var omtalen 40 prosent positiv, 30 prosent nøytral og 30 prosent negativ. Sykehuset ble mest omtalt i forbindelse med:

- Hendelser, som for eksempel bilulykker (56 %)
- Fagområder/forskning (14 %)
- Pasientbehandling (14 %)
- Organisasjon/økonomi (12 %)

Kategorien ”Fagområder/forskning” genererte mye positiv omtale, mens kategorien ”Organisasjon/økonomi” genererte mer negativ omtale enn de andre kategoriene, se fordeling av antall artikler:



Oslo universitetssykehus har møtt uvilje i forbindelse med prosessene som innebærer flytting av funksjoner og overføring av pasienter og ansatte til andre foretak. Kort sagt er det få som støtter helsesektorens visjoner og mål så lenge det berører deres lokale tilbud eller arbeidsplasser. Mot slutten av perioden møtte sykehuset også motstand i forbindelse med navneskiftet. Kommunikasjonsstaben har startet et arbeid med å synliggjøre eksterne, kunnskapsrike fagpersoner som mener at omstillingsarbeidet ved Oslo universitetssykehus er til det beste for pasientene.

Til tross for overvekt av negative saker i forbindelse med organisasjon/økonomi, viser analysen at helseforetaket endte med *en positiv samlet omdømmescore*. Årsaken til dette er at sykehuset fikk svært mye gunstig omtale i forbindelse med andre temaer.

6.4 Undersøkelse om intern kommunikasjon

I desember gjennomførte kommunikasjonsstaben en undersøkelse blant ansatte for å evaluere bruk av - og tilfredshet med - sykehusets interne kommunikasjon, primært knyttet til omstillingen. Dette er en oppfølging av en tidligere undersøkelse gjennomført våren 2009. Resultatene er under bearbeiding, men foreløpige resultater viser blant annet at kanalbruk og tilfredshet med informasjon fra nærmeste leder er omtrent som i fjor. Rundt 70 prosent av de spurte sier at de er tilfredse med informasjonen de får fra nærmeste leder.

6.5 Bok til barn som pårørende

Oslo universitetssykehus har laget en bok til barn som pårørende, "Meg også", som skal lanseres i februar 2011. Målet med boka er å være en hjelp for barnet til å bearbeide den situasjonen det står i, både under og etter sykdomsperioden. Boka er også ment å være en viktig støtte i implementeringen av en ny lov som styrker rettsstillingen til barn som pårørende av alvorlig syke foreldre.

6.6 Informasjon om overføring av pasienter og ansatte

Et eget prosjekt hadde ansvaret for intern og ekstern informasjon om overføringen til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken HF. Informasjonen var rettet mot ledere, ansatte, tillitsvalgte og verneombud internt i sykehuset. Eksternt ble informasjonen rettet mot de tre helseforetakene, henvisere, kommunene, pasienter/brukere og befolkningen., Kommunikasjonsstaben var hovedleverandør av planverk, informasjonsinnhold og en vesentlig del av det trykte materialet.

6.7 Informasjon om nye henvisningsrutiner

Det såkalte Dag 2-programmet hadde ansvar for å implementere nye henvisningsrutiner og nytt, felles pasientadministrativt system i Oslouniversitetssykehus. Kommunikasjonsstaben utviklet en egen kommunikasjonsplan for dette arbeidet, og gjennomførte en rekke tiltak rettet mot pasienter, henvisende instanser og ansatte.

6.8 Evaluering av Sykehusboka

Sykehusboka (bok til barn på sykehus) ble evaluert i samarbeid med Direktoratet for forvaltning og IKT, og fikk svært gode tilbakemeldinger fra de barna som hadde brukt boka. Evalueringresultatene er brukt som grunnlag for å utvikle "Meg også" boka (se over).



Arbeidsmiljøårsrapport 2010

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-------|
| 0. Oppsummering | s. 03 |
| 1. Arbeidsmiljøavdelingens leveranse av HMS-tjenester | s. 06 |
| 2. Systematisk HMS-arbeid | s. 07 |
| 3. HMS-avvik | s. 11 |
| 4. Inneklima | s. 18 |
| 5. Kjemikalier | s. 21 |
| 6. Ergonomi | s. 25 |
| 7. Plassforhold | s. 27 |
| 8. Belysning og dagslys | s. 29 |
| 9. Støy | s. 31 |
| 10. Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø | s. 33 |
| 11. Inkluderende arbeidsliv | s. 39 |
| 12. Smittevern | s. 44 |
| 13. Arbeidsrelatert sykdom | s. 47 |
| 14. Klinikkvise vurderinger | s. 49 |

0. Oppsummering

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

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

Systematisk HMS-arbeid

Generelt har sykehusets systematikk i HMS-arbeidet blitt bedre i 2010. Bl.a. gjennom HMS-opplæring av ledere og HMS-grunnopplæring av verneombud. Det er utarbeidet flere nye HMS-verktøy som er tatt i bruk i 2010. Samlet har dette bidratt til at klinikkene har kunnet skaffe seg god oversikt over risikoforhold og forbedringsområder, og har kunnet utarbeide risikoreducerende handlingsplaner.

Oppfølging av "God vakt" – ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser

OUS har hatt et pålegg fra Arbeidstilsynet fra høsten 2009 om å redusere ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser. OUS har fulgt denne overordnede planen for å gjennomføre pålegget:

- Kartlagt og risikovurdert omstillingsprosessen med utarbeidelse av handlingsplan i mars/april 2010
- Gjennomført tiltak sommer/høst 2010
- Kartlagt effekt av gjennomførte tiltak i november/desember 2010

Oppsummeringsvis vurderer klinikkene/avdelingene/enhetene at ca. 35 % av tiltakene har hatt positiv effekt, ca. 62 % av tiltakene har ikke medført noen endring, mens ca. 3 % av tiltakene har medført forverring. De mest positive endringene er sett på tiltak relatert til ledelse, bemanning, arbeidsoppgaver og lederstøtte. Når det gjelder tiltak som ikke har virket eller hvor ubalansen er forverret, bemerkes det at skyldes dette lokale forhold hvor rammebetingelsene har endret seg underveis. I noen tilfeller er planlagte tiltak av forskjellige årsaker ikke gjennomført. Dette har påvirket resultatet av tiltakene.

En kompliserende faktor i oppfølgingen har vært den omfattende og komplekse omstillingen organisasjonen er inne i. Prosessene er preget av stor grad av kompleksitet med mange elementer; både organisatoriske, sosiale og teknologiske.

Samlet sett har det allikevel vært en positiv utvikling hvor ubalansen er redusert (fra 42 % rød risikovurdering, til 33 %), men det gjenstår fortsatt en del før det kan anses å være balanse.

HMS-avvik

Hovedtrenden er at det er omtrent samme meldefrekvens som før. Generelt er det høyest rapportering på avvik med mulig eller konstatert personskaade, hvorav "vold, trusler, utagerende adferd" og "stikkskader" er de 2 største gruppene. Totalt er det meldt 2.472 HMS-avvik i 2010. Vi har grunn til å tro at det fortsatt er underrapportering, da det fra ansatte og fra vernetjenesten uttrykkes en viss grad av meldetretthet og manglende tro på at det nytter å melde fra om uønskede hendelser og tilstander som medfører helsebelastninger for ansatte. Dette gjelder særlig gjengangere som det ikke over år blir gjort noe med – eksempelvis inneklima. For å få opp meldefrekvensen bør det fokuseres mer på melderutiner og meldekultur i 2011.

Inneklima

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

Kjemikalier

Det brukes kjemikalier med høy risiko i enkelte avdelinger på sykehuset, og disse kan ved uriktig bruk medføre helsefare. Patologiavdelingene har ikke egnede lokaliteter for håndtering av store mengder formalin, xylen og etanol. Det er behov for oppgradering til dagens tekniske standard for å få gode arbeidsmiljøforhold.

Ergonomi og plassforhold

Det er for lite plass til mennesker og utstyr en rekke steder på sykehuset. Dette gir vanskelige ergonomiske arbeidsforhold med risiko for utvikling av muskel- og skjelettlidelser. Dårlige plassforhold genererer også en rekke andre arbeidsmiljøproblemer som inneklimatematikk, støyproblematikk, og mellommenneskelige utfordringer. Begrensede økonomiske ressurser gir redusert mulighet for nødvendig fornying og oppgradering av utstyr.

Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø

OUS ønsker seg et velfungerende psykososialt arbeidsmiljø der de ansatte trives, er friske, kreative og produktive. Et godt psykososialt arbeidsmiljø fremmer samarbeid, fornyelsesevne og effektivitet. God pasientbehandling og pasientsikkerhet er avhengig av et godt arbeidsmiljø.

2010 har vært et år preget av omfattende endringer. En ny organisasjon skal ta form. Det er ambisiøse planer for å slå sammen, omforme og revurdere samtidig som hverdagens oppgaver skal løses og kvaliteten opprettholdes. Kontinuerlig utvikling, forbedring, omorganisering og nye oppgaver utfordrer de ansatte. Det er positive sider av endring – muligheter til å tenke nytt, få nye kolleger, og få spennende fagoppgaver som kan være med på å skape energi og entusiasme. I løpet av 2010 har ikke alltid forutsetningene for en vellykket omstilling vært til stede. Krevende prosesser skulle gjennomføres med korte tidsfrister innenfor stramme økonomiske rammer. Til tross for at mange ansatte er åpne for forandringer har en del endringstiltak vært igangsatt uten at de ansatte har fått vært med, har forstått målene eller har mottatt tilstrekkelig informasjon. Innvendinger har tildels vært betraktet som motstand. Dessverre er det en opplevelse hos en del ansatte at de ikke lenger føler seg som verdsatte medarbeidere, men brikker i en prosess. Dette kan ha alvorlige konsekvenser for de ansattes lojalitet overfor organisasjonen på sikt.

Noen ledere og avdelinger tar på alvor utfordringen en fusjon er, noen er foreløpig lite berørt, mens andre synes å undervurdere hva som kreves for å få til en vellykket integrasjon. Undervurderingen kan skyldes presserende krav, eller en for enkel forståelse av hva integrasjon og kulturbygging betyr. Sosiale arrangementer er en bra start, men det kreves en mer målrettet innsats. I noen tilfeller ser nok en del seg tjent med å holde fast på sin måte å gjøre ting på, og forventer at andre skal tilpasse seg. For å få til en vellykket fusjon er det nødvendig å investere tid og omtanke i prosesser som fremmer integrasjon. Avdelinger som arbeider seriøst med integrasjon satser på å bygge på det beste fra alle miljøer for å skape noe nytt sammen. De drøfter ønsket kultur både når det gjelder pasientbehandlingen og hvordan de skal behandle hverandre som kolleger. De tenker integrasjon og kultur også i arbeidet med Redesign og nye prosedyrer.

Ledere har vært spesielt utsatt for belastninger ved at lederrollen har endret seg for mange ledere. I tillegg til å styre og inspirere, stilles det økende krav til oppgaver rettet mot administrasjon. Ledere skal i større grad enn tidligere ha oversikt over, rapportere om, følge opp gruppens fungering, produksjon, arbeidsmiljø, bemanning og økonomi. Dette går ofte på bekostning av tilstedeværelse for de ansatte. En del ledere har nå ansvar for arbeidsgrupper på flere lokalisasjoner (gjelder særlig N3 og N4-ledere). Mange ledere har ansvar for store personalgrupper.

Inkluderende arbeidsliv

IA-avtalen forplikter OUS til å tilrettelegge arbeidet for ansatte med tilretteleggingsbehov, og til å skape et godt og inkluderende arbeidsliv. Økende fokus på økonomi, innsparinger og effektivisering de senere år har gitt seg utslag i at enhetene får stadig færre muligheter til å tilrettelegge for ansatte som har behov for det. I noen enheter synes man å ha nådd grensen for hvor mange man kan tilrettelegge for innenfor de driftsrammene man har. Det er økende bevissthet rundt hva som er en forsvarlig arbeidsbelastning for det personale som blir igjen uten spesiell tilrettelegging. Det blir også stadig vanskeligere å få omplassert ansatte utenfor egen enhet fordi "alle har nok med sine egne".

Smittevern

Det er en rekke ansatte som stikker/skjærer seg, og utsettes for luft- og kontaktsmitte ifm. pasientbehandling. Ingen ansatte ble smittet etter stikkskader eller tbc-smittet i 2010.

Arbeidsrelatert sykdom

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

Arbeidsmiljøavdelingen anbefaler følgende satsningsområder i 2011

- *Omstilling*
- *Arbeidsbelastning*
- *Ergonomi*
- *Kjemikalieksponering / spesialventilasjon*

Arbeidsmiljøavdelingen på RAD + RH har et dataprogram som brukes til journalføring og registrering av aktiviteter, noe AUS og UUS ikke har. Så snart vi får felles datasystem vil alle i avdelingen bli tilknyttet dette dataprogrammet. Frem til da har vi ufullstendige opptellingsmuligheter. Vi vurderer at aktiviteten er omtrent den samme på de 4 tidligere sykehusene. Vi legger dog ikke dette inn i tabellene som følger.

Arbeidsmiljøavdelingen har brukt en 5-delt skala i sine risikovurderinger:

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  |  |  |  |  |
| Forbilledlig | OK Tiltak vanligvis ikke nødvendig | Tiltak må vurderes | Tiltak er nødvendig | Tiltak skal iverksettes |

1. Arbeidsmiljøavdelingens leveranse av HMS-tjenester

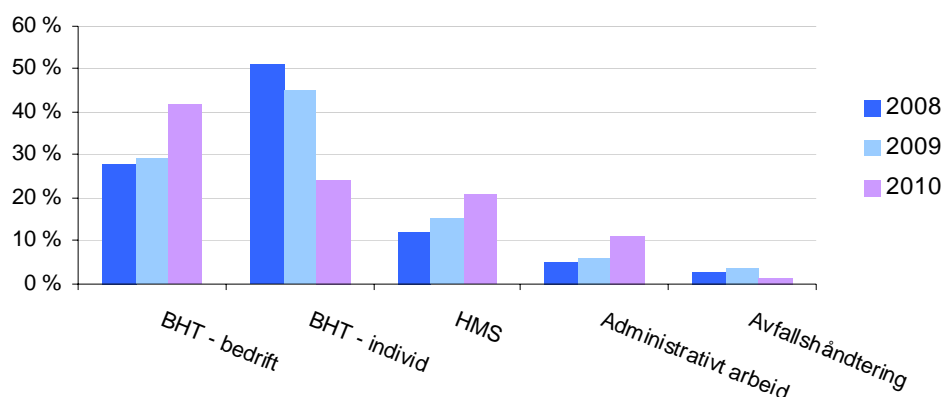
Arbeidsmiljøavdelingen er Oslo universitetssykehus sitt HMS-kompetansesenter. Avdelingen har en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål og bistår klinikkene/avdelingene/enhetene med deres systematiske HMS-arbeid, og med kartlegging og risikovurdering av arbeidsmiljøet.

- På systemnivå arbeider avdelingen med HMS, undervisning, utvalgsarbeid og kjemikalieavfallshåndtering.
- På klinikk-/avdelings-/enhets-nivå med arbeidsmiljøkartlegginger og forslag til forbedringstiltak, bistand i omstillinger, ergonomisk tilrettelegging og undervisning.
- På individnivå med arbeidsrelaterte helseplager, IA, ergonomisk tilrettelegging og forebyggende vaksinerings.

Etter en ny forskrift fra 01.01.10 stilles det krav om godkjenning av Arbeidsmiljøavdelingen etter kriterier fastsatt av Arbeidstilsynet for å kunne levere bedriftshelsetjenester til OUS.

Arbeidsmiljøavdelingen har i løpet av 2010 søkt Arbeidstilsynet om slik godkjenning, og har blitt godkjent for perioden 2010-2015. I vilkårene for godkjenningen ligger det krav til helhetlig og forebyggende bistand, kvalitetssikringssystem, bredt sammensatt fagpersonale som dekker alle sykehusspesifikke fagområder, og kontinuerlig kompetanseutvikling.

Totalt leverte Arbeidsmiljøavdelingen i 2010 ca. 7.100 tjenester på RAD + RH med følgende prosentvise fordeling (det er grunn til å tro at hovedtrekkene er like i den samlede Arbeidsmiljøavdelingen):



På overordnet nivå blir fordelingen mellom individtjenester og organisasjonstjenester ca. 25 % / 75 %. I 2009 var denne fordelingen omtrent 50 % / 50 %, så det har vært en stor endring med en forskyvning fra individtjenester til organisasjonstjenester. Dette anses å ha sammenheng med etableringen av ny organisasjon, oppbygging av nye felles systemer og omstillingsprosessene.

2. Systematisk HMS-arbeid



AML § 3-1. Krav til systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid

(1) For å sikre at hensynet til arbeidstakers helse, miljø og sikkerhet blir ivaretatt, skal arbeidsgiver sørge for at det utføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten. Dette skal gjøres i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte.

(2) Systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid innebærer at arbeidsgiver skal:

- fastsette mål for helse, miljø og sikkerhet,
- ha oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for arbeidet med helse, miljø og sikkerhet er fordelt,
- kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risikoforholdene i virksomheten, utarbeide planer og iverksette tiltak for å redusere risikoen,
- under planlegging og gjennomføring av endringer i virksomheten, vurdere om arbeidsmiljøet vil være i samsvar med lovens krav, og iverksette de nødvendige tiltak,
- iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av denne lov,
- sørge for systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær,
- sørge for løpende kontroll med arbeidsmiljøet og arbeidstakernes helse når risikoforholdene i virksomheten tilsier det, jf. bokstav c,
- foreta systematisk overvåking og gjennomgang av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet for å sikre at det fungerer som forutsatt.

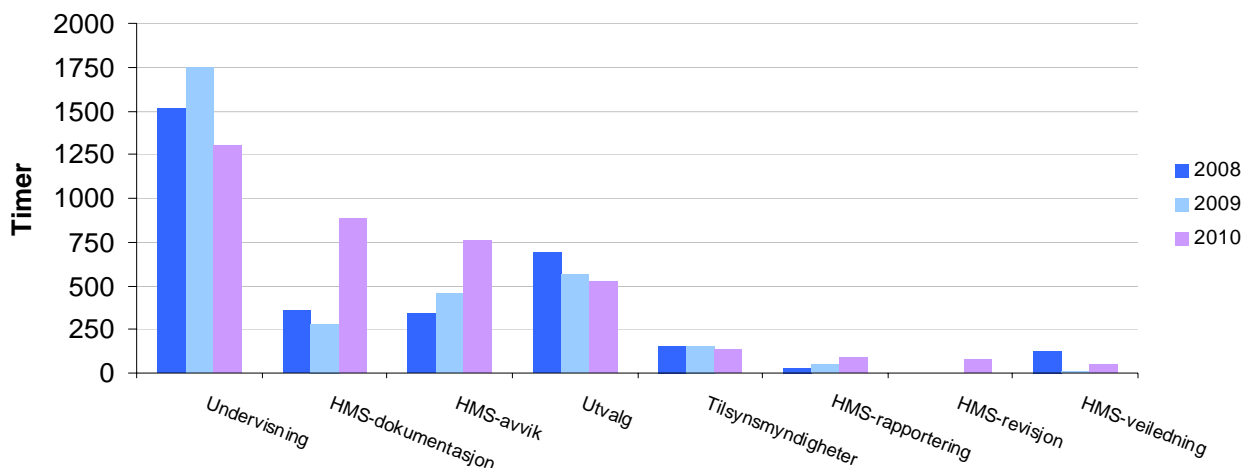
Systematisk HMS-arbeid er et samlebegrep for alle planlagte og målrettede aktiviteter som tar sikte på å forbedre forhold som har innvirkning på helse, miljø og sikkerhet. Aktivitetene skal omfatte både helsefremmende, forebyggende og korrigerende aktiviteter med hovedvekt på de 2 førstnevnte.

Arbeidsmiljøavdelingens bistand

Det har vært høy aktivitet på HMS-området i Oslo universitetssykehus i 2010. Bl.a. med bakgrunn i omstillingsprosessene og oppfølgingen av "God vakt" (pålegg fra Arbeidstilsynet relatert til ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser). Arbeidsmiljøavdelingen har bistått klinikkene/avdelingene/enhetene i deres systematiske HMS-arbeid.

På sykehusnivå har mesteparten av bistanden vært av forebyggende art, mens på klinikk- / avdelings- / enhets-nivå har den hovedsaklig vært av korrigerende art.

Under sees en oversikt over fordelingen av bistanden (tallene er fra RAD + RH, men det er grunn til å tro at hovedtrekkene er like i den samlede Arbeidsmiljøavdelingen):



Undervisning/kurs er en viktig del av Arbeidsmiljøavdelingens tjenester, og er etterspurt. Kursvalueringene er generelt meget gode. Kursene fikk i 2010 en gjennomsnittsscore på **5,15** av 6, mao. ble kursene oppfattet som relevante, pedagogisk gode og faglig gode.

Arbeidsmiljøavdelingen gjennomførte i 2010 følgende kurs:

- 7 HMS-grunnkurs (4 dager + 2 mellomoppgaver)
- 9 HMS-lederkurs (2 dager + mellomoppgave)
- 5 Forflytningsteknikk-kurs
- 3 Klinikk-AMU-kurs
- 3 Sikkerhetskurs for laboratoriepersonell
- Workshops for verneombud
- Samtalen som verktøy
- Å forstå mer om konflikter
- Inkluderende arbeidsliv
- Omstilling og endring
- Endringsmestring – stressmestring

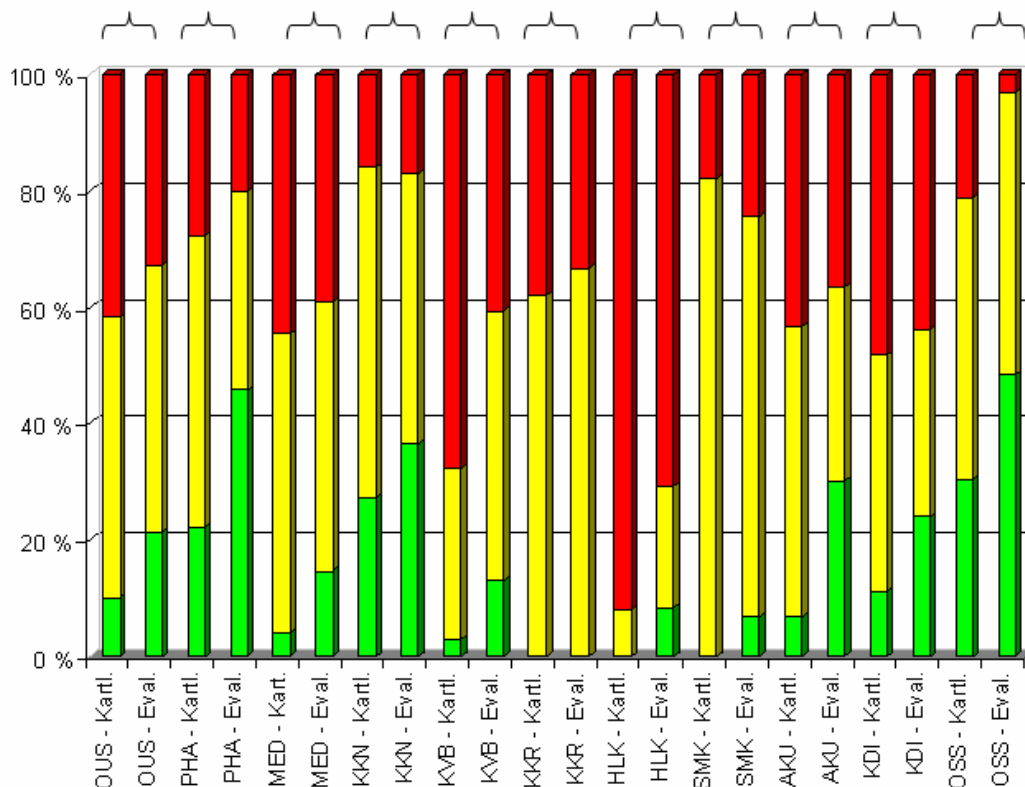
Arbeidsmiljøavdelingen har også i 2010 vært representert i en rekke utvalg som AMU / Klinikk-AMU, strategisk og operativt IA-utvalg, AKAN-utvalg og HMS-utvalg.

Arbeidsmiljøavdelingen har ansvar for oppbygging, oppdatering og vedlikehold av HMS-kvalitetssystemet eHåndboken. Det har vært nedlagt et betydelig arbeid i 2010 for å få HMS-dokumentasjon på nivå 1 på plass. Det avspeiler seg også i at tidsbruken er 3 ganger så stor i 2010 som i de 2 foregående årene.

”God vakt”

OUS har hatt et pålegg fra Arbeidstilsynet fra høsten 2009 om å redusere ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser. OUS har fulgt denne overordnede planen for å gjennomføre pålegget:

- Kartlagt og risikovurdert omstillingsprosessen med utarbeidelse av handlingsplan i mars/april 2010
- Gjennomført tiltak sommer/høst 2010
- Kartlagt effekt av gjennomførte tiltak i november/desember 2010 (klinikkvis er første kolonne kartleggingen og andre kolonne er evalueringen):



Samlet sett har det vært en positiv utvikling hvor ubalansen er redusert (fra 42 % rød risikovurdering til 33 %), men det gjenstår fortsatt en del før det kan anses å være balanse.

Oppsummeringsvis vurderer klinikkene/avdelingene/enhetene at ca. 35 % av tiltakene har hatt positiv effekt, ca. 62 % av tiltakene har ikke medført noen endring, mens ca. 3 % av tiltakene har medført forverring.

De mest positive endringene sees på tiltak relatert til:

- ledelse (tydelig lederskap, informasjon, medvirkning)
- bemanning (bemanningsøkning)
- arbeidsoppgaver (ressursutnyttelse, prioritering)
- lederstøtte (praktisk adm. støtte)

De fleste av de tiltakene som ikke har hatt noen positiv effekt er et resultat av:

- endring av rammebetingelser
- delvis gjennomførte tiltak
- ikke gjennomført planlagt tiltak

En kompliserende faktor i oppfølgingen har vært den omfattende og komplekse omstillingen organisasjonen er inne i. Prosessene er preget av stor grad av kompleksitet med mange elementer; både organisatoriske, sosiale og teknologiske. Det er mange prosesser som har pågått samtidig, og det er krevende å holde oversikt. Ledere og ansatte har opplevd høyt arbeidspress og korte tidsfrister i de pågående prosessene. Ledere på ulike nivå finner at de økonomiske rammene setter begrensninger for hvilke tiltak som er mulig å gjennomføre relatert til bemanning og ressurser til stab/støtte funksjoner. Omfordeling av oppgaver og ressurser er således et viktig element i de pågående redesign-prosjektene. Målet er å dimensjonere oppgaver og bemanning til et framtidig Oslo universitetssykehus. Dette er et viktig tiltak fremover for å bedre den påpekte ubalansen mellom arbeidsoppgaver og ressurser.

Vi har tro på at en videreføring av det pågående systematiske HMS-arbeidet ved omstilling, kombinert med bred medvirkning i prosessene skal bidra til en fortsatt positiv arbeidsmiljøutvikling over tid.

Arbeidsmiljøavdelingens vurdering

| | PHA | MED | KKN | KVB | KRK | HLK | SMK | AKU | KDI | OSS | STA |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Systematikk i HMS-arbeidet | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Kvalitetssystem / eHåndbok / HMS-dokumenter på nivå 2 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| HMS-handlingsplan | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Ansattmedvirkning | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Verneombuds-medvirkning | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| HMS-skilting | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| HMS-opplæring av verneombud | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| HMS-opplæring av ledere | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |

3. HMS-avvik



AML § 3-1. Krav til systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid

(2) Systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid innebærer at arbeidsgiver skal:

e) iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av denne lov,

h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet for å sikre at det fungerer som forutsatt.

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

Avviksbehandling omhandler å ta tak i og forbedre uønskede forhold eller tilløp til slike før konsekvensene blir store, og lære av forbedringene. Målet er at ikke liknende eller mer alvorlige ting skal skje. Utbedring av HMS-avvik er derfor en viktig del av klinikkens og avdelingens kontinuerlige systematiske HMS- og forbedringsarbeid. Et systematisk arbeid med avvik gir oversikt over risikoforhold, gir mulighet til å forutsi mulige belastninger og helseskade og bidrar til å forebygge belastninger. I tillegg får OUS muligheten til å håndtere systemsvikt eller mulig svikt på en bedre måte. Hvert HMS-avvik som ikke registreres er en tapt mulighet til forbedring, læring og forebygging. Spørsmål som hver enkelt leder i OUS bør stille seg er: *Har jeg gjennomført de riktige forbedringstiltak i min avdeling og klinikk for å hindre at skade / uhell / uønskede hendelser og tilstander skal skje, gjenta seg og befeste seg over tid ?* Hvis svaret er nei, er Arbeidsmiljøavdelingens råd: etabler snarest gode rutiner og gjennomfør hensiktsmessige tiltak.

Klinikk-AMU bør periodisk gjennomgå registrerte HMS-avvik, analysere årsaker og systemsvikt, og iverksette forbedringstiltak der det er nødvendig for å forebygge skader og unødig slitasje på ansatte og bygninger/ teknisk utstyr.

Det bør også vurderes hvorvidt det er god og riktig meldekultur for å registrere HMS-avvik, om det er alvorlige uregistrerte HMS-avvik og om praksis for utbedring er tilfredsstillende.

Fra 01.01.10 har det blitt innført et felles elektronisk avvikssystem i OUS. Det er både et dokumentasjons- og forbedringssystem. Det er viktig at ansatte og ledere i OUS bruker systemet til å registrere og utbedre slike forhold.

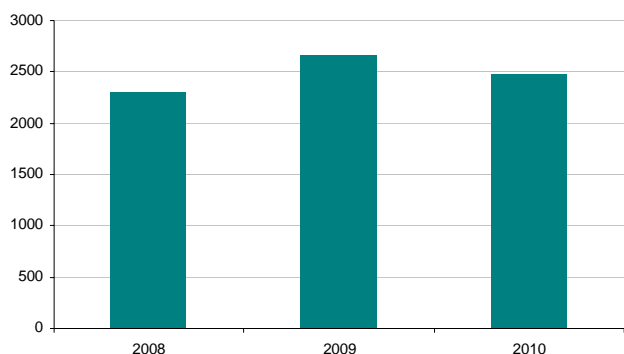
Arbeidsmiljøavdelingens bistand

Arbeidsmiljøavdelingen bistår ansatte og ledere i avdelinger og klinikker med opplæring i bruk av avvikssystemet, både med den tekniske biten og den faglige biten.

På systemnivå har Arbeidsmiljøavdelingen ansvar for å kvalitetssikre kategorisering og sakstype for alle HMS-avvik, i tillegg til å oppsummere avvikene på overordnet OUS-nivå. Avvik med personskade følges spesielt opp. Dette gjelder stikkskader og alvorlige personskader. Alvorlige arbeidsmiljøavvik vil etter anmodning om faglig bistand fra klinikk / avdelinger, bli fulgt opp spesielt, og da i samarbeid med avdelingen. Fra 2. halvår 2010 har Arbeidsmiljøavdelingen påstartet arbeid med å kvalitetssikre lederes oppfølging og utbedring av et utvalg HMS-avvik, noe som bl.a. kan innebære at avvik med høy risiko kan bli gjenåpnet dersom det ikke er iverksatt nødvendige forbedringstiltak eller gjennomført en forsvarlig oppfølging av avviket. Ansatte skal som et minimum ha en tilbakemelding fra leder om hvordan avviket er fulgt opp og søkt utbedret før det lukkes.

Arbeidsmiljøavdelingen rapporterer tertialvis utvikling av HMS-avvik til AMU og til ledelsen i OUS.

Registrerte HMS-avvik

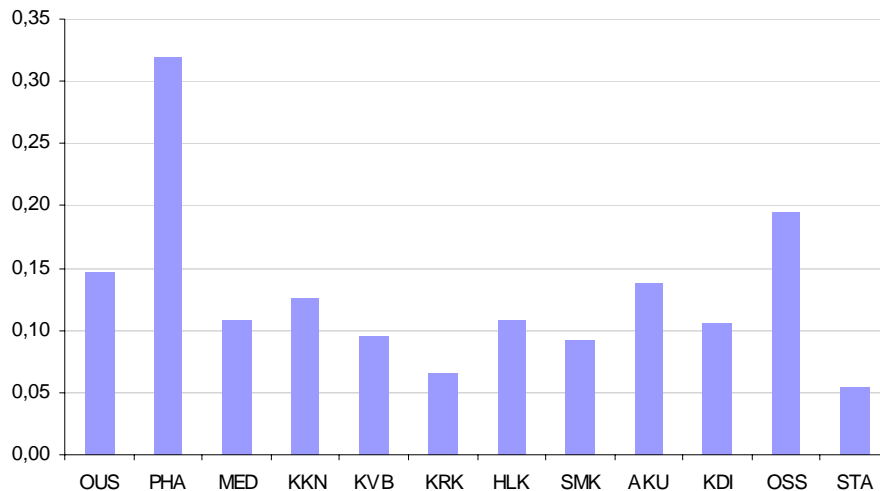


Ansatte og ledere registrerte totalt 2.472 HMS-avvik i det elektroniske avvikssystemet i 2010. Mens antall registrerte HMS-avvik økte med ca. 15 % fra 2008 til 2009, sank antallet med ca. 7 % fra 2009 (2.667) til 2010. Flest HMS-avvik ble registrert innen sakstype ”skade på ansatt”, som omfatter avvik med mulig eller konstatert personskade på ansatt. Undertypene ”vold, trusler/utagerende adferd” og ”stikkskader” var de to største gruppene, noe som var tilsvarende i 2009.

Arbeidsmiljøavdelingen mottar stadig informasjon fra ansatte, verneombud og ledere om meldetretthet, manglende tro på og delvis resignasjon på at det nytter å melde fra om og registrere uønskede forhold i elektronisk avvikssystem – forhold som har gitt eller kan medvirke til helsebelastninger for ansatte i deres arbeid i OUS. Andre begrunner fravær av avviksregistrering med arbeidspress og mangel på tid til slik aktivitet. I likhet med 2009 gjelder dette særlig avvik som ofte krever vedlikeholds- og investeringsmidler samtidig som det er gjentakende avvik og vedvarende uønskede forhold over en årrekke med middels eller liten helserisiko. Ansatte opplever eksempelvis ubehag og luftveisplager pga. et opplevd dårlig inneklima. Mange forhold kan vanskelig utbedres innenfor eksisterende bygningsmasse, eller faginstans skulle gjerne ha utbedret men mangler økonomiske midler til nødvendig vedlikehold eller investeringer i ødelagt og gammelt utstyr. For eksempel gjelder dette inneklimaforhold som lys / luft / ventilasjon, plassforhold, gammelt utstyr som uregulerbare senger og utstyr m.m. Også stikk- og kuttskader synes det å være noe underrapportering på. Av nevnte årsaker har vi grunn til å tro at det fortsatt er underrapportering av HMS-avvik i OUS.

Noe underrapportering kan også forklares med at Arbeidsmiljøavdelingen også i 2010 mottok informasjon om at enkelte ansatte og ledere lar være å registrere HMS-avvik, fordi det oppleves ugreit eller utrygt å registrere helsebelastende arbeidsmiljøkonsekvenser, blant annet i forbindelse med redesign og omorganisering med måltall om nedbemanning. Begrunnelser som oppgis er flere. Blant annet mulige ukjente negative konsekvenser for fortsatt eksistens av egen avdeling når det registreres avvik i omstillingstider. Mangelfull aksept og respekt for melding av avvik, herunder erfaring med at enkelte ledere lukker HMS-avvik raskt uten at forbedringstiltak blir iverksatt. Muntlig tilbakemelding som kan inneha både indirekte trussel og direkte budskap om konsekvenser for videre yrkeskarriere i OUS, eller andre former for sanksjoner overfor ansatte som registrerer avvik. Slike erfaringer kan bidra til å skape usikkerhet og vegring hos enkelte mot å registrere avvik, særlig i en tid der mulige konsekvenser kan innvirke på beslutninger om fortsatt ansettelse / videre karrieremuligheter i OUS. Avdelings-/ klinikk-/ OUS-ledelse oppfordres i samarbeid med vernetjeneste og tillitsvalgte til fortsatt å ha særlig oppmerksomhet på utvikling av god avvikkultur med gode rutiner og praksis for registrering, oppfølging og utbedring av HMS-avvik.

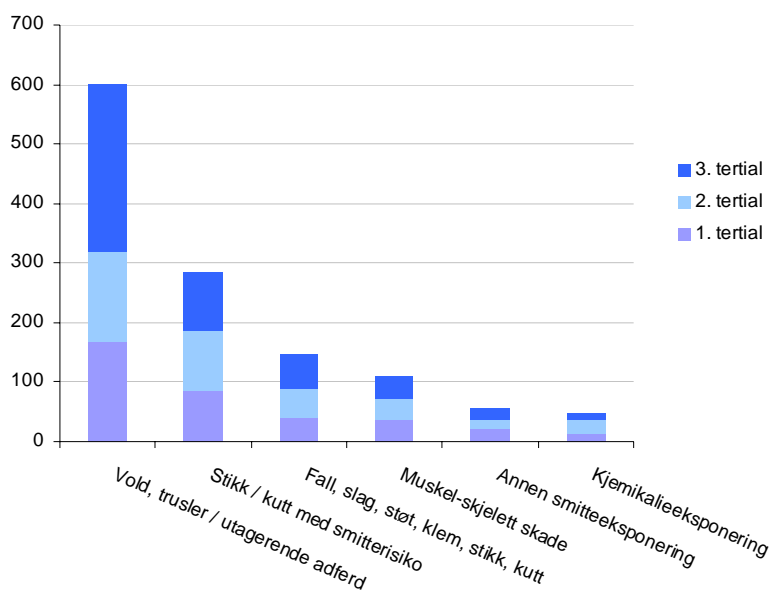
Registrerte HMS-avvik / årsverk:



Figuren viser totalt antall registrerte HMS-avvik fordelt på årsverk i OUS og i klinikkene. Vi har valgt å gi denne oversikten, fordi den synliggjør et bilde som viser ca. 0,15 registrerte HMS-avvik pr. årsverk i en stor organisasjon som OUS i 2010. Arbeidsmiljøavdelingen vurderer dette som relativt liten tilbøyelighet til å registrere avvik som omhandler uønskede arbeidsmiljø-/HMS-forhold. Enkelte klinikker har noe høyere gjennomsnittlig antall registrerte HMS-avvik enn andre. Ansatte i Klinikken psykisk helse og avhengighet (PHA) registrerte flest HMS-avvik, ca. 0,3/årsverk, mest av typen vold, trusler/utagerende atferd og få andre typer HMS-avvik, mens Klinikken for kreft og kirurgi registrerte færrest med ca. 0,07 HMS-avvik pr. årsverk. Klinikken oppfordres til å diskutere om det bildet som fremkommer i figuren gjenspeiler klinikkens arbeidsmiljø- og HMS-utfordringer og ønsket nivå på avviksregistrering. Et høyt antall registrerte HMS-avvik er i seg selv ikke et mål. Avvik som registreres bør gjenspeile uønskede forhold i arbeidsmiljøet og HMS-områdene.

De hyppigst meldte HMS-avvikene

Skade på ansatt

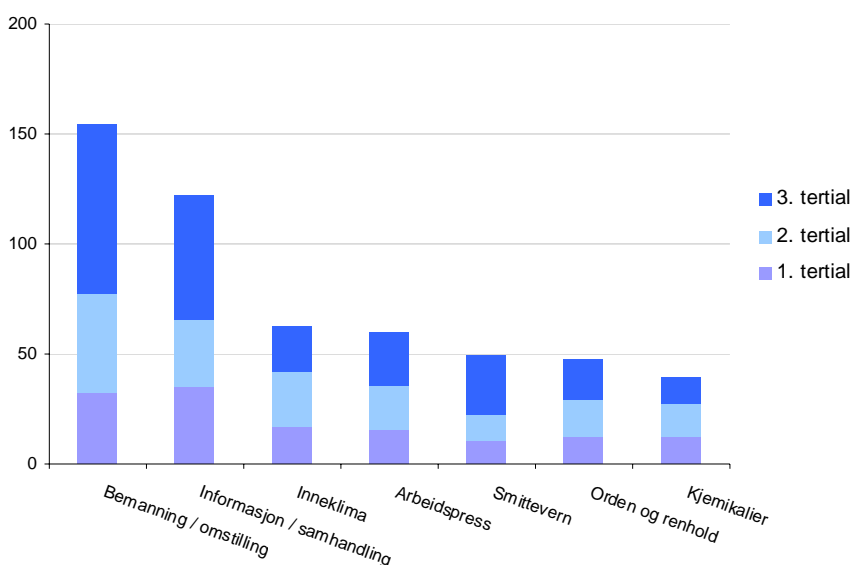


Totalt ble 1.272 avvik registrert i hovedgruppen ”Skader på ansatte” i 2010. Den største gruppen av skader eller tilløp til skader på ansatte var ”vold, trusler/ utagerende atferd” med 602 registrerte avvik, et tall som er lavere enn tidligere år. Antallet reflekterer fortsatt et betydelig antall hendelser der ansatte ble utsatt for eller opplevde å stå i fare for å bli utsatt for vold, trusler eller utagerende atferd, primært fra pasienter i psykiatrien, noe som jo har sammenheng med arbeidets art. Hendelsene utgjør en stor belastning for mange av de ansatte som regelmessig i arbeidet utsettes for slike forhold.

Særlig gjelder dette ansatte som i 2010 ble utsatt for svært alvorlige hendelser. Mange av avvikene var imidlertid av mindre alvorlig karakter, men kan like fullt oppleves belastende for ansatte som ble berørt. Klinikk PHA har i klinikk-AMU satt økt fokus på utagerende atferd fra pasienter og håndtering av slike hendelser og planlegger et eget prosjekt i 2011. Se kapittel 10 for en nærmere redegjørelse av avvik relatert til vold, trusler og utagerende atferd.

Ansatte registrerte færre antall stikkskader i 2010 (285) enn i 2009, dog med økning i registrerte skader i 3. tertial, noe som muligens kan ha sammenheng med økt aktivitet og arbeidspress som kan gi fare for feilhandlinger. Arbeidsmiljøavdelingen antar at underrapportering av stikkskader er mindre enn på en del andre områder. Dette skyldes dels gode oppfølgingsrutiner, og dels at det er en personskade med mulig alvorlig konsekvens. Svært sjelden har slike skader ført til at ansatte har blitt smittet.

Arbeidsmiljø



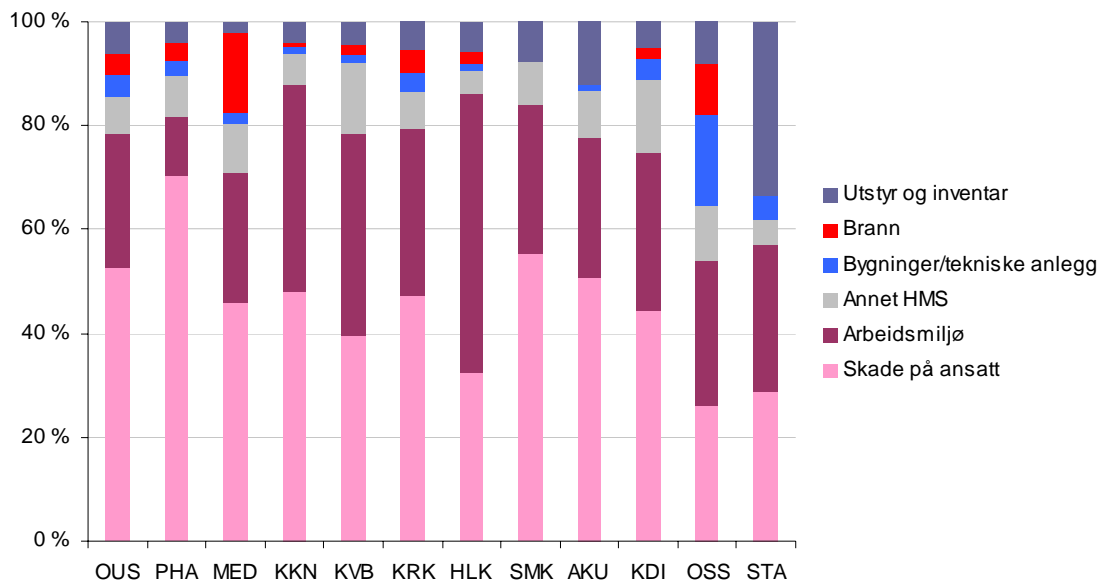
Ansatte har i økende grad gjennom 2010 registrert uønskede konsekvenser av organisatoriske forhold. Dette gjelder avvikstypene som ”bemanning / omstilling” (154) bl.a. ubalanse mellom ressurser og oppgaver, jf. ”God vakt”, ”manglende informasjon / samhandling” (122) og ”arbeidspress” (60). Registrerte HMS-avvik på inneklimaplager (63) har i 2010 økt, tilsvarende gjelder registrerte avvik på smittevern (49) og orden og renhold (48).

Klinikkvis meldeprofil

Tabellen under viser en oversikt over hvordan HMS-avvikstypene fordeler seg i klinikkene:

| | Totalt | Skade på ansatt | Arbeidsmiljø | Annet HMS | Bygninger/ tekniske anlegg | Brann | Utstyr og inventar |
|-----|--------|-----------------|--------------|-----------|-------------------------------|-------|--------------------|
| OUS | 2472 | 1272 | 628 | 170 | 106 | 98 | 147 |
| PHA | 824 | 578 | 97 | 62 | 26 | 27 | 34 |
| MED | 154 | 71 | 38 | 15 | 3 | 24 | 3 |
| KKN | 231 | 111 | 92 | 14 | 3 | 2 | 9 |
| KVB | 157 | 62 | 61 | 22 | 2 | 3 | 7 |
| KRK | 112 | 53 | 36 | 8 | 4 | 5 | 6 |
| HLK | 86 | 28 | 46 | 4 | 1 | 2 | 5 |
| SMK | 76 | 42 | 22 | 6 | 0 | 0 | 6 |
| AKU | 282 | 143 | 76 | 26 | 3 | 0 | 34 |
| KDI | 213 | 94 | 65 | 30 | 9 | 4 | 11 |
| OSS | 312 | 81 | 88 | 32 | 55 | 31 | 25 |
| STA | 21 | 6 | 6 | 1 | 1 | 0 | 7 |

Ovennevnte er i figuren nedenunder fremstilt grafisk, og viser forholdsmessig fordeling av avvikstypene i OUS og i de forskjellige klinikkene:



Det er størst variasjon på meldte skader på ansatt, og hvor PHA ligger høyest med bakgrunn i alle meldingene om "vold, trusler og utagerende atferd". Det relativt sett høye antallet meldinger på "brann" i MED har sammenheng med korridorpasienter og belemrede rømningsveier.

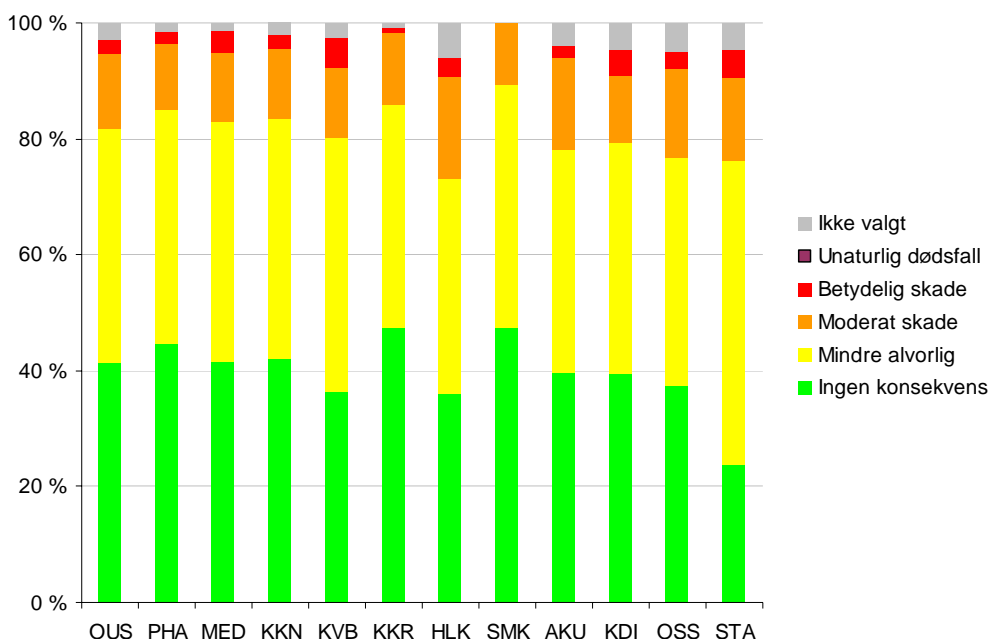
HMS-avvikenes alvorlighetsgrad

Under sees en oversikt over HMS-avvikenes fordeling av faktisk konsekvens i klinikkene:

| | Totalt | Ingen konsekvens | Mindre alvorlig | Moderat skade | Betydelig skade | Unaturlig dødsfall | Ikke valgt |
|-----|--------|------------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------|------------|
| OUS | 2472 | 1025 | 997 | 316 | 67 | 0 | 67 |
| PHA | 824 | 367 | 333 | 94 | 18 | 0 | 12 |
| MED | 154 | 64 | 64 | 18 | 6 | 0 | 2 |
| KKN | 231 | 97 | 96 | 28 | 5 | 0 | 5 |
| KVB | 157 | 57 | 69 | 19 | 8 | 0 | 4 |
| KKR | 112 | 53 | 43 | 14 | 1 | 0 | 1 |
| HLK | 86 | 31 | 32 | 15 | 3 | 0 | 5 |
| SMK | 76 | 36 | 32 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| AKU | 282 | 112 | 108 | 45 | 6 | 0 | 11 |
| KDI | 213 | 84 | 85 | 25 | 9 | 0 | 10 |
| OSS | 312 | 117 | 123 | 47 | 10 | 0 | 15 |
| STA | 21 | 5 | 11 | 3 | 1 | 0 | 1 |

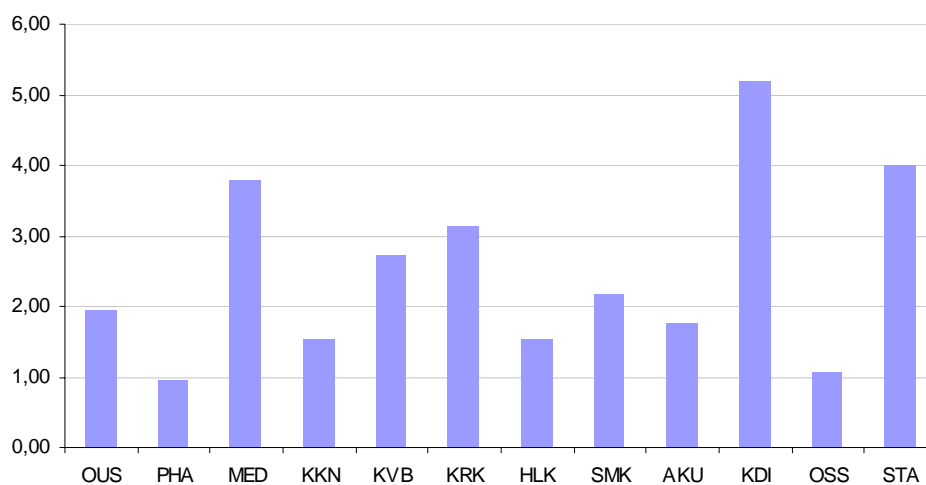
Når et avvik registreres skal den som registrerer avviket gi en skjønnsmessig vurdering av faktisk og potensiell konsekvens av hendelsen, samtidig som de angir hvor ofte hendelsen skjer. Til sammen gir parametrene sannsynlighet og konsekvens et risikobilde. Tabellen viser en fordeling av hvor alvorlige konsekvenser avvikene har blitt vurdert til å ha hatt ut fra de fem gradene: ingen konsekvens, mindre alvorlig konsekvens, moderat skade, betydelig skade, og unaturlig dødsfall. I tillegg vises avvik der alvorlighetsgrad ikke har blitt valgt. Vi ser at ca. 80 % av de registrerte HMS-avvikene er vurdert å ha ingen eller mindre alvorlig konsekvens. Avvik med moderat skade (orange) og betydelig skade (rød) har ifølge figuren på neste side en forholdsmessig omtrent lik fordeling i alle klinikkene.

Forholdsmessig fordeling av faktisk konsekvens for OUS og klinikkvis:



Forbedringstiltak

Tabellen under viser OUS og klinikkvis aktivitet relatert til forbedringstiltak pr. HMS-avvik:



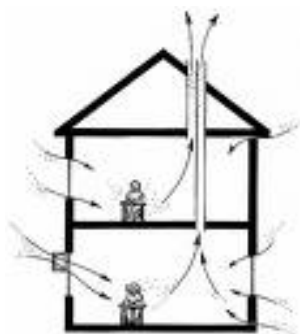
Det er leders ansvar å utbedre uønskede forhold, iverksette nødvendige forbedringstiltak, enten på egen hånd eller med bistand fra linjen eller fra faginstans, og til slutt lukke registrerte HMS-avvik. Figuren gir et grovt bilde og inntrykk av klinikkens aktiviteter relatert til forbedringsarbeid. Gjennomsnittlig for OUS er det 2 forbedringsaktiviteter/HMS-avvik. En del ledere har blitt dyktige til å utbedre HMS-avvik og dokumentere dette, mens andre ledere velger å ikke registrere forbedringstiltak i forbindelse med saksbehandling og oppfølging av HMS-avvik. Noen ledere har heller valgt å skrive en kommentar i avviket enten om planer om tiltak eller stikkord om tiltak som har blitt iverksatt. I sistnevnte tilfeller fremkommer ikke denne aktiviteten i figuren ovenfor. Andre ledere har verken registrert kommentarer eller forbedringstiltak, men har valgt å lukke avviket uten tiltak, også der ansatt har vurdert høy eller middels risiko for helseskade. Arbeidsmiljøavdelingen råder alle klinikker til å følge opp og utbedre avvik på en mer systematisk måte i 2011. Blant annet bør alle ledere registrere forbedringstiltak der tiltak vurderes å være nødvendig for å utbedre eller forebygge helseskade.

Arbeidsmiljøavdelingens vurdering

Vurderingen nedenfor tar utgangspunkt i at Arbeidsmiljøavdelingen har relativt kort erfaring med klinikkens arbeid med oppfølging og utbedring av HMS-avvik. Vi ønsker å få bedre oversikt over klinikk-AMU-enes aktivitet før vi vil nyansere risikobildet av arbeidet med HMS-avvik ytterligere. Vurderingene nedenfor tar høyde for at 2010 var det første året som OUS samlet tok i bruk elektronisk avviksregistrering. Noen avdelinger var kjent med elektronisk avviksregistrering fra tidligere, mens andre var helt ukjente noe som går på tvers av klinikkgrensene. Året har vist at det er betydelige forskjeller i registrering, oppfølging og utbedring av HMS-avvik i klinikkene, klinikklinjen og internt i avdelingene. Eksempelvis vil mange eller få registrerte avvik i en enhets arbeidsmiljø ikke nødvendigvis bety at melderutiner og meldekultur er god eller dårlig i den samme enheten og dermed i klinikken. Mens det skjer mye god aktivitet rundt oppfølging av HMS-avvik i 3-5 enheter, kan øvrige enheter/avdelinger ha nærmest ingen registrerte avvik eller aktivitet. En samlet klinikkvis vurdering som her vises, vil derfor ikke synliggjøre kreditt til de mange og dyktige lederne i OUS som gjør et godt oppfølgings- og forbedringsarbeid med HMS-avvik. Avdelings-/ klinikk-/ OUS-ledelse oppfordres i samarbeid med vernetjeneste og tillitsvalgte til fortsatt å ha særlig oppmerksomhet på utvikling av god avviskultur med gode rutiner og praksis for registrering, oppfølging og utbedring av HMS-avvik.

| | PHA | MED | KKN | KVB | KRK | HLK | SMK | AKU | KDI | OSS | STA |
|--------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Melderutiner | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Meldekultur | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Saksbehandling av HMS-avvik | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Oppfølging og utbedring av HMS-avvik | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Forebygging av HMS-avvik | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |

4. Inneklima



AML § 4-4. Krav til det fysiske arbeidsmiljøet

(1) Fysiske arbeidsmiljøfaktorer som bygnings- og utstyrmessige forhold, inneklima, lysforhold, støy, stråling o.l. skal være fullt forsvarlig ut fra hensynet til arbeidstakernes helse, miljø, sikkerhet og velferd.

Forskrift nr. 170: Arbeidsplasser og arbeidslokaler

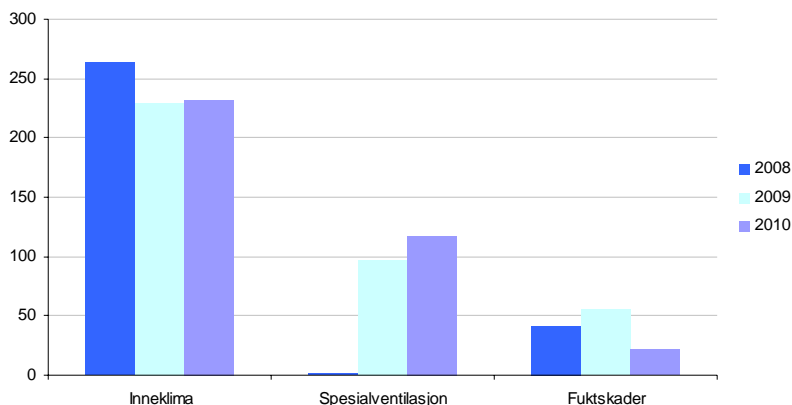
§ 7. Utforming og innredning Arbeidslokaler og atkomsten til lokaler skal være utformet og innredet med sikte på den virksomhet og de arbeidsplasser som skal finnes i lokalet.

§ 8. Lys, klima, ventilasjon, støy m.v.

Lokaler skal være utformet og innredet slik at de enkelte arbeidsplasser får tilfredsstillende belysning, klima og luftkvalitet, og beskyttelse mot støy, vibrasjoner, stråling, giftige eller helsefarlige stoffer, trekk m.v.

Et godt inneklima bidrar til trivsel og produktivitet, mens et dårlig inneklima lett kan føre til ubehag og helseplager, spesielt hos personer med astma, allergi og annen overfølsomhet. Dette kan medføre redusert produktivitet og flere feilhandlinger.

Arbeidsmiljøavdelingens bistand



Arbeidsmiljøavdelingen får regelmessig henvendelser relatert til inneklima (tallene er fra RAD + RH). Eksempelvis om dårlig luft, varmt, kaldt, trekk og støy. Henvendelsene er noe færre nå, men forholdene har dermed ikke blitt bedre. Pga. de store omstillingene og uro ute i organisasjonen har inneklimaproblemene mange steder blitt skjøvet i bakgrunnen. Årsakene til inneklimaproblemer kan være manglende eller mangelfull

ventilasjon, flere personer og mer utstyr inne på et areal enn det er utformet til, redusert renholdsfrekvens, endring av bruk av lokale (eks. lager benyttes som kontor), og ombygging av lokale uten å ta hensyn til ventilasjon og nytt varmeavgivende utstyr.

Sykehusets eldre bygninger er preget av stor slitasje og mangelfull ventilasjon. I tillegg er det mange vannlekkasjer hvert eneste år som medfører problemer med bl.a. lukt og oppblomstring av muggsopp. Dette har en klar negativ innvirkning på inneklimaet for ansatte og pasienter. Utilfredsstillende vedlikehold over mange år gjør at arbeidsmiljølovens krav i mange tilfeller ikke oppfylles. Også i de nye bygningene meldes det om inneklimaproblemer, ofte forårsaket av mangelfull innregulering av ventilasjonssystemene.

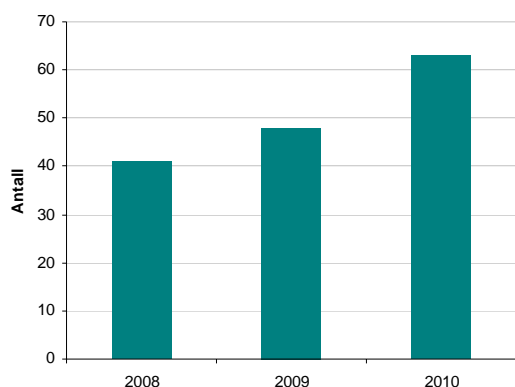
Gammel bygningsmasse medfører til dels store mangler på spesialventilasjon. På RH og RAD finnes det oversikter over det meste av spesialventilasjonen og deres funksjonsnivå. På UUS og AUS er det registrert svært få spesialventilasjonssystemer, og det er kjent at det finnes en rekke uregistrerte enheter. En rekke av disse er ikke iht. gjeldende standard, og det er behov for større utbedringer og ombygginger for å komme opp til dagens tekniske standard av spesialavtrekkene med tilhørende ventilasjonsanlegg.

Det foregår en rekke flyttinger og ombygginger på sykehusene, noe som vil øke i omfang de nærmeste årene. Det viser seg dessverre at rutinen for kassasjon ikke fungerer tilfredsstillende slik at møbler og utstyr hopper seg opp. Dette gjør det vanskelig å opprettholde et tilfredsstillende renhold, noe som igjen gir økt sjanse for bl.a. inneklimaproblemer. I tillegg har det ved en rekke tilfeller vist seg at Rent Tørt Byggprinsippet ikke er blitt gjennomført, noe som medfører stor spredning av støv i områder som delvis er i drift eller som grenser opp mot byggeplass.

Måleindikatorer

| | 2008 | 2009 | 2010 | Beskrivelse |
|--|------|------|------|--|
| Antall vannskader (hvor ARB har vært involvert på RH; det reelle tallet er høyere) | 42 | 56 | 22 | Fuktskader er bl.a. registrert i forbindelse med lekkasjer fra dårlige rør, inkubatorrom, hovedkjøkken, postkjøkken, dekontaminatorer og oppvaskmaskiner på urene lager, og også ved vanninntrengning utenfra. |

Meldte HMS-avvik



Antall registrerte inneklimate relaterte avvik er jevnt stigende i perioden 2008-2010. De meldte avvikene i 2010 kan deles i 2 grupper relatert til temperatur; det er for varmt (hovedsakelig i sommerhalvåret) og det er for kaldt (hovedsakelig i vinterhalvåret). Begge deler har sammenheng med gammel bygningsmasse uten balansert ventilasjon. Inneklima er ellers et område hvor vi vet det er til dels stor underreportering. Noe skyldes rett og slett meldetretthet fordi ansatte opplever at meldinger gjennom år ikke har ført til nyinvesteringer og bedring av inneklimaet.

Arbeidsmiljøavdelingens vurdering

Eldre bygninger er preget av stor slitasje, mangelfull ventilasjon og en rekke vannlekkasjer.

Utilfredsstillende vedlikehold over mange år gjør at arbeidsmiljølovens krav i mange tilfeller ikke oppfylles.

I nyere bygninger meldes det også om inneklimateproblematikk, ofte forårsaket av problem med innregulering av ventilasjonssystemene.

Gammel bygningsmasse medfører også til dels store mangler på spesialventilasjon.

| | PHA | MED | KKN | KVB | KRK | HLK | SMK | AKU | KDI | OSS | STA |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Temperatur | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Trekk | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Soloppvarming | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Forurensninger (støv, gass, røyk, lukt) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Generell ventilasjon | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Spesialventilasjon (avtrekksskap, sikkerhetsbenker) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Fukt og muggsopp | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |

5. Kjemikalier



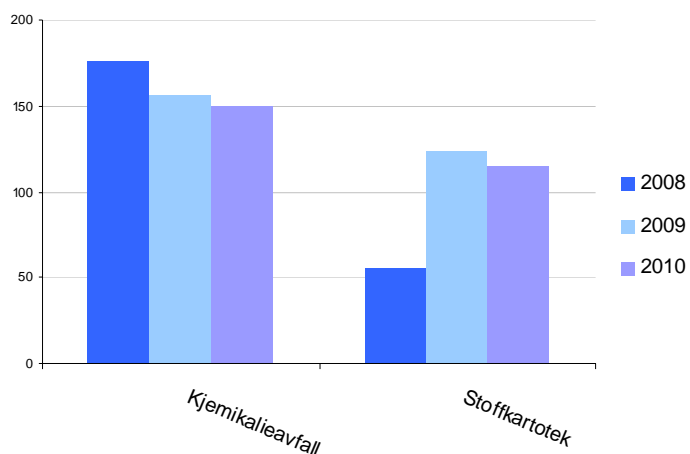
AML § 4-5. Særlig om kjemisk og biologisk helsefare

- (1) Ved håndtering av kjemikalier eller biologisk materiale skal arbeidsmiljøet være tilrettelagt slik at arbeidstaker er sikret mot ulykker, helseskader og særlig ubehag. Kjemikalier og biologisk materiale skal fremstilles, pakkes, brukes og oppbevares slik at arbeidstaker ikke utsettes for helsefare.
- (2) Kjemikalier og biologisk materiale som kan innebære helsefare, skal ikke brukes dersom de kan erstattes med andre eller med en annen prosess som er mindre farlig for arbeidstakerne.
- (3) Virksomheten skal ha nødvendige rutiner og utstyr for å hindre eller motvirke helseskader på grunn av kjemikalier eller biologisk materiale.
- (4) Virksomheten skal føre kartotek over farlige kjemikalier og biologisk materiale. Kartoteket skal blant annet opplyse om fysiske, kjemiske og helseskadelige egenskaper, forebyggende vernetiltak og førstehjelpsbehandling. Beholdere og emballasje for kjemikalier og biologisk materiale skal være tydelig merket med navn, sammensetning og advarsel på norsk.
- (5) Arbeidstilsynet kan i det enkelte tilfelle helt eller delvis gjøre unntak fra reglene i denne paragraf i forbindelse med forsknings- og analysearbeid e.l.
- (6) Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen av kravene i denne paragraf, og kan herunder bestemme at det skal føres register over arbeidstakere som eksponeres for bestemte kjemikalier eller biologisk materiale.

Oslo universitetssykehus har mange laboratorier hvor det utføres arbeidsprosesser som involverer potensielt helseskadelige kjemikalier. Man kan bli eksponert for kjemikalier ved innånding, gjennom huden, eller ved svelging. Hva som er faren beror på kjemikaliens egenskap, hvordan og hvor lenge man har blitt eksponert. Kjemikalier kan være etsende, giftige, arvestoffskadelige, reproduksjonsskadelige, allergifremkallende og irriterende, og noen kjemikalier kan fremkalle eller øke hyppigheten av kreft. Slikt arbeid skal utføres på en slik måte at arbeidstakere ikke utsettes for eksponering av disse stoffene.

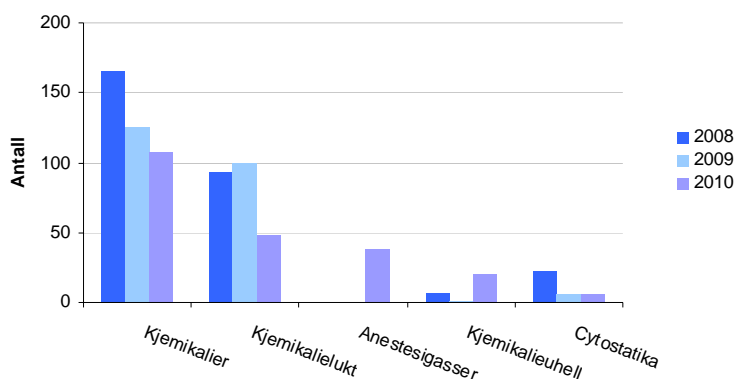
Gjennom risikovurdering skal klinikker/avdelinger/enheter kartlegge og dokumentere mengde og bruk av kjemikalier, og vurdere enhver risiko for arbeidstakernes helse og sikkerhet forbundet med disse. Ved hjelp av risikovurdering og risikoreducerende tiltak kan man utøve forsiktighet ved bruk av kjemikalier.

Arbetsmiljøavdelingens bistand



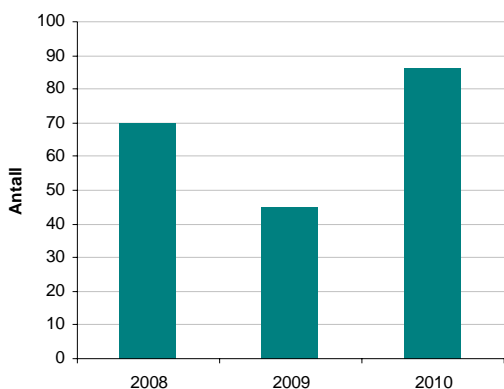
Antall oppgaver i forbindelse med kjemikalieavfall har holdt seg stabil i perioden 2008-2010 (tall fra RAD + RH).

Arbetsmiljøavdelingen driver stoffkartoteket hos ECOonline.no på vegne av OUS. I 2010 er Aker og Ullevål lagt inn i samme base som Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Vi har kommet ca. halvveis i innleggingsarbeidet. Det har også vært fokus på å høyne kvaliteten i stoffkartoteket i 2010.



Arbeidsmiljøavdelingens samlede aktivitetsnivå i forhold til kjemikaliesikkerhet har vært omtrent den samme i 2010 som i 2008 og 2009 (tallene er fra RAD + RH). Innflytting i nytt Forskningsbygg på Radiumhospitalet har redusert antall kjemikalieuhell.

Meldte HMS-avvik



Meldte avvik i forbindelse med kjemikaliehåndtering er høyere i 2010 enn de 2 foregående årene. Dette har sammenheng med overrenning av kjemikalier ifm. påfylling av feil tank på Rikshospitalet, og med en xylenelekkasje i A-bygget på Rikshospitalet. Utover disse 2 episodene meldes det avvik relatert til kjemikalieuhell av ukjent opprinnelse. Dette har sammenheng med gammel bygningsmasse uten balansert ventilasjon, og med spesialventilasjonsheter som ikke fungerer som de skal.

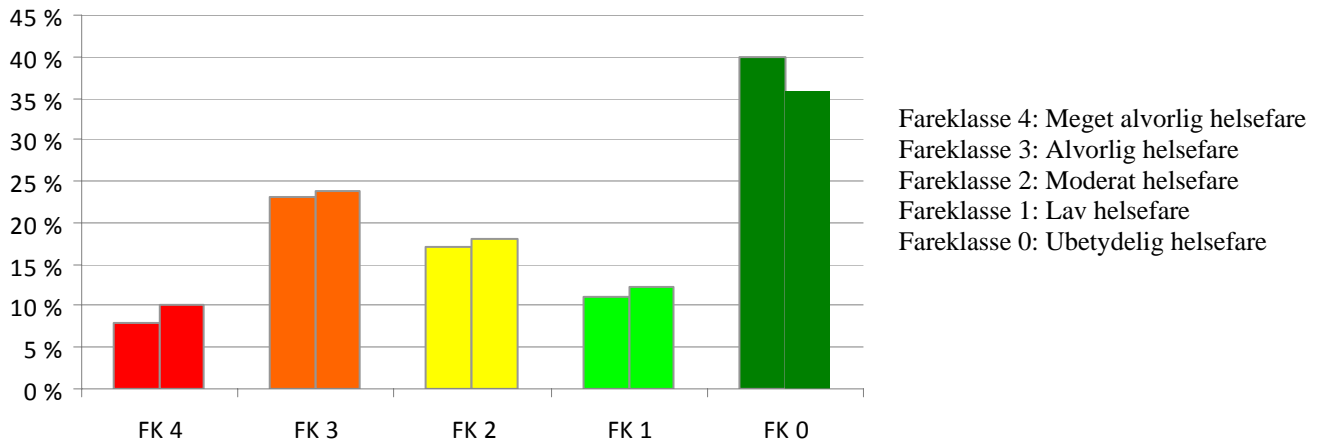
Måleindikatorer

| | 2008 | 2009 | 2010 | Beskrivelse |
|---|-------|--------|---|--|
| Farescore | | | 37.159 | Hvert stoff gis en fareklassifisering for alle farlige egenskaper (Kreft, fosterskade, brann, miljø med mer). Dette gir en farescore for hvert stoff. Farescoren for OUS er summen for alle stoffene som er lagt inn i stoffkartoteket. Det er et mål å redusere farescoren. |
| Fareindeks | | 1,48 | 1,60 | Det er et mål at andelen farlige stoffer reduseres, og at fareindeksen dermed reduseres. |
| Stoffkartoteket | | | Adm.: 27 Les og skriv: 222 Les: 34 Totalt: 283 | Beskriver antall brukere som er registrert med brukernavn og passord. Alle enheter bør ha minst en bruker med lese- og skriverettighet. |
| Antall sikkerhetsdatablader som er lagt inn i stoffkartoteket | 9.298 | 12.178 | 15.919 | Det er et mål at alle enheter har lagt inn alle kjemikalierne de bruker i stoffkartoteket. |

Fareindeksen for OUS økte med 0,12 fra 2009 til 2010. Dette har sammenheng med innføring av kjemikaliene fra Ullevål sykehus sitt gamle stoffkartotek til det felles stoffkartoteket for Oslo Universitetssykehus HF. Laboratorieavdelingene har blitt overført først, og det er disse som har de farligste stoffene.

Antall innlagte sikkerhetsdatablader øker kraftig p.g.a. sammenslåingen av de tre stoffkartotekene til Radiumhospitalet/Rikshospitalet, Ullevål sykehus og Aker sykehus.

Det er utarbeidet et fareklassifiseringssystem hvor kjemikalier deles inn i 5 fareklasser fra 0-5 etter farlighetsgrad. Under sees en oversikt over fordelingen mellom de forskjellige fareklassene i OUS. Kolonnen til venstre er 2009 og til høyre 2010. Fordelingen er omtrent den samme i 2010 som i 2009:

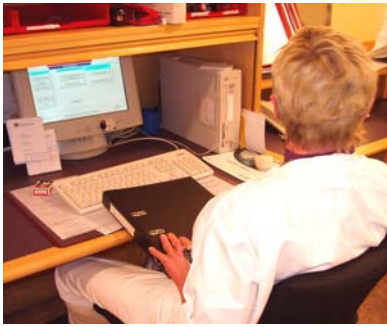


Til ovennevnte skal det bemerkes at det foreligger plikt til løpende å vurdere om farlige stoffer kan byttes ut med mindre farlige stoffer for å redusere helserisikoen for de ansatte. Målsettingen på sikt er å redusere bruken av kjemikalier i fareklasse 3 og 4.

Arbeidsmiljøavdelingens vurdering

| | PHA | MED | KKN | KVB | KRK | HLK | SMK | AKU | KDI | OSS | STA |
|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Kjemikalierisiko | | | | | | | | | | | |
| Merking | | | | | | | | | | | |
| Håndtering | | | | | | | | | | | |
| Oppbevaring | | | | | | | | | | | |
| Elektronisk stoffkartotek | | | | | | | | | | | |
| Spesialventilasjon | | | | | | | | | | | |
| Transport av kjemikalier | | | | | | | | | | | |
| Kjemikalie-avfallshåndtering | | | | | | | | | | | |

6. Ergonomi



AML § 4-4. Krav til det fysiske arbeidsmiljøet

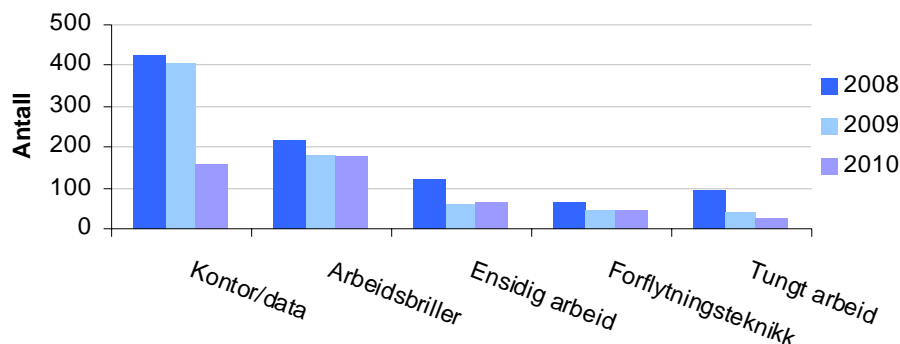
(1) Fysiske arbeidsmiljøfaktorer som bygnings- og utstyrsmessige forhold, inneklime, lysforhold, støy, stråling o.l. skal være fullt forsvarlig ut fra hensynet til arbeidstakernes helse, miljø, sikkerhet og velferd.

(2) Arbeidsplassen skal innredes og utformes slik at arbeidstaker unngår uheldige fysiske belastninger. Nødvendige hjelpemidler skal stilles til arbeidstakers disposisjon. Det skal legges til rette for variasjon i arbeidet og for å unngå tunge løft og ensformig gjentakelsesarbeid. Ved oppstilling og bruk av maskiner og annet arbeidsutstyr skal det sørges for at arbeidstaker ikke blir utsatt for uheldige belastninger ved vibrasjon, ubekvemt arbeidsstilling o.l.

(3) Maskiner og annet arbeidsutstyr skal være konstruert og ha nødvendige verneinnretninger slik at arbeidstaker er vernet mot skader.

Ergonomi handler om tilpasningen mellom arbeid og menneske – ut fra behov og begrensninger. De ergonomiske forholdene har betydning for evt. uheldig belastning på kroppen, og vil dermed kunne påvirke utvikling av muskel- og skjelettlidelser. Helsekader kan oppstå når kroppens toleransegrenser overskrides. Dette er en normal reaksjon på for høy belastning. Årsaken kan være at arbeidet er for tungt, for ensformig, foregår i uheldige arbeidsstillinger eller varer for lenge. Flere enkeltoperasjoner som hver for seg ikke betraktes som tunge, kan til sammen og over tid forårsake for høy totalbelastning.

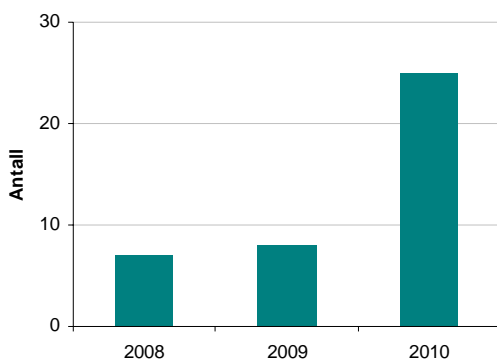
Arbeidsmiljøavdelingens bistand



Henvendelser angående ergonomi har vært relativt stabilt fra 2008 - 2010 (tallene er fra RAD + RH) i alle kategorier unntatt for kontor og data. Dette kan forklares ut i fra at bistand ved tilrettelegging av kontor / dataarbeidsplasser i 2010 har vært mer

gruppe- enn individorientert til dels basert på undervisning. Det er utarbeidet informasjonsmaterieell angående tilrettelegging av egen dataarbeidsplass. Dette er distribuert til den enkelte ansatt ved forespørsel om bistand. Eventuelt behov for videre individrettet bistand har deretter vært imøtekommet av bedriftsfysioterapeut. Systemet har hatt til hensikt å hjelpe flest mulig og å gjøre hver enkelt i stand til å tilrettelegge egen arbeidsplass også ved eventuell flytting innenfor OUS (omstilling). Mange av henvendelsene er av forebyggende karakter, noe som er positivt og bidrar til å redusere helsekader.






Meldte HMS-avvik



Tabellen viser avvik fra hele OUS for 2010, mens tall fra 2008 og 2009 bare er hentet fra avvik ved RAD og RH. Gjennomgang av avvikene for 2010 viser at de hovedsakelig er relatert til tunge løft og til forflytning, og har ført til muskel/skjelettplager. Forhold i arbeidsmiljøet som kan føre til arbeidsskade (for eksempel defekt utstyr), har vært registrert som avvik i større grad enn tidligere.

Arbeidsmiljøavdelingens vurdering

Kategorien ”rødt” er brukt når mange avdelinger har utfordringer som må løses når det gjelder særlig tunge løft og tilpasning av utstyr. Det betyr ikke at hele klinikken har forhold som tilsier at tiltak skal iverksettes.

| | PHA | MED | KKN | KVB | KRK | HLK | SMK | AKU | KDI | OSS | STA |
|--|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Arbeidsstillinger |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Arbeidsteknikk |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fysisk tilpasning utstyr/ hjelpemidler |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fysisk belastning/ tunge løft |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Variasjon |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Andre forhold |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

7. Plassforhold



AML § 4-4. Krav til det fysiske arbeidsmiljøet

(1) Fysiske arbeidsmiljøfaktorer som bygnings- og utstyrsmessige forhold, inneklima, lysforhold, støy, stråling o.l. skal være fullt forsvarlig ut fra hensynet til arbeidstakernes helse, miljø, sikkerhet og velferd.

Forskrift om arbeidsplasser og arbeidslokaler

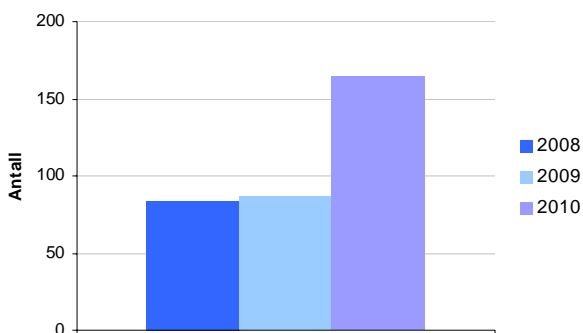
(2) Arbeidsplassen skal innredes og utformes slik at arbeidstaker unngår uheldige fysiske belastninger. Nødvendige hjelpemidler skal stilles til arbeidstakers disposisjon. Det skal legges til rette for variasjon i arbeidet og for å unngå tunge løft og ensformig gjentakelsesarbeid. Ved oppstilling og bruk av maskiner og annet arbeidsutstyr skal det sørges for at arbeidstaker ikke blir utsatt for uheldige belastninger ved vibrasjon, ubekvem arbeidsstilling o.l.

§ 11. Gulvareal

Gulvareal i rommet skal være så stort at arbeidstakeren gis tilstrekkelig plass til å utføre arbeidet uten helsemessige belastninger.

Gode plassforhold er en forutsetning for å kunne utføre jobben på en god ergonomisk måte, samt oppnå et tilfredsstillende inneklima. Arbeidsplassen skal tilpasses slik at hver enkelt ansatt skal kunne ha naturlige og hensiktsmessige arbeidsstillinger og bevegelser.

Arbeidsmiljøavdelingens bistand

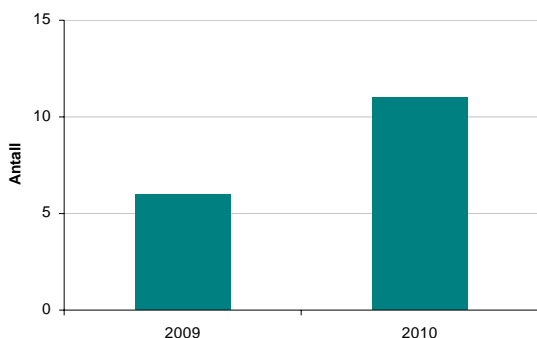


Aktiviteten har omtrent doblet seg i 2010 sammenliknet med 2008 og 2009 (tall fra RAD + RH). Bakgrunnen for dette antas å være fortettinger ved sammenslåing til OUS. Situasjonen vedrørende plassforhold er i økende grad problematisk når det gjelder kontorer, vaktrom, opr.stuer, intensivrom, skrankeområder, fellesområder, lagerrom og div støtterom.

Det er i økende antall tilfeller vanskelig å oppfylle kravene til plassforhold for heldagsarbeidsplasser som er 6 m² pr. ansatt. Overfylte arealer medfører bl.a. høy temperatur, dårlig luft og problemer med renhold. Dette er utfordrende både for ledere som skal tilrettelegge, og for ansatte som skal utføre sitt daglige arbeid. Både fysiske og psykososiale problemer kan oppstå som følge av dette, eksempelvis støy og andre forstyrrelser. Noen avdelinger har behov for å rydde unna utstyr, slik at plassforholdene generelt bedres.

Bistand har vært gitt i forbindelse med bygge-/ ombyggingssaker.

Meldte HMS-avvik



Antall meldte HMS-avvik står ikke i forhold til antall henvendelser til Arbeidsmiljøavdelingen. Vi får regelmessig henvendelser angående arbeidsmiljøutfordringer ved fortetting. Så her antas det å være en betydelig underreportering.

Arbeidsmiljøavdelingens vurdering

| | PHA | MED | KKN | KVB | KRK | HLK | SMK | AKU | KDI | OSS | STA |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Plassforhold |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

8. Belysning og dagslys

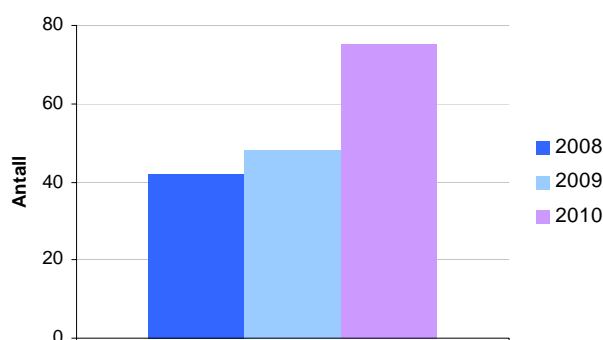


AML § 4-4. Krav til det fysiske arbeidsmiljøet

(1) Fysiske arbeidsmiljøfaktorer som bygnings- og utstyrmessige forhold, innelima, lysforhold, støy, stråling o.l. skal være fullt forsvarlig ut fra hensynet til arbeidstakernes helse, miljø, sikkerhet og velferd.

Tilfredsstillende belysning har stor betydning for vår helse og trivsel. Varierende behov for lys gjør at individuelle reguleringsmuligheter er viktig. Dette gjelder spesielt der flere personer bruker samme arbeidsplass og på kontorer som brukes av flere. Lyset skal være tilpasset den enkeltes behov, arbeidsoppgaver, alder og omgivelser. Jo eldre man blir, dess mer lys trenger man.

Arbeidsmiljøavdelingens bistand

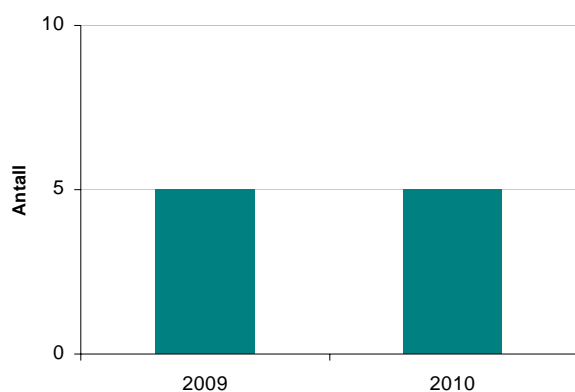


Arbeidsmiljøavdelingens aktiviteter relatert til belysning har økt i 2010 (tall fra RAD + RH), noe som bl.a. kan skyldes arbeid med nivå 1 HMS-dokumentasjon.

Det har skjedd mye med utviklingen av belysningsarmaturer de senere år, og blant annet er det utviklet nye løsninger på arbeidsplassbelysning med LED. Disse gir godt lys, har lang levetid og er mindre energikrevende. Arbeidsmiljøavdelingen har noen belysningsløsninger til visning, og noen ansatte og avdelinger har benyttet seg av denne

muligheten før de har valgt belysningsløsning.

Meldte HMS-avvik



Det er få innmeldte avvik og samme antall som året før. Ansatte har meldt HMS-avvik på grunn av mangelfull arbeidsplassbelysning ved pasientsenger og hvor det utføres dokumentasjons- eller kontorarbeid.

Arbeidsmiljøavdelingens vurdering

Selv om det meldes få HMS-avvik vedr. belysning og dagslys, er Arbeidsmiljøavdelingens generelle vurdering at det finnes en del uhensiktsmessige belysningsløsninger, og flere steder mangler arbeidsplassbelysning og mulighet for dimming. Blending fra takarmatur er ofte en problemstilling der det sitter flere enn rommet er planlagt for, og må tas hensyn til ved fortetting. Noen heldags arbeidsplasser mangler dagslys, dette gjelder for eksempel operasjonsenheter og undersøkelsesrom.

| | PHA | MED | KKN | KVB | KRK | HLK | SMK | AKU | KDI | OSS | STA |
|-----------------------|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Allmennbelysning |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Arbeidsplassbelysning |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Blending/refleks |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dagslys |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

9. Støy

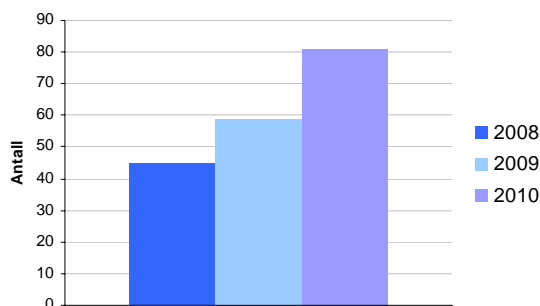


AML § 4-4. Krav til det fysiske arbeidsmiljøet

(1) Fysiske arbeidsmiljøfaktorer som bygnings- og utstyrmessige forhold, inneklime, lysforhold, støy, stråling o.l. skal være fullt forsvarlig ut fra hensynet til arbeidstakernes helse, miljø, sikkerhet og velferd.

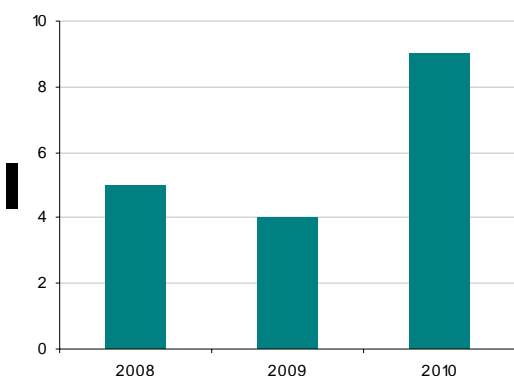
Støy på arbeidsplassen kan gjøre det vanskelig å føre samtaler, konsentrere seg eller å oppfatte viktig informasjon og beskjeder. Dette kan føre til misforståelser og feilhandlinger slik at sikkerheten svekkes. Bakgrunnsstøy fra utstyr eller mennesker oppleves ofte som sjenerende og kan virke stressende på kroppen, samt føre til hodepine, irritabilitet og uro. Sterk støy over tid eller impulslyd (eks. slaglyd) kan gi hørselsskade. Det er derfor viktig at arbeidet planlegges og gjennomføres på en slik måte at ansatte beskyttes mot støy, og at støybelastningen søkes redusert til lavest mulig nivå.

Arbeidsmiljøavdelingens bistand



Arbeidsmiljøavdelingens aktiviteter relatert til støy har økt noe i 2010 (tallene er fra RAD + RH) og økningen kan skyldes mer arbeid med nivå 1 HMS-dokumentasjon siste år. Henvendelsene gjelder ofte støyproblemer fra utstyr som printere, laboratorieutstyr og medisinsk teknisk utstyr og menneskeskapt støy i trafikksoner eller på arbeidsplasser hvor det er fortettinger.

Meldte HMS-avvik




































Innmeldte avviksmeldinger på støy er få, men er fordoblet fra året før. Det er ulike årsaker til avvikene, bla. meldes det om støy fra installasjoner som kjøleapparat, ventilasjonsanlegg og radiatorer, samt menneskeskapt støy og uhell.

Arbeidsmiljøavdelingens vurdering

Generelt er det få arbeidsplasser på sykehuset som har et støynivå som kan gi hørselsskade. Derimot er det grupper av ansatte som er eksponert for sjenerende og moderat støy som kan gi økt stressnivå og redusere arbeidsinnsatsen. Utsatte områder er bl.a. operasjonsavdelinger, intensivavdelinger, laboratorier, kjøkken og transport. Årsakene til støyproblemene er ofte mye bruk av medisinsk teknisk utstyr og laboratorieutstyr. På laboratorier har det for eksempel vist seg å være vanskelig å finne sikkerhetsbenker og avtrekksskap som støyer under anbefalte normer. Ansatte som ikke har egne kontorer eller andre steder å trekke seg tilbake til, må utføre kontorarbeidet inne på et støyfylt laboratorium.

Menneskeskapt støy finner man bl.a. i baseområder, poliklinikkområder og andre områder som er samlingspunkt for ansatte, pasienter og pårørende.

| | PHA | MED | KKN | KVB | KRK | HLK | SMK | AKU | KDI | OSS | STA |
|-------------|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Støy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Akustikk |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vibrasjoner |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

10. Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø



AML § 4-2. Krav til tilrettelegging, medvirkning og utvikling

(1) Arbeidstakerne og deres tillitsvalgte skal holdes løpende informert om systemer som nyttes ved planlegging og gjennomføring av arbeidet. De skal gis nødvendig opplæring for å sette seg inn i systemene, og de skal medvirke ved utformingen av dem.

(2) I utformingen av den enkeltes arbeidssituasjon skal:

a) det legges til rette for at arbeidstaker gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom sitt arbeid,

b) arbeidet organiseres og tilrettelegges under hensyn til den enkelte arbeidstakers arbeidsevne, kyndighet, alder og øvrige forutsetninger,

c) det legges vekt på å gi arbeidstaker mulighet til selvbestemmelse, innflytelse og faglig ansvar, d) arbeidstaker så langt som mulig gis mulighet til variasjon og for å se sammenheng mellom enkeltoppgaver, e) det gis tilstrekkelig informasjon og opplæring slik at arbeidstaker er i stand til å utføre arbeidet når det skjer endringer som berører vedkommendes arbeidssituasjon.

(3) Under omstillingsprosesser som medfører endring av betydning for arbeidstakernes arbeidssituasjon, skal arbeidsgiver sørge for den informasjon, medvirkning og kompetanseutvikling som er nødvendig for å ivareta lovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

§ 4-3. Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet

(1) Arbeidet skal legges til rette slik at arbeidstakers integritet og verdighet ivaretas.

(2) Arbeidet skal søkes utformet slik at det gir mulighet for kontakt og kommunikasjon med andre arbeidstakere i virksomheten.

(3) Arbeidstaker skal ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden.

(4) Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre.

Det psykososiale arbeidsmiljøet setter mennesker i fokus og omhandler psykologiske og sosiale forhold på jobben. Det omfatter en mengde faktorer som virker inn både på utforming av den enkeltes arbeidssituasjonen og det mellommenneskelige samspillet på en arbeidsplass.

Det er ikke lett å definere objektive kriterier for hva som kjennetegner et godt psykososialt arbeidsmiljø. Mennesker er forskjellige slik at det som en person ser på som en spennende utfordring kan en annen oppleve som stress og belastning. God støtte kan oppveie belastninger, godt samhold i en gruppe kan motvirke frustrasjoner og misnøye, og frihet og kontroll over egen arbeidssituasjon kan balansere dårlig tilrettelegging.

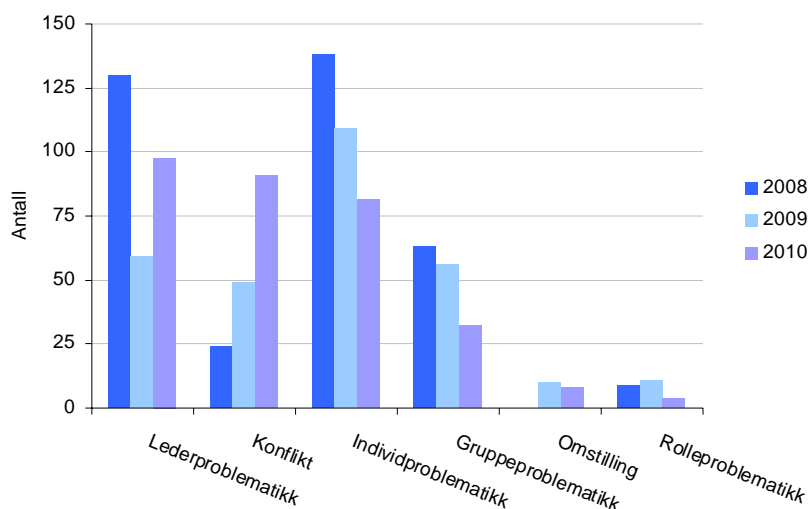
Viktige deler av det psykososiale arbeidsmiljøet dannes av sosiale relasjoner og har grunnleggende betydning for hvordan man opplever og fungerer i hverdagen. Dette virker videre inn på opplevelsen av seg selv, sin plass i gruppen, sin fungering, og sin tilknytning til organisasjonen som helhet. Et velfungerende psykososialt arbeidsmiljø preges av respekt, åpenhet, tillit, god kommunikasjon og samarbeidsvilje.

Organisatoriske faktorer er systemforhold som påvirker arbeidsmiljøet. Det omfatter organiseringen av arbeidet og tilrettelegging av arbeidsprosesser, tilgang til ressurser, samarbeidsformer, informasjonsflyt, grad av medvirkning, faglig ansvar, selvstendighet og kontroll i jobben, utviklingsmuligheter og organisasjonskultur.

Sosiale og mellommenneskelige faktorer som påvirker miljøet på arbeidsplassen omfatter blant annet opplevelsen av trivsel, grad av mestring, selvbestemmelse, tillit, samhold og fellesskap, mulighet til påvirkning, støtte fra leder og kolleger, lederskap, kommunikasjon, stress, håndtering av konflikter, trakassering, vold og trusler, rettfærdig behandling.

Forholdene på arbeidsplassen kan inneholde både oppbyggende, trivselsfremmende faktorer og belastninger, frustrerende og nedbrytende faktorer. Det er viktig for organisasjonen å ha oversikt over positive faktorer som virker helsefremmende, negative faktorer som kan virke belastende og å se kontinuerlig på balansen i faktorer som spiller inn på det totale psykososiale miljøet.

Arbeidsmiljøavdelingens bistand



Oversikten er fra RAD + RH og viser type bistand som er gitt. Totalt sett er bistanden til omstilling større enn det figuren viser (bidrag fra AUS og UUS er ikke med).

Bistand til individer

Arbeidsmiljøavdelingen tilbyr tjenester til ansatte som finner hverdagen vanskelig, frustrerende, uoversiktlig eller opplever at de ikke strekker til personlig, faglig eller i samspill med andre. Dette kan forårsakes av stressende hverdager, mange krav, økt tempo, nye og uvante rutiner, nye kolleger og samarbeidspartnere, feilvurderinger, ukloke handlinger, usikkerhet rundt egen mestringsevne og uklarerhet om fremtiden. De ansatte er også 24-timers mennesker. Omstendigheter utenfor jobben kan spille inn og gjøre at arbeidssituasjonen blir slitsom eller ubehagelig.

Arbeidsmiljøavdelingen bistår med veilednings- og støttesamtaler som har til hensikt å gjøre ansatte bedre i stand til å håndtere sine personlige og sosiale utfordringer. I noen saker inviteres den enkeltes leder inn i et samarbeid. Samtalene gir ansatte anledning til å sortere tankene sammen med en stødig samtalepartner, åpne for ny innsikt og kloke innspill, klargjøre valg, vurdere avgjørelser på nytt og justere væremåte. Samtaler gir anledning til å se etter alternative måter å takle utfordringene på. Dette kan være viktig for den ansattes videre produktive innsats, og for noen, avgjørende for å bevare helsen.

En del saker gjelder vold og trusler overfor ansatte, i hovedsak fra pasienter. Bistanden består av debriefing, støttesamtaler, veiledning når det gjelder kartlegging av sikkerhetssituasjonen, og tilrettelegging av arbeidssituasjonen for den ansatte. De aller fleste slike hendelser håndteres godt lokalt.

Bistand til individer er noe redusert, da forespørsler og behovet på andre områder som lederproblematikk, konflikt og ikke minst omstilling, er økende.

Bistand til grupper

Omfattende og langvarige omstillingsprosesser har i hele 2010 stilt store krav til mange grupper, mens andre har vært mindre berørt av endring. Der mye skal omgjøres, settes sammen på nye måter, utforskes, undersøkes og utprøves, oppstår mange utfordringer som skal håndteres samtidig. En del grupper opplever stimulans, energi og økt interesse i forbindelse med omlegging fra bunnen av. Arbeidsmiljøavdelingen har bistått grupper med fasilitering av endringsprosessen, og gitt hjelp med å bruke verktøy for å stimulere til kreativitet og nyskaping.

Noen grupper sliter med å få ting på plass. De har hatt behov for støtte underveis mens de finner ut av ny organisering og nye samarbeidsformer samtidig som hverdagens oppgaver skal gjennomføres.

Omstillinger har forårsaket at kjente oppgaver må fordeles på nye måter eller fjernes, og at rollefordeling forskyves. Vi har gitt faglige innspill til grupper for å finne løsninger blant annet når det gnisser i samarbeidet, når det er skuffelser og uttalte og uutalte forventninger. Det har vært behov for veiledning når det blir utakt i informasjon, ujevn fordeling av belastninger, frustrasjon over mangelfull eller forvirrende kommunikasjon.

Noen grupper søker støtte for å få bearbeidet opplevelse av urettferdig behandling, åpen og fordekt konkurranse som påvirker samspillet negativt, misnøye med nye ledelsesformer og når konflikter må håndteres.

Bistand til ledere

I løpet av 2010 har det som kjennetegner lederrollen endret seg for mange ledere. I tillegg til å styre og inspirere, stilles det økende krav til oppgaver rettet mot administrasjon. Ledere skal i større grad enn tidligere ha oversikt over, rapportere om, følge opp fungering, produksjon, arbeidsmiljø, bemanning og økonomi. Dette går ofte på bekostning av tilstedeværelse for de ansatte. Noen ledere har søkt bistand for å revurdere egen lederrolle. Andre har vært henvist for å gjennomgå områder av sin fungering som ikke er optimal. Ikke alle ledere klarer å omstille seg til nye krav i et tempo de selv eller andre er tilfreds med.

Bistand har vært med på å avlaste og reorientere overarbeidede, usikre, slitne, frustrerte, stressede og skuffede ledere i søken etter nye håndteringsmåter. De har fått faglig bistand til ulike sider av lederrollen. Blant annet til å rydde i sine tanker, gjenskape sin lederidentitet, forbedre sin kommunikasjonsstil og påvirkningsevne, se problemene fra nye synsvinkler, og takle krevende ansatte på en bedre måte.

Bistand i forbindelse med roller

Omorganisering påvirker forventninger til og innhold i roller og hvordan samarbeidet skal fungere. Underveis mot nye arbeidsformer kan ansatte oppleve usikkerhet i sin faglige identitet, og sin samhandlingsstil med nye ledere og kolleger. Ledere har spesielt hatt nytte av å revurdere innholdet i lederrollen. I løpet av 2010 har rollen beveget seg vekk fra den tradisjonelle vekt på omsorg og mer over mot administrasjon. For noen ledere har kontrollspennet økt. Ledere kan ha ansvar for ansatte fra flere sykehus der forventninger til lederatferd har ulik bakgrunn, og overganger kan skape misnøye og frustrasjon.

Arbetsmiljøavdelingen har bistått ansatte med å finne ut av nye roller, takle uvante samarbeidsformer, forholde seg til nye lederstiler. Samtaler, veiledning og gruppeprosesser er til hjelp med å mestre samspill, oppklare misforståelser, forbedre kommunikasjonsstil og finne en bedre hverdag under nye omstendigheter.

Bistand med konflikter og konflikthåndtering

Konflikter kan spille negativt inn i arbeidsmiljøet. De belaster samarbeidsforholdet på arbeidsplassen og kan være en psykisk belastning for noen. Ledere har ansvar for å håndtere konflikter. De skal overvåke gode konflikter som stimulerer og utfordrer, og aktivt håndtere konflikter som er destruktive for arbeidsmiljøet eller den enkelte. Arbeidsmiljøavdelingen har bistått med klargjøring av situasjoner, utforskning av alternative tolkninger og gitt innspill til midlertidige og varige løsninger. Ledere som vil ta tak i konfliktstoff har fått veiledning for å finne måter å endre en negativ utvikling eller å intervensere i betente situasjoner.

Arbetsmiljøavdelingen har blitt bedt om å bistå grupper som er i konflikt, og i 2010 er 5 avdelinger fulgt opp over tid. Vi har hatt fokus på samarbeid og kommunikasjon. Bistanden har bestått i aktiv deltakelse på personalmøter for å fremme kreativ problemløsning, regelmessige samtaler med leder og verneombud, ledercoaching, undervisning om kommunikasjon og kultur, lederteamsamlinger, rolleavklaringer, utarbeiding av samspillsregler, samt arbeidsmiljøkartlegging gjennom intervjuer/samtaler og personalmøter.

Arbetsmiljøavdelingen har også vært rådgivere for HR i forbindelse med spesielt krevende konfliktsaker som har utviklet seg over tid, og der håndtering må ivareta formelle krav og ta hensyn til flere parter.

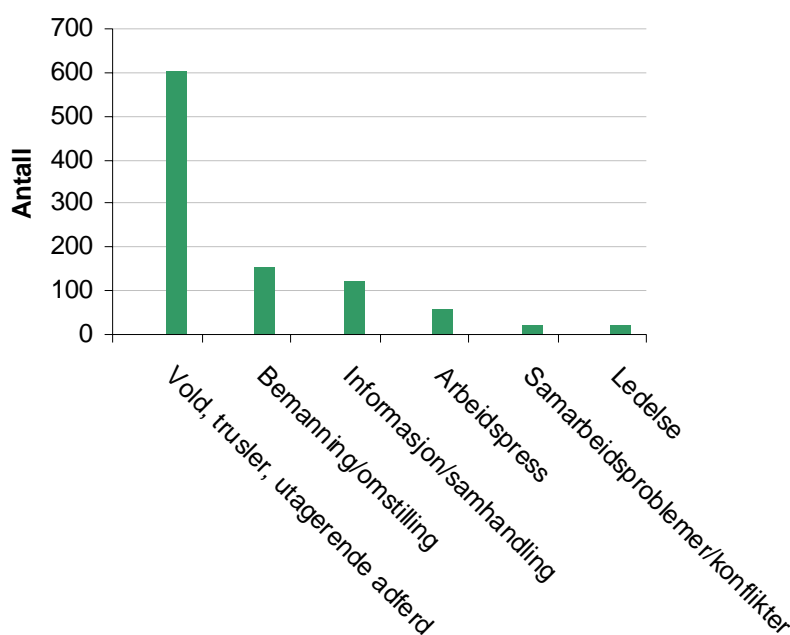
Det er undervist i konflikthåndtering på 7 HMS-grunnkurs og på 9 HMS-lederkurs.

Bistand ved omstilling

Omstilling har preget hele organisasjonen i 2010, og dette vil fortsette i 2011. Arbeidsmiljøavdelingen har bistått systemrettet med utvikling av prosedyrer og sjekklister i omstillingsarbeidet. Utover dette bistått i prosjektarbeid og i prosesser. Vi har deltatt med foredrag og innspill om endringsprosesser på samlinger og fagdager for avdelinger og enheter. Det er også gjennomført undervisning på 7 HMS-grunnkurs og 9 HMS-lederkurs der omstilling og endring, inkludert fusjoner og tilknyttede temaer har vært sentrale elementer. Vektlagt er blant annet behov for kulturintegrasjon, å skape et felles "vi" og å bygge på det beste fra alle miljøer.

Det er også holdt ledersamlinger, verneombudsamlinger, avdelingssamlinger og personalmøter om omstilling, også spisset mot endringsmestring og stressmestring. Det har vært et tilbud om undervisning om omstilling og endring for ledere, tillitsvalgte og verneombud samt et åpent kurs om endringsmestring og stressmestring for alle ansatte. Det er gitt bistand i prosjekter og omstillingsprosesser i flere sammenslåtte enheter.

Meldte HMS-avvik



Avvik relatert til psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø kan ha alvorlige konsekvenser. Dette gjelder avvikskategoriene ”Bemanning/omstilling”, ”Informasjon/samhandling” og ”Arbeidspress”. Omstilling og manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser er arbeidsmiljøproblematikk som er nevnt i flere sammenhenger i denne rapporten (”God vakt”). Presset på de ansatte er stort, og dette vises også i meldte avvik. Som oftest gjelder disse avvikene ikke en enkeltepisode, men beskriver en situasjon som har foregått over tid.



































































Avviksoversikten inneholder også temaområdet ”samarbeid og kommunikasjon”. Avvikene beskriver mangelfullt tverrfaglig samarbeid, bruk av vikarer som ikke er kjent med de lokale forholdene, ledere og nøkkelmedarbeidere som er mye borte på møter i forbindelse med omstilling, samt lite tid til gjensidig informering og overlapp på grunn av arbeidspress.

Det er meldt 1.272 skader på ansatte, hvorav hele 602 skyldes ”vold, trusler eller utagerende atferd” fra pasienter. Dette utgjør omtrent en fjerdedel av alle meldte HMS-avvik. Det kan tyde på en god meldekultur og representerer samtidig et reelt høyt antall hendelser der ansatte er utsatt for vold og trusler. De fleste av disse har ingen eller mindre alvorlige reelle konsekvenser, men det er en god del (82) som har moderat eller betydelige konsekvenser, og over 200 som potensielt kunne forårsake moderat skade, betydelig skade eller unaturlig dødsfall. Erfaringen tilsier også at flere tilfeller av moderat skade kan ha en akkumulativ effekt som viser seg først senere med mer alvorlige symptomer. Dette er en situasjon som ansatte spesielt innenfor rus og psykiatri er utsatt for i løpet av arbeidslivet.

Arbeidsmiljøavdelingen opplever at vold, trusler og utagerende atferd fra pasienter i varierende grad tas på alvor. Avvikene tyder på behov for større oppmerksomhet på både forebygging for å unngå slike uønskede hendelser og oppfølging av ansatte i etterkant. Det er ikke betryggende at så mange som halvparten av disse avvikene blir regnet som påregnelig risiko eller forårsaket av forhold utenfor ens kontroll, mens bare et lite antall (42) tilskrives forhold hvor opplæring, prosedyrer, ressurser eller fysisk utforming kan hjelpe. At de resterende ikke er gitt noen systemårsak tyder på behov for en grundigere gjennomgang etter slike hendelser. Det er vanskelig å arbeide forebyggende når årsaksforholdene ikke er kartlagt.

Arbeidsmiljøavdelingens vurdering

Det har vært krevende omstillingsprosesser i 2010. Ca. 20.000 ansatte skal være med å bygge nye klinikker og en ny organisasjon. Faggrupper omskapes, sammenslås, omplasseres, og skal etablere samarbeidsformer på flere lokalisasjoner. I skjemaet er det tatt hensyn til bredden i opplevelsen. På slutten av 2010 er situasjonen på det psykososiale området i OUS sammensatt og ustadig. Mange utfordringer på det psykososiale området er identifisert, vurdert, under korrigering eller i utvikling. Tiltakene kan være satt i gang, men forbedringer kan være vanskelig å spore. Uforutsette endringer kan virke inn eller at den enkelte leder råder ikke over forutsetningene for å få til effekten av arbeidsmiljøtiltak. Det er ikke gjennomført medarbeiderundersøkelse i 2010. Nyttige fakta og detaljer om det psykososiale arbeidsmiljøet er uteblitt. Dette påvirker evalueringene.

| | PHA | MED | KKN | KVB | KRK | HLK | SMK | AKU | KDI | OSS | STA |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ansvarsforhold |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Medvirkning |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kommunikasjon |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Informasjon |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Samarbeid |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Teamarbeid |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| | PHA | MED | KKN | KVB | KRK | HLK | SMK | AKU | KDI | OSS | STA |
|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Omstilling | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Kompetanseutvikling | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Arbeidspress | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Arbeidsglede | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Andre forhold | | ● | | ● | | ● | ● | ● | | | |

Under punktet **Andre forhold** er det tatt med at flere klinikker er nedslitte og har trange lokaler. Plassmangelen virker inn på opplevd kvalitet i arbeidsmiljøet og til tider oppleves det som et stort problem. Samt at plassmangel også kan gi korridorpasienter.

11. Inkluderende arbeidsliv



AML § 4-6. Særlig om tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne

(1) Hvis en arbeidstaker har fått redusert arbeidsevne som følge av ulykke, sykdom, slitasje e.l., skal arbeidsgiver, så langt det er mulig, iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker skal kunne beholde eller få et passende arbeid. Arbeidstaker skal fortrinnsvis gis anledning til å fortsette i sitt vanlige arbeid, eventuelt etter særskilt tilrettelegging av arbeidet eller arbeidstiden, endringer i arbeidsutstyr, gjennomgått attføring e.l.

(2) Dersom det i medhold av første ledd er aktuelt å overføre en arbeidstaker til annet arbeid, skal arbeidstaker og arbeidstakers tillitsvalgte tas med på råd før saken avgjøres.

(3) Arbeidsgiver skal i samråd med arbeidstaker utarbeide oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeid i forbindelse med ulykke, sykdom, slitasje eller lignende, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Arbeidet med oppfølgingsplan skal starte så tidlig som mulig, og planen skal være utarbeidet senest når arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet i seks uker. Oppfølgingsplanen skal inneholde en vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne. Planen skal også inneholde aktuelle tiltak i arbeidsgivers regi, aktuelle tiltak med bistand fra myndighetene og plan for videre oppfølging.

(4) Arbeidsgiver skal innkalle arbeidstaker til dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen senest innen tolv uker etter at arbeidstaker har vært helt borte fra arbeidet som følge av ulykke, sykdom, slitasje eller lignende, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Bedriftshelsetjenesten skal være representert i møtet. Dersom både arbeidsgiver og arbeidstaker, eller arbeidstaker alene ønsker det, skal legen eller annen sykmeldende behandler delta i møtet, jf. Folketrygdlovens § 25-5- første ledd andre punktum. Arbeidsgiver skal gi skriftlig melding om dialogmøtet til Arbeids- og velferdsetaten (NAV)

§ 2-3. Arbeidstakers medvirkningsplikt

2(f) Arbeidstaker skal medvirke ved utarbeiding og gjennomføring av oppfølgingsplaner ved helt eller delvis fravær fra arbeidet på grunn av ulykke, sykdom, slitasje eller lignende.

2(g) Arbeidstaker skal delta i dialogmøte etter innkalling fra arbeidsgiver.

§ 3-1. Krav til systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid

(2) Systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid innebærer at arbeidsgiver skal:

f) sørge for systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær,

De tre tidligere HF-ene hadde inngått IA-avtaler for perioden 2006-2009. I februar 2010 ble det inngått ny IA-avtale mellom myndighetene og partene i arbeidslivet for perioden 2010-2013. OUS vil undertegne ny avtale i 2011. IA- avtalens overordnede mål er for perioden 2010 – 2013:

Å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt å hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.

IA- avtalens tre delmål på nasjonalt nivå er:

- 1) 20 % sykefraværreduksjon i forhold til 2. kvartal 2001
- 2) økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne
- 3) yrkesaktivitet etter fylte 50 år forlenges med seks måneder (sammenlignet med 2009)

I forhold til disse tre delmålene skal OUS utarbeide konkrete handlingsplaner.

Inkluderende arbeidsliv har som hovedmål å gi plass til alle som kan og vil arbeide. Dette innebærer å arbeide for å forebygge at ansatte utvikler helseproblemer og eventuelt sykefravær. Videre skal arbeidsgiver aktivt følge opp sykmeldte ansatte, og den ansatte er forpliktet til selv å bidra til å finne løsninger mht. tilrettelegging av arbeidssituasjonen. Målsettingen er å fokusere på tilrettelegging av arbeidet slik at den ansatte kan komme på arbeidet med ”den friske delen” i stedet for å være hjemme med ”den syke delen”. Arbeidsgiver skal også legge til rette for at eldre ansatte blir værende lengst mulig i jobb.

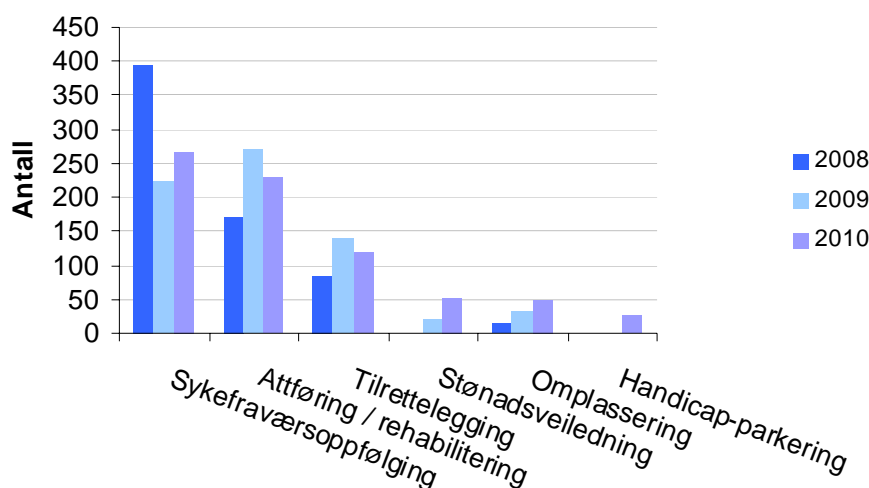
Inkluderende Arbeidsliv er en integrert del av det systematiske HMS- arbeidet. Dette er således et lederansvar, der Arbeidsmiljøavdelingen kan være rådgivere og støttespillere.

IA- utvalget som er et underutvalg av AMU ble konstituert sommeren 2010. Arbeidsmiljøavdelingen deltar med to rådgivere (bedriftsoverleger) og en sekretær (attføringskonsulent).

Arbeidsmiljøavdelingens bistand

Den nye IA- avtalen stiller krav om at det må utarbeides handlingsplan for Inkluderende Arbeidsliv i virksomheten innen 12 uker etter at ny avtale er undertegnet. IA- utvalget har nedsatt en partssammensatt gruppe som skal komme med forslag til slik handlingsplan. Arbeidsmiljøavdelingen deltar med tre personer i dette arbeidet.

Arbeidsmiljøavdelingen har utarbeidet prosedyren for sykefraværsoppfølging og attføring, som er lagt inn som styrende dokument på nivå 1 i eHåndboken. Tidspunktene for oppfølging som er oppført her, er i samsvar med lovendringene som kom 1.mars 2007, og med tidspunktene i sykefraværs- oppfølgingsverktøyet som ligger i Personalportalen. Arbeidsgivers ansvar for oppfølging av sykmeldt ansatt ligger hos nærmeste leder med lønns- og personalansvar. Arbeidsmiljøavdelingen kan bistå ledere, ansatte, verneombud og tillitsvalgte i dette arbeidet.



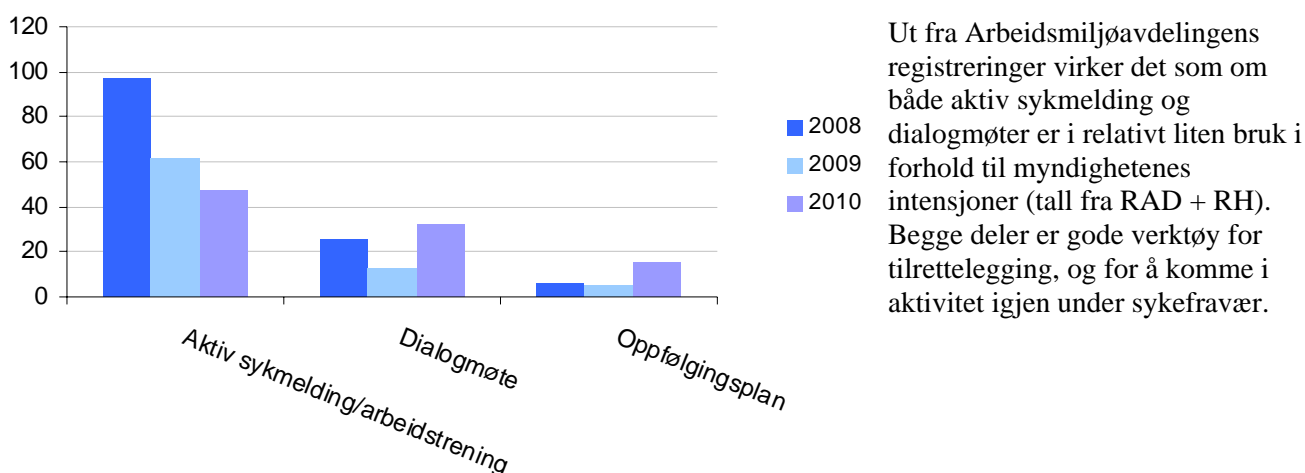
Ansatte og ledere tok ofte kontakt med Arbeidsmiljøavdelingen i 2010 for å få bistand til attføring/rehabilitering og sykefraværsoppfølging, og for å få hjelp til tilrettelegging eller omplassering til annet arbeid pga. helseproblemer. Totaltallet holder seg relativt stabilt i perioden 2008-2010 (tall fra RAD + RH).

Mulighetene som ligger i den reviderte sykmeldingsblanketten fra 2008 er ikke fullt utnyttet. Den skulle:

- bidra til bedre kommunikasjon mellom sykmeldende lege og arbeidsplassen
- bidra til bruk av "avventende sykmelding" hvor sykmeldende lege melder fra om behov for tilrettelegging for å unngå sykmelding. Hvis arbeidsgiver kan tilrettelegge tilstrekkelig, blir ikke den ansatte sykmeldt. Hvis tilrettelegging ikke er mulig, skal sykmeldende lege ved behov sykmelde.

Det er ikke gjort noen systematisk kartlegging, men inntrykk vi sitter igjen med etter HMS-lederopplæringen, er at "Avventende sykmelding" er lite brukt. Dette kan ikke tilskrives forhold i OUS, det er sykmeldende lege som har ansvar for dette. Det er også vårt inntrykk at bruk av sykmeldingsblankettens bakside som kommunikasjonsverktøy mellom arbeidsgiver og sykmeldende lege, er lite brukt. Her kan ledere i OUS utnytte denne muligheten bedre. Dette er et godt verktøy, som med fordel kan utnyttes og brukes i større grad.

NAV fungerer ikke etter intensjonene/forventningene, og det merker Arbeidsmiljøavdelingen også i sitt arbeid. Mange sykmeldte ansatte får ikke den veiledningen de har behov for, og rett på, fra NAV. Mange har også problemer med å få kontakt med sin saksbehandler, og får ikke svar på sine søknader innen rimelig tid. Dette medfører stor bekymring hos berørte ansatte. En del ledere bruker mye tid på å forsøke å hjelpe sine sykmeldte ansatte med å få klarhet i stønadsforholdene, og noen av henvendelsene kommer videre til Arbeidsmiljøavdelingen. Det er derfor en del saker hvor vi finner det hensiktsmessig å ta kontakt med NAV for å hjelpe den ansatte å få stønadsforholdene avklart. Dette hadde ikke vært nødvendig å bruke så mye tid på dersom NAV hadde fungert som det var tenkt. Vi ser det som hensiktsmessig å bistå her, fordi de sykmeldte ansatte dette gjelder bruker mye energi på denne bekymringen, som heller skulle vært brukt på bestrebelsen å bli frisk og å komme tilbake i arbeid. Rubrikken "Stønadsveiledning" er et uttrykk for litt av denne bistanden.



Ut fra Arbeidsmiljøavdelingens registreringer virker det som om både aktiv sykmelding og dialogmøter er i relativt liten bruk i forhold til myndighetenes intensjoner (tall fra RAD + RH). Begge deler er gode verktøy for tilrettelegging, og for å komme i aktivitet igjen under sykefravær.

OUS sine rutiner for oppfølging av sykmeldte er nøye beskrevet i prosedyren i eHåndboken, men det er fremdeles vårt inntrykk at den ikke følges godt nok i alle avdelinger. Dette oppdager vi eksempelvis når vi ikke blir innkalt til dialogmøte når den ansatte har vært helt sykmeldt i 12 uker, og når vi så blir trukket inn i sakene på et senere tidspunkt. Det er da ikke sjelden at saken har ”rotet seg til” og er blitt vanskeligere å finne en god løsning på. Når Arbeidsmiljøavdelingen har så lav registrering på deltakelse i dialogmøter, stiller vi spørsmål om dette skyldes at arbeidsgiver glemmer å innkalle oss, eller om det er et uttrykk for at dialogmøter ved 12 ukers sykefravær ikke holdes. Det har ikke lyktes oss å få oversikt over dette.

Ved sykmeldinger er det hensiktsmessig å komme inn med tiltak i tidlig fase, og derfor mener vi dialogmøter er hensiktsmessig, og at Arbeidsmiljøavdelingens kompetanse her kan gi et nyttig bidrag.

Vi har, i samarbeid med NAV arbeidslivssenter, oppdaget at det er en stor ”systemsvikt” mellom det adressesystemet som NAV bruker for å innkalle til dialogmøter ved sykmelding etter 6 måneder, og interne adressesystemer i OUS. Dette innebærer at innkallinger til disse møtene ofte ikke kommer frem til riktig leder, og de ansatte går glipp av et viktig møte i forhold til NAV og bistand i saken videre. Vi har tatt initiativ i håp om at OUS og NAV kan arbeide for å få en bedre ordening på dette. Vi har forståelse for at dette vil være en omfattende og krevende prosess.

