

**OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

**ÅRLIG MELDING 2019**

til Helse Sør-Øst RHF

**Oslo, 20.1.2020**

## Innhold

---

<b>DEL I: INNLEDNING OG VURDERING.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Innledning.....</b>	<b>4</b>
1.1. Oslo universitetssykehus HF's oppgaver og organisering	4
1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	5
1.3. Mål for virksomheten	5
1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll	5
1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte	7
<b>2. Vurdering av virksomheten.....</b>	<b>7</b>
2.1. Positive resultater og uløste utfordringer	7
2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering	9
<b>DEL II: RAPPORTERINGER.....</b>	<b>11</b>
<b>3. Oppfølging av styringsbudskap fra tidligere år.....</b>	<b>11</b>
3.1. Pakkeforløp kreft	11
3.2. Reduksjon av unødvendig venting	13
3.3. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	14
<b>4. Oppfølging av styringsbudskap for 2019.....</b>	<b>15</b>
4.1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	15
4.1.1. Gjennomsnittlig ventetid	15
4.1.2. Overholdelse av pasientavtaler	16
4.1.3. Kreftbehandling	17
4.1.4. Behandling av hjerneslag	18
4.1.5. Uønsket variasjon	18
4.2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	20
4.2.1. Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå	21
4.2.2. Pakkeforløp psykisk helsevern	21
4.2.3. Pakkeforløp tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22
4.2.4. Forløpskoordinatorer innen psykisk helsevern og TSB	22
4.2.5. Tvangsbruk i psykisk helsevern	22
4.2.6. Regionale behandlingstilbud for overgrepsoferte	23
4.2.7. Epikrise	24
4.3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	25
4.3.1. Kvalitet og pasientsikkerhet	25
4.3.2. Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten	34
4.3.3. Beredskap og sikkerhet	34
4.3.4. Innkjøp	35
4.3.5. Personell, utdanning og kompetanse	36
4.3.6. Forskning og innovasjon	38
4.3.7. IKT-utvikling og digitalisering	39
4.3.8. Bygg og eiendom	39
4.4. Tildeling av midler og krav til aktivitet	39
4.4.1. Økonomiske krav og rammer	39
4.4.2. Aktivitetskrav	43
4.5. Andre rapporteringer	43
4.5.1. Digitale tjenester for kommunikasjon med pasienter og innbyggere	43
<b>DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT.....</b>	<b>45</b>
<b>5. Utviklingstrender og rammebetingelser.....</b>	<b>45</b>

6. Strategier og planer ..... 45

### 1. Innledning

#### 1.1. Oslo universitetssykehus HFs oppgaver og organisering

Oslo universitetssykehus HF yter et bredt spekter av spesialisthelsetjeneste og har nasjonale funksjoner, fler-regionale- og regionale funksjoner samt område- og lokalsykehusfunksjoner. For å ivareta disse oppgavene driver Oslo universitetssykehus avansert pasientbehandling, forskning, utdanning, utprøvende behandling, opplæring og rådgivning på høyt internasjonalt nivå.

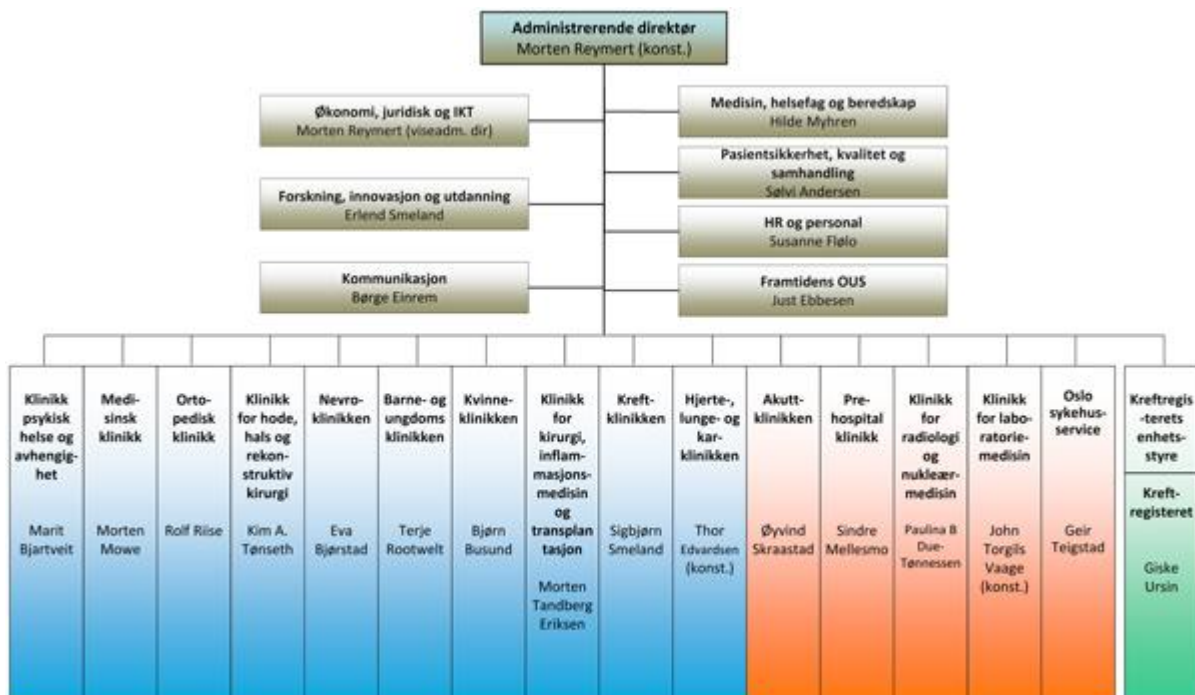
Alle regionsfunksjoner i Helse Sør-Øst er samlet ved Oslo universitetssykehus med unntak av revmakirurgi og deler av revmatologi. Disse er plassert ved Diakonhjemmet sykehus. Områdefunksjoner innen øre-, nese- og halssykdommer er fordelt mellom Lovisenberg diakonale sykehus og Oslo universitetssykehus. For øvrig er alle områdefunksjoner samlet ved Oslo universitetssykehus HF. Diakonhjemmet sykehus dekker store deler av akuttkirurgien i eget område.

Foretaket har lokalsykehusansvar for bydelene Bjerke, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Nordre Aker, Østensjø, Sagene og Marka og i tillegg øyeblikkelig hjelp og elektiv gastrokirurgi og øyeblikkelig hjelp og en del av elektiv ortopedisk kirurgi for Lovisenberg diakonale sykehus. Lovisenberg diakonale sykehus dekker indremedisin i bydel Sagene for Oslo universitetssykehus. I tillegg har Oslo universitetssykehus områdeansvar for bydelene Vestre Aker, Ullern, Frogner, St. Hanshaugen, Gamle Oslo og Grünerløkka.

Foretaket har nasjonale og fler-regionale og regionale funksjoner innen rettsmedisinske fag med oppdragsgivere innen justissektoren og andre deler av offentlig forvaltning.

Oslo universitetssykehus har over 24 000 ansatte og virksomhet på flere steder. Foretaket er organisert i 15 klinikker. I tillegg er Kreftregisteret en del av foretaket.

## Organisasjonskart per desember 2019 - Oslo universitetssykehus HF



### 1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

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

Innenfor lovpålagte oppgaver og regional strategi 2009-2020, har Oslo universitetssykehus vedtatt en strategi for perioden 2019-2022. Visjonen er "Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling".

### 1.3 Mål for virksomheten

Mål for Oslo universitetssykehus i 2019 følger blant annet av eiers Oppdrag og bestilling for 2019, andre vedtak i foretaksmøtene og helseforetakets egne strategi- og handlingsplaner. I oppfølgingen av dette har Oslo universitetssykehus blant annet arbeidet for at helseforetaksgruppen skal oppnå mål i Helse Sør-Østs Plan for strategisk utvikling 2013-2020. Eiers Oppdrag og bestilling for 2019 med tilhørende tildelinger rapporteres i Årlig melding.

### 1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll

Styret vedtar strategi, planer og mål for virksomheten, herunder oppfølging av tilsyn og revisjoner og krav og bestillinger fra eier m.m. Styret holder seg orientert om foretakets virksomhet og gjør vedtak om eventuelle tiltak og korrigeringer for å styre mot de oppsatte planer og mål. Styremøtene har faste aktivitets- og økonomirapporteringer og orienteringer fra virksomheten. Hvert tertial utvides rapporteringen og det fremlegges risikovurderinger på sentrale områder som også rapporteres til Helse Sør-Øst RHF.

Styret følger utvalgte områder og saker over tid og får fremlagt status for oppfølging av styrets vedtak hvert halvår.

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

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

### **Intern styring og kontroll**

Oslo universitetssykehus følger forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren. Det er utarbeidet årsplaner med årshjul og linker til underliggende styrende dokumenter. En handlingsplan kommuniserer oppdraget fra Helse Sør-Øst og de største satsningene i foretaket. Handlingsplanen formidles til alle klinikker og avdelinger for bruk i egne virksomhetsplaner.

Den overordnede målsettingen er at ledelsens styring og kontroll med prosesser, systemer og rutiner skal gi rimelig sikkerhet for at helseforetaket har en målrettet og effektiv drift, god kvalitet i tjenestene og rapporterer pålitelig styringsinformasjon og etterlever lover og regler.

Ansvar for gjennomføring av drift, forbedringsaktiviteter og ulike satsninger ligger til ledere. Dette sikres bl.a. ved ukentlig oppfølging av klinikkene med flere indikatorer for status på ventelister, fristbrudd, time i hånden, epikrise, antall opererte, antall poliklinisk behandlede, belegg, strykninger på operasjon med mer. I tillegg er det månedlige møter med hver klinikk hvor driftsdata gjennomgås, samt tertialvise utvidede gjennomganger.

Alle ledere skal gjennomføre systematisk styring og kontroll for å tilrettelegge og følge opp tjenester og aktiviteter innen eget ansvarsområde. Internkontrollansvaret følges opp i lederlinjen, og stabsenhetene understøtter organisasjonsenhetenes arbeid med intern styring og kontroll. Intern styring og kontroll skal tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Styringen følges opp i månedlige oppfølgingsmøter og i utvidete tertialvise gjennomganger i ledelsens gjennomgang. Det gjennomføres egenkontroller, revisjoner og ulike tilsyn til støtte for leders oppfølging i egen enhet på de ulike nivå i foretaket.

Brukertilbakemeldinger er utgangspunkt for ytterligere forbedringer av system og tjenesteleveranser. Alvorlige pasienthendelser som har medført brudd på helselovgivningen legges frem i ledermøtet og/eller i Sentralt kvalitetsutvalgsmøte for organisatorisk læring og utvikling av tjenestene.

På denne bakgrunn gjøres nødvendige korrigeringer og nye tiltak utarbeides og gjennomføres i linjen.

Dokumenter som skal sikre god styring og kontroll, er samlet og tilgjengelige i helseforetakets elektroniske dokumentstyringssystem (eHåndbok).

## **Tilsyn**

Eksterne tilsyn kan bidra til å avdekke mangler eller feil i helseforetakets virksomhetsutøvelse og ledelses- og styringssystem. I 2019 har det vært gjennomført 26 tilsyn. Tilsynsordinator følger opp alle tilsynsbesøk og sikrer samarbeid om gjennomføring samt tydelig rollefordeling for videre oppfølging av avvik, pålegg og handlingsplaner. Styret holdes orientert om tilsynsaktiviteter, funn og handlingsplaner i tertialrapporteringene.

## **Interne revisjoner**

Enheten Interne revisjoner planlegger, organiserer, rapporterer og følger opp interne revisjoner på foretaksnivå, samt bistår linjen med oppbygging av revisjonskompetanse. Helseforetaket samhandler med Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennom regelmessige møter og i oppsettet av revisjonsplaner for å oppnå en best mulig revisjonsdekning av risikoområder ved foretaket.

Alle reviderte enheter/klinikker følger opp og lukker de enkelte avvik. Det blir vurdert om det er områder som trenger ekstra lederfokus, og om det er områder som kan ha læringseffekt i hele foretaket.

Styret blir orientert om funn i konsernrevisjoner og interne revisjoner. Sakene behandles også av styret hvert tertial hvor det redegjøres for resultatet av alle gjennomførte foretaksrevisjoner og konsernrevisjoner samt status for oppfølging og forbedringsarbeid.

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

Risikovurderinger gjennomføres på avdelings-, klinikk- og foretaksnivå, inkludert handlingsplaner for risikoreducerende tiltak. Risikovurderingene rapporteres tertialvis til styret og Helse Sør-Øst RHF.

### **1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte**

Brukermedvirkning i Oslo universitetssykehus HF er organisert via det sentrale brukerutvalget, ungdomsrådet og de klinikkvise brukerrådene. Brukerutvalget er representert i samtlige brukerråd for å ivareta samhandling mellom klinikkrådene og det sentrale brukerutvalget. Det vises for øvrig til vedlagte årsrapport fra Brukerutvalget.

## **Tillitsvalgte og vernetjenesten**

Oslo universitetssykehus HF har en rekke fora som innebærer jevnlig møter mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud for å ivareta god medvirkning av ansatte. Dette gjelder både på foretaksnivå, klinikknivå og avdelingsnivå. Tillitsvalgte og verneombud er involvert i registrerte prosjekter og omstillingsprosesser i overensstemmelse med Hovedavtalen, arbeidsmiljøloven og de 12 prinsipper for omstilling i Helse Sør-Øst.

## **2. Vurdering av virksomheten**

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

Det er i 2019 etablert «Én dør inn» med samlet diagnostikk og akuttbehandling for pasienter med hjerneslag fra Oslo sykehusområde. Pasienter tas imot, vurderes og

behandles av et eget tverrfaglig slagvaktlag. Laget står i direkte forbindelse med ambulanser eller legevakt, og gir akuttbehandling i egen overvåkning med oppdaterte prosedyrer. Dette sikrer lik tilgang på rask hjerneslagbehandling for alle i Oslo sykehusområde, noe som vises i økt antall trombolysen og mekanisk trombektomier for pasienter med akutt hjerneinfarkt.

Ekstra støtte fra en «Ressursgruppe – pakkeforløp kreft» har i 2019 økt måloppnåelsen i alle ledd for de ulike pakkeforløpene for kreft. Ressursgruppen har identifisert flaskehals og forbedringsområder i alle ledd av pakkeforløpene og anbefalt tiltak som følges opp av forløpsteam, involverte linjeledere og Driftsstyret for kreftområdet. Ressursgruppens arbeid med pakkeforløp kreft omtales nærmere i kapittel 3.1.