Når det gjelder IA-avtalens delmål 2, å beholde og rekruttere personer med redusert funksjonsevne, er det vårt inntrykk at dette er blitt vanskeligere i den krevende omstillingsprosessen OUS er inne i. Vi har ikke tall for dette, men har inntrykk av at økende fokus på økonomi, innsparinger og effektivisering, gir seg utslag i at de enkelte avdelingene får færre muligheter til å tilrettelegge for ansatte som har behov for det. Det blir også vanskeligere å få til omplasseringer utenfor egen avdeling fordi ”alle har nok med sine egne”. Store omstillinger, nedskjæringer og det arbeidet som dette medfører for ledere har ført til at IA-arbeidet ikke har blitt så prioritert som ønsket. Dette kan være en av årsakene til at sykmeldte ansatte går lenger sykemeldt, før leder griper tak i saken og søker råd hos oss. Ubalanse mellom oppgaver og ressurser kan også føre til at det stilles større krav til hver enkelt ansatt når det gjelder yteevne. Dette kan presse ansatte ut i sykmelding, og gjøre omplassering av yrkeshemmede ansatte i passende stillinger krevende.

Når det gjelder IA-avtalens delmål 3, (yrkesaktivitet etter fylte 50 år forlenges med seks måneder sammenlignet med 2009), har vi heller ikke her tall. Men vårt inntrykk er at omstillingsprosessen har ført til at en del godt voksne ansatte ikke har funnet seg til rette i den nye organisasjonen fordi deres tidligere lederfunksjoner er falt bort, og de har derfor valgt å slutte.

Det er mange som har forventning om at en stor inkluderende arbeidslivsbedrift som OUS bør kunne få til mye i egen organisasjon. Som oftest er det imidlertid ikke viljen, men mulighetene for å få til vellykkede omplasseringer som er problemet. Der hvor det er snakk om omplassering pga. tungt fysisk arbeid og den ansatte ofte ikke har så høy formalkompetanse, og også kan ha dårlige kunnskaper i norsk, er det et begrenset antall stillinger som er aktuelle. Og der hvor det er snakk om omplassering innenfor stillinger med høy formalkompetanse, er ofte stillingene som kunne være aktuelle så krevende både mht. kompetanse og arbeidsmengde, hvis det i det hele tatt finnes slike ledige stillinger, at også dette blir vanskelig.

Gjennom året har Arbeidsmiljøavdelingen bistått med undervisning om IA- arbeid og oppfølging av sykmeldte, i hele foretaket. Dette er tema både på HMS-grunnopplæring og HMS-lederopplæring. Det har også vært holdt kurs for mindre grupper og avdelingsvis, etter anmodning.

En del ansatte trenger parkeringsplass for bevegelseshemmede på sykehusets område for kortere eller lengre tid, med kort gangavstand til arbeidsstedet. Bedriftsoverlegen skriver her en anbefaling til de som deler ut parkeringsbevis. For mange bidrar muligheten til å parkere med kort gangavstand til arbeidet, til at de kan være i jobb fremfor å gå sykmeldt. Denne muligheten er derfor et viktig tilretteleggingstiltak fra arbeidsgivers side, for å redusere sykefraværet.

Måleindikatorer

| | Totalt | Langtids- fravær | Korttids- fravær | Beskrivelse |
|-----------------|--------|---------------------|---------------------|---|
| OUS 2010 | 7,3 % | 4,9 % | 2,4 % | Fraværet totalt sett i OUS er omtrent som landsgjennomsnittet for sykehus. |
| PHA 2010 | 8,0 % | 5,4 % | 2,6 % | Det klinikkvise fraværet varierer betydelig, mens forholdet mellom langtids- og korttidsfravær ser ut til å variere proporsjonalt. Langtidsfravær utgjør naturlig hoveddelen av fraværet. Variasjonen i sykefraværet kan ha mange årsaker, blant annet type arbeid, motivasjon, kulturelle faktorer, ledelse, psykososialt og fysisk arbeidsmiljø, autonomi etc. Tradisjonelt har gruppene med mye fysisk/manuelt arbeid (for eksempel OSS) høyere fravær sammenliknet med kontorarbeid (for eksempel Stab). For de kliniske enhetene er sykefraværet høyest i PHA og AKU, men arbeidets karakter her skiller seg også noe fra de andre klinikkene. |
| MED 2010 | 6,8 % | 4,6 % | 2,2 % | |
| KKN 2010 | 7,2 % | 4,9 % | 2,3 % | |
| KVB 2010 | 6,8 % | 4,6 % | 2,1 % | |
| KRK 2010 | 6,4 % | 4,3 % | 2,1 % | |
| HLK 2010 | 6,5 % | 4,5 % | 1,9 % | |
| SMK 2010 | 6,8 % | 4,5 % | 2,3 % | |
| AKU 2010 | 7,9 % | 5,3 % | 2,6 % | |
| KDI 2010 | 6,3 % | 4,0 % | 2,4 % | |
| OSS 2010 | 10,0 % | 6,7 % | 3,4 % | |
| STA 2010 | 3,5 % | 2,4 % | 1,1 % | |

Arbeidsmiljøavdelingens vurdering

Sykefravær/sykefraværsoppfølging:

Arbeidsmiljøavdelingen har ikke nok detaljkunnskap om hvordan enhetene følger opp de som er sykmeldt, til å kunne gi klinikkvis vurdering av dette.

Vurderingene nedenfor gjøres derfor i forhold til det prosentvise sykefraværet.

Klinikker med fravær >0,5 % under gjennomsnitt får grønt (<6,8 % sykefravær). Klinikker med >0,5 % over gjennomsnittet får orange (>7,8 % sykefravær). OSS kunne vært rød, men Arbeidsmiljøavdelingens erfaring er at det jobbes mye med å få ned fravær i denne klinikken. For klinikkene som ligger mer enn 0,5 % over gjennomsnittet må man anta at det er et visst potensiale for reduksjon ved ytterligere fokus på sykefraværsoppfølging. En mulighet kan være å ta opp problemstillingen i klinikk-AMU

Inkluderende arbeidsliv:

Omorganisering, nedbemanning og nedtrekk gjør tilrettelegging i IA-saker og tilrettelegging for gravide vanskelig i alle klinikker og også stab. Sykehuset har ingen sentral strategi for omplassering av gravide på tvers av avdelinger på klinikknivå og heller ikke for omplassering på tvers av klinikker. PHA har fått orange på bakgrunn av tilbakemeldinger Arbeidsmiljøavdelingen har fått i forbindelse med enkeltsaker.

Andre forhold:

Med andre forhold menes særlig omorganiserings- og overføringsprosjektene som i betydelig grad mange steder kan påvirke sykefraværet og turnover inkludert "intention to leave". Klinikkerne bør være oppmerksomme på faren for kompetanseflukt og rekrutteringsproblematikk i tillegg til arbeidet med sykefravær og tilrettelegging. Svært få steder satses det, eller tenkes det langsiktig med henblikk på rekrutteringsstrategi. Det er en betydelig utfordring å kommunisere behovet for endringene nedover i organisasjonen og i de enkelte klinikker. Manglende forståelse for endringene kan virke inn på motivasjon og lojalitet hos de ansatte.

| | PHA | MED | KKN | KVB | KKR | HLK | SMK | AKU | KDI | OSS | STA |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sykefravær / sykefraværsoppfølging |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inkluderende arbeidsliv |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Andre forhold |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

12. Smittevern



AML § 4-5. Særlig om kjemisk og biologisk helsefare

(1) Ved håndtering av kjemikalier eller biologisk materiale skal arbeidsmiljøet være tilrettelagt slik at arbeidstaker er sikret mot ulykker, helseskader og særlig ubehag. Kjemikalier og biologisk materiale skal fremstilles, pakkes, brukes og oppbevares slik at arbeidstaker ikke utsettes for helsefare.

(2) Kjemikalier og biologisk materiale som kan innebære helsefare, skal ikke brukes dersom de kan erstattes med andre eller med en annen prosess som er mindre farlig for arbeidstakerne.

(3) Virksomheten skal ha nødvendige rutiner og utstyr for å hindre eller motvirke helseskader på grunn av kjemikalier eller biologisk materiale.

(4) Virksomheten skal føre kartotek over farlige kjemikalier og biologisk materiale. Kartoteket skal blant annet opplyse om fysiske, kjemiske og helseskadelige egenskaper, forebyggende veretiltak og førstehjelpsbehandling. Beholdere og emballasje for kjemikalier og biologisk materiale skal være tydelig merket med navn, sammensetning og

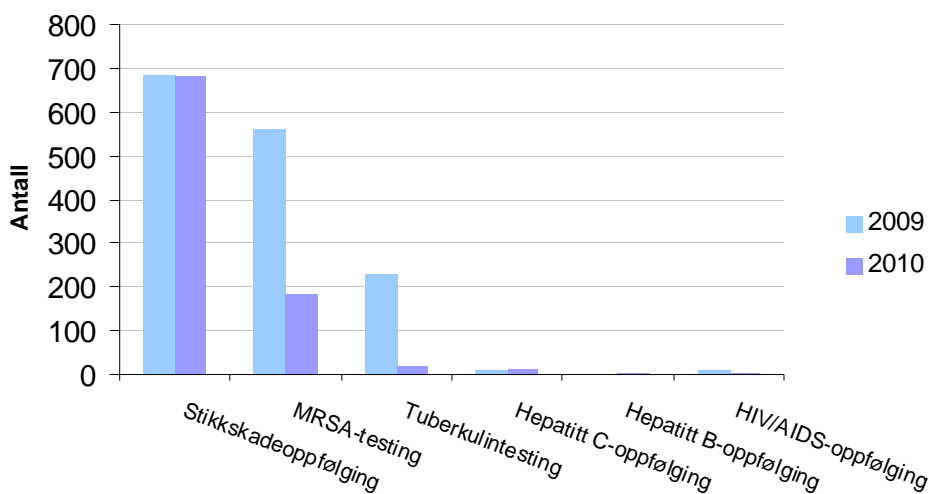
advarsel på norsk.

(5) Arbeidstilsynet kan i det enkelte tilfelle helt eller delvis gjøre unntak fra reglene i denne paragraf i forbindelse med forsknings- og analysearbeid e.l.

(6) Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen av kravene i denne paragraf, og kan herunder bestemme at det skal føres register over arbeidstakere som eksponeres for bestemte kjemikalier eller biologisk materiale.

Hvert år er det en rekke ansatte som stikker/skjærer seg eller eksponeres for blod/kroppsvæsker med mulig smittefare. Noen utsettes for luftsmitte eller kontaktsmitte i forbindelse med pasientarbeid. Arbeidsmiljøavdelingens smittevernarbeid bidrar til å forebygge sykehusinfeksjoner og til å redusere smitte av ansatte.

Arbeidsmiljøavdelingens bistand

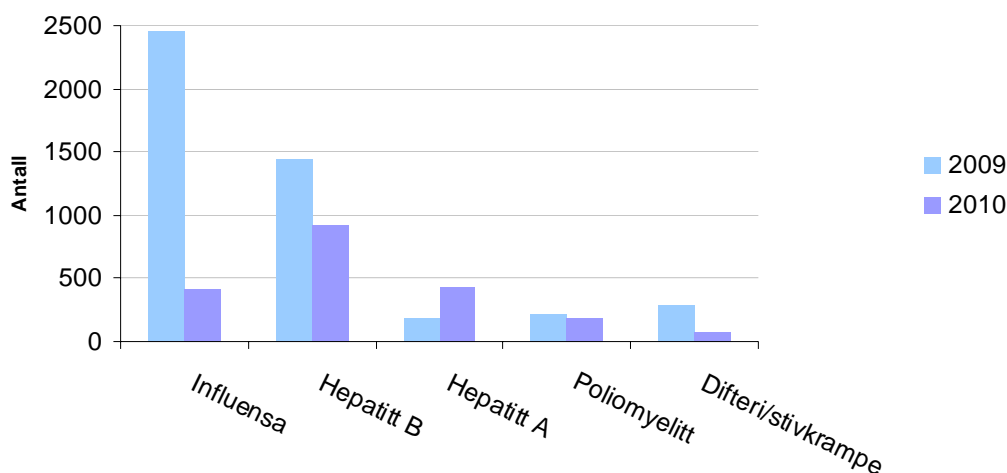


Antallet stikkskadeoppfølginger er likt i 2009 og 2010. Arbeidsmiljøavdelingen har inntrykk av at det fortsatt er en del stikkskader som ikke blir meldt. Noe av dette kan skyldes innføring av nytt felles oppfølgingssystem med stikkskadekonvolutter, og noe nytt elektronisk avvikssystem. Informasjon og kunnskap om dette har enda ikke nådd ut til alle. Vi regner med at dette bedrer seg når de nye systemene blir bedre innarbeidet.

Det har vært en økning i hepatitt-B og hepatitt-C positive pasienter i 2010. Dette bidrar til økt smitterisiko for de ansatte, og medfører at de må følges tettere opp med vaksinerings, prøvetaking etc. Det er også en ekstra psykisk belastning med angst og usikkerhet relatert til at man muligens har blitt smittet.

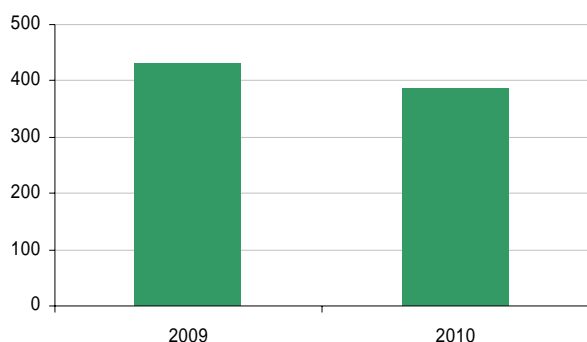
MRSA-testing og miljøundersøkelsene etter tuberkuloseeksponering varierer fra år til år, avhengig av tilfeldige variasjoner i antall innlagte pasienter med MRSA og tuberkulose.

Fordeling av forebyggende vaksinasjoner:



Arbeidsmiljøavdelingen bistår med forebyggende vaksineringsrelatert til arbeidssituasjon; hovedsakelig hepatittvaksineringsrelatert. I 2009 ble det gjort en særskilt innsats relatert til svineinfluensaepidemien, mens i 2010 har vi kun bistått OSS med influensavaksineringsrelatert.

Meldte HMS-avvik



Grafen viser meldte stikk- og kuttskader, og det sees en svak nedgang fra 2009 til 2010. Som nevnt tidligere anser vi at det er noe underreportering av stikkskader, og at denne nedgangen derfor ikke anses reell. Generelt kan vi si at antallet stikkskader kan ha sammenheng med høy arbeidsmengde og tidspress som gir risiko for flere feilhandlinger. Vi har også fått informasjon om at underbemanning har ført til stress og derav følgende stikkskader.

Pasientrommet er det stedet hvor det skjer flest stikkskader. Her foregår injeksjoner, blodprøvetaking ol. Medvirkende årsak til stikkskadene kan være trange


arbeidsforhold. Sykepleiere er den gruppen som stikker seg mest, fulgt av bioingeniører. Disse gruppene har mange arbeidsoppgaver som innebærer stikk ol.

Måleindikatorer

| | 2008 | 2009 | 2010 | Beskrivelse |
|--|------|------|------|---------------------------------|
| Antall smittede ansatte etter stikkskader | 0 | 0 | 0 | Ingen har blitt smittet i 2010. |
| Antall smittede ansatte etter tuberkuloseeksponering | 0 | 0 | 0 | |

Arbeidsmiljøavdelingens vurdering

Vi har tatt utgangspunkt i faktisk innmeldte stikkskader fra klinikkene i 2010, og hvor arbeidsplassene med hyppigst stikkskader er lokalisert. Det skjer flest stikkskader i klinikkene med flest invasive prosedyrer. De har også flest akutte situasjoner hvor det iblant ikke blir tid nok til gode sikkerhetsrutiner.

| | PHA | MED | KKN | KVB | KKR | HLK | SMK | AKU | KDI | OSS | STA |
|-------------------|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Smittesisiko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sikkerhetsrutiner |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Stikkskader |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

13. Arbeidsrelatert sykdom



AML § 5-1. Registrering av skader og sykdommer

- (1) Arbeidsgiver skal sørge for registrering av alle personskader som oppstår under utførelse av arbeid. Det samme gjelder sykdom som antas å ha sin grunn i arbeidet eller forholdene på arbeidsplassen.
- (2) Registeret må ikke inneholde medisinske opplysninger av personlig karakter med mindre den opplysningene gjelder har samtykket. Arbeidsgiver har taushetsplikt om opplysninger om personlige forhold i registeret.
- (3) Registeret skal være tilgjengelig for Arbeidstilsynet, verneombud, bedriftshelsetjeneste og arbeidsmiljøutvalg.
- (4) Arbeidsgiver skal føre statistikk over sykefravær og fravær ved barns sykdom etter nærmere retningslinjer fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, jf. folketrygdløven § 25-2 første ledd.

§ 5-2. Arbeidsgivers varslings- og meldeplikt

- (1) Dersom arbeidstaker omkommer eller blir alvorlig skadet ved en arbeidsulykke, skal arbeidsgiver straks og på hurtigste måte varsle Arbeidstilsynet og nærmeste politimyndighet. Arbeidsgiver skal bekrefte varselet skriftlig. Verneombudet skal ha kopi av bekreftelsen.
- (3) Departementet kan gi forskrift om at arbeidsgiver skal gi melding til Arbeidstilsynet om:
- arbeidsulykke som det ikke kreves varsel om etter første eller andre ledd, herunder akutt forgiftning, og tilløp til slike ulykker,
 - sykdom som er eller kan være forårsaket av arbeidet eller forholdene på arbeidsplassen.

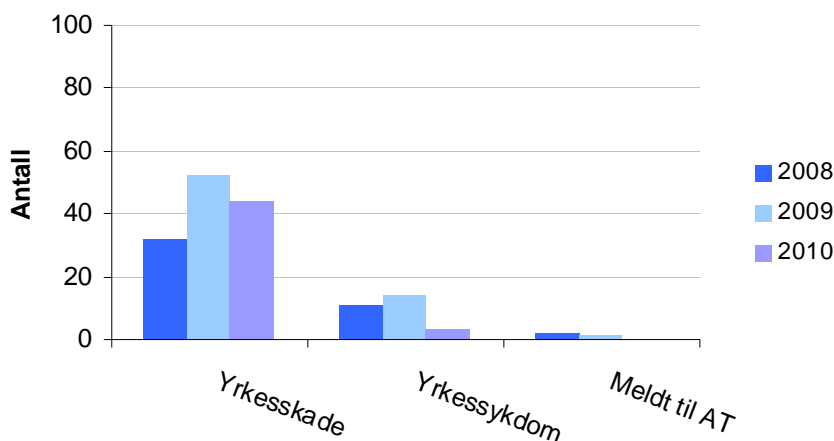
Det er en målsetting for Oslo universitetssykehus at ansatte ikke skal bli syke eller skadet av jobben sin. Arbeidsgiver har plikt til både å registrere og melde fra om arbeidsrelatert sykdom og skade til NAV, og i visse tilfeller til Arbeidstilsynet.

Med yrkesskade menes personskade, sykdom eller dødsfall som er en følge av arbeidsulykke. En sykdom kan også godkjennes som yrkessykdom, hvis den er en følge av skadelig påvirkning fra arbeidsmiljøet. Dette gjelder:

- Sykdommer som skyldes forgiftning eller annen kjemisk påvirkning.
- Allergiske og idiosynkratiske hud- og lungesykdommer.
- Sykdommer som skyldes strålingsenergi.
- Nedsatt hørsel som skyldes larm fra maskiner, verktøy, prosesser og annet.
- Lungesykdommer som skyldes påvirkning av finfordelte stoffer.
- Sykdommer som skyldes smitte.

Det bemerkes spesielt at muskel/skjelettsykdommer ikke godkjennes som yrkessykdom av NAV og forsikringsselskap, med mindre de er forårsaket av en plutselig og uventet hendelse og som sådan likestilles med yrkesskade. Likevel er det viktig for det forebyggende arbeidet at man som ansatt eller som leder bruker de muligheter rapporteringssystemer gir til å anføre arbeidsrelatert fravær, også for gruppen muskel- og skjelettlidelser.

Arbeidsmiljøavdelingens bistand



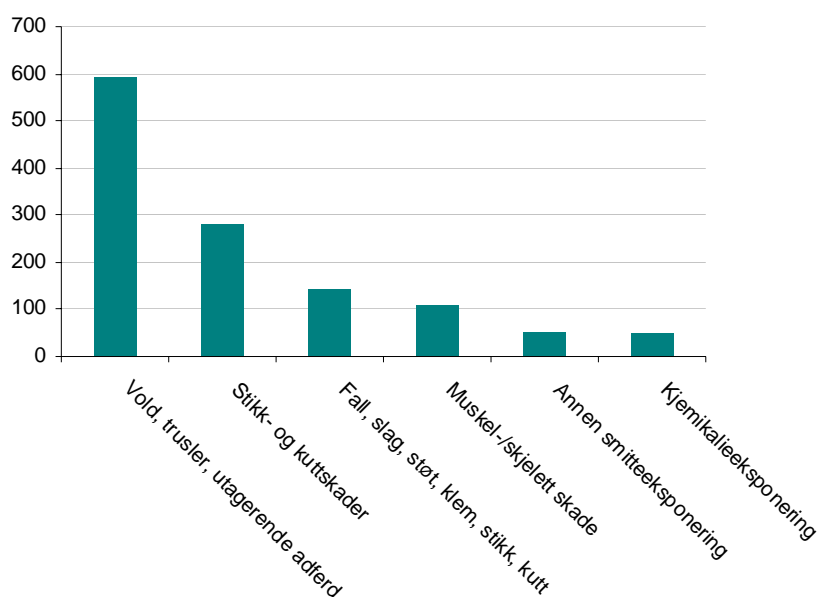
Figuren gir en oversikt over kontakter ansatte har hatt med Arbeidsmiljøavdelingen i forbindelse med helseplager som kan ha sammenheng med jobben. Den største diagnosegruppen var muskel / skjelettplager (tallene er fra RAD + RH).

Stikkskadeuhell og oppfølging etter vold/trusler er ikke tatt med i statistikken – disse er særskilt registrert og omtalt i kap. 10 og 12. Kontakter relatert til øvrig yrkesskade har i de fleste tilfellene hatt sammenheng med ulike typer fall og ulykker på arbeidet i form av skader på muskel og skjelettsystemet.

Det er vanskelig å tallfeste hvor stort det arbeidsrelaterte fraværet er. Arbeidsmiljøavdelingen ser bare en liten andel av dette. Erfaringene fra oppfølging av sykmeldte er at hovedårsakene er muskel/leddsmerter og lettere psykiske lidelser. Enkeltstående kortidsfravær (inntil 16 dager) skyldes i større grad overbelastninger i jobbsammenheng, og kan lettere avhjelpes med gode tilretteleggingstiltak. Mens det for de langtidssyke oftere er multifaktorielle årsaker, med kroniske plager som kan utløses av helt normale belastninger i arbeidet. For noen er ikke subjektiv helse bedret, selv etter lange sykmeldinger uten arbeidsbelastning. Å finne gode tilretteleggingstiltak kan da være vanskelig. Det er et mindretall som står for det meste av fraværet, mens flertallet er lite fraværende.

Arbeidsmiljøavdelingens aktivitet i forhold til yrkessykdom har holdt seg stabil fra 2009 til 2010. Kontakter vedrørende yrkessykdom har dels vært tidligere kjente tilfeller, dels nyoppstått sykdom. Det er ikke sendt melding til Arbeidstilsynet om yrkesskade/yrkessykdom i 2010. Leder melder yrkesskade til den ansattes NAV kontor og til OUS sitt forsikringsselskap. Arbeidsmiljøavdelingen kan gi råd her dersom leder og ansatt er usikker på rutinene. Ikke i noen av sakene vi har vurdert, har det vært nødvendig å be Arbeidstilsynet om å følge opp saken.

Meldte HMS-avvik



HMS-avvik med personskade for hele OUS.

Største enkeltgruppe er vold, trusler og utagerende atferd. Disse omtales nærmere i kap. 10. Stikk- kuttskader og annen smitteeksponering omtales i kap. 12. Muskel-skjelettskader er kommentert over, og er også omtalt i kapittel 7.

14. Klinikkvise vurderinger

PHA - Klinikk psykisk helse og avhengighet

Klinikken har i løpet av 2010 fått til en god struktur på klinikk-AMU arbeidet med et velfungerende arbeidsutvalg. Medlemmer av klinikk-AMU har deltatt på ½ dags AMU kurs i regi av Arbeidsmiljøavdelingen. Året har vært preget av omstilling, i tillegg til at deler av klinikken er virksomhetsoverdratt til Ahus fra 1/1-2011. Dette har gjort at mange ansatte har følt seg utrygge i forhold til ny jobb. Klinikk-AMU har diskutert de arbeidsmiljømessige konsekvensene med fokus på omstilling og arbeidsbelastning.

Kartlegginger har vist at klinikkene har noen utfordringer innenfor følgende områder:

- Rutiner og praksis for godt samarbeide mellom lokale leder og verneombud
- Opplæring i forhold til utfordring utagerende pasienter/vold mot ansatte
- Press på ledere, særlig på de laveste nivåer (pga. mengden av administrative oppgaver og rutiner)
- Dårlig vedlikehold av bygninger
- IKT systemer som ennå ikke er integrert

Klinikken har mange meldte avvik på skader på ansatte innenfor vold, trusler og utagerende adferd, noen av alvorlig karakter. Det har vært en del fokus på avviksbehandling med opplæring av verneombudene. Det vil bli fortsatt fokus på avvik, både hvilken på praksis og på læring gjennom å analysere årsaker til avvik, og bruke denne kunnskapen til å forebygge.

Klinikken vil også ha fokus på å skape et systematisk og kontinuerlig HMS-arbeid på alle nivåer. Klinikken HMS-dokumentasjon vil bli lagt ut på fellesområdet, det vil gi en bedre tilgjengelighet og sporing for alle ansatte.

MED - Medisinsk klinikk

Omstillingsarbeidet har preget 2010 for hele OUS, og dette gjelder i særlig grad Medisinsk klinikk. I tillegg til en krevende fusjonsprosess som også andre er mer eller mindre påvirket av, har Medisinsk klinikk hatt den store utfordringen at ca en tredjedel av sitt pasientgrunnlag skal overføres til Ahus og Vestre Viken. Konsekvensen er at et stort antall ansatte risikerer å bli overtallige.

Klinikken er bevisst betydningen av god ledelse i slike prosesser og har holdt felles ledersamlinger der eksempelvis endringsledelse og fusjonsprosesser er tema. Det gjennomføres studiebesøk og seminarer. Klinikken har satsset også bevisst på involvering av tillitsvalgte og verneombud på alle nivåer, blant annet gjennom arbeidet med redesign. Etter hvert er klinikk AMU kommet godt i gang. Temaer som har vært på dagsordenen inkluderer omstillingsprosessen, God Vakt, redesign, overbelegg, økonomi og sykefravær. God informasjon er prioritert og forsøkt ivaretatt gjennom forskjellige typer møter. Verneombud og tillitsvalgt gis anledning til egen kompetanseutvikling på endringsarbeid. Klinikken er i forkant når det gjelder å tenke nytt og ta i bruk for eksempel LEAN-metodikk, der medvirkning er en innebygget del.

Klinikken står overfor flere krevende arbeidsmiljømessige utfordringer:

Arbeidspress. I risikoanalysene etter "God vakt" fremkommer det at det er gjennomgående betydelig ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser i klinikken. Det er beskrevet som "alvorlig konsekvens" som kan inntre med "stor sannsynlighet". Enheter beskriver at de har for lav grunnbemanning til å dekke turnus, at bemanningen er uforsvarlig, samt at lederne har for mange administrative oppgaver og er derfor lite synlige i avdelingen. Tiltakene som er iverksatt har hjulpet noe. Planlagte tiltak som TUN-organisering og styrking av pasientenes egen kompetanse kan forhåpentligvis avhjelpe mer. På den annen side regnes den planlagte bemanningsnorm som lav og som en alvorlig risk fremover.

Overbelegg og korridorpasienter er et tilgrensende problem, og det er meldt mange avvik som angår dette i 2010. Dette har konsekvenser for brannsikkerhet i tillegg til å øke arbeidspresset ved at det gir flere pasienter per ansatt. Utsiktene videre er heller ikke gode- på grunn av en hardt presset sengekapasitet og 95 % øyeblikkelig hjelp, har man i redesignarbeidet planlagt ut i fra et belegg på hundre prosent, med risiko for overbelegg. Som klinikken selv sier, er ikke dette optimalt. Det er iverksatt en rekke tiltak – bufferrom, bruke ledige senger på tvers av lokalisasjoner og fagområder, oppbemanning når det er ekstrapress, ekstra legevisitt for å skrive ut pasienter – som avhjelper situasjonen noe. Men klinikken melder behov for at man ser på fordelingen av det totale sengetallet på sykehuset, og for å benytte ledige senger på tvers av klinikker. Trange, slitte lokaler i klinikken er generelt et hinder for effektiv drift og en utfordring arbeidsmiljømessig.

Usikkerhet om bemanning og personalmessige forhold. Det har vært en stor belastning for de ansatte at det ikke har vært klart om det ble overtallighet, hvor mange ansatte OUS ville ha behov for etter overføringen av pasienter, og at søknad til Ahus skulle foregå før dette var klart. Det skaper naturligvis mye usikkerhet om man har en jobb eller ikke og eventuelt hvor. Nedbemanning vet vi har alvorlige konsekvenser for den ansatte, også når det gjelder helse. Dette gjelder også de som blir igjen. I tillegg til sorg over å splitte miljøer og miste kolleger til Ahus er det særlig på Aker frykt for kompetanseflukt og at det kan ha en ”domino-effekt”. Man står i fare for å miste verdifull kompetanse ved at dyktige ansatte søker seg over til arbeidssteder med bedre eller i hvert fall sikrere vilkår. Etter hvert som Aker-delen av Medisinsk klinikk mister mer og mer aktivitet, preges det av fraflytting og blir en ”satellitt” med konsekvenser for arbeidsmiljøet.

Noen av personalmessige grepene som er tatt og er planlagt videre oppleves som dårlig personalhåndtering, noe som har vist seg å ha konsekvenser også for arbeidsmiljøet. Spesielt gjelder dette at deler av de ansatte ved poliklinikk må gå vaktordning i helger. Dette er ikke uproblematisk, da noen av de som arbeider ved poliklinikk har behov for tilrettelagt arbeidstid uten turnus – og vaktarbeid. Som en klinikk i en IA – virksomhet, kan dette by på utfordringer, i tillegg til de arbeidsmiljømessige utfordringene. Klinikken ønsker en prinsippdiskusjon sentralt i OUS, om poliklinisk personale skal ansettes i arbeidsforhold som innebærer helgearbeid på sengeposter.

Selv med satsning på god ledelse, involvering og oppmerksomhet på arbeidsmiljøet, mye fleksibilitet og spennende nytenkning, er rammebetingelser for klinikken av en slik art at det allikevel er bekymring for ledernes og de ansattes helse og arbeidsmiljø.

KKN – Klinikk for kirurgi og nevrofag

I 2010 har klinikken arbeidet konsekvent med å styrke og forbedre det systematiske HMS-arbeidet. Det er rimelig å si at i sammenligning med andre klinikker, ligger KKN i forkant på dette området. Klinikkk AMU-møter holdes månedlig. Møtene preges av gode forberedelser, åpenhet og en stimulerende og tillitsfull holdning til arbeidsmiljøarbeidet. Dette legger til rette for utforskende diskusjoner. Klinikken etablerte tidlig intranettsider der også Klinikkk AMU- informasjon er tilgjengelig for de ansatte.

Klinikken har holdt undervisning for ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten i avvikssystemet og i IA-arbeidet. Det er etablert et samarbeid med NAV Arbeidslivssenteret om prosjekter rettet mot sykefravær. Noen av klinikkens ledere har deltatt på det obligatoriske HMS-lederopplæringskurs. Vernetjenesten gjennomfører seminarer for verneombudene, arbeider kontinuerlig med oppfølging av lokale verneombud og holder fokus på å opprettholde et godt arbeidsmiljø.

Klinikken innhentet dokumentasjon til HMS-rapporteringen, og arbeidet likeledes godt med systemer i forbindelse med oppfølging av God Vakt og iverksatte tiltak rettet mot ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser. Til tross for stramme økonomiske rammer har klinikken satset på økt bemanning og tverrfaglig kompetanse for sykepleiere. Dette bidrar til å redusere innleie av ekstravakter og bevare betingelser for et godt arbeidsmiljø. Det ble foretatt en grundig evaluering av arbeidsmiljøet under sommerferieavviklingen. Erfaringer derfra skal tas med i planleggingen for 2011. Enkelte avdelinger har vært ekstra belastet. Nevrokirurgi voksen post har vært preget av tap av viktig kompetanse, underbemanning og sterkt press på de ansatte. Det er også tilfelle i kirurgisk avdeling for barn der klinikkens satsing på opplæring har god virkning.

Omstillingsprosessene har vært krevende for klinikken. Overføring til A-hus og Vestre Viken har vært utsatt og har til tider vært uoversiktlig. Klinikken har gitt ekstra oppmerksomhet til kvaliteten på informasjon fra ledelsen til de ansatte for å sikre tillit til prosessene. Mange avdelinger skal flyttes og samlokaliseres og det er tett samarbeid med arealprosjektet for å sikre gjennomtenkte løsninger.

Klinikken arbeider for å etablere en god meldekultur når det gjelder HMS-avvik. Avvik overvåkes og gjennomgås i hvert klinikk-AMU møte. Det er ønskelig å oppmuntre ledere til å engasjere seg mer i forbedringstiltak under behandling av avvik. Dette vil støtte læring om forebygging av uønskede hendelser.

KVB - Kvinne- og barneklubben

KVB har arbeidet systematisk med HMS. De etablerte raskt et Klinikk-AMU. Klinikk AMU har behandlet oppsummeringer av HMS-kartlegginger og handlingsplaner med fokus på forslag og gjennomføring av tiltak. Rapporteringer om avvik og sykefravær tas opp regelmessig og byggesaker er et fast tema. Eksempler på gjennomførte tiltak er:

- For å bedre koordinering ved utsending av oppgaver sammenstilte klinikkstab et "Årshjul" som viser kjente tidsfrister av overordnet karakter. Dette dokumentet blir ajourført ved endringer. Årshjulet er et godt tiltak for å skape mer forutsigbarhet for pålagte oppgaver og for at arbeidet skal oppleves som meningsfylt og ikke dobbeltarbeid.
- I startfasen av omstillingen deltok HR-leder/stab på avdelingsmøter for å støtte avdelingsleder i informasjonsarbeidet overfor ansatte og for å ha dialog med dem.
- Ledere benyttet samtale ved kompetansekartlegging for å ivareta individ.
- Klinikken kom raskt i gang med nettside for å gi informasjon til flest mulig. Nettsiden forbedres stadig.
- Klinikk VO har arrangert verneombudssamlinger vår og høst.

Klinikken har store utfordringer når det gjelder sammenslåingsproblematikk:

- Barnemedisinsk post 1 (sammenslåing i -09 av revmatologi, nevrologi og Voksentoppens astmabarn) har en vanskelig driftssituasjon med høyt arbeidspress, mange pasienter av ulike kategorier og flere faggrupper som skal samarbeide i trange lokaler. Ytterligere tiltak skal iverksettes.
- Fødeavdelingen opplever uro og har et betydelig press med hensyn til bemanning og rekrutteringsproblemer.
- Plassforhold på Nyfødtintensiv er prekære i forhold til medisinske og arbeidsmiljømessige krav. Her må avdelingen bli hørt sentralt, og tiltak iverksettes.
- Klinikken ser på ulike organisatoriske og planmessige løsninger ved kontorsituasjonen for fysioterapeutene der 11 personer deler ett rom på 25,7 m².
- Usikkerhet med hensyn til Føderikets framtid har vært lagt fram i Klinikk-AMU.
- Klinikken beskriver selv at situasjonen for ledere og ansatte på mange måter er uendret når det gjelder oppgaver og ressurser og at arbeidsbelastning og krav til ledere ikke har blitt mindre, kanskje snarere tvert i mot. Tiltak som den enkelte leder rår over synes ikke å være tilstrekkelig i den utfordrende situasjonen organisasjonen er i.

KRK - Kreft- og kirurgiklinikken

KRK fikk tidlig i 2010 på plass et velfungerende verneombudssystem og eget klinikk-AMU. Saker som ble tatt opp var blant annet overtidsbruk, vernetjenesten for legene, omorganiseringen og forberedelser til vernerunder. De har også fått gode tilbakemeldinger i forbindelse med planlegging av redesignprosjektet.

De organisatoriske endringene og usikkerhet om fremtiden har påvirket det psykiske og sosiale arbeidsmiljøet flere steder i KRK, særlig de delene av klinikken som har vært plassert på gamle Aker sykehus. I enkelte enheter har det også vært vanskelig med rekruttering grunnet usikkerhet i forbindelse med overføringsprosjektet. Det rapporteres om stor arbeidsbelastning og opplevelse av ubalanse mellom oppgaver og ressurser, blant annet i avvikssystemet og i HMS-rapportering. Bedriftshelsetjenesten har normalt noen individuelle henvendelser hvert år knyttet til stor arbeidsbelastning/utbrenthets-problematikk. Det har imidlertid ikke vært noen merkbar økning i antall henvendelser i denne kategorien i 2010.

KRK er en av de klinikkene i OUS som har mest problematikk knyttet til fysisk arbeidsmiljø, mye på grunn av gammel bygningsmasse på Radiumhospitalet og utfordringer med henblikk på kjemikaliesikkerhet, spesialventilasjon, og innneklimaproblemer. Arbeidsmiljøavdelingen har jevnlig henvendelser knyttet opp mot denne type saker, men det har ikke vært alvorlige hendelser i 2010 som for eksempel har medført meldinger til Arbeidstilsynet.

Klinikken har betydelige organisatoriske utfordringer knyttet til omstilling, særlig i forbindelse med overføringen til Ahus og Vestre Viken, men også på sikt sammenslåingen med klinikk for Spesialisert Medisin og kirurgi. Generelt er det arbeidsmiljøavdelingens inntrykk at KRK er inne i en fase arbeidsmiljømessig med mange nye ledere og nye organisatoriske strukturer som trenger tid på å få fotfeste. I utgangspunktet er det betydelige arbeidsmiljømessige utfordringer i forhold til å holde oversikt over personale på flere forskjellige geografiske steder, både for lederne selv, og for de ansatte.

HLK - Hjerte-, lunge-, karklinikken

I løpet av 2010 har HLK etablert et fungerende klinikk-AMU. Arbeidsmiljøavdelingen har vært representert i både klinikk-AMU og i arbeidsutvalget som forbereder møtene. Medlemmene i klinikk-AMU har deltatt på ½ dags kurs i regi av Arbeidsmiljøavdelingen om arbeidet med klinikk-AMU.

Klinikkens HMS-arbeid er godt iverksatt, og det jobbes på alle nivåer for ytterligere å forbedre dette arbeidet. Håndteringen av HMS-avvik i klinikken er et fast punkt på klinikk-AMU, men meldekulturen kan bli bedre, likeså forslag til og gjennomføring av tiltak for de HMS-avvik som meldes. Klinikken har utarbeidet en HMS-handlingsplan basert på de ulike rapporter som har kommet fra avdelingene.

Sykefraværsprosenten for klinikken er bra når man ser tallet sammenliknet med de øvrige klinikker i OUS, men kan enda reduseres ytterligere.

Klinikken har hatt en del utfordringer knyttet til økonomi, hovedsakelig grunnet avvik på DRG-poeng.

Et av klinikkens største problem gjennom 2010 har vært knyttet opp mot den ubalanse som finnes mellom arbeidsoppgaver og ressurser. På enkelte avdelinger har dette vært et veldig stort problem. Det har også vært et økende press på mellomledere som har hatt for mange arbeidsoppgaver. Denne problemstillingen har vært diskutert i klinikk-AMU ved flere anledninger.

I løpet av 2010 har klinikken jobbet for å bedre ubalansen mellom arbeidsoppgaver/ressurser, og det ble fattet vedtak som skulle bedre på denne situasjonen. Dette har konkret vært å gjøre om vikarbruk til faste stillinger. Det foreligger ingen umiddelbar løsning utover dette, og klinikken må jobbe aktivt videre med denne problemstillingen fremover i 2011.

Klinikkens arealdisposisjoner bidrar til at det er dårlig plass for mange ansatte. Ytterligere fortetninger i forbindelse med flytting av flere avdelinger til Gaustad vil kunne forverre dette. Arealfortetning er noe som må jobbes med fremover.

SMK – Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi

Arbeidsmiljøavdelingens inntrykk er at klinikken er godt i gang med å få systematikk i HMS-arbeidet. Når vi ser på de forholdene som er drøftet på generelt nivå tidligere i denne årsrapporten, ligger klinikken stort sett "midt på treet" i de fleste forhold. Noen unntak nevnes i det følgende.

Klinikk - AMU fungerer godt. Det holdes regelmessige månedlige møter og de har vært nøye med å unngå å flytte møtetiden. Møteplanen sendes ut for et halvt år av gangen, og for 2011 var møteplanen for hele året lagt før 2010 var ute. Stemningen i klinikk-AMU er preget av godt og konstruktivt samarbeid mellom arbeidsgiver- og arbeidstakersiden. Klinikk-AMU har satt oppfølging av sykmeldte på dagsorden, og har satt i gang kurs i dette i samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen. De oppfordrer alle ledere med lønns- og personalansvar til å ta dette kurset. Verneombud og tillitsvalgte blir invitert til å delta.

Klinikk-AMU har også et fast punkt om HMS-avvik. De har vært opptatt av å fange opp om det blir meldt tilstrekkelig antall avvik, og om det forekommer at avvik blir lukket før det er satt inn relevante tiltak. Her er fremdeles forbedringspotensiale i klinikken, men det arbeides systematisk med å bedre dette.

Når klinikken har risikovurdert omstillingsprosessen, har 75 % av enhetene vurdert kollegastøtten som god, (grønn verdi) 25 % har vurdert den til gul verdi, og ingen har gitt den rød verdi.

Angående utfordringer, så påpeker de selv at arealforholdene er svært vanskelige. Og ubalansen mellom arbeidsoppgaver og ressurser er stor, særlig for mellomledere og i staben. Dette har vært tatt opp i klinikk-AMU, og de har sendt saken videre til hoved- AMU i OUS, som en bekymringsmelding

Det er tatt opp som problem at det har vært gitt knappe frister fra ledelsens side i omstillingsprosessene, slik at det har vært vanskelig å få informert og involvert arbeidstakersiden i den grad regelverket tilsier. Klinikken står foran flere utfordringer med omstilling i 2011, da det er besluttet at klinikkene SMK og klinikk for kreft og kirurgi skal slås sammen.

Klinikkens HMS-stab kjenner godt til Arbeidsmiljøavdelingens kompetanse. De råder ledere til å ta kontakt med oss der de ser det er relevant, og der de selv ikke har faglig mulighet til å gi bistand i tilstrekkelig grad.

AKU - Akuttklinikken

Klinikk-AMU har arbeidet godt og konstruktivt, da flere har god erfaring fra tidligere. Klinikk-AMU har fulgt opp HMS-arbeidet i klinikken som har vært særlig fokusert på oppfølging av "God vakt". Tidlig ble verneombudenes avdelingsvise oppsummering for 2009 gjennomgått, etterfulgt av avdelingenes risikovurderinger og tiltaksplaner knyttet til omstilling og ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser. Tilbakemeldingene fra avdelingene til Klinikk-AMU har vært av blandet kvalitet, hvor mange har jobbet godt med HMS-arbeidet, men noen avdelinger hadde problemer med å være konkrete i målformulering av tiltak, spesielt for bedring av arbeidsbelastning - ressursbalanse. Bortsett fra noen organisatoriske endringer som f.eks. styrking av lederarbeidet med en del lederassistenter, og økt innleie av vikarer noen steder, har det ikke vært mulig å styrke bemanningen i særlig grad. Men noen flere avdelinger har kommet over på grønn sone. Omorganiseringer som HiO og sommerferieavviklingen ble fulgt tett opp i for- og etterkant.

Sommerferieavviklingen var krevende, men forløp uten de store problemene.

Klinikken har også hatt fokus på lederopplæring, lederstøtte og trivselskapende tiltak. Medvirkning fra de ansatte synes godt ivaretatt i tilbakemeldingene til Klinikk-AMU, selv om det til tider er vanskelig å samle ansatte til møter, da de jobber turnusbasert i akuttavdelinger. Ledere, TV og VO har derfor bidratt med informasjon og dialog med ansatte, og fått frem gode idéer og synspunkter i HMS-arbeidet.

Ønske om redusert sykefravær har vært en sentral utfordring. Særlig ved noen av de mest operative akuttavdelingene er presset stort på de ansatte. Klinikk-AMU nedsatte i april en partsammensatt sykefraværsguppe, som ressursgruppe for HR og ledere, og skulle formidle opplæring, informasjon, idéer og erfaringer i sykefraværsarbeidet mellom avdelingene. Det viste seg vanskelig å finne tid til møter, slik at gruppen ikke har kommet ordentlig i gang i 2010. Klinikk-AMU vil følge dette opp utover våren 2011.

KDI - Klinikk for diagnostikk og intervensjon

Klinikken har drøyt 2.000 ansatte og rundt 55 verneområder. Den er preget av mye tung laboratoriedrift i tillegg til ARN med mye tungt varmeavgivende utstyr. Klinikken har kommet godt i gang med klinikk-AMU, og har opprettet egen side på virksomhetsportalen hvor innkallinger og referater ligger. Møteplan legges på forhånd, og handlingsplan er utarbeidet.

Fokusområder har vært bedre kjemikaliehåndtering, sykefravær, belysning, ventilasjon, smittehåndtering og intern kommunikasjon. Utbedring er skjedd på flere av områdene, men fortsatt gjenstår mye arbeid. Lokaler i gamle og uhensiktsmessige bygninger gir utfordringer i forhold til allmennventilasjon og spesialventilasjon i forhold til den driften som faktisk skal være der. Det har vært 2 store avvik på kjemikalietankanlegget på RH, noe som har medført stengning av xylene- og formalintankene inntil forholdene er utbedret. Dette har medført manuell håndtering som gir økt risiko for kjemikalieeksponering og ergonomiske problemer. Avvikene viser at klinikken mangler interne varslings- og evakueringsrutiner. Når det gjelder avvik generelt jobbes det med å bevisstgjøre de ansatte om at avviksmeldinger er et viktig verktøy til å avdekke skadelige forhold.

Pga. de store mengdene med kjemikalier og MTU sammen med til dels gamle og uhensiktsmessige lokaler, er inneluft og støy vanlige problemstillinger. Klinikken har en rekke spesialventilasjonseenheter. Det finnes gode oversikter fra RH og RAD, men listene er mangelfulle på UUS og AUS. Alle enhetene skal kontrolleres årlig, og avvik må følges opp. Avdelingene bør i samråd med VOE Drift og vedlikehold og Arbeidsmiljøavdelingen vurdere muligheten for å stenge av enheter som ikke er/har mulighet til å bli godkjent.

I forbindelse med omstilling 2010 avdekket det en ubalanse i oppgaver i forhold til ressurser og medvirkningen bør bedres. En del har gjennomført obligatorisk HMS-lederopplæring, men fortsatt mangler mange. Den planlagte nettbaserte spørreundersøkelsen i 2010 ble utsatt, men blir erstattet av en gruppesamtale i 2011.

OSS

Oslo sykehuservice har kommet godt i gang med det systematiske HMS-arbeidet, først og fremst gjennom etablering av klinikk-AMU, og oppfølgingen av de løpende arbeidsmiljøsakene gjennom utvalget. Saker vedrørende drift, omstilling og endringer i egen organisasjon (for eksempel bruksendring av bygg, administrative flytninger, overføring til Ahus og Vestre Viken, Redesign, økonomi og budsjett), har vært sentrale. Ut over dette har risikovurdering og tiltaksplan i forbindelse med God vakt, HMS-opplæring og informasjon/planlegging av kommende gruppesamtaler vedr. psykososialt arbeidsmiljø, stått i fokus. Arbeidsmiljøavdelingen har vært representert både i klinikk-AMU og i arbeidsutvalget som forbereder møtene. Selv om det har vært litt utskiftninger av medlemmer i klinikk-AMU, er det vår vurdering at AMU er godt etablert. Arbeidet preges av god struktur, konstruktivt samarbeid og diskusjon.

Oslo sykehuservice har, som andre klinikker, store utfordringer i omstillingsprosessene framover. Det er en målsetting å fortsette det gode arbeidet i klinikk-AMU og klinikken ønsker å fokusere spesielt på ivaretagelse av ansatte og ledere i de videre prosessene. Dette er positivt. Arbeidsmiljøavdelingen ser det som et bevaringsområde for klinikken å fortsette den gode oppfølgingen av det systematiske HMS-arbeidet utover i 2011. Et forbedringsområde kan være å diskutere og følge opp statistikk vedrørende HMS-avvik, sykefravær og overtid tertialvis. Når det gjelder HMS-avvik som meldes i OSS utgjør andelen "skade på ansatt" ca. 1/4 av det totale antallet, mot ca. halvparten for sykehuset totalt. Det betyr at øvrige HMS-avvik utgjør en større andel enn gjennomsnittet for sykehuset! Det vil være nyttig for klinikken å analysere/diskutere dette i klinikk-AMU.

STA - Direktørens stab

Gjennom etablering av et AMU for direktørens stab, slik som i klinikkene, har staben fått et forum for arbeidsmiljøspørsmål. Utvalget ble først etablert i august 2010. Spørsmålet om omorganisering av staben med utskillelse av enkelte enheter, har vært den sentrale saken. Etter Arbeidsmiljøavdelingens vurdering var ledelsens informasjon og invitasjon til medvirkningen i denne saken, både fra de ansatte og organisasjonene, svak i begynnelsen av prosessen. Dette har bedret seg bl.a. etter diskusjon i AMU. Saken står nå foran en beslutning i begynnelsen av 2011.

Som en følge av informasjon og diskusjon i AMU er det også minnet om HMS-runder i verneområdene høsten 2010 og gjennomføring av gruppesamtaler vedrørende det psykososiale arbeidsmiljøet i begynnelsen av 2011. Et forbedringsområde for staben blir å følge opp det systematiske HMS-arbeidet i linjen, på lik linje med klinikkene. Dette vil gjelde både HMS-årsrapporteringen i begynnelsen av året, og oppfølging av HMS-runder og Medarbeiderundersøkelsen i slutten av året. Dessuten bør diskusjon og oppfølging av statistikk vedrørende HMS-avvik, sykefravær og overtid være tema for AMU tertialvis.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 17. februar 2011

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

1. Tabellvedlegg med tabeller/figurer
aktivitet/økonomi/årsverk/sykefravær/investeringer
-

SAK 5/2011

**BESLUTNINGSSAK:
RAPPORTERING PER DESEMBER 2010**

Forslag til vedtak

Styret tar rapporteringen per desember til etterretning.

Oslo, den 9. februar 2011

Siri Hatlen

1. OPPSUMMERING / SAMMENDRAG

I denne styresaken gjennomgås rapporteringen for desember 2010 og dermed hele 2010 slik den forelå medio januar ved rapporteringstidspunkt til Helse Sør-Øst RHF. En ny rapporteringspakke vil bli oversendt 15. februar 2011. Styret vil bli oppdatert på innholdet i denne på styremøtet 17. februar 2011.

På foretaksmøtet 3. februar 2011 ble det økonomiske resultatmålet for 2010 endret fra tidligere oppgitt 1.017 mill kroner til 1.049 mill kroner. Samtidig ble imidlertid enkelte andre rammebetingelser endret (basisramme og pensjonskostnader) slik at dette nye resultatmålet i seg selv ikke endrer den vurderingen som er gjengitt i denne styresaken.

Aktivitetstallene for 2010 viser variasjoner i måloppnåelse mellom tjenesteområdene. Kortfattet viser de foreløpige tallene for 2010 følgende:

- Somatisk aktivitet vurderes å være som forutsatt i oppdraget fra Helse Sør-Øst RHF for 2010 og som rapportert prognose etter 2. tertial.
- Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er det positiv aktivitetsutvikling sammenliknet med fjoråret i samsvar med foretakets oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF.

Resultatoppnåelsen innenfor voksenpsykiatrien og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling har vært noe varierende i forhold til de målene som ble satt for 2010.

Foreløpig regnskap for 2010 viser et resultat på 534 mill kroner. Sammenlignet med nytt styringsmål for 2010 på 1.017,1 mill kroner og korrigert for ekstraordinær nedskrivning av eiendom gir dette et negativt resultatavvik på 298 mill kroner, dvs om lag i samsvar med tidligere rapporterte årsestimater.

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Administrerende direktør er tilfreds med at helseforetaket alt i alt har levert aktivitet i samsvar med oppdraget fra Helse Sør-Øst RHF på de fleste tjenesteområdene samtidig som det er gjennomført en svært krevende omstillingsprosess og helseforetaket har forberedt overføring av om lag 10 pst av aktiviteten til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF fra årsskiftet 2010/2011. Det økonomiske resultatet er svakere enn budsjettet, men godt på linje med det som har vært varslet siden i fjor vår. Nær halvparten av resultatavviket skyldes ekstraordinære omstillingskostnader som det ikke forelå særskilt finansiering til.

Administrerende direktør er av den oppfatning at det i tillegg er påløpt betydelige indirekte omstillingskostnader som ikke fremkommer direkte av regnskapet.

Det har de siste månedene vært jobbet intenst for å kunne rapportere korrekte ventelister og fristbrudd. Tallene har fått en bedre kvalitet, men det gjenstår fortsatt arbeid før det er godt samsvar mellom fristbrudd slik det fremkommer fra pasientsystemene og det som vurderes å være reelle fristbrudd. En årsak til dette er at for en del av pasientene som fremstår med fristbrudd, er helsehjelp faktisk startet, men ikke registrert på korrekt måte og til rett tid. Det er iverksatt tiltak for å sikre fullstendighet i registrering.

For flere av de rapporterte kvalitetsindikatorerne er resultatene ikke tilfredsstillende, blant annet når det gjelder korridorpasienter. Resultatene må i noen grad vurderes i lys av det store omstillingsarbeidet som er gjennomført og arbeidet med planlegging av overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF som har medført redusert fokus på oppfølging av daglig drift i perioder.

Det henvises også til fremlagte risikoanalyse per 3. tertial (sak 4/2011).

Administrerende direktør mener at resultatet per desember totalt sett er tilfredsstillende og anbefaler styret å ta rapporteringen til etterretning.

3. PASIENTBEHANDLING OG AKTIVITETSDATA

Status og vurdering per desember:

Innenfor somatikken er antall sykehusopphold til og med desember 2010 økt med 3,4 pst fra 2009, mens antall DRG-poeng er økt med 0,9 % (samme års regelverk lagt til grunn). Sett i forhold til budsjett er det per desember et akkumulert negativt avvik for antall DRG-poeng på 1,1 pst. Avviket er redusert fra 2,8 pst ved forrige rapportering.

Den store reduksjonen i avviket fra november til desember skyldes dels relativt høy aktivitet i desember, samt etterregistrering fra tidligere måneder. I tillegg har følgende forhold bidratt:

- Korreksjon for reduksjon i DRG-poeng på Rikshospitalet fra oktober. Registreringspraksis etter innføring av PasDoc på Rikshospitalet har ført til en utilsiktet reduksjon i DRG-poengene. Foretaket har fått utsatt frist for innlevering av endelige aktivitetsfiler fra PasDoc til 25.02.2011. Beregnet antall DRG-poeng for dette forholdet er tatt med i rapporteringen for desember, med tilhørende inntekt.
- Korreksjon for prosedyrebegrensninger. Som en del av arbeidet med kvalitetssikring av aktivitetsdata for 2. tertial oppdaget Oslo universitetssykehus HF noen uheldige konsekvenser av overgang til NPR-melding (xml-format) og nasjonalt DRG grupperingsprogram (NPK) relatert til begrensning av antall prosedyrekoder. Dette er forsiktig estimert i rapportert resultat.
- DRG-poeng for pasienter fra Follo, behandlet i andre regioner (inngår i ”sørge-for-ansvaret”) er tatt med i rapporteringen først i desember.
- Utenlandske pasienter. DRG-poeng for utlendinger er tatt med i rapporteringen ifht informasjon fra Helse Sør-Øst RHF i desember 2010, slik at rapportert DRG-aktivitet nå skal vise den totale DRG-aktiviteten utført i 2010.

Sammenslåing av pasientadministrative systemer har påvirket ISF-finansieringen ved at pasienter som blir overført mellom de tidligere sykehusene, før ble registrert og finansiert som separate sykehusopphold, mens det nå kun gir ett sykehusopphold totalt. Dette forutsettes finansiert, og det er søkt om kompensasjon for dette.

Akkumulert avvik i forhold til budsjett må ses i lys av at ISF-regelverket for 2010 var beregnet å gi en reduksjon i antall DRG-poeng på om lag 1 pst fra 2009 til 2010 og krav om aktivitetsøkning i budsjett 2010. Oppsummert vurderes somatisk aktivitet dermed å være som forutsatt i oppdraget fra Helse Sør-Øst RHF for 2010 og som rapportert prognose etter 2. tertial.

Barne- og ungdomspsykiatrien

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er aktiviteten høyere enn budsjettert for døgnvirksomheten (opphold og liggedøgn) og poliklinikk. Antall dagopphold er noe lavere enn budsjettert. Avvik for dagopphold er mer enn kompensert av høyere poliklinisk aktivitet. Sammenlignet med 2009 er det økt aktivitet for de indikatorene som har positive avvik i forhold til budsjett 2010.

Voksenpsykiatri

Den registrerte aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien er lavere enn budsjettert, og lavere enn i 2009. Endringen i antall liggedøgn innenfor voksenpsykiatrien fra 2009 knytter seg til reduksjon i antall døgnplasser på DPS for å øke dagaktivitet og poliklinikk. Avvik fra plantall 2010 skyldes lavt belegg ved noen avdelinger. Disse avdelingene har ikke ventelister på innleggelser (dette har vært forutsett og har sammenheng med planlagt tilpasning etter overføring til Akershus universitetssykehus HF). Avvik på antall utskrivelser henger sammen med avvik på antall liggedøgn.

Antall registrerte polikliniske konsultasjoner er lavere enn plantall og noe lavere enn i 2009. I 2009 ble det rapportert også interne konsultasjoner fra psykosomatisk poliklinikk på Rikshospitalet, mens det i 2010 kun rapporteres refusjonsberettigede konsultasjoner (estimat for de siste månedene grunnet bytte av pasientadministrativt system). Dette gir en "teknisk" reduksjon på nesten 2.700 konsultasjoner. Korrigert for dette er det en liten økning i antall konsultasjoner fra 2009 til 2010, men ikke så mye som forutsatt i oppdraget fra Helse Sør-Øst RHF.

I desember har det vært lav aktivitet ved poliklinikkene innenfor voksenpsykiatrien, først fremst i de enhetene som ble virksomhetsoverdratt til Akershus universitetssykehus HF 01.01.2011.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB er døgnvirksomheten lavere enn budsjettert. Deler av avviket skyldes for optimistisk budsjettering for 2010. Sammenlignet med 2009 er det en økning i antall utskrevne pasienter på om lag 7 pst. Antall liggedøgn er imidlertid redusert. Refusjonsberettigede konsultasjoner er marginalt høyere i 2010 enn i 2009, mens antall ikke-refusjonsberettigede konsultasjoner er økt med over 3.000 (i underkant av 40 pst.).

Det har vært en økning i liggedøgn i desember. Dette skyldes mer stabile pasientgrupper og dermed en nedgang i antall utskrivelser. Nedgangen i de polikliniske konsultasjonene i desember skyldes en sesongvariasjon som ikke er tatt høyde for i budsjettet. Aktivitetsavvikene må ses i lys av at døgnvirksomheten er i en betydelig omstilling, hvor det blant annet arbeides med en vridning fra langtid til korttid/dag og poliklinikk. Avvikene følges opp og tiltak for å sikre god kapasitetsutnyttelse vil inngå i det pågående arbeidet med å tilpasse virksomheten til situasjonen etter overføring av aktivitet til andre sykehusområder.

4. ANDRE STYRINGSPARAMETRE (kvalitetsindikatorer)

Etter innføring av PasDoc på Rikshospitalet, oppgradering av PasDoc ved Ullevål og ny gjennomgående organisasjonsstruktur i de kliniske systemene medio september, har foretaket i en periode hatt en noe ufullstendig rapportering av styringsparametre. Status for de enkelte indikatorene beskrives under:

Andel korridorpasienter

Det er en målsetting at sykehuset ikke skal ha korridorpasienter, og det jobbes løpende med tiltak. Innenfor somatikken var andel korridorpasienter i desember 2,3 pst, og gjennomsnittlig for året 1,7 pst. Dette er noe høyere enn i 2009. Innenfor psykisk helsevern var det ikke korridorpasienter i desember. Økt andel korridorpasienter i desember henger sammen med mange pasienter og stengte sengeposter på grunn av norovirus. En hoveddel av korridorpasientene har vært på Aker. Noen av årsakene til for høy andel korridorpasienter har vært høy andel øyeblikkelig hjelp og fysiske begrensninger i deler av sykehusets bygningsmasse. Etter overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF fra nyttår er det foretatt en stor reduksjon av senger ved Aker, og andelen øyeblikkelig hjelp er også redusert. Gjennom arbeidet med kapasitetstilpasning vektlegges også tiltak som reduserer antall korridorpasienter.

Andel epikriser sendt innen 7 dager

Det er en nasjonal målsetting at 80 pst av epikrisene skal være sendt innen 7 dager. Etter innføring av felles pasientadministrativt system i september har det ikke kunnet rapporteres epikrisetider. Rikshospitalet og Ullevål har fortsatt forskjellige versjoner av det elektroniske pasientjournalssystemet Doculive. Dette har gjort at arbeidet med å få på plass felles rapporter har tatt mer tid enn forventet, og arbeidet er fortsatt ikke ferdig.

Ved rapporteringen per 2. tertial 2010 var andel epikriser sendt innen 7 dager innenfor somatikken på 73,6 pst. Dette var 6,4 pst bak målsettingen, men 9 pst bedre enn i samme periode for 2009. På samme tidspunkt var andel epikriser sendt innen 7 dager innenfor psykisk helsevern på 71,6 pst, og 9 pst bedre enn i 2009.

Det er på bakgrunn av data fra DIPS og Rusdata rapportert epikrisetid for rus per 3. tertial. Andel epikriser innenfor rusområdet sendt innen 7 dager var i desember 61,5 pst, mens gjennomsnittet for 2010 er på 63 pst. Gjennomsnittlig andel epikriser sendt innen 7 dager i 2009 var 58 pst. Resultatet for 2010 viser dermed en forbedring på 5 pst, men er likevel 17 pst lavere enn målsettingen.

Andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter

Andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter var i desember 2,4 pst innenfor somatikken, mens andelen innenfor psykisk helsevern var 0,6 pst. Dette er noe lavere enn i 2009, men vurderes likevel å være for høyt. Det arbeides med tiltak for å sikre god pasientflyt gjennom godt samarbeid med kommunene og bydelene.

Andel BUP vurdert innen 10 dager

Målet er at 100 pst av henvisningene innenfor barne- og ungdomspsykiatrien skal være vurdert innen 10 dager etter mottak. I desember ble 83 pst av henvisningene vurdert innen 10 dager, mens gjennomsnittet for 2010 var på 87 pst. Det vil bli arbeidet med å sikre at alle henvisninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien blir vurdert innen 10 dager.

Prevalens sykehusinfeksjoner

Målsettingen er at andelen skal reduseres. For Oslo universitetssykehus HF var andel prevalens av sykehusinfeksjoner rapportert i 2010 6,6 pst. sammenlignet med 6,9 pst i 2009. Det vurderes som positivt at andelen er redusert.

Ventelisteutvikling

Oslo universitetssykehus HF har gjennomført en omfattende gjennomgang av ventelistene gjennom et eget Ventelisteprojekt etter innføring av PasDoc i hele foretaket (unntatt Aker). Kvaliteten er betydelig forbedret, men det gjenstår fortsatt noe arbeid før kvaliteten (primært den løpende registreringen i de pasientadministrative systemene) er god nok.

Ventelistetallene viser nå at gjennom 2010 var antall pasienter på ekstern venteliste tilnærmet uendret (reduisert med 2 pst) for rettighetspasienter, men økt med 27 pst for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp. Dette kan tyde på at rettighetspasientene prioriteres.

Gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter er tilnærmet uendret siste året for rettighetspasienter og noe redusert for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp. Dette kan skyldes at det har vært fokus på å håndtere de pasientene uten rett, som har ventet lengst.

Fristbrudd

Det er en målsetting at alle pasienter som innvilges rett til helsehjelp, skal få behandling innen fastsatt frist, det vil si at det skal være null fristbrudd. Dette målet er tydeliggjort ytterligere i oppdraget fra Helse Sør-Øst RHF for 2011.

Styret er tidligere orientert om arbeidet som ble igangsatt i oktober for å sikre god kvalitet i ventelistene (herunder fristbrudd) etter innføring av felles pasientadministrativt system. Kvaliteten er betydelig forbedret, men det gjenstår fortsatt noe arbeid før kvaliteten (primært den løpende registreringen i de pasientadministrative systemene) er god nok. Gjennom ventelisteprojektet er klinikkene i gang med opplæring og kompetanseheving, med fokus på løpende korrekt registrering/ventelistedministrering, som grunnlag for korrekt rapportering og oppfølging. Status og tiltak for å unngå fristbrudd har vært og vil være tema i de månedlige oppfølgingsmøtene mellom den enkelte klinikk og sykehusledelsen. Status vil bli gjennomgått ukentlig i fellesmøter med klinikklederne.

I tabellvedlegget er det gjengitt en tabell med rapporterte fristbrudd i desember 2010 per klinikk. Tabellen viser at det i de pasientadministrative systemene var registrert om lag 1.100 pasienter i desember som ikke hadde fått behandling innen de innvilgede fristene. Som en del av ledelsens gjennomgang per 3. tertial er det gått gjennom status med hver enkelt klinikk. Tilbakemeldingen er at en stor andel av de fristbrudd som rapporteres skyldes feilregistreringer, mangelfulle registreringer og delvis feil bruk av nytt pasientadministrativt system. Behandlingen ble startet for mange av disse pasientene i desember. Innenfor enkelte områder er det imidlertid slik at en del pasienter ikke får behandling innenfor de innvilgede fristene. Kunnskapen om dette har blant annet ligget til grunn for prioriterte satsningsområder i 2011, jf styresak 9/2011. Det vil bli vurdert nærmere om det er nødvendig med ytterligere omprioriteringer av ressursene.

5. FORSKNING OG INNOVASJON

Dr.grader med tilknytning til Oslo universitetssykehus HF

For 2010 har Oslo universitetssykehus HF registrert 118 dr. grader med tilknytning til foretaket. Dette er en økning fra 2009 med 7.

Publikasjoner med tilknytning til Oslo universitetssykehus HF

For 2010 har Oslo universitetssykehus HF på rapporteringstidspunktet estimert 1.560 vitenskapelige publikasjoner (registreringen er ikke avsluttet) med tilknytning til Oslo universitetssykehus HF, mot 1.421 i 2009. Estimerte tall for 2010 er pt beheftet med usikkerhet og både antall publikasjoner og antall publikasjonspoeng vil bli justert og noe nedjustert etter kvalitetssikring eksternt, spesielt med tanke på adresseføring. Samlet sett tyder tallene og tilbakemeldinger fra klinikkene på at den vitenskapelige aktiviteten i helseforetaket er i ferd med å flate ut, noe som også rapporteres fra forskningstunge klinikker. Målet er å opprettholde både aktivitet og kvalitet i forskningen, og tiltak for dette gjennomgås med klinikkene.

Innovasjon

Innovasjonsaktiviteten ser ut til å preges av at både kommersialiseringsaktør (Medinnova/Birkeland - Inven2) og sykehuset er under omstilling. Totalt sett er aktiviteten i 2010 likevel på nivå med 2009. Kvaliteten på meldte oppfinnelser ser imidlertid ut til å være økende. Prosjektene har ulike finansieringskilder, herunder Offentlige forsknings- og utviklingskontrakter via Innovasjon Norge og FORNY-ordningen gjennom Norges forskningsråd. Lisenser og bedriftsetableringer er på samme nivå som tidligere og gjenspeiler andelen prosjekter som Inven2 ferdigstiller. Inven2 har satt seg høye ambisjoner for 2011, og vil samarbeide med foretaket for å stimulere til økt innovasjon.

6. ØKONOMISK RESULTAT OG RESSURSBRUK

Resultat

Styringsmål for 2010, pensjonskostnader og basistilskudd er endret i etterkant av forrige rapportering relatert til endring i pensjonskostnad 2010. Disse forholdene viser helt andre tall for økonomien i 2011, men skal i utgangspunktet ikke endre det økonomiske resultatavviket når de riktige korrigeringsene gjøres. Tabellen nedenfor viser konsekvensene av disse endringene (slik det ble oppsummert medio januar):

| | |
|---|-------------|
| Rapportert resultat per desember 2010 (i mill kroner) | 534 |
| Nytt styringsmål 2010 | 1 017 |
| Avvik fra nytt styringsmål | -483 |
| Hvorav ekstraordinær nedskrivning eiendom (ref OUS styresak 161/2010) | -185 |
| Avvik ifht nytt styringsmål, korrigert for ekstraordinære nedskrivninger | -298 |
| Årsestimat høst 2010 | -305 |

- Regnskapet per desember viser et resultat på 534 mill kroner. Sammenlignet med nytt styringsmål for 2010 på 1.017,1 mill kroner, gir dette et negativt avvik mellom nytt styringsmål og resultat på om lag 483 mill kroner. I dette inngår ekstraordinær nedskrivning av eiendom med 184,8 mill kroner (jfr styresak om problemstillingen i desember). Rapportert resultat 2010 korrigert for disse ekstraordinære nedskrivningene viser et negativt resultatavvik på 298 mill kroner i forhold til nytt styringsmål.
- Sammenlignet med rapportert årsestimat per november er rapportert resultat korrigert for ekstraordinære avskrivninger på - 298 mill kroner marginalt bedre enn tidligere rapporterte årsestimat (- 305 mill kroner).

- Isolert for desember reduseres avviket på inntektssiden som følge av redusert avvik for antall DRG-poeng, mens avviket på kostnadssiden økes. Utviklingen på begge disse områdene skyldes imidlertid først og fremst etterslep i registreringene.

Det presiseres at rapportert resultat ikke er basert på et ferdig revidert årsregnskap. Det er forutsatt en del uavklarte forhold og alle balanseposter er ikke avstemt. Dette gir noe usikkerhet knyttet til årsresultatet. Dette er delvis tatt høyde for gjennom en noe forsiktig vurdering av avsetninger for enkelte forhold.

Det foreløpige regnskapet for 2010 viser negativt avvik for driftsinntekter på 757 mill kroner og for driftskostnader et positivt avvik på 1.305 mill kroner i forhold til styrevedtatt budsjett.

Av det negative akkumulerte avviket for driftsinntekter utgjør redusert basistilskudd knyttet til lavere pensjonskostnader 827 mill kroner. Korrigert for dette viser sum driftsinntekter et positivt avvik på om lag 70 mill kroner. For aktivitetsbaserte inntekter er det et negativt avvik på om lag 83 mill kroner, vesentlig relatert til negativt avvik for DRG-poeng. Andre øremerkede tilskudd/ andre driftsinntekter viser et positivt resultatavvik på 137 mill kroner. Dette inkluderer engangseffekter av ekstraordinære inntekter knyttet til pandemien i fjor, gevinster fra eiendomssalg og utbetaling av overskudd fra Norske Blodbanker. Det er også et høyere nivå for øremerkede midler enn budsjettert. Det er avdekket feilregistrering av aktivitet ved en avdeling i første halvår tilsvarende om lag 500 DRG-poeng. Norsk pasientregister er varslet om saken, og det er avsatt for en tilsvarende inntektsreduksjon i regnskapet.

Positivt avvik for driftskostnader på 1.305 mill kroner mellom foreløpig regnskap for 2010 og opprinnelig budsjett skyldes vesentlig reduserte pensjonskostnader. Pensjonskostnadene er 1.809 mill kroner lavere enn budsjettert, som følge av Stortingets vedtak om pensjonsreformen. Korrigert for dette er det et negativt kostnadsavvik på om lag 500 mill kroner, hvorav ekstraordinære nedskrivninger inngår med 185 mill kroner, jf styresak 161/2010. Avvik for driftskostnader korrigert for pensjon og nedskrivninger gir et negativt avvik på om lag 320 mill kroner. Av dette er vel 172 mill kroner avvik for lønn inkludert innleie og resten relateres til høyere vare- og driftskostnader enn budsjettert.

I driftskostnadene for 2010 inngår kostnader til kjøp av ulike konsulenttenester med 194 mill kroner. Av dette er 124 mill kroner (64 %) relatert til sykehusledelsens omstillingsarbeid (Programkontoret og øvrig stab), mens resten er fordelt på de ulike klinikkene, først og fremst Oslo sykehusservice.

Omstillingskostnader

Rapportert resultat inkluderer omstillingskostnader på om lag 130 mill kroner. Rapporterte omstillingskostnader inkluderer svært lave tall fra klinikkene. Det er grunn til å anta at nivået på de faktiske omstillingskostnadene er høyere enn det som rapporteres.

Klinikkvise resultater

Klinikkvise avvik akkumulert og endring i desember er også gjengitt i tabellvedlegget. Det er store forskjeller i klinikkens resultatavvik per desember, og det er ulike årsaker til avvikene, blant annet ulik grad av gjennomføring av tiltak og ulike aktivitetsavvik. Klinikkene som har som har størst negative avvik er Klinikk kirurgi og nevrofag, Hjerte-, lunge- og karklinikken og Klinikk for diagnostikk og intervensjon. Positive avvik under Fellesposter er i stor grad relatert til engangsinntekter i 2010 (pandemiinntekter fra 2010, overskudd fra salg av

eiendom, overskudd fra Norske Blodbanker), lavere avskrivningskostnader og nettoeffekt av reduserte pensjonskostnader og redusert basistilskudd.

I desember er det en stor økning i avvik for varekostnader og andre driftskostnader i flere av klinikkene, samtidig som ISF-inntektene er høyere enn budsjettet. Periodisering av kostnader og inntekter vil bli fulgt tett opp i 2011 for å sikre at kostnader og inntekter sammenstilles korrekt hver måned.

Omstillingstiltak

Det er rapportert en effekt av tiltak gjennomført i 2010 på 252 mill kroner, av budsjettet 343 mill kroner, dvs at om lag 75 pst av budsjetterte tiltak er gjennomført. Ikke gjennomførte tiltak skyldes delvis forsinket iverksettelse og delvis mangel på investeringsmidler for gjennomføring.

7. BEMANNING OG SYKEFRAVÆR

Antall brutto årsverk per desember er som budsjettet, og de ulike bemanningsindikatorne viser en relativt stabil bemanningsutvikling gjennom 2010. Variasjoner mellom månedene skyldes i stor grad sesongvariasjoner, etablering av felles registreringspraksis og oppryddingen i TT-koder gjennom 2010. Koblingen av TT-koder til lønnsarter påvirker fordelingen av brutto månedsverk i hhv. faste og variable månedsverk.

Brutto månedsverk for desember er redusert med 130 månedsverk ifht gjennomsnitt for 2010. Dersom en korrigerer for forventet etterregistrering på opparbeidet tidspunkt er reduksjonen - 40 månedsverk. Faste månedsverk for desember er redusert med 37 månedsverk ifht. gjennomsnitt 2010.

Med unntak av sommermånedene har nivå for bruk av innleid arbeidskraft (helsepersonell) vært stabilt på om lag 150-160 per måned. Nivået i november og desember er økt, slik at gjennomsnitt for 2010 var 171 månedsverk. Dette antas å skyldes at man ikke har ønsket å fylle opp ledige stillinger i forkant av overføringen 01.01.2011.

Sykefraværet er i november økt til 7,8 pst, mens gjennomsnittlig fravær for siste 12-månedersperiode er 7,2 pst. Sykefraværet var i 2010 om lag 1,2 prosentpoeng lavere enn gjennomsnittet i 2009. Som omtalt tidligere skyldes noe av nedgangen endret definisjon av sykefraværspersent fra 2009 til 2010.

8. INVESTERINGER OG LIKVIDITET

8.1. Investeringer i ordinær drift mv

For investeringer i utstyr og anlegg til ordinær drift har det vært styrt etter et opprinnelig budsjett på 770 mill kroner. Budsjettet er senere redusert ved at 50 mill kroner i finansiering er flyttet til omstillingsinvesteringer, jf avsnitt 8.4. Foreløpige oversikter over utbetalinger i 2010 relatert til disse investeringene i 2010 viser 506 mill kroner, mens 131 mill kroner av de vedtatte investeringene vil komme til utbetaling i 2011. Det er da ikke hensyntatt at de kostnader Oslo Universitetssykehus HF skal dekke for utbedring av vann og avløp ved Dikemark belastes driftsregnskapet, jf de ekstraordinære avskrivningene i 2010.

Differansen mellom budsjett og påløpte investeringsforpliktelser av 2010-rammen skyldes også at budsjettet inneholdt poster som var lånefinansiert og at kostnadene for enkelte av disse er blitt vesentlig lavere enn forutsatt (foreldreovernattingsbygg og sykehotell). Videre vil IKT-investeringer for lag 52 mill kroner regnskapsføres hos Sykehuspartner, IKT.

8.2. Nærmere om gjennomføring av større pågående byggeprosjekter

Tre større nybygg (Forskningsbygget og Sykehotellet på Radiumhospitalet og Foreldreovernattingsbygget på Rikshospitalet) er slutført i 2010. Sykehotellet og foreldreovernattingsbygget omtales i særskilte styresaker. Sluttrapportering for Forskningsbygget vil bli lagt fram senere.

8.3. Regjeringens tiltakspakke

Gjennom regjeringens tiltakspakke er det finansiert 10 prosjekter innenfor en samlet ramme på 174,6 mill kroner (inkl. rusakutt). Sluttprognose for prosjektene er at de samlede kostnadene vil ende opp om lag 14 mill kroner høyere enn budsjettet. Overforbruket er finansiert innenfor budsjettet for ordinære investeringer. Dette er uendret fra tidligere rapportering. Sluttrapport for prosjektene vil foreligge våren 2011.

8.4. Investeringer - Strategisk utvikling av Oslo universitetssykehus HF

Helse Sør Øst RHF har for budsjettåret 2010 satt av 150 mill kroner til omstillingsmidler knyttet til investeringer. Oslo universitetssykehus HF er tildelt 100 mill kroner av dette beløpet for 2010. I tillegg har Helse Sør Øst RHF godkjent at likviditet fra salg av eiendom for 50 mill kroner benyttes inn mot investeringer knyttet til omstilling, jf omtale i avsnitt 8.1. I styresak 78/2010 (23.06.2010) er det gitt en omtale av de prosjektene som er under forberedelse eller oppstart. I overkant av 25 mill kroner av disse er benyttet til omstillingsinvesteringer i 2010, og resten av tildelte finansiering overføres til 2011.

8.5. Likviditet

Likviditetsbeholdningen for Oslo universitetssykehus HF ved utgangen av 2010 var - 2 671,4 mill kroner, mot anslått -1974 mill kroner i likviditetsbudsjettet for 2010 som ble lagt til grunn da styret vedtok opprinnelig driftsbudsjett. Det negative avviket (svekket likviditet) på 697 mill kroner skyldes først og fremst at Oslo universitetssykehus HF betalte tilbake 827 mill kroner av basisrammen til Helse Sør-Øst RHF i desember. Høyere utbetalinger knyttet til drift bidro negativt med 366 mill kroner, jf det økonomiske resultatet. Innbetalinger fra eiendomssalg som ikke var budsjettet og senere fremdrift i investeringsaktivitetene enn opprinnelig forutsatt bidro samlet positivt med 329 mill kroner til helseforetakets likviditet ved utgangen av 2010. I tillegg bidro oppgjør av fordringer og gjeld overfør Helse Sør-Øst RHF positivt med 130 mill kroner.

Vedlegg til styresak 5/2011 – Rapportering per desember

Intern resultatrapport for OUS

Desember 2010

- Tabell 1: Hovedtall
- Tabell 2: DRG per klinikk
- Tabell 3: Økonomisk resultat (ØBAK-format)
- Tabell 4: Økonomisk resultat per klinikk
- Tabell 5: Ventelistesituasjonen
- Tabell 6: Fristbrudd
- Tabell 7: Bemanningsindikatorer
- Tabell 8: Sykefravær
- Tabell 9: Sykefraværs lengde akkumulert per november
- Tabell 10: Utvikling andel midlertidig arbeidskraft
- Tabell 11: Definisjoner årsverksindikatorer
- Tabell 12: Definisjoner fraværsindikatorer

Tabell 1

Hovedtall

Oslo universitetssykehus HF

Rapportering desember 2010

| Pasientbehandling | | Denne periode | | | Resultat hittil i år | | | Jan - desember 2009 | | |
|--|---|-----------------------|--------------------|------------------|----------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|---------------|----------------------|
| Gruppe | Indikator | Faktiske tall periode | Avvik fra plantall | Avvik fra plan % | Faktiske tall | Avvik fra plantall | Avvik fra plan i % | Faktiske tall periode | Endring 09-10 | Endring fra 2009 i % |
| Somatikk | DRG-poeng totalt | 21 985 | 1 354 | 6,6 % | 230 120 | -2 660 | -1,1 % | | | 0,9 % |
| | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 10 068 | -344 | -3,3 % | 118 321 | 1 084 | 0,9 % | 116 641 | 1 680 | 1,4 % |
| | Dagopphold | 6 362 | -3 334 | -34,4 % | 82 276 | -26 900 | -24,6 % | 80 725 | 1 551 | 1,9 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 66 590 | -4 772 | -6,7 % | 823 359 | 13 958 | 1,7 % | 792 541 | 30 818 | 3,9 % |
| Voksen psykiatri | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 308 | 36 | 13,2 % | 3 031 | -146 | -4,6 % | 3 188 | -157 | -4,9 % |
| | Liggedøgn | 10 004 | -274 | -2,7 % | 119 162 | -3 119 | -2,6 % | 123 447 | -4 285 | -3,5 % |
| | Dagbehandling | 424 | -34 | -7,4 % | 5 593 | 171 | 3,2 % | 5 708 | -115 | -2,0 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 9 643 | -721 | -7,0 % | 104 538 | -5 281 | -4,8 % | 106 230 | -1 692 | -1,6 % |
| Barne- og ungdoms psykiatri | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 46 | 36 | 360,0 % | 179 | 52 | 40,9 % | 146 | 33 | 22,6 % |
| | Liggedøgn | 437 | -129 | -22,8 % | 6 951 | 509 | 7,9 % | 6 570 | 381 | 5,8 % |
| | Dagbehandling | 468 | -55 | -10,5 % | 4 998 | -747 | -13,0 % | 5 364 | -366 | -6,8 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 7 807 | 304 | 4,1 % | 73 104 | 2 201 | 3,1 % | 68 575 | 4 529 | 6,6 % |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 308 | 37 | 13,8 % | 3 017 | -230 | -7,1 % | 2 812 | 205 | 7,3 % |
| | Liggedøgn | 3 547 | -202 | -5,4 % | 39 538 | -5 444 | -12,1 % | 42 819 | -3 281 | -7,7 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 916 | -316 | -25,6 % | 12 646 | -1 306 | -9,4 % | 12 602 | 44 | 0,3 % |
| | Ikke ref. berettigede pol.kons. | 806 | -244 | - | 10 948 | -267 | - | 7 904 | 3 044 | 38,5 % |
| Organisasjon og ledelse | | | | | | | | | | |
| Andel korridor pas. | Somatikk | 2,0 % | 2,0 % | 2,0 % | 1,7 % | 1,7 % | 1,7 % | 1,2 % | 0,5 % | 0,5 % |
| | Psykisk helsevern | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,1 % | 0,1 % | 0,1 % | 0,4 % | -0,3 % | -0,3 % |
| Liggedgr UK-pasienter | Somatikk | 2,4 % | | | 2,5 % | | | 3,5 % | -1,0 % | -1,0 % |
| | Psykisk helsevern | 0,7 % | | | 2,0 % | | | 3,0 % | -1,0 % | -1,0 % |
| BUP | Andel henvisninger vurdert innen 10 dgr | | | | 86,8 % | -13,2 % | -13,2 % | 92,3 % | -5,5 % | -5,5 % |
| Prevalens | Prevalens av sykehusinfeksjoner | 7,1 % | | | 6,6 % | | | 6,5 % | 0,1 % | 0,1 % |
| Økonomi og personell | | | | | | | | | | |
| Økonomi | Resultat (i 1000) | 749 027 | 726 386 | 5804,7 % | 534 315 | 534 315 | 3,2 % | - | - | - |
| | Realiserte budsjett tiltak | 26 829 | -10 879 | -28,8 % | 252 558 | -90 054 | -26,3 % | - | - | - |
| Personell | Årsverk totalt (brutto) | 18 539 | 347 | 1,9 % | 18 442 | 26 | 0,1 % | 18 676 | -234 | -1,3 % |
| | Sykefravær | 7,8 % | -0,4 % | -0,4 % | 7,3 % | -0,9 % | -0,9 % | 8,5 % | -1,2 % | -1,2 % |

DRG per klinikk

| Klinikk | Resultat 2010 (korrigert) | Budsjett 2010 | Avvik 2010 | Avvik 2010 i % | Endring 2009 - 2010 | Endring i % |
|---|------------------------------|----------------|---------------|-------------------|------------------------|--------------|
| Medisinsk klinikk | 28 669 | 27 978 | 691 | 2,5 % | 610 | 2,2 % |
| Klinikk kirurgi og nevrofag | 53 860 | 55 008 | -1 148 | -2,1 % | 1 166 | 2,3 % |
| Kvinne- og barneklubnikken | 38 138 | 37 910 | 228 | 0,6 % | 62 | 0,2 % |
| Klinikk kreft og kirurgi | 46 616 | 45 170 | 1 446 | 3,2 % | 1 573 | 3,5 % |
| Hjerte-, lunge- og karklubnikken | 29 808 | 31 054 | -1 246 | -4,0 % | -290 | -1,0 % |
| Klinikk spesialisert medisin og kirurgi | 20 218 | 20 052 | 166 | 0,8 % | 71 | 0,4 % |
| Akuttklubnikken | 9 395 | 10 868 | -1 473 | -13,6 % | -1 060 | -10,1 % |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 881 | 896 | -15 | -1,6 % | -70 | -7,3 % |
| Biologiske legemidler m.m. | 2 448 | 3 843 | -1 395 | -36,3 % | -52 | -71,2 % |
| Sum | 230 034 | 232 779 | -2 745 | -1,2 % | 2 011 | 0,9 % |

Tabell 3

Økonomisk resultat (ØBAK-format)

Alle beløp i TNOK

| OUS | Årsbudsjett | Budsjett hiå | Regnskap hiå | Avvik |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Basisramme | 10 567 893 | 10 567 893 | 9 740 893 | -827 000 |
| ISF egne pasienter | 2 736 972 | 2 736 972 | 2 506 033 | -230 939 |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet | 383 231 | 383 231 | 586 328 | 203 097 |
| ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus | 41 532 | 41 532 | 31 059 | -10 473 |
| Gjestepasienter | 465 343 | 465 343 | 432 478 | -32 865 |
| Konserninterne gjestepasientinntekter | 1 723 674 | 1 723 674 | 1 711 628 | -12 046 |
| Polikliniske inntekter | 367 336 | 367 336 | 379 923 | 12 587 |
| Øremerkede tilskudd raskere tilbake | 14 157 | 14 157 | 19 760 | 5 603 |
| Andre øremerkede tilskudd | 868 797 | 868 797 | 898 340 | 29 543 |
| Andre driftsinntekter | 670 134 | 670 134 | 775 301 | 105 167 |
| DRIFTSINTEKTER | 17 839 069 | 17 839 069 | 17 081 743 | -757 326 |
| Kjøp av off helsetjenester | 60 288 | 60 288 | 28 400 | 31 888 |
| Kjøp av private helsetjenester | 131 934 | 131 934 | 132 611 | -677 |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i FG | 2 212 076 | 2 212 076 | 2 348 787 | -136 711 |
| Innleid arbeidskraft - del av kto 458 | 75 818 | 75 818 | 148 100 | -72 282 |
| Konserninterne gjestepasientkostnader | 53 608 | 53 608 | 63 956 | -10 348 |
| Lønn til fast ansatte | 8 389 162 | 8 389 162 | 8 310 301 | 78 861 |
| Overtid og ekstrahjelp | 782 074 | 782 074 | 1 004 994 | -222 920 |
| Pensjon | 1 964 241 | 1 964 241 | 154 524 | 1 809 717 |
| Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft | -556 265 | -556 265 | -561 392 | 5 127 |
| Annen lønn | 1 469 340 | 1 469 340 | 1 431 027 | 38 313 |
| Avskrivninger | 920 392 | 920 392 | 892 219 | 28 173 |
| Nedskrivninger | 0 | 0 | 184 800 | -184 800 |
| Andre driftskostnader | 2 257 621 | 2 257 621 | 2 316 455 | -58 834 |
| DRIFTSKOSTNADER | 17 760 289 | 17 760 289 | 16 454 781 | 1 305 508 |
| DRIFTSRESULTAT | 78 780 | 78 780 | 626 961 | 548 181 |
| FINANSNETTO | -78 780 | -78 780 | -92 647 | -13 867 |
| SKATT | | | | |
| RESULTAT | 0 | 0 | 534 315 | 534 315 |

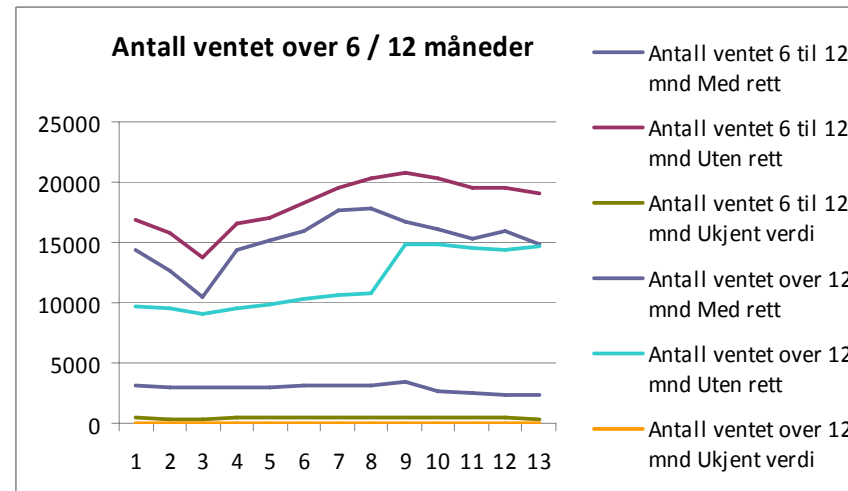
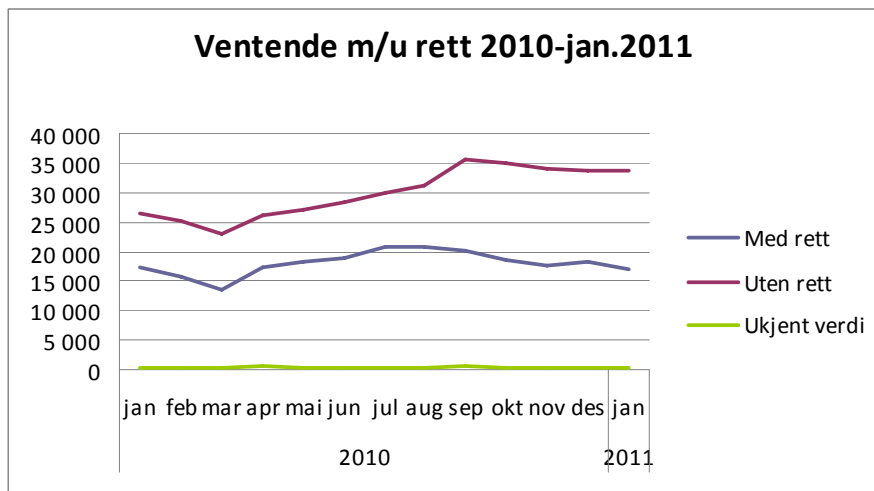
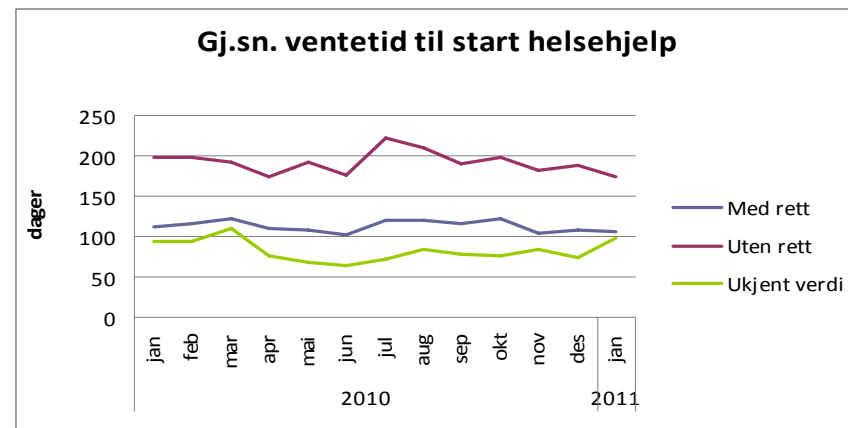
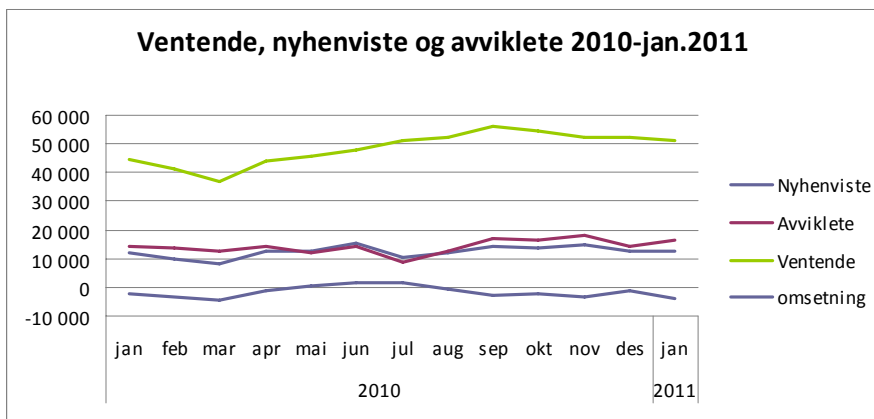


Økonomisk resultat per klinikk

| | Årsbudsjett | Budsjettert hittil | Akumulert avvik fra budsjett | | | ■ Akk avvik resultat denne mnd | |
|---|-------------------|--------------------|------------------------------|------------------|----------------|--------------------------------|-----------------|
| | | | Inntekt | Kostnad | Resultat | ■ Akk avvik resultat forrige | |
| PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGH | 2 075 890 | 2 075 890 | 22 954 | -68 524 | -45 570 | -45 570 | -21 343 |
| MED MEDISINSK KLINIKK | 1 083 748 | 1 083 748 | 45 569 | -84 676 | -39 107 | -39 107 | -31 658 |
| KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG | 1 636 422 | 1 636 422 | -6 382 | -70 256 | -76 638 | -76 638 | -80 206 |
| KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN | 1 334 882 | 1 334 882 | 17 418 | -41 387 | -23 969 | -23 969 | -35 498 |
| KRK KREFT- OG KIRURGIKLINIKKEN | 1 327 576 | 1 327 576 | 44 367 | -60 484 | -16 117 | -16 117 | -12 429 |
| HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN | 903 890 | 903 890 | -43 248 | -33 079 | -76 327 | -76 327 | -86 546 |
| SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG | 719 855 | 719 855 | -815 | -45 513 | -46 328 | -46 328 | -52 055 |
| AKU AKUTTCLINIKKEN | 1 912 898 | 1 912 898 | -6 617 | -46 592 | -53 209 | -53 209 | -44 722 |
| KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVEN | 2 002 824 | 2 002 824 | 33 395 | -99 392 | -65 997 | -65 997 | -60 274 |
| OSS OSLO SYKEHUSSERVICE | 1 812 387 | 1 812 387 | 21 794 | -48 179 | -26 384 | -26 384 | -27 982 |
| KRG KREFTREGISTERET | 119 389 | 119 389 | -6 913 | 6 913 | 0 | 0 | 270 |
| STA STAB | 1 094 867 | 1 094 867 | 4 506 | 49 657 | 54 163 | 54 163 | 45 105 |
| FPO FELLESPOSTER | 1 825 994 | 1 825 994 | -877 178 | 1 822 607 | 945 429 | 945 429 | 153 107 |
| AS KONSERN | -11 553 | -11 553 | 0 | 4 369 | 4 369 | 4 369 | 3 408 |
| RESULTAT | 17 839 069 | 17 839 069 | -751 150 | 1 285 464 | 534 315 | 534 315 | -250 823 |

Ventelistesituasjonen

(Data fra LIS OUS)



Fristbrudd

| Antall brudd i desember ekskludert utsettelse | |
|--|--------------|
| <u>Akuttklinikken</u> | - |
| <u>Hjerte-, lunge- og karklinikken</u> | 31 |
| <u>Klinikk for diagnostikk og intervensjon</u> | - |
| <u>Klinikk for kirurgi og nevrofag</u> | 433 |
| <u>Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi</u> | 97 |
| <u>Klinikk psykisk helse og avhengighet</u> | 114 |
| <u>Kreft - og kirurgiklinikken</u> | 192 |
| <u>Kvinne- og barneklinikken</u> | 113 |
| <u>Mangler verdi</u> | 7 |
| <u>Medisinsk klinikk</u> | 107 |
| Totalt | 1 094 |

Kommentarer:

Indikator til Helse Sør-Øst RHF er andel fristbrudd. Det er noe usikkerhet knyttet til nevneren, og derfor vises denne gang kun antall brudd (telleren).

Det er betydelig usikkerhet til tallene i tabellen ovenfor. Usikkerheten skyldes feilregistreringer i de pasientadministrative systemene. Gjennomganger med klinikkene tyder på at de reelle fristbruddene er klart lavere.

Tabell 7

Bemanningsindikatorer

| Klinikk | Indikator | 2009 | | | 2010 | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | okt | nov | des | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep | okt | nov | des |
| (A100) PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHEN | Brutto månedsverk | 2 898 | 2 954 | 2 884 | 2 935 | 2 912 | 2 881 | 2 910 | 2 902 | 2 970 | 3 034 | 3 032 | 2 940 | 2 928 | 2 969 | 2 980 |
| (A110) MED MEDISINSK KLINIKK | Brutto månedsverk | 1 545 | 1 591 | 1 565 | 1 607 | 1 558 | 1 534 | 1 580 | 1 565 | 1 570 | 1 603 | 1 583 | 1 541 | 1 552 | 1 579 | 1 570 |
| (A120) KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROF | Brutto månedsverk | 1 915 | 1 901 | 1 887 | 1 989 | 1 925 | 1 925 | 1 931 | 1 919 | 1 926 | 1 956 | 1 970 | 1 972 | 1 982 | 2 006 | 1 969 |
| (A140) KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN | Brutto månedsverk | 1 785 | 1 790 | 1 750 | 1 806 | 1 774 | 1 744 | 1 751 | 1 736 | 1 752 | 1 787 | 1 770 | 1 754 | 1 762 | 1 766 | 1 734 |
| (A150) KRK KREFT- OG KIRURGIKLINIKKEN | Brutto månedsverk | 1 747 | 1 716 | 1 740 | 1 782 | 1 768 | 1 749 | 1 752 | 1 747 | 1 754 | 1 808 | 1 785 | 1 781 | 1 790 | 1 783 | 1 768 |
| (A160) HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKE | Brutto månedsverk | 848 | 853 | 835 | 887 | 859 | 859 | 859 | 857 | 865 | 877 | 855 | 852 | 857 | 856 | 834 |
| (A170) SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDIS | Brutto månedsverk | 878 | 858 | 848 | 869 | 847 | 837 | 846 | 857 | 855 | 877 | 857 | 856 | 871 | 853 | 836 |
| (A210) AKU AKUTTKLINIKKEN | Brutto månedsverk | 2 243 | 2 242 | 2 206 | 2 306 | 2 238 | 2 233 | 2 257 | 2 265 | 2 249 | 2 286 | 2 279 | 2 267 | 2 249 | 2 283 | 2 257 |
| (A220) KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INT | Brutto månedsverk | 2 119 | 2 115 | 2 096 | 2 115 | 2 101 | 2 076 | 2 074 | 2 079 | 2 079 | 2 109 | 2 099 | 2 088 | 2 096 | 2 108 | 2 086 |
| (A230) KRG KREFTREGISTERET | Brutto månedsverk | 118 | 115 | 118 | 119 | 118 | 116 | 114 | 112 | 114 | 116 | 115 | 114 | 116 | 114 | 115 |
| (A300) OSS OSLO SYKEHUSSERVICE | Brutto månedsverk | 1 872 | 1 889 | 1 852 | 1 907 | 1 904 | 1 834 | 1 814 | 1 809 | 1 837 | 1 902 | 1 848 | 1 800 | 1 805 | 1 802 | 1 779 |
| (A400) STA STAB | Brutto månedsverk | 480 | 486 | 484 | 459 | 450 | 425 | 420 | 413 | 410 | 404 | 399 | 396 | 393 | 393 | 397 |
| OUS totalt | Brutto månedsverk | 18 540 | 18 599 | 18 353 | 18 813 | 18 491 | 18 235 | 18 326 | 18 279 | 18 400 | 18 781 | 18 599 | 18 368 | 18 408 | 18 522 | 18 333 |
| | Månedslønnede månedsverk | 17 113 | 17 203 | 17 229 | 17 421 | 17 186 | 16 995 | 17 006 | 16 968 | 16 963 | 17 194 | 16 988 | 16 912 | 16 984 | 16 996 | 17 015 |
| | Variabel lønn månedsverk | 1 417 | 1 385 | 1 115 | 1 392 | 1 305 | 1 240 | 1 321 | 1 311 | 1 438 | 1 587 | 1 611 | 1 456 | 1 424 | 1 526 | 1 318 |
| | Eksternt finansierte mv | 687 | 678 | 675 | 967 | 999 | 1 022 | 1 038 | 1 054 | 1 047 | 1 046 | 1 029 | 1 034 | 1 045 | 1 039 | 1 029 |
| | Innleie månedsverk | 0 | 0 | 0 | 87 | 145 | 164 | 161 | 163 | 142 | 174 | 213 | 151 | 162 | 207 | 279 |
| | Netto månedsverk nasj. Ind. | 0 | 0 | 0 | 15 912 | 15 269 | 15 213 | 15 635 | 15 482 | 14 670 | 10 547 | 13 373 | 15 156 | 15 132 | 15 314 | 0 |

Periode: Arbeidet tidspunkt, ikke utbetalingstidspunkt
 OUS totalt inneholder også Fellesposter og ukjente enheter

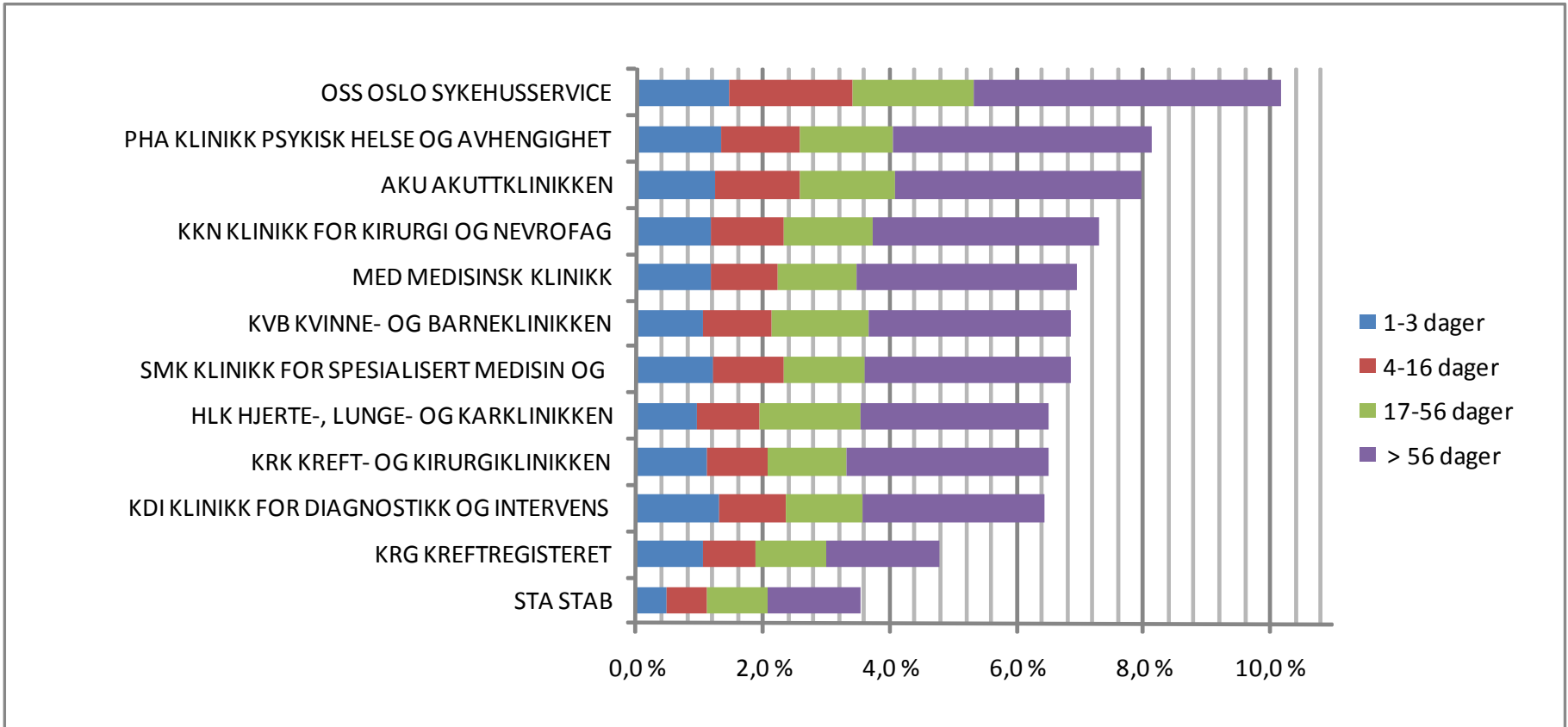
Tabell 8

Sykefravær

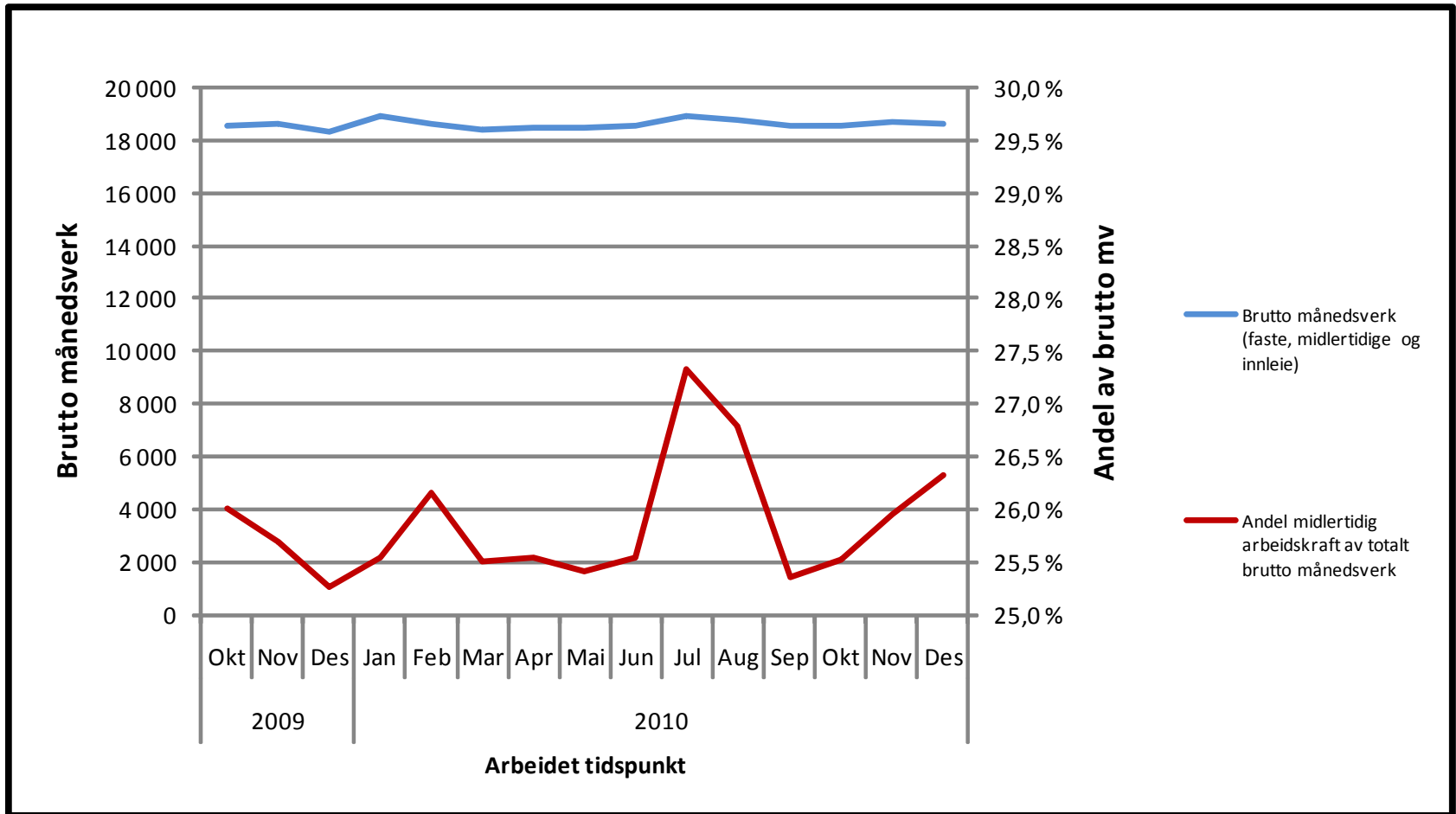
| Klinikk | Indikator | 2009 | | | 2010 | | | | | | | | | | | | 2011 |
|--|--------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|
| | | okt | nov | des | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep | okt | nov | des | jan |
| (A100) PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHE | Sykefraværsprosent | 9,6 | 9,8 | 8,5 | 8,2 | 8,0 | 8,2 | 7,7 | 8,3 | 7,8 | 8,5 | 7,3 | 8,3 | 8,5 | 8,5 | | |
| (A110) MED MEDISINSK KLINIKK | Sykefraværsprosent | 7,8 | 8,1 | 7,6 | 6,9 | 7,8 | 7,7 | 6,9 | 6,8 | 7,0 | 6,9 | 6,0 | 6,5 | 6,8 | 7,0 | | |
| (A120) KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG | Sykefraværsprosent | 7,9 | 7,2 | 6,8 | 6,7 | 7,7 | 7,5 | 7,1 | 6,8 | 7,6 | 8,4 | 6,3 | 7,1 | 7,4 | 8,2 | | |
| (A140) KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN | Sykefraværsprosent | 7,9 | 7,9 | 7,4 | 7,2 | 8,3 | 8,1 | 7,1 | 6,0 | 6,1 | 6,4 | 5,9 | 6,4 | 6,5 | 7,1 | | |
| (A150) KRK KREFT- OG KIRURGIKLINIKKEN | Sykefraværsprosent | 7,6 | 8,3 | 7,8 | 7,7 | 7,6 | 6,8 | 6,5 | 6,0 | 6,3 | 7,0 | 5,3 | 6,0 | 5,9 | 6,6 | | |
| (A160) HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN | Sykefraværsprosent | 7,0 | 7,0 | 7,1 | 7,2 | 7,9 | 7,9 | 6,7 | 6,1 | 7,8 | 8,0 | 4,6 | 5,6 | 4,8 | 4,9 | | |
| (A170) SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG I | Sykefraværsprosent | 8,4 | 8,0 | 6,9 | 7,2 | 7,8 | 7,0 | 6,8 | 6,3 | 6,4 | 7,1 | 6,4 | 5,9 | 7,1 | 7,2 | | |
| (A210) AKU AKUTTKLINIKKEN | Sykefraværsprosent | 9,0 | 8,3 | 7,3 | 7,1 | 8,4 | 8,0 | 7,4 | 7,6 | 7,8 | 8,3 | 7,7 | 8,4 | 8,2 | 8,8 | | |
| (A220) KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVEN | Sykefraværsprosent | 7,5 | 7,2 | 6,2 | 6,5 | 7,1 | 6,4 | 5,5 | 5,7 | 6,5 | 6,6 | 6,3 | 6,8 | 6,6 | 6,9 | | |
| (A230) KRG KREFTREGISTERET | Sykefraværsprosent | 2,5 | 17,7 | 3,5 | 4,7 | 4,5 | 6,6 | 4,7 | 3,2 | 4,7 | 5,2 | 3,8 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | | |
| (A300) OSS OSLO SYKEHUSSERVICE | Sykefraværsprosent | 12,5 | 12,1 | 10,3 | 10,4 | 10,8 | 10,2 | 9,3 | 9,0 | 9,8 | 9,3 | 10,1 | 10,8 | 11,0 | 11,1 | | |
| (A400) STA STAB | Sykefraværsprosent | 4,6 | 4,8 | 3,8 | 3,6 | 3,7 | 3,2 | 3,3 | 3,5 | 4,1 | 3,7 | 3,2 | 3,7 | 3,5 | 3,5 | | |
| OUS totalt | Sykefraværsprosent | 8,2% | 8,2% | 7,5% | 7,5% | 8,1% | 7,8% | 7,1% | 6,9% | 7,3% | 7,7% | 6,8% | 7,4% | 7,5% | 7,8% | | |
| | Sykefraværdagsverk | 30 808 | 29 154 | 27 839 | 27 936 | 27 367 | 29 681 | 26 466 | 24 374 | 25 866 | 19 238 | 21 934 | 26 803 | 25 711 | 28 355 | 0 | 0 |
| | Avtalte dagsverk | 373 876 | 355 489 | 369 927 | 372 044 | 338 249 | 382 201 | 373 243 | 350 944 | 352 961 | 250 426 | 324 104 | 362 230 | 344 748 | 362 690 | 0 | 0 |
| | Antall ansatte | 25 383 | 25 443 | 25 472 | 24 776 | 24 838 | 24 935 | 24 999 | 25 119 | 25 391 | 25 279 | 25 290 | 25 326 | 25 333 | 25 362 | 25 241 | 23 243 |

Tabell 9

Sykefraværslengde akkumulert per november



Utvikling andel midlertidig arbeidskraft



Definisjoner årsverksindikatorer

| | | |
|------------------------------------|----------------------------|--|
| Brutto månedsverk | <i>Nasjonal definisjon</i> | All utbetalt arbeidstid er omgjort til månedsverk. Alle som har mottatt lønn ligger inne i dette tallet. |
| | <i>Forklaring/formål</i> | Brutto månedsverk uttrykker den potensielle arbeidsressursen inkludert permisjoner, sykdom og andre fravær. Dvs. faste ansatte, vikarer, engasjement, ansatte som har permisjon med lønn, utvidet arbeidstid leger, timelønn/merarbeid, overtid og innleid arbeidskraft Ikke personer som har permisjon uten lønn. Brutto månedsverk nyttes fortrinnsvis til å vurdere inntekter og kostnader vedrørende bemanning |
| | <i>HR-kuben</i> | All arbeidstid som er utbetalt omgjort til månedsverk. Alle som har mottatt lønn ligger inne i dette tallet. Dette tallet er så multiplisert med utbetalingsprosent |
| Månedslønnede månedsverk | <i>Nasjonal definisjon</i> | Fast lønn som inngår i planlagt arbeidstid |
| | <i>Forklaring/formål</i> | Indikatoren viser forskjellen mellom den bemanningsressurs som gjøres med fastlønnedes normalt tid og hva som gjøres gjennom variabel lønnsinnsats (Overtid) |
| | <i>HR-kuben</i> | Sum stillingsprosent/100 for de som lønnes på månedslønn og de som har fast utvidet arbeidstid. UTA-tid omregnes til årsverk. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utvidet arbeidstid |
| Variabel lønn månedsverk | <i>Nasjonal definisjon</i> | Variabel lønn som ikke inngår i planlagt arbeidstid |
| | <i>Forklaring/formål</i> | Indikatoren viser forskjellen mellom den bemanningsressurs som gjøres med fast lønnedes normalt tid og hva som gjøres gjennom variabel lønnsinnsats (Overtid) |
| | <i>HR-kuben</i> | Antall timer omregnet til årsverk for følgende lønnstyper: Utrykning, timelønn, overtid, uforutsett vakt lang og kort frist. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utvidet arbeidstid |
| Netto månedsverk | <i>OUS-indikator</i> | Månedsverk månedslønnede minus spesialsykepleierelever, UTA-tid, tillegg vaktordninger, overlegepermisjon, lønn ved fødselsperm, ferievikar og sykevikar |
| | <i>Forklaring/formål</i> | HR-kuben presenterer denne indikatoren eksklusiv eksternt finansierte prosjekter og lønn til turnuskandidater. Fortsatt ikke verifisert av Sykehuspartner |
| | <i>Nasjonal definisjon</i> | Arbeidstid omgjort til månedsverk på ansatte som er på jobb |
| Netto månedsverk nasj. ind. | <i>Forklaring/formål</i> | Skal vise den gjennomsnittlige bemanningen som faktisk er på jobb i foretaket. Dvs. brutto månedsverk minus alt fravær. |
| | <i>HR-kuben</i> | Brutto månedsverk minus alt fravær. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet |
| | <i>HSØ-indikator</i> | Alle kostnader og arbeidstid for innleid helsepersonell er omregnet til månedsverk |
| Innleie månedsverk | <i>Forklaring/formål</i> | Gjelder innleie av helsepersonell (sykepleiere, hjelpepleiere, helsesekretærer og leger) fra eksterne vikarbyrå Dvs. helsepersonell som involvert i "produksjonen" av helsetjenesten Regnskapsbeløp fra konto 4582 (Pleiepersonell) og 4583 (Lege) er omregnet til månedsverk basert på timepriser (hhv. 437, 819 i 2010) pr gruppe og 154 gj.sn |
| | <i>OUS-indikator</i> | Brutto månedsverk som er finansiert av eksterne |
| | <i>Forklaring/formål</i> | Basert på filter i HR-kuben for kapitler som er merket eksternt finansiert. |

Definisjoner fraværsindikatorer

| | |
|----------------------------|--|
| Sykefraværsprosent | <p><i>Nasjonal definisjon</i> Sykefravær i prosent er andel sykefraværdagsverk av avtalte dagsverk</p> <p><i>Forklaring/formål</i> Definisjon fanger opp klassisk sykefraværsstatistikk basert på 5-dagers uke. Dette for å sikre sammenligning med andre foretak som ikke har ressursplanleggingsystem Dvs. sykefravær fordeles på fraværslengde, med korttid (1-16 dager) og langtid (mer enn 17 dager)</p> |
| Antall ansatte | <p><i>Nasjonal definisjon</i> Omfatter alle ansatte med arbeidsavtale, inklusive medarbeidere i permisjon uten lønn, vikarer og timebetalte med en gyldig arbeidsavtale</p> <p><i>Forklaring/formål</i> Indikatoren viser antall personer som foretaket har en forpliktende arbeidsavtale med (jmfr. AML)</p> |
| Ansettelsesforhold | <p><i>Nasjonal definisjon</i> Fast og midlertidig ansattform ihht. AML</p> <p><i>Forklaring/formål</i> Standardisere ansettelseform som dimensjon slik at det er mulig å sammenligne andelen fast versus midlertidig arbeidskraft. Det pågår standardiseringsprosess av kodeverk ansattform og gruppering. Registreringspraksis og anvendelsen av kodeverket varierer på de ulike klinikkene. Dvs. andelen midlertidig arbeidskraft ifht. brutto månedsverk er derfor ikke et "absolutt ildfast" tall Vikarer dekker opp personell for langtidssykemeldt, svangerskapspermisjoner, utdanningspermisjoner, velferdspermisjoner, vakante stillinger pga. turnover. Dvs. vikariat for arbeid i stedet for en annen eller andre. Vikarer blir ikke engasjert for løpende faste arbeidsoppgaver, i motsetning til fast ansatte og andre midlertidige ansettelser.</p> |
| Tellere og nevner | |
| Sykefraværsdagsverk | <p><i>Nasjonal definisjon</i> Faktiske fraværsdagsverk som skyldes ansattes sykdom (egenmelding, sykemelding). Det tas hensyn til den ansattes stillingsgrad og uføregrad.</p> <p><i>Forklaring/formål</i> Sykefravær fordeles på fraværslengde, med korttid (1-16 dager) og langtid (mer enn 17 dager). Tallet vil kunne endre seg bakover i tid avhengig av registrering</p> |
| Avtalte dagsverk | <p><i>Nasjonal definisjon</i> Avtalte arbeidsdager korrigerert for stillingsandel, ferie og permisjoner</p> <p><i>Forklaring/formål</i> Alt fravær - uansett lengde - som innebærer at man ikke er på jobb, trekkes fra avtalte dagsverk på linje med ferie</p> |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – sakframstilling

| | |
|-----------------|---|
| Dato møte: | 17. februar 2011 |
| Saksbehandler: | Direktør Oslo sykehusservice |
| Utrykt vedlegg: | Sluttrapport foreldreovernatting Rikshospitalet Sluttrapport sykehotell Radiumhospitalet |

**SAK 6/2011 ORIENTERINGSSAK:
INFORMASJON OM AVSLUTTEDE
BYGGEPROSJEKTER VED OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Forslag til vedtak

Styret tar informasjon om avsluttede byggeprosjekter ved Oslo universitetssykehus HF til orientering.

Oslo, den 9. februar 2011

Siri Hatlen

Denne saken gir overordnet status av finansiering og kostnadsramme for to større avsluttede byggeprosjekter i regi av Oslo universitetssykehus HF.

De to byggeprosjektene er:

- Foreldreovernatting på Rikshospitalet
- Sykehotell på Radiumhospitalet

Prosjektene er avsluttet, bygningene med innhold er tatt i bruk og overført til Oslo sykehusservice for forvaltning og teknisk drift.

Regnskapene er avsluttet og avstemt mot sykehusregnskapet.

1. Foreldreovernatting på Rikshospitalet

Oppsummering:

| Finansieringskilde | Type | MNOK | MNOK |
|-----------------------|-------------------------|-------|-------------|
| HSØ | Lån | 98 | |
| | Budsjett | | 98 |
| Ikke aktiverte poster | Reserve + marginer | -26,5 | |
| | Prosjektbudsjett | | 71.5 |
| Prosjektregnskap | Forbrukt | 65 | |

Prosjektet var opprinnelig planlagt med en ramme på 98 mill kroner. Underveis i detaljprosjekteringen endret markedet seg betydelig med konsekvenser for byggekostnadene og positiv virkning for sykehuset som byggherre. Dette førte til at estimert ramme ble justert til 71,5 mill kroner. Sluttrapporten er avstemt med regnskap og viser et forbruk på 65 mill kroner. Dette er inklusive byggelånsrenter. Sykehusets behov for lån er dermed redusert fra 98 mill kroner til 65 mill kroner for dette prosjektet.

2. Sykehotell på Radiumhospitalet

Oppsummering:

| Kilde | Type | MNOK | MNOK |
|-------------------------|-----------------|------|-------------|
| Bevilgning Storting | lån | 110 | |
| Investeringsbudsjett | ramme | 18 | |
| Kreftforeningen | gave | 30 | |
| | Budsjett | | 158 |
| Prosjektregnskap | Forbrukt | -154 | |
| Refusjon | Mva | 29 | |
| | Utgifter | | -125 |
| Kan omdisponeres | Rest | | 33 |

Opprinnelig beregninger viste et behov for finansiering av hotellet på 140 mill kroner. Dette ble finansiert med 110 mill kroner i lån fra Helse Sør-Øst RHF og 30 mill kroner i gave fra Kreftforeningen. Etter gjennomført detaljprosjektering ble kostnadsrammen for prosjektet 158 mill kroner. 18 mill kroner måtte dermed finansieres over eget investeringsbudsjett.

Regnskapet til slutt viser en kostnad på 154 mill kroner for byggoppføringen. I tillegg kommer byggelånsrenter på 1 mill kroner. I ettertid har det vært gitt refusjon for mva pålydende 29 mill kroner for bygget.

Midler som ikke er forbrukt, til sammen 33 mill kroner, gir rådighet til å redusere behov for lån fra 110 mill kroner til 96 mill kroner, samt unngå å bruke 18 mill kroner av egen investeringsramme.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 17. februar 2011

Saksbehandler: Administrerende direktør

Vedlegg: Utkast til Årlig melding for 2010

SAK 7/2011 **BESLUTNINGSSAK:
ÅRLIG MELDING 2010 OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS**

Forslag til vedtak:

1. *Styret slutter seg til utkast til årlig melding for 2010 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 2010, innspill fra Brukerutvalgets møte 14. februar, samt de innspill som ble gitt i møtet.*

Oslo, 9. februar 2011



Siri Hatlen

Sammendrag

Oslo universitetssykehus HF skal oversende Årlig melding 2010 til Helse Sør-Øst RHF innen 1. mars 2011. Det vises til orientering i styresak 167/2010 (styremøte 17.12.2010) om frister og rammer for arbeidet med Årlig melding.

Årlig melding er et dokument med følgende vedlegg:

- 1) Rapporteringsskjema oppdrag og bestilling 2010
- 2) Årsrapport 2010 Brukerutvalget Oslo universitetssykehus HF

Brukerutvalget og tillitsvalgte har vært orientert om arbeidet med Årlig melding, og vedlagte utkast er oversendt for kommentarer. Brukerutvalget skal behandle Årlig melding i møte 14. februar 2011 og innspill vil bli innarbeidet.

I henhold til bestilling fra Helse Sør-Øst RHF ble rapporteringsdelen for 2010 (vedlegg 1) oversendt det regionale helseforetaket per 21. januar 2011.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

For å sikre framdrift av koordineringsarbeidet for oversendelse av Årlig melding til Helse Sør-Øst RHF innen tidsfristen, anmodes det om at administrerende direktør gis fullmakt i samråd med styreleder til å ferdigstille arbeidet.

Dette er en felles mal for årlig melding fra alle helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst. Malen er ment som en støtte for helseforetakene og et virkemiddel for harmonisering.

Innhold og utforming, bruk av indekserte nivåer, utforming av overskrifter mv. vil kunne tilpasses behovene i det enkelte helseforetak/sykehus, men det bør så langt mulig tas hensyn til den overordnede målsetningen med malen.

Evt. spørsmål knyttet til malen og bruk av denne kan rettes til

jostein.jensen@helse-sorost.no, tlf 909 72 605

Det legges opp til at den tekstlige delen av årlig melding i størst mulig grad blir en verbal beskrivelse og evaluering av virksomheten, mens nødvendig tallgrunnlag tas inn som vedlegg.

FRIST FOR INNSENDING AV STYREBEHANDLET ÅRLIG MELDING 2010 ER 1. MARS 2011.

Oslo universitetssykehus HF

Årlig melding 2010

til Helse Sør-Øst RHF

[Sted] [dato]

Innhold

| | |
|---|----|
| DEL I: INNLEDNING | 1 |
| 1. Om Oslo Universitetssykehus HF – oppgaver og organisering | 1 |
| 1.1. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag | 4 |
| 2. Sammendrag | 5 |
| 2.1. Resultater og utfordringer | 5 |
| 2.2. Helseforetakets virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll | 10 |
| 2.3. Overordnet risikobilde | 10 |
| 2.4. Sentrale saker behandlet i styret | 13 |
| 2.5. Evaluering av egen virksomhet og organisering | 13 |
| 3. Medvirkning fra brukere og tillitsvalgte | 14 |
| DEL II: RAPPORT FOR 2010 | 16 |
| 4. Oppfølging av oppdrag og bestilling for 2010 | 16 |
| 4.1. Innledning | 16 |
| 4.2. Innsyn og konsernrevisjon | 16 |
| 4.3. Overordnede styringsbudskap for 2010 | 17 |
| 4.3.1. Målområde 1 - pasientbehandling | 17 |
| 4.3.2. Målområde 2 - forskning, utvikling og innovasjon | 17 |
| 4.3.3. Målområde 3 - kunnskapsutvikling og god praksis | 17 |
| 4.3.4. Målområde 4 - organisering og utvikling av fellestjenester | 17 |
| 4.3.5. Målområde 5 - mobilisering av medarbeidere og ledere | 17 |
| 4.3.6. Målområde 6 - bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring | 17 |
| 4.4. Driftsavtale 2010 | 17 |
| 4.4.1. Avtalt aktivitetsnivå 2010 | 17 |
| 4.4.2. Økonomisk vederlag og øvrige økonomiske betingelser | 17 |
| DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT 2011 - 2014 | 18 |
| 5. Utviklingstrender og rammebetingelser | 18 |
| 5.1. Faglig og demografisk utvikling | 18 |
| 5.2. Forventet økonomisk utvikling | 20 |
| 5.3. Personell- og kompetansebehov | 21 |
| 5.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer | 23 |
| 6. Planer for innsatsområdene | 24 |
| 6.1. Pasientbehandling | 24 |
| 6.2. Forskning, utvikling og innovasjon | 28 |
| 6.3. Kunnskapsutvikling og god praksis | 30 |
| 6.4. Organisering og utvikling av fellestjenester | 31 |
| 6.5. Mobilisering av medarbeidere og ledere | 32 |
| 6.6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring | 35 |
| 7. Oppfølging av mål for planperioden | 37 |
| DEL IV: VEDLEGG | 40 |
| Tabell: Jf. oppdrag og bestilling for 2010 | 40 |
| Tabell: Jf. oppdrag og bestilling for 2010 | 42 |
| Områdeplaner | 43 |

DEL I: INNLEDNING

1. Om Oslo Universitetssykehus HF – oppgaver og organisering

Stikkord:

Kort om kjerneoppgaver og særfunksjoner, evt funksjonsfordelinger med andre helseforetak/sykehus. Omfang i form av antall ansatte og geografisk opptaksområde, enheter i virksomheten, organisasjonskart m.v.

Oslo universitetssykehus HF, som er helseforetak i medhold av lov om helseforetak av 15. juni 2001 nr. 93, ble stiftet 1. desember 2008.

I stiftelsesprotokollen gis det uttrykk for følgende i forhold til helseforetakets formål og virksomhet:

Formål

Oslo universitetssykehus HF skal drives med sikte på å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette.

Gjennom utøvelse av oppgaver tildelt av Helse Sør-Øst RHF vil Oslo universitetssykehus HF bidra til at spesialhelsetjenestens målsetting blir oppfylt innenfor Helse Sør-Øst og at de lands- og flerregionale funksjoner Helse Sør-Øst RHF er tillagt, blir ivaretatt

Helseforetakets virksomhet

Oslo universitetssykehus HF skal videreføre de plikter og ansvarsområder virksomhetene Rikshospitalet HF, Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF som ble innlemmet i Oslo universitetssykehus HF hadde på etableringstidspunktet for Oslo universitetssykehus HF.

Ansvarsområde for Oslo universitetssykehus HF omfatter landsfunksjoner, flerregionale- og regionale funksjoner, område- og lokalsykehusfunksjoner, jfr Lov om spesialisthelsetjenester. Dette innebærer også at Oslo universitetssykehus HF skal drive avansert pasientbehandling, forskning, utprøvende behandling, undervisning og rådgivning på høyt internasjonalt nivå.

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

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

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

Oslo universitetssykehus HF skal drive:

- helsefremmende og forebyggende arbeid
- helsemessig og sosial beredskap
- rehabilitering og habilitering
- somatisk helsetjeneste
- psykisk helsevern
- laboratorie- og radiologiske tjenester
- syke transport, ambulansetjeneste og nødmeldetjeneste
- andre virksomheter når det er egnet til å fremme foretakets formål
- tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere
- registrering av og informasjon om krefttilfeller i Norge og epidemiologisk forskning

Hovedoppgavene som Oslo universitetssykehus HF skal legge til rette for, er å planlegge, organisere og fremme:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasienter og pårørende
- utvikling av medisinsk metode, praksis, pleie og kompetanseutvikling

Oslo universitetssykehus HF skal bidra til samarbeid i regionen, slik at det totalt sett oppnås hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Oslo universitetssykehus HF skal også bidra til samarbeid med andre regionale helseforetak, helseforetak, universiteter og høgskoler.

Oslo universitetssykehus HF skal, innenfor sitt ansvarsområde, søke nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud. Det samme gjelder i forhold til samarbeidspartnere som blant annet det statlige barne- og familievern, samt i forhold til øvrige aktuelle statlige ansvarsområder.

Organisering

Oslo universitetssykehus HF er organisert i klinikker, slik det fremgår av organisasjonskartet i vedlegget. Akuttklinikken, Klinikk for diagnostikk og intervensjon og Oslo sykehuservice er funksjonsområder som skal levere tjenester inn mot flere av de kliniske enhetene. I tillegg er det etablert en sentral stab i tilknytning til administrerende direktør, som leverer sine tjenester for å understøtte linjen.

Funksjonsfordeling:

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

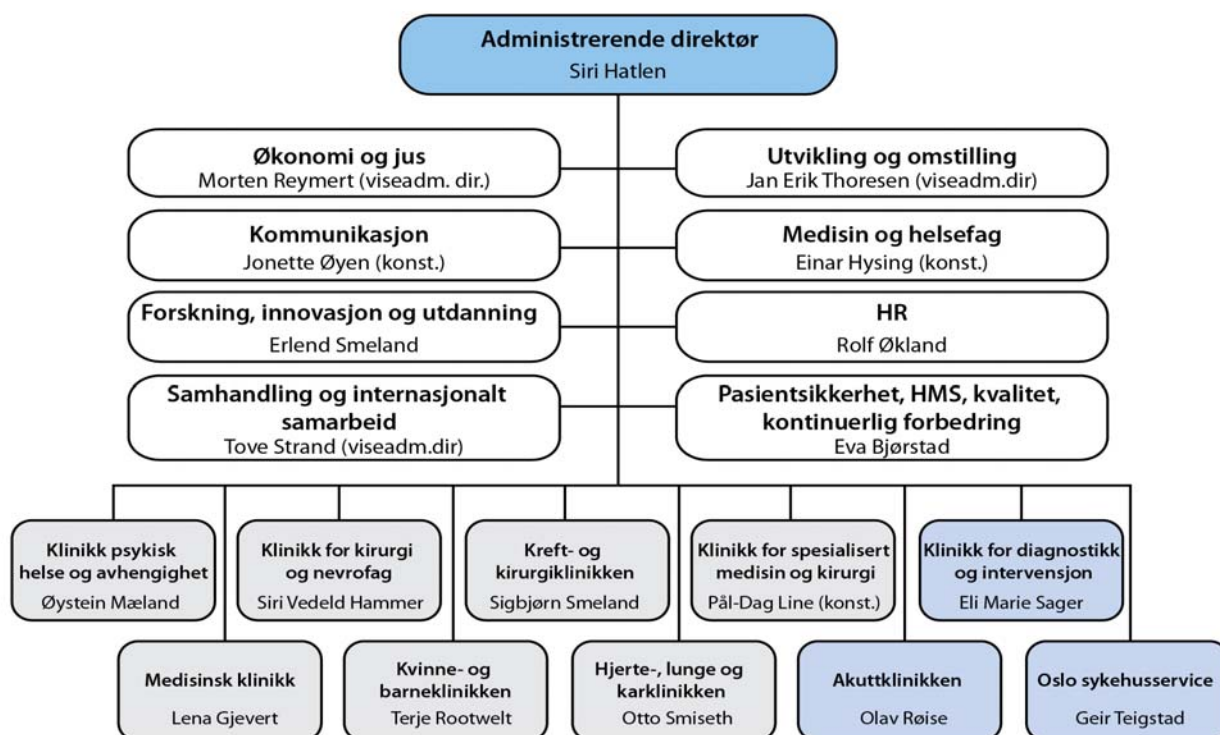
Etter et oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF er det i løpet av 2010 gjennomført et prosjekt som har gått gjennom funksjons- og oppgavedelingen innen alle aktuelle områder mellom sykehusene i Oslo sykehusområde. Dette arbeidet vil bli fulgt opp, konkludert i 2011. Det vil til dels skje som del av arbeidet med områdeplaner.

Oslo universitetssykehus HF har i 2010 også startet en prosess med gjennomgang av funksjonsdelingen innen rehabilitering i forhold til Sunnaas sykehus HF. Dette arbeidet vil bli videreført i 2011 i tilknytning til en egen samarbeidsavtale mellom de to foretakene.

Opptaksområdene Alna og Follo ble overført til Akershus universitetssykehus HF 1.1.2011. Vestre Viken HF overtok fagområdene Øre-, nese-, hals, pediatri, nevrologi, nefrologi og delvis dialyse for opptaksområde Asker og Bærum. Oslo universitetssykehus HF overtok ansvar for fødende i bydel Ullern og Vestre Aker fra Vestre Viken HF pr. 1.1.2011.



Organisering 2011



1.1. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Stikkord:

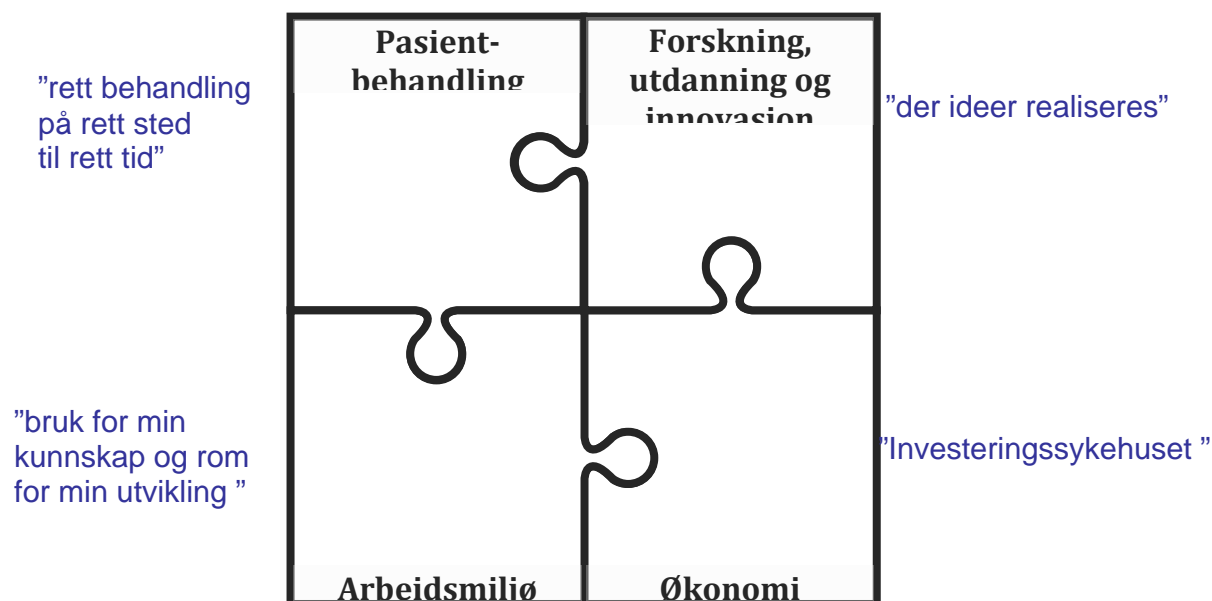
Helseforetakets strategiske grunnlag i form av visjon, virksomhetsidé, verdigrunnlag
Synliggjøring av kobling til overordnede strategier, lovverk mv.

De nasjonale verdiene, samt Helse Sør-Øst RHF (HSØ) sin visjon om gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og alder ligger til grunn for foretakets arbeid.

Lovpålagte oppgaver og regional strategi 2009-2020, er førende for Oslo universitetssykehus HF's videre arbeid med mål og strategiutforming.

Foretakets strategiprosess er ikke ferdigstilt, men "puslespillet" nedenfor viser hvilke dimensjoner mål og strategier utformes innenfor. Regionens strategiske satsingsområder er alle dekket innen disse fire dimensjonene.

På vei mot morgendagens behandling - Mål 2015



Oslo universitetssykehus skal skape sykehuset

- der barna våre vil jobbe
- der de får den beste behandlingen hvis de blir syke
- som de har råd til å betale for

Oslo universitetssykehus vil at hele vår organisasjon skal være:

- Åpen
- Lærende
- Helhetstenkende

2. Sammendrag

2.1. Resultater og utfordringer

Stikkord:

Trekke frem det helseforetaket opplever å ha lyktes særlig med og det som oppleves som særlige utfordringer i forhold til bestillinger og egne mål.

Aktivitet

Somatikk

Innenfor somatikken er antall sykehusopphold til og med desember 2010 økt med 3,4 pst fra 2009, mens antall DRG-poeng er økt med 0,6 % (samme års regelverk lagt til grunn). Akkumulert avvik i forhold til budsjett må ses i lys av at effekt av grupper 2010 (årets ISF-regelverk) er beregnet å gi en reduksjon i antall DRG-poeng på om lag 1 pst og krav om aktivitetsøkning i budsjett 2010. Oppsummert vurderes somatisk aktivitet som forutsatt i oppdraget for 2010 og som rapportert prognose etter 2. tertial. Et negativt avvik på 1 pst fra budsjett samsvarer med effekt av endrede vektorer og grupper fra 2009 til 2010 (som ikke var hensyntatt i budsjettet/oppdraget).

Barne- og ungdomspsykiatrien:

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er aktiviteten høyere enn budsjettet for døgnvirksomheten (opphold og liggedøgn) og poliklinikk. Antall dagopphold er noe lavere enn budsjettet, men dette er mer enn kompensert av høyere poliklinisk aktivitet. Aktiviteten er økt fra 2009 til 2010 for alle indikatorer unntatt dagbehandling.

Voksenpsykiatri:

Aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien er lavere enn budsjettet, og lavere enn i 2009. Endringen i antall liggedøgn innenfor voksenpsykiatrien fra 2009 knytter seg til reduksjon i antall døgnplasser på DPS for å øke dagaktivitet og poliklinikk. Avvik fra plantall 2010 skyldes lavt belegg ved noen avdelinger. Disse avdelingene har ikke ventelister på innleggelser. Avvik på antall utskrivelser henger sammen med avvik på antall liggedøgn.

Antall polikliniske konsultasjoner er lavere enn plantall og noe lavere enn i 2009. Korrigeret for at det i 2009 ble rapportert en del interne konsultasjoner fra psykosomatisk poliklinikk, er det en reell økning i antall konsultasjoner fra 2009 til 2010.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB):

Innenfor TSB er døgnvirksomheten lavere enn budsjettet. Deler av avviket skyldes optimistisk budsjettering for 2010. Sammenlignet med 2009 har det vært en økning i antall utskrevne døgnpasienter og i den polikliniske aktiviteten. Antall liggedøgn i 2010 er redusert fra 2009. Aktivitetsavvikene må ses i lys av at døgnvirksomheten er i en betydelig omstilling, hvor det blant annet arbeides med en vridning fra langtid til kortid/dag og poliklinikk. Avvikene følges opp og tiltak for å sikre god kapasitetsutnyttelse vil inngå i det pågående arbeidet med å tilpasse virksomheten til situasjonen etter overføring av aktivitet til andre sykehusområder.

Økonomi – drift

Driftsresultat for 2010 må ses i forhold til nytt styringsmål for 2010. Både styringsmål, pensjonskostnader og basistilskudd er vesentlig endret i forhold til budsjett, jfr brev av 15.12.2010 fra Helse Sør-Øst RHF om reduksjon i inntektsrammer og endrede resultatkrav for 2010.

- Regnskapet per desember viser et resultat på 534 millioner kroner. Sammenlignet med nytt styringsmål for 2010 på 1017,1 millioner kroner, gir dette et negativt avvik mellom nytt styringsmål og resultat på om lag 483 millioner kroner. I dette inngår ekstraordinær nedskrivning av eiendom med 184,8 millioner kroner (som omtalt i styresak 161/2010). Rapportert resultat 2010 korrigert for disse ekstraordinære nedskrivningene viser et negativt resultatavvik på 298 millioner kroner i forhold til nytt styringsmål.
- Sammenlignet med rapportert årsestimat er rapportert resultat korrigert for ekstraordinære avskrivninger på minus 298 millioner kroner marginalt bedre enn tidligere rapporterte årsestimat (- 305 millioner kroner).

Det presiseres at rapportert resultat ikke er basert på et ferdig revidert årsregnskap. Det er fortsatt en del uavklarte forhold og alle balanseposter er ikke avstemt. Dette gir noe usikkerhet knyttet til årsresultatet. Dette er delvis tatt høyde for gjennom en noe forsiktig vurdering av avsetninger for enkelte forhold.

Rapportert resultat inkluderer omstillingskostnader på om lag 130 millioner kroner. Rapporterte omstillingskostnader inkluderer svært lave kostnader i klinikkene. Det er derfor fortsatt grunn til å anta at nivået på de faktiske omstillingskostnadene er høyere enn det som rapporteres.

Økonomi – investeringer

Investeringsregime for Oslo Universitetssykehus HF ble fra 2010 innrettet i to hoveddeler med separate budsjetter for videreføring av drift og omstilling. Investeringsrammene for videreføring av drift er basert på sykehusenes opprinnelig likviditetstilførsel med 305 millioner kroner i årlig tildeling. Investeringsrammene for omstilling var for 2010 basert på disponering av 50 millioner kroner ved salg av eiendom og en tildeling på 100 millioner kroner fra Helse Sør-Øst RHF. Det er en pågående dialog med Helse Sør-Øst RHF om de totale rammer til omstillingsbudsjett og nyinvesteringer de kommende årene.

Oslo Universitetssykehus HF disponerer investeringsmidler atskilt fra tildeling til driftsbudsjettet. Det vil si at eventuelle underskudd i omstillingsperioden ikke kommer til fradrag i investeringsbudsjettet.

I 2010 er gjennomførte investeringer lavere enn budsjettet både innen videreføring av drift og omstilling. Avviket inngår i investeringsplanene for 2011 og blir således disponert.

Bemanning

Bemanningsstillingene er vanskelig å sammenstille med det foregående året, da det i 2009 kun forelå tall fra de enkelte sykehus og ikke fra et samlet Oslo universitetssykehus HF. Tallet på brutto årsverk er inkludert ansatte på eksterne midler.

Oslo universitetssykehus HF forventet overføring og eventuelt frivillig overgang av ansatte fra Oslo universitetssykehus HF til henholdsvis Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF i løpet av 1. januar 2011. Det har i 2010 vært en marginal reduksjon i bemanning.

Oslo universitetssykehus HF har i 2010 gjennomført sammenslåing av avdelinger med like funksjoner innen de enkelte klinikker, på tvers av lokalisasjoner ved de tidligere sykehusene Aker universitetssykehus HF, Ullevål universitetssykehus HF og Rikshospitalet universitetssykehus HF. De enkelte klinikker har innplassert en N3 leder, som har ansvar for avdelinger på tvers av lokaliseringer. Det har i tillegg vært foretatt innplassering av ledere på N4 og N5 som til dels har vært ledere på de enkelte geografiske stedene. For enkelte klinikker har innplasseringene av ledere på N4 og N5 vært midlertidige i påvente av prosessen av overføring av pasienter fra tidligere Aker universitetssykehus til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Endelig innplassering av disse blir foretatt i løpet av våren 2011.

I 2010 var det registrert 61 potensielt overtallige i Oslo universitetssykehus HF hvor det per 31.12.10 var funnet varig løsning for 53 personer.

Det vises også til skjematisk oversikt i tabellen nedenfor om årsverksutviklingen ved Oslo universitetssykehus HF.

| | JA/NEI |
|---|--|
| Er bemanningsutvikling i hht mål for 2009 | Ja |
| Er bemanningsutvikling i hht årsestimat | Ja |
| Er lønnsvekst i hht. mål | Ja |
| Er lønnskostnadene i hht. budsjett | Ja |
| Er det planlagt omstilling i foretaket i 2010 | Ja |
| Hvis ja, er omstilling i hht. plan | Ja |
| Hvis ja, hvor mange årsverk skal omstilles i 2010 | Hele foretaket |
| Er fullmakten til å ansette i foretaket på samme nivå som budsjettansvar | Sentralt stillingsutvalgt for hele foretaket |
| Godkjennes alle ansettelser av eget utvalg | Ja |
| Er rutiner for å redusere innleie etablert | Ja |
| Foreligger det planer for sikre en kostnadseffektiv ferie avviking (<i>Rapporteres frem til juli</i>) | Ja |
| Er det etablert en omstillingspool ved foretaket? | ja |
| | ANTALL |
| Hvis ja, hvor mange er i omstillingspoolen | 61 |
| Av de som er kartlagt hvor mange er omstilt (antall) | 53 |

Vedrørende bemanning og deltid utfordringer

Det er ikke foretatt systematisk kartlegging av ufrivillig deltid i foretaket i 2010, men er planlagt gjennomført våren 2011. Ordning med at deltidsansatte fra tidligere Ullevål Universitetssykehus som ønsker det kan fylle opp sin stilling i seksjon for personalfordeling ble videreført i 2010 for foretaket som helhet og vil også bli jobbet med våren 2011. Retningslinjer for bruk av deltid og ansattes fortrinnsrett, er under utarbeidelse.

Bemanning og foretakets forpliktelser mht inkluderende arbeidsliv (IA)

Ved en rekke enheter er det utfordrende med dagens stramme driftsrammer å tilrettelegge for ansatte med spesielle behov. Dette gjelder i særlig grad ved de tunge sengeposter og ved føden. Ledere melder om at det er krevende å etterfølge IA-kravene ved slike enheter.

Forskning, innovasjon og utdanning

Forskning og innovasjon

Oslo universitetssykehus HF har i 2010 særlig lyktes med å opprettholde god aktivitet innen forskning og innovasjon, gjennom skjerming av ressurser til forskning i klinikkene i en periode med omfattende omorganiseringer og krav til kostnads- og arealreduksjoner. Fokus på dette er styrket i ledelsens tertialvise gjennomgang med klinikkene. Oslo universitetssykehus HF er i 2010 innvilget et nytt flerårig Senter for forskningsdrevet innovasjon, i sterk nasjonal konkurranse. Flere andre store eksterne bevilgninger er oppnådd, og evalueringer av pågående satsinger gir gjennomgående gode resultater. Tilbud om regionale forskningsstøttefunksjoner er prioritert og vil bli ytterligere styrket i 2011.

Det er etablert et tettere ledelsesmessig samarbeid med universitetet innen forskning og innovasjon, og det pågår en rekke prosjekter for ytterligere å styrke samhandlingen (bla. prosjekter i regi av Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo). Det er utarbeidet nye strategidokumenter for Oslo universitetssykehus HF for forskning (vedtatt av styret) og innovasjon (styrebehandles primo 2011). Bedre lagringsfasiliteter for biobankmateriale er nødvendig og høyt prioritert. Det er i 2010 inngått en leieavtale med Folkehelseinstituttet om lagringsfasiliteter for biobankmateriale på Myren, hvor tilbudet vil bli utvidet til å omfatte øvrige helseforetak i regionen. Det er etablert et bredt sammensatt Biobankutvalg på sykehuset. Utvalget rapporterer til forskningsdirektøren. Biobankutvalget er et rådgivende utvalg med hensyn til biobankrelatert virksomhet med fokus på forskning

Forskningsledelse og forskningsorganisering, særlig på forskningsgruppenivå og i forhold til internkontroll av formalia, er viet stor oppmerksomhet i 2010. Dette er av stor betydning både når det gjelder kvalitet og etikk, herunder oppfølging av lover og regler som regulerer forskning. Forskningsombudsfunksjonen, felles for universitet og sykehus, har vært et nyttig supplement til ordinære linjestrukturer og vil bli videreført.

Særlige utfordringer innen forskning og innovasjon:

- opprettholde den høye aktiviteten, hvor problemet særlig består i tiltagende mangel på arealer til forskning og prioritering av tilstrekkelig tid til forskning under fortsatt omstilling i klinikkene og krav til arealreduksjon,
- tilstrekkelig finansiering av, og infrastruktur for kliniske studier (både legemiddelfinansierte og industriuavhengige studier),
- prioritering av IKT-systemer som er kritisk viktig for å understøtte forskning,
- hensiktsmessig implementering av lover som regulerer forskningsvirksomhet,
- sikre tilstrekkelig strategisk handlingsrom for Oslo universitetssykehus HF slik at også regionale og nasjonale mål faktisk kan oppnås.

Utdanning

Oslo universitetssykehus HF har i 2010 tilstrebet en tydeligere organisering og profilering av utdanning, bla gjennom samling av strategisk koordinerende ansvar hos ny utdanningsleder i Oslo universitetssykehus HF (fra 2011). Strategisk utdanningsansvar er samorganisert med strategisk ansvar for forskning og innovasjon. Det er etablert et overordnet strategisk Utdanningsutvalg med representasjon fra universitet og høgskoler, samt etablering av et Helsefaglig forum med fagspesifikke nettverk som også vil ha utdanningsspørsmål blant sine fokusområder. Det er etablert tettere kontakt med Legeforeningen sentralt vedr. spesialistutdanning.

Særlig utfordringer innen utdanningsfeltet:

- Økt fokus på og høynet status for utdanningsaktiviteter innen Oslo universitetssykehus HF, i samarbeid med universitetet og høgskolene.

- Sikre at utdanning prioriteres høyt under interne omstillinger, og at arealer til utdanningsaktiviteter ikke nedprioriteres til fordel for andre aktiviteter

Omstilling

Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre et svært omfattende og krevende integrasjons- og omstillingsprogram parallelt med ordinær drift i årene framover. Utviklingen av Oslo universitetssykehus HF er et flerårig prosjekt i flere faser som er ment å føre fram til fusjonens mål om et bedre, et mer samordnet pasienttilbud og en bedre ressursutnyttelse, jf. styresak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF.

Omstillingene er svært krevende og samlet gjennomføringsrisiko vurderes å være høy, med stort omfang og kompleksitet når det gjelder likviditetssituasjon, bygningsmasse, avhengigheter mot andre aktører, overføringsprosessene med nedbemanning, omfattende IKT implementeringer og tilpasning av drift mot nye rammer.

Etter sammenslåingen til et helseforetak 1. januar 2009 representerte inngangen til 2010 overgangen fra tre tidligere driftsenheter til en gjennomgående organisasjon med ny ledelse, ny struktur og nye rutiner.

Også 2010 har vært preget av utvikling og omstilling for organisasjonen. Det har vært arbeidet med sikte på å samle lands- og regionsfunksjoner på Gaustad samtidig som et Storbysykehus utvikles med tydelig lokalsykehusfunksjon på Ullevål. Hensynet til gode pasientforløp, forskning, fagutvikling og økonomi, tilsier at så mye som mulig samlokaliseres så raskt som mulig. Over førti arealprosjekter er iverksatt for å legge til rette for sammenflyttinger fortløpende fremover. Det er også forberedt et planarbeid for helseforetakets arealer på lenger sikt.

Fra 2011 skal Oslo universitetssykehus HF betjene et mindre opptaksområde enn tidligere. Ansvar for et befolkningsgrunnlag på nærmere 160 000 er overført til Akershus universitetssykehus HF. Ansvar for enkelte funksjoner overført til Vestre Viken HF, mens noen gjenstår. Med overføring av oppgaver følger også et redusert behov for arbeidskraft, bygningsmasse og areal. Overføringene ble gjennomført som planlagt.

Den sterkt reduserte driften på Aker sykehus etter overføringen ble planlagt i 2010 og fungerer i henhold til plan. Avklaring og utvikling av en samhandlingsarena på Aker med Oslo kommune og andre aktører er startet.

Avklaring av utvikling til en samhandlingsarena med Oslo kommune og andre aktører er i gang, samtidig med strukturering av spesialisthelsetjenestetilbudet i sykehusområdet med de ideelle private sykehusene.

For å utnytte mulighetene ved sammenslåing og tilpasse seg neddimensjonering med redusert opptaksområde har hele organisasjonen deltatt i et bredt anlagt redesignprosjekt for å beskrive fremtidig kjernevirksomhet og driftskonsepter. Prosessen har gitt et gjennomarbeidet grunnlag for virksomhetens utvikling og omstilling innenfor endrete rammebetingelser.

Arbeidet med felles, gjennomgående IKT-systemer har også preget utviklings og omstillingsarbeidet i 2010. I september fikk foretaket et felles elektronisk pasientadministrativt system. Gjennom året er det også arbeidet med å få på plass felles IKT-basisplattform og felles klinisk arbeidsflate. Gjennomgående IKT-systemer vil legge til rette for at Oslo universitetssykehus HF kan fungere som ett helhetlig og integrert sykehus i organiseringen av pasientbehandlingen.

2.2. Helseforetakets virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll

Stikkord:

Beskrivelse av helseforetakets/sykehusets arbeid med virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, samt status vedr., pålegg etter tilsyn, utarbeidede handlingsplaner mv.

Det er gjennom 2010 lagt ned mye ressurser i etablering av både felles metoder/prinsipper og felles verktøy. Innføring av felles systemer har vært prioritert både når det gjelder pasientadministrative systemer og administrative systemer. Fra januar 2010 ble det etablert en første versjon av et elektronisk ledelsesinformasjonssystem, LIS-OUS, med regnskapsrapporter og aktivitetsrapporter. LIS-OUS er utvidet i løpet av året, og det er nå igangsatt et eget prosjekt for videre utvikling av LIS-OUS i 2011. I løpet av 2010 er PasDoc tatt i bruk som pasientadministrativt system ved Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Utskifting av pasientadministrative systemer har medført fokus på enhetlig bruk av systemene og det er blant annet vedtatt nye retningslinjer for registrering av aktivitet fra januar 2011. Fra april 2010 er Oracle tatt i bruk som felles økonomisystem (midlertidig). Dette innebærer at Agresso som var i bruk ved Aker og Ullevål er faset ut. Som en del av arbeidet med felles økonomisystem er det utarbeidet felles regnskapsprinsipper og rutiner ifht løpende oppdatering og kvalitetssikring.. Det jobbes videre med utvikling av både systemer (verktøy), rutiner og arbeidsprosesser for å understøtte helhetlig og god virksomhetsstyring.

Det utarbeides risikoanalyser med tilhørende handlingsplaner hver tertial. Disse er basert på kartlegging av risiko på klinikknivå. Klinikkvise risikovurderinger gjennomgås i møter mellom klinikkledelse og sykehusledelse. Risikoanalysene behandles av styret.

2.3. Overordnet risikobilde

Stikkord:

Hovedpunkter i helseforetakets/sykehusets risikovurdering i forhold til bestillinger og egne mål.

Allerede i 2009 hadde Oslo universitetssykehus HF lagt til rette for en samlet risikovurdering i tråd med de krav som Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst har satt for risikovurdering og risikostyring. Kravene og prinsippene for risikovurderinger har Helse Sør-Øst beskrevet i en egen veileder for risikostyring. Oppdragsdokument og driftsavtalen tydeliggjør også de forventinger en har for å sikre god styring av intern risiko.

Arbeidet med samlede risikovurderinger er videreført og videreutviklet i 2010. Grunnlaget for arbeidet er lagt i en intern prosedyre som ble tatt i bruk fra 1. januar 2010. Her er det satt krav om at risikoarbeidet skal gjennomføres på alle ledernivåer (avdelings-, klinikk- og sykehusnivå). Det er også lagt til rette hjelpemidler i form av skjemaer og maler som sikrer systematisk fastsetting av akseptkriterier, identifisering av risiko og utarbeidelse av konkrete handlingsplaner for risikoreduserende tiltak. Arbeidet innen hver enhet skal i tillegg resultere i et risikokart som synliggjør de viktigste risikoene.

For å sikre gjennomgang av alle aktuelle målområder, lages det handlingsplaner som tar utgangspunkt i de seks definerte målområder for Helse Sør-Øst:

- Pasientbehandling

- Forskning
- Kunnskapsutvikling og god praksis
- Organisering og utvikling av fellestjenester
- Mobilisering av medarbeidere og ledere
- Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

I henhold til Helse Sør-Øst's krav er det gjennomført risikovurderingen for 1. og 2. tertial. Disse er rapportert i lederlinjen internt og også lagt fram for foretaksstyret. I det løpende arbeidet på de ulike ledernivå har handlingsplanene for risikoreducerende tiltak blitt fulgt opp.

Risikovurdering ved utgangen av 2010

I 3. tertial har en hatt en forenkelt gjennomgang. Risikovurderingene fra 2. tertial blitt oppdatert ut i fra tilbakemeldinger fra klinikker, stabsavdelinger og sykehusledelse.

Nedenfor angis de identifiserte risikoområder ved utgangen av 2010 med en rangering fra mest kritisk til mindre kritisk. Sykehuset er inne i mange og store omstillings prosesser som kjøres parallelt. Overføringsprosjektet til Vestre Viken og Ahus har gjennom hele året blitt fulgt opp med en særskilt risikovurdering med tilhørende handlingsplan. Siden overføringene hovedsakelig er slutført fra 31.12.10, inngår ikke Overføringsprosjektet som eget risikoområde i listen nedenfor. Hovedfokus settes derfor på følgende områder:

Opprettholde kvalitet og pasientbehandling i daglig drift

- Arbeidsmiljø/omstilling
- Behandlingskvalitet, fristbrudd, ventetider, pasientavvik
- Økonomisk resultat
- Sikre drift av Aker 2011-2012
- IKT-integrasjon, styringsdata, koding
- Likviditet, medisinsk-teknisk utstyr, bygg
- Omdømme
- Intensiv/PO/OV/AMB-kapasitet
- Optimal kapasitetsutnyttelse
- Etterlevelse av krav/tilsyn
- Forskningsaktivitet
- Evne til utvikling og bruk av nye behandlingsmetoder

Redesign, flytting og samlokalisering - dag 4

- Usikkerhet om finansiering av omstillingskostnader
- Økonomisk resultat i omstillingsperioden
- Dimensjonere pasientbehandling, kostnadsbase og bemanning
- Flytte aktivitet
- Arbeidsmiljø/omstilling
- Tap av kompetanse
- Faglige forbedringsprosjekt
- Sikre pasientbehandling
- Redusert forskningsaktivitet

Gjennom det systematiske HMS arbeidet som et etablert i 2010 rapporteres det ved utgangen av året et noe mindre missforhold (ca. 10% reduksjon) mellom oppgaver og ressurser enn første halvår 2010. Spesielt fremheves tiltak som god ledelse, medvirkning og ressursfordeling som tiltak med effekt. Oslo universitetssykehus HF varsler fortsatt en ubalanse mellom oppgaver og ressurser. Sykehusets ansatte har gjennom hele året hatt krevende omstillingsoppgaver samtidig som daglig drift og kvalitet skal opprettholdes.

Arbeidsbelastningen over tid er høy med dertil fare for lederslitasje, tap av kompetanse og nøkkelpersonell. Dette risikoområdet vurderes derfor fortsatt som høyt både på kort og mellomlang sikt. Det er iverksatt en rekke tiltak for å redusere risiko og støtte opp om ansatte og ledere i omstillingsarbeidet. Det er opprettet omstillingssenter, kompetanse- og opplæringsprogrammer og lagt til rette for særlig driftsoppfølging for de gjenværende aktiviteter på Aker.

Arbeidsmiljøtiltak for øvrig rettes mot følgende prioriterte områder: Omstilling, arbeidsbelastning, ergonomi, kjemikalieeksponering / spesialventilasjon.

- Arbeidstilsynets pålegg og oppfølging i forbindelse med "God vakt" og vurdering av forhold/missforhold mellom ressurser og arbeidsoppgaver er innlemmet i "Arbeidsmiljø/omstilling" og bibeholdt med høyest risikonivå
- En rekke definerte risiko områder er berørt av at flere klinikker signaliserer mangel av tilstrekkelig areal for drift og forskning. Arealprosjektet forventes å endre på dette slik at risikovekten i løpet av forsommeren vil bli noe redusert.
- Risiko for redusert behandlingskvalitet holdes fortsatt høyt. Sykehusets avvikssystem og prevalensundersøkelser viser fortsatt fare for kjente risikoområder som eks. legemiddel-avvik og sykehusinfeksjoner. Sykehuset har høyt fokus på sikkerhets- og forbedringsarbeide og inngår fra årsskiftet aktivt i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. De sentrale kvalitetssystemer viser nå en ønsket jevn økning i registrering av uønskede hendelser og en bred oppstart i klinikkene av konvertering og forbedring av ny kunnskapsbasert styrende dokumentasjon.
- Opplevelse av mer presset intensiv/postoperativ/overvåknings og ambulanskapasitet er innført som nytt risikoområde selv om disse områdene til dels også blir vurdert innen flere andre risikoområder.
 - Brist på tilstrekkelig intensiv/postoperativ/overvåkningskapasitet er en kjent årlig faktor spesielt i forbindelse med sesonginfluensaen. Konsekvensen så langt er økt antall strykninger på de elektive operasjonsprogram. En rekke interne tiltak er iverksatt eller under utforming. Området trenger spesielt fokus i tiden som kommer.
 - Antall ambulanseoppdrag er fortsatt jevnt økende. Brist på tilstrekkelig ambulanskapasitet medfører periodevis økt responstid også for akuttoppdrag og vil kreve kostnadskrevenne tiltak for å øke døgnbemanningen av ambulanspersonell samt styrke legetilgjengeligheten på AMK.
- Manglende tilgang til felles og vel fungerende IT-verktøy holdes fortsatt som en høy risiko av de fleste klinikker.
- Risiko forbundet med høy alder på medisinsk teknisk utstyr holdes fortsatt høyt. Risikoen er forbundet med potensiell mangel av utstyr, ikke redusert pasientsikkerhet knyttet til feil. Medisinsk teknisk utstyr med potensiell risiko for å påføre pasienter skade blir fort-løpende kassert. Det er håp om at utstyr frigjort fra Aker kan overføres til de øvrige lokalisasjoner samt at redusert pasientmengde vil kunne medføre noe risikoreduksjon, men en kan ikke forvente at denne kan fjernes.
- Risiko forbundet med gammel og uhensiktsmessige bygg holdes uforandret. Arealprosjektets arbeid pågår.
- Økonomisk resultat 2010 samt utfordringsbildet i 2011 indikerer fortsatt en betydelig risiko for negativt økonomisk resultat. Det vil derfor bli satt fokus på en rekke tiltak for å sikre effektivisering og reduksjon i kostnader.

2.4. Sentrale saker behandlet i styret

Stikkord:

Omtale av styrets arbeid i 2010 og en kort oversikt over de viktigste sakene styret har behandlet.

Styret for Oslo universitetssykehus HF hadde i 2010 i alt 12 møter, hvorav 2 var ekstraordinære telefonmøter og 1 telefonmøte i kombinasjon med oppmøte.

Styret har ivaretatt sine oppgaver og fremlagt beretning og regnskap for 2009 og vedtatt plan og budsjett for 2010. Til sammen har styret behandlet 170 saker (ordinære styresaker og orienteringssaker). I hvert styremøte har det blitt gitt omfattende drifts- og aktivitetsorienteringer. Styret har fått presentert 8 temasaker som har vært presentasjon av forskjellige klinikker og aktuelle oppgaver i dybden.

Styret har fulgt opp eiers styringsbudskap og prestasjonskrav og helseforetaket har rapportert til eier i henhold til rutiner.

Eiers oppdrag og bestilling for 2010 og betingelsene for dette har fra styrets ståsted vært krevende. Hovedsaken som gjennomgående har tatt styrets oppmerksomhet har vært gjennomføring av integrasjons- og omstillingsarbeidet og overføring av pasientgrunnlag til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF innen 1. januar 2011. Utvikling av Oslo universitetssykehus HF i tråd med Helse Sør-Øst RHF styresak 108/2008 har pågått parallelt med oppfølging av ordinær drift med krav til aktivitet og resultat- og likviditetsmessig balanse. Den utfordrende økonomiske situasjon har blitt grundig fulgt opp av styret. I tillegg har styret nedlagt betydelig arbeid med budsjett 2011 og langtidsplan 2011-2014 med bakgrunn i omstillingsprosessen og aktivitetsendringen som følge av overføring av opptaksområder til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Målet for arbeidet har vært å få et budsjett med et realistisk styringsgrunnlag for å videreføre arbeidet med å omstille og utvikle Oslo universitetssykehus HF.

Gjennomføring av integrasjons- og omstillingsarbeidet har blitt organisert i en rekke prosjekter som har blitt presentert for styret til behandling. Av øvrige saker som har preget styrets arbeid kan nevnes blant annet:

- Salg av eiendommer
- Langsiktig arealplan for Oslo universitetssykehus HF
- Framtidig bruk av Aker sykehus som samhandlingsarena – et samarbeid med Oslo kommune og de øvrige sykehus som betjener Oslos befolkning, inkludert Akershus universitetssykehus HF og Sunnas HF.
- Strategier på flere områder og oppgaver for helseforetaket

2.5. Evaluering av egen virksomhet og organisering

Stikkord:

Vurdering av egen organisasjon, omstilling, organisasjonsutvikling og effekter. Kommentarer til og utdyping av rapporterte tall som er tatt inn i vedlegg vektlegges spesielt.

Oslo universitetssykehus HF må gjennomføre betydelige endringer fremover for at foretaket skal komme i en stabil og bærekraftig driftssituasjon. Målet er en samlokalisert klinisk virksomhet i foretakets kjernearealer som gir grunnlag for god pasientbehandling, forskning og undervisning og en økonomi i balanse.

For å sikre nødvendig kvalitet, framdrift og helhet i det videre utviklingsarbeidet og for å skjerme driftsoppgavene er utviklingsoppgaver organisert under ledelse av en viseadministrerende direktør for utvikling og omstilling med ansvar for å koordinere og lede utviklingsprosjektet. Det er opprettet et programkontor som skal drive kritiske prosjekter og følge opp og støtte utviklings- og omstillingsarbeidet i klinikkene.

Utviklings- og omstillingsarbeidet følger en hovedplan med gjennomføringsetapper benevnt som fem dager. Fremdriften starter med Dag 0 som er sammenslåingen av helseforetakene 1. januar 2009. Dag 3 er nå passert med overføringen av tjenesteansvaret for en befolkning på 160 000 til Akershus universitetssykehus HF og oppgaver til Vestre Viken HF per 1. januar 2011. I perioden mellom Dag 3 og Dag 4 vil hovedfokuset være på å gjennomføre de resterende flyttinger, inkludert nødvendig oppgradering av areal for å muliggjøre en frigjøring av Aker. Målet er at Oslo universitetssykehus HF etter Dag 4 skal være i en stabil driftssituasjon med økonomi til å håndtere framtidige investeringer, og i en posisjon hvor arbeidet mot framtidig nybygg for å realisere målbildet til Dag 5 kan begynne.

3. Medvirkning fra brukere og tillitsvalgte

Stikkord:

Redegjørelse om brukermedvirkning og medvirkning fra tillitsvalgte og ansatte generelt samt om medvirkning i forbindelse med årlig melding for 2010. Referanse til de 12 prinsippene om medvirkning, medarbeiderundersøkelser mv. samt til de 13 prinsippene for brukermedvirkning.

Oslo Universitetssykehus HF ivaretar medvirkning for tillitsvalgte og verneombud iht Hovedavtalen, arbeidsmiljøloven og de 12 prinsippene for omstilling i Helse Sør-Øst RHF. Oslo Universitetssykehus HF har etablert en rekke formelle og uformelle fora som innebærer ukentlige møter mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud. Tillitsvalgte og verneombud er involvert i registrerte prosjekter og omstillingsprosesser.

Foretaket mener at oppfølging av medvirkning og involvering viser en meget positiv utvikling. Det legges imidlertid ikke skjul på at det er krevende å implementere gode rutiner i hele foretaket og på alle nivå. Foretakstillitsvalgte melder at samarbeid og medvirkning hos fungerer godt på foretaksnivå, men er mer varierende jo lenger ned i organisasjonen en kommer. Det jobbes derfor aktivt med lederopplæring og bevisstgjøring om medvirkning i organisasjonen.

Avtaler om samarbeid og frikjøp med organisasjonene for nye Oslo Universitetssykehus HF er under utarbeidelse og ferdigstilles i disse dager. Partene er enige gjennom samarbeidsavtalen om å utarbeide et opplæringsprogram i samarbeid i klinikk.

Utkast til rapportering oppdrag og bestilling 2010 og Årlig melding 2010 er distribuert til foretakets tillitsvalgte, med oppfordring om å bidra med innspill og kommentarer. Kommentarer er i størst mulig grad innarbeidet i dokumentene.

Brukerutvalget

Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF ble oppnevnt i styresak 68/2009, 7. mai 2009. Brukerutvalgets viktigste oppgave er å bidra til kvalitetsforbedring, primært på systemnivå slik at pasienter og pårørende opplever et velfungerende sykehus med god kvalitet på helsetjenestene. Brukerutvalget hatt 14 representanter og har avholdt 10 møter à 4 timers varighet i 2010. viseadministrerende direktør Tove Strand har vært fast møtende

representant fra ledelsen. Administrerende direktør, Siri Hatlen, er tilstede på de fleste møter og tilgjengelig for dialog. Videre har en rekke representanter fra ledelsen møtt Brukerutvalget i forbindelse med ulike saker. Brukerutvalget har hatt ett felles møte med styret ved Oslo Universitetssykehus HF. Leder og nestleder med vararepresentant har deltatt som observatører på styremøtene. Det er også opprettet brukerråd ved hver av klinikkene.

Brukerutvalget mener at det kan ha en viktig rolle i å sikre pasientfokus, og gjennom det arbeide for felles holdninger på tvers av dagens kulturer. Kvaliteten i pasientbehandlingen må opprettholdes gjennom omorganiseringsprosessene.

Brukerutvalget har vært bekymret for helseforetakets økonomi og manglende bevilgninger til den store omstillingsprosessen.

Brukerutvalgets arbeid har i 2010 vært preget av omorganiseringen og overføringsprosjektet ved sykehuset mellom Oslo universitetssykehus, Ahus og Vestre Viken. Brukerrepresentanter har deltatt i styringsgrupper og prosjektgrupper og de som deltok nedla et omfattende arbeid i de ulike gruppene. Innkallingene blir ofte sendt ut med korte tidsfrister og manglende informasjon om møteplaner og omfang, det er derfor vanskelig for mange å kunne påta seg oppdrag som brukerrepresentanter.

På grunn av Oslo universitetssykehus størrelse og omfang anså Brukerutvalget det som nødvendig å opprette klinikkvise Brukerråd. Prosessen ble igangsatt i samråd med ledelsen hvor Brukerutvalget blant annet satte ned noen prinsipper som ledelsen ved ledermøtet sluttet seg til. Arbeidet har vært utfordrende på grunn av stor ulikhet i klinikkene. Ved overgangen til 2011 er Brukerråd opprettet i alle klinikkene. Det har vært et felles møte mellom Brukerutvalget og Brukerrådene på klinikknivå.

Brukerutvalgets årsrapport er vedlagt Årlig Melding 2010 (vedlegg XX)

DEL II: RAPPORT FOR 2010

4. Oppfølging av oppdrag og bestilling for 2010

Forutsetninger:

*Det henvises her til helseforetakets/sykehusets **oppdrag og bestilling** for 2010 fra Helse Sør-Øst RHF. Det bes om en verbal rapportering på kravene for 2010, dvs. alle momenter i kapittel 3 og 4 samt alle krav og pålegg gitt i foretaksmøter gjennom 2010.*

Av hensyn til utarbeidelsen av årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF er helseforetakene/sykehusene bedt om å oversende rapporteringen i forhold til kapittel 3 innen 21.01.11. Eget brev med mal vedrørende dette vil bli sendt ut ultimo november.

Tilsvarende rapport tas inn i årlig melding, evt. korrigert for nye opplysninger og kvalitetssikrede tall.

Overskriftene nedenfor er harmonisert med oppdrag og bestilling for 2010.

4.1. Innledning

Virksomheten til Oslo Universitetssykehus HF er basert på lover og forskrifter. Sentrale i denne forbindelse er helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rammene for virksomheten er nærmere definert i vedtekter og avtaler. Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til helseforetaket er konkretisert og utdypet i Nasjonal helseplan 2007-2010, oppdragsdokument for 2010 og foretaksmøter.

Det har helt fra starten på året blitt lagt vekt på betydningen av intern kontroll og risikostyring. Med tanke på at dette var første år med samordnet drift for alle deler av helseforetaket, var det viktig at de grunnleggende styringselementene var tilrettelagt og beskrevet i styrende dokumenter som ble tatt i bruk fra nyttår 2010.

Hele organisasjonen har vært preget av omstillinger i 2010. Derfor har dette vært et viktig tema for de risikovurderingene som har vært utarbeidet på de ulike ledernivåer. I tillegg har det vært gjort egne vurderinger opp mot de milepæler som har vært satt for større endringer (Dag 1, 2 og 3). De største konsekvensene for pasientene har vært forventet i forbindelse med overføring av pasienter til Vestre Viken og Akershus universitetssykehus. Av den grunn har overføringsprosjektarbeidet blitt fulgt opp med egne regelmessige risikovurderinger. For hvert tertial har styret gjennomgått risikovurderinger og øvrige deler av internkontrollen og dette har inngått i tertialrapporteringen.

4.2. Innsyn og konsernrevisjon

Oslo universitetssykehus HF har nedfelt rutiner for samarbeid, koordinering, rapportering og oppfølging av revisjonsaktivitet i styringsdokumenter. Det er formalisert samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF. Jevnlige møter (månedlig med internrevisjonen og tertialvis med administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF) har satt fokus på internkontroll som virkemiddel for å oppnå

målsettinger for virksomheten. Den jevnlige kontakten har bidratt til løpende og proaktive tiltak.

Planleggingsprosessen for interne revisjoner i Oslo universitetssykehus HF har vært et samarbeid mellom internrevisjonen i Oslo universitetssykehus HF og konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF for utarbeidelse av revisjonsplaner for henholdsvis Oslo Universitetssykehus HF og konsernrevisjonen. I samarbeidet inngikk også nærmere vurdering av eventuelle felles utførelse av oppdrag og øvrige prosjekter. Hensikten var koordinering og en bredest mulig dekning av interne revisjoner ved foretaket.

Alle funn fra konsernrevisjonen, interne revisjoner og eksterne tilsyn følges opp gjennom ledelsens gjennomgang og rapporteres etter standard rutine til styret hvert tertial. I tillegg vil styret fortløpende bli orientert om saker relatert til Konsernrevisjonens virksomhet. Det samme gjelder mottatte rapporter fra eksterne tilsynsmyndigheter.

4.3. Overordnede styringsbudskap for 2010

Se vedlegg med rapportering av oppdrag og bestilling 2010 oversendt Helse Sør-Øst RHF 21. januar 2011

- 4.3.1. Målområde 1 - pasientbehandling
- 4.3.2. Målområde 2 - forskning, utvikling og innovasjon
- 4.3.3. Målområde 3 - kunnskapsutvikling og god praksis
- 4.3.4. Målområde 4 - organisering og utvikling av fellestjenester
- 4.3.5. Målområde 5 - mobilisering av medarbeidere og ledere
- 4.3.6. Målområde 6 - bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

4.4. Driftsavtale 2010

4.4.1. Avtalt aktivitetsnivå 2010

Det vises til tabellene i helseforetakets oppdrag og bestilling for 2010. "Åpne" tabeller er tatt inn i vedlegg 1.

4.4.2. Økonomisk vederlag og øvrige økonomiske betingelser

Det vises til tabell i helseforetakets oppdrag og bestilling for 2010. "Åpen" tabell er tatt inn i vedlegg 2.

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT 2011 - 2014

5. Utviklingstrender og rammebetingelser

5.1. Faglig og demografisk utvikling

Stikkord:

Trender og utviklingstrekk innen fag, teknologi, demografi og i etterspørsel/kapasitet innenfor aktuelle faglige og geografiske områder og de utfordringer dette innebærer for helseforetaket. Beskrivelse (med tidshorisont 3-4 år) av fremtidens behov basert på utviklingstrekene. Kapasitetsvurderinger, lokalsykehusfunksjoner. Spesiell vekt på forhold som direkte berører virksomheten.

Oslo er det fylket i landet som i følge SSBs prognoser forventes å ha den sterkeste veksten i folketall. I løpet av de neste fire årene er det antatt at veksten vil være nærmere 10 %. Veksten er større enn gjennomsnittet for byen i aldersgruppene barn/unge (0 – 16 år) og gruppen over 50 år. Riktignok forventes de nærmeste årene en svak nedgang i antallet personer over 80 år i Oslo.

Denne utviklingen gir også en riktig beskrivelse av utviklingen innen Oslo sykehusområde – dvs Oslo minus de tre bydelene Grorud, Stovner og Alna og for Oslo universitetssykehus sitt lokalsykehusområde (6 bydeler). Med tanke på regionpasienter er det også verd å merke seg at befolkningsveksten i regionen er forventet å bli sterkere enn landsgjennomsnittet.

Utviklingen av sykdomsbildet og etterspørsel etter sykehustjenester for Oslo universitetssykehus HF framover, vil påvirkes av følgende forhold:

- Aldersutviklingen – omfanget av sykdommer og tilstander med økt forekomst over 65 år vil øke. For utviklingen på litt lengre sikt er det snakk om følgende bilde: Dersom en tar hensyn til befolkningsvekst og endring i aldersprofil tilsier prognosen at Oslo universitetssykehus HF vil stå overfor en økning på totalt nærmere 50 % i forekomst av de fire vanligste krefttypene i løpet av de neste 20 årene. Prognoser for sykehusinleggelse i Oslo universitetssykehus HF for alle hoveddiagnosene gir 20 – 50 % økning på fram til 2030. i Går en inn på de sykdomsgruppene det kan være særlig interessant å følge utviklingen av er bildet: Kols (prognose ca 50 % økning), hjernesalg (prognose over 40 % økning) og diabetes (rundt 30 % økning).
- Ytterligere økt overlevelsesgrad fra livstruende sykdommer og skader. Dette vil føre med seg økt behov for rehabilitering, oppfølgende behandling, håndtering av bivirkninger og omfang av andre ikke livstruende sykdommer som pasienter som overlever i større grad vil være utsatt for.
- Endret livsstil fører til endret sykdomsbilde. Konsekvensene her er sammensatte. Livsstilsendringene er sterkt påvirket av sosial bakgrunn, arbeid og utdanning. Særtrekk ved sykdomsframkallende livsstil i vårt opptaksområde vil gjenspeiles av den sosioøkonomiske profilen i dette området (store sosioøkonomiske forskjeller). Fedme og livsstil som ligger bak dette, ser ut til å være hovedutfordringen framover.
- For Oslo kommer dessuten spesielt utfordringer knyttet til særskilte forhold som stor konsentrasjon av enslige, stort antall mennesker med annen kulturell bakgrunn, sterk økning i antall barn og unge, mange innbyggere som er sosioøkonomisk ressursvake og mennesker

med midlertidig opphold. Sykdomsmessig kan disse forholdene slå ut i form av relativt større utfordringer når det gjelder f.eks. psykisk helse og rus og omfang og risiko for infeksjonssykdommer. I tillegg kan det bety større utfordringer når det gjelder samarbeid om omsorgsansvar mellom pasientenes hjemmemiljø og helsevesen. Det kan argumenteres for at denne typen utfordringer kan vokse i årene framover.

Sentrale stikkord for faglige teknologiske og metodiske endringer i årene framover er trolig:

- Generelt en fortsatt vekst i ikke-kirurgisk intervensjonsmetodikk.
- Mer spesifikke diagnosemetoder gjennom kombinasjon av ulike typer billeddiagnostikk, invasiv intervensjon og genbasert diagnostikk.
- Økt grad av glidning mellom ulike behandlingsformer, eks mellom ulike typer kirurgiske inngrep, ikke kirurgiske inngrep, ulike typer stråleterapi (kreft) og ulike typer medikamentell behandling samt ulike former for integrering av trening og ernæringsmessige regimer.
- Mer kunnskap om effekter av behandlingsforløp inklusiv kunnskap om hvordan oppnå varig funksjonsforbedring og unngå bivirkninger.

Disse utviklingstrekkene vil på flere områder gi konsekvenser for Oslo universitetssykehus HF's utvikling:

- De vil påvirke hvor spesifikk forståelse det er mulig å få av en lidelse og dermed hvor individuelt tilpasset behandlingsopplegg det er mulig å gi.
- Det vil påvirke hva slags kompetanse som involveres både i vurdering og behandling og i mange tilfeller kreve at det trekkes inn flerfaglige grupper i disse prosessene og det vil forsterke utvikling i retning av ytterligere spissing av kompetanseområder og tildels flytte behov for kompetanse over på andre spesialiteter og faggrupper enn tidligere.
- Det vil legge grunnlaget for en endring av arbeidsdeling innen pasientforløp – med spisset, men teambasert vurdering, mer spesialiserte behandlinger i en fase, men også mer distribuert behandling eventuelt under ulike former for fjernveiledning.
- Det vil føre til at behovene for sykehusinnleggelse ved vurdering og behandling reduseres betydelig.

Oslo universitetssykehus HF vil i løpet av første halvår 2011 ha en planlagt reduksjon av pasientunderlaget i tråd med redusert opptaksområde. Men dernest vil perspektivet på utvikling av kapasitetsbehov i Oslo universitetssykehus HF blir todelt:

- Demografisk utvikling i vårt opptaksområde (nasjonalt, regionalt og lokalt) kombinert med epidemiologiske konsekvenser, betyr en økning i etterspørsel innen flere pasientgrupper fram til 2015 som kan tilsvare på 30 – 50 % av det som nå overføres til Akershus Universitetssykehus HF og Vestre Viken HF.
- Potensialene skapt av faglig og teknologisk utvikling sammen med virkemidler i samhandlingsreformen, bør samtidig kunne utnyttes til å konsentrere Oslo universitetssykehus HF's virksomhet enda mer effektivt mot det sykehuset kan gjøre best – både som nasjonalt, regionalt og som lokalt sykehus.

Mer konkret kan forhold som påvirker kapasitetsutviklingen ved Oslo universitetssykehus HF beskrives slik:

- Funksjoner og deler av pasientforløp som kan ivaretas like godt i primærhelsetjenesten eller lokalsykehus (der pasienten kommer fra annet sykehusområde) kan flyttes dit (eks oppfølgende behandling og kontroller, rehabilitering og palasjon, enklere terapi)
- Lokalsykehus og primærhelsetjeneste (herunder legevakt og sykehjem) kan styrke sin evne til å håndtere pasienter uten at de legges inn på Oslo Universitetssykehus HF som område eller regionsykehus, evt med støtte av Oslo universitetssykehus HF (vekst i forekomst av angst og nevroses og av eldre med en viss funksjonssvikt må delvis møtes på denne måten). Undersøkelser og behandlingsprosedyrer som gjelder pasienter fra andre sykehusområder må hele tiden vurderes med hensyn til om de kan flyttes tilbake til det sykehusområdet pasienten kommer fra.

- Utviklingen innen teknologi og medisinsk og helsefaglig metodikk kan utnyttes offensivt til ytterligere å øke omfanget av bruk av dagbehandling og poliklinikk.
- Både kronikere, kreftpasienter og eldre med funksjonssvikt kan knyttes opp mot mer planlagte og semiakutte forløp slik at presset på rene akuttforløp reduseres.
- Transporttjenester, hotellfunksjoner og logistikkfunksjonen må utvikles slik at prosessene ovenfor er mulig
- Sykehusets sengekapasitet vil konsentreres ytterligere om pasientgrupper med mer krevende oppfølgingsbehov i intensiv og observasjonsfaser.
- Arbeidsdeling mellom sykehusområder (utvikling av flerområdefunksjoner og nye regionfunksjoner), regioner (utvikling av flere landsfunksjoner) og utvikling av internasjonal arbeidsdeling vil påvirke kapasitetsbehovene i Oslo universitetssykehus HF.

Vurderinger av Oslo Universitetssykehus HFs kapasitet i forhold til behov for årene framover vil for øvrig bli en viktig del av et prosjekt som skal utforme en langsiktig arealplan for sykehuset i løpet av 2011.

Sykehuset skal jobbe for å tilby alle pasienter likeverdige helsetjenester; likhet i tilgang, kvalitet og resultat:

Oslo universitetssykehus HF må tilpasse sin virksomhet til de fremtidige demografiske utfordringene som generell befolkningsvekst, inkludert økt andel med innvandrerbakgrunn; flere eldre; sosioøkonomiske forskjeller mellom bydeler i Oslo og et stadig større kulturelt og språklig mangfold.

Per 1.1.2010 hadde 27% av Oslos befolkning innvandrerbakgrunn (dvs har selv innvandret til Norge, eller er født i Norge av to foreldre som begge har innvandret, SSB). Prognoser (middels) fra Statistisk Sentralbyrå tilsier at Norge per 2025 vil ha 1 millioner innbyggere med innvandrerbakgrunn. En stor del av veksten forventes å komme i Oslo-området

Denne demografiske utviklingen gir nye helse- og kommunikasjonsrelaterte utfordringer. For sykehuset innebærer økt kulturelt mangfold blant annet å håndtere ulike syn på helse, sykdom og behandlingsformer på en profesjonell og åpen måte som ivaretar respekten for pasientens verdisyn. Samtidig er det viktig å legge til rette for økt forståelse for det norske helsevesen og betydningen av helsefremmende arbeid blant større grupper av befolkningsgruppene.

5.2. Forventet økonomisk utvikling

Stikkord:

Forhold og utfordringer knyttet til forventet utvikling innen driftsøkonomi og finansiering. Relateres til mål og budsjett for 2011 samt økonomisk langtidsplan. (Dette punktet ses i sammenheng med punkt 7.6 Økonomisk balanse og bærekraft.)

Gjennomføringen av virksomheten i 2011 vil være beheftet med usedvanlig stor usikkerhet knyttet til styring av aktivitet og økonomi. I første del av året er usikkerheten først og fremst knyttet til hvor raskt aktiviteten vil tilpasse seg til den oppgavefordelingen som er forutsatt når Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF overtar deler av pasientbehandlingen ved Oslo universitetssykehus HF. Når dette er mer avklart er usikkerheten knyttet til hvor raskt Oslo universitetssykehus HF klarer å ta ned kapasitet og kostnader.

Den ordinære rammefinansieringen knyttet til det opptaksområde som overføres til Akershus universitetssykehus HF bortfalt umiddelbart ved nyttår. Oslo universitetssykehus HF er i begrenset grad finansiert for de betydelige omstillingskostnadene som må forventes å påløpe i

2011. En ekstraordinær bevilging på 225 millioner kroner vil ikke være tilstrekkelig til å dekke de anslåtte omstillingskostnader. Ved innmelding til økonomisk langtidsplan tidlig i oktober i år ble det meldt en resultatrisiko på vel 600 millioner kroner for 2011 før den ekstraordinære tildelingen på 225 millioner kroner var kjent.

Den samlede resultatrisikoen for 2011 vurderes å ha økt i løpet av høsten og inn i starten av 2011. Fremdriften i omstillingsarbeidet inklusive kapasitetstilpasning var forsinket gjennom høsten i forhold til opprinnelige planer grunnet langt senere avklaringer knyttet til overføring av opptaksområder og rekrutteringsprosesser i Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF enn forutsatt. Senere idriftsettelse av klinisk arbeidsflate enn planlagt gir også økte kostnader knyttet til forsinkede flyttinger, samt midlertidige tiltak for å sikre en drift på tvers av lokalisasjoner. Ulempekostnader knyttet til døgndrift på Aker i 2011-2012 er foreløpig estimert til å bli større enn tidligere antatt.

Oslo universitetssykehus HF valgte høsten 2010 å prioritere planlegging og forberedelse av en god og sikker overføring av oppgaver til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Kompleksitet og omfang av dette arbeidet samt andre prioriterte prosjekter har i noen grad tatt fokus fra forberedelser for nødvendig kapasitetsnedtak og forbedringsarbeid for å sikre en økonomisk bærekraftig situasjon i Oslo universitetssykehus HF etter at overføringen er gjennomført. Klinikkene har gjennomført omfattende arbeid knyttet til redesign med sluttleveranse 17. desember. Oppdrag og styringsmål for hver klinikk er utarbeidet i løpet av januar 2011 med utgangspunkt i denne innleveringen, Oppdrag og bestilling for 2011, samt styringsmål fra Helse Sør-Øst RHF og styrets budsjettvedtak. Ettersom prosessene har tatt lenger tid enn forutsatt har mange enheter gradvis redusert antall fast ansatte gjennom forsiktig og god styring, det er forventet at dette vil kunne redusere betydelig omfang (og kostnader) av reell overtallighet.

Det er etablert et stramt styringsregime for å sikre en best mulig kontroll med driften i 2011, gitt stor usikkerhet om den faktiske utvikling etter overføring. Styringsparametre er/blir etablert for å følge kvalitet, avvik, aktivitet og økonomi. Oppfølging vil gjøres ukentlig og i månedlige klinikkvise møter. Det er en målsetting at man gjennom god styring skal kunne redusere den økonomiske risiko og usikkerhet gjennom året.

5.3. Personell- og kompetansebehov

Stikkord:

Forventet utvikling når det gjelder kompetanse, rekruttering, opplæring, utdanning. Behov for spesialkompetanse. Generelle behovsvurderinger og planer. (Dette punktet må ses i sammenheng med punkt 6.5 Mobilisering av medarbeidere og ledere.)

I 2010 har Oslo Universitetssykehus HF kompetansekartlagt ca 10.000 ansatte. Dette vil være et nyttig materiale i arbeidet med systematisk kompetansestyring og planlegging. Strategisk kompetansestyring er ett av flere felt det jobbes med i HR-strategi 2011/2012-2014.

Det er utarbeidet ny felles prosedyre og mal for utviklingssamtalen hvor kartlegging av kompetanse i tillegg til årsrapport og plan for kompetanseutvikling er en integrert del. Det nye dokumentet ble ferdigstil i des. 2010 og er nå iverksatt.

Høsten 2010 ble det foretatt en kartlegging av alle klinikkenes behov for spesialkompetanse innenfor fagområdet sykepleie, blant annet sett i sammenheng med naturlig avgang av personell med spesialkompetanse og sykehusets antatte fremtidige behov.

Oslo Universitetssykehus HF ledergruppe besluttet å iverksette strakstiltak med å utdanne 10 spesialsykepleiere innen operasjon. Det ble videre besluttet at det ved neste opptak ved Høgskolene høsten 2011 skal tildeles stipend til et stort antall ansatte som vil videreutdanne seg innen operasjons-, anesthesi-, intensiv - og kreftsykepleie. Dette er områder som er identifisert som kritiske områder.

Det satses videre på å utvikle klinisk stige (kompetansehevings program for sykepleiere) i samarbeid med høgskolene til et masterprogram. Oslo universitetssykehus HF har som mål å utvikle et liknende program for andre helsefag. Klinisk stige har stor betydning for å rekruttere og beholde helsepersonell.

Det er etablert et samarbeid med Oslo kommune hvor man skal jobbe med å finne praksisplasser for helsefagarbeidere.

Det er etablert gode samarbeids former internt i Oslo Universitetssykehus HF for hele tiden å kunne monitorer sykehusets behov for kritisk kompetanse.

Sykepleiere har en pensjonsalder på 62 år. Kompetansetapet som følge av lav avgangsalder, høy andel deltidsarbeid og høy turnover er tilsvarende en utfordring for Oslo universitetssykehus HF. Om lag 70 prosent av kvinner i aldersgruppen 20-29 år arbeider full stilling ved Oslo universitetssykehus HF. Kvinnens deltidsarbeid øker noe med alder. I aldersgruppen 60-69 år er andelen fulltidsarbeidende kvinner i underkant av 60 prosent. For menn er andelen om lag 80 prosent for alle aldersgrupper.

Det var et økende fokus på uønsket deltid gjennom 2010. Omfanget av dette ved Oslo universitetssykehus HF er ikke kartlagt i detalj. Utfordringen med å redusere uønsket deltid er sammensatt og vanskelig, men særlig for gruppen sykepleierpersonell kan det ligge muligheter til å få økt stillingsandel hos en del gjennom å bruke ulike virkemidler

I legeguppen, og særlig i virksomhet knyttet til sykehusets høyspesialiserte tilbud og lands- og regionsfunksjoner, er det en økende tendens til subspecialisering, hvor hver enkelt lege går dypere inn i et mer begrenset område av sin spesialitet eller fagfelt. Bredden i perspektivet rundt det enkelte pasientforløp sikres ved en økende grad av multidisiplinær tilnærming. Samtidig må sykehuset forberede seg på en økende antall "gamle" eldre pasienter, som vil være i behov av legespesialister med et meget bredt faglig perspektiv, idet det i de eldste aldersgruppene oftere finnes flere og sammensatte tilstander.

I tilknytningen til overføringen av ansvaret for befolkningen i Follo-kommune i Akershus og Alna bydel i Oslo til Akershus universitetssykehus HF og områdefunksjonen for særlig barn om nevrologiske pasienter fra Asker og Bærum til Vestre Viken HF gjennomførte Oslo universitetssykehus HF en detaljert analyse av volumet av pasientrettet virksomhet innen de enkelte medisinske spesialiteter som potensielt ville bli overført Akershus Universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. På bakgrunn av denne kartleggingen ble det oppnådd enighet om overføring av 100 overleger og 40 leger i spesialisering til Akershus Universitetssykehus HF og 20 overleger og 8 leger i spesialisering til Vestre Viken HF.

For de 40 + 8 utdanningsstillinger for leger i spesialisering ble Nasjonalt Råd id-nummer overført henholdsvis Akershus Universitetssykehus HF og Vestre Viken HF i oktober/november 2010. De overførte NR id-nummer ble valgt ut for å opprettholde utdanningskapasiteten for legespesialister mest mulig identisk før og etter overføringen. Dog ble noen av utdanningsstillingen nedgradert fra gruppe I-tjeneste til gruppe II-tjeneste, flest ved overføring av utdanningsstillinger til Vestre Viken HF.

For å unngå å avbryte utdanningsforløp ved Oslo Universitetssykehus HF som var i slutfasen ble det utvist stor fleksibilitet for disse, slik at man søkte å unngå at det heller ikke

midlertidig ble redusert utdanningskapasitet som følge av at noen fikk avbrutt sitt utdanningsforløp.

Nasjonalt Råd id-nummer for de 100 + 20 overlegestillinger som skal overføres vil bli gjort fortløpende etter hvert som disse stillingene blir ledige, enten som følge av at stillingsinnehaveren har tiltrådt en stilling ved Akershus Universitetssykehus HF eller Vestre Viken HF, som følge av naturlig avgang eller gjennom de bemannings- og innplasseringsprosesser som kjøres i de enkelte klinikker.

I samarbeid med Akershus Universitetssykehus HF har Oslo universitetssykehus HF opprettet en felles database for Nasjonalt Råd id-nummer. Dette for å sikre at utdanningskapasitet videreføres og ellers kvalitetssikre overføringen av legeresurser.

Oslo universitetssykehus HF benytter medarbeideres spesielle kompetanse i kultur, språk og annen spesiell erfaring på en formalisert og systematisk måte. Sykehuset legger til rette for at ansatte som har pasientkontakt får kunnskap og forståelse innenfor kultursensitivitet, for å fremme likeverd i muligheter og tjenesteyting (pasientbehandling/-omgang). Alle medarbeidere skal ha likeverdig tilgang til fagutvikling, lederutdanning og karrieremuligheter.

Oslo universitetssykehus HF er en *inkluderende arbeidsplass*, og skal arbeide for å rekruttere dyktige flerkulturelle medarbeidere og medarbeidere med nedsatt funksjonsevne til ulike stillinger, inklusive lederstillinger.

5.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer

Stikkord:

Status bygg, areal- og kostnadseffektivisering, planer og/eller nye prosjekter. Forankring til helseforetakets/sykehusets strategiske dokumenter.

Status Eiendomsområdet

Oslo Universitetssykehus HF har gjennomført Regjeringen tiltakspakke i løpet av 2010. De økonomiske resultater er i samsvar med de føringer som lå i budsjettet.

I fusjonsprosessen for Oslo Universitetssykehus HF er arbeidet igangsatt med en langsiktig arealplan. Denne forventes ferdig medio 2011. Arealer og kapasiteter knyttet opp mot fusjonsprosessen og overføringer til Vestre Viken HF og Akershus Universitetssykehus HF, vil endres som følge av dette.

Oslo Universitetssykehus HF er i god dialog med Oslo kommune om etablering av ny Storbylegevakt.

Kostnadseffektivisering

Eiendomsområdet har i 2010 gjennomført kostnadsreduisering på ca 10 % i forhold til budsjett 2010 og gjennom dette levert i forhold til et krav om et langsiktig krav fra Helse Sør-Øst RHF om 10 % kostnadsreduksjon innen eiendomsområdet.

Utfordringene

Det er og vil fortsatt være store økonomiske utfordringer innen investerings/drifts -midler til vedlikehold og drifting av Oslo Universitetssykehus HF sine eiendommer. Spesielt er

utfordringer store innen etterslepet i vedlikehold av eiendomsmassen, noe som kan resultere i økte driftskostnader og/uønskede hendelser.

6. Planer for innsatsområdene

Forutsetninger:

Plan for strategiske utvikling Helse Sør-Øst er strukturert i 6 innsatsområder og angir retning for den strategiske utviklingen i helseforetaksgruppen. Strategiplanen bygger på omfattende prosesser og arbeider innen alle deler av virksomheten. Mange av disse arbeidene har hver for seg munnet ut i enkeltvis styresaker med konkrete presiseringer av oppgavens innhold.

Heleforetakene er de organisatoriske enheter som skal bidra til at oppgavene løses og at målene nås. I protokoll fra foretaksmøter i helseforetakene i januar/februar 2009, sak 3, gjøres derfor plan for strategisk utvikling 2009-2020 bindende for helseforetakene.

Dette innebærer at helseforetakene skal utarbeide egne strategiske planer forankret i plan for strategisk utvikling for Helse Sør-Øst og hvor overordnede strategier og vedtak følges opp. Det vises særlig til vedtakene i sak 108-2008.

Helseforetakets plandokument skal være det sentrale grunnlaget for utviklingen innenfor sykehusområdet, overfor helseforetakets styre, kommuner og andre samarbeidende instanser og i den videre kommunikasjon og oppfølging med Helse Sør-Øst

6.1. Pasientbehandling

Stikkord:

Helseforetakets/sykehusets strategisk oppfølging med basis i vedtatt strategisk plan for Helse Sør-Øst og sentrale styrevedtak.

I plan for strategisk utvikling 2009 – 2020 er det lagt til grunn følgende hovedstrategier for målområdet pasientbehandling:

1. Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus – etablering av sykehusområder
2. Kvalitet og pasientsikkerhet er gjennomgående
3. Tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov
4. Forpliktende samhandling med kommunene styrkes og videreutvikles
5. Spesialisthelsetjenestens rolle innen forebygging skal tydeliggjøres
6. Lokalbaserede tilbud til flertallet av pasientene
7. Akuttfunksjoner og akuttmedisinske behandlingsskjeder styrkes og videreutvikles på grunnlag av nasjonale standarder
8. Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra nødvendig pasientvolum og faglige avhengigheter
9. Regionale funksjoner samles og rendyrkes
10. Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet styrkes lokalt og regionalt
11. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling styrkes og integreres i lokalsykehusstilbudet.
12. Tilbudet innen psykisk helsevern videreutvikles med utgangspunkt i robuste

Se plan for strategisk utvikling 2009 – 2020 for ytterligere konkretisering av strategiske valg og veien videre.

1. Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus – etablering av sykehusområder

Oslo Universitetssykehus HF har gjennomført og fullført oppdraget om endring av opptaksområder mellom Oslo Universitetssykehus HF, Akershus Universitetssykehus HF og

Vestre Viken HF gitt i brev av 25.5.09 fra Helse Sør-Øst RHF i Omstillingsprogrammet, samt fullført endring av pasientstrømmer mellom Oslo Universitetssykehus HF, Akershus Universitetssykehus HF og Vestre Viken HF gitt i brev av 19.9.09 fra Helse Sør-Øst RHF. Det er pågående prosesser mellom foretakene og Helse Sør-Øst RHF om oppgave og funksjonsfordeling som er synkronisert med de nye opptaksområdene. Oslo Universitetssykehus HF har pågående prosesser i sitt integrasjons- og omstillingsprogram som blant annet skal klargjøre organisatorisk skille mellom lokal- og områdesykehusoppgaver og regionsykehusoppgaver i vårt sykehusområde.

2. Kvalitet og pasientsikkerhet er gjennomgående

I 2010 ble det etablert flere funksjoner og virkemidler for å sikre en enhetlig internkontroll for pasientbehandlingen i tråd med myndighetskrav, hvorav de viktigste er:

- Felles system for styrende dokumenter ble valgt og de sentrale styrende dokumentene var klare til 01.01.10. Implementering av systemet har pågått gjennom hele 2010.
- Overgripende elektronisk verktøy og prosedyrer for å registrere, analysere og bruke erfaringer fra uønskede hendelser i pasientbehandlingen ble tatt i bruk 01.01.10. Videre utvikling av verktøy og metodikk har pågått gjennom hele 2010. Verktøyet er tilgjengelig i hele Oslo Universitetssykehus HF og er blitt godt mottatt i klinikkene.
- Felles rutine for klagesaksbehandling etablert.
- Bruk av sjekklister i kirurgi startet i flere klinikker.
- Felles opplegg for interne revisjoner etablert i samarbeid med konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF.
- Klinikken opprettet egne kvalitetsutvalg.
- Sentral koordinering av tilsyn etablert.
- Stab Kvalitet og pasientsikkerhet ble samlokalisert tidlig i 2010, hvor for eksempel Arbeidsmiljø / HMS og pasientsikkerhet samarbeider på flere områder.
- Stor aktivitet innenfor opplæring og veiledning i revisjonsarbeid, pasientsikkerhet avvikshåndtering og HMS i 2010.

3. Tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov

Pasientrettighetsloven § 3.1. og 3.1. lovfester pasientens rett til medvirkning og informasjon. Overfor pasienter med minoritetsspråklig bakgrunn med mangelfulle norskkunnskaper skal sykehuset legge til rette for aktiv bruk av tolk. I møte med disse pasientene er helsepersonell avhengig av tolk for å kunne informere pasienten – og høre pasienten. Det er også viktig å være klar over at pasienter som tilsynelatende snakker godt norsk til vanlig, kan "blokke ut" og glemme den norsken de kan i stressede situasjoner.

Sykehuset inngikk i desember 2009 en to-års kontrakt med Noricom som tjenesteleverandør på tolketjenester til sykehuset. Tilbakemeldinger fra tertialrapportering 2. tertial viser at i de fleste klinikkene fungerer tjenestene godt. Samtidig er det viktig at sykehuset følger opp kontinuerlig, for å påse at kvaliteten på tolkene er gode, og at våre medarbeidere trenes i "*hvordan kommunisere via tolk*". Noen avdelinger er flinkere til å melde fra ved avvik, evt gode erfaringer på "Ris/Ros-skjema" som sykehuset har utarbeidet. Disse skjemaene oversendes fortløpende til tolketjenesteleverandøren. Sykehuset arbeider for å få for å få avvik knyttet til tolketjenester inn i avvikssystemet på sykehuset.

Tilgjengeligheten knyttet til pasient- og pårørendeopplæring søkes oppnådd ved at informasjonsmateriell om lærings- og mestringstilbud (LMS) distribueres bredt. Man har vektlagt skriftlig materiell, i form av kurskatalog og brosjyrer, i tillegg til nattbasert informasjon. Kurskatalogen omfatter tilbudene for et samlet foretak, for første gang. Katalogen distribueres til alle fastleger i opptaksområdet og i geografisk nærhet, samt til alle enheter i foretaket.

Brukere, pasienter og pårørende og deres organisasjoner kan foreslå læringstilbud etter eget behov. Alle læringstilbud som etableres i foretaket er kommet i stand i et nært samarbeid med brukere, som derigjennom er med å definere behov, innhold og form på læringstilbudene.

En god del kursmateriell er oversatt til flere språk.

Det jobbes også aktivt med tiltak i forhold til andre pasientgrupper som har kommunikasjonsutfordringer, som hørsels- og synshemninger; bruk av døvetolk, og tilrettelegging og kommunikasjon via Min Journal.

4. Forpliktende samhandling med kommunene styrkes og videreutvikles

Kvalitet i pasientbehandlingen på tvers av forvaltningsnivåene søkes oppnådd bl.a. gjennom etablering av helhetlige pasientforløp. Det er etablert samarbeidsavtaler som klargjør ansvarsfordelingen mellom sykehus og kommune. Innholdet i samarbeidsavtalene vil være et bidrag til å sikre gjennomføringen av samhandlingsreformen. Avtalene vektlegger Oslos spesielle utfordringer som storby, særskilt knyttet til mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser, samt minoritetsbefolkningens situasjon.

Det arbeides med felles kompetanseutvikling mellom fastleger og sykehus for tryggere utredning, behandling og oppfølging, bl.a. gjennom bruk av praksiskonsulentordningen. Det arbeides med å utarbeide felles kompetanseplaner mellom sykehus og kommune for ulike fagområder. Det er etablert praksiskonsulentordning.

5. Spesialisthelsetjenestens rolle innen forebygging skal tydeliggjøres

Forebygging må tydeliggjøres ved videreutvikling av veiledning og kompetanseoverføring, og man må legge til rette for hospiteringsordninger mot primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten må være delaktiv i prosjekt- og utviklingsarbeid sammen med primærhelsetjenesten. Det er viktig å etablere tydelig samhandling og samhandlingsarenaer med fastlegene. Spesialisthelsetjenestens rolle må samtidig tydeliggjøres i nettbasert kommunikasjon med ulike pasientgrupper.

6. Lokalbaserte tilbud til flertallet av pasientene.

Spesialisthelsetjenestene innenfor Oslo sykehusområde vil bli organisert slik at sykehusene får virksomhetsoppgaver som gir helhetlige pasientforløp med lik rett til behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå - LEON). Sykehusområdet vil i et planlagt prosjekt med de private, etablere felles rutiner for innleggelse, behandling, utskrivning og faglig konferering og legge til rette for at oppfølging og kontroll av pasienter i størst mulig grad kan ivaretas av fastlegene og kommunehelsetjenesten.

7. Akutfunksjoner og akuttmedisinske behandlingsskjeder styrkes og videreutvikles på grunnlag av nasjonale standarder

Akutfunksjonene i kirurgi i Oslo sykehusområde vil samles i det nye Storbysykehuset på Ullevål hvor det planlegges en utvidelse av akuttmottaket når sengearealene på Aker stenges. Her blir det kulvertforbinelse til ny Storbylegevakt. De øvrige sykehusene i Oslo sykehusområde vil delta i planleggingen av en ny Storbylegevakt. Det er stort fokus på funksjonaliteten og pasienthåndteringen i et nytt akuttmottak i tråd med nasjonale standarder, kfr. resultatene fra tilsyn med akuttmottakene.

8. Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra nødvendig pasientvolum og faglige avhengigheter

Oslo universitetssykehus HF har vært igjennom en fase med klinikkvis redesign hvor nettopp volum, bemanning og faglige avhengigheter har vært førende for et helhetlig organisert sykehus.

9. Regionale funksjoner samles og rendyrkes

I tråd med styrevedtak 108/2008 fra Helse Sør-Øst RHF er det iverksatt arbeid med sikte på å samle landsfunksjoner og alle dubliserte regionsfunksjoner i hovedsak på Rikshospitalet. En del funksjoner er planlagt samlokalisert innen 2013, de øvrige vil samlokaliseres når planlagt nybygg på Rikshospitalet er ferdigstilt, tentativt 2017. Alle dubliserte regionale funksjoner er allerede organisert under felles ledelse.

10. Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet styrkes lokalt og regionalt

Rehabilitering er innarbeidet som et sentralt tema i alle ordinære prosesser og systemer i tilknytning til samhandling. Koordinerende enhet for rehabilitering og rehabilitering følger opp spesielle utfordringer på systemnivå, brukerrepresentanter er trukket inn i dette arbeidet. Det arbeides særskilt for en bedre og mer forpliktende kontakt mellom koordinerende enhet på sykehuset og kommunalt nivå. Sykehuset har økt sin innsats for å møte det voksende behovet for rehabilitering hos eldre gjennom f.eks. etablering av intermedisære enheter. Oslo universitetssykehus HF vil ta et tydelig områdeansvar for rehabilitering innen Oslo sykehusområde. Arbeidet med områdeplan for rehabilitering skal slutføres våren 2011. Dette blir et viktig plandokument for både samhandling og planmessig faglig utvikling av rehabilitering innen Oslo universitetssykehus HF og sykehusområdet. Sykehuset har et godt og konstruktivt samarbeid med Sunnaas Sykehus

11. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling styrkes og integreres i lokalsykehusstilbudet

Senter for rus- og avhengighetsbehandling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, har vært gjennom en stor omorganisering av pasienttilbudet. Først kom fagteamet i Rusakuttmottaket på plass ved årskifte, og sengeposten var i drift fra august. Dette har medført en stor endring i pasientstrømmen. Flere pasienter blir henvist fra Rusmottaket på Oslo kommunale legevakt, som Senteret har et godt samarbeid med, og flere pasienter blir henvist fra sine fastleger. Det akutte tilbudet til rusavhengige har blitt betraktelig bedre, og antall akuttinnleggelse gikk opp med over 30%. Inntaksteamene i avgiftningsavdelingene ble også samlet i Rusakuttmottaket. Dermed er det bedre oversikt over plassituasjonen og man får utnyttet sengekapasiteten på en god måte.

Avdeling avgiftning alkohol flyttet ut av enheten Montebello i påvente av en videre samlokalisering. I første rekke ble disse pasientene tatt hånd om ved Rusakuttmottakets sengepost, Avdeling avgiftning narkotika og ved enheten Storgata. Avgiftningstilbudet vil bli samlokalisert i løpet av 2011.

Avdeling avgiftning narkotika har redusert liggetid, tatt i mot flere pasienter enn tidligere år og hatt en meget høy beleggsprosent.

Avdeling avhengighetsbehandling unge fikk i løpet av året på plass en korttidsenhet med 16 sengeplasser, en Dagavdeling og de fikk utvidet sitt polikliniske tilbud. Dette har vært en viktig differensiering av pasienttilbudet til unge rusavhengige.

Avdeling avhengighetsbehandling voksne fikk i løpet av 2010 på plass en intermedisærenhet for å kunne skjerme de dårligste pasientene. Videre omorganisering av hele avdelingen skjer først i 2011.

Spesialpoliklinikken ved Avdeling spesialiserte poliklinikker har hatt en økning av pasienter, og det forventes en ytterligere økning i tiden fremover. En egen utredningsenhet blir lagt til denne spesialpoliklinikken nå, slik at Senteret lettere skal kunne vurdere hvilke nivå og hvilken type behandling pasientene skal tilbys. Avdeling spesialiserte poliklinikker fikk med nye nasjonale retningslinjer et økt antall pasienter i Legemiddelassistert rehabilitering, LAR. De utga i samarbeid med Senter for rus og avhengighetsforskning, SERAF, den nasjonale statusundersøkelsen for LAR.

Senteret har i løpet av året hatt 2 som har disputert, en lege og en psykolog. Og det er skrevet flere fagartikler og faglige innspill i media enn noe tidligere år. Det ble også ansatt en nevropsykolog med ansvar for et testlaboratorium.

Alle ansatte ble lært opp i metoden motiverende samtale, MI, og to av våre tidligere leger kom ut med en egen fagbok for rusfeltet. Senteret har også fått på plass en egen forskningsdatabase, YATEP, som på dette feltet er nytt i internasjonal sammenheng. YATEP er et svar på den manglende forskningen på effekt av ulike behandlingsformer for unge pasienter med rusmiddelavhengighet. I løpet av 2010 kom det også på plass en egen intensjonsavtale mellom SERAF, Universitetet i Oslo og Senteret. Det har også vært et utvidet samarbeid med ledelsen i Rusmiddeletaten i Oslo kommune, og de forskjellige avdelingene som er knyttet til Rusmiddeletaten. Videre har det vært et nært samarbeid med rådgiverne i Helse Sør-Øst RHF og med flere av de private avtalepartene.

I løpet av 2010 ble det behandlet 400 flere pasienter enn tidligere år. De fleste i Avdeling avhengighetsbehandling unge og Avdeling avhengighetsbehandling voksne. Og Senteret kan vise til at flere fullførte sin behandling enn tidligere.

12. Tilbudet innen psykisk helsevern videreutvikles med utgangspunkt i robuste DPS
Klinikk psykisk helse og avhengighet utarbeidet i 2010 en plan for funksjonsfordelingen av spesialisthelsetjenesten i Oslo i samarbeid med de to andre private sykehusene på oppdrag fra Helse Sør-Øst. Videre har klinikken i fusjonsprosessen kommet med forslag til en ny organisering av Senter for psykisk helse, barn og ungdom og en samordning av lokalfunksjoner og lands- og regionsfunksjoner i hvert sitt senter. Arbeidet mot en mer desentralisert psykiatri er videreført og ressursfordelingen mellom sykehusfunksjoner og DPS nærmer seg 50/50.

Det er etablert kvalitetsutvalg og brukerutvalg på klinikknivå og på senter/avdelingsnivå og det gjennomføres årlige revisjoner. Klinikken har god kapasitet på tjenester, ingen korridorsenger, kort ventetid og få fristbrudd. En koordineringsenhet for pasientflyt har bedret samhandlingen rundt kompliserte pasientforløp.

6.2. Forskning, utvikling og innovasjon

Stikkord:

Helseforetakets/sykehusets strategisk oppfølging med basis i vedtatt strategisk plan for Helse Sør-Øst og sentrale styrevedtak.

I plan for strategisk utvikling 2009 – 2020 er det lagt til grunn følgende hovedstrategi for forskning, utvikling og innovasjon:

- *Forskning i Helse Sør-Øst skal tilstrebe høyeste kvalitet, baseres på samarbeid og god ressursutnyttelse og komme pasientene til gode.*

Oslo universitetssykehus HF har utarbeidet en forskningsstrategi for perioden 2011-2015, vedtatt av styret, se http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Mål%20og%20strategier/Forskningssstrategi_styrevedtatt_24.11.2010.pdf . Strategien samsvarer godt med mål i regional forskningsstrategi for Helse Sør-Øst RHF, men åpner for og understreker betydningen av at helseforetaket har et selvstendig strategisk handlingsrom for egne prioriteringer og styrking av områder med komparative fortrinn. Forskningsstrategien vil bli fulgt opp med årlige handlingsplaner. Oslo universitetssykehus HF vil, sammen med Universitetet i Oslo, legge stor vekt på resultatene av Norges forskningsråds pågående fagevaluering av biologi, medisin og helsefag, slik det også forventes fra forskningsrådets side (trinnvise nasjonale, regionale og lokale oppfølgingstiltak). Rapporter med vurderinger og anbefalinger forventes å foreligge ultimo 2011.

Sammen har Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo en oppgave som forskningsnav i regionen som skal prioriteres og styrkes. Det vil bli lagt vekt på å aktivere sterke forskningsmiljøer som kan ta ansvar for nettverksbygging, drift av kjernefasiliteter og formidling og deling av kunnskap og resultater. Oslo universitetssykehus skal øke sin aktivitet mot andre foretak i Helse Sør-Øst RHF i forhold til implementering av internt utviklede systemfunksjoner innen forskningsstøtte.

En egen innovasjonsstrategi er under utarbeidelse og ventes styrebehandlet februar 2011. Innovasjonsarbeidet er, etter etableringen av Oslo universitetssykehus HF, tydeligere organisert og profilert internt.

Sammen med føringer i oppdragsdokument fra eier, vil helseforetakets strategier og handlingsplaner danne grunnlag for overordnet politikkkutforming og interne prioriteringer innen forskning og innovasjon.

Det vil også, for første gang, bli utarbeidet en overordnet utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus HF, i nært samarbeid med universitetet og høyskoler i Oslo-regionen. Se også omtale av utdanning under 6.3 Kunnskapsutvikling og god praksis.

I et samarbeid mellom Seksjon for likeverdig helsetjeneste og Barnesenteret (Ullevål), Hospital IT og Diabetesforbundet har det i 2010 blitt utviklet et digitalt verktøy for barn med diabetes; "Dinfo: Digitalisert læring og mestring for barn med diabetes". Dette er et interaktivt program som er installert på pasientterminaler i 3. etg på Barnesenteret, i tillegg til å være utplassert på noen samtalerom. På slutten av året har i også åpnet opp for at programmet ligger tilgjengelig på internett. (Link til utviklet program: <http://www.hospitality.no/dinfo/>)

Samhandlingsprosjektet "Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet" legger opp til økt forskning på feltet innvandrere og helse / minoritetshelse, likeverdig helsetjenester med mer. Prosjektet er toårig og i samarbeid med partene Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet, Lovisenberg, Vestre Viken HF, Oslo kommune/bydelene i Oslo. Oslo universitetssykehus HF har prosjektlederansvaret for prosjektet. Prosjektperiode 2010-2011.

Forskning innen samhandlingsfeltet er gitt økt oppmerksomhet. Sykehuset vil legge til rette for at samhandlingsprosjekter gir mulighet for å bygge opp forskningskompetanse innen dette feltet.

I forbindelse med prosjektet "Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre " er det avsatt midler til en følgeforskningspilot i regi av det akuttgeriatriske forskningsmiljøet ved sykehuset. Plan videre er et (evt to) fullskala doktorgradsarbeid. For prosjekt evaluering av

intermediærenheter ved sykehjem planlegges et lignende forskningsopplegg dersom evalueringsprosjektet gir det nødvendige grunnlag for dette.

Lærings- og mestringssenteret - Aker deltar i en større studie innen sykkelig overvekt og KOLS som har til hensikt å dokumentere effekt av læringstilbud på bla. livskvalitet og mestring.

6.3. Kunnskapsutvikling og god praksis

Stikkord:

Helseforetakets/sykehusets strategisk oppfølging med basis i vedtatt strategisk plan for Helse Sør-Øst og sentrale styrevedtak.

I plan for strategisk utvikling 2009 – 2020 er det lagt til grunn følgende hovedstrategi for målområdet kunnskapsutvikling og god praksis:

- *God kunnskapshåndtering, helhetlige pasientforløp og kontinuerlig kompetanseutvikling er en forutsetning for god pasientbehandling av høy kvalitet.*

Utdanningsansvar på overordnet, strategisk koordinerende nivå er nylig organisatorisk samlet med forskning og innovasjon, med egen høyt kvalifisert utdanningsleder fra januar 2011. Organiseringen fordrer tett samarbeid med fagdirektør, HR-direktør og klinikkledere og deres medarbeidere med operativt utdanningsansvar, og ikke minst samarbeidende utdanningsinstitusjoner. Det er vedtatt å utarbeide en særskilt utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus HF, i nært samarbeid med universitet og høyskoler. Arbeidet er påbegynt, i regi av sykehusets Utdanningsutvalg. Som en del av dette arbeides det med å finne egnede indikatorer for utdanning, til løpende intern oppfølging av klinikkens aktivitet.

Oslo universitetssykehus HF etablerte i 2010 en felles legemiddelkomite med 10 underkomitéer hvor et bredt spekter av fagpersonell arbeider kontinuerlig med kvalitetssikring og etablering av beste praksis. Avviksmelding vedrørende legemiddelhåndtering blir håndtert fortløpende og i detaljerte halvårslige rapporter. I regi av legemiddelkomiteen ble det i 2010 iverksatt forbedringstiltak for ytterligere å kvalitetssikre virksomheten.

Det ble i 2010 kjørt et eget ventelisteprojekt med blant annet fokus på utdanning av alle ledd som deltar i håndtering av søknader og ventelister. Særlig vekt ble lagt på forskriftene om ventelistebehandling og nasjonale anbefalinger for prioritering av pasienter (prioriteringsveiledningene). Prosjektet ryddet i ventelistene og områder med risiko for fristbrudd ble særlig fulgt. I stab for medisin og helsefag er det en egen ansvarlig for individuell oppfølging av pasientforløp hvor det er risiko for fristbrudd.

Samarbeidsavtalene legger grunnlag for videre arbeid med felles rutiner knyttet til pasientstrømmer mellom sykehus og primærhelsetjenesten i hovedstadsområdet. De gir det formelle grunnlaget til at sykehuset kan komme raskt i gang med å planlegge utskrivelse for pasienter med sammensatte behov.

Utviklingen av praksiskoordinatorfunksjonene (PKO) sikrer samarbeid mellom primærhelsetjenesten og klinikker i koordinering av pasientflyt og kompliserte pasientforløp. Her er målet likeartede løsninger for somatikk, psykisk helse og avhengighet. Det satses på videre utvikling av praksiskonsulentordningen. Dette vil gi økt fokus på samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehus og primærleger knyttet til diagnostikk, behandling og

oppfølging av pasienter. PKO har foreslått et felles fokus på trygg medisinbruk (liste over faste medisiner) i 2011. PKO har også foreslått etablering av rutiner for innhenting av informasjon fra fastlege for akuttinnlagte pasienter som kommer til sykehuset uten legeopplysninger.

6.4. Organisering og utvikling av fellestjenester

Stikkord:

Helseforetakets/sykehusets strategisk oppfølging med basis i vedtatt strategisk plan for Helse Sør-Øst og sentrale styrevedtak.

I plan for strategisk utvikling 2009 – 2020 er det lagt til grunn følgende hovedstrategi for målområdet organisering og utvikling av fellestjenester:

- *Samordnet styring og konsernutvikling skal frigjøre ressurser til pasientbehandling ved at stordriftsfordeler oppnås og profesjonaliteten styrkes.*

IKT avdelingen organiserer og tilpasser sin virksomhet innen fellestjenester i henhold til de retningslinjer for organisering og rolle/ansvarsfordeling som er gitt helseforetaket i forbindelse med etablering av felles tjenesteleverandør i Sykehuspartner IKT, og de retningslinjer som er gitt helseforetaket ved etablering av et fusjonert Oslo Universitetssykehus HF.

I nåværende fase etableres de grunnleggende organisasjons- og systemstrukturer som siden skal danne fundamentet i effektivisering av vår IKT plattform. IKT avdelingen arbeider med å etablere strukturverdier og metodikker som skal sikre at løsninger og infrastrukturer direkte adresserer virksomhetens overordnede behov, og sikre at gevinster hentes ut ved systematisk utvikling, konsolidering, standardisering og gjenbruk av løsninger og funksjoner. Oslo Universitetssykehus HF er meget opptatt av etablering av fellestjenester på ulike nivåer, og deltar aktivt for å bidra til realisering av slike tjenester både i regionen som vel som nasjonalt. Lokalt vil den helhetlige og systematiske tilnærmingen med fokus på gjenbruk og samordning av tjenester på tvers av gamle strukturer også være en viktig suksessfaktor for sammenslåingsprosessen i Oslo Universitetssykehus HF og for maksimal gevinstrealisering for foretaksgruppen som helhet.

Innkjøp/logistikk

Full tilslutning og bruk av felles forsyningsstruktur

Oslo Universitetssykehus HF har i 2010 deltatt i Prosjekt Logistikk Helse Sør-Øst RHF. Det er utført gjennomgående analyse av service og ABC klassifisering av sortiment.

Felles elektronisk bestillingsstruktur

Enhetene ved Oslo Universitetssykehus HF bruker i dag Oracle som felles økonomisystem mens for funksjonsområdene innkjøp, logistikk og elektronisk fakturabehandling brukes ulike systemer basert på enhetenes opprinnelige organisatoriske tilhørighet. Det er i 2010 gjennomført en kartlegging av Oslo Universitetssykehus HF samlede krav/behov til felles rutiner, prosesser og løsninger innenfor disse områdene. Hovedleveransen her har blant annet vært en overordnet kravspesifikasjon for fremtidig løsning og utarbeidelse av forslag til samordnings- og standardiseringstiltak for videre implementering.

Det har vært fokus på forenkling av arbeidsprosesser via utarbeidelse/etablering av felles retningslinjer for anskaffelser over/under 500 000, rutiner ved bestilling av varer og tjenester,

og en oversikt over Oslo Universitetssykehus HF samlede avtaler for varer og tjenester (unntak av avtaler MTU, kartlegging av avtaler relatert til Eiendom er under arbeid). Kontinuerlig arbeid gjøres i forhold til standardisering av kataloger og produkter. Sistnevnte tilsikres bla. ved at brukere ved Oslo Universitetssykehus HF har deltatt aktivt i regionale/nasjonale anskaffelser i 2010.

HR/personal

I organiseringen av sentral HR har man i 2010 skilt mellom strategisk HR-stab og operative fellestjenester som er lagt til Oslo sykehusservice. Dette er å definere som en fellestjeneste som bla annet håndterer produksjon av arbeidskontrakter for hele foretakt

Eiendom

Eiendomsområdet i Oslo Universitetssykehus HF er deltaker i pågående FUBE- prosjekter i regi av Helse Sør-Øst RHF. Delprosjektene i FUBE omhandler områder innen strategi og driftseffektivisering.

I den videre prosess med å utvikle Oslo Universitetssykehus HF, arbeides det med geografiske plasseringer og sammensetninger, samt vurderinger av kostnader knyttet til ombygging/sanering av gammel bygningsmasse.

Innen kvalitetsområdet er det etablert prosesser som vil resultere i at Oslo Universitetssykehus HF har felles styrende dokumenter.

Av større bygg som er tatt i bruk i 2010 nevnes Forskningsbygget, Foreldreovernatting og Pasienthotellet.

6.5. Mobilisering av medarbeidere og ledere

Stikkord:

Helseforetakets/sykehusets strategisk oppfølging med basis i vedtatt strategisk plan for Helse Sør-Øst og sentrale styrevedtak.

I plan for strategisk utvikling 2009 – 2020 er det lagt til grunn følgende hovedmål for målområdet mobilisering av medarbeidere og ledere:

- *Kompetente og motiverte medarbeidere – vår viktigste ressurs og innsatsfaktor.*

Oslo universitetssykehus HF har stått overfor en krevende fusjonsprosess i 2010 hvor klinikkene har innplassert ansatte og ledere i ny organisasjon. Prosessen har blitt kvalitetssikret underveis av Direktørens HR-stab ved juridiske og tekniske team. Ansattes representanter og verneombud har deltatt i prosessene.

Oslo Universitetssykehus HF har gjennomført Tema- og ferdighetskurs for ledere, eksempelvis på områdene arbeidsgiverrollen, omstilling, bemanningstilpassninger, HMS, Personalportalen m.fl. har vært tilbud til alle ledere.

Oslo Universitetssykehus HF har hatt et pålegg relatert til ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser fra september 2009. Ubalansen er kartlagt og risikovurdert i hele organisasjonen i mars/april 2010. På denne bakgrunn er det utarbeidet lokale og klinikkvise handlingsplaner som er implementert gjennom 2010. Oslo Universitetssykehus HF har levert

sin sluttrapport med evaluering av effekt av de gjennomførte tiltakene pr. 31.12.10. Oppsummeringsvis er det noe mindre ubalanse ultimo 2010 enn primo 2010. Rød riskoverdi er redusert fra 42 % til 33 %.

Hele 2010 er det arrangert lederkurs innen bemanningstilpasninger for alle ledere i Oslo universitetssykehus HF.

Ledertrenerprogrammet i Helse Sør Øst RHF - stort antall veiledere har gjennomført programmet i løpet av 2010.

Oslo universitetssykehus HF gjennomfører lederutviklingsprogram for førstelinjeledere. Programmet går over to semestre og hadde oppstart høsten 2010 med 120 deltakere. Det foregår en kontinuerlig videreutvikling av programmet.

Det har vært gjennomført lederutvikling for klinikkledergrupper med totalt fem samlinger hvorav tre ble avholdt vinteren /våren 2010. Videre er det avholdt egne lederutviklingsprogram / teamutviklingsprogram i flere av klinikkene.

Oslo universitetssykehus HF har et nettverk av lederveiledere som deltar i sykehusets lederutviklingsprogrammer. Det er et eget program for utvikling av lederveiledere.

Oslo universitetssykehus HF deltar også med kandidater på Nasjonalt topplederprogram for helseforetakene, i regi av de regionale helseforetak. I tillegg har flere kandidater gjennomført masterprogrammer ved handelshøyskolen BI.

Oslo universitetssykehus HF samarbeider med BI og Universitetet i Oslo vedrørende lederutvikling.

Oslo universitetssykehus Hf har vært aktiv bidragsyter i Partnerforum og spesielt på HR siden har det vært trukket veksler på partnerskapet med Universitetet i Oslo og BI. Dette arbeidet gir god tilgang på spisskompetanse innen organisasjonsutvikling og ledelse.

Oslo universitetssykehus Hf vil, i samarbeid med universitet og høgskoler, etablere en akademisk stillingsstruktur som ivaretar behov for god forskningsledelse, god balanse mellom midlertidige og faste stillinger og synlige karriereveier for forskjellige profesjoner. Rekruttering av nødvendig kompetanse er viktig på alle nivåer, og Oslo universitetssykehus HF må ha en god strategi for å tiltrekke seg de beste forskerne og forskerkandidatene. Oslo universitetssykehus HF vil arbeide for en større grad av kjønnsbalanse i vitenskapelige toppstillinger.

Oslo universitetssykehus HF benytter medarbeideres spesielle kompetanse i kultur, språk og annen spesiell erfaring på en formalisert og systematisk måte. Sykehuset legger til rette for at ansatte som har pasientkontakt får kunnskap og forståelse innenfor kultursensitivitet, for å fremme likeverd i muligheter og tjenesteyting (pasientbehandling/-omgang). Alle medarbeidere skal ha likeverdig tilgang til fagutvikling, lederutdanning og karrieremuligheter:

- Videre satsning på å bygge kultursensitiv kompetanse hos Oslo Universitetssykehus HF's ansatte. I 2009/2010 og 2010/2011 har vi kjørt to kull i *Veiledning i flerkulturelt helsearbeid* i samarbeid med Høgskolen i Oslo. Et tredje kull starter april 2011.
- Videreføre fokus på flerkulturell kommunikasjon / kultursensitivitet i Oslo Universitetssykehus HF's *lederutviklingsprogram* (1.linjeleder-kurs). (i 2010 ble et "Kultursimuleringsspill" tatt med i programmet)

Arbeidsmiljø

Det systematiske HMS-arbeidet i Oslo universitetssykehus bidrar til et godt arbeidsmiljø og helsefremmende og meningsfulle arbeidssituasjoner for de ansatte.

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

Systematisk HMS-arbeid

Generelt har sykehusets systematikk i HMS-arbeidet blitt bedre i 2010. Bl.a. gjennom HMS-opplæring av ledere og HMS-grunnopplæring av verneombud. Det er utarbeidet flere nye HMS-verktøy som er tatt i bruk i 2010. Samlet har dette bidratt til at klinikkene har kunnet skaffe seg god oversikt over risikoforhold og forbedringsområder, og har kunnet utarbeide risikoreduserende handlingsplaner.

Oppfølging av "God vakt" – ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser

Oslo universitetssykehus har hatt et pålegg fra Arbeidstilsynet fra høsten 2009 om å redusere ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser. Sykehuset har fulgt denne overordnede planen for å gjennomføre pålegget:

- Kartlagt og risikovurdert omstillingsprosessen med utarbeidelse av handlingsplan i mars/april 2010
- Gjennomført tiltak sommer/høst 2010
- Kartlagt effekt av gjennomførte tiltak i november/desember 2010

Oppsummeringsvis vurderer klinikkene/avdelingene/enhetene at ca. 35 % av tiltakene har hatt positiv effekt, ca. 62 % av tiltakene har ikke medført noen endring, mens ca. 3 % av tiltakene har medført forverring. De mest positive endringene er sett på tiltak relatert til ledelse, bemanning, arbeidsoppgaver og lederstøtte. Når det gjelder tiltak som ikke har virket eller hvor ubalansen er forverret, bemerkes det at skyldes dette lokale forhold hvor rammebetingelsene har endret seg underveis. I noen tilfeller er planlagte tiltak av forskjellige årsaker ikke gjennomført. Dette har påvirket resultatet av tiltakene. En kompliserende faktor i oppfølgingen har vært den omfattende og komplekse omstillingen organisasjonen er inne i. Prosessene er preget av stor grad av kompleksitet med mange elementer; både organisatoriske, sosiale og teknologiske. Samlet sett har det allikevel vært en positiv utvikling hvor ubalansen er redusert (fra 42 % rød risikovurdering, til 33 %), men det gjenstår fortsatt en del før det kan anses å være balanse.

HMS-avvik

Hovedtrenden er at det er omtrent samme meldefrekvens som før. Generelt er det høyest rapportering på avvik med mulig eller konstatert personskade, hvorav "vold, trusler, utagerende adferd" og "stikkskader" er de 2 største gruppene. Totalt er det meldt 2.472 HMS-avvik i 2010. Vi har grunn til å tro at det fortsatt er underrapportering, da det fra ansatte og fra vernetjenesten uttrykkes en viss grad av meldetretthet og manglende tro på at det nytter å melde fra om uønskede hendelser og tilstander som medfører helsebelastninger for ansatte. Dette gjelder særlig gjengangere som det ikke over år blir gjort noe med – eksempelvis innesklima. For å få opp meldefrekvensen bør det fokuseres mer på melderutiner og meldekultur i 2011.

Inneklima

Oslo universitetssykehus har en stor og variert produksjon hvor kjemikalier, gasser, smitte, partikler mm. er viktige problemstillinger i innemiljøet. Dette stiller store krav til de tekniske anleggenes kapasitet og driftssikkerhet. Den svært variable bygningsmassen med varierende teknisk standard blir i denne sammenheng en utfordring. Både på Aker,

Radiumhospitalet og Ullevål er det stort behov for å oppgradere de tekniske anleggene og bygningsmassen opp til dagens tekniske standard for å bedre arbeidsmiljøforholdene til de ansatte. På Rikshospitalet begynner anleggene å bli slitt pga. høy utnyttelsesgrad og manglende mulighet for løpende vedlikehold grunnet stramme budsjetter.

6.6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Stikkord:

Helseforetakets/sykehusets strategisk oppfølging med basis i vedtatt strategisk plan for Helse Sør-Øst og sentrale styrevedtak.

I plan for strategisk utvikling 2009 – 2020 er det lagt til grunn følgende hovedstrategi for målområdet bærekraftig utvikling gjennom god virksomhetsstyring:

- *Bærekraftig utvikling over tid forutsetter bedre arbeidsdeling, ressurs- og kapasitetsutnyttelse og god økonomisk styring.*

Oslo universitetssykehus HF står overfor store økonomiske og styringsmessige utfordringer i langtidsplanperioden grunnet de endringer som følger av Hovedstadsprosessen og overføring av ansvar og oppgaver. De samlede kostnadene i Oslo universitetssykehus HF skal reduseres med mer enn 2 milliarder kroner de neste årene på grunn av underskudd i 2010, endringer i opptaksområde samt innføring av ny inntektsmodell. Oslo universitetssykehus HF skal også gjennomføre store investeringer de nærmeste årene for å utvikle foretaket i samsvar med styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF.

Oslo universitetssykehus HF har i dialog med eier understreket behovet for en flerårig tilnærming til de utfordringene som er beskrevet ovenfor, senest i innspillet til økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst RHF. Oslo universitetssykehus HF oppfatter det nå dithen at det er etablert stor grad av felles forståelse mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF om de utfordringene helseforetaket står overfor og hvordan de skal håndteres, jf også styresak 075-2010 i Helse Sør-Øst RHF.

Oslo Universitetssykehus HF leverte 1.oktober 2010 innspill til økonomisk langtidsplan med hovedvekt på årene 2011-2014. Leveransen inneholdt en beskrivelse av det samlede likviditetsbehovet for Oslo universitetssykehus HF til dekning av løpende drift og investeringer i omstillingsperioden.

Driftssituasjonen for Oslo universitetssykehus HF de kommende årene ble forventet å være preget av overføringen av virksomhet til andre sykehusområder og behov for å sikre bufferkapasitet i denne overføringsperioden, omstillingene som skal gjennomføres for å tilpasse til et mindre opptaksområde, og gjennomføring av andre omstillinger som følger av styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF. Med utgangspunkt i den foreløpige budsjett-tildelingen for 2011 ble det den gang identifisert resultatrisiko på vel 600 millioner kroner i 2011 og om lag 400 millioner kroner i 2012. Det er da lagt til grunn at det gjennomføres effektiviseringstiltak tilsvarende 100 millioner kroner i 2011 og ytterligere 200 millioner kroner i 2012. Videre var det skissert et mål om drift i balanse uten ekstra tildelinger i 2013 og overskudd i årene deretter i samsvar med de overordnede styringsretningslinjene i Helse Sør-Øst RHF. Resultatforbedringen gjennom 2012 og 2013 forutsatte at nødvendige investeringer ble gjennomført slik at døgnvirksomheten på Aker kunne avvikles og driften i Oslo universitetssykehus HF ellers flyttes og konsentreres i samsvar med den arealdisponeringen som er planlagt.

Styringsmessig er det behov for å skille mellom investeringer i utstyr og annet som benyttes i videreføring av eksisterende drift og investeringer knyttet til utvikling av Oslo universitetssykehus HF i samsvar med styrevedtak 108-2008. I planperioden vil det løpende være behov for ordinære utskiftninger i medisinsk teknisk utstyr og et behov for vedlikehold/investeringer i eksisterende bygningsmasse. Nivået på disse investeringene ble satt lik opprinnelig likviditet til investeringer i 2010 med cirka 300 millioner kroner per år. For å tilpasse virksomheten til de nye driftsforutsetningene etter utskillelse av virksomhet 1.1.2011 vil det foregå en omstilling fram mot det tidspunktet hvor Oslo universitetssykehus HF kan være optimalt samlokalisert i eksisterende bygg (Dag 4). På Dag 4 forutsettes det at dagens virksomhet på Aker sykehus i all hovedsak er flyttet til Ullevål sykehus og Rikshospitalet/Radiumhospitalet. Dette krever også omrokeringer mellom Ullevål sykehus og Rikshospitalet/Radiumhospitalet. Tiltakene består i hovedsak av bygningsmessige tilpasninger i eksisterende bygningsmasse, men også mindre tilbygg og investeringer i MTU. Den foreløpige vurderingen av investeringsbehovet som ble meldt inn til økonomisk langtidsplan var om lag 650 millioner kroner fordelt om lag likt mellom 2011 og 2012.

Ut over de bygningsmessige tilpasninger er det også et behov for omfattende investeringer i spesielt klinisk IKT for å realisere en mer rasjonell drift i et fusjonert sykehus. Estimert for IKT investeringer var i underkant av 700 millioner kroner. Det ble antatt at dette i stor grad ville bli finansiert av regionale midler, men det ble valgt å synliggjøre finansieringsbehovet oversendelsen fra Oslo universitetssykehus HF.

Helseforetaket har arbeidet med arealutvikling i samsvar med styrevedtak 108-2008. Slik de foreløpige planene nå foreligger er det identifisert behov for to store nybygg, (Rikshospitalet og Ullevål sykehus), to mindre nybygg for å tømme virksomheten på Dikemark (Regional sikkerhetsavdeling og alderspsykiatri) og tre mindre nybygg for å restrukturere psykiatrien og effektivisere virksomheten. Styret vedtok 24.11.2010 å sette i gang idefase for nybygg på Gaustad for somatikk og for nybygg knyttet til psykisk helsevern mv.

Det legges nå til grunn at Helse Sør-Øst RHF vil håndtere de økonomiske utfordringene for Oslo universitetssykehus HF de nærmeste årene etter følgende prinsipper (jf styresak 075-2010 i Helse Sør-Øst RHF):

- Omstillingsinvesteringene finansieres særskilt i samsvar med meddelt behov.
- Det tildeles en ekstraordinær inntekt i 2011 for å håndtere deler av de estimerte omstillingskostnader i drift.
- Økonomisk resultatkrav samt krav til aktivitet vil være gjenstand for en dialog mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF. Avklaring vil trolig finne sted i Oppdrag- og bestillerdokumentet for 2011.
- Det sikres likviditet for å håndtere en drifts- og investeringssituasjon i 2011-12 i samsvar med innspillet fra Oslo universitetssykehus HF til økonomisk langtidsplan.

Dersom prinsippene ovenfor legges til grunn vil Oslo universitetssykehus HF i stor grad kunne sikres det økonomiske handlingsrom som nå vurderes som nødvendig for å gjennomføre de omstillingsbehovene som foreløpig er identifisert.

Den overordnede oppgaven for den økonomiske styringen de neste årene vil være å bidra til at Oslo universitetssykehus HF kan komme i økonomisk balanse senest i 2013, og at driften deretter kan gi positive likviditetsbidrag til framtidige investeringer i samsvar med det som ble meldt inn til økonomisk langtidsplan.

På kort sikt, dvs den første delen av 2011, vil driftsøkonomien i stor grad bli bestemt av den praktiske gjennomføring av overføring av aktivitet til andre sykehusområder og behov for at Oslo universitetssykehus HF bidrar aktivt til at overføringsprosessene skjer på en måte som

ikke gir et svekket tilbud til pasientene. Mulighetene for styring av kostnader og dermed økonomisk resultat vil i denne perioden være begrenset, og på dette tidspunkt er usikkerheten svært stor til hvilken driftssituasjon Oslo universitetssykehus HF vil stå overfor. Senere i 2011 – når overføringen er gjennomført og pasientstrømmene forventes å være etablert i samsvar med forutsetningene i oppgavefordelingen, teknisk satt til halvårsskiftet 2011 – vil det være mulig å øke presisjonsnivået i den økonomiske styringen og i større grad rette denne inn mot de mellomlangtsiktige målene.

Klinikkene i Oslo universitetssykehus HF er blitt tildelt rammer basert på budsjetttrammene for 2011 for Oslo universitetssykehus HF. Klinikkene er videre tildelt styringsmål og for noen klinikker – først og fremst de som vil bli sittende i en uhensiktsmessig driftssituasjon lenger enn de andre - er det tildelt styringsmål for 2011 som gir mulighet for en flerårig tilpasning til de økonomiske rammene.

Klinikkene leverte i midten av desember 2010 tiltak for tilpasning av driften tiol endrede rammebetingelser. Tiltakene gjennomgås nå i sykehusledelsen og vil bli fulgt opp blant annet som en del av oppdraget til klinikkene for 2011.

7. Oppfølging av mål for planperioden

Forutsetninger:

Det vises til RHF-sak 75-2010 Mål og budsjett 2011- økonomisk langtidsplan 2011 – 2014, samt vedlegg 1; Mål for planperioden – skisse til oppfølgingsplan for 2011.

De vedtatte målene for planperioden innebærer en tydeliggjøring av foretaksgruppens målbilde. Målene er ambisiøse og krever vedvarende innsats og ledelsesmessig fokus på alle nivåer, både i HF og RHF. Tydeliggjøringen stiller også skjerpede krav til oppfølging og kommunikasjon. Iht. styrets vedtak skal helseforetakenes styre forelegges foretaksvisse planer som grunnlag for styrenes oppfølging av målene gjennom året. Forutsetningen om styrenes oppfølging av målene vil også bli innarbeidet i oppdrag og bestilling for 2011.

Kortfattede planer for oppfølging av målene for planperioden tas inn her:

1. Pasienten opplever ikke fristbrudd

Det er i regi av Ventelisteprojektet utarbeidet nivå 1 prosedyre for fristbrudd hvor rolle og ansvarsplassering er tydeliggjort. Denne prosedyren er vedtatt av ledermøte ved Oslo universitetssykehus HF og er gjeldende prosedyre.

Prosjektet har også levert prosesskart for hele prosessflyten og utarbeidet opplæringsdokument som skal sikre at ventelisteprosessen blir håndtert korrekt ift styrende dokumenter. Et oppslagsverk med alle begreper for ventelisteprosessen er også utarbeidet. All dokumentasjon fra prosjektet er tilgjengeliggjort på Virksomhetsportalen under en egen "fane". Dette gir et grunnlag for kompetanseheving og riktig bruk av og registrering i PAS.

Alle klinikkene ved Oslo universitetssykehus HF har utpekt en ventelisteansvarlig og disse vil samles i et nettverk ledet av stab Medisin og helsefag hvor også helsejurister og IKT-avdelingen vil inkluderes. Nettverket vil sikre kontinuerlig fokus på ventelistedministrering og enhetlig praksis i henvisnings- og ventelisteprosessen ved Oslo universitetssykehus HF samt bidra til at erfaringsutveksling og formidling av gode tiltak og resultater kan finne sted.

Fristbrudd vil bli fulgt nøye opp i de månedlige oppfølgingsmøtene med klinikkene.

2. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %

Oslo Universitetssykehus HF gjennomfører prevalensregistrering minst 3 ganger årlig (3 ganger årlig ved Aker og Ullevål og 4 ganger årlig ved Radiumhospitalet og Rikshospitalet). Dette vil videreføres i planperioden.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har vedtatt at gjennomsnittlig prevalens av de 4 vanligste sykehusinfeksjonene skal være redusert til 3 % innen 2014. Representanter for smittevernmiljøet ved Oslo Universitetssykehus HF har i møte med Adm. dir. Bente Mikkelsen påpekt at prevalens er et lite egnet mål på kvalitet og risiko og at Oslo Universitetssykehus HF har en pasientsammensetning som gjør det svært krevende å nå dette målet. Det ble uttrykt forståelse for at Oslo Universitetssykehus HF måtte forvente å ligge over gjennomsnittet av prevalensraten i Helse Sør-Øst RHF. Oslo Universitetssykehus HF har forøvrig i planperioden en målsetting om å øke omfanget av insidensregistrering, som er en vesentlig bedre indikator, men som også er betydelig mer ressurskrevende å fremskaffe.