Innføring av pakkeforløp i psykisk helse forventes å heve kvaliteten på behandlingen. Det er arbeidet for å klargjøre til denne store kvalitetsreformen. Blant annet ved at medarbeidere har fått informasjonspakker, tilbud om flere e-læringskurs og over 1200 ansatte har fått muligheten til delta på klasseromskurs. Forløpsteam knyttet til hvert pakkeforløp er etablert. Mer omtale om pakkeforløp i psykisk helse finnes i kapittel 4.2

Gjennom samarbeidsprosjekter har Oslo universitetssykehus bidratt til global helse ved tilbud om hospitering og at sykepleiere og leger har bidratt til kompetanseoverføring og etablering av utdanningsinstitusjoner. Samarbeidsprosjektene har blant annet arbeidet for redusert bruk av antibiotika og uteksaminering av flere leger og sykepleiere.

Oslo universitetssykehus har i 2019 mottatt over 110 000 tilbakemeldinger fra pasienter som har svart på SMS-brukerundersøkelsen som sendes til pasienter som er utskrevet fra sengepost eller har vært på en poliklinikk. Svarene viser at pasientene er positive til faglighet, informasjon og behandling.

I uke 45 arrangerte Oslo universitetssykehus Pasientsikkerhetsuken for fjerde år på rad. Til sammen 12 arrangementer; pasientsikkerhets-tog, seminarer og workshops med interne og eksterne foredragsholdere fra England, Helse- og omsorgsdepartementet og andre sykehus bidro til økt kunnskap hos ledere og ansatte.

Oslo universitetssykehus har lyktes med å opprettholde høy forskningsaktivitet med god kvalitet og internasjonal konkurranseevne. Videre er det gjennomført en omfattende utredning, der Oslo universitetssykehus har bidratt vesentlig, med å fortolke kravene i GDPR og håndtering av helsedata i forskning. Andre særlige utfordringer er knyttet til moderne IKT-løsninger, utstyr og lagringsfasiliteter for biologisk materiale.

Oslo universitetssykehus har gitt innspill til stortingsmeldingen om helsenæringen i Norge, og har fulgt opp med en gjennomgang av Inven2 AS sammen med Universitetet i Oslo, for å se på muligheter for økt samarbeid med næringslivet om innovasjon i helsesektoren. Gjennom tjenesteinnovasjoner har det vært prøvd ut og utvidet tilbud til flere pasientgrupper som nå mottar sine spesialisthelsetjenester i hjemmet.

Gjennom 2019 er det gjort forberedelser for ny spesialistutdanning for leger, herunder utnevnt utdanningsansvarlige overleger innen ulike medisinske spesialiteter og planlagt seminarer med oppstart januar 2020 for felles kompetansemoduler. Det er fremdeles en utfordring å få implementert den nye spesialistutdanningen, som må innføres uten



ekstra bevilgninger. Oslo universitetssykehus har økt antall praksisplasser for spesialsykepleiere, men utdanningskapasiteten er fremdeles ikke tilstrekkelig.

Helseforetaket har etablert rutiner hvor ansatte i tverrgående stillingstyper som arbeider uønsket deltid, har anledning til å søke opp til full stilling i personalformidlingsenheten. I tillegg lyses det i størst mulig grad ut fulle stillinger.

Oslo universitetssykehus har dessverre fortsatt mange brudd på arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven. Årsakene er sammensatte, men funksjoner som krever spesialistkompetanse og akuttfunksjoner som skal håndtere hendelser som det er krevende å planlegge for, er årsakene til en stor del av slike brudd. Det er høst 2019 iverksatt et arbeid for å få redusert antallet brudd.

Forprosjektet for nytt Radiumhospital - Nytt klinikkbygg og landets første Protonsenter er godkjent og OUS har hatt ansvar for medvirkning, virksomhetsinnhold og utarbeidelse av gevinstrealiseringsplaner. Dette er et betydelig arbeid i alle berørte klinikker og helseforetaket er svært fornøyd med at dette arbeidet er godkjent.

Oslo sykehusservice har ansvar for regionale anskaffelser av medisinsk-teknisk utstyr. Anskaffelser i 2019 og enda flere i 2020 har vist seg å medføre betydelige besparelser ikke bare for OUS, men også for hele regionen.

## **2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering**

Organiseringen skal bidra til tilgjengelighet, god kvalitet og sikkerhet for pasientene, og sammen med en økonomi i balanse skal den gi helseforetaket et tilstrekkelig handlingsrom som også muliggjør fremtidige investeringer. I en stor virksomhet i stadig utvikling vil det fortløpende være behov for endringer i organisering og lokalisering av oppgaver for å oppnå god kvalitet og effektiv drift. Evne til omstilling og organisasjonsutvikling er viktig i ledelse og styring av virksomheten. Helseforetakets mange omstillings- og utviklingsprosjekter er omtalt nærmere flere steder i meldingen.

Helse Sør-Øst RHF har organisert ivaretagelsen av en del oppgaver i helseforetakene til felles tjenesteleverandører som Sykehuspartner HF og Sykehusinnkjøp HF. Oslo universitetssykehus er avhengig av disse leverandørene i gjennomføringen av sin virksomhet.

Feiringklinikken (LHL-sykehuset) avviklet i oktober 2018 hjertekirurgien, og oppgaven ble overført til Oslo universitetssykehus for pasienter fra Helse Sør-Øst. Feiringklinikken har også overført et betydelig antall TAVI-behandlinger (kateterbasert implantasjon av aortaklaff) til Oslo universitetssykehus. Det er stor økning i antall TAVI-behandlinger som er en trygg behandling med til dels mindre komplikasjoner enn åpen kirurgi for utvalgte pasienter. Overføringen av pasienter fra Feiringklinikken har gått etter planen.

I 2019 vedtok styret i Helse Sør-Øst konseptrapport for videreutvikling av Aker og Gaustad. I statsbudsjettet for 2020 bekreftet Stortinget lånerammen på 29,1 milliarder kroner og la til rette for å gå videre med videreutvikling for nybygg på Aker og Gaustad.

Forberedende arbeider på tomten for ny storbylegevakt på Aker sykehus er gjort for oppstart av grave- og byggearbeider i 2020.

Forprosjektrapporten for protonsender og nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i 2019. Det er utført rokader, rivning og omlegging av teknisk infrastruktur som tilrettelegging for byggearbeidene som starter januar 2020.

Utviklingsprosjektene eies av Helse Sør-Øst RHF og ledes av Sykehusbygg HF. Det vil imidlertid ta mange år før flere av de nye byggene står klare til bruk, og helseforetaket må i disse årene drifte i gamle bygg. Disse krever betydelige investeringer for å sikre forsvarlig drift.

### 3. Oppfølging av styringsbudskap fra tidligere år

Årlig melding 2018 fra Oslo universitetssykehus HF ble behandlet i sak 3: *Årlig melding 2018, jf. vedtektene §§ 6 og 14* i foretaksmøte 20. mai 2019. Foretaksmøtet viste i saken spesielt til helseforetakets resultatoppnåelse for styringsbudskapene:

- Pakkeforløp kreft
- Reduksjon av unødvendig venting
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Korridorpasienter

I vedtaket fra foretaksmøtet ble det presisert at:

*Foretaksmøtet forutsetter at driften ved Oslo universitetssykehus HF innrettes slik at gjenstående styringskrav fra tidligere år følges opp sammen med nye styringskrav for 2019.*

#### 3.1 Pakkeforløp kreft

Målkravet er at minst 70 prosent av kreftpasientene skal inkluderes i et pakkeforløp og at andel pakkeforløp innenfor normert forløpstid skal være minst 70 % for hver kreftform. Utvikling på måloppnåelse beskrives i kapittel 4.1.3. Kreftbehandling.

Andelen av pakkeforløp som er startet i OUS og som har begynt behandling innen normert tid var i 2019 (tom november) 59 %. Det er ett prosentpoeng høyere enn i samme tidsrom 2018. Resultatet er ikke tilfredsstillende. Bak dette skjuler det seg et sammensatt bilde på nivå av enkeltforløp. En rekke forløp er på et tilfredsstillende nivå eller svært nær dette. Flere forløp har det siste året vist en positiv utvikling slik som gynekologisk kreft og brystkreft. Forklaring for begge er bedre organisering av operasjonskapasitet, og for gynekologisk kreft også bedre organisering av håndtering av henvisninger og oppstart av vurdering. Spesielt for to av de større forløpsgruppene har det de siste årene inklusiv inneværende år vært en negativ utvikling: lungekreft og hode og halskreft. Dessuten har forløpstidene innenfor prostata- og nyrekreft vært stabilt utilfredsstillende siden oppstart av pakkeforløpene. 2019 har ikke endret på dette.

OUS arbeider systematisk med oppfølging og forbedring av oppnådde pakkeforløpstider. Erfaringene fra innføringen av pakkeforløp viser at det er få tiltak som gir rask virkning med betydelig effekt. Det er nødvendig med et langsiktig og systematisk arbeid der det legges vekt på å lære av egne og andres erfaringer. Prosessen med akkreditering som CCC har også vært nyttig i den forbindelse. Ut fra erfaringene har organiseringen og oppfølgingen av og støtten til arbeidet med kreftforløp vært under utvikling i OUS. Innenfor flere områder har dette gitt resultat, og det ventes at det oppnås klare forbedringer i resultat målt i forløpstider i løpet av 2020.

I 2019 har ledermøtet i OUS jevnlig hatt utviklingen i forløpstider oppe som tema. Dette har parallelt vært tema i alle aktuelle oppfølgingsmøter mellom nivå 1, nivå 2 og nivå 3 i virksomheten. Utviklingen i forløpstider har dessuten jevnlig vært tema i Driftsstyret for

kreftområdet og spesielt i det arbeidsutvalget dette organet har<sup>1</sup>. Dette arbeidsutvalget har i 2019 hatt disse tiltakene knyttet til pasientforløp og pakkeforløp:

- Generelle oppfølgingsmøter med forløpsledelse som representerer størstedelen av forløpsvolumet med sikte på å diskutere pakkeforløpsutvikling men også sett i forhold til andre indikatorer på utvikling innen kvalitet og aktivitet for vedkommende forløp/diagnose (eks kvalitetsregister/kreftregister, pasienttilbakemeldinger, utprøvende behandling osv.)
- Særskilte møter med ledelsen for forløp som har hatt spesielt store utfordringer med forløpstider for å gå gjennom analyse av utfordringsbildet og avklare tiltak.
- Tatt opp flere enkeltproblemstillinger knyttet til pakkeforløpsutfordringer når de krever avklaringer og prioriteringer på tvers av klinikkgrænser.
- Forbedret månedlig framstilling og formidling av data knyttet til pakkeforløpene og lagt vekt på særskilt distribusjon av slike data til forløp med de største utfordringene.
- Startet klargjøring av ansvarsforhold mht. dataprosessering og kompetansestøtte når det gjelder forløpsdata.
- I løpet av 2019 etablert et eget Forum for forløpskoordinatorer innen kreft i OUS (40-50 personer) med et eget arbeidsutvalg. Formål å utveksle erfaringer, lære og å ta opp felles problemer.
- Videreført arbeidet med å lage lokale OUS baserte dokumenterte forløpsbeskrivelser i kvalitetssystemet. I løpet av 2019 er ytterligere sju slike dokumenterte forløp ferdigstilt og flere er under arbeid. Arbeidet knyttes opp mot forbedringsarbeid og flere av disse beskrivelsene utarbeides nå som regionale forløpsbeskrivelser. Dette arbeidet skjer i regi av forløpsledelsene og med støtte av prosessrådgivere. Et eget forum for disse er også opprettet.

I tillegg til tiltak og oppfølging fra ledernivå 1, 2 og 3 er det i tilknytning til de fleste involverte forløp, avdelinger og seksjoner i gang en rekke små og store tiltak og initiativ for å løse problemer og bedre resultater mht. kvalitet på kreftforløp generelt og pakkeforløpstider spesielt. Kopling mot OUS arbeid for kontinuerlig forbedring er en del av dette.

OUS har for en rekke av pakkeforløpene også ansvaret for regionale deler av forløpet. Dette gjør at vi også bør være aktive mht. å videreutvikle det regionale samarbeidet knyttet til hvert av kreftforløpene. Dette vil også for de aktuelle forløpene være sentralt for ytterligere å løfte forløpstider for HSØ samlet. For å bidra til denne utviklingen har OUS i 2019:

- Videreført arbeidet med å få på plass flere regionale videobaserte MDT-møter
- Møte med enkeltsykehus om samarbeid om kreftforløp generelt og spesielt for bestemte forløp
- Organisert forløpsbaserte samarbeidsmøter for faglige nøkkelpersoner innenfor flere regionale forløp
- Organisert forløpsbaserte samarbeidsmøter for forløpskoordinatorer innenfor flere regionale forløp
- Besluttet at all dokumentasjon av forløp som har regionale elementer skal skje som regionale prosesser.

---

<sup>1</sup> Den løpende institusjonsovergripende koordineringen på kreftområdet ledes av Driftsstyret for kreft med et eget arbeidsutvalg som består av de fire klinikklederne og de to avdelingslederne som til sammen har ansvaret for størstedelen av kreftrelatert virksomhet.

En betydelig utfordring i forhold til regional forbedring for forløp ligger imidlertid i de begrensningene i smidig og effektiv datakommunikasjon mellom helseforetakene i HSØ som skyldes ulike datasystemer og utilfredsstillende løsninger for overføring av data (i motsetning til andre regioner).

Pakkeforløpene for kreft bygger på nasjonale beskrivelser som ble utarbeidet for 5-6 år siden. OUS ser at utvikling og erfaringer siden den gang tilsier at det må skje justeringer av disse forløpsbeskrivelsene og i noen tilfeller også av forløpstider. Vi har i 2019 i flere tilfeller tatt opp slike saker med Helsedirektoratet.

Et viktig tiltak i arbeidet med bedring av pakkeforløpstider i 2019 har vært økt støtte fra sentral stab i form av opprettelse av en egen ressursgruppe for å støtte arbeidet med tiltak både mot enkeltforløp og mer generelt rettede tiltak. Denne ressursgruppa har hatt medlemmer både fra sentral stab og personer fra andre enheter med nøkkelerfaringer i forhold til oppgavene. Ressursgruppa har utført sitt arbeid etter oppdrag fra OUS ledermøte og arbeidsutvalget for Driftsstyret for kreftområdet. Ressursgruppa startet arbeidet med en overordnet analyse for å kartlegge utfordringer og årsaker til lav måloppnåelse. Det videre arbeidet har vært organisert i tre arbeidsfelt; analyse og forbedring av utvalgte pakkeforløp, og arbeid med kompetanseutvikling og styringsmodell og rapportering for varig forbedring.