Alle de nevnte virkemidlene som er beskrevet i Vedlegg 1, punkt 2 til Helse Sør-Øst RHF styresak 75-2010 er blant dem som er inkludert i planene for det infeksjonsforebyggende arbeidet i Oslo universitetssykehus HF. Oslo Universitetssykehus HF har etter sammenslåingen Norges største og bredeste smittevernmiljø, men har også en rekke nasjonale og regionale smittevernoppgaver som krever ressurser. I 2011 vil samordning og effektivisering av smittevernarbeidet, tilpasning til den nye organisasjonen i Oslo Universitetssykehus HF og utforming av en overordnet strategi ha første prioritet. Målsettingen er blant annet å etablere klinikk- og avdelingsvise infeksjonskontrollprogram med virkemidler tilpasset pasientgrunnet på de enkelte avdelingene. Prioritering vil ellers bli basert på analyser av infeksjonspanoramaet, infeksjonenes alvorlighetsgrad, potensialet for effekt av forebyggende tiltak og kostnadseffektiv ressursbruk.

3. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Roller og ansvar er avklart i nivå 1 prosedyre som ble utarbeidet i regi av Dag 2-prosjektet.

Det samme gjelder innføringen av nye, standardiserte pasientbrev som sikrer at pasientene får den informasjonen de skal ha samt at det finnes standardbrev hvor pasientene får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.

Opplæring i og fokus på prioriteringsveiledere er gitt de ventelisteansvarlige gjennom Ventelisteprojektet og denne kunnskapen skal nå ut i hele organisasjonen. Erfaringsutveksling og formidling av gode tiltak og resultater vil kunne sikres gjennom nettverk for Ventelisteansvarlige.

Dette vil bli fulgt opp i de månedlige oppfølgingsmøtene med klinikkene.

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

På grunn av at organisasjonsstrukturen ved Oslo Universitetssykehus HF ikke var ferdig ryddet i Fresh og PAGA og kunne brukes som grunnlag ved utsendelse av digital Medarbeiderundersøkelse, gjennomførte Oslo Universitetssykehus HF høsten 2010 ikke digital spørreundersøkelse. Som en erstatning for Medarbeiderundersøkelsen 2010 gjennomfører Oslo Universitetssykehus HF i desember 2010-februar 2011 gruppesamtaler for å kartlegge utfordringer og utarbeide tiltak. Handlingsplan skal være ferdig i alle enheter

ved Oslo Universitetssykehus HF innen den 1. mars 2011. Gruppesamtalene tilfredsstiller Arbeidsmiljølovens krav om kartlegging og utarbeidelse av tiltak innen det psykososiale arbeidsmiljø. Høsten 2011 planlegger Oslo Universitetssykehus HF å gjennomføre digital Medarbeiderundersøkelsen som normalt.

5. Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

Som omtalt ovenfor er den økonomiske utfordringen for Oslo universitetssykehus HF svært stor de kommende årene, først og fremst som følge av behov for kostnadsreduksjon på om lag 2 mrd kroner. I omtalene av de økonomiske utsiktene er det anslått et stort driftsunderskudd de nærmeste årene, jf også omtale av innlevering til økonomisk langtidsplan. Det er på denne bakgrunn ikke realistisk at investeringer de nærmeste årene kan finansieres ved økt handlingsrom i den ordinære driften. Det er derfor meddelt behov for å finansiere investeringer ved særskilt likviditetstilførsel fra Helse Sør-Øst RHF. Dette er også lagt til grunn av Helse Sør-Øst RHF i deres styresak 075-2010.

I innleveringen til økonomisk langtidsplan høsten 2010 ble det lagt til grunn økonomisk balanse i driften i 2013 og overskudd deretter. Med en slik utvikling vil Oslo universitetssykehus HF fra 2014 og framover kunne finansiere deler av investeringene med likviditetstilførsel fra ordinær drift.

DEL IV: VEDLEGG

Vedlegg 1

Stikkord:

Tabell: Jf. oppdrag og bestilling for 2010

AKTIVITET

| Somatikk (DRG slik det er rapportert for hvert av årene) | 2009 | 2010 |
|---|-------------|-------------|
| Somatikk – DRG poeng innlagte | | |
| Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF | 156228 | 159752 |
| Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF | 11816 | 11199 |
| Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner | 148 | 268 |
| Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale | 0 | 0 |
| Sum DRG poeng innlagte | 168192 | 171219 |
| Somatikk – DRG poeng dagpasienter | | |
| Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF | 28843 | 14034 |
| Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF | 1166 | 1041 |
| Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner | 0 | 0 |
| Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale | 0 | 0 |
| Sum DRG poeng dagpasienter | 30009 | 15075 |
| Sum DRG poeng som gir ISF- ref (egne pasienter) | 185219 | 174054 |
| Sum DRG totalt (fra egen og andre regioner) | 198200 | 186294 |
| Polikliniske konsultasjoner | | |
| Ant. Inntektsgivende polikliniske konsultasjoner | 797012 | 823359 |
| Ant. DRG poeng poliklinikk (egne pasienter) NB! Refusjonspoeng for 2009 og DRG-poeng for 2010 | 876648 | 40758 |

| Voksenpsykiatri | 2009 | 2010 |
|---|-------------|-------------|
| Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling | 3188 | 3031 |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 123447 | 119162 |
| Ant. oppholdsdager dagbehandling | 5708 | 5593 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 106230 | 104538 |
| - Herav telefonkonsultasjoner | 24203 | 14450 |
| Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private | 16 | 14 |
| Antall liggedøgn døgnbehandling private | 12460 | 11049 |
| Antall oppholdsdager dagbehandling private | 0 | 0 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner private | 0 | 0 |
| - Herav telefonkonsultasjoner | 0 | 0 |

| Barne- og ungdomspsykiatri | 2009 | 2010 |
|---|-------------|-------------|
| Antall utskrevne pasienter – døgntilbeholdning | 146 | 179 |
| Antall liggedøgntilbeholdning – døgntilbeholdning | 6570 | 6951 |
| Ant. oppholdsdager dagbeholdning | 5364 | 4998 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 68575 | 73104 |
| - Herav telefonkonsultasjoner | 26775 | 12664 |
| Antall utskrevne pasienter døgntilbeholdning – private | 0 | 0 |
| Antall liggedøgntilbeholdning døgntilbeholdning – private | 0 | 0 |
| Antall oppholdsdager dagbeholdning private | 0 | 0 |
| Antall polikliniske konsultasjoner private | 0 | 0 |
| - Herav telefonkonsultasjoner | 0 | 0 |

| Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere | 2009 | 2010 |
|---|-------------|-------------|
| Antall utskrevne pasienter – døgntilbeholdning | 2812 | 3017 |
| Antall liggedøgntilbeholdning døgntilbeholdning | 42819 | 39538 |
| Antall oppholdsdager – dagbeholdning | 47 | 251 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 12602 | 12646 |
| - Herav telefonkonsultasjoner | 1478 | 2555 |
| Antall utskrevne pasienter døgntilbeholdning – private | 15 | 6 |
| Antall liggedøgntilbeholdning døgntilbeholdning private | 5085 | 354 |
| Antall oppholdsdager dagbeholdning private | 0 | 0 |
| Antall polikliniske konsultasjoner private | 0 | 0 |
| - Herav telefonkonsultasjoner | 0 | 0 |

| Pasientopplæring | 2009 | 2010 |
|------------------------------|-------------|-------------|
| Antall kurs ved LMS | 232 | 211 |
| Antall kursdeltagere ved LMS | 2867 | 2469 |

| Rehabilitering, antall | 2009 | 2010 |
|---------------------------------------|-------------|-------------|
| Enkel rehabilitering (kode Z50.89) | 64 | 270 |
| Kompleks rehabilitering (kode Z50.80) | 108 | 122 |

NASJONALE KVALITETSINDIKATORER:

| Beskrivelse av mål | 2009 | 2010 |
|---|-------------|-------------|
| 16 Prevalens av sykehusinfeksjoner | 6,9% | 6,6% |
| 14 Strykninger av planlagte operasjoner | 8,9% | 7,6% |
| 17a Individuell plan barnehabilitering | 41,1% | 0% |
| 17b Individuell plan for pasienter med diagnosen schizofreni - voksne | 27,9% | 68,9% |
| 17c Individuell plan for pasienter med diagnosen ADHD - barn og unge | 6,6% | 4,1% |
| 19 Andel ikke planlagte reinnleggelser i psykisk helsevern (voksne) | 15,7% | 18,4% |

STYRINGSPARAMETRE:

| Beskrivelse av mål | 2009 | 2010 |
|--|-------------|-------------|
| 5a. Andel korridorpasienter – somatikk | 1,2% | 1,7 % |
| 5b. Andel korridorpasienter - akuttavd psykisk helsevern | 0,4% | 0,1 % |
| 4a. Andel epikriser sendt innen 7 dager – somatikk | 65,5% | Ikke data |
| 4b. Andel epikriser sendt innen 7 dager – psykisk helsevern | 65,3% | Ikke data |
| 4c. Andel epikriser sendt innen 7 dager – tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige | 58,1% | Ikke data |

| | | |
|---|-------|-----------|
| 7 a Andel liggedøgn utskrivningsklare – somatikk | 3,5% | 2,5 % |
| 7 b Andel liggedøgn utskrivningsklare - psykisk helsevern voksne | 3,0% | 2,0 % |
| 10 Andel henvisninger BUP vurdert innen 10 dager | 92,3% | 86,8 % |
| 9a Andel fristbrudd – somatikk | 12,5% | Ikke data |
| 9b Andel fristbrudd - psykisk helsevern | 21,4% | Ikke data |
| 9c Andel fristbrudd - tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige | 4,8% | Ikke data |
| 11 c Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern voksne | 7,4% | Ikke data |

BEMANNING:

| Beskrivelse av mål | 2009 | 2010 |
|--|---------|---------|
| Brutto årsverk | 18677 | 18442 |
| Månedslønnede årsverk | 17257 | 17065 |
| Årsverk variabelønnede | 1420 | 1377 |
| - herav overtid (Spekterkode OE) | | |
| - herav merarbeid (Spekterkode OU) | | |
| Innleide årsverk | 176 | 173 |
| Antall ansatte | 24089 | 24986 |
| Antall sykefraværsdagsverk | 312475 | 304818 |
| Antall mulige dagsverk | 3660878 | 4203287 |
| Sykefravær i % | 8,53% | 7,30% |
| Endring snittlønn for månedslønnede (Spekterkode AA) | | 7,20% |
| Årsverk somatik | 15497 | 13180 |
| Årsverk psykiatri | 2722 | 2527 |
| Årsverk rus | 473 | 396 |
| Årsverk leger | 2352 | 2371 |
| Årsverk sykepleie | 6764 | 6495 |
| Årsverk annet fagpersonell | 2804 | 2231 |
| Årsverk laboratoriepersonell | 931 | 932 |
| Årsverk forskning og fagutvikling | 668 | 693 |
| Årsverk ledere | 1236 | 902 |
| Årsverk adm og teknisk personell | 3932 | 2082 |

Vedlegg 2

Stikkord:

Tabell: Jf. oppdrag og bestilling for 2010

RESULTAT

| Beskrivelse av mål | 2009 | 2010 |
|---|----------|----------|
| = Sum inntekter | 17623213 | 17081743 |
| = Sum kostnader | 17645360 | 16454781 |
| = Driftsresultat | -22148 | 626961 |
| = Resultat | -97072 | 534315 |
| - Herav økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger | | |

Vedlegg 3

Områdeplaner

Stikkord:

Status for utarbeidelse av områdeplaner omtales i rapporteringskapitlet (kap. 4). Utarbeidede områdeplaner innen rehabilitering/ habilitering, psykisk helsevern og TSB mv. tas evt. inn her. Det er forutsatt at planene er utarbeidet i samarbeid med kommunene og andre samarbeidsparter. Jf. foretaksmøter 15. og 16. juni 2010, sak 8.

Arbeidet med områdeplaner innen de pålagte områdene (fødselsomsorg, rehabilitering/habilitering, psykisk helse og rusbehandling) er ikke fullført for Oslo sykehusområde. De generelt store kravene til omstilling i Oslo sykehusområde er den viktigste forklaringen på dette. Organisatoriske avklaringer i tilknytning til Sunnaas sykehus har dessuten påvirket framdriften innen rehabilitering (ref styresak 044/2010, Helse Sør-Øst RHF).

Det foreligger et utkast til områdeplan for fødselsomsorg. I tilknytning til utforming av rehabiliteringsfunksjonen i Oslo Universitetssykehus HF og Oslo sykehusområde er det gjort en utredning i regi av Oslo Universitetssykehus HF, men med deltakelse fra Sunnaas og Diakonhjemmet sykehus. Rapporten fra dette prosjektet sammen med samarbeidsprosjekt på enkeltområder innen rehabilitering har lagt et godt grunnlag for utforming av en områdeplan. Sykehusene i Oslo sykehusområde gjennomførte i 2010 etter oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF et prosjekt med sikte på å gå gjennom funksjonsdelingen seg imellom. Psykisk helse og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling var her et eget delprosjekt. Dette har gitt rammene for en områdeplan på disse to områdene. På disse grunnlagene følges arbeidet med å få på plass områdeplanene nå opp i regi av Oslo Universitetssykehus HF. Oslo kommune inviteres også til å delta i arbeidet.

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

1 STYRINGSBUDSKAP GITT I OPPDRAG OG BESTILLING 2010

| | |
|---|--|
| 1. INNLEDNING | |
| <p>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. Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til det regionale helseforetaket konkretiseres og utdypes i Nasjonal helseplan 2007-2010, oppdragsdokument og foretaksmøter.</p> <p>Dette dokumentet sammenstiller Helse Sør-Øst RHF sin bestilling og oppdrag til Oslo universitetssykehus HF for 2010 med utgangspunkt i overordnede rammer samt økonomiske og faglige prioriteringer slik de fremkommer i RHF-styresak nr 082-2009 Budsjett og mål 2010.</p> | |
| 1-01 | <p>Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF samarbeider nært med Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus om gjennomføring av oppgaver som må løses innenfor sykehusområdet.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har gjennom 2010 hatt jevnlig samarbeidsmøter med Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus</p> |
| 2. INNSYN OG KONSERNREVISJON | |
| 2-01 | <p>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.</p> <p>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.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Oslo universitetssykehus HF har nedfelt rutiner for samarbeid, koordinering, rapportering og oppfølging av revisjonsaktivitet i styringsdokumenter. Det er formalisert samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF. Jevnlige møter (månedlig med internrevisjonen og tertialvis med administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF) har satt fokus på internkontroll som virkemiddel for å oppnå målsettinger for virksomheten. Den jevnlige kontakten har bidratt til løpende og proaktive tiltak.</p> <p>Planleggingsprosessen for interne revisjoner i Oslo universitetssykehus HF har vært et samarbeid mellom internrevisjonen i Oslo universitetssykehus HF og konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst for utarbeidelse av revisjonsplaner for henholdsvis OUS og konsernrevisjonen. I samarbeidet inngikk også nærmere vurdering av eventuelle felles utførelse av oppdrag og øvrige prosjekter. Hensikten var koordinering og en bredest mulig dekning av interne revisjoner ved foretaket.</p> <p>Revisjoner utført av konsernrevisjonen i perioden har vært:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisjon av lønnsprosessen ved Oslo universitetssykehus HF (styrebehandles i februar 2011) 2. Revisjon behandlingsreiser til utlandet ved Oslo universitetssykehus HF <p>Begge disse revisjonene har vært anmodet av Oslo universitetssykehus HF</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Intern styring og kontroll i pasientforløp, herunder ventelistebehandling. Revisjonene vil også inkludere vurdering av hvordan informasjon om avvik og uønskede hendelser kommuniseres og danner grunnlag for oppfølging og forbedringsarbeid (i planleggingsfasen) 4. System for forankring, gjennomføring, rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier (vurdere god virksomhetsstyring) (i planleggingsfasen) <p>Konsernrevisjonen har etterspurt status vedrørende tidligere revisjoner;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisjonsrapport av 25.5.09 om forskningsvirksomheten. I oppfølgingsmøte mellom Oslo universitetssykehus HF og Konsernrevisjonen 29.11.2010 ble det gitt en oppsummering av sykehusets forskningsdirektør. Funn fra 2009 er innarbeidet i nye retningslinjer for forskningsaktiviteten i Oslo universitetssykehus HF og saken regnes som avsluttet. • Revisjon av innkjøpsvirksomheten foretatt ved tidligere Aker universitetssykehus og Ullevål universitetssykehus som ble rapportert til Helse Sør-Øst RHF 26.11.2009. Det viste seg i 2009 at det fortsatt var utfordringer med å etablere og gjennomføre internkontrolltiltak som bidrar til måloppnåelse og etterlevelse av gjeldende lovverk. Konsernrevisjonen vil derfor følge opp området med en ny revisjon primo 2011 <p>Alle funn fra konsernrevisjonen, interne revisjoner og eksterne tilsyn følges opp gjennom ledelsens gjennomgang og rapporteres etter standard rutine til styret hvert tertial. I tillegg vil styret fortløpende bli orientert om saker relatert til Konsernrevisjonens virksomhet. Det samme gjelder mottatte rapporter fra eksterne tilsynsmyndigheter.</p> |
| | <p>Konsernrevisjonen skal bistå styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering av risikohåndtering og intern kontroll. Konsernrevisjonen skal også bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring av foretakenes interne styrings- og kontrollsystemer.</p> <p>Konsernrevisjonens ansvar, oppgaver, samhandling og kommunikasjon i forhold til helseforetakene, skal ivaretas som nedfelt i gjeldende instruks for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, fastsatt av revisjonskomiteen for Helse Sør-Øst RHF.</p> |
| | <p>3. OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP FOR 2010</p> |
| | <p>Styret vedtok i 2008 et omstillingsprogram for Helse Sør-Øst. Omstillingsprogrammet består av 6 målområder og strategiske hovedvalg som er beskrevet i Plan for strategisk utvikling 2009-2020. Helse Sør-Øst har satt de</p> |

overordnede målene i den nasjonale kvalitetsstrategien som overordnede mål for sitt omstillingsprogram for å sikre at omstillingsprogrammet også er regionens kvalitetsstrategi.

Plan for strategisk utvikling, strategisk fokus 2009-2012 og mål 2009 for Helse Sør-Øst ble vedtatt i desember 2008 (sak 130). Strategidokumentet skal være Helse Sør-Øst sitt 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 helseplan mv. Perspektivet skal fange opp ønsket utvikling innenfor pasientbehandling, eiendomsutvikling, investering mv. slik at dette utgjør et målbilde for 2015-2020 og har også tatt hensyn til formål beskrevet i Samhandlingsreformen.

Helse Sør-Øst sin 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

Fremtidig utvikling og omstilling i Helse Sør-Øst handler først og fremst om å styrke tjenestenes kvalitet og sikre riktig prioriteringer.

Målbildet på kvalitet er knyttet opp mot Nasjonal kvalitetsstrategi. Fordi god kvalitet etter denne modellen forutsetter riktig balansering av de seks dimensjonene, er riktige prioriteringer en side ved god kvalitet.

Kvalitet skal være et overbyggende prinsipp for hele strategiutviklingen i Helse Sør-Øst. Dette overordnede målet går på tvers av de seks innsatsområdene.

Helsetjenesten har ansvar for å ivareta velferdsstatens grunnleggende etikk og moral i tillegg til å forvalte samfunnets ressurser. Helse Sør-Øst vil drive sin virksomhet verdibasert. De tre nasjonale verdiene ”kvalitet”, ”trygghet” og ”respekt” er i Helse Sør-Øst omsatt til følgende normer for virksomheten:

- Åpenhet og involvering - i måten vi arbeider på og i våre prosesser
- Respekt og forutsigbarhet - i måten vi møter hverandre på
- Kvalitet og kunnskap - er vår virksomhet basert på og skal våre beslutninger være bygget på

Skal pasientenes behov dekkes både nå og inn mot 2020 må det skje en kontinuerlig kvalitetsforbedring både for å gi et kunnskapsbasert godt og et likeverdig faglig tilbud. Dette er nødvendig for å kunne utvikle helsetjenesten videre og sikre at de økonomiske rammene utnyttes til beste for pasientene.

Hensikten med Strategisk fokus 2010-2013 (vedlagt) er å sikre at foretaksgruppen som helhet tar de riktige valg og fokuserer arbeidet i tråd med Helse Sør-Øst sin visjon og verdigrunnlag og plan for strategisk utvikling. Overordnet mål er at daglig virksomhet i det enkelte helseforetak i sum oppnår den ønskede bærekraftige utvikling av Helse Sør-Øst og realiserer de mål som følger av omstillingsprogrammet.

Målene for 2010 uttrykker en særlig prioritering innenfor de seks innsatsområdene. Disse målene kommer verken i stedet for eller i tillegg til overordnede vedtak og krav fra eier og styret for Helse Sør-Øst RHF, men er en hjelp til å fokusere og gjennom enkelte presise mål oppnå kvalitetsutvikling og måloppnåelse innen alle vedtatte strategier. Det har vært en betydelig positiv utvikling på flere målområder som for eksempel korridorpatienter og epikrisetid. På disse områdene har en likevel valgt å videreføre tidligere målformuleringer.

| | |
|--------|---|
| 3.0-01 | Det forutsettes at ledere på alle nivåer aktivt slutter seg til og anvender mål og fokusområder, og at alle øvrige ansatte skal kjenne målene for 2010 og føle at det har betydning for deres daglige virksomhet. |
|--------|---|

| | |
|--------|--|
| | <p>De nasjonale verdiene, samt Helse Sør-Øst RHF sin visjon om gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og alder ligger til grunn for foretakets arbeid.</p> <p>Lovpålagte oppgaver og regional strategi 2009-2020, er førende for Oslo universitetssykehus HF sitt videre arbeid med mål og strategiutforming.</p> <p>Foretakets er i gang med sin strategiprosess som gjennomføres med sikte på å være dekkende for regionens oppsatte seks strategiske innsatsområder.</p> |
| | <p>Plan for strategisk utvikling 2009-2020 - Omstillingsprogrammet - beskriver de strategiske valg regionen har besluttet innen 6 målområdene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientbehandling • Forskning • Kunnskapsutvikling og god praksis • Organisering og utvikling av fellestjenester • Mobilisering av medarbeidere og ledere • Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring |
| 3.0-02 | <p>Gjennom Strategisk fokus 2010-2013 settes mål for 2010 innen de samme 6 målområdene. De mål som prioriteres vil bli innarbeidet i budsjettprosessene og den samlede økonomiske prioritering for 2010. Videre oppfølging og forankring av alle vedtatte strategier, mål og eierkrav implementeres og beskrives nærmere i dette dokumentet. Formell forankring for helseforetakene skjer i foretaksmøte i februar 2010, og for de private ideelle sykehusene ved at dokumentet signeres. Det kreves at vedtatte strategier og mål følges opp og gjenspeiles i helseforetakenes oppfølgingsplaner og rapporteres i måned, tertialrapporter, særskilt og til slutt samlet i foretakenes årlige melding.</p> <p>De 6 målområdene er innarbeidet i budsjettprosessene og den samlede økonomiske prioritering for 2010 innen for foretakets økonomiske rammer.</p> |
| 3.0-03 | <p>Vedtatte mål for 2010 skal inngå i risikovurderingene på alle nivå. For kritiske områder forutsettes iverksatt spesielle tiltak, handlingsplaner og lignende som følges opp av foretakenes styrer. Eventuelle tiltak på regionalt nivå utarbeides i et samarbeid mellom det regionale helseforetaket, Oslo universitetssykehus HF, brukere og tillitsvalgte. Oppfølging av strategier og mål vil også reflekteres gjennom kartlegging av pasienttilfredshet og i medarbeiderundersøkelser.</p> <p>I henhold til krav fra Helse Sør-Øst RHF ble det gjennomført risikovurdering i 1. tertial med ny gjennomgang og oppdatering i 2. tertial. Tilsvarende oppdatering ble også gjort i 3. tertial. Avdelings- og klinikknivå utarbeider sine vurderinger først og deretter gjøres det en oppsummering på sykehusnivå med en samlet vurdering for hele helseforetaket. Krav i oppdragsdokument og vedtatte mål danner utgangspunkt for vurderingene av risiko. Derfor ble det benyttet en mal som sikret vurdering av hver av de seks regionale målområdene. Som en del av risikoarbeidet ble det utarbeidet en plan for risikoreduserende tiltak.</p> <p>Strategier og mål følges også opp gjennom andre interne prosesser. Med bakgrunn i den store omstillingen helseforetaket er inne i, ble det ikke gjennomført sykehusomfattende pasienttilfredshets- og medarbeiderundersøkelser i 2010.</p> |
| 3.0-04 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal legge felles kommunikasjonsmål 2010 for Helse Sør-Øst til grunn for sitt kommunikasjonsarbeid. Helseforetaket skal bidra med ressurser, kunnskap og erfaring på en slik måte at målene oppnås, herunder bidra i kartleggingen av tilgjengelig pasientrettet informasjonsmaterieil for fremmedspråklige.</p> |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Kartlegging av pasientrettet infomateriell for fremmedspråklige er et pågående arbeid. • Delprosjekt i prosjektet ”Styrking av likeverdig og integrerende helsetjenester for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet” (Samhandlingsprosjekt med Oslo kommune og sykehusene i Hovedstadsområdet) – innebærer kartlegging av hva som finnes av oversatt brosjyremateriale. Delprosjektet samkjøres med NAKMI som administrerer nettstedet Mighealthnet Norge. (http://www.mighealth.net/no/index.php/Hovedside). NAKMI har også en oversikt over brosjyrer som er oversatt til ulike språk innenfor ulike temaområder. (www.nakmi.no). • DINFO – Digitalisert læring og mestring for barn med diabetes – oversatt til engelsk, somali og urdu og gjort tilgjengelig på pasientterminaler på Barnesenteret. I tillegg nå også tilgjengelig via link på internett (http://www.hospitality.no/dinfo/). • Informasjon under utarbeidelse ”Hvis du blir syk” – skal oversettes til ulike språk og legges på internett. • Klinikkene har utarbeidet noe informasjon om deres virke som er oversatt til engelsk – dette tilgjengeliggjøres på Internett. • Pilotsykehusprosjektet: <ul style="list-style-type: none"> ○ Design og utforming av brosjyrer til bruk i behandling ved seksjon for sosial pediatri – oversatt til flere språk– design av oversatte brosjyrer i arbeid. ○ Plakat om mammografiscreening – oversatt til urdu og arabisk. (Brystdiagnostisk senter) |
| 3.0-05 | Oslo universitetssykehus HF skal bidra til publisering av felles informasjon for spesialisthelsetjenesten, i tråd med rammeverket for nettbasert kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten, gjennom å tilrettelegge for etablering av felles ny nettløsning innen utgangen av 2010. |
| | Nettsiden ble lansert i september 2010 |
| 3.0-06 | Det arbeides med å ferdigstille oppdatering av det nasjonale profilprogrammet. Det justerte profilprogrammet skal tas i bruk så snart det foreligger. |
| | Oslo universitetssykehus har utviklet sin visuelle profil i tråd med overordnede føringer fra Helse Sør-Øst og vil justere profilen i tråd med de føringer som til enhver tid foreligger. |
| I foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 26. januar 2010 er følgende overordnede styringsbudskap og krav ytterligere konkretisert: | |
| Overordnede føringer | |
| Samfunnsansvar | |
| 3.0-07 | Spesialisthelsetjenesten forvalter betydelige verdier på vegne av samfunnet. Det er viktig at samfunnsansvaret ivaretas for å sikre bærekraftig utvikling og omdømme. |
| | Oslo universitetssykehus er, som en stor og tungtveiende del av helsesektoren i Norge, klar over sin rolle i forhold til samfunnsansvar og utøver dette ansvaret ved å ta vare på de langsiktige målene i Hovedstadsprosessen, effektivisere og utvikle egen organisasjon og arbeide for høy kvalitet og pasientsikkerhet som har stor samfunnsmessig betydning for liv, helse, økonomi og befolkningens livskvalitet. |
| | Det er et strategisk mål at god forskningsetikk og personvern skal gjennomsyre forskningsaktiviteten ved Oslo universitetssykehus |
| Økonomi | |
| 3.0-08 | Kontroll på økonomien er viktig for å frigjøre ressurser til investeringer, forskning, og mer og kvalitativt bedre pasientbehandling. Det kan ikke forventes den samme veksten i spesialisthelsetjenesten i årene som kommer og det vil fortsatt være viktig med sterk økonomisk styring. |

| | |
|---------------------------|---|
| | Sterk økonomisk styring er lagt til grunn for oppfølging av sykehusets enheter i 2010. Formålet har på kort sikt vært å begrense det økonomiske budsjettavviket. |
| Sykehusstruktur | |
| 3.0-09 | Dagens sykehusstruktur er ikke optimal i forhold til de krav og utfordringer spesialisthelsetjenesten står overfor. Arbeidet med strategiske prosesser for å utvikle tjenesten må videreføres. |
| | Oslo universitetssykehus HF er inne i en stor omstilling som blant annet innebærer redesign av klinikk og flere tverrgående prosjekter. |
| Samhandlingsreformen | |
| 3.0-10 | Forslagene som er lagt fram i samhandlingsmeldingen vil få stor innvirkning for helseforetakene. Styret i Oslo universitetssykehus HF må allerede nå starte arbeidet med å forberede helseforetaket på de forslagene som ligger i St.meld. nr. 47 (2008-2009). |
| | Oslo universitetssykehus har etablert et godt fungerende samarbeid med andre helseforetak i Hovedstadsområdet, samt med Oslo kommune og bydelene i Oslo. Samarbeid med andre sykehus i Helse Sør Øst er under utvikling. |
| Utvikling på IKT- området | |
| 3.0-11 | Informasjons- og kommunikasjonsteknologi er et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Tiltakene som er iverksatt for å redusere saksbehandlingstiden av enkeltoppgjør for pasientreiser må følges opp og eventuelt korrigeres slik at saksbehandlingstiden blir kortere. |

| | |
|--|---|
| | <p>Oslo universitetssykehus har i 2010 gjort et stort arbeid for å utvikle felles elektroniske systemer internt, både administrativt og i pasientsystemer: Elektronisk samhandling med primærhelsetjenesten (meldingsløftet) er ikke gitt prioritet i 2010.</p> <p>Oslo universitetssykehus arbeider systematisk med utvikling av gode pasientforløp.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sykehuset ønsker en ledende rolle i utviklingen av samhandlingskompetanse. - Forskning og innovasjon er gjort til tema både i klinikkene og ut mot primærhelsetjenesten. - Det arbeides med å sikre at informasjon følger pasienten i hele forløpet. - Sykehuset arbeider målrettet med å skape god dialog med samarbeidende sykehus og mellom sykehus og primærhelsetjeneste, eks. ulike etablerte samhandlingsarenaer. - Det er satt tydelig fokus på arbeid med rutiner og retningslinjer som skal sikre at helsetjenestene fremstår som samordnede og koordinerte i overgangene mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. <p>Samarbeidet med fastlegene skal videreutvikles, bl.a. gjennom etableringen av praksiskonsulentordningen</p> <p>Pasientreiser uten rekvisisjon: Pasienten reiser kollektivt eller bruker egen bil til behandling. For refusjon fylles et reiseregningsskjema ut, og sendes til Pasientreiser ANS i Skien for registrering i et nasjonalt IKT system som heter PRO. PRO eies av Pasientreiser ANS og driftes av Norsk Helsenett SF. Helse Sør-Øst har etablert en felles saksbehandlingsenhet på Moelv i regi av Sykehuset Innlandet. Her saksbehandles reiseregningene og sendes elektronisk tilbake til Skien hvor refusjonen blir utbetalt og egenandeler innrapportert til HELFO. Saksbehandlingstiden skal være to til tre uker totalt. Det er uvisst for IKT avdelingen ved OUS hvorvidt det er planlagt tiltak hos Pasientreiser ANS eller i saksbehandlingsenheten i Helse Sør-Øst for eventuelt å korte ned på denne saksbehandlingstiden.</p> <p>Pasientreiser med rekvisisjon: Sykehuset eller behandler rekvirerer reisen elektronisk i et nasjonalt IKT system NISSY. NISSY eies av Pasientreiser ANS i Skien og driftes av Norsk Helsenett SF. Dersom ikke behandlingstidspunktet er kjent ved rekvirering ringer pasienten selv 05515 til pasientreisekontoret. Transporten utføres og egenandelen rapporteres hver natt til HELFO via NISSY. "Saksbehandlingstiden" eller ventetiden på å komme igjennom på telefon til pasientreisekontoret kan være opp til en halv time. Dette skyldes for lav bemanning. Det er uvisst for IKT avdelingen hvorvidt bemanning ved dette kontoret er planlagt økt.</p> |
| Sykefravær | |
| 3.0-12 | <p>Sykefraværet i helseforetakene er høyt og høyere enn i samfunnet for øvrig. Det er en prioritert oppgave å redusere sykefraværet og hindre helsereelatert utstøting fra arbeidslivet.</p> <p>Oslo universitetssykehus har etablert Arbeidsmiljøutvalg (AMU) og et overordnet IA-utvalg. Strategisk IA- utvalg arbeider med konkretisering av retningslinjer og mål for IA-arbeid i Oslo universitetssykehus. Det er inngått et samarbeid med NAV Arbeidslivssenter Oslo med tanke på å inngå en ny samarbeidsavtale for Inkluderende arbeidsliv.</p> <p>Sykefraværarbeidet, inkludert statistikk og tiltaksplaner for klinikkene, rapporteres til utvalgene og til ledelsen. Arbeidsmiljøavdelingen og HR bistår klinikkene i sykefraværarbeid med tanke på redusert sykefravær og hindre helsereelatert utstøting fra arbeidslivet.</p> <p>Det vises for øvrig til punkt 3.5.2.2-01 og 3.5.2.2-02.</p> |
| Videreutvikling av helseforetaksmodellen | |
| 3.0-13 | <p>Det er åtte år siden helseforetaksmodellen ble gjennomført og det vil i 2010 bli arbeidet med mulige forbedringer i modellen og vurdert endringer i lovverket.</p> <p>Oslo universitetssykehus besvarer eiers anmodninger om høringsuttalelser når disse måtte ankomme.</p> |
| Rett behandling til rett tid | |

| | |
|---|---|
| 3.0-14 | <p>Økonomi, bygninger, personalressurser, forskning, kompetanse, samhandling og IKT er rammebetingelser for å sikre at pasientene får rett behandling til rett tid.</p> <p>Momentene har høyt fokus i alle nivå i sykehusets ledelse, behandles jevnlig i ledermøter og i rapporteringer, samt vurderes regelmessig i regelmessig utførte risikovurderinger. Sentralt initierte prosesser i forbindelse med sammenslåing og omorganisering av organisasjonen medfører at alle behandlingslinjer blir revurdert og sett i sammenheng med alle kjente rammebetingelser.</p> <p>Kvaliteten på moderne pasientbehandling er avhenging av kontinuerlig fagutvikling og oppdatering av kunnskap, noe som bla sikres gjennom integrering av forskning i de forskjellige klinikker. I forskningsstrategien er denne integrasjonen fremhevet som helt essensielt.</p> |
| 3.0-15 | <p>Håndteringen av saken omkring enkeltpasienter i journalsystemet ved Sykehuset Asker og Bærum (januar 2010) er avgjørende for befolkningens tillit til helsevesenet. Med bakgrunn i dette skal Oslo universitetssykehus HF gjennomgå sine systemer og rutiner for å forhindre svikt i disse.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har hatt en grundig gjennomgang av sine systemer og rutiner uten at man fant avvik.</p> |
| Oppfølging av juridisk rammeverk - Intern kontroll og risikostyring | |
| 3.0-16 | <p>Styret i Oslo universitetssykehus HF har ansvar for at helseforetaket har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Ved omstilling av virksomheten må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. Styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring skal inngå i tertialrapporteringen i 2010.</p> <p>Det har helt fra starten på året blitt lagt vekt på betydningen av intern kontroll og risikostyring. Med tanke på at dette var første år med samordnet drift for alle deler av helseforetaket, var det viktig at de grunnleggende styringselementene var tilrettelagt og beskrevet i styrende dokumenter som ble tatt i bruk fra nyttår 2010. Det innebar at sykehuset tidlig i januar kunne identifisere risikoer og at vi også hadde et fungerende avvikssystem på plass. De avvik og risikoer som er avdekket er fulgt opp med nødvendige tiltak. I løpet av året har en også kommet i gang med systematiske interne revisjoner for å sikre at praksis er i overensstemmelse med de beslutninger som er gjort. Hele organisasjonen har vært preget av omstillinger i 2010. Derfor har dette vært et viktig tema for de risikovurderingene som har vært utarbeidet på de ulike ledernivåer. I tillegg har det vært gjort egne vurderinger opp mot de milepæler som har vært satt for større endringer (dag 1, 2 og 3). De største konsekvensene for pasientene har vært forventet i forbindelse med overføring av pasienter til Vestre Viken og Akershus universitetssykehus. Av den grunn har overføringsprosjektarbeidet blitt fulgt opp med egne regelmessige risikovurderinger. For hvert tertial har styret gjennomgått risikovurderinger og øvrige deler av internkontrollen og dette har inngått i tertialrapporteringen.</p> |
| 3.0-17 | Det skal redegjøres for arbeidet med intern kontroll og risikostyring i årlig melding. |

| | |
|---|---|
| | <p>Helseforetakets arbeid med intern kontroll og risikostyring har tatt utgangspunkt i myndighetskrav og overordnede krav om forsvarlighet og god virksomhetsstyring. Ut fra en helhetstenkning er det etablert ulike systemelementer som er beskrevet i styrende dokumenter. Disse er gjort tilgjengelige for medarbeiderne og brukt i forbindelse med styring av ledelses- og forbedringsprosesser i helseforetaket. Tidlig i 2010 ble det fordelt ansvar og fullmakter samtidig som det ble avtalt og fastsatt mål og forventninger til klinikkens interne tjenester. De sentrale systemelementene har hatt som mål å sikre systematisk arbeid mot oppnåelse av mål og forventninger. Gjennom risikovurderinger er det identifisert kritiske områder og fastsatt risikoreduserende tiltak. Det elektroniske avvikssystemet som ble innført fra årets start, har gjort det mulig å følge opp avvik med nødvendige forbedringstiltak. Det er etablert et system for interne revisjoner slik at utøvelse av praksis har blitt vurdert. Dialog og rapportering mellom ledernivåer har vært vektlagt kontinuerlig gjennom hele året. For hvert tertial er det gjennomført ledelsens gjennomgang med alle klinikker slik at resultater og effekt av systemer har blitt vurdert og korrigert.</p> |
| 3.0-18 | <p>Det er fortsatt behov for større systematikk i oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn. Oslo universitetssykehus HF skal delta aktivt i dette arbeidet.</p> <p>Arbeidet med gjennomføring og oppfølging av eksterne tilsyn er styrt i henhold til en egen prosedyre. Gjennom dette og ved at det er utpekt en egen funksjon som tilsynsordinator er det sikret en større systematikk i oppfølgingen. For å sikre både ryddig saksbehandling innen fastsatte frister og læring og forbedring av praksis i de ulike delene av organisasjonen, er det lagt vekt på tydelig rollefordeling og best mulig samspill mellom de forskjellige aktører.</p> |
| 3.1 MÅLOMRÅDE 1 - PASIENTBEHANDLING | |
| 3.1.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010 | |
| Gjennomføre styrets vedtak i omstillingsprogrammet (jfr. sak 108/2008): | |
| 3.1.1-01 | <p>Organisere pasienttilbudet innen hvert sykehusområde slik at befolkningen får dekket 80-90 % av behovet for spesialisthelsetjenester innen sitt sykehusområde.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF er et helseforetak som omfatter alle behandlingsnivåer - fra lands- og regionssykehus til lokalsykehus.</p> |
| 3.1.1-02 | <p>Det utvikles helhetlige pasientforløp, herunder innen akuttjenester for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rehabilitering inngår som en integrert del av pasientforløpene.</p> <p>Helhetlig pasientforløp er en viktig del av redesign-prosessen som for tiden foregår i Oslo universitetssykehus HF.</p> <p>Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er plassert i stab samhandling. Enheten bidrar i arbeidet med å tydeliggjøre rehabilitering i ulike pasientforløp. Arbeidet med å utvikle helhetlige pasientforløp skal gjøres i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten og øvrige sykehus i Hovedstadsområdet. Praksiskonsulentordningen i ulike klinikker bidrar også inn i dette arbeidet. Praksiskonsulenten i medisinsk klinikk og i barneklubben har tilbudt deltagelse i å lage behandlingslinjer/behandlingsforløp innen KOLS og diabetes for voksne, samt astma hos barn. Det er håp om å få slikt arbeid fram i 2011. Praksiskonsulenten i Klinikk for kreft og kirurgi har startet arbeidet med å utvikle en forenklet individuell plan for kreftpasienter.</p> <p>Informasjon om tilbudet Rusakutt mottak er gitt i infobladet "Fastlegenytt".</p> |
| 3.1.1-03 | Samhandlingen med kommunene videreutvikles i tråd med vedtakene i omstillingsprogrammet og overordnede rammeavtaler. |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>Det ble i 2010 etablert samarbeidsutvalg med Oslo kommune og som ledes av Oslo universitetssykehus.</p> <p>Kvalitet i pasientbehandlingen på tvers av forvaltningsnivåene søkes oppnådd bl.a. gjennom etablering av helhetlige pasientforløp. Det er etablert samarbeidsavtaler som klargjør ansvarsfordelingen mellom sykehus og kommune. Innholdet i samarbeidsavtalene vil være et bidrag til å sikre gjennomføringen av samhandlingsreformen. Avtalene vektlegger Oslos spesielle utfordringer som storby, særskilt knyttet til mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser, samt minoritetsbefolkningens situasjon.</p> <p>Det arbeides med felles kompetanseutvikling mellom fastleger og sykehus for tryggere utredning, behandling og oppfølging, bl.a. gjennom bruk av praksiskonsulentordningen. Det arbeides med å utarbeide felles kompetanseplaner mellom sykehus og kommune for ulike fagområder.</p> <p>Eksempler på områder /prosjekt hvor sykehus og kommune samarbeider og bidrar i fellesskap med ressurser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulant team i palliasjon 2. Akutt og subakutt funksjossvikt hos eldre. 3. Evaluering av intermediære sykehjemsenheter 4. Ambulerende sårteam |
| Kvaliteten skal bedres: | |
| 3.1.1-04 | <p>Mer enn 80 % av epikrisene utsendes innen 7 dager og andelen sammedagsepikriser skal økes.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF arbeider kontinuerlig med dette. Våre forskjellige datasystemer vanskeliggjør en del av arbeidet da man må jobbe på tvers. Mye av dette vil bedre seg når Klinisk Arbeidsflate (KA) er på plass.</p> |
| 3.1.1-05 | <p>Elektive operasjoner skal normalt gjennomføres innleggelsesdagen.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har dette som et viktig mål.</p> |
| 3.1.1-06 | <p>Det skal normalt ikke være korridorpasienter.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF arbeider kontinuerlig med dette og gjør hva man kan for å ha buffersenger/-rom tilgjengelig i nødvendige situasjoner.</p> |
| 3.1.1-07 | <p>Det skal ikke være fristbrudd.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har nettopp hatt en gjennomgang av sine fristbrudd og datasystemer og rutiner for å følge med i potensielle fristbrudd. Klinikkerne vil nå lage strategi for å unngå fristbrudd.</p> |
| Pasientsikkerheten skal bedres: | |
| 3.1.1-08 | <p>Det skal dokumenteres reduksjon i sykehusinfeksjoner, feilmedisinering og andre alvorlige uønskede hendelser i alle helseforetak.</p> <p>Pasientsikkerhet har hatt stort fokus med etablering av sentral stabsenhet, avvikssystem med tilhørende styringsdokumenter og opplæringsprogrammer er etablert, samt rapportering- og oppfølgingsrutiner som ledd i god virksomhetsstyring. Det er etablert råd og utvalg både i klinikker og sentralt for å sikre fokus, samt forbedringsaktiviteter. Samarbeid med tilsynsorganer er etablert og fungerer godt. Det er vanskelig å dokumentere reel nedgang både av hensyn til sammenslåingsprosessen, samt det store fokuset ledelsen har hatt på å bygge opp en trygg og god meldekultur som bærende element i en sikkerhetskultur.</p> |
| 3.1.1-09 | Antallet NPE-saker reduseres ytterligere. |

| | |
|--|--|
| | <p>459 saker er behandlet av NPE i 2010, hvorav 132 saker (29 %) med medhold for klager. For 2009 var tallene 392 hvorav 121 (31 %) med medhold.</p> <p>Oslo universitetssykehus ønsker at pasienter og pårørende som mener de er blitt utsatt for mangelfull behandling skal si fra om dette til sykehuset eller til andre instanser. Sykehuset antar også at mange pasienter avstår fra å sende en klage og at vi følgelig ikke uten videre ønsker en nedgang i klageinngangen. Derimot ønsker sykehuset at andelen klager med medhold synker. Utviklingen fra 2009 til 2010 er derfor en utvikling i riktig retning for Oslo universitetssykehus.</p> |
| 3.1.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende | |
| 3.1.2.1 Krav fra oppdragsdokument 2010 | |
| Innledning | |
| 3.1.2.1-01 | <p>Love, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for helsetjenesten. For å sikre at avvik fra tilsyn og andre uønskede hendelser blir fanget opp i hele organisasjonen, må Oslo universitetssykehus HF være en organisasjon som lærer kollektivt av feil og systemsvikt.</p> <p>For å sikre at avvik fra tilsyn og andre uønskede hendelser blir fanget opp i hele organisasjonen har Oslo universitetssykehus fra 01.01.10 som en del av felles virksomhetsportal etablert et verktøy for registrering, analyse, rapportering og læring av både faktisk eller potensiell skade på pasienter, ansatte eller materielle verdier eller fare for avvik i forhold myndighetskrav. Systemet er videreutviklet i løpet av året og bruken har vært jevnt økende innenfor alle modaliteter og avvik. Systemet brukes aktivt i linjeledelsens virksomhetsstyring, i klinikkens kvalitetsutvalg, arbeidsmiljøutvalg og i enheter som håndterer HMS, personopplysningsvern og andre rammekrav. Brukertilfredsheten antas ut fra erfaringer i 2010 å være god, men systemet er ikke evaluert.</p> |
| 3.1.2.1-02 | <p>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 finansieringen gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene dekker hele kostnaden ved undersøkelse eller behandling. Derimot skal de aktivitetsbaserte tilskuddene sammen med basisbevilgningen legge grunnlag for gjennomføring av kravet til aktivitet.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF forholder seg til dette. Lands- og regionsfunksjoner er underfinansiert.</p> |
| 3.1.2.1-03 | <p>Helseforetaket må innenfor sine økonomiske rammer sørge for at virksomheten innrettes slik at ventetidene til utredning/diagnostikk og behandling reduseres. Dette forutsetter at det rettes særskilt oppmerksomhet på den polikliniske virksomheten.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har stor fokus på poliklinisk virksomhet, spesielt i redesign-prosjektene, og omlegging til dette gjøres der hvor det er mulig. Mye av vår aktivitet er lands- og regionsfunksjoner som ofte krever innleggelse/hotellopphold.</p> |
| 3.1.2.1-04 | <p>Det vises til St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, som er planlagt behandlet i Stortinget 24.4.2010. Det er viktig at samhandlings- og koordineringsfunksjonen får en like tydelig ledelsemessig og organisatorisk forankring som de spesialiserte funksjonene har i dag.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Sykehuset arbeider for å synliggjøre samhandling i all førende dokumentasjon og i alle oppdragsdokument. Stab samhandling arbeider for å videreføre og videreutvikle ulike koordineringsfunksjoner som kontaktinstans. Dette gjøres gjennom praksiskonsulentordningen , egen sektorkoordinatorfunksjon og ved sentral organisering av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet er gitt overordnet ansvar for videre arbeid med implementering av Individuell plan. Det arbeides med å etablere koordinatorfunksjon på klinikknivå.</p> <p>Informasjonsvirksomhet til primærlegene og samarbeidende avtalespesialister søkes samlet og koordinert i en felles informasjonskanal for sykehuset, Fastlegenytt. Sykehuset har sammen med samarbeidspartnere laget ny Veiviser for Hovedstadsområdet.</p> |
| Kvalitetsforbedring | |
| 3.1.2.1-05 | <p>Pasienter med behov for oppfølging må sikres at informasjon fra sykehusoppholdet (epikrise) sendes tidsnok til å sikre kontinuitet i behandlingen.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF arbeider kontinuerlig med denne prosessen. Våre forskjellige datasystemer vanskeliggjør en del av arbeidet da man må jobbe på tvers. Mye av dette vil bedre seg når KA (Klinisk Arbeidsflate) er på plass.</p> |
| 3.1.2.1-06 | <p>Barn som pårørende skal sikres god oppfølging når foreldrene er innlagt i sykehus.</p> <p>Ordningen med barneansvarlig var innført i flere klinikker før revisjonen av helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Dette er videreført som en ordning som omfatter alle klinikker. Sykehuset er i ferd med å etablere en koordineringsfunksjon for de barneansvarlige for å ivareta felles undervisning og tilrettelegging. I den forbindelse har sykehuset utarbeidet en aktivitetsbok "Meg også" , som retter seg mot barn og ungdom som opplever sykdom i familien. Målet med boka er å være en hjelp i bearbeidelsen av sykdomssituasjonen. Boka skal brukes av alle klinikkene i Oslo universitetssykehus.</p> |
| 3.1.2.1-07 | <p>Innen akuttpsykiatri er det ikke faglig forsvarlig å ha korridorpasienter.</p> <p>Har ikke korridorsenger eller overbelegg.</p> |
| 3.1.2.1-08 | <p>Arbeidet til kliniske etikkomiteer skal videreføres.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har klinisk etikkomiteer som nå reorganiseres i forbindelse med fusjonen av de tidligere 4 helseforetakene.</p> |
| Prioritering | |
| 3.1.2.1-09 | <p>Pasienter skal sikres et likeverdig tilbud av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi, diagnose og etnisk bakgrunn. Prioriteringsveilederne skal legges til grunn for å sikre enhetlig vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.</p> <p>Prioriteringsveiledere er innført i alle kliniske enheter i Oslo universitetssykehus HF, og det arbeides for at alle pasienter skal få en enhetlig vurdering i forhold til disse.</p> |
| Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester | |
| 3.1.2.1-10 | <p>Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF er kjent med og følger opp Helsetilsynets rapport ”Sikker som banken... - sikrer helseforetakene trygge blodoverføringer? Oppsummering av 14 tilsyn i 2008 i henhold til blodforskriften” (6/2009).</p> <p>BiO på Ullevål hadde ikke tilsyn, men blodbanken på Ski sykehus som leverte blod til Bio hadde, og alle avvik der er lukket.</p> |

| | |
|--------------------------------------|--|
| 3.1.2.1-11 | Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF følger opp resultatene etter tilsyn utført av Statens strålevern. |
| | Tilsynsrapporten fra Statens Strålevern er gjennomgått og plan for tiltak er utarbeidet. Rapport vil bli oversendt Strålevernet i henhold til frist, 1. februar 2011. |
| Tilgjengelighet og brukermedvirkning | |
| 3.1.2.1-12 | Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Det innebærer både fysisk tilgjengelighet, og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse. |
| | Kurskatalog og skriftlig informasjon om de enkelte læringstilbud distribueres til brukerorganisasjoner, internt i foretaket, til fastleger og til bydeler. Lærings- og mestringssenteret har skriftlig informasjon om senteret og virksomheten. Brosjyren "Pasientopplæring for medvirkning og mestring" finnes på 5 ulike språk. Senterets lokaler stilles til disposisjon for selvhjelpsgrupper gratis. |
| 3.1.2.1-13 | Brukere skal sikres medvirkning i egen helsehjelp, og medvirke i utviklingen av helsetjenester på systemnivå. |
| | <p>I lærings- og mestringssenteret sikres brukermedvirkning ved at brukere er med i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av samtlige læringstilbud. Enkelte læringstilbud inkluderer innføring i individuell plan. Et læringstilbud om etablering og bruk av individuell plan, er ferdig utviklet, i samarbeid med bydel og brukere. Målgruppen er brukere og oppnevne koordinatorene i bydel/kommune.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ett kull veiledere i flerkulturelt helsearbeid er ferdig utdannet og har så smått startet sitt virke i sykehuset. Kull to er i gang med deltakere fra OUS, Akershus universitetssykehus, VV, LDS, Oslo kommune. Utdanning av medarbeidere i flerkulturelt helsearbeid, bidrar til at sykehuset får mer kultursensitive medarbeidere, som igjen vil møte pasienter og pårørende på en mer kultursensitiv, åpen måte. • Dinfo – Digitalisert læring og mestring for barn med diabetes. Tilrettelagt informasjon på engelsk, urdu, somali • Fokus på å tilby gode tolketjenester • Generell oversettelse av pasientinformasjon – pågående arbeid. • Sper forebyggende informasjon ute i miljøene – oversatte plakater (urdu og arabisk) med info om mammografiscreeningen (Brystdiagnostisk senter) – brukes på stands, markedsføres på temadager ute i nærmiljø – og skal spres til fastlegekontorer, NAV med mer. • LMS-barn – tilrettelagte kurskvelder for flerkulturelle innbyggere. Tema bestemmes i samarbeid med deltakerne. • Design av kultursensitive brosjyrer knyttet til vold og seksuelle overgrep mot barn – lett norsk. Under arbeid – utforming av oversatte utgaver. (Seksjon for sosial pediatri) • Pasientreiser – informasjon lagt ut på internett på ulike språk (Prehospitalt senter) |
| 3.1.2.1-14 | Oslo universitetssykehus HF skal informere pasienter og pårørende om klageadgang. |
| | Å gi informasjon til pårørende om behandlingen og eventuelle feil eller mangler ved denne er nedfelt i styrende dokumenter i Ous og er et kontrollpunkt i avvikssystemet. |
| 3.1.2.1-15 | Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak for å bedre informasjonen til publikum om sykehusenes mest vanlige behandlingstilbud. |

| | |
|-------------------|--|
| | <p>Informasjon om ny organisasjonsstruktur, pasientoverføring og nye henvisningsrutiner, herunder pasientbrev er publisert på Internett og i papirform til pasienter og henvisende instanser.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Igangsatt arbeid med et overordnet elektronisk system (master) for utvikling, oppdatering og kvalitetssikring av pasientinformasjon. • Utvikling av brosjyremateriell til pasienter og pårørende • Utvikling av felles maler for helsefaglig pasientinformasjon til bruk i tilretteleggingen av informasjon på sykehusets nye nettsted www.oslo-universitetssykehus.no |
| 3.1.2.1-16 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal utrede/gjennomgå/vurdere ventetiden for pasientgrupper med lang ventetid. Det skal iverksettes tiltak for å:</p> <p>a) Redusere ventetiden for kirurgisk behandling av sykkelig overvekt</p> <p>b) Redusere ventetiden for pasienter med hjerteflimmer</p> |
| | <p>a) På bakgrunn av at Medisinsk klinikk kun fikk lov til å operere 200 pasienter i 2010 har vi ikke kunnet iverksette tiltak for å redusere ventetiden.</p> <p>b) Oslo universitetssykehus HF har laget et nytt ablasjonssenter med sammenslått bemanning fra de tre fusjonerte sykehus. Dette vil øke behandlingsskapasiteten for pasienter med atrieflimmer og i 2012 vil kapasiteten dekke behovet i hele Sør-Øst.</p> |
| Pasientbehandling | |
| 3.1.2.1-17 | <p>Det er viktig at det finnes gode tilbud når det gjelder palliativ pleie og hospice. Tilbudene skal inngå som en integrert og naturlig del av spesialisthelsetjenesten og kommunens samlede helse- og omsorgstilbud.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har følgende palliativ virksomhet: Kompetansesenter for lindrende behandling HSØ er lokalisert på Ullevål (KSLB). KSLB driver forskning og fagutvikling, undervisning og nettverksbygging. Senteret er en del av seksjon for lindrende behandling som har en sengepost på 8 senger, en palliativ poliklinikk og et palliativt team.</p> <p>Ved Radiumhospitalet er det et palliativt team tilknyttet avdeling for kreftbehandling og ved Aker er det et palliativt team som utgår fra smerteklinikken. Sykehuset samarbeider med Lovisenberg Diakonale Sykehus om hospice (12 sengeplasser og en dagpost).</p> <p>Oslo universitetssykehus har etablert ambulerende team i palliasjon. Teamet rykker ut til pasientens hjem eller til sykehjem, møter fastlege, kommunens helsepersonell eller sykehjemsansatte og bidrar i behandling. Teamet har ansatt både lege og sykepleier.</p> <p>Læringseffekten av bedside-undervisning for kommunehelsetjenestens personell har vært betydelig. Teamet sikrer også den enkelte pasient og dennes familie en spesiell trygghet i en meget sårbar livssituasjon.</p> <p>Teamets arbeid videreføres, det er ønskelig å etablere et tydeligere samarbeid med palliasjonsmiljøene ved Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus for å styrke hele fagfeltet.</p> <p>Praksiskonsulenten skal bidra i å gjøre teamet kjent hos og brukt av fastlegene.</p> |
| 3.1.2.1-18 | <p>Fagområdet ernæring inngår som en del av både forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering av en rekke sykdommer. Oslo universitetssykehus HF skal sikre at fokus på ernæring inngår i det samlede tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har fått en felles ernæringskomité etter fusjonen som skal ivareta dette.</p> |

| | |
|------------|--|
| 3.1.2.1-19 | <p>Arbeidet med oppfølging av strategier skal fortsette i 2010. For 2010 gjelder blant annet følgende strategier for spesialisthelsetjenesten:</p> <ul style="list-style-type: none">- Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012)- Nasjonal strategi for kreftområdet (2006-2011)- Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006-2011)- Nasjonal strategi for KOLS-området (2006-2011)- Strategiplan for kvinners helse (2003-2013)- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011)- Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer (2008-2012)- Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)- Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskaade 2009 - 2014 |
|------------|--|

| | |
|---|--|
| | <p>Vedr Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012); Medisinsk klinikk jobber kontinuerlig med å legge til rette for helhetlig behandling for vår største målgruppe, den eldre pasienten.</p> <p>Vedr. Nasjonal strategi for kreftområdet (2006-2011); Klinikken har vært bredt representert i nasjonale faggrupper i regi av Helsedirektoratet som har ansvaret for utarbeidelse og oppdatering av nasjonale behandlingsretningslinjer og oppfølging av nasjonal strategi for kreftområdet.</p> <p>Vedr Nasjonal strategi diabetesområdet (2006-2011); Dette er satsningsområde i Medisinsk klinikk</p> <p>Vedr. Nasjonal strategi for KOLS-området (2006-2011) Læringstilbud for de som står i fare for å utvikle KOLS- og de som nettopp har fått en tidlig KOLS-diagnose, er utviklet i samarbeid med fastleger i bydel Bjerke og brukerorganisasjoner ("Rask i vending" - et forebyggende KOLS-prosjekt). Målet er å forhindre, evt. reversere utviklingen av KOLS.</p> <p>Vedr. Strategiplan for kvinners helse (2003-2013) Denne er kjent for Kvinne- og barneklubben</p> <p>Vedr. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) Medisinsk klinikk har deltatt i samtaler med Oslo kommune og Sunnaas vedrørende rehabilitering. Rehabilitering innarbeides som et sentralt tema i alle ordinære prosesser og systemer i tilknytning til samhandling. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering følger opp spesielle utfordringer på systemnivå, brukerrepresentanter er trukket inn i dette arbeidet. Det arbeides særskilt for en bedre og mer forpliktende kontakt mellom koordinerende enhet på sykehuset og kommunalt nivå. Sykehuset øker sin innsats for å møte det voksende behovet for rehabilitering hos eldre gjennom f.eks. etablering av intermediære enheter. Ad voksenhabilitering: Viser til kommentar under 3.1.2.1- 37 og 3.1.3- 22. Ad rehabilitering: Oslo universitetssykehus har gjennomført en prosess knyttet til helhetlig organisering av rehabilitering. Oslo universitetssykehus har også tatt initiativ mot Oslo kommune, Sunnaas sykehus og de private sykehusene for å påbegynne arbeidet med områdeplan for rehabilitering. Omorganisering av Oslo universitetssykehus er en krevende prosess der reorganisering av store somatiske avdelinger i noen grad er en premiss leverandør. Det er derfor viktig at fokus på rehabilitering ytterligere styrkes når hovedelementene i akuttbehandling begynner å falle på plass. Det har vært arbeidet med initiering og implementering av individuell plan, som nå er godt innarbeidet i den spesialiserte rehabiliteringen. Det gjenstår å implementere Nasjonalt strategisk fokus på styrket forskningsaktivitet.</p> <p>Vedr Nasjonal strategi for forebygging og behandling avastma/allergisykdommer (2008-2012); Dette er satsningsområde i Medisinsk klinikk</p> <p>Vedr. Nasjonal strategi for forebygging og behandling av infeksjoner og antibiotikaresistens (2008-2012); Arbeid pågår for å følge opp strategien innen sykehushygiene og smittevern</p> <p>Oslo universitetssykehus HF deltar i arbeidet med Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade (2009-2014);</p> |
| Helhetlige pasientforløp og samhandling | |
| 3.1.2.1-20 | Oslo universitetssykehus HF skal i utgangspunktet sørge for at fødeinstitusjoner holdes åpne hele året. Sommer- og feriestengninger skal ikke skje pga. økonomiske årsaker alene. Det kan stenges dersom det ikke lar seg gjøre å avvike lovpålagt ferie forsvarlig, men stengningsperioden skal gjøres kortest mulig, og det skal iverksettes nødvendige tiltak for å sikre forsvarlighet i samarbeid med kommunene |
| | Fødeavdelingen ved Oslo Universitetssykehus HF har ikke hatt feriestengt |

| | |
|------------|--|
| 3.1.2.1-21 | <p>Helse Sør-Øst RHF vil videreføre arbeidet med å utarbeide/ revidere regionale planer for store pasientgrupper som pasienter med de hyppigste kreftformer, pasienter med hjerneslag og pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Oslo universitetssykehus HF skal delta i dette arbeidet og i sitt videre arbeid se til at planene utvikles i et forløpsperspektiv og omfatter kommunehelsetjenesten og ulike nivåer av sykehusbehandling der dette er relevant. Planene skal identifisere betydningsfulle flaskehalsar f.eks. kapasitet innen radiologi og laboratorietjenester, rehabiliteringskapasitet, tilgang på spesialister og evt. annet helsepersonell, og kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Relevante faglige retningslinjer (hjerneslag), handlingsprogrammer (ulike krefttyper) og rapporter fra forløpsgruppene som ble etablert i forbindelse med samhandlingsprosjektet legges til grunn for arbeidet. Bruk av individuell plan er et viktig element.</p> |
| | <p>Vedr. kreftsykdom Representant fra klinikken har ledet arbeidet i det regionale fagrådet og klinikken har vært hatt bred representasjon generelt i det regionale fagrådsarbeidet. Sentralt har vært utarbeidelse av regional strategi for funksjonsfordeling og pasientforløp. Dette arbeidet vil videreføres i 2011</p> <p>Vedr. TSB Psykisk helsevern for barn og ungdom: Behandlingslinjeprojekt for ADHD er nå i implementeringsfasen, og involverer 1.linje helse, skole /PPT og spesialisthelsetjenesten for alle bydeler, dvs. både OUS, Diakonhjemmet, Lovisenberg og AHUS Det har vært arbeidet med oppgave og funksjonsfordeling mellom OUS og Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus. Dette arbeidet vil videreføres i utarbeidelse av egne områdeplaner i hhv psykisk helsevern og TSB. Arbeidet med Individuell Plan (IP) er et prioritert område i Senter for rus og avhengighetsbehandling.</p> <p>Vedr. pasienter med hjerneslag Har gjennomført et utredningsarbeidet for slagbehandlingsskjeden. Organisering av den oppfølgende spesialiserte rehabilitering i etterkant av slagenhetsbehandlingen er summarisk behandlet i rapporten. Det blir viktig å videreføre dette arbeidet og å involvere kommunen i den videre prosessen.</p> |
| 3.1.2.1-22 | <p>Oslo universitetssykehus HF gis fullt ansvar for følgetjeneste for gravide til fødeinstitusjon i sitt sykehusområde fra 1.1.2010.</p> |
| | <p>Dette oppfattes som lite relevant i Oslo</p> |
| 3.1.2.1-23 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal gi samhandlings- og koordineringsfunksjonen en tydelig ledelsesmessig og organisatorisk forankring.</p> |
| | <p>Besvart under punkt 3.1.2.1-04</p> |
| 3.1.2.1-24 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal arbeide for å øke andelen polikliniske konsultasjoner for nyhenviste pasienter og redusere andelen kontroller. Det skal samarbeides med primærhelsetjenesten om dette.</p> |
| | <p>Dette arbeides det kontinuerlig med, spesielt i klinikkens redesign-prosjekter.</p> |
| 3.1.2.1-25 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal ha rutiner og kompetanse som sikrer at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet og at veiledningsoppgaven ovenfor kommunene ivaretas på ernæringsområdet.</p> |
| | <p>Oslo universitetssykehus har etter fusjonen opprettet en felles ernæringskomite som skal ivareta dette. Som eksempler på arbeidet nevnes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I StorForm (videreføring av Stor og Sterk). Oppfølging av unge overvektige i Søndre Nordstrand / Alna bydel. • Formidling av kunnskap om ernæring i forhold til enkeltdiagnoser implementeres i læring- og mestringstilbudene til pasienter og pårørende. For eksempel i mestringkurs til personer med ME/CFS, Stomiopererte, HPTH og i ”Å leve et friskere liv” kursene. |

| Psykisk helsevern | |
|-------------------|---|
| 3.1.2.1-26 | Det overordnede målet i psykisk helsearbeid er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Det er fremdeles behov for omstilling av psykisk helsevern fra hovedtyngde på døgn/institusjonsbehandling til mer utadrettet og ambulant tjeneste og oppfølging, og de regionale helseforetak skal derfor videreføre arbeidet med omstilling slik at sykehusfunksjonene blir spisset og de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) blir i stand til å utføre de oppgaver som forventes. Tilbudet til barn og unge skal prioriteres. Brukermedvirkning skal være det bærende prinsippet i organisering av det psykiske helsevernet, noe som innebærer at individuell plan må bli mer utbredt. |
| | Følger sykehusets omstillingsprosjekt og bruker målene fra Opptrappingsplanen psykisk helse. Det innebærer at det skal overføres mer ressurser til DPS og at sykehusfunksjonene skal spisses. Det er etablert brukerråd i klinikken. Klinikken har eget prosjekt som har hatt fokus på implementering av IP og behandlingsplan. Det er gjennomført revisjoner som har hatt dette som fokus. |
| 3.1.2.1-27 | Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF er kjent med og følger opp Helsetilsynets rapport om DPS: "Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet?" (4/2009). |
| | Oslo universitetssykehus er godt kjent med dette tilsynet og funnene derfra, og har gjennomført egenrevisjon på internkontroll i flere avdelinger i klinikken. Opplæring i internkontroll er nå en del av førstelinjelederopplæringen. 3 av 4 DPS hadde statlig tilsyn, 2 med 0 avvik. Det 3. gjennomførte vi internkontroll revisjon ved i 2010 med resultat 0 avvik. Plan for de resterende avdelingene vil bli lagt i 2011. |
| 3.1.2.1-28 | Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med kommunehelsetjenesten redusere bruk av tvang og sørge for at praksis samsvarer med gjeldene helselovgivning. |
| | Oslo universitetssykehus ligger lavt i bruk av tvangsinleggelse i regionen, og har tidligere gjennomført et prosjekt med mål om reduksjon av tvang i klinikken på grunnlag av den statlige tiltaksplanen. Nye tiltak vil gjennomføres etter at klinikken har utformet en lokal handlingsplan for reduksjon i tvang i 2011. Den vil bygge på den regionale planen som kommer våren 2011. Senter Barn og ungdom har eget prosjekt om forebygging og mestring av aggresjon, som skal kvalitetssikre og redusere bruken av fastholding som tvangsmiddel. |
| 3.1.2.1-29 | Helse Sør-Øst RHF skal som ledd i etableringen av ny Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenester iverksette en regional, forpliktende handlingsplan for å begrense og kvalitetssikre bruk av tvang i psykisk helsevern. Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF deltar i dette arbeidet. |
| | Fag- og kvalitetsleder fra vår Klinikk psykisk helse og avhengighet leder det regionale fagrådet som arbeider med planen som ventes ferdig våren 2011 |
| 3.1.2.1-30 | Rusmiddelproblemer hos pasienter som henvises til psykisk helsevern skal undersøkes, og det skal iverksettes tiltak for å sikre at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud for sin rusmiddelavhengighet. |
| | Gjennomført en statusgjennomgang ved de to ruspoliklinikkene med utgangspunkt i Opptrappingsplanen for rusfeltet med tilhørende forbedringstiltak i 2010. Nå gjennomføres en gjennomgang av klinikkens barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker for å bedre deres evne til å oppdage rusproblemer tidlig og henvise videre til virksom behandling. |
| 3.1.2.1-31 | Oslo universitetssykehus HF skal se til at gode erfaringer fra brukerbaserte tiltak kommer til anvendelse ved alle DPS, jf. relevante erfaringer fra prosjektene "Brukerorienterte alternativer til tvang" (SINTEF 2008) og "Brukerstyrte plasser" (Jæren DPS) mv. |

| | |
|--|---|
| | <p>Det er etablert brukerråd eller tilsvarende ved alle kliniske avdelinger og på klinikknivå. Foreløpig er det ikke etablert plasser som er 100 % lik Jæren DPS, men Josefinegt. DPS har to avlastningsplasser hvor brukere med behov for innleggelse kan legge seg inn. Avlastningsoppholdene er kontraktfestet. Søndre Oslo DPS har fire avlastningsplasser hvor brukeren kan kontakte DPSen å legge seg inn uten å vente på plass. I løpet av 2011 skal det etableres tre plasser som 100 % brukerstyrte, lik Jæren DPS.</p> |
| Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB) | |
| 3.1.2.1-32 | <p>I tråd med Opptrappingsplan for rusfeltet (2007-2010) skal kvaliteten og kapasiteten innen TSB, inkludert legemiddelassistert rehabilitering (LAR) styrkes for å redusere ventetider og sørge for et sammenhengende behandlingsforløp, slik at det ikke oppstår ventetid mellom ulike deler av TSB (f. eks. avrusning og videre behandling). Regionale helseforetak skal sørge for at LAR inngår som en integrert del av øvrig TSB.</p> <p>Ved opprettelse av Rusakuttmottaket i 2010 og felles inntaksteam for rettighetsvurdering av henvisninger til avgiftning er det mer helhetlig behandlingstiltak for pasienter i akutte kriser og med behov for rask intervensjon innenfor TSB. Alle pasienter får behandlingstilbud innenfor frist i OUS. Det er fortsatt en utfordring å skape kontinuitet i behandlingsforløp spesielt mellom poliklinikk og døgntilbud herunder plasser hos de private avtalepartnerne.</p> |
| 3.1.2.1-33 | <p>Den helsefaglige kompetansen i TSB skal styrkes.</p> <p>Det er gjennomført prosjekter "legeløftet" og "psykologløftet" i 2010 med fokus på lege og psykologrollen i TSB. Det er ansatt flere leger på tross av manglende ID NR.</p> |
| 3.1.2.1-34 | <p>Mange rusmiddelavhengige har også til dels omfattende psykiske lidelser. Arbeidet med å styrke samhandlingen mellom psykisk helsevern og TSB skal fortsette. Forskning og kompetanse på rusfeltet skal styrkes.</p> <p>Det er faglig dialog mellom akuttpsykiatrisk avdeling og Rusakuttmottaket. Det er initiert en rekke forskningsprosjekter og søknader om finansiering.</p> |
| 3.1.2.1-35 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med kommunene legge til rette for behandlingsforberedende tiltak overfor rusmiddelavhengige som er gitt rett til nødvendig helsehjelp innen tverrfaglig spesialisert behandling i påvente av oppstart av behandling.</p> <p>Det er etablert samarbeid med Rusmiddeletaten og døgntilbudningsavdelingene i senteret og pasienter som bor i noen av botiltakene i Rusmiddeletaten tilbys poliklinisk behandling.</p> |
| Habilitering og rehabilitering | |
| 3.1.2.1-36 | <p>Oppfølging av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) skal bidra til at dette feltet får den posisjon som de overordnede helse- og velferdspolitiske mål tilsier. Det betyr at habilitering og rehabilitering må bli riktig og bedre prioritert innad i de ulike tjenesteområdene. Retningsgivende for arbeidet er helhetlige behandlings- og rehabiliteringsløp, samhandling og brukermedvirkning, tilgjengelighet og likeverdighet i tilbudet.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF arbeider for dette. Se også 3.1.3-22.</p> |
| 3.1.2.1-37 | <p>Helsedirektoratet har utgitt en veileder for Habiliteringstjenesten for voksne og en handlingsplan for habilitering av barn og unge. Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF er kjent med disse.</p> |

| | |
|-----------------------------|---|
| | <p>Avdeling for nevrohabilitering er kjent med Veileder for Habiliteringstjenesten for voksne og Prioriteringsveilederen 2010. Den siste er innarbeidet i avdelingens prioriteringer.</p> <p>Både veilederen og handlingsplan er også godt kjent innen fagfeltet for habilitering av barn og unge.</p> |
| Områder med særskilt fokus: | |
| 3.1.2.1-38 | <p>Tilbudet til pasienter med <u>kronisk smerte</u> skal styrkes kapasitets- og kompetansemessig.</p> <p>Dannelse av en felles Avdeling for smertebehandling i Akuttklinikken bedrer kompetanseflyt og kompetanseoppbygging i Oslo universitetssykehus og gir bedre samhandling mellom FOU og klinikk. Samhandling med andre klinikker er også bedret og sikrer god kompetanseutnyttelse. Kapasitetsmessig er tilbudet i akuttklinikken holdt uendret i en periode med innsparing.</p> |
| 3.1.2.1-39 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal sikre adekvat tilbud om diagnostikk, behandling og rehabilitering, herunder tilbud om lærings- og mestringskurs, til pasienter med <u>kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)</u>. Tilbudet skal utvikles i samarbeid med kommunene og Nasjonalt kompetansenettverk for CFS/ME.</p> <p>Medisinsk klinikk ivaretar tilbudet til pasienter med <u>kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)</u>.</p> <p>Læresenteret LMS Ullevål har tilbudt mestringskurs for ME/CFS-pasienter og deres pårørende fra 2005 – 2008. Etter dette overtok ME/CFS - Senteret ansvaret i et tett samarbeid med Læresenteret.</p> <p>Kvinne- og barneklubben har et slikt tilbud til barn og unge og deltar i nasjonalt Kompetansenettverk.</p> |
| 3.1.2.1-40 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak for øke antall tilgjengelige organer og samarbeide med nasjonal koordinator for <u>organdonasjon</u> i Helsedirektoratet.</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opprettet felles organisasjonsenhet ved OUS • Utvide med en sykepleier i 50 % stilling som donoransvarlig sykepleier Rikshospitalet. • Etablere donornett registrering på Ullevål for å kvalitetssikre at flest mulig potensielle donorer blir realisert. • Etablere eget møteforum mellom donasjonsenheten og transplantasjonsenheten for å bedre samhandling |
| 3.1.2.1-41 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal sikre tilstrekkelig kapasitet for <u>cochleaimplantasjoner</u> jf. nasjonale mål.</p> <p>Nasjonale mål for cochleaimplantatvirksomhet er oppfylt hva gjelder volum.</p> <p>Barn med behov for CI (landsfunksjon) prioriteres og er operert innen frist for nødvendig helsehjelp. Pga naturlig variasjon økte antallet barn som fikk CI med fra 24 til 42 (75 %) i 2010 mot 2009. Ettersom barna oftest får to CI og voksne ett, har derfor antallet voksne opererte blitt halvert (fra 50 til 25). Dermed økte ventelisten og ventetiden for voksne (som i 2009 ble redusert fra 2-3 år til ca 4 måneder fra henvisning til operasjon) i 2010, men er fortsatt innenfor frist.</p> <p>CI krever vedlikehold. Hvert år øker antallet CI-opererte med 7-8%. De fleste er unge, derfor fortsetter trenden de nærmeste 50 årene. Vedlikeholdsbudsjettet er ikke oppdatert i tilsvarende grad og må justeres for å møte behovet.</p> |
| 3.1.2.1- | Oslo universitetssykehus HF skal sikre at <u>CI-opererte får habilitering og rehabilitering</u> etter operasjon. |

| | |
|------------|--|
| 42 | Oslo universitetssykehus CI-team ønsker å ha primært (re)habiliteringsansvar første året etter operasjon og fungere formelt som kompetansesenter for CI. Det pågår diskusjoner med HLF om samarbeid omkring habilitering. |
| 3.1.2.1-43 | Oslo universitetssykehus HF skal sikre befolkningen i sin region nærhet til <u>prehospitale tjenester</u> med god kompetanse og kvalitet. Det er jobbet aktivt med sentralisering de senere årene. Det er fortsatt utfordringer i forhold til veiledende responstider i flere av våre kommuner og bydeler. Prehospitalt senter arbeider aktivt med kompetanse i forhold til ca 22-25 lærlinger pr.kull, ca 10 –15 paramedic pr.kull samt bedriftsintern videreutdanning i ambulansefag. Videre er det opplegg for sertifisering og resertifisering i ambulanse, luftambulanse og amk |
| 3.1.2.1-44 | Oslo universitetssykehus HF skal innen 1.4.2010 oppfylle kompetansekravene i forskrift om <u>akuttmedisinske tjenester</u> utenfor sykehus Foretaket oppfylder kravene i forskriften i forhold til bemanning/kompetanse. Unntaksvis bemannes ambulanse med lavere kompetanse, men er da dedikert ordinære overføringer/transporter. Dette er så langt vi har forstått fra Helsetilsynet innenfor gjeldende regelverk. |
| 3.1.2.1-45 | Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012) legger føringer for arbeidet med <u>smittevern</u> . Forskning på og overvåking av sykehusinfeksjoner og antibiotikabruk er et spesielt innsatsområde i oppfølgingen av strategien i 2010. Oslo universitetssykehus HF må ha god oversikt over hva som rapporteres til regionale/nasjonale registre, prevalensundersøkelser, antall inngrep som overvåkes prospektivt (insidens), og om data leveres databehandler innen fristen og hvordan data tilbakeføres til å kvalitetssikre tjenesten i helseforetaket. I denne sammenhengen har Oslo universitetssykehus HF ansvaret for å levere kvalitetssikret materiale og kvalitetssikring i egen virksomhet. Oslo universitetssykehus leverer kvalitetssikret materiale for prevalens og insidens - undersøkelser med hensyn til sykehusinfeksjoner og bruk av antibiotika. Resultater av registreringer føres tilbake til brukere/avdelinger i egen virksomhet. Oslo universitetssykehus har nå fått tilgang til insidensresultater i regionen, men foreløpig ikke for prevalensresultater på regionalt nivå (hvert enkelt HF-nivå). |
| 3.1.2.1-46 | Oslo universitetssykehus HF skal håndtere og følge opp <u>erfaringer fra ny influensa A (H1N1)</u> . Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi har ansvar for infeksjonsmedisin ved OUS Rikshospitalet og samarbeider nært med Intensivavdelingen og Avdeling for Sykehushygiene. Erfaringer etter influensa A er systematisert for å sikre at sykehuset er i stand til å møte denne type epidemiologiske situasjoner i fremtiden I Akuttklinikken kontinueres registrering og rapportering fra i fjor vedrørende pasienter med influensa A i intensivavdelingen. Klinikken har opptrappingsplan for håndtering av flere influensatilfeller dersom dette er aktuelt. Retningslinjer for smitteisolering og vaksinasjon er etablert Og så Medisinsk klinikk og Kvinne- og barneklubben har fulgt opp erfaringene fra influensa A. Klinikk for diagnostikk og intervensjon har ved mikrobiologisk avdeling håndtert et stort antall diagnostiske prøver i influensaperioden. |
| 3.1.2.1-46 | Oslo universitetssykehus HF's <u>beredskapsplaner</u> skal til en hver tid være oppdaterte, øvede og koordinerte med rutiner for å oppdage og varsle hendelse og for effektiv ressursdisponering og samhandling ved kriser. |

| | |
|---|---|
| | Oslo universitetssykehus HF har oppdatert beredskapsplaner. Det lages nye planer for det fusjonerte sykehuset som etter planen skal tas i bruk våren 2011. |
| Pasientopplæring | |
| 3.1.2.1-47 | <p>For personer med kronisk sykdom er god opplæring og mestring av sykdommen like viktig som medisinsk behandling. Oslo universitetssykehus HF skal påse at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får et kvalitativt godt tilbud om dette. Slik opplæring kan ivaretas i et lærings- og mestringssenter eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Pasientopplæringen skal bidra til å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Lærings- og mestringstiltak forutsettes å være et likeverdig samarbeid mellom brukere og fagfolk i kunnskapsformidling og kunnskapsdialog.</p> <p>Det har vært gjennomført et større prosjekt om organisering av Lærings- og mestringssentra i OUS. Foretaket har tatt et sterkere grep om den sentrale funksjonen ”Opplæring av pasient og pårørende” ved å etablere en egen seksjon for dette i Stab samhandling og internasjonale tjenester. Andre sentrale tiltak fra prosjektet er under gjennomføring, som etablering av 2 nye stillinger ved seksjonen og etablering av et faglig nettverk som skal binde sammen klinikkene og koordinere utviklingen av området.</p> |
| 3.1.2.1-48 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal påse at tilbud om lærings- og mestringsaktiviteter er tilpasset pasienter med annen språklig og kulturell bakgrunn og pasienter med ulike funksjonshemninger, f. eks. pasienter med syns- og hørselshemning.</p> <p>Det er etablert et nytt læringstilbud for døve med diabetes ved LMS-Aker, i samarbeid med Oslo døveforening og Endokrinologisk poliklinikk ved foretaket.</p> <p>Det er etablert et nytt læringstilbud for voksne hørselshemmede som har fått Cochleaimplantat ved LMS – RH, i samarbeid med Hørselshemmendes landsforbund og CI-teamet ved Audiologisk avdeling.</p> <p>Et tilbud om ”Synsrehab-los” er under utvikling.</p> <p>Helsepedagogikk og hvordan helsepersonell kan bli flinke veiledere, er en av de viktige oppgaver som har vært tillagt LMS. Denne oppgaven bør fortsatt være et satsningsområde, formaliseres og utvikles bedre.</p> <p>Dagskurs for personer med AMD (Aldersrelatert makuladegenerasjon) tilbys i et samarbeid mellom LMS, Blindeforbundet, Huseby kompetansesenter, Øyeavdelingen og erfaren bruker.</p> <ul style="list-style-type: none"> • LMS-barn har hatt aktiviteter og temadager med flerkulturelle familier/barn som målgruppe. (pilotsykehusprosjekt) • I desember innledet dialog med fokus på syns- og hørselshemmede – med særlig oppfølging av flerkulturelle. Dette følges opp tidlig i 2011. • 50% stilling på Læresenteret OUS/UUS dedikert til flerkulturelle. |
| Oppfølging og rapportering | |
| 3.1.2.1-49 | <p>Oslo universitetssykehus HF har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes til Helse Sør-Øst RHF når slikt avvik blir kjent.</p> <p>Administrerende direktør har gjennom hyppige og regelmessige ledermøter, månedlige resultatoppfølgingsmøter og tertialvis gjennomføring av ledelsens gjennomgang etablert systemer for å avdekke avvik fra gitte oppgaver og gitte styringsparametere.</p> <p>Administrerende direktør har videre etablert kommunikasjon med styrets leder og Helse Sør-Øst.</p> |
| 3.1.2.2 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF | |
| Styring og oppfølging | |

| | |
|--|---|
| 3.1.2.2-01 | Ny inntektsfordeling av basisbevilgningen, beskrevet i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet, har tatt hensyn til hvilke utslag en økning i gjestepasientoppjøret inkl. kapitalkostnader vil gi. Det skal derfor ikke bygges opp egne tilbud i konkurranse med eksisterende funksjoner. Justeringen Helse Sør-Øst RHF får for gjestepasienter vil bli holdt på samme nivå i inntektsfordelingen fra Helse- og omsorgsdepartementet i de kommende årene. |
| | Oslo universitetssykehus HF forholder seg til dette. |
| Investeringer og kapitalforvaltning - Landingsplasser for helikoptre | |
| 3.1.2.2-02 | I rapport utarbeidet i juni 2008 av Luftambulansetjenesten ANS vises det til at det ikke er tilfredsstillende landingsmuligheter for ambulanshelikoptre ved flere av landets akuttsykehus. Det må også ses hen til at det skal anskaffes nye redningshelikoptre. De regionale helseforetakene skal iverksette et felles prosjekt for å ivareta krav om forsvarlige landingsmuligheter for ambulanse- og redningshelikoptre ved akuttsykehusene. Oslo universitetssykehus HF skal ta del i dette arbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF. |
| | Oslo universitetssykehus er representert i dette arbeidet ved flyplass-sjef ved Oslo universitetssykehus. |
| Organisatoriske krav og rammebetingelser | |
| Datakvalitet og rapportering - Nasjonalt helseregisterprosjekt | |
| 3.1.2.2-03 | Et sentralt mål i Nasjonalt helseregisterprosjekt er å styrke datakvaliteten i Norsk pasientregister (NPR). Dataene skal være komplette, av god kvalitet og i henhold til retningslinjer gitt av NPR. Dette for å sikre et godt grunnlag for styring, administrasjon og forbedring av spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har i 2009 vedtatt ny nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade; "Ulykker i Norge" (2009-2014), der en sentral utfordring er at mangel på gode data har vært til hinder for effektiv skadeforebygging. Oslo universitetssykehus HF skal oppnevne kontaktperson som skal ha særskilt ansvar for å sikre god kvalitet på dataene til NPR, spesielt innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og skader og ulykker. |
| | Oslo universitetssykehus deltar i dette arbeidet. |
| 3.1.2.2-04 | Oslo universitetssykehus HF skal ha nødvendig ledelsesmessig oppmerksomhet knyttet til god kvalitet på den medisinske kodingen, og påse at nasjonale retningslinjer for medisinsk koding følges opp. Det ble våren 2010 utarbeidet felles rutiner for registrering og koding av pasientaktivitet knyttet til virksomhetsstatistikk og finansieringsordninger. Hensikten med disse retningslinjene er å sikre at pasientrettet aktivitet registreres og kodes korrekt og fullstendig slik at det gir et riktig bilde i virksomhetsstatistikk internt i sykehuset og nasjonalt (intern styring, oppgjørsordningene, Samdata og klinisk forskning). Instruksen beskriver oppgaver og ansvarsforhold i forbindelse med koding, registrering og kontroll av aktivitetsdata, og er ment å skulle lede til: 1 entydig forståelse og praktisering av begreper 2 fokus på korrekt og enhetlig registrering av pasientkontakter 3 løpende kvalitetssikring av aktivitetsdata. 4 klare ansvarsforhold Instruksen omfatter registrering og kvalitetsoppfølging av all aktivitetsdata som rapporteres og brukes internt i Oslo universitetssykehus og eksternt (Helsedirektoratet (NPR), NAV, Helse Sør-Øst, Krefregisteret, Samdata). |
| Datakvalitet og rapportering - Prosedyrekoder knyttet til psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk | |

| | |
|--|--|
| 3.1.2.2-05 | De regionale helseforetakene skal sørge for at alle enheter innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk registrerer og rapporterer prosedyrekoder fra 1. september 2010. Helsedirektoratet vil sammen med Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS (KITH) bidra til at det kan gis opplæring for de som skal kode. Selve opplæringen vil skje i samarbeid med de regionale helseforetakene og helseforetakene. Alle enheter innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk skal registrere og rapportere prosedyrekoder fra 1. september 2010. |
| | Avdelinger i Senter for rus og avhengighetsbehandling rapporterte prosedyrekoder fra 01.09.10, men rapporteringen er ikke publisert fra NPR før 01.01.11. |
| Øvrige styringskrav - Røykfrie inngangspartier ved helseinstitusjoner | |
| 3.1.2.2-06 | Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom flere år arbeidet med å begrense skadene ved tobakksrøyking, jf. Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010. Ved revisjon av tobakkskadeloven vil det bli lagt til grunn at inngangspartier til helseinstitusjoner blir røykfrie områder. Innen utgangen av 2010 skal inngangspartiene ved helseinstitusjoner være røykfrie. |
| | Oslo universitetssykehus HF har hatt fokus på dette. |
| Øvrige styringskrav - Legemiddelassistert rehabilitering på rusområdet | |
| 3.1.2.2-07 | Det er regionale forskjeller i fremstilling og kjøp av legemidler (metadon) til legemiddelassistert rehabilitering på rusområdet. Det benyttes både industrielt fremstilte legemidler med markedsføringstillatelse og apotekerfremstilte legemidler uten markedsføringstillatelse. Legemidler med markedsføringstillatelse skal benyttes i legemiddelassistert rehabilitering, dersom det ikke foreligger individuelle medisinske grunner til å benytte apotekfremstilte legemidler. |
| | Senter for rus og avhengighet forskriver registrerte preparater og arbeider for at fastlegene skal gjøre det samme. |
| 3.1.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010 | |
| Kvalitetsforbedring | |
| 3.1.3-01 | Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med Sykehusapotekene HF legge til rette for at farmasøyt kompetanse er tilgjengelig for de kliniske avdelingene. |
| | Dette gjøres gjennom Legemiddelkomiteen. |
| 3.1.3-02 | Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med Sykehusapotekene HF etablere felles mål og tiltak for å redusere feilmedisinering under sykehusopphold og ved utskrivning |
| | Legemiddelkomiteen har observatører fra Sykehusapotekene HF. Den arbeider med dette. |
| 3.1.3-03 | Det skal inngås avtale mellom Oslo universitetssykehus HF og Sykehusapotekene HF i henhold til utarbeidet standardisert avtalesett for Helse Sør-Øst. |
| | Oslo universitetssykehus HF og Sykehusapotekene HF har inngått avtale. |
| 3.1.3-04 | Oslo universitetssykehus HF skal ta i bruk eller tilpasse egne maler til de nye brevmalene som er utarbeidet av Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene gjennom prosjektet "Riktigere prioritering". Brevmalene og informasjonsvedlegget til pasienter skal benyttes som svar på vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten. Jf. brev fra Helse Sør-Øst RHF av 10.juli 2009 og 29.januar 2010. |

| | |
|---|---|
| | <p>Oslo universitetssykehus HF har gjennom et delprosjekt i Dag 2-prosjektet utarbeidet standardiserte brevmalere og informasjonsvedlegg etter mal fra Helsedirektoratet. Representant fra Seksjon for likeverdig helsetjeneste deltok i prosjektgruppen for standardisering av pasientbrev. Brevene omfatter både svar på henvisning/viderehenvisning og innkallinger. Disse ble innført i hele Oslo universitetssykehus HF 13. september 2010.</p> <p>Representant fra Seksjon for likeverdig helsetjeneste deltok i prosjektgruppen for standardisering av pasientbrev. Det ble ikke tatt direkte hensyn til flerkulturelle i malene som ble utarbeidet. I anbefalingen står det at arbeidet med pasientbrevmalene må følges opp i et eget prosjekt. Det har vært vanskelig ressursmessig å gjøre i 2010, men vil bli fulgt opp i 2011.</p> |
| Prioritering | |
| 3.1.3-05 | <p>Det skal sikres god forankring av, opplæring i og rask implementering av prioriteringsveilederne. Alle avdelinger skal ha tatt i bruk prioriteringsveilederne innen 01.03.10.</p> <p>Prioriteringsveiledere er innført i alle kliniske enheter i Oslo universitetssykehus HF, og det arbeides for at alle pasienter skal få en enhetlig vurdering i forhold til disse.</p> |
| Tilgjengelighet og brukermedvirkning | |
| 3.1.3-06 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal videreutvikle brukermedvirkningen gjennom implementering av 13 prinsipper for brukermedvirkning, og skal legge til rette for at brukerutvalget gjennomfører modulbasert opplæringsprogram for brukerutvalg utviklet av FFO og SAFO i region sør-øst.</p> <p>Oslo universitetssykehus sentrale brukerutvalg har vist stort engasjement gjennom 2010. Klinikkenes brukerråd er nå etablert og i arbeid i de fleste klinikkene. Brukermedvirkning skal være en naturlig del av alt pasientrettet forbedringsarbeid og det er nå representanter inne i mange prosjekter. Det rapporteres at brukerrepresentantene tilfører merverdi i prosessene da brukernes perspektiv ofte representerer et annet enn de ansattes.</p> <p>Seksjon for likeverdighelsetjeneste har vært behjelpelig med å finne brukerrepresentant med flerkulturell bakgrunn til brukerråd i Hjerte, Lunge- og Karklinikken.</p> <p>Brukerrepresentanter med flerkulturell bakgrunn har vært med i Pilotsykehusprosjektet "Likeverdig helsetjenester for en flerkulturell befolkning" og "Styrking av likeverdig og integrerende helsetjenester for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet".</p> <p>3 dialogmøter med Innvandrersorganisasjoner er avholdt i regi av Prehospitalt senter og Seksjon for likeverdig helsetjeneste.</p> <p>Lærings- og mestringssenteret, Aker gjennomførte Modulbasert opplæring for Brukerådets medlemmer og likemenn i samarbeid med SAFO og FFO (Modul 2- Aker- intern modul).</p> |
| 3.1.3-07 | <p>Det skal fremgå av oversendelsen av årlig melding at brukerutvalget har vært med i utformingen og har behandlet den.</p> <p>Brukerutvalget deltar i utformingen av Årlig melding og er medansvarlig for tekst til kapittel 3. Brukerutvalget skal behandle Årlig melding i møte 14. februar.</p> |
| Helhetlige pasientforløp og samhandling | |
| 3.1.3-08 | Tilbudet til pasienter med alvorlig traumatisk hodeskade skal trappes opp i samarbeid med Sunnaas HF. |

| | |
|-------------------|---|
| | <p>Høsten 2009 ble det opprettet en ekstra intensivplass og 2 intermediærseger ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, øremerket alvorlig traumatiske hjerneskader. Dette tilbudet har bedret rehabiliteringskapasiteten og kjeden til Sunnaas sykehus er velfungerende. Forekomst av traumatiske hjerneskader svinger imidlertid mye fra uke til uke, og det er fremdeles kapasitetsutfordringer i intensiv fase når mange skadde innlegges samtidig. Pasienter med subaraknoidalblødning (SAH) har i utgangspunktet like stort behov og samme effekt av et slikt tilbud. Et ytterligere utvidet tilbud som også omfatter SAH vil være mer robust for skadetoppene.</p> <p>Oslo universitetssykehus har gjennom ”Raskere tilbake”-finansiering etablert et rehabiliteringstilbud til lettere hjerneskade og enklere oppfølging og rådgivning ett år etter skade til alvorlig skadde. Det er behov for å utvide det polikliniske rehabiliteringstilbudet i samhandling med Oslo kommune.</p> <p>En forutsetning for utviklingen av rehabiliteringstilbudet til alvorlige traumatiske hjerneskadde og andre grupper med komplekse og sammensatt rehabiliteringsbehov er styrkning av forskning innenfor området. Dette er nedfelt i HSØ strategi men gjenfinnes ikke i prioriteringer og bevilgninger gitt til rehabiliteringsfeltet i HSØ siste år.</p> |
| 3.1.3-09 | <p>Samhandlingsavtalene med Oslo kommune skal videreutvikles i lys av styresak 108-2008, stortingsmelding 47 (2008-2009), regional rammeavtale med KS, regional smittevernplan mv. (og i forpliktende samarbeid mellom foretakene/sykehusene i sykehusområdet).</p> <p>Det er utarbeidet felles samarbeidsavtaler mellom sykehusene i hovedstadsområdet og respektive bydeler/kommuner. Avtalene er gjort felles for somatikk, psykisk helse og TSB. Samhandlingsstrukturen sikrer likverdighet mellom partene og pasientenes rett til likeverdige tjenester. Gjensidig informasjonsplikt er tydelig forankret, likeledes at pasientadministrative rutiner mellom partene må bygge på elektronisk meldingsutveksling. Fastlegenes rolle er tydeliggjort.</p> <p>I samarbeidsavtalene er egne bestemmelser om samarbeidsorgan på ulike nivåer.</p> <p>Sykehuset har god erfaring med Direktørmøtet, her møtes bydelsdirektører, ledere for sykehjemsetat og rusmiddeletat, Visadministrerende direktør samhandling og aktuelle klinikkledere. Møtet har overordnet beslutningsmyndighet.</p> <p>Samarbeidsforum er samarbeidsarena for ledere for utøvende tjenester, internt ved sykehusets klinikker og fra bydelene. Her møter avdelingsleger/avdelingssykepleiere, bydelsoverleger, ledere av bestillerkontor og pasientkoordinatorer. Oslo universitetssykehus har sekretariatsfunksjon for det overordnede samarbeidsutvalget i Helse Sør-Øst.</p> |
| 3.1.3-10 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal videreutvikle samarbeidet og samhandling med avtalespesialistene i sykehusområdet, jfr. rammeavtalen, strategisk plan/handlingsplan for avtalespesialister og samhandlingsmodell for økt tilgjengelighet til avtalespesialister innen psykisk helsevern.</p> <p>Punktet er besvart på 3.1.3-09</p> |
| Psykisk helsevern | |
| 3.1.3-11 | <p>Det forutsettes kvalitetsforbedring, omstilling og mer effektiv drift innen psykisk helsevern i alle foretak, herunder tiltak for styrket ledelse innenfor disse tjenesteområdene.</p> <p>Er fulgt opp som sentrale fokusområder i klinikkens arbeid.</p> |
| 3.1.3-12 | <p>Det skal rapporteres på kapasitet og ventetid innen sikkerhetspsykiatri i den løpende rapporteringen.</p> <p>Dette gjøres.</p> |
| 3.1.3-13 | <p>Regionalt samarbeid mellom alle foretak/sykehus og RSA skal skje etter gjeldende regionale retningslinjer.</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Dette er innført.</p> |
| 3.1.3-14 | <p>Ressursrammene innen psykisk helsevern skal videreføres minst på samme nivå som i 2009.</p> <p>Ressursrammen er videreført på 2009 nivå, men det har ikke vært vekst i rammen for 2010.</p> |
| <p>Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)</p> | |
| 3.1.3-15 | <p>Oppdraget til Oslo universitetssykehus om å koordinere bruken av døgnplasser hos private avtaleparter innen TSB med unntak av A-klinikkene, Borgestad og Samtun forlenges ut 2010. Videre skal helseforetaket ha et regionalt medansvar for fagutvikling, rådgivning og analyse innen TSB.</p> <p>Bruken av døgnplasser hos private avtalepartnere er koordinert i 2010 i Avdeling koordinering pasientstrøm. Senter for rus og avhengighetsbehandling har også bidratt med fagutvikling, rådgivning og analyse innenfor rettighetsvurderinger, analyse av pasientstrøm og LAR behandling.</p> |
| 3.1.3-16 | <p>Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus, i samarbeid med Akershus universitetssykehus HF, skal som ledd i sitt felles arbeid med områdeplan innen TSB for Oslo sykehusområde utarbeide en felles tilråding til Helse Sør-Øst RHF om betalingsansvaret ved eventuelle fristbrudd innen TSB i sykehusområdet innen 1.3.2010.</p> <p>Det har vært arbeidet med oppgave- og funksjonsfordeling mellom Oslo universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmets Sykehus og det har vært en særskilt prosess knyttet til behandlingstilbudet for pasienter fra Follo og bydel Alna som innebærer at OUS har ansvaret for disse pasientene også i 2011.</p> <p>Det har ikke ligget til rette for å utarbeide en felles tilråding om betalingsansvar ved eventuelle fristbrudd for innføring av ny inntektsmodell for TSB. Det er varslet oppstart på dette arbeidet våren 2011.</p> |
| 3.1.3-17 | <p>Det forutsettes kvalitetsforbedring, omstilling og mer effektiv drift innen TSB i alle foretak, herunder tiltak for styrket ledelse innenfor disse tjenestoområdene.</p> <p>Dette skjer ved utvikling av tilbudene og samlokalisering av enheter. Behandlingsavdelingene arbeider med å omstille driften til mer fokus på poliklinikk, dag og korttidsbehandling. Det er etablert felles inntaksteam for henvisning til avgiftning.</p> |
| 3.1.3-18 | <ul style="list-style-type: none"> • Innen TSB skal det i 2010 være et særskilt fokus på: <ul style="list-style-type: none"> ○ forebygging av overdosedødsfall i tett tverretattlig og tverrfaglig samhandling ○ forebygging av "ikke planlagt brudd i behandling", gjennom utarbeidelse av prosedyrer og tiltak på alle nivå i tjenesten ○ å sikre akutt- og avgiftingskapasitet i henhold til innskjerpet lovkrav <p>Flere får tilbud om LAR. Rusakuttmottaket sikrer spesialisthelsetjeneste for pasienter i krise. Lavterskeltiltak med utdeling av Suboxone i samarbeid med Rusmiddelstaten for pasienter som ikke klarer å gjennomføre behandling i LAR. Fokus på forsvarlighet ved brudd og ikke planlagt utskrivelse.</p> |
| 3.1.3-19 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal åpne den planlagte Rusakutten i samarbeid med Oslo kommune, herunder åpne det permanente rusakuttmottaket i 2010 i tråd med tidligere oppdrag som bekreftet sist i brev fra Helse Sør-Øst RHF 28.10.2009. Et komplett fagteam skal være på plass innen 1.3.2010.</p> <p>Rusakuttmottaket er i full drift med fagteam, inntaksteam og observasjonspost.</p> |
| 3.1.3-20 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal innen utgangen av januar 2010 oversende en forpliktende fremdriftsplan for byggeprosjektene til Helse Sør-Øst RHF. Også i perioden frem til den permanente Rusakutten står ferdig skal Oslo universitetssykehus HF sikre at pasientene ikke opplever brudd i behandlingsskjeden.</p> |

| | |
|--------------------------------|--|
| | Rusakuttmottaket er i full drift på Aker. Det er imidlertid ingen kapasitet til å følge opp pasienter i Ullevål sykehus hvor alle pasienter med akutt forgiftning innlegges. På sikt vil det være nødvendig å samlokalisere med øvrig akutte tjenester i somatikk og psykisk helsevern. |
| 3.1.3-21 | Ressursrammene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk skal videreføres minst på samme nivå som i 2009. |
| | Ressursrammen er videreført på 2009 nivå, men det har ikke vært vekst i rammen for 2010. |
| Habilitering og rehabilitering | |
| 3.1.3-22 | 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. |
| | De berørte klinikker er klar over at tilbudet skal styrkes og følger dette opp internt. |
| 3.1.3-23 | Sykehusområdet skal etablere/videreutvikle koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i samsvar med forskriftskrav, eventuelt som del av en samhandlingsenhet. |
| | Oslo universitetssykehus har etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Stab samhandling er den organisatoriske forankringen. Enheten arbeider inn mot klinikkene, ut mot primærhelsetjeneste og har ansvar for videre implementering av individuell plan. |
| 3.1.3-24 | Oslo universitetssykehus HF skal prioritere driften av FORMI innenfor tildelt basisramme 2010 |
| | FORMI er prioritert innenfor rammen i 2010. Den er organisatorisk lagt til FOU avdelingen i klinikk for kirurgi og nevrofag. Intensjonen er å styrke samarbeidet mot de kliniske fagm Klinikk C: FORMI er prioritert innenfor rammen i 2010. Den er organisatorisk lagt til FOU avdelingen i klinikk for kirurgi og nevrofag. Intensjonen er å styrke samarbeidet mot de kliniske fagmiljøene som arbeidet med muskel og skjelettlidelser. |
| 3.1.3-25 | Oslo universitetssykehus HF skal opprette en regional koordinerende enhet for habilitering etter nærmere oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF. |
| | Avdeling for nevrohabilitering har avventet og også etterlyst nærmere instruksjoner for dette, jfr at det skal komme et ”nærmere oppdrag fra HSØ”. Det er fra Regionalt fagråd omtalt som noe som vurderes opprettet i 2011. |
| Områder med særskilt fokus: | |
| <u>Kronisk smerte</u> | |
| 3.1.3-26 | Det skal etableres tverrfaglige smerteklinikker innen alle sykehusområder i 2010. |
| | Avdeling for smertebehandling er regionens mest komplette tverrfaglige smerteklinikk og er regionalt kompetansesenter. For å støtte oppbyggingen av tverrfaglige smerteklinikker i de øvrige sykehusområdene, bidrar vi med kurs, tilbud om hospitering og mottar pasienter fra de øvrige klinikkene for ”second opinion” og mer spesialiserte regionsfunksjoner |
| <u>CFS/ME</u> | |
| 3.1.3-27 | Oslo universitetssykehus HF skal videreutvikle tilbudet til CSF/ME-pasienter, herunder skal døgntilbudet for de aller sykeste CSF/ME-pasientene videreutvikles i 2010 som et nasjonalt behandlingstilbud på inntil 10 sengeplasser avhengig av behovet i tråd med oppdraget i brev av 6.10.2009. |

| | |
|--|---|
| | Oslo universitetssykehus HF har arbeidet med videreutvikling av tilbudet til ME pasienter, barn og voksne, og har rapportert til Helse Sør-Øst om klinisk tilbud og forskning. Sykehuset har i 2010 planlagt for etablering av senger for voksne ME pasienter og disse åpnes vinteren 2011. |
| 3.1.3-28 | Det polikliniske tilbudet til ME-pasienter videreføres. Medisinsk klinikk har utført dette. |
| <u>Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus</u> | |
| 3.1.3-29 | Oslo universitetssykehus HF skal følge opp og rapportere kvalitetsparametre og aktivitetstall for prehospitaltjenester etter nærmere oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF. Akuttklinikken har aktivitetstall som kan leveres på bestilling fra Helse Sør Øst. I forhold til aktivitetsparameter forholder vi oss til veiledende parameter jfr NOU 1998-9 Hvis det haster! |
| <u>Beredskaps- og smittevernarbeid</u> | |
| 3.1.3-30 | Oslo universitetssykehus HF skal ivareta definerte oppgaver knyttet til nasjonal utrykningsenhet (URE). Oslo universitetssykehus har lege i vakt (URE vakt) og prosedyrer som gjør foretaket i stand til å sende ut helseteam ved behov. |
| 3.1.3-31 | Oslo universitetssykehus HF skal ivareta oppdraget om å stille sakkyndig lege for veidirektoratet. Dette er etablert. |
| 3.1.3-32 | Oslo universitetssykehus HF skal drifte regionalt kompetansesenter for smittevern og sykehushygiene slik det er beskrevet i den regionale smittevernplanen. Senteret skal være i drift som kompetansesenter for hele regionen innen 1. mars 2010. Oslo universitetssykehus HF ivaretar i stor grad de oppgaver som er tillagt kompetansesenteret gjennom en videreføring av virksomhetene ved de tidligere kompetansesentrene for Helse Øst RHF og Helse Sør RHF. Vi viser i den forbindelse til smittevernplanens Kapittel 4: "Mål og tiltak" hvor kompetansesenterets generelle oppgaver er beskrevet, slik de er gjengitt i brevet fra HSØ. I smittevernplanen er oppgavene nærmere spesifisert i avsnittet "Øvrige mål og tiltak for styring og kontroll innenfor smittevern". Her er det også angitt hva som er regionale oppgaver. |
| <u>Beredskapsplaner</u> | |
| 3.1.3-33 | Regional smittevernplan og regional beredskapsplan er gjeldende for Oslo universitetssykehus HF. Tiltak og oppgaver i planene følges opp. Helseforetaket skal bidra til å følge opp den regionale beredskapsplanen og sikre at regionens samlede ressurser utnyttes mest mulig effektivt ved kriser og katastrofer. Dette er etablert. |
| <u>Robotkirurgi</u> | |
| 3.1.3-34 | Oslo universitetssykehus HF skal ha tilstrekkelig kapasitet for robotkirurgi ved cancer prostata. Ved kapasitetsproblemer skal foretaket på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF inngå avtale med Sykehuset Telemark HF om å benytte eventuell kapasitet der, eventuelt som en satellittvirksomhet ledet fra Oslo universitetssykehus HF. Eventuelle økonomiske elementer i en slik avtale må håndteres mellom foretakene. Avtalen skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF før inngåelse. Helse Sør-Øst RHF vil vurdere om det er nødvendig med felles venteliste for slik kirurgi. |

| | |
|----------------------------|--|
| | Behandlingskapasiteten i Oslo universitetssykehus har økt innen robotkirurgi ved cancer prostata. 56 flere pasienter (>30% økning) er operert med RALP i 2010 ift 2009 ved Radiumhospitalet. Samarbeidet med sykehuset Telemark har blitt kontinuert i 2010 og formalisert i egen avtale. Henvvisninger blir først vurdert i OUS før eventuell overføring til TSS. Det er etablert felles henvisningsmottak for pasienter med cancer prostata i OUS og behandlingskapasiteten er nå i samsvar med behovet. Ventelistene er vesentlig redusert og < 1 mnd ved utgangen av året. |
| <u>Fettkirurgi</u> | |
| 3.1.3-35 | Det skal utvikles en sammenhengende behandlingsskjede mot Sykehuset Telemark HF i forhold til post-bariatriske inngrep ("fettkirurgi") på pasientene med mest alvorlige problemer og størst fare for komplikasjoner. |
| | Oslo universitetssykehus har sammen med Sykehuset Telemark HF utarbeidet henvisningsrutiner for denne pasientgruppen. |
| <u>Sykkelig overvekt</u> | |
| 3.1.3-36 | Oslo universitetssykehus HF skal videreføre samarbeidet med Vestre Viken HF og Sykehuset i Vestfold HF om utvikling av regionale, helhetlige tilbud til pasienter med sykkelig overvekt. Oslo universitetssykehus HF skal herunder gjøre minst 200 fedmeoperasjoner i 2010. Eventuell behandling i forbindelse med Raskere tilbake kommer i tillegg. |
| | Oslo universitetssykehus har foretatt 203 operasjoner i 2010. Raskere tilbake-midler er ikke bevilget. Samarbeidet mellom OUS og Vestre Viken og Sykehuset i Vestfold er videreført, om utviklingen av regionale, helhetlige tilbud til pasienter med sykkelig overvekt. Foretakene samarbeider også med Sykehuset Innlandet og Sykehuset Østfold om utviklingen og evalueringen av LMS-tilbudene, som har fokus på livsstilendring som en integrert del av behandlingen av pasienter med fedme ved OUS. |
| 3.1.3-37 | Oslo universitetssykehus HF skal i sin områdeplan beskrive hvordan man skal møte den stadig økende utfordringen med sykkelig overvekt, også i samhandling med primærhelsetjenesten. |
| | Medisinsk klinikken har hatt hospitering av leger fra primærhelsetjenesten, samt møtevirksomhet. |
| Annet: | |
| <u>Ablasjonsbehandling</u> | |
| 3.1.3-38 | Oslo universitetssykehus HF skal i løpet av 2010 ha bygget opp tilstrekkelig kapasitet for ablasjonsbehandling for hjertearytmier til å dekke behovet til befolkningen i Helse Sør-Øst. |
| | Oslo universitetssykehus skal i løpet av 2011 ha bygget opp tilstrekkelig kapasitet for ablasjonsbehandling for hjertearytmier, slik at man i 2012 vil dekke behovet til befolkningen i Helse Sør-Øst. |
| <u>ICD og PCI</u> | |
| 3.1.3-39 | Oslo universitetssykehus HF skal sikre tilstrekkelig kapasitet til ICD og PCI i regionen, i samarbeid med Sørlandet Sykehus HF. |
| | Oslo universitetssykehus vil videreføre og sikre tilbudet til pasienter som trenger ICD og PCI og vil styrke samarbeidet med Sørlandet sykehus. |
| <u>Etikk-komiteer</u> | |
| 3.1.3-40 | Oslo universitetssykehus HF skal sikre drift av de kliniske etikkomiteene. |
| | Oslo universitetssykehus HF har aktive kliniske etikkomiteer og disse samordnes nå etter fusjonen. |

| | |
|---|--|
| <u>Spesialisthelsetjeneste til eldre</u> | |
| 3.1.3-41 | Oslo universitetssykehus HF skal i sin områdeplan omtale og ivareta de særskilte utfordringene knyttet til spesialisthelsetjeneste for eldre slik de er beskrevet i vedlegg til styresak 060-2009 Orienteringssak: Spesialisthelsetjeneste for eldre – Handlingsplan 2010-2020 |
| | Oslo universitetssykehus HF tilbyr kunnskapsbasert og effektiv akuttgeriatri. Avdelingen har betydelig undervisning og er størst på utdanning av geriatere i Norge. Sykehuset har Norges ledende senter for klinisk geriatrisk forskning, med vekt på forskning på tjenestemodeller samt demens, delirium, hjerneslag og fall hos eldre. |
| <u>Høreapparat og høretekniske hjelpemidler</u> | |
| 3.1.3-42 | Oslo universitetssykehus HF skal følge opp "Avtale om samarbeid mellom de regionale helseforetakene og Arbeids- og velferdsdirektoratet om formidling av høreapparat og høretekniske hjelpemidler". |
| | Det har ikke vært endringer i høreapparatformidlingen for 2010. Arbeids- og velferdsdirektoratet og fagdirektørene i de fire regionale helseforetakene besluttet i juni 2010 videreføring av arbeidet med logistikk og informasjonsutfordringer vedr. høreapparatformidlingen i Norge, gjennom en tverretattlig arbeidsgruppe som ble nedsatt i juni 2010. Representant for hørselssentralen har vært tilstede ved dialogkonferanse på Gardermoen 28.08.10 og oppfølgingsmøte 10.11.10. Arbeidsgruppen har bedt direktoratet sende forslag til løsning på høring til helseforetakene. Dersom forslagene til arbeidsgruppen blir vedtatt forventes en øket arbeidsmengde tilsvarende minimum fire stillinger ved Hørselssentralen i Oslo universitetssykehus |
| <u>Omstillingsprogrammet</u> | |
| 3.1.3-43 | Oslo universitetssykehus HF skal følge opp oppdraget gitt i brev av 25.5.09 om "Utvidelse av opptaksområdet for Akershus universitetssykehus HF - etablering av overføringsprosjekt i samarbeid med Oslo universitetssykehus HF". |
| | Overføringsprosjekt har vært etablert og er gjennomført. |
| 3.1.3-44 | Oslo universitetssykehus HF skal følge opp oppdraget gitt i brev av 1.10.09 om "Endring av pasientstrømmer i mellom Vestre Viken HF, Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF som følge av etablering av sykehusområder i Helse Sør-Øst". |
| | Overføringsprosessen ble startet 03.01. 11. Foretaket gjør en nøye registrering på at overføringen går som den skal i hht avtalte rutiner og at størrelsen på de forskjellige enheter tilpasses det nye befolkningsgrunnlaget etter overføringen. Veiviseren er revidert og gjort nettbasert av Stab for Medisin- og helsefag. |
| 3.1.3-45 | Oslo universitetssykehus HF skal følge opp oppdraget gitt i brev av 19.09.09 om Oppgave- og funksjonsfordeling i Oslo sykehusområde. |
| | Oslo universitetssykehus HF vil følge opp dette, kfr. punkt 1-01. |
| 3.1.3-46 | Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre et svært omfattende integrasjons- og omstillingsprogram parallelt med ordinær drift i 2010, jf. RHF styresakene 108-2008 og 130-2008. Kostnader som påløper til gjennomføringen av omstillingsprogrammet må finansieres innenfor den tildelte inntektsrammen for 2010. |
| | Oslo universitetssykehus HF har gjort dette i 2010. |
| <u>Likeverd</u> | |

| | |
|---|---|
| 3.1.3-47 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal sikre at tjenestetilbudet er tilrettelagt for fremmedspråklige og for pasienter og pårørende, herunder etablere tolketjenester til pasienter som har behov for dette.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avtale inngått med ny tolkeleverandør, oppstart i januar 2010. Klinikken opplevde noen innkjøringsproblemer i starten • Oslo universitetssykehus utdanner egne kulturveiledere • På tertialrapportering 2. tertial, ga flere klinikker tilbakemelding om tilfredsstillende tjenester – bestillingssystemet fungerer. Det som har kommet av klager er håndtert av innkjøpsavdelingen som viderefremidler til tolkeleverandør Noricom. |
| 3.1.3-48 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal rapportere på antall tolkesamtaler og ressursbruk til tolketjenester.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fikk foreløpig rapport fra leverandør i desember 2010, men har etterspurttotal oversikt over tolkeoppdrag i hele OUS for 2010. Rapporten fra tolkeleverandør Noricom samstilles da med tall fra regnskap i OUS når dette er klart. • Fra 2011 skal foretaket selv kunne logge seg inn på Noricom sitt nettsted og hente ut egne rapporter. |
| <p><u>Plan for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg</u></p> | |
| 3.1.3-49 | <p>Helse Sør-Øst RHF har gjennom styrevedtak i sak 108/2008 vedtatt at sykehusområdene skal utarbeide områdeplaner for behandlingstilbudet i eget område sammen med kommunene. I utdyping/presisering av oppdragsdokument for 2009 til Helse Sør-Øst RHF i brev av 7.7.2009 ba Helse- og omsorgsdepartementet om at det ble utarbeidet en flerårig, helhetlig og lokalt tilpasset plan for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg i samarbeid med kommunene. På bakgrunn av dette skal helseforetaket i samarbeid med Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF og kommunene, herunder Oslo kommune, levere en slik plan for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg i hele hovedstadsområdet. Oppdraget, herunder frist, vil bli presisert i eget brev.</p> |
| | <p>Dette ble levert august 2010</p> |
| <p><u>Regionale fagråd</u></p> | |
| 3.1.3-50 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal stå for drift av de regionale fagråd som ledes fra foretaket, herunder sikre nødvendig sekretariatsbistand. Fagrådets medlemmer får dekket utgifter i forbindelse med deltagelse i fagrådsarbeid fra eget foretak/organisasjon. Brukere og avtalespesialister får dekket utgifter etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.</p> |
| | <p>Oslo universitetssykehus HF gjør dette.</p> |
| <p>3.2 MÅLOMRÅDE 2 - FORSKNING</p> | |
| <p>3.2.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010</p> | |
| 3.2.1-01 | <p>Forskningsaktiviteten, målt i publikasjoner og antall dr.grader (NIFU-poeng), er økt fra 2009-nivå, i samsvar med økt ressurstilførsel.</p> |
| | <p>Foreløpige tall hentet fra egne databaser (Publika.no) og oversikter fra UiO over avlagte doktorgrader, tyder på at forskningsaktiviteten holder seg fortsatt høy. Offisiell beregning av antall NIFU-poeng for 2010 foreligger ikke på rapporteringstidspunktet (offentliggjøres høsten 2011 ifm statsbudsjettet for 2011-2012). Oslo universitetssykehus presiserer behovet for at man vurderer sammenhenger mellom ressurstilførsel og aktivitet som gjennomsnitt over flere år, og ikke på årlig basis (jf HODs målinger som er tre-årige gjennomsnitt ved ressursfordeling til regionale foretak). En må også ta høyde for tidsforskyvningen mellom ressurstilførsel og resultater, som normalt vil være flere år. Økt ressurstilførsel ett år vil gi utslag langt senere, og vice versa ved redusert forskningsaktivitet, som er en risiko knyttet til omstillingene i Oslo universitetssykehus.</p> |

| | |
|--|--|
| 3.2.1-02 | <p>Innovasjonsaktiviteten, målt i antall prosjekter (inkl. OFU-kontrakter og patenter) er økt fra 2009-nivå.</p> <p>Det har vært stort fokus på innovasjon i 2010. Innovasjonsseksjonen i Oslo universitetssykehus har blant annet etablert en egen webportal hvor ansatte kan melde sine idéer, og det er etablert et innovasjonsnettverk i helseregionen. De endelige tall er ikke klare, men alt tyder på at vi allerede ser resultatet av innovasjonsarbeidet gjennom økt antall prosjekter</p> |
| 3.2.1-03 | <p>Regional forskningsstøttefunksjon er etablert ved Oslo universitetssykehus HF for å understøtte forskning av høy kvalitet i hele regionen.</p> <p>Funksjonen er etablert og under fortsatt oppbygging. Alle helseforetak i regionen har fått tilbud om besøk fra Oslo universitetssykehus med gjennomgang av hvilke tjenester som tilbys, og mulighet for å spille inn behov. En rekke besøk er gjennomført, med god tilbakemelding. Det vises for øvrig til særskilt skriftlig rapportering til Helse Sør-Øst pr tertial om de enkelte forskningsstøttefunksjoner, herunder tjenester/henvendelser fra Oslo universitetssykehus og fra andre helseforetak.</p> |
| 3.2.1-04 | <p>Regionale teknologiske infrastrukturtiltak og nettverk for faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne etableres.</p> <p>En rekke infrastrukturtiltak og nettverk er etablert, hovedsakelig innvilget etter søknad til Helse Sør-Øst og tildelinger fra Samarbeidsorganet. Oslo universitetssykehus er i dialog med Helse Sør-Øst om hensiktsmessig prioriteringsnivå for kjernefasiliteter som driftes i regi av Oslo universitetssykehus (prioriteres og tildeles pr i dag regionalt, og ikke lokalt). Viktigheten av disse tiltakene er fremhevet i Forskningsstrategi 2011-2015 for Oslo universitetssykehus. Det pågår også samordningsprosjekter med universitetet for å styrke samhandlingen om regionale, teknologiske infrastrukturtiltak.</p> |
| 3.2.1-05 | <p>Regionalt informasjonsnettsted for forskning (forskningsportal) er etablert, med synliggjøring av forskningsnyheter, -prosjekter og -ressurser.</p> <p>Nytt nettsted for forskning er etablert og vil bli vesentlig videreutviklet i 2011. Nettstedet har hatt en midlertidig plassering med lenker fra Oslo universitetssykehus sine internettsider i påvente av felles regional internettløsning (lik forside og profil nasjonalt for alle helseforetakene). Oslo universitetssykehus har gjennom RHF-enes strategigruppe for forskning meldt inn et behov om at felles internettprofil i langt større grad må synliggjøre forskning, innovasjon og utdanning. Fellesløsningen gir pr i dag ikke en god nok profilering for disse svært sentrale universitetssykehusfunksjonene, og gjør heller ikke Oslo universitetssykehus i stand til å synliggjøre regionale forskningsstøttefunksjoner slik vi ønsker</p> |
| 3.2.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende | |
| 3.2.2.1 Krav fra oppdragsdokument 2010 | |
| 3.2.2.1-01 | <p>Forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater og innovative løsninger i tjenesten er viktig for å sikre ny kunnskap som kan føre til at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst.</p> <p>Dette er sentrale områder nedfelt i både forskningsstrategi og innovasjonsstrategi for Oslo universitetssykehus. Det vil bli arbeidet videre med handlingsplaner for de enkelte år</p> |
| Forskning | |
| 3.2.2.1-02 | <p>Det er et mål å styrke pasientrettet klinisk forskning, herunder forskerinitierte kliniske intervensjonsstudier av høy kvalitet og relevans i helseforetakene. Det er et mål å sikre oppbygning av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder, samtidig som det er viktig å stimulere forskningsmiljøer av høy kvalitet slik at disse miljøene kommer i posisjon til å få eksterne midler nasjonalt og internasjonalt, f. eks gjennom EUs 7. rammeprogram. Det er nødvendig å sikre god infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier og for forskningsbasert utvikling og utprøving av ny teknologi i Norge, herunder å etablere en nasjonal oversikt over pågående og sluttførte kliniske studier i helseforetakene.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>To hovedtemaer berøres:</p> <p><i>Kliniske studier:</i> Oslo universitetssykehus har et spesielt ansvar for å legge til rette for større kliniske studier, noe som fremgår av ny forskningsstrategi. Oslo universitetssykehus har ifm høring om ny nasjonal helse- og omsorgsplan presisert viktigheten av at det etableres nye, offentlige finansieringsordninger for kliniske studier, herunder finansiering av infrastruktur. Det må også etableres nye ordninger for finansiering av utprøvende behandling. Oslo universitetssykehus vil delta aktivt i det nyetablerte nasjonale nettverket ECRIN og kommende søknad om EU-støtte til infrastruktur for kliniske studier.</p> <p><i>Oppbygging av forskningskompetanse innen forskningssvake områder samtidig med stimulering av miljøer av høy kvalitet mht å oppnå eksterne midler nasjonalt og internasjonalt:</i> Det er et strategisk mål for Oslo universitetssykehus å ha flere forskningsmiljøer i verdensklasse, men samtidig legge til rette for en stor faglig bredde i forskningen. Forskningen må dekke alle funksjonsnivåer (lokal-, region-, og landsfunksjoner). Det må være en tematisk bredde som dekker sykehusets virksomhetsområder og som samtidig har en høy internasjonal kvalitet. På områder hvor Oslo universitetssykehus har sterke forskningsmiljøer, spesielle fortrinn eller ønsker å etablere forskning må det legges til rette for å styrke disse posisjonene også internasjonalt.</p> |
| Innovasjon | |
| 3.2.2.1-03 | <p>Utvikling og implementering av nye produkter, diagnostikk- og behandlingsmetoder, tjenester og organisatoriske løsninger i helsetjenesten (innovasjon) er viktig for å øke offentlig verdiskapning gjennom økt kvalitet og kostnadseffektivitet i tjenestene.</p> <p>Gjennom arbeidet med sykehusets innovasjonsstrategi har en sett behovet for avklaring av rollene mellom sykehuset og Inven2 for å sikre en optimal innovasjonshåndtering. Arbeidet vil bli videreført gjennom en egen handlingsplan, som også vil fokusere på gjennomføring av prosess- og tjenesteinnovasjon.</p> |
| 3.2.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010 | |
| 3.2.3-01 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal bidra til å oppnå målene i regional forskningsstrategi for 2008-2011.</p> <p>Oslo universitetssykehus har søkt å forene målene i regional forskningsstrategi med egne mål i forskningsstrategi for Oslo universitetssykehus 2011-2015, samt Innovasjonsstrategi for Oslo universitetssykehus. Regional forskningsstrategi følges for øvrig opp gjennom deltakelse i tiltak i regi av Samarbeidsorganet, herunder koordineringsarbeidet med UiO, etablering av regionale forskningsstøttefunksjoner mv. Oslo universitetssykehus har styrket grunnlaget for strategisk samordning regionalt og lokalt gjennom at flere representanter enn tidligere i Regionalt forskningsutvalg har forskningslederfunksjoner i Oslo universitetssykehus og UiO. Det er videre etablert uformelle kontaktmøter på mellom forskningsledelsen i Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus for å ha en løpende dialog om sentrale områder for oppfølging</p> |
| 3.2.3-02 | <p>I 2010 skal Oslo universitetssykehus HF styrke arbeidet med kvalitetssikring og implementere systemer for internkontroll og veiledning av forskning i egen institusjon, i tråd med Helseforskningslovens krav.</p> <p>Oslo universitetssykehus har lagt et betydelig arbeid i dette og arbeider fortsatt for en bedre tilrettelegging av hensiktsmessige internkontrollsystemer for forskning. Dette innbefatter også bedre harmonisering av systemene mot universitetets internkontrollsystemer. Området er fokusert i ny forskningsstrategi. Det vises for øvrig til særskilt redegjørelse oversendt konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus har ifm utkast til ny nasjonal helse- og omsorgsplan pekt på at helseforskning reguleres av mer enn helseforskningsloven, og at det er et betydelig behov for en avklaring fra lovgivers side av grenseflatene mellom helseforskningsloven og øvrige lover som regulerer forskning på mennesker. Dette gjelder blant annet utprøving av legemidler.</p> |

| | |
|---|--|
| 3.2.3-03 | <p>I 2010 skal Oslo universitetssykehus HF iverksette tiltak for å styrke innovasjonsaktiviteten i eget helseforetak i tråd med handlingsplan for innovasjon for Helse Sør-Øst.</p> <p>Sykehuset har i 2010 utarbeidet sin egen innovasjonsstrategi som har vært gjennom en intern høringsrunde, og er klar for styrebehandling primo 2011. Innovasjonsstrategien vil, så snart den er godkjent, bli fulgt opp av en egen handlingsplan</p> |
| 3.2.3-04 | <p>I 2010 skal Oslo universitetssykehus HF innenfor egne rammer legge til rette for samhandlingsforskning i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer.</p> <p>Flere initiativer er igangsatt, og det er oversendt en særskilt redegjørelse til Helse- og omsorgsdepartementet ifm forarbeidene til ny nasjonal helse- og omsorgsplan. Ikke alle tiltak som er omfattet av oversikten kan kategoriseres som forskning – en rekke viktige tiltak vil være å betrakte som utredningsarbeid og utviklingsprosjekter, men med vesentlig potensial for forskning og innovasjon. Ny forskningsstrategi slår fast følgende, som et strategisk mål: ”Oslo universitetssykehus vil bidra med forskning som styrker kunnskapsgrunnlaget for samhandling og likeverdige helsetjenester. Endringene i organiseringen av helsevesenet og sykdomspanoramaet krever ny kunnskap basert på forskning av høy kvalitet.”</p> <p>I forbindelse med prosjektet ”Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre ” er det avsatt midler til en følgeforskningspilot i regi av det akuttgeriatrike forskningsmiljøet ved sykehuset. Plan videre er et (evt to) fullskala doktorgradsarbeid. For prosjekt evaluering av intermediearenheter ved sykehjem planlegges et lignende forskningsopplegg dersom evalueringsprosjektet gir det nødvendige grunnlag for dette.</p> |
| 3.2.3-05 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal etter nærmere avtale med Helse Sør-Øst RHF videreføre regionale forskningsstøttefunksjoner.</p> <p>Det vises til omtale under 3.2.1-03</p> |
| 3.2.3-06 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal utføre sine regionale strategiske forskningstiltak finansiert av tildelte forskningsmidler i tråd med helseforetakets rolle som nav i det regionale forskningssystemet og bidra til å gjennomføre samlet strategisk plan for Samarbeidsorganet. Dette gjelder særskilt regionale forskningsnettverk, kjernefunksjoner og regionale teknologiske kjernefasiliteter.</p> <p>Det vises til omtale under 3.2.1-04 og 3.2.3-01</p> |
| 3.3 MÅLOMRÅDE 3 - KUNNSKAPSUTVIKLING OG GOD PRAKSIS | |
| 3.3.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010 | |
| 3.3.1-01 | <p>Et strategisk program for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis videreutvikles.</p> <p>Program for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis videreutvikles i Oslo universitetssykehus HF i tråd med prosjektet i Helse Sør-Øst.</p> <p>Stab medisin og helsefag er med i prosjektet "Kunnskapshåndtering og god praksis i Helse Sør-Øst" (et av innsatsområdene) og er proaktive relatert til dette prosjektet; Oslo universitetssykehus HF har opprettet et utvalg som skal koordinere og håndtere føringer fra Helse Sør-Øst relatert til arbeidet med pasientforløp/behandlingslinjer, pasientinformasjon og faglige prosedyrer/retningslinjer. Utvalget lederbehandles i Oslo universitetssykehus HF 11.01.2011. Oslo universitetssykehus HF har startet et stort opprydningsarbeid i faglige prosedyrer og retningslinjer og fornyet systemet som skal samordne pasientinformasjon ved sykehuset. Arbeidet med pasientforløp/behandlingslinjer videreføres og videreutvikles og er knyttet tett opp til sykehusets arbeid med redesign i klinikkene og stab samhandling.</p> |
| 3.3.1-02 | Helseforetakene skal ta del i etablering og drift av de nasjonale kvalitetsregistre. |

| | |
|--|--|
| | Oslo universitetssykehus HF har databehandlingsansvaret for to nasjonale kvalitetsregistre: Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes og Nasjonalt Traumeregister. Norsk nyfødtsmedisinsk kvalitetsregister, som er del av Fødselsregisteret og dermed gitt hjemmel i denne forskriften, har faglig forankring ved sykehuset. Sykehuset har et stort fokus på kvalitetsregistre som viktige redskap for kvalitetssikring av pasientbehandling og for forskning. Det arbeides med etablering av gode IKT-verktøy for registre. |
| 3.3.1-03 | <p>Helhetlige pasientforløp og bedre samhandling internt i virksomheten, innen sykehusområdet og med kommunehelsetjenesten utvikles.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF arbeider kontinuerlig med dette, spesielt i forbindelse med klinikkens redesign-prosjekter.</p> <p>Samarbeidsavtalene legger grunnlag for videre arbeid med felles rutiner knyttet til pasientstrømmer mellom sykehus og primærhelsetjenesten i Hovedstadsområdet. Utviklingen av koordinatorfunksjonene sikrer samarbeid stab/klinikker i koordinering av pasientflyt og kompliserte pasientforløp. Her er målet likeartede løsninger for somatikk, psykisk helse og avhengighet. Det satses på videre utvikling av praksiskonsulentordningen. Dette vil gi fokus på samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehus og primærleger knyttet til diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er forankret i stab samhandling. Egen områdeplan for rehabilitering skal utformes i nært samarbeid med øvrige sykehus i Hovedstadsområdet og Oslo kommune.</p> |
| 3.3.1-04 | <p>Tiden i sykehus skal være helsebringende og liggetidene skal begrenses slik at det gis medisinsk behandling av høy kvalitet, unngår unødige opphold og samtidig sikrer effektivitet i pasientbehandlingen.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF arbeider kontinuerlig for å oppnå optimal liggetid for hver enkelt pasient. Det arbeides også med dette i forbindelse med klinikkens redesign-prosjekter.</p> |
| 3.3.1-05 | <p>Reell brukermedvirkning videreutvikles.</p> <p>Oslo universitetssykehus har i 2010 etablert og videreutviklet et felles aktivt brukerråd. Brukerrepresentanter inviteres også som deltagere i en rekke prosesser og prosjekter både sentralt og i de enkelte klinikker/avdelinger. Alle klinikker har egne brukerråd og det er etablert ulike samhandlingstiltak i avdelingene.</p> |
| 3.3.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende | |
| 3.3.2.1 Krav fra oppdragsdokument 2010 | |
| Innledning | |
| 3.3.2.1-01 | Oslo universitetssykehus HF skal påse at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. 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. Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas. |

| | |
|--|--|
| | <p>Det har i løpet av året vært merkbart økende bevissthet og interesse rundt behovet for å tilrettelegg for likeverdige helsetjenester. Likeverdige helsetjenester innebærer at tjenestene skal være tilgjengelige, de skal være av samme kvalitet for alle brukere og målet er å oppnå resultatlikhet for alle innen samme sykdomsgruppe. Tiltak som settes i gang i regi av Stab samhandling, Seksjon for likeverdig helsetjeneste, eller ved initiativ i klinikkene, blir godt mottatt i sykehuset.</p> <p>Innenfor pasient- og pårørendeopplæringen jobbes det aktivt i forhold til tilrettelagt tilbud, også for innvandrerbefolkningen. Læresenteret på Ullevål har en person ansatt i 50% stilling som skal ivareta tilbud til ulike innvandrergrupper. LMS-barn har tilrettelagte samtalegrupper for innvandrerfamilier med barn med nedsatt funksjonsevne og temakvelder med tolk. Tema for disse kveldene utarbeides i samarbeid med brukerrepresentanter. Populære temaer er forebygging av hjemmeulykker, astma, diabetes, allergi, grensesetting med mer). De fleste temakveldene gjennomføres i nærmiljøene til brukerne.</p> <p>Sykehuset har satt i gang kull to med ”Veiledning i flerkulturelt helsearbeid” med Høgskolen i Oslo som faglig ansvarlig. (Delprosjekt i samhandlingsprosjektet ”Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet”). De ansatte som deltar på denne utdanningen blir en ressurs i sykehuset og skal bidra til kultursensitivitet og kulturforståelse hos andre medarbeidere. Et viktig mål med utdanningen er å lære å se sin egen rolle som profesjonsutøver i møte med flerkulturelle pasienter. Mer forståelse bidrar til at man er tryggere i sin profesjonsutøvelse, noe som igjen reflekteres i tryggere pasienter, som møtes med omsorg, respekt og åpenhet.</p> <p>Aker har et forskningssamarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for pasient- og pårørendeopplæring, Høgskolen i Oslo med den hensikt å evaluere læringstilbudets effekt på brukernes livskvalitet og mestring etter å ha gjennomgått et 40 timers livsstilskurs. Dette gjelder pasienter som behandles for sykkelig overvekt ved foretaket.</p> <p>Det jobbes også for å utjevne sosiale helseforskjeller, blant annet er det tanker rundt etablering av et helsefremmende lavterskeltilbud for å nå de som ikke oppsøker fastlege, legevakt eller andre helsetilbud i Oslo-området. Det vil evt settes i gang et forprosjekt for å se nærmere på potensielle målgrupper, behov og muligheter for gjennomføring. Et slikt prosjekt vil også kunne ha verdifull forskningsverdi.</p> |
| Kvalitetsforbedring | |
| 3.3.2.1-02 | <p>Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må forankres organisatorisk hos ledelsen på alle nivå i tjenesten. Forebygging, behandling og rehabilitering skal være basert på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring om effektive tiltak for å oppnå helsegevinst.</p> <p>Gjennom klinikkens oppdragsdokumenter er det satt krav til tjenester og intern kvalitetsforbedring. Dette er fulgt opp i løpende dialog med sykehusledelsen slik at forbedringsprosesser blir samordnet og forankret på rett nivå. Arbeid med pasientforløp og behandlingslinjer har stått sentralt i klinikkens forbedringsarbeid, og det er utarbeidet flere behandlingslinjer i tråd med anbefaling fra Helse Sør-Øst. Videre er det startet et arbeid for å utvikle kunnskapsbaserte prosedyrer og andre fagdokumenter slik at forebygging, behandling og rehabilitering baseres på best praksis og kunnskap. Det legges vekt på konsensusarbeid og bredt samarbeid både i og utenfor sykehuset. Ved det vil vi oppnå utvikling av felleskap om best mulige rutiner for behandling og omsorg.</p> |
| Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester | |
| 3.3.2.1-03 | Oslo universitetssykehus HF skal gjennomgå alvorlige hendelser som har skjedd i forbindelse med pasientbehandlingen, og bruke gjennomgangen til læring for å unngå liknende hendelser. |

| | |
|---|---|
| | <p>Alvorlige hendelser i pasientbehandlingen markeres i avvikssystemet med kode for faktisk og potensiell konsekvens. Registrerte hendelser gjennomgås i sykehusledelsen Stab pasientsikkerhet daglig og hendelser med alvorlig konsekvens følges opp umiddelbart der det er nødvendig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Varsling på mail til Statens Helsetilsyn; ny ordning innført i 2010. Oslo universitetssykehus var det første sykehus i Norge som varslet i henhold til ordningen. • Telefonvarsling til lokalt Helsetilsyn/Fylkeslege • Sikring av umiddelbare tiltak i forhold til kompenserende tiltak og eventuelle ytterligere varsle- og informasjonsbehov. <p>Alvorlighetsgraderingene følger saken i den videre saksbehandling og har betydning for saksbehandlingen og eventuelle eksterne meldeplikter. Det legges velt på å fange opp systemavvik der de potensielle konsekvensene kan være større enn de faktiske.</p> |
| Helhetlige pasientforløp og samhandling | |
| 3.3.2.1-04 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak på systemnivå for at veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten ivaretas. Dette innebærer f. eks å etablere systemer som sikrer god tilgjengelighet til kompetent faglig rådgiving for fastleger og leger i vakt, og systemer som sikrer at kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten er en integrert del av all ambulant virksomhet.</p> <p>Medisinsk klinikk har egen konfereringsbakvakt.</p> <p>PKO har bidratt til at informasjon om kontakttelefoner og vaktordninger på sykehuset er lagt inn i Veiviseren. OUS har avholdt 2 kontakt- og dialogmøter med primærlegene høsten 2010. Sykehuset har sendt ut 2 info-aviser til primærlegene (Oslosaker, Fastlegenytt)</p> <p>Se forøvrig 3.1.1-03</p> |
| 3.3.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010 | |
| 3.3.3-01 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal ta del i regionale fagråd og andre regionale nettverk og stille nødvendig kompetanse til disposisjon for regionale prosjekter og tiltak innenfor alle de seks målområdene som omfattes av dette dokumentet.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF deltar i regional fagråd, samt andre regionale nettverk og stiller kompetanse til rådighet for pågående prosjekter hvor det er etterspørsel og behov.</p> |
| 3.3.3-02 | <p>Antall implementerte behandlingslinjer rapporteres i årlig melding.</p> <p>Seks behandlingslinjer ble igangsatt ved oppstart januar 2010 Helse Sør Øst. Bronchiolitt J.21, Polypper N.84, Blødningsforstyrrelser N92, Cervix cancer, Ortopedisk diagnose, Førstegangpsykose.</p> <p>Det arbeides fortsatt med implementering av disse. Ingen er lagt ut på internett. De som ferdigstilles blir først lagt ut på eHåndbok før de legges ut på internett. I tillegg er det i 2010 arbeidet med Redesign av pasientforløp på Oslo universitetssykehus som vil bli intensivert i 2011. Følgende fire diagnosegrupper er meldt inn til oppstart av behandlingslinjearbeidet i Helse Sør Øst 2011 med oppstart 25 januar 2011.</p> <p>1. Ervervede hjerneskader hos barn, 2. Pasienter til hjertekirurgi, 3. Alkoholisme, 4. Affektive lidelser</p> |
| Legestillinger – oppfølging av legereguleringen | |
| 3.3.3-03 | <p>Regelverket for regulering av legestillinger skal følges. Det skal ikke etableres legestillinger utenom de tildelte kvoter. Søknader om omgjøring av stillinger skal forelegges det regionale helseforetaket.</p> <p>OUS følger disse rutinene.</p> |
| Praksisplasser for høgskolestudenter | |

| | |
|--|---|
| 3.3.3-04 | Oslo universitetssykehus HF skal sikre at det etableres et tilstrekkelig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever, lærlinger og studenter. Oslo universitetssykehus HF skal, i samarbeid med høyskolene, vurdere organisering av praksisplasser på nye måter for å utnytte hele behandlingsforløpet og helseforetakets samlede kapasitet; og evt. søke Kunnskapsdepartementet om nødvendig dispensasjon for gjeldende rammeavtaler for å kunne prøve ut nye organiseringsmodeller. Arbeidet må hensynta konsekvenser av at behandlingstilbud for deler av befolkningen planlegges overført til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. |
| | I samarbeid med høyskolene arbeides det med å revidere samarbeidsavtalene. Det arbeides med å iverksette prosjekt hvor kvaliteten på praksisplasser er temaet. Dette for å gi en god tidsmessig sammenheng mellom teoretisk undervisning og den type praktiske studier som studentene skal ut i. Det ligger et ønske om å prøve ut nye organisasjonsmodeller. Det er videre et fokus på at praksisplassene på sykehuset må endres slik at det er mulig for høyskolene å oppnå sine aktivitetskrav. |
| Koordinering av praksisplasser | |
| 3.3.3-05 | <p>Det skal være en hovedansvarlig koordinator for praksisplasser som er bemyndiget av administrerende direktør til å forestå koordinering av praksisplasser i samarbeid med høyskolene. Koordinatorene medvirker i et felles koordinatorforum innenfor det nærmere definerte geografiske området for praksiskoordinering. Det felles databaserte koordineringsverktøyet skal tas i bruk fra det tidspunkt løsningen er klar.</p> <p>Koordinering av praksisplasser for helsefagstudenter innen bachelor, master og videreutdanninger gjøres sentralt i Avdeling for kompetanseutvikling for hele Oslo universitetssykehus fra og med 2010. Avdelingen har praksisplass-koordinatorfunksjonen og et overordnet ansvar for å sørge for at foretaket leverer tilstrekkelig antall praksisplasser ut ifra sine forpliktelser.</p> <p>Koordinator er delaktig i Koordinatorforum Oslo/Akershus/Buskerud og innehar ledervervet der frem til september 2011. Oslo universitetssykehus har Høgskolen i Oslo og Lovisenberg diakonale Høgskole som sine hovedsamarbeidspartnere</p> <p>Koordinering av praksisplasser ut i klinikkene skjer via de helsefaglige rådgiverne i den enkelte klinikk. Det er en aktiv og jevnlig dialog mellom de helsefaglige rådgiverne og praksiskoordinator for å finne løsninger på utfordringer knyttet til å skaffe kvalitativt og kvantitativt antall praksisplasser.</p> <p>Koordinator anvender praksisplassdatabasen Praksys, som er etablert av Helse Sør-Øst. Den benyttes til å hente opplysninger om høyskolenes behov for praksisplasser samt at tilbudet om praksisplasser fra Oslo universitetssykehus blir registrert her. I denne databasen blir foretakets somatiske senger og døgnplasser innen psykisk helsevern lagt til grunn for mengden studenter som tas imot til klinisk veiledet praksis.</p> <p>I planleggingen av praksisplassfordelingen for studieåret 2010/2011 har det vært en del utfordringer knyttet til organisatoriske endringer i Oslo universitetssykehus. Poster og enheter flyttes eller endres i løpet av studieåret slik at forutsetningene for å ta imot studenter ikke lenger er tilstede. Dette har medført at andre poster og enheter har fått et større antall studenter en først planlagt.</p> <p>Klinikken psykisk helse og avhengighet har en egen enhet som er tillagt ansvaret for koordinering av praksisplasser i samarbeid med hovedansvarlig koordinator sentralt i OUS. Pr i dag oppfyller klinikken nøkkeltallene avtalt i koordinatorforum basert på antall senger i klinikken når det gjelder praksisplasser i bachelor sykepleie, samt tilbyr praksisplasser for sosionom-ergoterapi- og barnevernstudenter. Dette gjelder både bachelor- og videreutdanningene.</p> <p>I tillegg tilbyr klinikken plasser for tverrfaglig videreutdanning i psykisk helse fra HIO samt for vernepleierutdanningen fra HiAk.</p> |
| 3.4 MÅLOMRÅDE 4 - ORGANISERING OG UTVIKLING AV FELLESTJENESTER | |
| 3.4.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010 | |

| | |
|--|--|
| 3.4.1-01 | Bedre koordinering og styring av alle administrative fellestjenester i helseforetaksgruppen er etablert. Planer for ønsket gevinstrealisering er konkretisert. |
| | Oslo universitetssykehus er meget opptatt av etablering av fellestjenester på ulike nivåer, og deltar aktivt for å bidra til realisering av slike tjenester både i regionen som vel som nasjonalt. Lokalt vil den helhetlige og systematiske tilnærmingen med fokus på gjenbruk og samordning av tjenester på tvers av gamle strukturer også være en viktig suksessfaktor for sammenslåingsprosessen i Oslo universitetssykehus og for maksimal gevinstrealisering for foretaksgruppen som helhet. |
| 3.4.1-02 | Plan for virksomhetsutvikling og strategi for Sykehuspartner er etablert og gevinster realisert i henhold til plan. |
| | Eventuelle gevinster som er realisert i Sykehuspartner har ikke kommet til syne i tjenestepriene som Oslo universitetssykehus forholder seg til. |
| 3.4.1-03 | Handlingsplan for innkjøp/logistikk sikrer samordnet organisering lokalt, regionalt og nasjonalt for best mulig gjennomføringsevne og styrket understøttelse av avtalelojalitet, kostnadsstyring og gevinstrealisering. |
| | Oslo universitetssykehus følger lojalt opp de avtaler som er etablert på regionsnivå. |
| 3.4.1-04 | Tilrettelagte gevinster i regionale/nasjonale rammeavtaler siden 2007 når 320 mill. kroner i 2010. |
| | IKT avdelingen i Oslo universitetssykehus har ikke oversikt over den totale gevinstrealiseringen på foretaksnivå. Henviser for øvrig til svar på 3.4.1-02. |
| 3.4.1-05 | Omforente metoder og organisering innen eiendomsområdet for å følge opp og dokumentere kostnader og arealbruk er etablert. Innsatsen i 2010 bidrar til en samlet arealreduksjon og kostnadsreduksjon på 10 % for perioden 2009 til 2012. |
| | Oslo universitetssykehus har etablert Areaplanarbeid i 2010, som videreføres i 2011. |
| 3.4.1-06 | Utrulling av AdmHR følger oppsatt plan. |
| | Oslo universitetssykehus har implementert AdmHR i henhold til oppsatt plan. |
| 3.4.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende | |
| 3.4.2.1 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF | |
| IKT | |
| Organisatoriske krav og rammebetingelser | |
| Utvikling på IKT-området | |
| 3.4.2.1-01 | Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten. |
| | Gjennom ulike prosjekter på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, bidrar IKT avdelingen til å realisere de mål som er satt for helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten. |
| Utvikling på IKT-området - Videreutvikling av Norsk Helsenett SF | |
| 3.4.2.1-02 | Utvikling på IKT-området er en viktig del av samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Statsforetaket Norsk Helsenett er etablert som en ny nasjonal enhet for utvikling og drift av IKT innen sektoren. Oslo universitetssykehus HF skal støtte opp under den videre utviklingen av Norsk Helsenett SF og bidra til at de helsepolitiske målsettingene for etableringen realiseres. |

| | |
|--|--|
| | Oslo universitetssykehus vil, så fort tjenestene fra norsk helsenett er tilgjengelige og anvendelige, implementere bruken av dem i foretaket. |
| Utvikling på IKT-området - Elektronisk meldingsutveksling – Meldingsløftet | |
| 3.4.2.1-03 | <p>Nasjonalt meldingsløft har som mål at informasjonsutveksling mellom nivåene i helsetjenesten skal baseres på sikker elektronisk meldingsutveksling og at parallelle forsendelser av papir skal avvikles. De regionale prosjektplanene og de nasjonale målene som er satt i meldingsløftet, skal følges opp. Spesielt skal det legges vekt på å få økt volum i meldingsutvekslingen og å avvikle bruk av papirløsninger i tråd med de prioriterte målsettingene, samt tiltak for å sikre samhandling vedrørende elektronisk meldingsutveksling, jf. handlingsplan for Nasjonalt meldingsløft.</p> <p>Lokalt Oslo universitetssykehus meldingsløftprosjekt og styringsgruppe etablert.</p> <p>Gjennom 2010 har mye av aktivitetene dreid seg om etablering av kommunikasjon mot nye legekontorer i regionen på grunn av funksjonsfordeling mellom immunologisk laboratorium på sykehuset Østfold og Oslo universitetssykehus. Denne trafikken går via Amtrix på EDIFACT.</p> <p>Det regionale meldingsløftprosjektet har i samme periode arbeidet med klargjøring av legekontorer for å håndtere KithXML 1.3 / PKI.</p> <p>I 2010 har mye arbeid blitt lagt ned for å avvikle Amtrix som meldingsformidler og flytte trafikken over på Biztalk. OUS har planlagt produksjonssetting av mekanismer i Biztalk for å sende meldingene på dette formatet i løpet av første halvår 2011.</p> <p>Adresseregisteret i DocuLive er besluttet oppgradert i mars 2011 slik at epikrise, brev og notat kan utbres ytterligere.</p> |
| Utvikling på IKT-området - Elektroniske resepter | |
| 3.4.2.1-04 | <p>Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF bidrar til utbredelse av elektronisk resept med sikte på at elektroniske resepter kan sendes og mottas i 2011. Tidsplaner og ambisjonsnivå avklares innen 1. mai 2010 gjennom egen dialog med Helse- og omsorgsdepartementet.</p> <p>På grunn av omstillingsprosessene i Oslo er det ikke rom for å bidra til utbredelse av eResept i 2011. Oslo universitetssykehus kan bidra i en sen fase av Helsedirektoratets utbredelsesprosjekt, et prosjekt som ikke enda er etablert. Oslo universitetssykehus HF avventer det nasjonale prosjektet.</p> |
| Utvikling på IKT-området - Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger | |
| 3.4.2.1-05 | <p>Ordningen med automatisk frikort innføres på landsbasis fra 1. juni 2010. En forutsetning for automatisk frikort er at alle som kan innkreve egenandeler som inngår i egenandelstak 1 og Helseforetakenes senter for pasienttransport ANS, sender inn komplette opplysninger om betalte egenandeler til HELFO. I 2010 er komplett innsending av egenandeler for syketransport med rekvisisjon basert på at pasienten selv sender inn kvitteringer for betalte egenandeler. Frem til 1. juni 2010 skal kvitteringene sendes til NAV. Fra 1. juni 2010 skal pasienten sende kvitteringene til Helseforetakenes senter for pasienttransport ANS, som skal videreformidle disse opplysningene til HELFO.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har fra 1. juni tilpasset rapporteringen til HELFO til nye krav. Klinikkene er bedt om å sikre at rutine for ferdigstilling av medisinsk koding skjer på ukebasis slik at klinikkene og foretaket ikke mister inntekter. Dette innebærer at klinikkene selv må stramme inn nåværende praksis med ferdigstilling av koding slik at fristene kan overholdes.</p> |
| 3.4.2.1-06 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal rapportere egenandeler for poliklinisk behandling og syketransport elektronisk til HELFO.</p> <p>Se 3.4.2.1-05</p> |

| | |
|---|--|
| 3.4.2.1-07 | Oppgjørssystemet POLK skal fases ut innen 1. januar 2011 etter nærmere angivelse fra Helsedirektoratet. |
| | Se 3.4.2.1-05 |
| 3.4.2.1-08 | Oslo universitetssykehus HF skal iverksette nødvendige tiltak i 2010, slik at innrapportering fra pasienten selv ikke lenger er nødvendig for å sikre komplett innrapportering av egenandeler for direkteoppgjør fra og med 1. januar 2011. |
| | Oslo universitetssykehus HF følger så langt mulig endrede krav til elektronisk rapportering og endringer i oppgjørssystem for å sikre riktig inntektsrapportering. |
| Utvikling på IKT-området - Nytt nødnett | |
| 3.4.2.1-09 | Oslo universitetssykehus HF skal bidra til at målsettingene med innføringen av nytt digitalt nødnett i Norge blir nådd. |
| | Oslo universitetssykehus har avsatt midler og ressurser, samt gjennomført opplæring av personell for å kunne ta i bruk det nye nødnettet så fort dette blir innført, for dermed å kunne bidra til at målsettingene for innføringen av det nye systemet nås. |
| 3.4.2.1-10 | I forbindelse med etablering av nytt digitalt nødnett i Norge skal det settes av nødvendige ressurser til å kunne ta imot og delta i installeringen av utstyret, sikre driften av det og evaluere bruken av utstyret. |
| | Oslo universitetssykehus har etablert et prosjekt for mottak og innføring av det nye nødnettet. Prosjektet er bemannet, og vil håndtere innføring i OUS. |
| 3.4.2.1-11 | Det skal legges til rette for en formålstjenlig bruk av nytt digitalt nødnett i de berørte kommunene, herunder sørge for å utnytte de muligheter det nye nettet vil gi for mer og bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. |
| | Oslo universitetssykehus har avsatt midler og ressurser, samt gjennomført opplæring av personell for å kunne ta i bruk det nye nødnettet så fort dette blir innført. |
| Innkjøp og logistikk | |
| Organisatoriske krav og rammebetingelser | |
| Oppfølging av juridisk rammeverk - Tiltak for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosessene | |
| 3.4.2.1-12 | Regelverket for offentlige anskaffelser er ikke alene tilstrekkelig for å sikre at offentlige innkjøp blir faglig gode og har høy kvalitet. Tiltak knyttet til organisering, ledelse og kompetanse er avgjørende for å få til korrekte og gode innkjøp, jf. St.meld. nr. 36 (2008-2009) Det gode innkjøp. Tidligere krav om god internkontroll og etterlevelse av regelverket for offentlige anskaffelser må fortsatt ha oppmerksomhet i helseforetakenes styrer og ledelse. De regionale helseforetakene oversendte januar 2010 rapporten "Å sikre bedre kvalitet i anskaffelsesprosessene i helsesektoren", hvor det ble gitt anbefalinger om ytterligere tiltak for å sikre bedre kvalitet ved gjennomføring av offentlige anskaffelser. Rapporten presiserte at arbeidet med kvalitetsforbedring også må inkludere prosessene før kunngjøring og etter at avtaleinngåelse har funnet sted. Videre er det identifisert behov for å følge opp med tiltak på ulike nivå i virksomhetene. Det legges til grunn at det settes i gang tiltak for å møte de utfordringer som rapporten beskriver. |
| | Oslo universitetssykehus HF arbeider kontinuerlig for å forbedre kvaliteten i anskaffelsesprosessene. Den nye regionale innkjøpshåndboken vil være et nyttig hjelpemiddel i dette arbeidet. |
| Oppfølging av juridisk rammeverk - Etisk handel | |

| | |
|--|---|
| 3.4.2.1-13 | <p>De regionale helseforetakene ble i foretaksmøtene i januar 2008 pålagt å følge opp Handlingsplan 2007-2010 Miljø- og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser. Et sentralt element i planen er å fremme sosiale og etiske krav ved gjennomføring av offentlige anskaffelser. Det ble i januar 2009 lansert en veileder som ledd i oppfølging av denne planen. Veilederen Etiske krav i offentlige anskaffelser oppfordrer offentlige virksomheter til blant annet å lage handlingsplaner for etisk handel. I flere europeiske land har det vært oppmerksomhet på etisk og rettferdig handel i tilknytning til kjøp av medisinsk utstyr. Den europeiske legeforeningen (CPME) vedtok i juni 2009 å oppfordre alle medlemsforeningene til å arbeide for etisk handel med medisinsk utstyr. Dette er et initiativ Den norske legeforening har fulgt opp gjennom en oppfordring til Helse- og omsorgsdepartementet i august 2009. Helse Sør-Øst RHF skal, sammen med de øvrige regionale helseforetakene, vurdere hensiktsmessig oppfølging av veilederen Etiske krav i offentlige anskaffelser, herunder eventuell utarbeidelse av egne handlingsplaner. Oppfølging av etisk handel med medisinsk utstyr skal gis en særlig vurdering. Arbeidet kan sees i sammenheng med etableringen av ny kompetanseenhet. Oslo universitetssykehus HF skal ta del i dette arbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har benyttet informasjonsmateriell fra Helse Sør-Øst RHF til informasjon om etiske retningslinjer i hele organisasjonen.</p> |
| Bygg og eiendom | |
| Investeringer og kapitalforvaltning | |
| 3.4.2.1-14 | <p>Med bakgrunn i målsettingene i Nasjonal helseplan jf. St.prp. nr. 1 (2006-2007) har kompetansenettverket for sykehusbygg utviklet et klassifikasjonssystem og nomenklatur for funksjoner og arealer i sykehusbygg. Sykehusbygg i Helse Sør-Øst skal registreres i tråd med klassifikasjonssystemet.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF gjennom virksomhetsområde Eiendom (VOE) er deltaker i FUBE delprosjekt 5 – Innføring av klassifikasjonssystemet for arealer og sykehusbygg. Rapporten ferdigstilles Q1.</p> |
| Øvrige styringskrav - Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eiendommer | |
| 3.4.2.1-15 | <p>Det er tidligere stilt krav til Helse Sør-Øst RHF om utarbeidelse av forvaltningsplan for hver enkelt av sektorens kulturhistoriske eiendommer. Det skal utarbeides forvaltningsplaner for alle bygninger i både verneklasse 1 og verneklasse 2. Det vises i denne sammenheng til veilederen ”Mal forvaltningsplan” utarbeidet av Statens Kulturhistoriske eiendommer i januar 2009. Arbeidet med forvaltningsplaner skal iverksettes av Helse Sør-Øst RHF slik at en i 2010 utarbeider en plan for gjennomføring av arbeidet med sikte på å slutføre arbeidet med forvaltningsplanene innen utgangen av 2011. Oslo universitetssykehus HF skal utarbeide forvaltningsplaner for vernede bygg i samsvar med nasjonale retningslinjer.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF gjennom virksomhetsområdet Eiendom (VOE) vil fortsette arbeidet med forvaltningsplan i året 2011. Arbeidet vil utføres i samarbeid med HSØ .</p> |
| Øvrige styringskrav - Evaluering av parkeringstilbudet ved sykehusene | |
| 3.4.2.1-16 | <p>Foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF i januar 2009 omtalte oppfølging av rapport utarbeidet av de regionale helseforetakene og datert 24. november 2008 om organisering av parkeringstilbud. De regionale helseforetakene ble bedt om å evaluere organiseringen av parkeringstilbudet i 2010. Helse Sør-Øst RHF skal oversende rapport innen 1. oktober 2010 om resultatene fra evalueringen av organiseringen av parkeringstilbudet til Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo universitetssykehus HF skal tilrettelegge for pasientvennlig parkering og følge opp anbefalinger gitt i utarbeidet rapport fra 2008 samt delta i evalueringsarbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>På Ullevål sykehus, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Aker sykehus er det avgift for parkering og at egne plasser er reservert for pasienter, pårørende og gjester forøvrig.</p> <p>Tre av fire hovedområder defineres som sentrumsnære og har gode offentlige transportmuligheter.</p> <p>Vi har hatt særlig fokus på at pasienter ikke skal få ekstra gebyr dersom behandlingen ved sykehuset er forsinket. Dette er løst ved at etterskuddsbetaling kan benyttes på alle plasser. Pasienter kan trekke betalingskort ved ankomst, og betale for benyttet tid ved reise. På denne måten er man sikret å ikke komme for sent til parkeringstidens utløp. Systemet har den begrensning at den ikke kan benyttes ved betaling med mynt eller sedler.</p> <p>Pasienter får oftest ettergitt kontrollavgift dersom behandlingen i klinikk er forsinket til tross for at man har hatt muligheten til å unngå dette ved bruk av bankkort.</p> <p>Medarbeidere ved Oslo universitetssykehus HF kan reise gratis på trikken mellom Ullevål sykehus og Rikshospitalet. Dette er en avtale mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo sporveier, og gjelder alle ansatte ved sykehuset.</p> <p>Det er også tidligere etablert en minibussrute mellom Rikshospitalet og Radiumhospitalet.</p> |
| 3.4.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010 | |
| IKT | |
| 3.4.3-01 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal organisere og tilpasse virksomheten innen fellestjenester på alle delområder iht. de retningslinjer for organisering og rolle/ansvarsfordeling som gis helseforetaket i forbindelse med etablering av felles tjenesteleverandør i Sykehuspartner IKT, HR, innkjøp, og gjennom dette bidra til maksimal gevinstrealisering for foretaksgruppen som helhet.</p> <p>IKT avdelingen organiserer og tilpasser sin virksomhet innen fellestjenester på alle delområder i henhold til de retningslinjer for organisering og rolle/ansvarsfordeling som er gitt helseforetaket i forbindelse med etablering av felles tjenesteleverandør i Sykehuspartner IKT og de retningslinjer som er gitt helseforetaket ved etablering av et fusjonert OUS.</p> <p>I denne fasen tilrettelegges de grunnleggende systemer og infrastruktur som siden skal danne fundamentet i effektivisering av vår IKT plattform. I neste fase vil vi derfor kunne samordne systemer og ansatte på tvers av gamle strukturer og være den viktigste drivkraft til maksimal gevinstrealisering for foretaksgruppen som helhet.</p> |
| 3.4.3-02 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal ta i bruk IKT-fellestjenester iht. til de utviklings- og utrullingsplaner som vedtas.</p> <p>Oslo universitetssykehus implementerer og tar i bruk IKT fellestjenester i henhold til de omforente planer som foreligger.</p> |
| 3.4.3-03 | <p>Regionalt etablerte rammeverk for informasjonssikkerhet, inkludert styringsdokument med underliggende dokumenter, skal følges. ROS-analyser for lokale systemer skal gjennomføres.</p> <p>Disse tiltakene er i samsvar med den praksis som har foregått i hvert av de tre tidligere foretakene, og som nå videreføres i Oslo universitetssykehus</p> |
| 3.4.3-04 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal ta i bruk Norsk helsenetts løsninger for folkeregistertilgang og generering av unike nødnummer (hjelpenummer) så snart løsningene er klare til bruk.</p> <p>Oslo universitetssykehus vil, så fort tjenestene fra norsk helsenett er tilgjengelige og anvendelige, implementere bruken av dem i foretaket.</p> |

| | |
|----------------------|---|
| 3.4.3-05 | Oslo universitetssykehus HF skal videreføre arbeidet med å legge til rette for bruken av prioriteringsveilederne utarbeidet i prosjektet <i>"Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten"</i> . Nye maler for svar på henvisning til spesialisthelsetjenesten (rettighetstildelingen) skal tas i bruk. Dette forutsetter at IKT-systemene som behandler prioriteringsdata/ henvisningsopplysninger og genererer brevene, tilrettelegges for disse. |
| | I forbindelse med opprettelsen av Oslo universitetssykehus, har sykehuset innført et felles pasientadministrativt system, PasDoc, samt felles henvisningsrutiner. Samtidig med innføringen av nye henvisningsrutiner, ble det lansert nye, standardiserte pasientbrev basert på Helsedirektoratets fire maler. Disse er implementert i det felles pasientadministrative systemet, og ble tatt i bruk i 2010. |
| 3.4.3-06 | Oslo universitetssykehus HF skal aktivt bidra til at IKT-systemene videreutvikles til å støtte gode behandlingsskjeder og helhetlige pasientforløp. |
| | I forbindelse med opprettelsen av Oslo universitetssykehus blir behandlingsskjeder, arbeidsprosesser og IKT systemer gjennomgått med tanke på å skape helhetlige pasientforløp og gode behandlingsskjeder i foretaket. Omstillingsprosessen har delmål som strekker seg over flere år, og pågår kontinuerlig med ressursdeltakelse fra hele foretaket for å sikre best mulig kvalitet. |
| Innkjøp og logistikk | |
| 3.4.3-07 | Oslo universitetssykehus HF skal medvirke til realisering av mål og tiltak i regional Handlingsplan Innkjøp og Logistikk 2010. |
| | Oslo universitetssykehus HF deltar med representanter i Strategisk forum for innkjøp og logistikk (SIL) i Helse Sør-Øst RHF og i Forum for innkjøp og logistikk (FIL) i Helse Sør-Øst RHF. Det er fullt samsvar mellom Oslo universitetssykehus HF sine mål og tiltak og den regionale handlingsplanen. De utfordringene som finnes, er dels en følge av at fusjonsprosessen tar mye ressurser fra daglig drift, og at mange tiltak krever til dels omfattende investeringer. |
| 3.4.3-08 | Oslo universitetssykehus HF skal etablere gevinstrealiseringsprogram i tråd med regionale retningslinjer |
| | Bortsett fra investeringer knyttet til omstilling, er investeringer innen de områder som omfattes av regionale retningslinjer relatert til drift og vedlikehold. Gevinstuttak/gevinstrealisering vil være en vesentlig del av omstillingstiltakene. |
| 3.4.3-09 | Etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt vedtatt i styret for Helse Sør-Øst RHF i sak 095-2009, gjøres gjeldende for helseforetaket fra 1.1.2010. Retningslinjene er oversendt helseforetaket for styrebehandling og videre oppfølging og implementering. Det skal iverksettes nødvendig opplæring og informasjon til alle ansatte om de vedtatte retningslinjer. |
| | Oslo universitetssykehus HF har benyttet informasjonsmateriell fra Helse Sør-Øst RHF til informasjon om etiske retningslinjer i hele organisasjonen. |

| | |
|-----------------|--|
| 3.4.3-10 | <ul style="list-style-type: none"> • For å sikre gjennomføring av Strategiplan innkjøp og logistikk 2009-2012 (styresak 128-2008) er det for 2010 innført konkrete styringsmål for helseforetakene (styresak 096-2009). Oslo universitetssykehus HF skal etablere og styrebehandle handlingsplan for realisering av styringsmålene. Rapporteringen på styringsmålene inngår i den generelle tertialsvis rapporteringen i foretaksgruppen. Den regionale oppfølgingen vil være knyttet til etablerte nøkkelindikatorer (KPI) og definisjonskatalog for disse med følgende styringskrav: <ul style="list-style-type: none"> • Avtaledekning 60 % • Avtalelojalitet 80 % • Utnyttelse av elektronisk bestillingssystem 60 % • Bruk av forsyningscenteret 15 % av helseforetakets innkjøpsvolum, et nivå som skal være nådd ved slutten av året <p style="text-align: right;"><u>KPI-krav settes til</u></p> <p>Oslo universitetssykehus HF har rapportert på KPI'ene hvert tertial. Oslo universitetssykehus HF har deltatt som pilotsykehus i Helse Sør-Øst RHF sitt logistikkprosjekt og i prosjektgruppen for Helse Sør-Øst RHF sitt innkjøpsprosjekt. Begge prosjekter har til hensikt å forbedre måloppnåelsen på KPI'ene. Logistikkprosjektet har avdekket at utfordringene ligger både i Forsyningscenteret, helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF /Sykehuspartner. Innkjøpsprosjektet har bl.a medvirket til utarbeiding av en innkjøpshåndbok som forbedrer kvaliteten på innkjøpsprosessene og innfører like prosedyrer i alle HF. Sluttrapporter foreligger foreløpig ikke fra noen av prosjektene.</p> |
| 3.4.3-11 | <p>For følgende nøkkelindikatorer (KPIer) skal styringskrav konkretiseres ved styret i Oslo universitetssykehus HF:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Utnyttelse av forsyningskonseptet aktiv forsyning ○ Bruk av elektronisk produktkatalog <p>Oslo universitetssykehus HF har aktiv forsyning implementert på alle sykehus. Løsningene er forskjellige og det er ønskelig å komme over på en felles løsning. Elektroniske produktkataloger implementeres fortløpende i de elektroniske bestillingssystemene.</p> |
| AdmHR | |
| 3.4.3-12 | <p>Det skal utvikles mindre ressurskrevende arbeidsprosesser og bemanningskostnadene i driften skal reduseres gjennom bedre ressursstyring Oslo universitetssykehus HF skal realisere gevinster knyttet til implementering av AdmHR og måles på den måten Helse Sør-Øst RHF anviser i sitt arbeid.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har i 2010 gjort forberedende aktiviteter for utrulling av regionalt arbeidsplansystem GAT. Det er planlagt prosjektstart aug/sept 2011. Som en del av dette skal det kjøres et ressursstyringsprosjekt hvor man ser på ressursbruken på de ulike postene deriblant se på vaktplan opp mot turnusplan. Dette prosjektet er i gang som et av delprosjektene under GAT/RAPS prosjektet, og vil komme med en antydning om gevinstpotensialet på Oslo universitetssykehus HF i mai/juni 2011. Prosjektet for utrulling av regionalt arbeidsplansystem vil vare ut 2012.</p> |
| Bygg og eiendom | |
| 3.4.3-13 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal medvirke til langsiktig mål om bedre arealutnyttelse og kostnadseffektivisering av eiendomsområdet.</p> <p>Arealprosjektet er en del av omstillingsarbeidet, videreføres i 2011.</p> |
| 3.4.3-14 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal delta i Forum for utvikling av bygg og eiendom og de fellesprosjekter som der vedtas og etableres.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF gjennom virksomhetsområdet Eiendom (VOE) deltar i Forum for utvikling av bygg og eiendom og i de fellesprosjekter som der vedtas og etableres.</p> |

| | |
|--|--|
| 3.4.3-15 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre ROS-analyser innen eiendomsområdet og føre oversikt over disse med tilhørende tiltaksplan og aktiviteter.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF gjennom virksomhetsområdet Eiendom (VOE) har utarbeidet ROS – analyser innenfor spesifikke områder, med tilhørende tiltaksplaner. Dette arbeidet vil fortsette i 2011.</p> |
| 3.5 MÅLOMRÅDE 5 - MOBILISERING AV MEDARBEIDERE OG LEDERE | |
| 3.5.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010 | |
| 3.5.1-01 | <p>Handlingsplanen til HR-strategien gjennomføres iht. plan, og aktivitetene er samordnet gjennom felles styring og årshjul.</p> <p>Arbeidet med overordnet strategi og felles HR-strategi for det nyetablerte foretaket har først blitt intensivert i 2. halvdel av 2010. Arbeidet med HR-strategi er godt i gang og baserer seg på hovedlinjene i HR-strategi for HSØ 2009-2011. Det jobbes parallelt med HR-strategi for perioden 2012-2014, dog innenfor de hovedlinjer HR-strategien for HSØ 2009-2011 har lagt.</p> <p>Status/planer årshjul: Et brukervennlig årshjul som binder sammen de regelmessige HR-prosessene og synliggjør frister er under utarbeidelse og vil forligge i januar 2011.</p> |
| 3.5.1-02 | <p>Regional HMS-policy er iverksatt.</p> <p>OUS med jobber systematisk med HMS i tråd med overordnet policy</p> |
| 3.5.1-03 | <p>Samordnet medarbeiderundersøkelse er etablert og fulgt opp i hele foretaksgruppen.</p> <p>På grunn av at organisasjonsstrukturen ved Oslo universitetssykehus ikke var ferdig ryddet i Fresh og PAGA og kunne brukes som grunnlag ved utsendelse av digital Medarbeiderundersøkelse, gjennomførte Oslo universitetssykehus høsten 2010 ikke digital spørreundersøkelse. Som en erstatning for Medarbeiderundersøkelsen 2010 gjennomfører Oslo universitetssykehus i desember 2010-februar 2011 gruppesamtaler for å kartlegge utfordringer og utarbeide tiltak. Handlingsplan skal være ferdig i alle enheter ved Oslo universitetssykehus innen den 01.03.2011. Gruppesamtalene tilfredsstiller Arbeidsmiljølovens krav om kartlegging og utarbeidelse av tiltak innen det psykososiale arbeidsmiljø. Høsten 2011 planlegger Oslo universitetssykehus å gjennomføre digital Medarbeiderundersøkelse som normalt.</p> |
| 3.5.1-04 | <p>De 12 prinsippene for medvirkning er innarbeidet i foretakenes beslutningsprosesser.</p> <p>Oslo universitetssykehus har i ny den nye organisasjonen innarbeidet i beslutningsprosesser HSØ sine 12 prinsipper for medvirkning i omstilling.</p> |
| 3.5.1-05 | <p>Sykefraværet er redusert med 1 prosentpoeng.</p> <p>Sykefraværet viser en nedgang på 1,2% (oktober 2009 - september 2010). Det er vanskelig å si hvor mye av dette som er en reell nedgang eller en nedgang som man typisk kan se i forbindelse med nedbemanninger og omorganiseringer. Variasjoner i korttidsfraværet kan tyde på sesongvariasjoner (svineinfluensa).</p> <p>Nedgangen i langtidsfraværet på 0,8% tyder imidlertid på at Oslo universitetssykehus har lyktes med etablerte tiltak i sykefraværarbeidet. Tendensen er at de klinikkene som i oktober 2009 hadde høyest langtidsfravær, er de som også har lyktes best med å redusere dette i året som er gått.</p> |
| 3.5.1-06 | <p>Bemanningstilpasninger er gjennomført i tråd med lov og avtaleverk og tilrettelagt slik at kompetansen kommer helsetjenesten i hele regionen til gode.</p> |

| | |
|--|---|
| | Oslo universitetssykehus har gjennomført noen mindre bemanningstilpasninger i 2010, og disse er gjennomført i tråd med lov og avtaleverk. |
| 3.5.1-07 | System og prinsipper for strategisk kompetansestyring er utviklet. Det er utarbeidet ny felles prosedyre og mal for utviklingssamtalen hvor kartlegging av kompetanse i tillegg til årsrapport og plan for kompetanseutvikling er en integrert del. Det nye dokumentet iverksettes fra januar 2011. I 2010 har Oslo universitetssykehus kompetansekartlagt ca 10.000 ansatte. Dette vil være et nyttig materiale i arbeidet med systematisk kompetansestyring og planlegging. Strategisk kompetansestyring er ett av flere felt det jobbes med i HR-strategi 2011/2012-2014 |
| 3.5.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende | |
| 3.5.2.1 Krav fra oppdragsdokument 2010 | |
| Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester | |
| 3.5.2.1-01 | Antall feil og uønskede hendelser i helsetjenesten skal reduseres. Det er et ledelsesansvar på alle nivå å sikre velfungerende systemer for melding av uønskede hendelser. Ansatte skal oppleve det trygt å melde, og meldingene skal følges opp ut fra et system- og læringsperspektiv. Oslo universitetssykehus har som mål å øke antall meldinger om feil og uønskede hendelser da det er gjennom disse en kan avdekke systemfeil og forhindre gjentakelser. Oslo universitetssykehus innførte fra 01.01.2010 et felles avvikssystem for hele det nye sykehuset og erfaringene så langt er at bruken er tilfredstillende og som ønsket økende i hele organisasjonene og ved alle lokalisasjoner. Alle avvikmeldinger vurderes av linjeledere der hver enkelt blir risikovurdert og kategorisert. De prinsipielle og mest alvorlige sakene blir vurdert i klinikkens kvalitetsutvalg og noen også i sentralt pasientskadeutvalg. Det er etablert systemer for å gi tilbakemeldinger til meldere samt på bred måte å informere om erfaringer samt forslag til forbedringstiltak. Sykehusledelsen oppfordrer til åpen meldekultur og har erfaringer at de ansatte også opplever at meldinger kan registreres uten at dette medfører negative konsekvenser – dette understøttes også i at antall registrerte meldinger er jevnt økende. |
| Pasientbehandling | |
| 3.5.2.1-02 | Ved omstilling av spesialisthelsetjenestetilbudet må det legges til rette for gode prosesser. Lokale løsninger må utformes i samarbeid med brukere, ansatte i foretaket, politisk ledelse i berørte kommuner og kommunehelsetjenesten. Det arbeides i et forpliktende samarbeid med Oslo kommune, bydelene og brukere. Se tidligere punkt om samarbeidsavtaler og samhandlingsarenaer. Her arbeides det med felles rutiner knyttet til pasientstrømmer. Dette sikrer felles eierskap til behandlingsforløpene, noe som bidrar til at gode modeller kan implementeres i sykehusets drift. Det arbeides med områdeplaner for rehabilitering, psykisk helse og avhengighet. Ambulant virksomhet videreutvikles. Utviklingsprosjekter forankres i klinikk, stab og primærhelsetjeneste, prosjekt startes ikke dersom overgang til drift ikke sees på som aktuelt. Det arbeides med å utvikle Aker som samhandlingsarena mellom Oslo universitetssykehus og Oslo kommune. Ansatte i helseforetaket er på ulike måter trukket inn i klinikkens arbeid med redesign. Her gjøres felles planlegging, og det utvikles felles eierskap til beslutninger knyttet til samhandling. Poliklinikkene er løftet frem som viktige arenaer for samarbeid. Stab samhandling bistår i dette arbeidet |
| Utdanning av helsepersonell | |

| | |
|------------|---|
| 3.5.2.1-03 | <p>Utdanning av helsepersonell er et sentralt virkemiddel for å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelig antall helsepersonell i helsetjenesten, både på kort og lengre sikt. Utdanningsoppgaver omfatter tiltak knyttet til grunnutdanning, turnustjeneste, videreutdanning, etterutdanning og spesialistutdanning. Ledelsesforankring og god organisering og veiledning av praksis- og turnusordningene bidrar til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer. Etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner og samarbeidsavtaler legger rammer for utdanningsoppgavene og tjenester som skal ytes. Særlig oppmerksomhet bør rettes mot behov for nye temaer i grunnutdanningene som oppfølging av nasjonale strategier og satsningsområder.</p> |
| | <p>Oslo universitetssykehus har gjennom 2010 fokusert på en tydeligere organisering av utdanningsfunksjoner i Oslo universitetssykehus enn tidligere, knyttet til grunn-, videre- og etterutdanninger for alle typer helsepersonell. Ansvaret har tidligere vært fragmentert i samtlige tidligere sykehus. Utdanningsansvar på overordnet, strategisk koordinerende nivå er nå organisatorisk samlet med forskning og innovasjon, med egen høyt kvalifisert utdanningsleder fra januar 2011. Organiseringen fordrer tett samarbeid med fagdirektør, HR-direktør og klinikkledere og deres medarbeidere med operativt utdanningsansvar, og ikke minst samarbeidende utdanningsinstitusjoner.</p> <p>Det er vedtatt å utarbeide en særskilt utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus, i nært samarbeid med universitet og høyskoler. Arbeidet er påbegynt, i regi av sykehusets Utdanningsutvalg. Som en del av dette arbeides det med å finne egnede indikatorer for utdanning, til løpende intern oppfølging av klinikkenes aktivitet.</p> <p>Det har i 2010 vært gjennomført flere samarbeidsmøter med hhv høyskoler og Universitetet i Oslo med utdanning som tema. Møtene har hatt deltagelse på høyt ledelsesnivå. Særlig oppmerksomhet har vært rettet mot konsekvenser av endrede opptaksområder og overføring til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken. Prioritering av tilstrekkelige arealer til undervisningsfunksjoner i Oslo universitetssykehus har vært og vil fortsatt være et viktig fokusområde.</p> <p>Det er etablert et Helsefaglig forum internt, med fagspesifikke nettverk. Disse er sentrale premissleverandører for dialog med og innspill til høyskolene vedrørende behov og innhold i de ulike helsefaglige grunnutdanningene.</p> <p>UiO og Det medisinske fakultet utarbeidet i 2010 en ny strategisk plan. Oslo universitetssykehus ga i denne forbindelse flere innspill knyttet til medisinerutdanning, for å sikre at institusjonene har sammenfallende mål. Oslo universitetssykehus arbeider generelt med å heve utdanningsfunksjonenes status på helseforetakssiden. Det er av avgjørende betydning at særlig Det medisinske fakultet, hvor forskningsfokuset er stort, arbeider for det samme.</p> <p>Det er i 2010 etablert en ny samarbeidsform på ledelsesnivå mellom Oslo universitetssykehus og Den norske legeförening, Utdanningsseksjonen, om ivaretagelse av spesialistutdanning i Oslo universitetssykehus. Det er viktig for Oslo universitetssykehus at dette styrkes, og ikke forringes, både under og etter pågående omorganiseringer og omstillinger.</p> <p>Helsepedagogikk og hvordan helsepersonell kan bli flinke veiledere, er en av de viktige oppgaver som har vært tillagt LMS. Denne oppgaven bør fortsatt være et satsningsområde, formaliseres og videreutvikles.</p> |
| 3.5.2.1-04 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal medvirke til at det, i samarbeid med fylkeskommunene, etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagutdanningen og ambulansesarbeiderutdanningene. Antallet rapporteres i årlig melding.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Det er etablert et samarbeid med Oslo kommune om praksisplasser for helsefagareiderene som skal være lærling i kommunen. Målet er å inngå en samarbeidsavtale som skal regulere forholdet.</p> <p>Det arbeides med å få på plass en samarbeidsavtale i forhold til helsesekretærene.</p> <p>Vedrørende ambulansearbeiderutdanningen har ambulanseavdelingen 46 lærlinger i ambulansefaget fordelt på 1 og 2 års-lærlinger.</p> |
| 3.5.2.2 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF | |
| Organisatoriske krav og rammebetingelser | |
| Tiltak på personalområdet - Inkluderende Arbeidsliv (IA), sykefravær og uønsket deltid m.m. | |
| 3.5.2.2-01 | <p>I arbeidet med Inkluderende Arbeidsliv er det enkelte arbeidssted fremholdt som en viktig arena for å redusere sykefravær, hindre helserelatert utstøting fra arbeidslivet og få flere med redusert funksjonsevne i arbeid. Gjeldende IA-avtale er forlenget til 1. mars 2010 i påvente av at partene i avtalen vurderer nye tiltak, f.eks. mer sektordifferensierte tiltak. Oslo universitetssykehus HF skal legge til rette for et godt arbeidsmiljø, med henblikk på god bruk av de tilgjengelige helsepersonellressursene og målsettingene i Inkluderende Arbeidsliv.</p> <p>Oslo universitetssykehus har etablert Arbeidsmiljøutvalg (AMU) og IA-utvalg. Et strategisk IA-utvalg arbeider med målsetninger, retningslinjer og organisering av inkluderende arbeidsliv i sykehuset, i tillegg til overordnede problemstillinger knyttet til inkluderende arbeidsliv. Et operativt IA-utvalg bidrar til å løse konkrete saker. Det legges stor vekt på at IA-arbeid er en del av det systematiske HMS-arbeidet.</p> <p>Det er etablert et samarbeid med NAV Arbeidslivssenter Oslo med mål om å inngå en ny samarbeidsavtale for Inkluderende arbeidsliv på foretaksnivå, hvor hver klinikk vil utvikle egne mål og handlingsplaner.</p> |
| 3.5.2.2-02 | <p>Regjeringen har satt ned et utvalg som skal gjennomgå årsakene til det relativt høye sykefraværet og tidlig avgang fra arbeid i helsesektoren. Utvalget skal videre foreslå tiltak som kan redusere sykefravær og helserelatert utstøting i helseforetaksgruppen. Utvalget skal levere sin utredning (NOU) innen utgangen av 2010. Helse Sør-Øst RHF skal kartlegge omfang av og årsak til sykefraværet og helserelatert utstøting i helseforetaksgruppen, samt utarbeider handlingsplaner med adekvate tiltak. Oslo universitetssykehus HF skal ta del i dette arbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF. Det skal rapporteres om arbeidet i årlig melding.</p> <p>Oslo universitetssykehus har fastsatte rutiner for sykefraværsoppfølging beskrevet i interne prosedyrer. Sykefraværstiltak klassifiseres i tre typer: 1) basistiltak rettet mot virksomhetens struktur, kultur og prosesser, 2) persontiltak og 3) prosjekttiltak rette mot prioriterte grupper/områder og problemgrupper/problemområder.</p> <p>Som en oppfølging av sykefravær etter 1. tertial, har alle klinikker jobbet systematisk med handlingsplaner som beskriver status og tiltak i sykefraværsarbeidet. Samtlige klinikker har per september 2010 levert sine handlingsplaner. Dette følges opp systematisk gjennom rapporter til administrerende direktør og AMU.</p> |
| 3.5.2.2-03 | <p>Omfang av og iverksatte tiltak mot uønskede deltidsstillinger i helseforetakene skal kartlegges. Det forutsettes at det fortsatt arbeides aktivt for å redusere uønskede deltidsstillinger og legge til rette for økte stillingsandeler. Det skal rapporteres i årlig melding på hvilke tiltak som er iverksatt og om effekten av tiltakene.</p> <p>Oslo universitetssykehus vil i løpet av 2011 kartlegge omfanget av uønsket deltid i foretaket. I tillegg vil det ferdigstilles retningslinjer for bruk av deltid i foretak. OUS vil legge til rette for at ansatte i deltid som ønsker utvidelse av sitt arbeidsforhold kan gjøre dette gjennom å jobbe på andre enheter/flere enheter eller i vikarpool</p> |

| | |
|--|---|
| Tiltak på personalområdet - Lønns- og pensjonsvilkår for ledere i statlig eide foretak | |
| 3.5.2.2-04 | <p>Det er avgjørende at den offentlige spesialisthelsetjenesten har tillit og legitimitet i samfunnet. Det er derfor viktig at lederne i helseforetakene har lønns- og pensjonsvilkår som ikke oppfattes som urimelige, sett i forhold til de krav stillingen innebærer. Helseforetakene er omfattet av Nærings- og handelsdepartementets veiledende retningslinjer for lønns- og pensjonsvilkår for ledere i statlig eide foretak (sist fastsatt 8. desember 2006).</p> <p>Oslo universitetssykehus HF følger de retningslinjer og prinsipper som er fastsatt av HSØ for fastsettelse av lønn til administrerende direktør og ledende ansatte. Dette er også i tråd med ovennevnte retningslinje fra Nærings- og handelsdepartementet.</p> |
| Tiltak på personalområdet - Bruk av konsulenter | |
| 3.5.2.2-05 | <p>Eksterne konsulenter bør fortrinnsvis brukes på områder der det er behov for kompetanse eller kapasitet utover det som er tilgjengelig i egen organisasjon og for en tidsbegrenset periode. Engasjement av eksterne konsulenter bør i hvert enkelt tilfelle vurderes opp mot å rekruttere aktuell kompetanse til organisasjonen. Oslo universitetssykehus HF skal ha et bevisst forhold til bruk av konsulenter.</p> <p>Anvendt konsulenttjenester har vært på områder det er vanskelig å rekruttere slik kompetanse i en midlertidig periode. Spisskompetanse innen arbeidsrett, omstillingsarbeide, arealplan og byggeplanlegging er eksempel på dette.</p> |
| 3.5.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010 | |
| 3.5.3-01 | <p>Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre nødvendige tiltak og lukke avvik etter tilsynskampanjen "God vakt".</p> <p>Oslo universitetssykehus har hatt et pålegg relatert til ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser fra september 2009. Ubalansen er kartlagt og risikovurdert i hele organisasjonen i mars/april 2010. På denne bakgrunn er det utarbeidet lokale og klinikkvise handlingsplaner som er implementert gjennom 2010. OUS har levert sin sluttrapport med evaluering av effekt av de gjennomførte tiltakene pr. 31.12.10. Oppsummeringsvis er det noe mindre ubalanse ultimo 2010 enn primo 2010. Rød risikoverdi er redusert fra 42 % til 33 %. Rapporten er lagt frem i møte med Arbeidstilsynet 07.01.11. Resultatene danner grunnlag for videre oppfølging i 2011.</p> |
| 3.6 MÅLOMRÅDE 6 - BEREKRAFTIG UTVIKLING GJENNOM GOD ØKONOMISTYRING | |
| 3.6.1 Mål for Helse Sør-Øst 2010 | |
| 3.6.1-01 | <p>Skape økonomisk handlingsrom for å sikre gode og likeverdige helsetjenester og nødvendige investeringer.</p> <p>Det har vært etablert et gevinstrealiseringsprogram for enhetene i Oslo universitetssykehus HF. Klinikken/enhetene har løpende blitt fulgt opp på gjennomføringen av dette.</p> |
| 3.6.1-02 | Helhetlig virksomhetsstyring understøttes av effektive metoder og verktøy. |

| | |
|--|--|
| | <p>Det er gjennom 2010 lagt ned mye ressurser i etablering av både felles metoder/prinsipper og felles verktøy. Innføring av felles systemer har vært prioritert både når det gjelder pasientadministrative systemer og administrative systemer. Fra januar 2010 ble det etablert en første versjon av LIS-OUS med regnskapsrapporter og aktivitetsrapporter. LIS-OUS er utvidet i løpet av året, og det er nå igangsatt et eget prosjekt for videre utvikling av LIS-OUS i 2011. I løpet av 2010 er PasDoc tatt i bruk som pasientadministrativt system ved Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Utskifting av pasientadministrative systemer har medført fokus på enhetlig bruk av systemene og det er blant annet vedtatt nye retningslinjer for registrering av aktivitet fra januar 2011. Fra april 2010 er Oracle tatt i bruk som felles økonomisystem (midlertidig). Dette innebærer at Agresso som var i bruk ved Aker og Ullevål er faset ut. Som en del av arbeidet med felles økonomisystem er etablert felles regnskapsprinsipper og rutiner ifht løpende oppdatering og kvalitetssikring.</p> <p>Det jobbes videre med utvikling av både systemer (verktøy), rutiner og arbeidsprosesser for å understøtte helhetlig og god virksomhetsstyring.</p> |
| 3.6.1-03 | <p>Kostnadseffektivitet gjennom standardiserte prosesser og pasientforløp.</p> <p>Gjennom klinikkens redesign-prosjekter - hvor sykehuset slår sammen sammenfallende fagområder, er dette et prioritert mål – også sett ut fra likhetsprinsipper for pasientbehandling.</p> |
| 3.6.2 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende | |
| 3.6.2.1 Krav fra oppdragsdokument 2010 | |
| 3.6.2.1-01 | <p>Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. De regionale helseforetakene er gitt et samlet ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Det forutsettes at midlene tildelt i oppdragsdokumentet setter de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle ”sørge for”-ansvaret. De regionale helseforetakene må innenfor sine økonomiske rammer sørge for at virksomheten i helseforetakene innrettes slik at ventetidene til utredning/diagnostikk og behandling reduseres. Dette forutsetter at det rettes særskilt oppmerksomhet på den polikliniske virksomheten. Det er en forutsetning at det regionale helseforetaket går i balanse i 2010. Dersom målsettingene om resultatmessig balanse og gjennomføring av aktivitetsvekst kommer i konflikt med hverandre, skal resultatmessig balanse prioriteres foran andre oppgaver.</p> <p>I arbeidet med budsjett for 2010 ble det gitt ekstra ressurser til særlig prioriterte områder. Helseforetaket har liten vekst i pasientbehandlingen fra 2009 til 2010. Styring mot aktivitetsmålene for 2010 (vekst fra 2009) har dermed ikke vært i konflikt med å styre mot økonomisk balanse.</p> |
| 3.6.2.1-02 | <p>Den ressursrammen som samlet blir stilt til rådighet i dette dokumentet legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med om lag 1,3 pst. fra 2009 til 2010, jf. omtale i Prop. 1 S (2009-2010). Veksten kan imidlertid fordele seg ulikt innenfor forskjellige behandlingsområder. Det understrekes at vekst i aktivitet som omfattes av innsatsstyrt finansiering på 1,2 pst. (post 76) og refusjoner for poliklinisk behandling på 2,5 pst. (post 77) på vanlig måte måles henholdsvis i forhold til prognoser per 1. tertial 2009 og 1. halvår 2009. Dersom veksten i 2009 blir høyere enn dette, vil veksten i 2010 bli tilsvarende lavere. Veksten gjelder behandling som er omfattet av de aktivitetsbaserte tilskuddsordningene (innsatsstyrt finansiering og refusjoner for poliklinisk behandling), så vel som behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabiliteringsopphold utenfor sykehus, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige). Økte tilskudd gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet kommer i tillegg til dette.</p> <p>Per 2. tertial 2010 sammenlignet med 2. tertial 2009, viste rapporteringen av det enkelte tjenesteområdes andel av totale driftskostnader en liten forskyvning fra somatikk til psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling og rehabilitering.</p> |

| | |
|--|---|
| 3.6.2.1-03 | <p>Det øremerkede tilskuddet innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte innen prosjektet ”Raskere tilbake” skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.</p> <p>Tjenestene er utført og finansiert i tråd med føringer fra eier Avdeling spesialiserte ruspoliklinikker har gjennomført tiltaket Raskere tilbake med god respons. Avdelingen holder kurs utenfor ordinær arbeidstid og tilbudet kommer i tillegg til øvrig behandlingstilbud.</p> <p>TSB Det tilbys et 14 dagers intensivt mestringskurs til personer med vansker ifht alkohol og/eller andre rusmidler og jobbsituasjonen. Fokus på å unngå sykemelding og å få deltagerne raskt tilbake på jobb. Utviklingen av kurset er et samarbeid med Klinikk for Psykisk helse og Avhengighet, brukerorganisasjoner, AKAN og Oslo kommune. Kurset avholdes utenfor ordinær arbeidstid og tilbudet kommer i tillegg til øvrig behandlingstilbud. Prosjektleder er ansatt i 50% stilling.</p> |
| 3.6.2.2 <i>Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF</i> | |
| Økonomiske krav og rammebetingelser | |
| Resultatkrav - Regnskapsmessig resultat | |
| 3.6.2.2-01 | <p>Foretaksgruppen i Helse Sør-Øst skal gå i økonomisk balanse i 2010. Oslo universitetssykehus HF skal iverksette nødvendige tiltak for å innfri balansekravet og at gjennomføringen av disse tiltakene skjer i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.</p> <p>Styringen av økonomien i 2010 har vært rettet inn mot å nå økonomisk balanse. Det er satt i verk en rekke tiltak for å nå dette. Ansatte og deres organisasjoner har vært involvert i samsvar med spillereglene i arbeidslivet.</p> |
| 3.6.2.2-02 | <p>Helse Sør-Øst RHF har et samlet ansvar for drift og investeringer. Oslo universitetssykehus HF skal utarbeide budsjett for 2010 hvor det er samsvar mellom avsatte midler til investeringer og planlagte investeringsprosjekter.</p> <p>Investeringer i 2010 ble planlagt og gjennomført innenfor tildelt likviditet til investeringer.</p> |
| 3.6.2.2-03 | <p>Det økonomiske opplegget for 2010 presentert i Prop. 1 S (2009-2010) la til grunn at de samlede pensjonskostnadene ville bli på om lag samme nivå som i 2009. Beregning av regnskapsmessig pensjonskostnad for 2010 er under utarbeidelse og det samlede kostnadsnivået for de regionale helseforetakene foreligger derfor ikke. De regionale helseforetakene er i utgangspunktet pålagt å håndtere pensjonskostnader på linje med andre kostnader innenfor sine økonomiske rammer, jf. føringer gitt i St. prp. nr. 1 (2008-2009) og Prop. 1 S (2009-2010). Dersom det viser seg at det blir større endringer i kostnadsnivået i forhold til det som ble lagt til grunn i Prop. 1 S (2009-2010) vil Helse- og omsorgsdepartementet ta stilling til om det er grunnlag for forslag om endringer i bevilgningen til de regionale helseforetakene.</p> <p>Punktet krever ingen særskilt oppfølging fra Oslo universitetssykehus HF.</p> |
| Resultatkrav - Likviditet og driftskreditter | |
| 3.6.2.2-04 | <p>Oslo universitetssykehus HF må budsjettere drift, økonomisk resultat og investeringer innen tilgjengelig likviditet, og på en måte som gir rom for en tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året.</p> <p>Punktet krever ingen særskilt oppfølging fra Oslo universitetssykehus HF.</p> |
| Styring og oppfølging | |

| | |
|---|---|
| 3.6.2.2-05 | Helse- og omsorgsdepartementet vektlegger betydningen av at økonomistyring og -oppfølging fortsatt skal være en hovedprioritet i Helse Sør-Øst RHF slik at den positive utviklingen i 2. halvår 2009 kan videreføres og forsterkes i 2010. |
| | Dette har vært utgangspunkt for drift og styring gjennom 2010. |
| 3.6.2.2-06 | Oslo universitetssykehus HF må sikre realistisk budsjettering både for de enkelte inntekts- og kostnadsposter og i periodiseringen av årsbudsjettene. God kvalitet i budsjetteringen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomheten. |
| | Dette har vært utgangspunkt for budsjett for 2010. Kvaliteten i budsjetteringen ble imidlertid påvirket av at Oslo universitetssykehus HF var inne i en fusjonsprosess. Det var store endringer i økonomiorganiseringen. Det har nok påvirket kvalitetene i budsjettarbeidet noe. Utover dette har hovedutfordringen vært å finne egnede tiltak for å kunne styre mot økonomisk balanse. Utfordringsbildet blir blant annet påvirket av at det ikke ble tilført driftsmidler til omstilling. |
| 3.6.2.2-07 | Oslo universitetssykehus HF skal gjøre seg kjent med Riksrevisjonens rapport om økonomistyring i helseforetakene (Dokument 3:3 (2009-2010)) og sette i gang arbeid for å følge opp de relevante områdene som Riksrevisjonen har påpekt i rapporten. Helse Sør-Øst RHF er bedt om å rapportere på oppfølging av Riksrevisjonens rapport til 1. tertialmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo universitetssykehus HF skal ta del i dette arbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF. |
| | Riksrevisjonens rapport og de tiltakene som Oslo universitetssykehus HF gjennomfører ble forelagt styret i Oslo universitetssykehus HF 27.05.2010 (styresak 066-2010). |
| 3.6.2.2-08 | Prioritering av pasienter skal baseres på individuelle vurderinger av den enkelte pasient og ikke lønnsomhetsbetraktninger i forhold til finansieringssystemet. Helse Sør-Øst RHF skal foreta en gjennomgang av hvordan finansieringsordningene praktiseres internt i sykehusene. Oslo universitetssykehus HF skal ta del i dette arbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF. |
| | Det er ikke mottatt en slik henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF. Individuelle og gruppemessige lønnsomhetsvurderinger har ikke vært styrende for prioriteringene i Oslo universitetssykehus HF. |
| Oppfølging av juridisk rammeverk - Oppfølging av forholdet til stiftelser | |
| 3.6.2.2-09 | Oslo universitetssykehus skal, i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF, videreføre arbeidet for å bringe helseforetakets forhold til stiftelser i samsvar med stiftelsesloven og retningslinjer på området. |
| | Oslo universitetssykehus HF har videreført arbeidet med å bringe stiftelsene i overensstemmelse med gjeldende lover og retningslinjer. Som følge av kartleggingen av status på stiftelser tilknyttet helseforetakene i 2010, se pkt. under, har man sett at det har vært noe ulik praktisering av overordnet kontroll med stiftelsene fra ledelsens side ved de tre tidligere sykehusene. En skal merke seg at stiftelsene er egne rettssubjekter og sykehuset har således mindre grad av forvaltning og kontroll av disse. I kjølvannet av omorganiseringen, har det dukket opp en rekke problemstillinger i forhold til hvorvidt gjeldende vedtekter fortsatt ivaretar formålet til stiftelsen til tross for ny organisasjon, benevnelser av de tidligere sykehusene og valg av styre innen dagens klinikker og ny organisasjonsstruktur. Juridisk seksjon har bistått flere stiftelser i forhold til lovendringer og ny organisasjonsstruktur. |
| 3.6.2.2-10 | Helse Sør-Øst RHF skal sende status på helseforetakenes forhold til stiftelser til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. juni 2010. Oslo universitetssykehus HF skal ta del i dette arbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF. |

| | |
|---|--|
| | Oslo universitetssykehus HF har i perioden rapportert til Helse Sør-Øst status på stiftelser i forhold til gjeldende lover og retningslinjer. Oslo universitetssykehus stilte spørsmål ved helseforetakenes kontroll og ansvar da disse er egne og selvstendige rettssubjekter. Dette medførte at vi fikk klargjort helseforetakenes ansvar for stiftelsene tilknyttet sykehuset. Sykehuset skal ha en overordnet kontroll, men har intet forvaltningsansvar som sådan. Videre har det blitt rapportert på særskilte juridiske problemstillinger som blant annet styreansvar, habilitet og forholdet til utdelingsforbudet for stiftelsene. Stiftelsene ved dets styre må selv besørge at formål og vedtekter er i tråd med lovverket, og har fått bistand fra Juridisk til dette. |
| Datakvalitet og rapportering - KPP-regnskap | |
| 3.6.2.2-11 | Pilotprosjektet for Nasjonal spesifisering for kostnad per pasient-regnskap (KPP-regnskap) skal videreføres i 2010. Det skal avsettes ressurser til arbeidet med pilot i samsvar med kartlagt ressursbehov, deltakende helseforetak skal involvere medisinsk kompetanse i de lokale prosjektgruppene for KPP-arbeidet. |
| | Oslo universitetssykehus HF har deltatt aktivt i arbeidet med nasjonalt KPP-regnskap. Arbeidet ble avsluttet tidlig i 2010. Arbeidet i Oslo universitetssykehus HF har skjedd i nær kontakt med det kliniske miljøet ved sykehuset. |
| 3.6.3 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2010 | |
| 3.6.3-01 | Det forutsettes at helseforetaket fremviser et regnskapsmessig resultat i balanse i 2010. |
| | Se rapportering for 3.6.2.2-01 |
| 3.6.3-02 | Oslo universitetssykehus HF skal styre bemanningsforbruk og -utvikling i henhold til økonomiske rammer med kontinuerlig oppfølging av fast- og variabel lønn så vel som innleie. |
| | Oslo universitetssykehus HF har lagt stor vekt på å følge opp bemanningssituasjonen på de ulike enhetene. Samlet omfang av årsverk og omfanget av variabel lønn og innleie har vært tema på alle oppfølgingsmøtene. Oslo universitetssykehus HF har fulgt opp henvendelser vedr innleie, blant annet for å sikre at innleie er innenfor gjeldende avtaler. |
| 3.6.3-03 | Den økonomiske utfordringen i 2010 sammen med den usikkerheten som knytter seg til kostnader ved gjennomføring av større omstillinger, herunder når gevinstene kan hentes ut, tilsier at det også i 2010 er viktig at det settes et særlig fokus på ledelse og arbeidsmiljøtiltak. De 12 prinsippene for medvirkning i omstillinger skal legges til grunn. Oslo universitetssykehus HF skal videreføre eksisterende tiltak og vurdere ytterligere tiltak som sikrer et godt arbeidsmiljø og mulighet for faglig utvikling. |
| | Det har i 2010 vært utført ledelsesutviklingsprogram for klinikkledelsen samt ledelses- og teamutviklings tiltak ved etterspørsel og behov. Foretaket er i gang med et omfattende lederutviklingsprogram for Førstelinjeledere over 2 semestre. Ca 120 deltakere ved oppstart høsten 2010. |
| | De stramme økonomiske rammene setter begrensninger for hvilke arbeidsmiljøtiltak som er mulig å gjennomføre. I denne situasjonen vil OUS i 2011 prioritere tiltak som reduserer alvorlig helserisiko (gjelder spesielt kjemikaliesikkerhet), og ellers iverksette enklere midlertidige risikoreducerende tiltak der det er nødvendig. |
| 3.6.3-04 | Det skal etableres et oppfølgingsregime i Oslo universitetssykehus HF. Det skal månedlig utarbeides risikovurdert prognose og tiltak i forhold til resultatmessige avvik. Det skal gjennomføres bemanningstilpasning i forhold til aktivitet. |
| | Oslo universitetssykehus HF har lagt stor vekt på å følge opp bemanningssituasjonen på de ulike enhetene. Samlet omfang av årsverk og omfanget av variabel lønn og innleie har vært tema på alle oppfølgingsmøtene. Oslo universitetssykehus HF har fulgt opp henvendelser vedr innleie, blant annet for å sikre at innleie er innenfor gjeldende avtaler. |

| | |
|--------------------------------|---|
| 3.6.3-05 | Det legges til grunn at alle pensjonskostnader håndteres innenfor Oslo universitetssykehus HF's samlede inntektsrammer på lik linje med øvrige kostnader. |
| | Pensjonskostnadene har hele tiden vært realistisk budsjettert som en del av et totalbudsjett innenfor gitt resultatmål. |
| 3.6.3-06 | I det videre arbeidet med inntektsmodell vil en se på hvordan regionale funksjoner som lokaliseres utenfor Oslo universitetssykehus HF skal finansieres. |
| | Punktet angår ikke Oslo universitetssykehus HF direkte. |
| 4 DRIFTSAVTALE 2010 | |
| 4.1 Avtalt aktivitetsnivå 2010 | |
| 4.1-01 | I oppdrag og bestilling 2010 er det tatt inn tabeller som er tilpasset for de enkelte helseforetak/sykehus. For å lette sammenstillingen av tallrapporteringen er det i neste avsnitt tatt inn samme tabell for alle. Helseforetaket/sykehuset fyller ut de tall som er relevante i forhold til aktivitetsnivå 2010 slik det fremgår av oppdrag og bestilling. |

AKTIVITET

| Somatikk (DRG slik det er rapportert for hvert av årene) | 2009 | 2010 |
|---|---------------|---------------|
| Somatikk – DRG poeng innlagte | | |
| Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF | 156228 | 159752 |
| Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF | 11816 | 11199 |
| Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner | 148 | 268 |
| Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale | 0 | 0 |
| Sum DRG poeng innlagte | 168192 | 171219 |
| Somatikk – DRG poeng dagpasienter | | |
| Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF | 28843 | 14034 |
| Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF | 1166 | 1041 |
| Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner | 0 | 0 |
| Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale | 0 | 0 |
| Sum DRG poeng dagpasienter | 30009 | 15075 |
| Sum DRG poeng som gir ISF- ref (egne pasienter) | 185219 | 174054 |
| Sum DRG totalt (fra egen og andre regioner) | 198200 | 186294 |
| Polikliniske konsultasjoner | | |
| Ant. Inntektsgivende polikliniske konsultasjoner | 797012 | 823359 |
| Ant. DRG poeng poliklinikk (egne pasienter) NB! Refusjonspoeng for 2009 og DRG-poeng for 2010 | 876648 | 40758 |

| Voksenpsykiatri | 2009 | 2010 |
|---|-------------|-------------|
| Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling | 3188 | 3031 |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 123447 | 119162 |
| Ant. oppholdsdager dagbehandling | 5708 | 5593 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 106230 | 104538 |
| - Herav telefonkonsultasjoner | 24203 | 14450 |
| Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private | 16 | 14 |
| Antall liggedøgn døgnbehandling private | 12460 | 11049 |
| Antall oppholdsdager dagbehandling private | 0 | 0 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner private | 0 | 0 |
| - Herav telefonkonsultasjoner | 0 | 0 |

| Barne- og ungdomspsykiatri | 2009 | 2010 |
|---|-------------|-------------|
| Antall utskrevne pasienter – døgnbehandling | 146 | 179 |
| Antall liggedøgn – døgnbehandling | 6570 | 6951 |
| Ant. oppholdsdager dagbehandling | 5364 | 4998 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 68575 | 73104 |
| - Herav telefonkonsultasjoner | 26775 | 12664 |
| Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private | 0 | 0 |
| Antall liggedøgn døgnbehandling – private | 0 | 0 |
| Antall oppholdsdager dagbehandling private | 0 | 0 |
| Antall polikliniske konsultasjoner private | 0 | 0 |
| - Herav telefonkonsultasjoner | 0 | 0 |

| Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere | 2009 | 2010 |
|--|-------------|-------------|
| Antall utskrevne pasienter – døgnbehandling | 2812 | 3017 |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 42819 | 39538 |
| Antall oppholdsdager – dagbehandling | 47 | 251 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 12602 | 12646 |
| - Herav telefonkonsultasjoner | 1478 | 2555 |
| Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private | 15 | 6 |
| Antall liggedøgn døgnbehandling private | 5085 | 354 |
| Antall oppholdsdager dagbehandling private | 0 | 0 |
| Antall polikliniske konsultasjoner private | 0 | 0 |
| - Herav telefonkonsultasjoner | 0 | 0 |

| Pasientopplæring | 2009 | 2010 |
|------------------------------|-------------|-------------|
| Antall kurs ved LMS | 232 | 211 |
| Antall kursdeltagere ved LMS | 2867 | 2469 |

| Rehabilitering, antall | 2009 | 2010 |
|---------------------------------------|-------------|-------------|
| Enkel rehabilitering (kode Z50.89) | 64 | 270 |
| Kompleks rehabilitering (kode Z50.80) | 108 | 122 |

NASJONALE KVALITETSINDIKATORER:

| Beskrivelse av mål | 2009 | 2010 |
|---|-------------|-------------|
| 16 Prevalens av sykehusinfeksjoner | 6,9% | 6,6% |
| 14 Strykninger av planlagte operasjoner | 8,9% | 7,6% |
| 17a Individuell plan barnehabilitering | 41,1% | 0% |
| 17b Individuell plan for pasienter med diagnosen schizofreni - voksne | 27,9% | 68,9% |
| 17c Individuell plan for pasienter med diagnosen ADHD - barn og unge | 6,6% | 4,1% |
| 19 Andel ikke planlagte reinnleggelser i psykisk helsevern (voksne) | 15,7% | 18,4% |

STYRINGSPARAMETRE:

| Beskrivelse av mål | 2009 | 2010 |
|--|-------------|-------------|
| 5a. Andel korridorpasienter – somatikk | 1,2% | 1,7 % |
| 5b. Andel korridorpasienter - akuttavd psykisk helsevern | 0,4% | 0,1 % |

| | | |
|--|-------|-----------|
| 4a. Andel epikriser sendt innen 7 dager – somatikk | 65,5% | Ikke data |
| 4b. Andel epikriser sendt innen 7 dager – psykisk helsevern | 65,3% | Ikke data |
| 4c. Andel epikriser sendt innen 7 dager – tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige | 58,1% | Ikke data |
| 7 a Andel liggedøgn utskrivningsklare – somatikk | 3,5% | 2,5 % |
| 7 b Andel liggedøgn utskrivningsklare - psykisk helsevern voksne | 3,0% | 2,0 % |
| 10 Andel henvisninger BUP vurdert innen 10 dager | 92,3% | 86,8 % |
| 9a Andel fristbrudd – somatikk | 12,5% | Ikke data |
| 9b Andel fristbrudd - psykisk helsevern | 21,4% | Ikke data |
| 9c Andel fristbrudd - tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige | 4,8% | Ikke data |
| 11 c Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern voksne | 7,4% | Ikke data |

BEMANNING:

| Beskrivelse av mål | 2009 | 2010 |
|--|---------|---------|
| Brutto årsverk | 18677 | 18442 |
| Månedslønnede årsverk | 17257 | 17065 |
| Årsverk variabelønnede | 1420 | 1377 |
| - herav overtid (Spekterkode OE) | | |
| - herav merarbeid (Spekterkode OU) | | |
| Innleide årsverk | 176 | 173 |
| Antall ansatte | 24089 | 24986 |
| Antall sykefraværsdagsverk | 312475 | 304818 |
| Antall mulige dagsverk | 3660878 | 4203287 |
| Sykefravær i % | 8,53% | 7,30% |
| Endring snittlønn for månedslønnede (Spekterkode AA) | | 7,20% |
| Årsverk somatik | 15497 | 13180 |
| Årsverk psykiatri | 2722 | 2527 |
| Årsverk rus | 473 | 396 |
| Årsverk leger | 2352 | 2371 |
| Årsverk sykepleie | 6764 | 6495 |
| Årsverk annet fagpersonell | 2804 | 2231 |
| Årsverk laboratoriepersonell | 931 | 932 |
| Årsverk forskning og fagutvikling | 668 | 693 |
| Årsverk ledere | 1236 | 902 |
| Årsverk adm og teknisk personell | 3932 | 2082 |

| | |
|--------|--|
| 4.1-02 | Kapasiteten og kvaliteten på tjenestene skal styrkes innen alle tjenesteområder. Driftsavtalene gir helseforetaket spesifisert antall DRG - for egen aktivitet innen somatikk, med prioritet til aktivitetsvekst for dagbehandling og poliklinikk. Det vises til RHFstyresak 082-2009 Budsjett og mål 2010 for nærmere omtale av prioriteringene i 2010. |
| | Ingen spesiell kommentar |
| 4.1-03 | Helseforetaket skal følge utviklingen i ventetider og fristbrudd nøye, og spesielt vurdere egne prioriteringer ut fra hvor pasienter venter i behandlingsskjeden. |
| | Oslo universitetssykehus HF følger fristbrudd nøye og er i en prosess for å avvikle dette. |

| | |
|---|---|
| 4.1-04 | Den budsjetterte aktivitetsveksten innen alle tjenesteområder skal være et virkemiddel for å stabilisere ventetidsutviklingen og møte det økende antallet nyhenviste pasienter. Helseforetaket er i driftsavtalen forpliktet til å prioritere aktivitetsøkning der det vil ha mest effekt på egen ventetidsutvikling. |
| | Oslo universitetssykehus HF vurderer hele tiden muligheten for å endre behandlingsskapasiteten innen fagområder der ventetiden er lengst. |
| 4.2 Økonomisk vederlag og øvrige økonomiske betingelser | |
| 4.2.1 Økonomisk vederlag | |
| 4.2.1-01 | I oppdrag og bestilling 2010 er det tatt inn tabeller som er tilpasset for de enkelte helseforetak/sykehus. For å lette sammenstillingen av tallrapporteringen er det i neste avsnitt tatt inn samme tabell for alle. Helseforetaket/sykehuset fyller ut de tall som er relevante i forhold til økonomisk vederlag for 2010 slik det fremgår av oppdrag og bestilling. |

| Beskrivelse av mål | 2009 | 2010 |
|---|----------|----------|
| = Sum inntekter | 17623213 | 17081743 |
| = Sum kostnader | 17645360 | 16454781 |
| = Driftsresultat | -22148 | 626961 |
| = Resultat | -97072 | 534315 |
| - Herav økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger | | |

| | |
|---|--|
| 4.2.1-02 | Det er ikke lenger et krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om at den prosentvise ressursveksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være sterkere enn innenfor somatikk. Helse Sør-Øst RHF legger imidlertid til grunn at ressursbruken innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling reelt sett ikke reduseres i forhold til 2009. |
| | Budsjettrammene for TSB fra 2009 er videreført i 2010. Ressursrammen er videreført på 2009 nivå, men det har ikke vært noen form for vekst i rammen for 2010. |
| 4.2.2 Resultatkrav 2010 | |
| 4.2.2-01 | Det forutsettes at helseforetaket fremviser et regnskapsmessig resultat i balanse i 2010. |
| | Se rapportering for 3.6.2.2-01 |
| 4.2.3 Basisramme til drift og investering | |
| 4.2.3-01 | For 2010 tildeles foretaket en samlet likviditet til drift og investeringer. |
| | Det forutsettes at helseforetaket legger til rette for at investeringer kan gis den nødvendige prioritering innenfor basisrammen. |
| | Dette er lagt til grunn for budsjett og styring i 2010 |

| | |
|---|--|
| 4.2.3-02 | <p>Departementets krav om nedbetaling av driftskredittrammer som følge av at forventet pensjonspremie er lavere enn pensjonskostnad, vil bli reflektert i disponibel likviditet for foretaket. Det legges til grunn at foretaket basert på den faktiske utviklingen i driften, styrer slik at det ikke disponeres likviditet utover tildeling.</p> <p>Det legges videre til grunn at helseforetaket legger opp til en helhetlig økonomisk styring med hensyn på sammenheng mellom resultat, balanseutvikling/ investeringer og likviditetsutvikling/ kontantstrøm.</p> |
| | <p>Dette er lagt til grunn for budsjett og styring i 2010.</p> |
| 4.2.4 Likviditet mv | |
| 4.2.4-01 | <p>Det økonomiske vederlaget fra Helse Sør-Øst RHF for 2010, slik det fremkommer i tabellen over, utbetales til sykehuset innen den 7. dag i hver måned. Månedlig overføring utgjør som hovedprinsipp 1/12 av årets vederlag. Enkelte tilskudd mv vil kunne utbetales i sin helhet når disse utbetales til Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Det legges videre til grunn at helseforetaket legger opp til nødvendig kvalitet på likviditetsrapporteringen og -styringen.</p> <p>Helse Sør-Øst RHF vil kunne gi kortsiktig, rentebærende driftskreditt i henhold til fastsatt rutine og lånerammer dersom likviditetssituasjonen på det regionale helseforetaket tilsier dette. Sykehuset skal informere det regionale helseforetaket i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over avtalt ramme.</p> <p>Helse Sør-Øst RHF vil ved behov kunne gi forskudd på månedlig overføring av likviditet. Helse Sør-Øst RHF vil i 2010 vurdere å innføre renteberegning av slike forskudd. Renten vil i så fall tilsvare den driftskredittrenten Helse Sør-Øst RHF betaler til Norges Bank.</p> <p>Eventuelle forskudd vil bli trukket tilbake i neste måneds likviditetsoverføring</p> <p>Det regionale helseforetaket fastsetter rentevilkårene for lån fra Helse- og omsorgsdepartementet til det regionale helseforetaket med utgangspunkt i de alternativer Helse- og omsorgsdepartementet tilbyr på sine lån. Disse vilkårene vil bli speilet i de langsiktige lånene helseforetakene har. Vilråene vil bli fastlagt i samråd med det aktuelle helseforetak. I løpet av 2010 vil det bli utarbeidet en finansstrategi for Helse Sør-Øst.</p> <p>Foretaket har arbeidet mye med å kvalitetssikre likviditetsrapporteringen.</p> |
| 4.2.5 ISF-refusjoner | |
| 4.2.5-01 | <p>For spesialisthelsetjenester som gir rett til ISF-refusjon vil behandling utover avtalt aktivitetsnivå kompenseres med ISF-refusjon eller etter egen inngått avtale. Dersom sykehuset ikke klarer å innfri aktivitetsforutsetningene, vil kompensasjonsbortfallet være likt tapet av ISF-refusjonene. Endelig ISF-oppgjør for 2010 vil bli foretatt når Helse Sør-Øst RHF har fått endelig ISF-avregning fra Helse- og omsorgsdepartementet.</p> <p>Prinsippene har ligget til grunn for regnskapsføringen i 2010.</p> |
| 4.2.6 Finansiering av fellesprosjekter | |
| 4.2.6-01 | <p>Gjennomføring av felles regionale vedtak og strategier vil kunne kreve deltakelse og finansiering fra det enkelte helseforetak.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har stilt opp der vi er bedt om å delta.</p> |
| 4.2.7 Risikodeling prehospitale tjenester | |

| | |
|----------|--|
| 4.2.7-01 | <p>Dersom helseforetaket utfører transporttjenester for pasienter tilhørende et annet helseforetak sitt opptaksområde, skal det avtales en kostnadsdeling på 50/50 på kostnader knyttet til denne aktiviteten ut over avtalt nivå.</p> <p>Dersom helseforetakene ikke blir enige om dette, bringes saken inn for det regionale helseforetaket.</p> |
| | <p>Problemstillingen er tatt opp en rekke ganger med Helse Sør-Øst RHF. Det har ikke lyktes å få til noen egnet avtale</p> |

2 STYRINGSBUDSKAP GITT VED EGEN OVERSENFELSE ETTER OPPDRAG OG BESTILLING 2010

Dette er styringsbudskap fra Helse- og omsorgsdepartementet gitt til Helse Sør-Øst RHF i løpet av 2010 gjennom tilleggskdokumenter til oppdragsdokumentet og foretaksmøteprotokoller. Disse er videreformidlet gjennom egne brev i løpet av året.

Der punktet ikke er relevant, angis dette i rapporteringsfeltet.

| Lokalsykehus | |
|----------------------------------|--|
| Ny-01 | <p>Det skal opprettholdes et desentralisert sykehusstilbud. Ingen lokalsykehus skal legges ned. I noen tilfeller vil det bli bygd nye sykehus som erstatter flere gamle som ligger i nærheten. Enkelte sykehus skal i framtiden gjøre andre oppgaver enn i dag for å møte de fremtidige helseutfordringene. Akuttfunksjoner og fødetilbud skal være nær der folk bor, selv om slike tilbud ikke gis ved alle sykehus. Regjeringen har tidligere lagt fram for Stortinget at akuttmedisinske funksjoner ved lokalsykehusene skal tilpasses de lokale forholdene. Hvilke tjenester som er ved sykehus som har akuttfunksjoner kan derfor variere ut fra lokale forhold. Stortinget har også bedt om at fødetilbudet skal gjennomgås for å sikre at befolkningen får et tilbud med god kvalitet. De regionale helseforetakene skal i samarbeid med kommunene legge fram regionale planer for fødselsomsorgen innen 1. oktober 2010.</p> <p>Oslo sykehusområde har små avstander. Oslo universitetssykehus HF har deltatt i arbeidet med regional plan for fødselsomsorg.</p> |
| Ventetider | |
| Ny-02 | <p>De regionale helseforetakene skal innenfor sine økonomiske rammer iverksette tiltak for å redusere ventetid til behandling, herunder gjøre bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetider på en kostnadseffektiv måte. For å sikre god tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester er det avgjørende at de regionale helseforetakene gir arbeidet med å redusere ventetidene høy prioritet. Helse- og omsorgsdepartementet vil fra 2011 stille krav om månedlig rapportering og oppfølging av NPR – baserte ventelistetall til erstatning for dagens tertialvise rapportering. Det forutsettes at nødvendige tekniske løsninger som tilrettelegger for månedlig rapportering er på plass fra 1. januar 2011. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til denne saken i eget brev.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har hatt et eget prosjekt for å sikre at vi kan rapportere kvalitetssikrede ventelistetall. Prosjektet er avsluttet og det er laget brukerveiledninger for klinikkene og et nettverk for klinikkens ventelisteadministratorer.</p> |
| Presisering av styringsparametre | |
| Ny-03 | <p>Styringsparameteret antall pasienter som har fått tildelt individuell plan (jf pkt 4.4 i oppdragsdokumentet for 2010) endres til følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antall og andel pasienter som har fått tildelt individuell plan innenfor hhv. barnehabilitering, schizofreni og ADHD skal økes. <p>Antall og andel pasienter som har fått tildelt individuell plan innenfor hhv. barnehabilitering, schizofreni og ADHD skal økes.</p> |
| Ny-04 | <p>I oppdragsdokumentet for 2010 under pkt 5.2 psykisk helsevern er regionale helseforetak bedt om å rapportere antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10 000 innbyggere. Med psykiatere menes alle leger med psykiatergodkjenning. Med psykologer menes alle psykologer.</p> <p>Det er 4,6 LIS/overleger og 3,2 psykologer pr. 10 000 innbyggere over 18 år i opptaksområdet.</p> |

| Nye oppgaver | |
|--------------|--|
| Ny-05 | Regionale helseforetak skal redegjøre for hvordan de arbeider med å forbedre pasientsikkerheten. Statens helsetilsyn har i mai 2010 fremlagt en rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling. Rapporten identifiserer en rekke risikofaktorer i helseforetakenes kontakt med denne pasientgruppen, herunder utredningslogistikk, informasjonsflyt, kontinuitet i behandlingsforløpet og komplikasjonsovervåkning. Regionale helseforetak skal legge rapporten til grunn i sitt videre arbeid med å bedre kvaliteten i tjenesten. |
| | Oslo-universitetssykehus HF legger denne rapporten til grunn i vårt videre arbeid med å bedre kvaliteten i tjenesten. |
| Ny-06 | Regionale helseforetak skal i lys av rapporten fra Statens helsetilsyn (mai 2010) om risikobildet i norsk kreftbehandling, vurdere om meldekulturen er god nok i henhold til kravet i Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 om meldeplikt. |
| | Rapporten har vært vurdert i klinikkens kvalitetsutvalg. De fire risikopunktene som er identifisert vil bli lagt til grunn for det videre systematiske kvalitetsarbeidet i klinikken. I inneværende år er et område, utredningslogistikk, identifisert og revisjon avdelingsvis er utført av klinikkledelsen. Rapporten viser at gode rutiner er etablert. Seks avvik og enkelte forbedringspunkter er identifisert. Avvik vil bli lukket innen 01.02.11. |
| Ny-07 | Riksrevisjonen har gitt ut rapporten <i>Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige</i> (dokument 3:7). Rapporten identifiserer forhold som de regionale helseforetakene må følge opp. De regionale helseforetakene skal gjøre seg kjent med Riksrevisjonens rapport og følge opp de forhold som rapporten påpeker. |
| Ny-08 | De regionale helseforetakene bes registrere antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer/psykologspesialister som er ansatt innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Regionale helseforetak skal sørge for at samtlige helseforetak inngår samarbeidsavtaler mellom helseforetak og politidistrikt i saker vedrørende mottak, undersøkelse og bistand til barn utsatt for vold og seksuelle overgrep, jf helse- og omsorgsministerens svar på interpellasjon i Stortinget 27. april 2010. |
| | Det var i 2010 35,5 legeårsverk i klinisk virksomhet i Senter for rus og avhengighet hvorav 7 legespesialister (mangler 16 NR.ID.nr.) Det var 29 årsverk for psykologer i klinisk virksomhet i Senter for rus og avhengighet hvorav 7 spesialister. |
| | Vedr. barnemishandling, vold og politi: Se vedlegg fra den 16. desember som da var orienterings sak for OUS styre. Vi har også utarbeidet en nasjonal retningslinje for barn som kommer inn døde - eller dør- i sykehus av "uforklarlige" årsaker. Åstedsbefaring og samarbeid med politi er en sentral del av denne prosedyren (iverksatt fra 01.11.10). Endelig er det opprettet skriftlige avtaler med barnehusene i Oslo og Hamar som jo drives av politiet. |
| Ny-09 | Regionale helseforetak skal i samarbeid med Helsedirektoratet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Justisdepartementet innen 1. april 2011 utarbeide en veileder om hvordan helsetjenesten og barnevern og politi kan samarbeide når det er mistanke om omsorgssvikt og barnemishandling. Arbeidet forankres i Helsedirektoratet. Andel helseforetak som har inngått samarbeidsavtale med politidistrikt skal rapporteres i årlig melding. |
| | Se Ny -08 |

| | |
|-------|---|
| Ny-10 | De regionale helseforetakene bes om å iverksette nødvendige prosesser og sikre at det avsettes nødvendige ressurser og kompetanse ved helseforetakene for å sikre at Norsk vitenskapsindeks kan benyttes som rapporteringsverktøy for vitenskapelige publikasjoner i helseforetakene fra 1. januar 2011. |
| | Krav i oppdragsdokument for 2011 er formulert som følger fra HOD til Helse Sør-Øst: ”I 2011 skal det rapporteres til NIFU etter dagens system innen 15. mai 2011 samtidig som helseforetakene skal sikre egenrapportering gjennom Norsk vitenskapsindeks senest innen 1. september 2011.” Implementering av systemet i Oslo universitetssykehus, som Norges største helseforskningsinstitusjon, vil kreve betydelig med ressurser og opplæring. Planlegging for dette er igangsatt. |
| Ny-11 | Kravene som stilles under nye oppdrag skal rapporteres i årlig melding. |
| | Dette vil bli fulgt opp av direktørens stab |

3 RAPPORTERINGER SOM BARE INNHENTES GJENNOM ÅRLIG MELDING:

Helse- og omsorgsdepartementet ber om at Helse Sør-Øst rapporter enkelte tall bare i årlig melding. Følgende må parametre må meldes inn av helseforetakene for å kunne avgi samlet rapportering. (Der data samles inn gjennom de faste rapporteringspakkene er helseforetakene ikke bedt om egen rapportering.)

| Styringsparameter - indikator | 2009 | 2010 |
|--|----------------------|----------------------|
| • Antall helseinstitusjoner (somatiske sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige) som har barneansvarlig personell. | Medisin- og helsefag | Medisin- og helsefag |
| • Andel pasienter med hjerneslag som får trombolyse ved de enkelte HF | Klinikk C | Klinikk C |
| • Antall barn som fødes av kvinner i LAR- behandling og hva slags tilbud disse pasientene mottar | Klinikk D | Klinikk D |
| • Antall cochleaimplantat operasjoner | Klinikk C | Klinikk C |

| Antall behandlede pasienter 18 år og eldre i psykisk helsevern | I sykehus | I DPS |
|--|-----------|-----------|
| • Døgninnleggelse (<i>antall utskrevne pasienter</i>) | Klinikk A | Klinikk A |
| • Liggedøgn dognbehandling | Klinikk A | Klinikk A |
| • Oppholdsdager dagbehandling | Klinikk A | Klinikk A |
| • Polikliniske konsultasjoner | Klinikk A | Klinikk A |
| - herav ambulant tjeneste (<i>antall ambulante konsultasjoner</i>) | Klinikk A | Klinikk A |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 17. februar 2011

Saksbehandler: Administrerende direktør

Vedlegg: Protokoll med tilhørende oppdragsdokument fra foretaksmøte 3. februar 2011

SAK 8/2011

**BESLUTNINGSSAK:
OPPDRA OG BESTILLING 2011 OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Forslag til vedtak

Styret tar protokoll fra foretaksmøte 3. februar 2011 i Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

Oslo, den 9. februar 2011

Siri Hatlen

Administrerende direktørs vurdering

Den 3. februar 2011 ble det avholdt foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF. Protokollen presiserer styringskrav og rammebetingelser stilt av Helse Sør-Øst RHF for Oslo universitetssykehus HF sin virksomhet i 2011. Oppdraget er fordelt ut på ansvarlige enheter og lagt inn i foretakets oppfølgings- og rapporteringsrutiner.

Oppdraget understreker at Oslo universitetssykehus HF i 2011 må tilpasse sin virksomhet til reduserte rammebetingelser og ressurser. Endringer i inntektsmodell samt overføringen av opptaksområde og oppgaver til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF fra 1. januar 2011, medfører at foretakets inntektsramme reduseres med om lag to milliarder kroner i forhold til 2010.

Oppdraget kan oppsummeres med at Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre en forsvarlig drift i henhold til årets aktivitetskrav. Foretakets flerårige utviklings- og omstillingsprosjekt for gjennomføring av vedtak i styresak 108-2008 fra Helse Sør-Øst RHF skal fortsette.

Det vises til at for å oppfylle nevnte vedtak vil Oslo universitetssykehus HF i 2011 gjennomføre betydelig omstilling. Omstillingen vil medføre risiko knyttet både til resultat og aktivitet. 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 omstillingsprosessen legger til rette for oppfølging av planlagt og faktisk gevinstrealisering i 2011.

Når det gjelder krav til økonomisk årsresultat er det en felles oppfatning hos Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF at det er utfordrende å oppnå tilstrekkelig presisjon i budsjettet for 2011 ved inngangen til året. Hovedårsaken til dette er usikkerhet i forhold til endringene i pasientstrømmer og påfølgende behov for tilpasning av kapasitet, spesielt i første del av 2011. På basis av resultat og likviditetsmessig status rapportert etter 1. tertial, vil endelig krav til årets resultat og likviditetsmessig status ved årets utgang fastlegges. Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at foretaket styrer på grunnlag av periodisert budsjett for 1. tertial.

Oppdraget vil bli nærmere kommentert i styremøtet.

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Torsdag den 3. februar 2011 klokken 10:00 ble det avholdt foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF i Møtesenteret Grev Wedels plass 5 (6. etg), Oslo.

Saksliste:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Endret resultatkrav for 2010
4. Oppdrag og bestilling 2011
5. Overføring av virksomhet innen telekommunikasjon fra Oslo universitetssykehus HF til Sykehuspartner

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved styreleder Hanne Hatlem.

I tillegg møtte fra Helse Sør-Øst RHF:

Administrerende direktør Bente Mikkelsen
Konserndirektør Atle Brynestad
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 Steinar Marthinsen
Styremedlemmene Rita von der Fehr, Vibeke Kristiansen og Bjørn Wølsted Knutsen

I tillegg møtte fra Oslo universitetssykehus HF:

Administrerende direktør Siri Hatlen
Morten Reymert, Tove Strand, Jan-Eirik Thoresen og Jørgen Jansen

Revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Sign:

SM

BM

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Hanne Harlem ønsket, som øverste eiermyndighet, velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen.

Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Steinar Marthinsen og administrerende direktør Bente Mikkelsen ble valgt til å underskrive protokollen.

Styreleder Hanne Harlem overlot møteledelsen til styreleder Steinar Marthinsen.

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: Endret resultatkrav for 2010

Foretaksmøtet viste til omtale i Prop. 32 S (2010-2011) *Endringer i statsbudsjettet for 2010 under Helse- og omsorgsdepartementet*. Som følge av Stortingets vedtak om oppfølging av pensjonsreformen gjennom lov av 25. juni 2010, reduseres pensjonskostnadene for 2010 for de regionale helseforetakene med om lag 9,25 mrd. kroner. Basisrammen til Helse Sør-Øst RHF for 2010 er på denne bakgrunn satt ned med 2,4 mrd. kroner, mens den øvrige beregnede kostnadsreduksjonen disponeres til å styrke egenkapitalen, tilsvarende 2,6 mrd. kroner. Ut fra en nasjonal tilnærming og fordeling, anses 2,6 mrd. kroner for å være Helse Sør-Øst RHF's samlede akkumulerte underskudd som følge av merkostnader til pensjon i perioden 2006 til 2008. Resultatkravet for Helse Sør-Øst RHF for 2010 er derfor endret fra et resultat i balanse til et samlet positivt resultat på 2,6 mrd. kroner.

Overfor helseforetakene i Helse Sør-Øst stilles tilsvarende krav om positive resultater for 2010 for å styrke egenkapitalen i henhold til Prop. 32 S og krav i foretaksmøte med Helse- og omsorgsdepartementet. Resultatkravet for det enkelte helseforetaket er beregnet som forskjellen mellom pensjonskostnad etter tidligere og nye forutsetninger i 2010, korrigert for reduksjon i basisramme. Basisrammen til helseforetaket reduseres tilsvarende helseforetakenes/sykehusenes relative andel av beregnet total reduksjon i pensjonskostnad. Samlet reduksjon av basisramme utgjør 2,4 mrd kroner i henhold til krav fra Helse- og omsorgsdepartementet.. Helseforetakene får økte driftskredittrammer tilsvarende redusert basisramme for 2010.

Sign: SM  BM

- Resultatkravet for Oslo universitetssykehus HF for 2010 endres til 1049 millioner
- Driftskredittrammen til Oslo universitetssykehus HF for 2010 økes med 785 millioner kroner

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Foretaksmøtet tar redegjørelsen om endret resultatkrav for 2010 til etterretning.

Sak 4: Oppdrag og bestilling 2011

Styreleder Hanne Harlem gjennomgikk overordnede styringsbudskap i oppdrag og bestilling for 2011, herunder:

- Overordnede krav
Fokus 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.
- Styrenes ansvar
Styrene må være bevisst sitt ansvar for å sikre kvalitativt gode spesialisthelsetjenester, bærekraftig utvikling, godt omdømme og oppslutning om offentlige helsetjenester.
- Oppfølging av samhandlingsreformen
Helseforetaket må forberede seg på de utfordringer reformen vil medføre.

Helse Sør-Øst RHF gjennomgikk og presiserte utvalgte deler av oppdrag og bestilling 2011.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Oppdrag og bestilling 2011 gjøres gjeldende for Oslo universitetssykehus HF.

Sak 5: Overføring av virksomhet innen telekommunikasjon fra Oslo universitetssykehus HF til Sykehuspartner

Det ble fremlagt avtale for overføring av virksomhet fra Oslo universitetssykehus HF som følge av styrets for Helse Sør-Øst RHF's vedtak i sak 109-2008.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Foretaksmøtet stadfester avtale om overføring av virksomhet innen telekommunikasjon til Helse Sør-Øst RHF ved Sykehuspartner, vedtatt i styret for Oslo universitetssykehus HF 17. desember 2010.

Overføring av virksomheten telekommunikasjon håndteres regnskapsmessig som tingsuttak i form av kapitalnedsettelse (tilbakebetaling av innskutt kapital). Tingsuttaket skal skje til kontinuitet, det vil si regnskapsmessig bokførte verdier. Tingsuttak skal skje med regnskapsmessig virkning fra 1. januar 2011. De endelige balanseverdiene vil først være klare etter at årsoppgjøret for 2010 er avsluttet.

Sign: SM  BM 

Oppgjør skjer i form av at kapitalen ved Oslo universitetssykehus HF settes ned tilsvarende de verdier som overføres slik disse er definert i avtale om overføring av telekommunikasjon, jf helseforetaksloven § 15.

Møtet ble hevet klokken 10:45.

Oslo, 3. februar 2011.



Steinar Marthinsen



Bente Mikkelsen

Sign: SM  BM 

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 17. februar 2011

Saksbehandler: Administrerende direktør

Vedlegg: Protokoll med tilhørende oppdragsdokument fra foretaksmøte 3. februar 2011

SAK 8/2011

**BESLUTNINGSSAK:
OPPDRA OG BESTILLING 2011 OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Forslag til vedtak

Styret tar protokoll fra foretaksmøte 3. februar 2011 i Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

Oslo, den 9. februar 2011

Siri Hatlen

Administrerende direktørs vurdering

Den 3. februar 2011 ble det avholdt foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF. Protokollen presiserer styringskrav og rammebetingelser stilt av Helse Sør-Øst RHF for Oslo universitetssykehus HF sin virksomhet i 2011. Oppdraget er fordelt ut på ansvarlige enheter og lagt inn i foretakets oppfølgings- og rapporteringsrutiner.

Oppdraget understreker at Oslo universitetssykehus HF i 2011 må tilpasse sin virksomhet til reduserte rammebetingelser og ressurser. Endringer i inntektsmodell samt overføringen av opptaksområde og oppgaver til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF fra 1. januar 2011, medfører at foretakets inntektsramme reduseres med om lag to milliarder kroner i forhold til 2010.

Oppdraget kan oppsummeres med at Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre en forsvarlig drift i henhold til årets aktivitetskrav. Foretakets flerårige utviklings- og omstillingsprosjekt for gjennomføring av vedtak i styresak 108-2008 fra Helse Sør-Øst RHF skal fortsette.

Det vises til at for å oppfylle nevnte vedtak vil Oslo universitetssykehus HF i 2011 gjennomføre betydelig omstilling. Omstillingen vil medføre risiko knyttet både til resultat og aktivitet. 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 omstillingsprosessen legger til rette for oppfølging av planlagt og faktisk gevinstrealisering i 2011.

Når det gjelder krav til økonomisk årsresultat er det en felles oppfatning hos Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF at det er utfordrende å oppnå tilstrekkelig presisjon i budsjettet for 2011 ved inngangen til året. Hovedårsaken til dette er usikkerhet i forhold til endringene i pasientstrømmer og påfølgende behov for tilpasning av kapasitet, spesielt i første del av 2011. På basis av resultat og likviditetsmessig status rapportert etter 1. tertial, vil endelig krav til årets resultat og likviditetsmessig status ved årets utgang fastlegges. Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at foretaket styrer på grunnlag av periodisert budsjett for 1. tertial.

Oppdraget vil bli nærmere kommentert i styremøtet.

Styringsparametre helsefag - Oversikt krav til rapportering 2011

Oversikt er basert på mål og krav fra HOD og egne indikatorer i HSØ.

| Bestiller | Ventetider og fristbrudd | Mål 2011 | Datakilde | Rapporteringsfrekvens |
|-----------|--|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| HOD | Andel ventetider på nettsiden Fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker | 100 % | Hdir. v/ Kont. for Fritt sykehusvalg | Tertialvis |
| HOD | Endret: Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen somatikk | | NPR | Måned |
| HOD | Endret: Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP) | | NPR | Måned |
| HOD | Endret: Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP) | | NPR | Måned |
| HOD | Endret: Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) | | NPR | Måned |
| HOD | NY: Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten ved utgangen av 2011 | Ned mot 65 løpedager | NPR | Måned |
| HSØ | Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp | | NPR | Tertialvis |
| HSØ | NY: Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning | | HF-ene | Måned |
| HSØ | Antall ventet over et år | | NPR | Tertialvis |
| HSØ | Antall ventende og ventetid innleggelse avd. for sikkerhetspsykiatri | | HF-ene | Tertialvis |
| HOD | Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager | 100 % | HF-ene | Tertialvis |
| HOD | Andel rettighetspasienter som gis utredning eller behandling innen 65 virkedager i psykisk helsevern og TSB for personer under 23 år | 100 % | NPR | Tertialvis |
| HOD | Andel fristbrudd for rettighetspasienter | 0 % | HF-ene/NPR | Tertialvis HOD Månedlig HSØ |

Ventetider skal være basert på NPR-data.

Fristbrudd vil bli basert på rapportering fra HF-ene ved oppstart i 2011, men det kan være aktuelt å gå over til bruk av data fra NPR når NPR-melding er godkjent for alle, og alle har tatt i bruk elektronisk melding.

| Bestiller | Kvalitetsforbedring - Diverse indikatorer | Mål 2011 | Datakilde | Rapporteringsfrekvens |
|-----------|--|--------------------|--|-----------------------|
| HOD | Andel epikriser sendt innen syv dager etter utskrivning | 100 % | HF-ene/NPR | Tertialvis |
| HOD | Andel korridorpasienter | ~ 0 | HF-ene/NPR | Tertialvis |
| HOD | Endret: Andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombolyse | | NPR | Tertialvis |
| HOD | NY: Antall og andel med sfinkterruptur (fødselsrifter) grad 3 og 4 | | MFR | Årlig |
| HOD | NY: – Diabetes Ben/fotamputasjoner pr 100.000 innbyggere | | NPR | Årlig |
| HSØ | Andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter (Somatikk og VOP) | | HF-ene | Måned |
| HSØ | Prevalens av sykehusinfeksjoner. | < 3 % (Mål HSØ) | FHI | 2 ggr. årlig |
| | Psykisk helsevern | | | |
| HSØ | Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern voksne (VOP) og (BUP, ny 2011) | | HF-ene | Tertialvis |
| HOD | Andel tvangsinnleggelse, og ratejustert for befolkningen i opptaksområdet til institusjonene | | HF-ene/NPR | Tertialvis |
| HSØ | Andel ikke planlagte reinnleggelse i psykisk helsevern (voksne) | Reduksjon | HF-ene | Tertialvis |
| HOD | NY - Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge | 100 % | NPR | Tertialvis |
| HOD | NY - Datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern voksne | 100 % | NPR | Tertialvis |
| | NY - Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern voksne | 100 % | NPR | Tertialvis |
| | Kreftbehandling | | | |
| HOD | NY: Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft. | | NPR | Tertialvis |
| HOD | NY: Tid fra henvisning til første behandling brystkreft. | | NPR | Tertialvis |
| HOD | NY: Tid fra henvisning til første behandling lungekreft. | | NPR | Tertialvis |
| | Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning | | | |
| HOD | NY – Brukererfaringer kreftpasienter, justert for case-mix | | Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringundersøkelser) | Årlig |
| HOD | NY – Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel | | Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringundersøkelser) | Årlig |
| HOD | NY – Fastlegers erfaringer med DPS | | Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringundersøkelser) | Årlig |

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

Fokusert styringsparametre/kvalitetsindikatorer Helse Sør-Øst RHF 2011

- Fristbrudd
- Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning
- Sykehusinfeksjoner

Øvrig rapportering

Øvrige rapportering, i hht. driftsavtalen, fremgår av "rapporteringspakken" som sendes ut fra Avdeling for budsjett og regnskap.

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

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

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

Utrykt vedlegg: Definisjonskatalog for styringsparametrene sendes per e-post til helseforetaket/sykehuset

Rapportering og årlig melding for 2011

Alle styringsbudskap gitt av Helse- og omsorgsdepartementet som er tatt inn i dokumentet Oppdrag og bestilling 2011 vil bli integrert i egen forsendelse for innspill til årlig melding for Helse Sør-Øst RHF 2011.

I årlig melding skal det blant annet rapporteres på hvordan de regionale helseforetakene har fulgt opp oppgaver i oppdragsdokumentet for 2011. Tabellen nedenfor skal brukes som grunnlag for rapportering på spesifiserte områder. Det er viktig å ha kjennskap til hva som skal rapporteres slik at nødvendige forberedelse for fremskaffelse av data kan foretas.

Rapportering på spesifiserte områder

| Rapporteringsområder | Datakilde | Kommentar |
|---|---|--------------------------|
| Helsefag-pasientbehandling | | |
| Antall nye desentraliserte tiltak | | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall nasjonale medisinske kvalitetsregistre som har elektronisk innrapporteringsløsning. | | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall barn som fødes av kvinner i LAR- behandling og systematisk registrering av type tilbud denne gruppen får. | MFR | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall oppsøkende/ambulante team innen TSB. | | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall pasienter over 18 år behandlet i henholdsvis sykehus og DPS per 10 000 innbygger over 18 år fordelt på døgninnleggelser, poliklinisk virksomhet innen psykisk helsevern. | | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall DPS som tilbyr brukerstyrte plasser. | | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall ambulante team, fordelt på hvs. akutteam, rus/dobbeltdiagnose-team, andre behandlingsteam og ambulante team innen psykisk helsevern for barn og unge. | | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall læreplasser innenfor helsefagarbeiderutdanningen og ambulansearbeiderutdanningen. | | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall utdanningsstillinger for tannleger under spesialisering. | | Skriftlig tilbakemelding |
| Innovasjon | | |
| Antall OFU (evt. IFU) løpende og nye kontrakter i 2011, samlet prosjektverdi og helseforetakets bruk av ressurser målt i kroner på de to kategorier. | Innovasjon Norge/ Interne kilder | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall FORNY (kommersialisering av FoU-resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter i 2011. | Norges forskningsråd /interne kilder | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall registrerte oppfinnelser i 2011. | DOFI | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall innleverte, i 2011, og videreførte patentsøknader (PCT). | Interne kilder | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall bedriftsetableringer i 2011. | Brønnøysund reg. / interne kilder | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall lisensavtaler i 2011. | Interne kilder | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall forprosjekter finansiert av InnoMed. | InnoMed | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall og andel av alle innkomne e-søknader som omtaler innovasjonspotensial i 2011. | http://forskingsprosjekter.ihelse.net | Skriftlig tilbakemelding |

| Rapporteringsområder | Datakilde | Kommentar |
|--|---|--------------------------|
| Forskning | | |
| Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for Helse Sør-Øst RHF. | NIFU | Beregnes av NIFU |
| Årlige publikasjoner rapportert til Cristin innen 1. september. | Cristin | Beregnes av NIFU |
| Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i Helse Sør-Øst RHF, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU). | NIFU | Beregnes av NIFU |
| Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i Helse Sør-Øst RHF på utvalgte prioriterte fagområder innen forskning inkl samhandlingsforskning (jf definisjonen under pkt. 7.1 , herunder rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes, eldremedisin og samhandlingsforskning i 2011. Rapporteringen skal omfatte alle helseforetak med forskningsaktivitet og baseres på elektronisk rapportering. | http://forskningsprosjekter.ihelse.net | Rapport utgis |
| Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7. rammeprogram for forskning og teknologiutvikling i 2011. | Norges forskningsråd | Skriftlig tilbakemelding |
| Status samt resultater under hvert fagområde der det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i NSG), herunder etablert nettverk, koordineringsfunksjon samt forskningsprosjekter med deltakere fra flere helseregioner. | Interne kilder | Skriftlig tilbakemelding |

GOD VIRKSOMHETSSTYRING



Grunnlag for god pasientbehandling

**Rammeverk for virksomhetsstyring, intern
styring og kontroll, i Helse Sør-Øst**

Hamar, desember2010

Forord

Å gi god og riktig pasientbehandling er vår viktigste oppgave. Denne oppgaven skal løses innenfor et sett av lover, regler og krav om måloppnåelse. Samtidig skal vi også gjennomføre andre oppgaver for å endre og utvikle oss, holde orden på økonomien m.v. For at vi skal få til dette må vi ha styring og kontroll (internkontroll og risikostyring) med hva vi gjør, hvordan vi gjør det og hvordan vi disponerer våre samlede ressurser.

Virksomhetsstyring blir i denne sammenheng et helt sentralt begrep, og hensikten med dette dokumentet er å beskrive og tydeliggjøre innholdet i kravene til intern styring og kontroll. Dokumentet er ment å være en støtte til alle som har ansvar for intern styring og kontroll på alle ledelsesnivåer innenfor helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst.

Helse Sør-Øst sitt omdømme har blitt utfordret flere ganger det siste året. Flere av disse sakene har vist at det er svakheter i intern styring og kontroll ved de enheter som er involvert, enten ved at tiltak i forhold til måloppnåelse ikke har vært god nok, eller ved at regelverk og rutiner ikke har blitt etterlevd. Vi ønsker med dette dokumentet å sikre en omforent forståelse for hvordan vi gjennom prinsipper og metoder for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, systematisk kan forbedre og styrke virksomheten og bidra til en bedre måloppnåelse.

Intern styring og kontroll handler bl.a. om ansvar. Selv om det i siste instans er et styre- og ledelsesansvar, forventes det at alle medarbeidere tar medansvar i arbeidet med å sikre god intern styring og kontroll. Det er viktig at det skapes gjennomgående holdninger og kultur for å sikre at mål og metoder er formidlet og forstått blant alle ansatte, og at ledelsen underbygger denne tenkningen gjennom beslutninger, kommunikasjon og daglige handlinger.