Ressursgruppen har i 2019 gjennomført følgende arbeid i samarbeid med forløpsledelse og linjeledelse:

- Gjennomført en overordnet analyse av alle pakkeforløp, og basert på denne valgt ut seks pakkeforløp ved OUS for videre analyse og forbedring.
- Utarbeidet, prioritert, implementert og evaluert tiltak for pakkeforløpene eggstokkreft, livmorkreft, nyrekreft, prostatakreft, bukspyttkjertelkreft og skjoldbruskkjertelkreft. Detaljert tiltaksplaner til bruk i forløpsledelsene
- Arbeidet med kompetanseutvikling i utvalgte forløp
- Utarbeidet en plan for kompetansehevede tiltak for pakkeforløpsarbeid i sykehuset generelt, utarbeidet kursmateriell og initiert kurs og workshops
- Laget utkast til en justert styringsmodell for pakkeforløp for kreft
- Støttet arbeidet med forbedret fremstilling av pakkeforløpsdata
- Forbedret OUS nettsider med tydeligere informasjon til pasienter og henvisende instanser
- Arbeidet strukturert med kommunikasjon og interessenthåndtering

Ressursgruppens arbeid avsluttes hovedsakelig til nyttår, men fortsetter å følge opp enkelttiltak ut februar 2020. Linjeledelsen og forløpslederne samarbeider om å engasjere involverte medarbeidere for å sikre implementering av endringer, og dermed oppnå varig forbedring av måloppnåelse i pakkeforløp. Dette betyr blant annet å øke kompetansen om pakkeforløp, tydeliggjøre formålet med pakkeforløpene, og ha tilgang til gode fremstillinger av pakkeforløpsdata for å følge måloppnåelse. I tillegg gjøres det et arbeid med tydeliggjøring av roller og ansvar i pakkeforløp for kreftområdet.

### **3.2 Reduksjon av unødvendig venting**

#### **Ventetid somatikk**

- Gjennomsnittlig ventetid (avviklede) for alle helsehjelpsområder er redusert fra 58 dager i 2018 til 57 dager (per november) i 2019. Noen gjennomførte og pågående tiltak er beskrevet under punkt 4.1.1 Gjennomsnittlig ventetid.

### Ventetid psykisk helsevern voksne

- Gjennomsnittlig ventetid for Psykisk helsevern voksne (PHV) var i 2018 42 dager. Per november 2019 er den gjennomsnittlige ventetiden redusert med 1 dag, til 41 dager.
- Noen gjennomførte og pågående tiltak er beskrevet under punkt 4.1.1 Gjennomsnittlig ventetid.

### Ventetid psykisk helsevern barn og unge

- Gjennomsnittlig ventetid for psykisk helsevern barn og unge (PHBU) var i 2018 60 dager. Per november 2019 er den gjennomsnittlige ventetiden 78 dager. Noen gjennomførte og pågående tiltak er beskrevet under punkt 4.1.1 Gjennomsnittlig ventetid.

## 3.3 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

### Måleparameter ventetid

For 2019 skulle gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen var påstartet være lavere enn 35 dager innenfor TSB, 40 dager innenfor psykisk helsevern og 55 dager innenfor somatikken.

Det har vært for lang ventetid særlig innenfor barne- og ungdomsspsykiatrien. Det er iverksatt tiltak for å redusere både fristbrudd og ventetid. Tiltakene forventes å redusere ventetid til behandling fremover. Innenfor rusområdet er ventetiden kortere enn kravet. Ventetiden innenfor voksenpsykiatrien er noe lengre enn måltallet og det samme gjelder innenfor somatikken.

### Måleparameter aktivitet

Pasientbehandling 2019 - endring fra 2018		Somatikk	VOP	BUP	TSB
Endring antall polikliniske konsultasjoner	Endring 18 → 19 i %	10 210	1 185	3 063	6
		1,2 %	1,3 %	6,7 %	0,0 %

I budsjettet for 2019 har Oslo universitetssykehus HF planlagt med større vekst i polikliniske konsultasjoner innenfor hvert av områdene VOP, BUP og TSB enn innenfor somatikken.

De foreløpige resultatene for 2019 viser at veksten innenfor VOP og BUP har vært større enn innenfor somatikken, selv om veksten innenfor disse områdene har vært lavere enn lagt til grunn i budsjettet. Dette skyldes i hovedsak forhold knyttet til turnover, rekruttering og økt omfang av fravær. Innenfor rusområdet har det vært lavere aktivitet enn budsjettert de siste månedene av 2019. Dette skyldes en kombinasjon av flere forhold.

## **Måleparameter kostnader (per 2. tertial):**

Det er økt ressursbruk for alle tjenesteområdene fra 2018 til 2019. I budsjettet var det planlagt med en noe større vekst innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innenfor somatikken. Per 2. tertial var imidlertid veksten høyest innenfor somatikken. Hovedårsaken til dette er at mange av de somatiske klinikkene har store negative budsjettavvik.

## **4. Oppfølging av styringsbudskap for 2019**

### **4.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen**

#### **4.1.1 Gjennomsnittlig ventetid**

I 2018 var gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter til avvikling 58 dager. Innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling var gjennomsnittlig ventetid til avvikling 44 dager. Ved utgangen av november 2019 er gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede 57 dager og innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 45 dager.

Tiltak og føringer for å sikre ytterligere reduksjon i ventetid i 2019 videreføres i 2020:

- Fagavdelingene tilstreber rutiner som medfører daglig vurdering av mottatte henvisninger.
- Seksjonsledere poliklinikk er tildelt ansvar for at planleggingshorisonten på poliklinikkene foreligger seks måneder fram i tid slik at pasientene kan tildeles fast tid i første brev.
- Det gjennomføres målsamtaler med individuelle behandlere.
- Antall pasienter som har ventet mer enn seks måneder følges særlig opp.
- NPR- meldingen kvalitetssikres før den sendes, og avvik meldt i NPR-tilbakemeldingen gjennomgås for læring og eventuell retting av feilregistreringer.
- Flere fagområder har gjennomgått reduksjon av antall kontroller på diagnosegruppenivå og benytter avtaler for videre oppfølging hos avtalespesialister eller på sitt lokalsykehus.
- På øyeavdelingen er det avklart ansvar innen kontorfag i å koordinere driften med henblikk på oppfølging av legeressurser i GAT og timebøker i DIPS.
- På grunn av en økende andel henvisninger har Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi etablert avtaler om overføring av basalcelle-karsinom med Moss sykehus og Bærum sykehus (basalcelle-karsinom i ansikt) og med annen avdeling egen klinikk, kjevekirurgisk avdeling. Kardiologisk avdeling har inngått et samarbeid med St. Olav med læringsoverføring til lukking av persisterende Foramen ovale.
- Flere fagområder har planlagt timebok per spesialitet/diagnosegruppe. Dette sikrer riktig prioritering fra venteliste og identifisering av ventetid utover planlagt tid.
- I forbindelse med vurdering av henvisning vurderes eventuell overføring til andre sykehus, eventuelt avslag.
- Det benyttes i økende grad telefonkonsultasjoner.

- Repeterende undervisning til behandlere og kontorfaglig personell i riktig håndtering av henvisning.
- I Psykisk helsevern barn og unge er de viktigste tiltakene:
  - Permanent overføring av behandlerressurser (15 årsverk) fra dagbehandling til poliklinisk aktivitet.
  - Midlertidig utlån av fagpersoner fra andre kliniske enheter og forskningsavdelingen i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling til poliklinisk arbeid. Disse utgjør en «task-force»-gruppe frem til jul 2019.
  - Direktørens stab bistår klinikken som prosessveileder og bidrar med gjennomgang av arbeidsprosesser og kompetanse knyttet til henvisning og avvisning av henvisninger.
  - Et godt samarbeid med førstelinjetjenesten og tjenestene i bydelene er spesielt viktig innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Det arbeides med flere tiltak for å styrke dette samarbeidet; blant annet gjennom prosjektet "Inntak ute", der bydelens henvisere behandler uklare henvisninger sammen med spesialisthelsetjenesten.

#### 4.1.2 Overholdelse av pasientavtaler

Median tid til tjenestestart skal reduseres sammenliknet med 2018.  
*[Tiden mellom tidspunktet henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og tjenestestartdato (dato for når prosedyre er utført) for spesifikke sykdomsgrupper. Målet gjelder for sykdomsgrupper der tid til tjenestestart er tilgjengelig som nasjonale tall fra NPR. Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]*

Helseforetaket skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2018 (passert planlagt tid). I 2019 skal helseforetaket overholde minst 93 % av avtalene. Innen 2021 skal minst 95 % av avtalene overholdes.  
*[Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før.]*

Det vises til Dokument 3:2 (2018–2019) Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper i 2017, der det bl.a. vises til at bedre planleggingssystemer og administrasjon fører til bedre utnyttelse av legeressursene slik at flere pasienter får time innen planlagt tid. Helseforetaket skal følge opp funnene i Riksrevisjonens undersøkelse.

#### **Median tid til tjenestestart skal reduseres sammenliknet med 2018**

Median tid til tjenestestart de første fire måneder av 2019 var 68 dager. Dette er en økning på fire dager sammenliknet med samme periode i 2018. Median tid til tjenestestart var 63 dager i 2.tertial 2019. Dette er en økning på en dag sammenliknet med samme periode i 2018. Tiden fra sykehuset har mottatt en henvisning til utredning eller behandling var i 2018 64 dager. Det samlede resultatet for 2019 foreligger medio februar 2019.

**Helseforetaket skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2018 (passert planlagt tid). I 2019 skal helseforetaket overholde minst 93 % av avtalene. Innen 2021 skal minst 95 % av avtalene overholdes.**



Per desember 2018 ble 95 % av alle avtaler overholdt i OUS. Per november 2019 var xx % av alle avtaler overholdt. Kilde: [www.bit.ly/passertplanlagttid](http://www.bit.ly/passertplanlagttid)

Vi gikk inn i 2019 med en plan for mål, målstyring og definerte arbeidsprosesser for reduksjon på fagområdenivå. I 2020 vil vi arbeide videre med overholdelse av planlagt tid ved å bedre tilgjengelighet og planleggingshorisont på poliklinikkene.

### Utnyttelse av legeressurser

OUS vil i løpet av 2020 starte arbeidet med integrasjon mellom DIPS og GAT. Dette for å gjøre det mulig å:

- Ha ett system for registrering og oppdatering av legers tilstedeværelse og oppgaver
- Tilgjengeliggjøring legers arbeidsplaner 6 måneder frem i tid, for timetildeling i DIPS
- Fjerne manuelle arbeidsprosesser rundt opprettelse av timebøker i DIPS
- Bidra til effektiv timedeling i DIPS
- Tilgjengeliggjøring av informasjon for behandlere på flere plattformer, MinGat og Outlook
- God og korrekt oversikt for både leder og behandler/ansatt»

### 4.1.3 Kreftbehandling

Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 % Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.

[Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid. Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkraft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom. Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Pakkeforløp	HiÅ	
	%	N
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	94 %	32
Nevroendokrine svulster	94 %	16
Kreft hos barn	89 %	47
Blærekreft	81 %	122
Hjernekreft	79 %	77
Peniskreft	78 %	9
Kreft i spiserør og magesekk	77 %	43
Myelomatose	75 %	12
Testikkelkreft	73 %	45
Sarkom	73 %	77
Tykk og endetarmskreft	71 %	142
Livmorhalskreft (cervix)	69 %	71
Føflekkreft	67 %	311
Galleveiskreft	65 %	23
Lymfomer	64 %	98
Brystkreft	61 %	395
Bukspyttkjertelkreft	60 %	42
Lungekreft	55 %	137
Hode- halskreft	51 %	458
Livmorkreft (endometrie)	49 %	101
Eggstokkreft (ovarial)	47 %	103
Skjoldbruskkjertelkreft	45 %	38
Prostatakreft	43 %	526
Nyrekreft	38 %	45
Primær leverkreft (HCC)	24 %	21
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	0 %	2

Figur 1 OF4 HiÅ (oktober)

Oslo universitetssykehus HF har hittil i år (t.o.m. oktober) inkludert 71 % av nye kreftpasienter i pakkeforløp. For 11 av 26 kreftformer er andelen pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid 70 % eller høyere. For 5 av kreftformene er andelen pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid mellom 61-69 %, mens 10 av kreftformene har en andel på 60 % eller lavere, se Figur 1.

Følgende pakkeforløp har hatt en positiv utvikling fra 2018 til HiÅ 2019: blærekreft, brystkreft, eggstokkreft,





livmorhalskreft, livmorkreft og testikkelkreft.

Følgende pakkeforløp har en ikke tilfredsstillende andel innenfor normert tid og har hatt en negativ utvikling fra 2018 til 2019: føflekkreft, lymfomer, nyrekreft og skjoldbruskkjertelkreft. I tillegg ligger følgende forløp på et stabilt, men ikke tilfredsstillende nivå med andel innenfor standard forløpstid: bukspyttkjertelkreft, hode-halskreft, kronisk lymfatisk leukemi (KLL), lungekreft, primær leverkreft (HCC), prostatakreft og skjoldbruskkjertelkreft. Liste over iverksatte tiltak er beskrevet i kapittel 3.1.

#### 4.1.4 Behandling av hjerneslag

Minst 60 % av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Indikator	2018		2019					
			T1		T2		T3	
Trombolyse innen 40 min etter innleggelse	65,0 %		55,60 %		40,0 %		66,7 %	

Figur 2: Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet innen 40 minutter etter innleggelse; Kilde: Kilde: Norsk Hjerneslagsregister, sist oppdaterte tall

Oslo universitetssykehus når målet ved at minst 60 % av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse i tredje tertial 2019 (tom 24/11-2019). Sykehuset arbeider kontinuerlig for denne måloppnåelsen.

Oslo universitetssykehus HF skal videreføre sitt behandlingstilbud innen mekanisk trombektomi og videreutvikle Oslo slagsenter slik at det etableres «en dør inn» og samlokalisering av diagnostikk og akuttbehandling for pasienter med hjerneslag som mottas fra Oslo sykehusområde.

I nært og godt internt og eksternt samarbeid ble «Én dør inn» etablert ved Oslo universitetssykehus v/Ullevål sykehus 6. mai 2019. Alle pasienter med mistenkt hjerneslag/TIA siste 72 timer tas imot, vurderes og behandles av et eget tverrfaglig slagvaktlag. Vaktteamet betjener en slagtelefon for direkte konferering ambulanser/legevakt, gir videre akuttbehandling i egen overvåkning med oppdaterte prosedyrer. Dette sikrer lik tilgang på rask hjerneslagbehandling for alle i Oslo sykehusområde, noe som vises i økt antall trombolysener og mekanisk trombektomier for pasienter med akutt hjerneinfarkt. Pasienter som tilhører Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus får etter den akutte fasen videre utredning, behandling og initial rehabilitering på eget lokalsykehus. Etablering av «Én dør inn» er viktig for videre utvikling av Oslo slagsenter. Arbeidet med samlokalisering av all diagnostikk og akuttbehandling inkludert mekanisk trombektomi videreføres i 2020.

#### 4.1.5 Uønsket variasjon

Helseforetaket skal, basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifisere:

- minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer

som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder.

- minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeide en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. I utarbeidelsen av tiltaksplanen skal det eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse.