Dette er første versjon av et dokument i utvikling. Videre diskusjon av prinsippene skal bidra til at vi blir ennå tydeligere og at forståelsen for begreper og virkemidler blir godt forankret. Vi vil derfor se til at rammeverket for god virksomhetsstyring i helseforetaksgruppen settes på dagsorden i flere fora.

Hamar desember 2010

Bente Mikkelsen
administrerende direktør

INNHOLD

| | |
|--|----|
| 1. INNLEDNING | 4 |
| 1.1. HENSIKTEN MED DOKUMENTET | 4 |
| 1.2. VISJON OG VERDIER | 4 |
| 1.3. EIERS KRAV TIL HELHETLIG OPPLEGG FOR GOD VIRKSOMHETSSTYRING | 4 |
| 1.4. ÅPENHETSKULTUR | 5 |
| 1.5. VEILEDNING TIL LESEREN | 5 |
| 2. KRAV OG FØRINGER FOR VIRKSOMHETEN I FORETAKSGRUPPEN | 6 |
| 3. HVA ER VIRKSOMHETSSTYRING? | 7 |
| 3.1. MÅL- OG RESULTATSTYRING | 7 |
| 3.2. EIERSTYRING | 8 |
| 3.3. VIRKSOMHETSSTYRINGSPRINSIPPER | 8 |
| 3.4. SAMMENHENGEN MELLOM VIRKSOMHETSSTYRING, INTERNKONTROLL OG RISIKOSTYRING | 9 |
| 4. PRINSIPPER FOR INTERN STYRING OG KONTROLL SOM DEL AV VIRKSOMHETSSTYRINGEN | 9 |
| 4.1. STYRINGS- OG KONTROLLMILJØ | 11 |
| 4.2. ETABLERE MÅLSETTINGER OG RISIKOVURDERING | 12 |
| 4.3. TILTAK FOR Å HA STYRING OG KONTROLL | 13 |
| 4.4. OPPFØLGING | 14 |
| 5. ROLLER, ANSVAR OG OPPGAVER I VIRKSOMHETSSTYRINGEN | 15 |
| 5.1. STYRETS ANSVAR ETTER HELSEFORETAKSLOVEN | 15 |
| 5.2. DET REGIONALE HELSEFORETAKETS ROLLE, ANSVAR OG OPPGAVER | 16 |
| 5.3. HELSEFORETAKENES ROLLE, ANSVAR OG OPPGAVER | 16 |
| 5.4. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS OPPGAVER (I RHF OG I HF) | 16 |
| 5.5. OM ORDNINGEN MED INTERNE STYRELEDERE | 17 |
| 5.6. UNDERLIGGENDE LEDELSE OG DEN ENKELTE MEDARBEIDER | 17 |
| 5.7. LEDELSESMESSIG KOMMUNIKASJON – DEN LØPENDE KONTAKTEN | 17 |
| 5.8. KONSERNREVISJONEN | 17 |
| 5.9. SAMLET OPPLEGG FOR STRUKTUR INTERN STYRING OG KONTROLL | 18 |
| VEDLEGG | 19 |

1. Innledning

1.1. Hensikten med dokumentet

Dette dokumentet beskriver prinsippene for god virksomhetsstyring og er et rammeverk for å etablere intern styring og kontroll (internkontroll og risikostyring) relatert til all virksomhet i Helse Sør-Øst. Det dekker alle lovområder og mål, krav og føringer gitt av lovgiver og eier.

Prinsippene omfatter intern styring og kontroll i et vidt perspektiv og tar således opp i seg definisjonene og innholdet i internkontroll som følger av ulike forskrifter som for eksempel §§ 3 og 4 i Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, §§ 3 og 5 i Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter m.fl. Det understrekes at det ikke er noen motsetninger mellom definisjonene.

Dokumentet er en videreutvikling av styresak 016-2010 *God virksomhetsstyring og intern kontroll i Helse Sør-Øst* og bygger på etablerte prinsipper og definisjoner tilpasset virksomheten i Helse Sør-Øst. Dokumentet erstatter "Risikostyring i Helse Sør-Øst" fra 2008.

1.2. Visjon og verdier

Målsettingen med dokumentet er at de prinsipper, definisjoner og føringer som her beskrives skal utgjøre et felles rammeverk og ligge til grunn for all virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst, og bidra til oppfyllelse av alle krav og føringer som gjelder for foretaksgruppens virksomhet, herunder god pasientsikkerhet og effektiv ressursutnyttelse. Arbeidet skal følgelig understøtte Helse Sør-Østs visjon som 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

Det er videre lagt til grunn at en innenfor foretaksgruppen Helse Sør-Øst vil drive sin virksomhet verdibasert, der de tre nasjonale verdiene "kvalitet", "trygghet" og "respekt" er omsatt til følgende normer for virksomheten:

- Åpenhet og involvering - i måten vi arbeider på og i våre prosesser
- Respekt og forutsigbarhet - i måten vi møter hverandre på
- Kvalitet og kunnskap - er vår virksomhet basert på og skal våre beslutninger være bygget på

1.3. Eiers krav til helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring

Helse- og omsorgsdepartementet stilte i foretaksmøte i 2004 krav til de regionale helseforetakenes og helseforetakenes oppfølging av lovkrav og øvrige myndighetskrav – praktisering av internkontroll og risikostyring for å sikre god virksomhetsstyring.

Kravene om dette er gjentatt i senere foretaksmøter og i foretaksmøteprotokoll fra januar 2010 er dette formulert slik:

"Foretaksmøtet viste til tidligere føringer angående styrets ansvar for at Helse Sør-Øst RHF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Ved omstilling av virksomheten må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene."

”Foretaksrådet konstaterer at det fortsatt er behov for større systematikk i de regionale helseforetakenes og helseforetakene oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn. Foretaksrådet la til grunn at dette følges opp.”

I brev av 28.01.10 understreker Helse- og omsorgsdepartementet på nytt de regionale helseforetakenes ”sørge for”-ansvar for at befolkningen i helseregionene blir tilbudt forsvarlige spesialisthelsetjenester i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 og § 2-2. Det presiseres at ”sørge for”-ansvaret som de regionale helseforetakene er pålagt bl.a. innebærer å ivareta ansvar for planlegging, gjennomføre egne planer, evaluere resultater og iverksette korrigerende tiltak.

Gjennomgangen av statens eierkrav til helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring er beskrevet mer utførlig i vedlegg 2.

1.4. Åpenhetskultur

Med utgangspunkt i verdigrunnlaget legger Helse Sør-Øst vekt på verdibasert ledelse og endringskompetanse. Dette betyr for Helse Sør-Øst blant annet at en skal sikre åpenhet for å avdekke og forebygge feil og mangler, involvering fra brukere og ansatte, kunnskapsbasert praksis og det å etablere en lærende organisasjon, sikre pasientsikkerhet og forutsigbarhet. Med dette som grunnlag er det også viktig at det skapes en gjennomgående kultur for god virksomhetsstyring, slik at mål og metoder er formidlet og forstått blant alle ansatte og at ledelsen underbygger denne tenkningen gjennom beslutninger, kommunikasjon og daglige handlinger.

1.5. Veiledning til leseren

Dette prinsippdokumentet er fundamentet for den samlede fremstillingen av virksomhetsstyring på regionalt og lokalt nivå i Helse Sør-Øst.

Dokumentet omhandler:

Kapittel 1: Hvorfor drive virksomhetsstyring

Kapittel 2: Krav og føringer til virksomheten

Kapittel 3: Hva er god virksomhetsstyring og gjeldende prinsipper

Kapittel 4: Prinsipper for god intern styring og kontroll

Kapittel 5: Roller, ansvar og oppgaver i virksomhetsstyringen

Prinsippdokumentet må ses i sammenheng med en rekke overordnede dokumenter. I tillegg er det en ambisjon å utvikle en mer praktisk, foretaksovergripende oversikt over prosesser og verktøy med relevans for virksomhetsstyringen:

Figur 1: Dokumentstruktur

| | |
|--|--|
| Virksomhetskrav Lover og forskrifter Foretaks møteprotokoller Oppdragsdokumenter Styrevedtak Strategiske og operative måldokumenter | |
| Rammeverk Prinsipper for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst | |
| Foretaksomgripende prosesser og verktøy | |
| <ul style="list-style-type: none">• <u>Årsplan</u>, herunder<ul style="list-style-type: none">- Hovedprosesser knyttet til strategi og mål,- Behovsvurdering og prioritering, budsjett (herunder økonomisk langtidspan),- Oppdrag og bestilling til HF / sykehus,- Rapportering og oppfølging- Utarbeidelse av årlig melding, mv | <ul style="list-style-type: none">• Verktøy og veiledninger for:<ul style="list-style-type: none">- Risikovurdering (revideres)- Ledelsens gjennomgåelse (revideres)- Håndtering av uønskede hendelser, herunder etablert prøveordning med rapportering til helsetilsynet (revideres)- Andre relevante dokumenter |

| | |
|-----------------------------|---|
| Virksomhetskrav: | Består av styrende dokumenter (lover, forskrifter, foretaksprotokoller, oppdragsdokumenter, styrevedtak og strategiske og operative måldokumenter) som er relevant på regionalt og lokalt nivå. |
| Prinsippdokument | Beskriver definisjoner, roller, ansvar og oppgaver, samt prinsipper innenfor virksomhetsstyring, internkontroll og risikostyring. |
| Verktøy og prosesser | Omfatter relevante prosessbeskrivelser, krav, føringer og veiledere for hva som skal gjøres, hvordan og av hvem, innenfor de viktigste områdene i styring og oppfølging av virksomheten i foretaksgruppen. Dette gjøres tilgjengelig elektronisk. |

2. Krav og føringer for virksomheten i foretaksgruppen

De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i helseregionen, samt eieransvar for underliggende helseforetak. Ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret innebærer både bruk av offentlige helseforetak og kjøp av tjenester fra private leverandører. I tillegg til pasientbehandling har de regionale helseforetakene ansvar for at helseforetakene utfører forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende. Oppdrag og bestilling til helseforetakene fra Helse Sør-Øst RHF beskriver de samlede krav og forventninger til leveransene i året.

Det legges til grunn at all virksomhet i Helse Sør-Øst skal utøves i samsvar med gjeldende lover og retningslinjer, og i tråd med de styringskrav som Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter i oppdragsdokument og foretaksmøte, samt øvrige vedtak som fattes av styret for Helse Sør-Øst RHF.

De viktigste lovene som regulerer helseforetakenes virksomhet er spesialisthelsetjenesteloven (sykehusenes plikter), pasientrettighetsloven (om pasientenes rett til blant annet helsehjelp, fritt sykehusvalg, informasjon og samtykke) og helseforetaksloven (som regulerer organisering av sykehus). En oversikt over de viktigste lovene er tatt inn i vedlegg 1.

Det er en lovpålagt oppgave og en etisk forpliktelse å gi befolkningen gode, trygge og effektive helsetjenester. Lovgivningen, med tilsynsmyndigheter¹ som skal se etter at myndighetskrav følges, er et av myndighetenes virkemidler for å forebygge svikt på viktige områder i helsetjenesten.

Det regionale helseforetaket har samtidig ansvar for at disse oppgavene løses innefor de økonomiske rammebetingelsene som er fastsatt av Stortinget og som tildeles de regionale helseforetakene gjennom statsbudsjettet.

God virksomhetsstyring skal altså bidra til å nå mål om etterlevelse av alle lov- og forskriftskrav og å sikre at det både er god styring og orden i eget hus.

3. Hva er virksomhetsstyring?

Virksomhetsstyringsbegrepet må ses i forhold til andre sentrale begreper som mål- og resultatstyring, eierstyring, internkontroll og risikostyring. I fortsettelsen følger definisjoner/redegjørelser for begrepene og sammenhengen mellom dem.

3.1. Mål- og resultatstyring

Mål- og resultatstyring er det overordnede styringsprinsippet² i staten. Med mål- og resultatstyring menes:

”Å sette mål for hva virksomheten skal oppnå, å måle resultater og sammenligne dem med målene, og bruke denne informasjonen til styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre virksomheten.”

Mål- og resultatstyring anvendes på alle nivåer staten, dvs. mellom Stortinget og departementene, mellom departementet og underliggende virksomheter, herunder de regionale helseforetakene. Spesialisthelsetjenesten er underlagt et omfattende lov- og regelverk som fastslår foretakene og sykehusenes plikter og pasienter og pårørendes rettigheter. Dette følges opp gjennom å benytte mål- og resultatstyringen som dominerende styringsprinsipp mellom det regionale og de lokale foretaksnivået, samt internt i foretakene.

Hensikten med mål- og resultatstyring er å øke effektiviteten og få mer ut av ressursene, bl.a. ved at underliggende nivå har frihet til selv å bestemme hvilke virkemidler som skal brukes for å nå målene. Styring og kontroll skal i mindre grad skje gjennom detaljerte instruksjoner om ressursbruk, aktiviteter og enkeltoppgaver. I stedet skal oppmerksomheten i

¹ Det vises til vedlegg 1 med oversikt over tilsynsmyndigheter og lover tilsynsmyndighetene forvalter i spesialisthelsetjenesten

² Mål- og resultatstyring avløste på 80-tallet regelstyring som det dominerende styringsprinsipp i staten.

større grad rettes mot at målene med virksomheten oppfylles, og at det skjer med effektiv ressursbruk. Med utgangspunkt i mål fastsatt i dialog med overordnet nivå, har ledelsen på hvert nivå selv ansvar for å utlede hvordan målene skal nås og hva som må prioriteres i styringen.

De viktigste dokumentene og prosessen i styringsdialogen mellom over- og underordnet nivå er knyttet til den årlige budsjettprosessen i staten. Med utgangspunkt i St. prp. nr. 1 (statsbudsjettet) og Stortingets vedtak, fastsetter bl.a. Helse- og omsorgsdepartementet overordnede mål, styringsparametere og hvilke resultater som skal nås i tildelingsbrev til underliggende virksomhet, herunder de regionale helseforetakene.

3.2. Eierstyring

Begreper "Corporate governance" er også et begrep som benyttes i noen sammenhenger og oversettes med virksomhetsstyring. En kortversjon av OECDs definisjon av uttrykket er: "Corporate governance is the system by which the companies are directed and controlled, in the interest of shareholders and other stakeholders, to sustain and enhance value."

Corporate governance ses på som et overordnet og strategisk verktøy for styret og ledelsen mht å ha kontroll og evne til å styre alle deler av en virksomhet først om fremst i forhold til ytre omgivelsen. Virksomhetsstyring har slik det benyttes her, ytterligere fokus mot drift og hvordan virksomheten gjennom god intern styring og kontroll sikrer leveranse av gode helsetjenester og har fokus på kvalitet og pasientsikkerhet.

3.3. Virksomhetsstyringsprinsipper

Med **virksomhetsstyring** menes "prosessene og aktivitetene som det regionale helseforetaket og helseforetakene gjennomfører for å

- Sette mål
- Definere oppgaver for å nå målene
- Måle resultater mot målene
- Bruke informasjonen til å ha styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre virksomheten".

Sett i forhold til en årssyklus kan dette illustreres slik:



Figur 2 Illustrasjon årssyklus

3.4. Sammenhengen mellom virksomhetsstyring, internkontroll og risikostyring

En effektiv virksomhetsstyring forutsetter at det er etablert en god internkontroll (styring og kontroll) i virksomheten som kan bidra til å forhindre styringssvikt, feil og mangler. Med **intern styring og kontroll** menes

”prosesser, systemer og rutiner igangsatt av ledelsen og de ansatte for å gi rimelig sikkerhet for at det regionale helseforetaket og helseforetakene når sine målsettinger om målrettet og effektiv drift, pålitelig styringsinformasjon og etterlevelse av lover og regler”³”

Definisjonen gjenspeiler at internkontroll er å ha styring og kontroll – ikke bare kontroll.

Et bærende prinsipp er at den interne styringen og kontrollen bør tilpasses den risiko og egenart som gjelder for virksomheten. Å fastsette et tilstrekkelig og hensiktsmessig opplegg for internkontroll innebærer derfor at det gjennomføres prosesser for å identifisere og håndtere risiko, dvs. risikostyring. Med **risikostyring** menes

”prosesser som gjennomføres av styret, ledelsen og ansatte, anvendt i fastsettelse av strategi og på tvers av virksomheten, for å identifisere potensielle hendelser som kan påvirke virksomheten. Hensikten er å håndtere risiko slik at den er i samsvar med virksomhetens aksepterte risikonivå, for derigjennom å gi rimelig grad av sikkerhet for virksomhetens måloppnåelse”

Risikostyring kan dermed beskrives som en praktisk tilrettelegging av en metode for å ivareta kravene om etablering og gjennomføring av internkontroll og risikostyring som følger av krav fra Helse- og omsorgsdepartementet.⁴

Prinsippene for intern styring og kontroll som er sammenfattet i kapittel 4 representerer det omforente syn og de holdninger som skal karakterisere alle aktiviteter i foretaksgruppen, dvs. blant styrer, ledelse og medarbeidere.

De avspeiler virksomhetens verdier og vil påvirke foretaksgruppens kultur og driftsform. Prinsippene er fanget opp i underliggende retningslinjer, muntlig og skriftlig kommunikasjon, i beslutningstaking og daglige ledelsesmessige handlinger. De påvirker hvordan verktøyene for virksomhetsstyring anvendes – hvordan hendelser blir identifisert, hvilke risiko som aksepteres og hvordan de blir håndtert.

4. Prinsipper for intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen

Til grunn for definisjoner og kriterier for å vurdere innholdet i intern styring og kontroll ligger anerkjente rammeverk for internkontroll og helhetlig risikostyring⁵. Som definisjonen i kap 3 viser, omfatter intern styring og kontroll også tiltak som skal sikre *etterlevelse av lover og regler*. Definisjonen i rammeverkene er videre og tar således opp i seg definisjonene og innholdet i internkontroll som følger av ulike forskrifter som for eksempel §§ 3 og 4 i Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, §§ 3 og 5 i Forskrift om systematisk helse-

³ Jf COSO Internal control – integrated framework (internal control oversettes også med intern styring og kontroll)

⁴ Jf krav i foretaksprotokoller – kap 1.3.

⁵ COSO – An integrated framework, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 1992
COSO ERM – Enterprise risk management, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2004.

miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter m.fl. Det understrekes at det ikke er noen motsetninger mellom definisjonene⁶.

I en forenklet modell fremstilles rammeverket for intern styring og kontroll, herunder risikostyring ved fire elementer bygget på hverandre og med gjensidig avhengighet. Informasjon og kommunikasjon er også et viktig element i rammeverket og inkluderes innenfor alle deler av modellen.

Elementene i figuren nedenfor danner grunnlaget for den videre beskrivelse av innholdet i *god intern styring og kontroll* og som igjen er en forutsetning for å ha *god virksomhetsstyring* i Helse Sør-Øst.



Figur 3: En forenklet fremstilling av elementer og faktorer i rammeverket for intern styring og kontroll

Elementene henger innbyrdes sammen og må ses i relasjon til hverandre i arbeidet med å utvikle og forbedre intern styring og kontroll som ledd i virksomhetsstyringen.

Intern styring og kontroll er en kontinuerlig prosess som er gjennomgående i virksomheten, og utføres av mennesker på alle nivåer i organisasjonen, dvs. styre, ledelse og ansatte. Intern styring og kontroll anvendes på tvers av virksomheten, på alle nivåer og i alle enheter, i tillegg til virksomheten som helhet. Intern styring og kontroll gir viktige fordeler, men det finnes også begrensninger, bl.a. som følge av at menneskelig dømmekraft i forbindelse med beslutningstaking kan være mangelfull og at risikohåndtering og etablering av kontroller må etableres ut fra en kost-/nytteverdi.

Videre kan det oppstå feilsituasjoner som følge av menneskelig svikt (ubevisste feil), og kontroller kan også omgås gjennom samarbeid mellom to eller flere ansatte (bevisste feil). Ledelsen har også mulighet til å overstyre beslutninger tatt i forbindelse med helhetlig risikostyring. Nevnte begrensninger kan forhindre styret og ledelsen i å ha absolutt sikkerhet med hensyn til virksomhetens måloppnåelse.

Følgende prinsipper, virkemidler og tiltak er utledet/etablert for den praktiske etablering og håndtering av virksomhetsstyringen i foretaksgruppen:

⁶ Forskrift om internkontroll i Sosial- og helssetjenesten.

4.1. Styrings- og kontrollmiljø

Styrings- og kontrollmiljøet setter tonen for arbeidet med intern styring og kontroll i foretaket. Det danner grunnlaget for de øvrige elementene som inngår i et helhetlig system for intern styring og kontroll, og har således en sterk innvirkning på effektiviteten i dette. Styrings- og kontrollmiljøet består av flere faktorer:

- Verdier og holdninger
- Integritet og etiske verdier
- Styrets tilsyns- og kontrollansvar
- Ledelsens filosofi og driftsform
- Organisasjonsstruktur
- Kompetanse
- Fordeling av ansvar og myndighet
- Utvikling av menneskelige ressurser

Verdier og holdninger

- Verdier og holdninger i forhold til å ville ha god styring og kontroll og gjenspeiles tydelig i kommunikasjon av målsetninger og krav/rammer virksomheten skal bygge på.

Integritet og etiske verdier

- Foretaksgruppen har felles formelle etiske regler.
- Foretaksgruppens adferdsnormer og ledelsens handlinger gjenspeiler integritet og felles etiske verdier.
- Etiske verdier kommuniseres aktivt og følges opp med detaljert veiledning om hva som er rett og galt.
- Det finnes kommunikasjonskanaler til ledelsen, og det er etablert en meldekultur der de ansatte føler seg komfortable med å ta opp relevant informasjon.
- Den enkelte medarbeider vet hvordan egne handlinger henger sammen med det andre gjør og hvordan de bidrar til måloppnåelse.
- Det benyttes sanksjoner overfor ansatte som bryter regler og etablerte prinsipper, det finnes mekanismer som oppmuntrer til å melde fra om overtredelser, og det iverksettes reaksjoner mot ansatte som med viten og vilje unnlater å melde fra om overtredelser.

Styrets tilsyns- og kontrollansvar

- Styret er aktivt og har nødvendig grad av relevant og sammensatt kompetanse koblet med den nødvendige innstillingen for å ivareta sitt "påse"-ansvar (jf. pkt. 5.1).
- Styret er forberedt på å stille spørsmål om og granske ledelsens aktiviteter og presentere alternative syn, og å handle når det blir stilt overfor overtredelser.

Ledelsens filosofi og driftsform

- Ledelsen filosofi og driftsform understøtter god intern styring og kontroll som forutsetning for god virksomhetsstyring. Risikostyring brukes aktivt og er en integrert del av ledelsens styring og oppfølging av virksomheten i det enkelte foretak og i foretaksgruppen som helhet.

Organisasjonsstruktur

- Organisasjonens kultur og struktur innebærer at nøkkelområder for ansvar og myndighet er definert og viser rapporteringslinjene.
- Organisasjonskulturen er utviklet med henblikk på virksomhetens størrelse og hvilke aktiviteter som utføres.
- Organiseringen sikrer en hensiktsmessig, effektiv og målrettet kontrollstruktur hvor tilstrekkelige og hensiktsmessige tiltak for å ha styring og kontroll med virksomheten, slik

disse er beskrevet i dokumentets pkt 4.3, tydelig ansvars plasseres hos hhv. linjen (1. linje forsvar) og stabene (2. linje forsvar).

Kompetanse

- Kompetansen hos foretakets ansatte gjenspeiler den kunnskap og de ferdigheter som er nødvendig for å utføre tildelte oppgaver.
- Ledelsen foretar en avveining mellom kompetanse og kostnader.

Fordeling av ansvar og myndighet

- Tildeling av ansvar og myndighet handler om i hvilken grad enkeltpersoner og grupper blir bemyndiget og oppmuntret til å ta opp og løse problemstillinger. Dette innebærer også avgrensning av deres myndighet.
- Tildeling av ansvar og myndighet innebærer etablering av rapporteringslinjer og fullmaktsregistre.
- Retningslinjer beskriver riktig praksis, kunnskaper og erfaringer hos nøkkelpersonell og tilgjengelige ressurser.

Utvikling av menneskelige ressurser

- Personalpolitikken klargjør regler for og praksis for ansettelse, preferanser, opplæring, evaluering, veiledning, forfremmelse, avlønning og disiplinære reaksjoner, og sender signaler til de ansatte om forventet nivå for integritet, etisk adferd og kompetanse.

4.2. Etablere målsettinger og risikovurdering

For å kunne evaluere risiko knyttet til måloppnåelse, pålitelig styringsinformasjon og etterlevelse av lov- og regelverk, er det en forutsetning at det er etablert klare strategiske og operative mål for virksomheten i det enkelte foretak og foretaksgruppen som helhet. De overordnede målene skal være systematisert ut fra krav og føringer i lovgivningen, oppdragsdokument, foretaksprotokoll og styrevedtak.

Videre må de være tydelig ansvars plassert internt i foretaket, samtidig som det gis klare føringer for hvordan og når underliggende enheter skal ha operasjonalisert målsettinger som ledd i egen planlegging av virksomheten.

Risikostyring må være implementert i den løpende styring og oppfølging av virksomheten i foretaket ved at risikostyringen gjennomføres på alle nivåer, identifiserte risikoer vurderes og prioriteres, samt at det settes i verk tiltak for å håndtere dem.

Risikostyringen omfatter tre hovedaktiviteter:

- Identifisering av hendelser eller uheldige/uakseptable forhold,
- Risikovurdering/-prioritering og
- Risikohåndtering.

Følgende prinsipper er utledet som anbefalinger for utforming av mål og styring av risiko:

Målsettinger for arbeidet med å sikre at eiers krav og mål er klare/konsistente/gjennomgående

- Strategiske målsettinger er mål på overordnet nivå og er i samsvar med og støtter det enkelte helseforetak og foretaksgruppens som helhet sitt formål og visjon. Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst er førende i hele foretaksgruppen.
- Relaterte målsettinger og delmål støtter og er i samsvar med valgte strategier når det gjelder alle aktiviteter.
- Målsettinger er lette å forstå og lette å måle.

Identifikasjon, vurdering, prioritering og håndtering av risiko

- Ledelsen har en prosess for å utforme mål og sammenholde disse med foretakets formål og sikre at de er i samsvar med akseptert risiko.
- Ledelsen vurderer risiki forbundet med mål og strategiske valg og vurderer konsekvensene av disse.
- Det enkelte helseforetak og foretaksgruppens som helhet sin risikotoleranse styrer allokering av ressurser og binder organisasjon, mennesker, prosesser og infrastruktur sammen.
- Risikotoleranse kan måles, helst i samme enhet som relaterte målsettinger.
- Ledelsen identifiserer potensielle hendelser eller forhold som kan påvirke implementering av strategi eller måloppnåelse. Hendelser kan ha positive/negative konsekvenser. Det er viktig å være klar over at arbeidet med risikostyring også vil tydeliggjøre muligheter som virksomheten kan dra nytte av.
- Selv hendelser med relativt lav sannsynlighet vurderes hvis konsekvensen er stor.
- Ledelsen erkjenner viktigheten av å forstå både eksterne og interne faktorer og hendelsestyper.
- Ledelsen sikrer at nødvendig kompetanse for å identifisere hendelser er tilgjengelig. Teknikker for å identifisere hendelser retter seg både mot fortiden og fremtiden.
- Nødvendige forbedringstiltak iverksettes og følges opp i forhold til om tiltakene gir effekt.

4.3. Tiltak for å ha styring og kontroll

For å ha betryggende styring og kontroll med at virksomheten i foretaket gjennomføres som forutsatt, må det være utarbeidet og satt i verk tilstrekkelige og hensiktsmessige tiltak som understøtter god virksomhetsstyring.

Med tiltak for å ha styring og kontroll menes systemer, rutiner og aktiviteter som skal sikre at virksomheten i foretaket gjennomføres som forutsatt. Det finnes et omfattende sett av krav om kontrolltiltak som følger lov- og regelverk som skal være etablert i virksomheten uavhengig av størrelsen for risiko på området. Disse er et uttrykk for hvilken risiko den lovgivende myndighet anser som akseptabel, og utgjør områder hvor det er obligatorisk å sette i verk tiltak uavhengig av hva en regionalt eller lokalt måtte komme frem til i egne risikovurderinger. Eksempler på dette er nedfelt i veilederen for "Hvordan holde orden i eget hus" ⁷ utgitt av Helsedirektoratet. Det er grunnleggende for alt kvalitetsarbeid at melde- og avvikssystem skal benyttes i forbedringsøyemed. Læringsløyper er en av flere tiltak som benyttes.

På en annen side er det slik at det innenfor flere områder hvor det åpenbart kan være høy risiko for manglende måloppnåelse, manglende etterlevelse av regelverk etc, ikke finnes lovbestemte kontrolltiltak. Her må den enkelte virksomhetsledelse selv identifisere, vurdere og beslutte eventuelle tiltak ut fra risiko og vesentlighet.

Disse risikoområdene må en tilnærme seg ved først og velge ut kontrolltiltak som er tilpasset risiko og integrere dem i risikostyringen. Styret og ledelsen må ta stilling til hvordan identifisert risiko skal håndteres. Dette kan være risiko som oppstår som følge av svakheter, feil eller mangler i etablerte systemer og rutiner, eller som følge av forhold virksomheten ikke har direkte kontroll over. Akseptert risiko medfører ingen spesielle kontrolltiltak, mens øvrige risiki krever tiltak for å begrense og/eller fjerne risiko. Eventuelle tiltak må vurderes i et kost-

/nytteperspektiv, hvor prinsippet om at nytten ved kontrolltiltaket må forsvare kostnadene forbundet med å utvikle og iverksette det.

En sentral side ved dette er å utarbeide tiltak som er konkrete og har en målbar effekt på risikoen de skal redusere eller fjerne.

Tiltak for å ha styring og kontroll kan være av foretaksovergripende art eller avgrenset til et spesifikt nivå eller funksjon i virksomheten. Det er den enkelte leders ansvar, innenfor eget ansvarsområde, å sikre at det er etablert tilstrekkelige og effektive tiltak for å ha styring og kontroll. Beslutning om hvilke prinsipper som skal legges til grunn for organisering av kontrollstrukturen i foretaket, jf pkt 4.1, tas av administrerende direktør som er øverste ansvarlig for å sørge for etablering, gjennomføring og oppfølging av tilstrekkelig intern styring og kontroll i foretaket.

Tiltak for å ha styring og kontroll kan inndeles i ulike kategorier avhengig av om de skal virke forebyggende, korrigerende eller oppdagende.

Særlig om intern og ekstern kommunikasjon

Informasjon og kommunikasjon er et gjennomgripende og avgjørende tiltak for å ha god styring og kontroll. Viktig informasjon må identifiseres, fanges opp og formidles til riktig tid og på riktig måte slik at de ansatte gjøres i stand til å utføre sine ansvarsoppgaver.

Informasjonssystemene skaffer informasjon om drift, økonomi og overholdelse av lover og regler som muliggjør en kontinuerlig og målrettet drift og styring av foretaket. I tillegg til internt genererte data, behandler systemene også informasjon om eksterne hendelser og forhold som er nødvendige for å ta veloverveide strategiske og driftsmessige beslutninger og for ekstern rapportering.

Åpenhetskultur og effektiv kommunikasjon må også gjennomsyre organisasjonen i vid forstand, dvs. nedover, på tvers og oppover i organisasjonen. Alle ansatte må motta et klart budskap fra toppledelsen om at ansvaret for kontroll må tas alvorlig. De må forstå sin rolle i det interne kontrollsystemet, så vel som hvordan de enkelte aktivitetene og handlingene relaterer seg til andres arbeid. De må dessuten ha kanaler for formidling av viktig informasjon opp i hierarkiet til ledelsen. Det er også behov for å ha effektiv kommunikasjon med eksterne aktører, så som representanter for befolkningen som skal ha helsetjenester, brukere, samhandlingspartnere, leverandører, lovgivere og eier.

4.4. Oppfølging

For å sikre at systemene og rutineene for å ha god styring og kontroll er etablert, etterleves og fungerer som forutsatt, må det etableres prosesser for systematisk og løpende oppfølging.

Dette oppnås gjennom:

- Løpende oppfølging av om tiltak for å ha styring og kontroll virker som forutsatt
- Analyser og sammenligninger (benchmarking)
- Frittstående evalueringer

Løpende oppfølging

Løpende oppfølging skjer som en integrert del av driften og inngår i den daglige ledelse som en del av den helhetlige overvåkningsfunksjonen. Oppfølgingen er integrert med andre handlinger som ansatte gjør når de utfører sine oppgaver.

Eksempler på løpende oppfølging er;

Ledelsesrapportering

- Controlling av økonomiområdet
- Monitorering av pasientbehandlingen ved bruk av ulike typer verktøy
- Resultater fra systemkontroller som gir kontinuerlig overvåking (av fristbrudd)
- Analyse av melde- og avviksrapportering med henblikk på "røde lys"

Oppfølgingsaktiviteter skal bidra som en positiv støtte for ledere og medarbeidere på ulike nivå.

Frittstående evalueringer

Omfanget og hyppigheten av de frittstående evalueringene avhenger primært av risikovurderingen og hvor effektive de kontinuerlige overvåkningsrutinene (oppfølgingsrutinene) er. Mangler i den interne kontrollen må rapporteres til ledelsen, og alvorlige forhold må meldes fra toppledelsen til styret. Eksempler på frittstående evalueringer er revisjoner, organisasjonsgjennomganger m.v. Eventuelle avvik fra plan eller fastsatte mål- og resultatkrav som fanges opp, må korrigeres gjennom kompenserende tiltak.

5. Roller, ansvar og oppgaver i virksomhetsstyringen

5.1. Styrets ansvar etter helseforetaksloven

Styrets ansvar og oppgaver er forankret i helseforetaksloven § 28 *Styrets oppgaver*:

- Sikre en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet
- Fastsette planer for foretakets virksomhet
- Holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling
- Føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter
- Føre tilsyn med daglig leder og fastsette instruks for denne

Dette innebærer bl.a. at styret skal "påse" at det er etablert god internkontroll i som gir rimelig sikkerhet for at foretaket når fastsatte målsettinger, har pålitelig rapportering av styringsinformasjon og etterlever lov- og regelverk. Styret skal videre føre tilsyn med administrerende direktør og få bekreftet om intern- kontroll og risikostyring virker effektivt. Konsernrevisjonen er et av styrets verktøy for å gjøre dette.

Iht. lovens § 29 skal styret føre tilsyn med daglig leder og kan fastsette instruks for denne.

Styret må være sikret nok kunnskap og fakta til å trekke riktig konklusjon og beslutte riktige tiltak. Enkelte særskilte forhold bør rapporteres løpende til styret:

- Meldepliktige avvik
- Eksterne tilsyn der det avdekkes alvorlige avvik
- Avvik etter internt tilsyn/revisjon innen særskilte risikoområder
- Avvik eller tilsyn som ikke blir lukket innen pålagt tid av økonomiske eller andre grunner
- Avvik som krever tiltak eller koordinering på regionalt nivå
- Der det foreligger spesielt alvorlige avvik i forhold til pasientsikkerhet, økonomiske eller omdømmemessige konsekvenser

I denne sammenheng er det viktig at styret også vurderer:

- Om det finnes en klar og entydig forståelse av foretakets risikoprofil og risikoområder.
- Hva som til enhver tid er kritisk risiko i forhold til måloppnåelse både i forhold til pasientbehandlingen, økonomi mv.
- Om det er tilstrekkelig ledelsesressurser allokert til identifisering, vurdering og behandling av risikoområdene.
- Om det er en kultur som sikrer fokus på risiko og som tillater åpen informasjon om avvik, feil og mangler.
- Om styret får informasjon om risiko, avvik og hendelser.
- Om riktig info kommer til styret i rett tid og i en form som gjør styret i stand til å ivareta sitt ansvar.

5.2. Det regionale helseforetakets rolle, ansvar og oppgaver

Helse- og omsorgsdepartementet eier de regionale helseforetakene, på samme måte som helseforetakene eies av de regionale helseforetakene. Den samlede styringen fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF formidles i det årlige oppdragsdokumentet og i foretaksmøter.

Det regionale helseforetaket ivaretar to roller i spesialisthelsetjenesten:

- "Sørge for"-rollen, som innebærer å sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. (jf. lov om spesialisthelsetjenester § 2-1 a)
- "Eierrollen" som omhandler hvordan RHF skal organisere sine sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak" (Helseforetaksloven § 1)

I årlig oppdrag og bestilling til helseforetakene videreformidles det samlede styringsbudskapet fra departementet, egne oppdrag og oppfølging av aktuelle vedtak fattet av styret i Helse Sør-Øst RHF, sammen med fastsatte budsjettammer for virksomheten.

Det er det regionale styrets oppgave gjennom god virksomhetsstyring å påse at oppfølgingen av krav er sikret i tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte både i det regionale helseforetaket og i helseforetakene. Særskilt for styret i det regionale helseforetaket (§ 28, 3. ledd) er at styrets plikter også omfatter de helseforetak som foretaket eier. Rapportering om dette skjer gjennom årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet.

5.3. Helseforetakenes rolle, ansvar og oppgaver

Helseforetakene skal ivareta oppgaver som følger av oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Det understrekes at helseforetakene er selvstendige pliktsubjekt og at foretaksstyrene og ledelsen dermed har selvstendig ansvar for å følge opp alle lovkrav, etablere god virksomhetsstyring og foreta lukking av avvik. Helseforetakenes styre og ledelse må etterspørre resultater for å kunne vite nok om hvilken risiko og kvalitet det er på tjenestene og at det gjøres forbedringer der det trengs. Ledelsen plikter også å legge til rette for at helsepersonell skal kunne gi forsvarlige helsetjenester.

5.4. Administrerende direktørs oppgaver (i RHF og i HF)

Det er styrene for helseforetakene og det regionale helseforetaket som fastsetter strategier og retningslinjer for virksomheten. Det enkelte styret fastsetter også instruks for administrerende direktør. Administrerende direktørs oppgave er å utvikle og iverksette strategier og handlingsplaner i samsvar med styrets beslutninger og instruks, samt å følge opp disse, jf. helseforetaksloven § 37.

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt. Dette omfatter bl.a. etablering og gjennomføring av intern styring og kontroll, herunder risikostyring som forutsetning for god virksomhetsstyring, samt å følge opp at denne fungerer tilfredsstillende. Administrerende direktør skal også aktivt bidra til å sikre videreutvikling av pasientsikkerhet, helsefaglig innhold og kvalitet i foretaket

Særskilt for administrerende direktør i det regionale helseforetaket er at denne også skal føre løpende tilsyn med helseforetak som det regionale helseforetaket eier og skal påse at virksomheten der er i samsvar med vedtekter og vedtak truffet av foretaksmøtet og styret. Administrerende direktør har videre, som ledd i oppfølging mellom det regionale helseforetaket og de enkelte helseforetak, rett og plikt til direkte innsyn og oppfølging i de enkelte helseforetakene og deres administrasjon, jf. helseforetaksloven § 37.

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Administrerende direktør plikter å forelegge for styret alle saker som etter lov eller vedtekter er lagt til styret samt saker som går ut over administrerende direktørs fullmakter. Administrerende direktør kan i helt spesielle hastesituasjoner fatte vedtak i slik sak. I slikt tilfelle skal styrets leder umiddelbart informeres.

Ytterligere bestemmelser om dette er bl.a. beskrevet i vedtekter og fullmaktsmatriser.

5.5. Om ordningen med interne styreledere

Helseforetakenes styreledere er som hovedregel ansatt i det regionale helseforetaket. Dette bidrar til å sikre det gjennomgående ansvar som RHF-styret iht. loven er pålagt og som administrerende direktør skal følge opp og gjennomføre.

5.6. Underliggende ledelse og den enkelte medarbeider

Vilkår for å oppnå god styring og kontroll i virksomhetsstyringen er i stor grad betinget av den kultur som skapes, vedlikeholdes og videreutvikles gjennom aktiviteter i styret og den øverste ledelse i helseforetak og RHF. Det er innenfor denne rammen den enkelte leder og medarbeider vil forstå sine oppgaver og ansvaret for å bidra til felles måloppnåelse.

Krav og forventninger overfor den enkelte leder og medarbeider må fremgå av samarbeidsavtaler, stillingsbeskrivelser m.v. Disse bær gjenspeile betydningen av verdiene kvalitet, trygghet og respekt i møte med pasienter, kollegaer og ledere. Det må bl.a. fremgå tydelig hvilke krav som stilles med hensyn til intern styring og kontroll, risikostyring, meldekultur og åpenhet i informasjon/kommunikasjon.

5.7. Ledelsesmessig kommunikasjon – den løpende kontakten

I tillegg til den organisering som er etablert ut fra formelle krav og retningslinjer er det tett og løpende kontakt mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene i direktørmøter, oppfølgingsmøter samt en rekke fagnettverk på tvers av foretaksgruppen innen kommunikasjon, økonomi, medisinske direktører, HR etc. Det er også regelmessige møter mellom det regionale helseforetaket og brukerutvalget og de konserntillitsvalgte på RHF-nivå.

5.8. Konsernrevisjonen

Styret i Helse Sør-Øst RHF har videre, etter krav fra eier i 2005, etablert revisjonskomité og en internrevisjonsfunksjon med ansvar for gjennomgående internrevisjon i helseforetaksgruppen, nå konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Konsernrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for intern revisjon i den

samlede foretaksgruppen Helse Sør-Øst. Konsernrevisjonens formål er å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket og helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering intern styring og kontroll (jf. figuren nedenfor).

Konsernrevisjonen utgjør et "3.linjeforsvar" i styrings- og kontrollstrukturen i foretaksgruppen, jf. beskrivelsen nedenunder.

5.9. Samlet opplegg for struktur intern styring og kontroll

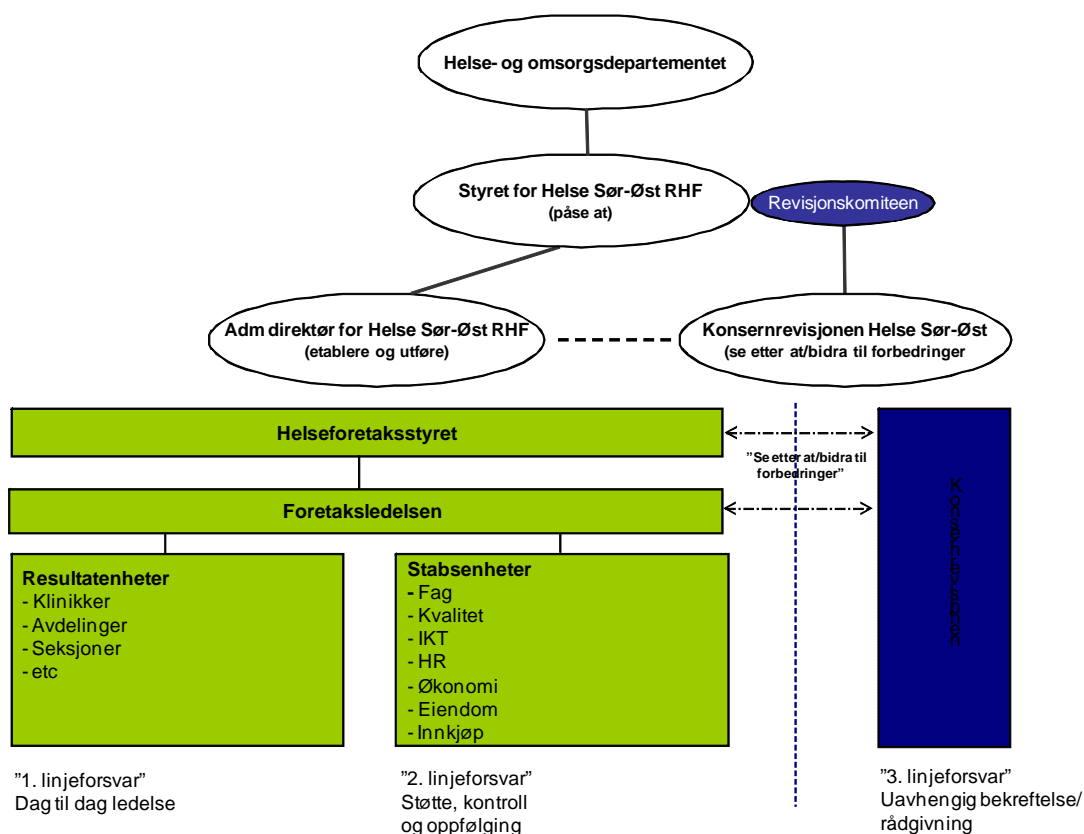
Beskrive hva som menes med 1. linje, 2. linje og 3. linjeforsvar.

- 1. linje forsvar – linjen (post, avdeling, klinikk etc)
- 2. linje forsvar – stabsfunksjonene
- 3. linje forsvar – konsernrevisjonen

Ansvar for intern styring og kontroll er etablert og fungerer som den skal, ligger hos den enkelte leder og ansatte – kontrolltiltakene må være hensiktsmessig og tilstrekkelig lagt opp for å gi rimelig kontroll i 1. linje

Det overordnede ansvar for virksomheten ligger hos foretaksledelsen – den har behov for et "sett med øyne" som kan monitorere og følge opp om intern styring og kontroll fungerer som forutsatt i linjen. (Prinsippene for beslutning om kontrollstruktur er beskrevet i pkt 4.1 og operasjonalisering i pkt 4.3)

Figur 4: Forholdet mellom oppgaver og linjens ansvar for internkontroll



Vedlegg

Vedlegg 1:

Tilsynsmyndigheter og lover tilsynsmyndighetene forvalter i spesialisthelsetjenesten

| Tilsynsmyndighet | Lovområde for tilsyn |
|--|---|
| Statens helsetilsyn | <ul style="list-style-type: none"> • Apotekloven • Bioteknologiloven • Genteknologiloven • Helseforetaksloven • Helsepersonelloven • Kommunehelsetjenesteloven • Lov om alternativ behandling av sykdom m.v. • Lov om biobanker • Lov om forbud mot kjønnslemlestelse • Lov om helsemessig og sosial beredskap • Lov om legemidler • Lov om medisinsk utstyr • Lov om psykisk helsevern • Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten • Lov om sterilisering • Lov om strålevern og bruk av stråling • Lov om svangerskapsavbrudd • Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m. • Pasientrettighetsloven • Pasientskadeloven • Smittevernloven • Sosialtjenesteloven • Spesialisthelsetjenesteloven • Tannhelsetjenesteloven |
| Statens legemiddelverk (blodbank og apotek) | |
| Datatilsynet | <ul style="list-style-type: none"> • Helseregisterloven • Personopplysningsloven |
| Mattilsynet | <ul style="list-style-type: none"> • Matloven |
| Arbeidstilsynet (HMS) | <ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsmiljøloven • Ferieloven • Lov om 1. og 17. mai • Lov om lønnsgaranti • Permitteringsloven • Tobakkskadeloven |
| Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (HMS) | <ul style="list-style-type: none"> • Brann- og eksplosjonsvernloven • Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr • Produktkontrollloven • Sivilforsvarsloven |
| Statens forurensningstilsyn (HMS) | <ul style="list-style-type: none"> • Forurensningsloven • Miljøinformasjonsloven • Produktkontrollloven |
| Statens strålevern (HMS) | <ul style="list-style-type: none"> • Lov om strålevern og bruk av stråling |
| Statens helsetilsyn / Statens institutt for folkehelse (HMS) | <ul style="list-style-type: none"> • Genteknologiloven |
| Fylkesmannen (HMS) | <ul style="list-style-type: none"> • Forurensningsloven |
| Luftfartstilsynet | <ul style="list-style-type: none"> • Luftfartsloven |
| Lokalt el-tilsyn (HMS) | <ul style="list-style-type: none"> • Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr |
| Kommunalt brannvesen (HMS) | <ul style="list-style-type: none"> • Brann- og eksplosjonsvernloven |
| Kommunene | <ul style="list-style-type: none"> • Plan- og bygningsloven |
| Riksrevisjonen | <ul style="list-style-type: none"> • Kan revidere alle lovområder |

Vedlegg 2:

Gjennomgang av eiers krav til helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring

Helse- og omsorgsdepartementet stilte i foretaksmøte i 2004 krav til de regionale helseforetakenes og helseforetakenes oppfølging av lovkrav og øvrige myndighetskrav – praktisering av god virksomhetsstyring. Helse- og omsorgsdepartementet ønsket å forsikre seg om at:

- Styret for de regionale helseforetakene sikrer seg et samlet systemopplegg, basert på gjeldende regler for internkontroll og eventuelle supplerende tiltak, som gir de overordnede ansvarsnivåene tilstrekkelig sikkerhet for at myndighetskrav følges opp i helseforetaksgruppen.
- Styret for det regionale helseforetaket har en periodisk og samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen mht. oppfølging av myndighetskrav.

Det ble videre i foretaksmøte i 2005 stilt krav til at de regionale styrene skulle:

- Sikre seg at det er etablert et samlet opplegg for internkontroll for virksomheten
- Etablere intern revisjon i det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen, som et ledd i styrets overvåking av internkontrollen. Intern revisjon er et viktig ledd i styrets overvåkingsfunksjon som uavhengig av administrasjonen for øvrig, skal foreta systematiske risikovurderinger, kontroller og undersøkelser av helseforetakenes internkontroll for å vurdere om den virker hensiktsmessig og betryggende. Det skal også oppnevnes en kontrollkomité med ansvar for å ha et hovedfokus på styrets kontroll og tilsynsfunksjon (senere kalt revisjonskomite).

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøter etter dette gjentatt kravene til et helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring. I foretaksmøteprotokollen fra januar 2010 er dette formulert slik:

"Foretaksmøtet viste til tidligere føringer angående styrets ansvar for at Helse Sør-Øst RHF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Ved omstilling av virksomheten må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene.

- Foretaksmøtet ba om at rapport fra styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring forelegges Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering for 2. tertial 2010. I tillegg skal det redegjøres for dette arbeidet i årlig melding.
- Foretaksmøtet konstaterte at det fortsatt er behov for større systematikk i de regionale helseforetakenes og helseforetakene oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn. Foretaksmøtet la til grunn at dette følges opp."

I brev av 28.01.10 understreker Helse- og omsorgsdepartementet på nytt de regionale helseforetakenes "sørge for"-ansvar for at befolkningen i helseregionene blir tilbudt forsvarlige spesialisthelsetjenester i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 og § 2-2. "Sørge for"-ansvaret innebærer blant annet å ivareta følgende styringsfunksjoner/elementer som er beskrevet på følgende måte i dokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet:

- Ansvar for planlegging, herunder å vurdere og analysere hvordan befolkningen i helseregionen skal få tilstrekkelig og forsvarlig helsetjeneste. Dette forutsetter bl.a. at Helse Sør-Øst RHF kjenner reglene som gjelder for helsetjenesten, har oversikt over

behov og tilbud for helsetjenester, samt har oversikt over områder med svikt eller fare for svikt. Ved utarbeidelse av planer/tiltak må det foretas risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til iverksettelse av tiltakene og det må planlegges hvordan eventuell fare for svikt og svikt ved gjennomføringen av planer/tiltak skal håndteres.

- "Sørge for"-ansvaret innebærer også ansvar for å gjennomføre egne planer og tiltak som forutsatt og til fastsatt tid, slik at helsetjenesten som tilbys og ytes er forsvarlig.
- Videre skal gjennomføringen av planene og tiltakene evalueres; om planene/tiltakene følges, effekten av planene/tiltakene og om gjennomføringen av planene/tiltakene har medført at det har oppstått områder med fare for svikt eller svikt som må håndteres for at det skal kunne gis et forsvarlig tjenestetilbud. Dette innebærer også innhenting av styringsinformasjon.
- Helse Sør-Øst RHF har også ansvar for å korrigere uforsvarlige forhold. Dette innebærer å iverksette korrigerende og forebyggende tiltak på eget initiativ dersom det i helseregionen ikke tilbys eller ytes tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester.

Det er det regionale styrets oppgave gjennom god virksomhetsstyring å påse at oppfølgingen av krav er sikret i tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte i det regionale helseforetaket.

Vedlegg 3

Litteraturliste

Holde orden i eget hus – Helsedirektoratet 12/2004

Internal Control – Integrated Framework, The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 1992

Enterprise Risk Management – Integrated Framework, The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2004

Risikostyring i staten – Håndtering av risiko i mål- og resultatstyringen, Senter for statlig økonomistyring, 2005

Mål- og resultatstyring i staten – en veileder i resultatmålinger, Senter for statlig økonomistyring, 2006

Hvordan få en god start på risikostyring i statlige virksomheter, Senter for statlig økonomistyring, 2007

Handledning - Intern styring och kontroll Ett stöd vid myndigheternas tillämpning av förordningen om intern styring och kontroll, ESV 2009



**OPPDRAK OG BESTILLING 2011
FOR
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS
HF**

Foretaksmøte 3. februar 2010

INNHold

| | |
|---|-----------|
| 1. INNLEDNING | 3 |
| 2. INNSYN OG KONSERNREVISJON | 5 |
| 3. OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP | 6 |
| 3.1 OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP FRA HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT SOM GJØRES GJELDENE | 7 |
| 3.1.1 <i>Overordnede styringsbudskap fra oppdragsdokument 2011</i> | 7 |
| 3.1.2 <i>Overordnede styringsbudskap fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011</i> | 8 |
| 3.2 OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP FRA HELSE SØR-ØST | 10 |
| 4. MÅL FOR HELSE SØR-ØST 2011 | 12 |
| 5. OPPDRAG OG BESTILLING 2011 RELATERT TIL INNSATSOMRÅDENE FOR HELSE SØR- ØST | 13 |
| 5.1 INNSATSOMRÅDE 1 - PASIENTBEHANDLING | 13 |
| 5.1.1 <i>Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende</i> | 13 |
| 5.1.2 <i>Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011</i> | 19 |
| 5.2 INNSATSOMRÅDE 2 - FORSKNING | 23 |
| 5.2.1 <i>Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende</i> | 23 |
| 5.2.2 <i>Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011</i> | 23 |
| 5.3 INNSATSOMRÅDE 3 - KUNNSKAPSUTVIKLING OG GOD PRAKSIS..... | 24 |
| 5.3.1 <i>Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende</i> | 24 |
| 5.3.2 <i>Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011</i> | 24 |
| 5.4 INNSATSOMRÅDE 4 - ORGANISERING OG UTVIKLING AV FELLESTJENESTER | 25 |
| 5.4.1 <i>Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende</i> | 25 |
| 5.4.2 <i>Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011</i> | 27 |
| 5.5 INNSATSOMRÅDE 5 - MOBILISERING AV MEDARBEIDERE OG LEDERE..... | 29 |
| 5.5.1 <i>Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende</i> | 29 |
| 5.5.2 <i>Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011</i> | 31 |
| 5.6 INNSATSOMRÅDE 6 - BÆREKRAFTIG UTVIKLING GJENNOM GOD ØKONOMISTYRING..... | 33 |
| 5.6.1 <i>Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende</i> | 33 |
| 5.6.2 <i>Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011</i> | 34 |
| 6. DRIFSAVTALE 2011 | 37 |
| 6.1 AVTALT AKTIVITETSNIVÅ 2011..... | 37 |
| 6.2 ØKONOMISK VEDERLAG OG ØVRIGE ØKONOMISKE BETINGELSER..... | 38 |
| 6.2.1 <i>Økonomisk vederlag</i> | 38 |
| 6.2.2 <i>Drift og investering</i> | 38 |
| 6.2.3 <i>Nasjonale medisinske kompetansesentre</i> | 38 |
| 6.2.4 <i>Andre statlige tilskudd</i> | 39 |
| 6.2.5 <i>Likviditet mv</i> | 39 |
| 6.2.6 <i>ISF-refusjoner</i> | 40 |
| 6.2.7 <i>Finansiering av fellesprosjekter</i> | 40 |
| 6.2.8 <i>Risikodeling prehospitale tjenester</i> | 40 |
| VEDLEGG | 41 |

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. Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til det regionale helseforetaket konkretiseres og utdypes i Nasjonal helseplan, oppdragsdokument og foretaksmøter.

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 2011 med utgangspunkt i overordnede rammer samt økonomiske og faglige prioriteringer slik de fremkommer i RHF-styresak nr 075-2010 *Mål og budsjett 2011*. *Økonomisk langtidspan 2011-2014*. Relevante mål og krav gitt i tidligere år vil fortsatt være gjeldende.

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

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 2011.

Det må påregnes at det i løpet av 2011 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.

Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF samarbeider nært med Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus om gjennomføring av oppgaver som må løses innenfor sykehusområdet.

For tjenestetilbud som omfatter hele sykehusområdet, ligger hovedansvar for gjennomføringen på Oslo universitetssykehus HF, mens utviklingen av gode lokalsykehusfunksjoner skal gjennomføres i samarbeid mellom de tre partene i sykehusområdet.

Helseforetaket skal i samarbeid med Sunnaas sykehus HF avklare sammensetning og innhold i tjenestene som gis fra Sunnaas sykehus HF. Helseforetaket har medansvar for at det inngås egen avtale om dette med Sunnaas sykehus HF.

Oslo universitetssykehus HF skal ta del i regionale fagråd og andre regionale nettverk og stille nødvendig kompetanse til disposisjon for regionale prosjekter og tiltak innenfor alle de seks målområdene som omfattes av dette dokumentet.

I forbindelse med gjennomføring av vedtak i RHF-styresak 108-2008, vil Oslo universitetssykehus HF i 2011 gjennomføre betydelig omstilling. Omstillingen vil medføre risiko

knyttet både til resultat og aktivitet. 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 legges til rette for oppfølging av planlagt og faktisk gevinstrealisering i 2011.

Helse Sør-Øst RHF oppretter et særskilt og gjennomgående oppfølgingsregime for Oslo universitetssykehus HF i 2011. 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.

For å sikre oppfyllelse av Helse Sør-Øst RHF's "sørge for"-ansvar forutsettes det at helseforetakene i en overgangsfase bistår hverandre med nødvendige tjenester og behandlingsskapasitet for å sikre at endringene i opptaksområdene pr 01.01.2011 blir gjennomført mest mulig smidig.

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.

Konsernrevisjonen skal bistå styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering av risikohåndtering og intern kontroll. Konsernrevisjonen skal også bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring av foretakenes interne styrings- og kontrollsystemer.

Konsernrevisjonens ansvar, oppgaver, samhandling og kommunikasjon i forhold til helseforetakene, skal ivaretas som nedfelt i gjeldende instruks for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, fastsatt av revisjonskomiteen for Helse Sør-Øst RHF.

3. OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP

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:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Kunnskapsutvikling og god praksis
- Organisering og utvikling av fellestjenester
- Mobilisering av medarbeidere og ledere
- 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 helseplan mv. Perspektivet skal fange opp ønsket utvikling innenfor pasientbehandling, eiendomsutvikling, investering mv. slik at dette utgjør et mål bilde 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

Helse Sør-Øst har satt de overordnede målene i den nasjonale kvalitetsstrategien som overordnede mål for sitt omstillingsprogram for å sikre at omstillingsprogrammet også er regionens kvalitetsstrategi.

Kvalitet skal være et overbyggende prinsipp for hele strategiutviklingen i Helse Sør-Øst. Dette overordnede målet går på tvers av de seks innsatsområdene.

| Våre kvalitetsmål innebærer at tjenestene skal ... | Det er ... |
|--|--|
| Være virkningsfulle (føre til helsegevinst) | Faglige avveininger og beslutninger ved valg av kvalitetsnivå må bygge på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring. Resultater må kunne dokumenteres. |
| Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser) | Sannsynlighet for feil og uheldige hendelser skal reduseres til et minimum gjennom risikostyring og avviksbehandling. Ved valg av kvalitetsnivå skal det tas hensyn til pasientens sikkerhet. |
| Involvere brukerne og gi dem innflytelse | Pasientens erfaringer og synspunkter er viktige faktorer for utvikling av kvalitetsnivået i helsetjenesten. Samtidig må pasienten ansvar for eget liv og helse må tydeliggjøres. På individnivå skal epikrise til pasienter og individuell plan vektlegges. På systemnivå skal |

| | |
|---|---|
| | brukerne og deres organisasjoner trekkes inn i planlegging og evaluering av helsetilbudene. |
| Være samordnet og preget av kontinuitet | Alle tiltak skal være samordnet og preget av kontinuitet. Arbeid med pasientforløp, tverrfaglighet og pasientansvar skal vektlegges. |
| Utnytte ressursene på en god måte | Rett tjeneste skal tilbys rett bruker på rett måte til rett tid. Brukerens behov, tilstandens alvorlighetsgrad, forventet helsegevinst og nytte av behandlingen samt kostnader (prioriteringskriteriene) skal hensyntas når kvalitetsnivå for behandlingstiltak settes. |
| Være tilgjengelig og rettferdig fordelt | Brukere med like behov skal få et tilbud med samme innhold og kvalitet. Tilgjengelighet skal vektlegges. |

Fremtidig utvikling og omstilling i Helse Sør-Øst handler først og fremst om å styrke tjenestenes kvalitet og sikre riktig prioriteringer. Kvalitet skal være et overbyggende prinsipp for hele strategitviklingen i Helse Sør-Øst.

Helsetjenesten har ansvar for å ivareta velferdsstatens grunnleggende etikk og moral i tillegg til å forvalte samfunnets ressurser. Helse Sør-Øst vil drive sin virksomhet verdibasert. De tre nasjonale verdiene ”kvalitet”, ”trygghet” og ”respekt” er i Helse Sør-Øst omsatt til følgende normer for virksomheten:

- Åpenhet og involvering - i måten vi arbeider på og i våre prosesser
- Respekt og forutsigbarhet - i måten vi møter hverandre på
- Kvalitet og kunnskap - er vår virksomhet basert på og skal våre beslutninger være bygget på

Skal pasientenes behov dekkes både nå og inn mot 2020 må det skje en kontinuerlig kvalitetsforbedring både for å gi et kunnskapsbasert godt og et likeverdig faglig tilbud. Dette er nødvendig for å kunne utvikle helsetjenesten videre og sikre at de økonomiske rammene utnyttes til beste for pasientene.

Overordnet mål er at daglig virksomhet i det enkelte helseforetak i sum oppnår den ønskede bærekraftige utvikling av Helse Sør-Øst og realiserer de mål som følger av omstillingsprogrammet.

For å fokusere den målrettede innsatsen i helseforetaksgruppen, har styret vedtatt at fem mål prioriteres i 2011. Disse målene representerer en økt ambisjon innen tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet samtidig som de understreker betydning av arbeidsmiljø og god økonomistyring.

3.1 OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP FRA HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT SOM GJØRES GJELDENE

3.1.1 Overordnede styringsbudskap fra oppdragsdokument 2011

Overordnede føringer

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. Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

Oslo universitetssykehus HF skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen.

Oppfølging av Helsetilsynets rapporter må ha større fokus. I 2011 skal det være særskilt oppmerksomhet på Helsetilsynets rapporter om risikobildet i norsk kreftbehandling og risikobildet innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. For å sikre at uønskede hendelser og funn fra tilsyn blir fanget opp i hele organisasjonen, må Oslo universitetssykehus HF legge til rette for kollektiv læring av feil og systemsvikt.

Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal ivareta kravet om gode og bredt involverende prosesser. Arbeidet skal baseres på prinsippet om å sentralisere det man må og desentralisere det man kan. Omstillinger av tjenestetilbudet som berører kommunene/bydelene skal ikke gjennomføres før kommunene/bydelene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Samarbeid mellom helseforetak og kommuner/bydeler, og mellom ledelse, tillitsvalgte, ansatte og brukere skal legges til grunn i slike prosesser.

Det videre arbeidet med regionale planer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen skal gjennomføres slik at kommunene/bydelene gis en reell innflytelse og at et desentralisert fødetilbud som er nært og trygt legges til grunn.

Hovedprioriteringer 2011

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.

Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan

I 2011 skal Oslo universitetssykehus HF i dialog med kommunene/bydelene og i tett samarbeid innenfor sykehusområdet, på ulike områder forberede seg på reformens gjennomføring. Aktuelle områder for forberedelser kan være gjennomgang av pasientforløp for store pasientgrupper, inngåelse av avtaler med kommunene, videre utvikling av samhandlingstiltak, samarbeidsprosjekter med kommunene om lokale tilbud og samarbeid om utdanning, kompetanseutvikling og forskning. Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med kommuner kartlegge muligheter for kostnadseffektive samarbeidsprosjekter som erstatter dagens behandling i sykehus, og vurdere etablering av lokalmedisinske sentra.

3.1.2 Overordnede styringsbudskap fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011

Forberedelse av samhandlingsreformen

Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av Stortingets behandling av St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen, jf. Innst. nr. 212 S (2009-2010) gjennom bl.a. ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov og Nasjonal helse- og omsorgsplan skal legges fram for Stortinget våren 2011, og det er forutsatt at lovendringer skal tre i kraft fra 1. januar 2012. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til de regionale helseforetakene med eventuell videre oppfølging når Stortinget har behandlet lovforslaget og stortingsmeldingen.

Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal ivareta kravet om gode og bredt involverende prosesser. Omstillinger av tjenestetilbudet som berører kommunene skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det forutsettes samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte, ansatte, brukere og berørte kommuner i slike prosesser.

I saker om salg av eiendom skal det gjøres en særskilt vurdering av om eiendommen kan være egnet for bruk i forhold til de forslag som vil komme i samhandlingsreformen. Berørte kommuner og fylkeskommuner skal informeres om alle aktuelle salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak. Dette må skje på et tidlig nok tidspunkt til å muliggjøre dialog omkring prosessen og bruk av eiendommen. Ved nye investeringer skal det legges vekt på å tilrettelegge for oppfølging av intensjonene i samhandlingsreformen. Dette er særlig aktuelt ved planlegging av større byggeprosjekter.

- Helseforetaket skal forberede seg på implementering av samhandlingsreformen fra 1. januar 2012, herunder legger til rette for å følge opp forslaget om å lovfeste plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom (regionale) helseforetak og kommuner.
- Foretaksmøtet la til grunn at berørte kommuner og fylkeskommuner informeres om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak på et så tidlig tidspunkt som mulig.
- Ved planlegging av større investeringsprosjekter skal det legges vekt på å tilpasse planene til samhandlingsreformen.

Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruks

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet veileder for styrearbeid i de regionale helseforetakene. Veilederen er en sammenfatning av gjeldende rettsregler og styringskrav. Veilederen inneholder også en omtale av styrearbeid av mer veiledende karakter.

- Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, sørge for at det utarbeides veileder for styrearbeid i helseforetakene. Helseforetaket skal bistå i dette arbeidet.
- Det forutsettes at helseforetakets styre har fastsatt instruks for styret og instruks for daglig leder.

Regjeringens eierpolitikk

Dokumentet "Regjeringens eierpolitikk" er forankret i Stortingets behandling av St. meld. nr. 13 (2006-2007) *Et aktivt og langsiktig eierskap*. Det legges til grunn at styret og ledelsen i helseforetaket er kjent med forventninger og krav som følger av regjeringens eierskapspolitikk.

- Det forutsettes at helseforetaket har utarbeidet etiske retningslinjer for sin virksomhet og at retningslinjene er gjort kjent og er publisert på virksomhetenes hjemmesider. Retningslinjene skal gjøres gjeldende for alle ansatte, og så langt de passer også for styremedlemmer og andre som representerer helseforetaket.
- Det er forventet at styret og daglig ledelse er kjent med kravene til samfunnsansvar og håndterer dette i sin strategiske og operasjonelle virksomhetsstyring.
- Det forutsettes at helseforetakets styre årlig evaluerer egen virksomhet. En oppsummering av evalueringen skal videreformidles til Helse Sør-Øst RHF.
- Det forutsettes at styret og ledelsen i helseforetaket forholder seg til retningslinjene for lederlønn. Retningslinjene slår fast at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Det forutsettes videre at styret og ledelsen er kjent med Riksrevisjonens lederlønnundersøkelse (Dokument 3:2 (2010-2011)). Styret i Helse Sør-Øst RHF har i sak 066-2010 godkjent retningslinjer for avlønning av administrerende direktør og ledende ansatte i Helse Sør-Øst RHF, og bedt om at disse retningslinjene styrebehandles i helseforetakene. Det forutsettes at lønnsfastsettelse, avlønning og avtaler for ledende ansatte utarbeides i henhold til disse retningslinjene.

Intern kontroll og risikostyring

Det er avdekket flere tilfeller av uheldige hendelser og systematiske avvik i tjenestene. Helseforetaket må sørge for at det arbeides systematisk med å lære av avdekkede avvik på tvers i organisasjonen.

- Styret skal påse at helseforetaket har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen.
- Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaket med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik. Det skal redegjøres for styrets arbeid i årlig melding.
- Ved omstilling av virksomheten må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene.
- Det legges til grunn at helseforetaket sikrer en systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.

Nasjonalt profilprogram

Det nasjonale profilprogrammet som ble utarbeidet ved opprettelsen av de regionale helseforetakene og helseforetakene i 2002 er revidert. En enhetlig profilering har informasjonsverdi for pasienter, pårørende og andre samarbeidsparter og synliggjør også felles identitet og tilhørighet.

- Helseforetaket skal forholde seg til revidert nasjonalt profilprogram når det foreligger.

Rapportering i ØBAK

- Helse Sør-Øst RHF skal rapportere til departementet ihht. det opplegg som er etablert i departementets oppfølgingssystem ØBAK. Nytt fra 2011 er at det også skal rapporteres månedlig på indikatorer for ventetider og fristbrudd. Helseforetaket skal følge opp dette kravet i sine rapporteringer.

3.2 OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP FRA HELSE SØR-ØST

God virksomhetsstyring:

Det vises til styresak 016-2010 *God virksomhetsstyring og intern kontroll i Helse Sør-Øst*. Saken beskriver utvikling av et helhetlig opplegg for å sikre god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst. Denne beskrivelsen er nå videreutviklet i et eget dokument. Dokumentet beskriver et rammeverk og felles begrepsapparat for å etablere intern styring og kontroll (internkontroll og risikostyring) relatert til all virksomhet i Helse Sør-Øst og er forutsatt å dekke alle lovområder og mål, krav og føringer gitt av lovgiver og eier. Prinsippene for god virksomhetsstyring gjøres gjeldende for helseforetaket.

Dokumentasjon av pasientstrømmer, henvisninger og pasientforløp

Samhandlingsreformen gjør det mer nødvendig å dokumentere og analysere pasientstrømmer, henvisninger og pasientforløp på en bedre måte enn det som i dag er mulig. For å oppnå dette, er

det påkrevet med relevant, entydig og komplett koding av pasientenes bevegelser mellom institusjoner og nivå i helsetjenesten. Det må entydig framgå av både pasientadministrative system og Norsk Pasientregister hvilken instans, institusjon eller enkeltlege som har henvist pasienten til sykehus, og til hvilken instans eller institusjon pasienten skrives ut eller overføres. Oslo universitetssykehus HF skal derfor påse at data om henvisninger (fra/til) registreres og kvalitetssikres på en komplett måte og blir tilgjengelige og komplette i Norsk Pasientregister.

Kommunikasjon

Oslo universitetssykehus HF skal legge felles kommunikasjonsmål 2011 for Helse Sør-Øst til grunn for sitt kommunikasjonsarbeid. Helseforetaket skal bidra med ressurser, kunnskap og erfaring på en slik måte at tiltak måles og evalueres. Dette for å kunne styrke eller sette inn korrigerende tiltak, for å sikre at målene for perioden nås.

Oslo universitetssykehus HF skal bidra til utvikling av felles regional nettløsning, herunder bidra til utvikling av felles informasjon for spesialisthelsetjenesten, i tråd med rammeverket for nettbasert kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten.

4. MÅL FOR HELSE SØR-ØST 2011

Følgende mål legges til grunn for foretaksgruppen i planperioden:

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

Det forventes at arbeidet med og fokus på å nå målene vil gi bedret tilgjengelighet, forutsigbarhet og pasientsikkerhet og at dette vil øke pasientenes tilfredshet med tjenestene. Ventetider vil reduseres gjennom arbeidet med bedret logistikk og kapasitetsutnyttelse. Økt kvalitet og bedret pasientsikkerhet vil bli en direkte effekt av reduksjon i infeksjoner som i dag utgjør omtrent halvparten av alle uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Fokus på medarbeidertilfredshet og arbeidsmiljø vil bidra til økt pasientsikkerhet og vedlikehold av den viktigste ressursen i våre helseforetak – de ansatte. Fortsatt fokus på god styring og et tilstrekkelig økonomisk handlingsrom for å kunne utvikle tjenesten videre.

I henhold til vedtak i styret for det regionale helseforetaket, sak 75-2010 *Mål og budsjett 2011- økonomisk langtidsplan 2011- 2014*, skal helseforetakets styre forelegges egne planer som grunnlag for styrets oppfølging av målene gjennom året. Disse planene skal også inngå i årlig melding for 2010 og oversendes det regionale helseforetaket innen 1. mars 2011.

Oppfølgingen av målene skal skje gjennom løpende rapportering, bli forelagt styret gjennom måneds- og tertialrapport, i årlig melding og inngå i løpende og rapportert risikovurdering i foretaksgruppen. Det vil legges stor vekt på at gjennomføring skjer i helseforetakene gjennom ledelseslinjen med god medvirkning fra brukere og ansatte. Det regionale helseforetaket vil legge til rette gjennom egnede virkemidler og bidra til erfaringsoverføring mellom helseforetakene.

Det forutsettes at ledere på alle nivåer aktivt slutter seg til og anvender mål og fokusområder, og at alle øvrige ansatte skal kjenne målene for 2011 og føle at det har betydning for deres daglige virksomhet.

5. OPPDRAG OG BESTILLING 2011 RELATERT TIL INNSATSOMRÅDENE FOR HELSE SØR-ØST

5.1 INNSATSOMRÅDE 1 - PASIENTBEHANDLING

5.1.1 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende

5.1.1.1 Krav fra oppdragsdokument 2011

Tildeling av midler

Kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd (Kreftregisteret)

93,1 mill. kroner tildeles Helse Sør-Øst RHF til Kreftregisteret. Midlene skal gå til Kreftregisterets arbeid innenfor registrering, forskning, rådgivning og informasjon.

Kap. 732, post 72 Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF

Utvidet tilbud om nyfødtscreening

Helse Sør-Øst RHF tildeles 14 mill. kroner til finansiering av utvidet tilbud om nyfødtscreening. Det tas sikte på iverksetting 1. juli 2011.

Kap. 732, post 72 Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF

Tiltak for å øke aktiviteten innenfor poliklinisk radiologi

Helse Sør-Øst RHF skal øke aktiviteten innenfor polikliniske radiologiske undersøkelser, særlig innenfor CT og MR. Dette gjelder spesielt for pasienter hvor det er mistanke om svært alvorlig eller livstruende sykdom (jf. pasientrettighetsloven § 2-2, 4. ledd). Oslo universitetssykehus HF skal bidra i dette arbeidet.

Kap. 734, post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus

Det tildeles 1,862 mill. kroner til videreføring av forsøk med narkotikaprogram med domstolkontroll i Oslo. Det skal avsettes 0,959 mill. kroner til soningsenhet for de under 18 år. Det tildeles 8,512 mill. kroner til videreføring av Stifinnern.

Kap. 781, post 79 Andre tilskudd (Barn som pårørende)

Det tildeles 1 mill. kroner til videreføring av prosjekt om barn som pårørende ved Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, Oslo universitetssykehus HF, Aker. Forsøket skal evalueres i 2011.

Aktivitet

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.

Det legges til grunn at midlene til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige benyttes i samsvar med de spesielle krav som stilles til gjennomføringen av Opptrappingsplan for rusfeltet.

Det øremerkede tilskuddet innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte innen prosjektet ”Raskere tilbake” skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.

Nasjonale strategier og handlingsplaner

For 2011 gjelder følgende strategier for spesialisthelsetjenesten:

- Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012)
- Nasjonal strategi for kreftområdet (2006-2011)
- Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006-2011)
- Nasjonal strategi for KOLS-området (2006-2011)
- Strategi for kvinners helse (2003-2013)
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011)
- Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012)
- Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)
- Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskaade (2009-2014).
- Aksept og mestring – nasjonal hivstrategi (2009 -2014)
- Opptappingsplanen for rusfeltet (2007-2012)

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

Særskilte satsingsområder 2011

- Ventetider, pasientforløp og fristbrudd

Ventetidene i spesialisthelsetjenesten skal reduseres. Tiltak for å nå målet skal iverksettes innenfor de vedtatte økonomiske rammer. Aktuelle tiltak kan være økt utredningskapasitet der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. Det er på sikt en målsetting at ventetidene skal ytterligere reduseres. Andelen fristbrudd i spesialisthelsetjenesten er for høy. Fristbrudd for rettighetspasienter kan ikke aksepteres.

Det er et mål å få bedre oversikt over pasientenes bevegelser mellom institusjoner og nivå i helsetjenesten. Det bør framgå av pasientadministrative system og Norsk pasientregister hvilken instans, institusjon eller enkeltlege som har henvist pasienten til sykehus, og til hvilken instans eller institusjon pasienten skrives ut/overføres.

- *Styringsmål for ventetider, pasientforløp og fristbrudd*

Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal ned mot 65 løpedager ved utgangen av 2011.

Alle pasienter innen BUP skal være vurdert innen 10 dager.

Alle rettighetspasienter skal gis utredning eller behandling innen 65 virkedager i psykisk helsevern og/eller TSB for personer under 23 år.

Det skal ikke forekomme fristbrudd for rettighetspasienter.

- *Oppgave for ventetider, pasientforløp og fristbrudd*

Oslo universitetssykehus HF skal registrere, kvalitetssikre og rapportere data om henvisninger til Norsk pasientregister.

- Kvalitet og pasientsikkerhet

Tjenestene som tilbys skal være av god kvalitet, trygge og sikre. Det er et ledelsesansvar å ha oversikt over status på kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten. Mangelfull kommunikasjon og språkforståelse er en risikofaktor og en viktig kilde til feilbehandling.

- Kvalitet og pasientsikkerhet - Kvalitetsforbedring

Det er et nasjonalt mål at de regionale 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 skal gjøres landsdekkende og operative i kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid i 2011.

Det skal normalt ikke være korridorpasienter.

- *Styringsmål for kvalitet og pasientsikkerhet - Kvalitetsforbedring*

Alle epikriser skal sendes ut innen sju dager.

- *Oppgaver for kvalitet og pasientsikkerhet - Kvalitetsforbedring*

Helse Sør-Øst RHF skal utrede økonomiske sanksjoner for å unngå korridorpasienter. Oslo universitetssykehus HF skal bidra i dette arbeidet.

Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet med å tilrettelegge for bruk av mini-HTA i helseforetakene (herunder utvikling av mini-HTA skjema og nødvendige støttefunksjoner) i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet. Oslo universitetssykehus HF skal bidra i dette arbeidet.

- Kvalitet og pasientsikkerhet - Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning

Det er et mål at reell brukervedvirkning skal ligge til grunn for lokalt utviklings- og omstillingsarbeid og forskning. Det bør sees hen til erfaringene fra Nasjonalt pilotsykehusprosjekt.

Tjenestene skal være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Dette innebærer både fysisk tilgjengelighet og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse. Det bør tilstrebes at lokale brukerundersøkelser fokuserer på betydningen av kommunikasjon og språkforståelse for behandlingskvalitet.

- Kvalitet og pasientsikkerhet - Pasientsikkerhet

Antall uønskede hendelser skal reduseres. I 2011 starter Nasjonal pasientsikkerhetskampanje – i trygge hender (www.pasientsikkerhetskampanjen.no). Kampanjen skal legge grunnlaget for varige systemer, strukturer og kompetanse om pasientsikkerhet og bidra til bedre pasientsikkerhetskultur. Nasjonale innsatsområder i kampanjen er postoperative sårinfeksjoner, riktig legemiddelbruk, behandling av hjerneslag og psykisk helsevern. Kampanjen starter med en basismåling av omfang av pasientskader ved hjelp av Global Trigger Tool. Innsatsområdene innføres gradvis.

- *Oppgave for kvalitet og pasientsikkerhet - Pasientsikkerhet*

Oslo universitetssykehus HF skal delta i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen på de nasjonale innsatsområdene som styringsgruppen har besluttet, og rapporterer data til kampanjens sekretariat. I tillegg til rapportering i årlig melding, bes det om en statusrapportering for helseforetakenes medvirkning i og resultater fra pasientsikkerhetskampanjen etter utgangen av 2. tertial 2011.

- *Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)*

Tjenestene innen TSB skal være samordnet, tilpasset pasienter med sammensatte lidelser og sikre et sammenhengende behandlingsforløp, også ved øyeblikkelig hjelp og der behandling startes av ambulansetjenesten ved overdoser. Samordning med tjenestene innen psykisk helsevern er særskilt viktig. Tjenestene bør fortrinnsvis tilbys nær pasientenes bosted og i samarbeid med kommunale tjenester.

Det er et mål å ha 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.

Helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten tilknyttet rusmestringsenhetene skal bidra til at innsatte ved rusmestringsenhetene blir vurdert med hensyn til rett til nødvendig helsehjelp for sin rusmiddelavhengighet.

- *Oppgaver for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)*

Oslo universitetssykehus HF skal etablere behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i påvente av oppstart av behandling i samarbeid med kommunene.

Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak for å øke andelen pasienter som fullfører TSB.

- *Psykisk helsevern*

Pasienter/brukere skal få tilbud på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og et normalt liv. Tilbudet skal gis på kommune- eller DPS- nivå der dette er forsvarlig. Det er et mål at DPS skal utvikles til å ha nødvendige akutfunksjoner slik at alle henvendelser kan rettes dit uavhengig av tid på døgnet. DPS forutsettes å være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten. Videre er det et mål at DPS skal ha tilstrekkelig kompetanse om psykiske lidelser hos eldre. Sykehusene skal ivareta oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå.

Antall tvangsinnleggelses og omfanget av tvangsbruk i psykisk helsevern skal reduseres og kvalitetssikres. Det må legges til rette for at rettighetene til fengselsinnsatte med psykiske og rusrelaterte lidelser ivaretas.

Datakvaliteten innen psykisk helsevern skal bedres.

- *Oppgaver for psykisk helsevern*

Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak for at nødvendige akutfunksjoner kan etableres ved DPSene.

Helse Sør-Øst RHF skal gjennomgå funksjons- og arbeidsfordeling innen psykisk helsevern med bakgrunn i tilrådning fra Nasjonal strategigruppe II. Oslo universitetssykehus HF skal bidra i dette arbeidet.

Oslo universitetssykehus HF skal rapportere utskrivningsklare pasienter til DPS og kommuner til Norsk pasientregister.

- **Kreftbehandling**

Høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom alle ledd på kreftområdet er viktige mål. Pasientforløp skal ivareta god behandlingskvalitet og sikre at kreftpasientene unngår unødig venting på utredning og behandling. Det er viktig at det finnes gode tilbud når det gjelder palliativ pleie og hospice. Tilbudene skal inngå som en integrert og naturlig del av spesialisthelsetjenesten og kommunenes samlede helse- og omsorgstilbud.

Arbeidet med å bedre kvaliteten i tjenesten skal ta utgangspunkt i Helsetilsynets rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling (4/2010), med spesiell vekt på de tre viktigste risikoområdene i rapporten: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåkning.

Andre områder

- **Habilitering og rehabilitering**

Rehabiliterings- og habiliteringstiltak skal være en integrert del av pasientforløpet hos barn og voksne med ulike sykdommer og skader. Samhandlingsreformens mål om mer helhetlige og sammenhengende tjenester uten unødige brudd og forsinkelser gjelder i stor grad for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Gjennom samhandlingsreformen skal det vurderes om kommunene skal få større ansvar for rehabilitering og habilitering.

Det er et mål å systematisere barne- og voksenhabiliteringsarbeidet og sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet.

Pasienter skal få nødvendige behandlingshjelpemidler som del av medisinsk behandling, og tildeling av behandlingshjelpemidler skal skje ut fra en individuell vurdering i det enkelte tilfelle.

- **Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus**

Nødmedle- og ambulansetjenesten skal ha god kompetanse og rask respons. Det skal være likeverdig tilgang til nødmeldetjenesten for funksjonshemmede, minoritetsspråklige og den samiske befolkningen. Det er et mål å bedre samarbeid og kommunikasjon mellom akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste og de frivillige organisasjonene.

- *Oppgave for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*

Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK- sentralene.

- **Hjerteflimmerbehandling**

Pasienter med hjerteflimmer skal tilbys behandling i henhold til nasjonale faglige anbefalinger. På bakgrunn av de nye anbefalingene fra Helsedirektoratet for behandling av pasienter med atrieflimmer og av hensyn til likebehandling av pasientene, finner departementet det riktig at alle pasienter med behov for ablasjon vurderes i forhold til prioriteringsforskriften eller forsvarlighetskravet, jf. brev fra departementet til de regionale helseforetakene 27.10.2010.

- *Oppgave for hjerteflimmerbehandling*

Det bes om statusrapportering for dette arbeidet innen utgangen av 1. tertial 2011.

- Behandling av sykkelig overvekt

En gjennomgang viser at ventetiden for utredning og behandling av sykkelig overvekt er ulik og noen steder for lang jf. Helsedirektoratets prioriteringsveileder for sykkelig overvekt, IS-1702. Pasienter med sykkelig overvekt skal sikres et helhetlig og sammenhengende tilbud.

- Ernæring og mattrygghet

Gode rutiner og kompetanse skal sikre at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet. Veiledningsoppgaven ovenfor kommunene skal ivaretas på ernæringsområdet. Eldres ernærings situasjon skal ha spesiell oppmerksomhet.

- *Oppgave for ernæring og mattrygghet*

Oslo universitetssykehus HF skal følge opp Mattilsynets rapport: Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008-2009) Institusjonskjøkken.

- Beredskap og smittevern

Det skal finnes oppdaterte og øvede beredskapsplaner med rutiner for å oppdage og varsle hendelser, og for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser.

Sektorens beredskaps- og smittevernarbeid forutsetter samarbeid mellom regionale helseforetak, kommuner, fylkesmenn, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Strålevernet og andre aktører. Kommunale og private institusjoner og øvrige samarbeidspartnere skal få nødvendig smittevern bistand. Det skal arbeides målrettet for å forebygge sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistens, antibiotikabruk skal overvåkes, og det må sikres at smittevernpersonell i regionen har nødvendig kompetanse. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen skal bidra til økt fokus på infeksjonskontroll i helseforetakene og bedre kvalitet på rapportering til Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS).

- *Oppgaver for beredskap og smittevern*

Oslo universitetssykehus HF skal følge opp erfaringene fra håndteringen av influensa A (H1N1) og bidra i utarbeidelsen av ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa.

Oslo universitetssykehus HF skal, med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringen av ny influensa A (H1N1) og vulkanutbruddet på Island, oppdaterer og foretar nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.

5.1.1.2 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011

Ventetider og fristbrudd

Det er ikke tilfredsstillende at ventetidene ikke er redusert og at det forekommer fristbrudd. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp disse indikatorene særskilt i 2011 med hyppigere rapportering enn tidligere og det forventes at helseforetaket legger stor vekt på å få til betydelige forbedringer innenfor disse områdene.

- Lovverket for rettighetspasienter skal overholdes (mål: 0 % fristbrudd for rettighetspasienter).
- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal ned mot 65 løpedager ved utgangen av 2011.

Korridorpasienter

Det er uakseptabelt med korridorpasienter. Det skal iverksettes tiltak for å unngå korridorpasienter, blant annet ved samarbeid mellom sykehusene. Det skal ikke være korridorpasienter hvis ledige senger på andre avdelinger kan tas i bruk.

- Helse Sør-Øst RHF skal gi tilbakemelding til Helse- og omsorgsdepartementet på tiltak for å unngå korridorpasienter på 1. og 2. tertialmøte 2011. Til 1. tertialmøte skal Helse Sør-Øst RHF også gi tilbakemelding på oppdraget med å utrede økonomiske sanksjoner for å unngå korridorpasienter. Helseforetaket skal ta del i arbeidet med denne rapporteringen.

Framtidige tilbud ved Oslo universitetssykehus HF, Aker sykehus

Det vises til foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 11. november 2010 sak 3 om oppfølging av hovedstadsprosessen og mottatt rapportering 20. januar 2011 fra Helse Sør-Øst RHF om arbeidet med utvikling av Aker sykehus som en samhandlingsarena. Det vises også til brev med redegjørelse fra Oslo universitetssykehus HF datert 18. januar 2011 til Helse Sør-Øst RHF. I foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 11. november 2010 ble det gitt flere styringskrav om framtidige tilbud ved Oslo universitetssykehus HF, Aker sykehus. Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 forventer at arbeidet intensiveres og at de framtidige tjenestene ved Aker sykehus konkretiseres. Foretaksmøtet har bedt om at det rapporteres videre på arbeidet til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. mars 2011. Oslo universitetssykehus HF skal oversende rapport til Helse Sør-Øst RHF innen 25. februar 2011. Rapporten forutsettes utarbeidet i dialog med Oslo kommune.

5.1.2 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011

Aktivitet

Det legges til grunn en aktivitetsvekst i 2011 som samlet sett samsvarer med den veksten som er forutsatt i regjeringens forslag til statsbudsjett 2011. Oslo universitetssykehus HF skal i 2011 ha en aktivitet som bidrar til oppnåelse av Helse Sør-Øst RHF's mål for 2011, samt nødvendig produktivitetsøkning for å dekke helseregionenes "sørge for"-ansvar.

Oslo universitetssykehus HF skal intensivere arbeidet for å øke andelen konsultasjoner for nyhenviste pasienter og redusere andelen kontroller på alle poliklinikkene, som et sentralt virkemiddel for å redusere pasientenes ventetid på utredning og behandling. Det skal samarbeides med primærhelsetjenesten om dette.

Kvalitetsforbedring

Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med Sykehusapotekene HF etablere felles 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.

Helseforetakene skal sikre forsvarlige tjenester i akuttmottak. Det forutsettes at kravene i "Veileder for bruk av ISO 9001:2008 i akuttmottak, utarbeidet av Helse Sør-Øst og Norsk Akkreditering, Na Dok 58, legges til grunn for arbeidet med god kvalitet i akuttkjeden.

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 helseforetakenes oppfølging av rapporten.

Interregionalt strategiarbeid

Helseforetak og sykehus skal følge opp alle strategiske føringer og anbefalinger gitt i de fem delrapportene i arbeidet med "Nasjonal strategi II Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk". Rapportene fra de fem arbeidsgruppene er Riktigere og redusert bruk av tvang i behandlingen, Arbeidsfordeling DPS - Sykehus, Kunnskapsbaserte metoder, Brukermedvirkning og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Psykisk helsevern

Vedtak og føringer gitt i styresak 061-2010 *Regionale utviklingsområder psykisk helsevern* skal legges til grunn for helseforetakets områdeplan og for pasientbehandlingen i 2011. Arbeidet med planen skal rapporteres i årlig melding 2011.

Regional plan for redusert og riktig bruk av tvang, samt lokale handlingsplaner med identifiserte tiltak skal implementeres og resultater rapporteres.

Brukerstyrte plasser skal utvikles og prøves ut i alle sykehusområder.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)

Oslo universitetssykehus HF's styring av pasientstrømmen innen TSB opphører fra og med 01.01.11. Dette innebærer at alle helseforetakene må ta et større ansvar for en hensiktsmessig og god bruk av de private avtalepartene. Det enkelte helseforetak/sykehusområde må herunder sørge for en økt koordinering av pasientforløpene.

Vedtak og føringer gitt i styresak 046/2010 *Regionale utviklingsområder tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)* skal legges til grunn for helseforetaket/sykehuset sin områdeplan og for pasientbehandlingen i 2011. Arbeidet med planen skal rapporteres i årlig melding 2011.

Helseforetaket skal ivareta ansvaret for inntak/ekskludering av pasienter LAR samt finansiere legemiddel- og distribusjonskostnadene fra og med 01.01.11.

Oslo universitetssykehus HF skal videreføre sitt regionale ansvar for fagutvikling, rådgivning og analyse innen TSB.

Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus, i samarbeid med Akershus universitetssykehus HF, skal som ledd i sitt felles arbeid med områdeplan innen TSB for Oslo sykehusområde utarbeide en felles tilrådning til Helse Sør-Øst RHF om betalingsansvaret ved eventuelle fristbrudd innen TSB i sykehusområdet innen 1. mars 2011.

Habilitering og rehabilitering

Vedtak og føringer gitt i styresak 045/2010 *Regionale utviklingsområder habilitering* skal legges til grunn for helseforetaket/sykehuset sin områdeplan for både habiliteringstjenestens primærmålgrupper og målgrupper med behov for supplerende tjenester fra habiliteringstjenesten. Arbeidet med planen skal rapporteres i årlig melding 2011.

Vedtak og føringer gitt i styresak 044/2010 *Regionale utviklingsområder rehabilitering* skal legges til grunn for helseforetaket/sykehuset sin områdeplan for rehabilitering. Arbeidet med planen skal rapporteres i årlig melding 2011.

Sykelig overvekt

Helseforetakene skal i sine planer, i samhandling med primærhelsetjenesten, beskrive hvordan man skal møte den økende utfordringen med sykkelig overvekt.

Oslo universitetssykehus HF skal i 2011 sikre at helseforetaket har en tverrfaglig poliklinisk virksomhet med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å utrede og vurdere henviste overvektspasienter fra eget opptaksområde.

Helseforetaket skal samarbeide med et av sentrene for sykkelig overvekt om å planlegge og utrede operativ virksomhet for pasienter i flere sykehusområder i regionen.

Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med øvrige helseforetak planlegge og utrede operativ virksomhet for pasienter i flere sykehusområder i regionen, og bidra med kompetanseoverføring og veiledning. Arbeidet med plan og tiltak skal rapporteres i årlig melding 2011.

Oslo universitetssykehus HF skal videreføre arbeidet med utvikling av regionale, helhetlige tilbud til pasienter med sykkelig overvekt. Oslo universitetssykehus HF skal herunder gjøre minst 300 fedmeoperasjoner i 2011.

Spesialisthelsetjeneste til eldre

Alle sykehusområder skal fortsette utarbeidelsen av opptrappingsplaner for spesialisthelsetjenesten for eldre med tidsperspektivet for 2010-2020 i tråd med styrets vedtak i sak 060-2009. Arbeidet med planen og spesielt konkrete tiltak for å rekruttere og beholde kvalifisert personale skal rapporteres i årlig melding 2011.

Likeverd

Oslo universitetssykehus HF skal sikre at tjenestetilbudet er tilrettelagt for fremmedspråklige pasienter og pårørende, herunder etablere tolketjenester til pasienter som har behov for dette.

Brukermedvirkning:

Brukermedvirkningen i Oslo universitetssykehus HF skal videreutvikles på grunnlag av 13 prinsipper for brukermedvirkning i Helse Sør-Øst.

Det skal legges til rette for gjennomføring av opplæringsmodul 2 for brukerutvalg i samarbeid med FFO og SAFO i helseregionen.

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Vedtak og føringer gitt i styresak 072-2010 *Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* skal legges til grunn for helseforetakets videre arbeid med områdeplan på dette feltet. Arbeidet med planen skal rapporteres i årlig melding 2011.

Kroniske smerter

Det skal etableres tverrfaglige smerteklinikker innen alle sykehusområder.

Organdonasjon

Det er et nasjonalt mål å øke antall organdonasjoner. I arbeidet med å nå målet må Oslo universitetssykehus HF sørge for at det avsettes tilstrekkelig med ressurser til funksjonen som

donoransvarlig lege ved de sykehus som er godkjent for organdonasjon og at organdonasjon ivaretas på en god måte.

Oslo universitetssykehus HF skal ha en donoransvarlig sykepleier med delegert myndighet for organdonasjon på sitt sykehus.

Det må legges til rette for at potensielle donorer identifiseres, og at helsepersonell tar opp spørsmålet om organdonasjon i tråd med retningslinjene beskrevet i rundskriv I-9/20.

Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Helseforetaket skal følge opp og rapportere kvalitetsparametre og aktivitetstall for prehospitale tjenester etter nærmere oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF.

Kliniske etikkomiteer

Oslo universitetssykehus HF skal sikre drift av de kliniske etikkomiteene.

Sykehusinfeksjoner

Med bakgrunn i vedtatt mål for Helse Sør-Øst, skal helseforetaket gjennomføre minimum 4 prevalensmålinger årlig av sykehusinfeksjoner.

Funksjonsfordeling av karkirurgi i Helse Sør-Øst:

Det vises til styresak 84-2010 *Funksjonsfordeling av karkirurgi i Helse Sør-Øst*. Styrets målsetting med funksjonsfordelingen innen karkirurgi er å gi pasientene i Helse Sør-Øst et kvalitetsmessig og likeverdig helsetilbud. Det legges til grunn at det karkirurgiske senteret i Oslo universitetssykehus HF styrkes og videreutvikles for å sikre en regional og nasjonal spissfunksjon for fagområdet.

Det skal våren 2011 legges frem ny sak for styret i Helse Sør-Øst RHF bl.a. om antall karkirurgiske sentra, lokalisering mv. Inntil styret har tatt stilling til endelig funksjonsfordeling innen karkirurgi, foretas ingen endring i dagens opptaksområder og funksjonsfordeling.

Funksjonsfordeling av kreftbehandling i Helse Sør-Øst:

Det vises til styresak 85-2010 *Funksjonsfordeling av kreftbehandling i Helse Sør-Øst*. Det forutsettes at helseforetaket følger opp vedtakets forutsetninger og fastlagt funksjonsfordeling. Der det er endringer i forhold til gjeldende funksjonsfordeling, skal disse gjennomføres innen 01.07.11. Helse Sør-Øst RHF vil etablere et evaluerings- og rapporteringssystem i forhold til styrets vedtak.

Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem i Helse Sør-Øst

Det vises til styresak 086-2010 *Praktisk gjennomføring av organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem i Helse Sør-Øst*. Anbefalingene om kvalitetskrav, iht. vedtatt tidsplan for gjennomføring av traumesystem, legges til grunn for videreutvikling og organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter i Helse Sør-Øst. Arbeidet skal rapporteres i årlig melding 2011.

Oslo universitetssykehus HF skal opprette en regional koordinatorfunksjon tilknyttet det regionale traumesenteret.

Øvrige styringskrav

Oslo universitetssykehus HF skal sikre tilstrekkelig dimensjonering av landsfunksjonen for organtransplantasjoner, slik at flest mulig tilgjengelige organer kan transplanteres.

Oslo universitetssykehus HF skal videreutvikle tilbudet til CSF/ME-pasienter, herunder skal døgntilbudet for de aller sykeste CSF/ME-pasientene videreutvikles i 2011 som et nasjonalt behandlingstilbud på inntil 10 sengeplasser avhengig av behovet, i tråd med oppdraget i brev av 6.10.2009.

Det polikliniske tilbudet ved Oslo universitetssykehus HF til ME-pasienter videreføres.

Oslo universitetssykehus HF skal drifte regionalt kompetansesenter for smittevern og sykehushygiene slik det er beskrevet i den regionale smittevernplanen.

Oslo universitetssykehus HF skal ivareta definerte oppgaver knyttet til nasjonal utrykningsenhet (URE).

Det vises til brev 02.11.10 fra Helse Sør-Øst RHF om overføring av oppgaver vedrørende søknader om tilskudd til familier som følger utenlandske alternative treningsprogram, samt søknader om dekning av inntektstap og utgifter for levende donorer. Ansvar for disse oppgavene overføres Oslo universitetssykehus HF fra 01.01.11. I den økonomiske rammen for 2011 er det innarbeidet henholdsvis 10 millioner kroner som tilskudd til alternativ trening i hjemmet og 1,5 millioner kroner til donorer.

5.2 INNSATSOMRÅDE 2 - FORSKNING

5.2.1 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende

5.2.1.1 Krav fra oppdragsdokument 2011

En felles nasjonal database for registrering av vitenskapelige publikasjoner (Norsk vitenskapsindeks) i helse, institutt og universitets- og høyskolesektoren etableres fra 1.1.2011. Databasen skal benyttes som grunnlag for nasjonal måling av vitenskapelig publisering i helseforetakene. Dette innebærer en vesentlig omlegging av dagens rutiner for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Det vises til revidert oppdragsdokument for 2010. I 2011 skal det rapporteres til NIFU etter dagens system innen 15. mai 2011 samtidig som helseforetakene skal sikre egenrapportering gjennom Norsk vitenskapsindeks senest innen 1. september 2011.

Det skal innføres et felles klassifikasjonssystem for medisinsk og helsefaglig forskning etter fagområde og type forskning i nasjonale rapporteringssystemer for forskning ved bruk av Health Research Classification System, (<http://www.hrcsonline.net>).

Det er ønskelig at det tilrettelegges for størst mulig åpenhet og tilgjengeliggjøring av forskningsresultater. Det vises til at forskningsarkivet HeRa er åpent tilgjengelig for alle helseforetak, <http://hera.helsebiblioteket.no/hera/>.

5.2.2 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011

Oslo universitetssykehus HF skal bidra til å oppnå målene i regional forskningsstrategi for 2008-2011. Som nav innen forskning og innovasjon i Helse Sør Øst skal Oslo universitetssykehus HF videreføre arbeidet med de regionale støttefunksjonene innen forskning og innovasjon.

Oslo universitetssykehus HF skal spesielt styrke arbeidet med utforming og kvalitetssikring av prosedyrer for gjennomføring av kliniske intervensjonsstudier i tråd med lovkrav.

Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak for å videreutvikle innovasjonsaktiviteten i eget helseforetak og i regionen, i samarbeid med de øvrige helseforetak og Inven2.

Oslo universitetssykehus HF skal legge til rette for samhandlingsforskning i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer, også innenfor egne budsjettammer.

5.3 INNSATSOMRÅDE 3 - KUNNSKAPSUTVIKLING OG GOD PRAKSIS

5.3.1 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende

5.3.1.1 Krav fra oppdragsdokument 2011

- Oppgave for Kvalitet og pasientsikkerhet - Kvalitetsforbedring
Oslo universitetssykehus HF skal sikre at data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre gjøres tilgjengelige for bruk i tråd med formålet med registrene.

5.3.2 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011

Alle sykehusområder skal tilrettelegge for helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem og utvikle minimum to nye behandlingslinjer for prioriterte diagnosegrupper i samarbeid med brukere og sine kommuner.

For 2011 oppfordres det særskilt å fokusere på ulike kreftformer (pasientgrupper), og med følgende vektlegging

- ventetid fra mistanke om kreft til utredning er gjennomført (måling og oppfølging)
- ventetid fra utredning er gjennomført til behandling iverksatt (måling og oppfølging)
- arbeidsdeling mellom 1. linjetjenesten og spesialisthelsetjenesten

For å styrke forbedringsarbeidet skal det etableres systematisk arbeid med måling og sammenligning av kliniske resultater i foretaksgruppen. Arbeidet skal sees i relasjon til nasjonalt arbeid med utvikling av kliniske kvalitetsindikatorer. Alle helseforetak skal i tilknytning til dette ta del i regional pilot for systematisk måling og oppfølging av kliniske resultatindikatorer og oppfølgingssystem for fem sentrale pasientgrupper (hjerneslag, primær hofteprotese, lårhalsbrudd, KOLS, brystkreft) via datauttrekk fra NPR.

Det skal arbeides med større åpenhet omkring klinisk praksis. Flest mulig etablerte behandlingslinjer med tilhørende fagprosedyrer skal gjøres tilgjengelige på helseforetakets internett-sider i løpet av 2011. Arbeid må tilrettelegges for publisering i nasjonal søkbar database på sikt.

Det skal arbeides aktivt med å styrke brukermedvirkning i arbeid med utvikling av pasientbehandlingen.

Brukerrepresentanter skal være inkludert i alle kvalitetsutvalg på helseforetaks- og klinikknivå.

Lokale brukerundersøkelser skal gjennomføres regelmessig, og foretaket skal ta del i fellesregionalt elektronisk tilrettelegging/utviklingsarbeid på området.

Pasientbehandling skal i størst mulig grad være kunnskapsbasert både der det finnes behandlingslinjer og for pasientgrupper der det ikke er etablerte behandlingslinjer. Det skal tilrettelegges for at medarbeidere har tilgang til elektronisk systematisert forskningsbasert kunnskap, f. eks Helsebiblioteket, i sine daglige elektroniske arbeidsverktøy.

Det skal arbeides systematisk i helseforetaket med bedring av kodingskvalitet, blant annet ved å benytte e-læringsprogrammet som finnes i Helse Sør-Østs læringsportal.

Måling og sammenligning av kliniske resultater

Helseforetak skal ta del i etablering og drift av de nasjonale helseregister.

5.4 INNSATSOMRÅDE 4 - ORGANISERING OG UTVIKLING AV FELLESTJENESTER

5.4.1 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende

5.4.1.1 Krav fra oppdragsdokument 2011

Tildeling av midler

Det skal innføres en ny finansieringsordning for poliklinisk radiologi fra 1. januar 2012. Oslo universitetssykehus HF må påse at datasystemer mv. tilrettelegges innenfor gjeldende krav og tidsfrister.

Særskilte satsingsområder 2011

- Kvalitet og pasientsikkerhet - Kvalitetsforbedring

Helse Sør-Øst RHF skal sikre at de godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistrene i regionen implementerer felles elektroniske innregistreringsløsninger som er tilgjengelig for alle som skal levere og bruke data i henhold til registrenes formål.

- *Oppgave for kvalitet og pasientsikkerhet - Kvalitetsforbedring*

Oslo universitetssykehus HF skal sikre at egne enheter er i stand til å levere og å bruke data fra alle godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre, herunder etablere og ivareta infrastruktur som gjør det mulig med elektronisk kommunikasjon mellom egne avdelinger og de nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

5.4.1.2 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011

IKT

Helseforetaket skal bidra aktivt til en framtidsrettet utvikling på IKT-området, og bidrar til å realisere de vedtatte satsinger som framgår i nasjonal handlingsplan for eHelse.

- Helse Sør-Øst RHF deltar i arbeidet med nasjonale IKT-prosjekter bl.a. kjernejournal, helseportal, meldingsløftet og elektroniske resepter. Helseforetaket skal delta i dette arbeidet.
- Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og Helsedirektoratet, i løpet av første halvår 2011 oversende en strategi for realisering av eResept, herunder avklare valg av autentiseringsløsning og i løpet av tredje kvartal 2011 fremlegge planer for innføring av eResept i Helse Sør-Øst RHF. Helseforetaket skal delta i dette arbeidet.
- Helse Sør-Øst RHF deltar i arbeidet med videreutvikling av regelverk om informasjonssikkerhet. Helseforetaket skal delta i dette arbeidet.

- Helse Sør-Øst RHF deltar i det nasjonale arbeidet med arkitektur og standardisering. Helseforetaket skal delta i dette arbeidet.
- Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, sikre en systematisk oppfølging av krav til funksjonaliteten i, og bruken av elektronisk pasientjournal/pasientadministrativt system. Helseforetaket skal delta i dette arbeidet.

Kvalitet i anskaffelsesprosessene

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 har i tillegg vært krav knyttet til miljø- og samfunnsansvar og krav om oppfølging av ILO-konvensjon nr. 94 for å sikre like arbeidsvilkår uavhengig av nasjonalitet. Det går fram av lov om offentlig anskaffelser, at leverandører skal pålegges å sikre lønns- og arbeidsvilkår som ikke er dårligere enn det som følger av tariffavtaler, regulativ eller det som er normalt for vedkommende sted og yrke.

H-reseptordningen

H-resepter (Helseforetak-resepter) er resepter på legemidler som utleveres gjennom apotek, men finansieres av helseforetakene. Ordningen omfatter for tiden legemidler til behandling av MS og TNF-hemmere mv.

- Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Apotekforeningen, vurdere behovet for forbedringer i oppgjørsordningen mellom apotek og helseforetak for legemidler i H-reseptordningen. Dette omfatter en vurdering av behovet for eventuelle regelverkendringer. H-reseptordningen må også vurderes i lys av innføring av elektronisk resept. Helseforetaket skal delta i dette arbeidet.

Miljø og klimatiltak

Det vises til arbeidet med det nasjonale miljø- og klimaprojektet i helseforetakene og til sluttrapport om miljø og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten. Det vises videre til tidligere krav om oppfølging av nasjonal klimapolitikk, og understrekes at sektoren gjennom energiøkonomisering og klimavennlig oppvarming må bidra til å realisere de nasjonale klimaforpliktelsene.

- Helseforetaket skal etablere miljøledelse og miljøstyringssystem og påfølgende sertifisering av styringssystemet i henhold til ISO 14001-standarden. Dette arbeidet skal ta sikte på å innføre slike systemer innen utgangen av 2014.
- Helseforetaket skal følge opp og iverksette de øvrige målene med anbefalte tiltak som er omhandlet i sluttrapporten på områdene innkjøp, bygg/eiendom og transport.
- Helseforetaket skal legge til rette for klimavennlige løsninger og oppvarming, og gå i dialog med kommunene for å se på mulighetene for å etablere fjernvarmeløsninger.

Parkering

Det vises til oppfølging av rapport av 24. november 2008 utarbeidet av de regionale helseforetakene. I tråd med kravet i foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF i januar 2010 oversendte de regionale helseforetakene 7. desember 2010 en evalueringsrapport til departementet.

- Helseforetaket skal begrense betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling.

5.4.2 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011

IKT:

Helseforetaket skal sikre videre utvikling av sin IKT-virksomhet iht. vedtatt rolle/ansvarsfordeling og til enhver tid gjeldende rammeverk for IKT (drift, forvaltning, utvikling) i Helse Sør-Øst, jf. RHF-styresak 088-2010 *Langtidsplan IKT*.

Helseforetaket skal bidra til felles helhetlig utvikling i foretaksgruppen og gevinstrealisering i forhold til dette.

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. Helseforetakene skal med utgangspunkt i Langtidsplan IKT innen 31.5.2011 utvikle og styrebehandle egen områdeplan for IKT iht. regionale koordinerte føringer for dette arbeidet.

Helseforetakene skal innføre/videreutvikle lokal prosjekt- og porteføljestyring iht fellesregionalt rammeverk og metodikk, herunder ta i bruk system for prosjekt og porteføljestyring i samsvar med felles regional prosjektplan.

Helseforetakene skal gjennom nasjonale og regionale initiativ vedrørende medisinskteknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler bidra til økt samhandling, standardisering og økonomisk kontroll ved dette området.

Helseforetaket skal bidra til, innføre og forholde seg til, regionale og nasjonale etablerte rammeverk innen arkitektur og styringssystem for informasjonssikkerhet i henhold til føringer gitt fra Helse Sør-Øst RHF. Helseforetaket skal gjennomføre nødvendige kompetansehevende tiltak innen informasjonssikkerhet for sine ansatte, herunder bruk av aktuelle virkemidler som tilgjengeliggjøres gjennom regionalt kompetanseprogram for informasjonssikkerhet.

Innkjøp og logistikk:

Helseforetaket skal bidra til utvikling av regionalt og nasjonalt innkjøp ved oppfølging av beslutning vedrørende prosjekt innkjøpstjenester.

Helseforetaket skal etablere gevinstrealiseringsprogram med utgangspunkt i gevinstrealiseringspotensialet som ligger i den lokale, regionale og nasjonale avtaleporteføljen.

Helseforetaket skal gjennom deltagelse i regionale produktråd bidra til standardisering av varer/tjenester på tvers av helseforetakene. Helseforetaket oppfordres til å etablere produktråd lokalt for å sikre faglig forankring av beslutninger knyttet til valg av varer/tjenester.

Helseforetaket skal benytte Helse Sør-Øst Forsyningssenter som hovedleverandør av medisinsk og ikke-medisinsk forbruksmateriell.

Helseforetaket skal sørge for at den til enhver tid oppdaterte varekatalog for Helse Sør-Øst Forsyningssenter er tilgjengelig i lokalt innkjøpssystem.

Helseforetaket skal sørge for at bestillinger av varer fra Helse Sør-Øst Forsyningssenter, så langt det er mulig, foregår gjennom en integrert elektronisk løsning.

Helseforetaket skal følge opp etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt.

Helseforetaket skal i størst mulig grad benytte standard miljøkriterier i anskaffelser.

| Krav til leveranse fra helseforetaket | Måles ved |
|---|---|
| Styringskrav Innkjøp og logistikk: <ul style="list-style-type: none">• Bruk av forsyningscenteret. Tilpassede mål vil bli utviklet for det enkelte HF.• Avtaledekning. Målkrav 2011 70 %• Avtalelojalitet. Målkrav 2011 90 %• Utnyttelse av elektronisk bestillingssystem. Målkrav 2011 70 %• Bruk av elektronisk produktkatalog. Målkrav 2011 90 % | Ihht. målemetode utviklet og dokumentert i definisjonskatalog |

AdmHR

Helseforetaket skal evaluere gjennomføring av prosjekt AdmHR for alle de systemer som er tatt i bruk pr. 31.12.10. Gevinstrealisering knyttet spesielt til felles ressurs- og arbeidsplansystem skal dokumenteres pr. 31.12.11.

Implementering av regionalt ressursstyrings- og arbeidsplansystem (GAT) og migrering av eksisterende GAT installasjoner til Sykehuspartner skal starte i 2011 i henhold til plan lagt i samarbeid med AdmHR prosjektet. Det skal i den forbindelse utarbeides egen plan for å realisere gevinster knyttet til regional løsning. Sykehuspartner vil bistå i dette arbeidet.

Bygg og eiendom

Styret for Helse Sør-Øst RHF har i sak 059-2010 *Fullmaktsstruktur for bygginvesteringer - tilpassing til endrede fullmaktsgrenser* vedtatt revidert beslutningsmatrisen for byggeprosjekter i Helse Sør-Øst. Det forutsettes at denne er kjent og følges i behandlingen av byggesaker i helseforetaket.

Helseforetakene skal bidra til å utarbeide og implementere felles strategiplan for eiendomsområdet i Helse Sør-Øst, og utarbeide handlingsplaner for måloppnåelse om 10 % arealeffektivisering og 10 % kostnadseffektivisering innen foretaksgruppen. Ut fra de beslutninger som styret i Helse Sør-Øst RHF fatter på basis av strategiplanen (jf. pågående planarbeid) og innspill til administrerende direktør fra forum for utvikling av bygg og eiendom, skal helseforetakene iverksette tiltak.

Helseforetakene skal utarbeide vedlikeholdsplaner for sin bygningsmasse, samt planer for hvordan målene om forbedring av tilstandsklasse for byggene skal oppnås innenfor nærmere avtalt tidsperiode. I dette inngår også planer for hvilke bygg som ikke lenger skal inngå i helseforetakenes eiendomsportefølje. Helseforetakene anbefales å oppdatere byggenes tilstand i løpet av året etter NS 3424 ved bruk av opprettet web-basert database for tilstandsregistrering av byggene.

Det vises til RHF-styresak 095-2010 og anbefalinger i rapporten "*Innføring av miljøledelse og miljøsertifisering av spesialisthelsetjenesten*".

Helseforetaket skal sørge for at forskrift om energimerking av bygninger og energivurdering av tekniske anlegg følges opp og bygninger energimerkers i henhold til forskriften.

Helseforetakene skal oppdatere klassifiseringen av sine arealer etter klassifiseringssystemet for sykehusbygg, og overføre dataene til felles database som det tas sikte på å opprette. Klassifiseringen skjer etter nasjonalt klassifiseringssystem utgitt av Helsedirektoratet.

For eiendom som omfattes av landsverneplanen for helsesektoren skal det utarbeides forvaltningsplaner i hht til føringer og malverk utgitt av Riksantikvaren.

Alle tiltak som søkes iverksatt på eiendom som er omfattet av landsverneplanen skal meldes til det regionale helseforetakets eiendomsavdeling for videre registrering i nasjonal database.

Ved avhending av eiendom som er omfattet av landsverneplanen skal det sikres formelt vern gjennom forskrift for verneklasse 1 og lokal reguleringsplan for verneklasse 2 før eiendommen går ut av spesialisthelsetjenestens eie.

5.5 INNSATSOMRÅDE 5 - MOBILISERING AV MEDARBEIDERE OG LEDERE

5.5.1 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende

5.5.1.1 Krav fra oppdragsdokument 2011

Særskilte satsingsområder 2011

- Kvalitet og pasientsikkerhet - Pasientsikkerhet

Det er et ledelsesansvar å sikre velfungerende systemer for melding av uønskede hendelser. Ansatte skal oppleve det trygt å melde, og meldingene skal følges opp fra et system- og læringsperspektiv.

Utdanning av helsepersonell

Utdanning av helsepersonell er et viktig virkemiddel for å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelig helsepersonell. Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring blir svært viktig for å lykkes med samhandlingsreformen.

Ledelsesforankring og god organisering og veiledning av praksis- og turnusordningene bidrar til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer. I 2011 hvor samhandlingsreformen forberedes blir det svært viktig å utnytte etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner på en god og kraftfull måte. Arenaer for samarbeid med kommunene om utdanningsbehov og praksis bør vurderes.

- *Oppgaver for utdanning av helsepersonell*

Oslo universitetssykehus HF skal etablere et tilstrekkelig antall lære plasser innenfor helsefagarbeiderutdanningen og ambulansearbeiderutdanningen.

Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med utdanningsinstitusjonene (Universitetene i Bergen og Oslo) sørge for et tilstrekkelig antall stillinger for tannleger under spesialisering i oral kirurgi og oral medisin. Det stilles krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om at det spesielt bør vurderes om det kan opprettes stilling(er) ved Sørlandet sykehus HF og Oslo universitetssykehus HF. Helseforetaket skal delta i dette arbeidet.

De fem regionale ressursentre om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RTVS) er gitt i oppdrag å implementere opplæringspakke for å styrke tilbudet til FN- og NATO-veteraner i alle regioner. RVT Sør, ved Sørlandet sykehus HF, og RVT Øst, ved Oslo universitetssykehus HF, skal påse at opplæringen gjennomføres i hele Helse Sør-Øst.

God kompetanse i bruk av strålekilder i diagnostikk og behandling skal sikres, både når det gjelder strålebiologiske forhold generelt og strålehygiene i forhold til pasienter og helsepersonell. Oslo universitetssykehus HF skal sørge for gode rutiner for internundervisning av relevant personell i strålehygieniske forhold og tilstrekkelig kompetanse i medisinsk fysikk.

5.5.1.2 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011

Utdanning, etisk rekruttering og gode tilsettingsrutiner

Helseforetakene har ansvar for at utdanning og rekruttering av helsepersonell gjøres slik at det bidrar til å sikre tilstrekkelig kapasitet og en kvalitativ god helsetjeneste.

Det forutsettes at helseforetaket:

- legger til rette for å øke antall læreplasser for elever i videregående opplæring
- bistår Helse Sør-Øst RHF i arbeidet med å vurdere og fremskaffe kunnskap om fremtidig kompetanse- og personalbehov i sektoren, med fokus på kompetansebehov utover grunnutdanningene
- sørger for at WHO's internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering av helsepersonell implementeres i 2011
- sørger for gode rutiner ved tilsetting av helsepersonell, jf. Helsedirektoratets veileder "Gode rutiner – Gode tilsetninger".

Faste stillinger og deltid

Helseforetakene skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk for alle helsepersonellgrupper og øvrige ansatte.

- Helseforetaket skal som hovedregel bruke faste stillinger og begrenser bruken av midlertidige stillinger og vikariater til et nødvendig minimum (jf. Arbeidsmiljøloven § 14-9).
- Helseforetaket skal bidra i slutføringen av det igangsatte arbeidet om tilrettelegging for faste stillinger for leger i spesialistutdanning og at Helse Sør-Øst RHF skal være med på å utarbeide en felles rapport til departementet om arbeidet innen 1. mars 2011
- Helseforetaket skal i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, redusere andelen deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011
- Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, arbeide med videreutvikling av indikatorer på HR-området, spesielt når det gjelder deltid. Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet.

Helse Sør-Øst RHF skal i 2011 rapportere andelen deltid månedlig gjennom ØBAK. Bemanning vil bli tatt opp som tema på oppfølgingsmøtet med departementet pr. 1. tertial 2011. De regionale helseforetakene skal i årlig melding rapportere om utviklingen i andelen deltid og hvilke tiltak som er iverksatt for å redusere andelen deltid. Helseforetaket skal ta del i arbeidet med disse rapporteringene.

Inkluderende Arbeidsliv (IA) og sykefravær m.m.

Det vises til Regjeringen og partenes arbeid med en ny og mer målrettet IA-avtale for perioden 1. mars 2010 til 31. desember 2013 for å redusere sykefraværet, hindre utstøting og frafall, øke sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne, og stimulere til forlenget yrkesaktivitet etter fylte 50 år.

- Helseforetaket skal sette aktivitets- og resultatmål i arbeidet med å nå IA-avtalen.

- Helse Sør-Øst RHF skal utvikle indikatorer for målsettingene med IA-avtalen gjennom Nasjonalt program for stabs- og støttefunksjoner – HR standardisering. Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet.

Konsulentbruk

Bruken av eksterne konsulenter bør avgrenses til områder der det er nødvendig med kompetanse eller kapasitet utover det som er tilgjengelig i egen organisasjon og for en tidsbegrenset periode. Bruk av eksterne konsulenter skal vurderes opp mot å rekruttere aktuell kompetanse.

- Det legges til grunn at helseforetaket skal ha et bevisst forhold til og begrenser bruken av eksterne konsulenter.

Nasjonal lederplattform

Det vises til de regionale helseforetakenes ledelsesutviklingsprogram og til de nasjonale kravene til lederadferd i helseforetakene som tidligere har blitt utarbeidet.

Helse Sør-Øst RHF er bedt om å videreføre det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet, og gjøre nødvendige tilpasninger til de krav og utfordringer lederne i helseforetaket står overfor. Det skal i programmet legges vekt på krav til ledernes rolleforståelse (horisontalt og vertikalt), krav til kvalitet og pasientsikkerhet og samhandlingsreformens krav til samhandling med kommunehelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF skal, gjennom sin ledelse av styringsgruppen for Nasjonal ledelsesutvikling, ta initiativ til og lede arbeidet med fastsetting og forankring av en egen nasjonal lederplattform for ledere i helseforetakene. Lederplattformen skal konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederadferd i helseforetakene.

- Helseforetaket skal delta i arbeidet med videreutvikling og implementering av ledelsesutviklingsprogrammet.

Permisjonspraksis

Det er et nasjonalt ansvar å sørge for kvalifisert helsepersonell på Svalbard. Deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid blant helseforetakenes ansatte er positivt og viktig.

- Helseforetaket skal legge til rette for permisjon til ansatte som får tilbud om stilling ved UNN, Longyearbyen sykehus
- Helseforetaket skal ha en hensiktsmessig permisjonspraksis når det gjelder ansattes deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid.

5.5.2 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011

I HR strategi for Helse Sør-Øst med tilhørende handlingsplan legges det vekt på kompetanseutvikling som et av de sentrale områdene. Som en del av medarbeidersamtalene i helseforetaket er kompetanseplaner et viktig element. Oslo universitetssykehus HF skal i 2011 legge vekt på at den enkelte medarbeideres kompetanse legges til grunn i arbeidet med helseforetakets samlede kompetanseutviklingsbehov.

Helseforetakene skal sørge for systematisk leder- og medarbeideroppfølging med årlige medarbeidersamtaler basert på felles malverk.

Oslo universitetssykehus HF skal implementere de nasjonale kravene til ledere i sin organisasjon.

Det skal foreligge en plan for leder- og arbeidsmiljøutvikling.

Helseforetaket skal følge opp at egne retningslinjer og rutiner for håndtering av bierverv er i samsvar med Helse Sør-Østs felles prinsipper og krav.

Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre nødvendige tiltak og lukke evt. gjenstående avvik etter tilsynskampanjen ”God vakt” i ht. plan avtalt med Arbeidstilsynet.

Helseforetaket skal per annet tertial 2011 redegjøre for hvordan det arbeides for å sikre rekrutteringsgrunnlaget for ledende stillinger i foretaksgruppen, herunder også hvordan arbeidet med lederutvikling og suksessjonsplanlegging ivaretas.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) har i 2010 modernisert legehjemmelsdatabasen og viderefører fra 2011 krav om at helseforetak fortløpende registrerer status for legestillinger og forbruk av tildelte stillingshjemler. 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. Helseforetaket skal inngå avtale med Sykehuspartner om implementering av integrasjon for utlevering av informasjon til NR-databasen.

Økt antall praksisplasser for høgskolestudenter

Høgskolene har fra 2009 fått økt antall studieplasser for helse- og sosialfaglig personell. Behovet for praksisplasser øker tilsvarende og Oslo universitetssykehus HF gis økonomiske insentiv til å øke praksisinntaket. Ressursøkningen skal synliggjøres i forhold til praksiskoordinatorerne i Oslo universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus HF skal, i samarbeid med høgskolene, vurdere organisering av praksisplasser på nye måter for å utnytte hele behandlingsforløpet og helseforetakets samlede kapasitet; og evt. søke Kunnskapsdepartementet om nødvendig dispensasjon for gjeldende rammeavtaler for å kunne prøve ut nye organiseringsmodeller.

Arbeidet må hensynta konsekvenser av at behandlingstilbud for deler av befolkningen planlegges overført fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF.

Koordinering av praksisplasser for høgskolestudenter

Praksiskoordineringen er organisert med fast oppnevnte koordinatorene - en fra hvert sykehusområde / helseforetak og en fra hver høgskole som ansvarlige utad for administrasjon av praksisplassene for hver sine organisasjoner. Koordinatorerne bør være tydelig tilknyttet styringslinjen i helseforetak/høgskole, Alle koordinatorene er forpliktet til å bruke den regionale web-baserte databasen for koordinering. I tillegg til å være et arbeidsverktøy, gir dette mulighet for å hente ut rapporter som viser volumet på praksis og fordelingen mellom helseforetak.

5.6 INNSATSOMRÅDE 6 - BÆREKRAFTIG UTVIKLING GJENNOM GOD ØKONOMISTYRING

5.6.1 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende

5.6.1.1 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011

Helse Sør-Øst RHF skal i 2011 sørge for at foretaksgruppens samlede ressursbruk til drift og investeringer og bruk av driftskreditter holdes innefor de rammer som følger av Stortingets vedtak i Prop. 1 S (2010-2011) og Prop. 32 S (2010-2011). Helseforetaket skal ta aktivt del i dette arbeidet.

Helseforetaket skal iverksette nødvendige tiltak for å innfri resultatkravene innenfor de 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 legges til grunn at økonomistyring og -oppfølging fortsatt må være prioritert.

- Helseforetaket må sikre realistisk budsjettering både for de enkelte inntekts- og kostnadsposter og i periodiseringen av årsbudsjettene. God kvalitet i budsjetteringen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomheten.

KPP-regnskap

Kostnad Per Pasient (KPP) er betegnelsen på en regnskapsmetode for dokumentasjon av kostnader knyttet til en enkelt pasientkontakt. Det er et mål å etablere KPP som grunnlag for virksomhetsstyring i helseforetak, og siktemålet er at 10 helseforetak skal ha etablert KPP innen 2015. Piloteringen av nasjonale KPP-spesifikasjonen i 2010 viste at den er et godt utgangspunkt for implementering av KPP-modeller, men også at den bør forbedres og justeres noe.

- Helse Sør-Øst RHF skal i 2011 delta med minst et helseforetak i KPP-prosjektene. Helseledelsen iverksetter i samsvar med de krav og frister direktoratet setter. Helseforetaket skal delta i dette arbeidet etter nærmere avtale.

Investeringer og kapitalforvaltning

Helse og omsorgsdepartementets styringssystem for investeringer bygger på en kombinasjon av at det er gitt utstrakte fullmakter samtidig som det skjer en oppfølging og styring på overordnet nivå, slik at investeringer skjer i samsvar med overordnede helsepolitiske mål og innen aksepterte ressursrammer. For å legge til rette for mer overordnet styring med investeringer, settes grensen for prosjekter som skal forelegges departementet ned fra 1 mrd. kroner til 500 mill. kroner fra 2011.

Helse Sør-Øst RHF understreket betydningen av at alle investeringsprosjekter er innarbeidet i helseforetakenes overordnede budsjetter og planer. Det er etablert kvalitetssikringssystemer for å påse at det er de riktige investeringsprosjektene som blir besluttet gjennomført. I dette arbeidet skal minimum tre alternativer utredes. Foretaksmøtet la til grunn at samfunnsmessige vurderinger bl.a. konsekvenser for infrastruktur og miljø hensyntas i disse vurderingene. De regionale helseforetakene vil fra og med 2011 underlegges en fire-årig prøveordning med ekstern kvalitetssikring av konseptutredninger, som leder fram til konseptvalg. Arbeidet med å få på plass en rammeavtale om kvalitetssikring av konseptvalg er igangsatt og ledes av Helse Vest RHF. Videre er en veileder for økonomiske bæreevne i investeringsprosjekter under utarbeidelse.

- Helse Sør-Øst RHF skal delta i arbeidet med å få på plass en rammeavtale om ekstern kvalitetssikring av konseptvalg. Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet.
- Helse Sør-Øst RHF skal forelegge departementet konseptfasevurderinger for alle investeringsprosjekter over 500 mill. kroner. Helseforetaket skal delta i nødvendige forberedelser når dette er aktuelt.
- Ny ekstern kvalitetssikring av konseptvalg tilsvarende den statlige KS-1 ordningen skal gjennomføres for alle investeringsprosjekter som ennå ikke er vedtatt igangsatt.
- Nye retningslinjer for beregninger av økonomisk bæreevne i investeringsprosjekter benyttes som en del av de samlede vurderinger av konseptplaner.

5.6.2 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011

Resultatkrav

Det er et mål i Helse Sør-Øst at helseforetakene skaper økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.

Oslo universitetssykehus HF vil i 2011 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 2011.

Det er en felles oppfatning hos Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF at det er utfordrende å oppnå tilstrekkelig presisjon i budsjettet for 2011 ved inngangen til året. Hovedårsaken til dette er usikkerhet i forhold til endringene i pasientstrømmer, spesielt i første del av 2011. På basis av resultat og likviditetsmessig status rapportert etter 1. tertial, vil endelig krav til årets resultat og likviditetsmessig status ved årets utgang fastlegges. Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at foretaket styrer på grunnlag av periodisert budsjett for 1. tertial.

Pensjonskostnader

Ved behandling av det økonomiske opplegget for 2011 i Prop. 1 S (2010-2011) 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 (2009-2010). Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at foretaket har budsjettert pensjonskostnader for 2011 i tråd med føringer fra det regionale helseforetaket, og i henhold til beregninger fra juni 2010.

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

Investeringer og bæreevne

Det legges til rette for at det kan gjennomføres omstillingsinvesteringer for foretaket i 2011 på om lag 300 millioner kroner. Dette muliggjøres ved at gjenstående andel av tildeling fra 2010 på 150 millioner kroner benyttes, i tillegg til frigjort likviditet ved foretakets planlagte salg av anleggsmidler i 2011. Risiko knyttet til gjennomføring av salgene hensyntas i Helse Sør-Øst sin likviditetsstyring.

Utover dette er Helse Sør-Øst RHF inneforstått med at Oslo universitetssykehus HF planlegger gjennomført ordinære investeringer (herunder egenandeler til regionale IKT-prosjekter) i et omfang av 305 mill kroner i 2011.

Bemanningsstyring

Helseforetaket skal styre bemanningsforbruk og -utvikling i henhold til økonomiske rammer, med kontinuerlig oppfølging av fast- og variabel lønn så vel som innleie.

Oppfølging av omstillingen

De budsjettmessige prioriteringene av hovedstadsprosessen i 2011, tilrettelegger for gjennomføring av nødvendige omstillinger som følge av fusjoner og endring av opptaksområde. Omstillingen som skal gjennomføres i 2011 innebærer betydelig økonomisk risiko. Helse Sør-Øst RHF vil etablere et oppfølgingsregime for Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF for 2011, som understøtter ansvaret til styre og ledelse ved disse helseforetakene i løpende oppfølging av resultater, gevinstuttak og håndtering av risiko.

Ledelse og arbeidsmiljøtiltak

Den økonomiske utfordringen i 2011 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.

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 2011 til drift og investeringer, og for å legge til rette for et investeringsregime der foretakene gjennom egne likviditetsoverskudd kan spare til senere investeringer.

Helse Sør-Øst RHF er inneforstått med de utfordringer foretaket står ovenfor og vil sikre tilgjengelig likviditet regionalt for å håndtere resultatrisikoen i foretaket, samt investeringer knyttet til omstillingsprosessen i henhold til de midler foretaket har fått stilt til disposisjon i budsjettet for 2011.

Styringsprinsipper for likviditet:

1. Foretakene skal styre total likviditet innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer
2. Likviditet generert gjennom realiserte positive resultater fra drift eller lavere investeringsnivå enn planlagt, kan disponeres i senere år:
 - Som en buffer for resultatrisiko
 - Til investeringer
 - Til nedbetaling av kortsiktige lån (driftskreditt)
3. Egen sparing som følge av realisert overskudd fra drift kan benyttes til investeringer når foretaket har tilstrekkelig sikkerhet for sitt resultat
 - Disponering innad i samme kalenderår skjer etter dialog med det regionale foretaket
4. Likviditetseffekter fra pensjon, hensyntatt premiefondsmidler og egenkapitaltilskudd, kan forutsettes å være nøytrale for foretaket
5. Foretakene skal ta hensyn til risiko for
 - resultatavvik i drift og
 - i pågående investeringsprosjekter

før etablering av nye investeringsforpliktelser

6. Gjennomføring av investeringsprosjekter skal tilpasses og periodiseres i samsvar med faktisk likviditetsmessig handlingsrom
7. Foretakene skal etablere hensiktsmessige rapporterings- og oppfølgingsrutiner for likviditetsutviklingen gjennom året
 - Detaljeringsgrad og hyppighet må gjenspeile risiko
8. Foretakene må budsjettere likviditet på en måte som gir rom for tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året
9. Likviditet fra salg kan benyttes til investeringer eller nedbetaling av gjeld dersom foretaket viser et regnskapsmessig overskudd minst tilsvarende gevinst ved salg av eiendom
10. Dersom foretakene har opparbeidet trekk på driftskreditt som følge av resultatmessige underskudd, skal denne nedbetales etter avtale, normalt over 3-5 år

På regionalt nivå er det budsjettert med en aktivitetsvekst på om lag 1,1 pst innen somatikk, mens det på fagområdene tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykiatri, habilitering/rehabilitering og radiologi er planlagt med en større vekst med økning i poliklinisk aktivitet som prioritet.

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

Den budsjetterte aktivitetsveksten innen alle tjenesteområder skal være et virkemiddel for å redusere ventetider og møte det økende antallet nyhenviste pasienter. Helseforetaket er gjennom dette dokumentet forpliktet til å prioritere aktivitetsøkningen der det vil ha mest effekt på egen ventetidsutvikling.

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 2011, beløp i 1000 kroner:

| Oslo universitetssykehus HF | |
|---------------------------------------|-------------------|
| Basisramme | 9 527 001 |
| Forskning | 310 120 |
| Nasjonale medisinske kompetansesentre | 152 000 |
| Andre statlige tilskudd | 215 000 |
| Som fram drømt/et | 12 282 000 |
| SF-inntekter | 2 257 500 |
| Inntekter i alt | 13 183 800 |

I tillegg til disse inntekter kommer gjestepasientinntekter, polikliniske refusjonsinntekter for laboratorie- og radiologivirksomhet, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, samt øvrige foretaksspesifikke inntekter, herunder egenandeler og tilskudd til definerte formål fra Helse Sør-Øst RHF, statlige etater og andre.

Det foretas ingen rammemessig korrigeringer mellom Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF for TSB, inklusive LAR, ut over det som omfattes av virksomhetsoverdragelser.

6.2.2 Drift og investering

For 2011 tildeles foretaket en samlet likviditet til drift og investeringer.

Det forutsettes at helseforetaket legger til rette for at investeringer kan gis den nødvendige prioritering innenfor basisrammen. Se avsnitt 5.6.2 vedrørende tilrettelegging for omstillingsinvesteringer i 2011.

6.2.3 Nasjonale medisinske kompetansesentre

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

De nasjonale medisinske kompetansesentrene ved Oslo universitetssykehus HF gis i 2011 følgende økonomiske rammer, tall i 1000 kroner:

| NASJONALE MEDISINSKE KOMPETANSENTER | |
|---|----------------|
| I. Sjeldne diagnoser | |
| Overdoserprosjekt, koordinerende enhet | 3 830 |
| Cystisk fibrose | 10 877 |
| MR-ADHD, forenede funksjoner | 8 174 |
| Reg. legninge autisme | 5 504 |
| Reg. legninge ADHD mv | 3 903 |
| Senter for sjeldne diagnoser | 20 974 |
| Tuberkulose skoleprosjekt | 5 676 |
| Humant papillomavirus (HPV) | 1 968 |
| Autismehelseprosjekt | 7 879 |
| Sum sjeldne diagnoser | 65 188 |
| II. Øvrige kompetansesentre | |
| Lansklubb for helse og psykisk helse | 14 017 |
| Kompetansesenter for helse og matting | 8 368 |
| Alkohol og helse | 1 838 |
| Sikkerhets-, volds- og fangstpsykiatri | 10 881 |
| Immun- og infeksjonsmedisin | 2 476 |
| NAMKOS - profesjonell akuttmedisin | 2 711 |
| Nasjonalt kompetansesenter | 11 939 |
| Nasjonalt kompetansesenter | 1 211 |
| Øvrige senter på OUS, ikke fordelt av register | 34 347 |
| Kompetansesenter for langtidstudier eller livstilsendring | |
| Nasjonalt kompetansesenter for sakkamer | |
| Gynekologisk onkologi | |
| Neuroendokrine svulster | |
| Medisinske muskel-sykdommer | |
| Sammenheng | |
| Medisinske sykdommer | |
| Sjeldne sykdommer hos barn | |
| Øyehelse | |
| Barnhabilitering med vekt på ernæring | |
| Barnhabilitering med vekt på beredning | |
| Epilepsi med utvingshemning | |
| Sum øvrige kompetansesentre | 87 706 |
| Sum nasjonale kompetansesentre | 152 894 |

6.2.4 Andre statlige tilskudd

Dette omfatter for 2011 følgende, tall i 1000 kroner

| | |
|---|--------|
| Tilskudd til turnustjeneste | 1538 |
| Kreftregistret | 93095 |
| Behandlingsreiser til utlandet | 105651 |
| RTVS, med forbehold om endelig tilskudd | 12656 |
| Dommerass. narkotikaprogram | 1862 |
| Prosjekt barn som pårørende ved nasj.komp.senter for LM | 1000 |
| I alt | 215802 |

6.2.5 Likviditet mv

Utbetalingene til helseforetakene 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 2011 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. Endelig ISF-oppgjør for 2011 vil bli foretatt når Helse Sør-Øst RHF har fått endelig 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.

6.2.8 Risikodeling prehospitaltjenester

Der helseforetak utfører transporttjenester for pasienter tilhørende andre helseforetaks opptaksområde, skal det inngås avtale mellom helseforetakene om aktivitet og økonomi knyttet til dette.

VEDLEGG

1. Prinsipper for god virksomhetsstyring
2. Rapportering:
 - a. Styringsparametre helsefag - Oversikt krav til rapportering 2011
 - b. Rapportering og årlig melding for 2011 (Rapportering på spesifiserte områder)
 - c. Definisjonskatalog

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 17. februar 2011

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

1. Rammefinansiering av Oslo universitetssykehus HF
2. Aktivitetsmål for Oslo universitetssykehus HF 2011
3. Resultatbudsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2011
4. Resultatbudsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2011 – Endringer fra regnskap for 2010
5. Aktivitetsmål og utgiftsrammer for Oslo universitetssykehus HFs klinikker mv 2011
6. Rammetildeling for Klinikk psykisk helse og avhengighet 2011
7. Plan for investeringer i ordinær drift mv 2011-2014
8. Regionale IKT-investeringer Oslo universitetssykehus HF 2011
9. Kontantstrømbudsjett for Oslo universitetssykehus HF 2011
10. Foreløpig oppdragsdokument til klinikkene i Oslo universitetssykehus HF 2011

SAK 9/2011

**BESLUTNINGSSAK:
MÅL OG BUDSJETT FOR 2011**

Forslag til vedtak:

1. *Styret vil understreke at det er usedvanlig stor usikkerhet knyttet til de økonomiske konsekvenser av drift av Oslo universitetssykehus HF i 2011 grunnet de endringer som følger av overføringen av virksomhet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF.*
2. *Styret har merket seg Oppdrag og bestilling 2011 hvor det slås fast at resultatkrav og krav til likviditetsmessig status ved utgangen av 2011 vil bli fastsatt etter 1. tertial. Styret tar til etterretning at administrerende direktør inntil videre vil styre etter et periodisert budsjett med de samme forutsetningene som i grunnlaget for økonomisk langtidsplan som ble gjennomgått på styremøte 30. september 2010. Styret vedtar på denne bakgrunn aktivitetsmål og resultatbudsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2011 slik de fremgår i tabellene 2 og 3.*

3. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre investeringer i 2011 for videreføring og utvikling av eksisterende drift i samsvar tabell 7. Administrerende direktør gis fullmakt til å forberede anskaffelser i 2012 – herunder foreta bestillinger – i samsvar med oppstillingene i tabell 7. Investeringene forutsettes gjennomført innenfor rammen av samlet tildelt likviditet fra Helse Sør-Øst RHF.*
4. *Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret i møtet 31. mars med status for investeringene i utvikling av Oslo universitetssykehus HF i samsvar med styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF .*
5. *Styret tar de foreslåtte regionale IKT-investeringene rettet mot Oslo universitetssykehus HF til etterretning.*

Oslo, den 9. februar 2011

Siri Hatlen

1. Sammendrag

I denne styresaken legger administrerende direktør fram budsjett for 2011 for Oslo universitetssykehus HF (drift og investeringer), aktivitetsmål for hele foretaket og aktivitetsmål og rammer for klinikkene/nivå 2 enheter i helseforetaket.

Aktivitetsmålene og budsjett er basert på innlevering til økonomisk langtidsplan i Helse Sør-Øst RHF som ble gjennomgått i styremøte 30. september 2010.

Måltallene og budsjettet er videre avstemt mot finansiering fra Helse Sør-Øst RHF for 2011 samt økonomisk resultatkrav slik det er omtalt i Oppdrag og bestilling for 2011.

2. Tidligere vedtak i saken

Styret i Oslo universitetssykehus HF behandlet budsjett for 2011 på styremøte 17. desember (styresak 154/2010). Styret vedtok den gang:

Enstemmig vedtak:

1. Styret vedtar foreløpige aktivitetsmål og budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2011 i samsvar med tabellene 3 og 5.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre investeringer i 2011 i samsvar med investeringsplanene i tabellene 7, 8 og 9. Investeringene i 2011 forutsettes gjennomført innenfor rammen av samlet tildelt likviditet fra Helse Sør-Øst RHF.
3. Styret merker seg at budsjett 2011 på nåværende tidspunkt er utarbeidet i en situasjon med stor usikkerhet knyttet til pasientstrømmer til Oslo universitetssykehus HF, kapasitetsreduksjon og midlertidig døgndrift ved Aker m.m., og med stor vekt på hensynet til pasientene. Styret ønsker framover å holdes løpende orientert om kapasitetsnedtak og forbedringstiltak.
4. Styret tar til etterretning gjensidig forståelse mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF om nødvendigheten av å revidere resultatmål og dedikert styringsregime i forbindelse med 1 tertial 2011.
5. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med et oppdatert forslag til budsjett til styremøte 17. februar 2011.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

I styresak 154/2010 (17.12.2010) understreket administrerende direktør at gjennomføringen av virksomheten i 2011 ville være beheftet med usedvanlig stor usikkerhet knyttet til budsjett og styring av aktivitet og økonomi samt at den samlede resultatrisikoen for 2011 hadde økt i løpet av høsten. Administrerende direktør opprettholder og forsterker denne vurderingen basert på oppdatert kunnskap.

I første del av året er usikkerheten vurdert å være størst knyttet til hvor raskt aktiviteten vil tilpasse seg til den oppgavefordelingen som er forutsatt når Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF har overtatt ansvaret for deler av pasientbehandlingen fra Oslo universitetssykehus HF. Overføring av øyeblikkelig hjelp har gått som planlagt. Det gjenstår å se om haleaktivitet mot Akershus universitetssykehus HF samt gjenstående oppgaver som er forutsatt overført til Vestre Viken HF vil følge de tids- og aktivitetsforutsetninger som er etablert. For enkelte områder er det fortsatt usikkert når Vestre Viken HF kan ta imot. Det vil derfor fortsatt være usikkerhet knyttet til hvor raskt Oslo universitetssykehus HF klarer å tilpasse sin kapasitet og etter hvert tilpasse ressursbruken til de tildelte

økonomiske rammer. Utviklingen følges tett og det henvises til sak 12/2011 rapportering for januar.

Økt resultatrisiko skyldes også at framdriften i omstillingsarbeidet er blitt forsinket grunnet senere avklaringer knyttet til overføring av opptaksområder og mer forsinkede rekrutteringsprosesser enn forutsatt samt at arbeidsbelastningen knyttet til dette for ledere ble svært omfattende gjennom høsten 2010.

Overføringsprosjektet ble høsten 2010 gitt høyeste prioritet sammen med det omfattende arbeidet knyttet til å få etablert felles pasientadministrative systemer og få på plass korrekte data for ventelister og fristbrudd. Dette har i noen grad tatt fokus bort fra den daglige styring og driftsoppfølging som erfaringsmessig er påkrevet for å holde kostnadene under kontroll i sykehusene.

Det må forventes tilsvarende utfordringer i 2011 da kapasitetstilpasninger med påfølgende innplasseringsprosesser og omlegging av driften vil kreve mye ledertid. Kombinasjonen av overføringsprosjektet, underskudd i 2010 og ny inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF gjør at utfordringsbildet for en del av klinikkene er betydelig. Gjennomgang med klinikkene medio desember og deretter i januar bekrefter bildet av at den økonomiske risikoen innenfor driften i 2011 er større enn det som ble meldt inn i arbeidet med økonomisk langtidsplan tidlig i oktober.

Som rapportert i desember er forsinket idriftsettelse av klinisk arbeidsflate og mangel på IKT-løsninger mellom sykehusene medvirkende til økte kostnader grunnet de kompenserende tiltak som må etableres. Administrerende direktør er av den oppfatning at drift på Aker forårsaker større strukturelle kostnader enn antatt, dette vil bli analysert og faktabasert frem mot styremøtet i mars.

Ledelsens hovedprioritering i oppfølging av driften i 2011 vil være å redusere den økonomiske risikoen samtidig som de pålagte oppgavene innenfor pasientbehandling og forskning og undervisning gjennomføres. Det vil bli etablert et stramt styringsregime for å sikre en best mulig kontroll med driften i 2011. Sykehusledelsen vil som i 2010 særlig følge opp kvalitet, pasientsikkerhet (avvik), arbeidsmiljø/HMS aktivitet og ressursbruk, herunder særlig årsverk. For å unngå fristbrudd og sikre akseptable ventetider må aktivitet og kapasitetstilpasninger evalueres tett. Et viktig område vil være å sikre at bemanning reduseres i takt med at aktiviteten reduseres. Oppfølging vil bli gjort i ukentlige driftsmøter og i månedlige klinikkvise oppfølgingsmøter. Målet er at en gjennom god oppfølging og styring gradvis skal kunne redusere den økonomiske risiko og etablere en mer forutsigbar og sikrere styringsbasis gjennom året.

Sykehusledelsen har til nå hatt god kontroll over investeringskostnadene. Risikoen framover er imidlertid økende. Dette skyldes dels at store deler av det medisinske tekniske utstyret i Oslo universitetssykehus HF er gammelt og store deler av bygningsmassen er i dårlig forfatning. Dette kan medføre raskere behov for utskifting av utstyr og HMS-rettete tiltak enn forutsatt. For å redusere denne risikoen har administrerende direktør forslått at det gis fullmakt til å starte opp med bestillingene for 2012 i inneværende år. For de kortsiktige arealtiltakene fram mot Dag 4 viser de siste gjennomgangene at kostnadsanslagene øker i forhold til de svært foreløpige estimater som har vært grunnlag for tidligere innmeldinger.

Helse Sør-Øst RHF legger opp til at helseforetakene i regionen i økende grad skal finansiere anskaffelser med midler som er frigjort i den løpende driften (overskudd), og for de fleste øvrige helseforetak som både har fått tilført midler gjennom ny inntektsmodell og ikke står i omfattende omstillingsprosesser er dette realistisk å få til. Omstillingsutfordringene i Oslo universitetssykehus HF og endringene i inntektsfordelingen i Helse Sør-Øst RHF setter imidlertid Oslo universitetssykehus HF i en helt annen situasjon. Administrerende direktør ser med stor uro på at den rentebærende gjelden for Oslo universitetssykehus HF forventes å øke betydelig i tiden framover samtidig som utskifting av utstyr og bygningsmasse skjer i for lavt tempo. Administrerende direktør vil komme tilbake til styret med en mer omfattende vurdering i et senere styremøte.

4. Faktabeskrivelse

a. Timeplan i budsjettarbeidet

Oslo universitetssykehus HF leverte siste versjon av budsjett for 2011 til Helse Sør-Øst RHF 1. februar 2011 (foreløpige plantall for aktivitet ble levert 3. desember og foreløpig budsjett 17. januar). Det foreslås i denne styresaken at styret gjør formelt budsjettvedtak om det budsjettet som ble innlevert 1. februar.

b. Oppdrag- og bestillerdokument for 2011: Mål for virksomheten, tildelte budsjetttrammer og økonomisk resultatkrav

Oppdrag- og bestillerdokument 2011 for Oslo universitetssykehus HF presiserer oppdraget fra eier for 2011 og avklarer finansieringsforutsetningene.

Tabell 1 gir en oversikt over rammefinansieringen av Oslo universitetssykehus HF slik den fremgår av Oppdrag og bestilling 2011.

Om økonomisk resultatkrav heter det i Oppdrag og bestilling 2011:

” I forbindelse med gjennomføring av vedtak i RHF-styresak 108-2008, vil Oslo universitetssykehus HF i 2011 gjennomføre betydelig omstilling. Omstillingen vil medføre risiko knyttet både til resultat og aktivitet. 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 legges til rette for oppfølging av planlagt og faktisk gevinstrealisering i 2011.

Helse Sør-Øst RHF oppretter et særskilt og gjennomgående oppfølgingsregime for Oslo universitetssykehus HF i 2011. 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.”

”Resultatkrav

Det er et mål i Helse Sør-Øst at helseforetakene skaper økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.

Oslo universitetssykehus HF vil i 2011 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 2011.

Det er en felles oppfatning hos Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF at det er utfordrende å oppnå tilstrekkelig presisjon i budsjettet for 2011 ved inngangen til året. Hovedårsaken til dette er usikkerhet i forhold til endringene i pasientstrømmer, spesielt i første del av 2011. På basis av resultat og likviditetsmessig status rapportert etter 1. tertial, vil endelig krav til årets resultat og likviditetsmessig status ved årets utgang fastlegges. Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at foretaket styrer på grunnlag av periodisert budsjett for 1. tertial.”

I de neste avsnittene gjennomgås aktivitetskrav og budsjett med utgangspunkt i Oppdrag og bestilling for 2011. Arbeidet med budsjett 2011 ble slutført da det bare forelå et utkast til nevnte styringsdokument. Nærmere gjennomgang av det endelige oppdrag- og bestillerdokumentet som ble vedtatt på foretaksmøtet 3. februar kan derfor medføre behov for noen omprioriteringer.

I hovedtrekk er det foreslåtte budsjettet for 2011 uendret fra det foreløpige budsjettet som ble lagt fram i desember. Teksten nedenfor som beskriver budsjettet for 2011 vil derfor på enkelte områder være identisk med teksten fra styresak 154/2010.

c. Overordnede aktivitetsmål for Oslo universitetssykehus HF

Tabellene 2.1 og 2.2 viser aktivitetsmål for henholdsvis psykisk helsevern og TSB (tverrfaglig rusbehandling) og for somatikken for Oslo universitetssykehus HF for 2011.

Måltallene for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB tar utgangspunkt i estimat for 2010. Tallene er korrigert for overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF og deretter tillagt vekst i samsvar med forventede måltall i oppdrag- og bestillerdokumentet. Det er særlig innen poliklinisk behandling det er forutsatt aktivitetsvekst. Det aller meste av aktiviteten innenfor psykisk helsevern og TSB finner sted i Klinikk for psykisk helsevern og avhengighet. Måltallene er ikke endret innen voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri fra styresak 154/2010. Resultat for 2010 var i styresak 154 basert på prognostisert aktivitet for 2010. Endelig rapportert aktivitet avviker fra prognose som lå til grunn for budsjettet. Aktivitetskravet fra Helse Sør-Øst RHF er avstemt internt i regionen. Oslo universitetssykehus HF vil likevel gjennomgå aktivitetskravene i lys av faktisk aktivitet i 2010. For tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbrukere (TSB) er måltall nedjustert med endelig avklart overføring til Akershus universitetssykehus HF.

Måltallene for somatikken, DRG-tallene, tar på tilsvarende måte utgangspunkt i aktivitetsestimat for 2010 (estimat etter 2. tertial). Det er trukket fra beregnet effekt

av overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. På permanent basis er denne overføringen anslått til vel 23 000 DRG-poeng (om lag 10 pst av aktiviteten i 2010). For 2011 er det anslått at dette nedtrekket vil bli redusert med en såkalt haleaktivitet, som følge av avvikling av ventelister i Oslo universitetssykehus HF, forsinkelser i overføringen av enkelte funksjoner til Vestre Viken HF og forventet overgangstid for tilpasninger innenfor pasientenes rettigheter til fritt sykehusvalg. Det er teknisk lagt til grunn at etter en overgangsperiode vil pasientstrømmene fordele seg i henhold til forutsatt oppgavefordeling mellom sykehusområdene og tilhørende finansiering. Det er således forutsatt at det netto ikke vil være noe vesentlig omfang av pasienter på permanent basis som kommer til Oslo universitetssykehus HF kun som følge av fritt sykehusvalg og som egentlig skulle få sin behandling i et annet helseforetak.

Aktivitetmålene i somatikken er tillagt en aktivitetsvekst på om lag halvannen prosent. Denne er fordelt på klinikkene med utgangspunkt i en overordnet vurdering av ventelister og forventet utvikling i behandlingsbehov. Tabell 4 i styresak 154/2010 viste denne prioriteringen og ga en kortfattet redegjørelse for vurderingene. Prioriteringen av aktivitetsvekst er ikke endret siden den gang.

4.4 Driftsbudsjett for Oslo universitetssykehus HF

Tabell 3 viser resultatbudsjett for Oslo universitetssykehus HF slik det foreslås vedtatt av styret.

Det økonomiske resultatet er satt til et underskudd på 464 mill kroner. Dette er konsistent med forutsetningene fra økonomisk langtidsplan fra i fjor høst hvor det ble meldt risiko for et underskudd på 620 mill kroner. Endringene siden den gang skyldes en engangstildeling på 225 mill kroner til omstilling, økte rentekostnader som følge av redusert rammefinansiering og dermed økt driftskreditt i 2010 og anslått økte pensjonskostnader som følge av at Oslo universitetssykehus HF blir sittende med mer av pensjonsforpliktelsene til personell som går over til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF enn lagt til grunn i fjor høst.

Tabell 4 viser det foreslåtte resultatbudsjettet sammenliknet med foreløpig regnskap for 2010. Tabellen gjengir en kolonne som viser endringer i budsjettlinjene og en kolonne som forklarer de viktigste endringene fra regnskap for 2010 til budsjett for 2011.

Tabell 5 viser fordeling av inntektskrav, aktivitetsmål (DRG) og utgiftsramme på klinikkene/nivå 2 enhetene i Oslo universitetssykehus HF. Endringene fra budsjett 2010 skyldes i all hovedsak konsekvensene av overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, men tallene blir også påvirket av noen forflytning av aktivitet mellom klinikkene, innføring av gjestepasientoppgjør innenfor psykisk helsevern, økte ressurser til prioriterte vekstområder i 2011 mv.

For to av klinikkene (Klinikk for psykisk helsevern og avhengighet og Akuttklinikken) er tildelingen i tabell 5 synliggjort i to deler for lettere å kunne følge ressursbruk og eventuelle avvik innenfor henholdsvis rus-området og prehospitaltjenester. Dette er områder som ikke er aktivitetsfinansierte og som det er behov for å følge særskilt. Den reduserte rammen for rus-området fra 2010 til

2011 må sees på bakgrunn av at deler av LAR-budsjettet i tidligere Helse Øst er flyttet ut til de andre områdesykehusene. Netto budsjett tilført rus er styrket i forhold til budsjettet for 2010 gjennom interne overføringer.

Prinsipielt tar budsjetterammene slik de fremkommer i tabell 5 utgangspunkt i beregnet aktivitetsmål og økonomisk ramme etter at all overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF er gjennomført. Rammetildelingene til klinikkene er tildelt i samsvar med et null-resultat, inkludert en reserve for å håndtere risiko, usikkerhet mv. Budsjettet og fordelingen av dette på nivå 2 enheter synliggjør dermed den langsiktige driftssituasjonen i Oslo universitetssykehus HF med utgangspunkt i finansieringssituasjonen i 2011. Aktivitetskravene og budsjetterammene i 2011 er også tillagt konsekvensene av en anslått haleaktivitet, dvs aktivitet som følge av avvikling av ventelister eller forsinket overføring av pasientgrupper hvor behandlingsoppgavene skal overføres til Akershus universitetssykehus HF eller Vestre Viken HF. Denne haleaktiviteten vil kun være aktuell i 2011. I 2012 vil aktivitetskravet og tilhørende utgiftsramme bli borte. Tabell 5 viser også tildelte styringsmål for 2011. Dette er omtalt nærmere i avsnitt 4.5.

Tabell 6 viser endringene i budsjett for Klinikk for psykisk helse og avhengighet. Oppstillingene viser at budsjettet er en reell videreføring av rammene fra 2010 korrigert for konsekvensene av overføring av opptaksområder til Akershus universitetssykehus HF og andre omlegginger i finansieringen fra Helse Sør-Øst RHF. Klinikken er dermed skjermet for de omfattende innsparingskravene som er pålagt de andre enhetene i Oslo universitetssykehus HF. Klinikken (rusområdet) ble videre tildelt de ikke øremerkede midlene på 14 mill kroner som Helse Sør-Øst RHF tildelte til Oslo universitetssykehus HF i slutfasen av arbeidet med Oppdrag og bestilling 2011.

Tabell 5 viser også budsjetterte kostnader til omstillingsorganisasjonen (Programkontoret) og IKT-kostnader. Tallene for Programkontoret er påvirket av flytting av kostnader fra ordinær stab. Kostnadene til Programkontoret omfatter arbeidet med arealplan mv, flyttekostnader mv. IKT-kostnadene er anslått å øke betydelig fra 2010 til 2011. Økningen skyldes blant annet endringer i vedlikeholdskostnader og brukerstøttekostnader samt forutsatt ibruktaking av klinisk arbeidsflate (som medfører økte driftskostnader fra Sykehuspartner). Tallene i IKT-budsjettet er foreløpige og ikke endelig avstemt mot forutsetningene fra Sykehuspartner. Omstillings-kostnader i den enkelte klinikk knyttet til tilpasning av bemanning (perioder med overtallighet, eventuelle sluttpakker mv) er ikke budsjettert særskilt, men som nevnt ovenfor er det budsjettert noe reserve for å håndtere risiko for ikke-budsjetterte kostnader. Oslo universitetssykehus HF er tildelt 225 mill kroner som en ekstraordinær rammeinntekt fra Helse Sør-Øst RHF, jf omtale i styresak 075-2010 for Helse Sør-Øst RHF for å dekke omstillingskostnader. Av dette beløpet var 200 mill kroner tiltenkt ekstra kostnader til omstillingsorganisasjon inklusive IKT kostnader og 25 mill kroner for fullfinansiering av haleaktiviteten i 2011 som ikke lenger er rammefinansiert. Budsjetterte omstillingskostnader overstiger likevel tildelt ramme fra Helse Sør-Øst RHF med 57 mill kroner, noe som isolert sett har redusert budsjetterammene til andre formål.

4.5 Investeringsbudsjett for Oslo universitetssykehus HF

Styringsmessig deles investeringene i Oslo universitetssykehus HF inn i 4 grupper:

- Investeringer for å opprettholde og videreføre ordinær drift
- IKT-investeringer finansiert med regionale midler.
- Investeringer i utvikling av Oslo universitetssykehus HF i samsvar med Helse Sør-Øst RHF styrevedtak 108-2008.
- Større nybygg.

4.5.1 Investeringer i ordinær drift mv og IKT investeringer finansiert med regionale midler

Tilgjengelig likviditet til investeringer i ordinær drift ved Oslo universitetssykehus HF for 2011 er på 305 mill kroner i henhold til Oppdrag og bestilling for 2011 fra Helse Sør-Øst RHF. I tillegg er 14 mill kroner tildelt Helse Sør-Øst RHF over statsbudsjettet for å finansiere utvidet tilbud om nyfødtscreening ved Oslo universitetssykehus HF. En andel av disse midlene er forutsatt å dekke nødvendige investeringer for å iverksette tilbudet.

Et tidligere estimat for investeringsplan relatert til drift i 2011 var på 509 mill kroner, ref. styresak 154/2010. Denne investeringsporteføljen er gjennomgått med fagmiljøene innen IKT, medisinsk teknisk utstyr og eiendom for å styre gjennomføring av budsjetterte investeringer innenfor tildelte midler inneværende budsjettår. Et revidert investeringsbudsjett for 2011 (se tabell 7) er redusert til 305 mill kroner (eksl. investeringer relatert til utvidet tilbud om nyfødtscreening).

Fordelingen innen investeringsområdene baserer seg på reelt behov i 2011 og fremstår i tabellen under:

| INVESTERING | ANDEL |
|-------------|-------|
| IKT | 24 % |
| MTU | 37 % |
| BYGG | 22 % |
| ANNET | 18 % |
| TOTAL | 100 % |

IKT-investeringene vil også for 2011 i all hovedsak benyttes til prosjekter som er nødvendige for å støtte opp under omstillingene som er knyttet til fusjonen. IKT-investeringer i Oslo universitetssykehus HF sitt investeringsbudsjett i 2011 er planlagt til 75,5 mill kroner. De største beløpene er knyttet til egenandel for å etablere et felles klinisk informasjonsgrunnlag på tvers av de gamle sykehusene og konsolidering av prioriterte fagsystemer. Noen av disse prosjektene får tildeling fra Helse Sør-Øst RHF samtidig som det kreves en egenandel fra Oslo universitetssykehus HF på 25 pst. Det er denne egenandelen som inngår i tabell 7. For alle investeringer innen IKT-området vil investeringsmidlene overføres til og balanseføres i Sykehuspartner. Sykehuspartner vil deretter fakturere Oslo universitetssykehus HF for avskrivningen av det investerte beløpet.

118 mill kroner er foreslått budsjettert til medisinsk teknisk utstyr. Av disse er 95 mill kroner knyttet til erstatning av sammenbrutt utstyr og opprettholdelse av forsvarlig drift. 70 mill kroner er budsjettert til bygg/eiendom. Dette er i stor grad investeringer som disponeres for å imøtekomme myndighetskrav, i tillegg til 5 mill kroner til ferdigstillelse av byggeprosjekt initiert gjennom regjeringens tiltakspakke i 2009. De siste 70 mill kroner er budsjettert til andre nødvendige investeringer og omfatter nødvendig utskiftning av ambulanser, pålagt endring av kjøkkendrift, og vedlikehold for fortsatt drift ved tekstilvaskeriet ved Ullevål Sykehus.

Estimat for investeringsplan i 2011 var på 509 mill kroner. Erfaringene viser at det tar tid å planlegge investeringer og gjennomføre innkjøpsprosessene knyttet til investeringer. Oslo universitetssykehus HF vil i 2011 forberede og starte prosess for ytterligere investeringer i størrelsesorden 200 mill kroner som vil komme til utbetaling i 2012. Det bes om en fullmakt til administrerende direktør slik at nødvendige forberedelse til disse anskaffelsene kan gjøres i 2011, herunder å foreta bestillinger.

Det understrekes at fordelingen av investeringene slik den er gjengitt ovenfor er foreløpig og at det kan bli endringer etter hvert som kostnadsanslag mv blir mer presise. Endrede prioriteringer, blant annet som følge av sammenbrudd av medisinsk-teknisk utstyr, kan også nødvendiggjøre omprioriteringer.

4.5.2 Investeringer - Strategisk utvikling av Oslo universitetssykehus HF og større nybygg

Styresak 154/2010 fremstiller et foreløpig investeringsbudsjett relatert til omstilling og strategisk utvikling ved Oslo universitetssykehus HF, summert til 700 mill kroner i årene 2010 til 2013. Av disse var 624 mill kroner foreløpig budsjettert til prosjektet OUS Arealtiltak og inkluderte både ombygninger, utstyr og prosjektering.

Finansiering av investeringer knyttet til omstilling er behandlet i Helse Sør Øst RHF styre, og det blir stilt til disposisjon 300 mill kroner i likviditet til dette formålet for 2010 og 2011 totalt. Foreløpig rapportert regnskap viser at i overkant av 25 mill kroner av denne likviditet er benyttet i 2010. Dette gir et beløp på i underkant av 275 mill kroner disponibelt for 2011.

OUS Arealtiltak har siden sommeren 2010 organisert og bemannet delprosjekter innen omstillingsinvesteringer. Delprosjektene har ytterligere detaljert og vurdert investeringsbehovet. Nye estimater fra delprosjektene tilsier at opprinnelig estimat på 624 mill kroner ikke vil være tilstrekkelig til å gjennomføre de prioriterte tilpasninger og flyttinger av virksomhet. Etablering av større kapasitet innen akuttmottaket er et av disse prosjektene, der det kan være nødvendig med nyinvesteringer fremfor ombygginger. Det refereres til egen sak om akuttmottaket. Oslo universitetssykehus HF gjennomfører nå en total vurdering av alle delprosjekter. Administrerende direktør vil komme tilbake til styret med en ny gjennomgang på neste styremøte.

Det er nå ikke planlagt kostnader til *større byggeprosjekter* i 2011 utover et begrenset beløp for idefase for nybygg på Gaustad.

4.6 Likviditetsbudsjett for 2011

Oslo universitetssykehus HF har levert finansbudsjett til Helse Sør-Øst RHF bestående av et kontantstrømbudsjett, investeringsbudsjett og balansebudsjett. Omtalen nedenfor er i hovedsak begrenset til kontantstrømbudsjettet.

Kontantstrømbudsjettet er avledet av resultatbudsjettet som viser et negativt årsresultat på 464 mill. kroner. Kontantstrømbudsjettet i tabell 9 viser at likviditetsbeholdningen vil reduseres med 727 mill. kroner gjennom 2011, til -3 398 mill. kroner. I tillegg til det negative årsresultatet forventes likviditetsbeholdningen å bli svekket med ytterligere 263 mill. kroner, som i hovedsak forklares med følgende momenter:

- Oppgjør overfor foretak i foretaksgruppen for tidligere års hendelser bedrer likviditetsbeholdningen med 50 mill. kroner.
- Oppgjør overfor andre for tidligere års hendelser, herunder offentlige avgifter og utbetalinger til ansatte, reduserer likviditetsbeholdningen med 144 mill. kroner.
- Likviditeten svekkes med 186 mill. kroner knyttet til investeringer. Årsaken er at en del av finansieringen av investeringene inngår i likviditetsbeholdningen per 31. desember 2010.
- Det er forutsatt oppgjør av lån på 50 mill. kroner knyttet til flytting fra Akersbakken 27.
- I tillegg er det andre periodiseringer som bedrer likviditetsbeholdningen med 67 mill. kroner, herunder pensjon med 45 mill. kroner.

I budsjettet er det lagt til grunn 305 mill. kroner for å finansiere investeringer knyttet til videreføring av drift og 300 mill. kroner for å finansiere omstillingsinvesteringer. Finansieringen av omstillingsinvesteringer er forutsatt finansiert ved eiendomssalg eller ved særskilt likviditetstilførsel fra Helse Sør-Øst RHF.

Likviditetsutviklingen vil bli krevende i 2011 og i årene framover. Helse Sør-Øst RHF har tidligere ytet rentefrie forskudd for å dekke likviditetsbehov. I 2011 ser det ut til at endret likviditetsbehov utover budsjettforutsetningene vil bli finansiert med økt driftskredittramme. Driftskreditten er rentebærende, noe som øker det resultatmessige utfordringsbildet til Oslo universitetssykehus HF.

Finansbudsjettene er sendt Helse Sør-Øst RHF. Det foreligger foreløpig ikke noen tilbakemeldinger som ikke er innarbeidet i finansbudsjettet.

4.7 Gjennomføring av budsjett for 2011 - økonomisk risiko

Den økonomiske risikoen for 2011 er først og fremst knyttet til ordinær drift.

Budsjetterammene for 2011 innebærer at alle enheter skal redusere kostnadene kraftig for å tilpasse seg til et redusert inntektsnivå. For de somatiske klinikkene, stab og støttefunksjonene er budsjettene på permanent basis redusert med om lag 11

pst i gjennomsnitt. For Klinikk for psykisk helse og avhengighet er nedtrekket relativt større, men en vesentlig del av dette vil være virksomhetsoverdragelse.

Omstillingene i de somatiske enhetene, støtteenhetene og deler av Klinikk for psykisk helse og avhengighet faller sammen med et redusert omfang av pasientbehandling. Isolert sett vil dette gi grunnlag for reduksjon i kostnader og nedgang i årsverk, men omstillingene skal gjennomføres uten at spesifikke pasienttilbud skal fjernes eller at eksisterende enheter skal legges ned. Det vil kreve en gradvis tilpasning som det vil ta tid å gjennomføre når foretaket samtidig skal ivareta god pasientbehandling.

Planleggingen av virksomhet med redusert kostnadsnivå er gjennomført innenfor rammen av prosjektet klinikk redesign. Det vises til tidligere redegjørelse til styret. Hovedleveransen fra klinikkene i dette prosjektet forelå 17. desember 2010. Etter dette har sykehusledelsen gjennomført en dialog med klinikkene med sikte på å etablere økonomiske styringsmål for 2011 som samsvarer med foretakets samlede budsjett. Ved innlevering av detaljert budsjett for 2011 tidlig i januar ble det identifisert en samlet resultatrisiko som var betydelig høyere enn det foreløpige økonomiske styringsmålet. På denne bakgrunn ble klinikkene bedt om å innlevere nye tiltak og lete etter andre virkemidler for å nå de økonomiske målene. Etter den gjennomgangen fastsatte sykehusledelsen styringsmål for de enkelte klinikkene for 2011. Styringsmålene er gjengitt i tabell 5. Styringsmålene ble satt først og fremst med utgangspunkt i en vurdering av hvilke ulemper de enkelte klinikker ville stå overfor i 2011 som følge av lite effektiv drift på Aker. Styringsmålene er avstemt mot foretakets samlede budsjett, dvs at hvis alle enheter når styringsmålet vil helseforetaket samlet gjennomføre budsjettet slik det er gjengitt i tabell 3.

På bakgrunn av Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF for 2011 har administrerende direktør laget egne oppdragsdokumenter til hver av helseforetakets klinikker samt Oslo sykehusservice. Her gis overordnede styringsforutsetninger samt spesifikke oppdrag til hver enkelt klinikk. De foreliggende utkastene til de klinikkspesifikke oppdragsdokumentene er gjengitt i vedlegg 10.

Som følge av klinikk redesign har sykehusledelsen satt i gang flere tverrgående prosjekter for bedre pasientflyten, redusere ressursbruken og dermed øke effektiviteten i pasientbehandlingen. Disse er:

1. Styring og prioritering av radiologiske og patologiske undersøkelser inkludert også et arbeid med å utvikle felles protokoller og retningslinjer for disse undersøkelsene.
2. Styringsmodell for intensiv, PO og intermediær for å sikre en optimal utnyttelse av og tilgang til disse ressursene.
3. Hvordan sikre flyt av pasienter fra akuttmottak til sengepostene for å bidra til en bedring av kapasiteten i akuttmottaket.
4. Et nytt konsept for ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp kirurgi der det vil være viktig å finne mekanismer for å få overført kirurgi fra natt til dag, skjerme den elektive virksomheten samt de store volumene.

5. En kartlegging av muligheter for å vri mer av den operative virksomheten over på dagkirurgi som både er mer kostnadseffektiv enn inneliggende kirurgi og gir redusert liggetid for pasientene.

For investeringene er den økonomiske risikoen først og fremst knyttet til omstillingsinvesteringene og da særlig for årene etter 2011. Det vises her til at administrerende direktør vil komme tilbake til dette til neste styremøte. For 2011 vurderes den økonomiske risikoen for de planlagte investeringene å være liten. Den økonomiske kontroll med investeringene i ordinær drift er god, men risikoen framover er trolig økende. De enkelte prosjektene følges tett og er godt gjennomarbeidet. Den økte risikoen ligger i den dårlige standarden på det medisinsk-tekniske utstyret og deler av bygningsmassen, noe som kan fremtvinge større kostnader enn forutsatt for å holde pasientbehandling oppe eller for å tilfredsstille lovpålagte HMS-krav.

OPPDRAG OG BESTILLING 2011 FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Oslo universitetssykehus HF er i foretaksmøte 3. februar gitt oppdrag og bestilling for 2011. Oppdraget fra Helse Sør-Øst RHF sammen med oppdrag fra administrerende direktør for 2011 videreføres med dette til klinikken. Økonomiske rammer og andre styringsmål for det samlede oppdraget vil bli formidlet i egen oversendelse.

Den overordnede oppgaven for Oslo universitetssykehus HF i 2011 er å gjennomføre de tildelte oppgavene innenfor pasientbehandling, forskning, utdanning og pasientopplæring m.m. i samsvar med gjeldende lovgivning og retningslinjer fra overordnet myndighet. Samtidig skal Oslo universitetssykehus HF i 2011 fortsette foretakets flerårige utviklings- og omstillingsprogram som skal bidra til et bedre og mer samordnet pasienttilbud og en bedre ressursutnyttelse i helseregionen, jf. styresak 108/2008 m.fl. i Helse Sør-Øst RHF. Denne oppgaven vil også i 2011 kreve betydelig ledelsesfokus og ressursinnsats i tillegg til den ordinære driften.

I gjennomføringen av oppdrag og bestilling for 2011 står Oslo universitetssykehus HF overfor store økonomiske utfordringer, først og fremst som følge av overføring av oppgaver og tilhørende finansiering til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Oslo universitetssykehus HF må som følge av dette redusere kapasitet innenfor pasientbehandlingen i samsvar med foretakets endrede oppgaver i helseregionen og redusere ressursbruken til de økonomiske rammene som foretaket er stilt overfor. De viktigste virkemidlene i den økonomiske tilpasningen vil være å redusere antall årsverk og å redusere og effektivisere arealbruken.

Samhandling med andre vil være et virkemiddel i de endringene Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre. Dette kan gjøres både gjennom den oppgaveendringen som kommer som følge av den varslede samhandlingsreformen, ved utviklingen av en samhandlingsarena med Oslo kommune og ved å overføre oppgaver til øvrige helseforetak og private sykehus eller spesialister.

I omstilling er det spesielt viktig med fokus på pasientsikkerhet, kvalitetsarbeid og arbeidsmiljø. Dette vil være prioriterte områder for oppfølging i 2011 sammen med status ventelister og fristbrudd. Helse Sør-Øst RHF har som mål for 2011 at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd.

Oslo universitetssykehus HF er den største forsknings og utdanningsinstitusjonen innenfor spesialisthelsetjenesten og er gitt en rolle som et nav i forskningsarbeidet i Helse Sør-Øst RHF. Foretakets forskningsstrategi har som mål å videreutvikle denne rollen. Foretaket ferdigstiller sin innovasjonsstrategi snart og sin utdanningsstrategi i løpet av 2011. I den omstilling som nå pågår i foretaket er det et mål at kvaliteten i forsknings-, innovasjons- og utdanningsvirksomheten ikke svekkes.

Med vennlig hilsen

Siri Hatlen
Administrerende direktør
Oslo universitetssykehus HF

Vedlegg:

1. Oppdrag og bestilling 2011 for Oslo universitetssykehus HF
2. Administrerende direktørs oppdrag 2011 til klinikken/N2 enhet

KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET

| Oppgave/område | Leveranse | Frist |
|-------------------------------------|--|---------------|
| Rammer og krav | Gjennomføre virksomheten i 2011 innenfor tildelte aktivitetsmål og økonomisk resultatkrav. | Månedlig |
| Tilpasse virksomhet til Dag 4 | Klinikken skal arbeid videre med planer for virksomheten for å tilpasse ressursbruken (årsverk, vare- og tjenestekjøp m.v.) til forventet ressursramme på Dag 4. Gjennomgang av vakt-, turnus- og bemanningsplaner i klinikken for å finne mest effektive praksis. Benytte mest effektive praksis av vakt-, turnus- og bemanningsplaner gjennomgående i klinikken for å sikre gevinstuttak. | Hvert tertial |
| Aktiviteter og ressursbruk | Klinikken skal bidra til å analysere sammenhengen mellom finansiering og ressursbruk for aktivitetene klinikken utfører, herunder identifisere ekstrakostnadene med manglende samlokalisering. Arbeidet utføres i samarbeid med Økonomisk og juridisk stab | Hvert tertial |
| Hva kan OUS overlate til andre | Klinikken skal utarbeide en analyse innenfor hvert fagområde av hvilke oppgaver som må utføres av OUS og hvilke oppgaver som kan ivaretas av andre; hhv de private sykehusene, private spesialister eller andre HF og konsekvenser av eventuelt overføring til andre. | 1. tertial |
| Felles faglige standarder | Klinikken skal arbeide for faglig standardisering og samordning på tvers av fagmiljøene. | Hvert tertial |
| 3-årig utviklingsplan for klinikken | Utarbeide en treårsplan innenfor psykisk helse og avhengighet som konkretiserer alle store endringer som skal gjennomføres, med tilhørende tiltak og gevinster. Det forutsettes at klinikken legger til rette for analyse av drift og sammenligning mot tilsvarende virksomhet for bedre å kunne vurdere mulighetene for driftseffektiviseringer slik at aktivitetsnivået kan opprettholdes til fastsatt nivå innen tildelt ramme (økt produktivitet). | 2. tertial |
| Arenafleksible tilbud | Beskrive en økning i arenafleksible tilbud, og iverksette tilbudene. Gevinster ved omleggingen skal sikres og rapporteres. | Månedlig |
| Samhandling | Klinikken har et særlig ansvar for å bidra til å finne gode, fremtidsrettede og økonomisk bærekraftige løsninger innenfor samhandling med Oslo kommune, og i særdeleshet mot samhandlingsarena Aker. | Tertialvis |
| TSB | Utarbeide en detaljert treårsplan som inneholder en konkret planlegging av alle endringer som skal gjennomføres, og hvordan driften skal effektiviseres. Planen skal konkretiseres mht aktivitets- og bemanningstilpasninger. | 2 tertial |
| Senter for rus | Klinikken må legge opp til en særskilt styring og oppfølging av Senter for rus pga de store endringene som skal gjennomføres med kommende overføring til Ahus samt rusakutt og flyttinger. | Månedlig |

| | | |
|----------------------|---|------------------------------------|
| SPHBU | Gjennomføre omorganisering av SPHBU for å tilpasse driften til det nye aktivitetsnivået, samt sikre god og effektiv samhandling internt og med andre enheter. Klinikken skal realisere og rapportere gevinster. | Fremdrift i hht plan hvert tertial |
| Arealeffektivisering | Klinikken skal utarbeide en oversikt for total arealbruk og planer for effektivisering i en 4 års periode- herunder DPS | 2. tertial |

MEDISINSK KLINIKK

| Oppgave/område | Leveranse | Frist |
|--|--|-------------------------|
| Rammer og krav | Gjennomføre virksomheten i 2011 innenfor tildelte aktivitetsmål og økonomisk resultatkrav. | Månedlig |
| Tilpasse virksomhet til Dag 4 | Klinikken skal arbeid videre med planer for virksomheten for å tilpasse ressursbruken (årsverk, vare- og tjenestekjøp m.v.) til forventet ressursramme på Dag 4. Gjennomgang av vakt-, turnus- og bemanningsplaner i klinikken for å finne mest effektive praksis. Benytte mest effektive praksis av vakt-, turnus- og bemanningsplaner gjennomgående i klinikken for å sikre gevinstuttak. | Hvert tertial |
| Aktiviteter og ressursbruk | Klinikken skal bidra til å analysere sammenhengen mellom finansiering og ressursbruk for aktivitetene klinikken utfører, herunder identifisere ekstrakostnadene med manglende samlokalisering. Arbeidet utføres i samarbeid med Økonomisk og juridisk stab | Hvert tertial |
| Hva kan OUS overlate til andre | Klinikken skal utarbeide en analyse innenfor hvert fagområde av hvilke oppgaver som må utføres av OUS og hvilke oppgaver som kan ivaretas av andre; hhv de private sykehusene, private spesialister eller andre HF og konsekvenser av eventuelt overføring til andre. | 1. tertial |
| Felles faglige standarder | Klinikken skal arbeide for faglig standardisering og samordning på tvers av fagmiljøene. | Hvert tertial |
| Drift Aker | Klinikken har et stort ansvar for å sikre god drift på Aker frem til Dag 4. | Månedlig |
| Overført aktivitet og redusert bemanning | Klinikken skal lage en plan som konkretiserer og viser samsvar mellom aktivitets- og bemanningsreduksjoner innen alle fagområder som overfører aktivitet til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken. | 1 tertial |
| Driftseffektivisering | Innføre LEAN som arbeidsmetode for forbedringer i 2011 for å realisere gevinster innen pasientsløyfer, reduserte liggetider, reduserte ventelister, redusert overtid og bedre arbeidsmiljø. Klinikken skal prioritere områdene med største økonomiske utfordringer/krav til endringer. | Hvert tertial |
| Liggetid | Klinikken bes spesielt fokusere på mulighet for økt gjennomstrømming av pasienter i klinikken, herunder utskrivnings og samhandling med bydelene. | Hvert tertial |
| Arealeffektivisering og samlokalisering | <ul style="list-style-type: none">• Etablere generell indremedisinsk sengepost i 2011 for å kunne realisere gevinster knyttet til reorganisering fra syv til tre sengeposter.• Konkretisere konsekvensene av å samle all aktivitet på Ullevål ved Dag 4 | 1. tertial 3 tertial |
| Slagbehandling | Klinikken skal sammen med Klinik for kirurgi og nevrofag, Akuttklinikken og Klinik for diagnostikk og intervensjon evaluere slagbehandlingen som avtalt. | 1. tertial |

| | | |
|--------------------------------|---|---------------|
| Kardiologi – samarbeid med HLK | Klinikken skal følge opp oppdrag om organisering av kardiologi i OUS i samarbeid med Hjerte, lunge og karklinikken, jf mandat behandlet i ledermøte 18. januar 2011. Klinikken skal følge opp at det etableres nært faglig samarbeid og samordning mellom de to avdelingene som forutsatt. | Hvert tertial |
|--------------------------------|---|---------------|

KLINIKK FOR KIRURGI OG NEUROFAG

| Oppgave/område | Leveranse | Frist |
|--|--|---------------|
| Rammer og krav | Gjennomføre virksomheten i 2011 innenfor tildelte aktivitetsmål og økonomisk resultatkrav. | Månedlig |
| Tilpasse virksomhet til Dag 4 | Klinikken skal arbeid videre med planer for virksomheten for å tilpasse ressursbruken (årsverk, vare- og tjenestekjøp m.v.) til forventet ressursramme på Dag 4. Gjennomgang av vakt-, turnus- og bemanningsplaner i klinikken for å finne mest effektive praksis. Benytte mest effektive praksis av vakt-, turnus- og bemanningsplaner gjennomgående i klinikken for å sikre gevinstuttak. | Hvert tertial |
| Aktiviteter og ressursbruk | Klinikken skal bidra til å analysere sammenhengen mellom finansiering og ressursbruk for aktivitetene klinikken utfører, herunder identifisere ekstrakostnadene med manglende samlokalisering. Arbeidet utføres i samarbeid med Økonomisk og juridisk stab | Hvert tertial |
| Hva kan OUS overlate til andre | Klinikken skal utarbeide en analyse innenfor hvert fagområde av hvilke oppgaver som må utføres av OUS og hvilke oppgaver som kan ivaretas av andre; hhv de private sykehusene, private spesialister eller andre HF og konsekvenser av eventuelt overføring til andre. | 1 tertial |
| Felles faglige standarder | Klinikken skal arbeide for faglig standardisering og samordning på tvers av fagmiljøene. | Hvert tertial |
| Overført aktivitet og redusert bemanning | Klinikken skal lage en gjennomføringsplan som konkretiserer og viser samsvar mellom aktivitetsreduksjon og bemanningsreduksjon innen alle fagområder som overfører aktivitet til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken. | 1. tertial |
| Driftseffektiviseringer | Innføre LEAN som arbeidsmetode for forbedringer i 2011 for å kunne realisere gevinster innen pasientsløyfer, reduserte liggetider, reduserte ventelister, redusert overtid og bedre arbeidsmiljø. Klinikken skal prioritere områdene ortopedi og nevrologi. | Hvert tertial |
| Liggetid | Klinikken skal beskrive mulighet for økt gjennomstrømming av pasienter i avdelingene, herunder utskrivning og samhandling med bydelene. | Hvert tertial |
| Samlokalisering/ arealeffektivisering | Iverksette de samlokaliseringstiltakene i 2011 som er mulig for ortopedi, nevrologi og plastikkirurgi. | 1. mars |
| Hva kan OUS overlate til andre | Klinikken skal utarbeide en analyse innenfor hvert fagområde av hvilke oppgaver som må utføres av OUS og hvilke oppgaver som kan ivaretas av andre; hhv de private sykehusene, private spesialister eller andre HF og konsekvenser av eventuelt overføring til andre. Prioriterte områder er ortopedi, nevrologi og øye. | 1. tertial |
| Fristbrudd og ventetider | Klinikken skal vise hvordan de skal få kontroll over fristbrudd og ventetider. Gjelder spesielt områdene øye, ortopedi, nevrologi og ØNH | 1. mars |

| | | |
|---|---|------------|
| Slagbehandling | Klinikken skal sammen med Medisinsk klinikk, Akuttklinikken og Klinikk for diagnostikk og intervensjon evaluere slagbehandlingen som avtalt. | 1. tertial |
| Øye - overføre behandling til Vestre Viken HF | Overføre behandling innen øye til Vestre Viken HF som vedtatt. | Månedlig |
| Øye – aktivitet innen AMD | Beskrive planer og forutsetninger for oppbygging av aktivitet innenfor AMD som bemanning og investeringsbehov. Klinikken skal også vurdere om denne funksjonen kan settes ut til andre aktører | 1. mars |

KVINNE OG BARNEKLINIKKEN

| Oppgave/område | Leveranse | Frist |
|--|--|--------------------------|
| Rammer og krav | Gjennomføre virksomheten i 2011 innenfor tildelte aktivitetsmål og økonomisk resultatkrav. | Månedlig |
| Tilpasse virksomhet til Dag 4 | Klinikken skal arbeid videre med planer for virksomheten for å tilpasse ressursbruken (årsverk, vare- og tjenestekjøp m.v.) til forventet ressursramme på Dag 4. Gjennomgang av vakt-, turnus- og bemanningsplaner i klinikken for å finne mest effektive praksis. Benytte mest effektive praksis av vakt-, turnus- og bemanningsplaner gjennomgående i klinikken for å sikre gevinstuttak. | Hvert tertial |
| Aktiviteter og ressursbruk | Klinikken skal bidra til å analysere sammenhengen mellom finansiering og ressursbruk for aktivitetene klinikken utfører, herunder identifisere ekstrakostnadene med manglende samlokalisering. Arbeidet utføres i samarbeid med Økonomisk og juridisk stab | Hvert tertial |
| Hva kan OUS overlate til andre | Klinikken skal utarbeide en analyse innenfor hvert fagområde av hvilke oppgaver som må utføres av OUS og hvilke oppgaver som kan ivaretas av andre; hhv de private sykehusene, private spesialister eller andre HF og konsekvenser av eventuelt overføring til andre. | 1 tertial |
| Felles faglige standarder | Klinikken skal arbeide for faglig standardisering og samordning på tvers av fagmiljøene. | Hvert tertial |
| Overføring Ahus/VV | Redusere årsverk i henhold til klinikkens nedbemanningsplan og styringsmål for 2011. | Månedlig |
| Samlokalisering/ arealeffektivisering | <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføre flyttinger/samlokaliseringer når forutsetningene er på plass. • I etterkant av overført aktivitet til Rikshospitalet, vurdere ny driftsmodell for gjenværende barneaktivitet på Ullevål, inkludert mulighet for ytterligere samlokaliseringer. | 3. tertial 1. tertial |

KLINIKK FOR KREFT OG KIRURGI

| Oppgave/område | Leveranse | Frist |
|---|--|---------------|
| Rammer og krav | Gjennomføre virksomheten i 2011 innenfor tildelte aktivitetsmål og økonomisk resultatkrav. | Månedlig |
| Tilpasse virksomhet til Dag 4 | Klinikken skal arbeid videre med planer for virksomheten for å tilpasse ressursbruken (årsverk, vare- og tjenestekjøp m.v.) til forventet ressursramme på Dag 4. Vurdere om dette kan gjøres med ekstern støtte. Gjennomgang av vakt-, turnus- og bemanningsplaner i klinikken for å finne mest effektive praksis. Benytte mest effektive praksis av vakt-, turnus- og bemanningsplaner gjennomgående i klinikken for å sikre gevinstuttak. | Hvert tertial |
| Aktiviteter og ressursbruk | Klinikken skal bidra til å analysere sammenhengen mellom finansiering og ressursbruk for aktivitetene klinikken utfører, herunder identifisere ekstrakostnadene med manglende samlokalisering. Arbeidet utføres i samarbeid med Økonomisk og juridisk stab | Hvert tertial |
| Hva kan OUS overlate til andre | Klinikken skal utarbeide en analyse innenfor hvert fagområde av hvilke oppgaver som må utføres av OUS og hvilke oppgaver som kan ivaretas av andre; hhv de private sykehusene, private spesialister eller andre HF og konsekvenser av eventuelt overføring til andre. | 1 tertial |
| Felles faglige standarder | Klinikken skal arbeide for faglig standardisering og samordning på tvers av fagmiljøene. | Hvert tertial |
| Overført aktivitet og redusert bemanning | Klinikken skal lage en gjennomføringsplan som konkretiserer og viser samsvar mellom aktivitetsreduksjoner og bemanningsreduksjoner innen alle fagområder som overfører aktivitet til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken. | 1 tertial |
| Drift Aker | Klinikken har et stort ansvar for å sikre god drift på Aker frem til Dag 4. | Månedlig |
| Samarbeid med andre | Velge forløp, belyse flaskehals og synliggjøre hva klinikken selv kan gjøre med disse i samarbeid med Klinikk for diagnostikk og intervensjon. | Tertialvis |
| Utvikle behandling fra døgn til dag og poliklinisk behandling | Analyser forventet behov for dagbehandling/poliklinisk konsultasjon i 2011 og 2012, vurder dagens kapasitet opp mot forventet behov. Prosjekter arealbehov i 2011-2012. | 2. tertial |
| Øke sammedagskirurgi | Arbeide for videre økning av sammedagskirurgi. | 2. tertial |
| Fusjon med Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | Slå seg sammen med klinikk for spesialisert medisin og kirurgi ihht mandat for dette arbeidet og som del av dette organisere den gastrokirurgiske aktiviteten i foretaket ihht. ledergruppesak 494/10 og sak 11/11. Konkretisere mål for prosessen | 1. juli |
| Nye resultatkrav | Det vil bli utarbeidet nye resultatkrav til den fusjonerte klinikken. Det forutsettes at klinikken tilpasser seg disse | Etter 1. juli |
| Ny sengepost på | Vise gevinstrealisering ved på ta i bruke ny sengepost på Radiumhospitalet | 3. tertial |

HJERTE, LUNGE OG KARKLINIKKEN

| Oppgave/område | Leveranse | Frist |
|--|--|------------------------|
| Rammer og krav | Gjennomføre virksomheten i 2011 innenfor tildelte aktivitetsmål og økonomisk resultatkrav. | Månedlig |
| Tilpasse virksomhet til Dag 4 | Klinikken skal arbeid videre med planer for virksomheten for å tilpasse ressursbruken (årsverk, vare- og tjenestekjøp m.v.) til forventet ressursramme på Dag 4. Gjennomgang av vakt-, turnus- og bemanningsplaner i klinikken for å finne mest effektive praksis. Benytte mest effektive praksis av vakt-, turnus- og bemanningsplaner gjennomgående i klinikken for å sikre gevinstuttak. | Hvert tertial |
| Aktiviteter og ressursbruk | Klinikken skal bidra til å analysere sammenhengen mellom finansiering og ressursbruk for aktivitetene klinikken utfører, herunder identifisere ekstrakostnadene med manglende samlokalisering. Arbeidet utføres i samarbeid med Økonomisk og juridisk stab | Hvert tertial |
| Hva kan OUS overlate til andre | Klinikken skal utarbeide en analyse innenfor hvert fagområde av hvilke oppgaver som må utføres av OUS og hvilke oppgaver som kan ivaretas av andre; hhv de private sykehusene, private spesialister eller andre HF og konsekvenser av eventuelt overføring til andre. | 1 tertial |
| Felles faglige standarder | Klinikken skal arbeide for faglig standardisering og samordning på tvers av fagmiljøene. | Hvert tertial |
| Endret driftskonsept TKA | Planlegge og gjennomføre endring i driftsmodell på TKA som skal sikre økonomisk bærekraftig drift ved avdelingen i løpet av 2011. | Tertialvis |
| Effektivisere karvirksomheten innen dagens drift | Vurdere muligheter for kortsiktig effektivisering og ressursutnyttelse av karvirksomheten før flytting - herunder sammenligne seg mot andre liknende virksomheter. Spesiell fokus på utnyttelse av operasjonsstuer og oppstart sammen med Akuttklinikken. | 2. tertial Månedlig |
| Planlegge flytting av karvirksomhet | Klinikken skal utarbeide en plan for flytting av Karkirurgi fra Aker til RH. Det skal utredes tre scenarier; A: slik virksomheten er kortsiktig effektivisert B: en ny og tilpasset Kar virksomhet tilpasset medisinsk teknologisk utvikling og vedtak i HSØ C: som B, men i en fullintegrert avdeling med TKA Planene skal vise driftsfordeler og ta høyde for avhengigheter ved RH; herunder areal og poliklinikk. | 2. tertial |
| Kardiologi – samarbeid med Medisinsk klinikk | Klinikken skal følge opp oppdrag om organisering av kardiologi i OUS i samarbeid med Medisinsk klinikk, jf mandat behandlet i ledermøte 18. januar 2011. Klinikken skal følge opp at det etableres nært faglig samarbeid og samordning mellom de to avdelingene som forutsatt. | 1. tertial |

KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI

| Oppgave/område | Leveranse | Frist |
|---|--|----------------------|
| Rammer og krav | Gjennomføre virksomheten i 2011 innenfor tildelte aktivitetsmål og økonomisk resultatkrav. | Månedlig |
| Tilpasse virksomhet til Dag 4 | Klinikken skal arbeid videre med planer for virksomheten for å tilpasse ressursbruken (årsverk, vare- og tjenestekjøp m.v.) til forventet ressursramme på Dag 4. Vurdere om dette kan gjøres med ekstern støtte. Gjennomgang av vakt-, turnus- og bemanningsplaner i klinikken for å finne mest effektive praksis. Benytte mest effektive praksis av vakt-, turnus- og bemanningsplaner gjennomgående i klinikken for å sikre gevinstuttak. | Hvert tertial |
| Aktiviteter og ressursbruk | Klinikken skal bidra til å analysere sammenhengen mellom finansiering og ressursbruk for aktivitetene klinikken utfører, herunder identifisere ekstrakostnadene med manglende samlokalisering. Arbeidet utføres i samarbeid med Økonomisk og juridisk stab | Hvert tertial |
| Hva kan OUS overlate til andre | Klinikken skal utarbeide en analyse innenfor hvert fagområde av hvilke oppgaver som må utføres av OUS og hvilke oppgaver som kan ivaretas av andre; hhv de private sykehusene, private spesialister eller andre HF og konsekvenser av eventuelt overføring til andre. | 1 tertial |
| Felles faglige standarder | Klinikken skal arbeide for faglig standardisering og samordning på tvers av fagmiljøene. | Hvert tertial |
| Finansiering av pålagte oppgaver | Sammen med Økonomisk og juridisk stab bidra til å analysere funksjoner som er pålagt og som ikke vil endre seg, for å finne riktig finansiering. | 2. tertial |
| TX | Klinikken skal redegjøre for konsekvensene av å øke antall stamcelletransplantasjoner og drøfte konsekvensene. Foreslå tiltak (aktivitetsnivå) for å oppnå en økonomisk bærekraftig drift på området. Som del av dette oppdraget må klinikken sammenligne egen drift mot enheter i de andre skandinaviske landene. | 1.tertial 1. mars |
| Sammenslåing med Klinikk for kreft og kirurgi | Slå seg sammen med Klinikk for kreft og kirurgi etter mandat for dette arbeidet og som del av dette samorganisere den gastrokirurgiske aktiviteten i foretaket i henhold til ledergruppesak 494/10 og sak 11/11. Det skal konkretiseres mål for prosessen. | 1. juli |
| Nye resultatkrav | Det vil bli utarbeidet nye resultatkrav til den fusjonerte klinikken. Det forutsettes at klinikken tilpasser seg disse | Etter 1. juli |
| Organisasjon | Vurdere organisatorisk tilhørighet for Hud, Olafia og Behandlingsreiser og legge til rette for en forutsigbar arbeidssituasjon for de ansatte innen disse avdelingene | 2. tertial |

AKUTTKLINIKKEN

| Oppgave | Leveranse | Frist |
|--------------------------------|---|---------------|
| Rammer og krav | Klinikken skal gjennomføre virksomheten i 2011 innenfor tildelte aktivitetsmål og økonomisk resultatkrav. | Månedlig |
| Tilpasse virksomhet til Dag 4 | Klinikken skal arbeid videre med planer for virksomheten for å tilpasse ressursbruken (årsverk, vare- og tjenestekjøp m.v.) til forventet ressursramme på Dag 4. Gjennomgang av vakt-, turnus- og bemanningsplaner i klinikken for å finne mest effektive praksis. Benytte mest effektive praksis av vakt-, turnus- og bemanningsplaner gjennomgående i klinikken for å sikre gevinstuttak. | Hvert tertial |
| Aktiviteter og ressursbruk | Klinikken skal bidra til å analysere sammenhengen mellom finansiering og ressursbruk for aktivitetene klinikken utfører, herunder identifisere ekstrakostnadene med manglende samlokalisering. Arbeidet utføres i samarbeid med Økonomisk og juridisk stab | Hvert tertial |
| Hva kan OUS overlate til andre | Klinikken skal utarbeide en analyse innenfor hvert fagområde av hvilke oppgaver som må utføres av OUS og hvilke oppgaver som kan ivaretas av andre; hhv de private sykehusene, private spesialister eller andre HF og konsekvenser av eventuelt overføring til andre. | 1. tertial |
| Felles faglige standarder | Klinikken skal arbeide for faglig standardisering og samordning på tvers av fagmiljøene. | Hvert tertial |
| Overføring Ahus og VV | Klinikken må utarbeide en plan som konkretiserer aktivitets- og bemanningsreduksjoner klinikkens fagområder i tråd med overføring av opptaksområde til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken. | 1. tertial |
| Drift Aker | Klinikken har et stort ansvar for å sikre god drift på Aker frem til Dag 4 ihht etablerte planer. Klinikken må sammen med karkirurgene effektivisere oppstart kirurgi | Månedlig |
| Slagbehandling | Klinikken skal sammen med Medisinsk klinikk, Klinikk for kirurgi og nevrofag og Klinikk for diagnostikk og intervensjon evaluere slagbehandlingen som avtalt. | 1. tertial |
| Prehospitale tjenester | Utrede og konkretisere muligheter for fremtidig organisering av de prehospitale tjenestene. <ul style="list-style-type: none"> ○ Avklare hva OUS egentlig er finansiert for i samarbeid med økonomi stab ○ Planlegge for drift i ulike alternativer avhengig av mulige fremtidige ansvar og konsekvenser overfor Ahus og VV ○ Sammenligne mot 2 tilstrekkelig sammenlignbare byer for å vurdere ytterligere muligheter for driftseffektivisering | 2. tertial |

| | | |
|-----------------|--|------------|
| Driftskonsepter | <p>Gjennomføre tverrgående prosjekter i tråd med planer og ledergruppens vedtak;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Øyeblikkelig hjelp kirurgi ○ PO/Intensiv ○ Optimale pasientforløp og driftskonsept traume ○ Videreføring av redesign akuttmottak <p>Dette er foretaksovergrepene prosjekter og vil forankres hos administrerende direktør.</p> | 3. tertial |
|-----------------|--|------------|

KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON

| Oppgave/område | Leveranse | Frist |
|--|---|---------------|
| Rammer og krav | Gjennomføre virksomheten i 2011 innenfor tildelte aktivitetsmål og økonomisk resultatkrav. | Månedlig |
| Tilpasse virksomhet til Dag 4 | Klinikken skal arbeid videre med planer for virksomheten for å tilpasse ressursbruken (årsverk, vare- og tjenestekjøp m.v.) til forventet ressursramme på Dag 4. Gjennomgang av vakt-, turnus- og bemanningsplaner i klinikken for å finne mest effektive praksis. Benytte mest effektive praksis av vakt-, turnus- og bemanningsplaner gjennomgående i klinikken for å sikre gevinstuttak. | Hvert tertial |
| Aktiviteter og ressursbruk | Klinikken skal bidra til å analysere sammenhengen mellom finansiering og ressursbruk for aktivitetene klinikken utfører, herunder identifisere ekstrakostnadene med manglende samlokalisering. Arbeidet utføres i samarbeid med Økonomisk og juridisk stab | Hvert tertial |
| Hva kan OUS overlate til andre | Klinikken skal utarbeide en analyse innenfor hvert fagområde av hvilke oppgaver som må utføres av OUS og hvilke oppgaver som kan ivaretas av andre; hhv de private sykehusene, private spesialister eller andre HF og konsekvenser av eventuelt overføring til andre. | 1. tertial |
| Felles faglige standarder | Klinikken skal arbeide for faglig standardisering og samordning på tvers av fagmiljøene. | Hvert tertial |
| Drift Aker | Klinikken har et stort ansvar for å understøtte den kliniske driften på Aker frem til dag 4. | Hvert tertial |
| Overført aktivitet og redusert bemanning | Klinikken skal lage en gjennomføringsplan som konkretiserer og viser samsvar mellom aktivitetsreduksjoner og bemanningsreduksjoner innen alle fagområder som følge av at aktivitet er overført til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken. | 1. tertial |
| Slagbehandling | Klinikken skal sammen med Medisinsk klinikk, Klinikk for kirurgi og nevrofag og Akuttlinikker evaluere slagbehandlingen som avtalt. | 1. tertial |
| Klinikkintern omstrukturering | Samlokaliseringer av den kliniske driften i OUS som påvirker driftssituasjonen for KDI. Klinikken skal utarbeide en plan som konkretiserer kostnads- og bemanningsreduksjon knyttet til planlagte omstruktureringer innen egen virksomhet for å tilpasses en samlokalisert klinisk drift. | 1. tertial |
| Gevinstrealiseringer | Klinikkens skal utarbeide en mal for oppfølging av måloppnåelse ved vedtatte investeringer. Redegjøre for måloppnåelsen av tidligere vedtatte investeringer. | 1. tertial |
| Dialog med største brukere | Klinikken skal sørge for å etablere en møtестruktur med de største brukerne. | 1. tertial |

| | | |
|-------------------------------|--|------------|
| Styring/prioritering | Det vil bli igangsatt et tverrgående prosjekt for å sikre bedre styring og prioritering av spesielt ressurser innen radiologi og patologi. Fordi prosjektet er foretaksovergripende vil det forankres hos administrerende direktør. Klinikken vil få omfattende oppgaver knyttet til prosjektet. | |
| Økonomi ved bruk av tjenester | Etablere forslag til modell for aktiv styring av klinikkens tjenester sammen med økonomistaben | 2. tertial |
| Intern regransking | Klinikken skal fremme sak til ledelsen for å eliminere intern regranskning. | 1. tertial |
| Protokoller | I samarbeid med klinikkene utarbeide standardiserte protokoller for diagnostikk på tvers av foretaket. Som del av dette arbeidet utarbeide protokoller for undersøkelser som kan utføres ved samarbeidende sykehus (områdesykehus og lokalsykehus) for mer effektiv ressursutnyttelse. | 3. tertial |

OSLO SYKEHUSSERVICE

| Oppgave/område | Leveranse | Frist |
|--|---|---------------|
| Rammer og krav | Gjennomføre virksomheten i 2011 innenfor tildelte aktivitetsmål og økonomisk resultatkrav. | Månedlig |
| Tilpasse virksomhet til Dag 4 | OSS skal arbeid videre med planer for virksomheten for å tilpasse ressursbruken (årsverk, vare- og tjenestekjøp m.v.) til forventet ressursramme på Dag 4. Gjennomgang av vakt-, turnus- og bemanningsplaner OSS for å finne mest effektive praksis. Benytte mest effektive praksis av vakt-, turnus- og bemanningsplaner gjennomgående i klinikken for å sikre gevinstuttak. | Hvert tertial |
| Aktiviteter og ressursbruk | OSS skal bidra til å analysere sammenhengen mellom finansiering og ressursbruk for aktivitetene klinikken utfører, herunder identifisere ekstrakostnadene med manglende samlokalisering. Arbeidet utføres i samarbeid med Økonomisk og juridisk stab | Hvert tertial |
| Hva kan OUS overlate til andre | OSS skal utarbeide en analyse innenfor hvert fagområde av hvilke oppgaver som må utføres av OUS og hvilke oppgaver som kan ivaretas av andre; hhv de private sykehusene, private spesialister eller andre HF og konsekvenser av eventuelt overføring til andre. | 1 tertial |
| Felles faglige standarder | OSS skal arbeide for faglig standardisering og samordning på tvers av fagmiljøene. | Hvert tertial |
| Overført aktivitet og redusert bemanning | Klinikken skal lage en gjennomføringsplan som konkretiserer og viser samsvar mellom aktivitetsreduksjoner og bemanningsreduksjoner innen alle fagområder som overfører aktivitet til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken. | 1 tertial |
| Drift Aker | Oslo sykehusservice har et stort ansvar for effektivt å understøtte den kliniske driften på Aker frem til dag 4 samt å sikre løpende effektivisering og utfasing av arealer som ikke lenger er i ordinær bruk. | Månedlig |
| Kostnadskutt og effektiviseringer | Oslo sykehusservice skal utarbeide en konkret gjennomføringsplan for de skisserte omstruktureringene med tilhørende reduserte kostnader | 1. tertial |
| Innflytting i Forskningsveien 2 | Oslo sykehusservice skal gjennomføre samlokaliseringen i Forskningsveien 2 som vedtatt. Gevinster ved samlokaliseringen skal realiseres og rapporteres. | Månedlig |
| Gevinstrealiseringer | OSS skal utarbeide en mal for oppfølging av måloppnåelse ved vedtatte investeringer. Redegjøre for måloppnåelsen av tidligere vedtatte investeringer. | 1. tertial |
| Omorganisering | Oslo sykehusservice skal forberede og gjennomføre mottak av organisasjonsenheter som overføres fra direktørens stab | 1 tertial |
| Etablere et arealregnskap | Oslo sykehusservice skal opprette et arealregnskap som skal gi grunnlag for å: <ul style="list-style-type: none"> ○ følge opp arealbruken i foretaket ○ effektivisere og redusere arealbruken | Månedlig |

Oslo universitetssykehus HF

Styremøte 17. februar 2011

| Oversikt over vedlegg og tabeller til styresak 09/2011 Budsjett 2011 | |
|--|--|
| 1. | Rammefinansiering for Oslo universitetssykehus HF 2011 |
| 2. | Aktivitetsmål fra Oslo universitetssykehus HF 2011 |
| 2.1 | Måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2011 |
| 2.2 | Måltall for somatikk 2011 |
| 3. | Resultatbudsjett for Oslo universitetssykehus HF 2011 |
| 4. | Resultatbudsjett for Oslo universitetssykehus HF 2011 med endringer fra regnskap for 2010 |
| 5. | Aktivitetsmål og utgiftsrammer for Oslo universitetssykehus HF's klinikker mv 2011 |
| 6. | Rammetildeling for Klinikk psykisk helse og avhengighet 2011 |
| 7. | Plan for investeringer i ordinær drift mv 2011 - 2014 |
| 8. | Regionale IKT-investeringer, Oslo universitetssykehus HF 2011 |
| 9. | Kontantstrømbudsjett for Oslo universitetssykehus HF 2011 |
| 10. | Foreløpig oppdragsdokument til klinikkene i Oslo universitetssykehus HF 2011 |

TABELL 1 - Rammefinansiering for Oslo universitetssykehus HF 2011

Beløp i tusen kroner

| Inntektsramme 2011 | Ramme mottatt fra Helse Sør-Øst RHF 04.02.2011 |
|---|--|
| Basisramme foregående år, 2010 | 9 562 768 |
| Endringer: | |
| Nye opptaksområder i hovedstadsområdet | -1 346 338 |
| Behandlingshjelpemidler | -19 320 |
| Omstillingsmidler 2011 | 225 000 |
| Omlegging av gjestepasientordning for Oslo | -79 175 |
| Uttrekk 0,25% til regionale prioriteringer | -9 983 |
| Inntektsmodell somatikk, 55% implementert fra 2011 | -57 719 |
| Inntektsmodell psykisk helsevern, 10% implementert | -6 060 |
| Gjestepasienter psykisk helsevern | -39 775 |
| Gjestepasienter Sunnaas | -7 274 |
| Oppgaver i hht Bestillerdokument 2010, herunder oppstart av rusakutt, URE mv | -13 750 |
| Intensivbehandling DOMAN, overført fra Helse Sør-Øst RHF | 10 000 |
| Godtgjørelse til donorer, overført fra Helse Sør-Øst RHF | 1 500 |
| Desentralisert LAR fra OUS (gamle Øst) | -41 255 |
| Avskrivningstilskudd i basis | 880 393 |
| Basisramme 2010 før statsbudsjettet | 9 059 012 |
| Lønns- og prisvekst 2011 (2,80%) Grunnlag 9.059,012 mill.kr | 253 653 |
| Økte egenandeler somatisk poliklinikk | -5 995 |
| Økning av ramme til aktivitetsvekst | 35 942 |
| Opptrappingsplan TSB, økning | 882 |
| Uttrekk fra basis for å stimulere til økt poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern | -2 548 |
| Økt aktivitet radiologi | 1 647 |
| Tilskudd fengselshesetjenesten Dikemark (fra særskilt tilskudd til basisramme i 2011) | 9 500 |
| Microsoftlisenser, i tjenestepri Sykehuspartner | 20 525 |
| Økt ramme IKST | 600 |
| Regional koordinerende enhet rehabilitering | -3 500 |
| Finansiering av forsyningssenter | -10 747 |
| URE, videreføring av bevilgning fra 2010 | 1 800 |
| Bortfall av fakturering fra Modum Bad | -1 808 |
| Engangsbevilgning 2011 - Oppdrag og bestilling | 14 000 |
| Kompensasjon for bortfall av fylkesandeler lab/radiologi | 154 128 |
| Basisramme til drift og investering 2011 | 9 527 091 |
| Fra post 78, øremerket fra HOD | 230 350 |
| Nye prosjekter 2010, post 78 | 0 |
| Strategiske midler, fra post 72 | 139 778 |
| Sum forskning | 370 128 |
| Nasjonale kompetansesentre for sjeldne diagnoser, post 78 | 65 198 |
| Øvrige nasjonale kompetansesentre, post 78 | 87 706 |
| Sum kompetansesentre | 152 904 |
| Tilskudd til turnustjeneste | 1 538 |
| Kreftregistret | 93 095 |
| Behandlingsreiser til utlandet | 105 651 |
| Dommerassistert narkotikaprogram | 1 862 |
| Prosjekt barn som pårørende ved Nasj.komp.senter for LM. Nytt i OD 2011 fra HOD | 1 000 |
| RTVS, med forbehold | 12 656 |
| Sum særskilte tilskudd | 215 802 |
| Sum faste rammer 2011 til drift og investering | 10 265 925 |
| ISF- døgn, dag, poliklinikk, 194.521 DRG- poeng (Snitt = kr. 14.787 = 40%) | 2 876 382 |
| ISF - Biologiske legemidler, 1.928 DRG- poeng (Snitt = kr. 14,787 = 40%) | 28 510 |
| ISF - Posedialyse | 13 052 |
| Tilleggsrefusjoner / sideutbetalinger | 0 |
| Sum ISF- refusjoner | 2 917 944 |
| Til utbetaling 2011 | 13 183 869 |
| Avskrivningstilskudd til inntekt, post 72 | 0 |
| Til inntektsføring 2011 | 13 183 869 |

TABELL 2.1 - Måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2011

| | Måltall 2010 | Resultat 2010 | Overføring Ahus | Resultat 2010 ekskl. overført opptakso mr. | Måltall 2011 | Aktivitetsvekst fra 2010 | Aktivitetsvekst fra 2010 i % |
|---|--------------|---------------|-----------------|--|--------------|--------------------------|------------------------------|
| Psykisk helsevern | | | | | | | |
| Voksenpsykiatri | | | | | | | |
| Antall liggedøgn døgntbehandling | 122 281 | 119 162 | -23 602 | 95 560 | 97 626 | 2 066 | 2,2 % |
| Ant. utskrevne pasienter døgntbehandling | 3 177 | 3 031 | -650 | 2 381 | 2 375 | -6 | -0,3 % |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 109 819 | 104 538 | -35 413 | 69 125 | 75 407 | 6 282 | 9,1 % |
| Barne - og ungdomspsykiatri | | | | | | | |
| Antall liggedøgn døgntbehandling | 6 442 | 6 951 | -459 | 6 492 | 6 102 | -390 | -6,0 % |
| Antall utskrevne pasienter - døgntbehandling | 127 | 179 | -4 | 175 | 131 | -44 | -25,1 % |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 70 903 | 73 104 | -24 477 | 48 627 | 49 194 | 567 | 1,2 % |
| Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB) | | | | | | | |
| Antall liggedøgn døgntbehandling | 44 982 | 39 538 | -7 355 | 32 183 | 34 433 | 2 250 | 6,5 % |
| Antall utskrevne pasienter - døgntbehandling | 3 247 | 3 017 | -443 | 2 574 | 2 943 | 369 | 12,5 % |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 13 952 | 12 646 | -4 224 | 8 422 | 9 389 | 967 | 10,3 % |

Note:

Måltall for 2011 er fastsatt ut fra estimat 2010 pr. 2. tertial. For enkelte indikatorer blir derfor veksten fra 2010 til 2011 relativt høy som følge av lav aktivitet i siste tertial.

TABELL 2.2 - Måltall for somatikk 2011

| Døgnbehandling | Regnskap 2010 | Budsjett 2011 |
|---|----------------------|----------------------|
| Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling | 118 321 | 105 913 |
| Antall liggedøgn - døgnbehandling | 561 862 | 498 790 |
| Fordeling av antall DRG poeng - tradisjonelle DRG-poeng | | |
| - Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF | 159 752 | 146 997 |
| - Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF | 11 199 | 13 620 |
| - Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner | 268 | 0 |
| - Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale | 0 | 0 |
| Sum DRG poeng innlagte | 171 219 | 160 617 |
| Andel DRG-poeng innlagte i % av totalen | 75,1 % | 76,4 % |
| Dagbehandling | Regnskap 2010 | Budsjett 2011 |
| Antall dagbehandlinger | 82 276 | 75 358 |
| Fordeling av antall DRG poeng - tradisjonelle DRG-poeng | | |
| - Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF | 14 034 | 14 788 |
| - Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF | 1 041 | 1 307 |
| - Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner | 0 | 0 |
| - Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale | 0 | 0 |
| Sum DRG poeng dagpasienter | 15 075 | 16 095 |
| Andel DRG-poeng dagbehandling i % av totalen | 6,6 % | 7,7 % |
| Sum DRG poeng (døgnbeh. og dagbeh.) som gir ISF- ref (egne pasienter) | 174 054 | 161 785 |
| Sum DRG totalt (døgn.beh. og dagbeh.) (fra egen og andre regioner) | 186 294 | 176 712 |
| Poliklinisk virksomhet | Regnskap 2010 | Budsjett 2011 |
| - Ant. inntekstgivende polikliniske konsultasjoner | 823 359 | 731 035 |
| Fordeling av antall DRG poeng - poliklinisk virksomhet | | |
| - Pas bosatt i egen region beh. i eget HF | 40 758 | 32 736 |
| - Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF | 908 | 845 |
| - Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner | 0 | 0 |
| - Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale | 0 | 0 |
| Sum DRG poeng poliklinikk | 41 666 | 33 581 |
| Andel DRG-poeng poliklinikk i % av totalen | 18,3 % | 16,0 % |
| Sum DRG poeng for egne polikl. pasienter (som gir ISF-refusjon) | 40 758 | 32 736 |
| Dyre biologiske legemidler utenfor sykehus | Regnskap 2010 | Budsjett 2011 |
| Fordeling av DRG-poeng knyttet til dyre biologiske legemidler utenfor sykehus | | |
| - Ant. DRG-poeng for pas. bosatt i eget opptaksområde - resept utstedt av eget HF | 2 159 | 1 928 |
| Sum DRG-poeng biologiske legemidler iht. sørge for ansvaret (fra eget opptaksområde) - uavhengig av hvem som har utstedt resept | 2 159 | 1 928 |
| Sum DRG totalt for biologiske legemidler for alle pasienter hvor resept er utstedt fra eget HF (eieransvaret) | 2 159 | 1 928 |
| TOTALT ANT. DRG-POENG | Regnskap 2010 | Budsjett 2011 |
| Totalt ant. DRG-poeng (døgn, dag og polikl.) iht. "Sørge for ansvaret" (pas. fra egen region) | 214 812 | 194 521 |
| Totalt ant DRG poeng (døgn, dag og poliklinikk) (fra egen og andre regioner) | 227 960 | 210 293 |
| Totalt ant. DRG-poeng (døgn, dag, polikl. og dyre biol. legemidler) iht. "Sørge for ansvaret" (pas. fra egen region/opptaksområde) | 216 972 | 196 449 |
| Totalt ant DRG poeng (døgn, dag, poliklinikk for pas. fra egen og andre regioner og biologiske legem.for pas. fra eget opptaksområde) | 230 120 | 212 221 |
| Totalt antall DRG-poeng for aktivitet utført i eget helseforetak (døgn, dag, poliklinikk og biologiske legem. - resept utstedt av eget HF.) | 229 852 | 212 221 |

TABELL 3 - Resultatbudsjett 2011 for Oslo universitetssykehus HF

Beløp i tusen kroner

| Resultatbudsjett | Budsjett 2011 |
|---|----------------------|
| Basisramme | 9 666 869 |
| ISF egne pasienter | 2 392 313 |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet | 497 119 |
| ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus | 28 509 |
| Gjestepasienter | 507 295 |
| Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 1 979 874 |
| Polikliniske inntekter | 392 943 |
| Øremerket tilskudd "Raskere tilbake" | 19 843 |
| Andre øremerkede tilskudd | 1 039 080 |
| Andre driftsinntekter | 578 556 |
| <i>Sum driftsinntekter</i> | 17 102 401 |
| Kjøp av offentlige helsetjenester | 15 466 |
| Kjøp av private helsetjenester | 107 822 |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 2 109 707 |
| Innleid arbeidskraft | 75 443 |
| Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 77 971 |
| Lønn til fast ansatte | 8 127 467 |
| Overtid og ekstrahjelp | 531 451 |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift | 1 802 691 |
| Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft | -419 647 |
| Annen lønn | 1 364 557 |
| Avskrivninger | 905 635 |
| Nedskrivninger | 0 |
| Andre driftskostnader | 2 766 892 |
| <i>Sum driftskostnader</i> | 17 465 454 |
| Driftsresultat | -363 053 |
| Finansinntekter | 28 887 |
| Finanskostnader | 129 733 |
| <i>Finansresultat</i> | -100 846 |
| Ordinært resultat | -463 899 |

TABELL 4 - Resultatbudsjett 2011 for Oslo universitetssykehus HF med endringer fra regnskap 2010

Beløp i tusen kroner

| Resultatbudsjett | Budsjett 2011 | Resultat 2010 (foreløpig) | Δ 2010-2011 - beløp | Δ 2010-2011 i % | Kommentarer |
|---|-------------------|---------------------------|---------------------|-----------------|--|
| Basisramme | 9 666 869 | 9 740 893 | -74 024 | -0,8 % | Basistilskuddet for 2011 inkluderer 225 mnok i omstillingsmidler for 2011. Kompensasjon for lønns- og prisvekst, rammereduksjon 2010 sfa lavere pensjonskostnad og andre tekniske korrigeringer forklarer at reduksjonen i basistilskudd er så vidt lav. (Ref. Tabell 1 "Inntektsramme 2011 fra HSØ") |
| ISF egne pasienter | 2 392 313 | 2 506 033 | -113 720 | -4,5 % | |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet | 497 119 | 586 328 | -89 209 | -15,2 % | |
| ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus | 28 509 | 31 059 | -2 550 | -8,2 % | |
| Gjestepasienter | 507 295 | 432 478 | 74 817 | 17,3 % | |
| Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 1 979 874 | 1 711 628 | 268 246 | 15,7 % | |
| Polikliniske inntekter | 392 943 | 379 923 | 13 020 | 3,4 % | |
| Øremerket tilskudd "Raskere tilbake" | 19 843 | 19 760 | 83 | 0,4 % | |
| Andre øremerkede tilskudd | 1 039 080 | 898 340 | 140 740 | 15,7 % | |
| Andre driftsinntekter | 578 556 | 775 301 | -196 745 | -25,4 % | |
| Sum driftsinntekter | 17 102 401 | 17 081 743 | 20 658 | 0,1 % | Endring som følge av overføring til Ahus |
| Kjøp av offentlige helsetjenester | 15 466 | 28 400 | -12 934 | -45,5 % | |
| Kjøp av private helsetjenester | 107 822 | 132 611 | -24 789 | -18,7 % | Må ses i sammenheng med forventet aktivitetsreduksjon og økningen av andre driftskostnader nedenfor |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 2 109 707 | 2 348 787 | -239 080 | -10,2 % | Høyt nivå i 2010. Forutsatt redusert i 2011 |
| Innleid arbeidskraft | 75 443 | 148 100 | -72 657 | -49,1 % | Innføring av oppgjørsordning innenfor psykisk helsevern |
| Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 77 971 | 63 956 | 14 015 | 21,9 % | Reduksjonen gjenspeiler forventet bemanningsreduksjon ved virksomhetsoverdragelse og annen kapasitetsreduksjon. For overtid og ekstrahjelp, se kommentar for offentlige tilskudd og refusjoner under. |
| Lønn til fast ansatte | 8 127 467 | 8 310 301 | -182 835 | -2,2 % | Ikke sammenlignbart pga av pensjonsreformen i 2010 |
| Overtid og ekstrahjelp | 531 451 | 1 004 994 | -473 543 | -47,1 % | Klinikkenes estimater. Er trolig forsiktig anslått. Variable lønnskostnader (overtid og ekstrahjelp) er tilsvarende forsiktig budsjettert. |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift | 1 802 691 | 154 524 | 1 648 167 | 1066,6 % | Hovedsakelig arbeidsgiveravgift. Jfr omtale av lønn ovenfor |
| Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft | -419 647 | -561 392 | 141 745 | -25,2 % | Beregnet ut fra balanseførte verdier og plan for nyanskaffelser / investeringer i 2011 |
| Annen lønn | 1 364 557 | 1 431 027 | -66 471 | -4,6 % | Ikke budsjettert med nedskrivninger i 2011 |
| Avskrivninger | 905 635 | 892 219 | 13 416 | 1,5 % | Økningen skyldes bl.a endret kontobruk, og må derfor ses i sammenheng med endringer for varekostnader. Økt budsjett i 2011 blant annet til IKT og Programkontor (omstillingsorganisasjon). Ulik håndtering av AS'ene i budsjett og regnskap påvirker fordelingen mellom andre driftskostnader og finansinntekter |
| Nedskrivninger | 0 | 184 800 | -184 800 | -100,0 % | |
| Andre driftskostnader | 2 766 892 | 2 316 455 | 450 437 | 19,4 % | |
| Sum driftskostnader | 17 465 454 | 16 454 781 | 1 010 673 | 6,1 % | |
| Driftsresultat | -363 053 | 626 961 | -990 014 | -157,9 % | |
| Finansinntekter | 28 887 | 3 668 | 25 219 | 687,5 % | Ulik håndtering av AS'ene i budsjett og regnskap påvirker fordelingen mellom andre driftskostnader og finansinntekter |
| Finanskostnader | 129 733 | 96 315 | 33 418 | 34,7 % | |
| Finansresultat | -100 846 | -92 647 | -8 199 | 8,9 % | |
| Ordinært resultat | -463 899 | 534 315 | -998 214 | -186,8 % | |

TABELL 5 - Aktivitetsmål og utgiftsrammer for Oslo universitetssykehus HF's klinikker mv 2011

Beløp i tusen kroner

| Klinikk 1) | | Eksterne inntekter | | Utgiftsramme | | Styringsmål 8) | DRG-poeng 3) | |
|------------|---|----------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|------------------|
| | | 2 010 Budsjett 2) | 2011 Budsjett | 2010 Budsjett 2) | 2011 Budsjett | 2011 Styringsmål | 2010 Budsjett | 2011 Budsjett |
| A | Klinikk psykisk helse og avhengighet 7) | 187 590 | 334 198 | 1 686 182 | 1 370 992 | 0 | 0 | 0 |
| A | Klinikk psykisk helse og avhengighet, Rus 7) 9) | 412 | 2 390 | 361 804 | 326 874 | 0 | 0 | 0 |
| B | Medisinsk klinikk | 111 126 | 96 318 | 1 062 999 | 885 865 | -100 000 | 27 978 | 19 962 |
| C | Klinikk for kirurgi og nevrofag | 293 493 | 293 317 | 1 614 089 | 1 598 558 | -75 000 | 55 008 | 52 567 |
| D | Kvinne- og barneklubben | 165 656 | 163 227 | 1 309 759 | 1 268 047 | -25 000 | 37 910 | 36 620 |
| E | Klinikk for kreft og kirurgi | 230 269 | 227 823 | 1 317 231 | 1 279 558 | -25 000 | 45 170 | 43 795 |
| F | Hjerte-, lunge- og karklubben | 53 673 | 54 144 | 892 328 | 871 210 | 0 | 31 054 | 30 440 |
| G | Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | 171 979 | 178 338 | 705 786 | 710 278 | 0 | 20 052 | 19 940 |
| H | Akuttklubben 7) | 14 084 | 12 821 | 1 323 418 | 1 215 216 | -25 000 | 10 868 | 7 803 |
| H | Akuttklubben, Prehospital 7) | 38 034 | 20 863 | 562 117 | 606 397 | -35 000 | 0 | 0 |
| I | Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 670 639 | 544 912 | 1 803 436 | 1 751 552 | -25 000 | 896 | 76 |
| J | Oslo sykehusservice | 174 754 | 178 612 | 1 786 258 | 1 723 527 | -100 000 | 0 | 0 |
| | Stab 6) | 44 202 | 45 517 | 456 686 | 338 116 | 0 | 0 | 0 |
| | Programkontor 6) | 0 | 0 | 28 003 | 160 619 | 0 | 0 | 0 |
| | IKT 6) | 2 100 | 2 100 | 605 244 | 732 293 | 0 | 0 | 0 |
| | Kreftregisteret | 119 388 | 126 141 | 119 388 | 126 141 | 0 | 0 | 0 |
| | Fellesposter u/finans og avskrivninger 4) 5) 6) | 15 561 671 | 14 821 680 | 1 205 170 | 1 594 671 | 0 | 3 843 | 1 018 |
| | Sum Klinikker mv | 17 839 070 | 17 102 401 | 16 839 898 | 16 559 914 | | 232 779 | 212 221 |

Noter:

- Budsjettene er basert på eksisterende organisasjonsstruktur. Endringer i denne vil medføre endringer i klinikkens budsjetter.
- For budsjett 2010-kolonene gjelder at eksterne inntekter er uten DRG-inntekter på klinikk og at utgiftsrammen på klinikk er uten lønnsoppgjør 2010. Dette er gjort av sammenligningshensyn.
- Antall DRG-poeng og den klinikkvise fordelingen av DRG-poeng vil kunne bli endret som følge av endringer i registreringspraksis, intern fordeling, nye DRG-vektorer, nye grupper mv.
- Inntektene på Fellesposter er i hovedsak Basisramme og DRG-inntekter.
- Utgiftene på Fellesposter er i hovedsak avsetning til lønnsoppgjør, pensjon (mye av pensjonskost.ligger i klinikkrammene), overlegepermisjoner, biologiske legemidler, gjestepasienter og en risikoavsetning
- Fordelingen av budsjett mellom Stab, Programkontor, IKT og Fellesposter er ikke slutført og det kan derfor bli endringer mellom disse.
- Klinikk A og klinikk H er begge splittet i 2 budsjetter. Fordelingene er imidlertid ikke endelig fastlagt.
- Styringsmålet er teknisk tilført klinikkene som en midlertidig økning av utgiftsrammen for 2011.
- Endringen i budsjettet utgiftsramme knyttet til Rus skyldes desentralisering av LAR (ref. Tabell 1) samt overføring av virksomhet til Ahus

TABELL 6 - Rammetildeling for Klinikk psykisk helse og avhengighet 2011

Beløp i tusen kroner

| Utgiftsrammer 2010 | | 2 047 986 |
|---|--|---|
| Overføring av opptaksområder | Uttrekk av basisramme psykiatri som følge av endret opptaksområde. Tilsvarende trekk i ramme fra HSØ RHF. | -489 251 |
| | Herav omfordeling av rammetrekk psykiatri til felles servicetjenester | 51 012 |
| | Herav redusert inntektskrav som følge av reduserte eksterne inntekter som genereres av aktivitet som blir overført | -29 012 |
| Interne prioriteringer | Intern prioritering for finansiering av rammekutt Rusakutten | 10 000 |
| | Intern prioritering for finansiering av LAR | 4 000 |
| | | 0 |
| | Beregnet gevinst ved samlokalisering (klinikken beholder effekt av egen effektivisering 14,3 mill) | 0 |
| Omlagging av gjeste-pasient inntekter (HSØ) | Klinikk A, andel av flatt rammekutt | 0 |
| | Omlaggingen av gjestepasient inntektene gir et uttrekk av basisrammen psykiatri (-39,775 mill kr) | -39 775 |
| | - men genererer økte gjestepasientinntekter på (-71,425 mill kr) som gir en balansert økning i kostnadsrammen | 71 425 |
| Direkte tildelinger (HSØ) | Balanserte endringer øremerkede tildelinger HSØ | 0 |
| | Rammetilskudd RTVS | 266 |
| | Uttrekk engangsbevilgning HSØ RHF Rusakutten | -10 000 |
| | Dommerassistent narkotikaprogrammet | 12 |
| | Tilskudd til turnustjenesten | 16 |
| | Uttrekk av tilskudd fengselshesetjenesten Dikemark | -9 200 |
| | Tilskudd fengselshesetjenesten Dikemark | 9 500 |
| | Uttrekk av desentralisert LAR fra OUS (gamle Øst) | -62 980 |
| | Desentralisert LAR fra OUS (gamle Øst) | 21 725 |
| | Tilføring 22 mill tilbakeføring for pasienter fra Follo og Alna for Ahus | 22 000 |
| | Opptappingsplan TSB, økning | 882 |
| | Aktivitetsvekst Psykisk helsevern | 6 619 |
| | Aktivitetsvekst TSB | 2 244 |
| | Økt ramme IKST | 600 |
| | Bortfall av fakturering fra Modum Bad | -1 808 |
| | Overføring Øremerkede inntekter HSØ | 1 316 |
| | Aktivitetsvekst eksterne inntekter | St.pr. nr 1(2010-2011) forutsetter en aktivitetsvekst innen psykiatri, dette gir økte utgiftsrammer for å generere aktiviteten. |
| Korreksjon av forventet inntektskrav | Forventer lavere inntekter for høyere aktivitet | -3 000 |
| Permanente avtaler | Permanente avtaler med Ahus og VV genererer inntekter som igjen krever økte utgiftsrammer. 88,709 mill.kr - VOP for Ahus 8,577 mill.kr - BUP for Ahus 12,000 mill.kr - BUP for Vestre Viken | 109 286 |
| Lønns og prisstigning | Kompensasjon prisstigning drift, lønnsstigningen tildeles senere. | 3 794 |
| Budsjett 2011 | | 1 697 866 |

| Eksterne inntekter 2010 | | 188 001 |
|---|--|----------------|
| Overføring av opptaksområder | Redusert inntektskrav som følge av overføring Ahus og VV | -29 012 |
| | Permanente avtaler Ahus og vestre Viken | 109 286 |
| Prisjustering og aktivitetsvekst | Prisjustering (kurdøgn, pol. kons. og andre inntekter 2,8%) | 2 649 |
| | Aktivitetsvekst som finansieres med eksterne inntekter. | 2 209 |
| | Økte egenandelsinntekter | 2 548 |
| Balanserte endringer | Balanserte endringer knyttet til øremerkede inntekter | -1 634 |
| | Omlagging av gjestepasientinntektene | 71 425 |
| Tildelinger fra HSØ | RTVS Dommerassistert Narkotikaprogram, Tildeling til fengselstjenesten flyttes til basistildeling. | -8 884 |
| Budsjett eksterne inntekter 2011 | | 336 588 |

| | |
|------------------------|------------------|
| Basisramme 2010 | 1 870 139 |
| Basisramme 2011 | 1 361 278 |

| | |
|--|------------------|
| Sum basisramme og eksterne inntekter 2010 | 2 058 140 |
| Sum basisramme og eksterne inntekter 2011 | 1 697 866 |

Note: Som det fremgår av Tabell 5 blir Klinikk A's budsjett delt i to ved at Rus skiller ut og synliggjøres på egen linje

TABELL 7 - Plan for investeringer i ordinær drift mv 2011

Beløp i millioner kroner

| Type | Beskrivelse | Estimert overheng fra 2010 (vedtatt og har finansiering fra 2010 - kommer til utbetaling i 2011) | Investeringsplan for 2011 (styresak 154/2010)* | Til utbetaling i 2011 av 2011-plan | Til utbetaling i 2012 av 2011-plan |
|---|--|--|--|------------------------------------|------------------------------------|
| IKT | IKT 2011 - egenandel regionale prosjekter | | 40,0 | 37,5 | 2,5 |
| | IKT 2011 - utvikling OUS | | 30,0 | 30,0 | 0,0 |
| | IKT restbehov 2010 | | 8,0 | 8,0 | 0,0 |
| MTU | Overheng fra 2010 (vedtatt 2010 og har finansiering) | 77,6 | | | |
| | Sammenbrudd MTU | | 75,0 | 35,0 | 40,0 |
| | Flåteutskifting anestesi | | 15,0 | 15,0 | 0,0 |
| | Andre flåteutskiftinger prioritert av MTV | | 15,0 | 10,0 | 5,0 |
| | LINAC (stråle) | | 30,0 | 0,0 | 30,0 |
| | Utskifting før sammenbrudd | | 70,0 | 35,0 | 35,0 |
| | Effektiviseringstiltak/businesscase | | 30,0 | 10,0 | 20,0 |
| | Behandlingshjelpemidler | | 13,0 | 13,0 | 0,0 |
| BYGG | Overheng fra 2010 (vedtatt 2010 og har finansiering) | 9,6 | | | |
| | Uforutsette hendelser på bygg | | 20,0 | 20,0 | 0,0 |
| | Egenfinansiering regjeringens tiltakspakke (av 14,4mnok) | | 5,0 | 5,0 | 0,0 |
| | Myndighetskrav bygg | | 31,0 | 17,0 | 14,0 |
| | Søsterhjemmet lovkrav | | 21,0 | 8,0 | 13,0 |
| | Bygg 6 UUS Midtblokk (kontrakt inngått) | | 23,5 | 20,0 | 3,5 |
| ANNET | Overheng fra 2010 (vedtatt 2010 og har finansiering)* | 44,5 | | | |
| | Sammenbrudd øvrig utstyr (8 mill kroner i restmidler fra 2010) | | 12,0 | 12,0 | 0,0 |
| | Vaskemaskin komparativ medisin | | 9,0 | 9,0 | 0,0 |
| | Ambulanser | | 22,5 | 17,5 | 5,0 |
| | Tekstilvaskeri Ullevål | | 8,0 | 8,0 | 0,0 |
| | Kjøkkenet Rikshospitalet | | 21,6 | 10,6 | 11,0 |
| | Vann og avløp Dikemark 2010 | | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Udefinert | | | | -15,6 | 15,6 |
| SUM ordinær drift | | 131,7 | 499,6 | 305,0 | 194,6 |
| Investeringsbehov (øremerket finansiering) - Nyfødtscreening (anslag) | | | 0,0 | 8,0 | 8,0 |
| SUM drift total | | 131,7 | 499,6 | 313,0 | 202,6 |

* Korrigerert med 9 mill kroner fra styresak 154/2010

TABELL 8 - Regionale IKT Investeringer, Oslo universitetssykehus HF 2011

Beløp i millioner kroner

| Prosjekt | Investerings-søknad | Regional innstilling | Forutsatt likviditetsbidrag |
|--|---------------------|----------------------|-----------------------------|
| Felles klinisk informasjons-grunnlag i OUS | 142,0 | 84,0 | 35,5 |
| IKT-Basis for konsolidering i OUS* | 36,5 | 0,0 | 0,0 |
| Felles laboratoriedatainformasjonssystem OUS** | 4,0 | 0,0 | 0,0 |
| Elektronisk fødejournal med abortmodul og program for fostermedisin ** | 12,0 | 0,0 | 0,0 |
| Utskiftning av datasystemer for ståleterapi | 17,5 | 17,5 | 0,0 |
| Felles RIS/PACS OUS*** | 11,3 | 8,5 | 2,9 |
| eBiobank**** | 11,0 | 0,0 | 0,0 |
| MinJournal - samhandling 2011**** | 4,0 | 0,0 | 0,0 |
| Totalt | 238,3 | 110,0 | 38,4 |

* SIKT forutsetter at dette blir håndtert innenfor rammen av det som tildeles Sykehuspartner

** SIKT innstiller på oppstart sent i 2011, og investeringer knyttet til OUS først i 2012

*** Sannsynlig utsettelse til 2012

****Helse Sør-Øst RHF foreslår å sette av midler til forsknings- og innovasjonsprosjekter. Totalt foreslått beløp 2011 er 3,0

Note:

Innstilling til SIKT 2. februar 2011 etter behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF, sak 88-2010

TABELL 9 - Kontantstrømbudsjett for Oslo universitetssykehus HF 2011

Beløp i tusen kroner

| Forenklet fremstilling av kontantstrømbudsjettet for 2011 | | Beløp |
|---|--|-------------------|
| Inngående likviditetsbeholdning | | -2 671 425 |
| Årsresultat | | -463 899 |
| Oppgjør overfor foretak i foretaksgruppen for tidligere års hendelser | | 50 176 |
| Oppgjør overfor andre for tidligere års hendelser | | -143 601 |
| Investeringsutbetalinger finansiert med tidligere års likviditet | | -173 221 |
| Investering i pensjonskasser (egenkapitalinnskudd) | | -13 029 |
| Oppgjør av lån knyttet til flytting fra Akersbakken | | -50 000 |
| Andre periodiseringer | | 67 001 |
| Utgående likviditetsbeholdning | | -3 397 999 |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. februar 2011

Saksbehandler: Styresekretær

SAK 10/2011 – TEMASAK

Det vil i styremøtet bli gitt en presentasjon fra Senter for fremragende forskning – SFF - ved:

- Ludvig Sollid, leder Centre for Immune Regulation (CIR)
- Harald Stenmark, leder Centre for Cancer Biomedicine (CCB)

Forslag til vedtak:

Styret tar presentasjon fra Senter for fremragende forskning, SFF, til orientering.

Oslo, den 9. februar 2011

Siri Hatlen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 17. februar 2011

Saksbehandler: Direktør forskning, innovasjon og utdanning

Vedlegg: Innovasjonsstrategi 2011-2015,
Oslo universitetssykehus HF

SAK 11/2011

**ORIENTERINGSSAK:
INNOVASJONSSTRATEGI 2011-2015
FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Forslag til vedtak:

Styret tar til orientering Innovasjonsstrategi 2011-2015 for Oslo universitetssykehus HF

Oslo, den 9. februar 2011

Siri Hatlen

1. Sammendrag

I saken legges fram "Innovasjonsstrategi 2011-2015, Oslo universitetssykehus HF". En bred sammensatt redaksjonskomité, med deltagelse fra klinikker, Stab forskning, innovasjon og utdanning, innovasjonsselskapet Inven2 samt Universitetet i Oslo har forestått både utarbeidelse av utkast og vurdering av høringsinnspill. Strategien har bred tilslutning blant høringsinstansene; klinikker og stabsenheter, Forskningsutvalget, Forskningslederforum (forskningslederne i klinikkene), Det medisinske fakultet, Brukerutvalget, tillitsvalgte og vernetjenesten. Strategien vil bli nærmere presentert i styremøtet.

2. Tidligere vedtak i saken

I vedtatt forskningsstrategi (sak 143/2010), styremøte 24.11.2010, fremgår at det skal utarbeides en egen innovasjonsstrategi for Oslo universitetssykehus HF. Vedlagte innovasjonsstrategi er ikke tidligere behandlet av styret.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør vurderer innholdet i Innovasjonsstrategi som gjennomarbeidet og godt forankret. Visjon, prinsipper og strategiske mål vurderes å være i tråd med føringer fra Helse Sør-Øst RHF gjennom oppdragsdokument, samt nasjonal og regional handlingsplan for innovasjon. Strategien vil bli fulgt opp internt gjennom konkrete, rullerende handlingsplaner.



Innovasjonsstrategi 2011 – 2015

Oslo universitetssykehus HF

Innledning

I likhet med andre vestlige land står Norge overfor store helseutfordringer. Vi eldes og utvikler sykdommer som følge av vår livsstil. Helseutgiftene stiger, nye utrednings- og behandlingsformer tas stadig i bruk, og informasjonsteknologi utfordrer dialogen så vel innad i sykehus som med pasienter, helsetjeneste og samarbeidende industri. Regjeringen maner til nytenkning gjennom innovasjonsmeldingen "Et nyskapende og bærekraftig Norge" og samhandlingsreformen. Det er liten tradisjon for å formidle og dele gode kliniske løsninger eller å synliggjøre den samfunnsmessige betydningen av all god forskning som pågår. Norges forskningsråd har også påpekt at det er et urealisert potensial i Norge for økt innovasjon fra medisinsk og helsefaglig forskning sammenlignet med andre land. Landets største sykehus, Oslo universitetssykehus, som er førende innen medisinsk forskning og utvikling i Norge, vil også ta et overordnet ansvar for innovasjon.

Oslo universitetssykehus har med sin store forskningsproduksjon og tunge fagmiljøer de beste forutsetninger for å ta et slikt ansvar. Sykehuset har allerede lang og bred erfaring i utvikling av ideer med et kommersielt potensial. Denne aktiviteten skal fortsette og videreutvikles. Helsedirektoratet definerer innovasjon som "En ny eller forbedret vare, tjeneste, produksjonsprosess, eller organisasjonsform som er tatt i bruk i helsesektoren." For å oppfylle denne definisjonen av innovasjon skal sykehuset også fokusere på utvikling av ideer knyttet til tjenester og prosesser. Implementering av denne type innovasjon skal gi bedre pasientbehandling, og helsetjenester som gir optimal ressursutnyttelse.

Sykehusets satsing på innovasjon skal imøtekomme helsetjenestens kontinuerlige behov for økt kvalitet og produktivitet innenfor akseptable økonomiske rammer. Utvikling og forankring av god innovasjonskultur og rutiner er viktige forutsetninger for verdiskaping. Det vil øke idétilfanget og gjøre det lettere å prioritere innovasjoner som gir størst samlet verdi for pasient, sykehus og samfunn.

1. Visjon

Oslo universitetssykehus skal bli et av Europas ledende sykehus innenfor helseinnovasjon. Sykehuset skal bli anerkjent for en åpen innovasjonskultur og som et utviklingslaboratorium for norsk helsevesen. Sykehuset skal fremstå som en attraktiv arbeidsplass hvor ansatte bidrar til å utvikle, validere og ta i bruk de beste behandlingsprinsipper for dagens og fremtidens pasienter.

2. Prinsipper

Innovasjon ved Oslo universitetssykehus etableres etter følgende prinsipper:

- a. Innovasjon skal omfatte ideer med utspring fra forskning, klinisk virksomhet, organisering, og drift av sykehuset
- b. Innovasjonsarbeidet skal bygge videre på forsknings- og utviklingsmiljøene
- c. Innovasjonsarbeidet skal baseres på gode avtaler og klare retningslinjer for de ansattes medvirkning, og slik legge til rette for åpenhet og god innovasjonsetikk
- d. Verdier skapt gjennom innovasjon skal bidra i videre finansiering av forskning, utvikling og innovasjon

- e. Utvikling av god innovasjonskultur er topplederforankret og ledere og enheter i sykehuset skal måles på innovasjon
- f. Sykehuset skal legge til rette for samarbeid med næringslivet i utviklingen av nye produkter og for et tett samarbeid med Inven2 som kommersialiseringspartner
- g. Bruk av åpen innovasjon¹ skal styrke samhandling med førstelinjetjeneste, andre sykehus og offentlige etater nasjonalt og internasjonalt

3. Innovasjonsaktører

For å kunne tilrettelegge for og gjennomføre innovasjoner, har sykehuset flere aktører med ulike ansvarsområder. I rollene vil det være gråsoner og delt ansvar. Tett samarbeid om innovasjonsarbeidet er nødvendig.

Innovasjonsseksjonen

Innovasjonsseksjonen skal være katalysator og fasilitator for innovasjonsaktiviteten, både internt ved sykehuset og i forhold til eksterne institusjoner, samarbeidspartnere og næringsliv, nasjonalt og internasjonalt. Innovasjonsseksjonen skal lede arbeidet med å utvikle innovasjonskultur og innføre innovasjonsverktøy og prosedyrer som fremmer innovasjon generelt og prosess- og tjenesteinnovasjon spesielt.

Annen innovasjonstøtte i sykehuset

Sykehuset har etablerte miljøer som gir bistand til utvikling og utprøving. Sykehuset har et eget system for intern godkjenning av nytt medisinsk teknisk utstyr. *Intervensjonscenteret* kan bistå med utvikling av behandlingsmetoder innen bildeveiledet og minimalt invasiv behandling og utprøving av produktideer som skal kommersialiseres. *Klinisk forskningspost* kan bistå med tidligfase studier og *Utprøvingssenheten* kan hjelpe til med fase 1 og fase 2 studier. I tillegg til de ovenfor nevnte serviceenheter har sykehuset flere forskningsmiljøer som potensielle bidragsyttere i innovasjonsutviklingen.

Inven2

Selskapet er felles aktør for Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo (UiO) i arbeidet for å kommersialisere alle arbeids- og forskningsresultater med næringsmessig potensial. Selskapet er prosjektorientert og operativt involvert i innovasjonsprosjektene. Dette inkluderer utvikling av kommersialiseringsstrategi, rettighetshåndtering, verifisering og inngåelse av avtaler med næringsliv og innhenting av kapital. Inven2 har også ansvaret for kontraktsadministrasjon og økonomisk oppfølging av kliniske studier ved Oslo universitetssykehus.

¹ Begrepet «åpen innovasjon» har sin opprinnelse i amerikaneren Henry Chesbroughs studier av amerikanske storbedrifters innovasjonsstrategier og den vekt disse nå legger på bruk av ekstern kunnskap og ekstern kommersialisering. Perspektivet i disse studiene er bedriftsorientert og er et supplement til systemorientert innovasjonsforskning. Begrepet brukes til å studere hvordan bedrifter utvikler strategier for kontakt med eksterne aktører gjennom samarbeid, innhenting av informasjon og ideer og ved kjøp av FoU og teknologi innbakt i underleveranser av produkter eller patenter. Det belyser også hvordan disse kan kommersialisere egen teknologi ved å selge patenter, etablere nye bedrifter, lisensiere ut teknologi og løsninger. Bedrifter veves på denne måten inn i nettverk hvor de henter ideer, samarbeider og kjøper tjenester fra et stadig bredere spekter av eksterne aktører. Disse kontaktflatene bygger opp under egen kunnskapsutvikling og innovasjon og resulterer i at næringslivsaktørene utvikler spesialisert, tverrfaglig kunnskap.