Tilbakemelding skal oversendes Helse Sør-Øst RHF innen 1. oktober 2019. Helse Sør-Øst RHF er pålagt å orientere Helse- og omsorgsdepartementet om status i arbeidet innen 1. november 2019.

Gode resultater/ fremgang	Svake resultater/høy risiko	Tiltaksplan, hva kan læres av andre HF
<p><i>Redusert infeksjoner etter hofteproteser</i></p> <p><i>Indikator: 1-års dødelighet ved hoftebrudd, høye infeksjonsrater på NOIS målinger</i></p>	<p><i>Prosedyre for forebygging av fall i helseinstitusjoner ikke fulgt</i></p> <p><i>Indikator: Risikovurdering ved innkost og ved endring i allmenntilstand dokumentert gjennomført</i></p>	<p>Under utarbeiding som del av oppfølging av Handlingsplan for pasientsikkerhet i Oslo universitetssykehus punkt 3: Alle tiltakspakker fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er innført og benyttes rutinemessig i alle aktuelle enheter.</p> <p>Flere HF/sykehus i HSØ er aktuelle å lære fra, men ingen spesifikk avtale er ennå gjort i så måte.</p>
<p><i>Faktorer bidratt til måloppnåelse: Infeksjonsprofylakse, nye retningslinjer, opplæring, overvåkning av prosedyrer/rutiner</i></p>	<p><i>Antibiotikastyring i Oslo universitetssykehus</i></p> <p><i>Indikator: Redusere forbruket av fem utvalgte bredspektrede midler med 30 % målt mot 2012</i></p>	<p><i>Tiltaksplan:</i> Det er etablert et antibiotikateam i OUS som jobber med fire fokusområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Implementering av eksisterende nasjonale og lokale retningslinjer (øke etterlevelse)</li> <li>-Kartlegging av egne forbruksdata i avdelingene (ansvar avdelingsledelse)</li> <li>-Revurdere alle antibiotikakurer etter senest 3 døgn (obligatorisk)</li> <li>-Riktig lengde på kurer</li> </ul> <p>Dette oppnås gjennom antibiotikakontakter på avdelings- eller seksjonsnivå i nært samarbeid med smittevernkontakt og bruk av ressursperson med kontakt mikrobiologi/ infeksjonsmedisin som kan bidra til utvikling av skreddersydde tiltak, gjennomføre audit-feedback, academic detailing og undervisning. Man vurderer å utvide til antibiotikateam i hver avdeling bestående av avdelingsleder/ seksjonsleder, leger, sykepleiere og farmasøyt.</p>

		<i>Læres av andre HF: Også her vil det være hensiktsmessig å sammenligne avdelinger internt. I tillegg deltar det interne nettverket i et regionalt læringsnettverk nylig opprettet på området.</i>
--	--	---

#### **4.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Helseforetaket skal i 2019 redusere gjennomsnittlig ventetid til under 40 dager innen PHBU og PHV, og under 35 dager i TSB.

*[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]*

Helseforetaket skal i 2019 redusere avvsningsrater ved poliklinikkene innen psykisk helsevern.

*[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]*

#### **Helseforetaket skal i 2019 redusere gjennomsnittlig ventetid til under 40 dager innen PHBU og PHV, og under 35 dager i TSB**

Gjennomsnittlig ventetid for psykisk helsevern barn og unge var 65 dager 1. tertial 2019. Som et krisetiltak for å redusere 62 fristbrudd ble det medio september opprettet en gruppe bestående av tre spesialister (2,5 stilling). Fristbruddgruppen jobbet systematisk med de pasientene som sto til fristbrudd og har pr i dag kommet ned i 0 fristbrudd. Det er for tidlig å si om hvilken effekt denne gruppas arbeid har hatt på ventetiden. Det er planlagt en rapport for å oppsummere det arbeidet som er gjort i fristbruddgruppa når den er ferdig med sitt arbeid til nyttår.

For psykisk helsevern voksne var gjennomsnittlig ventetid samme periode på 41 dager, noe som er en reduksjon fra samme periode i 2016 (52 dager), 2017 (47 dager) og 2018 (45 dager). Trenden er med andre ord positiv.

Gjennomsnittlig ventetid for TSB var 1. tertial 2019 på 29 dager – godt innenfor måltallet. Ventetiden i TSB er redusert fra 1. tertial 2018 (35 dager).

#### **Helseforetaket skal i 2019 redusere avvsningsrater ved poliklinikkene innen psykisk helsevern**

For Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er avvsningsraten svært lav, og det har den også vært de to siste årene. Det er ikke gjennomført spesielle tiltak for å få redusert denne ytterligere.

Når det gjelder psykisk helsevern voksne er det spesielt avvsningsraten ved DPSene som har vært i fokus. Ved Nydalen DPS viser foreløpige tall at avvsningsraten i 2018 og 2019 er forholdsvis stabil. Samtidige har antall henvisninger økt med omtrent 14 %. Antall personer som har fått positivt svar på henvisningen har også økt med rundt 13 %. Ved Søndre Oslo DPS er avvsningsraten redusert betydelig. Også her har antall henvisninger økt, hvilket betyr at antall personer som har fått positivt svar på henvisningene har økt med bortimot 30 %. DPSet har etablert tett samarbeid med flere fastlegekontorer. De kontorene DPSet har hatt samarbeid med har fått sin avslagsprosent redusert betydelig, noen med over halvparten (f.eks. fra 58 % til 29 % for Abildsø og 43 % til 14 % for Bogerud legekantor). I tillegg har Søndre Oslo DPS endret inntaksprosessen på inntaksmøtene. Dersom minst en i inntaksteamet er i tvil

om det er riktig med avslag, så får pasienten rett til en (kortere) utredning hos spesialist. Utredningen avgjør om pasienten går videre til behandling, eller overføres tilbake til 1. linjen eller andre tiltak.

I barne- og ungdomspsykiatrisk helsevern har avvisningsraten økt noe. Her har samarbeidsprosjektet med Sagene bydel «Inntak ute» blitt igangsatt for å bedre kvaliteten på henvisninger. Det er for tidlig å se om dette har hatt den ønskede effekten.

#### 4.2.1 Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå

Det skal på regionnivå være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Dette måles ved gjennomsnittlig ventetid (som årlig gjennomsnitt), kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Det skal være prosentvis større økning i kostnader og aktivitet. Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager for TSB i 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.

[Datakilde for gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet. Datakilde for kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap. Datakilde for polikliniske opphold: Helsedirektoratet (ISF).]

Henvises til kapittel 3.3.

#### 4.2.2 Pakkeforløp psykisk helsevern

Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 %.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 %.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne skal være minst 80 %.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern voksne skal være minst 80 %.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Det er jobbet godt med implementering av pakkeforløp psykisk helsevern, men NPR sine uttrekk av data fra pakkeforløpsmodulen i DIPS Arena er mangelfulle og har mange feil. Kvalitetsindikatorerne blir derfor ikke korrekte. Oslo sykehusservice (OSS), enhet for aktivitet og analyse arbeider med å finne en løsning i samarbeid med NPR. Manglende rydderapporter i DIPS Arena pakkeforløpsmodul bidrar også til mangelfull kvalitetssikring av data.

### 4.2.3 Pakkeforløp tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for TSB skal være minst 80 %.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 %.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Dette er omtalt under kapittel 4.2.2.

Det er dessverre ikke tilgjengelige tall på dette da data fra pakkeforløpsmodulen i DIPS Arena er mangelfulle.

### 4.2.4 Forløpskoordinatorer innen psykisk helsevern og TSB

Virksomheter som behandler pasienter innen psykisk helsevern for voksne, barn og unge og TSB skal oppnevne forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.

Alle aktuelle enheter har oppnevnt forløpskoordinatorer og lagt ut opplysninger om dette på internett.

### Øvrig implementering av pakkeforløp

Det er tilsatt prosjektleder for innføring av pakkeforløp psykisk helse og rus. Det har vært en omfattende opplæring av de ansatte i klinikken som fortsatt pågår. Klinikken har kontinuerlig arbeidet med å bedre kodekvalitet og kvalitet på rapporter. Forløpsteam knyttet til hvert pakkeforløp er etablert. Vi arbeider med innføring av feedback-verktøy og arbeid med innføring av digitaliserte psykometriske tester starter ved årsskiftet. De viktigste journalldokumentene i DIPS er omarbeidet for å passe inn i pakkeforløp, og det jobbes med en implementeringsplan for disse journalldokumentene. Det er etablert en arbeidsgruppe for hovedstadsområdet som skal bedre samhandling rundt pakkeforløpene mellom de fire HF-ene, fastlegene, bydelene og Oslo kommune.

### 4.2.5 Tvangsbruk i psykisk helsevern

Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2019.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette årlig.]

Helseforetaket skal redusere bruk av tvangsmidler gjennom bl.a. å implementere føringer og anbefalinger i regional rapport, jf. «Økt frivillighet - Regional plan for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst». Implementere føringer og anbefalinger i «Regional rapport om reduksjon i bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst 2018».

**Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2019**

Klinikken har hatt en reduksjon i antall pasienter med tvangsmiddelvedtak. 1. tertial 2019 var det 59 pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak. Tilsvarende tall for 1. tertial 2018 var 63 pasienter. Begge år utgjorde dette ca. 10 % av totalt innlagte døgnpasienter i psykisk helsevern voksne.

Klinikken følger med på den månedlige utviklingen i antall pasienter med tvangsmiddelvedtak og antall vedtak. Hver enkelt avdeling har god tilgang på egen statistikk. Utviklingen følges også i driftsoppfølgingsmøter mellom klinikkleder og avdelings- og seksjonsledere.

### **Helseforetaket skal redusere bruk av tvangsmidler gjennom bl.a. å implementere føringer og anbefalinger i regional rapport «Økt frivillighet - Regional plan for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst»**

Implementering av føringene i rapporten «Regional rapport om reduksjon i bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst 2018» varierer noe mellom avdelingene. Felles for alle avdelingene er at de føringene og anbefalingene som er gitt for bygningsmessige forhold er ikke mulig å gjennomføre. OUS sin bygningsmasse er gammel, slitt og uhensiktsmessige uten mulighet for endringer. Krevende økonomisk situasjon gjør det også vanskelig å fremskaffe lokaler som kan tilfredsstillende alle punktene i rapporten. Vi håper at føringene lar seg implementere i de nye sykehusbyggene som er planlagt, både i Bærum og på Aker.

- *Husordensreglene* blir i stor grad diskutert med klinikkens brukerråd og behandlet av kontrollkommisjonene i klinikken.
- Klinikken har på sine 40 lokalisasjoner til sammen 7 fastmonterte beltesenger; alle plassert i de eldste bygningene. Akuttavdelingen, som har flest døgnpasienter, har ikke fastmonterte beltesenger.
- Alle seksjoner med vedtaksmyndighet for tvang, benytter seg av ulike *alternativer til bruk av tvangsmidler*. Det er stort fokus på simulering og trening i hvordan aggresjon, vold og trusler skal møtes. Samhandlingstrening foregår rutinemessig og til faste tider, for alt personell, konflikthåndtering etter faste prosedyrer, og regelmessig undervisning knyttet til tvang og tvangsmidler. Klinikken er i ferd med å utdanne MAP-instruktører.
- Alle døgnseksjonene som er godkjent for tvangsmiddelbruk, foretar en *voldsrisikovurdering ved innleggelse*. Det benyttes ulike verktøy, f.eks Voldsrisiko sjekkliste (V-risk) og Brøset Violence Checklist (BVC).
- 2020 vil Akuttavdelingen også vurdere muligheten for å involvere pasientene i voldsrisikovurderingene gjennom å undersøke tidligere erfaringer med vold og pasientenes vurdering av framtidige risikosituasjoner.
- Seksjonene gjennomfører *ettersamtaler etter situasjoner der tvang er benyttet* både med pasienter, - og pårørende der det oppfattes som formålstjenlig -, og de gjennomføres også andre steder enn i samtalerom.
- Seksjonene har *samtale med personalet* etter at PHVL § 4-8 har vært brukt. I tillegg gjennomgås tvangsmiddelbruk på avdelingsnivå og drøftes i ledergruppen.

#### **4.2.6 Regionale behandlingstilbud for overgrepsoffer**

I eget brev fra Helse Sør-Øst RHF, datert 2. april 2019, er Oslo universitetssykehus HF gitt i oppdrag å etablere et regionalt behandlingstilbud til pasienter som har begått eller står i fare for å begå seksuelle overgrep. Behandlingstilbudet skal baseres på

helseforetakets prosjektskisse datert 19. desember 2017 og skal være tilgjengelig fra 1. januar 2020.

Helse Sør-Øst RHF skal etablere et regionalt behandlingstilbud for personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep, etter modell av pågående prosjekt utviklet av Helsedirektoratet, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Fengselspsykiatrisk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus, Kriminalomsorgen region sør og Helse Sør-Øst RHF.

### **Behandlingstilbudet for personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep**

Oslo universitetssykehus har fått i oppdrag å lede den nasjonale implementeringen av behandlingstilbudet for personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep etter modell av BASIS-prosjektet 2015 – 2019. Tilbudet skal etableres i Universitetssykehuset Nord-Norge HF, St. Olavs hospital HF, Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Oslo universitetssykehus HF.

Implementeringsprosjektet 2019 – 2021 er påbegynt i 2019 ved at det er opprettet styringsgruppe der alle RHF, alle fem kriminalomsorgsregioner, Kriminalomsorgsdirektoratet KDI, Helsedirektoratet, brukerorganisasjoner og de regionale prosjektlederne er representert. Styringsgruppen ledes av OUS.

I tillegg er det opprettet fire regionale prosjektgrupper som har det operative ansvaret for implementeringen regionalt. Det pågår rekruttering av fagfolk og organisering av tjenesten i alle helseregionene.

Oslo universitetssykehus fikk i oppdrag å etablere behandlingstilbudet i deler av Helse Sør-Øst. Klinikk psykisk helse i OUS har i 2019 etablert ny spesialpoliklinisk enhet som har fått erfaren psykologspesialist som enhetsleder, én administrasjonsrådgiver og tre behandlere. Enheten er lokalisert i Bygg 27 på gamle Gaustad sykehus, og forventes å kunne være operativ per mars 2020.

### **Regionalt behandlingstilbud til pasienter som har begått eller står i fare for å begå seksuelle overgrep**

Oslo universitetssykehus har fått i oppdrag av Helse Sør-Øst i å etablere en regional poliklinikk for til pasienter som har begått eller står i fare for å begå seksuelle overgrep; Lavterskeltilbudet. Dette innebærer å gi utrednings- og behandlingstilbud til pasienter som har begått eller står i fare for å begå seksuelle overgrep. Klinikken har etablert en arbeidsgruppe. Arbeidet med Lavterskeltilbudet må sees i sammenheng med to andre oppdrag:

1. Oppdraget beskrevet overfor «*Behandlingstilbudet for personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep*»
2. Oppdrag fra Helsedirektoratet, om å etablere et lavterskeltilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep. Dette tilbudet skal være både behandlingstilbud og hjelpetelefon.