4. *Strategisk hovedmål*

Innovasjon skal være en integrert og tydelig del av sykehusets virksomhet, skape verdi gjennom bedre pasientbehandling og nye behandlingsrutiner og slik bidra til optimal ressursbruk og økonomisk gevinst.

a. Implementere innovasjonskultur

Gjennom økt oppmerksomhet og kunnskap om innovasjon skal det skapes innovasjonskultur innenfor de kliniske, forsknings- og administrative miljøene i sykehuset, slik at idétilfanget øker. God kultur skal gjøre det lettere å identifisere innovasjonsmuligheter i ovennevnte miljøer, øke antallet ideer og bidra til implementering av prosesser og tjenester som gir gode løsninger for pasienter, ansatte og sykehuset. Innovasjonsarbeidet, basert på god innovasjonsetikk, skal foregå som en integrert del av virksomheten i, eller på tvers av klinikkene.

b. Dokumentere gevinster og måle innovasjonsaktiviteten

Som et ledd i innovasjonsforløpet skal sykehuset bidra til å utvikle et rammeverktøy for beslutningsstøtte for sykehusets prosess- og tjenesteinnovasjoner basert på innovasjonsindikatorer og helseøkonomiske parametere. Det skal utvikles parametere for innovasjon og nytenkning som ledere i Oslo universitetssykehus skal måles på.

c. Oppfinnelser – validering og immaterielle rettigheter (IPR)

For å øke antall kommersialiserbare oppfinnelser skal det legges til rette for validering av funn innen forsknings- og kliniske miljøer med tanke på fremtidig kommersiell utnyttelse. Dette spenner fra verifiseringsarbeid knyttet til basalforskningsresultater, preklinisk validering og oppdragsbasert klinisk utprøving. En god infrastruktur vil gjøre det mulig å hente ut synergier innenfor metode- og produktutvikling, kvalitetsforbedring og fagutvikling. Rettigheter (IPR) skal sikres gjennom samarbeid med Inven2.

d. Samhandling med førstelinjetjeneste

Sykehuset skal bidra til samhandlingsprosjekter mellom sykehus og førstelinjetjenesten. Gjennom bruk av innovasjonsverktøy og -kultur skal det identifiseres "flaskehals" og utvikles produkt-, prosess og tjenesteinnovasjoner basert på pasientens behov. Dette for å møte endringene i sykdomsbildet, den aldrende befolkning og voksende helseutgifter.

e. Nasjonalt og internasjonalt samarbeid

Sykehuset skal ha et nært samarbeid med Inven2, Universitetet i Oslo og andre akademiske miljøer gjennom de respektive forskningsmiljøene. Når Oslo universitetssykehus deltar i nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid, kan Inven2 bidra i produktpatentering og utvikling. Videre skal Oslo universitetssykehus samarbeide med pasientorganisasjoner, forskningspartnere, sykehus, helseinstitusjoner og industri for å identifisere kritiske suksessfaktorer for helseinnovasjon og dele prosess- og tjenesteinnovasjoner med dokumentert nytteverdi.

f. Innovasjonsnav i Helse Sør-Øst

Sykehuset har med sin ledende rolle i innovasjonsarbeidet i helseregionen et ansvar for informasjons- og kunnskapsdeling som skal gi regionens helseforetak økt idétilfang.

g. Etablering av rutiner og prosesser

Sykehuset skal bidra til gode avtalemessige forhold med ansatte. Dette inkluderer rettighetshåndtering, klare retningslinjer for habilitet og eierskap i bedrifter, og insentiver som stimulerer til innovasjon og en optimal innovasjonsprosess.

Målet skal være å dekke behovene både til de veletablerte, kompetente innovasjonsmiljøene og til enhver nytenkende ansatt som trenger støtte.

Sykehuset skal utvikle et webbasert innovasjonsverktøy for innhenting og prosessering av ideer, og med dette bidra til informasjons- og kunnskapsdeling i sykehuset. Verktøyet skal knytte samarbeidspartnere sammen internt, og legge til rette for samarbeid med andre sykehus, primærhelsetjenesten, forskningsinstitutter, industri og finansmiljøer. Verktøyet skal også fasilitere en overføring av innovasjonsprosjekter til Inven2.

h. Ressurser

Sykehuset skal sette av tilstrekkelige ressurser til å etablere, vedlikeholde og videreutvikle nødvendig infrastruktur for innovasjon. Videre skal det legges til rette for insentiver for innovasjon og ressurser til innovasjonsgjennomføring. Sykehuset skal ha miljøer som kan gi bistand til utvikling og utprøving innen forskjellige fagfelt. Disse miljøene må evalueres regelmessig og tilpasses skiftende behov.

i. Innovasjonsutvalg

Det skal etableres et internt innovasjonsutvalg ved Oslo universitetssykehus som kan rådgi vedrørende innovasjons-/IPR-politikk og rettigheter. Utvalget skal videre gi råd om prioritering, insentiver for innovasjonsgjennomføring og bidra i implementering av innovasjon som kan gi driftsgevinster til sykehuset.

j. Ekstern rådgivning

Sykehuset skal etablere et bredt sammensatt rådgivende utvalg med eksterne representanter, og slik få tilgang til supplerende kompetanse og nettverkskontakter fra næringsliv og finansmiljøer.

k. Formalisert samarbeid med næringslivet

Sykehuset skal bidra i etablering og utvikling av næringsklynger som kan gi næringsgrunnlag for norske bedrifter som leverandører til helsesektoren. Sykehuset har medvirket til etablering av flere samarbeidsstrukturer med næringslivet, hvor Oslo Medtech (medisinsk teknisk næring) og Oslo Cancer Cluster (Centre of Expertise innen kreftforskning) er gode eksempler. Slike samarbeidsformer der Oslo universitetssykehus er grunnmuren i den akademisk tilknyttede forskningen, må tilrettelegges og styrkes.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato dok: 14. februar 2010
Dato møte: 17. februar 2010
Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

1. Hovedtall aktivitet, økonomi og bemanning
 2. Utvikling bemanning (brutto årsverk)
 3. Økonomisk resultat
-

**SAK 12/2011 ORIENTERINGSSAK:
 RAPPORTERING PER JANUAR 2011**

1. FORSLAG TIL VEDTAK

Styret tar rapporteringen per januar til orientering.

Oslo den 14. februar 2011

Siri Hatlen
(sign.)

2. OPPSUMMERING / SAMMENDRAG

Registrering av aktivitet, økonomi og ressursbruk for januar er normalt preget av større grad av usikkerhet enn for andre måneder. Dette skyldes at parallelt med avslutning av rapportering for januar har det vært stort fokus på å ferdigstille årsregnskapet for 2010, inkludert kvalitetssikring av aktivitetsgrunlaget for 3. tertial, for å sikre riktig rapportering og finansiering av aktiviteten for 2010.

De foreløpige aktivitets-tallene for somatikken i januar målt ved DRG-poeng viser en aktivitet som var 1 pst lavere enn budsjettert. Innenfor voksenpsykiatrien (VOP) var også den registrerte aktiviteten lavere enn budsjettert i januar, mens aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og TSB var om lag som forutsatt.

Regnskapet for januar 2011 viser et negativt resultat på 76,4 mill kroner, mot et budsjettert negativt resultat på 38,7 mill kroner, jf styresak 9/2011. Resultatet er preget av stor usikkerhet både når det gjelder inntekter og kostnader.

For januar 2011 er det rapportert 17.321 brutto årsverk, en nedgang på 1.122 årsverk fra rapportert gjennomsnitt for 2010.

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

2011-tallene blir sterkt påvirket av konsekvensene av overføring av pasientbehandling til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. På bakgrunn av disse store endringene som er gjennomført i foretakets ansvarsområde er det for tidlig å gi noen presis vurdering av tendensene etter årsskiftet både når det gjelder aktivitet, økonomi og ressursbruk.

Januar-tallene viser en samlet aktivitet innenfor pasientbehandlingen i Oslo universitetssykehus HF som trolig var om lag som forutsatt i det periodiserte budsjettet når det også tas hensyn til antatt etterregistrering. Administrerende direktør er dermed fornøyd med at overføring av aktivitet og pasientgrunnlag til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken helseforetak HF ser ut til fungert som forutsatt så langt.

Det er en nedgang i antall årsverk i januar 2011 på om lag 6 pst fra gjennomsnitt for 2010. Årsverksreduksjonen er ikke så stor som forutsatt i budsjettet og vil bli tett fulgt opp fremover.

Resultatene for januar vil bli gjennomgått med de fleste klinikkene onsdag 16. januar. Styret vil bli informert dersom denne gjennomgangen tilsier en endret vurdering.

Styret anbefales å ta rapporteringen til orientering.

4. PASIENTBEHANDLING OG AKTIVITETSDATA

Somatikk:

Registrerte DRG-poeng for januar var 18.480, 1 pst lavere enn budsjettert og 5,6 pst lavere enn i januar 2009. Antall døgnopphold er omtrent som budsjettert i januar. Sammenlignet med januar 2010 var det en reduksjon i antall døgnopphold på 4,8 pst. Den polikliniske aktiviteten i januar i år var imidlertid høyere enn budsjettert og høyere enn i januar 2010. 2011-aktivitet er målt med nasjonalt grupperingsverktøy (NPK) med regler for 2011, mens det for 2010-aktivitet er benyttet fjorårets grupperingsverktøy. Dette vanskeliggjør direkte sammenlikning med fjoråret. Aktiviteten for 2010 vil senere bli fremstilt med 2011-regelverk for å bedre kunne sammenlikne disse to årene. En første gjennomgang av aktivitet for befolkning fra "overføringsområdet" til Akershus universitetssykehus HF viser at antall sykehusopphold fra dette området er redusert med om lag 10 pst i januar 2011 sammenlignet med januar 2010..

Barne- og ungdomspsykiatrien:

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien vurderes samlet aktivitet å være omtrent som budsjettert, selv om det isolert i perioden er avvik for enkelte indikatorer. Innenfor døgnvirksomheten er det budsjettert med utskrivning av 11 pasienter, mens det i perioden er skrevet ut 6 pasienter. Antall utskrivninger varierer mellom månedene og avviket antas å jevne seg ut. Antall liggedøgn i perioden er 12,5 % høyere enn budsjettert, noe som indikerer god utnyttelse av døgnkapasiteten. Antall dagbehandlinger er marginalt høyere enn budsjettert mens den polikliniske aktiviteten er noe lavere.

Voksenpsykiatri:

Innenfor voksenpsykiatrien er aktiviteten lavere enn budsjettert i januar. For antall utskrevne pasienter er det skrevet ut 85 færre pasienter enn budsjettert. Dette gir et negativt avvik i forhold til budsjett på 41 pst. For antall liggedøgn er det et negativt avvik på 992 liggedøgn, tilsvarende 10,9 pst. For poliklinisk aktivitet er det et negativt avvik i perioden på om lag 1.200 konsultasjoner, tilsvarende om lag 19 pst. Deler av avvikene skyldes dels at måltall for 2011 er fastsatt ut fra estimat 2010 pr. 2. tertial. For enkelte indikatorer ble dermed den planlagte veksten fra 2010 til 2011 relativt høy som følge av lav aktivitet i siste tertial. Innenfor voksenpsykiatrien ser det også ut til at aktiviteten ved de enheter som er virksomhetsoverdratt til Akershus universitetssykehus HF er høyere enn forutsatt (estimat beregnet høsten 2010). Isolert for januar er det også et avvik relatert til overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF grunnet at pasienter fra Bjerke bydel skal til andre avdelinger fra 1.1.2011. Det vil da være ekstra arbeid med å etablere et forhold til disse "nye" pasientene. Lav aktivitet innenfor døgnvirksomheten vil bli gjennomgått nærmere med klinikken og det kan være andre forhold som har hatt betydning..

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB):

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er aktiviteten rapportert for januar høyere enn budsjettert.

5. ØKONOMISK RESULTAT OG RESSURSBRUK

Rapportert resultat viser et negativt akkumulert avvik i forhold til budsjett for januar 2011 på om lag 37 mill kroner. Sum driftsinntekter viser et negativt avvik på om lag 10 mill kroner, mens sum driftskostnader viser et negativt avvik på om lag 28 mill kroner. Resultatet er

preget av stor usikkerhet både når det gjelder inntekter og kostnader. Regnskapsmessig er det tatt høyde for en viss usikkerhet ved avsetning av kostnader i regnskapet.

6. BEMANNING OG SYKEFRAVÆR

For januar 2011 er det rapportert 17.321 brutto årsverk. Dette er en nedgang på 1.121 og 1.152 i forhold til henholdsvis gjennomsnitt for 2010 og gjennomsnitt for 4. kvartal.

Budsjetterte årsverk for januar var 17.057, dvs at bemanningen i rapporteringsperioden var 264 månedsverk høyere enn budsjettert. Endring i bemanning i januar skyldes dels aktivitet som er virksomhetsoverdratt til Akershus universitetssykehus HF og redusert kapasitet i Oslo universitetssykehus HF for øvrig som følge av redusert pasienttilgang. på grunn av overføringene..

Sykefraværet i desember 2010 var 8,5 pst, noe som er en økning på 1 pst fra desember 2009. Dette vil bli gjennomgått nærmere.

Vedlegg 1: Hovedtall aktivitet, økonomi og bemanning

| Oslo universitetssykehus HF | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------|----------|--------------------|------------------|-----------------------|---------------|----------------------|
| Rapportering januar 2011 | | Denne periode | | | | jan.10 | | |
| Gruppe | Indikator | Faktiske tall periode | Plantall | Avvik fra plantall | Avvik fra plan % | Faktiske tall periode | Endring 10-11 | Endring fra 2009 i % |
| Pasientbehandling | | | | | | | | |
| Somatikk | DRG-poeng totalt | 18 480 | 18 663 | -183 | -1,0 % | 19 580 | -1 100 | -5,6 % |
| | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 9 291 | 9 257 | 34 | 0,4 % | 9 755 | -464 | -4,8 % |
| | Dagopphold | 6 938 | 6 489 | 449 | 6,9 % | 7 061 | -123 | -1,7 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 69 525 | 63 623 | 5 902 | 9,3 % | 68 397 | 1 128 | 1,6 % |
| Voksen psykiatri | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 122 | 207 | -85 | -41,0 % | 389 | -267 | -68,6 % |
| | Liggedøgn | 7 571 | 8 493 | -922 | -10,9 % | 9 901 | -2 330 | -23,5 % |
| | Dagbehandling | 130 | 306 | -176 | -57,5 % | 307 | -177 | -57,7 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 5 280 | 6 514 | -1 234 | -18,9 % | 9 346 | -4 066 | -43,5 % |
| Barne- og ungdoms psykiatri | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 6 | 11 | -5 | -47,4 % | 10 | -4 | -40,0 % |
| | Liggedøgn | 597 | 531 | 66 | 12,5 % | 580 | 17 | 2,9 % |
| | Dagbehandling | 470 | 443 | 27 | 6,1 % | 494 | -24 | -4,9 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 4 170 | 4 280 | -110 | -2,6 % | 6 118 | -1 948 | -31,8 % |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 313 | 256 | 57 | 22,2 % | 207 | 106 | 51,2 % |
| | Liggedøgn | 3 447 | 3 015 | 432 | 14,3 % | 3 265 | 182 | 5,6 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 1 150 | 779 | 371 | 47,7 % | 683 | 467 | 68,4 % |
| Økonomi og personell | | | | | | | | |
| Økonomi | Resultat (i 1000) | -76 379 | -38 688 | -37 692 | -2,4 % | - | - | - |
| Personell | Årsverk totalt (brutto) | 17 321 | 17 057 | 264 | 1,5 % | 18 442 | -1 122 | -6,1 % |
| | Sykefravær (desember) | 8,5 % | 7,4 % | 1,1 % | 1,1 % | 7,6 % | 1,0 % | 1,0 % |

Kommentarer til tabellen:

- 1) For somatikken er sammenligningstall for 2010 hentet fra foretakets ledelsesinformasjonssystem (LIS), mens for psykisk helsevern og rus er det benyttet tall slik de var rapportert til Helse Sør-Øst RHF i 2010.
- 2) For 2011 er antall DRG-poeng beregnet ved nasjonal grupperingsprogramvare (NPK) for 2011 mens DRG-poeng for 2010 er beregnet med NPK for 2010. Det jobbes med å fremstille 2010-aktiviteten med NPK 2011 for å få bedre sammenlignbarhet.
- 3) For psykisk helsevern og rus vil det bli jobbet for å fremstille sammenlignbare aktivitetstall for 2010.
- 4) Årsverk 2010 er snitt brutto månedsverk rapportert i 2010.
- 5) Rapportert sykefravær er for desember (standard etterslep)

Vedlegg 2: Utvikling brutto årsverk

| | Snitt 2010 | Snitt Q4 2010 | Januar 2011 | Endring jan - snitt 2010 | Endring jan - snitt Q4 2010 |
|-----------------------|------------|---------------|-------------|--------------------------|-----------------------------|
| Brutto årsverk | 18 442 | 18 473 | 17 321 | -1 121 | -1 152 |

Vedlegg 3: Økonomisk resultat januar 2011

1000 kroner

| Økonomisk resultat | Årsbudsjett | Budsjett hiå | Regnskap hiå | Avvik |
|--|--------------------|---------------------|---------------------|----------------|
| Basisramme | 9 666 869 | 857 451 | 857 451 | 0 |
| ISF egne pasienter | 2 392 313 | 209 903 | 202 570 | -7 333 |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet | 497 119 | 43 560 | 52 702 | 9 142 |
| ISF-inntekt kostnadskrevede legemidler | 28 509 | 3 136 | 3 135 | -1 |
| Gjestepasienter | 507 295 | 44 600 | 59 219 | 14 620 |
| Konserninterne gjestepasientinntekter | 1 979 874 | 173 017 | 176 308 | 3 290 |
| Polikliniske inntekter | 392 943 | 33 738 | 29 902 | -3 837 |
| Øremerkede tilskudd raskere tilbake | 19 843 | 1 662 | 1 373 | -289 |
| Andre øremerkede tilskudd | 1 039 080 | 83 762 | 70 284 | -13 478 |
| Andre driftsinntekter | 578 556 | 50 947 | 39 093 | -11 854 |
| DRIFTSINTEKTER | 17 102 401 | 1 501 776 | 1 492 036 | -9 741 |
| Kjøp av off helsetjenester | 15 466 | 1 247 | 2 468 | -1 222 |
| Kjøp av private helsetjenester | 107 822 | 9 355 | 8 254 | 1 102 |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i FG | 2 109 707 | 177 354 | 194 528 | -17 175 |
| Innleid arbeidskraft - del av kto 458 | 75 443 | 5 465 | 11 617 | -6 152 |
| Konserninterne gjestepasientkostnader | 77 971 | 6 512 | 7 263 | -751 |
| Lønn til fast ansatte | 8 127 467 | 732 228 | 739 216 | -6 988 |
| Overtid og ekstrahjelp | 531 451 | 42 160 | 77 287 | -35 127 |
| Pensjon | 1 802 691 | 152 528 | 152 528 | 0 |
| Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft | -419 647 | -35 176 | -45 787 | 10 612 |
| Annen lønn | 1 364 557 | 126 315 | 120 367 | 5 948 |
| Avskrivninger | 905 635 | 75 469 | 75 448 | 21 |
| | | | | |
| Andre driftskostnader | 2 766 892 | 237 149 | 215 715 | 21 434 |
| DRIFTSKOSTNADER | 17 465 454 | 1 530 606 | 1 558 905 | -28 298 |
| DRIFTSRESULTAT | -363 053 | -28 830 | -66 869 | -38 039 |
| FINANSNETTO | -100 846 | -9 858 | -9 510 | 348 |
| SKATT | | | | |
| RESULTAT | -463 899 | -38 688 | -76 379 | -37 692 |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

| | |
|-----------------|--|
| Dato møte: | 17. februar 2011 |
| Saksbehandler: | Viseadministrerende direktør Utvikling og omstilling |
| Utrykt vedlegg: | Idéfaserapport |

SAK 13/2011 **BESLUTNINGSSAK:
IDEFASERAPPORT - UTVIDET KAPASITET FOR
AKUTTFUNKSJONER PÅ ULLEVÅL**

Forslag til vedtak

Styret tar idéfaseutredningen om utvidet kapasitet for akutfunksjonene ved Ullevål sykehus til etterretning.

Styret gir sin tilslutning til at alternativ 4 legges til grunn for videre planlegging og at det fremlegges et forprosjekt som underlag for endelig beslutning om gjennomføring og økonomisk styringsramme.

Styret forutsetter at det i den videre planleggingen legges vekt på nøkternhet og løsnings egnethet for å kunne tilpasses endrede behov og driftsformer over tid. Styret forutsetter at det i det videre arbeidet aktivt søkes løsninger som vil bidra til å redusere det samlede investeringsbehovet, samt understøtte effektiv og god drift.

Styret ber om at idéfaserapporten blir fremlagt for Helse Sør-Øst RHF i samsvar med gjeldende fullmaktsstruktur for byggesaker.

Oslo, den 9. februar 2011

Siri Hatlen

1. Sammendrag

Tilpasning til det reduserte opptaksområdet etter overføring til Akershus universitetssykehus HF er en forutsetning for at helseforetaket skal kunne komme i en stabil driftssituasjon med økonomisk balanse ved Dag 4. Som del av denne virksomhetstilpasningen skal somatisk døgnvirksomhet på Aker legges til Ullevål.

Samling på Ullevål forutsetter økt kapasitet innen akuttmottak, operasjonsstuer, postoperativ funksjon og intensiv funksjon. Det er gjennomført en idéfaseutredning for å vurdere alternative muligheter for å ivareta det økte kapasitetsbehovet. Idéfaserapporten omhandler fire løsningsalternativer. Alternativ 4 med et nybygg i tre etasjer er det eneste som tilfredsstillende alle definerte behov og utvalgelseskriterier. Alternativ 4 er anbefalt løsning for videre planlegging.

2. Tidligere vedtak i styret

I møte 17. februar 2010 sak 9/2010 gjorde styret følgende vedtak i tilknytning til framtidig lokalsykehusfunksjon ved Oslo universitetssykehus HF (her er referert de punkter i vedtaket med mest direkte relevans for akuttfunksjonene):

2. *Styret slutter seg til at funksjonene innen storbysykehuset i størst mulig grad samles geografisk for å legge til rette for god pasientbehandling, økt faglig kvalitet, god ressursutnyttelse og drift. Akuttfunksjoner innen kirurgi, medisin og psykisk helse samles raskest mulig til Kirkeveien etter overføring av opptaksområde til Akershus universitetssykehus HF i tråd med styrevedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF.*
8. *Styret forutsetter at de rammer som nå er gitt for etablering av Storbysykehuset ved Kirkeveien sammen med konsekvenser av redusert opptaksområde, legges til grunn for planlegging av nødvendige flyttinger og arealtilpasninger på kort, mellomlang og lengre sikt innen Oslo universitetssykehus. Styret tar til etterretning at det i den nærmeste tid vil bli nødvendig med bygningsmessige tilpasninger i den sentrale bygningsmasse ved Kirkeveien for å samle prioriterte deler av virksomheten i storbysykehuset her. Dette må sees i sammenheng med sak 6/2010 Oppdrag 2010 Oslo universitetssykehus og sak 10/2010 Budsjett.*

I sak 59/2010 behandlet i møte 27. mai 2010 ble anbefalinger om mulig innplassering av virksomhet fra Aker ved Ullevål presentert for styret. I saksfremlegget heter det:

Prosjektet har sannsynliggjort at det er mulig å finne gode faglige og praktiske løsninger for samling av område- og lokalsykehusfunksjoner i storbysykehuset for inneliggende døgnpasienter frem mot Dag 4, i tråd med styrets føringer i sak 9/2010. Flytting av gjenværende øyeblikkelig hjelp og akuttkirurgi fra Sinsen til Ullevål etter Dag 3 er gitt prioritet. Det er flere avhengigheter i plangjennomføringen som forutsetter at tiltak gjennomføres systematisk, til dels parallelt og i rett rekkefølge. Dette for at det ikke skal oppstå innbyrdes hindringer i sammenflyttingsprosjektene. I første omgang er det viktig å komme raskt i gang med planlegging og etablering av blant annet økt mottakskapasitet samt sengearealer knyttet til intensivplasser ved storbysykehuset. Videre må det iverksettes nødvendig oppgradering av bygningsmasse, samt øvrige tiltak for å sikre at kritisk kapasitet på operasjonsstuer,

mottakskapasitet, intensivsenger med videre er tilrettelagt både på Gaustad og i Kirkeveien for å understøtte de flyttinger som skal gjennomføres frem mot Dag 4. Styret vedtok:

- 1. Styret tar redegjørelsen om samlokalisering og arealreduksjon mot Dag 4 som presentert i møtet til orientering.*
- 2. Styret tar til etterretning at den presenterte mulighetsbeskrivelsen og anbefalinger legges til grunn for videreføring av arbeidet med strategisk hovedplan for utvikling av Oslo universitetssykehus mot 2012 samt at det er lagt til grunn for foretakets innspill til langtidsbudsjett for Helse Sør-Øst RHF.*

I møte 28.10.2010, sak 126/2010 gjorde styret følgende vedtak i tilknytning til akutfunksjonene ved Oslo universitetssykehus HF (her er referert de punkter i vedtaket med direkte referanse til akutfunksjonene):

- 2. Styret slutter seg til at konkurranse om de aktuelle byggearbeider for å øke mottakskapasiteten på Ullevål kan kunngjøres, slik at overføring av funksjoner fra Aker kan skje som forutsatt.*
- 3. Styret forutsetter at det ikke inngås noen bindende avtaler som følge av kunngjøringen før prosjektet er godkjent og finansiert i henhold til gjeldende fullmaksregime.*

Med utgangspunkt i ovenstående er det arbeidet videre med planlegging av de arealtiltak som er nødvendige å gjennomføre ved Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål for å kunne overføre somatisk døgnvirksomhet fra Aker. Blant de mest tidskritiske tiltakene er å finne løsninger for å øke kapasitetsbehovet for akutfunksjonene ved Ullevål. Dette omfatter akuttmottak, operasjonsstuer, postoperativ funksjon/oppvåkning og intensiv funksjon.

I tillegg til at de haster, har disse funksjonene en behandlingsavhengighet, og de må derfor ses i sammenheng når løsninger skal utformes. De er av den grunn planlagt slått sammen til ett delprosjekt. I idéfaserapporten vurderes fire alternative løsningsmuligheter som er vurdert for utvidelse av akutfunksjonene ved Ullevål, og det gis en tilrådning om at alternativ 4 bør legges til grunn for videre planlegging.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør vil understreke viktigheten av å få etablert tilstrekkelig kapasitet og grunnlag for god drift av den utvidede virksomhet i akutfunksjonene på Ullevål som følge av planlagt overføring av gjenværende virksomhet fra Aker ved Dag 4 (tentativt årsskiftet 2012/13). Dagens drift på Aker er sårbar på grunn av virksomhetens reduserte omfang, og er også svært kostnadskrevenne grunnet krav til døgnberedskap og vaktordninger. Der er derfor av stor betydning at arbeidet med utvidelse av akutfunksjoner gis høyeste prioritet og ikke blir unødvendig forsinket.

Idéfaserapporten er en vurdering av hvordan nødvendig økt kapasitet i akutfunksjonene ved Ullevål kan etableres for raskt å samle somatisk døgnvirksomhet ved Aker på Ullevål.

Av fire vurderte løsningsalternativer er det bare alternativ 4 med et nybygg i tre etasjer som tilfredsstillende alle kapasitets-/funksjonsbehov og øvrige utvelgelseskriterier:

- Behandlingstilbud, kvalitet, pasientsikkerhet
- Driftseffektivitet
- Tilpasningsmulighet/varighet
- Påvirkning på eksisterende drift/pasientbehandling
- Konsekvenser for annen virksomhet

Alternativ 4 muliggjør:

- En innplassering av døgnvirksomheten fra Aker
- En utbedring av mangler i dagens driftssituasjon
- En effektivisering av drift og behandlingsprosesser ved Ullevål
- En overføring av akuttkirurgi og indremedisinske pasienter fra henholdsvis Diakonhjemmet og Lovisenberg
- Ivaretagelse av antatt befolkningsvekst i et ti-årsperspektiv

Alternativ 4 gir tilstrekkelig nærhet mellom akuttfunksjonene og en storbylegevakt på Ullevål.

Alternativ 4 vil hovedsakelig være en investering i ny bygningsmasse med lang brukstid. Øvrige alternativer gir større ombygging i eldre bygningsmasse med kortere brukstid.

Alternativ 4 har kortest gjennomføringstid og minst risiko for forsinkelse og kostnadsøkning. Det gir også minst risiko for driftsforstyrrelser i den løpende virksomheten.

Det foreslåtte nybygget i alternativ 4 er et godt grunnlag for å realisere vedtaket i Helse Sør-Øst RHF styresak 108/2008, og en langsiktig og bærekraftig utvikling av Oslo universitetssykehus HF.

Alternativ 4 er foreløpig anslått å ikke ha det laveste investeringsbehovet av de fire alternativene som er vurdert i idéfaserapporten. Kortere gjennomføringstid for dette prosjektet vil imidlertid gi mulighet for raskere å gjennomføre samlokaliseringer og tiltak med tilhørende reduserte driftskostnader. Den potensielle besparelsen i driftskostnader vurderes å mer enn utligne forskjellene i investeringsbehov mellom de vurderte alternativene. Reduserte driftskostnader følger både av redusert bruk av arealer på Aker og mer effektiv utnyttelse av bemanning.

I den videre planleggingen vil det være førende å finne frem til kostnadsbesparende løsninger samtidig som det utvikles løsninger som kan tilpasses endrede behov og driftsformer over tid. Der det er økonomisk hensiktsmessig vil eksisterende utstyr overføres fra Aker, samt at man vil vurdere kritisk hvilket utstyr som er påkrevet for å gi en medisinsk forsvarlig behandling.

Prosjektet er på idéfasestadiet. Kostnadsestimater på dette stadiet vil være usikre. Det er imidlertid klart at alle de fire løsningsalternativene i idéfaserapporten vil innebære en betydelig større investering enn det som ble anslått opprinnelig.

Investeringsbehovet for alternativ 4 er i idéfaseutredningen anslått å ligge i intervallet 305-325 millioner kroner, mens det i styresak 154/2010, Budsjett for 2011, tabell 9 er angitt et investeringsbehov for bygg og utstyr til akuttfunksjonene ved Ullevål på totalt 151 millioner kroner.

Vesentlige årsaker til at tiltaket blir dyrere enn opprinnelig forutsatt, er:

- Innhold og arbeidsomfang i opprinnelige anslag var basert på høyst foreløpige og grove antagelser.
- Kapasitetsbehovene tok ikke høyde for utviklingen ut over dagens virksomhet.

Administrerende direktør ser med bekymring på investeringsbehovet for å etablere nødvendige akuttfunksjoner ved Ullevål. Tiltaket er imidlertid nødvendig å gjennomføre for å kunne realisere samlokaliseringen av lokalsykehusfunksjonene.

På denne bakgrunn anbefaler administrerende direktør at arealalternativ 4 legges til grunn og fremmes for Helse Sør-Øst RHF for godkjenning av videre planlegging, i samsvar med gjeldende fullmaktsstruktur for byggesaker.

Styret vil bli forelagt et forprosjekt med oppdatert overslag over investeringsbehovet så snart dette foreligger, tentativt ultimo mars 2011. Det vises for øvrig til sak 9/2011 Budsjett 2011. Investeringsbeslutning må foreligge i løpet av april for å kunne holde planen om å ferdigstille nybygget i slutten av 2012.

4. Faktabeskrivelse

Følgende hovedforutsetninger er lagt til grunn i idéfaseutredningen:

- Storbysykehuset med alle lokalsykehusfunksjoner etableres ved Ullevål.
- All somatisk døgnvirksomhet ved Aker sykehus opphører ved Dag 4.
- Alle akuttfunksjoner innen Oslo sykehusområde samles på Ullevål.
- Multitraumevirksomheten videreføres ved Ullevål inntil Dag 5 (2017) eller lenger.
- Akuttkirurgi ved Diakonhjemmet overføres til Ullevål.
- Indremedisinske pasienter i Sagene bydel tilbakeføres fra Lovisenberg til Ullevål.

De dimensjonerende behovene som må ivaretas ved etablering av storbysykehuset på Ullevål omfatter primært kapasitetsutvidelser men også i noen grad forbedringstiltak med hensyn til driftssituasjonen. Det er definert fem behovsalternativer:

- A Innplassering av døgnvirksomheten fra Aker sykehus uten utbedring av mangler i dagens driftssituasjon ved Ullevål sykehus.
- B Som alternativ A og en viss utbedring av mangler i dagens driftssituasjon ved Ullevål sykehus.
- C Som alternativ B og effektivisering av drift og behandlingsprosesser.
- D Innplassering av akuttkirurgi fra Diakonhjemmet og indremedisinske pasienter fra Sagene bydel i tillegg til døgnvirksomheten fra Aker.
- E Som alternativ D og mulighet for fremtidig utvidelse pga. befolkningsvekst.

Disse behovsalternativene er søkt ivaretatt gjennom ulike bygningsmessige tiltak (arealalternativer), både innenfor eksisterende bygningsmasse og i nybygg. Det er vurdert fire alternative arealløsninger som kort kan karakteriseres som følger:

- Alternativ 1 er basert på ombygging av eksisterende bygningsmasse.
- Alternativ 2 er basert på at økt arealbehov løses gjennom ombygging av eksisterende bygningsmasse, samt tilbygg til Bygning 8 kvinnesenteret.
- Alternativ 3 er basert på et nybygg i to etasjer for utvidet akuttmottak og nye operasjonsstuer, samt ombygging i Bygning 4 for utvidelse av postoperativ- og intensivfunksjonene.
- Alternativ 4 er basert på et nybygg i tre etasjer for utvidet akuttmottak, nye operasjonsstuer og intensivfunksjon. Postoperativfunksjonen flyttes til dagens intensivarealer, og dagens postoperativarealer ombygges til en "lettpost" for intensivfunksjonen.

Arealalternativene tilfredsstillende i ulik grad behovene. Dessuten ivaretar arealalternativene i ulik grad de øvrige utvelgelseskriterier beskrevet ovenfor. Bare alternativ 4 tilfredsstillende alle utvelgelseskriteriene. De øvrige alternativene har til dels betydelige mangler med hensyn til å kunne gi en akseptabel løsning og fremtidsrettet driftssituasjon for akuttfunksjonene totalt sett. De øvrige alternativene legger dessuten til dels beslag på arealer som vil kunne bli påkrevet for å dekke behov for blant annet sengerom. Ved å etablere ny bygningsmasse for akuttfunksjonene opprettholdes en bedre arealmessig sikkerhet for fremtidig utvikling.

For nærmere faktabeskrivelse av de fire løsningsalternativene henvises det til Idéfaserapporten som er uttrykt vedlegg til saken.

Gjennomføringstiden anslås å ligge mellom 30 og 47 måneder og investeringsbehovet mellom 275 og 350 millioner kroner, avhengig av alternativ. Det presiseres at usikkerheten i anslagene er svært stor i denne fasen av planleggingen, og størst for de alternativene som omfatter mest ombyggingsbehov i gammel bygningsmasse. For å nå de tidsmål som er satt for prosjektet legges det opp til få Helse Sør-Øst RHF's aksept for at idéfaserapporten er så fyldestgjørende at den kan videreføres direkte i en forprosjektfase. Det må også umiddelbart utlyses en anbudskonkurranse for en totalentreprise, jf. styresak 126/2010. Det vil ikke bli inngått noen bindende avtaler som følge av utlysingen før prosjektet er godkjent og finansiert i henhold til gjeldende fullmaktsregime.

Dersom denne fremgangsmåten lar seg benytte, vil neste beslutningspunkt for styret bli behandling av en forprosjektrapport, der det inngår forslag til endelige løsninger, forslag til kostnadsramme, hovedtidsplan, netto utstyrsbehov etter fradrag av gjenbruk med mer.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 17. februar 2011

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

**SAK 14/2011 BESLUTNINGSSAK:
SALG AV EIENDOM 74/152 I KROERVEIEN
51-53-55 I SKI KOMMUNE**

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar salg av Kroerveien 51-53-55, gnr. brnr. 74/152 i Ski kommune.
2. Styret ber administrerende direktør om å iverksette gjennomføringen av salg.

Oslo, 9. februar 2011

Siri Hatlen

1. Sammendrag

I denne saken fremmes forslag til salg av følgende eiendom:

Eiendommen ligger i Ski kommune. Tomten på 6 mål er uregulert og bebygget med et institusjonsbygg og en 2-manns bolig.

- Kroerveien 51 utgjør ca 900m² over 2 etasjer og har vært i bruk ved behandling av rusavhengige inntil Åsenheten fraflyttet lokalene primo 2010.
- Kroerveien 53/55 er en eldre 2-mannsbolig hvor den ene seksjonen er bebodd av en tidligere ansatt.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Salget inngår i Oslo universitetssykehus HF sin strategi for å bedre likviditetssituasjonen ved foretaket og for å bedre resultatet. Det er dessuten i tråd med Helse Sør-Øst RHF sin strategi om arealeffektivisering ved å avhende eiendommer som ikke er nødvendig for foretakets virksomhet og strategiske planer.

Virksomhet som har vært i denne eiendommen omfattes ikke av aktivitet som er overført til Akershus universitetssykehus HF. Administrerende direktør ser ingen hindringer for å anbefale å gjennomføre salg av eiendommen. I henhold til foretaksprotokoll 24.11.2010 (Oslo universitetssykehus HF) og budskap ad. salg av eiendom, vil kommunen bli informert før salget avsluttes.

Foretaket vil søke å oppnå høyest mulig pris i markedet og vil forholde seg til styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF (sak 022-2207 og 093-2009) slik at frigjorte midler skal benyttes til nedbetaling av gjeld eller til investeringer.

Salg av fast eiendom verdsatt til 10 mill kroner eller mer er regulert i helseforetaksloven § 31. Vedtak om salg av fast eiendom treffes av foretaksmøtet i Oslo universitetssykehus HF etter forslag fra styret. I henhold til vedtektene kan styret i helseforetaket beslutte salg av eiendommer under 10 mill kroner, jf helseforetaksloven § 31 (siste setn). Eiendommenes verdi er vurdert til 9,0 mill kroner og det betyr at det er styret i Oslo universitetssykehus HF som kan beslutte vedtak om salg av disse eiendommene.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

| | |
|----------------|--|
| Dato møte: | 17 februar 2011 |
| Saksbehandler: | Viseadministrerende direktør samhandling og internasjonalt samarbeid |
| Vedlegg: | Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold 2011-2015, Oslo universitetssykehus HF |

**SAK 15/2011 ORIENTERINGSSAK:
STRATEGI FOR LIKEVERDIG HELSETJENESTE
OG MANGFOLD 2011-2015 FOR OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Forslag til vedtak:

Styret tar Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold 2011-2015 for Oslo universitetssykehus HF til orientering.

Oslo, den 9. februar 2011

Siri Hatlen

1. Sammendrag

Vedlagt presenteres Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold 2011-2015, Oslo universitetssykehus HF.

Strategien er utarbeidet for å bidra til at Oslo universitetssykehus HF aktivt legger til rette for likeverdige helsetjenester for alle pasienter uansett pasientens alder, kjønn, bosted, sosioøkonomiske forutsetninger, språk, seksuell legning, etnisk bakgrunn, tro- og livssyn og funksjonsevne.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør anbefaler at styret tar *Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold* til orientering.

3. Faktabeskrivelse

Oslo universitetssykehus HF må tilpasse sin virksomhet til de aktuelle og fremtidige demografiske utfordringene, og har utarbeidet en strategi for å ivareta de gruppene i samfunnet som oftere faller utenfor. Sykehuset møter nye helse- og kommunikasjonsrelaterte utfordringer, og økt kulturelt mangfold innebærer å måtte håndtere ulike syn på helse, sykdom og behandlingsformer på en åpen og fordomsfri måte, og samtidig bidra til økt forståelse for det norske helsevesen og betydningen av helsefremmende arbeid.

Strategien skal være førende for sykehusets arbeid med det samlede pasienttilbudet. Viktige strategiske områder er skissert i forhold til pasienter, medarbeidere og organisasjon; disse vil konkretiseres i årlige handlingsplaner.

Arbeidet med strategien har vært diskutert i dialogmøte med innvandrersorganisasjoner i Oslo, i Oslo universitetssykehus HF stabsledermøte, Brukerutvalget og dialogmøtet med tillitsvalgte og verneombud i forkant av vedtak i ledermøte 24. januar 2011.



**Oslo
universitetssykehus**

**STRATEGI FOR
LIKEVERDIG HELSETJENESTE
OG MANGFOLD**

2011-2015

**FRA STAB SAMHANDLING OG INTERNASJONALT
SAMARBEID**

| | |
|--|----------|
| 1. INNLEDNING | 3 |
| VISJON | 3 |
| DEFINISJON | 3 |
| BAKGRUNN OG UTFORDRINGER | 3 |
| 2. MÅL | 3 |
| 3. STRATEGI | 4 |
| SAMARBEIDSAKTØRER OG STRATEGISKE SATSNINGSOMRÅDER | 4 |
| PASIENTER | 4 |
| MEDARBEIDERE | 4 |
| ORGANISASJON | 5 |
| 4. NYTTEVERDI | 5 |
| 5. FORUTSETNINGER | 5 |

1. Innledning

Visjon

Oslo universitetssykehus HF skal være best i Norge på likeverdige helsetjenester for pasientene

Definisjon

Likeverdige helsetjenester forutsetter likhet i tilgang, kvalitet og resultat.

Ved å legge til rette for likeverdige helsetjenester gis alle pasienter *likeverdig* tilgang til omsorg og behandling. Tjenestene skal være av like god kvalitet til alle brukere, og målet er resultatlikhet for de med samme sykdomsbilde.

Et *reelt likeverdig* behandlingstilbud innebærer at pasienter med ulike behov og forutsetninger i blant behandles ulikt, tilpasset den enkeltes livssituasjon, kulturelle og religiøse bakgrunn og kommunikasjonsferdigheter. Likebehandling av mennesker med ulike forutsetninger gir sjelden likt resultat. Tjenestene må derfor tilrettelegges for den enkelte.

Bakgrunn og utfordringer

Oslo universitetssykehus HF må tilpasse sin virksomhet til de fremtidige demografiske utfordringene som generell befolkningsvekst, inkludert økt andel med innvandrerbakgrunn; flere eldre; sosioøkonomiske forskjeller mellom bydeler i Oslo og et stadig større kulturelt og språklig mangfold.

Dette gir nye helse- og kommunikasjonsrelaterte utfordringer. For sykehuset innebærer økt kulturelt mangfold å håndtere ulike syn på helse, sykdom og behandlingsformer samt behov for å bidra til økt forståelse for det norske helsevesen og betydningen av helsefremmende arbeid.

2. Mål

- Oslo universitetssykehus HF skal tilby gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, sosioøkonomiske forutsetninger, språk, seksuell legning, etnisk bakgrunn, tro- og livssyn og funksjonsevne.
- Oslo universitetssykehus skal være et fordoms- og rasismefritt sykehus.

3. Strategi

Å sørge for likeverdige helsetjenester er i tråd med norsk lovgivning.¹ Sykehuset følger nasjonale retningslinjer og anbefalinger for å etterstrebe at bestemmelsene om likeverdige helsetjenester etterleveres i praksis².

Målet om å tilby likeverdige helsetjenester skal være førende for sykehusets arbeid med det samlede pasienttilbudet. Dette må i tillegg være grunnleggende i sykehusets pågående reorganisering og øvrig strategiske planlegging.

Med målrettet fokus på likeverdige helsetjenester og mangfold, vil pasienter (også de som ofte "faller utenfor", som rusmisbrukere, personer med nedsatt funksjonsevne eller alvorlig psykisk lidelse, personer med innvandrerbakgrunn, asylsøkere, flyktninger) oppleve bedre kvalitet og tilgjengelighet. De vil oppleve å bli sett, ivaretatt og behandlet som individ – med individuelle behov, - samtidig som pasientens pårørende vises respekt og forståelse.

Sykehusets bemanning skal speile samfunnets mangfold.

Samarbeidsaktører og strategiske satsningsområder

I tråd med Samhandlingsreformen og generelt fokus på forebyggende arbeid og helhetlige pasientforløp, er det nødvendig at arbeidet for likeverdige helsetjenester er flerfaglig, på tvers av klinikker og stabsenheter, på tvers av foretak og sykehus, og i samarbeid med brukerorganisasjoner, arbeidstakerorganisasjoner og innvandrerorganisasjoner i Oslo, Oslo kommune og bydelene i Oslo, fastleger og utdannings- og forskningsinstitusjoner.

Pasienter

- Pasienters rett til medvirkning ivaretas
- Det tas hensyn til pasienters kulturelle, språklige, funksjonelle, sosiale og økonomiske forutsetninger, samtidig som det tas hensyn til epidemiologiske faktorer
- Informasjon om helsetilbud og behandling tilpasses den enkeltes behov og forutsetninger (f.eks. bruk av tospråklig tolk / døvetolk)
- Individuell plan brukes aktivt
- Faktorer som ikke direkte er knyttet til helse, men likevel er av stor betydning for behandlingen ivaretas i den grad det er mulig (f.eks. tro- og livssynsutøvelse, kulturtilpasset mat)
- Det arbeides bevisst i forhold til forebyggende lærings- og mestringstilbud for personer med innvandrerbakgrunn

Medarbeidere

- Rekruttering: Oslo universitetssykehus er en *inkluderende arbeidsplass*. I tråd med dette arbeider sykehuset for å rekruttere dyktige flerkulturelle medarbeidere og medarbeidere med nedsatt funksjonsevne til ulike stillinger, inklusive lederstillinger.
- Kompetansebygging: Oslo universitetssykehus benytter medarbeideres spesielle kompetanse i kultur, språk og annen spesiell erfaring på en formalisert og systematisk måte. Sykehuset legger til rette for at ansatte som har pasientkontakt får kunnskap og forståelse innenfor kultursensitivitet, for å fremme likeverd i muligheter og tjenesteyting (pasientbehandling/-omgang). Alle medarbeidere har likeverdig tilgang til fagutvikling, lederutdanning og karrieremuligheter.

¹ F.eks. Pasientrettighetsloven, Likestillingsloven, Diskrimineringsloven, Helseforetaksloven, Helsepersonelloven.

² Bl.a. "Migrasjon og helse. utfordringer og utviklingstrekk", Mai 2009, Helsedirektoratet.

Organisasjon

- Fokus på likeverdige helsetjenester integreres i sykehusets plandokumenter, øvrige strategier og synliggjøres i budsjettet
- Bevissthet knyttet til behov for å tilrettelegge for likeverdige helsetjenester forankres i alle ledd i sykehusstrukturen

4. Nytteverdi

Ved å integrere fokus på likeverdige helsetjenester og mangfold i alle strategi- og plandokumenter bidrar sykehuset til at faktorer som hindrer tilgang og god kvalitet, identifiseres og fjernes. Bevisst satsing på dette feltet vil resultere i færre uheldige hendelser, økt pasientsikkerhet, økt pasienttilfredshet, økt egenomsorg hos pasienten, færre unødvendige (re)-innleggelser og/eller konsultasjoner. På lang sikt, og i tråd med fokus på forebyggende arbeid og tilrettelagt behandling, vil sykehuset bidra til reduserte samfunnskostnader.

Ved at kultursensitivitet blir en naturlig del av tjenestene som ytes, blir også Oslo universitetssykehus ansett som en attraktiv og inkluderende arbeidsplass, kjent for kulturelt mangfold og ansattes muligheter for egenutvikling. Medarbeidere trenes i å bli mer kultursensitive, og vil oppleve sitt arbeid som mer givende, hensiktsmessig og strukturert. De vil føle seg tryggere som profesjonsutøvere i møte med pasienter og pårørende. Trygge medarbeidere gir tryggere pasienter, møtt med respekt, forståelse og åpenhet.

Det målrettede arbeidet som gjøres innenfor likeverdig helsetjenester på sykehuset har overføringsverdi, ikke bare innenfor helsesektoren, men også til andre institusjoner som har som mål å tilby likeverdige tjenester samt sikre likeverdighet ansatte i mellom. Oslo universitetssykehus vil være et forbilde for andre virksomheter, som Norges største flerkulturelle og mangfoldige arbeidsplass og sykehus.

Fokus på likeverdige helsetjenester bidrar til sykehusets positive omdømme.

5. Forutsetninger

En viktig forutsetning for å nå målene, er leder- og systemforankring. Kunnskap og bevisste holdninger skal sikre at helsepersonell yter gode tjenester. Fokuset på likeverdige helsetjenester må derfor inkorporeres i alt strategi- og planarbeid, i budsjett, i utredninger, i personalpolitikken og i ulike opplæringsprogrammer. Målet om likeverd må også være en del av sykehusenes avtalebaserte samhandling med kommunen / bydelene. Hensyn til likeverdig helsetjeneste og mangfold må eksplisitt ivaretas i Oslo universitetssykehus' budsjett.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

| | |
|-----------------|---|
| Dato møte: | 17. februar 2011 |
| Saksbehandler: | Direktør for medisin og helsefag |
| Utrykt vedlegg: | UiOs tilbud om framleie av forskningslokaler i tilbygg til Domus Medica, Gaustad. |

SAK 16/2011

**BESLUTNINGSSAK:
LEIE AV FORSKNINGSAREAL AV
UNIVERSITETET I OSLO I TILBYGG TIL DOMUS
MEDICA, GAUSTAD**

Forslag til vedtak

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå leiekontrakt med Universitetet i Oslo om ca 1.900 kvm i tilbygget til Domus Medica på Gaustad for 5 år (med opsjon på 5+5+5 år) og oppsigelsesklausul i leieperioden.

Styret forutsetter at det utarbeides klare kriterier for tildeling av plass til forskningsgrupper i det aktuelle arealet.

Styret legger til grunn at brukerne selv bidrar i vesentlig grad til finansiering av utstyr og drift inkludert leiekostnader.

Styret ber om å bli orientert om den samlede bruk av arealer til forskning og undervisning når slik oversikt foreligger.

Oslo, den 9. februar 2011

Siri Hatlen

1. Sammendrag

Statsbygg påbegynte juni 2010 et 10 860 kvm. stort tilbygg til Domus Medica (Universitetet i Oslo) på Gaustad. Tilbygget er beregnet å være innflyttingsklart høsten 2012. Det vil da inneholde bl.a. en moderne dyreavdeling, undervisningsfløy med auditorium og en laboratoriefløy med høyspesialiserte laboratorier over to etasjer. Plan 2 i laboratoriefløyen tilbys Oslo universitetssykehus HF på framleie fra Universitetet i Oslo (heretter universitetet). Bygget er et første byggetrinn i universitetets Life Science-satsning i Gaustad-området og vil være et vesentlig strategisk bidrag til infrastruktur og laboratoriearealer for Life Science-forskningen ved universitetet og Oslo universitetssykehus HF.

I samsvar med Oslo universitetssykehus HF sin forskningsstrategi har flere tunge forskningsmiljøer hatt en markert vekst over de senere årene. En gjennomgang har vist en prekær arealsituasjon for flere av forskningsgruppene. Dette aksentueres av fortetting mot Dag 4. Oslo universitetssykehus HF sine forpliktelser som vertsinstusjon eller hovedsamarbeidspartner til å stille forskningsarealer til disposisjon er en forutsetning for de fleste søknader om eksterne forskningsmidler.

Det planlagte tilbygget vil representere en samhandlingsarena for translasjonsforskning som vil gi synergieffekter mellom universitet og sykehus i tråd med Stortingets daværende forutsetninger for lokalisering av Rikshospitalet i tilslutning til Det medisinske fakultets forsknings- og undervisningsarealer på Gaustad.

2. Tidligere vedtak i saken

Styret ved universitetet vedtok 15. mars 2005 å starte prosjektering av tilbygget til Domus Medica på Gaustad. Tilbygget skulle bl.a. dekke behovet ved økt opptak av medisinerstudenter, lokaler til forskerutdanningen ved Det medisinske fakultet, utvidelse av dyreavdelingen i Domus Medica og laboratorier og kontorer for Centre for Molecular Biology and Neuroscience (CMBN) hvor Oslo universitetssykehus HF og universitetet er konsortiepartner.

Universitetet henvendte seg til Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF med tilbud om å leie arealer i tilbygget til Domus Medica. På denne bakgrunn gjorde styret i Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF (styresak 14/2005) følgende vedtak:

Styret ber administrerende direktør om å utarbeide en intensjonsavtale mellom Rikshospitalet-Radiumhospitalet og Universitetet i Oslo om leie av lokaler til senteret i et nytt bygg ved Domus Medica.

Styret forutsetter at leiekostnaden i det nye bygget ikke er høyere enn markedspris for tilsvarende lokaler i området. Det forutsettes også at det nye bygget inkluderer nødvendig parkeringskapasitet.

Styret forutsetter videre at det i inngåelsen av intensjonsavtalen må relateres til helseforetakets økonomiske situasjon og innpasses innenfor budsjetttrammene.

Forslag til intensjonsavtale ble utarbeidet, men ikke inngått.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Forskningsarealene i tilbygget til Domus Medica er designet for høyspesialisert og teknologikrevende laboratorieforskning innen Life Science og molekylærbiologisk arbeid. Arealene er utformet for å være fleksible og velegnet for ulike forskningsgrupper over tid.

I Forskningsstrategi 2011-2015 for Oslo universitetssykehus HF heter det: ”*Oslo universitetssykehus vil aktivt utvikle egnede og moderne forskningsarealer som et strategisk virkemiddel for å fremme god forskning.*”

Moderne medisinsk og helsefaglig forskning er i økende grad tverrfaglig og krever stadig nye typer samarbeidskonstellasjoner. God tilrettelegging av forskningsarealer er en forutsetning for å fremme slikt samarbeid, ikke minst mellom laboratoriebasert og klinisk forskning. Forskningsarealer i samarbeid med universitetet legger til rette for felles tilgang til kostbar infrastruktur og styrkede forskningsmiljøer ved at forskningsgrupper fra begge organisasjonene kan samlokaliseres.

Det er to år igjen til bygget kan tas i bruk. Før den tid er det behov for en bred prosess for å identifisere hvilke forskningsgrupper som vil være best egnet og gi mest nytte ved samlokalisering med det aktuelle forskningsmiljøet ved universitetet.

Det bes om at administrerende direktør fremforhandler og inngår leiekontrakt for 5 år som er innenfor gjeldende fullmakt. Det legges opp til opsjon om ytterligere leie for 5+5+5 år. En vil i forhandlingene med Universitetet sikre oppsigelsesklausul i leietiden.

4. Faktabeskrivelse

Life Science er en paraplybetegnelse som omfatter forskning på biologiske prosesser og fenomener i hele sin bredde. Det dreier seg om molekylære og cellulære prosesser som de biokjemiske byggesteiner skaper, og studier av mikroorganismer, dyr, planter og menneske innen biologi, medisin og odontologi. Navnet understreker sammenhengen vi i dag vet at finnes gjennom hele dette brede feltet. Flere større satsinger ved universitetet og Oslo universitetssykehus HF faller inn under Life Science-begrepet, herunder sentre for fremragende forskning.

Samlokalisering av Rikshospitalet og universitetet

En helt sentral forutsetning da Stortinget besluttet å legge nytt rikshospital til Gaustad var mulighetene ved en samlokalisering med universitetets og Det medisinske fakultets forsknings- og undervisningsarealer. Det ble lagt til grunn en forutsetning om nye interaksjoner og synergieffekter i frontlinjeforskningen. At forskningen ble lagt så pasientnært la blant annet grunnlag for at resultatene kunne komme pasientene til gode på et tidlig stadium.

I tiåret etter innflytting på Gaustad har Oslo universitetssykehus HF samlet og også nyrekruttert store forskergrupper som både har produsert store volumer forskning, men også vist seg svært egnede i konkurransen om eksterne

forskningsmidler, slik som forskningsstøtte fra EU, Norges forskningsråd, Helse Sør-Øst RHF og en rekke andre institusjoner, stiftelser og privatpersoner. Forskningsmiljøene har vokst fram i en sømløs organisasjon felles for universitetsansatte og ansatte ved Oslo universitetssykehus HF.

I tråd med sine forpliktelser som vertsinstitusjon og hovedsamarbeidspart overfor sentre og forskningsgrupper har Oslo universitetssykehus HF i samarbeid med universitetet lagt til rette for forskningsarealer innenfor de begrensninger som det kompakte sykehusanlegget på Gaustad har gitt. Forskningsmiljøer, som CMBN, har gitt uttrykk for at de er meget fornøyd med Oslo universitetssykehus HF som hovedpartner i satsingen, men at det er særdeles trangt. For å kartlegge arealsituasjonen nedsatte administrerende direktør 20. desember 2010 et utvalg hvor universitetet var representert både på vitenskapelig og administrativt hold. Gjennomgangen av arealsituasjonen for de to SFF lokalisert til Gaustad, sentre for forskningsbasert innovasjon (SFI'er) og øvrige forskningsmiljøer som mottar store eksterne forskningsmidler fra Norges forskningsråd eller andre avdekket en uttalt trangboddhet der forskningsmiljøer ikke ser seg i stand til starte opp nye forskningsprosjekter grunnet mangel på forskningsareal.

Eksempler på forskningsmiljøer som er særlig aktuelle for lokalisering i nybygget

Flere aktuelle forskningsmiljøer har behov for mer/andre arealer, både av faglige og HMS-messige hensyn. Blant de mest aktuelle miljøer, som hittil er identifisert, er følgende:

- SFF Centre for Molecular Biology and Neuroscience (CMBN): Siden innflytting i 2003 har denne delen av CMBN-forskergruppen vokst fra 42 til 106 personer, hvorav 85 pst. er ansatt i Oslo universitetssykehus HF. Arealssituasjonen anses som meget prekær. Forskningsrådets finansiering av CMBN fases ut i 2012, men mange av de impliserte forskningsgruppene finansieres videre gjennom andre omfattende eksterne bevilgninger. Grunnet dagens uheldige fortetning av forskningsvirksomheten er det ikke avklart hvilke arealer som eventuelt kan frigjøres ved flytting av CMBN-grupper til nybygget.
- SFF, Centre for Immune Regulation (CIR): Gruppen fikk sin SFF-status i desember 2007 og vil ha sju år igjen av sin virketid dersom senteret videreføres etter midtveisevalueringen våren 2011. Hovedregelen for SFF-ordningen er fra Forskningsrådets side samlokalisering av forskergrupper. Ønsket samlokalisering har til nå ikke latt seg realisere. Senteret har høy produktivitet med stor andel ekstern finansiering, herunder omfattende EU-støtte.
- Eventuelle nye SFF: Det vil våren 2011 bli arbeidet med flere nye søknader om opprettelse av nye SFF, som også kan involvere eksisterende grupperinger innen CMBN. Søknadsfristen er 8. juni 2011, forventet ferdig evaluert ultimo 2012. Søknad, utvelgelse og oppstart vil blant annet avhenge av at Oslo universitetssykehus HF i samarbeid med universitetet kan stille

egnede forskningsarealer til disposisjon.

- SFI: Cancer and Stem Cell Innovation Center (CAST) er et senter for forskningsdrevet innovasjon som i dag leier arealer i Forskningsparken. Årlig husleie er 1,8 millioner kroner.
- Andre forskningsgrupper og større satsinger i Klinikk for diagnostikk og intervensjon, Klinikk for kirurgi og nevrofag og Kvinne- og barneklubben har meldt interesse. Dette er grupper som har en bred kontaktflate mot universitetets forskningsgrupper og som benytter felles teknikker med forskningsgrupper som er aktuelle for nybygget. Gruppene er dels uhensiktsmessig spredt på ulike steder.

Det vil fortsatt pågå en bred og involverende prosess med hensyn til prioritering og arealfordeling mellom grupper. Dette må sees i sammenheng med total arealfordeling til forsknings- og undervisningsformål i Oslo universitetssykehus HF og avtaler om dette med Universitetet i Oslo.

5. Tilbudet om framleie av plan 2 i laboratorieflyen i tilbygget til Domus Medica

Tilbygget til Domus Medica finansieres som et leieprosjekt under Statsbyggs kurantprosjektordning, hvor universitetet står som leietaker av hele tilbygget. I tråd med ovennevnte intensjoner har universitetet tilbudt Oslo universitetssykehus HF framleie av plan 2 eksklusiv et farmasøytisk laboratorium og 50 pst. av seminarrom. I tillegg er 50 pst. av seminarrom i plan 1 tatt med. Dette gir følgende leieareal:

| | |
|-----------------------------|------------------|
| Brutto eksklusivt leieareal | 982 kvm |
| Brutto andel fellesareal | 850 kvm |
| Totalt areal | 1.832 kvm |

Med de krav som stilles til moderne arealer til denne type forskning består de tilbudte arealene av til dels svært kostbar infrastruktur. Med utgangspunkt i arealenes kostnad er, etter gjennomgang med universitetet, leien satt til 2 756 kvm kroner i året. Det gir en årlig leie er på 5,047 millioner kroner. For mer detaljer vises det til tilbud fra universitetet av 27. januar 2011 og tegninger av laboratorieflyen plan 1 og 2 som er uttrykt vedlegg til saken. Beløpet indeksreguleres med 80 pst. av økningen i SSBs totale konsumprisindeks. I tillegg til leie må Oslo universitetssykehus HF betale felleskostnader og dekke egne energikostnader.

Utstyr

Siden tilbygget ikke er finansiert som en ordinær bevilgning over statsbudsjettet, men som et leieprosjekt, er det ikke avsatt egne midler til inventar og utstyr.

Når det gjelder forskningsutstyr inkluderer Statsbyggs prosjekt LAF-laboratoriebenker mens det søkes Nopsyko om annet fastmontert utstyr som vaskemaskiner, autoklaver og lignende. Oslo universitetssykehus HF tar ikke på seg noen forpliktelser for betaling av utstyr ved leie av arealene. Det avanserte forskningstekniske utstyret som er planlagt inn i plan 2 forutsettes enten

medflyttet av de forskningsgrupper som flytter inn i etasjen eller finansiert via eksterne kilder. Målet er å fullfinansiere et estimert utstyrsbehov for plan 2 på 34,4 millioner kroner.

Fra CMBN er det søkt om utstyr til tilbygget til Domus Medica i form av Norges forskningsråds storskala infrastruktur. Søknaden er rangert på topp på Forskningsrådets "Veikart for infrastruktur", hvorav 14 millioner kroner er tilegnet CMBNs plan for å utstyre plan 2.

Når det gjelder innredning med kontormøbler og AV-utstyr for plan 2 i laboratoriefløyen har Nosyko kostnadsberegnet dette slik:

| Romkategori | AV-utstyr | Inventar | Totalt |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|
| Kontor | 89 180 | | 891 800 |
| Møte-/seminarrom | 85 500 | 68 800 | 154 300 |
| Møteplass | 20 000 | | 20 000 |
| Møterom | 422 900 | 256 800 | 679 700 |
| Møte-/pauserom | 6 000 | 68 400 | 74 400 |
| Møte-/fellesrom | 129 700 | 70 000 | 199 700 |
| Seminarrom | 230 100 | 212 800 | 442 900 |
| Totalt | 874 200 | 1 588 000 | 2 462 800 |

Kostnadsberegning utført av Nosyko for innredning (eks. forskningsteknisk utstyr) i NOK eks. MVA

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 17. februar 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Årsplan

SAK 17/2011 ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN

Det legges fram en plan for saker og tema som skal behandles dette året. Planen vil ved endringer oppdateres og forelegges styret.

Forslag til vedtak:

Styret tar årsplan for styresaker til orientering.

Oslo, den 9. februar 2011

Siri Hatlen

Årsplan 2011 for styret – Oslo universitetssykehus universitetssykehus HF

Side 1 av 5

| Styremøte | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|---|---|---|--|
| <p>Torsdag 17. februar</p> <p>Hovedfokus: Økonomi, mål, drift og resultat</p> <p>Styreseminar fra kl. 17.00 – 22.00</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Ledelsens gjennomgang 3 tertial 2010 • Aktivitets- og økonomirapport for desember og året 2010 • Årlig melding • Oppdrag og bestilling 2011 fra Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll • Mål og budsjett 2011 • Omstilling og utvikling: Idefaserapport – utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål sykehus • Salg av eiendom, Kroerveien • Universitetet i Oslo, Domus Medica – leieavtale <p>Tema – seminar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientering om arbeid med utviklingsplan og målbilde dag 5 (2017) – med hovedfokus på å forstå det samlede økonomiske utfordringsbildet mot dag 4 (2013) 2. Evaluering | <ul style="list-style-type: none"> ○ Presentasjon fra Senter for fremragende forskning (SFF) | <ul style="list-style-type: none"> • Aktivitets- og økonomirapport: - januar • ADs orienteringer • Strategi for innovasjon • Strategi for likeverdige helsetjeneste og mangfold • Informasjon om avsluttede byggeprosjekter • Årsplan - styresaker |

Årsplan 2011 for styret – Oslo universitetssykehus universitetssykehus HF

Side 2 av 5

| Styremøte | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|--|--|---|---|
| Torsdag 31. mars Hovedfokus: Omstilling og utvikling Styreseminar fra 16.00 – 22.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Godkjennelse av årsregnskap 2010 • Årsberetning for styret • Revisjonsrapport av lønnsområdet med handlingsplan <p>Tema – seminar: Det økonomiske utfordringsbildet</p> | Utviklingsstrategi 2025 og målbilde for dag 5 Presentasjon av ny leder for Kreftregisteret | <ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapport • ADs orienteringer • Samhandlingsarena på Aker • Strategi for samhandling |
| Styremøte | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
| Torsdag 28. april Hovedfokus: Økonomi, drift og resultat | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Budsjett 2011 • Evaluering av styringsregime | Presentasjon av Brukerrådet Samhandlingsprosjektet – Aker som samhandlingsarena | <ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapport • ADs orienteringer |
| Styremøte | Saker | Temasak | Orienteringssaker |

Årsplan 2011 for styret – Oslo universitetssykehus universitetssykehus HF

Side 3 av 5

| | | | |
|--|---|---|--|
| Torsdag 26. mai Hovedfokus: Omstilling og utvikling | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Budsjett 2011 • Ledelsens gjennomgang 1 tertial | <ul style="list-style-type: none"> ○ Presentasjon – klinikk for spesialisert medisin og kirurgi <p>Utviklingsstrategi 2025 og målbilde for dag 5</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapport • ADs orienteringer • Justert styrets årsplan • Strategi pasientsikkerhet og kvalitet |
| Styremøte | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
| Torsdag 23. juni Hovedfokus: Økonomi, drift og resultat | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Revidert budsjett 2011 • Mål og budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan • Evaluering av styringsregime | <ul style="list-style-type: none"> ○ Presentasjon av Akuttklinikken | <ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapportering • ADs orienteringer |
| Styremøte | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
| 29. september Hovedfokus: Omstilling og utvikling | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Mål og budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan • Årsplan for styret i 2012 | <ul style="list-style-type: none"> ○ Presentasjon av klinikk for diagnostikk og intervensjon <p>Utviklingsstrategi 2025 og målbilde for dag 5</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapportering • ADs orienteringer |

Årsplan 2011 for styret – Oslo universitetssykehus universitetssykehus HF

Side 4 av 5

| | | | |
|--|--|---|---|
| Styreseminar: Kl. 16-22 | | | |
| Styremøte | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
| 27. oktober Hovedfokus: Økonomi, drift og resultat | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Mål og budsjett 2012 • Ledelsens gjennomgang 2 tertial • Evaluering av styringsregime | <ul style="list-style-type: none"> ○ Presentasjon av Oslo sykehusservice | <ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapportering • ADs orienteringer • Forslag til en strategi for Krefregisteret |
| Styremøte | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
| Torsdag 24. november Hovedfokus: Omstilling og utvikling | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Mål og budsjett 2012 | <p>Besøk av styreleder og adm.dir. i Helse Sør-Øst??</p> <p>Utviklingsstrategi 2025 og målbilde for dag 5</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapportering • ADs orienteringer |
| Styremøte | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
| Torsdag 15. desember | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Budsjett 2012 | | <ul style="list-style-type: none"> ○ Økonomi- og aktivitetsrapportering ○ ADs orienteringer |

Årsplan 2011 for styret – Oslo universitetssykehus universitetssykehus HF

Side 5 av 5

| | | | |
|--|---|--|--|
| Hovedfokus Økonomi, drift og resultat | <ul style="list-style-type: none">• Evaluering av styringsregime• Årlig melding 2011 | | <ul style="list-style-type: none">○ Strategi for Kreftregisteret |
|--|---|--|--|

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 17. februar 2011

Saksbehandler: Administrerende direktør

Vedlegg: Oversikt og fortløpende presentasjon av saker og tema som gjelder drift og utvikling

**SAK 18/2011 ORIENTERINGSSAK:
ADMINISTRERENDE DIREKTØRS
ORIENTERINGER**

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 9. februar 2011

Siri Hatlen

Styremøte 17. februar 2011

Administrerende direktørs orienteringer

1. "Rikets tilstand"

Tirsdag 25. januar ble det gjennomført en vellykket N3 ledersamling hvor også tillitsvalgte og brukerrepresentanter var invitert. Hovedtema var målbildet for Dag 5 (2017) og strategisk utviklingsplan 2025. Sjefslege ved Nye Karolinska Solna Annelie Lijegren holdt foredrag om den langvarige fusjonsprosessen og rammebetingelser for vedtatt nybygg. Storledergruppen som også inkluderer klinikkenes nestledere, tillitsvalgte og brukerrepresentanter besøker nåværende ledelse ved Karolinska og prosjektledelse ved Nye Karolinska Solna samt universitetsrepresentanter i Stockholm 10. og 11. februar for dialog og erfaringsutveksling. Ledelsen har en ambisjon om et videre samarbeid med Karolinska som deler mange av de samme utfordringer og muligheter som Oslo universitetssykehus er midt oppe i, og en ønsker også et tettere langsiktig samarbeid innen fag og forskning.

2. Drift

- **Overføring til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken**

Overføringen ble de første to- tre uker fulgt tett i daglige møter med bred deltakelse fra berørte klinikker, sentrale operative ledere både innen prehospitaltjenester, akuttmottakene ved Aker og Ullevål, IKT m.fl. Det var også daglig kontakt med Akershus universitetssykehus for status drift inkl avvik knyttet til overføringsprosessen. Overføring til Akershus universitetssykehus av øyeblikkelig hjelp både innen psykisk helse og somatikk har gått som planlagt. Beredskapsplaner har fungert. Hendelser og avvik ble meldt og fulgt fortløpende, og ble løst umiddelbart.

Det var uvanlig stor pågang av innleggelser første uke i 2011 ved Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og øvrige foretak på Østlandet. Den økte pågangen har ikke vært relatert til overføringen av oppgaver og nye opptaksområder, men skyldtes vær og virus.

En risikoanalyse i forkant av overføringen indikerte at ambulansetjenesten kunne få kapasitetsproblemer som følge av endret transportmønster. Dette er kompensert ved ekstra ambulanser. Økt pågang skyldtes flere innleggelser eller utskrivelser (sesong-årsak), flere transporter mellom Aker og Ullevål, og lengre kjøreavstand og tid per oppdrag (nye opptaksområder).

Overføring av dokumentasjon er gjennomført som planlagt. Det pågår noe rydding og kvalitetssikring i pasientadministrativt system for å sikre at ventelister eller timeavtaler ikke er falt ut i overføringen. Det er iverksatt tiltak for å øke kapasiteten på billedoverføring mellom Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus.

Overføring av pediatri (store barn) og nevrologi øyeblikkelig hjelp til Vestre Viken HF gikk som planlagt 1. januar 2011. Neste fagområde som flyttes er elektiv nevrologi (henvisninger, dagbehandling og poliklinikk) og Øre- nese og hals fra 1. april. Mammascreeing, oppfølgingskonsultasjoner, kirurgi og medikamentell behandling overføres 1. juli. Vestre Viken har meldt at overføring av Øye og små barn er forsinket.

- **Drift på Aker 2011 – 2012**

Gjennom ”Prosjekt Drift på Aker 2011 – 2012” hadde klinikkene planlagt tilpasning av øyeblikkelig hjelp, akuttkirurgisk og elektiv restvirksomhet etter overføringen til Akershus universitetssykehus HF. Somatisk øyeblikkelig hjelp pasienter på Aker er omtrent halvparten av snittet i januar 2010 (43 til 22). På Ullevål var tilsvarende tall 57 pasienter per døgn i januar 2010 og 48 pasienter i døgnet i siste halvdel av januar 2011.

Fra overføringstidspunktet har Medisinsk klinikk redusert sengekapasiteten på Aker betydelig, fra 124 senger i 2010 vil sengekapasiteten den 31. januar 2011 være redusert til 55 senger. Det er åpnet en generell indremedisinsk post på Aker i 2011. De kirurgiske fagområdene gastrokirurgi, ortopedi og urologi har redusert sin aktivitet og konsentrert behandlingstilbudet til dedikerte sengeområder som planlagt. Disse fagområdene har nå redusert sengetallet med 19 senger til sammen. Helse Sør-Øst har besluttet å etablere et regionalt karkirurgisk senter i Oslo universitetssykehus. Inntil funksjonsfordeling i foretaksgruppen er avklart, fortsetter virksomheten ved Aker med samme sengetall som før. Postoperativ- og Intensivkapasitet er redusert fra 10 til 6,5 senger og Medisinsk overvåkning fra 6 til 2 senger.

Til sammen er sengetallet ved Aker sykehus redusert fra 292 til 188 senger. Driften ved Aker følges videre gjennom Koordineringsgruppen for drift Aker sykehus.

- **Administrerende direktørs kvalitetsutvalg**

Oslo universitetssykehus har høye ambisjoner for pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid. For å understøtte dette ledelsesmessig har administrerende direktør opprettet et utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet. Utvalget ses i sammenheng med de klinikkvise kvalitetsutvalgene (ref. lov om spesialisthelsetjenesten, opprettelse av kvalitetsutvalg) og som ledd i den internkontroll sykehuset er pliktig til å føre i henhold til § 3 i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Utvalget skal være rådgivende til administrerende direktør med fokus på kvalitet, læring og systematisk forbedringsarbeid og skal være et strategisk virkemiddel i sykehusets arbeid med å fremme sikkerhet og kvalitet på sykehusets tjenester.

Det har vært en målsetning å få en litt ”utradisjonell sammensetning av kvalitetsutvalget”. I tillegg til representanter fra internkontroll, IKT-sikkerhet, sykehushygiene, medisin og helsefag, har en søkt etter kliniske representanter (ildsjeler) i klinikkene ved publisering via sykehusets intranett og bedt om innmelding av gode kandidater.

- **Møte med Fylkeslegen 8. februar**

Oslo universitetssykehus og Fylkeslegen har avtalt regelmessige kontaktmøter for å sikre kommunikasjon og informasjonsutveksling. Møte hadde som hovedtema bekymringsmelding vedrørende fødetjenesten ved Oslo universitetssykehus, oppfølgingspunkter fra de gjennomførte samtaler med ledere (valgt ut av fylkeslegen) ved Oslo universitetssykehus, status for ”god vakt”, sykehusets erfaringer fra arbeidet med pasientsikkerhet i 2010, informasjon og status om konsekvensene av omorganiseringen (rapporteringer, m.v.), Helsetilsynets orientering om planlagt virksomhetstilsyn ved Oslo universitetssykehus HF i 2011 og Helsetilsynets erfaringer med §3-3 meldinger fra Oslo universitetssykehus. Møtet bar preg av konstruktiv og åpen dialog.

- **Sammenslåing av lavrisikofødetilbudene ved Føderiket og ABC i ABC sine lokaler**

I tråd med føringer fra Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus skal alle klinikker utrede organisatoriske løsninger som ivaretar og bidrar til best mulig pasientbehandling, forskning, fagutvikling og utdanning, samt optimal ressursutnyttelse på tvers av tidligere organisasjon og lokaliseringer. Muligheten for samlokalisering av relevante enheter, og i særdeleshet små

dupliserte funksjoner skal vurderes. Lavrisikoseksjonen for fødetilbudet ved Ous består av to geografisk atskilte enheter, med ca 120 fødsler per år på Føderiket (fra tidligere Rikshospitalet) og ca 600 fødsler på ABC (fra tidligere Ullevål). Ledelsen ved Fødeavdelingen og Kvinne- og barneklubben mener at en samlokalisering kan gi et bedre grunnlag for videre utvikling av fødselsmetoder og omsorg for familien, utdanning av jordmorstudenter og jordmødre, samt styrke forskningen om normal, fysiologisk fødsel. Et samlet fagmiljø for lavrisikofødsler vil lettere kunne utvikle samhandlingsflaten med Oslo kommunes helsestasjoner og andre tilbud for å styrke svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i hjem og nærmiljø. Klinikkleidelsen mener at dette bedre kan ivaretas av en samlet enhet med bredere faglig kompetanse og med et større fødevolum enn særlig Føderiket har i dag (med en fødsel hver 3. dag). Personellressursene knyttet til Føderiket skal gå inn i Fødeavdelingen totalt og styrke det generelle tilbudet til de gravide.

Klinikken ønsker å gjennomføre fusjonen så raskt som mulig, med rimelig hensyn til dem som har planlagt å føde på Føderiket og hensyn til de ansattes situasjon. Det vil være utfordrende å holde tilbudet åpent gjennom sommerferieperioden, og sammenslåingen bør derfor skje før 1.juli. Klinikkleidelsen har innkalt til drøftingsmøte med tillitsvalgte 14. februar og vil fremme vedtakssak etter dette.

3. Klinisk arbeidsflate

Det vil bli gitt en muntlig orientering om status direkte i styremøtet.

Administrerende direktør har i tiden siden siste styremøte sikret tett oppfølging av KA-prosjektet og forholdet til leverandøren. I tråd med anbefalinger fra Gartner Group har man gjennomført endringer:

- Ny intern styringsstruktur er definert og konstituert
- Prosjektledelse/prosjektadministrasjon er ytterligere styrket med ekstern kompetanse
- Det er gjennomført en analyse av hele KA-prosjektet med tanke på å identifisere nødvendige operative endringer i prosjektet
- Det er etablert et forhandlingsteam og første forhandlingsmøte avholdes 11.02

4. Saker fra Konsernrevisjon

Det ble avholdt møte mellom administrerende direktør, direktør kvalitet og representanter fra Helse Sør-Øst konsernrevisjon 4. februar.

- **Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis**

Internrevisjon i Helse Sør-Øst RHF har varslet oppstart av et felles nasjonalt internrevisjonsprosjekt om medisinsk kodepraksis i helseforetakene. Revisjonen er initiert av Helsedirektoratet. Hensikten er å avklare om det er gode holdninger til og kunnskap om kodearbeidet som gir rimelig sikkerhet for riktig koding.

Vedlegg: Brev datert 02.02.2011 fra Internrevisjonen i alle fire helseforetak.

- **Revisjon av lønnsområdet**

Revisjonsrapport av lønnsområdet ble mottatt 3.2.2011 fra Konsernrevisjonen Sør-Øst HF. Revisjonen ble anmodet om av Oslo universitetssykehus HF sommeren 2010. Formålet med revisjonen var å kartlegge og vurdere intern styring og kontroll i lønnsprosessene for Oslo universitetssykehus HF og Sykehuspartners tjenesteleveranser i lønnsprosessene. Hensikten var å bekrefte om det er etablert tilfredsstillende styrings- og kontrolltiltak i lønnsprosessene som

sikrer korrekt registrering, beregning, bokføring, utbetaling og rapportering av lønn til ansatte i Oslo universitetssykehus HF.

Revisjonsrapporten skal gjennomgå i Oslo universitetssykehus HF og på bakgrunn av funn vil det utarbeides handlingsplan. Rapporten og handlingsplanen vil legges fram for styre i egen sak i mars 2011.

5. Organisering og utvikling

• **Klinikk redesign**

Prosjektet har pågått høsten 2010. Arbeidet har vært omfattende og krevende for klinikkene og foregått parallelt med andre store prosjekter som felles kliniske informasjonssystemer (Dag 2) og overføring til Ahus og Vestre Viken (Dag 3). Prosjekt redesign har vært godt forankret i fagmiljøene i de enkelte avdelingene og flere klinikker trekker frem at arbeidet har vært positivt og kulturbyggende på tvers av enheter og lokalisasjoner. Alle klinikker har levert sine rapporter etter plan. De planer som er lagt frem fra klinikkene er så langt ikke tilstrekkelige til å sikre en drift i økonomisk balanse ved Dag 4. Dette må sees i sammenheng med pågående budsjettarbeid. Mange klinikker har foreslått endringer i tråd med vedtak 108/2008 som samler tilbud til ett sted og som i større grad enn tidligere samler lands- og regionsykehusfunksjoner til Rikshospitalet og lokal/områdesykehusfunksjoner til Ullevål. Det videre arbeidet med tilpasninger i virksomheten mot Dag 4 følges opp i oppdraget til den enkelte klinikk gjennom 2011 og 2012, og ansvaret er derved som planlagt overført til linjen.

Arbeidet vil bli videreført også i tverrgående prosjekter for å legge til rette for bedre styring og prioritering av kostnadskrevende fellesressurser som mottak, intensiv, postoperativ, radiologi, patologi. Hensikten er å finne frem til løsninger som kan gi raskere diagnostikk og bedre forutsigbarhet i pasientforløpene og som igjen vil kunne gi kortere ventetid, liggetid og bedre utnyttelse av personell og utstyr. Disse prosjektene er planlagt igangsatt tidlig mars.

• **Prinsipper for innplassering**

De samlede krav som følger av nye økonomiske rammer fra 2011 innebærer at det må gjennomføres bemanningstilpasninger. Omfanget og tidsplanene vil variere mellom klinikkene. Innplasseringsprosessene som skal gjennomføres er krevende, og samtidighet i endelig innplassering i gjennomgående stillinger må sikres. Det har vært gjennomført en bred prosess med de tillitsvalgte for å supplere og utdype eksisterende retningslinje for omstilling og bemanningstilpasninger ved Oslo universitetssykehus. Prinsippene som er fastsatt skal sikre en praktisk gjennomføring av innplasseringsprosessene og saklig utvelgelse i og på tvers av enheter og det er enighet om disse. Det er etablert sikkerhetsmekanismer i forhold til håndtering av de tverrgående innplasseringsprosessene, blant annet ved at foreløpig innplassering skal vurderes på tvers av klinikkene. Ansvaret ligger i linjen med støtte av HR. Det er etablert juridiske team bestående av interne jurister og eksterne advokater som skal kvalitetssikre at prosessen og utvelgelsen gjennomføres i tråd med lov- og avtaleverk. Støtte og veiledning fra de juridiske teamene vil være vesentlig og obligatorisk for klinikkene i innplasseringsprosessene. Medisin- og helsefag vil bidra i prosessen for å sikre at hensynet til forsvarlig drift blir ivarettatt. Prosessen er lagt opp slik at det sikrer medvirkning og involvering av tillitsvalgte i alle ledd. Det henvises til uttrykt vedlegg.

4. Samarbeid med eksterne

- **Møte med Helse Sør-Øst RHF og de private sykehusene i Oslo 15.12.2010.**

Helse Sør-Øst RHF hadde innkalt Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus til møte på bakgrunn av felles svarbrev fra disse av 29.07.2010 vedr oppgave og funksjonsdeling i sykehusområde Oslo. Brevet var svar på brev fra Helse Sør-Øst RHF av 18.09.2009 hvor sykehusene i sykehusområde Oslo ble bedt om å gjennomgå oppgave- og funksjonsdeling innen eget sykehusområde. Formålet med møtet var et ønske om å skape størst mulig grad av forutsigbarhet knyttet til endringsprosesser i sykehusområde Oslo og avklare enkelte vilkår for det videre arbeidet. Oslo universitetssykehus avventer beslutninger om videre oppfølging i form av brev fra Helse Sør-Øst RHF.

- **Oslo kommune: etablering av storbylegevakt – tomt på Ullevål**

Oslo kommune har vedtatt etablering av en storbylegevakt i nær tilknytning til Ullevål sykehus. Kommunen har vurdert tomten som ligger på baksiden av sykehusets hovedkjøkken og sentrallager som interessant. (Tomten har en størrelse på ca 9.750 kvm). I nærliggende bebyggelse er det etablert en kulvert mot hovedkomplekset på Ullevål sykehus hvor de viktigste akuttfunksjonene er samlet. Det anses som mulig å forlenge denne kulverten, slik at det kan etableres ”innendørs” transportvei for pasienter og personale. Sykehuset har i brev datert 01.02.2011 stilt seg positiv til kommunens ønske vedr tomt og invitert til videre dialog.

Vedlegg: Brev til Oslo kommune datert 01.02.2011 (utrykt)

- **Redegjørelse fra Oslo universitetssykehus om status for samarbeidet med Oslo kommune vedrørende Samhandlingsarena Aker**

Oslo universitetssykehus HF har fulgt opp beslutning i foretaksmøte 24.11.2011 om å redegjøre for samarbeidet om planlegging og konkretisering av de framtidige tjenestene ved Aker sykehus. Det henvises for øvrig til protokoll fra foretaksmøte 03.02.2011 der det er gitt ny frist til 1. mars til partene for en ytterligere konkretisering av felles tiltak.

Vedlegg: Brev datert 18.01.2011 med oversendelsesbrev fra HSØ til HOD datert 20.01.2011

- **Møte med Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF 7. februar**

Ref punkt over. Det ble avholdt møte mellom Oslo kommune, Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus 7. februar.

I møtet ble det presisert at de øvrige sykehusene i området forventes å bidra inn i samhandlingsarenaen. Oslo kommune og Oslo universitetssykehus har fått svarfrist til 25.februar for oversendelse av felles innspill til Helse Sør-Øst RHF.

Arbeidet med utvikling av en samhandlingsarena på Aker videreføres i tett dialog med kommunen og de andre sykehusene vil bli invitert inn i arbeidet. Det ble også diskutert videre framdrift for mandat og prosjektorganisering, hvilke oppgaver som kan tenkes lagt til Aker på kort og lang sikt fra de ulike samarbeidende parter, mulig bruk av arealer og tidspunkt for tilgjengelig, og de økonomiske rammebetingelser en vil stå overfor på lengre sikt.

- **Avtale om samarbeid om rehabiliteringstjenester mellom Oslo universitetssykehus HF og Sunnaas HF.**

Det vises til Helse Sør-Øst RHF styrevedtak, 108/2008 og 44/2010 vedr. regional strategi for rehabilitering. Med bakgrunn i disse vedtak har Oslo universitetssykehus HF og Sunnaas HF besluttet å inngå ovennevnte samarbeidsavtale. Det foreligger nå et utkast til avtale, som partene i

all hovedsak er enige om.

Oslo universitetssykehus HF gjør i prinsippet avtale med Sunnaas HF på vegne av hele sykehusområdet. De private ideelle sykehusene vil derfor bli orientert og konsultert før avtalen inngås.

5. Avtaler ad. eiendom

- **Leieavtalen mellom Innovasjonssenteret Komplementar AS og Oslo universitetssykehus HF i Forskningeveien 2 (RB)**

I styremøte 23.06.2010 sak 90/2010 ble følgende vedtak fattet:

1. *Styret tar redegjørelsen om behovet for samlokalisering av systemavhengige administrative enheter til orientering.*
2. *Styret tar til orientering at administrerende direktør vil innlede forhandlinger med eier av Forskningsveien 2 med sikte på å utvide leide lokaler.*
3. *Administrerende direktør gis fullmakt til i samråd med styreleder å inngå ny utvidet leieavtale dersom det oppnås enighet om en tilfredsstillende avtale.*
4. *Styret bes om å bli orientert om saken.*

Det er nå fremforhandlet og underskrevet en leieavtale om lokaler i Forskningsveien 2.

Helseforetaket har nå startet samlokaliseringen av systemavhengige administrative enheter.

Leieavtalen har en varighet på 5 år med opsjon på forlengelse i ytterligere 5 +5 år.

- **Leieavtale mellom Kreftregisteret og Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark AS**

I styremøte 23.06.2010 (sak 95/2010) vedtok styret:

Styret gir administrerende direktør sammen med styreleder fullmakt til å inngå ny leieavtale sammen med Kreftregisteret etter nærmere avklaring med Helse Sør-Øst RHF.

Det forhold at eksisterende leiekontrakt for Kreftregisteret utløper 31.10.2012 og Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark AS' planer om oppføring av bygg i Ullernchausseen, har gitt en anledning til å kunne samlokalisere Kreftregisteret med de viktigste kreftforskningssmiljøene i Oslo området. Forslag til leieavtale fulgte saken som uttrykt vedlegg. Administrerende direktør besluttet videre en ny gjennomgang av utkast til leieavtale med behandling i styret for Kreftregisteret. Styret ble informert om beslutningen i styremøte 28.10.2010 (sak 130/2010) og tok saken til orientering.

Kreftregisterets styreleder nedsatte et styreutvalg bestående av styremedlemmene Gro Seim og Harald Arnkværn som fikk i oppgave å gjennomgå og reforhandle avtaleutkastet i samarbeid med administrasjonen i Kreftregisteret. Utvalget utarbeidet et notat med følgende konklusjon:

Vi anbefaler at leieavtale for Kreftregisterets nye lokaler i OCCI blir inngått i det vesentlige i samsvar med det reviderte utkast til leieavtale som nå foreligger.

Kreftregisterets styre behandlet saken i møte 08.12.2010 og vedtok:

Styret i Kreftregisteret anbefaler at det inngås kontrakt mellom Kreftregisteret, Institutt for populasjonsbasert kreftforskning, Oslo universitetssykehus (Leietaker) og Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark AS (OCCI) (Utleier) om leie av lokaler i samsvar med det fremlagte forslaget under forutsetning av at det inntas en klausul i kontrakten om at dersom andre leietakere får lavere leie enn Kreftregisteret, skal dette også gjøres gjeldende for Kreftregisteret.

Reforhandlet avtale omhandlet redusert leieperiode (fra 10 til 5 år), leieprisgaranti som beskrevet ovenfor og større vedlikeholdsplikt for utleier.

Oslo universitetssykehus styre ble i styremøte 08.12.2010 orientert muntlig om saksbehandlingen i Kreftregisteret.

Kreftregisterets arealbehov antas å øke fremover i sammenheng med at registeret er blitt tildelt utvidete oppgaver i forbindelse med etablering av nye organrelaterte kvalitetsregistre. Det er muligheter for

utvidelse av leiearealet dersom det skulle oppstå behov.

Administrerende direktør har fullmakt til å inngå leieavtaler med inntil 5 års varighet og avtalen er planlagt signert i etterkant av styremøtet 17.2.

- **Orientering status for salg av tomter i Bærum Kommune: Lindelia 41 – 51 og Vallerveien 146 i Bærum – salg og konsekvenser av reguleringsplan**

Sykehuset solgte personalboligene tilknyttet Statens senter for epilepsi, Lindelia 41-51 og Vallerveien 146 i Bærum kommune i 2008 for kr. 56,5 millioner. I forbindelse med salget ble det søkt om fradeling av tomtene fra sykehusets hovedeiendom.

Bærum kommune utstedte et midlertidig bygge- og deleforbud og igangsatte arbeid for å omregulere områdene til offentlig formål.

Sykehuset har gitt innspill til reguleringsarbeidet med anmodning om regulering til ”bolig med service”, men Bærum kommune vedtok likevel regulering til offentlig formål ved behandling i Kommunestyret den 25. januar i år.

Sykehuset vil vurdere hvilke muligheter som finnes i lys av reguleringsvedtaket, både i forhold til de inngåtte kjøpekontrakter for eiendommene og i forhold til Bærum kommune. På bakgrunn av ovenstående gjennomgang vil avtalen med kjøper derfor ikke kunne gjennomføres

6. Rettssaker

- **Tvistesak – ansatt ad. overføring til Ahus**

Leder for Fagforbundet på Aker ble virksomhetsoverdratt til Ahus HF pr 1. januar 2011 fordi hans underliggende ansettelsesforhold var knyttet til alderspsykiatri på Gaustad. Han ønsket ikke å bli virksomhetsoverdratt og begjærte 28. desember 2010 midlertidig forføyning med krav om fortsatt ansettelse i OUS. Dette for å få en midlertidig avgjørelse i forhold til om

virksomhetsoverføringen var lovlig i påvente at en bindende avgjørelse av hovedtvisten.

Det ble holdt to dagers hovedforhandling med 5 vitner. Oslo byfogd avviste begjæringen ved kjennelse av 28. januar 2011 og Oslo universitetssykehus ble i tillegg tilkjent saksomkostninger. Kjennelsen kan påankes til lagmannsretten innen en måned.

Oslo universitetssykehus har ennå ikke mottatt stevning i tilknytning til et eventuelt hovedsøksmål om at virksomhetsoverdragelsen av han var rettsstridig.

- **Tvistesak angående forståelse av arbeidskontrakt**

Det vises til tidligere informasjon gitt styret (bl.a. sak 130/2010, styremøte 28.10.2010).

Sykehuset har per 20. januar 2011 mottatt stevning.

Saken gjelder krav i henhold til arbeidsavtale.

- **Tvistesak mellom Oslo universitetssykehus HF og NSF**

Styret har tidligere blitt informert per mail om at sykehuset anket tvistesaken til Høyesterett.

På bakgrunn av gjennomføring av en sommerturnus på Gastrokirurgen ved Ullevål i 2006, uten at tillitsvalgte hadde signert avtale, reiste NSF (ved stevning av 9. juni 2009), sak med krav om full overtidbetaling.

NSF anførte at manglende signatur fra tillitsvalgte gjorde at arbeidsgiver ikke hadde grunnlag for å gjennomsnittsberegne arbeidstiden. Oslo universitetssykehus HF anførte på sin side at arbeidsavtalens ordlyd, de ansattes innspill til ønsketurnus samt eksistensen av timebanksystemet utgjør et tilstrekkelig grunnlag for gjennomsnittsberegning og subsidiært at det ikke skal foretas dobbeltbetaling, da de ansatte allerede har fått sin grunnlønn for de timer som det er arbeidet.

Oslo universitetssykehus HF tapte både for Tingretten og Lagmannsretten. Oslo universitetssykehus HF valgte å anke saken til Høyesterett da den ble vurdert som prinsipielt viktig for virksomheten og med praktiske og økonomiske implikasjoner.

Høyesteretts ankeutvalg har den 27. januar d.å. besluttet at sykehusets anke ikke tillates fremmet. Ankeutvalget begrunner beslutningen i betydning utenfor den foreliggende sak. Lagmannsrettens dom i saken blir dermed stående som endelig og rettskraftig dom i saken.

7. Media/eksterne besøk

- **Serie på TV2 om transplantasjoner**

Nordisk film har i samarbeid med Oslo universitetssykehus laget en dokumentarserie om organtransplantasjon og første episode av "Livet på vent" ble vist på TV2 26. januar 2011. Bakgrunnen for serien er å vise livshistorien til barn/ungdom og voksne som venter på organer, deres og familiens forhåpninger, forventninger, skuffelser og gleder. Serien viser også det store apparat som kreves for å gjennomføre organtransplantasjoner. Du følger historien til 15 personer gjennom åtte episoder. Serien går onsdager kl. 21.40.

Serien er laget i tett samarbeid med fagmiljøene i Oslo universitetssykehus. Nordisk film har fulgt pasientene hjemme, når de går til kontroller, når de kommer til sykehuset for transplantasjon og i tiden etter inngrepet.

- **Besøk av statsminister og statsråd (ablasjoner, nyfødtscreening, Radiumhospitalet og ny PET skanner på Ullevål)**

Kvinne- og barneklirikken fikk besøk av statsministeren og helse- og omsorgsminister i forbindelse med at regjeringen vil utvide tilbudet om nyfødtscreening fra to til 23 sjeldne arvelige sykdommer. Jens Stoltenberg og Anne-Grete Strøm-Erichsen møtte nybakte foreldre med 3 dager gamle Julia og fikk også være med da det ble tatt blodprøve for nyfødtscreening av barnet. Blodprøvene fra nyfødte i hele landet sendes til Oslo universitetssykehus for analysing.

Åpningen av det nye ablasjonssenteret ved Oslo universitetssykehus er et resultat av god planlegging og engasjement fra ledelse og fagmiljøene, ved både Rikshospitalet og Ullevål sykehus, for å utvikle og sikre robuste og effektive enheter med høy kvalitet.

Helseminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen foretok den offisielle åpningen av senteret, og uttrykte tilfredshet med at kapasiteten på behandling av hjerteflimmer nå øker betraktelig.

Formålet med å samle ablasjonsbehandlingen på sykehuset er å bedre kvaliteten på denne typen behandling, ved å slå sammen to små og sårbare miljøer. Det er per i dag omkring 350 pasienter med hjerteflimmer som står på venteliste for ablasjonsbehandling ved Oslo universitetssykehus. Målet for det nye ablasjonssenteret ved Oslo universitetssykehus er å redusere antall pasienter som står på venteliste og øke forskningen på hjerteflimmer. Helseministeren uttrykte store forventninger til det forsterkede miljøet som er etablert på sykehuset. Totalt er staben på det nye senteret rundt 30 medarbeidere. De kommer fra de to tidligere laboratoriene ved Rikshospitalet og Ullevål, i tillegg til noen nyansettelser. Senteret vil ta imot pasienter fra hele Helse Sør-Øst, og åpner for full drift fra og med 1. februar 2011.

9. februar besøkte statsminister og helseminister klinikk for kreft og kirurgi på Radiumhospitalet på kort varsel. Klinikkleder orienterte om kvalitet og resultater av behandlingen ved Oslo universitetssykehus og gjestene fikk møte pasient under behandling ved strålemaskin.

14. februar vil helseministeren delta på åpningen av ny PET skanner på Kreftsenteret ved Ullevål som er en gave fra Aktiv mot kreft sammen med en privat giver.

- **Påstander om budsjettkutt i Senter for rus og avhengighetsbehandling**

Mandag 7. februar kom det flere henvendelse fra media i forbindelse med påstander fra tillitsvalgte om budsjettkutt i Senter for rus og avhengighetsbehandling. I vedlagt notat fra klinikkleder Øystein Mæland tilbakevises påstandene, og det dokumenteres et noe økt budsjett for 2011 samtidig med at det gjøres faglige forankrede driftsendringer som medfører reduksjon i senger.

Vedlegg: Notat fra klinikkleder Øystein Mæland datert 07.02.2011 som er videreformidlet til Helse Sør-Øst RHF

- **Dialog med nevrokirurgisk miljø på Rikshospitalet**

2. februar ble det avholdt dialog møte mellom styreleder og administrerende direktør og de overleger fra nevrokirurgisk avdeling som sto bak varsling vedr arbeidsmiljø våren 2009. I tillegg deltok foretakstillitsvalgt og avdelingsleder. Begge parter understreket viktigheten av åpenhet om vanskelige saker og gode varslingsrutiner.

8. Referater

- **Referat fra møte i Brukerrådet 17.01.2011.**

Utrykt vedlegg.

9. Tema i overgang til seminar (presentasjon i møtet)

- Oversikt: hva klinikkene har lykket med i 2010
- Strategisk utviklingsplan og konkretisering av målbilde dag 5

Til: Siri Hatlen
Fra: Øystein Mæland
Dato: 07.02.2011

KOMMENTARER TIL PÅSTANDER FRA TILLITSVALGTE I SENTER FOR RUS- OG AVHENGIGHETSBEHANDLING

Tillitsvalgte i Senter for rus- og avhengighetsbehandling avholdt i dag en pressekonferanse der det bl.a. ble påstått at senteret for 2011 får et budsjettkutt på 30 mill. Dette er helt uten holdepunkter i de faktiske forhold. Senterets budsjett for 2011 er større enn for 2010 (har ikke tilgang til eksakte budsjettall nå på kveldstid). Interne forhold i senteret, så som drift av Rusakuttmottaket og finansiering av LAR-medikamenter, nødvendiggjør imidlertid noen omstillinger som innebærer en reduksjon på 12 avgiftningsplasser. Ledelsen mener prioriteringene er godt faglig begrunnet og fullt forsvarlige.

Bakgrunn

Før Rusreformen i 2004 kunne pasienter i Oslo med alkoholproblematikk henvende seg direkte til Storgata eller Montebello og få plass straks dersom det var en ledig plass. Pasienter med forbruk av illegale stoffer (hovedsakelig heroin) måtte søke om plass til planlagt avgiftning, ventetid kunne være 3-4 måneder. I praksis eksisterte det ikke akutt-plasser for denne pasientgruppen. Det følger av Rusreformen at spesialisthelsetjeneste nå skal sørge for at pasienter får akuttbehandling og avgiftning av god faglig standard, og at dette skjer innenfor rammene av lover, forskrifter og regelverk.

Pasientflyt i akutt og avgiftningsavdelingene i OUS fra sept 2010

Åpning av Rusakuttmottaket (RAM) medførte en omdisponering av akutt- og avgiftningsplassene. I stedet for 65 rene avgiftningsplasser ble det 52 plasser til avgiftning og 13 plasser på Rusakuttmottaket. Det ble samtidig etablert et felles inntaksteam som vurderer alle henvendelser til planlagt avgiftning. Dette sikrer at rettighetsvurderingene av søknad om planlagt avgiftning får en vesentlig bedre kvalitet samt at pasientene prioriteres etter en tverrfaglig vurdering, jfr lov og forskrift. Resultatet er bedre ressursutnyttelse og at langt flere pasienter får rask innleggelse på et riktig avgiftningsstilbud. De positive effektene av dette vil forsterkes når akutt- og avgiftningsstilbudet fra 1.mars blir samlokalisert på Aker-området.

Reduksjon av 12 avgiftningsplasser

Beleggsprosenten på avgiftningsplassene for pasienter med alkoholproblematikk har vært på 60-70% i 2010, for avgiftningsplasser av illegale stoffer var det 95 %. Mange forhold kan bidra til å forklare dette:

- Pasienter som tidligere ville blitt innlagt til avgiftning blir vurdert og eventuelt innlagt RAM, og mange utskrives derfra med andre tiltak enn innleggelse til avgiftning.
- Avgiftningsplassene utbyttes bedre, pasientflyt mellom alle avdelingene i senteret er mer effektiv
- Legevakten og Rusmiddeletaten har hatt spesielt fokus på og tilbud til ”gjengangere” – storforbrukere av legevakt og sosial vaktjeneste. Mange av disse kunne før bli henvist til f.eks Storgata.

Frem til nå har vi tatt i mot pasienter fra hele regionen til avgiftning, både akutt- og elektive innleggelser, uten gjestepasientoppgjør. Når antall avgiftningsplasser reduseres med ytterligere 12, til 40, vil dette selvsagt bli merkbart. I første rekke betyr det at andre sykehus selv må håndtere sine akuttinnleggelser og at vi kun tar i mot elektive innleggelser i forhold til fritt sykehusvalg. Det vil også kreve en effektiv pasientflyt i hele senteret, der det vil kunne oppstå behov for å bruke andre senger i klinikken.

Det er også viktig å opprettholde det nære og gode samarbeidet med Legevakten og med Rusmiddeletaten. Det må være et spesielt fokus på pasienter som trenger avgiftningsplasser for bruk av illegale stoffer.

Differensiering av pasientbehandlingen i TSB

Det har som tidligere nevnt i to år nå vært en omlegging av store deler av virksomheten i Senter for rus og avhengighetsbehandling. Dette for å kunne differensiere tilbudet på en bedre måte, og gi pasientene et mer sammenhengende pasientforløp. I løpet av 2010 ble det etablert flere plasser i andre deler av behandlingstilbudet (korttidsbehandling, langtidsbehandling, intermedierplasser og poliklinisk virksomhet). Senteret behandlet i fjor 400 flere pasienter enn foregående år, og hadde flere fullførte behandlinger. Denne differensieringen er et viktig skritt videre for å få på plass et helhetlig pasienttilbud.

Ledelsen vil følge situasjonen nøye og har beredskap i forhold til å gjenåpne plasser dersom det skulle vise seg å bli kapasitetsproblemer.

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Oslo universitetssykehus HF | |
| 26 JAN 2011 | Saksbeh. STA |
| Saksnr./Døknr. 2010/11862-S | Arkivnr. |

Vår referanse:

08/00045-21

Saksbehandler:

Pål Christian Roland, +47 400 20 339

Deres referanse:

Dato:

19.01.2011

Status for samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune vedrørende Samhandlingsarena Aker

Det vises til foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 11.11.2010 hvor det i vedtakspunkt 5 fremgår følgende:

Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF forutsettes å videreføre et godt og forpliktende samarbeid med Oslo kommune for videre å planlegge og konkretisere de fremtidige tjenestene ved Aker sykehus. Forpliktende plan for fremtidige tjenester ved Aker sykehus skal utvikles i samarbeid med Oslo kommune, og status i arbeidet rapporteres til Helse- og omsorgsdepartementet innen 20. januar 2011.

Oppdragene formidlet til Helse Sør-Øst RHF i foretaksmøte 11.11.2010 ble videreformidlet til Oslo universitetssykehus HF i foretaksmøte 24.11.2010.

Oslo universitetssykehus HF har i et samarbeid med Oslo kommune, som startet på et langt tidligere tidspunkt, arbeidet med utvikling av planer for bruk av Oslo universitetssykehus HF, Aker sykehus etter endringer blant annet i pasientgrunnlag som er gjennomført med virkning fra 01.01.2011. Vedlagt følger redegjørelse fra Oslo universitetssykehus HF om status for samarbeidet med Oslo kommune vedrørende Samhandlingsarena Aker.

Det vises til at det i redegjørelsen fremføres at et senter for samhandling på Aker kan legge til rette for en oppbygning av et halvannenlinjetilbud i kommunehelsetjenesten med bistand fra spesialisthelsetjenesten. (Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus og Sunnaas HF.) Redegjørelsen omtaler mulige tjenesteområder for samhandling som er under prosess. Videre beskrives det i redegjørelsen struktur for og innhold i konkrete samarbeidsprosjekter med Oslo kommune. To konkrete prosjekter som er under planlegging er hhv en døgnavdeling for rehabilitering og et geriatrisk ressurscenter som er planlagt å være del av kommunens tilbud, men som skal drives i nært samarbeid med sykehusene. Disse prosjektene vil bli etablert i løpet av kort tid. Oslo universitetssykehus HF vil gjøre sitt ytterste for å legge til rette for en hurtig etablering av samhandlingsområdene som er prioritert fra Oslo kommunes side. I tillegg til disse to konkrete

Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 11 datterselskap. I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av privateide sykehus, etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.

prosjektene, samarbeides det om utvikling av et akutt/subakutt tilbud til eldre med uklare symptomer.

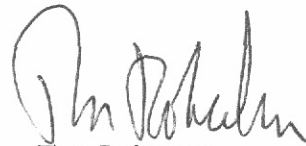
Helse Sør-Øst RHF er av den oppfatning at innretningen av arbeidet og de planer som foreligger p.t. ivaretar oppdraget gitt i foretaksmøtet 11.11.2010, intensjonene i samhandlingsreformen og legger til rette for en god og fremtidsrettet samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten på Aker sykehus.

Helse Sør-Øst RHF vil følge arbeidet tett videre og også medvirke i den grad det er nødvendig med avklaringer av rammebetingelser som går utover helseforetakets myndighetsområde.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Bente Mikkelsen
adm. direktør



Tore Robertsen
direktør styre- og
eieroppfølging

Vedlegg:
1

Kopi til:
Oslo universitetssykehus HF, Postboks 4950 Nydalen, 0424 OSLO
Oslo kommune

Helse Sør-Øst
postboks 404
2303 Hamar

Vår ref.: Deres ref.: Saksbeh.: Dato: 18.01.2011

Redegjørelse fra Oslo universitetssykehus om status for samarbeidet med Oslo kommune vedrørende Samhandlingsarena Aker

Vi viser til foretaksmøtet 24.november der det ble gjort følgende vedtak:

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

Tidligere innspill av 14. september 2010 og mulige tjenesteområder

Foretaksprotokollens angivelse av aktuelle tjenesteområder stemmer i hovedsak med det Oslo universitetssykehus har behandlet tidligere, jfr brev til Helse Sør-Øst datert 14. september 2010 der det bla heter at "Deler av bygningsmassen på Aker vil kunne være godt egnet for helsetjenester som naturlig ligger i grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og kan danne utgangspunkt for et senter for samhandling. Et slikt samhandlingssenter kan dekke alle kommunens bydeler, og derfor vil det være naturlig at dette utvikles i et fellesskap med Oslo kommune, Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF." Det fremføres videre i brevet at "En slik samhandlingsarena kan gi tilbud:

- til pasienter med kroniske lidelser
- innen diabetes, hjerte- og lungelidelser
- til eldre med sammensatte lidelser"

På disse tjenesteområdene kan det legges til rette for ivaretagelse av oppgaver for hele Oslo, i samarbeid mellom Oslo kommune, Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus, Oslo universitetssykehus og Sunnås sykehus. Videre vil Oslo universitetssykehus vurdere om det kan være hensiktsmessig å legge noe av Oslo universitetssykehus' DPS-virksomhet på Aker, hvilket inkluderer poliklinikkvirksomhet innen psykisk helse og avhengighet.



Også Sunnås sykehus vurderer oppgaver det kan være ønskelig å legge til Aker. Sunnås har meldt inn at de ønsker å gå i dialog med Oslo kommune om samarbeid innen rehabilitering av eldre, om utredning av pasienter, om tilbud innen læring og mestring og evt ambulans virksomhet. Sunnås vurderer også å flytte noe av sin polikliniske virksomhet til Aker.

Et senter for samhandling på Aker kan legge til rette for en oppbygning av et halvannenlinjetilbud i kommunehelsetjenesten med bistand fra spesialisthelsetjenesten (Oslo universitetssykehus, Lovisenberg, Diakonhjemmet, Sunnås og Akershus universitetssykehus). Dette vil være i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen der det legges opp til at kommunen får et økt ansvar for observasjon, behandling, rehabilitering og lindring. Et samarbeid kan eksempelvis bestå av et forsterket sykehjemstilbud med kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten, en utvidet konsultasjons- og rådgivningstjeneste eller en særlig støtte fra spesialisthelsetjenesten ved utredning eller når pasienter tas inn til observasjon.

De mulighetene som skisseres i brevet av 14. september 2010, bygger på erfaringer fra allerede igangværende samarbeidsprosjekter mellom sykehuset og kommunen. Eksempelvis har Oslo kommune og Oslo universitetssykehus etablert en intermediær enhet ved Abildsø sykehjem der spesialisthelsetjenesten sikrer en nødvendig faglig forsterkning utover det en ordinær sykehjemsavdeling kan tilby. Dette prosjektet vil nå bli evaluert, sammen med tilsvarende enheter der Akershus universitetssykehus og Diakonhjemmet sykehus står ansvarlig for spesialisthelsetjenesten. Evalueringen skjer i nært samarbeid med Oslo kommune. I tillegg er det en rekke andre samarbeidsprosjekter i gang eller under planlegging mellom kommune og sykehus, og mellom Oslo universitetssykehus og bydeler i sykehusets opptaksområde.

Samarbeidsutvalget og Aker som samhandlingsarena.

Gjennom det nyetablerte Samarbeidsutvalget, gjøres det nå et arbeid med å kartlegge alle pågående og planlagte samhandlingsprosjekter der et eller flere sykehus og en eller flere bydeler deltar. Målet er å etablere en database som kan være en nyttig kunnskapsbank i det videre arbeidet med utviklingen av samhandlingsarenaer.

Samarbeidsutvalgets oppdragsgivere er Oslo kommune ved kommunaldirektør Bjørg Månunum Andersson og Helse Sør-Øst RHF ved adm. direktør Bente Mikkelsen. Samarbeidsutvalget har fått som mandat å bidra til realisering av Oslo kommunes og Helse Sør-Øst RHF's ambisjon om å utvikle hovedstadsområdet til et pilotområde for samhandling i tråd med innhold og føringer i samhandlingsreformen.

Samarbeidsutvalget skal:

- benytte etablerte møteplasser i tråd med ny samhandlings- og avtalestruktur mellom Oslo kommune v/bydelene og helseforetak/sykehus
- ta initiativ til nye samarbeidsformer samt nye prosjekter og områder for samarbeid
- spre kompetanse, samt spre informasjon om og videreformidle de gode prosjekter og resultater som oppnås, særlig med tanke på implementering i øvrige sykehus og virksomheter

På Samarbeidsutvalgets møte 13. januar sto Aker som samhandlingsarena på dagsorden. Det ga en god anledning til å få en dialog om muligheter og utfordringer i et møte der Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmet, Lovisenberg Diakonale sykehus, Oslo universitetssykehus, bydeler og kommunale etater deltar. Samarbeidsutvalget ønsker å delta i en diskusjon om de muligheter som ligger i samhandlingsarena Aker og presiserte at en bør konsentrere seg om tilbud som ikke kan løses for den enkelte bydel, men som bør være byomfattende og som forutsetter samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Samarbeidsutvalget har nylig sendt på høring et forslag til mal for avtale om samhandling. Avtalens formål er å klargjøre ansvarsfordelingen mellom tjenester knyttet til lokalsykehusfunksjoner og regulere samarbeidet mellom sykehuset, bydelene, Sykehjemsetaten og Rusmiddeletaten. Avtalen forankrer også mer detaljerte avtaler på spesifikke områder. En omforent og enhetlig avtalestruktur vil være et nyttig verktøy også i den videre utviklingen av Aker som samhandlingsarena. Et endelig forslag til struktur vil bli oversendt oppdragsgiverne i løpet av februar

I Samarbeidsutvalget er det en generell enighet om at partene skal legge spesiell vekt på følgende målsettinger:

- Videreutvikle likeverdige tilbud til hele Oslos befolkning uavhengig av bosted/bydelstillørighet.
- Utvikle tilbud tilpasset de helsemessige utfordringer Oslo står overfor som storby. Det omfatter blant annet tilbud til mennesker med rusproblematikk og psykiske lidelser og tilbud tilpasset minoritetsbefolkningens situasjon.
- Utvikle samarbeid basert på likeverdig forhold mellom partene.

Disse prinsippene vil ligge til grunn når Samarbeidsutvalget skal bidra med innspill til den videre utviklingen av Aker som samhandlingsarena.

Samarbeid og prosjekter med Oslo kommune

Oslo universitetssykehus har i tillegg en tett og god direkte dialog med Oslo kommune. Dette er i tråd med vedtak i styremøtet i Oslo universitetssykehus 17. februar 2010 der det i vedtak i Sak 9/2010 pkt 4. heter at "Styret legger til grunn at Oslo universitetssykehus vil arbeide videre med å realisere en helhetlig og forbedret modell for samhandling. Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus bidrar aktivt og tar nødvendige initiativ sammen med Helse Sør-Øst, øvrige sykehus og avtalespesialistene med ansvar for Oslos befolkning for sammen å skape en god og koordinert samhandling opp mot Oslo kommunes helsetjeneste."

Administrerende direktør konstaterer i sin rapport til styret i Oslo universitetssykehus i styresak 156/2010 at det er meget gode samarbeidsrelasjoner mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF og at det "ligger godt til rette for raskt å få i gang samarbeidet om utvikling av framtidig virksomhet på Aker sykehus."

Samarbeidet har resultert i at det i løpet av kort tid er mulig å komme i gang med konkrete prosjekter på Aker.. Det gjelder spesielt et samhandlingsprosjekt Oslo kommune har kalt " Helsegrep for eldre" på Aker og dreier seg i første omgang om *etablering av rehabiliteringstilbud for eldre og utvikling og etablering av et geriatrisk ressurscenter.*

Oslo kommune har i nær dialog med Oslo universitetssykehus, utarbeidet et forslag til organisasjonsmodell for den videre utviklingen av Aker som samhandlingsarena (se vedlegg). Som det framgår av skissen, tenkes arbeidet organisert med en styringsgruppe med deltakelse fra Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, ansatte-representanter og bruker-representanter. Styringsgruppen skal ledes av Oslo kommune og rapporterer slik det foreløpig er tenkt, til Kontaktmøtet (Oslo kommune ved Bjørg Månnum Andersson og Helse Sør-Øst RHF ved Bente Mikkelsen).

For hvert av tiltakene er det tenkt en prosjektorganisering der deltakelsen gjøres avhengig av oppdraget. Prosjektene rapporterer til styringsgruppen. En slik organisering vil sikre at alle interessenter er med og det gir en ramme både for å avstemme samarbeidet rundt enkelttiltak og avstemme disse mot utviklingen av en mer helhetlig profil. Oslo universitetssykehus har derfor stilt seg meget positiv til dette forslaget til organisering av det videre arbeidet med å utvikle Aker som samhandlingsarena.

De to konkrete prosjektene som er under planlegging, vil bli organisert som to delprosjekter innenfor denne strukturen. En døgnavdeling for rehabilitering og et geriatrisk ressurscenter er planlagt å være en del av kommunens tilbud, men skal drives i nært samarbeid med sykehusene slik at tilbudet blir en halvannenlinjetjeneste. Prosjektene vil bli etablert i løpet av kort tid.

Prosjektgruppen som vil få i oppdrag å utvikle et konkret forslag til et geriatrisk ressurscenter, vil legge til grunn et utredningsarbeid som ble levert oppdragsgiver Oslo kommune 15. januar 2011. En gruppe ledet av Oslo kommune, og med deltakere fra Oslo universitetssykehus og Oslo universitet har stått for utredningsarbeidet. Partene har allerede funnet fram til arealer som kan være egnede for et geriatrisk ressurscenter. Oslo universitetssykehus vil sørge for at lokalene stilles til disposisjon i god tid før en mulig oppstart av et oppussingsarbeid.

Kommunen ønsker også å komme raskt i gang med et døgnbaserte rehabiliteringstilbud for eldre. Det har vært dialog med Medisinsk klinikk om hvordan dette best kan gjøres og sykehuset har stilt til disposisjon en sengepost i nær tilknytning til Oslo universitetssykehus rehabiliteringspost. Sengeposten står ledig og kommunen kan starte et oppussingsarbeid så snart kommunen har konkretisert sine planer. Denne sengeposten kan benyttes til det blir ledige arealer i nyere og mer funksjonelle bygg.

Oslo universitetssykehus vil gjøre sitt ytterste for å legge til rette for en hurtig etablering av de to samhandlingsområdene som prioriteres fra Oslo kommunes side. Kommunen har reservert et beløp fra Eldremilliarden til etablering av tilbud til eldre på Aker.

I tillegg til de to konkrete prosjektene, samarbeides det om utvikling av et akutt/subakutt tilbud til eldre med uklare symptomer. Også et slikt tilbud vil det være hensiktsmessig å legge til Aker, men dette er noe fram i tid.. Oslo kommune har også vedtatt å etablere en legevakt på Aker. Kommunen ønsker å se planleggingen av et slikt tilbud i sammenheng med utviklingen av en storbylegevakt ved Ullevål sykehus. Oslo kommune opplyser at prosjektlederstillingen for dette prosjektet, vil bli lyst ut om kort tid.

Planarbeide knyttet til areal og forankring av finansiering

Oslo universitetssykehus arbeider med en utviklings- og arealplan for det samlede sykehuset. Sykehuset må redusere det samlede areal og den totale bygningsmasse som skal benyttes til drift av sykehusets kjerneaktiviteter på grunn av en betydelig reduksjon i sykehusets opptaksområde, et klart behov for en betydelig arealeffektivisering og et mål om å samle virksomheten i større grad enn i dag, jfr styrevedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF. Denne vil være klar i løpet av 2011. Sykehuset vil derfor i løpet av 2011 avklare evt behov for å lokalisere virksomhet på Aker i en periode også etter 2012, utover de oppgaver/tjenesteområder som direkte støtter opp under utviklingen av Aker som samhandlingsarena.

Sykehuset tar som utgangspunkt at Aker som samhandlingsarena bare vil trenge en begrenset del av det samlede sykehusarealet på Sinsen og at det vil være naturlig å bruke det som er av ny og hensiktsmessig bygningsmasse. Når sykehusets arealplan foreligger, vil det bli laget en oversikt over når ulike arealer blir tilgjengelige. Parallelt med dette arealplanarbeidet, vil sykehuset - i samarbeid med Oslo kommune og de øvrige sykehusene - utvikle ideer og prosjekter for en framtidrettet samhandlingsarena der også behovet for areal inngår.

Sykehuset vil legge til rette for etablering av nye samhandlingstiltak ved så langt som praktisk mulig å være fleksible i forhold til utflyttingstempo og nødvendige rokkeringer. Pr i dag foreligger det imidlertid ikke andre konkrete prosjektforslag enn de det er funnet plass for. Erfaringsmessig tar også utredninger og planlegging av nye tiltak tid, slik at det vil være mulig å finne praktiske løsninger underveis, gjennom et nært samarbeid mellom sykehus og kommune.

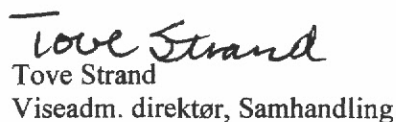
For så vel Oslo kommune som for Oslo universitetssykehus, er det viktig å få avklart de økonomiske rammebetingelser rundt en slik samhandlingsarena. Dette gjelder så vel i forhold til investeringer som drift. Rammebetingelsene vil være avgjørende for partenes evne til å realisere en del av prosjektene, særlig i en oppstartsfase. Over tid må det være et mål at samhandling sikrer et likeverdig tilbud til byens befolkning, gode effektive pasientforløp og samtidig følger LEON-prinsippet om behandling på lavest mulig omsorgsnivå. Det bør kunne få betydning for kostnadsnivået på det samlede tjenestetilbudet til Oslos innbyggere i et lengre perspektiv. Slik det foreløpig framgår av høringsutkast i forbindelse med samhandlingsreformen, vil kommunesektoren bli styrket økonomisk for å kunne påta seg et økt "sørge for"-ansvar. Det er fra Oslo universitetssykehus side viktig å understreke at det må legges inn finansieringsformer som setter sykehusene i stand til å bidra med støttetjenester som styrking av utredningskapasitet, tilsyn, ambulante team med mer.

Oslo universitetssykehus har fortløpende holdt Lovisenberg Diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Akershus universitetssykehus orientert om dialogen med Oslo kommune. Oslo universitetssykehus har også et nært samarbeid med Sunnås sykehus og har holdt sykehuset orientert om utviklingen av Aker som samhandlingsarena. Sunnås ønsker å delta i dette arbeidet og det er Oslo kommune orientert om.

Vi ser fram til en videre dialog om rammebetingelser og nye samhandlingsprosjekter slik at Oslo blir et pilotområde i samhandlingssammenheng og med Aker som en sentral brikke i denne sammenheng.

Vennlig hilsen


Siri Hatlen
Adm. direktør


Tove Strand
Viseadm. direktør, Samhandling

5 vedlegg:

- Redegjørelse for Oslo universitetssykehus HF sin virksomhet på Sinsen etter overføring av Follo og Alna bydel til AHUS datert 14. september 2010
- Protokoll fra foretaksmøte i Oslo universitetssykehus datert 24. november
- Styresak 156/2010 Orienteringssak Framtidig bruk av Aker sykehus som Samhandlingsarenadatert 17. desember 2010 – oppfølging av foretaksmøte 24. november 2010.
- Samhandlingsprosjekter Oslo kommune – Helse Sør-Øst RHF (foilserie fra kontaktmøte 12. januar 2011)
- Tentativ framdriftsplan for utvikling av Aker som samhandlingsarena pr 20. januar 2011

Til alle helseforetak

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler/dir.tlf.:
Karl-Helge Storhaug/+47 976 26366

Sted/dato:
Oslo/2.2.2011

Varsel om nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis

Internrevisjonene i Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF melder herved om oppstart av et felles internrevisjonsprosjekt om *Medisinsk kodepraksis* i helseforetakene. Revisjonen er initiert av Helsedirektoratet.

Gjennomføringsperiode

Internrevisjonen planlegges gjennomført i perioden februar-april 2011.

Formål

Formålet med internrevisjonen er å kartlegge og vurdere medisinsk kodepraksis i helseforetakene. Hensikten er å avklare om det er gode holdninger til og kunnskap om kodearbeidet som gir rimelig sikkerhet for riktig koding.

Omfang og metode

Revisjonen vil bestå av to faser:

1. Nasjonal spørreundersøkelse (questback) rettet mot ledere, leger og øvrig personell som arbeider med medisinsk koding i somatiske enheter i alle helseforetak. I den forbindelse vil det bli tatt direkte kontakt med foretaket hvor det bes om e-post adresser til utvalgte målgrupper for undersøkelsen. Spørreundersøkelsen vil være anonym.
2. Nærmere undersøkelse ved utvalgte helseforetak i hver region. Beslutning om hvilke helseforetak som velges ut vil bli tatt bl.a. på bakgrunn av resultatet av spørreundersøkelsen. Undersøkelsene vil da kunne omfatte dokumentgjennomgang av prosedyrer, arbeidsrutiner, eventuelt stillingsbeskrivelser og lignende, samt dybdeintervju av et utvalg ledere, leger og annet personell som har deltatt i spørreundersøkelsen.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har en koordinerende rolle i revisjonen. Konsulentselskapet KPMG AS skal bistå internrevisjonene i gjennomføringen av revisjonen.

Det vil bli utarbeidet delrapporter fra revisjonene ved de enkelte helseforetak, samt en samlerapport for hele revisjonsprosjektet. Samlerapporten vil bli formidlet til Helsedirektoratet.

Kontaktpersoner

Vi ber i første omgang om at det utpekes en kontaktperson ved hvert helseforetak som kan bistå oss med å hente frem e-postadresser og legge til rette for en god gjennomføring av revisjonen.

Opplysninger om utpekt kontaktperson bes sendt **innen 10. februar** til henholdsvis:

- Helse Sør-Øst RHF, v/Karl-Helge Storhaug, khss@helse-sorost.no
- Helse Vest RHF, v/Bård Humberset, bard.humberset@helse-vest.no
- Helse Midt-Norge RHF, v/Terje Hanssen, terje.hanssen@helse-midt.no
- Helse Nord RHF, v/Tor Solbjørg, tor.solbjorg@helse-nord.no

Disse kan også kontaktes ved eventuelle spørsmål om revisjonen.

Med vennlig hilsen

— 
Liv Todnem
konsernrevisor
Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

Sign.
Ellinor Wessel Pettersen
leder internrevisjon
Helse Midt-Norge RHF

Sign.
Bård Humberset
leder internrevisjon
Helse Vest RHF

Sign.
Tor Solbjørg
leder internrevisjon
Helse Nord RHF

Kopi: Styreledere i helseforetakene
Administrerende direktører i de regionale helseforetakene