Vår vurdering er at oppdragene 1 og 2 tilsammen dekker målgruppene som er beskrevet i oppdraget om *Regionalt behandlingstilbud til pasienter som har begått eller står i fare for å begå seksuelle overgrep*.

#### **4.2.7 Epikrise**

Minst 50 % av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]



Andelen epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern voksne og TSB var da på henholdsvis 42,8 % og 34 % 1 tertial 2019. For TSB har andelen økt fra 28 % i 2018, og for psykisk helsevern voksne fra 37,2 % i 2018.

Tid for utsending av epikriser følges opp på driftsmøter mellom klinikkleder og avdelingene, og avdelingsledernes oppfølging av seksjonene.

### **4.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet**

#### **4.3.1 Kvalitet og pasientsikkerhet**

- **Forbedringsområder og innsatsteam**

Helseforetaket skal styrke innsatsen med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, herunder arbeid med innsatsteam, kvalitetsarbeid, forbedringsarbeid, arbeid med pakkeforløp og logistikk ved poliklinikkene. Helseforetaket skal utpeke en lokal kontaktperson som skal bidra i et regionalt innsatsteam for koordinering, felles innsats og oppfølging.
--

Direktør for Stab pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling, er sykehusets hovedrepresentant inn i det regionale innsatsteam. Grunnet størrelsen på Oslo universitetssykehus (OUS) i forhold til de andre foretakene i regionen og måten stabene er organisert i OUS, fikk OUS aksept for å stille med to deltakere i det regionale innsatsteamet. Leder for Avdeling for klinisk drift og utvikling deltar i saker som har med pakkeforløp å gjøre, mens kst. leder for Avdeling for pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring deltar i saker som har med pasientsikkerhet å gjøre, herunder uønsket variasjon og innsatsområder knyttet til uønskede hendelser.

- **HMS og pasientsikkerhet**

Arbeidet med HMS og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. Andel «enheter med modent sikkerhetsklima» (jf. definisjon i pasientsikkerhetsprogrammet) ved hvert helseforetak skal være minst 60 %.
---

<i>[Minst 60 % av medarbeiderne i enheten skårer 75 eller høyere. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres. Datakilde skal være ForBedring. Dette publiseres årlig.]</i>
---

Arbeidet med å se HMS og pasientsikkerhet i sammenheng er styrket ved at hver klinikks kvalitetsleder/-rådgiver deltar i klinikkens arbeidsmiljøutvalg og klinikkhovedverneombud i klinikkens pasientsikkerhetsråd. Samarbeidet mellom faginstansene for pasientsikkerhet, kvalitet og arbeidsmiljø er styrket med felles møtepunkt, det er også et utstrakt samarbeid mellom kvalitet/pasientsikkerhet og vernetjenesten. HMS-runde og ForBedring inneholder aspekter av HMS og pasientsikkerhet som følges opp samlet i foretakets forbedringssystem Achilles. Temaer i undervisning for ansatte, ledere og verneombud omhandler både HMS og pasientsikkerhet. Flere kvalitetsledere i klinikkene har både HMS og kvalitet i sin portefølje. Sammenhengen mellom HMS og pasientsikkerhet kommer også frem i temaene som velges for de årlige arrangementene Arbeidsmiljøuken og Pasientsikkerhetsuken. Sikkerhetsklima-indikatoren i ForBedring viser at 93 % av enhetene i Oslo universitetssykehus får positiv skår fra minst 60 % av sine ansatte.

- **Bruk av bredspektrede antibiotika**

Helseforetak skal, som del av det langsiktige arbeidet med å redusere sykehusinfeksjoner, prioritere å oppnå 20 % reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika i 2019 sammenliknet med 2012. (Målet i 2020 er en reduksjon på 30 % sammenliknet med 2012 målt ved disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med ensymhemmer og kinoloner).  
[Datakilde skal være sykehusenes legemiddelstatistikk. Dette publiseres tertialvis.]

## **Antibiotikastyring - Status og resultatoppnåelse og nye tiltak for bedre måloppnåelse**

### **Det jobbes med tiltak innenfor fire prioriterte områder:**

1. Implementering og økt etterlevelse av eksisterende nasjonale og lokale retningslinjer
2. Obligatorisk revurdering av alle antibiotikakurer senest innen 3 døgn
3. Riktig lengde på kurer
4. Kartlegging av egne forbruksdata i avdelingene.

Det utgis kvartalsvis forbrukstall for Oslo universitetssykehus HF i regi av Avdeling for smittevern i samarbeid med Avdeling for farmakologi. Forbruksstatistikken for Oslo universitetssykehus HF samlet sett viser en reduksjon per 31.10.19 på ca. 7,4 % sammenliknet med 2012. Rapportene gir god oversikt over avdelinger innen Oslo universitetssykehus HF med høyt forbruk av bredspektret antibiotika, samt oversikt over hvorvidt avdelingene har redusert eller økt forbruk siste årene. Rapportene muliggjør systematisk oppfølging og målrettede tiltak i avdelinger med høyt forbruk av bredspektret antibiotika. Rapportene har hittil vært basert på salgstall fra Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk.

Det er ulik grad av implementering av anbefalte tiltak med tanke på antibiotikastyring innen de ulike klinikkene i Oslo universitetssykehus HF. Klinikkllederne har blitt fulgt opp med spørsmål om tiltak vedrørende antibiotikastyring i den tertialvise Ledelsens gjennomgang. Dette avdekker ulike utfordringsbilder innen ulike avdelinger. Gjennomgående er det forståelse for viktigheten av å redusere bruk av bredspektret antibiotika, men det er ofte vanskelig å prioritere nødvendige ressurser og tid for å gjennomføre anbefalte tiltak. En del avdelinger i Oslo universitetssykehus HF deltar med antibiotikakontakter (lokale avdelings vise ressurspersoner). Flere avdelinger enn tidligere benytter styringstavler for revurdering av antibiotika. Som tidligere år gjennomføres undervisning om antibiotika retningslinjer. Flere avdelinger har også gjennomført audits av antibiotikabruk relevant for de respektive avdelinger. Slike revisjoner har flere ganger avdekket behandling som ikke er i tråd med anbefalte retningslinjer.

Som i tidligere rapporter vektlegges nytten av tilsyn/eksperthjelp fra infeksjonsmedisiner, mikrobiolog og ev. klinisk farmasøyt.

I september 2019 ble det i Ledermøte Oslo universitetssykehus HF vedtatt at Antibiotikateamet skal følge mandatet og suppleres med kompetanse fra kirurg og sykepleier. Videre sluttet ledermøtet seg til at klinikkene styrker arbeidet med

antibiotikastyring gjennom et tydeligere ansvar i linjen og bruk av ledergruppe. Antibiotikateamet har videre anbefalt opprettelse av avdelings- eller seksjons vise tverrfaglige antibiotika ressursgrupper, hvor organisering og ansvarsfordeling besluttet av ledelsen ut i fra avdelingens behov. Fokusområde for antibiotika ressursgruppene er gjennomføring av lokaltilpassede tiltak relevant for respektive avdelinger, samt sørge for forankring i ledelsen.

Antibiotikateamet arbeider bl.a. for å få bedre og mer aktuelle styringsdata fra Klinisk datavarehus (KDVH) med tett samarbeid med KDVH. Det forventes økt bruk av KDVH for datauttrekk i 2020.

#### Prioriterte forbedringsområder 2020

1. Økt involvering og forankring i sentral og lokal ledelse mht. antibiotikastyring i Oslo universitetssykehus HF.
2. Forsterket dialog med avdelinger på Oslo universitetssykehus HF med høyt forbruk av bredspektret antibiotika.
3. Opprettelse av antibiotikaressursgrupper på avdelinger med høyt forbruk av bredspektret antibiotika.
4. Utarbeide kommunikasjonsplan vedrørende antibiotikastyring i Oslo universitetssykehus HF
5. Forsterket fokus på systematisk revurdering og audit med feedback i flere enheter.
5. Økt synergi og forsterket samarbeid med avdeling for smittevern og synliggjøring av smittevern som en viktig og integrert del av antibiotikastyring.
6. Forsterket involvering av antibiotikakontakter og fagsykepleiere på relevante avdelinger.
7. A-teamet skal være relevant bidragsyter til fortløpende aktuelle problemstillinger (f.eks. antibiotika-uker, innspill ved antibiotikamangel, revisjon av aktuelle retningslinjer)
8. Utvikle mal for antibiotikarelaterte styringsdata fra Klinisk datavarehus (KDVH) i samarbeid med KDVH.
9. Samarbeid om pasientsikkerhetsprogrammet vedrørende aktuelle tema innen antibiotikastyring.
10. Tilrettelegge for økt fokus på antibiotika og antibiotikastyring som del av LIS utdanning
11. Kommunisere behov for økt forskning relatert til antibiotikastyring og resistens.

#### • **Legemidler**

Helseforetaket skal etablere rutiner for samstemming av legemiddellister, herunder rutiner for gjennomgang av gyldige resepter i reseptformidleren, for å sikre at disse samsvarer med oppdatert legemiddelliste for den enkelte pasient.
---

Samstemming av legemiddellister er regulert i en sykehusovergripende prosedyre (N1) i sykehusets elektroniske kvalitetssystem (eHåndboken) – «Opptak av legemiddel-anamnese og samstemming av legemiddellister».

Bruken og resultat av denne prosedyren følges opp med klinikkene i ledelsen gjennomgang (LGG) som en del av virksomhetsstyringen. I mangel av indikatorer valgte sykehuset å analysere antall oppslag i reseptregister og antall tilbakekalte resepter på klinikk- og avdelingsnivå. Noe som gir en indikasjon på om prosedyren etterfølges, at legemiddellisten gjennomgås og oppdateres for den enkelte pasient. Flere klinikker

hadde mange oppslag i reseptregister og har samtidig tilbakekalt (endret) mange resepter. Både antall oppslag og antall tilbakekalte resepter har økt fra første til andre tertial 2019.

- **Korridorpasienter**

Ingen korridorpasienter.  
[Datakilde skal være Helsedirektoratet. Dette publiseres tertialvis.]

Tall hentet fra Helsedirektoratet	T2 - 2019
Andel korridorpasienter	0,7 %

*Pr. august 2019*

Andel pasienter som ligger på korridoren har de siste årene vært veldig lavt på sykehuset. Andelen var hhv 0,8 % ved utgangen av første tertial og 0,7 % ved utgangen av andre tertial 2019. Press på senger varierer mellom klinikkene. Utjevning er vanskelig på grunn av bygg og lokalisasjoner. Sykehuset har egne rutiner for å utnytte ledige senger på tvers av fagtilhørighet.

- **Pasientsikkerhetsprogrammet**

Helseforetaket skal videreføre arbeidet fra pasientsikkerhetsprogrammet, implementere handlingsplanen og redusere variasjon i pasientsikkerhetsindikatorer.

Dette er et prioritert område innen pasientsikkerhetsarbeidet og omhandles i ett av fem overordnede satsingsområder i nylig vedtatt Handlingsplan for pasientsikkerhet 2020-2023:

<b>Alle</b> tiltakspakker fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er innført og benyttes rutinemessig i alle aktuelle enheter.	Benytt interne læringsnettverk for implementering, erfaringsdeling og læring på tvers	Direktørens stab
	Målinger, prevalens og interne revisjoner	Direktørens stab
	Utarbeide verktøy som forenkler innføring og bruk	Direktørens stab
	Tilby temabaserte fagsamlinger	Direktørens stab
	Lederkrav med rapportering	Klinikkleder
	Innføre og sikre kontinuerlig bruk av alle aktuelle tiltakspakker	Avdelingsleder
	Tilby opplæring i aktuelle tiltakspakker	Avdelingsleder

Det utarbeides en veileder for det praktiske arbeidet, og det jobbes med involvering av Nettverk for kontinuerlig forbedring i dette arbeidet. Det er siden ny stabsorganisering ble effektivert ultimo november 2019, knyttet spesifikt til pasientsikkerhetsavdelingen. Nettverket har to representanter i hver klinikk og jobber på oppdrag fra klinikkleder.

- **Uønskede hendelser**

Andel somatiske pasientopphold med pasientskade i 2019, målt med metoden GTT, skal reduseres på regionalt nivå sammenliknet med 2017.

[Datakilde er GTT-undersøkelsene – Helsedirektoratet. Dette publiseres årlig.]

Det skal innføres måltall for registrering av skadedata i Norsk pasientregister fra 2020. Helseforetaket skal i 2019 arbeide målrettet for å få opp registreringsandelen.

Helseforetaket skal, i en samlet risikoanalyse basert bl.a. på GTT-data og nasjonale og lokale kvalitets- og pasientsikkerhetsindikatorer, identifisere:

- minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder.
- minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeide en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. I utarbeidelsen av tiltaksplanen skal det eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse.

OUS har i 2019 fått 2018-tallene fra GTT som viser skade i 8,4 % av de undersøkte sykehusoppholdene, en nedgang fra 9,6 % i 2017. Resultatene rapporteres til Helsedirektoratet.

OUS har en høy registreringsandel for skadedata til NPR. Dedikert ressurs i sykehusets akuttmottak på ca. 40 % stilling har bidratt sterkt til dette, sammen med dedikert fagligmiljø i skadelegevakten.

Området der Oslo universitetssykehus (OUS) har oppnådd gode resultater er *Behandling av sepsis i akuttmottak*. Dannelsen av et eget team var sentralt. Erfaringene derfra er brukt i årets satsing på tidlig oppdagelse og behandling av sepsis i sengeposter, og status i OUS nå på området kan oppsummeres slik:

- 3 grupper har deltatt i nasjonale læringsnettverk.
- OUS Akuttmottak har i 2019 fortsatt med de strukturelle tiltakene som ble innført i forbindelse med sepsistilsynet, og regner nå dette som en del av driften:
  - Fokus på tid til triage. Endret rutiner for å unngå at utriagerte pasienter plasseres på venterom.
  - Sepsismottak (Lite team for mottak av pasienter med mistanke om sepsis, kriterier for utkall er infeksjon + 2 qSOFA eller klinisk skjønn).
  - Medisinsk team for kritisk syke pasienter med mistanke om sepsis.
  - Har fortsatt ikke registrering på tid fra innkomst til legetilsyn.
  - Kvalitetsregister for pasienter med mistenkt sepsis som tas i mot av Sepsismottak eller Medisinsk team. Ca. kvartalsvis gjennomgang av disse. Siste tall fra i juni viste tilfredsstillende målinger.
- I andre avdelinger er bruken av skåringsverktøyet NEWS «early warning score» økende. Utviklet ONEWS (obstetrisk news) i samarbeid med Ahus.
- Utarbeidet felles sepsisprosedyre på Nivå 1 i ferd med å godkjennes.
- Pilotprosjekt implementering med simulering av «tidlig oppdagelse/sepsis» i urologisk sengepost med tanke på spredning i hele sykehuset.

Områdene der det i OUS er svake resultater/høy risiko er innen *Pakkeforløp kreft* og innen *Legemiddelsamstemming*. Pakkeforløpene i OUS har en egen tiltaksplan (se beskrivelse av Pakkeforløp Kreft i OUS i kapittel 3.1) som fasiliteres fra Avdeling for klinisk drift og utvikling og Medisinsk direktør, og følges opp i det regionale innsatsteamet. Legemiddelsamstemming i tråd med oppdaterte retningslinjer er ikke tilstrekkelig implementert og er omtalt i kapittelet Legemidler.

- **Epikrise**

Minst 70 % av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.

[Datakilde skal være Helsedirektoratet. Dette publiseres tertialvis.]

Sykehuset når ikke målet ved at minst 70 % av epikriser er sendt innen 1 dag etter utskrivelsen. Ved utgangen av andre tertial er andelen 55,2 %. Noe som er en forbedring med 5 prosentpoeng sammenlignet med andre tertial i 2018. Andelen er svært varierende mellom somatiske klinikker på sykehuset. Oppfølging av den nasjonale kvalitetsindikatoren er gjenstand på ledelsenes gjennomgang med klinikkene som del av sykehusets virksomhetsstyring og behandles også ukentlig i sykehusets ledergruppe. Det ble igangsatt forbedringstiltak ved blant annet å se på rutiner for kontrasignering før utsendelse av epikrisen og rutiner for utsendelsen av epikrisen i påvente av laboratorie-/bildediagnostiske svar.

- **Akuttmedisin**

Oslo universitetssykehus skal integrere virksomheten til Norsk Førstehjelpsråd og Norsk Resuscitasjonsråd i virksomheten til Nasjonalt kompetansesenter for akuttmedisin - NAKOS.

Prehospital klinikk og NAKOS har ikke funnet muligheter til å starte opp aktiviteter knyttet til oppdraget i 2019. Helse Sør-Øst er orientert om situasjonen gjennom dialogmøte. Oppstart er planlagt i 2020.

- **Fødsel og fertilitet**

Helseforetaket skal rapportere hvordan nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er implementert, spesielt hvordan anbefalingen om utreisevurdering er fulgt opp.

Helseforetaket skal ha det økonomiske ansvaret for hormonpreparater i de tilfeller kvinner i fertil alder får tilbud om å ta ut egg hvis behandling av alvorlig sykdom kan gå utover fertiliteten.

Nasjonale faglige retningslinjer for barselomsorgen ligger til grunn for fødeavdelingens planarbeid. Innholdet i retningslinjen er integrert i avdelingens rutiner og arbeidsprosesser og tilgjengelig i medarbeidernes daglige arbeidsflater (eHåndbok). Anbefalingen om utreisevurdering følges opp i strukturerte, individuelle samtaler under barseloppholdet før utreise fra føde/barselavdeling. Samtalene omfatter generell informasjon om barnet, kvinnens helse og plan for oppfølgingen etter utreise fra sykehuset. Barseloppholdets varighet er individuelt tilpasset kvinnen og den nyfødtes behov, samt barseltilbud på hjemstedet og støtte fra kvinnens nettverk/partner. Fødeavdelingen har jevnlig samarbeidsmøter med primærhelsetjenesten og følger systematisk opp brukernes tilbakemeldinger.

Tilbakemeldinger fra PasOpp rapport 2018. Effekt av tiltak.

«I 2017 var kvinner mest fornøyd med "Ivaretagelse av partneren ved fødeavdelingen" og "Relasjonen til personellet ved fødeavdelingen". Dette gjelder alle helseregioner. Kvinner var minst fornøyd med "informasjon om kvinnens helse under barseloppholdet", dette gjelder også alle helseregioner.»

Føde- og barselavdelingen ved Oslo universitetssykehus HF har jobbet systematisk med å forbedre informasjonen til pasienter under barseloppholdet. Informasjonen ligger elektronisk på Oslo universitetssykehus HF hjemmeside og er integrert i helsehjelpen via sjekklister som et viktig verktøy også i fbm utskrivelsen.

- **Organdonasjon**

Helseforetaket skal i 2019 følge opp og videreføre arbeidet med å øke antall organdonorer.

Oslo universitetssykehus HF har i 2019 lukket avviket fra Statens helsetilsynet i 2017 knyttet til organdonasjon. Det er etablert en Avdeling for organdonasjon i Akuttklinikk og det er ansatt avdelingsleder. Det er etablert funksjonsbeskrivelser i eHåndbok for blant annet donoransvarlig lege og sykepleier. Antallet organdonasjoner ved Oslo universitetssykehus HF er i 2019 på samme nivå som i 2018, men med færre avslag fra pårørende. Folkehelseinstituttet gjennomfører en metodevurdering vedrørende bruk av normoterm regional perfusjon hos pasienter som dør av hjerte- og ånderettsstans når livsforlengende behandling avsluttes. Oslo universitetssykehus HF avventer denne vurderingen og ønsker å starte den metoden slik at flere organdonasjoner kan gjennomføres.

- **Behandlingsreiser**

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for behandlingsreiser til utlandet for pasienter fra hele landet. Egenandelen er på 118 kroner. Egenandelen for pasienter er omfattet av egenandelstak 2. Helse Sør-Øst RHF skal utvide ordningen med behandlingsreiser til å omfatte pasienter med diagnosen ALS. Utvidelsen skal ha et budsjett på kr 6,5 mill. kroner.

I 2019 sendte behandlingsreiser 2444 pasienter og 192 ledsagere, fordelt slik:

- Barn og ungdom med kronisk lungesykdom og eller atopisk eksem: 158 barn /132 ledsagere og 36 ungdom
- Barn/ungdom og voksne med revmatisk lungesykdom: barn 60/60 ledsagere og 36 ungdom
  - voksne 1545
- Voksne pasienter med senskader etter Post polio syndrom: 140
- Barn/ ungdom og voksne med psoriasis: 16 barn/16 ledsagere – 15 ungdommer og 418 voksne

ALS ble tatt inn i programmet fra 1.1.19. OUS er fremdeles i prosess med å kartlegge hvordan dette oppdraget skal løses og vil holde Helse Sør-Øst RHF løpende orientert.

- **Brukermedvirkning**

Helseforetaket skal delta i de nasjonale brukerundersøkelsene i regi av Folkehelseinstituttet, og resultatene skal brukes aktivt i forbedringsarbeid. Dette omfatter også løpende brukererfaringsundersøkelser innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som vil bli utviklet og implementert i løpet av 2019.

Oslo universitetssykehus deltar i de nasjonale brukerundersøkelsene i regi av Folkehelseinstituttet. Sykehusets egen brukerundersøkelse er sentral. Med over 100 000 svar og 25 000 fritekstkommentarer i 2019, er den et verdifullt grunnlag for forbedringsarbeidet i den enkelte enhet og avdeling i foretaket.

- **Samarbeid med kommunehelsetjenesten**

I oppdragsdokument 2019 er de regionale helseforetakene bedt om å legge <i>Meld. St. 15 (2017- 2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre</i> til grunn for utvikling av tjenesten. Det skal rapporteres i Årlig melding 2019 for helseforetakenes samarbeid med kommunene.
---

Helseforetaket skal følge opp Riksrevisjonens anbefalinger om helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter, og påse at det er etablert interne systemer og kontroller for å sikre at ansatte kjenner til regelverk og benytter prosedyrer og rutiner ved utskrivning av pasienter.
---

Helseforetaket skal styrke arbeidet med tiltak innen området arbeid og helse. Det vises til inngått avtale mellom Helse Sør-Øst RHF og NAV hvor helseforetakene og NAV anbefales å inngå forpliktende samarbeidsavtaler lokalt.
---

Reformen Leve hele livet skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt.

OUS har i 2019 ferdigstilt retningslinjen Helhetlig pasientforløp for eldre og kronisk syke pasienter. Retningslinjen har blitt til i et samarbeid med deltakende bydeler, etater og fastleger i regi av Læringsnettverk for gode pasientforløp. Målsetting med arbeidet i det nasjonale læringsnettverket og i OUS sitt arbeid inn i dette, er å bidra til helhet og sammenheng i helsetjenesten til eldre kronisk syke som er hjemmeboende og trenger hjelp fra flere tjenestesteder. Målsettingen er mer og bedre hjemmetid, slik det tydeliggjøres i Kvalitetsreformen «Leve hele livet.»

OUS v/ Avd. Samhandling, Medisinsk klinikk og Ortopedisk klinikk samarbeidet med alle helseaktører som er naturlige i et pasientforløp for denne gruppen pasienter; Helsehus, KAD, fastleger og hjemmetjenesten. I samarbeid har vi tydeliggjort hvilke oppgaver og ansvar som tilligger den enkelte tjeneste i pasientforløpet, - samt hvilke samhandlingsknutepunkter som må være på plass for å sikre at pasienten oppnår best mulig helse i eget hjem lengst mulig.

Pasientsentrert tilnærming er benyttet som metode i arbeidet, og det er arbeidet mye med tilnærming »Hva er viktig for deg» Brukerrepresentanter har deltatt under hele arbeidet.

I arbeidet med dette er det blitt tydeliggjort at OUS ikke har egen retningslinje som omhandler pårørendes rolle i et helhetlig pasientforløp, noe det nå arbeides for å få på plass.

Det legges nå strategi for implementering og inkludering av flere klinikker i OUS og øvrige bydeler i OUS sitt lokalsykehusområde. [Oslomodellen](#) viser omfanget av dette arbeidet som OUS er en del av.

### **Trygg utskrivelse**

Etter Riksrevisjonens anbefalinger, og i forlengelse av Læringsnettverket for gode pasientforløp, har de klinikkene som har deltatt fått økt fokus på Trygg utskrivelse. Dette bidrar til å sikre overgangene mellom forvaltningsnivåene, spesialist- og



kommunehelsetjeneste. Malen for dette arbeidet er nedfelt i retningslinjen Helhetlig pasientforløp for eldre og kronisk syke pasienter. Første tiltak er å starte planlegging av utskrivelse allerede ved innkomst, og formidle viktig informasjon til kommune/bydel og motsatt. Prosedyren/retningslinjen skal sikre målet om sammenhengende pasientforløp, blant annet gjennom verktøyet PLO meldingstyper i DIPS.

Videre er det stort fokus på underernæring. Underernæring utvikler seg når et ernæringsproblem ikke blir identifisert og kan oppstå som en konsekvens av en sykdom eller sykdomstilstand. Man kan ikke alltid se hvem som er i ernæringsmessig risiko. Det er derfor viktig å fange opp risiko for underernæring tidlig i forløpet og sette i gang tiltak før underernæring oppstår. Sykdomsrelatert underernæring er en stor menneskelig, medisinsk og økonomisk utfordring og kan føre til økt sykkelighet og høyere dødelighet. Ved å forebygge og behandle underernæring på en systematisk måte, vil det kunne redusere behovet for sykehusinnleggelses som følge av ernæringssvikt og dette gir både helsemessige gevinster for den enkelte og økonomiske gevinster for samfunnet. Formålet med denne tiltakspakken er å forebygge og behandle underernæring som følge av sykdom og/eller behandling. Tiltakene er:

- Gjør en risikovurdering
- Gjennomfør individuell kartlegging
- Gi tilstrekkelig ernæring
- Viderefør informasjon

Screeningsverktøyet - NRS 2002 er innført. Her gjøres det en individuell kartlegging med risikovurdering av hver enkelt pasient. Denne informasjonen, med forslag til videre tiltak, videreføres til kommune/bydel.

Det er også innført Skåringsverktøyet **NEWS** i OUS - til observasjon, skåring og respons. NEWS betyr bedre pasientsikkerhet, hvor helsepersonell enklere kan fange opp forverring hos pasientene på et tidlig stadium. Pasientene monitoreres og følges opp systematisk. Skåringen av siste NEWS før utreise, formidles til kommune/bydel via PLO-Helseopplysninger. Når det gjelder **Trykksår og Fall** er det også innført screeningsverktøy som videreføres ved utreise. For å kvalitetssikre Trygg utskrivelse gjennomføres det obligatorisk undervisning i prosedyren for alle nyansatte via Introduksjonskurs, og internundervisning til øvrige ansatte. Det er videre utarbeidet en hovedstadsovergripende samarbeidsavtale (fire sykehus og 15 bydeler og etater) som regulerer samarbeidet om utskrivningsklare pasienter både i somatikk og psykisk helse og avhengighet.

### **Styrking av arbeidet innen området arbeid og helse**

Det er inngått en samarbeidsavtale (1.10.19-1.10.22) om å styrke samarbeidet mellom helse og arbeid i hovedstadsområdet. Partene er NAV Oslo ved byrådsavdelingen for eldre, helse og arbeid, NAV Oslo, AHUS, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg sykehus og Oslo universitetssykehus. Målet er å sikre koordinerte og samtidige medisinske og arbeidsrettede tjenester. Oslo universitetssykehus har deltatt aktivt i arbeidet med å utarbeide og forplikte avtalen.

Det er laget en felles handlingsplan for 2019-2022 som vedlegg til avtalen. Hensikten er å prioritere felles tiltak for å etablere gode samhandlingsmodeller og integrerte tjenester hvor både NAV og sykehusene deltar. Det er også behov for å arbeide med

felles kompetansehevede tiltak. Et sentralt forbedringsområde for felles innsats, er samarbeid om medisinsk og tverrfaglig dokumentasjon. I tillegg er det særlig fokus på fremme arbeid og helse innen psykisk helse, spesielt aldersgruppen opp til 30 år, og for personer med muskel-skjelettlidelser med kroniske og langvarige smertetilstander.

#### 4.3.2 Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten

Helseforetakets styre må informeres om ansvaret for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet, jf. forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
---

Helseforetaket må gi styremedlemmene nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring.
---

Styret er informert om funnene i riksrevisjonens rapport om styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og orientert om styringssystemet for opplæring, oppfølging og forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet.

#### 4.3.3 Beredskap og sikkerhet

Helseforetaket skal evaluere og følge opp erfaringer og læringspunkter fra livedelen av <i>Trident Juncture</i> , Nasjonal helseøvelse 2018.
--

Helseforetaket skal følge opp Helsedirektoratets nasjonale risiko- og sårbarhetsanalyse for helsesektoren, jf. oppdrag i 2018.
--

Helseforetaket skal implementere ny sikkerhetslov.
--

#### **Trident Juncture**

Oslo universitetssykehus HF deltok i planlegging og gjennomføring av Nasjonal helseøvelse 2018 og hadde vertslandsstøttefunksjoner under livedelen av Trident Juncture 18, særlig ved Prehospital klinikk og CBRNE-senteret. Foretaket mottok liaisoner fra Forsvaret på AMK og i akuttmottaket på Ullevål under øvelsen.

De enhetene som deltok har gjennomført intern evaluering og brukt erfaringene til å forbedre lokale rutiner og planverk. Oslo universitetssykehus HF har også hatt representanter i regionale og nasjonale evalueringer av øvelsene og prosjekter for å følge opp læringspunkter for systemutvikling og implementering i Helse Sør-Øst, Helsedirektoratet og andre beredskapsarenaer.

#### **Helsedirektoratets nasjonale risiko- og sårbarhetsanalyse**

Oslo universitetssykehus HF er kjent med Helsedirektoratets nasjonale risiko- og sårbarhetsanalyse for helsesektoren. Analysen inngår i grunnlagsmaterialet ved lokale ROS-analyser innen forebyggende beredskap og beredskapsplanarbeid.

Den forebyggende beredskapen drives hovedsakelig gjennom den ordinære virksomhetsstyringen, med vekt på robusthet i kritisk infrastruktur. Dette kommer til uttrykk gjennom de periodiske ROS-analysene det er rapportert på tidligere.

I tråd med oppdrag 2018 og vektleggingen dette området har fått i den nasjonale analysen, er det de siste årene gjennomført en rekke prosjekter for å fornye og utbedre nødkraftsystemene i foretaket og utredet mulighetene for bedre tilgang på nødvann.

Robusthet i IKT-systemene søkes bedret gjennom tydelig kravsetting til infrastruktur og er et kontinuerlig arbeid opp mot leverandør, særlig i forbindelse med STIM-prosjektet. Beredskapssamarbeidet med Oslo kommune har i 2018 og 2019 lagt vekt på en større

øvelse og påfølgende planarbeid knyttet til evakuering av pasienter fra sykehusene til kommunal omsorg.

Foretaket gjennomførte i 2019 en gjennomgående ROS-analyse på beredskapsfeltet, i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.

### **Ny sikkerhetslov**

Ny sikkerhetslov med nye forskrifter trådte i kraft 1. januar 2019. Den nye loven innebærer at virksomhetene må ta et større ansvar for å forebygge og redusere sin sårbarhet og sikre seg mot angrep som kan skade nasjonale sikkerhetsinteresser. Behovet for ny lov begrunnes særlig i teknologiutviklingen, økt globalisering og nye former for trusler. Flere virksomheter enn tidligere, også private aktører, omfattes av den nye sikkerhetsloven. Helse- og omsorgssektoren, herunder Oslo universitetssykehus HF, er som før omfattet av loven, men den nye loven tillegger virksomhetene et mer konkret ansvar for sikkerhetsarbeidet enn det som var tilfellet tidligere.

De ulike departementer skal innen 31.12.2019 peke ut virksomheter som omfattes av loven, identifisere «grunnleggende nasjonale funksjoner (GNF)», og definere og klassifisere skjermingsverdige verdier innenfor sin respektive sektor. Helse- og omsorgsdepartementet er i gang med dette arbeidet, og et konkret oppdrag er gitt Helse Sør-Øst). Helse Sør-Øst samarbeider med Nasjonal sikkerhetsmyndighet i dette arbeidet. Ansatte fra Direktørens stab og klinikk Oslo sykehusservice deltar i kartleggingsarbeid for å definere hva som er grunnleggende nasjonale funksjoner i vår virksomhet med verdi- og skadevurderinger.

Området sikkerhet i vid forstand er delt på flere stabsområder i Dir. stab og virksomhetsområder i klinikk Oslo sykehusservice. Dette medfører at det er behov for en gjennomgang og avklaring av roller og ansvar internt i foretaket for å se om vi har en optimal struktur, eller om det må gjøres justeringer for å ivareta krav og forpliktelser som følger av ny sikkerhetslov. Det pågår et arbeid der en skaffer seg oversikt over hva loven betyr for foretakets virksomhet og hva en må følge opp av oppgaver, krav og ansvar. Arbeidet fortsetter inn i 2020.

#### **4.3.4 Innkjøp**

- **Helseforetakets bestillerfunksjon overfor Sykehusinnkjøp HF**

Helseforetaket skal, i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF, ferdigstille rutiner som følge av ny funksjonsdeling mellom helseforetaket og Sykehusinnkjøp HF
---

Det pågår nå en fase 2 prosess i Sykehusinnkjøp, med 3 hovedløp

1. Gjennomgang av prosesser, inkl. maler: Dette arbeidet er inndelt i ulike sprinter og Forum for innkjøp og logistikk (FIL) er høringsinstans. Koordinering og tilbakemelding på de ulike sprintene er fordelt på HF ene i HSØ. Oslo universitetssykehus har fått ansvar for å tilbakemelde på en av sprintene.
2. Utarbeide ny samhandlingsavtale og finansieringsmodell: Her bistår Oslo universitetssykehus gjennom Workshop med alle regioner og som høringsinstans.
3. IKT: OUS er ikke involvert i dette arbeidet.

- **Implementering av vedtatt innkjøp- og logistikkstrategi**

Helseforetaket skal bidra i arbeidet med å dokumentere og implementere felles arbeidsprosesser. Helseforetaket skal videre delta i arbeidet med å verifisere og realisere regional handlingsplan for utrulling av avdelingspakkelogistikk i Helse Sør-
--

Oslo universitetssykehus har gjennomført en pilot på avdelingspakke logistikk på Radiumhospitalet, der styringsgruppa besto både av klinikkledere internt og deltakere fra Helse Sør-Øst RHF. Prosjektets anbefaling er at avdelingspakker fra regionalt forsyningscenter i første omgang bør implementeres ved Radiumhospitalet, men først i etterkant av etablering av servicearbeidere. Dette forutsatt at utfordringene knyttet til størrelse på utleveringsenheter fra Forsyningscenteret, manglende sortiment og funksjonelle lastbærere til transport av varer er løst.

#### 4.3.5 Personell, utdanning og kompetanse

- **ForBedring**

Undersøkelsen *ForBedring* skal gjennomføres årlig og tiltak følges opp. Dette gjelder spesielt i forhold til arbeidsbelastning.

Undersøkelsen *ForBedring* ble i 2019 gjennomført med en svarprosent på 81 pst for OUS totalt. Svarprosenten for hver enkelt klinikk lå på mellom 75 pst og 89 pst.

Resultatene fra *ForBedring* er fulgt opp i tilbakemeldingsmøter og gjennom utarbeidelse av handlingsplaner. Oslo universitetssykehus har høsten 2019 gjennomført en grundig evaluering med henblikk på spørsmålene i undersøkelsen, oppfølgingen av resultatene fra undersøkelsen, etableringen av handlingsplaner og gjennomføringen av tiltak.

I HMS årsrapport for Oslo universitetssykehus inngår indikatoren «Negativt stress» med data fra *ForBedring* 2019 og HMS-runden. Indikatoren omfatter «arbeidsbelastning», «mulighet for å ta pauser» og «rollekonflikt» fra *ForBedring* og «prioritering mellom oppgaver» og «justering av bemanning i forhold til behov» fra HMS-runden. Med utgangspunkt i resultatene fra spørsmålene under denne indikatoren har HMS-grupper i hver klinikk utredet tiltak som iverksettes der det er behov.

Negativt stress måles altså med spørsmål om arbeidsmengde, tempo, krav og rollekonflikt med disse spørsmålene hentet fra *ForBedring* og HMS-runden (de to siste fra HMS-runden):

- Arbeidsbelastningen min er for stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)
- Jeg rekker sjelden å ta pause eller spise i løpet av en arbeidsdag/vakt
- Mottar du motstridende forespørsler fra to eller flere personer?
- Utføres det systematisk og god prioritering mellom oppgaver internt i enheten?
- Utføres måling og justering av bemanning i forhold til behov (uke, dag, tid på døgn?)

- **Bierverv**

Alle arbeidsgivere i spesialisthelsetjenesten skal innføre meldeplikt for ansatt helsepersonell etter helsepersonelloven § 19 andre ledd i løpet av 2019. Meldeplikt etter bestemmelsen omfatter «all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l.»

Oslo universitetssykehus har i 2019 innført meldeplikt for helsepersonell iht helsepersonelloven § 19, andre ledd. Meldeplikten omfatter etter loven «All helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l.»

Meldeplikten er inntatt i lokale overenskomster med aktuelle arbeidstakerorganisasjoner, samt implementert i interne retningslinjer og maler for arbeidskontrakter i tråd med føringer fra Helse Sør-Øst. Det er informert om innføringen ut i sykehusets lederlinjer og til ansatte med sikte på å øke registreringen av helsepersonells bierverv.

- **Fordeling av nye legestillinger**

Helseforetaket skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til enhver tid er oppdatert.
---

Registreringen i Legestillingsregisteret skjer kontinuerlig i Personalportalen i forbindelse med ansettelse eller endring av arbeidsforhold.

Medarbeiderne (legene) blir registrert med

- (i) stillingstype (overlege/lege spesialisering/administrativ/forsker/legespesialist),
- (ii) spesialitet (administrativ og forsker har ingen spesialitet) og
- (iii) Benytter % (registreres på alle stillingstypene mht. arbeidsforholdets stillingsprosent).

Ved mottak av feillister gås dette gjennom og blir rettet opp. Oslo sykehuservice utfører også kontroll av skjemaer (endring av og nye arbeidsforhold) som blir startet for i hver klinikk.

- **LIS**

Helseforetaket skal ha iverksatt ny ordning for legenes spesialistutdanning i henhold til kravene i spesialistforskriften. Det skal påses at leger i spesialisering del 2 og 3 får gjennomført Helsedirektoratets anbefalte minimumstall for praktiske kliniske ferdigheter, sammenstilt i prosedyrelister.
---

Ny spesialiststruktur for legene i del 2 og 3 ble implementert i Oslo universitetssykehus fra 1. mars 2019. Oslo universitetssykehus har sendt inn søknader til Helsedirektoratet for godkjenning av 45 spesialiteter. Det er utpekt 76 utdanningsansvarlige overleger innen alle medisinske spesialiteter ved helseforetaket. De utdanningsansvarlige overlegene skal planlegge og gjennomføre utdanningen lokalt og vil arbeide tett med leder, overleger og leger i spesialisering i sin avdeling for å kunne utføre oppgavene i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger.

- **Praksisplasser**

Helseforetaket skal iverksette tiltak for å forbedre avviklingen av praksisundervisning
---

for de som utdannes i helseyrkene innenfor rammene av helseforetakenes ansvar for praksisundervisning og opplæring.

Utfordringene med hensyn til kapasitet på praksisplasser i helseforetaket, sett opp mot utdanningsinstitusjonenes behov, er størst innen bachelor sykepleie og spesialsykepleierutdanningene. Helseforetaket har i 2019 klart å opprettholde samme antall praksisplasser innen bachelor sykepleie som de to foregående årene. I denne toårsperioden (2017-2018) ble kapasiteten økt betydelig. Helseforetaket har økt kapasiteten innen noen av spesialsykepleierutdanningene i 2019.

- **Utdanning helsepersonell**

Helseforetaket skal medvirke til å utvikle innholdet i utdanningene slik at disse er i godt samsvar med tjenestenes behov, og medvirke i RETHOS-prosjektet til å forme fremtidsrettede utdanninger.

Helseforetaket har vært involvert både i det nasjonale RETHOS-prosjektet og i utvikling av lokale fag-/programplaner tilhørende fase én og er i prosess for fase to.

#### **4.3.6 Forskning og innovasjon**

Antall nye kliniske behandlingsstudier er økt med 5 % i 2019 sammenliknet med 2017.

*[Datakilde skal være CRISTin. Dette publiseres årlig.]*

Rapportering av kliniske behandlingsstudier er fortsatt i en innkjøringsfase nasjonalt med flere metodiske problemer. Dette er også påpekt i Prop 1 S 2019-2020, der det ifølge Helse- og omsorgsdepartementet «må avsettes nødvendige ressurser i 2020 til å gjennomføre rapporteringen og imøtekomme metodiske utfordringer kartlagt i forbindelse med målingen i 2019». Verken tallmaterialet fra CRISTin eller andre kilder gir grunnlag for å konkludere sikkert om utviklingen i antall nye kliniske behandlingsstudier og hvorvidt målet er nådd. Noen avdelinger i Oslo universitetssykehus, som er store på kliniske behandlingsstudier, melder om en økning i antall nye studier, eksempelvis innen kreft og barnesykdommer, mens det synes å være variasjon i utviklingen i andre miljøer. Tallgrunnlaget for oppdragsstudier finansiert av legemiddelindustrien, er mer nøyaktig. Nivået på nye industrifinansierte studier var i 2019 noe lavere enn i 2017 (per november), registrert etter hvilket år nye kontrakter er inngått. Oslo universitetssykehus har satt i verk flere tiltak for å bedre infrastrukturen for kliniske studier og har hatt ledelsesmessig oppmerksomhet på dette gjennom de siste årene. Klinikken er i budsjettsskriv bedt om spesielt å planlegge ressursbruken slik at den styrker kapasiteten for å gjennomføre kliniske studier. Spesielt krevende er situasjonen for patologi, som er en viktig yter av støttefunksjoner for kliniske studier, og som må gi høyere prioritet til å understøtte pakkeforløp innen kreftbehandling, og som har dårlig fungerende IKT-systemer som hemmer avdelingens muligheter for effektivisering. Oslo universitetssykehus har gitt et omfattende innspill til Regjeringens kommende handlingsplan for kliniske studier, med konkrete forslag til kapasitetsforbedrende tiltak.

#### 4.3.7 IKT-utvikling og digitalisering

- **Regionale IKT-prosjekter**

Helseforetaket skal bidra til en samordnet regional styring av prosjektporteføljen i Helse Sør-Øst RHF ved å benytte felles prosjektstyringsverktøy for regionen for alle IKT-prosjekter. Bidraget skal omfatte oppstart av nødvendige mottaksprosjekter for regionale innføringsprosjekter og migrasjon og sletting av data fra gamle IKT-løsninger når nye innføres. Helseforetaket skal ikke initiere konkurrerende aktiviteter til regionale prosjekter, programmer og anskaffelser.

Oslo universitetssykehus HF benytter HSØ felles prosjektstyringsverktøy (CA PPM) for alle regionale-, SP spesifikke- og lokale prosjekter. Sykehuset har startet nødvendige mottaksprosjekter der hvor de regionale, og SP ledede prosjektene har kommet tilstrekkelig langt. Det er ikke startet opp lokale prosjekter eller aktiviteter som konkurrerer med regionale initiativer.

- **Dataansvar og informasjonssikkerhet**

Helseforetaket skal implementere endringene fra regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet («ISMS») i eget lokalt styringssystem, herunder lokale prosesser og rutiner.

Helseforetaket skal implementere regionale risikoakseptkriterier, herunder identifisere risikonivå mht. tilgjengelighet, integritet og konfidensialitet lokalt.

Endringene fra regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet (ISMS) er lagt inn i lokalt ISMS og er under formell godkjenning. Dette forventes å være gjennomført senest tidlig på nyåret.

Regionale risikoakseptkriterier benyttes, og er del av lokalt ISMS. Formell godkjenning av dokumentene i eHåndbok er i prosess, og forventes å være endelig ferdigstilt senest tidlig på nyåret.

#### 4.3.8 Bygg og eiendom

Helseforetaket skal planlegge og gjennomføre utfasing av oljefyring i sine bygg slik at forbudet mot bruk av mineralolje til oppvarming av bygninger gjeldende fra 1. januar 2020 etterleves. For sykehusbygninger med døgnkontinuerlig pasientbehandling skal utfasing skje innen 1. januar 2025.

Oslo universitetssykehus har i gang med dette arbeidet og er i rute med hensyn på utfasing av mineralolje. Foretaket har byttet til elektrokjeler på noen små frittstående bygg på Gaustad sykehus og på BUP Sogn er det konvertert fra mineralolje til bioolje. Ved Ullevål, Dikemarks og SSE er innlagt fjernvarme og varmesentralene driftes av fjernvarmeselskapene og det er fjernvarmeselskapene som har ansvar for eventuell konvertering av oljekjeler. På Aker brukes fjernvarme og elkjel, mens det ved Radiumhospitalet og Rikshospitalet er oljekjeler som spisslast og backup. Ved Radiumhospitalet er det forventet oppstart leveranse fjernvarme fra 2022.

#### 4.4 Tildeling av midler og krav til aktivitet

##### 4.4.1 Økonomiske krav og rammer

- **Drift og investering**

Oslo universitetssykehus skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Oslo universitetssykehus skal i 2019 basere sin virksomhet på de tildelte midler.

Virksomheten knyttet til nasjonale kompetansetjenester skal videreføres minst på samme nivå som i 2018. Det samme gjelder tiltak som tidligere ble finansiert over særskilte tilskudd, og som nå er innarbeidet i basisrammen. Det vises til oversikt over nasjonale kompetansetjenestene i vedlegg.

Oslo universitetssykehus jobber kontinuerlig med å sørge for at midlene som er stilt til rådighet benyttes på en effektiv måte og kommer pasientene til gode.

Oslo universitetssykehus gjennomfører investeringer, egenkapitaltilskudd til pensjonsinnretningene og netto likviditet fra lokale IKT-investeringer gjennomført av Sykehuspartner innenfor tilgjengelige investeringsmidler i 2019.

Det er lagt til grunn at klinikkene viderefører driften knyttet til nasjonale kompetansetjenester på samme nivå som 2018.

- **Resultat**

Årsresultat 2019 for Oslo universitetssykehus HF skal være på minst 200 millioner kroner.

Oslo universitetssykehus har budsjettert med et positivt resultat på 200 millioner kroner. Prognosen for 2019 inkludert gevinst fra salg av eiendom er på 200 millioner kroner.

- **Prioriteringsregelen**

Oslo universitetssykehus skal i 2019 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med kravene til oppfyllelse av prioriteringsregelen fastsatt fra Helse Sør-Øst RHF. Det samme kravet gjelder til kostnadene fordelt per tjenesteområde. Det vises til vedlagte tabeller med budsjett 2019 som viser oversikt over innrapporterte tall for prioriteringsregelen sammenlignet med 2018. Andre relevante tabeller for budsjettert aktivitet er også vedlagt.

Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et av de overordnede målene for 2019. Prioriteringsregelen omfatter ventetid, polikliniske opphold og ressursbruk. Etter november foreligger status for ventetid og polikliniske opphold mens ressursbruk fordelt på tjenesteområder kun foreligger tertialvis.

Det er stilt nye målkrav for ventetid i Oppdrag og bestilling 2019. For Oslo universitetssykehus HF er ventetidsmålet innfridd hittil i år for tverrfaglig spesialisert rusbehandling hvor ventetiden er under 35 dager. For somatikken, voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien er ventetiden som tidligere nevnt i saken lengre enn målet. Det er størst avvik innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, hvor målet er 40 dager og gjennomsnittlig ventetid hittil i år er 78 dager.



Hittil i år har det vært en større vekst i antall polikliniske konsultasjoner innenfor psykisk helsevern og rusområdet enn innenfor somatikken. Prioriteringsregelen vurderes å være innfridd på dette området.

Det er økt ressursbruk for alle tjenesteområdene fra 2018 til 2019: Skrives når tall for desember foreligger.

- **Likviditet og investeringer**

Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.
--

Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2019 skal ikke benyttes til investeringer i 2019 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.
--

Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.
--

Oslo universitetssykehus har tett oppfølging av likviditetssituasjonen, og følger opp at styring av likviditet skjer innenfor tilgjengelige rammer til drift og investering.

Helseforetaket har regelmessig oppfølging av at etablerte prinsipper for likviditetsstyring følges. For 2019 har Helse Sør-Øst RHF godkjent bruk av deler av budsjettert resultat for 2018 til investeringer samme år. Dette forutsetter at helseforetaket styrer den samlede likviditet til drift og investeringer som budsjettert.

Investeringer gjennomføres i henhold til budsjetter vedtatt av styret i Oslo universitetssykehus og etter avklaring med Helse Sør-Øst RHF. Investeringsporteføljen styres innenfor tildelt likviditet og det tas høyde for resultatrisiko.

- **Overføring av likviditet - driftskreditt**

Oslo universitetssykehus skal styre innenfor tilgjengelig driftskredittramme fastsatt av Helse Sør-Øst RHF.
---

Det legges til grunn at helseforetaket skal drive sin virksomhet innenfor gjeldende driftskredittrammer, samt innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av vedtak i foretaksmøter i 2019, herunder oppdrag og bestilling 2019 som er gitt i foretaksmøte 13. februar 2019, slik at det bidrar til at Helse Sør-Øst RHF's «sørge for»-ansvar oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.
--

Oslo universitetssykehus har ved planlegging av gjennomføring av virksomheten for 2019 lagt til grunn at virksomheten drives innenfor de økonomiske rammer og krav som er satt og på en slik måte at dette bidrar til oppfyllelse av Helse Sør-Øst RHF sitt «sørge for»-ansvar. Det er i budsjettet planlagt at helseforetaket for 2019 skal levere et økonomisk resultat på 200 millioner kroner, blant annet for å delfinansiere foretakets investeringsbudsjett for 2019.

Oslo universitetssykehus har tett oppfølging av likviditetssituasjonen og styrer innenfor tilgjengelig driftskredittramme.

Oslo universitetssykehus har tett oppfølging av likviditetssituasjonen, og vil ved behov for utvidet likviditet ta opp dette med Helse Sør-Øst så tidlig som mulig.

- **Økonomisk handlingsrom**

Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer. Oslo universitetssykehus skal derfor sikre at gevinster av utviklingsarbeid og investeringer er realisert, både når det gjelder kvalitet og økonomi.

Oslo universitetssykehus har i 2019 en prognose for gevinster som følge av forbedringsarbeid på om lag 238 millioner kroner. Klinikken har forbedringsprogrammer som identifiserer områder for forbedringer og som etablerer en metodikk for oppfølging av potensialet for gevinster. Gevinstene som følge av dette arbeidet er innarbeidet i klinikkenes tiltaksrapportering.

- **Investerings- og utbyggingsprosjekter**

I 2019 videreføres omstillingsinvesteringer (samlokalisering fase I) ved Oslo universitetssykehus innenfor rammene av sak 075-2010. Inntil 19,6 millioner kroner finansieres med regionale midler.

Oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer videreføres med inntil 249 millioner kroner innenfor rammene av sak 045-2015. Av dette utgjør 174 millioner kroner ekstern lånefinansiering. Resterende finansiering dekkes av foretakets egne midler. Kravet om at Oslo universitetssykehus selv finansierer 30 % av investeringskostnaden gjelder både akkumulert og innenfor det enkelte budsjettår. Videre utbetales lånefinansieringen på 70 % etterskuddsvis mot faktura med spesifisert grunnlag.

Godkjenning og gjennomføring av prosjekter knyttet til oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer, som nevnt ovenfor, skal oppfylles i henhold til eget mandat som er gitt helseforetaket.

Helse Sør-Øst RHF avsetter regional likviditet i 2019 i forbindelse med:

Ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 10 millioner kroner, hvorav 7 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering.  
Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 205 millioner kroner, hvorav 144 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering.  
Inntil 80 millioner kroner i investeringsmidler til videre planlegging av utvikling av Oslo universitetssykehus HF  
Nytt Protonterapi senter ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 145 millioner kroner, hvorav 102 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering og 43 millioner kroner utgjør tilskudd.

Ledelsen av disse utredningsarbeidene er overført til Helse Sør-Øst RHF, men Oslo universitetssykehus skal bidra med ressurser, bemanning og nødvendig involvering for å understøtte at prosessene gjennomføres på planlagt måte og med best mulig måloppnåelse.

I forbindelse med investerings- og utbyggingsprosjektene skal helseforetaket

avsette nødvendige ressurser til utvikling av virksomhetsmodell, driftskonsepter og bemanningsplanlegging samt planer for gevinstrealisering. Dette arbeidet skal avstemmes med Helse Sør-Øst RHF's prosjektorganisasjon. Videre har helseforetaket ansvar for å sikre medvirkning fra ansatte og bruker i arbeidet som omfatter investerings- og utbyggingsprosjektene.

#### 4.4.2 Aktivitetskrav

Oslo universitetssykehus skal i 2019 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med aktivitetskravene fra Helse Sør-Øst RHF. En oversikt over de detaljerte kravene er tatt inn i vedlegg.

Oslo universitetssykehus HF leverer på de fleste områdene en aktivitet i samsvar med aktivitetskravene fra Helse Sør-Øst RHF.

Pasientbehandling 2019		Somatikk	VOP	BUP	TSB
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i hht. «sørge for ansvare»	Budsjett	245 877	12 841	15 519	4 017
	Regnskap	247 982	12 812	16 402	3 754
Antall utskrivninger døgnbehandling	Budsjett	112 412	2 160	201	2 320
	Regnskap	110 739	2 167	224	2 292
Antall liggedøgn døgnbehandling	Budsjett	471 977	71 335	9 612	25 655
	Regnskap	468 528	69 935	9 771	25 428
Antall oppholdsdager dagbehandling	Budsjett	84 475	0	3 575	0
	Regnskap	87 125	0	0	0
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	Budsjett	864 430	95 989	47 628	25 652
	Regnskap	855 900	91 431	48 669	25 096

Som det fremkommer av tabellen over er antallet ISF-poeng i 2019 noe høyere enn budsjett for somatikken og BUP, om lag som budsjettet for VOP og noe lavere for TSB.

Innenfor somatikken er antall dagopphold høyere enn budsjettet mens antall utskrivninger, oppholdsdager og polikliniske konsultasjoner, er noe lavere.

VOP har færre liggedøgn og færre polikliniske konsultasjoner. Innenfor BUP er antall utskrivninger og liggedøgn høyere enn budsjettet. Antall polikliniske konsultasjoner er også høyere. Dette må ses i sammenheng med at det ikke lenger rapporteres oppholdsdager dagbehandling. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er både døgnaktivitet og polikliniske konsultasjoner noe lavere enn budsjettet.

#### 4.5 Andre rapporteringer

##### 4.5.1 Digitale tjenester for kommunikasjon med pasienter og innbyggere

*«Helseforetaket skal etablere digitale tjenester for kommunikasjon med pasienter og innbyggere, herunder bidra til samordning av helseforetakenes nettsider på*

*samme plattform som [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no). Helseforetakene skal bidra med både medisinskfaglig kompetanse for utvikling av pasientrettet informasjon og med fagressurser i oppbygging og utvikling av fellesløsninger.»*

Internettsidene til Oslo universitetssykehus er en del av den felles nasjonale nettløsningen for spesialisthelsetjenesten der innhold kan deles mellom sykehusene. Nettsidene skal bidra til trygghet og mestring for pasienter og pårørende, gi informasjon om hva som skjer før, under og etter behandling – og gi tydelig informasjon om oppmøtested. Gjennom de siste årene er det arbeidet godt med pasientinformasjonstekster til sykehusets nettsider, utarbeidet og/eller kvalitetssikret av sykehusets fagfolk.

I 2019 har Oslo universitetssykehus startet arbeidet med å forberede overgang til digital utsending av venteliste-brev. Kartlegging og digitalisering av vedlegg til venteliste-brevene er en sentral del i dette arbeidet. Ved utgangen av 2019 er det kartlagt 839 ulike vedlegg til brev (informasjonsskriv, brosjyrer, kart og skjema). Rundt 40 av disse vedleggene er publisert som informasjon på nettsidene til Oslo universitetssykehus, slik at det kan lenkes til denne informasjonen i de digitale brevene. En stor andel vedlegg er gjennom dette arbeidet også overført som tekst i brevene via frasefunksjonalitet i DIPS. Det gjelder særlig informasjon om hvordan pasientene skal forberede seg til oppmøte på sykehuset. 120 vedlegg er forkastet som enten for gamle eller for dårlige, og prosjektet har sådan bidratt til å sikre at informasjonen som gis til pasientene er faglig korrekt og oppdatert.

Dette arbeidet fortsetter i 2020.

## 5. Utviklingstrender og rammebetingelser

Utviklingstrender og rammebetingelser er omtalt i flere rapporter som Oslo universitetssykehus HF hvert år leverer til Helse Sør-Øst RHF. I løpet av 2019 er det levert:

- Strategi for Oslo universitetssykehus 2019-2022
- Økonomisk langtidsplan 2020-2023 (39) og Budsjett 2020
- Konseptrapport for videreutvikling av Aker og Gaustad.
- Forprosjekt nytt klinikk- og protonbygg på Radiumhospitalet
- Framtidsutsikter er også omtalt i årsberetningen.

## 6. Strategier og planer

Oslo universitetssykehus har strategier og planer for sin virksomhet. Det vises her til følgende styrebehandlede dokumenter:

- Strategi for Oslo universitetssykehus 2019-2022
- Forskningsstrategi for Oslo universitetssykehus HF 2016-2020
- Utviklingsplan for Oslo universitetssykehus 2035
- Økonomisk langtidsplan 2019-2022 (38)
- Områdeplan IKT 2019-2022
- Områdeplan bygg 2019-2022
- Områdeplan medisinskteknisk utstyr 2019-2022
- Områdeplan øvrige investeringer 2019-2022
- Budsjett 2019
- Oppdrag og bestilling 2019 for Oslo universitetssykehus HF

### Strategiprosess – Strategi for Oslo universitetssykehus HF 2019-2022

Etter en omfattende og inkluderende prosess med innspill fra hele organisasjonen og høringsrunde ble ny strategi for Oslo universitetssykehus HF for perioden 2019-2022 vedtatt i 2019. Den nye strategien følger hovedtrekkene fra forutgående strategiperiode.